SAĞLIK BAKANLIĞI

YÖNERGELER ve GENELGELER KİTABI

2026 (İkinci Güncelleme)

STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI

YAYIN EKİBİ

Engin KARABAŞ

Strateji Geliştirme Başkanı

Abdullah Yusuf UĞUZ

İç Kontrol Daire Başkanı

Gülgün EĞRİÇAYIR

Mali Hizmetler Uzmanı

Büşra DOĞAN

Mali Hizmetler Uzman Yardımcısı

Erman KAVAK

Danışman

Görsel Tasarım

E. Figen BİRGÜN

Danışman

Filiz ÖZDEMİR

Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni

Muhamammed DİNÇER

Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni

1. İÇİNDEKİLER

1.1.	BAKAN SUNUŞU	1
1.2.	SGB BAŞKANI SUNUŞU	3
1.3.	GİRİŞ	4
1.4.	ABSTRACT	8
1.5.	SAĞLIK BAKANLIĞI KURUMSAL POLİTİKALARI	9
1.6.	SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISI	10
2.	SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	13
2.1.	TEŞKİLAT ŞEMASI	14
2.2.	YÖNERGELER	15
2.2.1.	Kan Numunelerinde Etanol Analizi İşlemlerine İlişkin Yönerge	15
2.2.2.	Yasadışı ve Kötüye Kullanılan İlaç ve Madde Analizi Yapan Tıbbi Laboratuvarların Çalışma Esasları ile Doğrulama Laboratuvarlarının Yetkilendirilmesine Dair Yönerge	23
2.2.3.	Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönerge	26
2.2.4.	Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge	29
2.2.5.	Sağlık Bakanlığı Bağlı Hastaneler, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ile Hastanelerin Bazı Bölümlerine Ad Verilmesi ve Tabela Esasları Hakkında Yönerge	31
2.2.6.	Türkiye Kök Hücre Merkezinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge	38
2.2.7.	Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Yönergesi	44
2.2.8.	Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkında Yönerge	50
2.2.9.	Akut İnmeli Hastalara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge	69
2.2.10.	Palyatif Bakım Hizmetleri Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge	77
2.2.11.	Göz Bankası ve Kornea Nakli Merkezleri Yönergesi	84
2.2.12.	Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi	91
2.2.13.	Kompozit Doku Nakli Merkezleri Yönergesi	96
2.2.14.	Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi	106
2.2.15.	Su Arıtma Sistemi Yönergesi	113
2.2.16.	Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi	118
2.2.17.	Kemik İliği Nakli Merkezleri ve Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezleri Yönergesi	129
2.3.	GENELGELER	134

2.3.1.	Soybağının Tespiti Testi Genelgesi (2024/2)	134
2.3.2.	Diyaliz Merkezlerinde Enfeksiyon Kontrolüne Yönelik Tedbirler-2 Genelgesi (2017/07)	138
2.3.3.	Diyaliz Merkezlerinde Enfeksiyon Kontrolüne Yönelik Tedbirler Genelgesi (2016/20)	140
2.3.4.	Diyaliz Hastalarının Nakli Genelgesi (2006)	142
2.3.5.	Hastane Yatak Sayısı ve Tanımlar Genelgesi (2008/65)	144
2.3.6.	Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesi (2024/11)	148
2.3.7.	Enjeksiyon Uygulamaları Hakkında Genelge (2019/11)	150
2.3.8.	Hasta Hakları Uygulamaları Genelgesi (2014/32)	151
2.3.9.	Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Tesislerinin Hizmet Rollerinin Belirlenmesi ve Planlanmasına İlişkin Usül ve Esaslar Genelgesi (2024/7)	158
2.3.10.	Engelli Hastalara Yönelik Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Birimleri Genelgesi (2022/3)	160
2.3.11.	Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi Genelgesi (2019/15)	165
2.3.12.	Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi (2012/23)	167
2.3.13.	Kritik Kan Stok Seviyesinin Korunması Genelgesi (2013/24)	171
2.3.14.	ISBT Numaralandırma Sistemi Genelgesi (2012/42)	172
2.3.15.	Zorunlu Kan Temini Genelgesi (2009/37)	174
2.3.16.	Transfüzyon Komitesi Çalışma Esasları ve Görevleri Hakkında Genelge (2004/66)	175
2.3.17.	Öğretim Üyesi Tabiplerin Muayenehane Açma Başvuruları Hakkında Genelge (2023/8)	176
2.3.18.	Kronik Yara Bakım Hizmetleri Genelgesi (2022/8)	178
2.3.19.	Acil Servis Hizmetlerine Yönelik Düzenleme Genelgesi (2018/2)	182
2.3.20.	Sünnet İşlemi Genelgesi	184
2.3.21.	Ekzimer Lazer Cerrrahisi Müdahale Birimi Fiziki Standartları Genelgesi (2014/17)	186
2.3.22.	Tam Gün Yasası Uygulaması Genelgesi (2014/8)	188
2.3.23.	Tam Gün Yasası Uygulaması Genelgesi (2014/15)	191
2.3.24.	Hukuki İşlem Ehliyetine İlişkin Rapor Düzenleme Yetkisi Genelgesi (2014/11)	192
2.3.25.	Seyahat Sigortası Olan Turistlerden Trafik Kazalarında İlave Ücret Alınabilmesi Hakkında Genelge (2013/9)	194
2.3.26.	Ev Hemodiyalizi Genelgesi (2022/7)	196

2.3.27.	UKS ve Organ Nakli Merkezleri Yönergesi'nde Yer Alan Takip Formları Hakkında Genelge (2012/25)	197
2.3.28.	Ulusal Organ Nakli Bilgi Sistemi Genelgesi (2011/4)	198
2.3.29.	Tıbbi Cihazların Planlanması ve Teminine İlişkin Usul ve Esaslar (2025/8)	199
2.3.30.	Çocuk Kalp Hastalıkları Merkezleri Hizmetleri Genelgesi (2021/5)	217
2.3.31.	Kalp Krizi Geçiren Vakaların Yönetimi Genelgesi (2021/3)	222
2.3.32.	Prematüre Retinopatisi (ROP) Hizmetleri Genelgesi (2021/2)	225
2.3.33.	Kalp Merkezi Hizmetleri Genelgesi (2019/14)	228
2.3.34.	Yoğun Bakım Servislerinde Hasta Ziyareti Uygulamaları Genelgesi (2019/09)	233
2.3.35.	Mükemmeliyet Merkezleri Hakkında Genelge (2019/08)	236
2.3.36.	Replantasyon Uygulamaları Genelgesi (2016/9)	239
2.3.37.	Total Parenteral Nütrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi Genelgesi (2010/44)	242
2.3.38.	Yatağa Bağımlı Kişiler İçin Durum Bildirir Tek Hekim Raporu Genelgesi (2023/4)	244
2.3.39.	Yürürlükten Kaldırılan Genelgeler (2021/9)	246
2.3.40.	Pratisyen Tabiplerin Hasta Yatırmaları ve Uzman Tabiplerin Hasta Bakma Yaş Sınırı Genelgesi (2018/30)	247
2.3.41.	2018/30 Sayılı Genelgede (Pratisyen Tabiplerin Hasta Yatırmaları ve Uzman Tabiplerin Hasta Bakma Yaş Sınırı) Değişiklik Yapılmasına Dair Genelge (2020/2)	249
2.3.42.	Erişkinler İçin Engellilik ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliklerin Uygulanması Genelgesi (2019/06)	250
2.3.43.	Engelli Sağlık Kurulu Raporları Genelgesi (2018/4)	254
2.3.44.	Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması Genelgesi (2014/13)	256
2.3.45.	Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmetleri Genelgesi (2021/13)	257
2.3.46.	Adli Olaya Taraf Kişiler, Hakkında Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbirine Hükmedilenler ile Tutuklu ve Hükümlü Tedavi Gideri Hakkında Genelge (2013/2)	263
2.3.47.	Konaklama Tesisleri Bünyesinde Sunulacak Sağlık Hizmetleri Genelgesi (2013/18)	266
2.3.48.	Yargı Kararının Uygulanması Genelgesi (2015)	271
2.3.49.	Özel Hasta Odaları Ücretleri Genelgesi (2010/18)	273
2.3.50.	Genetik Veri Paylaşımı Genelgesi (2021/14)	274

2.3.51.	Kan ve Kan Ürünleri Temini Genelgesi (2007/43)	277
2.3.52.	Kök Hücre Çalışmaları Genelgesi (2006/51)	279
2.3.53.	İzin Verilen Toplam Hata Sınırları Genelgesi (2016/18)	282
2.3.54.	Formaldehit ve Ksilen Ölçüm Standartları Hakkında Genelge (2014/5)	283
2.3.55.	Tıbbi Labaratuvarlarda Numune Saklama Süreleri, Gözetimli Hizmet Labaratuvarları Kapsamındaki Testler Genelgesi (2014/4)	286
2.3.56.	Kamu Kurum ve Kuruluşları Labaratuvarlarından Biyolojik Materyallerin Temini Protokolü Hakkındaki Usul ve Esasları Belirten Genelge (2013/19)	288
2.3.57.	Uzmanlık Öğrencileri Genelgesi (2016/19)	290
2.3.58.	FTR Uygulamaları Genelgesi (2008/23)	292
2.3.59.	Sağlık Personelinin İhtiyaç Halinde Çağrıya Uyması Genelgesi (2018/28)	293
2.3.60.	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Genelgesi (2017/05)	294
2.3.61.	Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezi Kurulması Genelgesi (2005/167)	296
3.	ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	299
3.1.	TEŞKİLAT ŞEMASI	300
3.2.	YÖNERGELER	301
3.2.1.	Sağlık Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi Yönergesi	301
3.2.2.	İlkyardım Sınavları ve Sınav Gözetmen Ücretleri ile Eğitmenlerin Özel Merkezlerde Çalışmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge	312
3.2.3.	Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması Yönergesi	317
3.2.4.	İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi	329
3.2.5.	Sağlık Bakanlığı Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehlikelere Dair Görev Yönergesi	346
3.3.	GENELGELER	354
3.3.1.	Hasta Sevk Süreçlerinin Koordinasyonu Genelgesi (2025/5)	354
3.3.2.	Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Genelgesi (2017/2)	356
3.3.3.	112 Acil Çağrı Merkezleri Genelgesi (2014/26)	357
3.3.4.	Yiyecek Yardımı Genelgesi (2013/13)	362
3.3.5.	Acil Sağlık Hizmetleri Genelgesi (2007/47)	365
3.3.6.	Ambulans Hizmetleri Koordinasyonu Genelgesi (2005/30)	367
4.	SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	369

4.1.	TEŞKİLAT ŞEMASI	370
4.2.	YÖNERGELER	371
4.2.1.	Sağlık Bakanlığı Yeni Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) Yönergesi	371
4.2.2.	Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü İz Kayıtları Yönetimi Yönergesi	382
4.2.3.	Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge	386
4.2.4.	Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi	394
4.2.5.	Kimlik Paylaşımı Sistemi (KPS) Usul ve Esasları Hakkında Yönerge	402
4.3.	GENELGELER	407
4.3.1.	Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi Genelgesi (2019/16)	407
4.3.2.	Sağlık.Net Online ve e-Nabız Genelgesi (2016/6)	409
5.	SAĞLIK YATIRIMLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	415
5.1.	TEŞKİLAT ŞEMASI	416
5.2.	YÖNERGELER	417
5.2.1.	Sağlık Yapıları Yönetimi Usul ve Esasları	417
5.3.	GENELGELER	420
5.3.1.	Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar Genelgesi	420
6.	HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	447
6.1.	TEŞKİLAT ŞEMASI	448
6.2.	YÖNERGELER	449
6.2.1.	Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge	449
6.2.2.	Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Uygulama Usûl Ve Esasları Hakkında Yönerge	456
6.2.3.	Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi Hakkında Yönerge	463
6.2.4.	Ani Gelişen Halk Sağlığı Tehditlerine Yönelik Erken Uyarı Cevap Sistemi Uygulama Yönergesi	468
6.2.5.	Bağımlılık ile Mücadele Kurullarının Çalışma Usul ve Esasları	476
6.2.6.	Sağlık Koruma Bandı Hakkında Yönerge	482
6.2.7.	Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi ile İlgili Eğitim Programı Uygulanması ve Değerlendirilmesi Esaslarına Dair Yönerge	485
6.2.8.	Yataklı Tedavi Kurumlarında Bulaşıcı Hastalık Sürveyans Görevlilerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge	488

6.3.	GENELGELER	495
6.3.1.	Kanser Kayıtçılığı Genelgesi (2019/07)	495
6.3.2.	Nöbet Hizmetleri Genelgesi (2016/16)	498
6.3.3.	Mobil Sağlık Hizmetleri Genelgesi (2018/24)	500
6.3.4.	Yetki Devri Genelgesi (2010/9)	503
6.3.5.	Gönüllü Sağlık Tesisleri Genelgesi (2018/19)	508
6.3.6.	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Ücretsiz Olması Genelgesi (2007/62)	510
6.3.7.	Mesai Saatleri Harici İşyeri Hekimliği Genelgesi (2014/1)	512
6.3.8.	TSM Genelgesi (2013/11)	513
6.3.9.	Aile Hekimliği Formları Genelgesi (2010/48)	517
6.3.10.	Kurumlarımızda Yer Alan Ticari Alanların Kiraya Verilmesi Genelgesi (2011/43)	518
6.3.11.	Sağlık Evleri Genelgesi (2004/127)	522
6.3.12.	Kot Giysilere Uygulanan Püskürtme İşleminde Kum Kullanımının Yasaklanması Genelgesi (2009/24)	523
6.3.13.	Silikozis Genelgesi (2008/62)	524
6.3.14.	Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi (2023/03)	526
6.3.15.	Kızamık/Kızamıkcık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu (KKS) Genelgesi (2010/20)	539
6.3.16.	Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2009/17)	578
6.3.17.	Polio İmportasyon Planı Genelgesi (2002/67)	614
6.3.18.	Bulaşıcı Hastalıklar ile Mücadele Rehberi Genelgesi (2018/22)	626
6.3.19.	Kutanöz Leishmaniasis Genelgesi (2003/126)	627
6.3.20.	Aşı ile Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansı Genelgesi (2016/23)	631
6.3.21.	Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi (2015/18)	634
6.3.22.	Tüberkülozlu Hastalarda HIV Testi Sonuçlarının Muhafazası Genelgesi (2011/47)	639
6.3.23.	Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı Genelgesi (2001/34)	640
6.3.24.	Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıkların Önlenmesi Genelgesi (2002/109)	650
6.3.25.	Eliza Tetkikleri Genelgesi	652
6.3.26.	Akkız İmmun Yetersizliği Sendromu Genelgesi	656
6.3.27.	Kuduzla Mücadele ve Profilaksi Uygulamaları Genelgesi (2019/04)	660

6.3.28.	Sıtma Hastalığı ile Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi Genelgesi (2016/2)	663
6.3.29.	Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Genelgesi (2004/46)	668
6.3.30.	Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Genelgesi (2005/40)	676
6.3.31.	Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Genelgesi (2006/81)	678
6.3.32.	Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Genelgesi (2008/52)	681
6.3.33.	Şarbon Antiserumu Genelgesi (2005/87)	685
6.3.34.	Tularemi Genelgesi (2005/61)	687
6.3.35.	Trişinelloz Genelgesi (2004/28)	689
6.3.36.	Tüberküloz Aktif Sürveyansı Genelgesi (2014/31)	703
6.3.37.	Verem Savaşı Hizmetleri Genelgesi (2011/65)	704
6.3.38.	Tüberkülozlu Hastalarda HIV Tanı Testi Yapılması Genelgesi (2011/14)	705
6.3.39.	Verem Savaşı Dispanserleri Genelgesi (2010/74)	707
6.3.40.	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Tüberküloz Şüpheli Bireylerden Balgam Toplanması Genelgesi (2009/52)	708
6.3.41.	Doğrudan Gözetimli Tedavi Genelgesi (2009/51)	711
6.3.42.	Doğrudan Gözetimli Tedavi Uygulaması Genelgesi (2006/78)	714
6.3.43.	Mobil Tarama Ekipleri Genelgesi (2025/7)	716
6.3.44.	İllerde Tüberküloz Kontrolü Genelgesi (2005/88)	724
6.3.45.	Tütün Kontrolü Uygulamaları Genelgesi (2015/6)	726
6.3.46.	4207 Sayılı Kanun Hükümlerinin Uygulanması Genelgesi (2009/44)	728
6.3.47.	Ruh Hastalarının Sevk ve Takipleri Genelgesi (2005/15)	729
6.3.48.	Ruh Hastalarının Sevk ve Takiplerinde Yapılacak İş ve İşlemler Genelgesi (2014/02)	734
6.3.49.	Yenidoğanlarda K Vitamini Uygulaması Genelgesi (2021/11)	736
6.3.50.	Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Programları Genelgesi (2021/10)	737
6.3.51.	Çocuklara Yönelik Mikrobesin Destek Programları Genelgesi (2020/03)	739
6.3.52.	Ulusal Görme Taraması Programı Genelgesi (2019/17)	741
6.3.53.	Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı Genelgesi (2019/13)	743
6.3.54.	Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri Genelgesi (2019/12)	745
6.3.55.	Bebek Ölümleri İzleme Sistemi Genelgesi (2018/7)	747
6.3.56.	Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberleri Genelgesi (2014/9)	753
6.3.57.	Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi (2014/7)	754

6.3.58.	Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi (2014/27)	762
6.3.59.	Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Uygulamaları Genelgesi (2020/4)	765
6.3.60.	Anne Dostu Hastane Genelgesi (2018/27)	767
6.3.61.	Evlilik Öncesi Danışmanlık Genelgesi (2014/24)	772
6.3.62.	Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi (2014/16)	774
6.3.63.	Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi Genelgesi (2014/10)	775
6.3.64.	Üreme Sağlığı Hizmet İçi Eğitimler Hakkında Genelgesi (2010/83)	776
6.3.65.	Anne Ölümleri Genelgesi (2008/29)	777
6.3.66.	Anne Ölümleri Veri Sistemi Genelgesi (2007/27)	779
6.3.67.	2007/27 sayılı Genelge'ye Ek Genelge (2007/57)	783
6.3.68.	Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Şeker ve Tuz Kullanımı ile İlgili Düzenleme Genelgesi (2014/4)	786
6.3.69.	Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) Genelgesi (2021/7)	787
6.3.70.	Kontrol Programı Genelgesi (2018/25)	791
6.3.71.	Su Kesintisinde Alınacak Tedbirler Genelgesi (2007/67)	792
6.3.72.	Aşırı Sıcaklarda Alınması Gereken Önlemler Genelgesi (2007/52)	798
6.3.73.	Kiralar ve Abonelikler Genelgesi (2012/02)	802
6.3.74.	Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar Genelgesi (2005/143)	804
7.	KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	817
7.1.	TEŞKİLAT ŞEMASI	818
7.2.	YÖNERGELER	819
7.2.1.	663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Kapsamında Sağlık Bakanlığında Görev Yapan Sözleşmeli Personel Ek Ödeme Yönergesi	819
7.2.2.	Sağlık Bakanlığı İhtiyaç Tespit, Planlama ve Stok Yönetimi Yönergesi	827
7.2.3.	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesine Dair Yönerge	840
7.2.4.	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Kurum Hedef Katsayısının Belirlenmesine İlişkin Yönerge	846
7.2.5.	Normal Doğum Teşvikine Yönelik Usul ve Esaslar	848
7.2.6.	Genel Tıbbi İşlemler Yönergesi	850
7.2.7.	Özellikli Tıbbi İşlemler Yönergesi	856

7.2.8.	Yurtdışı Sağlık Tesislerinde Personel Görevlendirilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge	860
7.2.9.	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge	865
7.2.10.	Özel Sağlık Kuruluşlarının Kamu Sağlık Tesislerinden Hizmet Alımına İlişkin Yönerge	870
7.2.11.	Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ve Hizmetler Hakkında Yönerge	874
7.2.12.	Bağlı ve Ek Sağlık Tesisleri ile Bölgesel Başkekimlikler Hakkında Yönerge	882
7.2.13.	Sağlık Tesislerinde Mesai Dışı Sağlık Hizmeti Sunumuna Yönelik Usul ve Esaslar	892
7.2.14.	4924 Sayılı Kanuna Göre Görev Yapan Sözleşmeli Personelin Hizmet Hedefleri ile Sözleşme Yenilenmesine İlişkin Usul ve Esaslar	895
7.2.15.	Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge	898
7.3.	GENELGELER	906
7.3.1.	Uzaktan Hasta Değerlendirmesi (UHD) Genelgesi (2024/8)	906
7.3.2.	Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM) Genelgesi (2023/5)	911
7.3.3.	Uzmanlık Öğrencilerinin Uzmanlık Tezi ve Bilimsel Çalışmaları Genelgesi (2023/2)	917
7.3.4.	MHRS Genelgesi (2021/12)	918
7.3.5.	Engelli Sağlık Kurulu Raporları Genelgesi (2019/2)	919
7.3.6.	Tedarik Paylaşım Platformu Genelgesi (2018/18)	921
7.3.7.	Bakım, Onarım ve Tadilat İşleri Genelgesi (2026/2)	924
7.3.8.	4734 Sayılı Kanunun 22'nci Maddesinin (f) Bendi Genelgesi (2014/06)	926
7.3.9.	Yabancı Uyruklu Asistanlara Yapılacak Ek Ödeme Hakkında Genelge (2014/03)	929
7.3.10.	Sağlık Personelinin Öğle Yemek Tatili Genelgesi (2014/1)	931
7.3.11.	Ticari Alanların Kiraya Verilmesi Genelgesi (2025/3)	933
7.3.12.	Uzman Tabiplerin Hizmet İçi Eğitim Talepleri Genelgesi (2012/45)	938
8.	HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	943
8.1.	TEŞKİLAT ŞEMASI	944
8.2.	YÖNERGELER	945
8.2.1.	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları İmza Yetkileri Yönergesi	945

8.3.	GENELGELER	953
8.3.1.	Kamu Denetçiliği Kurumuna Yapılan Şikayet Başvuruları Genelgesi (2025/9)	953
8.3.2.	Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları Genelgesi (2024/6)	955
9.	YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	959
9.1.	TEŞKİLAT ŞEMASI	960
9.2.	YÖNERGELER	961
9.2.1.	Sağlık Bakanlığı İzin Yönergesi	961
9.2.2.	İl Sağlık Müdürlükleri ve Birimleri Kurum Hizmet ve Teşvik Ek Ödeme Yönergesi	975
9.2.3.	Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı Harici Personelin Atama ve Yer Değiştirme Usul ve Esaslarına İlişkin Yönerge	980
9.2.4.	Sağlık Bakanlığı Sosyal Tesisler İşletme Yönergesi	988
9.2.5.	Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi	997
9.2.6.	Sağlık Bakanlığı Sağlık Personelinin İl İçi Yer Değiştirmesine İlişkin Yönerge	1004
9.2.7.	Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge	1008
9.2.8.	Sağlık Bakanlığı 4\B Sözleşmeli Personelininin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum İçi Yer Değişikliğine Dair Yönerge	1036
9.2.9.	Sağlık Bakanlığı 4\B Sözleşmeli Personelininin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum İçi Yer Değişikliğine Dair Yönergede Değişiklik Yapılması	1043
9.3.	GENELGELER	1047
9.3.1.	Merkez Teşkilatı Konut Tahsisi Genelgesi (2024/3)	1047
9.3.2.	Taşra Teşkilatı Konut Tahsisi Genelgesi (2024/4)	1049
9.3.3.	4924 Sözleşmeli Personel Hakkında Genelge	1053
9.3.4.	İdari Hizmet Binası Kiralama İşlemleri Hakkında Genelge (2022/5)	1059
9.3.5.	Aile Hekimliğine Geçişte Muvafakat İşlemleri Hakkında Genelgesi (2025/1)	1062
9.3.6.	Mal Bildirimleri Konulu Genelge (2018/20)	1065
9.3.7.	72 Yaşına Kadar Çalışma İzni Genelgesi (2017/19)	1070
10.	TEFTİŞ KURULU BAŞKANLIĞI	1073
10.1.	TEŞKİLAT ŞEMASI	1074
10.2.	YÖNERGELER	1075

10.2.1.	Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanunun Uygulamasıyla İlgili Olarak Sağlık Bakanlığınca Yürütülecek İşlemlere İlişkin Yönerge	1075
10.2.2.	Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Muhakkiklik Eğitimi Yönergesi	1085
10.2.3.	Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğü Yönergesi	1094
10.3.	GENELGELER	1098
10.3.1.	Teftiş ve Denetim Faaliyetlerinin Yürütülmesi Genelgesi (2025/6)	1098
10.3.2.	Bakanlık Müfettişleri ve Faaliyetleri Genelgesi (2023/9)	1101
11.	STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI	1105
11.1.	TEŞKİLAT ŞEMASI	1106
11.2.	YÖNERGELER	1107
11.2.1.	Taşıt Edinilmesine İlişkin Esas ve Usuller (Değişiklik İşlenmiş Hâli)	1107
11.2.2.	Sağlık Bakanlığında Döner Sermaye Muhasebe Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Yönerge	1112
11.2.3.	Merkez Pay Yönergesi	1125
11.2.4.	Merkez Pay Tahsilat Oranı	1130
11.2.5.	Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmelerinin Kurulması ve İşletilmesi Hakkında Yönerge	1131
11.3.	GENELGELER	1136
11.3.1.	Yetki Devri Genelgesi (2024/5)	1136
11.3.2.	Kamu Zararı Genelgesi (2020/5)	1137
11.3.3.	Kamu Zararı Genelgesi (2021/6)	1142
11.3.4.	İhalelere Katılmaktan Yasaklama İşlemleri Genelgesi (2018/12)	1143
11.3.5.	İhalelere Katılmaktan Yasaklama İşlemleri Konulu Genelgede Değişiklik Yapılması Genelgesi (2020/06)	1150
11.3.6.	Ödenek İşlemleri Hakkında Genelge (2018/15)	1151
11.3.7.	Kamu İdarelerine Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Birbirlerinden Yapacakları Mal ve Hizmet Alımları Genelgesi (2018/01)	1153
11.3.8.	Taşra Teşkilatı İşleyişi Genelgesi (2017/18)	1157
11.3.9.	Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Terkin Edilecek Alacaklar Genelgesi (2012/33)	1158
12.	ŞEKİL DİZİNİ	1161
13.	KISALTMALAR	1162

1.1. BAKAN SUNUŞU

Sağlık hizmetlerinin vatandaşlarımıza daha etkin ve erişilebilir bir şekilde sunulması, güçlü bir organizasyonel yapı, iyi bir yönetişim anlayışıyla mümkündür. Bakanlığımız, sağlık sektöründe birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesi hedefleri doğrultusunda, köklü bir dönüşüm süreci içerisindedir. Bu kapsamda, kamu kurumlarının amaçlarına ulaşmasını destekleyen iç kontrol mekanizmaları ve bilgiye erişim kolaylığını artıracak yenilikçi projeler hayata geçirilmektedir.

Bu çerçevede hazırlanan "Sağlık Bakanlığı Yönergeler ve Genelgeler Kitabı", Bakanlığımızın güncel mevzuatına (yönerge, genelge) ulaşımı kolaylaştırmayı, çalışanlarımıza rehberlik etmeyi ve uygulama birliğini sağlamayı amaçlamaktadır. Tüm sağlık hizmetlerinde daha etkin bir hizmet sunumu için ilgili mevzuat, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmiş ve kolay erişilebilir bir kaynak haline getirilmiştir. Bu çalışma, özellikle taşra teşkilatımızın bilgiye hızlı erişimini sağlayarak saha uygulamalarında standardizasyonu ve verimliliği artırmayı hedeflemektedir.

Bakanlığımızda zaman yönetimini ve verimliliği artıracak projeleri desteklemeye devam ediyoruz. Mevzuata azami uyumun sağlanması, denetim süreçlerinde iyileşme sağlanması ve vatandaş memnuniyetini artıracak bir sağlık sistemi oluşturma hedefiyle "Sağlık Bakanlığı Yönergeler ve Genelgeler Kitabı" hazırlanmıştır. Bu önemli projeye öncülük eden başta Strateji Geliştirme Başkanlığımıza ve emeği geçen personelimize teşekkür eder, kurumsal aidiyetin güçlenmesine katkı sunmasını temenni ederim.

Prof. Dr. KEMAL MEMİŞOĞLU

T.C. Sağlık Bakanı

1.2. SGB BAŞKANI SUNUŞU

Bakanlığımız tarafından ilk kez 2024 yılında hazırlanan "Sağlık Bakanlığı Yönergeler ve Genelgeler Kitabı", güncel, yürürlükte olan ve Resmî Gazete'de yayımlanmamış mevzuatımızın (yönerge ve genelge) daha erişilebilir hale getirilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Bu kitap, çalışanlarımıza rehberlik etmek ve harcama birimlerine destek sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

"Sağlık Bakanlığı Yönergeler ve Genelgeler Kitabı", sağlık hizmetlerinde mevzuata erişimi kolaylaştırmasının yanı sıra göreve yeni başlayan personelimiz için kapsamlı bir yol haritası sunmaktadır. Bu doğrultuda, gelişen ihtiyaçlara ve değişen mevzuata uyum sağlamak amacıyla her yıl güncellenerek yeniden yayımlanmaktadır. Kitabın hazırlanmasında emeği geçen başta İç Kontrol Daire Başkanlığı olmak üzere tüm ekip arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunar; bu değerli başucu kitabının faydalı olmasını dilerim.

Engin KARABAŞ
Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanı

1.3. GİRİŞ

Sağlık Bakanlığı, "insan merkezli yaklaşımla birey ve toplumun sağlık hakkını ve sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümleri yüksek hizmet kalitesiyle sunmak" misyonu ve "insanı odağa alan, sağlıklı hayat tarzının benimsendiği, herkesin sağlık hakkına kolaylıkla ve yüksek hizmet kalitesi ile eriştiği bir Türkiye" vizyonu ile bütün faaliyetlerini yürütmektedir. Hizmet sunum kalitesinin artırılması, kamu yönetiminde hesap verebilirliğin sağlanması ve daha şeffaf bir yapının oluşturulması için yürürlüğe giren 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu kapsamında hüküm altına alınan iç kontrol sistemi önemli yönetim araçlarından biridir.

İç kontrol çalışmaları kapsamında, Strateji Geliştirme Başkanlığı İç Kontrol Daire Başkanlığı koordinesinde, 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 354'üncü maddesinde yer alan hizmet birimi sırası baz alınarak Sağlık Bakanlığı Yönergeler ve Genelgeler Kitabı hazırlanmıştır. Bakanlığımızda ilk kez hazırlanan "Sağlık Bakanlığı Yönergeler ve Genelgeler Kitabı" ile Resmi Gazete'de yayınlanmayan Bakanlığımız yürürlükteki mevzuatına (yönerge, genelge) ulaşımın kolaylaştırılması, yönetici/personelimize çalışmalarında rehberlik edilmesi, harcama birimleri bünyesindeki mevzuat hakkında bilgi sahibi olunarak uygulama birliğinin sağlanması hedeflenmektedir. Kurumumuzun işlerini kolaylaştıracağı düşünülen mevzuat seçilerek derlenen Kitapta, birimlerin çalışma usul esaslarına ilişkin mevzuata yer verilmemiş olup ilgili mevzuat Sağlık Bakanlığı Organizasyon Rehberinde mevcuttur. Yönerge ve genelgelerin ekleri, çalışmanın kullanıcı dostu olması amacıyla eklenmemiş ancak ilgili genel müdürlük/başkanlıkların web sitesinden temini mümkündür.

Başucu kitabı niteliği taşıyan kaynağın; içereceği güncel bilgiler itibarıyla denetim raporlarındaki bulguları eksiltmeye yardımcı olacağı, personelimizin işlerini hızlandıracağı ve yeni başlayan personelin adaptasyon süresinin kısalmasını sağlayarak Bakanlığımız çalışanlarına faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

Resmi Gazete'de Yer Alan ve Rehberimizde Yer Almayan Bakanlığımız Mevzuatı:

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 56'ncı Maddesi

"Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak iş birliğini gerçekleş-

tirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi

Bakanlığımızın teşkilat yapısını düzenleyen 11 Ekim 2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin bazı hükümleri 9 Temmuz 2018 tarihli Resmî Gazete' de yayımlanan 703 sayılı "Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile yürürlükten kaldırılmış ve teşkilat yapısını düzenleyen hükümleri dışında kalan sağlık alanındaki diğer hükümleri aynen korunmuş ve mezkûr Kararname'nin adı "Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" şeklinde değiştirilmiştir. Dolayısıyla Bakanlığımızın teşkilat yapısı ile görev ve sorumlulukları 10 Temmuz 2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (Kararname Sayısı:1)" ile Bakanlığımızın bağlı ve ilgili kuruluşlarının teşkilat yapısı ile görev ve sorumlulukları ise "Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (Kararname Sayısı: 4)" ile düzenlenmiştir. Bakanlığımızın teşkilat yapısını düzenleyen 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin Onüçüncü Bölüm 352'nci maddesine göre;

"(1) Herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığının görev ve yetkileri şunlardır:

a) Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi için çalışmalar yapmak,

b) Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yürütmek,

c) Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesini önlemek,

ç) Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerini geliştirmek,

d) Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbi cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasaya sunulması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi için çalışmalar yapmak,

e) İnsan gücünde ve maddi kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu sağlamak,

f) Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması için çalışmalar yapmak,

g) Kanunlarla ve Cumhurbaşkanlığı kararnameleri ile verilen diğer görevleri yapmak.

(2) İlaç fiyatlarının belirlenmesine ilişkin usûl ve esaslar Bakanlığın teklifi üzerine Cumhurbaşkanınca belirlenir."

Sağlık Bakanlığının Görev Alanlarına İlişkin Diğer Mevzuat

• 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun

• 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname

• Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (Kararname Sayısı: 4)

• 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

• 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu

• 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

• 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

• 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun

• 2548 sayılı Gemi Sağlık Resmi Kanunu

• 3153 sayılı Radyoloji, Radiyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun

• 3224 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu

• 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu

• 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

• 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun

• 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

• 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun

• 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu

• 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun

• 5324 sayılı Kozmetik Kanunu

• 5368 sayılı Verem Savaşı Hakkında Kanun

• 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

• 5624 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu

• 5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu

• 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu

• 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun

• 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu

• 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu-Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

• 6569 sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'nın (TÜSEB) Kurulması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

• 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu

• 7223 sayılı Ürün Güvenliği ve Teknik Düzenlemeler Kanunu

• 7402 sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun

1.4. ABSTRACT

The Ministry of Health carries out all its activities with the mission of "protecting the right to health and health of the individual and society at the highest level with a human-centered approach, and providing timely, appropriate and effective solutions to health problems with high service quality" and with the vision of "a Turkey that focuses on people, where a healthy lifestyle is adopted, and where everyone has access to their right to health easily and with high service quality". The internal control system, which is governed by the Public Financial Management and Control Law No. 5018, which came into force to increase the quality of service delivery, ensure accountability in public administration and create a more transparent structure, is one of the important management tools.

Within the scope of internal control studies, the Ministry of Health Directives and Circulars Book was prepared under the coordination of the Strategy Development Directorate Internal Control Department, based on the service unit order in Article 354 of the Presidential Decree No. 1 on the Presidential Organization. With the "Ministry of Health Directives and Circulars Book" prepared for the first time in our Ministry, it is aimed to facilitate access to the current legislation (directives, circulars) of our Ministry that are not published in the Official Gazette, to guide our managers/staff in their work, and to ensure uniformity of implementation by being informed about the legislation within the spending units. In the Book, which was compiled by selecting the legislation that is thought to facilitate the work of our institution, the legislation regarding the working procedures of the units is not included, but the relevant legislation is available in the Ministry of Health Organization Guide. The annexes of the directives and circulars have not been added to make the study user-friendly, but they can be obtained from the websites of the relevant general directorates/presidencies.

It is considered that this resource, which is a reference book, will help to reduce the findings in the audit reports, will speed up the work of our staff, and will be beneficial to the employees of our Ministry by shortening the adaptation period of new staff, with the updated information it will contain.

1.5. SAĞLIK BAKANLIĞI KURUMSAL POLİTİKALARI

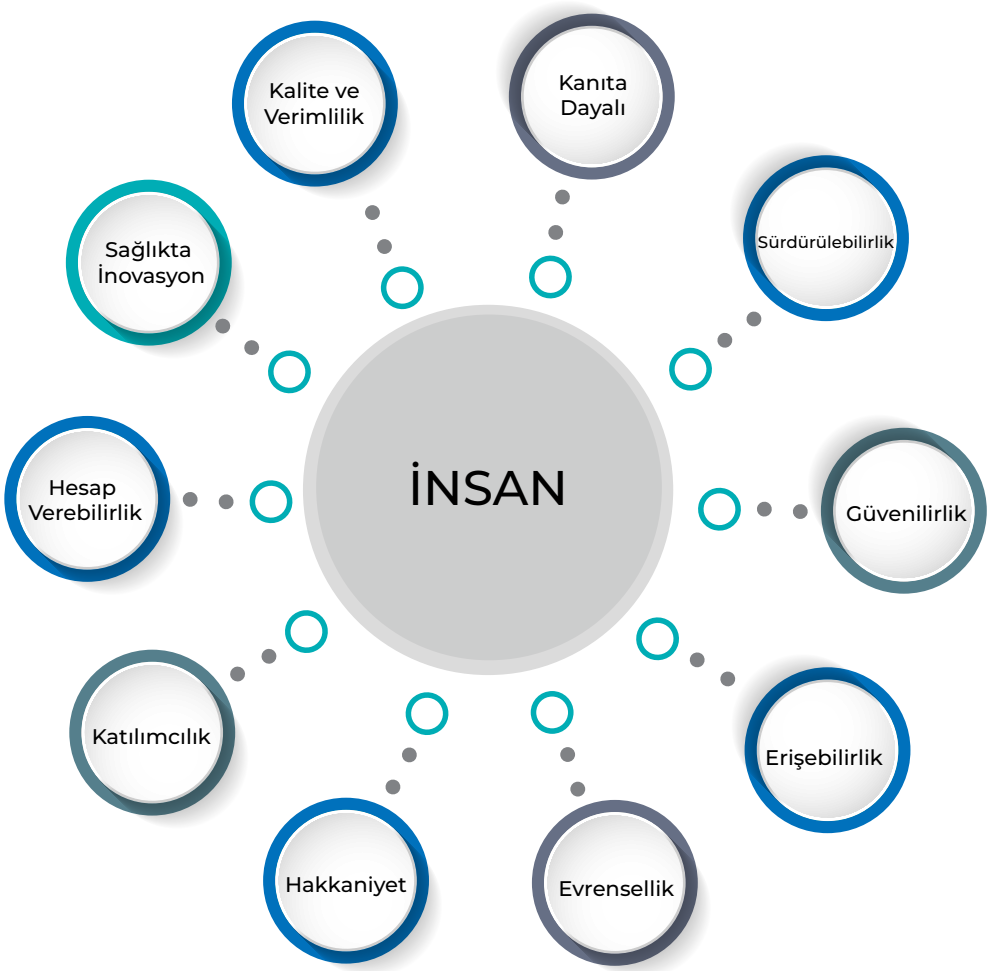
Misyon

İnsan merkezli yaklaşımla birey ve toplumun sağlık hakkını ve sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümleri yüksek hizmet kalitesiyle sunmak

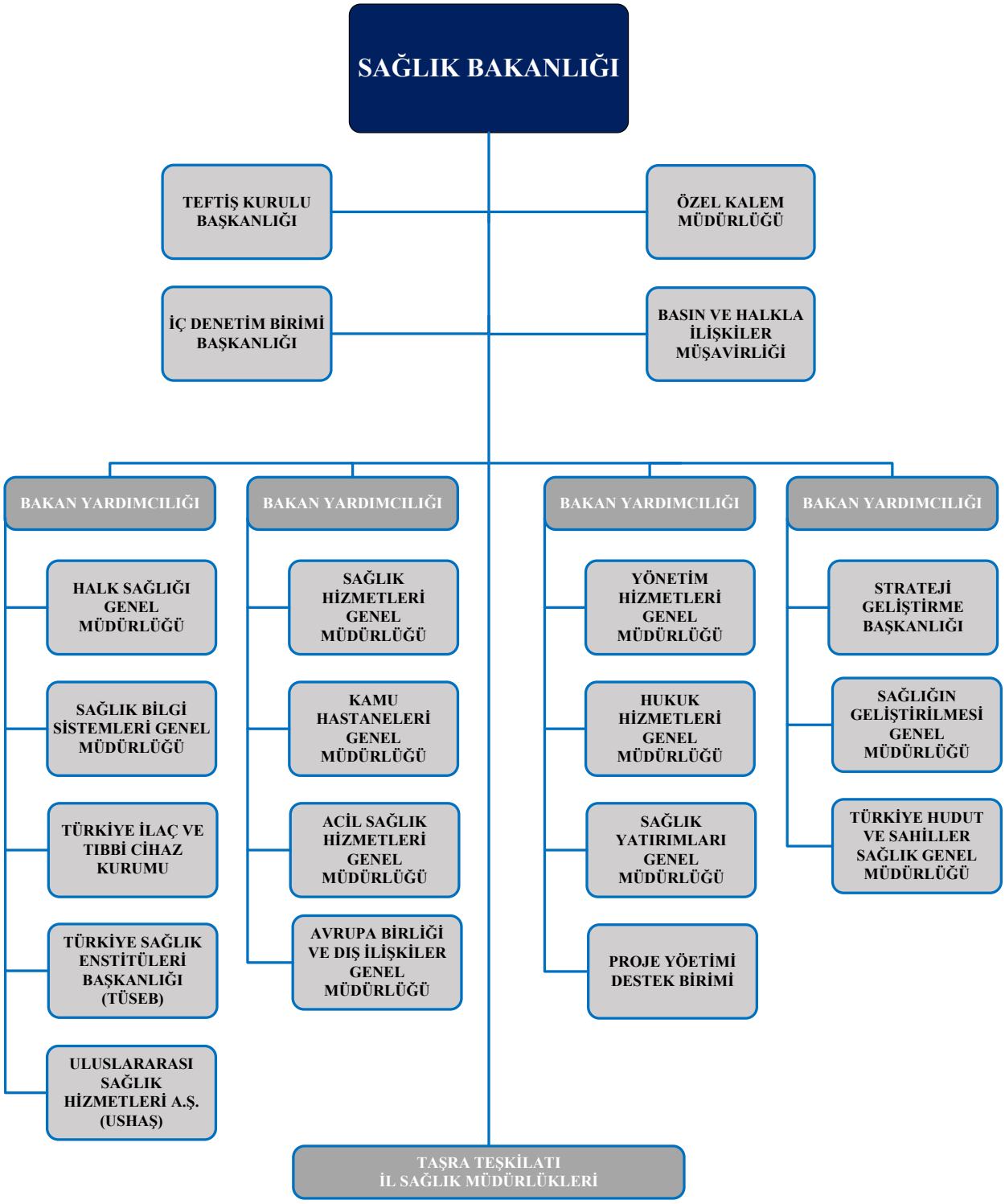
Vizyon

İnsanı odağa alan, sağlıklı hayat tarzının benimsendiği, herkesin sağlık hakkına kolaylıkla ve yüksek hizmet kalitesi ile eriştiği bir Türkiye

TEMEL DEĞERLER

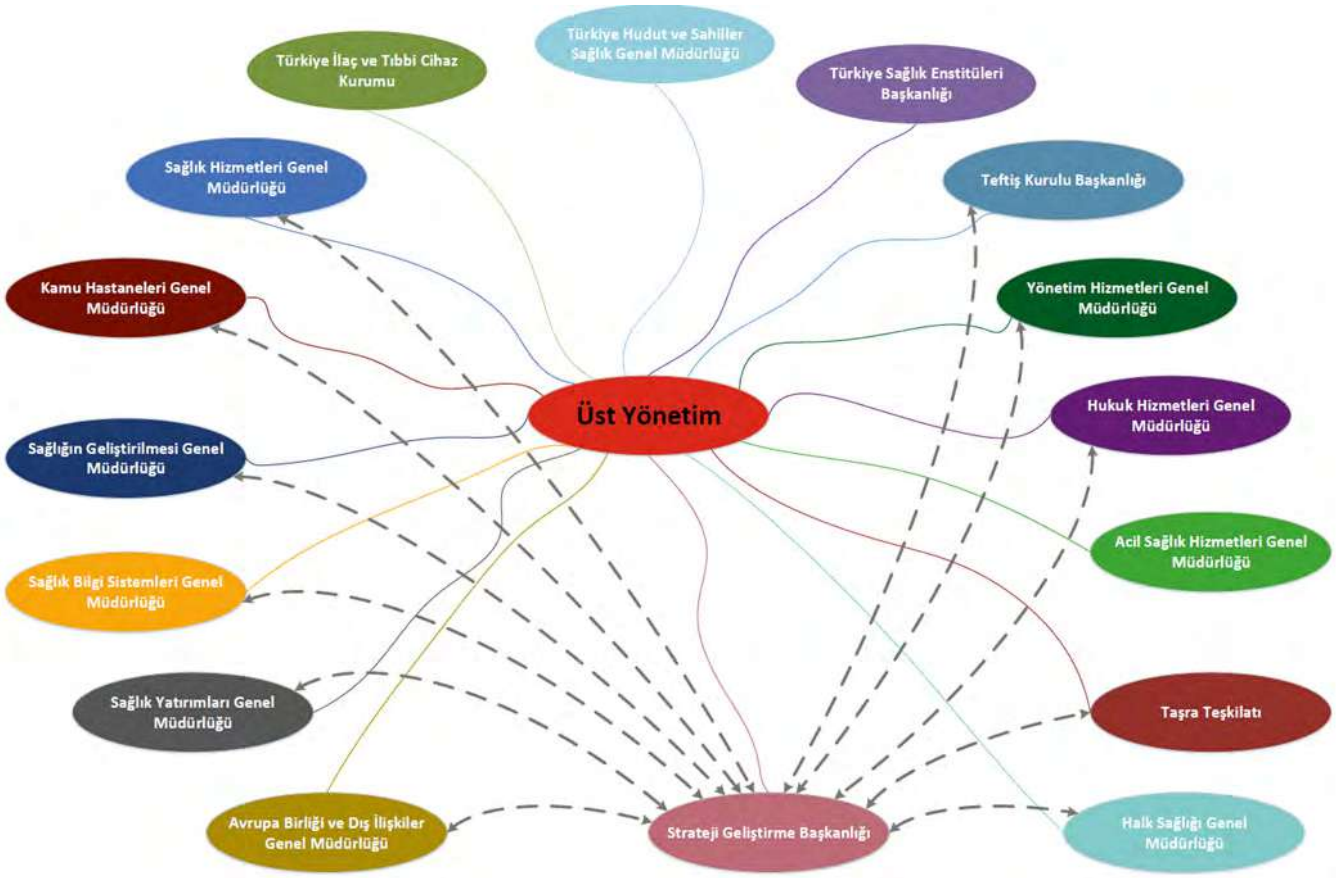


1.6. SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISI



Şekil 1: Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması

SÜREÇ HARİTASI



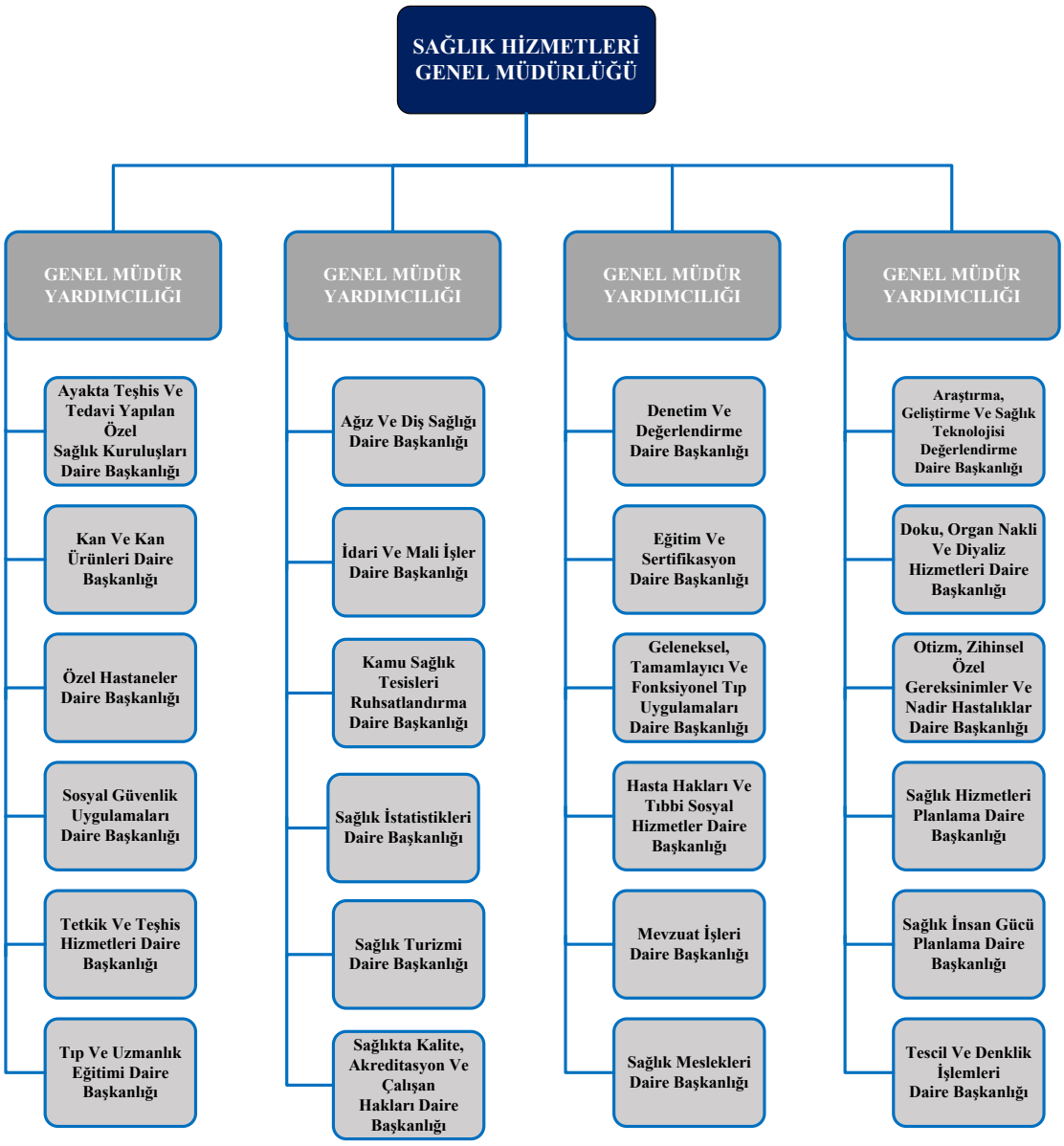
Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Süreç Haritası

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

2 SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

2. SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

2.1. TEŞKİLAT ŞEMASI



Şekil 3: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması

Kurumsal Web Adresi	**Kurumsal e-posta Adresi**	**Kurumsal Telefon**
https://shgm.saglik.gov.tr/	shgm.ozelkalem@saglik.gov.tr	0 312 471 77 00-01-02-03

2.2. YÖNERGELER

2.2.1. Kan Numunelerinde Etanol Analizi İşlemlerine İlişkin Yönerge

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
7.11.2025 13:24:44 E-11045126-010.04-294066240
294066240

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : Z-11045126-010.04-
Konu : Kan Numunelerinde Etanol Analizi İşlemlerine İlişkin Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

4/6/2024 tarihli ve 32566 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan (mülga) Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği hükümleri doğrultusunda, tıbbi laboratuvarlarda kan numunelerinde gerçekleştirilen etanol ölçümlerinin bilimsel doğruluk ve hukuki geçerlilik ilkeleri çerçevesinde yürütülmesini sağlamak amacıyla 11/7/2017 tarihli ve 2017/12 sayılı Kan Numunelerinde Etanol Analizi İşlemlerinin Usul ve Esasları Genelgesi yürürlüğe konulmuştu.

Mezkûr Genelgenin dayanağı yönetmeliğin, 24/10/2025 tarihli ve 33057 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe konulan Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri ve İleri Teknoloji Tıbbi Laboratuvar Uygulamaları Hakkında Yönetmelik ile kaldırılması üzerine; 11/7/2017 tarihli ve 2017/12 sayılı Kan Numunelerinde Etanol Analizi İşlemlerinin Usul ve Esasları Genelgesinin yürürlükten kaldırılması zarureti hâsıl olmuştur.

Bu kapsamda 2017/12 sayılı Genelgenin yürürlükten kaldırılması ile Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri ve İleri Teknoloji Tıbbi Laboratuvar Uygulamaları Hakkında Yönetmelik hükümleri doğrultusunda hazırlanan ve ilişikte sunulan Kan Numunelerinde Etanol Analizi İşlemlerine İlişkin Yönerge taslağının yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2025

Dr. Öğr. Üyesi Halim ÖZÇEVİK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2025

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: Kan Numunelerinde Etanol Analizi İşlemlerine İlişkin Yönerge ve ekleri

KAN NUMUNELERİNDE ETANOL ANALİZİ İŞLEMLERİNE İLİŞKİN YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Başlangıç Hükümleri

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, kan numunelerinde gerçekleştirilecek etanol ölçümlerinin bilimsel ve teknik kriterlere uygun olarak yürütülmesini sağlamaktır.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, tıbbi laboratuvarlarda etanol test istemi, numunelerin alınması, transferi, saklanması, analizi, test sonuçlarının raporlanması ile arşivlenmesi dâhil olmak üzere pre-analitik, analitik ve post-analitik süreçlerde dikkat edilmesi gereken hususları kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu hükümleri ve 24/10/2025 tarihli ve 33057 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri ve İleri Teknoloji Tıbbi Laboratuvar Uygulamaları Hakkında Yönetmelik hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Analitik evre: Uygun şekilde kabulü yapılmış ve analiz için hazırlanmış numunelerde, geçerliliği kabul edilmiş yöntemlerle ölçüm işleminin gerçekleştirildiği süreci,

b) Gözetim zinciri: Numunenin kişiden alınmasından testin sonuçlanmasına ve numunenin imha edilmesine kadar geçen tüm sürecin kayıt altına alınmasını,

c) Numune kabul birimi: Tıbbi laboratuvar tarafından test ve şahit numunelerinin kabul/ret kriterlerine göre kabul/ret edilerek kayıt altına alındığı alanı,

ç) Post-analitik evre: Analiz edilen test sonuçlarının değerlendirilmesi, doğruluğunun kontrolü, raporlanması ve ilgili tabibe ulaştırılması sürecini,

d) Pre-analitik evre: Test isteminin yapılmasından, numunenin uygun koşullarda alınarak etiketlenmesi, transfer edilmesi, laboratuvar tarafından kabul edilmesi ve analize hazır hâle getirilmesine kadar olan süreci,

e) Şahit numune: Enzimatik ölçüm sonrası olası bir kromatografik ölçüm ihtiyacına karşı test numunesi ile eş zamanlı olarak farklı tüpe alınan ve uygun koşullarda saklanan tam kan numunesini,

f) Test numunesi: Tıbbi laboratuvarda test edilmek üzere alınan ve analize kadar uygun koşullarda saklanan numuneyi,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Genel İlkeler

Genel ilkeler

MADDE 5- (1) Kan numunelerinde etanol analizlerinin yapılması esnasında; kimlik doğrulanmasından sonuç raporunun onaylanmasına kadar tüm aşamalarda bilimsel geçerlilik ilkesi esas alınır.

(2) Hasta veya numune sahibine ait kişisel veriler, 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hükümlerine uygun olarak korunur. Bu kapsamda, test isteminde bulunan birim ile laboratuvarda yetkilendirilen tabip ve personel haricindeki kişilerin, otomasyon sistemi üzerinde sonuçlara erişimi engellenir.

(3) Kan numunelerinin alınması, transferi, tıbbi laboratuvara teslim edilmesi ve tıbbi laboratuvar tarafından kabul edilmesi süreçlerinde görev alan tüm personel, gözetim zinciri kayıtlarını düzenli olarak tutmakla yükümlüdür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Pre-Analitik Evre

Pre-analitik evre

MADDE 6- (1) Etanol analizine ilişkin pre-analitik evre; test istemi ve kimlik doğrulama, kan numunesi alma prosedürü, şahit numune uygulaması, numunelerin transferi, numune kabulü ve saklama koşullarına ilişkin iş ve işlemleri kapsar.

(2) Test istemi, kimlik doğrulama ve numune kabulü sırasında yalnızca doğrulama amacıyla gerekli asgari kimlik bilgileri işlenir; ilave kişisel veriler kaydedilmez.

Test istemi ve kimlik doğrulama

MADDE 7- (1) Etanol analizi, klinik veya adli gerekçelerle kişiyi klinik olarak değerlendiren tabip veya adli makamların talebi halinde yapılır. Kişiyi klinik olarak değerlendiren tabip dijital ya da yazılı ortamda test istemini yapar.

(2) 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun 48 inci maddesi uyarınca ehliyetine el konulan kişilerden, 30/3/2005 tarihli ve 5326 sayılı Kabahatler Kanununun 27 nci maddesi kapsamında mahkemelere itirazda bulunmak isteyenler; sürücü belgesi geri alma tutanağı veya sürücü belgesi olmaması ya da iptal edilmiş olması nedeniyle bunun yerine 6/4/2011 tarihli ve 27897 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Trafik İdari Para Cezası Karar Tutanaklarının Düzenlenmesinde, Tahsilinde ve Takibinde Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik ekinde yer alan trafik idari para cezası karar tutanağı düzenlenmiş olanlar, ilgili tutanağı ibraz etmeleri şartıyla, kararın tebliğinden itibaren yasal itiraz süresi içinde kendi rızalarıyla delil niteliğinde etanol testi yapılması için bir sağlık tesisine başvurabilir.

(3) Test istemine ilişkin kayıtlarda; test istemini yapan tabibin adı ve soyadı, kan numunesi analiz edilecek kişinin adı, soyadı, protokol numarası, test istem tarihi ve saati ile testin istem amacı (adli veya tıbbi) açık ve net bir şekilde belirtilir.

(4) Numune alınacak kişinin kimliği, fotoğraflı resmî kimlik belgesi, pasaport veya sürücü belgesi üzerinden teyit edilir. Bilinci kapalı veya kimlik belgelerini sunamayacak durumda olan kişilerde; vasinin, yakının veya tanıyanın beyanı esas alınır.

(5) Kimlik doğrulaması esnasında yaşanan herhangi bir tereddüt tutanak altına alınarak test istemini yapan tabibe ve tıbbi laboratuvar uzmanına bildirilir.

(6) Numunenin alımı ile tıbbi laboratuvara kabulü sırasında tarih, saat ve sorumlu kişi bilgileri; transfer aşamalarında ise sorumlu kişi bilgileri Ek-1 Etanol Analizi Kan Numunesi Alma ve Teslim Tutanağına işlenir ve ilgili bölümler imzalanır.

(7) Kan numunesi alınırken Ek-1 Etanol Analizi Kan Numunesi Alma ve Teslim Tutanağı en az iki nüsha olarak düzenlenir. İmza süreçleri tamamlandıktan sonra bir nüsha kan alımının

yapıldığı birimde, diğer nüsha ise analizin yapıldığı tıbbi laboratuvarda en az iki yıl muhafaza edilir.

(8) Analizin sağlık tesisi bünyesinde yapılmaması halinde Ek-1 Etanol Analizi Kan Numunesi Alma ve Teslim Tutanağı üç nüsha olarak düzenlenir. Bir nüsha kan alımının yapıldığı birimde, bir nüsha numune kabulünü yapan tıbbi laboratuvarda, bir nüsha ise analizin yapıldığı tıbbi laboratuvarda muhafaza edilir.

(9) Analizin sağlık tesisi bünyesinde yapılmaması halinde numunenin analiz yapılacak laboratuvara transferinin organizasyonu ve gerekli malzeme temini, numunenin alındığı sağlık tesisi yönetiminin sorumluluğundadır.

(10) Hastane bilgi yönetim sisteminde numune alım tarihi ve saati, istem amacı, talebi yapan birim, varsa ilaç kullanım öyküsü ve diğer gerekli bilgiler eksiksiz kaydedilir.

(11) Barkod veya etiketlemede hasta kimlik bilgileri ile protokol numarasının doğruluk kontrolü yapılır.

Kan numunesi alma prosedürü

MADDE 8- (1) Kan numunesi alımına başlamadan önce uygun tüp, iğne, turnike vb. gerekli malzemeler ve Ek-1 Etanol Analizi Kan Numunesi Alma ve Teslim Tutanakları hazır bulundurulur.

(2) Kan numunesi alınacak bölgede cilt dezenfeksiyonu, etanol analizini etkilemeyecek nitelikte benzalkonyum klorid, povidon iyot veya benzeri sıvı dezenfektanlar kullanılarak yapılır ve ardından steril kuru gazlı bez ile kurulanır. Etanol, metanol, izopropanol gibi diğer alkol içeren organik uçucu dezenfektanlar kullanılmaz.

(3) Hastadan standart teknikle venöz/arteriyel kan numunesi alınır. Hastaya intravenöz yolla mayi verilmesi gereken durumlarda kan numunesi alım işlemi uygulama öncesinde veya mayi verilmeyen karşı koldan gerçekleştirilir.

(4) En az bir test numunesi ve bir şahit numune olacak şekilde, her biri steril ve vakumlu olan en az iki tüpe kan numunesi alınır. Test numunesi, yöntem prensibine uygun olarak antikoagülanlı veya antikoagülansız kan tüplerine alınabilir. Şahit numuneler ise tercihen sodyum fluorid/EDTA veya potasyum oksalat/sodyum fluorid koruyucu içeren tüplere alınır ve tam kan olarak saklanır.

(5) Tüpler, kimlik bilgilerinin bulunduğu etiketle işaretlenir veya barkodlanır. Tüp üzerinde ad-soyad, protokol numarası, tarih ve saat bilgisi bulunur.

(6) Hemoliz, pıhtılaşma veya kontaminasyon riskini en aza indirmek amacıyla, tüplere kan alma sırası, iğne ucu kalitesi, tüpün doldurulma düzeyi ve karıştırma teknikleri tıbbi laboratuvar uzmanı tarafından belirlenir.

(7) Numune alım işlemi sırasında meydana gelebilecek aksaklıklar (damar bulunamaması, tüp kırılması vb.) varsa sorumlu personele ve gerektiğinde üst yönetime bildirilir, tutanak altına alınır.

Şahit numune uygulaması

MADDE 9- (1) Şahit numuneler; numuneyi alan sağlık tesisi tarafından, itiraz, şüphe veya adli ve tıbbi açıdan talep halinde kullanılmak üzere en az bir yıl süreyle saklanır.

(2) Şahit numuneler kilitli derin dondurucuda -20 °C veya altında muhafaza edilir.

(3) Numunelerin muhafaza edildiği kilitli derin dondurucunun sıcaklık takipleri yapılır ve kaydedilir. Sıcaklığın arttığı durumları tespit etmek amacıyla sesli veya mesajlı uyarı sistemleri kurulur.

(4) Tıbbi laboratuvar birim sorumlusu tarafından şahit numunelerin saklanması konusunda sorumlu/sorumlular belirlenir.

(5) Enzimatik yöntem ile çalışılan etanol analizi sonucuna ilişkin itiraz, şüphe veya adli ve tıbbi açıdan yeniden değerlendirme gerektiren durumlar söz konusu olduğunda, gaz kromatografisi alev iyonizasyon dedektörü (gas chromatography with flame ionization detection, GC-FID) veya gaz kromatografisi/kütle spektrometresi (gas chromatography-mass spectrometry, GC/MS) yöntemi ile şahit numunenin analizi gerçekleştirilir.

(6) Adli vakalarda şahit numune analizi Adli Tıp Kurumu tarafından gerçekleştirilir. Numune transferi ile diğer iş ve işlemler Adli Tıp Kurumunca belirlenen prosedürlere uygun olarak yapılır.

(7) Şahit numunenin erişimi, çıkarılması veya imhası gibi hususlar gözetim zincirine uygun biçimde kayıt altına alınır.

(8) Şahit numuneler saklama süresi dolduktan sonra Ek-2 Etanol Analizi Şahit Numune İmha Tutanağı ile kayıt altına alınarak imha edilebilir.

Numunelerin transferi

MADDE 10- (1) Numuneler soğuk zincir koşullarında transfer edilir.

(2) Transferde kilitli çanta/kap/kutu ve güvenlik etiketleri kullanılır. Anahtarlar taşıyıcı personelde bulunmaz.

(3) Numuneler transfer kaplarına dikey biçimde ve zarar görmeyecek şekilde yerleştirilir.

(4) Transfer sırasında kırılma, sızıntı veya kayıp gibi durumlar tutanak altına alınarak istemi yapan tabip ve tıbbi laboratuvar uzmanına bildirilir.

(5) Ek-1 Etanol Analizi Kan Numunesi Alma ve Teslim Tutanağında ilgili bölüm numuneyi tıbbi laboratuvara teslim eden personel tarafından doldurarak imza altına alınır.

(6) Transfer süreçlerinde görevli personel listesi ve teslim-onay süreçleri kayıt altına alınır, ihlal durumları için bildirim mekanizması uygulanır.

Numune kabulü

MADDE 11- (1) Analiz edilecek numuneler, kabul/ret kriterlerine göre değerlendirilerek tıbbi laboratuvara kabul işlemi yapılır.

(2) Numune ret işlemini gerektiren kriterler aşağıdaki şekildedir:

a) Ek-1 Etanol Analizi Kan Numunesi Alma ve Teslim Tutanağı olmayan veya tutanağında eksik bilgi veya imza bulunan numuneler.

b) Soğuk zincir koşullarına uyulmadan transfer edilen numuneler.

c) Kilitli taşıma çantasında/kabında/kutusunda getirilmeyen numuneler.

ç) Barkodsuz numuneler.

d) Test istemi yapılmamış numuneler.

e) Yanlış tüpe alınan numuneler.

f) Numunenin bulunduğu tüplerde kırık, çatlak veya yabancı madde tespit edilmesi.

(3) Reddedilen numuneler için ilgili birim ile iletişime geçilerek en geç bir saat içinde yeni numune alınması sağlanır. Yeni alınan numunenin alım saati belirtilir.

(4) Reddedilen numuneler imha edilmez; şahit numuneler ile birlikte muhafaza edilir.

Saklama koşulları

MADDE 12- (1) Analiz edilecek numuneler, tıbbi laboratuvara en kısa sürede ulaştırılır. İki saat içinde ulaştırılamayan numunelerin +4 °C'de korunması sağlanır.

(2) Numune kabulü sonrası 4 saat içinde analizi yapılamayan numune; jelli tüpe alınmış ise primer tüpte, antikoagülanlı tüpe alınmış ise santrifüj sonrası sekonder tüpte analiz yapılıncaya kadar en fazla 14 gün süreyle +4 °C'de saklanır.

(3) Etanolün uçucu yapısı nedeniyle, buharlaşma kaynaklı kaybı önlemek için numunelerin kapakları analize kadar kapalı tutulur.

(4) Saklama koşullarının sıcaklık kayıtları düzenli olarak takip edilir ve kayıt altına alınır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Analitik Evre

Test yöntemleri

MADDE 13- (1) Etanol analizi enzimatik yöntem, GC-FID veya GC-MS yöntemlerinden biriyle gerçekleştirilir.

(2) Analiz için kullanılan kit/reaktifler valide edilmiş ve in vitro diagnostik amaçlı üretilmiş olmalıdır.

(3) Postmortem kan numuneleri enzimatik yöntemle çalışılmaz.

(4) GC-MS ya da GC-FID yönteminin tercih edilmesi hâlinde; iç standart eklenmesi ile tıbbi laboratuvarın onaylı protokollerine uygun numune ön hazırlığının ve cihaz kalibrasyonunun yapılması zorunludur.

Kalite kontrol uygulamaları

MADDE 14- (1) Tıbbi laboratuvarda raporlanan etanol analizleri için uygun bir iç kalite kontrol ve dış kalite değerlendirme programı uygulanır ve sonuçlar kayıt altına alınır.

(2) Tıbbi laboratuvarda, günlük çalışma öncesi veya ilk analiz edilecek numune öncesi en az iki seviye olacak şekilde iç kalite kontrol numunelerinin çalışılması suretiyle, test sonuçlarının kabul edilebilir doğruluk ve tekrarlanabilirlik sınırları içinde kalması sağlanır.

(3) Kontrol bulgularında sapma tespit edilmesi hâlinde, öncelikle sapmaya neden olan etkenler araştırılır, düzeltici faaliyetler tamamlanıncaya kadar rutin analiz işlemlerine devam edilmez.

(4) Dış kalite değerlendirme programlarından elde edilen geri bildirimler düzenli olarak incelenerek gerektiğinde iyileştirici tedbirler alınır.

Cihaz bakımı ve kalibrasyon

MADDE 15- (1) Etanol ölçümünün gerçekleştirildiği analiz cihazlarının ve diğer yardımcı ekipmanların üretici talimatlarına uygun olarak periyodik bakımı ve kalibrasyonu yapılır; bu işlemlerin tarihleri, sorumlu personelin adı ve soyadı ile yapılan işlemler kayıt altına alınır.

(2) Cihazların arıza tespit ve onarım süreçlerinde, analiz faaliyetleri durdurulur ya da yedek cihaz veya prosedür devreye alınır. Arıza süresince ve sonrasında yapılan işlemlere ilişkin tüm kayıtlar saklanır.

(3) Bu maddeye göre saklanan kayıtlar kişisel veri içeriyorsa saklama sürelerine ilişkin olarak 17 nci madde hükümleri uygulanır.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Post-Analitik Evre

Sonuç onayı ve raporlama

MADDE 16- (1) Tıbbi laboratuvar tarafından gerçekleştirilen etanol analizlerine ilişkin sonuçların onayı tıbbi laboratuvar uzmanı tarafından yapılır.

(2) Sonuç onayı esnasında, numunenin gözetim zinciri süreçlerine uygun şekilde kabul edilip edilmediği gözden geçirilir.

(3) Etanol raporu basılı veya elektronik formatta düzenlenebilir. Etanol analiz raporunda, aşağıdaki bilgiler yer alır:

a) Barkod basım tarihi ve saati.

b) Numune alım tarihi ve saati.

c) Numune kabul tarihi ve saati.

ç) Analiz tarihi ve saati.

d) Numune türü (serum/plazma/tam kan).

e) Kantitatif analiz sonucu.

f) Kullanılan yöntem (enzimatik, GC/FID veya GC/MS).

g) Sonuç onay tarihi ve saati.

ğ) Sonucu onaylayan tıbbi laboratuvar uzmanının adı ve soyadı ile imzası.

(4) Kantitatif analiz sonucu raporlanırken aşağıdaki hususlara riayet edilir:

a) Sonuç raporunda birimler mg/dL ve promil (promil = mg/dL : 100) olarak birlikte verilir.

b) mg/dL birimi ile verilen sonuç tam sayı (ondalıksız) şekliyle belirtilir.

c) Enzimatik yöntem ile yapılan ölçümlerde sonuç, ölçüm sınırları dışında ise; alt ölçüm sınırının (kantitasyon sınırı, LOQ) altında ise "<alt ölçüm sınırı", üst ölçüm sınırının üstünde ise"> üst ölçüm sınırı" olarak verilir.

(5) Rapor tanzimi sırasında yapılan hatalar veya eksiklikler; düzeltilme tarihi, sebebi ve düzelten personelin bilgisiyle birlikte rapor düzeltme kaydı oluşturulmak suretiyle kayıt altına alınır.

(6) Etanol raporları ilgili tıbbi laboratuvar uzman onayı tamamlandıktan sonra test istemini yapan tabip veya birime iletilir. Talep halinde etanol raporu, analiz yapılan kişiye ve görevleriyle sınırlı olarak yetkili mercilere verilir. Elektronik olarak gerçekleştirilen tüm paylaşımlar erişim logu ile kayıt altına alınır.

Arşiv ve kayıtların saklanması

MADDE 17- (1) Basılı etanol raporları fiziki olarak kuruma ait arşivlerde 30 yıl süreyle muhafaza edilir. Elektronik ortamda düzenlenen raporlar ise kurumun bilgi yönetim sistemi çerçevesinde elektronik raporlar ile kayıtların saklanması hakkında; kişisel verilerin silinmesi, yok edilmesi veya anonim hale getirilmesine ilişkin mevzuata göre iş ve işlem tesis edilir.

(2) Etanol analizine ait iç kalite kontrol ve dış kalite değerlendirme sonuçları en az 5 yıl, Ek-1 Etanol Analizi Kan Numunesi Alma ve Teslim Tutanakları ile Ek-2 Etanol Analizi Şahit Numune İmha Tutanakları en az 2 yıl ve cihaz test kalibrasyon sonuçları ile bakım onarım dokümanları en az 1 yıl süre ile muhafaza edilir. Fiziki ve elektronik raporlar ile kayıtların saklanması hakkında; kişisel verilerin silinmesi, yok edilmesi veya anonim hale getirilmesine ilişkin mevzuata göre iş ve işlem tesis edilir.

ALTINCI BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Denetim ve yaptırımlar

MADDE 18- (1) Bu Yönergenin uygulanmasına ilişkin iş ve işlemler, Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri ve İleri Teknoloji Tıbbi Laboratuvar Uygulamaları Hakkında Yönetmelik hükümleri çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenir.

(2) Kan numunelerinde etanol analizi işlemlerinin yürütülmesinde, gözetim zincirinin kesintiye uğratılması, kayıtların eksik veya gerçeğe aykırı düzenlenmesi, numune alımı, transferi, muhafazası veya analizi sırasında bilimsel geçerliliği ve güvenilirliği bozacak uygulamalara izin verilmez.

(3) Numune üzerinde tahrifat yapılması, şahit numunenin izinsiz açılması, yok edilmesi, değiştirilmesi veya saklama koşullarına aykırı davranılması kesinlikle yasaktır.

(4) Bu Yönerge hükümlerine aykırılık tespit edilmesi hâlinde, ilgili personele ve kurumlara Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri ve İleri Teknoloji Tıbbi Laboratuvar Uygulamaları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre yaptırım uygulanır; fiilin niteliğine göre adli ve idari mercilere bildirimde bulunulur.

Yürürlük

MADDE 19- (1) Bu Yönerge Bakan Oluru ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 20- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.2. Yasadışı ve Kötüye Kullanılan İlaç ve Madde Analizi Yapan Tıbbi Laboratuvarların Çalışma Esasları ile Doğrulama Laboratuvarlarının Yetkilendirilmesine Dair Yönerge

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
3.03.2025 16:49:23 E-11045126-010.04-270165074
270165074

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Yasadışı ve Kötüye Kullanılan İlaç ve Madde Analizi Yapan Tıbbi Laboratuvarların Çalışma Esasları ile Doğrulama Laboratuvarlarının Yetkilendirilmesine Dair Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

4/6/2024 tarihli ve 32566 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinin 26 ncı maddesi ile 9/10/2013 tarihli ve 28790 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır. Bununla birlikte, yasadışı ve kötüye kullanılan maddelerin analizine ilişkin iş ve işlemler mülga Yönetmeliğe dayanılarak hazırlanan düzenleyici işlemlerle yürütüldüğünden konuya ilişkin mevzuatta değişiklik yapılması ihtiyacı doğmuştur.

1) Bu kapsamda;

a) 7/7/2014 tarihli ve 2014/22 sayılı Yasadışı ve Kötüye Kullanılan İlaç ve Madde Analizi Yapan Tıbbi Laboratuvarlar ile Madde Bağımlılığı Teşhis ve Tedavi Merkezlerindeki Tıbbi Laboratuvarların Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Genelge,

b) 27/3/2015 tarihli ve 2015/14 sayılı İdrar Numunelerinde Yasadışı ve Kötüye Kullanılan İlaç ve Madde Analizi Yapan Doğrulama Laboratuvarlarının Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Genelge,

c) 8/1/2016 tarihli ve E.36 sayılı yazı ve ekindeki Doğrulama Laboratuvarlarının Yetkilendirilmesi Hakkında Planlama İlanı,

ç) 13/12/2016 tarihli ve E.975 sayılı Bakanlık Makam Onayı,

d) 15/12/2016 tarihli ve E.984 sayılı yazı ve ekindeki İdrar Numunelerinde Yasadışı ve Kötüye Kullanılan İlaç ve Madde Analizi Yapan Tıbbi Laboratuvarlar ile Madde Bağımlılığı Teşhis ve Tedavi Merkezlerindeki Tıbbi Laboratuvarların İşleyiş Esaslarının yürürlükten kaldırılmasını,

2) İlişikte sunulan Yasadışı ve Kötüye Kullanılan İlaç ve Madde Analizi Yapan Tıbbi Laboratuvarların Çalışma Esasları ile Doğrulama Laboratuvarlarının Yetkilendirilmesine Dair Yönergenin onaylanarak yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2025

Hüseyin Kürşat KIRBIYIK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2025

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

YASADIŞI VE KÖTÜYE KULLANILAN İLAÇ VE MADDE ANALİZİ YAPAN TIBBİ LABORATUVARLARIN ÇALIŞMA ESASLARI İLE DOĞRULAMA LABORATUVARLARININ YETKİLENDİRİLMESİNE DAİR YÖNERGE

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, yasadışı ve kötüye kullanılan ilaç ve madde analizi yapan tıbbi laboratuvarların çalışmaları ile doğrulama laboratuvarlarının yetkilendirilmelerine ilişkin usul ve esasların belirlenmesidir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge; Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait, bünyesinde tıbbi laboratuvar hizmeti sunulan sağlık tesisleri ile müstakil tıbbi laboratuvarları ve buralarda görev yapan personeli kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 508 inci maddesi ve 4/6/2024 tarihli ve 32566 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakan: Sağlık Bakanını,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) Doğrulama analizi: Tarama analizi sonucunu doğrulamak amacıyla yapılan analizi,

ç) Doğrulama laboratuvarı: Doğrulama analizi yapmak için Bakanlıkça yetkilendirilen tıbbi laboratuvarı,

d) Kamu sağlık tesisi: Bakanlık ve devlet üniversiteleri bünyesinde açılan sağlık tesislerini,

e) Tarama analizi: Test numunesinde yasadışı ve kötüye kullanılan ilaç ve maddenin olup olmadığını sistematik olarak ölçen ve belirlenmiş olan kesim değerine göre sonuçların pozitif veya negatif olarak raporlandığı testlerin analizini,

ifade eder.

Çalışma esasları

MADDE 5- (1) Yasadışı ve kötüye kullanılan ilaç ve madde analizi yapan tıbbi laboratuvarlar Ek-1 Yasadışı ve Kötüye Kullanılan İlaç ve Madde Analizi Yapan Tıbbi Laboratuvarların Çalışma Esaslarına uygun olarak faaliyet gösterir.

Tarama analizi yapabilecek laboratuvarlar

MADDE 6- (1) Tarama analizleri, Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği kapsamında Bakanlıkça verilmiş ruhsat ya da faaliyet izin belgesi bulunan tıbbi laboratuvarlarca gerçekleştirilir.

(2) Adli ve idari mercilerin sevki ile yapılacak tarama analizleri yalnızca kamu sağlık tesisinde bulunan tıbbi laboratuvarlarca gerçekleştirilir.

(3) Kamu sağlık tesislerine ait olmayan tıbbi laboratuvarlar, özel mevzuatı uyarınca yetkilendirildikleri hâller hariç yalnızca tıbbi endikasyon (acil, yoğun bakım) durumunda tarama analizi yapabilir.

(4) İkinci ve üçüncü fıkrada belirtilen durumlar haricinde tarama analizi yapılamaz.

Doğrulama analizi yapabilecek laboratuvarlar

MADDE 7- (1) Sadece kamu sağlık tesislerinde faaliyet gösteren tıbbi laboratuvarlar doğrulama laboratuvarı olarak yetkilendirilir.

(2) Doğrulama laboratuvarı yetkisi almak isteyen tıbbi laboratuvarlar tarafından ekte yer alan Ek-2 Yetki Belgesi Başvuru Formu ile il sağlık müdürlüklerine yapılan başvurular Bakanlığa gönderilir ve Bakanlıkça incelenir. Başvuruda eksiklik veya uygunsuzluk olmaması halinde, Bakanlıkça oluşturulan en az biri doğrulama laboratuvarı sorumlusu olmak üzere iki tıbbi biyokimya uzmanı, bir Bakanlık personeli ve bir müdürlük personelinden oluşan ekip ile Ek-3 Yerinde İnceleme

ve Değerlendirme Formunda belirtilen inceleme kriterleri kapsamında yerinde inceleme ve değerlendirme yapılır.

(3) İnceleme ve değerlendirme neticesinde başvurusu uygun görülen tıbbi laboratuvarlara doğrulama analizini gerçekleştirmek üzere Ek-4 Doğrulama Laboratuvarı Yetki Belgesi düzenlenir.

(4) Doğrulama laboratuvarı yetki belgesinin geçerlilik süresi iki yıldır. Geçerlilik süresinin sona ermesi halinde bu madde uyarınca yeni başvuru yapılır.

Denetim ve yaptırım

MADDE 8- (1) Tarama analizi yapan tıbbi laboratuvarlar ile doğrulama laboratuvarları, Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği ve 17/11/2023 tarihli ve 32372 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Özel Sağlık Tesislerinin Denetimi Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre denetlenir.

(2) Tarama analizi yapan tıbbi laboratuvarlarda 5 inci maddeye aykırılık halinde Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği Ek-16 Tıbbi Laboratuvar Denetim Sorgu ve İdari Yaptırım Formunda aykırı fiilin karşılığı olarak belirlenmiş olan idari yaptırımlar uygulanır. 6 ncı madde hükümlerine aykırılık halinde ise 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Ek-11 inci maddesinin dördüncü fıkrasına göre işlem yapılır.

(3) Doğrulama laboratuvarlarının doğrulama analizine ilişkin 5 inci maddeye aykırı fiillerinin tespiti ve bu tespitin bir yıl içinde tekrarı halinde aşağıdaki yaptırımlar uygulanır:

a) Birinci tespitte doğrulama laboratuvarı işleten uyarılır.

b) İkinci tespitte doğrulama laboratuvarı yetki belgesi otuz gün süreyle askıya alınır.

c) Üçüncü tespitte doğrulama laboratuvarı yetki belgesi iptal edilir ve altı ay süreyle yeni yetki belgesi verilmez.

Yürürlük

MADDE 9- (1) Bu Yönerge, Bakanlık Makam Oluru ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 10- (1) Bu Yönerge hükümlerini Bakan yürütür.

2.2.3. Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönerge

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - TIP VE UZMANLIK EĞİTİMİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
11/10/2022 10:32 - E-15260714 - 010.04 - 2068
00175643944

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-15260714/010.04
Konu : Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

3 Eylül 2022 tarihli ve 31942 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin 7 nci maddesi uyarınca Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönerge hazırlanmıştır.

Anılan Yönerge Taslağının onaylanarak yürürlüğe konulması hususunu tensiplerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
... / ... / 2022
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Bakan Yardımcısı

OLUR
... / ... / 2022
Uzm. Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Ek: Yönerge Taslağı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EĞİTİM PLANLAMA KURULUNUN (EPK) GÖREVLERİNE DAİR YÖNERGE

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönerge, eğitim ve araştırma faaliyetlerini planlamak, yürütmek ve gözetmek üzere Bakanlık hastanelerinde eğitim planlama kurulu (EPK) teşkil edilmesi ve görevlerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastanelerini ve eğiticileri kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) 3 Eylül 2022 tarihli ve 31942 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin 7 nci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Eğitim Planlama Kurulu (EPK)

MADDE 4 – (1) Eğitim ve araştırma faaliyetlerini planlamak, yürütmek ve gözetmek üzere genel eğitim ve araştırma hastanelerinde en az yedi, dal eğitim ve araştırma hastanelerinde ise en az üç üyeden oluşan EPK teşkil edilir.

(2) Başhekim EPK'nin doğal başkanıdır. Kurum eğitim sorumlusu, EPK'nin doğal üyesidir. Diğer EPK üyeleri Başhekimin gözetiminde eğiticiler tarafından yapılacak gizli oylamayla eğiticiler arasından seçilir. Seçilen üyelerin görev süresi üç yıldır, süresi dolan üyeler tekrar seçilebilir. Ayrıca aynı sayıda yedek üye de gizli oylamayla seçilir. Üyeler arasından bir başkan vekili seçilir. Başkanın bulunmadığı hallerde EPK'ya başkan vekili başkanlık eder. Eğitici sayısı genel hastanelerde yediden, dal hastanelerinde ise üçten az olan eğitim ve araştırma hastanelerinde tüm eğiticiler EPK üyesi olur.

(3) EPK, başhekim başkanlığında, her ay en az bir defa, üye tam sayısının üçte ikisinin katılımı ile toplanır. EPK toplantıya katılan üyelerin oy çokluğu ile karar alır. Oyların eşitliği halinde Başkanın oy verdiği taraf çoğunluğu sağlamış kabul edilir.

(4) EPK sekretarya hizmetlerini başhekimlik yürütür. Hizmetler için uygun nitelikte ve yeterli sayıda personel görevlendirir.

(5) EPK kararları Başhekim tarafından yürütülür.

EPK Görevleri

MADDE 5 – (1) EPK'nin görevleri şunlardır:

a) Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinde akademik kurullara verilen görevleri yapmak,

b) Kurumun eğitim ve araştırma kapasitesinin oluşturulması ve geliştirilmesi için gerekli tedbirleri belirlemek,

c) İlgili kliniklerin eğitim sorumlularınca hazırlanan eğitim plan ve programlarını tıpta uzmanlık mevzuatı hükümlerine göre değerlendirerek onaylamak,

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

ç) Kurumun her eğitim yılı için eğitim ve araştırma programını hazırlamak, yazılı ve elektronik ortamda yayımlamak,

d) Kurumda yapılacak ve maddi destek talep edilen bilimsel araştırma projelerini, oluşturacağı bilimsel değerlendirme ekibi marifetiyle değerlendirmek, uygun görülen projelerin desteklenmesi önerisinde bulunmak, yürütülmekte olan araştırmaların altı ayda bir verilen ara raporlarını ve nihai raporlarını değerlendirip onaylamak,

e) Kurum içi veya kurumlar arası seminer, konferans, bilimsel toplantılar, ulusal ya da uluslararası kongre, sempozyum, kurs ve çalıştay düzenleme taleplerini değerlendirip karara bağlamak,

f) Klinikler arası eğitim çalışmalarını ve uzmanlık öğrencilerinin rotasyonlarını koordine etmek,

g) Uzmanlık öğrencilerinin eğitim süreleri konusunda ilgili mevzuata göre görüş bildirmek,

ğ) Ulusal ve uluslararası seminer, kurs, kongre ve benzeri bilimsel toplantıları izleyerek duyurmak, bu toplantılara görevlendirme yoluyla katılacakları belirlemek,

h) Bilimsel araştırmalara katılmak, yurt içi ve yurt dışı çalışmalarla bilgi ve görgüsünü artırmak isteyenlerin görevlendirme taleplerini değerlendirerek karara bağlamak,

ı) Kurum ve birimlerde yapılan eğitim ve araştırma çalışmalarının yıllık değerlendirmesini yapmak ve değerlendirme raporu düzenlemek, bu raporu her yıl en geç eylül ayı sonuna kadar yayımlamak,

i) Kurumda ihtiyaç duyulan bilimsel kaynaklar ve veri tabanlarına erişim için öneride bulunmak,

j) Kurum içi eğitim, araştırma, yayın ve mesleki etik ihlallerini değerlendirmek, mevcut mevzuat çerçevesinde yaptırım için girişimlerde bulunmak,

k) Uzmanlık eğitimi dışında, sağlık alanında verilen diğer eğitimler (sertifikalı eğitimler, hizmet içi eğitimler, staj eğitimleri) ile ilgili görüş oluşturmak.

MADDE 6 – (1) 13/02/2014 tarihli ve 6586 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan "Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönerge" yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 7 – (1) Bu Yönerge yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 8 – (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.4. Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - TIP VE UZMANLIK EĞİTİMİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
02/11/2022 16:30 - E-15260714 - 010.04 - 2272
00177421263

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-15260714/010.04
Konu : Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

11/10/2022 tarihli ve 2068 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergede değişiklik yapılmak üzere Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge hazırlanmıştır.

Anılan Yönerge Taslağının onaylanarak yürürlüğe konulması hususunu tensiplerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
... / ... / 2022
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Bakan Yardımcısı

OLUR
... / ... / 2022
Uzm. Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EĞİTİM PLANLAMA KURULUNUN (EPK) GÖREVLERİNE DAİR YÖNERGEDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNERGE

MADDE 1 – 11/10/2022 tarihli ve 2068 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergenin 4 üncü maddesinin ikinci fıkrasında yer alan "eğiticiler" ibaresi, "eğitim sorumluları" şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 2 – (1) Bu Yönerge yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 3 – (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.5. Sağlık Bakanlığı Bağlı Hastaneler, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ile Hastanelerin Bazı Bölümlerine Ad Verilmesi ve Tabela Esasları Hakkında Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - MEVZUAT İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
02/09/2020 12:26 - 54567092-010.04-4145
00124108551

Sayı : 54567092-010.04
Konu : Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler, Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezleri İle Hastanelerin Bazı Bölümlerine Ad Verilmesi Ve Tabela Esasları Hakkında Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 355 inci ve 508 inci maddesine dayanılarak hazırlanan "Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler, Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezleri İle Hastanelerin Bazı Bölümlerine Ad Verilmesi Ve Tabela Esasları Hakkında Yönerge " ekte sunulmaktadır.

Mezkûr Yönerge'nin onaylanarak yürürlüğe konulması hususunu;
Takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Genel Müdür

Ek: Yönerge Metni (6 sayfa)

Uygun görüşle arz ederim.
.... / .... /2020

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan Yardımcısı

OLUR
.... / .... /2020

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI HASTANELER, AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZLERİ İLE HASTANELERİN BAZI BÖLÜMLERİNE AD VERİLMESİ VE TABELA ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile bunların bazı bölümlerine ad verilmesine ve tabela standartlarına ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

(2) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile bunların bölümlerini kapsar.

Dayanak

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, 10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 355 inci maddesinin birinci fıkrasının (a) bendine ve 508 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 3- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakan: Sağlık Bakanını,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) Ek hizmet binası: Hastane ile ağız ve diş sağlığı merkezinin ana binasına bağlı olarak açılabilen, içerisinde tıbbi veya idari hizmet birimleri bulunan semt polikliniği, ek bina, günü birlik merkez ve bunlara benzer hizmetlerin verildiği binayı,

ç) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

d) Hastane: Bakanlıkça ruhsatlandırılmış, ayaktan ve yatarak hasta muayenesi, tetkik, tahlil ve tedavi hizmetlerinin yapıldığı yataklı sağlık tesisini,

e) HSGM: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünü,

f) KHGM: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünü,

g) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,

ğ) Sağlık tesisi: Bu Yönerge kapsamında ad verilen hastane ile ağız ve diş sağlığı merkezini,

h) Semt polikliniği: Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak hastaneye ve ağız ve diş sağlığı merkezine bağlı olarak açılabilen ayaktan hasta muayenesi, tetkik, tahlil ve tedavi hizmetlerinin birden fazla uzmanlık dalında verilebildiği ek hizmet binasını/binalarını,

ı) Şehir Hastanesi: Bakanlıkça şehir hastanesi onayı verilen hastaneleri,

i) Yerleşke: Aynı arsada, üzerinde bir veya birden fazla hastane binası ile ağız ve diş sağlığı merkezi binasının yer aldığı yerleşim alanını,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Ad Verilmesi İle İlgili Esaslar

Genel esaslar

MADDE 4- (1) Bakanlığa bağlı hastanelerin kurumsal kimliğini belirleyen unsurlar aşağıda sıralanmıştır:

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden bc3dc547-37cc-4db7-abf4-6b279aeb73d5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

a) Bakanlık logosu
b) "T.C. Sağlık Bakanlığı" yazısı
c) Bulunduğu il veya ilçe
ç) Özel ad olup olmadığı
d) Sağlık tesisi türü (Şehir Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Devlet Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi gibi)
e) Ek hizmet binası, semt polikliniği, merkez ve bunlara benzer bölüm olma durumu.

(2) Birinci fıkradaki unsurlardan logo hariç tamamının birleşimi; ruhsat/faaliyet izin belgesi, elektronik yazışma dâhil her türlü yazışma ve sağlık tesisinin basılı veya elektronik materyallerinde kullanacağı ad olarak kabul edilir. Adın oluşturulmasında bu maddenin birinci fıkrasının (d) bendinde yazan sağlık tesisi türünden başka özel ad yoksa bulunduğu il veya ilçe adı ve sağlık tesisi türü, hastane adı olarak tescil edilir. Özel ad varsa, il veya ilçeden sonra eklenir.

(3) Birlikte kullanım veya işbirliği protokolü ile sağlık hizmeti sunan hastanelerin her türlü yazışma ve elektronik materyallerinin dip not kısmına, "Bu hastane/ağız ve diş sağlığı merkezi, ... Üniversitesi/Üniversiteleri ile birlikte kullanım kapsamında hizmet vermektedir." ibaresi eklenir.

(4) Bakanlığa bağlı sağlık tesislerinin adlandırılmasında ülkemizde benzer adlı özel hastane veya üniversite olup olmadığı araştırılıp aynı ad olmaması sağlanır. Bakanlığımıza bağlı sağlık tesisi türleri, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri tarafından kullanılamaz.

(5) Bu Yönerge kapsamında adlandırılan sağlık tesislerinin her türlü yazılı ve elektronik materyalinde bu adları kullanmaları zorunludur. Birlikte kullanım protokolü kapsamında sağlık hizmeti sunulan sağlık tesislerinin web ana sayfalarında ve/veya web sayfasının kliniklerin yer aldığı bölümlerinde, birlikte kullanım veya işbirliği protokolü yapılan üniversiteler ile birlikte kullanım veya işbirliği kapsamında hizmet verildiğine dair ifadelere yer verilebilir.

(6) İlçe adı aynı olan hastanelerin adlarına il adının da eklenmesi zorunludur.

Genel ad verilmesi

MADDE 5- (1) Bakanlığa bağlı hastanelerin kurumsal kimliğini belirleyen ve ad verilmesinde kullanılan unsurlar aşağıdaki kurallara ve sıralamaya uygun olarak yapılır.

a) T.C. ibaresi ilk başta büyük harflerle yazılır. (T) ve (C) harflerinden sonra nokta (.) kullanılır.

b) Sağlık Bakanlığı ibaresi, ilk harfleri büyük sonraki harfleri küçük olarak yazılır.

c) Hastanenin bulunduğu il, ilçe ve hastaneye ait özel ad aynı anda kullanılmaz. İl merkezinde bulunan sağlık tesislerinde ilin adı, ilçede bulunan sağlık tesislerinde ilçenin adı, hastaneye ait tanımlanmış özel ad var ise özel ad belirtilir.

ç) Sağlık tesisinin türü eklenir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Oltu Devlet Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Keçiören Osmanlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi adları, örnek olarak verilebilir.

Özel ad verilmesi

MADDE 6- (1) Binası hayırsever vatandaşlar tarafından inşa ettirilen sağlık tesisine, hayırseverin isteği doğrultusunda hayırseverin adı veya hayırseverin teklif ettiği ad verilebilir.

(2) Yatırım programında yer almak kaydıyla Çevre ve Şehircilik Bakanlığı birim fiyatına göre, inşaat keşif bedelinin %50'si ve üzerinde mali yardımda bulunan hayırseverin adı veya hayırseverin teklif ettiği ad sağlık tesisine verilebilir. Bakanlık ile imzalanmış bir protokol kapsamında ve herhangi bir sağlık tesisi veya bağlı birimi nezdinde doğmuş olan ad hakkı

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden bc3dc547-37cc-4db7-abf4-6b279aeb73d5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

üzerinde herhangi bir tasarruf yetkilerinin kalmayacağı hususunun ilgilinin kendisi veya mirasçıları tarafından kabul ve beyan edilmesi hâlinde, bir diğer protokole bağlı olarak yapılmış olan güncellenmiş hibe tutarı ile hâli hazırda taahhüt edilecek olan hibe tutarı toplamı dikkate alınarak işlem tesis edilebilir.

(3) Hayırseverin maliki olduğu arsa üzerine Devlet tarafından sağlık tesisi binasının yaptırılması hâlinde, arsa tespit komisyonlarınca tespit edilecek arsa değeri, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı birim fiyatına göre yapılacak binanın o günkü inşaat keşif bedelinin %50'si ve üzerinde ise hayırseverin adı veya hayırseverin teklif ettiği ad sağlık tesisine verilebilir. Eğer arsa değeri bina değerinin %50'den az ise eksik kalan kısmın hayırsever tarafından %50'ye tamamlanması hâlinde de hayırseverin adı veya hayırseverin teklif ettiği ad sağlık tesisine verilebilir. Arsa değeri bina değerinin %50'sinden az ise hastanenin görülebilir bir yerine 30x50 ebadında bir plaket ile arsa bağışı yapan hayırsevere teşekkür edilir.

(4) Bulunduğu yerde sağlık hizmetini veremeyecek olan gayrimenkuller değerlendirmeye alınmaz. Ancak, gayrimenkulün satışına müsaade edildiği veya herhangi bir gayrimenkul hibe edilip karşılığında sağlık tesisi yapımı talep edildiği takdirde, yukarıdaki ölçülere göre değerlendirme yapılır.

(5) Sağlık tesislerine ve bazı bölümlerine, Müdürlüğün teklifi üzerine, darbe teşebbüsüne karşı, terörle mücadele ve ülke savunmasında şehit olmuş güvenlik mensupları, sivil vatandaşlar ile görev şehidi olmuş Bakanlığımız personelinin adlarının verilmesi, ad verme işlemlerinin kayıt altına alınarak bir bütünlük içinde yürütülmesi amacıyla; 27/12/2016 tarihli ve 29931 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "Şehitlerimizin İsimleri ve Yakınlarına Yapılacak Yardımlar ile İlgili 2016/29 Sayılı Başbakanlık Genelgesi" kapsamında; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının görüşü alınarak sağlık tesisinin türüne göre KHGM'nin veya HSGM'nin onayı ile verilir.

(6) Türk büyüklerinin ve saygın devlet adamlarımızın adları sağlık tesislerine Müdürlüğün teklifi ile sağlık tesisinin türüne göre KHGM'nin veya HSGM'nin onayı ile verilebilir.

(7) Sağlık alanında ülkemizin uluslararası tanıtımına katkı yaparak yeni keşiflerde bulunan veya yeni teknikler ve uygulamalar geliştiren bilim adamlarının, topluma örnek teşkil edecek davranışta bulunan özel veya tüzel kişilerin adları Müdürlüğün teklifi ile sağlık tesisinin türüne göre KHGM'nin veya HSGM'nin onayı ile verilebilir.

(8) Hizmet verilen sağlık tesisinin arsasını ve/veya binasını bağışlayan hayırseverin adının verildiği sağlık tesisinin yıkılması, hizmet birleştirilmesi veya taşınması durumunda;

a) Eski sağlık tesisi binasının, ek hizmet binası veya semt polikliniği olarak kullanılması hâlinde hayırsever adının kullanımına devam edilmesi,

b) Eski sağlık tesisi binasının Bakanlığımızın ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmeti sunumu dışında idari bina, kreş, arşiv, lojman gibi hizmetlerde kullanılması hâlinde, taraflar arasında yapılmış olan protokol kapsamında adının hizmet kullanımına uygun olacak şekilde devam edilmesi,

c) Eski sağlık tesisi binasının farklı bir kuruma devredilmesi durumunda ise, hayırseverin adının kullanılmasının düzenlenecek protokolde yer alması,

d) Eski sağlık tesisi binasının yıkılması hâlinde, yıkılan sağlık tesisinin yerine yeni sağlık tesisi yapılması durumunda arsa bedeli dikkate alınarak bu Yönergenin 6 ncı maddesinin ikinci fıkrasına uygun şekilde hayırsever adının verilmesi,

hususları Müdürlüğün teklifi ile sağlık tesisinin türüne göre KHGM'nin veya HSGM'nin onayı ile gerçekleşir.

(9) Dernek, vakıf, oda, kulüp, federasyon, konfederasyon gibi özel hukuk tüzel kişilerince veya belediye ve özel idare gibi kamu kuruluşlarınca tamamı yapılmış binalara, bunların adlarının verilmesi, bir protokol kapsamında hukuki değerlendirme sonucunda

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden bc3dc547-37cc-4db7-abf4-6b279aeb73d5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

alınacak Bakanlık onayı ile gerçekleşir. Söz konusu özel hukuk tüzel kişileri ve kamu kurumları tarafından yapılan binalara, yönetimlerince uygun görülse bile hiçbir şekilde şahıs adı verilemez.

(10) Sağlık tesisine ilave bina yapılması, sağlık tesisi içinde yer alan ameliyathane, servis, laboratuvar gibi hizmet birimleri yapılması veya tefriş ettirilmesi hâlinde hayırseverin/hayırseverlerin adı, hayırseverin/hayırseverlerin talep etmesi hâlinde başhekimin teklifi ve Müdürlüğün onayı ile bu bölümlere verilebilir. "Bu birim/servis/bina x şahsın katkılarıyla yapılmıştır." şeklinde düzenlenecek tabela birimlerin girişine, giriş çıkışa engel olmayacak şekilde asılır.

(11) Sağlık tesisi personeli olup, geçmişteki hizmetlerinden dolayı ödüllendirilmek istenilen personelin adı, sağlık tesisinin belli bir bölümüne sağlık tesisinin türüne göre KHGM'nin veya HSGM'nin teklifi ve Bakanlık Makamının onayı ile verilir. Adının yazılı olduğu tabela bölüm girişine, giriş çıkışa engel olmayacak şekilde asılır.

(12) Sağlık meslek mensubu olmayan kamu görevlilerinin bulundukları kamu görevinden dolayı sağlığa olan katkıları gerekçe gösterilerek sağlık tesisine adlarının verilmesi talepleri, değerlendirmeye alınmaksızın reddedilir.

(13) Geçici süre ile verilmiş veya kiralanmış binalara hiçbir surette özel ad verilmez.

(14) Hastanelerin ad değişiklikleri onaylandıktan sonra ruhsat değişikliği için Genel Müdürlüğe gönderilir.

(15) Adı verilen şahsın, sonradan kasten işlenen veya yüz kızartıcı bir suçtan hüküm giymesi, Devletin güvenliği ile anayasal düzene karşı suç işlemesi ya da herhangi bir terör örgütüne mensubiyetinin tespit edilmesi hâllerinden en az birinin gerçekleşmesi durumunda; Bakanlıkça, şahsın adı, tüm adlardan ve tabelalardan çıkartılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Tabelalar ile İlgili Esaslar

Genel kurallar

MADDE 7- (1) Hastanelerde kullanılacak logo ve tabelalarla ilgili genel kurallar aşağıdadır.

a) Hastane giriş tabelası, çatı tabelası, yönlendirme tabelaları, totemler ve bina içi kapı tabelalarının renk, ölçü ve oranları, Bakanlık Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünce güncel olarak yayımlanan Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu'na uygun olarak belirlenir.

b) T.C. Sağlık Bakanlığı Logo'su kurumsal kimlikte belirtilen oran, boyut, şekil ve pantone renk kodlarına uygun olarak, bütün tabelaların sol tarafına yerleştirilir. Tabelanın üst kısmında Sağlık Bakanlığı ifâdesi küçük puntolar ile sağlık tesisinin özel adı ve türü ise büyük puntolarla yazılır.

c) Sağlık tesisinde kullanılan tabelalarda yön gösteren oklar sağ tarafta yer alır.

ç) Tabelalar yaklaşık 50 metre uzaklıktan okunabilecek netlikte, ebatları binanın büyüklüğü ile orantılı ve mimari özelliğine uygun, iklim şartlarına dayanabilir malzemeden, ışıklı veya ışıksız olarak yapılır. Tabelalar ışık verici vasıtalarla süslenmez.

d) Tabelalar sade, anlaşılır, imla ve dil yönünden kusursuz ve Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu'na uygun punto kullanılarak yazılır. Yazımlarda Türkçe kelimeler kullanılır. Yabancı dilde kelimelerin kullanılması gerekirse, parantez içinde Türkçe metnin altında ve küçük puntolarla yazılır.

e) Tabelalar üzerinde logo ve yazı dışında, reklam, açık ilan, alkollü içki, uyuşturucu madde, tütün mamulleri, genel ahlâk kurallarına aykırı, korku ve batıl inançları içerecek ve toplumun acıma duygularını istismar edecek şekilde, hasta, bebek, çocuk, yaşlı ve engelliler ile

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden bc3de547-37cc-4db7-abf4-6b279aeb73d5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ilgili ifâdeler veya görüntüler, dil, ırk, cinsiyet, din ve mezhep üzerine dayalı ayırımcılık öğeleri gibi başka unsurlar bulunamaz.

f) Tabelalar birbirinin görüntüsünü engellemeyecek şekilde yerleştirilir.

g) Tarihi özelliği bulunan tabelalar aynen korunur ve tabela kullanımında bina mimarisi dikkate alınır.

ğ) Binaların en fazla iki cephesine tabela asılabilir.

h) Yerleşke içerisinde yer alan binaların tabelaları hiçbir şekilde ağaçların üstüne asılmaz.

ı) Kötü görünümlü, formu bozulmuş, yazısı silinmiş, rengi solmuş tabelalar kullanılmaz.

i) Tabelaların tek direk üzerine yerleştirilmesinde yerden olacak yükseklik en az 2 (iki) metre olarak ayarlanır ve engellilerin dolaşımını engellemeyecek şekilde konumlandırılır.

j) Tabelaların, dış etkilere karşı dayanaklı, kir ve pas tutmama özelliği yüksek ve kolayca temizlenecek özellikte olan malzemeden yapılmış olması tercih edilir.

Sağlık tesisi tabelalarının hazırlanması

MADDE 8- (1) Bakanlığa bağlı binalarda kullanılan tabelalar, kullanım yer ve amacına göre aşağıdaki şekilde çeşitlendirilir.

a) Çatı Tabelası: Sağlık tesislerinin ve 24 (yirmidört) saat kesintisiz hizmet veren ek hizmet binalarının acil durumlarda kolayca bulunabilmesi amacıyla, hizmet binasının çatısına gündüz ve gece uzaktan görünebilecek boyutta, içeriden ışıklandırılabilen bir tabela konulur. Çatı tabelası, işin yapılacağı yerin iklim şartları ve rüzgâr durumuna göre, Bakanlığın "Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar Genelgesi'ne uygun olarak hazırlanır. Yaklaşık 50 (elli) metre uzaklıktan okunabilecek netlikte, boyutu binanın büyüklüğü ile orantılı olarak yapılır. Yazının çatı zemininden ne kadar yükseğe konulacağı binanın yüksekliği ve konumu göz önüne alınarak belirlenir. Çatı tabelasında, bu Yönergenin 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının tüm bentleri kullanılır.

b) Yatay veya Dikey Giriş Tabelası: Sabit veya taşınabilir bir mesnet üzerine yerleştirilmiş, sağlık tesisinin kurumsal kimliğini içeren ve bina girişlerine konulan tabelalardır. Giriş tabelalarının ölçüsü, bina ölçüsü ile orantılı olarak Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu'na uygun olarak düzenlenir. Yatay giriş tabelasında bu Yönergenin 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının tüm bentleri kullanılır. Dikey giriş tabelasında ise bu Yönergenin 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi hariç diğer bentleri kullanılır.

c) Birlikte Kullanım Tabelası ve Kapı Giydirmeleri: Birlikte kullanım protokolü kapsamında sağlık hizmeti sunan sağlık tesislerin girişlerinde yeteri kadar büyüklükte, dikey giriş tabelası ölçülerini geçmeyecek ve geceleri de okunabilecek boyutta tabelalar konulabilir. Bu tabelaların üst kısmına, birlikte kullanım protokolü yapılan üniversite/üniversitelerin logoları konulabilir ve logonun altına adları yazılabilir. Ya da, bu tabelanın üst kısmına üniversite/üniversitelerin logoları konularak "Bu hastane/ağız ve diş sağlığı merkezi, ……. Üniversitesi/Üniversiteleri ile birlikte kullanım kapsamında hizmet vermektedir." ibaresi eklenebilir. Ayrıca hastane bina girişlerindeki kapı giydirmelerinde veya kapı yazılarında, kapının sağ kanadına Bakanlığın logosu ve hastanenin adı, sol kanadına ise birlikte kullanım protokolü ile hizmet sunulan üniversitenin logosu ve adı yazılabilir.

ç) Acil Tabelası: Acil servis binalarında, ışıklandırmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte "ACİL SERVİS" yazılı tabela bulunur. Acil servis girişlerinin belirlenmesi amacıyla uygun yerlere, beyaz zemin üzerine ters "C" harfi şeklinde kırmızı hilal ve altında koyu mavi harflerle "ACİL" ibaresinin yer aldığı yönlendirme tabelası asılır. Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunur. Lüzumu hâlinde bu levhalara ek olarak uluslararası kabul gören yabancı bir dilde de yönlendirme tabelaları eklenebilir.

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden bc3dc547-37cc-4db7-abf4-6b279aeb73d5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

d) Totem: Yerleştirilecek alanın durumu göz önünde bulundurulur ve en az 50 (elli) metreden görülecek büyüklükte, Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu'na uygun olarak hazırlanır. Totemlerde, bu Yönergenin 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının tüm bentleri kullanılır.

e) Bina İçi Yönlendirme Tabelaları: Sağlık tesisinin bölümlerinin bulunabilmesi amacıyla, binalarda giriş ve katlarda, sabit veya taşınabilir bir mesnet üzerine yerleştirilmiş; gidilecek yeri yönlendiren ve sağlık tesisi içinde ziyareti kolaylaştıracak, kat bilgisi ve/veya yön göstergesi ile birim adlarının yer aldığı tabelalardır. Bina içi yönlendirme tabelaları, poliklinik, klinik, doktor odası, toplantı salonu, laboratuvar, görüntüleme birimleri ve benzeri bölümlere yön verecek şekilde Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu'na uygun olarak yerleştirilir. Yön ve yer gösterici tabelalar aynı levha üzerinde birlikte kullanılabilir. Bu durumda, yön okları tabelanın sağ tarafına, kat numaraları ise tabelanın sol kısmına konulur.

f) Bina Dışı Yönlendirme Tabelaları: Sağlık tesisinin kolayca bulunabilmelerine yardımcı olmak amacıyla faaliyet gösterilen binanın bulunduğu cadde veya sokak girişlerine yönlendirme tabelaları ilgili mevzuata göre konulabilir. Sağlık tesisinin ana yollardan uzak olması nedeniyle konulabilecek yönlendirme tabelaları, bulunduğu güzergâhtaki diğer yol ve yön tabela ölçülerine uygun olarak açık ve uzaktan görünür şekilde kullanılır. Mavi zemin üzerinde beyaz yazı ile bu Yönergenin 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c), varsa (ç) ile (d) ve (e) bendi kullanılır.

g) Bina İçi Tabelalar: Sağlık tesisinde bulunan idari odalar, hasta odaları, poliklinikler, toplantı odaları gibi bölümlerin kapı girişlerinde yer alan tabelalardır. İlgili bölümün kapısı, koridora ve sol tarafa açılıyorsa kapının sağ tarafına; koridora ve sağ tarafa açılıyorsa, kapının sol tarafına yüzeyle orantılı olarak yerden 160 cm yükseklikte monte edilir. Tabelalar, kapı girişlerinin uygun olmadığı durumlarda uygun olan yerlere de konulabilir. Aynı bölüm veya oda farklı kişilerce ya da farklı faaliyetler için kullanılıyorsa tabelalar alt alta gelecek şekilde yerleştirilir. Kapı tabelalarında sol tarafta bakanlık logosu, üstte birimin adı, altta birim çalışanlarının adları bulunur. Kapı ad tabelalarında adın baş harfi büyük diğer harfleri küçük, soyadının tamamı büyük harf ile yazılır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Yürürlükten kaldırılan hükümler

MADDE 9– (1) Bu Yönerge ile, 16.05.2018 tarihli ve 2787 sayılı makam onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler, Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezleri İle Hastanelerin Bazı Bölümlerine Ad Verilmesine Ve Tabela Esasları Hakkında Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

Tabelaların Uyumu

GEÇİCİ MADDE 1– (1) Bu Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten önce yapılmış tabelalar, bu Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç iki yıl içerisinde bu Yönerge hükümlerine uygun hâle getirilir. İki yıl içerisinde, bakım ve onarım planı varsa, tabelalar, bu bakım ve onarımla birlikte bu Yönerge hükümlerine uygun hâle getirilir.

Yürürlük

MADDE 10- (1) Bu Yönerge, Bakan Oluru ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 11- (1) Bu Yönergenin hükümlerini, Bakan yürütür.

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden bc3dc547-37cc-4db7-abf4-6b279aeb73d5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

2.2.6. Türkiye Kök Hücre Merkezinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - KAN VE KAN ÜRÜNLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
14/08/2020 14:31 - 84655351-010.04-967
00122952394

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 54567092-010.04
Konu : Türkiye Kök Hücre Merkezinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 1 numaralı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355 inci maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerine ve 508 inci maddesine, 31/7/2019 tarihli ve 30848 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Terapötik Aferez Merkezleri Ve Üniteleri Hakkında Yönetmelik hükümlerine dayanılarak hazırlanan "Türkiye Kök Hücre Merkezinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge" ekte sunulmaktadır.

Mezkûr Yönerge'nin onaylanarak yürürlüğe konulması hususunu;
Takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Genel Müdür

Ek: Yönerge Metni (4 sayfa)

Uygun görüşle arz ederim.
.... / .... /2020

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan Yardımcısı

OLUR
.... / .... /2020

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - MEVZUAT İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
10/12/2020 11:04 - 54567092-010.04-5974
00130630008

Sayı : 54567092-010.04
Konu : Türkiye Kök Hücre Merkezinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Türkiye Kök Hücre Merkezinin yapısına, faaliyetlerine, ulusal kök hücre ihtiyacının planlanmasına ve hedeflerin belirlenmesine, Türkiye Kök Hücre Merkezinin paydaşları ile olan ilişkilerine ve finansal faaliyetlerine dair usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan ve 14.08.2020 tarihli ve 967 sayılı Makam Oluru ile yürürlüğe konulan "Türkiye Kök Hücre Merkezinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge" de değişiklik yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Ekte sunulan "Türkiye Kök Hücre Merkezinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge"nin onaylanarak yürürlüğe konulması hususunu;

Takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Genel Müdür

Ek: Yönerge Metni (1 sayfa)

Uygun görüşle arz ederim.
.... / .... /2020

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan Yardımcısı

OLUR
.... / .... /2020

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Türkiye Kök Hücre Merkezinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Türkiye Kök Hücre Merkezinin yapısına, faaliyetlerine, ulusal kök hücre ihtiyacının planlanmasına ve hedeflerin belirlenmesine, Türkiye Kök Hücre Merkezinin paydaşları ile olan ilişkilerine ve finansal faaliyetlerine dair usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Türkiye Kök Hücre Merkezinin yapısını, görevlerini ve çalışma esaslarını kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönerge, 10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355 inci maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerine ve 508 inci maddesine, 31/7/2019 tarihli ve 30848 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Terapötik Aferez Merkezleri ve Üniteleri Hakkında Yönetmelik hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 - (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Bağışçı: Hematopoetik kök hücre nakli gereken hasta ile eşleşen ve kemik iliği veya periferik kök hücre verme konusunda bilgilendirilmiş ve gönüllü olduğunu beyan etmiş, bağışçı olmasında herhangi bir engel bulunmayan 18-50 yaş arasındaki kişiyi,

c) Bağış Merkezi (BM): Bağışçı kazanımı için Bölge Kan Merkezlerinde veya Bölge Kan Merkezlerinden bağımsız müstakil alanlarda kurulan, gerektiğinde mobil ekipler oluşturarak bağışçıdan aydınlatılmış onamı ve kan numunesi alınan merkezi,

ç) Genel Müdür: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürünü,

d) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

e) Hematopoetik Kök Hücre Nakil Merkezi (HKHNM): Hastaya, hematopoetik kök hücre nakli uygulamak amacı ile kamu veya özel sağlık tesislerinde kurulan nakil merkezini,

f) Kök Hücre: Kemik iliğinde, periferik kanda ve göbek kordonunda bulunan, kan ve bağışıklık sistemi hücrelerine dönüşebilen öncül hematopoetik kök hücreleri,

g) Türkiye Kök Hücre Merkezi (TÜRKÖK): İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalar için ulusal ve uluslararası akraba dışı kök hücre temini ve nakline yönelik her türlü iş ve işlemi gerçekleştiren, hastalıkların teşhis ve tedavisinin yapıldığı yüksek teknoloji içeren alt yapıya sahip, eğitim ve araştırma hizmetlerinin verildiği kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlayan, gerektiğinde bu kuruluşların tıbbi donanım ve alt yapısından faydalanan, bünyesinde ulusal kemik iliği veri bankası bulunan, Genel Müdürlüğe bağlı olarak hizmet veren sağlık hizmet sunucusunu,

ğ) Veri Tabanı: TÜRKÖK tarafından, bağışçıların doku tiplerine ait verilerin tutulduğu elektronik veri kayıt sistemini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
TÜRKÖK'ün Yapısı, Görevleri ve Veri Tabanının Güncellenmesi

TÜRKÖK'ün Yapısı

MADDE 5- (1) TÜRKÖK, Bakanlık merkez teşkilatında üçüncü basamak sağlık tesisi olarak kurulur.

(2) Merkezin fiziki koşulları;

a) Merkez çalışanları için gün ışığı alan, havadar her biri en az 20 m^2 olmak üzere en az iki bağımsız oda bulunmalıdır.

b) Veri tabanını oluşturan sistem için server odası olmalıdır.

(3) Gerekli görüldüğü takdirde TÜRKÖK bünyesinde kordon kanı bankası kurulabilir.

(4) İşlerin etkin ve zamanında gerçekleştirilebilmesi için Bakanlıkça belirlenen illerde gerekirse kök hücre koordinasyon birimi kurulabilir.

TÜRKÖK'ün Görevleri

MADDE 6 – (1) TÜRKÖK'ün görevleri şunlardır;

(a) Kök hücre nakli gereken hastaların tedavisi için yurt içinden veya yurt dışından kök hücre temin edilmesini ve nakil merkezine transferine kadar olan süreci yürütür veya yürütülmesini sağlar.

(b) Bağışçı kazanımına yönelik çalışmaları yürütür, doğrudan bağışçı kazanımı yapar veya yaptırır. Bağış merkezlerinin planlamasını yapar veya yaptırır ve çalışmalarını takip eder.

(c) HLA tiplendirmesi yapan uluslararası akreditasyon belgesine sahip laboratuvar tarafından bağışçıya ait HLA doku tiplerinin belirlenmesini, veri tabanına kaydedilmesini, yedeklenmesini, güncellenerek saklanmasını sağlar.

(ç) Veri tabanında yer alan bağışçılara ait verilerin güvenliğini sağlar.

(d) Kök hücre nakli için başvuruda bulunan hastalar ile veri tabanına kaydedilmiş bağışçıların doku uyumluluklarını belirlemek üzere tarama ve eşleştirme işlemlerini yapar, uyumlu bağışçı bulunamamış ise her yeni bağışçı verisi yüklendiğinde tarama işleminin otomatik olarak tekrarlanmasını sağlar.

(e) Bağışçının, sağlık kontrolleri, ileri laboratuvar testleri, kök hücrenin istenilen süre içinde toplanması, alınan hücresel ürünün yurt içi ve yurt dışı nakil merkezine hızlı ve güvenli bir biçimde taşınması, bağışçının ulaşım ve konaklama hizmetlerinin karşılanması dâhil olmak üzere tüm faaliyetleri yürütür veya yürütülmesini sağlar.

(f) Nakil sürecinde, HKHNM, kemik iliği bankaları ve kök hücre toplama işlemini gerçekleştirecek olan terapötik aferez merkezleri arasında koordinasyonu sağlar.

(g) Doğrulama test işlemlerini yapar veya yaptırır.

(ğ) Doğrulama testleri sonrasında kök hücre nakli planlanan hastalar için kök hücre tedariki için gerekli iş ve işlemleri koordine eder.

(h) Bağışçıdan kök hücre toplandıktan sonra bağışçının kontrol muayenelerinin gerçekleştirilmesini sağlar.

(ı) Hastayı takip eden HKHNM'nin veya yurt dışı kemik iliği bankalarının talebi üzerine, hasta ile doku tipi uyumlu olduğu tespit edilen bağışçıyı üç ay süreyle hasta adına rezerve eder. İlk üç aylık süre sonunda bağışçı ile ilgili nakil süreci başlatılmayan durumda rezervasyon işlemi iptal edilerek bağışçı genel taramaya dahil edilir. Genel tarama sonucu başka bir hasta ile eşleşme olmaması durumunda ise daha önce rezerve edildiği hasta adına son defa olmak üzere üç ay daha rezerve edilebilir.

(i) Kök hücre toplama işlemi sonrasında sağlık durumu açısından bağışçının takibini yapar.

(j) Kök hücre nakli ile ilgili faaliyet gösteren uluslararası kuruluşlara üye olur.

(k) Bakanlık tarafından uygun görülen verilerinin uluslararası kemik iliği bankaları ile paylaşılmasını sağlar.

(l) Gerektiğinde, Bakanlığın uygun gördüğü yurt dışı kemik iliği bankaları ile kök hücre nakil süreçlerine ilişkin iş ve işlemlerle ilgili anlaşma yapar.

(m) Yurt içinde uygun bir bağışçı bulunamadığı takdirde yurt dışı kemik iliği bankalarında tarama yapar, eşleşme olması durumunda kök hücreyi temin eder, temin edilen kök hücrelerin yurt içinde talepte bulunan HKHNM' ye ulaştırılmasını sağlar.

(n) **(Değişik: 10.12.2020 tarih 5974 sayılı Makam oluru)** Bakanlıkça yetki verilmiş olan kemik iliği nakil merkezlerine, takip etmiş oldukları hastalar ile kemik iliği bilgi bankasına kayıtlı bağışçılar arasında eşleşme bulunup bulunmadığı hususunda bilgi verir. Bu kapsamda yapılan tarama sonucu yurt içinde 9/10 uyumlu kemik iliği bağışçısı bulunmasına rağmen yurt dışından 10/10 uyumlu kemik iliği kök hücre tedarik etmek isteyen nakil merkezleri, kemik iliği nakil konseyi tarafından belirlenmiş olan gerekçelerini Bakanlığa rapor etmek suretiyle yurt dışı tarama ve ürün temini sağlayabilir.

(o) Yurt dışından gelen kök hücreye ilişkin talepleri değerlendirir, tarama, eşleştirme ve koordinasyon işlemlerini yapar, toplanan kök hücrelerin talep eden ülkeye gönderilmesini sağlar.

(ö) Kök hücre nakli bekleyen hastalar için yurt içi nakil merkezlerinden ve yurt dışı kemik iliği bankalarından yapılan doğrulama test taleplerini kabul eder.

(p) Toplanan kök hücreler ile test numunelerinin yurt içi ve yurt dışı transferine yönelik kurye işlemlerini yürütür veya yürütülmesini sağlar.

(r) Kök hücre temini ile ilgili maliyet kalemlerine ilişkin yurt içi ve yurt dışı ücret tarifelerinin belirlenmesi konusunda çalışma yapar.

(s) Her iki tarafın talebi ve rızası olması halinde bağışçı ile hasta arasında iletişim kurulması ve bunların buluşması ile ilgili kuralları belirler ve buluşma amacına yönelik gerekli bilgi paylaşımını yapar.

(ş) Bağış sırasında ve sonrasında, bağışçının sağlık durumunun takibine ve korunmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar.

(t) 55 yaşını dolduran, hayatını kaybeden, bağışçı olmasına engel olacak bir durumu tespit edilen ve bağışçı olmaktan kendi isteği ile vazgeçen kişilerin veri tabanından kaydını siler.

(u) Kök hücre bağışında bulunmuş bağışçıların kaydını, bağış yaptığı tarihten itibaren bir yıl süre ile veri tabanında pasif duruma getirir.

(ü) Ulusal ve uluslararası akreditasyon standartlarına uyumu sağlamak amacıyla gerekli faaliyetleri yürütür.

(v) Bu Yönerge kapsamındaki iş ve işlemler için gerektiğinde hizmet satın alır.

(y) Genel Müdür tarafından verilen diğer görevleri yapar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Veri Yönetimi, İdari ve Mali İşler

Veri Yönetimi

MADDE 7 - (1) TÜRKÖK, görevlerini yerine getirmek için kullanacağı bilgi yönetim sistemini kurar, sistemin devamlılığını ve geliştirilmesini sağlar, verilerin analizini yapar.

(2) Belirlenen aralıklarla verilerin yedeklenmesini, yapılan yedeklemelerin geri yükleme testleri ile teyit edilmesini sağlar.

(3) Bilgi yönetim sisteminin donanım, yazılım ve ağ yapısı ile harici bağlantı bileşenlerinin kesintisiz ve uyumlu çalışmasını sağlar.

(4) Veri tabanında tarama yapacak yazılım programının hazırlanmasını ve geliştirilmesini sağlar.

İdari ve Mali İşler

MADDE 8 - (1) Yurt içi ve yurt dışı kök hücre nakli ile ilgili faturalama, tahakkuk, satın alma ve bütçe ile ilgili tüm iş ve işlemleri yürütür ve koordinasyonunu sağlar.

(2) Birinci fıkrada belirtilen iş ve işlemleri gerçekleştirmek amacı ile ilgili mevzuatına uygun olarak döner sermaye işletmesi kurar ve buna ilişkin faaliyetlerin yürütülmesini sağlar.

(3) Hizmet sunumunun aksamadan yürütülmesini sağlamak üzere her türlü ihtiyacın zamanında tespit edilmesi ve giderilmesi için gerekli tedbirleri alır.

(4) Yurtiçine ve yurtdışına verilen hizmetlerin fatura bedeli, ilgili geri ödeme kuruluşu tarafından TÜRKÖK döner sermaye işletmesinin bütçesine aktarılır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Yasaklar ve Gizlilik

MADDE 9 – (1) TÜRKÖK personeli ve TÜRKÖK'ün hizmet aldığı kurum görevlileri, bu Yönerge kapsamındaki faaliyetlerle ilgili olarak gizlilik sözleşmesi imzalamakla yükümlüdürler.

(2) TÜRKÖK bilgi yönetim sistemine erişim, görev alanı ile ilgili yetkilendirilmiş personel ile sınırlı tutulur.

(3) Kayıt altına alınan hastanın ve bağışçının kişisel verileri, ilgili mevzuata uygun olarak işlenir ve veri tabanına aktarılır.

(4) TÜRKÖK ile diğer kemik iliği bankaları, kök hücre nakil merkezleri, kök hücre toplama merkezleri, doku tiplendirme ve halk sağlığı laboratuvarları ve hizmet alımı yapılan kuruluşlar arasındaki iletişim, gizlilik esaslarına uyulmak suretiyle yapılır.

Yürürlükten kaldırılan mevzuat

MADDE 10 - (1) 31/7/2009 tarihli ve 30359 sayılı Makam Oluruyla yürürlüğe giren Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi Çalışma Esasları Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 11 – (1) Bu Yönerge Sağlık Bakanının onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 12 – (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.7. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
25/10/2019 15:05 - 54567092-010.04-5201
00104526776

Sayı :54567092/010.04
Konu :Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

Sağlık teknolojisi değerlendirme sürecini ve basamaklarını tanımlamak amacıyla, "Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Yönergesi" hazırlanmıştır.

Anılan Yönerge'nin onaylanarak yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Genel Müdür

Uygun Görüşle Arz Ederim.
.../.../2019
Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2019
Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

SAĞLIK TEKNOLOJİSİ DEĞERLENDİRME YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç ve Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam

MADDE 1 – (1) Bu Yönergenin amacı sağlık teknolojisi değerlendirme sürecini ve basamaklarını tanımlamaktır.

(2) Bu Yönerge Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık teknolojisi değerlendirme iş ve işlemlerini kapsar.

Dayanak

MADDE 2 – (1) Bu Yönerge, 10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355 inci ve 508 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 3 – (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakan: Sağlık Bakanını,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) Daire Başkanı: Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanını,

ç) Daire Başkanlığı: Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığını,

d) Etkinlik: Sağlık teknolojisinin, laboratuvar ortamı veya klinik araştırma protokolü gibi ideal koşullar altında belli bir problemin çözümünde yararlı olmasını,

e) Genel Müdür: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürünü,

f) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

g) Hızlı Etkililik Değerlendirmesi: Sağlık teknolojisinin özellikleri, klinik güvenliği, etkinliği ve etkililiği açılarından değerlendirilmesini ya da ekonomik değerlendirmeyi içeren, üç ila dokuz ay arasında tamamlanması planlanan çalışmayı,

ğ) Klinik Etkililik: Sağlık teknolojisinin genel ve yaygın koşullar altında belli bir problemin çözümünde yararlı olmasını,

h) Komisyon: Konu Seçimi Komisyonunu,

ı) Komisyon Başkanı: Genel Müdür veya görevlendireceği Genel Müdür Yardımcısını,

i) PICO (Population, Intervention, Comparator, Outcome): Çalışmanın yapıldığı evren, sorun veya hasta grubunu, çalışma konusu müdahaleyi ve kıyaslanacak alternatif müdahaleleri ve sonuçları,

j) Sağlık teknolojisi: Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu amacıyla kullanılan, başta ilaçlar, tıbbi cihazlar, cerrahi yöntemler ve sağlık sistemleri olmak üzere her türlü uygulamayı,

k) Sağlık teknolojisi değerlendirme (STD): Sağlık teknolojisinin genel özellikleri, güvenliği, etkinliği ve etkililiği, ekonomik yönleri ve maliyeti, kurumsal işleyiş yönleri ile sosyal, etik ve yasal yönler açısından sistematik olarak incelenmesi ve yorumlanmasını,

l) Tam raporlama: STD tanımındaki tüm unsurları içeren ve dokuz ay ila yirmi dört ay arasında tamamlanması planlanan çalışmayı,

m) Uyarlama çalışması: Uluslararası veya diğer ulusal STD kuruluşları tarafından yayımlanmış sağlık teknolojisi değerlendirme raporlarının Türkçeye çevrilmesi ve uyarlanmasını,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Konu Önerisi, Komisyon, Konu Seçimi ve Re'sen Çalışma

Konu önerisi

MADDE 4 – (1) Sağlık teknolojisi değerlendirme programına alınacak konular için gerçek ve tüzel kişiler Genel Müdürlüğe öneride bulunabilir.

(2) Öneri, Ek-1'de yer alan formun doldurulması ve Genel Müdürlüğe gönderilmesi ile yapılır. Usulüne uygun yapılmayan başvurular dikkate alınmaz.

Konu seçimi komisyonu

MADDE 5 – (1) Konu Seçimi Komisyonu, Genel Müdürün teklifi ve ilgili Bakan Yardımcısının oluru ile kurulur. Sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmasına başlanılacak konuların seçimi Komisyon kararı ile yapılır.

(2) Komisyon, aşağıda belirtilen on üç üyeden oluşur;

a) Komisyon Başkanı,

b) Daire Başkanı,

c) Genel Müdürlüğün konu ile ilgili Daire Başkanlığı temsilcisi,

ç) Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünden bir temsilci,

d) Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğünden bir temsilci,

e) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden bir temsilci,

f) Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan bir temsilci,

g) Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığından bir temsilci,

ğ) Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından bir temsilci,

h) Hastane tabanlı STD birimlerinden bir temsilci,

ı) Hasta veya hasta hakları ile ilgili sivil toplum kuruluşlarından bir temsilci,

i) İlaç üretimi ile ilgili ulusal düzeyde faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarından veya bu alandaki kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarından bir temsilci.

j) Tıbbi cihaz üretimi ile ilgili ulusal düzeyde faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarından veya bu alandaki kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarından bir temsilci.

(3) Komisyon Başkanı ve Daire Başkanı, komisyonun daimi üyeleri olup yedinci fıkradaki istisna dışında konu seçimi oylamasına katılmazlar.

(4) (c), (ç), (d), (e), (f), (g) ve (ğ) bendinde belirtilen temsilciler için ilgili kurumlar asıl ve asıl üye sayısı kadar yedek üyelerini yazılı olarak bildirir.

(5) (h), (ı), (i) ve (j) bendinde belirtilen temsilciler için Bakanlık internet sitesinde duyuru yayımlanarak davette bulunulur. İlgili kuruluşların yazılı olarak bildirdiği adaylar arasından asıl ve yedek üyeler Bakan Yardımcısı oluru ile belirlenir.

(6) Komisyon başkanının katılamadığı durumlarda Daire Başkanı komisyona başkanlık yapar.

(7) Üyelerin görev süresi iki yıldır. Süresi biten üye iki dönem daha yeniden seçilebilir. Temsil ettikleri kurum ve kuruluşlardan ayrılanların üyeliği sona erer. Üyeliği sona eren üyenin yerine on beş iş günü içinde ilgili kurum yeni üye bildirir.

(8) Komisyon, yılda en az bir defa olmak koşuluyla davet üzerine, önceden belirlenmiş toplantı gündemine göre toplanır. Usulüne uygun olarak bildirilen tüm konu önerileri Komisyon tarafından değerlendirmeye alınır.

(9) Gündem başlıklarını içeren toplantı daveti, toplantı tarihinden en az beş iş günü önce üyelere yazılı veya elektronik ortamda bildirilir.

(10) Komisyon en az yedi üye ile toplanır. Karar yeter sayısı sağlanıp Komisyonun toplandığı ancak Komisyon Başkanının mücbir sebeplerle ya da öngörülemeyen sebeplerle

toplantıya katılamadığı durumlarda üyeler kendi aralarından bir başkan vekili seçerek çalışmaya devam ederler. Kararlar toplantıya katılanların salt çoğunluğu ile alınır. Oyların eşitliği durumunda, Komisyon başkanı oy hakkını kullanır ve kullandığı oy yönünde çoğunluk sağlanmış sayılır.

(11) Komisyondaki görüşmeler gündem sırasına göre yapılır. Toplantıya katılanların salt çoğunluğu ile gündem maddelerinin sırası değiştirilebilir ya da gündem dışı bir maddenin müzakereye açılması teklif edilebilir. Bu teklifler, toplantıya katılanların salt çoğunluğu esas alınarak değerlendirmeye alınır.

(12) Alınan kararlar toplantı bitiminde; gerekçeler, şerhler ve diğer açıklamalar toplantı bitiminden itibaren beş iş günü içinde tutanak haline getirilerek imzalanır.

(13) Komisyonun sekretaryası, Daire Başkanlığı tarafından yürütülür.

Konu seçimi

MADDE 6 – (1) Çalışılacak konuların seçiminde, aşağıdaki hususlar dikkate alınır:

a) Sağlık teknolojisi ile ilişkili hastalık yükünün önemi,

b) Sağlık teknolojisinin sağlık hizmet sunumundaki bütçe etkisi,

c) Sağlık teknolojisi ile ilgili sosyal ve etik yönleri de içeren kamuoyu ilgisi,

ç) Sağlık teknolojisi hakkında çalışılabilecek yeterli veri kaynakları ile değerlendirme yapabilecek kalifiye işgücünün mevcudiyeti.

(2) Sağlık hizmetlerinde disinvestment (sağlık hizmetlerinde rutin kullanımdan kaldırma veya azaltmaya yönelik değerlendirmeler) konusu da değerlendirilir. Ayrıca, verimli STD çalışması yürütebilmek için bilimsel araştırmalarda israf konusu da göz önünde bulundurulur.

(3) Sağlık teknolojisi ile ilişkili hastalık yükü ve bütçe etkisinin fazla olduğu, kamuoyunun ilgisinin yoğunlaştığı ve çalışmanın sonuçlandırılabilmesi için kalifiye işgücü ile veri kaynaklarının mevcut olduğu konulara öncelik verilir.

(4) Usulüne uygun olarak yapılmış konu önerilerinin tümü komisyon tarafından değerlendirmeye alınır ve Komisyon kararları Genel Müdürlük internet sitesinde gerekçeleriyle birlikte yayımlanır.

Re'sen çalışma

MADDE 7 – (1) Komisyon tarafından seçilen konuların dışında, Genel Müdürün onayı ile Daire Başkanlığı tarafından re'sen sağlık teknolojisi değerlendirme çalışması yürütülebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Proje Süreci

Proje ekibinin oluşturulması

MADDE 8 – (1) Proje ekibi, Daire Başkanlığı çalışanlarından en az birinin katılımı ve koordinasyonunda; ihtiyaç halinde üniversiteler, eğitim ve araştırma hastaneleri, ilgili kamu kuruluşları ve sivil toplum kuruluşları ile konu hakkında çalışan uzman kişilerin katılımı ile en az iki kişiden oluşur.

Proje tasarlanması ve yürütülmesi

MADDE 9 – (1) Komisyon tarafından belirlenen STD konusu ile Daire Başkanlığı tarafından resen başlatılacak sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarında sırasıyla aşağıdaki işlemler takip edilir;

a) Konu hakkında ön değerlendirme için, yayımlanmış ulusal ve uluslararası STD raporları ile literatür taranır ve incelenir.

b) Çalışma için, STD politika sorusu ve PICO belirlenerek çalışma yöntemi ve takvimi hazırlanır.

(2) Çalışmanın başlangıcında, değerlendirilecek sağlık teknolojisinin niteliklerine ve STD raporlama yöntemine göre cevaplanması istenecek soru listesi oluşturulur.

(3) Sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarında Avrupa Birliği ile uluslararası birliklerin kullandığı ortak terminoloji ve sözlükler referans alınır.

Sağlık teknolojisi değerlendirme çalışma yöntemleri

MADDE 10– (1) Sağlık teknolojisi değerlendirme çalışma yöntemleri, çalışma konusu hakkında ihtiyaç duyulan bilginin aciliyetine, konu hakkında ulaşılabilir veri kaynaklarına ve konunun kapsayıcılığına göre belirlenir.

(2) STD projeleri; tam raporlama veya hızlı etkililik değerlendirmesi veya uyarlama çalışması olarak yürütülür. Literatürün yeterli veri sağlamadığı sağlık teknolojisi değerlendirme konuları için orijinal bilimsel çalışmalar önerilebilir.

(3) Tüm raporlar Türkçe olarak yayımlanır. İhtiyaç duyulan diğer dillerde tam veya kısaltılmış versiyonları yayımlanabilir. Tüm raporların hastalar için kısa ve anlaşılır bir sürümü ayrıca yayımlanır.

Literatür taraması ve raporlama süreci

MADDE 11 – (1) Literatür taramasında aşağıdaki hususlar dikkate alınır;

a) Literatür taraması, ULAKBİM ulusal veri tabanları ile MEDLINE®, EMBASE® ve benzeri veri tabanlarını içerir.

b) Literatür taramasında anahtar kelimeler konu hakkında ilgili en geniş verilere ulaşılacak nitelik ve nicelikte seçilir.

c) Tarama sonrası kanıtların kalitesi uluslararası kabul görmüş ölçütlere göre değerlendirilir.

ç) Literatür taramasında, konunun içeriğine ve kanıtların önemine göre Türkçe ve İngilizce haricindeki dillerde yapılan yayınlar da dikkate alınır.

(2) Sağlık teknolojisine ilişkin etkinlik ve klinik etkililik değerlendirmelerine yönelik literatür incelemeleri ve ardından hazırlanacak rapor, ilgili alandaki uzman kişiler tarafından hazırlanır.

(3) Ekonomik değerlendirmeler ile sosyal, etik ve yasal yönlere ilişkin yapılan değerlendirmeler, ekibin bu alanda çalışan üyeleri tarafından yapılır.

(4) Kurumsal ve hukuki değerlendirmelerin ardından çalışılan STD konusundaki rapora son şekli verilerek, ilgili tüm taraflarca incelenmesi ve varsa gerekli itirazların yapılabilmesi için taslak rapor halinde Genel Müdürlüğün internet sitesinde yayımlanır.

(5) Geri bildirimler için süre, raporların yayımını takip eden günden itibaren on beş iş günüdür. Süre sonunda, taslak rapor yayımdan kaldırılır ve varsa geri bildirimler değerlendirilerek, en geç on beş iş günü içinde gerekli görülen düzeltmeler yapılır. Nihai STD raporu, Genel Müdürün onayı ile yayımlanır.

İzleme ve güncelleme

MADDE 12 – (1) Yayımlanan STD raporları tavsiye niteliğindedir ancak ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından uygulanıp uygulanmadığı Genel Müdürlük tarafından izlenir.

(2) Yayımlanan STD raporlarının, hangi gerekçelerle uygulanmadığı konusunda, ilgili kurumlarla işbirliği halinde gerekli değerlendirmeler yapılır.

(3) Yayımlanan STD raporlarının güncelliği izlenerek varsa Genel Müdürlüğe yapılan başvurular da değerlendirilerek mevcut STD raporunda güncelleme ihtiyacı olup olmadığı belirlenir. Güncellemeye gerek duyulduğunda STD proje süreci başlatılır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Düzenleme yetkisi

MADDE 13 – (1) Genel Müdürlük, STD'nin raporlama yöntemi ile ilgili olarak çalışmaların nasıl yürütüleceği konusunda ayrıca düzenleme yapabilir veya bunlara yönelik kılavuzlar yayımlayabilir.

(2) STD çalışmalarında kullanılacak Yönerge ekindeki formlar Genel Müdürlük internet sitesinde yayımlanır ve ihtiyaç duyulduğunda güncellenir.

Yürürlükten kaldırılan yönerge

MADDE 14 - (1) Bu Yönerge ile 08.02.2013 tarihli ve 995138 sayılı Bakanlık Makam Oluru ile yürürlüğe giren Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 15 – (1) Bu Yönerge, Bakanlık Makam Oluru tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 16 – (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.8. Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

30.09.2019 tarih ve 23642684-010.04-1618 sayılı Makam Olur'u ile aynı tarihte yürürlüğe konulan;

SAĞLIK RAPORLARI USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; sağlık raporlarının ne şekilde hangi sağlık hizmet sunucularında düzenleneceğinin açıklanması, rapor formatlarının belirlenmesi ve sağlık raporlarına itiraz süreçlerinin tanımlanmasıdır.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge; resmi ve özel tüm sağlık hizmet sunucularını, özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişileri kapsamaktadır.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge; 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355 inci ve 508 inci maddeleri, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu 5'inci maddesi ile 10.9.1982 tarihli ve 8/5319 nolu Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemini,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) ÇKYS: Çekirdek Kaynak Yönetim sistemini,

ç) Durum Bildirir Raporlar: Kişinin sağlık durumunun bir veya birden çok hekim tarafından belirlenerek kayıt altına alındığı belgeleri,

d) e-Rapor: Sağlık raporlarının elektronik olarak düzenlenebildiği, e-imza ile onaylanabildiği Bakanlık tarafından kurulan elektronik sistemi,

e) ETSŞY: 3/1/2018 tarih ve 30290 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliğini,

f) Evlilik Öncesi Sağlık Raporu**:** Kişilerin evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporudur.

g) Fenne ve usule aykırı rapor: Tıp biliminin genel kabul görmüş uygulamalarına ve bu Yönergede tespit edilen usul ve esaslara uyulmaksızın düzenlenen raporları;

ğ) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

h) HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemini,

ı)J.Gn. K.lığı: Jandarma Genel Komutanlığını,

i) Kurul raporları: (20/10/2020/4959 Yürürlük: 20/10/2020) Tek tabibin yetkisi dışında kalan hususlarda kişilerin sağlık durumları hakkında karar verilen en az İç Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz, Genel Cerrahi, Göz Hastalıkları, Nöroloji veya Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzman hekimlerinin yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen raporları,

j) Kurum tabipliği: 6/1/2005 tarihli ve 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin, Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanunun 3'üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde tanımlanan birimleri,

k) ÖTV: Özel Tüketim Vergisini,

l) Sağlık kurulu: Tek tabibin yetkisi dışında kalan hususlarda veya mevzuatta sağlık kurulu raporu öngörüldüğü hallerde, kişilerin sağlık durumları hakkında karar vermeye yetkili organları,

m) Sağlık hizmeti sunucusu: Sağlık hizmeti sunan ve/veya üreten gerçek kişiler ile kamu tüzel kişileri veya özel hukuk tüzel kişilerini ve bunların tüzel kişiliği bulunmayan şubelerini,

n) SGK: Sosyal Güvenlik Kurumunu,

o) S.G.K.lığı: Sahil Güvenlik Komutanlığını,

ö) SMY: Türk Silahlı Kuvvetleri Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Personelinin Sağlık Muayene Yönergesini,

p) SYY: 31/10/2016 tarihli ve 2016/9431 nolu Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe giren Türk Silahlı Kuvvetleri Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Sağlık Yeteneği Yönetmeliğini,

r) Tedavi, hastalık bildirir, istirahat, ortez – protez için gerekli sağlık kurulu raporları: Sağlık tesisinde var ise ilgili daldan üç uzmanın katılımı ile, aynı dalda üç uzman bulunmaması halinde ise ilgili dal uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık dalına en yakın uzmanlık dalından olmak üzere, baştabibin seçeceği diğer dallardan uzmanların katılımı ile üç uzman tabipten oluşturulacak sağlık kurulunca verilen raporu,

s) Tek hekim raporları: Kişilerin sağlık durumları hakkında kararın tek hekim tarafından verildiği raporları,

ş) TSK: Türk Silahlı Kuvvetleri,

t) Yükümlü: Yoklama ve sevke tabi er ile yoklama ve sevke tabi yedek subay aday adayları, silah altındaki er-erbaş, yedek subay adayı ve yedek subayları,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Başvuru Esasları

Kimlik tespiti

MADDE 5- (1) Kimlik tespitinin; başvuru, muayene, kan veya laboratuvar numunesi verilmesi, görüntüleme hizmetleri dâhil tüm süreçlerde hizmeti sunan personel tarafından yapılması zorunludur.

(2) Kimlik tespitinin doğru şekilde yapılabilmesi için sağlık hizmet sunumunda görevli tüm personel, sorumluluklarını yerine getirmekle yükümlüdür.

(3) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(4) İlgili mevzuatında on beş yaşından küçüklerin kimlik kartında fotoğraf bulunma zorunluluğu bulunmadığından görevli personelin çocuğun doğru kişi olduğuna dair gerekli incelemeleri yapma yetkisi vardır.

(5) Sağlık raporu düzenlenecek çocuklar dâhil tüm kişilerin, sağlık kurulu sekretaryası tarafından, bilgisayara entegre kamera veya fotoğraf çekme özelliği bulunan taşınabilir cihazlar ile fotoğrafı çekilerek Hastane Bilgi Yönetim Sistemine aktarılır. Muayene, numune verme ve radyolojik görüntüleme aşamalarında başvuran kişilerin sistemde yer alan dijital fotoğrafı yardımıyla kimlik doğrulama işlemi yapılır. Birinci basamak sağlık hizmet sunucularında düzenlenen sağlık raporları için fotoğraf çekilmesi zorunlu değildir.

(6) Öğrenciler e-Devlet kapısını kullanarak aldıkları belgeler ile resmi, özel kurum ve kuruluşlara başvuru yapabilecektir. E-Devlet kapısını kullanarak alınan bu belgeler sağlık hizmet sunucularında kimlik tespiti ve sağlık raporlarında öğrencilik işlemlerine esas işlemlerde kabul edilecektir. Ancak bu belgeler e-Devlet kapısı internet sitesi üzerinde bulunan belge doğrulama sekmesinden, belge sahibinin T.C. kimlik numarası ve belge üzerindeki barkod numarası girilerek doğrulanacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
İstirahat ve İş Göremezlik Raporları

Raporların düzenlenmesi, tasdiki ve rapor formatına ilişkin açıklamalar

MADDE 6- (1) Memur ve diğer kamu görevlilerine istirahat raporu işlemlerinde; tüm sağlık hizmet sunucuları tarafından, Sosyal Güvenlik Kurumu "İş Göremezlik Uygulaması Sistemi" kullanılacaktır. Sistemden rapor provizyonu alınmasını takiben yapılan muayene ve

tetkikler sonucunda, tıbben istirahati lüzumlu görülenlere, ilgili mevzuatla belirlenen usul ve esaslara uygun olarak, anılan sistem üzerinden istirahat raporu düzenlenecektir. Sistem üzerinden raporu tanzim eden hekim/hekimler tarafından rapor onaylanacaktır. Sistemden rapor düzenlenebileceğine dair ön izin alınamaması durumunda, başvuran kişi bilgilendirilerek hastanelerde hastane başhekimliğine, birinci basamak sağlık kuruluşlarında ise en yakın veya ilgilinin seçeceği hastanenin başhekimliğine yönlendirilir. Kişinin muayenesi ve lüzumu halinde istirahat raporu düzenlenmesi işlemleri, başhekimin koordinasyonunda yapılır.

(2) Sistem üzerinden düzenlenen istirahat raporları için çıktı alınmasına gerek yoktur. (20/10/2020/4959 Yürürlük: 20/10/2020) Düzenlenen istirahat raporları erapor.saglik.gov.tr internet adresi "Rapor Doğrulama" ve İş Göremezlik Sistemi rapor görüntüleme ekranlarından doğrulanabilecek, e-Devlet kapısı üzerinden görüntülenebilecektir.

(3) İş göremezlik sisteminde hata nedeniyle rapor düzenlenemediği durumlarda Ek-1 İstirahat Rapor Formatı' na uygun şekilde manuel rapor düzenlenebilir. Hastanelerde bu çıktıya hastanenin barkodu yapıştırılır. Başhekimlik mührü ve onayı aranmaz.

(4) Kurum hekimleri ve sözleşmeli aile hekimleri hariç birinci basamak resmi sağlık hizmet sunucularında görevli hekimler İş Göremezlik Uygulamasına dâhil olana kadar Ek-1 İstirahat Rapor Formatı' na uygun şekilde manuel rapor düzenleyebilir.

(5) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(6) İş Göremezlik Belgesi, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca belirtilen usul, esas ve formata göre düzenlenecektir.

(7) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(8) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(9) İstirahat raporlarının usule ve fenne uygun düzenlenmesi konusunda gerekli hassasiyet gösterilir

(10) İstirahat raporları muayenenin bir parçası olup ayrıca kişilerden rapor ücreti adı altında herhangi bir ücret talep edilemez.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Engelli Sağlık Kurulu Raporları

Raporların düzenlenmesine ilişkin açıklamalar

MADDE 7- (1) Engelli raporları, Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre düzenlenir.

(2) Özel tertibatlı motorlu araç kullanılması gereken durumlarda özel tertibat kodunu ve sürücü belgesi sınıfını belirleme yetkisi il sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulan komisyona aittir. Bu sebeple ÖTV istisnasına esas işlemlerde kişi adına düzenlenmiş Engellilik Sağlık Kurulu Raporu, sürücü belgesinde veya Sürücü Adayı/Sürücü Sağlık Raporunda (IV. Kısım) belirtilen tertibat kodları birlikte değerlendirilir. Ancak bu kodların, Engellilik Sağlık Kurulu Raporunda belirtilen engel durumu ile uyumlu olması gerekir. 01.01.2016 tarihinden önce H Sınıfı Sürücü Belgesi sahibi olan kişiler, Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelik hükümlerine göre yeni Sürücü Adayları ve Sürücü Sağlık Raporu düzenlenmesi amacı ile sağlık hizmet sunucularına yönlendirilir.

(3) ÖTV istisnasından yararlanarak araç alımına yönelik Engellilik Sağlık Kurulu Raporlarında aşağıdaki hususlara dikkat edilir.

a) Hem alt, hem üst ekstremitede veya her iki alt veya her iki üst ekstremitede aynı veya farklı tür engelin bulunduğu durumlarda, ekstremitenin türü (alt/üst) ve yönü (sağ/sol) itibarıyla, her bir engel durumu ve buna karşılık gelen engel oranları ayrı ayrı belirtilir.

b) Raporun açıklama kısmına manuel vitesli bir taşıtın hareket ettirici aksamında (gaz, fren, debriyaj pedalı ve vites kolu) özel tertibat yaptırmadan taşıt kullanamayacak durumda olan

engelliler için *"Sadece hareket ettirici aksamda özel tertibatlı taşıt kullanması gerekir."*, özel tertibat yaptırmadan kullanabilecek durumda olan engelliler için ise *"özel tertibatlı araç kullanmasına ihtiyaç yoktur"* ibarelerinden biri mutlaka yazılır. Bu iki ibare dışında, "özel tertibatlı araç kullanabilir", "otomatik vitesli araç kullanabilir", "otomatik vitesli araç kullanması uygundur" gibi bir zorunluluğu değil, tercihi veya olasılığı ifade eden değerlendirmelere raporda yer verilmez.

c) Engellinin sürekli olarak tekerlekli sandalye veya sedye kullanmasının gerektiği durumlarda raporun açıklama kısmına, "*Sürekli olarak tekerlekli sandalye veya sedye kullanması gerekir"* açıklaması yazılır.

ç) Raporun Zihinsel, Ruhsal, Davranışsal Bozukluklar bölümünde engelli puanı verilen kişilerde konulan tanılara açıklama olarak *"vasi tayininin gerekip gerekmediği"* ayrıca belirtilir.

d) Engelli raporlarına sürücü belge sınıfı, özel tertibat kodu, sürücü olunup olunamayacağına dair bir hüküm kesinlikle yazılmaz.

e) Terör, kaza, maluliyet raporları hariç olmak üzere 3 (üç) aydan kısa süreli hastanede yatarak tedavisi devam eden kişiler ile yoğun bakımda tedavisi devam eden kişiler için engelli sağlık raporu düzenlenmez. Ancak yatarak tedavisi sonrası taburculuğu planlanan hastalara taburculuk öncesinde talep halinde engelli sağlık kurulu raporu düzenlenir.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı, Sahil Güvenlik Komutanlığı Personelinin Sağlık Raporları

Raporların düzenlenmesi, tasdiki ve rapor formatına ilişkin açıklamalar

MADDE 8- (1) Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı personeli, öğrencileri ve bunların adayları ile askerlik yükümlülerinin görevlerine uyarlık bakımından sağlık yeteneklerini tespit etmek amacıyla yapılacak muayene ve düzenlenecek sağlık raporları "Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Sağlık Yeteneği Yönetmeliği ve Türk Silahlı Kuvvetleri Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Personelinin Sağlık Muayene Yönergesinde yer alan usul ve esaslara göre düzenlenir.

(2) Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı personeli, öğrencileri ve bunların adayları ile askerlik yükümlülerinin görevlerine uyarlık bakımından sağlık yeteneklerini tespit etmek amacıyla yapılacak muayene ve düzenlenecek sağlık raporları Bakanlıkça yayımlanan Türk Silahlı Kuvvetleri Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Sağlık Kuruluşları Listesi'nde yer alan sağlık hizmet sunucuları tarafından düzenlenir.

(3) Uçucu sağlık raporları ile denizaltıcı ve dalgıç sağlık raporları sadece Uçucu, Denizaltıcı ve Dalgıç Sınıfı Raporları Vermeye Yetkili Hastaneler Listesi'nde yer alan hastaneler tarafından düzenlenir.

(4) Yükümlüler dâhil sağlık kurulu raporu için başvuracak tüm personel, ilgili makamlarca düzenlenen sevk kâğıdı ile hastaneye müracaat eder. Sevk kâğıdını düzenleyen makam tarafından personelin ne maksatla muayene edileceği sevk kâğıdında belirtilir. Yatarak tedavi gören personelden ayrıca sevk kâğıdı istenmez. Sevk kâğıdı örneği Ek-9'da yer almaktadır.

(5) Düzenlenecek sağlık raporlarında, Ek-10 Sağlık Muayene Fişi kullanılır. Sağlık Kurulu Muayene Fişi sağlık hizmet sunucusunda arşivlenir, rapor düzenlenen kişiye verilmez, raporu talep eden kuruma gönderilmez.

(6) Düzenlenecek sağlık raporlarında Ek-11 Sağlık Kurul Rapor Formatı kullanılır. Sağlık Kurul Raporu, mutlaka arkalı-önlü tek sayfa şeklinde düzenlenir, iki ayrı sayfa şeklinde düzenlenmez.

ALTINCI BÖLÜM
Emniyet Teşkilatına Alınacak Öğrenciler ve Memurlar Hakkında Düzenlenecek Sağlık Kurulu Raporu

Raporların düzenlenmesine ve formatına ilişkin açıklamalar

MADDE 9- (1) ETSŞY hükümlerine göre, Polis Okulu öğrenci adayları ve Emniyet Teşkilatına ataması yapılacak memur adayları için düzenlenir.

(2) ETSŞY hükümlerine göre içeriği belirlenmiş olan "Emniyet Teşkilatına Alınacak Öğrenciler ve Memurlar Hakkında Düzenlenecek Sağlık Kurulu Raporu" formu, raporu talep eden birim tarafından onaylanmış şekilde, adayla birlikte sağlık kuruluşuna gönderilir. Bu form dışında başka bir form üzerine rapor düzenlenmez.

(3) Bütün branşlar için ayrılmış olan muayene bölümleri eksiksiz doldurulur, laboratuvar yöntemi, görüntüleme yöntemi, fonksiyon tespit yöntemi ve uygun görülen diğer değerlendirme yöntemlerinin ve fizik muayenenin sonuçları doldurulduktan sonra, patolojik bir durum tespit edilmeyenler için *"SAĞLAM"* ifadesi yazılır, patolojik bir durum tespit edilenler için teşhisler ile birlikte ETSŞY hükümlerine göre belirlenen dilimler yazılır, kaşelenir ve imzalanır.

(4) Raporun sonundaki teşhis hanesine, tespit edilen teşhisler ile birlikte hastalığın-sakatlığın ağırlığına ve derecesine uygun olan ETSŞY hükümlerine göre belirlenen dilimler yazılır. Bir hastalık tespit edilmediyse *"SAĞLAM"* ifadesi yazılır.

(5) Raporun karar hanesine, rapor talebine cevaben uygun görülen karar açıkça yazılır, raporun sağlık kurulu bölümü ilgili uzman doktorlarca kaşelenir ve imzalanır. Raporda; klinik durum, teşhis, dilim ve karar arasında çelişki olmaması gerekir.

(6) Rapor üzerindeki bütün düzeltmelerde ve karalamalarda, düzeltmeyi yapan ilgili uzman doktorun kaşe ve imzası ile düzeltme tarihi bulunur.

ETSŞ' ye göre düzenlenen son durum ve dilim belirtir sağlık kurulu raporu

MADDE 10- (1) Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliği hükümlerine göre, polis okulu öğrenci adayları-öğrencileri ve Emniyet Teşkilatına ataması yapılacak olan memur adayları ile Emniyet Teşkilatında çalışmakta olan bütün hizmet sınıflarına ait personel için düzenlenir.

(2) Hakkında rapor düzenlenmesi istenilen kişi, kurumun resmi yazısı ile hastane sağlık kurullarına müracaat eder. Kurum sevki olmayanlar hakkında dilim belirtir sağlık kurulu raporu düzenlenmez. Emniyet Teşkilatında çalışan personelin, dilim belirtir rapor haricindeki diğer rapor taleplerinde kurum sevki aranmaz.

(3) ETSŞY kapsamında düzenlenen sağlık raporlarına esas muayeneyi yapan ilgili uzman doktor, rapora konu olan patolojik durumları, fonksiyon kayıplarını ve sekelleri tespit ederken, gerekli laboratuvar, görüntüleme ve fonksiyon tespit yöntemleri ile uygun gördüğü diğer değerlendirme yöntemlerinden yararlanır. Yapılan işlemlerin ve fiziki muayenenin ayrıntılı sonuçları ile hastalığın-sakatlığın esas arazı, neden olduğu fonksiyon kayıpları, kalıcı sekelleri, tedavi planı, takip ve kontrol sıklığı ve hastayı tanımlayacak diğer ayrıntılar raporda belirtilir.

(4) Kişi ile ilgili tespit edilen teşhisler ile bu teşhislere ve hastalığın/sakatlığın ağırlığına veya derecesine uygun olan, ETSŞY hükümlerine göre belirlenen dilimler raporda belirtilir.

(5) Rapor talebine cevaben uygun görülen karar açıkça yazılır. Klinik durum-teşhis-dilim ve karar arasında çelişki bulunmaması gerekir.

(6) Son Durum ve Dilim Belirtir Sağlık Kurulu Raporlarında fenne uygunluk ile birlikte usule uygunlukta büyük önem arz etmektedir. Bu raporların sağlık kurulu raporunda bulunması gereken usul kriterlerini eksiksiz olarak içermesi gerekir. Raporlar Ek-4'te yer alan Durum Bildirir Sağlık Kurulu Raporu Formatı' na uygun şekilde düzenlenir.

(7) Rapor üzerindeki bütün düzeltmelerde ve karalamalarda, düzeltmeyi yapan ilgili uzman doktorun kaşe ve imzası ile düzeltme tarihi bulunur.

YEDİNCİ BÖLÜM
Sürücü ve Sürücü Adayları Sağlık Raporları

Genel hükümler

MADDE 11- (1) Sağlık raporu; Sağlık Bakanlığına ve üniversitelere bağlı sağlık tesisleri, aile sağlığı merkezleri ve Bakanlıkça ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekim/uzman hekimlerince düzenlenebilecektir. Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığınca verilen eğitim sonrasında sürücü belgesi alacak personelin sağlık raporları kendi kurum hekimliklerince düzenlenebilir.

(2) Sürücü belgesi sınıfları aşağıdaki şekilde gruplandırılmıştır;

a) Birinci grup: M, A1, A2, A, B1, B, BE ve F sınıfları,

b) İkinci grup: C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE ve G sınıfları.

Raporların düzenlenmesine ve formatına ilişkin açıklamalar

MADDE 12- (1) Sağlık raporu şablonu Bakanlık ve İçişleri Bakanlığı tarafından ortaklaşa olarak düzenlenerek yayımlanmıştır. Ek-7 Sağlık Rapor Formatı' na uygun olarak tanzim edilir.

(2) e-Rapor sisteminde düzenlenen raporlarda fotoğraf bulunma zorunluluğu aranmaz.

Sürücü ve sürücü adayları sağlık raporları birinci kısım

MADDE 13- (1) Sürücü/sürücü adayının kimlik bilgilerinin olduğu kısımdır.

Sürücü ve sürücü adayları sağlık raporları ikinci kısım

MADDE 14- (1) Sağlık tesisleri, aile sağlığı merkezleri veya özel sağlık kuruluşlarında görevli pratisyen/aile hekimi tarafından doldurulacak kısımdır.

(2) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(3) *"Sürücü olabilir"* kutucuğu işaretlenmiş ise karar kısmının doldurulması zorunlu değildir.

(4) Pratisyen hekim/aile hekimi tarafından kod tablosunda belirtilen kod numaralarından yalnızca gözlük (01.01), gözlük veya kontakt lensle (01.06) kod numaraları kullanılabilir.

Sürücü ve sürücü adayları sağlık raporları üçüncü kısım

MADDE 15- (1) Sağlık tesisleri/özel sağlık kuruluşlarında görevli ilgili uzman hekim/uzman hekimler tarafından doldurulacak kısımdır.

(2) Kutucuklardan sadece bir tanesi işaretlenebilir. Sürücü belgesi sınıfları kesinlikle belirtilmez.

(3) Herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan kişiler için *"2. Grup sürücü olur."* kutucuğu işaretlenmelidir. 2'nci gruptaki sınıflar, 1'inci grup sınıfları kapsamaktadır.

(4) 2'nci grup sürücü olmasında engel bulunmayan durumlar dışında sağlık sorunu bulunanlar için *"1.Grup sürücü olur."* kutucuğu işaretlenmeli ve kod tablosundan Tabipler Tarafından Kullanılacak Kodlar başlığında uygun kodlar raporda belirtilmelidir.

(5) Uzman hekim/hekimlerce sürücü/sürücü adayının özel tertibatlı araç kullanmasına karar verilmesi halinde hangi sınıf sürücü belgesi alabileceği ve kod tablosunda belirtilen kodlar yazılmadan *"Komisyona sevk"* kutucuğu işaretlenerek il/ilçe sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulan komisyona gönderilir. (20/10/2020/4959 Yürürlük: 20/10/2020) Komisyona sevk edilen kişiler en geç 30 (otuz) gün içinde komisyona başvurmak zorundadır.

(6) *"Sürücü olamaz"* kutucuğu işaretlenip sürücü olamaz kararı verilen raporlar, il/ilçe sağlık müdürlüğündeki komisyona sevk edilemez. Bu karara kişilerin itirazı halinde Yönerge' nin 38'inci maddesi Sürücü/Sürücü Adayı Raporlarına İtiraz başlığına göre işlem tesis edilir.

(7) Üçüncü kısım birden fazla uzman hekim tarafından doldurulacaksa ortak kullanılır. Birden fazla uzman hekim tarafından rapor düzenlendiğinde her uzman hekim, kendi uzmanlık alanına göre sürücü/sürücü adayının sürücü belgesi alıp alamayacağını raporda belirtir.

(8) Üçüncü kısımda uzman hekimler, sadece kod tablosundaki "Tabipler tarafından kullanılacak kodlar" başlığı altında yer alan kodları kullanabilir. Kod Tablosundaki Komisyon tarafından kullanılabilecek kodları kullanamazlar. (Örneğin: 10.02. Otomatik Vites vb.) Ancak

Göz Hastalıkları Uzman hekimleri monoküler bozukluğu bulunan kişiler için 42.01, 42.03, 42.05, 42.06 kodlarını kullanarak sürücü sağlık raporu düzenleyebilirler. Bu kişilerin komisyona sevki zorunlu değildir.

(9) Kontrol süreleri kod tablosuna uygun olarak belirtilir. Belirli süreler için öngörülmüş olan kontrol muayeneleri ilgili uzman hekim/hekimler tarafından yapılır ve karar raporun III. Kısmındaki sürücü kısıtları kısmına yazılır.

Sürücü ve sürücü adayları sağlık raporları dördüncü kısım

MADDE 16- (1) Özel tertibatlı motorlu araç kullanılması gereken durumda il/ilçe sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulan komisyon tarafından doldurulacak kısımdır.

(2) İl sağlık müdürü veya görevlendireceği il sağlık müdürlüğü görevlisinin başkanlığında *Ortopedi ve Travmatoloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Nöroloji uzmanları* ve valilikçe kamu kurum/kuruluşlarından veya ilgili meslek odalarından görevlendirilecek bir makine mühendisinden oluşan komisyon tarafından belirlenecek özel tertibat kod numarası ile hangi sınıf sürücü belgesi alabileceği aynı sağlık raporunun ilgili bölümüne yazılır. İhtiyaç duyulması halinde komisyona *İç Hastalıkları, Ruh Sağlığı Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz uzman hekimleri ve* elektrik mühendisi dâhil edilir. Komisyon sürücü/sürücü adayının özel tertibat olmaksızın araç kullanabileceğine veya sürücü olamayacağına karar verebilir. Komisyon aracın tadil edilmesini müteakip sürücünün aracı kullanıp kullanamadığını kontrol edebilir.

(3) Komisyon tarafından belirlenecek özel tertibat kodlarının, engellilik sağlık kurulu raporunda belirtilen engel durumu ile uyumlu olması gerekir.

(4) Komisyon tarafından kişinin özel tertibat olmaksızın araç kullanabileceğine karar verilmesi halinde rapora *"özel tertibat olmadan araç kullanabilir."* ibaresi yazılır, hangi sınıf sürücü belgesi alabileceği belirtilerek rapor tanzim edilir.

(5) Komisyon otomatik vitesli araçları başkaca hareket ettirici tertibat olmaksızın kullanabilecek kişiler için 10.02 otomatik vites kodunu rapora yazar. Bu durumda komisyonun 10.02 otomatik vites kodundan başka bir özel tertibat kodunu rapora eklemesi zorunlu değildir. Ancak komisyon uygun görmesi halinde bu kişiler için kod tablosunda kısıt kodu belirleyebilir.

(6) Komisyon başvuru olması halinde en az ayda bir kere toplanır. Komisyon kararları oy çokluğu ile alınır. Oy eşitliğinde halinde komisyon başkanının kullandığı oy yönünde çoğunluk sağlanır.

(7) Sürücü ve araçlara ilişkin kod tablosu İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığınca belirlenmiş olup Ek-8' de yer almaktadır. 1'den 100'e kadar olan kod numaraları Avrupa Birliği Mevzuatındaki şekliyle, 100 ve üzerindeki kod numaraları ise sadece ülkemizde kullanılacak yerel kod numaralarıdır.

(8) Rapor talep eden kişiler, Kişiye Ait Bilgi Formunu e-Devlet üzerinden dolduracaktır. 18 yaşından küçükler için beyan formunun doldurulması zorunlu değildir. Pratisyen hekimin/aile hekiminin gerekli görmesi halinde 18 yaşından küçükler için veli ya da vasisi tarafından beyan formu manuel yazılı olarak doldurulur. Pratisyen hekim/aile hekimi tarafından beyan formu incelenerek sürücü/sürücü adayının muayenesini yapar, muayene bulgusuna göre sağlık raporunun II. Kısmını doldurup sağlık raporunu tanzim ederek kişiye teslim eder. Başvurun kişiler muayene edildikten sonra kişilerin beyan ettiği ya da fizik muayene ile saptanan hastalık veya rahatsızlıkların ileri tetkik ve tedavi gerektirmesi durumunda kişiler ilgili uzman hekime/hekimlere sevk edilir.

Diğer hususlar

MADDE 17- (1) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(2) Sürücü belgesine sahip herhangi bir kişinin sağlık muayeneleri esnasında sürücü belgesinin geçici süreyle geri alınmasını gerektiren ve bildirim yükümlülüğü olan durumlarda kişiye ait kimlik bilgileri ve hastalığın tanısı hekimin görevli olduğu kurum/özel sağlık kuruluşu tarafından Emniyet Genel Müdürlüğüne/İl Emniyet Müdürlüğüne bildirilir.

(3) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(4) Sürücü Adayı ve Sürücü Sağlık Raporları sadece sürücü belgesi alınabilmesi amacıyla kullanılır.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Özel Güvenlik Görevlisi Adayları İçin Verilecek Sağlık Kurulu Raporu

Raporların düzenlenmesi, tasdiki ve rapor formatına ilişkin açıklamalar

MADDE 18- (1) 07/10.2004 tarihli ve 25606 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun'un Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik'in Sağlık Şartları başlıklı 18'inci maddesine göre düzenlenir.

(2) Psikiyatri, Nöroloji, Göz ve Kulak Burun Boğaz muayeneleri bulunmak şartı ile ilgili sağlık kurulunca uygun görülecek diğer branş muayenelerini içerir.

(3) Karar olarak *"Özel Güvenlik Görevlisi OLUR-OLAMAZ"* ifadesi yazılır ve muayenesi bulunan her branş tarafından kaşelenerek imzalanır.

(4) Bu raporlar Ek-4'te yer alan Durum Bildirir Sağlık Kurulu Rapor formatına uygun şekilde düzenlenir.

Silahlı özel güvenlik görevlisi adayları için verilecek sağlık kurulu raporu

MADDE 19- (1) 07.10.2004 tarihli ve 25606 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun'un Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik'in 24'üncü maddesine göre düzenlenir.

(2) Psikiyatri, Nöroloji, Göz, Kulak Burun Boğaz, Ortopedi ve Dâhiliye muayeneleri bulunmak şartı ile ilgili sağlık kurulunca uygun görülecek diğer branş muayenelerini içerir.

(3) Karar olarak *"Silahlı Özel Güvenlik Görevlisi OLUR-OLAMAZ"* ifadesi yazılır ve muayenesi bulunan her branş tarafından kaşelenerek imzalanır.

(4) Bu raporlar Ek-4'te yer alan Durum Bildirir Sağlık Kurulu Raporu formatına uygun şekilde düzenlenir.

Nakdi tazminat tahakkukuna esas sağlık kurulu raporu

MADDE 20- (1) 18/1/1993 tarihli ve 21469 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik'in 7'nci maddesi hükümlerine göre düzenlenir.

(2) Kişiler görev yaptıkları kurumdan alacakları sevk evrakı ile sağlık hizmet sunucularına başvuracaktır. Sevkte kişinin Nakdi Tazminat Tahakkukuna Esas Sağlık Kurulu Raporu için gönderildiği mutlaka belirtilir.

(3) Raporda;

a) Basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olması veya olmaması,

b) Vücutta kemik kırılmasına neden olması ve kırığın kişinin hayat fonksiyonlarına etkisinin hafif, orta veya ağır derecede olduğu,

c) Kişinin yaşamını tehlikeye sokacak derecede olup olmadığı,

d) Araz bırakıp bırakmadığı,

hususları aşağıda yer alan hükümlere uygun biçimde belirtilir.

(4) Raporda basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğunun belirtilmesi halinde başkaca bir hüküm yazılmaz.

(5) Raporda basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığının belirtilmesi halinde kemik kırığının olup olmadığı (kırık var ise derecesi) yaşamını tehlikeye sokup sokmadığı ve araz bırakıp bırakmadığı ayrıca belirtilir.

(6) Kemik kırığının olduğunun belirtildiği hallerde (kırığın derecesi belirtilecek) 2.1.10.3'üncü maddenin (a) bendinde yer alan hükmün belirtilmesi gerekmez. Ancak yaşamını tehlikeye sokup sokmadığı ve araz bırakıp bırakmadığı belirtilmelidir.

(7) Bu raporlar Ek-4'te yer alan Durum Bildirir Sağlık Kurulu Raporu formatına uygun şekilde düzenlenir.

DOKUZUNCU BÖLÜM
Silah Bulundurma veya Taşıma Ruhsatı Alacak Kişilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporu

Yivli silah ruhsatı almak isteyenlerin muayenelerine ilişkin genel esaslar

MADDE 21- (1) Silah ruhsatı almak isteyenlerin muayeneleri; Sağlık Bakanlığına ve Üniversitelere bağlı sağlık hizmet sunucuları tarafından bu Yönerge hükümlerine göre yapılır. Kişi hakkında "durum bildirir sağlık kurulu raporu" düzenlenir.

(2) Silahın kullanılabilmesi ile ilgili fiziksel ve ruhsal yeterlilik düzeyleri Psikiyatri, Nöroloji, Ortopedi, Göz, Kulak Burun Boğaz hekimlerince değerlendirilir. Diğer bölüm muayenelerine ihtiyaç duyulan durumlarda, ilgili sağlık kurulu tarafından kişinin muayenesi ilgili bölüme yaptırılabilir. Rapor sonucuna sağlık kurulunca karar verilir.

Ortopedi ve nöroloji muayenesine ilişkin esaslar

MADDE 22- (1) Silahın güvenli bir şekilde kullanıma hazır hale getirilmesi, güvenli olarak kullanılması, atış esnasında etrafa zarar verilmemesi ve silahın tam olarak kavranabilmesi için baskın kullanılan ekstremite ayrımı olmaksızın her iki üst ekstremite de kavrama yapabilme ve güç kullanabilme hareket kabiliyeti olması gerekir.

Ortopedi muayenesine ilişkin esaslar

MADDE 23- (1) Üst ekstremitenin silah kullanabilme ve kavrama yapabilme fonksiyonlarını bozan durumlarda olumlu sağlık kurul raporu verilmez.

Nöroloji muayenesine ilişkin esaslar

MADDE 24- (1) Aşağıda tanımlanan hastalıklarda olumlu sağlık kurul raporu verilmez

a) Epilepsi hastalığı olanlara,

b) Demansı olanlara,

c) Narkolepsisi olanlara;

ç) Üst ekstremite için silah kullanabilme ve kavrama yapabilme fonksiyonlarını bozan; Serebrovasküler hastalık geçirip silah kullanmasını engelleyecek sekeli olanlar, kas hastalığı olanlar (miyopati, miyotonik bozukluk,) ellerde tremoru olanlar, üst ekstremitelerde periferik sinir bozukluğu olup, silah kullanmasına engel teşkil edecekler, denge kaybına neden olan serebeller sistem rahatsızlıkları olanlar, hareket bozukluğu olanlar, parkinson hastalığı olanlar, ileri derecede fonksiyon kaybına yol açan servikal distoni ve ekstremite distonisi, blefarospazmı, ileri derecede koresi olanlar,

Göz muayenesine ilişkin esaslar

MADDE 25- (1) Silah kullanımı sırasında atış yapılan hedefin görülebilmesi, atış yapan kişinin çevresine zarar vermemesi, güvenli bir atış yapabilmesi için görme kabiliyetinin yeterli olması gerekmektedir. Yeterli olmadığı değerlendirilenlere ve aşağıda belirtilen görme seviyelerinden daha kötü durumda olanlara silah ruhsatı verilmesine esas teşkil edecek olumlu sağlık kurul raporu verilmez.

a) Görme şartları, iyi gören göz düzeltmeli veya düzeltmesiz olarak en az 0,6 olmalıdır.

b) Diplopi olmamalıdır.

c) İyi gören gözde santral 20 derecede görme alanı defekti olmamalıdır.

ç) İyi gören gözde ptozis-hemiptozis olmamalıdır.

d) Görmeyi zamanla azaltabilecek (katarakt, makula dejenerasyonu, retinopatiler) hastalığı olanlara yılda bir kez göz muayenesi istenir.

Kulak-Burun-Boğaz muayenesine ilişkin esaslar

MADDE 26- (1) Silah kullanımı sırasında atış yapılan hedeften veya etraftan gelen seslerin, uyarıların duyulabilmesi, sesin geldiği yönün tayin edilebilmesi, atış yapan kişinin çevresine zarar vermemesi, güvenli bir atış yapabilmesi için işitme ve yön tayini kabiliyeti yönünden kişinin yeterli olması gerekmektedir.

Psikiyatri muayenesine ilişkin esaslar

MADDE 27- (1) Silah kullanabilmek; başta kişinin kendisi olmak üzere çevresine zarar vermemesi, zarar verici gücü çok fazla olan silahın kötüye kullanımının önlenebilmesi, silahın güvenle saklanabilmesi, muhafaza edilebilmesi ve silaha gereken hassasiyetin-ciddiyetin gösterilebilmesi için psikiyatrik yönden iyilik hali gerektirir. Psikiyatrik yönden iyilik halinde olmadığı değerlendirilenlere ve aşağıda belirtilen psikiyatrik rahatsızlığı bulunanlara olumlu sağlık kurul raporu verilmez.

a) Güncel tedavi algoritmalarına uygun şekilde, etkin doz ve yeterli süre tedavi edilmelerine rağmen iyileşememiş olan ve değerlendirme esnasında mevcut tedavisi devam eden; Depresyon bozuklukları, Anksiyete bozuklukları, Obsesif kompulsif bozukluklar ile Travma ve stresör ile ilişkili bozukluklar,

b) Psikotik bozukluklar

c) Madde veya alkol bağımlılığı,

ç) Organik mental bozukluklar,

d) İntihar girişimi, geçmiş self mutilasyon davranışlarına ait skarlar,

Dâhiliye muayenesine ilişkin esaslar

MADDE 28- (1) Şuur durumunu etkileyen, vücutta aşırı düşkünlük yapmış herhangi bir dâhili hastalığı olanlara silah bulundurma ve taşıma ruhsatı verilmez.

Kontrol muayenesi

MADDE 29- (1) Silah almak isteyen kişinin muayenesi mevcut durumuna göre yapılır. Hastalıkları bulunan fakat silah ruhsatı verilmesine esas teşkil edecek sağlık kurulu raporu alabilecek düzeyde yeterli görülenlerden, zamanla hastalığının kötüleşebilme ihtimali bulunanlara, ilgili uzman doktor veya sağlık kurulu tarafından kontrol muayenesi zorunluluğu getirilebilir. Belirli zaman sonra kontrol şartı ile verilen sağlık kurulu raporlarının takibi, kişiye silah ruhsatı veren birim tarafından yapılır. Öngörülen kontrol muayenesinin sonunda, ilgili branşın uzman doktorunun görüşlerini içeren sağlık raporu düzenlenir. Bu raporda, kontrol muayenesini yapan branş veya branşlar dışında, silah ruhsatı alınabilmesine dair raporda bulunması gereken diğer branş veya branşların muayene ve onaylarının bulunması zorunlu değildir. Ancak branş hekimi uygun görmesi halinde hastayı kurul raporu alınması için kurula sevk edebilir.

Sonradan anlaşılan durumlar

MADDE 30- (1) Silah ruhsatı alınabilmesine dair sağlık şartlarını taşımadığı sonradan anlaşılanlar veya sahip olduğu iyilik halini kaybettiği anlaşılanlar, ilgili emniyet birimlerine bildirilir.

Yivsiz av tüfeği ruhsatı almak isteyenlerin muayenelerine ilişkin genel esaslar

MADDE 31- (1) Yivsiz av tüfeği ruhsatı almak isteyenlerin muayeneleri; Sağlık Bakanlığına ve Üniversitelere bağlı sağlık hizmet sunucuları tarafından bu Yönerge hükümlerine göre yapılır. Kişi hakkında "durum bildirir tek hekim raporu" düzenlenir.

(2) Silahın güvenli bir şekilde kullanıma hazır hale getirilmesi, güvenli olarak kullanılması, silahın tam olarak kavranabilmesi için baskın kullanılan ekstremite ayrımı olmaksızın her iki üst ekstremite de kavrama yapabilme ve güç kullanabilme hareket kabiliyeti olması gerekir.

(3) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(4) Yivsiz av tüfeği kullanımı sırasında atış yapılan hedeften veya etraftan gelen seslerin, duyulabilmesi, işitme ve yön tayini kabiliyetinin olması gerekir.

(5) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(6) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(7) Yivsiz av tüfeği almak isteyen kişinin muayenesi mevcut durumuna göre yapılır. Hastalıkları bulunan fakat silah ruhsatı verilmesine esas teşkil edecek sağlık raporu alabilecek düzeyde yeterli görülenlerden, zamanla hastalığının kötüleşebilme ihtimali bulunanlara, doktor tarafından kontrol muayenesi zorunluluğu getirilebilir. Belirli zaman sonra kontrol şartı ile verilen sağlık raporlarının takibi, kişiye ruhsatı veren birim tarafından yapılır. Öngörülen kontrol muayenesinin sonunda, doktor görüşlerini içeren sağlık raporu düzenlenir.

(8) Yivsiz av tüfeği ruhsatı alınabilmesine dair sağlık şartlarını taşımadığı sonradan anlaşılanlar veya sahip olduğu iyilik halini kaybettiği anlaşılanlar, ilgili emniyet birimlerine bildirilir.

Evlilik öncesi sağlık raporları

MADDE 32- (1) Evlilik Öncesi Sağlık Raporu için başvuran kişilerin muayene ve değerlendirme usul ve esasları, verilecek danışmanlık hizmetlerinin kapsamı ve şekli ile rapor formatı Bakanlıkça çıkarılacak genelge ile belirlenir.

Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespit İşlemleri

MADDE 33- (09/09/2021/1662 Yürürlük: 09/09/2021) (1) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre sigortalı sayılanların, maluliyet, çalışma gücü kaybı ve erken yaşlanma durumlarının tespite yönelik düzenlenecek sağlık raporları Yönerge eki Ek-14 Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybına Esas Sağlık Kurulu Rapor Formatına uygun olarak (10/03/2025/270855722 Yürürlük:10/03/2025) Sosyal Güvenlik Kurumu MEDULA e-rapor sisteminde düzenlenir.

ONUNCU BÖLÜM
Özel Düzenleme Bulunmayan Raporlar

Raporların düzenlenmesine ve formatına ilişkin açıklamalar

MADDE 34- (1) Bu Yönerge' de; özel rapor formatı belirtilen durumlar dışında tüm raporların düzenlenmesinde aşağıdaki kriterlere uyulur. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri, diğer kamu kurumlarına ait sağlık kurum ve kuruluşları ile Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve birinci basamak sağlık hizmet sunucuları;

a) İstirahat Raporlarını Ek-1' de yer alan rapor formatına,

b) İlaç Kullanım Raporlarını Ek-2' te yer alan rapor formatına,

c) Tıbbi Malzeme Raporlarını Ek-3' te yer alan rapor formatına,

ç) Durum Bildirir Sağlık Kurulu Raporlarını Ek-4' te yer alan rapor formatına,

d) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

e) (20/10/2020/4959 Yürürlük: 20/10/2020) Belirlenen rapor formatları dışında Sağlık Bakanlığı e-Rapor Sisteminde yer alan rapor formatları geçerli kabul edilir.

(2) Yönerge eki Ek-5' de yer alan "Durum Bildirir Tek Hekim Sağlık Raporu'nun" birinci basamak sağlık hizmet sunucularında düzenlenmesinde aşağıdaki hükümler geçerlidir.

a) Durum Bildirir Tek Hekim Sağlık Raporu almak için birinci basamak sağlık hizmet sunucularına müracaat edecek kişiler, Kişiye Ait Bilgi Formunu e-Devlet üzerinden doldurur. 18 yaşından küçükler için beyan formunun doldurulması zorunlu değildir. Pratisyen hekimin/aile hekiminin gerekli görmesi halinde 18 yaşından küçükler için veli ya da vasisi tarafından beyan formu manuel yazılı olarak doldurulur.

b) e-Devlet üzerinden düzenlenenler hariç "Kişisel Sağlık Bilgi Formu" aile hekimleri tarafından aile hekimliği biriminde muhafaza edilir.

c) (10/03/2025/270855722 Yürürlük:10/03/2025) Mülga

ç) Birinci basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından düzenlenen tek hekim raporları,

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi üzerinden elektronik olarak düzenlenir.

d) (10/03/2025/270855722 Yürürlük:10/03/2025) Hekimler ilaç ve tıbbi malzeme kullanım raporlarını düzenleyebilir

ONBİRİNCİ BÖLÜM

Özel Sağlık Hizmet Sunucularında Sağlık Raporu Düzenlenmesi

Genel hükümler

MADDE 35- (1) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(2) Sağlık Bakanlığınca izin verilen haller hariç olmak üzere; usulüne uygun olarak teşekkül ettirilmiş olsa bile özel sağlık hizmet sunucuları; birinci fıkrada belirtilenler dışında durum bildirir raporları düzenleyemezler. (20/10/2020/4959 Yürürlük: 20/10/2020) Durum bildirir sağlık raporu düzenleme izninin verilebilmesi için özel sağlık hizmet sunucularında İç Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz, Genel Cerrahi, Göz Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji veya Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Nöroloji veya Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık dallarının hastane ruhsatında kayıtlı bulunması ve bu branştaki kurul üyesi hekimin de hastanede tam gün esasına göre çalışması zorunludur.

(3) Özel sağlık hizmet sunucularında sağlık kurulu en az üç ayrı dal uzmanının (uzman hekim olması halinde mesul müdür dâhil olmak üzere) katılımı ile teşekkül ettirilir. Bu şekilde teşekkül ettirilen sağlık kurulunda verilecek sağlık kurulu raporları kurula katılan uzman hekimlerin uzmanlık dalları ile sınırlı olup diğer branşlar için sağlık kurulu raporu verilmesi mümkün değildir.

(4) Özel sağlık hizmet sunucularında sağlık kurulunun teşekkül ettirilebilmesi için, rapora esas ilgili uzmanlık dalının hastane ruhsatında kayıtlı bulunması ve bu branştaki kurul üyesi hekimin de hastanede tam gün esasına göre çalışması zorunludur. FTR, Göz, Çocuk vb. özel dal hastanelerinde sağlık kurulu ana dalda en az üç uzman hekimin iştiraki ile oluşturulur. Sağlık kurulu üyelerinden bir veya ikisinin, kurula zorunlu sebeplerden dolayı geçici bir süre katılamaması halinde, mesul müdür, aynı daldan bir başka uzman hekimi görevlendirebilir.

(5) Kurul başkanı mesul müdürdür. Mesul müdür bulunmadığı hallerde başkanlığı mesul müdürün görevlendireceği bir kurul üyesi yapar. Rapor, kurula katılan tüm hekimlerce imzalanmak zorundadır. Kurul kararına katılmayan üye/üyeler rapora şerh ekleyerek imzalarlar.

(6) Sağlık kurulu muayeneleri, ilgili uzmanlık dallarına ait polikliniklerde yapılır. Laboratuvar tetkik sonuçları ve filmleri forma eklenir. Sağlık kurulu raporları 2 (iki) nüsha olarak düzenlenir ve bir nüshası raporu veren kurumda muhafaza edilir.

(7) Özel sağlık hizmet sunucuları tarafından verilecek sağlık raporları Bu Yönerge eklerinde yer alan rapor formatlarına uygun olarak düzenlenir.

ONİKİNCİ BÖLÜM

Raporlara itiraz

Sağlık kurulu raporlarına itiraz işlemleri

MADDE 36- (1) Raporlara; raporu alan kişi, raporu alan kişinin velisi veya vasisi, raporu isteyen kurum tarafından itiraz edilebilir. İlgililer itiraz dilekçesi ve sağlık raporunun tasdikli bir örneği ile birlikte, itiraza konu sağlık kurulu raporunu tanzim eden sağlık hizmet sunucusunun bulunduğu ya da adına rapor düzenlenecek kişinin ikametgâhının bulunduğu ilin il sağlık müdürlüğüne başvurur. İl sağlık müdürlüğü gerektiğinde il dışı hakem hastane görevlendirmesi yapabilir. Bu durumda görevlendirme yapılan hakem hastanenin bağlı bulunduğu il sağlık müdürlüğüne bilgi verilir.

(2) İl sağlık müdürlüğünce, sağlık raporu alacak kişi Yönerge eki Ek- 12 Hakem Hastane Listesinde yer alan aynı veya üst roldeki en yakın sağlık hizmet sunucusuna gönderilir İtiraz edilen sağlık raporu ile itiraz üzerine verilen sağlık raporundaki kararlar aynı yönde ise sağlık raporu kesinleşir.

(3) İlk sağlık kurulu raporu ile itiraz sonrasında tayin edilen hakem hastanece düzenlenen ikinci sağlık raporu arasında çelişki olması halinde, kişi ilk rapor için itirazda bulunulan ilin il sağlık müdürlüğü tarafından Ek-13 Bölge Hakem Hastaneler Listesi'nde yer alan ilgili branş/branşların bulunduğu en yakın hastanelerden birine sevk edilir. Bölge hakem hastanenin sağlık kurulunca verilen karar kesindir. İl sağlık müdürlüğü tarafından Bölge Hakem Hastaneler Listesi'nden hakem hastane belirlenirken ikinci raporu düzenleyen hastaneye göre itiraza konu kararın verildiği branş/branşların var ise eğitim kliniği düzeyinde olması tercih sebebidir.

(4) İtiraza konu sağlık kurulu raporunu ilk düzenleyen hastane aynı zamanda Yönerge eki Ek-12 Hakem Hastane Listesinde yer alıyor ise kişi listede yer alan aynı veya üst roldeki diğer en yakın hastaneye sevk edilir. Rapor Bölge hakem Hastanelerinden biri tarafından düzenlenmiş ise kişi diğer en yakın bölge hakem hastanelerinden birine sevk edilir. İtiraz edilen sağlık raporu ile itiraz üzerine verilen sağlık raporundaki kararlar aynı yönde ise sağlık raporu kesinleşir. Sağlık raporları arasında çelişki olması halinde, en yakın farklı bir bölge hakem hastaneye, sağlık kurulu raporu tanzim edilmesi amacıyla yine il sağlık müdürlüğü kanalıyla kişi gönderilir. Bölge hakem hastanenin sağlık kurulunca verilen karar kesindir.

İstirahat raporlarına itiraz işlemleri

MADDE 37- (1) (20/10/2020/4959 Yürürlük: 20/10/2020) İstirahat raporlarının fenne aykırı olduğu konusunda tereddüt bulunması hâlinde, kişi hastalık izni kullanıyor sayılmakla birlikte, bağlı bulunduğu kurumca doğrudan Bakanlıkça belirlenen Yönerge eki Ek-12 Hakem Hastane Listesinde yer alan sağlık hizmet sunucularından kişinin bulunduğu yere en yakın aynı veya üst roldeki bir hastaneye sevk edilir ve sonucuna göre işlem yapılır.

(2) İtiraza konu istirahat raporunu ilk düzenleyen hastane aynı zamanda Yönerge eki Ek-12 Hakem Hastane Listesinde yer alıyor ise kişi listede yer alan aynı veya üst roldeki diğer en yakın hastaneye sevk edilir.

(3) İstirahat raporlarına yönelik yapılan itirazlar sevkin yapıldığı hakem hastanenin sağlık kurulunca değerlendirilir.

(4) Hakem hastanenin sağlık kurul kararı kesindir. Bu karara itiraz edilemez.

(5) Hakem hastaneye sevk edilen kişi sevk yazısı ile birlikte ilgili hastaneye doğrudan müracaat eder.

(6) Devlet memuru statüsü bulunanların raporları dışında sağlık raporlarına itiraz halinde ortaya çıkacak giderler itirazda bulanan kişi veya kurumca karşılanır.

Sürücü raporlarına itiraz

MADDE 38- (1) Raporlara; adına rapor düzenlenen kişi, velisi, vasisi veya raporu isteyen kurum tarafından itiraz edilebilir. Rapora itiraz, raporun verildiği sağlık hizmet sunucusunun bulunduğu ya da adına rapor düzenlenen kişinin ikametgâhının bulunduğu ilin il sağlık müdürlüğüne yapılır.

(2) Aile hekimleri muayene neticesinde sürücülüğe engel hali tespit edilen veya hakkında karar verilemeyen sürücü/sürücü adayını ilgili uzman tabip/tabiplere gönderebilir. Aile hekimlerinin bu kararına itiraz edilemez.

(3) (20/10/2020/4959 Yürürlük: 20/10/2020) Raporun 3'üncü kısmına itiraz halinde il sağlık müdürlüğü kişiyi, raporun olumsuz olmasına neden olan tek branş olması durumunda ilgili branştan üç uzmanın bulunduğu, raporun olumsuz olmasına neden olan birden fazla branş olması durumunda ilgili branşlarda birer uzmanın bulunduğu Yönerge eki Ek-12 Hakem Hastane Listesinde yer alan aynı veya üst roldeki en yakın sağlık hizmet sunucusuna sevk eder. Tek branş kararlarına itirazda o branştan üç hekimin katılımı ile birden fazla branş kararlarına itirazda ise itiraz edilen branşlardan en az birer hekimin yer aldığı en az beş uzman hekimin katılımı ile oluşturulan sağlık kurulunca karar verilir.

(4) Raporun 3'üncü kısmında uzman hekim/hekimlerin "komisyona sevk" kararlarına itiraz edilemez.

(5) İtiraza konu sürücü raporunu ilk düzenleyen hastane aynı zamanda Yönerge eki Ek-12 Hakem Hastane Listesinde yer alıyor ise kişi listede yer alan aynı veya üst roldeki diğer en yakın hastaneye sevk edilir.

(6) İlk sağlık kurulu raporu ile itiraz sonrasında tayin edilen hakem hastanece düzenlenen ikinci sağlık raporu arasında çelişki olması halinde; Ek-13 Bölge Hakem Hastaneler Listesi'nde yer alan, itiraza konu ilgili branş/branşların eğitim kliniğinin bulunduğu en yakın hastanelerden birine, il sağlık müdürlüğü kanalıyla gönderilir. Bölge hakem hastanesince verilen karar kesin olup kişinin bu karara itiraz hakkı yoktur.

(7) Özel tertibatlı motorlu araç kullanması gerekli görülen kişiler için özel tertibat kod numarası ile hangi sınıf sürücü belgesinin alınabileceğine karar veren il/ilçe sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulan komisyon kararlarına (Rapor IV. Kısım) itirazlar için; en yakın il sağlık müdürlüğüne kişi sevk edilir. Sevk edilen il sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulan komisyon kararı ile ilk komisyon kararı aynı yönde ise karar kesinleşir.

(8) Kararlar arası çelişki olması halinde, Marmara Bölgesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Ege Bölgesinde İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İç Anadolu Bölgesinde Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Akdeniz Bölgesinde Antalya İl Sağlık Müdürlüğü, Karadeniz Bölgesinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü, Doğu Anadolu Bölgesinde Malatya İl Sağlık Müdürlüğü, hakem olarak tayin edilmiştir. Hakem tayin edilmiş il sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulan komisyon kararları kesindir, itiraz edilemez. Bölge hakem il sağlık müdürlüklerine sevkler son komisyon kararının verildiği ilin il sağlık müdürlüğünce yapılır.

(9) (20/10/2020/4959 Yürürlük: 20/10/2020) Hakem tayin edilen il sağlık müdürlükleri bünyesinde oluşturulan komisyonun ilk başvuru yapılan komisyon olması ve bu komisyon kararına itiraz edilmesi halinde, kişi öncelikle en yakın il sağlık müdürlüğüne sevk edilir. Sevk edilen il sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulan komisyon kararı ile ilk komisyon kararı aynı yönde ise karar kesinleşir. Kararlar arası çelişki olması halinde kişi diğer bölgedeki hakem olarak belirlenmiş il sağlık müdürlüğüne gönderilir. Hakem tayin edilmiş il sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulan komisyon kararları kesindir, itiraz edilemez.

(10) Yazım hataları, imza eksikliği, doldurulması gereken alanların doldurulmaması, kişi bilgilerinin hatalı olması gibi (karar hükmü hariç) eksikliklerin veya usul hatalarının bulunduğu durumlarda, raporu talep eden kişi veya kurum tarafından raporu tanzim eden sağlık hizmet sunucusuna, rapor iade edilir. İlgili sağlık hizmet sunucusu, rapor iadesinin nedenlerini (karar hükmü hariç) değerlendirir, bir yanlışlık yapıldığını tespit ederse gereken düzeltmeyi yapar. Bu durumlar rapora itiraza ilişkin başvuru sayısına dâhil edilmez.

Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı, Sahil Güvenlik Komutanlığı personelinin sağlık raporlarına itiraz

MADDE 39- (1) Raporlara; raporu alan kişi, raporu alan kişinin velisi veya vasisi, raporu isteyen kurum tarafından itiraz edilebilir. İlgililer itiraz dilekçesi ve sağlık raporunun tasdikli bir örneği ile birlikte, itiraza konu sağlık kurulu raporunu tanzim eden sağlık hizmet sunucusunun bulunduğu ya da adına rapor düzenlenen kişinin ikametgâhının bulunduğu ilin il sağlık müdürlüğüne başvurur. İl sağlık müdürlüğü gerektiğinde il dışı hakem hastane görevlendirilmesini doğrudan yapabilir. Bu durumda görevlendirme yapılan hakem hastanenin bağlı bulunduğu il sağlık müdürlüğüne bilgi verilir.

(2) Yükümlülerin *"Askerliğe elverişli değildir."* personel ve öğrencilerin (adaylar hariç) *"... görev yapamaz."* ve *"Öğrenciliğe devam edemez"* kararı bulunan sağlık kurulu raporlarına SMY' nin 3'üncü bölümünde belirtilen onay/inceleme makamlarınca işlem yapılmadan itiraz edilemez.

(3) Askerlik yükümlülüğüne tabi olanlar hakkında verilen *"Askerliğe Elverişlidir", "Ertesi Yıla Bırakma", "Sevk Tehiri"* ve "*Askerliğe Elverişli Değildir"* kararlı raporlara yapılacak itirazlar askerlik şubelerine, *"İstirahat"* veya *"Hava Değişimi"* kararlı raporlara yapılacak itirazlar ise ilgili sağlık kuruluşuna sevki yapan askerlik şubesi ise askerlik şubesine,

birlik komutanlığı/kurum amirliği ise birlik komutanlığı/kurum amirliğine yapılır. Doğrudan il sağlık müdürlüklerine yapılan itirazlara herhangi bir işlem yapılmaz.

(4) İl sağlık müdürlüğünce, sağlık raporu alacak kişi Yönerge eki Ek-12 Hakem Hastane Listesinde yer alan askeri sağlık raporu vermeye yetkili aynı veya üst roldeki en yakın sağlık hizmet sunucusuna gönderilir. Ancak güvenlik nedeniyle kurumların talepleri dikkate alınır. Bu durumda sağlık raporu alacak kişi aynı veya üst rolde olmak koşulu ile en yakın hastane dışında herhangi bir hakem hastaneye gönderilir. İtiraz edilen sağlık raporu ile itiraz üzerine verilen sağlık raporundaki kararlar aynı yönde ise sağlık raporu kesinleşir.

(5) İlk sağlık kurulu raporu ile itiraz sonrasında tayin edilen hakem hastanece düzenlenen ikinci sağlık raporu arasında çelişki olması halinde, kişi ilk rapor için itirazda bulunulan ilin il sağlık müdürlüğü tarafından Bölge Hakem Hastaneler Listesi'nde (Ek- 13) yer alan ilgili branş/branşların bulunduğu askeri sağlık raporu vermeye yetkili en yakın hastanelerden birine sevk edilir. Bölge hakem hastanenin sağlık kurulunca verilen karar kesindir. İl sağlık müdürlüğü tarafından Bölge Hakem Hastaneler Listesi'nden hakem hastane belirlenirken ikinci raporu düzenleyen hastaneye göre itiraza konu kararın verildiği branş/branşların var ise eğitim kliniği düzeyinde olması tercih sebebidir.

(6) İtiraza konu sağlık kurulu raporunu ilk düzenleyen hastane aynı zamanda Yönerge eki Ek- 12 Hakem Hastane Listesinde yer alıyor ise kişi listede yer alan aynı veya üst roldeki diğer en yakın hastaneye sevk edilir. Rapor bölge hakem Hastanelerinden biri tarafından düzenlenmiş ise kişi diğer en yakın bölge hakem hastanelerinden birine sevk edilir. İtiraz edilen sağlık raporu ile itiraz üzerine verilen sağlık raporundaki kararlar aynı yönde ise sağlık raporu kesinleşir. Sağlık raporları arasında çelişki olması halinde, en yakın farklı bir bölge hakem hastaneye, sağlık kurulu raporu tanzim edilmesi amacıyla yine il sağlık müdürlüğü kanalıyla kişi gönderilir. Bölge hakem hastanenin sağlık kurulunca verilen karar kesindir.

(7) Askerlik yükümlülüğüne tabi olanlar hakkında aile hekimleri veya tek tabipler tarafından verilen *"Askerliğe Elverişlidir"* veya "10 güne kadar (dâhil) *"istirahat"* kararlı raporlara itiraz halinde, sağlık kuruluşuna sevki yapan askerlik şubeleri veya birlik komutanlıkları/kurum amirliklerince, yükümlüler sağlık kurulu raporu aldırılmak üzere en yakın "Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Sağlık Kuruluşlarına sevk edilir.

(8) Sevk edildikleri hastane sağlık kurullarınca haklarında verilen *"Askerliğe Elverişlidir" "Ertesi Yıla Bırakma", "Sevk Tehiri", "Askerliğe Elverişli Değildir"* ve "10 günden fazla süreli *"İstirahat/Hava Değişimi"* raporlarına yükümlülerin itirazları veya rapor kararlarındaki tanı ve karar uyumsuzluğu nedeniyle kontrol muayenesi başlatılmasının gerekmesi halinde; askerlik şubeleri veya birlik komutanlıkları/kurum amirliklerince yükümlülerin dilekçeleri alınarak, itiraz edilen/tanı ve karar uyumsuzluğu bulunan rapor/raporların tıpkıçekimleri ile birlikte hakem muayenesi için sevk edileceği hastanenin bildirilmesi itiraz edilen raporu (tanı ve karar uyumsuzluğu nedeniyle kontrol muayenesi başlatılması gereken raporlarda ise son raporu) tanzim eden hastanenin bulunduğu yerdeki il sağlık müdürlüğünden talep eder. İl sağlık müdürlüklerince belirlenen hakem hastane talepte bulunan makama bildirilir ve hakem hastaneye kişinin sevki talebi yapan makamlarca yerine getirilir.

Uçucu ve dalgıç/denizaltıcı sınıfı sağlık kurulu raporlarına itiraz

MADDE 40- (1) Raporlara; raporu alan kişi, raporu alan kişinin velisi veya vasisi veyahut raporu isteyen kurum tarafından itiraz edilebilir. İlgililer itiraz dilekçesi ve ilk sağlık raporunun tasdikli bir örneği ile birlikte, itiraza konu sağlık kurulu raporunu tanzim eden sağlık hizmet sunucusunun bulunduğu ya da adına rapor düzenlenen kişinin ikametgâhının bulunduğu ilin il sağlık müdürlüğüne başvurur. İl sağlık müdürlüğü gerektiğinde il dışı hakem hastane görevlendirilmesini doğrudan yapabilir. Bu durumda görevlendirme yapılan hakem hastanenin bağlı bulunduğu il sağlık müdürlüğüne bilgi verilir.

(2) Uçucu sağlık raporları ile dalgıç/denizaltıcı sağlık kurulu raporlarına yapılan itirazlarda, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi hakem hastane olarak yetkilendirilmiştir.

(3) Hakem hastaneler (Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi) dışında Uçucu, Denizaltıcı ve Dalgıç Sınıfı Raporları Vermeye Yetkili Hastaneler Listesi'nde yer alan sağlık hizmet sunucularında düzenlenen raporlara itiraz halinde; Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi veya Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesine kişi sevk edilir. İtiraz edilen sağlık raporu ile itiraz üzerine verilen sağlık raporundaki kararlar aynı yönde ise sağlık raporu kesinleşir.

(4) Sağlık raporları arasında çelişki olması halinde ilk itirazda sevkin yapılmadığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi veya Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesinden birine kişi yeniden il sağlık müdürlüğü aracılığı ile sevk edilir. Bu hastanenin sağlık kurulunun verdiği karar kesindir ve bu karara itiraz edilemez.

(5) Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi veya Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesinden biri tarafından tanzim edilmiş raporlara itiraz halinde; öncelikle bu hastaneler dışında Uçucu, Denizaltıcı ve Dalgıç Sınıfı Raporları Vermeye Yetkili Hastaneler Listesi'nde yer alan en yakın sağlık hizmet sunucularından birine kişi sevk edilir. İtiraz edilen sağlık raporu ile itiraz üzerine verilen sağlık raporundaki kararlar aynı yönde ise sağlık raporu kesinleşir.

(6) Sağlık raporları arasında çelişki olması halinde; ilk rapor Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde düzenlenmiş ise Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesinde düzenlenmiş ise Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi hakem hastane olarak belirlenir. Hakem hastane olarak belirlenen bu hastanelerin sağlık kurulunca verilen karar kesindir ve bu karara itiraz edilemez.

Engelli sağlık kurulu raporlarına itiraz

MADDE 41- (1) Engelli Sağlık Raporlarına itiraz işlemleri; Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik'in ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik'in 12'nci maddesine göre yürütülür.

(2) İl sağlık müdürlüğünce, sağlık raporu alacak kişi Yönerge eki Ek-12 Hakem Hastane Listesinde yer alan aynı veya üst roldeki en yakın sağlık hizmet sunucusuna gönderilir. İtiraz üzerinde alınan ikinci rapora itiraz süresi içinde itiraz olmaması halinde ikinci rapora göre işlem tesis edilir ve rapor kesinleşir. İlk rapor ile hakem hastane raporu kararı farklı olsa dahi itiraz olmadan Bölge Hakem Hastanesine sevke gerek yoktur.

(3) Sağlık raporları arasında çelişki olması ve itiraz edilmesi halinde, ilk rapor için itirazda bulunulan ilin il sağlık müdürlüğü tarafından Ek-13 Bölge Hakem Hastaneler Listesi'nde yer alan ilgili branş/branşların bulunduğu en yakın hastanelerden birine sevk edilir. Bölge hakem hastanenin sağlık kurulunca verilen karar kesindir. İl sağlık müdürlüğü tarafından Bölge Hakem Hastaneler Listesi'nden hakem hastane belirlenirken ikinci raporu düzenleyen hastaneye göre itiraza konu kararın verildiği branş/branşların var ise eğitim kliniği düzeyinde olması tercih sebebidir.

(4) İtiraza konu sağlık kurulu raporunu ilk düzenleyen hastane aynı zamanda Yönerge eki Ek-12 Hakem Hastane Listesinde yer alıyor ise kişi listede yer alan aynı veya üst roldeki diğer en yakın hastaneye sevk edilir. Rapor Bölge hakem Hastanelerinden biri tarafından düzenlenmiş ise kişi diğer en yakın bölge hakem hastanelerinden birine sevk edilir. İtiraz edilen sağlık raporu ile itiraz üzerine verilen sağlık raporundaki kararlar aynı yönde ise sağlık raporu kesinleşir. İtiraz üzerinde alınan ikinci rapora itiraz süresi içinde itiraz olmaması halinde ikinci rapora göre işlem tesis edilir ve rapor kesinleşir. İlk rapor ile hakem hastane raporu kararı farklı olsa dahi itiraz olmadan sevke gerek yoktur. Sağlık raporları arasında çelişki olması ve itiraz edilmesi halinde, en yakın farklı bir bölge hakem hastaneye, sağlık kurulu raporu tanzim edilmesi amacıyla yine il sağlık müdürlüğü kanalıyla kişi gönderilir. Bölge hakem hastanenin sağlık kurulunca verilen karar kesindir.

(20/10/2020/4959 Yürürlük: 20/10/2020) Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliği Kapsamında Düzenlenen Sağlık Raporlarına İtiraz

MADDE 42- (1) Raporlara itiraz; raporu alan kişi, raporu alan kişinin velisi veya vasisi, tarafından Emniyet Genel Müdürlüğüne yapılır. Emniyet Genel Müdürlüğü ilk raporu düzenleyen sağlık hizmet sunucusunun bulunduğu veya kişinin ikametgâhının bulunduğu ilin il sağlık müdürlüğünden hakem hastane talebinde bulunur. İl sağlık müdürlükleri veya hastanelere Emniyet Genel Müdürlüğünün yazılı talebi olmadan doğrudan yapılan itirazlar kabul edilmez.

(2) İl sağlık müdürlüğü, Yönerge eki Ek-12 Hakem Hastane Listesinde yer alan emniyet personeli sağlık raporları konusunda yetkilendirilmiş aynı veya üst roldeki en yakın sağlık hizmet sunucusunu hakem hastane olarak belirler ve Emniyet Genel Müdürlüğüne bildirir. Ancak güvenlik nedeniyle kurumların talepleri dikkate alınır. Bu durumda sağlık raporu alacak kişi aynı veya üst rolde olmak koşulu ile en yakın hastane dışında herhangi bir hakem hastaneye gönderilir. İl Sağlık Müdürlüğü gerektiğinde il dışı hakem hastane görevlendirilmesini doğrudan yapabilir. Bu durumda görevlendirme yapılan hakem hastanenin bağlı bulunduğu il sağlık müdürlüğüne bilgi verilir.

(3) Düzenlenen raporların teyidi amacı ile veya bu rapora yapılan itirazın değerlendirilmesi amacı ile alınan yeni raporun ETSŞY veya ilgili diğer mevzuat hükümlerine uygunluğu Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından değerlendirilir. Alınan son sağlık kurulu raporunun yapılacak işlemler açısında yeterli olup olmadığına tekrar teyit gerektirip gerektirmeyeceğine, kişilerin itirazlarının kabul edilip edilemeyeceğine Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından karar verilir.

(4) İlk sağlık kurulu raporu ile itiraz sonrasında tayin edilen hakem hastanece düzenlenen ikinci sağlık raporuna itiraz olması ve itirazın Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından uygun görülerek il sağlık müdürlüğünden hakem hastane talebinde bulunulması durumunda, il sağlık müdürlüğü tarafından Bölge Hakem Hastaneler Listesi'nde (Ek- 13) yer alan ilgili branş/branşların bulunduğu en yakın hastanelerden biri hakem hastane olarak belirlenir ve Emniyet Genel Müdürlüğüne bildirilir. Kişiye tebligat Emniyet Genel Müdürlüğünce yapılır.

(5) İtiraza konu sağlık kurulu raporunu ilk düzenleyen hastane aynı zamanda Yönerge eki Ek- 12 Hakem Hastane Listesinde yer alıyor ise kişi listede yer alan aynı veya üst roldeki diğer en yakın hastaneye sevk edilir. Rapor bölge hakem Hastanelerinden biri tarafından düzenlenmiş ise kişi diğer en yakın bölge hakem hastanelerinden birine sevk edilir.

Sağlık raporlarına itiraz süreleri ve genel hükümler

MADDE 43- (1) Sağlık raporlarına itirazlar raporun kişiye teslimi ya da tebliğinden itibaren 30 (otuz) gün içinde yapılabilir. Bu sürenin geçmesinden sonra yapılan itirazlar kabul edilmez.

(2) SYY kapsamında personel ve öğrencilere düzenlenen raporlara tebliğ tarihinden itibaren 30 (otuz) gün içinde, adaylara ilişkin verilen raporlara ise tebliğ tarihinden itibaren 3 (üç) iş günü içinde itiraz edilebilir.

(3) Resmi kurumların yazı ile talebi halinde raporlara itiraz süreleri dikkate alınmaz.

(4) İl sağlık müdürlükleri hakem hastaneyi belirler ve kişiye/kuruma tebliğ eder. İl sağlık müdürlüğünün ilgili kuruma bildirim tarihinden veya kişiye tebliğ tarihinden itibaren en geç 20 (yirmi) gün içerisinde adına rapor düzenlenecek kişi Merkezi Hastane Randevu Sistemi üzerinden veya sağlık hizmet sunucusuna bizzat başvurmak suretiyle randevu talebinde bulunur. Bu sürenin dolmasından sonra yapılan başvurular dikkate alınmaz. Kişinin randevu talebinde bulunduğu günden itibaren sağlık hizmet sunucusu en geç 15 (on beş) gün içinde rapor işlemlerini başlatır. İşlemlerin başlatılmasından itibaren sağlık hizmet sunucuları rapor sürecini 30 (otuz) gün içinde tamamlar. (20/10/2020/4959 Yürürlük: 20/10/2020) Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliği kapsamında düzenlenen sağlık raporlarına itiraz durumunda süreler Emniyet Genel Müdürlüğünün kişiye hakem hastaneyi tebliği ile başlar

(5) Adli mercilerin talebi ile düzenlenen adli sağlık raporlarına adli mercilerin yazılı talebi olmadan doğrudan yapılan itirazlar kabul edilmez.

(6) Sağlık raporları kişiye teslim edilirken mutlaka teslim belgesi düzenlenerek teslim eden ve alan kişi tarafından imzalanır. E-Rapor sistemi üzerinden düzenlenen raporlarda teslim tarihi mutlaka sistemde belirtilir.

(7) Yazım hataları, imza eksikliği, doldurulması gereken alanların doldurulmaması, kişi bilgilerinin hatalı olması gibi (karar hükmü hariç) eksikliklerin veya usul hatalarının bulunduğu durumlarda, raporu talep eden kişi veya kurum tarafından raporu tanzim eden sağlık hizmet sunucusuna rapor iade edilir. İlgili sağlık hizmet sunucusu sağlık kurulu, rapor iadesinin nedenlerini (karar hükmü hariç) değerlendirir, bir yanlışlık yapıldığını tespit ederse gereken düzeltmeyi yapar. Bu durumlar rapora itiraza ilişkin başvuru sayısına dâhil edilmez. Sağlık hizmet sunucusu tarafından işlem tesis edilmediği durumlarda kişi/kurum hatalı rapor için raporun düzenlendiği sağlık hizmet sunucusunun bulunduğu ilin il sağlık müdürlüğüne başvurur. İl sağlık müdürlüğü başvuru gerekçesini inceler, raporda hata tespit etmesi halinde yeni rapor düzenlenmesi amacı ile kişiyi raporun düzenlendiği sağlık hizmet sunucusuna sevk eder.

(8) Rapora itiraz eden kişi, itiraz muayenesi işlemlerinin hangi aşamasında olursa olsun itirazından vazgeçerse veya itiraz merciine başvurmaz ya da işlemleri tamamlamaz ise ilgili makama resmi yazı ile bildirilir. İtirazda bulunan makam bu dilekçe ile kontrol muayenesi işlemini sonlandırabilir. Bu durumda raporun teslim edileceği kurum talebi olmadan yeniden hakem hastane görevlendirmesi yapılmaz.

(9) (10/03/2025/270855722 Yürürlük:10/03/2025) Gemi adamı sağlık raporlarına yapılan itiraz başvuruları sevk ve işlemleri, Gemiadamları Sağlık Yönergesinin hükümlerine göre yetkilendirilen merkezlerce yürütülür. İtiraz başvuruları bu merkezlerce Ek-12 Hakem Hastane Listesinde yer alan ve gemi adamı sağlık raporu vermeye yetkili olan sağlık hizmet sunucularına sevk edilir. Rapor kararları aynı yönde ise rapor kesinleşir. Rapor kararları arasında çelişki olması halinde Ek-13 Bölge Hakem Hastaneler Listesinde yer alan ve gemi adamı sağlık raporu vermeye yetkili sağlık hizmet sunucularına sevki yapılır. Bölge Hakem Hastanesi kararı kesindir ve itiraz edilemez.

ONÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Ortak ve Son Hükümler

Ortak hükümler

MADDE 44- (1) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(2) Sağlık kurulu raporlarında hekimlerce veya ilgili mevzuatında aksine bir tarih belirtilmediği durumlarda raporlar 2 (iki) yıl geçerlidir.

(3) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(4) e-Rapor Sistemi üzerinden düzenlenen raporların çıktı alınarak arşivlenmesine gerek yoktur. E-Rapor Sistemi dışında düzenlenen raporların bir çıktısı alınarak düzenleyen hekim/hekimlerin ıslak imza ve kaşesinden sonra arşivlenecek ve istenilmesi halinde kişiye verilecektir. Ancak Yönerge ve ilgili mevzuatında kişiye teslim edilmeyeceği belirtilen raporlar kişiye teslim edilmez.

(5) Fotoğraf bölümünün yer almadığı rapor formatlarında, raporun tedavi edilen kişiye ait olup olmadığının tespiti amacıyla "T.C Kimlik Numarası" hanesi yer almakta olup, ayrıca hastanın fotoğrafının bulunmasına gerek yoktur.

(6) İlaç kullanım raporları, Sağlık Uygulama Tebliği'nin "İlaç kullanımına esas sağlık raporlarının düzenlenmesi" maddesinde belirtilen hükümler çerçevesinde elektronik ortamda düzenlenecek ve başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanacaktır. Aile hekimliği sözleşmesi imzalayan aile hekimliği uzmanı ve diğer uzman hekimlerin aldıkları eğitim

dâhilinde düzenledikleri ilaç ve tıbbi malzeme kullanım raporları için başhekimlik onay şartı aranmaz.

(7) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(8) Bu Yönergenin 43 üncü maddesiyle yürürlükten kaldırılan Sağlık Raporlarına İlişkin Usul ve Esaslar uyarınca, bu Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten önce ve önceki rapor formatlarına göre düzenlenmiş raporlar süresi bitimine kadar geçerlidir.

(9) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(10) Devlet memurlarına ve kamu görevlilerine sağlık hizmet sunucularında yatarak tedavilerinden sonra "İş Göremezlik Uygulaması" üzerinden düzenlenen istirahat raporlarında Personel Bilgi Sistemlerine girildiğinde gün boşluğu ya da gün atlaması gibi sorunlar yaşanmaması için; personelin tedavi merkezinden taburcu edildiği tarihin ''hastanede yatış'' olarak kabul edilmesi ve sisteme işlenirken de taburcu tarihinden sonraki ilk iş günü göreve başlaması gerekmektedir. Sistem kayıtlarına da taburcu edildiği günün ertesi iş günü işe başlama kaydı yapılacaktır.

(11) Düzenlenen istirahat raporlarında takvim günü esastır. Takvim günü saat 00.00'dan 23.59'a kadar olan süreyi kapsar. Kişiye mesai sonrası (Örneğin: saat 20.00) dahi rapor verilmiş ise raporun birinci günü raporun tanzim edildiği gün saat 23.59'da sona erer.

(12) Rapor formatlarında yer alan durumlar dışında raporlarda mühür ve başhekim onayı aranmayacaktır.

(13) (İptal: Danıştay 10. Dairesi' nin 31.10.2024 tarihli ve E. 2020/4936 - K. 2024/4404 sayılı kararıyla.)

(14) Yönerge eki yetkili hastane listelerinde, rapor formatlarında yapılan değişikliklerin Sağlık Bakanlığı resmi internet adresinde duyurulmasından itibaren güncel yetkili hastane listeleri veya rapor formatları esas alınır.

(15) (20/10/2020/4959 Yürürlük: 20/10/2020) Adli merciler tarafından istenen durum bildirir raporlar ile mevzuatta kişiler ile doğrudan paylaşılmayacağı hüküm altına alınan raporlar kişilerin e-Devlet kapısında görüntülenemez.

(16) (10/03/2025/270855722 Yürürlük:10/03/2025) Bakanlığımız e-Rapor sisteminde uygulamaya konulan raporların sistem üzerinden düzenlenmesi zorunludur. e-Rapor sisteminde entegrasyon sağlanıncaya kadar Kimlik Paylaşım Sisteminde kayıtlı olmayan yabancı uyruklu kişiler için istenilen raporlar ıslak imzalı düzenlenerek "Kimlik Paylaşım Sisteminde kaydı yoktur." ibaresi raporun açıklama kısmına yazılır.

Yürürlükten kaldırılan mevzuat

MADDE 45- (1) 02/05/2017 tarih ve 23642684-010.99-835 sayılı Sağlık Raporlarına İlişkin Usul ve Esaslar yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 46- (1) Bu Yönerge, Bakanlık Makam Oluru tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 47- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.9. Akut İnmeli Hastalara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - ÖZELLİKLİ PLANI AMA GEREKTİREN SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
18/07/2019 17:47 - 80118214-060.04-458

Sayı : 80118214
Konu : Akut İnmeli Hastalara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Akut inmeli hastalara verilecek sağlık hizmetlerini düzenlemek ve sağlık tesisleri bünyesinde kurulacak inme birimlerinin fiziki şartlarını, sağlık insan gücü, tıbbi donanım ve hizmet kıstasları ile bu hizmetlere ilişkin hasta sevk ve nakil esaslarını belirlemek, inme birimlerinin tescil edilmesi, denetimi ve gerektiğinde tescilin iptaline ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan ve ilişikte sunulan "Akut İnmeli Hastalara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge" nin onaylanarak yürürlüğe konulması hususunu,

Takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Genel Müdür

Uygun Görüşle Arz Ederim.
..../..../2019
Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan Yardımcısı

OLUR
..../..../2019
Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

AKUT İNMELİ HASTALARA VERİLECEK SAĞLIK HİZMETLERİ HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; akut inmeli hastalara verilecek sağlık hizmetlerini düzenlemek ve sağlık tesisleri bünyesinde yapılandırılacak inme birimlerinin sağlık insan gücü, tıbbi donanım, fiziki şartlarını ve hizmet kıstasları ile bu hizmetlere ilişkin hasta sevk ve nakil esaslarını belirlemek, inme birimlerinin tescil edilmesi, denetimi ve gerektiğinde tescilin iptaline ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, diğer kamu kurumlarına ve özel sektöre ait yataklı sağlık tesisleri bünyesindeki inme birimlerini, tüm sağlık tesislerinin acil servisleri ile acil hasta nakli gerçekleştiren 112 İl Ambulans Servislerini ve buralarda görev yapan personeli kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesinin (c) bendi ve 9 uncu maddesine, 10/07/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355 inci ve 508 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Bilim Komisyonu: Bu Yönergenin 12 nci maddesine göre Bakanlık onayı ile kurulan Akut İnme Bilim Komisyonunu,

c) Birim: Akut inmeli hastaların tanı, tedavi ve takiplerini sağlamak amacıyla bu Yönerge kapsamında yataklı sağlık tesisleri bünyesinde yapılandırılan inme ünitelerini ve inme merkezlerini,

ç) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

d) Hasta: Akut serebral iskemi, intraserebral kanama ve subaraknoid kanama nedeniyle akut inme tablosundaki hastayı,

e) İnceleme komisyonu: İnme üniteleri ve inme merkezlerinin bölgesel düzeyde koordinasyonu, geliştirilmesi, tescili ve denetimi için bu Yönergenin 13 üncü Maddesine göre illerde teşkil edilen inceleme, değerlendirme ve denetim komisyonunu,

f) İnme ünitesi: 6 ncı maddede yer alan şartları taşıyan ve akut iskemik inmeli ve intraserebral kanamalı hastaların takip ve tedavisinin yedi gün yirmi dört saat (7/24) hizmet esasına dayalı olarak sağlandığı ve intravenöz (IV) trombolitik tedavinin yapıldığı birimi,

g) İnme merkezi: 7 nci maddede yer alan şartları taşıyan ve IV trombolitik tedavi yanında akut inmeli hastalara invaziv endovasküler tedavilerin yedi gün yirmi dört saat (7/24) hizmet esasına dayalı olarak yapıldığı birimi,

ğ) Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü,

h) Nörogirişim uygulamaları: Akut inme tanı ve tedavisinde kullanılan endovasküler girişim yöntemlerini,

ı) Sağlık tesisi: Akut inmeli hastaların tanı ve tedavisinin yapıldığı, Sağlık Bakanlığına devlet ve vakıf üniversitelerine, diğer kamu kurumlarına, özel sektöre ait yataklı sağlık kuruluşlarını,

i) Sorumlu tabip: İnme ünitesi ve inme merkezindeki tüm uygulamalardan sorumlu nöroloji uzmanını,

j) Yönetici: Sağlık Bakanlığına ait sağlık tesisleri için hastane başhekimini, üniversitelere ait sağlık tesisleri için sağlık uygulama ve araştırma merkezi başhekimini, özel sağlık tesisleri için mesul müdürü,

k) 112 KKM: Valiliklere bağlı ortak çağrı merkezi veya 112 İl Ambulans Servisi Baştabipliğine bağlı Komuta Kontrol Merkezini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Genel Şartlar, Birimlerin Özellikleri, Nörogirişim Uygulamaları, Sevk Esasları, Kayıtların Tutulması, İzleme ve Değerlendirme

Genel şartlar

MADDE 5- (1) Bakanlık planlamalarına uygun olarak yataklı sağlık tesisleri bünyesinde akut inmeli hastaların tanı, tedavi ve takibini sağlamak üzere birimler oluşturulur. Bu birimler, bünyesinde faaliyet göstereceği sağlık tesisinin asgari standartlarına göre inme ünitesi veya inme merkezi şeklinde nöroloji kliniğine bağlı olarak yapılandırılır.

(2) İnme birimleri, hastanın acil tanısı ile IV trombolitik tedavi ve invaziv endovasküler tedaviler başta olmak üzere akut tedavisini hastalığın belirti ve bulgularının ortaya çıkmasından sonraki ilk saatlerde tamamlayabilmek üzere, yedi gün yirmi dört saat (7/24) hizmet esasına dayalı olarak müdürlük, 112 KKM ve diğer inme birimleri ile bölgesel koordinasyon içinde çalışır.

(3) Yönetici, bu yönerge gereklerini sağlamak üzere sağlık tesisi bünyesinde ilgili tüm sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmet birimlerinin katılımıyla bir akut inme ekibi oluşturur.

(4) Birimlerde hastaların tanı, tedavi ve takibini sağlamak üzere nöroloji kliniğine bağlı olarak klinik içinde yataklı alan ayrılır. Olağandışı hasta yoğunluğunun olduğu dönemlerde sağlık tesisinde nöroloji kliniği dışındaki yataklar geçici olarak inme biriminin kullanımına sunulabilir.

(5) Akut inme birimleri sorumlu tabip yetki ve sorumluluğunda çalıştırılır. Sorumlu tabip yönetici tarafından görevlendirilir. Mevcut nöroloji uzmanları dönüşümlü şekilde sorumlu tabip olarak görevlendirilebilir. Sorumlu tabip, hizmetin koordinasyonu ve organizasyonundan, bir bütün olarak planlanıp yürütülmesinden ve ekibinde görevli tüm personelden yöneticiye karşı sorumludur.

(6) Sağlık tesisi eczanesinde ve inme biriminde hastaların tedavisinin gerektirdiği ilaçların ve tıbbi malzemelerin bulundurulması ve bu ilaç ile tıbbi malzemelere yedi gün yirmi dört saat (7/24) ulaşılabilmesini sağlamak üzere tedbir alınır.

İnme ünitelerinin özellikleri

MADDE 6- (1) İnme üniteleri, inme bulguları ile uygun zaman aralığında ulaşan hastalara, IV trombolitik tedavinin yapıldığı ve inme merkezlerinde uygulanabilecek tedavilere ihtiyacı olan hastaların belirlenerek sevk ve organizasyon sürecinin yürütüldüğü birimlerdir.

(2) İnme üniteleri, bu Yönergenin ekindeki Ek-1'de yer alan asgari personel, donanım ve hizmet standartlarını taşır.

İnme merkezinin özellikleri

MADDE 7- (1) İnme merkezleri, inme bulguları ile uygun zaman aralığında sağlık tesisine ulaşan hastalara, IV trombolitik tedavilerin yanı sıra her türlü endovasküler girişim yöntemlerinin uygulandığı birimlerdir.

(2) İnme merkezleri, bu Yönergenin ekindeki Ek-1'de yer alan asgari personel, donanım ve hizmet standartlarını taşır.

Nörogirişim uygulamaları

MADDE 8- (1) İnme merkezlerinde nörogirişim uygulamaları sadece aşağıdaki kriterlerin tümüne haiz olan nöroloji, radyoloji, beyin ve sinir cerrahisi ile kardiyoloji uzman tabipleri tarafından uygulanır:

a) Nörogirişim yapacak uzman tabipler en az 100 (yüz) intrakraniyal nörogirişim yapmış olmalıdır.

b) İntrakraniyal girişimlerden en az 10 (on) tanesi, mekanik trombektomi/ tromboaspirasyon olmalıdır.

c) Nörogirişim yapacak uzman tabipler en az 20 (yirmi) baş-boyun bölgesi ekstrakraniyal endovasküler tedavi edici girişim (karotis stent) yapmış olmalıdır.

(2) Nörogirişimsel işlemler listesi Ek-2'de gösterilmiştir. Nörogirişimsel işlemlerin, vakalara ait protokol numarası, anjiyografi raporları ve istenmesi halinde işlem CD'leri ile birlikte belgelenmesi zorunludur. Bu belgelerin geçerliliği Bilim Komisyonu tarafından değerlendirilir.

Sevk ve nakil esasları

MADDE 9- (1) Hastaların tanı ve tedavisi ile sevk ve nakil işlemleri sürecinde bu Yönergenin ekinde yer alan algoritmaların temel alınması esas olmakla birlikte mücbir nedenlerle takip edilememesi veya sağlık sistemindeki yeni gelişmeler ışığında yeni yaklaşımların gelişmesi durumunda hasta için en uygun işlemlerin yürütülmesi sağlanır.

a) 112 İl Ambulans Sistemine başvurulması ve ilk sağlık tesisine nakil öncesi durumu için Ek-3,

b) Acil servise girişi yapılan hastalar için İnme Algoritması Ek-4,

c) Akut inmeli hastaların sağlık tesisinde yatış sürecinde Ek-5,

temel alınarak süreçler takip edilir.

(2) Akut inmeli hastaların 112 Ambulans ekibi tarafından değerlendirilmesinde Ek-6 Formu kullanılır.

(3) Sevk işlemi öncesi, hastanın sevk edileceği inme ünitesi veya inme merkezi ile iletişim ve koordinasyon sağlanarak 112 KKM'ye gerekli bildirim yapılır. Bu şekilde sevk edilen hastanın nakledildiği sağlık tesisi tarafından kabul ve tedavisi zorunludur.

(4) Akut inme vakası, intravenöz trombolitik tedavi endikasyonu yok veya süresi aşılmış ancak endovasküler tedavi açısından değerlendirilmesi gerekiyor ise inme merkezi bulunan sağlık tesisi sorumlu tabibi ile irtibat kurulur ve 112 KKM'ye gerekli bildirim yapılarak doğrudan bu merkeze nakli sağlanır.

(5) Akut inme vakası uykuda gerçekleşmiş veya olayın başlangıç zamanı tam olarak belirlenemiyor ancak kısa süre içinde gerçekleştiği kanaati oluşmuş ise; sevk edecek sağlık tesisi tarafından inme ünitesi veya inme merkezi sorumlu tabibi ile gerekli irtibat sağlanarak 112 KKM bilgilendirilir ve hastanın sevki gerçekleştirilir.

(6) Bünyesinde inme birimi bulunan sağlık tesisleri, 112 KKM ile kesintisiz iletişim ve koordinasyon sağlayacak şekilde doğrudan erişimli sabit hat, telsiz, internet veya mobil telefon hattı vb. bulundurur ve Acil Sağlık Hizmetleri 112 KKM yazılımları ile entegrasyon sağlar.

Formlar ve kayıtların tutulması

MADDE 10- (1) Bu Yönerge ekindeki formlar, belirlenen standartlara uygun olmak kaydıyla elektronik ortamda da kullanılabilir.

(2) Birimlerce yürütülen iş ve işlemler için gerekli kayıtlar sağlık tesisince tutulur. Kayıtların tutulmasından, formların noksansız ve doğru olarak doldurulmasından, ilgisine göre 112 İl Ambulans Servisi Baştabibi ile sorumlu tabip birinci derecede sorumludur.

(3) Bakanlıkça istenilen bilgiler, Bakanlığın belirlediği formata uygun şekilde elektronik sistem üzerinde kayıt altına alınır. Bilgisayar ortamında tutulan kayıtların yetkisiz olarak değiştirilmemesine ve silinmemesine yönelik gerekli idari ve teknik tedbirler alınır.

İzleme ve değerlendirme

MADDE 11- (1) Birimlerin faaliyetleri, Bilim Komisyonu tarafından belirlenecek klinik kalite göstergeleri ve temel istatistiki veriler çerçevesinde Genel Müdürlükçe belirlenecek format ve takvim çerçevesinde merkezi olarak izlenir.

(2) Sağlık tesislerinin yöneticileri, birimlere ait istatistiki verileri istenildiğinde Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür. İstatistiklerin tutulması, elektronik veri sistemine doğru ve noksansız olarak girilmesi sorumlu uzman tabibin sorumluluğundadır.

(3) Toplanan veriler Bilim Komisyonu tarafından altı aylık veya yıllık olarak değerlendirilir ve uygunsuzluk tespit edilen birimler için gerekçeli değerlendirme raporu hazırlanır, ilgili bilgi ve belgeler rapora eklenir ve Genel Müdürlüğe sunulur.

(4) Raporda, niteliğine göre, tespit edilen uygunsuzlukların giderilmesi için verilmesi gereken süreler de belirtilir. Rapor, Genel Müdürlüğün onayı ile ilgili birimin bulunduğu sağlık tesisi yönetimine müdürlük aracılığı ile tebliğ edilir. Birimler, verilen süreler içerisinde, kendilerine tebliğ edilen uygunsuzlukları gidermekle yükümlüdür. Uygunsuzlukların giderilip giderilmediği inceleme komisyonu tarafından, niteliğine göre yerinde veya dosya bazında değerlendirilir ve raporlanarak Genel Müdürlüğe gönderilir.

(5) Uygunsuzluğun devam ettiği belirlenen birimler hakkında bu Yönergenin 16 ncı maddesinin üçüncü fıkrasına göre işlem yapılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Komisyonların Kurulması, Başvuru Usulü ve Tescil

Bilim komisyonunun kurulması

MADDE 12- (1) İnme birimlerine ait başvuruları dosya bazında veya gerektiğinde yerinde incelemek, yeni açılacak birimler ile faaliyette olanların bu Yönerge esaslarına uygunluğunu değerlendirmek, inme konusunda birimlerin faaliyetleri ve geliştirilmesi için çalışmalar yapmak, tıbbi ve teknolojik gelişmeleri izlemek ve gerektiğinde uygulanmasını sağlamak, izleme ve değerlendirmeye esas veri tabanı oluşturmak, birimlerin faaliyet ve hizmetleri ile ilgili Bakanlığa intikal eden şikayetleri incelemek amacıyla, tüm işlevleri ve kararları tavsiye niteliğinde olmak üzere, Genel Müdürlük bünyesinde, Bakanlık onayı ile "Akut İnme Bilim Komisyonu" oluşturulur.

(2) Bilim Komisyonu, Genel Müdür veya görevlendireceği bir yetkilinin başkanlığında, Genel Müdürlük bünyesinde ilgili bir daire başkanı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü temsilen birer daire başkanı, tercihen inme merkezi sorumluları arasından en az doçent düzeyinde 2 (iki) nöroloji uzmanı temsilci ile bünyesinde inme merkezi bulunan sağlık tesislerinde görevli en az doçent düzeyinde kardiyoloji, beyin ve sinir cerrahisi ve radyoloji uzmanlık dallarından birer temsilci olmak üzere dokuz üyeden oluşur. Komisyon başkanı ve ilgili daire başkanları hariç, üyelerin görev süresi 2 (iki) yıldır. Görev süresi dolan üye tekrar seçilebilir.

(3) Komisyon, en az 5 (beş) üyenin katılımı ile toplanır ve salt çoğunluk ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde Komisyon başkanının taraf olduğu karar geçerli sayılır. Komisyon kararları tutanak altına alınır. Komisyonun sekretaryası Genel Müdürlükçe yürütülür.

İnceleme komisyonunun kurulması

MADDE 13- (1) Akut inmeli hastaların takip ve tedavisini yapacak birimlerin yerinde değerlendirilmesi amacıyla illerde inceleme, değerlendirme ve denetim komisyonu kurulur.

(2) İnceleme komisyonu, müdürlüğün yetkilendireceği bir başkan ya da ilgili başkan yardımcısı başkanlığında, kamu sağlık tesisleri için özellikli sağlık hizmetleri biriminden bir şube müdürü ya da bir uzman; özel sağlık tesisleri için ise özel yataklı biriminden şube müdürü ya da bir uzman, 112 İl Ambulans Servisi Baştabipliğinden bir temsilci, inme konusunda deneyimli bir nöroloji uzmanı ve bir radyoloji uzmanı tabibin katılımı ile oluşturulur. Komisyonda ilde faaliyet gösteren üniversitelerin tıp fakültelerinden ve özel sağlık tesislerinden de temsilciler görevlendirilebilir.

(3) Komisyonun sekretaryası müdürlükçe yürütülür.

Başvuru usulü ve tescil

MADDE 14- (1) İnme birimlerine ait başvurular sağlık tesisi yöneticisinin yazılı talebi ile müdürlüğe yapılır.

(2) Başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler şunlardır:

a) Hizmet verilecek bölgenin nüfusu ve bu nüfusa ilişkin inme görülme sıklığı, son 1 (bir) yıla ait akut inmeli hasta sayısı, sevkle gelen ve sağlık tesisi dışına sevk edilen inme sayısı ve benzeri istatistiksel hasta kayıtları,

b) Sorumlu uzman tabip ve diğer sağlık personelinin isim listesi,

c) Sertifika ve/veya eğitim belgeleri,

ç) Öğrenim durumuna ilişkin belgeler,

d) İnme merkezlerinde nörogirişimsel işlemleri yapacak olan uzman tabiplerin bu Yönergenin 8 inci maddesindeki kriterleri sağladığına dair belgeler,

(3) Birimlere ait başvurular müdürlükçe dosya bazında değerlendirilir ve noksan belgesi bulunmayan başvuru dosyası, inceleme ve değerlendirme komisyonuna havale edilir. Birimler, komisyon marifetiyle yerinde inceleme ve raporlama yöntemiyle Ek-7'deki İnceleme, Değerlendirme ve Denetim Formu'na göre değerlendirilir. İnceleme Komisyonu tarafından uygun bulunduğu takdirde bir tutanakla karara bağlanır ve tescil edilmek üzere müdürlük görüşü ile birlikte Bakanlığa gönderilir. Bilim Komisyonun da görüşü alınarak Genel Müdürlükçe uygun bulunan birim başvuruları Bakanlık onayı ile tescil edilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Eğitim faaliyetleri

MADDE 15- (1) İnme birimlerinde görevlendirilen uzman tabip, hemşire ve diğer sağlık personelinin Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda genel yoğun bakım ve nöroloji yoğun bakım ve resüsitasyon eğitimleri almaları sağlanır. Nöroloji uzmanı tabipler ile beyin ve sinir cerrahisi uzmanı tabipler yoğun bakım konusundaki eğitimden muaftır.

(2) Akut inmeli hastalara girişimsel işlem uygulayacak uzman tabipler, nörogirişim uygulamaları konusunda Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar dahilinde eğitime tabi tutulur. Bu Yönergenin 8 inci maddesinde belirtilen kriterleri haiz olduğunu belgeleyen uzman tabipler bu eğitimden muaftır.

(3) Müdürlükçe görevlendirilecek en az bir nöroloji uzmanı tarafından 112 İl Ambulans Servisinde çalışan tabip ve personele bu Yönergeye ilişkin eğitim verilir. Eğitimin müfredatı, bilim komisyonu marifetiyle hazırlanır. Eğitim alamayan personel için yılda en az bir kez eğitim düzenlenir.

(4) Akut inme konusunda, müdürlüklerin koordinasyonunda ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapılarak ulusal ve yerel iletişim kanalları aracılığıyla ve bilgilendirici broşür ve posterler kullanılarak halka, hastalara ve hasta yakınlarına yönelik eğitim faaliyetleri yürütülür.

Denetim, sorumluluk ve yaptırımlar

MADDE 16- (1) İnme birimlerinin bu Yönerge hükümlerine uygun olarak yapılandırılması ve işleyişinden sağlık tesisi yöneticileri ve müdürlükler birinci derecede sorumludur.

(2) Birimler, Bakanlıkça gerekli hallerde Bakanlık denetim birimlerine yaptırılacak olağan ve olağan dışı denetimler haricinde işleyiş ile alakalı yılda en az bir kere Ek-7'deki forma uygun olarak müdürlükler tarafından yerinde denetlenir.

(3) Bu Yönergede belirtilen usul ve esaslara göre yapılacak denetim sonuçlarına göre, tespit edilen eksiklik veya uygunsuzluklar giderilinceye kadar birimlere en fazla 6 (altı) aya kadar süre verilir. Süre sonunda eksiklik veya uygunsuzluğu giderilemeyen birimlerin tescili Bakanlıkça iptal edilir.

(4) Yaptırıma esas teşkil eden uygunsuzlukları gideren birimler için talep halinde, bu Yönergede belirtilen usulle yeniden tescil işlemi yapılır.

(5) Hastaların sevk ve nakil işlemlerinin bu Yönerge hükümlerine uygun olarak yürütülmesinden 112 İl Ambulans Servislerinde görevli personel ve 112 İl Ambulans Servisi baştabibi birinci derecede sorumludur.

(6) Akut inmeli hastaların sevk ve nakil sürecinin, 112 İl Ambulans Servislerince bu Yönergenin 9'uncu maddesindeki eklere göre yürütülmesi için müdürlüklerce gerekli düzenlemeler yapılır. Sevk sürecinin etkin bir koordinasyon içerisinde yürütülmesinden ve denetlenmesinden müdürlükler sorumludur.

Mevcut inme birimleri

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Bu Yönergede belirtilen hususların hâlihazırda inme birimi olarak belirlenmiş tesislere bu yönergedeki şartlara uyum sağlanması için bir kereye mahsus 1 (bir) yıl süre verilir.

Yürürlük

MADDE 17- (1) Bu Yönerge Bakanlık Makam Oluru tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 18- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.10. Palyatif Bakım Hizmetleri Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 15722819/840-
Konu: Yönergenin Yürürlüğe Konulması

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - SAĞLIK HİZMET STANDARTLARI DAİRE BAŞKANLIĞI
07/07/2015 11:11 / 83595070 / 010.04 / 253

BAKANLIK MAKAMINA

Ekte sunulan, Palyatif Bakim Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge'nin onaylanarak yürürlüğe konulmasını,
takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Genel Müdür V.

Ek: Yönerge ve Ekleri (8 sayfa)

Uygun görüşle arz ederim.
……/……/2015
Prof. Dr. İrfan ŞENCAN
Müsteşar Yardımcısı

Uygun görüşle arz ederim.
……/……/2015
Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Müsteşar

OLUR
…./…./2015
Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Bakan

Sağlık Bakanlığından;

PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, kapsam, dayanak ve tanımlar

Amaç

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

Kapsam

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

Dayanak

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

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bağlı kuruluş: İlgisine göre Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu,

b) Bakan: Sağlık Bakanını,

c) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

ç) Evde sağlık hizmeti: Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini,

d) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

d) Merkez: Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları, üniversite, Türk Silahlı Kuvvetleri, belediye ve özel sağlık kuruluşlarına ait sağlık hizmet sunucularına bağlı olarak palyatif bakım hizmeti vermek üzere kurulan merkezi,

e) Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü,

f) Sorumlu tabip: Palyatif bakım hizmetlerinin planlanması ve uygulanması amacıyla ilgili kurum amirince palyatif bakım merkez sorumlusu olarak görevlendirilen tercihen anestezi uzmanı olmak üzere uzman tabibi,

g) Yönetici: Palyatif bakım hizmeti vermeye yetkili olan sağlık hizmet sunucusunun yöneticisini,

h) TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunu,

ifade eder.

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

Merkezlerin kurulması

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

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

Fiziki şartlar ve asgari donanım standartları

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ulaşım aracı tahsisi

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

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

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Personel görevlendirilmesi ve asgari personel standardı, görev yetki ve sorumluluklar

Personel görevlendirilmesi

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

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

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

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

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

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

Sorumlu tabibin görev, yetki ve sorumlulukları

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

a) Yönetici ile merkez arasındaki koordinasyonu sağlar.

b) Palyatif bakım hizmetlerini, kendisine bağlı personelin görev dağılımını, birbirleriyle olan iletişimlerini ve iş akışını bu Yönerge hükümlerine ve ilgili diğer mevzuata uygun olarak planlar ve yöneticinin onayına sunar.

c) Takibi yapılan hastaların tedavilerini planlar ve uygulanmasını sağlar.

ç) Palyatif bakım ve uygulamaları konusunda kendisine bağlı personele gerektiğinde hizmet içi eğitim verir veya verilmesini sağlar.

d) Hizmetle ilgili periyodik toplantılar düzenler, aksaklık ve noksanlıkları tespit ederek hizmetin geliştirilmesi konusunda kararlar alır ve uygulanmasını sağlar.

e) Merkezde kullanılacak lüzumlu demirbaş, araç, gereç ve malzeme ihtiyacının tespit ve temini ile uygun koşullarda muhafazasını ve kullanılmasını sağlar.

f) Hizmetle ilgili kayıtların zamanında ve noksansız tutulmasını sağlar.

g) Hizmet verilen hastaların, aile hekimleri ve evde sağlık hizmetleri ekipleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlar.

ğ) Verilen hizmetlerin hasta hakları mevzuatına, mesleki etik ve tıbbi deontolojiye uygun olarak yürütülmesini sağlar.

Diğer personelin görev ve sorumlulukları

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

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Çalışma esasları ve hizmetin kapsamı

Çalışma esasları

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

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

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

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

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

Hizmetin kapsamı

MADDE 12 – (1) Merkezlerde aşağıdaki hizmetler verilir.

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

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

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

ç) Hizmetler klinik ortamda ve poliklinik şartlarında verilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

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

Palyatif bakım hizmetlerine başvuru

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

Hasta kabul, sevk ve nakil esasları

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

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

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

Kayıtların tutulması ve istatistik

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

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

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

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

ALTINCI BÖLÜM

Hasta hakları, hizmetin sonlandırılması, eğitim, denetim ve sorumluluk

Hasta hakları

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

Hizmetin sonlandırılması

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

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

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

Eğitim

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

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

Denetim ve sorumluluk

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

YEDİNCİ BÖLÜM

Çeşitli ve son hükümler

Diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği

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

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

Hüküm bulunmayan haller

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

Yürürlük

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

Yürütme

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

2.2.11. Göz Bankası ve Kornea Nakli Merkezleri Yönergesi

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

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

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

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

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

Tanımlar
Madde 4- (1) Bu yönergede geçen;
a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
b) Banka: Vericiden göz küresi ve kornea, sklera, konjonktiva, limbus, amniyotik membran gibi dokuların alınmasını sağlayan, alıcı sağlığı açısından incelenerek, gerekli test ve incelemelerin yapıldığı, saklandığı ve dağıtımının gerçekleştirildiği göz bankalarını,
c) Doku: Göze nakledilebilen ve bu maddenin (b) bendinde sayılan dokuları,
ç) Doku Kaynağı Merkezi: Kamu kurumlarına bağlı hastaneler, özel hastaneler ve adli tıp kurumlarını,
d) Doku Nakli Merkezi: Göze nakledilebilecek dokuların naklini yapan kamu kurumlarına bağlı hastaneler ile özel hastaneler bünyesindeki merkezleri,
e) Kamu hastaneleri: Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile üniversite hastanelerini,
f) Kurul: Kornea Nakli Bilimsel Danışma Kurulunu,
g) TODS: Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemini,
ğ) UKK: Ulusal Koordinasyon Kurulunu,
ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Bankaların Fiziksel Standartları ve Karşılaması Gereken Hususlar

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

Bankanın bölümleri ve özellikleri, tıbbi ve teknik donanım
Madde 6- (1) Banka asgari olarak aşağıdaki standartları taşır:

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

1) Laboratuvar alanında yeterli büyüklükte tezgâh, su ve lavabo tesisatı,

2) Kolaylıkla temizlenebilir özelliklere sahip duvarlar, döşeme ve tavan,

3) Laboratuvarın elektrik kesintileri için bir jeneratör ile bağlantısı,

4) (- 20) dereceye kadar derin dondurucu bölümü bulunan buzdolabı,

5) Biomikroskop,

6) Bankada veya bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunda alet ve malzeme sterilizasyonu için otoklav,

7) Banka amniotic membran saklayacak ise, (- 80) dereceye kadar derin dondurucu,

8) Organ kültürü yöntemi ile saklama yapacak bankalarda en az 2 inkübatör,

9) Gerek görüldüğünde; laminer akım kabini (Class 2 tip) ve kabin için laboratuvarda ayrı kapalı bir alan, göz bankası speküler mikroskobu ve santrifüj,

bulunur.

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

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

1) Su ve lavabo tesisatı,

2) Doku alımı için sadece bankaya ait cerrahi alet setleri,

3) Cerrahi malzeme için tezgâh veya masa,

bulunur.

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

d) Kornea alımı için tahsis edilmiş bir araç bulunur.

Personel ve görevleri

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

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

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

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

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

Banka personelinin yeterliliği

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

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

Banka açılma başvurusu ve gerekli belgeler

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

a) Banka tıbbi müdürüne ait Bakanlık tarafından verilmiş yeterlilik belgesi,

b) Bankada görev alacak laboratuvar yöneticisi ve teknisyenlerin Bakanlık tarafından verilmiş yeterlilik belgeleri,

c) Doku işleme laboratuvarı, arşiv alanı ve vericiden doku alım odasına ait 1/20 ölçekli, cihazların ve diğer alt yapının yerleşimini gösterir bankanın planı,

ç) Bankadaki tıbbi ve teknik donanım listesi, serolojik testlerin yapılacağı laboratuvar ile ilgili beyan,

d) Göze nakledilebilecek dokuların vericilerden alınması ve bu dokuların bankadan çıkışına kadar süreci anlatır iş akış şeması veya standart uygulama prosedürleri,

bulunur.

Banka açma izni

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

Bankanın çalışması

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

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

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

Bankanın tıbbi standartları

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

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

Bankaların finansmanı

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

Bankaların faaliyetlerinin izlenmesi ve denetimi

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

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

Kayıtlar

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

Yıllık rapor

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

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Doku Kaynağı Merkezi

Doku kaynağı merkezlerinin oluşturulması

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

Doku kaynağı merkezinin çalışması

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

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Doku Nakil Merkezi

Doku nakil merkezleri

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

Kayıtlar

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

BEŞİNCİ BÖLÜM
Doku Dağıtımı İlkeleri

Bankadan doku talebi

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

Doku dağıtımı prensipleri

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

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

Doku kullanımı

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

Dokunun nakil dışı kullanılması, imhası

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

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

Yurt dışından kornea getirilmesi ve kayıtları

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

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

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

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

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

ALTINCI BÖLÜM
Son Hükümler

Yasaklar

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

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

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

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

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

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

Yürürlükten kaldırılan yönerge

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

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

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

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

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

2.2.12. Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi

02.06.2014 tarih ve 6404779/2014.5403.6 sayılı Makam Oluru ile yürürlüğe konulan

SAĞLIK BAKANLIĞI YAYIN YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç
MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; Sağlık Bakanlığı'nın yayın faaliyetlerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam
MADDE 2- (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının merkez ve taşra teşkilatlarının yayın faaliyetlerini kapsar.

Dayanak
MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Ek 1 inci maddesi ile 23/01/2007 tarihli ve 26412 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan 'Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Ödenecek Telif ve İşlenme Ücretleri Hakkında Yönetmelik' hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar
MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;
a)Bakanlık: Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının merkez ve taşra teşkilatlarını,
b)Braille Yayın: Görme engelliler için kabartma harflerle basılmış eserleri
c) Elektronik Yayın: Eserlerin her türlü elektronik ortamda sunulmuş şeklini, ç) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,
ç)İşlenme Eser: Diğer bir eserden istifade suretiyle vücuda getirilip de bu eserlere nispetle müstakil olmayan ve işleyenin hususiyetini taşıyan fikir ve sanat mahsullerini,
d) Kurul: Bakanlık Yayın Kurulunu,
e) Kurul Başkanı: Müsteşar veya görevlendireceği Müsteşar Yardımcısını,
f) Süreli Olmayan Yayın: Fikir ve sanat eserlerini içeren, belirli sürelere tabi olmaksızın yayımlanan ve gazete, dergi, ünite dergisi, yıllık, almanak ve benzeri dışında kalan her tür yayını,
g)Süreli Yayın: Belirli aralıklarla çıkan ve her sayısı birden çok yazarın yazılarından oluşan yayın türünü,
ğ) Telif Eser: Herhangi bir şekilde dil ile ifade olunan eserler ile doğrudan meydana getirilen fikir mahsullerini,
h) Tercüme: Yazıldığı dilden başka bir dile aynen çevrilen eseri,
i) Yayın Komisyonu: Yönetmeliğin 14 üncü maddesinde tanımlanan komisyonu,

İfade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Yayın Amaçları, Yayın Faaliyetleri ve Yayın Faaliyetlerinin Yürütülmesi

Yayın amaçları

MADDE 5- (1) Bakanlığın yayın amaçları şunlardır.

a)Bakanlığın görev alanına giren faaliyetleri toplumun tüm kesimlerine duyurmak, Bakanlığın kanuni görevleri ile ilgili olarak toplumun sağlık bilincinin gelişmesine ve kamuoyu oluşmasına katkıda bulunmak,

b) Bakanlığın görev alanına giren konularda araştırma ve incelemeleri yayınlayarak bu konudaki literatürün genişlemesini ve bu alanda hizmet veren kişi, kurum ve kuruluşlar arasında bilgi alış verişini ve yeni gelişmelerin duyurulmasını sağlamak,

c)Sağlık personelinin hizmet içi eğitimine katkıda bulunmak, sağlık hizmetinin kalitesini artırmak, stratejik planlamaların oluşturulmasına yardımcı olmak.

Yayın faaliyetleri

MADDE 6- (1) Bakanlığın yayın faaliyetleri; yayın amaçları doğrultusunda süreli veya süreli olmayan yayınlar, braille yayın, afiş, broşür, bilgilendirici belge gibi basılı eserler ile basılı olmayan CD, DVD vb. manyetik depolama ünitesi şeklindeki ve Bakanlık internet sitesinde hizmete sunulacak elektronik eserleri hazırlamak, hazırlatmak, temin etmek, yayınlamak ve dağıtmaktır.

Yayın faaliyetlerinin yürütülmesi

MADDE 7- (1) Bakanlıkça yayımlanacak telif ve işlenme eserlerle ilgili iş ve işlemler Yayın Kurulunca, Bakanlık birimleri ve bağlı kuruluşlarının yayın faaliyetleri ise Yayın Komisyonunca yürütülür.

Yayın ilkeleri

MADDE 8- (1) Yayınlarda uyulması gereken ilkeler;

a)Bakanlığın kuruluş, amaç ve görevleri doğrultusunda doğru bilgi verici, eğitici, öğretici ve tanıtıcı nitelikte olmak

b) Kişi, kurum ve kuruluşları yıpratıcı veya menfaat sağlayıcı unsurlar ihtiva etmemek,

c)Millî birlik ve beraberliğimizi bozucu görüşlere, insanı, aileyi veya toplumun bir kesimini küçük düşürücü bilgi, belge ve yorumlara yer vermemek,

ç) Türkiye Cumhuriyeti Anayasasına ve Kanunlara göre suç teşkil eden unsurları bulundurmamak,

d) Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine, sosyal, kültürel ve ekonomik kalkınmasına yardımcı olmak,

e) Sağlık birimleriyle ilgili ilmî ve teknik değer taşımak,

f) Siyasî amaçlı ve propagandaya yönelik olmamak,

g) Eserlerin, Türk dilinin zengin varlığından faydalanılarak herkesin kolayca anlayabileceği yaşayan Türkçe'nin kullanılmasıyla hazırlanmış olmaktır.

Yayın şartları

MADDE 9- (1)

Bakanlık tarafından yayınlanacak eserler ve tercüme eser yayını teklifleri hakkında aşağıda belirtilen hükümlere göre işlem yapılır.

a)Yazar, eserin baskılarına ait haklarını devrettiğine dair noterlikçe düzenlenecek bir temliknameyi ilgili birime vermekle yükümlüdür.

b) İlgili birimce bastırılacak dergilerde yayımlanacak makale ve çevirilerde temliknamenin noterlikçe düzenlenme şartı aranmaz, yazılı bildirim yeterli olur.

8

c)Yazar, eserin daha önce herhangi bir şekilde yayımlanıp yayımlanmadığı hususunu belirten bir beyannameyi ilgili birime vermek zorundadır.

ç)İşlenme eserlerde, gerek görüldüğünde asıl eser sahibinden alınacak izin belgesi istenir ve eklenir.

d) Ortak eserlerle ilgili sözleşmeyi ve gerekli ise izin belgesini eser sahiplerinden birisi, diğerlerinin vekâletini almak suretiyle ilgili birime verebilir.

e)Eser içinde ya da ek olarak yer alan resim, grafik, çizelge, şekil, harita ve benzeri eserler ile bunların basımının güncel teknolojiye göre hazırlanmış olması gerekir.

f)İlgili birimce bastırılacak dergilerde yayımlanacak eserlerin, kâğıdın tek yüzüne bilgisayarda okunaklı bir şekilde yazılmış, yazarınca veya yazarlarınca imzalanmış olması ve en az iki nüsha gönderilmesi gereklidir.

g) İlgili birimce bastırılacak dergilerde yayınlanacak makale ve çevirilerde gerektiğinde yazarın veya yazarların izni alınarak kısaltma yapılabilir.

ğ) Eserlerde ileri sürülen görüş ve düşünceler ile bunlardan doğabilecek her türlü sorumluluk eser sahibine aittir.

Yayın inceleme kriterleri

MADDE 10- (1) Yayın Komisyonu, yayınları Yönergenin 5 inci ve 8 inci maddesinde belirtilen hususlara göre inceler ve değerlendirir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Bakanlık Yayın Kurulu, Yayın Komisyonu

Bakanlık Yayın Kurulu

MADDE 11- (1) Kurul, Müsteşar veya görevlendireceği Müsteşar Yardımcısının başkanlığında aşağıdaki birimlerin genel müdürlerinden/başkanlarından oluşur;

a) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
b) Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
c) Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
ç) Hukuk Müşavirliği (1. Hukuk Müşaviri)
d) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
e) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Bakanlık Yayın Kurulunun görevi

MADDE 12- (1) Kurulun görevi; Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatları tarafından yayımlanacak telif ve işlenme eserler hakkında, ilgili Yayın Komisyonu'nun görüş ve teklifleri doğrultusunda, telif ve işlenme eserlerle ilgili iş ve işlemleri 23/01/2007 tarihli ve 26412 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan 'Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Ödenecek Telif ve İşlenme Ücretleri Hakkında Yönetmelik' hükümlerine göre yerine getirilmesini sağlamaktır.

Bakanlık Yayın Kurulunun işleyişi

MADDE 13- (1) Kurul gündem gereği Kurul Başkanının daveti üzerine toplanır, Kurul Başkanı Kurula başkanlık eder.

(2) Kurul en az 4 üyenin katılımı ile toplanır.
(3) Kararlar toplantıya katılan üyelerin salt çoğunluğu ile alınır.
(4) Oyların eşit olması hâlinde başkanın oy kullandığı taraf çoğunluk sayılır.
(5) Kurulca alınan kararlar Bakan onayı ile kesinleşir.
(6) Kurul başkanı Müsteşar veya görevlendireceği Müsteşar Yardımcısının katılamadığı hallerde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, toplantılara başkanlık eder.
(7) Kurulun sekretarya hizmetleri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülür.

(8) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Sertifikasyon Hizmetleri Daire Başkanı Kurulun raportörüdür.

Yayın Komisyonu

MADDE 14- (1) Bakanlık merkez ve taşra teşkilatlarında yayın faaliyetinde bulunacak olanların her birinde ayrı ayrı, merkezde birim amiri/başkanı veya görevlendireceği yardımcısının başkanlığında; İl sağlık müdürlüklerinde ise, il sağlık müdürü veya görevlendireceği müdür yardımcısının başkanlığında, Halk Sağlığı İl Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden birer temsilci alınarak en az üç kişiden oluşan bir Yayın Komisyonu teşkil olunur.

Yayın Komisyonunun görevleri

MADDE 15-(1) Yayın Komisyonunun görevleri şunlardır.

a) Yayın amaçları doğrultusunda süreli veya süresiz kitap, braille yayın, dergi, afiş ve broşür gibi basılı eserler ile film, ses ve video kaseti ile diğer basılı olmayan eserleri hazırlatmak, temin etmek, yayınlamak ve dağıtılmasını sağlamaktır.

b) Birimince satın alınması, abone olunması ya da tavsiye edilmesi istenen yayınları incelemek ve karara bağlamak,

c) Yayınları, gerektiğinde yayının ilgili olduğu alanda uzman kişilerden oluşan alt komisyon oluşturarak incelettirmek,

ç) Birimince yayınlanacak her türlü eserin, teknik özelliklerini ve baskı şartnamesinin esasları ile maliyet, baskı miktarı ve dağıtım planı gibi kriterlerini belirlemek ve değerlendirmek,

d) Yayınlarda yer alacak Bakanlık görev alanına giren konulardaki istatistiki verilere ilişkin ve bilimsel olarak ilgili birimin, biçimsel olarak da Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğünün görüşünü almak.

Yayın Komisyonunun işleyişi

MADDE 16-(1) Yayın Komisyonu, gündem gereği üyelerinin tamamının katılımı ile toplanır.

(9) Kararlar salt çoğunlukla alınır.

(10) Oyların eşit olması hâlinde başkanın oy kullandığı taraf çoğunluk sayılır.

(11) Yayın Komisyonunca alınan kararlar, Bakanlık ve bağlı kuruluşları merkez teşkilatlarında Müsteşarlık Makamı onayı, taşra teşkilatında ise Valilik onayı ile kesinlik kazanır.

(12) Komisyonun sekretarya hizmetleri Bakanlık ve bağlı kuruluşları merkez teşkilatlarında birim/kurum amirinin belirleyeceği daire başkanlıklarınca yürütülür. Taşra teşkilatında ise İl sağlık müdürlüğünün görevlendireceği şube müdürlüğünce yürütülür.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli Hükümler

Telif haklarının belirlenmesi, Bandrol uygulanması, Bakanlık Yayın Numarası, ISBN ve ISSN alınması

MADDE 17- (1) Bu Yönerge hükümlerine göre yayımlanacak telif ve işlenme eserlere uygulanacak telif ve işlenme ücreti, 23/01/2007 tarihli ve 26412 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Ödenecek Telif ve İşlenme Ücretleri Hakkında Yönetmelik" hükümlerine göre belirlenir ve ödenir. Ancak; resmi görevlendirme ile hazırlanmış eserlere telif ve işlenme ücreti ödenmez.

(2) Bakanlık merkez ve taşra teşkilatları tarafından yayımlanacak yayınlara bandrol uygulamasında 08/11/2001 tarihli ve 24577 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe

9.

giren 'Bandrol Uygulamasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik' hükümleri uygulanır.

(3) Bakanlık merkez ve taşra teşkilatları tarafından yayımlanacak süreli yayınlar dışındaki kitap ve CD gibi kitap dışı materyale Genel Müdürlükçe "Bakanlık Yayın Numarası" verilir.

(4) Bakanlık Yayın Numarası almayan yayınlar yayımlanamaz.

(5) Yayın Komisyonu tarafından yayımlanmasına karar verilen süreli yayınlara Uluslararası Standart Süreli Yayın Numarası (ISSN) ile süresiz yayınlara, kitaplar ve CD gibi kitap dışı materyale Uluslararası Standart Kitap Numarası (ISBN) Kültür ve Turizm Bakanlığından yayımı gerçekleştiren birimce alınır.

(6) Bakanlık Yayın Numarası kitaplarda, iç kapağın arka yüzü sol alt köşesi ile arka kapağın dış yüzü sağ alt köşesine, CD gibi kitap dışı materyallerde ise etikete ve koruyucu kapağa basılır.

(7) Bakanlık Yayın Numarası talep yazısı ekinde ilgili birimin/kurumun; yayın komisyonunun oluşturulması onayı, yayın komisyonu kararı, Müsteşarlık Makam oluru ve yayının CD ortamında en son hali yer alır.

(8) Bakanlık Yayın numarası verilen eserlerin kütük bilgileri yönergenin yayımlanmasından itibaren Genel Müdürlük tarafından elektronik ortamda tutulur. Kütük bilgileri yılda en az bir kez çıktısı alınarak arşivlenir.

Basım, dağıtım, satın alma işlemleri

MADDE 18- (1) Yayımlanmasına karar verilen eserlerin basımına ve satın alınmasına ilişkin diğer işlemler 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa göre ilgili birimce yürütülür.

Bakanlık merkez ve taşra teşkilatları tarafından yayımlanması uygun görülen eserlerin en az iki adedi ilgili birim/kurum tarafından arşivlenerek muhafaza edilir.

2527 sayılı Basma Yazı ve Resimleri Derleme Kanunu hükümleri gereğince yapılacak dağıtımlar, yayını gerçekleştiren birim/kurum tarafından ayrıca sağlanır.

Bakanlık internet sitesinde yer alan e-kütüphane'de yayımlanmasında sakınca görülmeyen eserler, ilgili birim/kurum tarafından microsoft word ortamında, times new roman yazı fontu ve 12 punto biçiminde elektronik ortamda yazılmış, CD'ye basılmış olarak hazırlanır ve Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğüne yazı ekinde gönderilir.

Yayın hakları

MADDE 19-(1) Bakanlık yayınlarının her hakkı saklıdır. İzin almaksızın, ticari amaçlarla kısmen veya tamamen çoğaltılamaz, dağıtılamaz ve yayınlanamaz. Ancak, ticari amaçlar dışında, kaynak göstermek suretiyle alıntı yapılabilir.

Yürürlük

MADDE 20- (1) Bu Yönerge, onaylandığı tarihte yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 21- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

9.

2.2.13. Kompozit Doku Nakli Merkezleri Yönergesi

Kompozit Doku Nakli Merkezleri Yönergesi

(Makamın 29.03.2011 tarihli ve 13984 sayılı Onayları ile yürürlüğe girmiştir.)

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç ve Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; vaskülarize kompozit homogreft doku nakli yapacak merkezlerin taşıması gereken şartlar ile çalışmalarına dair usul ve esasları belirlemektir.

(2) Bu Yönerge, kompozit doku nakli merkezi açacak kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile bu merkezlerde görev yapacak personeli kapsar.

(3) Herhangi bir embriyonel katmandan köken alan; barsak, trakea, larinks gibi dokuların vaskülerize homogreft olarak nakilleri de bu Yönerge kapsamındadır.

(4) Karaciğer, böbrek, akciğer, pankreas, kalp, kalp-akciğer gibi organlar ile kök hücre nakli amacıyla alınan kemik iliği ve kornea nakilleri bu Yönerge kapsamı dışındadır.

Dayanak

MADDE 2 - (1) Bu Yönerge; 29/05/1979 tarihli ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun hükümlerine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43 üncü maddesine ve 01/06/2000 tarihli ve 24066 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğinin 16 ncı maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar ve kısaltmalar

MADDE 3 - (1) Bu Yönergede geçen;

a) **Bakanlık:** Sağlık Bakanlığını,

b) **Doku tipleme laboratuarı:** Verici adayı ile alıcıların doku tiplemelerini yapabilecek donanım ve personele sahip, Bakanlıkça açılma izin belgesi verilmiş/ruhsatlandırılmış laboratuvarları,

c) **Donör:** Beyin ölümünün gerçekleştiği yetkili kurulca tespit edilmiş ya da bir tabip tarafından kalp atımının durduğunun ve ölü olarak kabul edildiğinin tespitinden itibaren geçen ilk 3 saatlik süre içerisindeki kadavrayı,

ç) **Genel Müdürlük:** Bakanlık Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

d) **Homogreft:** Aynı tür içerisinde farklı genetik yapıya sahip bireylerden elde edilen dokuları,

e) **Kanun:** 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunu,

f) **Komisyon:** Bu Yönerge çerçevesinde faaliyet gösterecek olan Kompozit Doku Nakilleri Bilimsel Danışma Komisyonunu,

g) **Konsey:** Kompozit Doku Nakli Konseyini,

ğ) **Kompozit doku nakli:** Vücut bütünlüğünü bozan ve fonksiyon kaybına yol açacak şekilde kompozit doku kaybı olan hastalara form ve fonksiyon restorasyonu amacı ile yapılan ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla uygulanan kompozit doku nakli ameliyesini,

h) **Merkez:** Bu Yönerge kapsamına giren nakillerin uygulandığı tıbbi tedavi merkezlerini,

ı) **Müdürlük:** İl sağlık müdürlüğünü,

i) **Organ ve doku kaynağı merkezi:** Beyin ölümü tespit edebilecek donanım ve personele sahip merkezleri,

j) **Ulusal Koordinasyon Kurulu (UKK):** Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Kurulunu,

k) **Vaskülarize Kompozit Doku:** Tipik olarak ektoderm ya da mezodermden köken almış; deri, yağ dokusu, kas, sinir, lenf nodu, kemik ve kıkırdaktan en az ikisinin kombinasyonunu içeren ve nakledildiği alıcıda damar anastomozları ile yaşatılan dokuları,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Kompozit Doku Nakli Bilimsel Danışma Komisyonu ve Kompozit Doku Nakli Konseyi

Komisyonun teşkili

MADDE 4 – (1) Komisyon Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü veya görevlendireceği en az daire başkanı düzeyindeki bir idari amir başkanlığında; Mikro cerrahi alanında deneyimli, organ veya doku nakli konusunda da çalışmaları bulunan doçent ve profesörler arasından Bakanlıkça seçilecek altı üye olmak üzere toplam yedi kişiden oluşur.

(2) Komisyon üyeleri, bir yıl süreyle görev yaparlar. Yeni komisyon üyeleri seçilinceye kadar mevcut üyelerin görevi devam eder.

(3) Herhangi bir sebeple üyeliğin boşalması halinde, kalan süreyi tamamlamak üzere yeni üye seçilir. Üyeliğe aynı usulle tekrar seçilmek mümkündür. Komisyon toplantılarına kabul edilebilir bir mazereti olmaksızın iki defa üst üste veya bir üyelik döneminde toplam üç defa katılmayan üyenin üyeliği sona erer.

(4) Bakanlık gerekli durumlarda veya komisyonun teklifi halinde toplantının gündemine göre diğer uzmanlık dallarından uygun göreceği sayıdaki uzmanı, komisyonun faaliyetlerine yardımcı olmak üzere görevlendirebilir veya bu uzmanlardan müteşekkil çalışma grupları oluşturabilir.

Komisyonun görevleri

MADDE 5 – (1) Komisyon, aşağıdaki görevleri yerine getirir:

a) Alıcının çocuk olması ve Endikasyon Listesine göre karar verilmesi mümkün olamayan diğer istisnai vakalar için Bakanlığa başvurulduğunda vakanın nakil yönünden değerlendirilmesinde,

b) Endikasyon Listesine göre Konsey kararı ile yapılan nakillerde, nakil sonucunun endikasyon yönünden değerlendirilmesinde,

c) Ülke genelinde kompozit doku nakli hizmetlerinin gelişimini izleyerek, alınacak tedbirleri ve ulusal stratejileri belirlemek için ihtiyaç duyulan konularda,

ç) Merkezlerin faaliyetleri ve alınacak tedbirler konusunda,

d) Kompozit doku naklinde kullanılan ilaçlar, solüsyonlar, araç ve gereçler ile ilgili standartların belirlenmesinde,

e) Kompozit doku nakli ile ilgili ulusal tanı, kayıt ve tedavi protokolleri konusunda,

f) Bu Yönergenin uygulanması ile ilgili olarak Bakanlığın gerekli gördüğü diğer konularda,

Bakanlığa görüş bildirmek.

Komisyonun çalışma usul ve esasları

MADDE 6 – (1) Komisyon, yılda en az iki kez toplanır. Bakanlık gerekli hallerde, komisyonu olağan toplantıları dışında da toplantıya davet edebilir. Toplantı tarihi, yeri ve gündemi, olağan dışı toplantılar hariç olmak üzere, en az yedi gün önce üyelere yazılı olarak bildirilir.

(2) Komisyon, en az dört üyenin katılımı ile toplanır ve üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde, başkanın kullandığı oy yönünde çoğunluk sağlanmış sayılır.

(3) Komisyon kararları, karar defterine yazılır ve toplantıya katılan üyelerce imzalanır. Karara muhalif olanlar, şerh koymak suretiyle kararları imza ederler. Muhalif görüş gerekçesi, karar altında veya ekinde belirtilir.
(4) Komisyonun sekreterya hizmetleri Genel Müdürlükçe yürütülür.
(5) Komisyon, gerekli gördüğü hallerde kompozit doku nakli ile ilgili sivil toplum kuruluşları ve özel sektör temsilcilerini, tüm masrafları kendilerine ait olmak üzere toplantıya davet edebilir.

Konseyin teşkili

MADDE 7- (1) Her kompozit doku nakli merkezinin bulunduğu hastanede, aşağıda belirtilen branşlardan teşekkül etmek üzere bir Kompozit Doku Nakli Konseyi kurulur.

a) Psikiyatri uzmanı,
b) Sosyal hizmet uzmanı,
c) Nakil konusunda deneyimli iki cerrah (birisi kompozit doku naklini gerçekleştirecek ekip dışından olmak üzere),
ç) Anestezi ve reanimasyon uzmanı,
d) İç hastalıkları uzmanı (alıcı çocuk ise çocuk hastalıkları uzmanı),
e) İmmünoloji uzmanı,
f) Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı,
g) Tıp etiği uzmanı.

Konseyin görevi

MADDE 8 - (1) Konsey; bu Yönerge kapsamındaki her kompozit doku naklinden önce, naklin Endikasyon Listesine uygun olup olmadığını, alıcının onamının usulüne uygun olarak alınıp alınmadığını ve yapılacak naklin sosyal ve etik açıdan uygun olup olmadığını değerlendirir.
(2) Yalnızca Konseyin uygun bulduğu vakalarda nakil yapılabilir. Nakil işlemi, sonuçları ve Konsey kararı Bakanlığa bir rapor halinde gönderilir.
(3) Konsey tarafından alınan tüm kararlar, baştabiplik tarafından tasdik edilmiş bir deftere kaydedilerek katılanlarca imzalanır. Konsey kararına katılmayan üye gerekçesi ile beraber kararını deftere yazarak imzalar. Konsey kararları en az dörtte üç çoğunlukla alınır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Merkezin Kuruluşu, Nakil Türleri, Personel Durumu ve Tıbbi Donanım

Kuruluş

MADDE 9 - (1) Merkez; kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından, bunlara ait hastanelerde ayrı bir ünite şeklinde veya var ise ruhsatlı organ nakli merkezinin bünyesinde kurulabilir. Merkezin faaliyete geçebilmesi için Bakanlıktan ruhsat ve faaliyet izin belgesi alınması zorunludur.

Nakil türleri ve endikasyonlar

MADDE 10 – (1) Merkez, faaliyet izin belgesinde yer almak şartıyla aşağıdaki nakil türlerinden en az birini yapar. Faaliyet izin belgesinde yer alabilecek nakil türleri;

a) Ekstremite nakli,
b) Yüz ve saçlı deri nakli,
c) Üst solunum - üst sindirim yolları nakli,
ç) Barsak nakli.

(2) Yapılacak her nakil türüne ilişkin endikasyonlar; Bakanlıkça hazırlanan ve Bakanlık resmi internet sayfasında yayınlanan Endikasyon Listesinde belirtilir.

Ruhsata esas birimler ve donanım

MADDE 11 - (1) Aşağıda sayılan birimler ve donanımın bulundurulması tüm nakil türleri bakımından zorunludur. Bunlar;

a) Merkezin bulunduğu hastanede bulunması zorunlu birimler ve donanım:

1) Yapılacak nakil türüne göre ilgili cerrahi birimi.

2) Ameliyat mikroskobu ve mikrocerrahi ekipmanı.

3) Elektromyogram için gerekli ekipman.

4) Anesteziyoloji ve reanimasyon birimi.

5) İç hastalıkları birimi (çocuk hastalar için pediatri birimi).

6) Yoğun bakım birimi.

7) Merkezle irtibatlı 24 saat hizmet verecek bilgisayar, faks, şehirlerarası konuşmaya açık telefon ve bunları içeren bir bilgi işlem merkezi.

8) Nakil cerrahisi yapılabilecek yeterliliğe sahip donanım ile ekipman, renkli doppler ve anjiografi.

9) Enfeksiyon hastalıkları birimi.

10) Terapötik aferez merkezi.

b) Merkezin bulunduğu hastanede olmadığı takdirde hizmet satın alma yoluyla temin edilecek birimler ve donanım:

1) Patoloji laboratuvarı.

2) Radyodiyagnostik ve girişimsel radyoloji birimi.

3) Biyokimya laboratuarı: İlaç düzeylerini ölçebilecek kapasitede laboratuvara haiz olmalıdır.

4) Mikrobiyoloji laboratuarı: Her türlü mikrobiyolojik ve serolojik tetkiki yapma olanağına sahip olmalıdır.

5) Doku tipleme laboratuarı: Merkeze karayolu vasıtalarıyla azami iki saat uzaklıkta olmalıdır.

6) Sintigrafi yapabilen nükleer tıp merkezi.

c) Vericinin vücut bütünlüğünün eski haline getirilmesine yönelik ortez/protez işlemleri için ilgili yerlerle yapılmış anlaşmalar.

Faaliyet iznine esas personel

MADDE 12 - (1) Mesul müdür: Merkezin, idarî ve teknik hizmetleri, tam zamanlı çalışacak bir mesul müdür sorumluluğunda yürütülür. Nakil merkezleri bir hastane bünyesinde faaliyet göstereceğinden özel hastanelerde hastane mesul müdürü veya görevlendireceği bir kişi, kamu hastaneleri ve üniversitelerde ise başhekim, başhekim yardımcısı ya da başhekimin görevlendireceği bir kişi nakil merkezinin mesul müdürü olarak görevlendirilir. Sorumlu uzmanlardan biri aynı zamanda mesul müdür olarak da görevlendirilebilir.

(2) Sorumlu uzman: Merkezin yapacağı her bir nakil türü için bu Yönergedeki nitelikleri haiz, tıbbi açıdan sorumlu bir uzman tabip görevlendirilir.

(3) Sorumlu uzman yardımcısı: Merkezin yapacağı her bir nakil türü için bu Yönergedeki nitelikleri haiz bir uzman tabip, sorumlu uzmana yardımcı olarak görevlendirilir.

(4) Sorumlu uzman ve sorumlu uzman yardımcısı olacak kişiler; Nakil türü bakımından Yönergedeki niteliklere sahip olmak kaydı ile birden fazla nakil türü için bu görevi alabilirler.

Personelin görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 13 – (1) Mesul müdür; merkezin, idarî ve teknik hizmetlerini mevzuata uygun olarak idare etmek ve denetlemekten sorumludur. Bu kapsamda;

a) Ruhsatlandırma ile ilgili her türlü işlemleri yürütür.

b) Merkezinin ruhsatlandırılmasından sonra, her türlü personel, bina, tesis, cihaz ve diğer fizik şartlardaki herhangi bir değişikliği ilgili müdürlüğe bildirir.

c) Mazeret sebebiyle görev yerini terk etmesi halinde yerine başka birini vekâleten bırakır. Ayrılışın bir aydan fazla sürdüğü hallerde müdürlüğe bildirimde bulunur.

d) İlgili mevzuat uyarınca bildirimi zorunlu olan hastalıkları yetkili mercilere bildirir.

e) Bakanlıkça gerek duyulduğunda, beyan edilen bilgilerin detaylı belgelerini karşılar.

(2) Sorumlu uzman:

a) Nakil işleminin yaşam kurtarıcı olmayan özelliğinden, alıcının yaşam boyu bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçlara bağlı yan etkilere ve nakil işlemlerine bağlı diğer tüm komplikasyonlara maruz kalacağı konularının hastaya bildirilmesinden ve hastadan bilgilendirilmiş onamın alınmasından,

b) Nakle hastanın hazırlanması, naklin gerçekleştirilmesi ve nakil sonrasında hastanın tedavilerinin düzenlenmesi, izlenmesi ve nakil işlemine faydalı olacak diğer tedbirlerin alınmasından,

c) Sorumluluğunda yapılmış olan nakillerin sonuçlarının Bakanlığa iletilmesinden,

sorumludur.

(3) Sorumlu uzman yardımcısı: Sorumlu uzman tarafından yürütülen işlemlerde ona yardımcı olur ve bu konularda sorumlu uzman tarafından verilen görevleri yerine getirir. Sorumlu uzmanın merkezden geçici olarak ayrıldığı durumlarda onun görevlerini vekâleten yürütür. Sorumlu uzmanın görevden ayrılması halinde bir ay içerisinde bu durum Bakanlığa bildirilir ve en fazla üç ay süreyle, yeni sorumlu uzman görevlendirilene kadar geçici sorumlu uzman olarak çalışır. Bu sürenin sonunda yeni sorumlu atanır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Ekstremite Nakli Yapılan Merkezler

Personel

MADDE 14 – (1) Sorumlu uzman: Ekstremite nakli yapılacak olan merkezde plastik ve rekonstruktif cerrahi veya ortopedi ve travmatoloji alanlarının birinde uzmanlığını almış, uzman olduktan sonra yurt içi veya yurt dışında mikrocerrahi alanında en az iki yıl deneyimli ve en az 50 replantasyon veya serbest doku nakli ameliyatında aktif görev almış, bunlardan en az 25 vakayı kendisinin yapmış olduğunu ilgili kurumdan belgeleyen bir hekim, sorumlu uzman olarak görevlendirilir.

(2) Sorumlu uzman yardımcısı: En az bir yıl mikrocerrahi deneyimi olan ve 25 replantasyon veya serbest doku naklinde görev almış, en az 10' unu kendisinin yapmış olduğunu ilgili kurumdan belgeleyen bir hekim, sorumlu uzman yardımcısı olarak görevlendirilir.

(3) Merkezin bulunduğu hastanede bulunması gereken personel:

a) Nakil konusunda deneyimli nefroloji uzmanı,

b) Nakil konusunda deneyimli enfeksiyon hastalıkları uzmanı,

c) Radyoloji uzmanı,

ç) Nakil konusunda deneyimli patoloji uzmanı,

d) Mikrobiyoloji uzmanı,

e) Nakil konusunda deneyimli anestezi ve reanimasyon uzmanı,

f) EMG konusunda deneyimli nöroloji uzmanı,

g) Ekstremite rehabilitasyonu konusunda deneyimli fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı ve fizyoterapist,

ğ) Psikiyatri uzmanı,

h) Yeterli sayıda hemşire,

ı) Tıbbi sekreter,

i) Organ nakli koordinatörü,

j) Nakil konusunda deneyimli immünolog. Nakil merkezinde immünolog yok ise hizmet alımı yoluyla 24 saat destek verecek immünolog.

Birimler ve donanım

MADDE 15 – (1) Ekstremite nakli yapılan merkezin bulunduğu hastanede bu Yönergenin 11 inci maddesinde sayılan birimler ve donanımla birlikte plastik cerrahi birimi veya ortopedi birimi de bulunur.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Yüz ve Saçlı Deri Nakli Yapılan Merkezler

Personel

MADDE 16 - (1) Sorumlu uzman: Yüz ve saçlı deri nakli yapılacak olan merkezde; Plastik ve rekonstruktif cerrahi alanında uzman olduktan sonra yurtiçi veya yurtdışında mikrocerrahi alanında en az iki yıl deneyimi olan ve en az 50 replantasyon veya serbest doku nakli ameliyatında aktif görev almış, bunlardan en az 25 vakayı bizzat kendisinin yapmış olduğunu ilgili kurumdan belgeleyen hekim, sorumlu uzman olarak görevlendirilir.

(2) Sorumlu uzman yardımcısı: En az bir yıl mikrocerrahi deneyimi olan ve 25 replantasyon veya serbest doku naklinde görev almış, en az 10 tanesini kendisinin yapmış olduğunu ilgili kurumdan belgeleyen bir hekim sorumlu uzman yardımcısı olarak görevlendirilir.

(3) Merkezin bulunduğu hastanede bulunması gereken personel:

a) Nakil konusunda deneyimli nefroloji uzmanı,
b) Nakil konusunda deneyimli enfeksiyon hastalıkları uzmanı,
c) Kulak burun boğaz uzmanı,
ç) Göz hastalıkları uzmanı,
d) Konuşma terapisti,
e) Diş hekimi,
f) Radyoloji uzmanı,
g) Nakil konusunda deneyimli patoloji uzmanı,
ğ) Mikrobiyoloji uzmanı,
h) Nakil konusunda deneyimli anestezi ve reanimasyon uzmanı,
ı) EMG konusunda deneyimli nöroloji uzmanı,
i) İlgili alanda deneyimli fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı ve fizyoterapist,
j) Psikiyatri uzmanı,
k) Yeterli sayıda hemşire,
l) Tıbbi sekreter,
m) Organ nakli koordinatörü,
n) Nakil konusunda deneyimli immünolog. Nakil merkezinde immünolog yok ise hizmet alımı yoluyla 24 saat destek verecek immünolog.

Birimler ve donanım

MADDE 17– (1) Yüz ve saçlı deri nakli yapılan merkezin bulunduğu hastanede bu Yönergenin 11 inci maddesinde sayılan birimler ve donanımla birlikte plastik cerrahi birimi bulunur.

ALTINCI BÖLÜM
Üst Solunum/Sindirim Yolları Nakli Yapılan Merkezler

Personel

MADDE 18 - (1) Sorumlu uzman: a) Üst solunum/sindirim yolları nakli yapılan merkezde, uzman olduktan sonra yurtiçi veya yurtdışında üst solunum yolları ve üst sindirim yolları cerrahisi alanında en az iki yıl deneyimli olduğunu ilgili kurumdan belgeleyen kulak burun boğaz, genel cerrahi veya göğüs cerrahisi uzmanı bir hekim veya,

b) Uzman olduktan sonra yurtiçi veya yurtdışında mikrovasküler cerrahi alanında en az iki yıl deneyimli, en az 50 replantasyon veya serbest doku nakli ameliyatında aktif görev almış, bunlardan en az 25 vakayı bizzat kendisinin yapmış olduğunu ilgili kurumdan belgeleyen kulak burun boğaz, genel cerrahi veya göğüs cerrahisi uzmanı hekim,

sorumlu uzman olarak görevlendirilir.

(2) Sorumlu uzman yardımcısı: Sorumlu uzmanın birinci fıkranın (a) bendindeki niteliklere sahip olması halinde aynı fıkranın (b) bendinde sayılan niteliklere sahip bir hekim,

sorumlu uzmanın birinci fıkranın (b) bendindeki niteliklere sahip olması halinde, aynı fıkranın (a) bendinde sayılan niteliklere sahip bir hekim, sorumlu uzman yardımcısı olarak görevlendirilir.

(3) Merkezin bulunduğu hastanede bulunması gereken personel:

a) Genel cerrahi uzmanı,
b) Göğüs hastalıkları uzmanı,
c) Göğüs cerrahisi uzmanı,
ç) Kulak burun boğaz uzmanı,
d) Nakil konusunda deneyimli nefroloji uzmanı,
e) Nakil konusunda deneyimli enfeksiyon hastalıkları uzmanı,
f) Gastroenteroloji uzmanı,
g) Radyoloji uzmanı,
ğ) Nakil konusunda deneyimli patoloji uzmanı,
h) Mikrobiyoloji uzmanı,
ı) Nakil konusunda deneyimli anestezi ve reanimasyon uzmanı,
i) EMG konusunda deneyimli nöroloji uzmanı,
j) İlgili alanda deneyimli FTR uzmanı ve solunum fizyoterapisti
k) Konuşma terapisti,
l) Psikiyatri uzmanı,
m) Yeterli sayıda hemşire,
n) Tıbbi sekreter,
o) Organ nakli koordinatörü,
ö) Nakil konusunda deneyimli immünolog. Nakil merkezinde immünolog yok ise hizmet alımı yoluyla 24 saat destek verecek immünolog.

Birimler ve donanım

MADDE 19 – (1) Üst solunum/sindirim yolları nakli yapılan merkezin bulunduğu hastanede bu Yönergenin 11 inci maddesinde sayılan birimler ve donanımla birlikte; kulak burun boğaz, genel cerrahi, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, gastroenteroloji birimleri, solunum fonksiyon test laboratuarı bulunur.

YEDİNCİ BÖLÜM
Barsak Nakli Yapılan Merkezler

Personel

MADDE 20 – (1) Sorumlu uzman: Genel cerrahi uzmanı olduktan sonra yurtiçi veya yurtdışında gastro-intestinal sistem cerrahisi alanında en az iki yıl deneyimli olduğunu ilgili kurumdan belgeleyen bir hekim sorumlu uzman olarak görevlendirilir.

(2) Sorumlu uzman yardımcısı: Uzman olduktan sonra yurtiçi veya yurtdışında gastro-intestinal sistem cerrahisi alanında en az bir yıl deneyimli olduğunu ilgili kurumdan belgeleyen, genel cerrahi veya gastroenteroloji uzmanı bir hekim sorumlu uzman yardımcısı olarak görevlendirilir.

(3) Merkezin bulunduğu hastanede bulunması gereken personel:

a) Gastroenteroloji uzmanı,
b) Nakil konusunda deneyimli enfeksiyon hastalıkları uzmanı,
c) Nakil konusunda deneyimli nefroloji uzmanı,
ç) Radyoloji uzmanı,
d) Nakil konusunda deneyimli patoloji uzmanı,
e) Mikrobiyoloji uzmanı,
f) Nakil konusunda deneyimli anestezi ve reanimasyon uzmanı,
g) Psikiyatri uzmanı,
ğ) Yeterli sayıda hemşire,

h) Tıbbi sekreter,

ı) Organ nakli koordinatörü,

i) İlgili alanda deneyimli immünolog. Nakil merkezinde immünolog yok ise hizmet alımı yoluyla 24 saat destek verecek immünolog.

Birimler ve donanım

MADDE 21– (1) Barsak nakli yapılan merkezin bulunduğu hastanede bu Yönergenin 11 inci maddesinde sayılan birimler ve donanımla birlikte; genel cerrahi ve gastroenteroloji birimleri, vasküler cerrahi ekipmanı bulunur.

SEKİZİNCİ BÖLÜM
Merkez Açılma Başvurusu, Ruhsat ve Faaliyet İzni

Başvuru ve ruhsata esas belgeler

MADDE 22 – (1) Nakil merkezi açacak olanlar, Bakanlığa iletilmek üzere bir dilekçe ile müdürlüğe başvurur. Bu dilekçede faaliyet alanına girecek kompozit doku nakil türleri belirtilir. Bu başvuru dosyasında;

a) Özel merkezlerde mesul müdüre ait belgeler;

1) Merkezde mesul müdür olarak çalışacaklarına dair mesul müdürlük sözleşmesi,

2) T.C. kimlik numarası beyanı,

3) Diploması ve var ise uzmanlık belgesinin müdürlük tasdikli birer örneği,

4) Başvuru sırasında son altı ay içinde ve tanınmasına engel olmayacak şekilde çekilmiş iki adet vesikalık fotoğrafı,

5) Tabip odası kayıt belgesi,

b) Kamu hastanesinde açılacak merkez için, mesul müdüre ait belgeler; (T.C. kimlik numarası beyanı, diploması ve var ise uzmanlık belgesinin ilgili müdürlük tasdikli birer örneği, iki adet vesikalık fotoğrafı,)

c) Nakil merkezinin planı: Nakil hizmetleri için ayrılan bölümlere ait 1/100 ölçekli, her kat için ayrı olmak üzere mimar tarafından düzenlenmiş, yerleşim ve kullanım alanlarını gösterir, ozalite çekilmiş plan,

ç) Merkezin kurulacağı binanın yapı kullanma izni belgesi,

d) Yangına yönelik tedbirlerin alındığına dair yetkili merciden alınmış olan rapor,

e) Merkezde bulunan araç ve gereçleri gösterir başhekim tarafından onaylanan liste,

f) Özel hastane bünyesinde kurulacak merkez için, hastane sahibi gerçek kişi ise T.C kimlik numarası beyanı, vakıf ise vakıf senedinin ve ticaret sicil gazetesi kaydının, şirket ise sermaye durumunun ve şirket ortaklarını gösteren ticaret sicili gazetesinin örneği bulunur.

g) Nakil merkezi tarafından kullanılacak ruhsata esas diğer birimlerin başhekim tarafından onaylanmış listesi veya sözleşmeleri.

Başvurunun değerlendirilmesi ve ruhsatlandırma

MADDE 23 – (1) Başvuru; Müdürlük tarafından dosya üzerinde incelenir ve belgeleri noksan veya inceleme sonucunda durumu mevzuata uygun olmayan başvuru dosyası, gerekçeleriyle birlikte başvuru sahibine resmî bir yazı ile iade edilir.

(2) Başvuru dosyasının noksansız olduğu tespit edilen merkeze ait dosya, müdürlük tarafından Bakanlığa gönderilir. Başvuru dosyası Komisyon ya da Bakanlıkça Komisyon üyeleri arasından seçilecek alt komisyon tarafından değerlendirilir. Bakanlıkça yapılacak yerinde inceleme ve değerlendirme sonucunda hazırlanan rapor Ulusal Koordinasyon Kuruluna sunulur. Başvuru Ulusal Koordinasyon Kurulunda ülke ihtiyaçlarına ve ulusal planlamaya göre incelenir ve Bakanlığa öneri olarak sunulur. Başvuru uygun görüldüğü taktirde Bakanlıkça, Kompozit Doku Nakli Merkezi Ruhsatnamesi ve mesul müdür adına Mesul Müdürlük Belgesi düzenlenir.

(3) Ruhsatnamenin Bakanlıkça düzenlendiği tarihten itibaren üç ay içerisinde, faaliyet izni alarak faaliyete geçmeyen merkezin ruhsatnamesi Bakanlıkça iptal edilir. Merkez sahipliği, adres değişikliği gibi ruhsata esas nitelik değişikliğinde, sadece değişen hususlar ile ilgili belgeler Bakanlığa sunulur ve yeni ruhsatname düzenlenir.

Faaliyet izni

MADDE 24 – (1) Kompozit Doku Nakli Merkezi Ruhsatnamesi alan merkez, aşağıdaki belgelerle birlikte faaliyet izni almak için müdürlük aracılığıyla Bakanlığa başvurur;

a) Merkezde görev yapacak tüm personelin bu Yönerge uyarınca istenilen meslekî sertifikaları ile diplomalarının ve uzmanlık belgelerinin müdürlük tasdikli örnekleri; kamu kurum ve kuruluşlarından yapılan başvurularda ise, bu belgelerin kurum amirinden tasdikli örnekleri,

b) Dışarıdan hizmet alımı ile gördürülecek işler için hizmet alım sözleşmesi örneği veya kamu kurumları ile yapılacak protokol örneği,

c) Özel hastane bünyesinde açılacak merkez için; merkezde görev yapacak personelin tamamı ile yapılan sözleşmeler, çalışma belgeleri ve müdürlük onaylı güncel hekim listesi.

(2) Faaliyet izni almak üzere hazırlanan başvuru dosyası, Komisyon ya da Bakanlıkça Komisyon üyeleri arasından seçilecek alt komisyon tarafından değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda hazırlanan rapor, Bakanlığa sunulur. Uygun görüldüğü takdirde, Bakanlık onayı ile faaliyet izin belgesi verilir. Bu belgenin verilmesi ile merkez hasta kabul ve tedavisine başlar.

(3) Faaliyet izin belgesinde; 10 uncu maddede düzenlenen nakil türlerinden hangilerinin yapılacağı ile her nakil türü için sorumlu uzman görevi üstlenen kişinin adı ve mesul müdürün adı açıkça belirtilir.

Faaliyet izin belgesi değişikliği

MADDE 25 – (1) Merkezdeki mesul müdürün ya da sorumlu uzmanın herhangi bir nedenle görevinden ayrılması halinde, hastane başhekimliği durumu bir ay içerisinde Bakanlığa bildirir. Yeni mesul müdüre ait belgeler bu süre içerisinde Bakanlığa ulaştırılır. Mesul müdürün yeterliliği Bakanlıkça ve sorumlu uzmanın yeterliliği ise Komisyonca değerlendirilir ve Bakanlıkça da uygun görüldüğü takdirde yeni isimlere göre faaliyet izni belgesi yeniden düzenlenir.

(2) Merkezin faaliyet izin belgesinde belirtilen nakil türleri dışındaki alanlarda nakil yapmak istemesi halinde; Mesul müdür aracılığıyla, nakil türüne göre bu Yönergeye uygun olarak hazırlanacak dosya ile müdürlük aracılığıyla Bakanlığa müracaat edilir. Dosya, Komisyon tarafından incelenir. Komisyonun uygun görüşü sonrası Bakanlıkça uygun bulunması halinde merkeze ilgili alanda da faaliyet izni verilerek, faaliyet izin belgesi yeniden düzenlenir.

DOKUZUNCU BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

İzleme ve denetim

MADDE 26 - (1) Bir rapor halinde Bakanlığa gönderilen nakil sonucu ve Konsey kararları, Komisyon tarafından değerlendirilir. Endikasyon Listesine uygun nakil yapmadığı tespit edilen merkez Bakanlıkça uyarılır. Uyarıya rağmen tekrar Endikasyon Listesine aykırı nakil gerçekleştirdiği Komisyon tarafından tespit edilen merkezin ruhsat ve faaliyet izin belgesi Bakanlıkça iptal edilir.

(2) Bakanlık gerek duyulan durumlarda veya herhangi bir şikâyet halinde oluşturacağı en az üç kişilik bir alt komisyon ile merkezi yerinde denetler. Bu alt komisyon; Bilimsel Danışma Komisyonu üyelerinden en az bir kişi, bir Bakanlık temsilcisi ve nakil konusunda deneyimli bir uzmandan oluşur.

(3) Merkezin açılma iznine ait niteliklerini kaybettiğinin veya faaliyetlerinin sakıncalı olduğunun tespit edilmesi hallerinde çalışmaları Bakanlıkça durdurulur.
(4) Merkezler, kendilerine ilişkin öneriler ya da uyarılar doğrultusunda düzenlemeler yapmakla yükümlüdür.

Yetkili mercilere bildirim

MADDE 27- (1) Kompozit doku nakli işlemi neticesinde alıcının parmak izleri veya yüz görünümü gibi teşhis bilgilerinin değişmesi halinde, hastane idaresince, nakil tarihinden itibaren 30 (otuz) gün içerisinde ilgili valilik ve emniyet müdürlüğüne değişiklik bildirilir.

Kompozit doku bağışı ve kompozit doku alıcısının onamı ile ilgili hususlar

MADDE 28- (1) Bir kadavradan kompozit dokunun alınabilmesi için potansiyel donörün sağlığında imzalamış olduğu veya donör ölümü sonrasında bağış yapmaya yetkili yakınlarının imzaladığı bağış formunda, kompozit dokuların bağışlandığı ayrı bir madde olarak belirtilmiş olmalıdır.
(2) Kompozit doku nakil işleminin yaşam kurtarıcı olmayan özelliği ve alıcının yaşam boyu bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçlara ve buna bağlı komplikasyon ve yan etkilere maruz kalacağı göz önüne alındığında;

a) Kompozit doku alıcı adayı nakil işlemi yapılmadan önce mekanik ve myoelektrik protez veya ortez gibi mevcut diğer alternatifleri kullanmış olmasına rağmen veya doku veya organ kaybının düzeltilmesine yönelik yapılan ameliyatlara rağmen tatmin olmadığı kendisi veya yasal temsilcisi tarafından yazılı olarak beyan edilmiş olmalıdır.

b) Ekstremite veya kompozit doku alıcı adayına veya yasal temsilcisine yapılacak naklin türüne göre EK-1'de yer alan bilgilendirilmiş onam formu verilir. Adaya bu formu incelemesi için süre tanınır.

Yasaklar

MADDE 29– (1) Kanun, Yönetmelik ve bu Yönerge ile gösterilen vasıf ve şartlara sahip olmadan ve ruhsat/faaliyet izni almadan kompozit doku nakli yapılması yasaktır. Bu yasağa uymadığı saptananların faaliyetleri Bakanlıkça durdurulur ve haklarında Kanunun ilgili hükümleri uygulanır.

Yürürlük

MADDE 30 – (1) Bu Yönerge Bakan onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 31 – (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.14. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hiz. Genel Müd.Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi
16 Şubat 2011 14:34:00 /7465
9667778

Sayı : B.10.0.THG.0.58.00.01.020/

Konu : Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

Bakanlığımız sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan özürlü, kimsesiz, yoksul, sağlık güvencesiz, yaşlı, mülteci, sığınmacı, aile içi şiddet mağduru, il dışından gelen vb. hastalar öncelikli olmak üzere sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan tüm hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenmesi amacıyla tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının standardize edilmesi, etkinleştirilmesi, yaygınlaştırılması ve geliştirilmesine yönelik düzenleme yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu kapsamda "Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi" hazırlanmıştır.

Ekte sunulan "Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi"nin yürürlüğe konulması hususunu takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Prof. Dr. Irfan ŞENCAN
Genel Müdür V.

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2011

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Müsteşar

OLUR
...../...../2011

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

EKLER:
1- Yönerge (6 sayfa)
2- Yönerge Ekleri (5 sayfa)

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam ve Dayanak, Tanımlar

Amaç

Madde 1- (1) Bu Yönergenin amacı; Yönerge kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan hastaların tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının, sosyal hizmet mesleği ve disiplininin yöntem ve tekniklerivle zamanında çözümlenebilmesi için tıbbi sosyal hizmetin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve denetlenmesine ilişkin usul ve esasları belirleyerek tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının insan hakları, eşitlik ve sosyal adalet temelli bir anlayış ile etkili ve ulaşılabilir bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktır.

Kapsam ve dayanak

Madde 2- (1) Bu Yönerge; Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsar.

(2) Bu Yönerge; 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43.maddesine dayanılarak ve 10/09/1982 tarihli ve 8/5319 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe konulan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği hükümleri dikkate alınarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 3- (1) Bu yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Bakan: Sağlık Bakanını

c) Genel Müdürlük: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünü

ç) Genel Müdür: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürünü

d) Komisyon: Tıbbi Sosyal Hizmetler Bilimsel Danışma Komisyonunu

e) Şube: Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesini

f) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüklerini

g) Tıbbi sosyal hizmet: Ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasını,

ğ) Sosyal hizmet müdahalesi: Bireyle, grupla, aileyle, toplumla sosyal hizmet ve sosyal hizmet araştırması yöntemlerinin kullanıldığı ve başvuru, inceleme, müdahale, değerlendirme, uygulama, sonuçlandırma ve izleme aşamalarının gerçekleştirildiği tıbbi sosyal hizmet uygulamasını,

h) Birim: Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yürütüldüğü, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşları bünyesindeki sosyal hizmet birimini,

ı) Hastane: Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Tıbbi Sosyal Hizmetler Bilimsel Danışma Komisyonunun Teşkili, Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları

Komisyonun teşkili

Madde 4- (1) Bakanlığımızın tıbbi sosyal hizmetler politikasının oluşturulması, uygulamaların etkinleştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla bir bilimsel danışma komisyonu oluşturulur. Komisyon, Genel Müdürün önerisi ve Bakan onayı ile kurulur.

1

(2) Komisyon, Genel Müdür veya görevlendireceği en az daire başkanı düzeyinde bir idari amir başkanlığında Bakanlıkça seçilecek;

a) Üniversitelerin sosyal hizmet bölümlerinde görevli ve tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmaları olan dört akademisyen,

b) Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde görevli iki sosyal hizmet birimi sorumlusu, olmak üzere toplam yedi üyeden oluşur.

Üyeler, Komisyon başkanının önerisi üzerine Bakan onayıyla seçilir. Komisyona seçilen üyeler iki yıl süre ile görev yapar. Görev süresi dolan Komisyon üyeleri tekrar aynı görev için seçilebilir. Komisyondan ayrılan üyenin yerine, aynı usulle yeni üye seçilir. Komisyon başkanı gerek gördüğü takdirde mevcut Komisyon üyelerinden yeni üyelerle ilgili öneri isteyebilir. Seçilmiş üyelerden mazeretsiz olarak bir yıl içerisinde iki toplantıya katılmayanların üyelikleri düşer.

(3) Genel Müdürlükçe gerek görüldüğü hallerde alt komisyonlar oluşturabilir.

(4) Tıbbi sosyal hizmet alanındaki sivil toplum örgütleri ile diğer kurum ve kuruluşların temsilcileri toplantıya davet edilebilir. Bu şekilde davet edilenlerin Komisyon kararlarında oy hakkı olmaz.

Komisyonun görevleri

Madde 5- (1) Komisyonun görevleri şunlardır:

a) Tıbbi sosyal hizmet uygulamasına ilişkin konuları değerlendirmek ve bu konularda Bakanlığa görüş ve tavsiyelerde bulunmak,

b) Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin olarak hazırlanan mevzuat hakkında Bakanlığa görüş bildirmek,

c) Tıbbi sosyal hizmet konusunda ulusal politika ve protokollerin belirlenmesi hususunda Bakanlığa bilimsel destek vermek,

ç) Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ile ilgili her türlü eğitim materyali, broşür, kitap vb. hazırlanmasında ve medya faaliyetlerinde Bakanlığa yardımcı olmak,

d) Konuyla ilgili verilecek görevleri yerine getirmek.

Komisyonun çalışma usul ve esasları

Madde 6- (1) Komisyon yılda en az iki kez Bakanlığın daveti üzerine toplanır. Komisyon başkanı, gerektiğinde komisyon üyelerini toplantıya çağırabilir.

(2) Komisyon, üye tam sayısının salt çoğunluğuyla toplanır. Kararlar toplantıya katılanların salt çoğunluğu ile alınır. Oylarda eşitlik olması halinde Komisyon başkanının yer aldığı tarafın görüşü kabul edilmiş sayılır.

(3) Karara muhalif olanlar, şerh koymak suretiyle kararları imza ederler. Muhalif görüş gerekçesinin karar altında veya ekinde belirtilmesi zorunludur.

(4) Komisyonun sekretaryası Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi tarafından yürütülür.

(5) Gündem, Komisyon başkanı veya Komisyon üyelerinin tekliflerine göre tespit edilir ve acil durumlar dışında yazılı olarak toplantı daveti ile birlikte en az 15 gün önceden Şube tarafından bildirilir.

(6) Komisyon gündem maddelerini görüşür, alınan kararlar Komisyon Karar Defterine işlenerek üyelerce imzalanır ve Şube tarafından Bakanlığın ilgili birimlerine rapor şeklinde gönderilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
İdari Yapılanma

Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi

Madde 7- (1) Bakanlık Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi, Bakanlığa bağlı hastanelere başvuran hastaların, psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının çözümlenmesi amacıyla, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesi, ülke genelinde planlanması, uygulanması, denetlenmesi ve koordinasyonundan sorumludur.

Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şubesi:

Madde 8- (1) Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının il genelinde yürütülmesi, koordine edilme ve denetlenmesi ile bu hususta Bakanlıkça verilecek görevlerin yerine getirilmesinden müdürlü bünyesindeki Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şubesi sorumludur. Şubenin görevlerini yürütmesi ilişkin ihtiyaçları müdürlükçe karşılanır.

(2) Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şubesinin il genelinde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ilişkin görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) Sosyal çalışmacı istihdamını sağlamak üzere il bazında planlama yaparak gerektiğinde dahilindeki sosyal çalışmacıların görev yeri değişikliklerini yapmak, birden fazla sosyal çalışmacın bulunduğu hastanelerden sosyal çalışmacı olmayan hastanelere il genelindeki ihtiyaç duyul hastanelerin tamamında en az bir sosyal çalışmacı bulunacak şekilde personel görevlendirmeleri yapmak; bununla ihtiyacın giderilememesi halinde Bakanlık personel alım politikaları doğrultusun talepte bulunarak ihtiyacın karşılanmasını sağlamak,

b) Öncelik sırasına göre il dahilindeki A grubu, B grubu ve diğer hastanelerde sosyal hizm birimi kurulmasını sağlamak,

c) Uygulamaya ilişkin sorunların çözümü ve etkinliğinin artırılması amacıyla sosyal çalışma ve hastane yöneticileri ile toplantılar yapmak,

ç) Tedavi sürecinde sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan hastaların sorunlarını çözme amacıyla hastane sosyal hizmet birimi ve hastane idareleriyle; gerektiğinde il genelinde valili belediyeler, sosyal hizmetler il müdürlükleri, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları vb. kuru ve kuruluşlarla koordinasyonu sağlamak,

d) Sosyal çalışmacıların, hastane yöneticilerinin ve çalışanlarının tıbbi sosyal hizm uygulamalarına ilişkin eğitim faaliyetlerini yürütmek,

e) Sosyal hizmet birimlerinin kayıt ve istatistiklerini kontrol etmek, faaliyet raporlarını t rapor haline getirerek, Bakanlıkça her istendiğinde ve rutin olarak her yılın Ocak ve Temmı aylarının sonuna kadar Ek-5'deki Sosyal Hizmet Birimi Faaliyet Formu ile Bakanlığa göndermek,

f) Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları hakkında vatandaşların, hasta ve yakınların bilgilendirilmesini sağlamak,

g) Sosyal hizmet birimlerinin faaliyetlerine ilişkin denetimleri yapmak ve raporlamak,

ğ) Bu Yönerge kapsamında Bakanlıkça verilecek diğer görevleri yerine getirmek.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Sosyal Hizmet Birimlerinin Teşkili, Çalışma Usul ve Esasları ile Birim Çalışanlarının Görev ve Sorumlulukları

Sosyal hizmet birimi

Madde 9- (1) Bünyesinde sosyal çalışmacı olan hastanelerde bu Yönergenin yürürlüğe girdi tarihten itibaren en geç bir ay içinde; bünyesinde sosyal çalışmacı bulunmayan hastanelerde i sosyal çalışmacının göreve başladığı tarihten itibaren en geç bir ay içinde sosyal hizmet birir kurulur. Sosyal hizmet birimi, başhekime bağlı olarak faaliyet gösterir.

(2) Birimin çalışma usul ve esasları şunlardır:

a) Hastanede görev yapan sosyal çalışmacıların tamamı birime bağlı olarak çalışır.

b) Sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan hastaların sık görüldüğü acil, psikiyatri, onkolo fizik tedavi vb. klinikler-servisler ile diyaliz, çocuk izlem merkezi vb. birimlerde tam veya kısı zamanlı olarak sosyal çalışmacının gerekli olması halinde, hastanedeki sosyal çalışmacı sayısına gö planlamayı sosyal hizmet birim sorumlusu yapar.

c) Sosyal çalışmacılar, sosyal hizmet birim sorumlusunun onayı dışında başka bir birim ya klinik-serviste görevlendirilemez. Söz konusu birimlerde ya da klinik-servislerde sosyal çalışmacı ihtiyaç varsa Ek-1'deki Sosyal Konsültasyon Formu ile birime talep iletilir.

ç) Klinikte-serviste veya farklı hizmet birimlerinde, sosyal çalışmacıların mesleki çalışmaları yürütmesi için gerekli koşullar, ilgili klinik-servis veya birim dahilinde sağlanır.

d) Hastaneye başvuran ve tıbbi tedavi sürecinde sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar, hastan hekimi tarafından Ek-1'deki forma uygun olarak birime havale edilir.

e) Sosyal çalışmacının mesleki görüşme yaptığı her hasta için Ek-2'deki Hasta Görüşme Formu düzenlenir. Hastayla ilgili yapılan her görüşme süreci bu forma kaydedilir.

f) Formlar birimde muhafaza edilir. Gerekli durumlarda hasta dosyasına Ek-2 formu eklenir. Görüşme neticesinde hasta hekim tarafından havale edilmiş ise hekimine Ek-1 formu ile bilgi verilir.

g) Sosyal hizmet müdahalesi kapsamında, gerektiğinde hastanede, hastanın ikametinde, işyerinde, okulunda veya sosyal ortamında sosyal inceleme yapılır.

ğ) İncelemeyi yapan sosyal çalışmacı, Ek-3'deki Sosyal İnceleme Raporunu düzenler. Sosyal çalışmacı, bu raporun gerekli hallerde, ilgi kurum ve kuruluşlara bir üst yazı ekinde gönderilmesini sağlar. Raporun bir nüshası gizliliğe uygun olarak birimde muhafaza edilir ve bir nüshası hasta dosyasına konur. Hastane dışı kurumlardan hizmet talebi resmi yazı ile yapılır.

h) Yapılan sosyal hizmet müdahalesi her bir gün için Ek-4'deki Sosyal Hizmet Birimi Kayıt Defterine kaydedilir. Aynı gün içinde aynı kişi için birden fazla kayıt yapılmaz.

ı) Sosyal hizmet biriminin yaptığı çalışmalar, Ek-5'deki Sosyal Hizmet Birimi Faaliyet Formu veya Bakanlıkça belirlenecek formlar ile Bakanlıkça her istendiğinde ve rutin olarak, her yılın Ocak ve Temmuz aylarının ilk haftasının sonuna kadar hazırlanarak Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şubesi'ne resmi yazı ve e-posta olarak iletilir. Tüm formlar hastane otomasyon sistemine eklenir. Kayıt ve raporlar zamanında ve düzenli olarak tutulur.

Birimin fiziki nitelikleri

Madde 10- (1) Sosyal hizmet birimi, tercihen hastanelerin giriş katında, hasta ve yakınlarının kolayca ulaşabilecekleri yerlerinde kurulur.

(2) Birim odası, yeterli havalandırma, ısıtma ve donanıma sahip, büro hizmetleri ve hasta görüşmelerinin yapılabileceği genişlikte iki bölümlü olarak oluşturulur.

(3) Şehir içi ve şehirlerarası görüşmelere açık telefon hattı, faks, internet bağlantılı bilgisayar, yazıcı, yeterli sayıda koltuk, sandalye, masa, kırtasiye malzemesi gibi araç gerecin sağlanmasından Başhekimlik sorumludur.

Birim sorumlusunun görev ve sorumlulukları

Madde 11- (1) Birimdeki sosyal çalışmacılardan, deneyimli olanlar arasından tercihen alanında yüksek lisans yapmış olanı Başhekim tarafından birim sorumlusu olarak görevlendirilir.

(2) Birim sorumlusunun görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) Sosyal çalışmacın görev tanımında belirtilen işlerin takip ve denetiminden sorumludur.

b) Sosyal çalışmacıların görev dağılımını yapar.

c) Birimin çalışmalarının ilgili mevzuata göre yürütülmesini sağlar.

ç) Mesleği ile ilgili konularda hastane personeline, hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitim programlarını hazırlar, organize eder, yürütür ve eğitim materyali geliştirir.

d) Sosyal hizmet okullarının lisans, yüksek lisans, doktora programlarında öğrenim gören öğrencilerin hastanedeki staj uygulamalarını koordine eder.

e) Hastaneye başvuran hastaların sosyal hizmet müdahalesine yönelik, sağlık çalışanları, birim amirleri ve hastane yöneticileriyle işbirliği yapar.

f) Gerektiğinde hastanenin; hastane konseyi, sağlık kurulu vb. toplantılarına katılabilir.

g) Sivil toplum kuruluşları ve gönüllülerin katkı ve katılımlarını sağlar ve hizmetlerini düzenler.

ğ) Birimin arşiv, kayıt ve raporlamalarının düzenli tutulmasını sağlar.

h) Hastanedeki sosyal çalışmacı sayısı sekiz veya altında olduğunda birim sorumluğunu, sosyal çalışmacının görevlerine ek olarak yürütür.

Sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları

Madde 12- (1) Hastaneye başvuran hastaların psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarını tespit eden, sorunlarıyla ilgili sosyal hizmet müdahalesini planlayan ve uygulayan, üniversitelerin dört yıllık sosyal hizmet bölümlerinden mezun sağlık personelidir.

(2) Sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) Mesleki çalışmalarını ilgili mevzuata uygun olarak yürütür.

b) Hastaneden hizmet alan,

1. Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar,
2. Engelli hastalar,
3. Sağlık güvencesiz hastalar,
4. Yoksul hastalar,
5. Aile içi şiddet mağduru hastalar,
6. İhmal ve istismara uğramış çocuk hastalar,
7. Mülteci ve sığınmacı hastalar,
8. İnsan ticareti mağduru hastalar,
9. Yaşlı, dul ve yetim hastalar,
10. Kronik hastalar,
11. Ruh sağlığı bozulmuş hastalar,
12. Alkol ve madde bağımlısı hastalar,
13. Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar
14. İl dışından gelen hastalar,

öncelikli olmak üzere tıbbi sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar için sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.

c) Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesinde bulunur.

ç) Hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametine gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaların ikametine nakillerini koordine eder. Bu kapsamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar.

d) Afetlerde, gerekli sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.

e) Tıbbi sosyal hizmetle ilgili konularda hastane personeline, hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitimler yapar.

f) Mesleği ile ilgili kongre, sempozyum, eğitim vb. toplantılara katılır, mesleki projeler planlar ve uygular.

g) Rapor ve kayıtları gizlilik ilkesine uygun olarak tutar.

ğ) Çalışmalarından birim sorumlusuna karşı sorumludur.

h) Tek sosyal çalışmacı olması halinde birim sorumlusunun görevlerini yerine getirir.

ı) Birim sorumlusunca verilen diğer görevleri yerine getirir.

Birim sekreterinin görev ve sorumlulukları

Madde 13- (1) Birimin sekretarya işlerini yürütmek üzere bilgisayar kullanabilen, birimin yazışma ve dosyalama işlerini yapabilecek nitelikte personel görevlendirilir.

(2) Birim sekreteri aşağıdaki görevleri yerine getirir:

a) Birime başvuran hastaları Sosyal Hizmet Birimi Kayıt Defterine kayıt eder.

b) Sosyal hizmet birimine başvuran hastaların randevularını düzenler ve takip eder.

c) Birimin resmi yazılarını hazırlamak, imzalarını takip etmek ve ilgili yerlere gönderilmesini sağlar.

ç) Birimin her türlü belge ve dokümanını dosyalar.

d) Sosyal çalışmacının yokluğunda, hasta veya yakınlarını karşılar.

e) Birimin yaptığı çalışmaları Sosyal Hizmet Birimi Faaliyet Formu ile her yılın Ocak ve Temmuz aylarının ilk haftasının sonuna kadar hazırlayarak Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şubesine resmi yazı ile ve e-posta olarak iletir.

f) Birim sorumlusunun vereceği diğer görevleri yerine getirir.

Kalite ve performans değerlendirmesi

Madde 14- (1) Bünyesinde sosyal hizmet birimi bulunan hastanelerin kurum performansı ile bu birimde çalışan personelin performans değerleri Bakanlıkça belirlenir.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Muhtelif ve Son Hükümler

Sorumluluklar ve müeyyide

Madde 15- (1) Yönerge kapsamındaki sağlık çalışanları bu Yönerge ve ilgili diğer mevzuat hükümlerine uygun olarak görev ifa eder.

(2) Yönergeye uygun olmayan uygulamalarda bulunan yönetici ve çalışanlar hakkında ilgili mevzuat gereğince idari ve cezai işlem yapılır.

(3) Hastanede tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının gereğince yürütülmesinden Başhekimlik sorumludur.

Yürürlük

Madde 16- (1) Bu Yönerge Bakan onayını takiben yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 17- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.15. Su Arıtma Sistemi Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B.10.0.THG.0.14.00.02- 15873 17/4/2009
KONU : Su Arıtma Sistemi Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

08/05/2005 tarihli ve 25809 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan hemodiyaliz merkezlerinde diyaliz işleminde gerekli olan hemodiyaliz çözeltisinin dilüsyonunda kullanılan suyun üretimi için su sisteminin kurulması, bakımı, takibi ve kontrolünü amaçlayan, daha kaliteli hemodiyaliz tedavisinin sunulmasına yönelik olarak Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı ve Diyaliz Bilimsel Danışma Kurulunun da görüşleri alınarak hazırlanan "Su Arıtma Sistemi Yönergesi" 13/5/2008 tarih ve 17419 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe girmiştir. Ancak anılan Yönergenin uygulanmasında yaşanan sorunların çözümüne yönelik anılan Yönergede değişiklik yapılması gerekli görülmüştür.

Makamınızca uygun görülmesi halinde, 13/5/2008 tarihli ve 17419 sayılı "Su Arıtma Sistemi Yönergesi"'nin yürürlükten kaldırılmasını ve ekteki "Su Arıtma Sistemi Yönergesi"nin yürürlüğe konulmasını ve ilgili iş ve işlemlerin Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce yürütülmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Doç.Dr. İrfan ŞENCAN
Genel Müdür V.

SU ARITMA SİSTEMİ YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç ve kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam

Madde 1- (1) Bu Yönergenin amacı; kamu ve özel diyaliz merkezlerinde, hemodiyaliz çözeltilerinin dilüsyonunda kullanılan suyun Avrupa Birliği Farmakopisinde belirtilen kimyasal ve bakteriyolojik limitlerle uyumlu arıtılmış su için standartların belirlenmesini sağlamaktır.

(2) Bu Yönerge, hemodiyaliz uygulamaları için elde edilen suyun en kaliteli ve en son teknolojik yöntemlerle elde edilmesini esas alır.

(3) Bu Yönerge kamu ve özel diyaliz merkezlerini kapsar.

Dayanak

Madde 2 – (1) Bu Yönerge; 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye ve 08/05/2005 tarih ve 25809 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 3 – (1) Bu Yönergede geçen;

a) Ham su: Diyaliz kliniğine hariçten temin edilen şebeke veya artezyen suyunu,

b) Saf su (Revers Osmos Su): Standart hemodiyaliz sırasında konsantre hemodiyaliz çözeltilerinin seyreltilmesinde kullanılan arıtılmış suyu,

c) Ultra saf diyaliz sıvısı: Hemofiltrasyon veya hemodiyafiltrasyon sırasında kullanılan diyalizat veya yerine koyma sıvısını,

ç) Konsantre hemodiyaliz çözeltisi: Glikozlu veya glikozsuz olarak elektrolit içeren, seyreltildiğinde kan plazmasına yakın diyaliz sıvısı (diyalizat) elde etmek üzere formüle edilen konsantre çözeltileri,

d) Diyaliz sıvısı (Diyalizat) : Saf su ile seyreltilmiş konsantre hemodiyaliz çözeltilerini

e) Bakteriyolojik analizler: Mikrobiyal kontaminasyon ve bakteriyel endotoksin testlerini, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Su Arıtma Sisteminin Fiziksel Mekan ve Teknik Tasarımı

Tesisat ve boru sistemi

Madde 4 – (1) Tesisat ve borular her türlü bakteriyel kontaminasyonu önleyecek ve kolayca dezenfekte edilebilecek şekilde tasarlanmalı ve tercihen CE damgasını taşıması gerekir. Yönerge tarihinden sonraki sistemlerde CE belgesi zorunludur.

(2) Boru şebekesinin yapımı için kullanılan malzeme paslanmaz çelik, polivinilidin florür, polipropilen, ya da polivinilklorür, PEX-A gibi hijyenik olmalıdır. Sürekli yüksek hızlı su sirkülasyonu sağlayan, suyun dolaşım hattında dolambaçlı bir yol izlemek yerine mümkün olduğunca düz bir hatta akışına yardım eden uygun bir tesisat çekilmelidir. Saf su dağıtım hatlarında sürekli devridaim etmeli ve kullanılmayan saf su, arıtılmış su tankına veya RO (Revers-osmos) ünitesine geri dönmelidir. Saf su deposu tabanı dezenfeksiyonda kolaylık sağlaması açısından konik tarzda olması önerilir.

(3) Saf suyun doğrudan RO (Revers-osmos) membranından çıkarak dağıtım hattına dağılması durumunda hat üzerinde UV(Ultra Viyole) veya UF (Ultra Filtrat) filtresine gerek yoktur.

(4) Sistemde saf su deposunun kullanılması halinde ise UV ünitesinin ve UF filtresinin kullanımı zorunludur. UV ünitesinin kullanımı durumunda UV sistemi bakteriyolojik güvenliği başkaca teknoloji ile garanti altına alınmamış (UV radyasyon detektörü kullanılmamış vs.) ise UV lambası, kullanılan lambanın teknik özelliklerinde belirtilen kullanım saati sonunda değiştirilerek değişim raporunun kayıt altına alınması gereklidir. Değişim yetkili servisin tuttuğu tutanak ile doğrulanmalıdır.

Su sistemi odası

Madde 5 – (1) Su sistemi odası; kullanılan su sisteminin kapasitesine uygun büyüklükte olmalı ve cihaz çalışma ortam (sıcaklık, nem, vb..) şartlarını sağlamalıdır. Su sistemi odasında en az bir adet yer gideri bulunmalı, herhangi bir kaçak olmamalıdır. Yumuşatma için ihtiyaç duyulan tuz paketlerinin yer ile teması olmaması gerekir. Su sistemi odası dış mekandan güneş ışığı almamalıdır. Eğer su sisteminde dış mekana açılan pencereler var ise camlar siyah boyalı olmalıdır. Su sistemi odasında havalandırma olmalıdır. Havalandırma tesisatı vasıtasıyla içeriye gün ışığı girmemelidir. Su sistemi odası medikal cihaz çalışma ortamları, ürünlerin üreticisi tarafından belirlenmiş asgari çalışma koşullarına uygun olarak belirtilen nem, sıcaklık vb. parametrelerin limitleri altında olacak şekilde tasarımlanmalıdır.

Su arıtma sistemi

Madde 6- (1) Diyaliz tedavisi için su arıtma sistemleri, 09/01/2007 tarihli ve 26398 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği hükümlerine tabidir. Su arıtma sistemi; Su sisteminde ön arıtım en azından 5 bölümden oluşmalıdır.

a) Ön Filtre (100µ Çelik Filtre),
b) Multi Media Filtre (Kum, Demir Tutucu vs),
c) Dubleks İyon Değiştirici (Reçine),
ç) Granül Aktif Karbon Filtre,
d) Numune alma noktaları (Ön arıtım ve safsu ayrı - ayrı),

(2) Standart hemodiyaliz uygulamaları için su arıtma sistemi, ön arıtma, diyaliz makinesini doğrudan besleyen Revers Osmos(RO) ve Ultrafiltrasyon modüllerinden oluşmalıdır. Ancak saf su tankının kullanılmadığı durumlarda Ultrafiltrasyon modülü zorunlu değildir.

(3) Artezyen kaynaklı su kullanımının zorunlu olduğu durumlarda çift RO (Double Pass RO) sistemi kullanılmalıdır. RO çıkış suyu iletkenliği <25µS/cm olmalıdır.

(4) Hemodiyafiltrasyon ve Hemofiltrasyon uygulamaları için su arıtma sistemi, ön arıtma ve diyaliz makinesini doğrudan besleyen çift RO (Double pass RO) sistemi olmalıdır.

(5) Sistemde kullanılan ön arıtım birimleri by-pass edilebilir yapıda olmalı ancak hiç bir şekilde RO ünitesi by-pass edilebilir yapıda olmamalıdır.

Su deposu ve tankı

Madde 7- (1) Su sistemindeki tüm depoların kapakları kapalı olmalıdır. Su sıkıntısı çekilen veya su şebeke debisinin yetersiz olduğu yörelerde ham su tankı konulmalıdır. Tanklarda dezenfeksiyon işlemlerinin hem fiziki hem de kimyasal yöntemlerle kolaylıkla yapılabilecek yapıda olmalıdır.

(2) Tank malzemeleri suya bir bulaşı vermeyecek malzemelerden tercihen paslanmaz çelik, polipropilen, polietilenden olmalıdır. Ancak su tankı, izolasyonu yapılmış betonarme de olabilir. Eğer beton ham su tankı varsa kapağı vasistaslı ve depo içi fayans veya gıda tüzüğüne uygun üretilmiş depo içi kaplama maddelerinden biri ile kaplanmış olmalıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Su Arıtma Sisteminin Bakımı ve Kontrolü

Su arıtma sisteminin bakımı

Madde 8 – (1) Su arıtma ve dağıtım sistemleri TSE 12426 Hizmet Yeterlilik Belgesi (YTS-TIBBİ CİHAZLAR İÇİN KURALLAR STANDARDI) almış ve firma tarafından yetkilendirilmiş yetkili teknik servis tarafından kurulmalıdır.

(2) Cihazların periyodik bakımları üreticinin tavsiye ettiği aralıklarla yapılmalıdır. Bakteriyolojik üremeyi önlemek ve sistem performansının olumsuz etkilememesi amacıyla, ön arıtmada kullanılan karbon, reçine ve multimedia filtreler, yapılan günlük testlerin sonuçlarına göre ihtiyaç duyulduğunda ve üretici tavsiyeleri dikkate alınarak değiştirilmeli ve değişimler kayıt altına alınmalıdır.

(3) Tamirden sonra gerekli bölümlerin dezenfeksiyonu yapılmalıdır. Su kalitesini etkileyen bakım, onarım, yenileme sonrasında validasyon yapılmalıdır. RO ve sonrasındaki saf su ünitelerin bakım onarımlarından sonra mutlaka dezenfeksiyon yapılmalıdır.

Su arıtma sisteminin takibi

Madde 9 – (1) Üretilen saf suyun takibi amacıyla aşağıdaki takiplerin günlük olarak diyaliz teknisyenince yapılması ve kayıt altına alınması zorunludur.

a) Saflaştırılmış su iletkenliği,
b) Su sertliği (yumuşatıcı kontrolü),
c) Klor miktarı,
ç) Asitlik-alkalilik (saf su-ham su).

Su örneklerinin alınması

Madde 10- (1) Su örneklerinin alınışı, laboratuarın kalite yönetim sistemine göre uygulamakta olduğu talimat yok ise Ek-2 "Hemodiyaliz Suları Alınış Kuralı" uyarınca yapılır. Su örneklerinin alınması ve laboratuvara veya kargoya teslimi sırasında sağlık müdürlüğünden bir görevlinin hazır bulunması, hazırlanacak tutanağı imzalaması ve alınan numunelere müdürlükçe düzenlenecek etiketleri yapıştırması, etiketsiz örneklerden yapılacak analizlerin geçersiz sayılması işlemin kontrolü için gereklidir.

Su arıtma sisteminin kontrolü

Madde 11- (1) Hemodiyaliz çözelti seyreltilmesinde kullanılan suyun kimyasal ve bakteriyolojik kontrolünde Ek-1'de Avrupa Birliği Farmakopesinde bildirilen sınırlar göz önüne alınmalıdır.

(2) RO su sistemi çıkış suyunun, kimyasal ve endotoksin kontrolü 6 ayda bir, Yönerge eki Ek-1 Tablo 2'de tavsiye edilen "Hemodiyaliz Çözeltilerinin Dilüsyonunda Kullanılan Su Monografında" belirtilen yöntem ve cihazlarla yaptığını belgeleyen resmî yada özel laboratuvarlarda yapılmalıdır.

(3) Bakteriyolojik kontroller 3 ayda bir, aynı il içerisinde, resmi yada özel ruhsatlı laboratuvarlarda yapılmalıdır. Ancak aynı ilde yapılamadığı durumlarda uygun soğuk zincir koşullarının sağlanması şartıyla başka ilde de yapılabilir. Bakteriyolojik kontrolün yapılabilmesi için sistemdeki kilit noktalara su örnekleme vanalarının yerleştirilmesi gerekir. Kimyasal analizler ayrı ilde de yaptırılabilir.

(4) Hemofiltrasyon veya Hemodiyafiltrasyon uygulamalarında diyalizat ve yerine koyma sıvısı olarak kullanılması zorunlu olan Ultra Saf Diyaliz Sıvısı hemodiyaliz makinesine bağlı endotoksin tutucu çift ultrafiltrasyon filtresi kullanılmak suretiyle elde edilmelidir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Elektrolitik Konsantratlar ve Dökümantasyon

Elektrolitik konsantratlar

Madde 12 – (1) Konsantre Hemodiyaliz Çözeltileri diyaliz sıvısının hazırlanması için gereklidir. Temelde iki ayrı ambalajda (A: Asit ve B: bikarbonat) bulunan Konsantre Hemodiyaliz Çözeltileri, diyaliz makineleri tarafından saf su (RO suyu) ile otomatik olarak seyreltilir. Bunun dışında suda çözülebilir katı konsantratlar da (granül, toz) kullanılabilir. Konsantre Hemodiyaliz Çözeltileri ve katı konsantratlar (granül, toz) CE belgeli olmalıdır.

(2) Açılan bikarbonat bidonları aynı gün kullanılmalı, ertesi güne kalmamalıdır veya toz bikarbonat kullanılmalıdır.

(3) Konsantratların depolandığı alanlar üretici tarafından tanımlanan depo şartlarına uygun olmalıdır.

Dokümantasyon

Madde 13 – (1) Su sisteminden elde edilen suyun bakteriyolojik ve kimyasal analizlerinin takibinden diyaliz teknisyeni veya teknikeri sorumludur.

(2) Bir diyaliz ünitesinde toplanan tüm sonuçlar kayıt edilmeli ve ilerde analizleri yapılmak üzere arşivlenmelidir.

(3) Su arıtma sisteminden diyaliz makinesine kadar sistemi oluşturan zincirin tüm halkaları basit göstergeler yardımıyla (sertlik, iletkenlik, basınç düşmesi, pH, klor) her gün kontrol edilmelidir.

Yürürlük

Madde 14- (1) Bu Yönerge Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 15- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.2.16. Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi

28.05.2008 tarihli ve 19735 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan

ULUSAL ORGAN VE DOKU NAKLİ KOORDİNASYON SİSTEMİ YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç
Madde 1- (1) Bu Yönergenin amacı; 01.06.2000 tarihli ve 24066 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğinin 29 uncu maddesi ile öngörülen "Organ ve Doku Dağıtımına" ilişkin usûl ve esasları belirlemek; organ ve doku nakli hizmetleri ile ilgili merkezlerin ve bu merkezlerde görevli personelin görev ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam
Madde 2- (1) Bu Yönerge, kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.

Dayanak
Madde 3- (1) Bu Yönerge, 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43 üncü maddesine ve 01 Haziran 2000 tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğinin 29 uncu maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar
Madde 4- (1) Bu Yönergede geçen;
a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
b) Kanun: 29/05/1979 tarihli ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunu,
c) Yönetmelik: 01/06/2000 tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğini,
ç) UKS: Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemini,
d) UKM: Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezini,
e) BKM: Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezini,
f) Organ ve Doku Nakli Merkezi: Organ ve doku nakillerinin uygulandığı tıbbi tedavi merkezlerini,
g) Organ ve Doku Kaynağı Merkezi: Beyin ölümü kriterlerini tespit edebilecek donanım ve personele sahip resmi ve özel hastaneleri,
ğ) Doku Tipleme Laboratuarı: Verici adayı ile alıcıların doku tiplemelerini yapabilecek donanım ve personele sahip Bakanlıkça ruhsatlandırılmış laboratuarları,
h) Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi: Organ nakli olmak üzere bekleyen ve nakil merkezleri tarafından Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi Programına kaydedilmiş hastaları içeren listeyi,
ı) Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi Programı: Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesine kayıtlı hastaların kimlik ve tıbbi bilgilerini içeren, nakil merkezlerince hasta kaydı, UKM tarafından eşleştirme, puanlama ve organ dağıtımı amacıyla kullanılan bilgisayar programını,
i) Eşleştirme ve Puanlama: Kadavra vericiden alınan organın gönderileceği nakil merkezinin saptanması ve bu merkezde bekleyen hastalar arasındaki en uygun alıcıların tespit edilmesi amacıyla, (Ek 7)'de yer alan tabloda belirtilen puanlara göre, UKM tarafından Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi Programı vasıtasıyla Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesinde yer alan hastalar için yapılan eşleştirme ve puanlama işlemini,
j) Asgari Doku Uyumu Şartı: Verici ve alıcı dokuları arasında en az 1 DR uyumunu, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Kadavra Vericiden Organ ve Doku Dağıtım İlkeleri

Genel ilkeler

Madde 5- (1) Organ ve doku dağıtımı Kanun ve Yönetmelik çerçevesinde, bilimsel kurallara, tıbbî-etik anlayışa uygun ve adaletli bir şekilde gerçekleştirilir.

(2) Organ ve doku dağıtımında acil organ talepleri öncelikle değerlendirilir ve acil talepler için Acil Bekleme Listesi oluşturulur.

(3) Organ ve dokular 6 ncı, 7 nci ve 8 inci maddelerde belirtilen usul ve esaslara göre kullanılır. Yeni açılan veya ruhsatı iptal edilen nakil merkezi olması halinde Bakanlıkça Ulusal Sistemden Organ Ve Doku Alım ve Çıkarım Sırasındaki (Ek 3) listede ekleme ya da çıkarma yapılır.

(4) Bakanlık tarafından her organ için Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi oluşturulduğunda, nakil merkezleri kendi organ nakli bekleme listelerindeki hasta bilgilerini Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesine kaydetmekle yükümlüdür.

(5) Organ bekleyen hastalarını Ulusal Bekleme Listesine kaydetmeyen merkezlere kadavra organ dağıtımı yapılmaz. Ancak, bu merkezler kendilerinde çıkacak kadavra vericileri UKS'ne sunmak zorundadır.

(6) Organın şehir içi taşınmasında veya havaalanına ulaştırılmasında refakat etmekle görevli personeli BKM veya UKM belirler.

(7) Kornea dağıtımı, Göz Bankası ve Kornea Nakli Merkezleri Yönergesine göre yapılır.

Kalp ve akciğer dağıtım ilkeleri

Madde 6- (1) Kalp ve akciğer greftlerinin dağıtımı ilkeleri şunlardır:

a) Kalp dokularının dağıtımı sırayla; Bölgesel Acil, Bölgesel Sıra, Ulusal Acil, Ulusal Sıra olacak şekilde BKM ve /veya UKM tarafından yapılır.

b) Acil kalp nakli bekleme listesine alınacak hastalar, "status 1" kriterlerine uyan; mekanik pompa desteği alan hastalar, intraaortik balon pompa desteği altında olan hastalar ve devamlı inotropik ilaç desteğine ihtiyaç duyan hastalardır. Acil bildirimleri yapılmış aynı şartlara sahip olan hastalar arasında öncelik, bildirimi en erken yapılmış hastaya verilir.

c) Nakil merkezleri acil bildirimlerini Acil Hasta Bildirim Formu (Ek 8-A) ile UKM'ne bildirir. Acil bildiriminin geçerli olabilmesi için UKM tarafından, Kalp, Akciğer, Kalp Kapağı Bilimsel Danışma Kurulu'nun belirlediği konuyla ilgili üç uzman hekimin olurunun alınması gereklidir (görüşler faks ile teyit edilecektir). Acil hastaların aciliyetleri 24 saatte bir hastanın bulunduğu nakil merkezince yapılacak yeni bildirimlerle teyit edilir. Nakil merkezinin teyit işlemini gerçekleştirmemesi halinde, daha önce acil bildirimi yapılmış olan hasta acil listesinden çıkarılır.

ç) Kalp ve akciğer dağıtımında verici ve alıcı kan grupları arasında kan transfüzyonu kuralları dikkate alınır; Rh uyumu şartı aranmaz.

d) Bir kalp ve/veya akciğer nakli merkezi, kendisine UKM tarafından verici bildirimi yapılmasını takip eden süre içerisinde en geç 30 dakika içinde kadavra kalbi veya akciğeri alıp almayacağını UKM'ne bildirmek zorundadır. Bu sürenin aşılması halinde, kadavradan alınacak kalp veya akciğer UKM tarafından sıradaki kalp ve/veya akciğer nakli merkezine teklif edilir.

(2) UKM'ne kayıtlı acil kalp ve akciğer nakli bekleyen hasta bulunmuyor veya bulunuyor ve fakat kalp ve akciğer greftinin organ koruma süresi içinde, hastanın bulunduğu merkeze ulaştırılabilme imkanı yok ise;

a) Verici, kalp ve/veya akciğer nakli uygulayan hastanelerin birinden çıkıyorsa öncelikle o merkezdeki uygun hastaya nakledilir. O merkezde nakledilmiyorsa (Ek 3-A)'daki Ulusal Sistemden Organ ve Doku Alım/Çıkarım Sırası Formunda belirtilen sıraya göre bölgede bulunan diğer kalp ve/veya akciğer nakli merkezlerine teklif edilir.

b) Verici, kalp ve/veya akciğer nakli uygulanmayan hastanelerin birinden çıkıyorsa, (Ek 3-A)'daki Ulusal Sistemden Organ ve Doku Alım/Çıkarım Sırası Formunda belirtilen sıraya göre bölgede bulunan diğer kalp ve/veya akciğer nakli merkezlerine teklif edilir.

c) BKM'ne o bölgenin herhangi bir hastanesinden bildirilmiş ve klinik olarak beyin ölümü teşhisi konulmuş ve fakat beyin ölümü kararı verecek Kanun'da belirtilen uzmanların bulunamadığı hallerde veya başka sebeplerle beyin ölümü teşhisi konulamamış potansiyel vericilerin aynı bölgedeki kalp ve/veya akciğer nakli yapan merkezlerden birine veya başka bir organ nakli merkezine sevk edilmesi halinde, kazanılacak kalp ve akciğer greftlerinin dağıtımı bu maddenin (2) numaralı fıkrasının (b) bendinde belirtilen usûl ile dağıtılır.

ç) Bölgesinde kullanılmayan kalp ve akciğer greftleri BKM tarafından UKM'ne bildirilerek (Ulusal Acil Bildirim yoksa) (Ek 3-A)'daki Ulusal Sistemden Organ ve Doku Alım/Çıkarım Sırası Formunda belirtilen sıraya göre kalp ve/veya akciğer nakli merkezlerine teklif edilir.

(3) Greft alım sırası gelen merkezler, BKM veya UKM tarafından teklif edilen grefti, uygun kan grubunda alıcı hasta olmaması, fiziki şartlar ve insan gücü ile ilgili sorunlar gibi zorunlu sebeplerle nakledemeyecek durumdaysa bir sonraki teklif edilecek greft için aynı sıralarını muhafaza ederler.

(4) Greft alım sırası gelen merkezler BKM veya UKM tarafından teklif edilen grefti naklettikleri takdirde, greft alım sıraları, greft BKM den teklif edilmişse BKM listesinde, UKM tarafından teklif edilmişse UKM listesinde en sona geçer. BKM, kendi greft alım listesi değiştiğinde UKM'ne listenin son halini bildirir.

Karaciğer dağıtım ilkeleri

Madde 7- (1) Karaciğer greftlerinin dağıtım ilkeleri şunlardır:

a) Acil karaciğer greftlerinin dağıtımı UKM tarafından yapılır.

b) UKM'ne bildirilmiş, herhangi bir bölgede acil karaciğer nakli gerektiren fulminan ve subfulminan hepatitli veya acil retransplantasyon gerektiren hasta var ise, ülkede çıkan ilk karaciğer grefti, kan grubu uyumuna bakılmaksızın bu hastaya nakledilmek üzere ilgili merkeze UKM tarafından teklif edilir.

Fulminan ve subfulminan hepatitli hastalarda transplantasyon endikasyonu koymak ve bu suretle acil karaciğer grefti talep edebilmek için aşağıdaki kriterlerin tamamının bulunması gerekir:

1) Daha önce bilinen bir karaciğer hastalığı olmamalıdır.

2) İkter ve ansefalopati arası geçmesi gereken süre, fulminan hepatitliler için en fazla 15 gün, subfulminan hepatitliler için ise, en fazla iki ay olmalıdır.

3) Ansefalopati grade iki ve üzerinde olmalıdır.

4) Protrombin zamanı 20 saniye ve üzerinde olmalıdır.

Acil retransplantasyon için greft talebi, transplantasyondan sonraki ilk 8 gün içinde primer non-fonksiyon, hepatik arter ve / veya portal ven trombozu gelişmesi halinde yapılmalıdır.

Nakil merkezleri acil bildirimlerini Acil Hasta Bildirim Formu (Ek 8-B) ile UKM'ne bildirir. Acil bildiriminin geçerli olabilmesi için UKM tarafından, Karaciğer Bilimsel Danışma Kurulu'nun belirlediği konuyla ilgili üç uzman hekimin olurunun alınması gereklidir (görüşler faks ile teyit edilecektir).

Acil karaciğer greft taleplerinin, hastanın klinik durumunun yukarıdaki kriterler doğrultusunda tekrar değerlendirilerek her 48 saatte bir UKM'ne tekrar bildirilmesi gerekir. Acil greft talebi aynı hasta için en fazla 5 kez tekrarlanabilir.

Acil bildirimi ile karaciğer almış olan merkez, UKS ile kendine sunulan (kendi merkezinde çıkan veya kendine bölgesel/ulusal sıradan sunulan) ilk karaciğeri, aldığı merkeze geri ödemek zorundadır. Bir merkez alacaklı olduğu merkezden gelecek karaciğer ile bir başka merkeze olan borcunu ödeyemez. Geri ödemeler ile ilgili liste UKM tarafından yapılır.

c) UKM'ne kayıtlı acil karaciğer nakli bekleyen hasta yok ise, bir bölgede, merkez veya bağlı illerin bütün hastanelerinde beyin ölümü teşhisi konulmuş ve bağış yapmış vericilerden çıkacak karaciğer greftleri;

1) Verici, karaciğer nakli uygulayan hastanelerin birinden çıkıyorsa, karaciğer grefti öncelikle o merkezde nakledilir. O merkezde nakledilemiyorsa, BKM tarafından (Ek 3-B)'de düzenlenen Ulusal Sistemden Organ ve Doku Alım/Çıkarım Sırası Formundaki sıraya göre aynı ilde veya o bölge illerindeki diğer merkezlerine teklif edilir.

2) Verici, karaciğer nakli uygulanmayan bir hastaneden çıkıyorsa, karaciğer grefti o bölge içerisinde karaciğer nakli uygulayan merkezlere BKM tarafından (Ek 3-B)'de düzenlenen Ulusal Sistemden Organ ve Doku Alım/Çıkarım Sırası Formundaki bölgesel sıraya göre dağıtılır.

ç) BKM'ne o bölgenin herhangi bir hastanesinden bildirilmiş, klinik olarak beyin ölümü teşhisi konulmuş ve fakat Kanun'da belirtilen uzmanlar bulunamadığı veya başka sebeplerle teşhisi konulamamış potansiyel vericilerin, aynı bölgedeki karaciğer veya başka bir organ nakli yapan merkezlerin birine sevk edilmesi durumunda kazanılacak karaciğer greftlerinin dağıtımı, o bölge içerisinde karaciğer nakli uygulayan merkezler arasında, BKM tarafından (Ek 3-B)'de düzenlenen Ulusal Sistemden Organ ve Doku Alım/Çıkarım Sırası Formundaki bölgesel sıraya göre dağıtılır.

d) Bölgesinde kullanılamayan karaciğer greftleri, BKM tarafından UKM'ne bildirilir. UKM bu grefti, (Ek 3-B)'deki Ulusal Sistemden Organ ve Doku Alım/Çıkarım Sırası Formundaki Ulusal sıraya göre diğer bölgelerde bulunan karaciğer nakli merkezlerine teklif eder ve nakledilmesini sağlar.

e) Karaciğer alım sırası gelen merkezler, BKM veya UKM tarafından teklif edilen grefti, uygun kan grubunda alıcı hasta olmaması, fiziki şartlar ve insan gücü ile ilgili sorunlar gibi zorunlu sebeplerle nakledemeyecek durumda ise, bir sonra teklif edilecek greft için aynı sıralarını muhafaza ederler.

f) Greft alım sırası gelen merkezler BKM veya UKM tarafından teklif edilen grefti naklettikleri takdirde, greft alım sıraları, greft BKM den teklif edilmişse BKM listesinde, UKM tarafından teklif edilmişse UKM listesinde en sona geçer. BKM, kendi greft alım listesi değiştiğinde UKM'ne listenin son halini bildirir.

g) Karaciğeri alacak merkez, crossklemp işlemini takip eden 1 saatlik süreyi aştıktan sonra karaciğeri almaktan vazgeçer ise, karaciğeri kullanmış sayılacağından Bölgesel veya Ulusal Organ ve Doku Alım/Çıkarım Sırasında son sıraya geçer.

ğ) Kadavra karaciğer, gönderildiği merkezde split yapılarak birden fazla hastaya nakledilebilir. Split yapılan ancak kullanılmayan karaciğer dokusu Bölgesel veya Ulusal sıraya göre bir başka merkeze sunulabilir.

Böbrek dağıtım ilkeleri

Madde 8- (1) Böbrek dağıtım ilkeleri şunlardır:

a) Böbrek dağıtımı UKM tarafından Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesinde yapılan eşleştirme ve puanlamaya göre yapılır. (Nakil merkezi tespitine yönelik yapılan puanlamada, merkezler, en yüksek puanlı 3 hastanın toplam puanına göre en yüksekten en düşüğe doğru sıralanırlar).

b) Her alıcı, kendisiyle aynı kan grubundan olan vericiden böbrek alır.

c) Acil böbrek bildirimi için:

1) Herhangi bir diyaliz yöntemi ile tedavisi mümkün olmayan (damar yolu girişi olmayan, periton diyalizi uygulanamayan, vb.) hastalar için nakil merkezleri acil bildirimlerini Acil Hasta Bildirim Formu (Ek 8-C) ile UKM'ne bildirir.

2) Söz konusu talebin kabul edilmesi için UKM tarafından Diyaliz Bilim Kurulundan üç üyenin olurunun alınması gereklidir (görüşler faks ile teyit edilecektir). UKM, gerektiğinde hastanın ve dosyanın Bakanlığın belirleyeceği bir nefrolog ve/veya kalp-damar cerrahisi uzmanı tarafından yerinde görülmesini sağlar.

3) Olumlu görüş alındıktan sonra böbrek, acil bildirimi yapılan hastaya (birden fazla acil hasta varsa puan sırasına göre) yönlendirilir.

ç) Acil bildiriminin olmadığı hallerde sıfır mismatch alıcılarda uygulanacak kurallar şunlardır:

1) Aynı kan grubundan sıfır mismatch olan alıcı var ise böbrek şartsız olarak o alıcıya gider.

2) Birden fazla sıfır mismatch alıcının olması halinde, sırasıyla vericinin çıktığı nakil merkezi, bölgesel ve ulusal sıralamaya göre yapılan puanlama neticesinde, böbrek en yüksek puanlı alıcıya gider.

d) Böbrek dağıtımında uygulanacak genel kurallar ve yükümlülükler şunlardır:

1) Nakil merkezleri, kadavradan böbrek nakli olmayı bekleyen hastalarını Ulusal Böbrek Bekleme Listesine kayıt yapmakla yükümlüdür. Ulusal Böbrek Bekleme Listesinde kaydı olmayan hastaya kadavradan böbrek nakli yapılamaz.

2) Nakil merkezleri, böbrek veya böbrek ile birlikte pankreas naklini gerçekleştirecekleri hastalarını seçerken UKM tarafından kendilerine sunulmuş olan eşleştirme ve puanlama sonuçlarını dikkate alırlar.

3) Böbrekle birlikte pankreas nakli bekleyen hastalara böbrekle birlikte pankreas nakli yapmak üzere puanlama sırasına uymak kaydıyla öncelik verilebilir.

4) Nakil merkezleri, nakil yapma kararı verdikleri hastalarının isim ve T.C. kimlik numaralarını nakil işlemi gerçekleştirilmeden hemen önce UKM'ne bildirir.

5) Böbrek naklinin puan sırasına uyulmadan gerçekleştirilmesi halinde, nakil merkezleri, bu durumun gerekçelerini bildiren, kendi merkezlerinde bekleyen ve nakil yapılan hastadan daha yüksek puanlı olduğu halde nakil yapılamayan her hasta için ayrı açıklama yapmak üzere hazırlanacak ayrıntılı bir raporu en geç nakil işleminin gerçekleştirilmesini takip eden iki iş günü içerisinde UKM'ne iletir. Nakil merkezi, (Ek 6-C)'deki Alıcı İzleme Formunu nakil işleminin gerçekleştirilmesinden sonra derhal UKM'ne iletir. UKM, Alıcı İzleme Formundaki bilgiler doğrultusunda nakil olan hastayı bekleme listesinden çıkarır.

6) Nakil merkezleri canlı vericiden nakil olmuş hastasının kaydını Ulusal Böbrek Bekleme Listesinden çıkarır.

7) Puanlamada nakil merkezleri veya aynı merkezdeki hastalar arasında eşitlik olması halinde, HLA antijenlerinden önce DR, sonra B, daha sonra A uyumu dikkate alınarak merkeze veya hastaya öncelik verilir.

8) Bir nakil merkezine teklif edilen böbreğin, o nakil merkezi tarafından herhangi bir nedenle reddedilmesi veya asgari doku uyumu şartının gerçekleşmemesi halinde, puanlamaya göre sıradaki nakil merkezine böbrek teklif edilir.

9) Vericiden alınacak kan, doku, vb. numunenin doku tipleme laboratuvarına taşınması ile böbreklerin uygun alıcıların bulunduğu nakil merkezine ulaştırılması amacıyla il içi veya iller arası yapılması gerekli taşıma işlemleri UKM veya BKM'nin organizasyonunda, vericinin bulunduğu ildeki sağlık müdürlüğü veya böbrek nakli merkezlerince temin edilecek araçlar vasıtasıyla gerçekleştirilir.

10) Böbrek bekleyen hastalar sadece bir nakil merkezinde kayıtlı olacağından, birden fazla nakil merkezine kayıt yaptırmış olan hastalar ile kaydını başka bir nakil merkezine aldırmak isteyen hastalar, böbrek nakli olmayı tercih ettikleri nakil merkezini Bakanlığa dilekçe ile bildirirler.

11) Diyalize girme sürelerinin puanlanması için hastaların diyalize ilk başlama tarihlerini belirten belgeyi kayıtlı oldukları nakil merkezine sunması ve nakil merkezinin bu belgeyi hastanın dosyasında saklaması gereklidir.

12) Bekleme süresinin tespitinde hastanın diyalize ilk giriş tarihi veya böbrek naklinden sonra diyalize yeniden girmeye başladığı tarih ilk gün olarak kabul edilir. Eğer hasta böbrek naklinden sonra 6 ay içinde böbreği kaybederse, bekleme süresi sıfırdan başlamaz, kaldığı yerden devam eder. Nakil merkezi hastayı tekrar bekleme listesine kaydederken diyalize başlama tarihini buna göre belirler.

13) UKM tarafından yapılan kontrollerde bekleyen hasta verilerinde yanlışlık olduğu tespit edilen merkezler Bakanlıkça uyarılır. Verilerindeki yanlışlık nedeniyle haksız olarak böbrek aldığı saptanan merkezler, her benzer vaka için iki defa olmak üzere, böbrek dağıtımından faydalanamazlar.

14) Nakil merkezleri vericinin doku tipinin belirlenmesini sağlamak, belirlenen doku tipini UKM'ne bildirmek ve nakil işlemini, acil durumlar hariç olmak kaydıyla, UKM tarafından yapılacak puanlama işlemi tamamlandıktan sonra gerçekleştirmekle yükümlüdür.

15) Nakil merkezleri, bekleyen hastalarının verilerini, T.C. kimlik numarası dahil, Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesine eksiksiz, doğru ve zamanında girilmesinden, hasta bilgilerinin doğruluğunun en az 6 ayda bir kontrol edilerek güncellenmesinden sorumludur.

16) Doku tipleme laboratuvarları, BKM veya UKM'nin koordinasyonu ile böbrek nakli merkezleri veya organ ve doku kaynağı merkezlerinden kendilerine ulaştırılan, beyin ölümü saptanmış bağışı sağlanan vericilerin doku tiplerini belirlemek üzere gerekli testleri, en hızlı şekilde, resmi tatil günleri de dahil olmak üzere, 24 saat yapmakla yükümlüdür.

17) Acil bildirimi veya sıfır mismatch nedeniyle bir bölgeden başka bir bölgeye kadavra böbrek gönderilmesi halinde, böbreği alan nakil merkezi, çıkarım sırası nedeniyle veya vericinin kendi hastanesinde çıkması nedeniyle elde edeceği ilk böbreği kendisine daha önce böbrek gönderen nakil merkezine vermek zorundadır. Bu organ borçlanması ve geri ödeme durumu UKM tarafından takip edilir.

18) Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi Programının oluşabilecek herhangi bir teknik nedenle çalışamaması halinde, teknik sorun giderilene kadar Makamın 30/01/2001 tarih ve 950 sayılı Onayları ile yürürlüğe giren ve bu Yönerge ile yürürlükten kaldırılan Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesinin ilgili hükümlerinde belirtilen böbrek dağıtım ilkelerine göre işlem yapılır.

e) Kadavra vericinin böbrek nakli merkezlerinde çıkması durumunda aşağıdaki kurallar uygulanır:

1) Böbrek nakli merkezi vericinin doku tipinin belirlenmesini sağlar, belirlenen doku tipini UKM'ne bildirir.

2) UKM, kendisine bildirilen vericiye en uygun böbrek alıcılarını bulmak amacıyla eşleştirme ve puanlama işlemini gerçekleştirir.

3) UKM, asgari doku uyumu şartına uygun olmak kaydıyla bir böbreği vericinin çıktığı nakil merkezine verir. Nakil merkezi bu maddenin 1inci fıkrasının (d) bendinin (2) ve (3) numaralı alt bentlerinde belirtilen hususları dikkate alarak nakil işlemini gerçekleştirir.

4) Diğer böbrek, eşleştirme ve puanlama işlemi neticesine göre saptanan nakil merkezine teklif edilir.

f) Kadavra vericinin böbrek nakli merkezi dışındaki bir organ ve doku kaynağı merkezinde çıkması durumunda aşağıdaki kurallar uygulanır:

1) Organ ve doku kaynağı merkezlerinde çıkan kadavra vericilerden böbrek çıkarımı, BKM'ne bağlı illerdeki (Ek 2) nakil merkezleri tarafından ve (Ek 3-C)'ye göre sıra ile gerçekleştirilir.

2) Böbrek çıkarımını yapacak nakil merkezi ile karaciğeri kullanacak nakil merkezi aynı hastane bünyesinde ise, böbrek çıkarımı karaciğeri kullanacak karaciğer transplant cerrahının sorumluluğunda gerçekleştirilebilir.

3) Kadavradan böbrek çıkarımını gerçekleştiren nakil merkezi ekibi her iki böbreği kendi merkezine götürür ve vericinin doku tipinin belirlenmesine yönelik testlerin yapılmasını sağlar. Nakil merkezi, vericinin doku tipi sonuçlarını UKM'ne bildirir. Ancak, vericinin çıktığı merkeze yakın bir doku tipleme laboratuvarının mevcut olduğu hallerde, UKM, vericinin doku tipinin belirlenmesine yönelik testlerin söz konusu laboratuvarda yapılmasını sağlayabilir.

4) UKM, kendisine bildirilen vericiye en uygun böbrek alıcılarını bulmak amacıyla eşleştirme ve puanlama işlemini gerçekleştirir.

5) UKM, asgari doku uyumu şartına uygun olmak kaydıyla, bir böbreği çıkarımı gerçekleştiren nakil merkezine verir. Nakil merkezi bu maddenin 1inci fıkrasının (d) bendinin (2) ve (3) numaralı alt bentlerinde belirtilen hususları dikkate alarak nakil işlemini gerçekleştirir.

6) Diğer böbrek, eşleştirme ve puanlama işlemi neticesine göre saptanan nakil merkezine teklif edilir.

7) Sıradaki nakil merkezinin organ çıkarımını yapamaması durumunda, bölgesel çıkarım sırasında bir sonraki böbrek nakli merkezi, çıkarımı gerçekleştirir. UKM, asgari doku uyumu şartına sahip hastası olmak şartıyla, bir böbreği bu merkeze verir.

g) Gerekli görülen hallerde yapılacak olan histopatolojik incelemede nefroskleroz saptanan marjinal kadavra vericilerden elde edilecek böbrekler blok olarak nakledilebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Organ ve Doku Nakli Hizmetlerini Yürüten Merkezlerin ve Personelin Görev ve Sorumlulukları

Organ ve doku nakli merkezlerinin görev ve sorumlulukları

Madde 9- (1) Organ ve doku nakli merkezlerinin görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) Organ ve doku nakli merkezleri nakil amacıyla başvuran hastalar için nakil türlerine göre ilgili Bilimsel Danışma Kurulu tarafından hazırlanan formata uygun olarak hasta bekleme listelerini oluştururlar. Organ ve doku nakli merkezleri hasta bekleme listelerini UKM'ne gönderir.

b) Hasta bekleme listelerinde kayıtlı olan hastalara ilişkin acil organ taleplerini BKM'ne ve UKM'ne bildirirler.

c) Hasta bekleme listelerini güncelleştirerek, yeni başvuruları ve listeden çıkan hastaları en geç bir iş günü içinde UKM'ne bildirirler.

ç) Kanun'a uygun olarak beyin ölümü teşhisi konulan ve bağışı sağlanan vericiye ait bilgiler organ nakli koordinatörü vasıtasıyla (Ek 4)'deki Verici Bilgi Formu doldurularak BKM'ne ve UKM'ne bildirilir.

d) Organ alımı gerçekleştirildiğinde (EK 5)'deki Organ Bilgi Formu organı çıkaran organ ve doku nakli merkezi tarafından doldurularak organ ile birlikte organın nakledileceği merkeze gönderilir. Aynı form BKM'ne ve UKM'ne hemen bildirilir.

e) Organ ve doku nakli yapan merkez, nakil sonrası 1inci gün, 1inci , 3 üncü, 6 ncı, 12 nci aylarda, daha sonra her 12 ayda bir olmak üzere ve ölüm günlerinde (Ek 6)'daki Alıcı İzleme Formunu doldurarak BKM ve UKM'ne bildirilir.

f) Canlıdan organ ve doku nakli, alıcının dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabilir. Bu kapsam dışında kalan organ ve doku verici adaylarının durumları, 23/12/2008 tarihli ve 27089 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin 10 uncu maddesiyle teşkil olunan Etik Kurullar tarafından değerlendirilir, uygun bulunması halinde nakil gerçekleştirilir.

(2) Kemik iliği, kök hücre ve kordon kanı nakillerinde hısımlık bağı şartı aranmaz.

(3) Ülke genelinde canlıdan yapılan organ ve doku nakillerinde, alıcı ve vericinin Başhekimlikçe onaylı nüfus cüzdanı fotokopisi, akrabalık durumunu gösteren nüfus kayıtları, Verici Bilgi Formu ve Alıcı İzleme Formu (İlk 24 saatlik form) ile Yerel Etik Kurul çalışmalarının aylık olarak Bakanlık Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne (UKM) gönderilmesi zorunludur.

Organ ve doku kaynağı merkezlerinin görev ve sorumlulukları

Madde 10- (1) Organ ve doku kaynağı merkezlerinin görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) Yönetmeliğin 22 nci maddesi uyarınca organ ve doku kaynağı merkezi niteliği taşıyan hastaneler, Kanun'da belirtilen Beyin Ölümü Kurulunu oluşturarak BKM'ne bildirirler.

b) Organ ve doku kaynağı merkezlerinde görev alacak organ ve doku nakli koordinatörü ve yardımcılarının isimlerini, meslek ünvanlarını ve telefon numaralarını BKM'ne bildirirler.

c) Bütün resmî ve özel hastaneler, beyin ölümü vakalarını bağlı olduğu BKM'ne ve UKM'ne bildirmek zorundadır. Hastane servislerindeki potansiyel beyin ölümü vakalarını servis sorumlu tabibi çalıştığı kurumun organ ve doku nakli koordinatörüne bildirir. Organ ve doku nakli koordinatörü veya yardımcıları beyin ölümünün teşhis edilmesi için beyin ölümü kurulunu göreve davet eder. Kanun'un 11 inci ve 13 üncü maddeleri uyarınca beyin ölümü kararı alındıktan sonra organ ve doku nakli koordinatörü veya yardımcıları tarafından Kanun'a uygun olarak hasta yakınlarından, organ ve doku bağışı talep edilir. Organ ve doku nakli koordinatörü vakayı ve bağış durumunu (Ek 1)'de düzenlenen Beyin Ölümü Bildirim Formunu ve Aile İzin Formunu (Ek 9) doldurarak bağlı bulunduğu BKM'ne ve UKM'ne bildirmek zorundadır. Kurumda organ ve doku nakli koordinatörü bulunmuyor ise, beyin ölümü vakası Baştabip tarafından ilgili BKM'ne ve UKM'ne bildirilir.

(2) Beyin Ölümü Bildirim Formlarının Başhekimlikçe aylık olarak Bakanlık Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilmesi zorunludur.

Organ ve doku nakli merkezleri koordinatörlüğü

Madde 11- (1) Beyin ölümü tespiti yapabilecek yoğun bakım servisine sahip her hastanede bir organ ve doku nakli koordinatörü ile bir koordinatör yardımcısı bulunması zorunludur.

(2) Sertifikalı organ ve doku nakli koordinatörü ve koordinatör yardımcıları aktif olarak donör çıkarımını sağladıkları sürece bulundukları hastanede başka bir görevde çalıştırılamaz. Hastane yönetimi, organ ve doku nakli koordinasyonu için uygun bir mekan, şehirlerarası görüşmeye açık bir telefon ve internet bağlantılı bilgisayar sistemi sağlamakla yükümlüdür.

(3) Organ ve Doku Nakli Koordinatörü;

a) Ulusal Koordinasyon Sistemi içinde yer alan birimler arasındaki koordinasyonu sağlamak,

b) Potansiyel vericiler için 24 saat icapçı olarak hazır bulunmak ve verici adaylarını tespit etmek,

c) Kendi merkezinde tespit edilen verici adayının yoğun bakım ünitesinde destek tedavisinin sürdürülmesini sağlamak,

ç) Beyin ölümü şüphesi halinde, Beyin Ölümü Kurulunu oluşturan hekimlerin vaka başına intikallerini ve beyin ölümü tanısının kesin olarak konmasını, beyin ölümü tutanağının beyin ölümü kriterlerine göre ve kurallara uygun biçimde düzenlenmesini sağlamak,

d) Verici adayının ailesiyle görüşerek, Kanun'a göre gerekiyorsa, verici ailesinden izin almak, organ ve doku bağış belgesinin onaylanmasını sağlamak,

e) Organ ve dokunun çıkarılmasını ilgili cerrahlarla işbirliği yaparak organize etmek,

f) Alınan organ ve dokunun ilgili alıcı merkeze naklini sağlamak, oradaki ilgili personele ulaşarak organ ve doku ile alıcının kolayca buluşturulmasını sağlamak,

g) Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezinden kendi merkezine teklif edilen organ ve dokuları değerlendirmek amacıyla ilgili transplantasyon hekimleriyle iletişim kurarak doku veya organı kabul veya reddetmek,

ğ) Organ nakli merkezinde bekleme listelerini oluşturmak, güncellemek ve Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezine bildirmek,

h) Organ ve doku kaynağı merkezlerinde beyin ölümü oluşan her hastayı Bölge ve Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezlerine bildirmek,

ı) Potansiyel verici tespitini arttırıcı faaliyetlerde bulunmak,

i) Organ bağış kampanyaları düzenlemek,

j) Hastane personeline ve halka eğitim vermek,

k) Organ ve doku nakli koordinatör yardımcısına organ ve doku nakli ile ilgili yaptığı planlarda görev vermek ve kontrol etmek,

l) Bakanlık tarafından organ ve doku nakli konusunda düzenlenecek her türlü eğitim ve kampanyalara bölgesinde iştirak etmek ve destek vermek,

ile görevli ve sorumludur.

(4) Organ ve doku nakli koordinatör yardımcısı, organ ve doku nakli koordinatörünün verdiği görevleri yapar ve organ ve doku nakli koordinatörünün yukarıda belirtilen görevleri yerine getirmesinde yardımcı olur.

Bölge koordinasyon merkezlerinin görev ve sorumlulukları

Madde 12- (1) BKM'ler bulundukları ilin Sağlık Müdürlüğüne ve UKM'ne bağlı olarak Bakanlığın belirleyeceği görevleri yaparlar. BKM'den İl Sağlık Müdürünün görevlendireceği bir İl Sağlık Müdür Yardımcısı sorumludur. İl Sağlık Müdürlüğü, BKM'ne uygun bir çalışma mekanı, şehirlerarası görüşmeye açık bir telefon, internet bağlantılı bilgisayar sistemi ve il içi ve il dışı görevlerde kullanılmak üzere araç sağlamak dahil olmak üzere, organ ve doku nakli ile ilgili hizmetin yürütülmesini kolaylaştıracak her türlü desteği vermekle yükümlüdür.

(2) BKM'nin görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) Bölgesine bağlı bütün illerin organ ve doku nakli hizmetleriyle ilgili koordinasyonunu sağlar. Her bir BKM'ne bağlanan illerin listesi (Ek 2)' de gösterilmiştir.

b) Beyin ölümü ve organ bağışı vakaları bildirildiğinde, UKM tarafından gerekli görülen hallerde vericiye ait doku tiplemesinin yaptırılmasını sağlar ve sonucu UKM'ne bildirir.

c) Organ ve doku naklinin gerçekleşmesiyle ilgili verici adayı ve alıcı ile ilgili yapılması gereken tıbbi, idari ve hukuki işlemlerin yürütülmesini sağlar.

ç) Organ ve doku alımı ekiplerinin, çıkarılan organların ve nakil yapılacak hastaların nakil merkezlerine ulaşımlarını organize eder.

Bölge koordinasyon merkezleri koordinatörlüğü

Madde 13- (1) Bölge koordinasyon merkezlerinde en çok beş koordinatör hekim veya koordinatör yardımcısı personel görev alır. Aralarından bir hekim BKM'nin sorumluluğunu yürütür. BKM'de görev yapan personel nöbet sistemi ile çalışır ve yılın her günü bir koordinatör olmak suretiyle kesintisiz nöbet tutarlar. Görevleri esnasında nöbet yerinden herhangi bir sebeple ayrılamaz, iletişimi kesintiye uğratmayacak şekilde nöbet tutarlar. Nöbet tutan personel o günkü nöbette iş akışı yönünden karar vermekle sorumludur. Sorumlu hekimin gündüz mesai yapması halinde diğer personelin nöbetleri mesai bitiminde başlamak ve hafta sonu 24 saat olmak üzere tutulabilir. Ancak, BKM personel sayısının yeterli olmadığı durumlarda gündüz mesaisi haricinde tutulacak nöbet, icap nöbeti şeklinde olabilir.

(2) Nöbet sonunda nöbet defterine, yapılan işler açık bir şekilde ifade edilir ve imzalanır. Nöbet sırasında usule uygun koordinasyonun sağlanamadığı durumlarda nöbetçi personel bir tutanak tutar ve BKM sorumlu hekimine teslim eder.

(3) Bölge koordinasyon merkezleri personeli;

a) Kendisine gelen verici bildirimlerini toplamak, takip etmek, sorunların çözümünde rol almak,

b) Kendilerine bağlı illerde, hizmetin yürütülmesinde gereken koordinasyonu sağlayarak, ilgili koordinatörler ile sürekli iletişim halinde bulunmak,

c) Organ ve doku naklinin gerçekleştirilmesi ile ilgili verici adayı ve alıcı ile ilgili yapılması gereken tıbbi, idari ve hukuki işlemlerin tamamlanmasını sağlamak, UKM'nden aldığı bilgiler doğrultusunda, ilgili hastaya organ takıldığını denetlemek ve UKM'ne rapor ile bildirmek,

ç) Nakilleri yapacak organ nakli merkezi hekimlerini göreve çağırmak,

d) Bölgesine organ gelmesi veya gönderilmesi durumunda organ alım ekiplerinin, çıkarılan organların ve nakil yapılacak hastaların merkezlere ulaşımını sağlamak,

e) Organ bağış kampanyaları düzenlemek,

f) Sağlık personeline ve halka eğitim vermek,

g) Bakanlık tarafından organ ve doku nakli konusunda düzenlenecek her tür eğitim ve kampanyalara bölgesinde iştirak etmek ve destek vermek,

ğ) Organ ve doku kaynağı merkezleri, doku tipleme laboratuarları ve organ ve doku nakli merkezleri arasında koordinasyonu sağlamak,

h) Bakanlık tarafından verilen diğer görevleri yapmak,

ile görevli ve sorumludur.

Ulusal organ ve doku nakli koordinasyon merkezinin görev ve sorumlulukları

Madde 14- (1) UKM'nin görevleri şunlardır:

a) Bölge Koordinasyon Merkezlerinin koordinasyonunu sağlar.

b) Ulusal bekleme listesini oluşturur.

c) Acil bekleme listelerini oluşturur ve takip eder.

ç) Organ ve doku alım ekiplerinin iller arasında ulaşımını temin eder.

Ulusal organ ve doku nakli koordinasyon merkezi koordinatörlüğü

Madde 15- (1) Organ ve Doku Nakli Bilgi İşlem Merkezini de bünyesinde bulunduran Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezinde ve Bölge Koordinasyon Merkezlerinde, sertifikalı Organ ve Doku Nakli Koordinatörü ve Koordinatör Yardımcısı bulundurulması zorunludur.

(2) Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezinde, tercihen aile hekimliği uzmanı ya da yokluğunda pratisyen hekim olmak üzere bir kişi sorumlu hekim olarak görev yapar. Bunun haricinde en fazla altı koordinatör ve en fazla altı koordinatör yardımcısı görev yapar.

(3) Sorumlu hekim, UKM'nin tüm çalışmalarından sorumlu olup, tatil günleri dahil herhangi bir saatte merkeze gelip çalışanları denetlemek, nöbet defterlerini günlük olarak kontrol edip imzalamak, personelin nöbet listelerini hazırlatıp ilgili şube müdürüne onaylatmak ve haftalık mesaisini mevzuata uygun olarak tamamlayacak şekilde, bölümlere ayırıp yerine getirmekle görevlidir.

(4) Koordinatör ve yardımcısı nöbet sistemi ile çalışır ve yılın her günü bir koordinatör ve bir yardımcısı olmak suretiyle kesintisiz nöbet tutarlar. Nöbet tutan hekim o günkü nöbette iş akışı yönünden karar vermekle sorumludur.

(5) Nöbet sonunda hekim nöbet defterine yaptıkları işleri açık bir şekilde ifade eder ve yardımcısı ile birlikte imzalar. Nöbet sırasında usule uygun koordinasyonun sağlanamadığı durumlarda nöbetteki hekim bir tutanak tutar ve UKM sorumlu hekimine teslim eder. Görevleri esnasında nöbet yerinden herhangi bir sebeple birlikte ayrılamazlar.

(6) UKM koordinatörleri ve yardımcıları;

a) 24 saatlik çalışma formunda kendisine gelen verici bildirimlerini toplamak, takip etmek, sorunların çözümünde rol almak,

b) Organ ve doku kaynağı merkezleri, organ ve doku nakli merkezleri, transplantasyon ekipleri ve organ nakli koordinatörleri arasında koordinasyonu sağlamak,

c) Bu Yönerge'ye uygun şekilde organ ve dokuların dağıtımını sağlamak,

ç) Kadavra vericiden organ ve doku nakillerine ait verileri toparlamak,

d) Organ nakli merkezleri ve bölge koordinasyon merkezleri ile iletişimi sağlamak,

e) Bölgesel olarak koordinatör toplantıları organize etmek,

f) Ulusal ve uluslararası organ ve doku dağıtım organizasyonları ile iletişim sağlamak,

g) Organ bağış kampanyaları düzenlemek,

ğ) Sağlık personeline ve halka eğitim vermek,

h) Bakanlık tarafından organ ve doku nakli konusunda düzenlenecek her tür eğitim ve kampanyalara iştirak etmek ve destek vermek,

ı) Bakanlık tarafından verilen diğer görevleri yapmak,

ile görevli ve sorumludur.

(7) Koordinatör yardımcısı, koordinatörün verdiği görevleri yapar ve koordinatörün yukarıda belirtilen görevleri yerine getirmesinde yardımcı olur, tek başına verici sunumu yapamaz.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Son Hükümler

Yasaklar

Madde 16- (1) Yönetmelik ve bu Yönergede belirtilen kurallara aykırı olarak organ ve doku dağıtımı yasaktır. Bu yasağa uymadığı saptanan merkezlerin faaliyetleri Bakanlıkça durdurulur ve haklarında Kanunun ilgili hükümleri uygulanır.

(2) Bu Yönerge hükümleri dışında veya hilafına olarak organ ve doku nakli hizmetleri ile ilgili hiçbir şekilde koordinatörlük faaliyetinde bulunulamaz.

(3) Koordinatörler ve yardımcıları, organ ve doku naklini yapan transplantasyon ekibinden olamaz.

(4) UKM ve BKM'lerde bu Yönerge hükümlerinin aksine herhangi bir personel görevlendirilemez.

(5) Bu madde hükümlerine aykırı davrananlar hakkında genel hükümlere göre idari ve hukuki yaptırımlar uygulanır.

Yürürlükten kaldırılan hükümler

Madde 17- 30/01/2001 tarihli ve 950 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe giren Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük
Madde 18- (1) Bu Yönerge Bakan onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme
Madde 19- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Ekler:
Ek: 1 Beyin Ölümü Bildirim Formu
Ek: 2 Bölge Koordinasyon Merkezlerine Bağlanan İllerin Listesi
Ek: 3 Ulusal Sistemden Organ ve Doku Alım/Çıkarım Sırası
Ek: 4 Verici Bilgi Formu
Ek: 5 Organ Bilgi Formu
Ek: 6 Alıcı İzleme Formu
Ek: 7 Kadavradan Böbrek Dağıtımı Puanlama Tablosu
Ek: 8 Acil Hasta Bildirim Formu
Ek: 9 Aile İzin Formu

2.2.17. Kemik İliği Nakli Merkezleri ve Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezleri Yönergesi

Kemik İliği Nakli Merkezleri Ve Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezleri Yönergesi

(Makamın 26.02.2001 tarih ve 1832 sayılı, 06.10.2005 tarih ve 8303 sayılı, 02.05.2007 tarih ve 3902 sayılı, 13.08.2012 tarih ve 020/19163 sayılı ve 07.11.2022 tarih ve 12434 sayılı Olurları ile yürürlüğe giren değişiklikler eklenmiştir.)

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç
Madde 1 - Bu Yönergenin amacı; Kemik İliği Nakli Merkezleri ve Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezlerinin açılmasına, çalışmasına ve denetlenmesine dair usûl ve esasları belirlemek ve kemik iliği nakli hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili hususları düzenlemektir.

Kapsam
Madde 2 - Bu Yönerge, kamu kurum ve kuruluşları ile özel kuruluşların kemik iliği nakli ile ilgili faaliyetlerini kapsar.

Dayanak
Madde 3 - Bu Yönerge, 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43 üncü maddesine ve 01.06.2000 tarih 24066 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği'nin 16 ncı maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar
Madde 4 - Bu Yönergede geçen;
a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
b) Kemik İliği Nakli: Otolog ve/veya allojenik kemik iliği, periferik veya kordon kanından alınan kök hücre naklini,
c) Kemik İliği Nakli Merkezi: Otolog ve allojenik kök hücre nakillerinin yapıldığı merkezleri,
d) Özel Kemik İliği Nakli Merkezi: Kemik iliği nakillerinin uygulandığı, özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilere ait tıbbi tedavi merkezlerini,
e) Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezi: Verici ve alıcıların doku tiplerine ait bilgileri bulunduran, kemik iliği nakli ile ilgili doku tiplemelerini kayıt ve koordine eden bilgi bankasını,
f) Doku Tipleme Laboratuvarı: Verici ve alıcıların doku tiplerinin belirlendiği laboratuvarı,
g) Verici: Gönüllü kemik iliği ve/veya kök hücre vericisini,
h) Kanun: 29.05.1979 tarihli ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunu,
i) Kurul: (Değişiklik: 06.10.2005/8303) Bu Yönerge çerçevesinde faaliyet gösterecek olan Kemik İliği Nakli Bilimsel Danışma Kurulunu,
j) UKK: Ulusal Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Koordinasyon Kurulunu,
k) UKM: Ulusal Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Koordinasyon Merkezini,
l) ONBİM: UKM bünyesinde kurulan Organ ve Doku Nakli Bilgi İşlem Merkezini,
ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Kemik İliği Nakli Merkezleri

Kemik İliği Nakli Merkezlerinin Kurulması

Madde 5 - (Değişiklik: 06.10.2005/8303) Kemik iliği nakli merkezleri kamu kurum ve kuruluşlarına veya özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait tam teşekküllü hastaneler bünyesinde kurulur.

Kemik iliği nakli merkezlerinin bulunduğu hastane bünyesinde;

a) Doku tipleme laboratuvarı bulunmalı ya da ruhsatlı bir doku tipleme laboratuvarından hizmet alacağı,

b) Sitogenetik laboratuvarı bulunmalı ya da başka bir kurumdaki sitogenetik laboratuvarından hizmet alacağı,

belgelenmeli,

c) 24 saat hizmet veren hematoloji ve biyokimya laboratuvarı,

d) Histopatoloji,

e) Radyoloji ve görüntüleme,

f) Mikrobiyoloji laboratuarı,

g) Kan ürünü desteği (eritrosit, trombosit ve diğer kan ürünleri, HLA uyumlu trombositler, filtre edilmiş veya CMV negatif kan ve kan ürünleri, ışınlanmış kan ürünleri),

h) Eczane,

i) Tüm ana uzmanlık birimleri (göğüs hastalıkları, gastroenteroloji, nefroloji, kardiyoloji, nöroloji, psikiyatri, beyin cerrahisi, enfeksiyon hastalıkları, vasküler ve genel cerrahi),

j) Yerinde bronkoskopi ve endoskopi,

k) Yoğun bakım ünitesi,

l) Nutrisyon desteği,

hizmetlerinin sağlanacağı belgelenmelidir.

Her transplantasyonda doku tipleme laboratuvarı sorumlusunun imzaladığı laboratuvar raporlarının bulunması gereklidir.

Çocuk kemik iliği transplantasyonu üniteleri için çocuk cerrahisi ve diğer çocuk üst uzmanlık alanları bulunmalıdır.

Radyoterapi için ilişkili merkezler kullanılabilir.

Bakanlığa bağlı eğitim hastanelerindeki merkezler, Bakanlığın uygun görüşü ile hematoloji veya onkoloji kliniğine bağlı olarak kurulur.

Kemik İliği Nakli Merkezlerinde Bulunması Gereken Bölümler

Madde 6 - Kemik iliği nakli merkezlerinin açılacağı hastanelerde şu bölümler bulunmalıdır:

1) Kemik İliği Nakli Ünitesi;

a) En az 2 adet tek yataklı hasta odası ve hasta odalarından en az bir tanesi gerektiğinde yoğun bakım odasına dönüştürülebilecek alt yapıya sahip olmalıdır.

b) Kemik iliği nakli ünitesi ve odaları güncel izolasyon ölçütlerine uygun oluşturulmalıdır.

(Değişiklik: 02.05.2007/3902- 01.07.2008 tarihinde yürürlüğe girer.) Allogeneik kemik iliği nakli odaları için izole tek kişilik odalarda pozitif basınçlı hepa filtre sisteminin(merkezi/portatif) olması gereklidir. Hepa filtre sisteminin en az 0,5 mikrometre partikül tutucu ve en az saatte 12 kez hava değişimi yapacak şekilde tesis edilmesi gereklidir.

2) (Değişiklik: 13.08.2012/020/19163) Hastanede yok ise ilgili mevzuat hükümleri doğrultusunda Bakanlıkça ruhsatlandırılmış bir terapotik aferez merkezinden hizmet satın alınabilir.

3) Kök hücre İşleme, Dondurma, Saklama (Kryoprezervasyon) Ünitesi;

a) Sıvı Nitrojen tankı, saklama tankları,kontrollü dondurucu veya mekanik dondurma ve saklama imkanları olmalıdır,

b) Laminar hava akımı kabini bulunmalıdır.
4) Kemik İliği Nakli Polikliniği; Nakil öncesi hasta ve vericilerin değerlendirildiği ve nakil sonrası takiplerin yapıldığı ayrı bir bölüm olarak bulunmalıdır.
5) Arşiv Merkezi; Hastalara ve Merkez çalışmalarına ilişkin bütün bilgi ve verilerin saklandığı bir birim bulunmalıdır.

Kemik İliği Nakli Merkezlerinde Görev Yapacak Personel ve Nitelikleri
Madde 7 -(Değişiklik: 06.10.2005/8303) Kemik iliği nakli merkezinde aşağıdaki personel görev yapar:

a) (Değişiklik: 07.11.2022/12434) Kemik iliği nakli merkezinde en az bir yıllık bir tecrübeye sahip olmak üzere; hematoloji, onkoloji uzmanı (çocuk üniteleri için çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı sonrası hematoloji, onkoloji veya immunoloji yan daluzmanlığı olan) veya beş yıllık kemik iliği nakli deneyimine sahip iç hastalıkları veya çocuksağlığı ve hastalıkları uzmanı olmak üzere kadrolu ve tam gün çalışan bir merkez sorumlusu tabip olmalıdır.

Merkez sorumlusu, birden fazla merkezin sorumluluğunu üstlenemez.

b) (Değişiklik: 13.08.2012/020/19163) En az 6 aylık kemik iliği nakli deneyimine sahip hematoloji, onkoloji uzmanı veya en az bir yıllık kemik iliği nakli deneyimine sahip iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı olmak üzere tam zamanlı veya kısmi zamanlı çalışan bir sorumlu yardımcısı tabip,

c) En az birisi, allogenik ve otolog kemik iliği nakli yapan bir merkezde en az altı ay eğitim almış olmak kaydıyla, vardiya başına her üç hasta yatağı için bir hemşire,

d) Aferez ve saklama ünitesinde, (b) bendinde belirtilen bir uzman tabip sorumluluğunda, hemaferez konusunda en az altı ay deneyimli bir hemşire ve bir teknisyen,

bulunmalıdır.

Bakanlığa bağlı eğitim hastanelerindeki merkezlerde sorumlu, ünitenin bağlı bulunduğu kliniğin şefi haricinde bir uzman ise, merkezin genel idari işlemlerinden bağlı bulunduğu klinik şefine karşı sorumlu olup; hasta yatış, tedavi ve takip konusundaki iş ve işlemlerin konsey kararlarına uygun olarak yürütülmesini sağlar.

Erişkin ve çocuk üniteleri ayrı ise her biri ayrı merkez olarak değerlendirilir.

Kemik İliği Nakli Merkezi Açılma Başvurusu ve Gerekli Belgeler
Madde 8 - Kemik İliği Nakli Merkezi açacak Hastanelerin bir dilekçe ile Bakanlığa başvurmaları gereklidir.

Başvuru dilekçesi ekinde şu belgeler bulunmalıdır:
a) Merkez sorumluluğunu üstlenecek uzman tabibe ait belgeler,

b) (Değişiklik: 06.10.2005/8303) Kemik İliği Nakli Merkezinin kurulduğu hastanenin 5 ve 6 ncı maddelerde, sorumlu tabibinin, 7 nci maddede belirtilen özellikleri taşıdığını gösteren belge,

c) Merkezde görev alacak diğer personelin eğitim durumunu gösteren belge
d) Kemik İliği Nakli Merkezinin Planı: Kemik iliği nakli hizmetleri için ayrılan bölümlere ait 1/100 ölçekli, her kat için ayrı düzenlenmiş, yerleşim ve kullanım alanlarını gösterir, ozalite çekilmiş, merkezin bulunduğu ilin Bayındırlık ve İskan Müdürlüğünce tasdik edilmiş plan,
e) Merkezde bulunan araç ve gereçleri gösteren liste,
f) Özel Kemik İliği Nakli Merkezi için başvurduğu takdirde kurucu gerçek kişi ise nüfus cüzdanının onaylı örneği, vakıf ise vakıf senedinin, şirket ise şirket sözleşmesinin noterden tasdikli örneği veya kuruluşu gösteren mahkeme kararının örneği eklenir.
Başvuruyu yapan hastane, hastanın nakil öncesi ve sonrası dönemlerde ihtiyaç duyabileceği anesteziyoloji ve reanimasyon, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, patoloji ve diğer branşların mevcut olduğunu, kan bankası desteği ile psikolojik ve sosyal servis desteğine sahip olduğunu ve veri yönetimi olanaklarını kullanabildiğini belgelemelidir.

Kemik İliği Nakli Merkezlerinin Açılma İzni
Madde 9 - Kemik iliği nakli merkezinin açılma başvurusu öncelikle Kurul tarafından değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda hazırlanan Rapor UKK'na sunulur. Başvuru UKK'nda ülke ihtiyaçlarına ve ulusal planlamaya göre incelenir. Kurul ve UKK tarafından uygun görülen başvurulara, nihai olarak Bakanlıkça incelenerek açılma izni verilir. Merkezdeki sorumlu hekim değiştiğinde Bakanlığa bildirilir. Kurul yapacağı ilk toplantıda Yönergenin 8 inci maddesine göre sorumlu uzmanın niteliklerini inceler. Kurulca uygun görüldüğü takdirde, Bakanlık onayı ile açılma izni yenilenir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Kemik İliği Nakli Merkezlerinin Faaliyetleri

Kemik İliği Nakli Merkezlerinin İzlenmesi
Madde 10 - Merkezlerin faaliyetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi 2 yılda bir Kurul tarafından yapılır. Kurul Merkez hakkındaki görüşlerini UKK'na bildirir. UKK değerlendirilen merkezlere ilişkin önerilerini Bakanlığa bildirir. İlgili merkezler öneriler doğrultusunda gereken düzenlemeleri yapmakla yükümlüdürler.
Kemik İliği Nakli Merkezlerinin yılda en az biri allojenik olmak üzere en az 10 (allojenik ve otolog) kemik iliği nakli yapması gerekmektedir. Yeni kurulan ünitelerin ise bu sayıya 3 yılda ulaşmaları gerekmektedir. Bu şartları yerine getiremeyen merkezlerin durumu Kurulca değerlendirilir.
Merkezlerin açılma iznine ait nitelikleri kaybetmeleri veya UKK tarafından faaliyetlerinin sakıncalı bulunması hallerinde çalışmaları Bakanlıkça durdurulur.

Yıllık Rapor
Madde 11 - Kemik iliği nakli merkezleri her yıl yapılan nakilleri ve hasta izlemlerini, en geç 31 Ocak tarihine kadar Bakanlığa bildirmekle yükümlüdürler. Bu veriler, Bakanlık tarafından yıllık rapor olarak yayımlanır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezi

Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezinin Kuruluşu
Madde 12 - Kemik İliği Nakli Bilgi İşlem Merkezi kemik iliği nakli yapan ve alt yapısı uygun olan kamu kurum ve kuruluşlarına ait eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversite hastaneleri bünyesinde kurulur.

Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezlerinin Koordinasyonu
Madde 13 - Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezlerinin koordinasyonu, ONBİM tarafından yürütülür.
Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezleri, aile dışı vericilere ait HLA doku bilgilerini, ONBİM'e bildirir.ONBİM bu bilgileri elektronik ortamda tüm ülke merkezlerine sunar. İleri işlemler vericinin kayıtlı bulunduğu Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezi tarafından yapılır.
Uluslararası verici veya alıcı durumu söz konusu olduğunda, bu durumun işlem öncesinde Bakanlığa bildirilmesi gereklidir.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Son Hükümler

Yasaklar

Madde 14 - Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği ve bu Yönerge ile gösterilen

vasıf ve şartlara sahip olmadan ve açılma izni almadan, kemik iliği nakli yapılması yasaktır. Bu yasağa uymadığı tesbit edilenlerin faaliyetleri Bakanlıkça durdurulur ve haklarında Kanun'un ilgili hükümleri uygulanır.

Kemik İliği Nakli Konseyi (Değişiklik: 06.10.2005/8303)

Ek Madde 1- Kemik iliği nakli merkezlerinde, transplantasyon endikasyonlarının konulması, tanı, tedavi, hazırlama ve takip süreçlerinin planlanması ve değerlendirilmesinden sorumlu bir konsey kurulur.

Özel merkezlerde konseye hemataloji ve onkoloji uzmanları, merkez sorumlusu, merkezde görevli hekimler ile gerek görüldüğü takdirde çağrılan diğer konsültan uzman hekimler katılır.

Bakanlığa bağlı hastanelerde konsey; merkezin bağlı olduğu kliniğin şefinin başkanlığında, hemataloji ve onkoloji klinik şefleri, şef yardımcıları, başasistan ve uzmanları ile merkez sorumlusu, merkezde görevli hekimler ve gerek görüldüğü takdirde çağrılan diğer konsültan uzman hekimlerden oluşur.

Hastalar hakkında verilen transplantasyon kararları başta olmak üzere, konsey tarafından tanı tedavi ve takip konusundaki alınan tüm kararlar, Baştabiplik tarafındantasdik edilmiş bir deftere kaydedilerek katılanlarca imzalanır. Konsey kararına katılmayan üye gerekçesi ile beraber kararını deftere yazarak imzalar.

Konsey kararları en az dörtte üç çoğunlukla alınır."

Geçici Madde-1 Bu Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten önce faaliyete geçmiş Kemik İliği Nakli Merkezleri ve Kemik İliği Nakli Bilgi İşlem Merkezleri,Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç 6 ay içinde, Yönergede belirtilen usullerle Merkeze ait bilgileri Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

Geçici Madde-2 (Ek Geçici Madde: 07.11.2022/12434) Bu yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten önce 7 inci maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında çalışmaya başlamış olanlar, kadro şartı aranmaksızın merkez sorumlusu olarak çalışmaya devam edebilir.

Yürürlük
Madde 15 - Bu Yönerge Bakan onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme
Madde 16 - Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

2.3. GENELGELER

2.3.1. Soybağının Tespiti Testi Genelgesi (2024/2)

GENEL MÜDÜR YARDIMCISI (Mine YAZICI)
TETKİK VE TEŞHİS HİZMETLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
238542190

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 95966346 -
Konu : Soybağının Tespiti Testi

GENELGE
2024/2

İlgi : 28.10.2022 tarihli ve 2022/6 sayılı Soybağının Tespiti Testi Hakkında Genelge.

5901 sayılı Türk Vatandaşlığı Kanunu'nun "Saklı nüfus" başlıklı Ek 1 inci maddesinde (Ek: 19/10/2017-7039/33 md.); "onsekiz yaşını tamamlayıncaya kadar herhangi bir nedenle aile kütüğüne kayıt edilmemiş olan ve yabancı bir devletle vatandaşlık bağı bulunmayan kişilere; ana ve baba, bunların ölmüş olması halinde, varsa kardeşleri ile hısımlığını gösterir tıbbi rapor ibraz etmeleri durumunda Türk vatandaşlığını kazanır" hükmü ile 5490 sayılı Nüfus Hizmetleri Kanununun 15 inci maddesinin dördüncü fıkrasında; "Sağlık personelinin takibi dışında doğan çocukların doğum bildirimi nüfus müdürlüklerine sözlü beyanla yapılır. Her sözlü beyanda mülki idare amirinin emri ile aile hekimlerince beyanların doğruluğunun araştırılması zorunludur" hükmü çerçevesinde aile kütüklerine tescil işlemleri Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğünce yürütülmektedir.

Ancak aile kütüklerine tescil işlemlerinin yapılması sürecinde, kimlik tespiti yapılması gereken ilgili kişilerin "Soybağının Tespiti Testi"nin yapılarak tıbbi rapor düzenlenmesine yönelik iş ve işlemler Bakanlığımızca yürütülmektedir.

Bu itibarla; Soybağının Tespiti Testi yapılarak tıbbi rapor düzenlenmek üzere ilçe nüfus müdürlüklerine müracaat eden talep sahiplerinin, nüfus müdürlüğünce kimlik tespiti yapılarak düzenlenecek "Kimlik Tespit Formu 1-2 (Ek-1) (Ek-2)" ile kamu sağlık kurum/kuruluşuna başvurmalarından itibaren izlenilecek işlem adımları ve dikkat edilmesi gereken genel usul ve esaslar aşağıda belirtilmektedir.

1-Tanımlar:

1.1- Soybağının Tespiti Testi: Talep sahiplerinin tanımlanmasında ve diğer bireylerden ayırt edilmesinde etkin olan özelliklerin tespit edilmesi amacıyla yapılan testi,

1.2- Kimlik Tespit Formu 1: 18 (on sekiz) yaş üstü kişilerde saklı nüfus için kullanılacak formu **(Ek-1),**

1.3- Kimlik Tespit Formu 2: 18 (on sekiz) yaş altı kişilerde sözlü beyanda kullanılacak formu **(Ek-2),**

1.4- Moleküler Genetik Raporu Formu: Genetik hastalıklar değerlendirme merkezleri tarafından ilgili nüfus müdürlüğüne gönderilecek sonuç rapor formunu **(Ek-3),**

1.5- Numune Gözetim Zinciri Formu: Numunenin kaybolmaması için, numuneyi alan kişinin, numuneyi laboratuvarda ve genetik hastalıklar değerlendirme merkezinde teslim alan kişilerin imzası bulunan formu **(Ek-4)**

1.6- Ödeme Makbuzu: Soybağının Tespiti Testi yapılması için, talep sahipleri tarafından numunenin alınacağı hastanenin döner sermayesine yatırdığını gösterir belgeyi,

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

1.7- Saklı Nüfus: On sekiz yaşını tamamlayıncaya kadar herhangi bir nedenle aile kütüğüne kayıt edilmemiş olan ve yabancı bir devletle vatandaşlık bağı bulunmayan kişileri,

1.8- Şahit Numune: Test tekrarı yapılmasının gerekli olduğu hallerde veya test sonuçlarına yönelik herhangi bir itiraz olması durumunda kullanılmak üzere genetik hastalıklar değerlendirme merkezleri tarafından 6 ay süre ile saklanan numuneyi,

ifade eder.

2- Genel Usul ve Esaslar:

2.1- Soybağının tespiti; Soybağının Tespiti Testi ile yapılır.

2.2- Soybağının Tespiti Testi için sadece, ilgili nüfus müdürlüğünden Ek-1 veya Ek-2 ile yapılacak müracaatlar kabul edilir.

2.3- Soybağının Tespiti Testi, Bakanlığımızca yetkilendirilmiş, ruhsatlı ve Ek-6'da belirtilen genetik hastalıklar değerlendirme merkezlerinde yapılır.

2.4- Numune alımını gerçekleştiren kamu sağlık kurum/kuruluşu tarafından genetik hastalıklar değerlendirme merkezine numune ile birlikte gönderilecek kargo paketinde; **Ek-1 veya Ek-2, Ek-4 ile Ödeme Makbuzu** bulundurulur.

2.5- Soybağının tespiti testi bedeli, talep sahipleri tarafından ilk müracaat edilen kamu sağlık kurum/kuruluşuna numune başına ödenir. Soybağı tespitine yönelik herhangi bir işlem Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilmez. İşlem bedelleri talep eden kurum veya kişi tarafından karşılanır.

a) Soybağının tespiti testi işlemleri; numunenin alındığı kamu sağlık kurum/kuruluşu tarafından "Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi"nde yer alan "SG101815-Soybağının Tespiti Testi Bedeli" ve "SG101816-Soybağının Tespiti Moleküler Genetik Raporlaması" hizmet kodları üzerinden tahsil edilir.

b) "SG101815-Soybağının Tespiti Testi Bedeli" hizmet kodu; S520030 kodlu normal poliklinik muayenesini ve test analiz bedeli olarak "G100380-Konvansiyonel (Sanger) DNA Dizileme, 2-5 reaksiyon" işleminin 3 defa çalışılmasını içermektedir.

c) İlk müracaat edilen sağlık kuruluşunca "Soybağının Tespiti Testi Bedeli" tutarı içerisinden S520030 kodlu normal poliklinik muayene bedeli ile numunenin çalışılmak üzere kargo yolu ile transfer edilmesi durumunda kargo bedeli toplam işlem bedelinin (SG101815 ve SG101816 toplamı) %10'u olarak kendi hesabına gelir kayıt edilir.

ç) "SG101816-Soybağının Tespiti Moleküler Genetik Raporlaması" işlem bedeli numunenin gönderildiği genetik hastalıklar değerlendirme merkezi tarafından, numunenin alındığı kamu sağlık kurum/kuruluşuna fatura edilir.

d) Soybağının tespiti testinin genetik hastalıklar değerlendirme merkezi bünyesinde yerinde hizmet alımı ile çalışılması durumunda, söz konusu tetkikin en az 15 marker ile çalışılması nedeniyle Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) yer alan G100380 kodlu "Konvansiyonel (Sanger) DNA Dizileme, 2-5 reaksiyon" işlem puanının üç

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

katı üzerinden hesaplanacak hakediş bedeli, hizmet alımı yapılan yüklenici firmaya ödenir.

3- Numune Alımı Yapılan Sağlık Kurum/Kuruluşu Çalışma Usul ve Esasları:

3.1- 18 yaş üstü talep sahipleri için personel nezaretinde ilgili nüfus müdürlüğünden alınacak Ek-1 ile birlikte, 18 yaş altı talep sahipleri için ise sağ veya sol kol nüfus müdürlüğü mührü ile mühürlenmiş olarak ve ilgili nüfus müdürlüğünden alınacak Ek-2 ile birlikte kamu sağlık kurum/kuruluşuna başvuru yapılacaktır. Tüm kamu sağlık kurum ve kuruluşları tarafından Soybağının Tespiti Testi için numune almak üzere poliklinikten giriş yapılması için gerekli düzenlemeler yapılacaktır.

3.2- Kimlik Tespit Formu-1 (Ek-1)'e 6 yaş altı çocuklar için fotoğraf yapıştırılmayacaktır. 15 yaş altı çocuklar için "Sözlü Bildirimde Bulunulan Çocuğa Ait Bilgiler" alanına imza alınmayacaktır. Kimlik Tespit Formu-1 (Ek-1) ve Kimlik Tespit Formu-2 (Ek-2)'ye yapıştırılacak fotoğraflar, nüfus müdürlüğü mührü ile mühürlenecektir.

3.3- Kamu sağlık kurum/kuruluşunun numune alımı bölümüne Ek-1 (personel nezaretinde) veya Ek-2 ve Ödeme Makbuzu ile birlikte başvurulur.

3.4- Numune alımı bölümünde, numune alınmadan önce kimlik doğrulanması amacı ile, Ek-1 veya Ek-2 de belirtilen 18 yaş üstü kişilerin fotoğrafı, 6-18 yaş arasındaki kişilerin fotoğraf ve nüfus müdürlüğü mührü ve 6 yaş altı çocukların ise nüfus müdürlüğü mührü kontrolü sağlanır.

3.5- Genetik hastalıklar değerlendirme merkezine gönderilmek üzere Soybağının Tespiti Testi yapılacak kişilerin her birinden alınacak 2'şer adet EDTA'lı tüpe numune alımı gerçekleştirilir.

3.6- Numune alımı bölümünce, Ek-4 doldurularak başhekim tarafından belirlenen ve numune transferini sağlayacak ilgili laboratuvara imza karşılığında numuneler teslim edilir.

3.7- Kabul edilen numuneler Bakanlığımızca belirlenen genetik hastalıklar değerlendirme merkezlerine transferi sağlanmak üzere ilgili laboratuvar tarafından, Ek-1 veya Ek-2, Ek-4 ve Ödeme Makbuzu ile birlikte kargoya teslim edilir.

4- Soybağının Tespiti Testi Yapılacak Genetik Değerlendirme Merkezi Çalışma Usul ve Esasları;

4.1- Genetik hastalıklar değerlendirme merkezine kargo ile gelen numune, Bakanlıkça belirlenen Ek-5 kabul kriterleri doğrultusunda değerlendirilir ve Ek-4 imzalanarak teslim alınır.

4.2- Kabul kriterlerine uygun olmayan numuneler reddedilir. İlgili numuneler Ek-3'e red gerekçesi belirtilerek, ilçe nüfus müdürlüğüne bilgi verilir. Ayrıca, ivedilikle tekrar numune gönderilmesi istenilir.

4.3- Soybağının Tespiti Testi sonucu, Ek-3 formatına uygun olarak düzenlenir ve Ek-1 veya Ek-2'de talep eden ilçe nüfus müdürlüğüne kapalı zarf ile gönderilir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

4.4- Test sonucu, yazılı veya sözlü olarak kesinlikle kişilere beyan edilmez.

İşbu Genelge ile ilgide kayıtlı 2022/6 sayılı Soybağının Tespiti Testi Hakkında Genelge yürürlükten kaldırılmış olup konunun ilinizde bulunan tüm kamu sağlık kurum/kuruluşlarına duyurulması ile, Soybağının Tespiti Testi çalışmasına ilişkin iş ve işlemlerin Genelgemiz kapsamında yürütülmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Doç. Dr. Tolga TOLUNAY
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

EKLER:
1. Kimlik Tespit Formu-1 (Ek-1)
2. Kimlik Tespit Formu-2 (Ek-2)
3. Moleküler Genetik Raporu (Ek-3)
4. Numune Gözetim Zinciri Formu (Ek-4)
5. Numune Kabul Kriterleri (Ek-5)
6. Bakanlığımızca Yetkilendirilmiş Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezleri İsim Listesi (Ek-6)

DAĞITIM:

Gereği:
81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Yükseköğretim Kurumu
Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıkları

2.3.2. Diyaliz Merkezlerinde Enfeksiyon Kontrolüne Yönelik Tedbirler-2 Genelgesi (2017/07)

T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - ORGAN,DOKU NAKLİ VE DİYALİZ HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
19/04/2017 17:13 - 56733164 - 204.99 - E.09-1207
0004875845 6

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 56733164/
Konu : Diyaliz Merkezlerinde Enfeksiyon Kontrolüne Yönelik Tedbirler-2

GENELGE
2017/07

Bilindiği üzere; Hepatit C virüsü (HCV) tüm dünyada yaygın olarak görülen, kronik karaciğer hastalığına sebep olan bir enfeksiyon etkenidir. HCV'nin en sık görüldüğü popülasyon arasında hemodiyaliz hastaları yer almaktadır.

Ülkemizde diyaliz hizmetleri Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik hükümleri doğrultusunda yürütülmekte olup, bu kapsamda; diyaliz merkezlerinde HCV (+) hastalar için ayrı cihazlar kullanılmaktadır. Mezkûr Yönetmelik EK-3 de yer alan diyaliz hastalarına yapılması gereken laboratuvar tetkikleri kapsamında ise;

-Diyaliz tedavisine ilk defa alınacak hastalarda kan grubu bilinmiyorsa kan grubu tayini ve son bir ay içinde bakılmamışsa HIV ve Hepatit testleri (HBsAg, Anti HBs ve Anti HCV)

-Ayda bir ALT

-Üç ayda bir ; Hepatit göstergeleri negatif olan hastalarda ELISA 2, 3 veya Mikropartikül İmmün Assay (MEIA) veya kemiluminesans yöntemiyle tayin edilmek kaydıyla HBsAg, HBsAb, Anti-HCV (HBsAb pozitif olan hastalarda HBsAg ve HBsAb tetkikleri 3 ay yerine 6 ayda bir yapılır)

-Altı ayda bir; Anti-HIV tetkikleri (ELİSA 2-3, Mikropartikül İmmünassay-MEIA veya kemiluminesans),

-Yılda bir Hepatit göstergeleri pozitif olan hastalarda ELISA 2, 3 veya Mikropartikül İmmün Assay (MEIA) veya kemiluminesans) yöntemiyle tayin edilmek kaydıyla HBsAg, HBsAb, Anti-HCVtestleri yapılmaktadır.

Ancak; sahada Anti HCV(+) ve HCV RNA (-) hastaların hangi cihazda diyalize alınması gerektiği konusunda bir karmaşa oluştuğu, farklı uygulamaların bulunduğu Bakanlığımıza iletilmiştir.

Genel olarak evrensel önlemlere tam olarak uyulmasının, hijyene dikkat edilmesinin ve cihazların sıkı sterilizasyonu/dezenfeksiyonunun, enfeksiyonun kontrolü açısından çok önemli olduğu dikkate alınarak konu Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu ve Diyaliz Bilimsel Danışma Komisyonu tarafından ele alınmış ve yapılan değerlendirme sonucunda;

- Anti HCV (+) olan her hastaya HCV RNA bakılması, HCV RNA negatif ise seronegatif cihazda hemodiyalize alınması, üç ay sonra HCV RNA negatifliğinin devam etmesi durumunda, yılda bir kez bakılmasının yeterli olduğu,
- HCV RNA pozitif ise seropozitif cihazda diyalize devam edilmesi, HCV RNA'nın altı ayda bir takip edilmesi,
- Anti HCV (+) olup tedavi gören hastalarda; tedavi bitiminden sonraki üçüncü ayda HCV RNA negatifliği gösterildiğinde yani kalıcı viral yanıt tanımlandığında

Yazışma Adresi: T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

hastanın seronegatif cihazda tedaviye alınması, bahse konu hastanın kalıcı viral yanıt oluşana kadarki süreçte seropozitif cihazda diyalize alınması,

- Tüm uluslararası rehberlerde hepatit C ile enfekte tüm hastalar için önerildiği gibi enfeksiyon kontrol önlemlerine sıkı uyumun önemli olduğu,
- Hemodiyaliz ünitelerinde ve işlem esnasında standart önlemlere ve sterilizasyon-dezenfeksiyon-antisepsi ilkeleri ile kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları için gerekli önlemlere tam uyumun sağlanmasının büyük önem arz ettiği, Bu nedenle, ekte sunulan kontrol listelerinin her hasta için doldurulacak şekilde düzenlenmesi ve hasta kayıtları içerisinde yer almasının sağlanması,
- Ünitelerde kullanılacak ilaçlarla ilgili olarak mümkünse tek kullanımlık flakon ya da ampullerin kullanılması, mümkün olmayan durumlarda ilaçların hastaya özgü olmasının sağlanması, asla çoklu doz şeklinde ortak kullanımın yapılmaması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

EK: Kontrol Listeleri

DAĞITIM:
Gereği
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

2.3.3. Diyaliz Merkezlerinde Enfeksiyon Kontrolüne Yönelik Tedbirler Genelgesi (2016/20)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ORGAN, DOKU NAKLİ VE DİYALİZ HİZMETLERİ
DAİRE BAŞKANLIĞI
12/11/2016 14:15 - 56733164-010.06.02-2994
00033366169

Sayı : 56733164/
Konu : Diyaliz Merkezlerinde Enfeksiyon Kontrolüne Yönelik Tedbirler

GENELGE
2016/..20

Bilindiği üzere; 18.06.2010 tarihli ve 27615 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik hükümleri ile diyaliz merkezlerinin Yatırım İzni dışındaki açılış, kapanış, adres değişikliği, sahip değişikliği, cihaz artırımı, denetim ve personel değişikliği vb.gibi tüm iş ve işlemleri Sağlık Müdürlüklerine devredilmiştir.

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliğin Merkezlerin denetlenmesi başlıklı 26 ncı maddesi kapsamında merkezler müdürlük tarafından oluşturulan komisyon veya denetleme ekibi vasıtasıyla, Ek-1 ve Ek-2 deki denetim formlarına göre altı ayda bir defa olağan olarak denetlenmektedir. Ancak; yapılan olağandışı denetimler sonucunda; diyaliz merkezlerinde genel hijyen kurallarına uyulmadığı, atık yönetimine önem verilmediği, merkezlerin fiziki şartlarının sağlıklı olmadığı bundan dolayı hijyenik olmayan bir ortamın meydana geldiği Bakanlığımıza iletilmiştir.

Genel olarak evrensel önlemlere tam olarak uyulmasının, hijyene dikkat edilmesinin ve cihazların sıkı sterilizasyonu/dezenfeksiyonunun, enfeksiyonun kontrolü açısından çok önemli olduğu yapılan Diyaliz Bilimsel Danışma Komisyonu toplantısında ele alınmış olup;

- Diyaliz merkezlerinin 6 ayda bir yapılan rutin denetimlerinde denetim komisyonunda bir enfeksiyon hastalıkları uzmanının yer alması,
- Yapılan denetimlerde enfeksiyon kontrolüne uyulmamasının tespiti durumunda; eksiklik tespit edilen merkezlere eksikliklerin tamamlanması için 1 ay süre verilmesi bir ay sonunda tekrar denetim yapılarak gerekli tedbirlerin alınmasının sağlanması;
- Enfeksiyon kontrolüne yönelik eğitimlerinin merkeze yeni başlayan her personele verilmesi ve yılda bir kez tüm personele eğitim verilmesi ve kayıt altına alınması
- Eğitimlerin sorumlu uzman hekim ve enfeksiyon kontrol hemşiresi sorumluluğunda verilmesi
- Enfeksiyon kontrol komitesinin bulunmadığı diyaliz merkezlerinde sorumlu hemşirenin yaptığı göreve ilave olarak enfeksiyon kontrol hemşiresi olarak da görevlendirilmesi, bu konuda Bakanlıkça düzenlenen sertifikalı eğitim programına katılarak eğitim almasının sağlanması
- İzlenen insidans artışı nedeniyle acil olarak ülke genelinde diyaliz merkezlerinde enfeksiyon kontrol tedbirlerine yönelik il sağlık müdürlüklerinin koordinasyonunda eğitim verilmesinin sağlanması hususunda görüş birliğine varılmıştır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bu kapsamda; ekte yer alan Bakanlığımızca hazırlanan diyaliz ünite/merkezleri için enfeksiyon kontrol kılavuzunun tüm ilgililere tebliğ edilmesi;

İlinizde faaliyet gösteren tüm diyaliz merkezlerine içerisinde enfeksiyon hastalıkları uzmanının da yer aldığı denetleme ekibince özellikle enfeksiyon kontrol önlemlerine uyulup uyulmadığı konusunda olağanüstü denetim yapılması, tespit edilen eksiklerin raporlanması, enfeksiyon kontrolü yönelik yapılması gerekenlerin yazılı olarak bildirilmesi, eksiklik tespit edilen merkezlere eksikliklerin tamamlanması için 1 ay süre verilmesi bir ay sonunda tekrar denetim yapılarak gerekli tedbirlerin alınmasının sağlanması ve konu ile ilgili gerekli hassasiyet ve özenin gösterilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

EK: Diyaliz Ünite/Merkezleri İçin Enfeksiyon Kontrol Kılavuzu

DAĞITIM:
Gereği
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

2.3.4.Diyaliz Hastalarının Nakli Genelgesi (2006)

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI .-B.10.0.THG.0.10.0.00.3- **9554 16.05.2006**
KONU: Diyaliz Hastalarının Nakli

GENELGE

.....BURSA.....VALİLİĞLNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Ülkemizde diyaliz hizmetinin yurt sathında yaygınlaştırılması ve diyaliz hastalarına verilen hizmetlerin kalitesinin arttırılması amacıyla; Bakanlığımıza bağlı hastaneler ile diğer kamu kurum ve kuruluşları ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılan diyaliz merkezlerinde tedavi edilen diyaliz hastalarının, tedavi günlerinde ikamet ettikleri yerlerden diyaliz merkezlerine nakli esnasında kullanılacak olan nakil araçlarının teknik özellikleri ve verilecek hasta nakli hizmetlerinin hangi şartlar dahilinde gerçekleştirileceğine ilişkin devam eden uygulamaların standardize edilmesine yönelik hasta taşımacılığı hizmetini vermek isteyen kurum ve kuruluşların, bu hizmeti aşağıda belirlenen şartlar dahilinde yürütmeleri uygun görülmüştür.

I-Araçlarda Aranacak Şartlar ve Çalışma Esasları:

a) Nakil araçlarında, dışarıdan görülebilecek bir şekilde, mavi renkte ve büyük harflerle "HASTA NAKİL ARACI" yazısı bulunmalıdır.

b) Nakil aracı olarak kullanılacak taşıtların iç düzenlemesinde demir aksam açıkta olmamalı, varsa da yaralanmaya sebebiyet vermeyecek yumuşak bir madde ile kaplanmalıdır.

c) Nakil araçlarında; 2918 sayılı "Karayolları Trafik Kanunu" ile 02.09.2004 tarih ve 25571 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Karayolları Trafik Yönetmeliği"nde ve bu mevzuata göre hazırlanan 21.10.2004 tarih ve 25620 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Araçların İmal, Tadil ve Montajı Hakkında Yönetmelik'te belirtilen standart, nitelik ve sayıda araç, gereç ve malzemeler her an kullanılabilir durumda bulundurulmalıdır.

d) Taşıtlarda yeterli ısıtma ve havalandırma tertibatı bulunmalıdır.

e) Merkezde tedavi olan engelli hasta bulunması halinde, hastanın nakil aracını kullanımını kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmalıdır.

f) Nakil aracı olarak kullanılacak taşıtlar temiz, bakımlı ve güvenli durumda bulundurulmalı ve rutin bakım ve onarımları yaptırılmakla birlikte; taşıtların cinsine göre Karayolları Trafik Yönetmeliğinin öngördüğü periyodik muayeneleri de yaptırılmış olmalıdır.

g) Araçların İmal, Tadil ve Montajı Hakkındaki Yönetmelik hükümlerine göre tayin edilen ve o araca ait tescil belgelerinde gösterilen oturacak yer adedi, aracın içerisine görülebilecek bir yere yazılarak sabit şekilde monte edilmelidir.

II- Nakil Araçlarıyla Taşımacılık Yapanların Yükümlülüğü:

a) Hastaların oturarak rahat bir yolculuk yapmalarını sağlayacak tedbirler alınarak, taahhüt edilen yere kadar götürülüp getirilecek ve nakil hizmeti sırasında taşıta başka herhangi bir yolcu alınmayacaktır.

b) Taşımacıların yanında araç sürücüsü görevini yürüten çalışanlar hizmet akdine tabi. olup, bunların sosyal güvenlik yönünden sigorta işlemleri yaptırılacaktır.

c) Sigorta Zorunluluğu: Hasta taşıma işi yapan özel hukuk tüzel kişileri ile kamu kuruluşları, nakil hizmetinde kullanılan söz konusu araçlarına, Karayolları Trafik Kanunu'nun zorunlu kıldığı Malı Sorumluluk Sigortasını yaptırmak ile yükümlüdürler.

III- Nakil Araçlarını Kullanan Personel:

a) Sorumlu ve yetkili olduğu hizmetin niteliklerine sahip olmalıdır.
b) B veya E sınıfı sürücü belgesine sahip olmalıdır.
c) Asli kusurlu ve bilinçli taksirli olarak ölümlü trafik kazalarına karışmamış olmak, alkollü olarak araç kullanma ve hız kuralını ihlal nedeniyle sürücü belgeleri birden fazla geri alınmamış olmak ve ticari taşıt kullanma belgesine sahip olmalıdır.

Kamu veya özel diyaliz merkezleri, nakil hizmetini diyaliz merkezi bünyesinde kendileri verebilecekleri gibi, taşımacı işletmelerden hizmet satın alımı yoluyla da temin edebilirler.

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları, 209 sayılı Kanun un 5335 sayılı Kanun ile değişik 3 üncü maddesinin ikinci fıkrası (c) bendi hükmü ile Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlan İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 Sayılı Kanun Gereğince İşletme, İdare ve Muhasebe İşlerine Dair Yönetmeliğin değişik "Döner Sermaye Giderleri" başlıklı 7 nci maddesinin (h) bendi hükmü dahilinde diyaliz hastası taşımacılığı hizmeti alabilirler ve bu hizmet bedelleri de ilgili sağlık kurumlarının döner sermaye bütçelerinden karşılanabilir.

Hâlihazırda diyaliz hastası taşımacılığı hizmeti veren kurum ve kuruluşlar bu Genelgenin yayımlandığı tarihten itibaren 3 (üç) ay içerisinde, yürüttükleri hizmeti bu Genelge hükümlerine uygun hale getirmeleri gerekmektedir.

Konunun iliniz dahilinde faaliyet gösteren tüm diyaliz merkezlerine tebliği hususunda bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Uzm.Dr. İsmail DEMİRTAŞ
Bakan a.
Müsteşar Yardımcısı V.

DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliği

2.3.5. Hastane Yatak Sayısı ve Tanımlar Genelgesi (2008/65)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02/010.06-
Konu : Hastane Yatak Sayısı ve Tanımlar **40370** **24.10.2008**

GENELGE
2008 / 65

İlgi : 20.07.2006 tarihli ve 13962 (2006/87) sayılı Genelge.

Bakanlığımıza ait hastanelerde kullanılan yataklara ilişkin düzenlemelerle alakalı olarak yayımlanan ilgide kayıtlı genelge esaslarının uygulanması sırasında farklı değerlendirme ve yorumlardan kaynaklanan sorun ve aksaklıklarla karşılaşıldığı, bazı hususlarda ise tereddütler oluştuğu Bakanlığımıza intikal eden şifahi ve yazılı müracaatlardan anlaşılmaktadır.

Bu bağlamda, Bakanlığımıza bağlı yataklı tedavi kurumlarındaki hizmet kapasitesinin belirlenmesi, mevcut yatak ve hizmet kapasitesinin etkin ve en üst seviyede kullanımı ve bunların ölçülebilirliğinin sağlanması neticesinde elde edilecek veriler ışığında; kurumların öncelikli ihtiyaçlarının tespit edilerek ileriye dönük bina, tıbbi teknoloji, nitelikli insan gücü ve hizmet alımları gibi kurumsal planlamalarını doğru ve ihtiyaçlarına uygun şekilde gerçekleştirebilmeleri maksadıyla hastanelerde kullanılan yatak tanımlarına ve bu konudaki farklı yorum ve uygulamalara açıklık getirilmesi ve uygulamada birliğin sağlanması bakımından Bakanlığımızca iş bu genelge ekine konulan düzenlemelerin yapılması uygun ve gerekli görülmüştür.

Buna göre, hastanelerdeki mevcut yataklar için kadro yatağı, fiili yatak, hastane yatağı gibi daha önce kullanılmakta olan farklı kavramların kullanılmaması gerekmekte olup hastanelerimizin yatak sayısının belirlenmesi ve hizmet kapasitesinin tespitinde ekte **(Ek-1)** gönderilen **"HASTANE HİZMETLERİNDE TEMEL KAVRAMLAR"** başlıklı dokümanda belirlenen **" Hasta Yatağı"** tanımı uyarınca işlem yapılmasını, hastanelerin çalışmalarına ilişkin istatistik verilerinin hazırlanmasında ve bu konuda yapılacak hesaplamalarda yine aynı dokümanda örnekleme yapılmak suretiyle açıkça tanımlanan istatistik formüllerinin esas alınmasını,

İlgili baştabiplikler tarafından hastanelerin yatak sayılarının yeni düzenlemeye uygun olarak tespitlerinin yapılarak servislere göre yatak dağılımlarını ve hastane toplam yatak sayısını gösterir şekilde hazırlanacak ve İl Sağlık Müdürlüklerince onaylanacak yatak dağılım cetvellerinin tescil işlemlerine esas olmak üzere 31.12.2008 tarihinden önce Bakanlığımızda olacak şekilde gönderilmesini,

Ayrıca, ilgide kayıtlı Bakanlık Genelgesi yürürlükten kaldırılmış olup bu konudaki iş ve işlemlerin iş bu genelge ve eki **"HASTANE HİZMETLERİNDE TEMEL KAVRAMLAR"** çerçevesinde yürütülmesi gerektiği hususunun ilgili kurum ve kuruluşlara imza karşılığı tebliğini önemle rica ederim.

Uzm. Dr. Orhan F. GÜMRÜKÇÜOĞLU
Bakan a.
Müsteşar

Ek-1: Hastane Hizmetlerinde Temel Kavramlar (2 sayfa)

DAĞITIM:
A PLANI
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığına
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına
Maliye Bakanlığına
Milli Savunma Bakanlığına

HASTANE HİZMETLERİNDE TEMEL KAVRAMLAR

A - HASTA YATAĞI

Hastaların 24 saatten az olmamak üzere bakım ve tedavilerinin sağlanması amacıyla yatırıldığı, hasta odalarına ya da hastalara devamlı tıbbi bakım hizmeti verilen birimlere yerleştirilen yataklardır. Hasta yatak sayısına; Yoğun bakım, Prematüre ve Yeni doğan Ünitesindeki yataklar (kuvöz, açık bebek yatağı) ile Yanık Merkezi ve Yanık Odalarındaki yataklar dahil edilir.

Akıl ve ruh sağlığı hastanelerinde kronik psikiyatri hastalarının tedavisi için ayrılmış yataklar, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastane veya servislerinde rehabilitasyon için ayrılmış yataklar, geriatri yatakları ile ortalama kalış süresi 30 gün ve üzerinde olan hasta yatakları "*Uzun Süreli Hasta Yatakları*", bunun dışında kalan hasta yatakları ise "*Kısa Süreli Hasta Yatakları*" olarak sınıflandırılır.

Hasta yataklarına;

a) Yeni doğan sağlıklı bebek sepetleri ve transport kuvözler,

b) Doğum için kullanılan doğum masaları ve sancı odası (travay) yatakları,

c) Poliklinik, Acil ve Laboratuarlarda muayene, küçük müdahale, gözlem ve hastaların istirahatı için kullanılan sedye ve yataklar,

d) Anestezi odası ve ameliyathanelerde, ameliyat öncesi uyuma ve bekleme için kullanılan yataklar,

e) Ameliyat sonrası bakım (uyandırma) odası yatakları,

f) Kemoterapi, radyoterapi, girişimsel radyoloji, genel ve lokal anestezi, intravenöz, infüzyon, inhalasyon ve sedasyon işlemleri ile diyaliz tedavisi gibi 24 saatten daha az bir zaman dilimi içinde yapılan tedaviler için kullanılan "*Günübirlik Tedavi Yatakları*",

g) Hastanede devamlı olarak kalanlarla nöbetçi personel için ayrılan yataklar,

h) Refakatçi yatakları,

dahil edilmez.

B-NÜFUS BAŞINA DÜŞEN HASTA YATAK SAYISI

Bir yıl içinde incelenen yerleşim birimi (İlçe, il, bölge, ülke) sınırları içerisinde bulunan sağlık kurumlarının toplam hasta yatağı sayısının birimin nüfusuna bölünmesi ile elde edilir. Belli sayıda (genellikle 10,000) kişiye düşen hasta yatak sayısını ifade eder. Planlama yapmak gibi diğer amaçlar yanında yerleşim birimleri arasında kıyaslama yapmak amacıyla da kullanılır.

$$\textbf{10,000 Kişiye Düşen Hasta Yatak Sayısı} = \frac{\textbf{İncelenen yerleşim birimi sınırları içindeki toplam hasta yatağı sayısı}}{\textbf{İncelenen yerleşim birimi toplam nüfusu}} \times 10{,}000$$

Örnek: 674,387 nüfuslu bir ildeki toplam hasta yatağı sayısı 1,625 dir. Bu ilde 10,000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı;

$$\text{10,000 Kişiye Düşen Hasta Yatak Sayısı} = \frac{1{,}625}{674{,}387} \times 10{,}000 = 24.1 \text{ yatak}$$

şeklinde bulunur.

C - YATAN HASTA SAYISI

Belirli bir zaman dilimi içerisinde hastaneye yatırılan hasta sayısıdır.

D - HASTA YATIRILMA ORANI

Belirli bir zaman dilimi içerisinde hastaneye yatırılan hastaların bulunduğu yerleşim alanı nüfusuna oranıdır.

E - ÇIKAN HASTA SAYISI

Bir yıl içerisinde hastaneye yatırılan, hastaların, şifa, salah hali, ile evlerine veya başka kurumlara çıkarılmalarıdır. Ölüm vakaları da buna dahildir.

F – MAKSİMUM YATILAN GÜN SAYISI

İncelenen süre içinde hastanede verilebilecek bakım gün sayısının en büyük değeridir. Hesaplamada hasta yatak sayısı ile incelenen süre içindeki gün sayısı çarpılır.

Örnek: 50 yataklı bir hastanenin Ocak(31 gün), Şubat(28/29 gün), Mart ayı (31 gün) için maksimum hasta bakım gün sayısı

= 50 yatak * (90/91 gün)
= 4500 hasta bakım günü (Şubat 28 gün ise)
= 4550 hasta bakım günü (Şubat 29 gün ise)

G - YATILAN GÜN SAYISI

Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Hesaplanmasında hastanın giriş çıkış günlerinden yalnız girdiği gün sayılır çıkış günü sayılmaz hastanın çıkış tarihinden giriş tarihi çıkarılarak elde edilir. Aynı gün yatıp çıkan hastanın hasta günü 1 gün olarak kabul edilir.

H) ORTALAMA KALIŞ GÜN SAYISI

$$\frac{\text{Yatılan Gün Sayısı}}{\text{Taburcu + Ölen}}$$

I) YATAN HASTA ORANI (%)

Bir yılda hastane polikliniğine başvuran hastaların ne kadarının yatırılarak tedavi edildiğini gösterir.

$$\frac{\text{Yatan Hasta X 100}}{\text{Poliklinik}}$$

J) YATAK DEVİR HIZI

Bir yatağın yılda kaç hasta tarafından kullanıldığını gösterir.

$$\frac{\text{Yatan Hasta}}{\text{Hasta Yatağı}}$$

K) DEVİR ARALIĞI (GÜN)

Bir hasta yatağının kaç gün boş kaldığını gösterir.

$$\frac{\text{Hasta Yatağı X Süre- Yatılan Gün Sayısı}}{\text{(Taburcu + Ölen)}}$$

L - YATAK DOLULUK ORANI:

Belirli bir zaman dilimi içerisinde hasta yataklarının ne oranda hasta tarafından kullanıldığını gösterir hesaplama formülü

$$\text{Yatak Doluluk Oranı} = \frac{\text{Yatılan Gün Sayısı X 100}}{\text{3ay (90 - 92 gün) veya 1 yıl (365 gün) X hasta yatak sayısı}}$$

Hasta yataklarının yeterli kullanılıp kullanılmadığını gösterir

2.3.6. Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesi (2024/11)

BAKAN YARDIMCILIĞI
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
261484456

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-11045126-010.06
Konu : Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası

GENELGE
2024/11

İlgi : a) Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Konulu 2010/73-80 Sayılı Genelge.
b) Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Konulu 2016/22 Sayılı Genelge.
c) Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Değişikliği Konulu 2017/10 Sayılı Genelge.

Bilindiği üzere, sağlık kurum ve kuruluşlarında özellikle poliklinik hizmetlerinde hasta mağduriyetlerinin önlenmesi, mevzuatımızda hasta hakları mevzuatı başta olmak üzere toplumda öncelikli olarak korunması ve özel tedbir alınması öngörülen vatandaşlarımızın sağlık hizmetinden de öncelikli olarak yararlandırılmaları konusunda Bakanlığımızca muhtelif zamanlarda yayımlanan genelgeler ile düzenlemeler yapılmış, mevzuat lafzına ve ruhuna uygun olarak uygulanabilmesine yardımcı olmak amacı ile yasal dayanağa kavuşturulmuştur.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın *"Kanun önünde eşitlik"* başlıklı 10 uncu maddesinde; *"Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.*

Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür. Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz.

Çocuklar, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz..." hükmü gereği;

Sağlık kurum ve kuruluşlarında genel hizmetin aksamasına meydan vermeyecek şekilde poliklinik muayenelerinde öncelik sırası alacak gruplar yukarıda anılan mevzuat çerçevesinde aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

1. Acil vakalar (Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar),
2. Engelli hastalar,
3. Hamileler,
4. 65 yaş üstü hastalar,
5. Yedi yaşından küçük çocuklar,
6. Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malûl ve gaziler ile aileleri,
7. 669 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) kapsamında Türk Silahlı Kuvvetlerinden Sağlık Bakanlığımıza devredilen sağlık kuruluşlarında geçerli olmak üzere, öncelikli olarak garnizon dışından sevkle gelenler, hizmetteki Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK), Jandarma Genel Komutanlığı (JGK) ve Sahil Güvenlik Komutanlığı (SGK) personeli ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile emekli TSK, J.Gn.K.lığı ve S.G.K.lığı personeli ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

8. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında koruyucu ve destekleyici tedbir kararı olan çocuklar,

9. 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun kapsamında hakkında koruyucu tedbir kararı olan ya da kadın konuk evinden hizmet alan kadın ve beraberindeki çocuklar,

10. Hâkimler ve Cumhuriyet Savcıları,

Ayrıca kolluk kuvvetlerince sevk edilen/edilecek adli vakalarda; savcılık veya kolluk kuvvetince önceden sağlık kurum/kuruluşuna bildirim yapılmalı ve/veya randevu alınmalı, bu suretle sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmetin aksamasına meydan vermeyecek şekilde sağlık hizmeti aksatılmadan ve diğer hastalar mağdur edilmeden gerekli işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.

Bu kapsamda; muayene önceliği hususunda düzenlenmiş olan ve yürürlükte bulunan ilgide kayıtlı 2010/73-80, 2016/22 sayılı ve 2017/10 sayılı Bakanlığımız Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Hakkında Genelgelerinin, kamu hizmetlerinin sunumunda karışıklığa meydan verebileceğinden ve öte yandan iş bu Genelge ile ihtiyaçlar doğrultusunda yeniden düzenleme yapıldığından; ilgi (a), (b) ve (c) 'de kayıtlı Genelgeler yürürlükten kaldırılmıştır.

Hizmetin aksamasına mahal verilmemesi amacıyla konuyla ilgili kuruluşlara bilgilendirme yapılması ve uygulanması, ilgili tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına duyuruların yapılması ve söz konusu vatandaşlarımıza ilişkin hizmet sunumunda kolaylaştırıcı tedbirlerin alınması hususunu önemle rica ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

2.3.7. Enjeksiyon Uygulamaları Hakkında Genelge (2019/11)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 14500235-401.99/
Konu : Enjeksiyon Uygulamaları Hakkında Genelge

GENELGE
2019/11

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 1'inci maddesi "Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır." hükmü ile 70'inci maddesinde "*Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler* yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemirde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin *tahriri* olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) ..." hükmü yer almaktadır.

Kanun Maddesinden de anlaşılacağı üzere, tıbbi müdahalelerde hastanın muvafakatının alınması gereklidir. Ancak, büyük cerrahi işlemler için bu muvafakatın yazılı olması zorunlu olup mevzuatımızda bunun dışında yazılı rıza alınması gereken bir işlem öngörülmemiştir.

Enjeksiyon uygulamaları büyük ameliyei cerrahiye olmadığı için hastaların sözel olarak bilgilendirilmesinin gerekli ve yeterli olduğu, müdavi hekim tarafından reçete edilmiş güncel tedavisinin yetkili sağlık meslek mensupları tarafından hastanın reçetesi görülerek yapılması halinde yazılı onam alınması zorunluluğu bulunmadığı hususunda,

Bilgilerinizi ve uygulamanın gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

DAĞITIM

Gereği
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına (YÖK)

Bilgi
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne

2.3.8. Hasta Hakları Uygulamaları Genelgesi (2014/32)

T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HASTA HAKLARI VE TIBBİ SOSYAL HİZMETLER DAİRE BAŞKANLIĞI
06.11.2014 17:56 - 2014.5371.1165 / 419
00006121732

Sayı : 64047795

Konu : Hasta Hakları Uygulamaları

.....

GENELGE
2014/32

Hasta Hakları Yönetmeliği ile birinci basamak kamu sağlık tesisleri, özel sağlık tesisleri ve askeri hastaneler dahil olmak üzere bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta memnuniyetinin arttırılması, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesi, hak ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanılabilmesini teminen hasta sorumlulukları da belirlenerek hasta/çalışan memnuniyeti ve güvenliğini gözeten bir yaklaşımla düzenleme yapılmıştır.

Ayrıca, yönetmelikle uyumlu olarak, internet tabanlı Hasta Başvuru Bildirim Sistemi (HBBS) oluşturulmuştur. Bu sistemle, başvuruların internet üzerinden alınması ve hasta iletişim biriminden hasta hakları kurul kararlarının sonuçlarının bildirilmesine kadar geçen süreçteki başvuru kayıt, takip, değerlendirme ve tebliğ işlemlerinin elektronik ortamda yürütülmesi sağlanmıştır.

Bundan böyle, hasta hakları uygulamaları HBBS üzerinden aşağıdaki düzenlemeler doğrultusunda yürütülecektir.

1) HASTA HAKLARI İL KOORDİNATÖRLÜĞÜ:

İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde; hasta hakları uygulamalarını il genelinde koordine etmek, denetlemek, hasta hakları kurullarının kurulması ve çalışması ile internet tabanlı hasta başvuru bildirim sisteminin çalışmasını sağlamak amacıyla hasta hakları il koordinatörlüğü kurulur. İl koordinatörlüğü, yeteri kadar sağlık ve genel idare sınıfı personelden oluşur.

İl koordinatörü:

Hekim, sosyal hizmet uzmanı ya da psikolog öncelikli olmak üzere lisans mezunları arasından İl Sağlık Müdürünün teklifi, Valiliğin uygun görüşü ve Bakanlığın onayı ile belirlenir. Görevine aynı usulle son verilir. Görevini İl Sağlık Müdürüne bağlı olarak yürütür.

Bu genelgenin yayım tarihinde hasta hasta hakları il koordinatörlüğü görevini yürütenler, eğitim durumları ve unvanlarına bakılmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere hiçbir onaya gerek kalmaksızın görevlerine devam ederler. Görevlerinden ayrılmaları halinde bu hakları sona erer.

İl koordinatörünün görevleri:

a) Hasta hakları kurulunu kurar ve kurulun sekretarya hizmetlerini yürütmek üzere yeterli sayıda personelin görevlendirilmesini sağlar.

b) HBBS'nin işleyişini ve kurul kararlarının uygulanmasını takip eder. HBBS'de hasta iletişim birim sorumlularının göreve başlayış ve ayrılışlarını takip ederek yetkilendirilmesini sağlar.

c) Kurulun toplanması, üye görevlendirilmesi ve üyeliğin sona ermesi gibi kurulun çalışmasına ilişkin işlemleri yürütür.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

d) Birden fazla kurul oluşturulması halinde sağlık kuruluşlarının bağlı olacağı kurul ile değişiklik taleplerini değerlendirir.

e) Hasta hakları uygulamalarını il genelinde koordine eder ve bu konuda danışmanlık yapar. Gereği halinde uygulamaları yerinde denetler ve hasta hakları ihlaline sebep olabilecek hususları yerinde inceler/inceletir.

f) İhtiyaç halinde ilde hasta hakları ile ilgili seminer, toplantı ve eğitim düzenler.

g) Kurul kararlarının özetini, başvuru tarihi, başvuru konusu, karar tarihi ve sayısı ile sağlık tesisi ismi belirterek kişi isimlerine yer vermeden il sağlık müdürlüğünün internet sayfasında duyurulmasını sağlar.

2) HASTA HAKLARI KURULU :

Kurulun yeri ve sayısı:

Başvuru sayısı ve sağlık kuruluşlarının fiziki konumlarına göre İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde uygun görülen yerlerde birden fazla kurul oluşturulabilir. Bu durumda kurul isimleri sayı ile ifade edilir.

Başkan ve üyeler:

Kurul; başkan, sendika işyeri temsilcisi, kurum temsilcisi, dernek temsilcisi ve vatandaştan oluşur.

İl Sağlık Müdürü veya görevlendireceği hasta hakları koordinatörü veya sağlık müdür yardımcısı başta olmak üzere en az lisans mezunu, hasta hakları konusunda deneyimi veya eğitimi olan, tercihen idari pozisyonu bulunan bir üye kurula başkanlık eder. İlçede kurul oluşturulacaksa, İl Sağlık Müdürünün görevlendireceği, İlçe sağlık müdürü veya en az lisans mezunu düzeyinde hasta hakları konusunda deneyimi veya eğitimi olan bir üye kurula başkanlık eder.

Diğer kurul üyeleri:

a) Şikayet edilen personelin varsa üyesi olduğu sendikanın işyeri temsilcisi,

b) Şikayet edilen personelin görev yaptığı kurumun ildeki üst yöneticisi tarafından görevlendirilen bir kurum temsilcisi (üniversite rektörlüğü, halk sağlığı müdürlüğü, kamu hastaneleri birliği genel sekreterliği),

c) Şikayet edilen personel özel sağlık kuruluşunda ise kuruluş mesul müdürü tarafından görevlendirilen bir temsilci,

d) Şikayet edilen personel askeri hastanede ise, askeri hastane başhekimliğince görevlendirilen bir temsilci,

e) Hasta hakları derneklerinden bir temsilci, hasta hakları derneği yoksa ya da temsilci bildirmemişse tüketici derneklerinden bir temsilci

f) Valilikçe görevlendirilen bir vatandaştan oluşur.

Toplum sağlığı merkezleri ve bağlı birimleri ile entegre sağlık hizmeti sunulan birinci basamak kamu sağlık tesislerinde çalışan personel hakkında başvuru yapıldığında, sendika temsilcisi kurul üyesi olarak, halk sağlığı müdürlüğündeki sendika temsilcisi görevlendirilir. İl Halk sağlığı müdürlüğünde sendika temsilcisi bulunmaması durumunda ise üyesi olduğu sendikanın il temsilciliğinden bir kişi, özel sağlık tesisleri için ise şikayet edilen personelin üyesi olduğu sendikanın il temsilciliğinden bir kişi üye olarak katılabilir.

Kurulda görev almak isteyen dernekler İl Sağlık Müdürlüğüne başvurur. Birden fazla hasta hakları derneğinin veya tüketici derneğinin başvurması durumunda, öncelikle hasta hakları derneklerinden yoksa tüketici derneklerinden bir dernek temsilcisi il sağlık müdürlüğünce kura yoluyla belirlenir. Beyanına göre sağlık kuruluşuyla ticari ilişkisi olmayan dernek ve dernek üyesi kurulda görevlendirilir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Kurula temsilci gönderecek kurumlar her kurul için bir asil bir yedek olmak üzere yasal süreler içinde görev yapacak daimi iki temsilci ismi bildirir. Asil üyelerin mazereti sebebiyle toplantıya katılamaması halinde yerlerine yedek üyeler katılır.

Kurulda görev yapacak vatandaşın gönüllüler arasından seçilmesi esastır. Kurula katılacak vatandaşta aşağıdaki nitelikler aranır:

a) Beyanına göre kendisi ve birinci derece yakınlarının, görev yaptığı kurulun görev alanına giren sağlık tesisleriyle ticari ilişkisi bulunmamak.

b) Kamu haklarını kullanmaktan kısıtlı olmamak.

Üyeliğin sona ermesi:

Sivil toplum temsilcisi ve sendika temsilcisi olan üyelerin görev süresi takvim yılıdır. Diğer komisyon üyelerinin görev süresi iki yıldır. Süresi dolan üyeler tekrar görevlendirilebilir.

Kurul toplantılarına mazeretsiz olarak üst üste üç defa katılmayan üyenin üyeliğine İl Sağlık Müdürlüğünce son verilir. Bu kişiler üç yıl süreyle yeniden üye olarak seçilemez. Herhangi bir sebeple boşalan üyelik için kalan süreyi tamamlamak üzere yeni üye seçilir.

Hasta hakları mevzuatına aykırı davranışı tespit edilen kurul üyelerinin üyeliğine İl Sağlık Müdürlüğünce son verilir ve bunlar beş yıl süreyle yeniden üye olarak seçilemez.

Görevleri, çalışma usul ve esasları:

a) Kurul, hasta iletişim birimlerince yerinde çözülmeyen hasta hakları ile ilgili başvuruları hasta hakları ihlali olup olmadığı yönünde değerlendirir, karara bağlar, gerektiğinde öneri sunar ve düzeltici işlem kararı verebilir. Gerek gördüğünde ilgilileri kurula davet edebilir.

b) Kurul kararlarının objektifliği, mahremiyeti ve gizliliğinin sağlanmasına azami özen göstererek başvuruları değerlendirir.

c) Kurul en geç on beş günde bir toplanır.

d) Kurul, başvurunun kurula ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içerisinde başvuru hakkında karar verir.

e) Kurul salt çoğunlukla toplanır ve katılanların salt çoğunluğuyla karar alır. Oyların eşitliği halinde başkanın taraf olduğu görüş kabul edilir. Başkan oyunu en son açıklar. İtiraz eden üyenin karşı oy gerekçeleri, karara özet olarak yazılır. Alınan kararlar başkan tarafından kurul üyelerine imzalatılır.

f) Son altı ay içerisinde ikiden fazla hak ihlali kararı verilen sağlık meslek mensubu hakkındaki dosya, il sağlık müdürlüğünün hazırlayacağı kanaat raporuyla birlikte sağlık meslekleri kuruluna iletilmek üzere Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilir.

g) Kurul kararına, tebliğ veya e-posta gönderim tarihinden itibaren 10 gün içerisinde itiraz edilebilir. İtiraz kurulda ikinci kez görüşülerek nihai karara bağlanır. Süresi içerisinde itiraz edilmeyen başvurular değerlendirilmeye alınmaz. Son itiraz mercii hasta hakları kuruludur.

Sekretarya Hizmetleri:

Kurulun bulunduğu yerlerde, il koordinatörlüğüne bağlı yeterli sayıda personel görevlendirilir. Bu personel il koordinatörünün talimatı doğrultusunda kurulun iş ve işlemlerini yürütür.

Sekretaryanın görevleri:

a) HBBS üzerinden gelen başvuruları inceler. Eksik bulunan başvuruları sistem üzerinden iade eder.

b) Kurul üyelerine toplantı günü ve saati hakkında bilgi verir.

c) Başvuruları kurula sunar.

d) Kurul kararını gerekçesiyle birlikte HBBS'ye kaydeder. Kararın yer aldığı kurul üyelerince imzalanmış formu tarayıcı vasıtasıyla sistemdeki ilgili başvuruya ekler.

e) Sekretaryaya yapılan hasta haklarına ilişkin başvuruları HBBS'ye kaydeder.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

f) Görev yaptığı kurula bağlanması uygun görülen sağlık tesisini HBBS üzerinde kurulla ilişkilendirir. Gereği halinde ilgili sağlık tesisinin başka bir kurula bağlanması için il koordinatörüne aktarım talebinde bulunur.

3) HASTA İLETİŞİM BİRİMİ:

İletişim birimi:

a) Hasta hakları uygulamalarının yürütülmesi amacıyla, kamu sağlık tesisleri, üniversite sağlık tesisleri, askeri hastaneler, kamu ve özel ağız diş sağlığı tesisleri, özel hastaneler, tıp merkezleri, poliklinikler ve toplum sağlığı merkezlerinde iletişim birimi kurulur. Toplum Sağlığı Merkezine bağlı birimler ile entegre sağlık hizmeti sunulan birinci basamak kamu sağlık tesislerinde hasta hakları uygulamaları toplum sağlığı merkezlerinde kurulan hasta iletişim birimince yürütülür.

Özel muayenehane, 112 acil sağlık hizmetleri ve diğer sağlık birimlerine ilişkin başvurular İl veya İlçe Sağlık Müdürlüğüne yapılır. Bu başvurular genel hükümlere göre değerlendirilir.

b) Hasta iletişim birimi yeteri kadar sağlık hizmetleri sınıfı ve idari hizmetler sınıfı çalışanından oluşur.

c) Hasta iletişim biriminin telefon ve elektronik posta adresi gibi iletişim bilgileri hastaların rahat görebileceği şekilde sağlık tesislerinde duyurulur. Hasta ve yakınlarının hasta iletişim birimine kolay ulaşabilmesi için servis ve polikliniklere yönlendirme levhaları asılır.

d) Sağlık tesisinin semt polikliniği dışındaki ek binası aynı kampüs içinde değilse, ek binaya ana binadaki hasta iletişim birimiyle koordineli ayrıca hasta iletişim birimi kurulabilir.

e) Hasta iletişim birimi, poliklinik katında, kolay ulaşılabilir bir yerde ve görülebilir şekilde, hastayla görüşme yapmaya müsait şekilde düzenlenir. Ayakta teşhis tedavi ve 1. Basamak sağlık tesislerindeki hasta iletişim birimi, mahremiyetin korunması kaydıyla başka hizmetler için de kullanılabilir.

f) Birimde telefon, faks, tarayıcı ve internet bağlantılı bir bilgisayar, yeterli sayıda koltuk, sandalye ve masa gibi araç ve gereç bulunur. Birimin her türlü ihtiyacı sağlık tesisi yönetimi tarafından karşılanır.

Hasta iletişim Birimi sorumlusu

a) Hasta iletişim birim sorumlusu öncelikli olarak hasta hakları konusunda eğitimi bulunan sosyal hizmet uzmanı, psikolog, iletişim fakültesi mezunları ya da müfredatında iletişim, halkla ilişkiler dersi bulunan fakülteler olmak üzere en az lisans mezunu kişiler arasından sağlık kuruluşunun teklifi, varsa sağlık kuruluşunun idari olarak bağlı olduğu ildeki üst kuruluşunun ve sağlık müdürlüğünün uygun görüşü, Valiliğin onayı ile görevlendirilir. Görevine aynı usulle son verilir.

Bu genelgenin yayım tarihinde hasta hakları birim sorumlusu olarak çalışanlar, eğitim durumları ve unvanlarına bakılmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere hiçbir onaya gerek kalmaksızın görevlerine devam ederler. Görevlerinden ayrılmaları halinde bu hakları sona erer.

b) Hasta iletişim birimi sorumlusu görevini, sağlık tesisi yöneticisi/ askeri hastane başhekimi/mesul müdürü adına yerine getirir.

c) Hasta hakları konusunda eğitimi olmayan kişiler hasta iletişim birim sorumlusu olarak görevlendirilemez. Ancak sağlık tesisinde eğitim almış personel bulunmadığı hallerde şartlara uygun birim sorumlusu görevlendirilir. Sorumlunun en geç 3 ay içinde eğitim alması sağlanır. Hasta hakları eğitimi veya eğitici eğitimi sertifikası olan hasta iletişim birim sorumlularının tekrar eğitim almasına gerek yoktur.

Hasta iletişim birimi sorumlusu, il koordinatörlüğü tarafından planlanan 8 saat teorik ve 8 saat uygulamalı aşağıdaki eğitimlere tabi tutulur:

T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

1- Hasta odaklı hizmet anlayışı eğitimi(hasta hekim iletişimi, Bakanlık uygulamaları, hasta hakları mevzuatı).

2- İletişim eğitimi (empati, beden dili, stres yönetimi).

3- Hasta iletişim birimlerinde ve hasta hakları kurullarında gözlem ve uygulama eğitimi.

d) Hasta iletişim birim sorumlusu, kendi isteği, tayin, istifa, sözleşme feshi, işten ayrılma sebepleri ve inceleme/soruşturma raporunda görev ve görev yeri değişikliği önerilmesi sonucunda görevden alınabilir. Bir defada kesintisiz 3 aydan fazla izne ayrılır ise yerine yeni bir görevlendirme yapılır. 3 aydan az olan resmi izin ve raporlarda kurum/kuruluş üst yöneticisi tarafından, birim sorumlusu vasıflarına uygun personel arasından izin/rapor dönemi süresince görevlendirme yapılır.

100 yatak ve üstü sağlık tesisleri ile 30 ve üstü ünit bulunan ağız ve diş sağlığı tesislerinde görevli birim sorumlusuna nöbet ve ikinci görev gibi işini aksatacak başka vazifeler verilemez. Toplum Sağlığı Merkezlerinde görevlendirilecek hasta iletişim birim sorumlularına birden fazla görev verilip verilemeyeceğine, iş yoğunluğu ve personel durumuna göre İl Halk Sağlığı Müdürü karar verir. Diğer sağlık tesislerinde, sağlık tesislerine bağlı semt polikliniklerinde, özel poliklinik ve tıp merkezlerinde görev yapan birim sorumlularına birden fazla görev verilebilir.

Hasta İletişim Birim sorumlusunun görevleri:

a) Birime doğrudan yapılan başvuruları HBBS'ye kaydeder. Doğrudan yapılan ve internet yoluyla HBBS'ye ulaşan başvuruları yerinde çözmeye çalışır.

b) Başvuru alındığında, durum acil ise aynı gün yönetimi bilgilendirir.

c) Yerinde çözülemeyen başvurularda, başvuru yapılan çalışan hakkında, sağlık tesisi yöneticisi/ askeri hastane başhekimi/mesul müdürü veya yetki devredilen yönetici imzasıyla bilgi ister ve cevabını takip eder.

d) Yerinde çözülemeyen başvurularda, edindiği bilgi ve belgeleri tarayıcı vasıtasıyla HBBS üzerinden hasta hakları kuruluna intikal ettirir. HBBS'ye teknik olarak yüklenmeyen belge ve dokümanları, resmi yazı ekinde hasta hakları kuruluna ulaştırır. HBBS'ye yüklü belgelerin asıllarını birimde arşivler.

e) Kurul kararının sonucunu ilgililere bildirir.

f) İl Koordinatörüne, hasta iletişim biriminin iş ve işlemleri hakkında bilgi verir ve görüşlerini alır. Denetim için istenilen tüm bilgi ve dokümanları Koordinatörlüğe sunar.

g) Kurumundaki eğitim programlarını hazırlar, organize eder ve yürütür.

h) Görevi ile ilgili mevzuatı takip eder ve değişiklikleri duyurur.

Hasta İletişim Birim personeli ve görevi:

Hasta iletişim birimlerinde, hasta iletişim birim sorumlusuna bağlı bilgisayar kullanmayı bilen, yeterli sayıda personel görevlendirilir.

100 yatak ve üstü sağlık tesisleri ile 30 ve üstü ünit bulunan ağız diş sağlığı tesislerinde görevli birim personeline nöbet ve ikinci görev gibi işini aksatacak başka vazifeler verilemez. Diğer sağlık tesislerinde görev yapan birim personeline birden fazla görev verilebilir.

4) BAŞVURU YOLLARI VE SÜREÇLERİ

Hasta ve yakınları tarafından, sağlık hizmet sunucularına ilişkin başvurular https://hastahaklari.saglik.gov.tr/ internet adresine, doğrudan hasta iletişim birimine veya İl Sağlık Müdürlüğüne yapılabilir.

HBBS'ye, https://hastahaklari.saglik.gov.tr/ adresinde tanımlı olan sağlık tesislerine yönelik şikayet, sorun-çözme, görüş- öneri veya teşekkür başvurusu yapılabilir. Bu başvuru ilgili sağlık tesisi hasta iletişim birimi tarafından işleme alınır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hasta veya yakını tarafından hasta iletişim birimine doğrudan başvuru yapılması halinde, başvuru kimlik ibrazıyla yazılı olarak alınır. Yazılı başvuru tarayıcıdan geçirilerek HBBS'ye doğrudan başvuru olarak kaydedilir. Süreç hakkında başvuran bilgilendirilir.

Sağlık müdürlüğüne yapılan başvurulardan HBBS'de bulunan sağlık kuruluşlarına ilişkin olanlar hasta hakları koordinatörlüğünce sisteme kaydedilerek süreç başlatılır.

Şikâyet ve sorun çözme başvuruları:

Hasta iletişim birimine ulaşan başvurular, değerlendirildikten sonra varsa ilgilinin mağduriyeti giderilerek ve başvuru sahibine gerekli açıklama yapılarak yerinde çözümlenmeye çalışılır. Yapılan işlem, HBBS'ye kaydedilir.

İşlem sonucunda, şikayet süreci devam ederse; sağlık tesisi yöneticisi/askeri hastane başhekimi/mesul müdürü veya yetki devrettiği yönetici imzasıyla şikayet edilen personel ve gerekiyorsa klinik/birimden 7 gün süre verilerek konu hakkında bilgi istenir. Başvurunun birime gelmesinden itibaren 10 gün içerisinde cevabi yazı, elde edilen bilgi ve diğer belgeler HBBS ye aktarılarak sağlık tesisinin bağlı olduğu hasta hakları kurulu sekretaryasına gönderilir.

Hasta iletişim birimine veya il koordinatörlüğüne tıbbi hata olarak ulaşan başvurular, kamu kurumu olması halinde sağlık tesisi yöneticiliğine/başhekimliğine; özel sağlık tesisi ise İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir ve durumdan başvurana bilgi verilir.

Görüş- Öneri Başvuruları:

Görüş ve öneri başvuruları, sağlık tesisi yöneticisi/askeri hastane başhekimi/mesul müdürü veya yetki devrettiği yönetici imzasıyla klinik/birimin sorumlularına gönderilir. Görüş ve öneriye ilişkin klinik/birim veya sağlık kuruluşunun cevabi bilgileri ve yapılan işlem hasta iletişim birimleri tarafından hasta başvuru bildirim sistemine kaydedilir.

Teşekkür Başvuruları:

Hasta ve yakınları memnuniyetlerini, internet ortamında veya hasta iletişim birimine kimlik bilgileriyle başvurarak sağlık tesislerine bildirebilirler. Teşekkür bildirimleri hasta başvuru bildirim sistemine kaydedilir.

5) SORUMLULUKLAR VE MÜEYYİDELER

a) Hasta başvuru ve taleplerinin çözülmesi ve hasta iletişim birimlerinin işleyişinin sağlanmasından sağlık kuruluşu yöneticisi/askeri hastane başhekimi/mesul müdürü birinci derecede sorumludur. Bu konuda imza yetki devri yapılabilir.

b) Sağlık kuruluşları personeline; iletişim, hukuki sorumluluk, etik ve hasta hakları konularında bilinçlendirme ve davranış kazandırma için gerekli eğitimleri vermekle veya eğitim almalarını sağlamakla yükümlüdürler.

c) Hasta iletişim birimine yapılan başvurular ve kurulda görüşülen dosyalar gizlidir, hiçbir şekilde şahıslara verilemez. Bilgi ve dosyalar ancak idari soruşturma yapan muhakkikler ya da adli mercilere, resmi yazı ile istenmesi durumunda gizliliğe riayet edilerek verilir. Başvuru dosyalarının gizliliğinin sağlanmasından, sağlık tesisi yöneticileri, hasta iletişim birimi personeli, hasta hakları koordinatörlüğü personeli ve kurul üyeleri sorumludur.

d) Kurul tarafından hasta hakkı ihlali kararı verilen kamu personeli hakkında ilgili idare tarafından mutlaka idari inceleme başlatılır. Yapılan inceleme sonucundan İl Sağlık Müdürlüğüne bilgi verilir. Kamu personeli olmayanlar için Hasta Hakları Yönetmeliğinin 47 inci Maddesine göre işlem yapılır.

e) Sağlık tesisleri, kurul kararlarının gereğini yerine getirir ve yapılan işlemler sonucundan kurula bilgi verir.

f) Kurul kararı kendisine bildirilen ilgili kurum veya kuruluşun yöneticisi/askeri hastane başhekimi/mesul müdürü gerekli işlemlerin yapılmamasından veya gecikmesinden doğacak adli ve idari sonuçlardan sorumludur.

T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hasta hakları uygulamalarının ve Hasta Başvuru Bildirim Sisteminin herhangi bir aksamaya mahal verilmeden tüm sağlık tesislerimizde multidisipliner bir şekilde uygulanması hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

Dağıtım:
A Planı
Yüksek Öğretim Kurulu Bşk.na
Genel Kurmay Başkanlığına

2.3.9. Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Tesislerinin Hizmet Rollerinin Belirlenmesi ve Planlanmasına İlişkin Usül ve Esaslar Genelgesi (2024/7)

GENEL MÜDÜR YARDIMCISI (Genel SERİN)
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI DAİRESİ BAŞKANLIĞI
5.04.2024 11:39:11 E-67029623-199-241166559

241166559

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 67029623-199
Konu : Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Tesislerinin Hizmet Rollerinin Belirlenmesi ve Planlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar

GENELGE
2024 / 7

Bakanlığımızca devam etmekte olan "Beyaz Reform" uygulamaları kapsamında vatandaşlarımızın tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak adına birçok proje hayata geçirilmektedir. Ağız ve diş sağlığı alanında tedavi edici hizmetlerin erişilebilirliğinin sağlanmasını takiben, devam eden hizmetlerin "aile diş hekimliği modeli" ile genişletilmesi ve koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin de mevcut sisteme entegrasyonu hedeflenmiştir.

Bu kapsamda; pilot uygulaması devam etmekte olan aile diş hekimliği modeli ile birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeniden kurgulanması, bireylere yönelik koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarıyla entegre bir sağlık hizmet sunumu amaçlanmaktadır. Bununla birlikte, yapımı devam etmekte olan ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ile üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri güçlendirilerek, daha nitelikli işlemlerin yapılabildiği, tedavi hizmetlerinin yanında lisansüstü düzeyde eğitim öğretim faaliyetlerinin de yer alacağı bir yapı oluşturulmuş olacaktır.

Bakanlığımız bünyesinde hizmet vermekte olan ikinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin, birinci basamak aile diş hekimliği hizmetleri ve üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ile güçlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu vesileyle; ağız ve diş sağlığı hizmet birimlerine yönelik yatırıma esas planlamaların ve planlama kriterlerinin yeniden değerlendirilmesi ihtiyacı hasıl olmuştur.

Bu doğrultuda; 06 Ekim 2010 tarihli ve 39939 sayılı Diş Hekimliği Hizmetlerinin Yeniden Yapılanması hakkındaki Bakanlık Makam Onayı ve söz konusu Makam Onayı dikkate alınarak yapılan bölge tabanlı sağlık hizmet planlama çalışmaları kapsamında ileriye dönük ağız diş sağlığı hizmet ihtiyacı dikkate alınarak yapılan ve 09/02/2015 tarihli ve 83913885/53 sayılı yazı ekinde

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne gönderilen yatırıma esas ağız ve diş sağlığı hizmet birimlerine yönelik planlama uygulamadan kaldırılmıştır.

Ağız ve diş sağlığı hizmet birimlerinin rollerinin yeniden belirlenmesi ve birinci, ikinci ve üçüncü basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin bütüncül olarak yatırıma esas ihtiyaç planlamalarının yapılması ile planlama kriterlerinin güncellenmesi amacıyla ekte yer alan "Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Tesislerinin Hizmet Rollerinin Belirlenmesi ve Planlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar" doğrultusunda iş ve işlemlerin yürütülmesi hususunda,

Gereğini rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Ek: Usul ve Esaslar (4 Sayfa)

2.3.10. Engelli Hastalara Yönelik Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Birimleri Genelgesi (2022/3)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 67029623-199
Konu : Engelli Hastalara Yönelik Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Birimleri

GENELGE
2022 / 3

Özel bakım ihtiyacı olan bireyler yaşam kalitesini doğrudan etkileyen ağız ve sağlığı hastalıkları açısından yüksek risk grubu içerisinde yer almaktadır. Ağız ve diş sağlığı hastalıklarının genel sağlık üzerine olumsuz etkileri olduğundan, bu bireylerin ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi ve var olan durumlarının korunması önemlidir.

Bilindiği üzere; engelli hastalara yönelik ağız ve diş sağlığı hizmetleri, engelli hastaların evde sağlık hizmetleri ile birlikte evde muayeneleri, ayaktan başvurularda poliklinik muayeneleri, hastanın genel sistemik durumu ve kooperasyonu uygun ise poliklinik şartlarında ağız ve diş sağlığı tedavileri, genel anestezi gereken durumlarda ihtiyaç olunan konsültasyon hizmetleri, genel anestezi öncesi tahlil ve tetkikleri, genel anestezi altında diş tedavileri ve tedavi sonrası yatış işlemlerini kapsamaktadır.

Bakanlığımızca sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engelli hastalara yönelik ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşımla güncel ihtiyaç ve beklentilere uygun olarak sunulmasını temin etmek üzere birimlerde görev yapacak asgari personel standardı, birimlerin fiziki şartları, bu birimlerin kurulması ve işleyişi ile buralarda görev yapacak personelin eğitimlerine ilişkin düzenleme yapılması gerektiği değerlendirilmiştir.

Bu kapsamda engelli hastalara yönelik ağız ve diş sağlığı hizmet birimleri; hizmetin içeriği, personel standardı ve fiziki gereklilikler bakımından, ekte usul ve esasları belirtilen engelli polikliniği, engelli ünitesi ve engelli diş tedavi merkez olarak sınıflandırılmış olup poliklinik ve ünitenin ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan sağlık tesisleri bünyesinde; merkez ise Bakanlığımız planlamaları kapsamında uygun görülen yataklı sağlık tesisleri bünyesinde kurulmalıdır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 67029623-199
Konu : Engelli Hastalara Yönelik Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Birimleri

Engelli hastalara ağız ve diş sağlığı hizmeti vermek üzere kurulmuş birimlerin bir yıl içerisinde Genelge hükümlerine uygun hale getirilmesi, sağlık tesisinin faaliyet izin belgesine eklenmek üzere İl Sağlık Müdürlüğünün uygun görüşünün Genel Müdürlüğümüze bildirilmesi ile birimlerin işleyişi ve engelli hastalara yönelik ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin bu Genelge hükümlerine uygun olarak etkili bir şekilde Müdürlüklerince yürütülmesi hususlarında;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Ek: Usul ve Esaslar (3 Sayfa)

Dağıtım:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne
Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne

Engelli Hastalara Yönelik Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Birimleri Usul ve Esasları

1) **Engelli Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Birimleri:**

a) Engelli Polikliniği; Bakanlığımıza bağlı ağız ve diş sağlığı hizmet birimlerinde, ayaktan başvuran hastaların ağız ve diş sağlığı muayeneleri ile tedavi işlemlerinin yapıldığı birimdir.

b) Engelli Ünitesi; Bakanlığımıza bağlı ağız ve diş sağlığı hizmet birimlerinde, engelli polikliniğinde belirtilen hizmetlere ilave olarak genel anestezi altında günübirlik dental işlemlerin yapıldığı birimdir.

c) Engelli Diş Tedavi Merkezi; Bakanlığımız planlamaları kapsamında uygun görülen yataklı sağlık tesisleri bünyesinde, engelli polikliniği ve ünitesinde belirtilen hizmetlere ilave olarak yatış gerektiren dental işlemlerin yapıldığı birimdir.

2) **Engelli Polikliniğinin Fiziki Şartları:**

a) Poliklinik; muayene odası ve bekleme salonundan oluşur.

b) Tercihen hastane girişine yakın bir konumda engelli erişiminin kolay sağlanabileceği ve diğer birimlerden izole edilmiş bir alanda konumlandırılmalıdır.

c) Muayene odalarında en fazla bir adet diş üniti bulunmalı ve ilgili mevzuatındaki tekli poliklinik odası standartlarını sağlamalıdır.

d) Hasta kabul, kayıt ve sekretarya işlemlerinin yürütüldüğü bir alan oluşturulmalıdır.

e) Bekleme salonu, muayene odalarına bitişik bir alanda oluşturulmalı, diğer birimlere ait bekleme salonlarından izole olmalıdır.

3) **Engelli Ünitesi ve Diş Tedavi Merkezinin Fiziki Şartları:**

a) Ünite ve merkez; poliklinik, ameliyathane ve yataklı servis olmak üzere üç ana bölümden oluşur.

b) Poliklinik; en az bir adet muayene odası ve bekleme salonundan oluşur ve yukarıda belirtilen polikliniğin fiziki şartlarını taşır.

c) Ameliyathane; genel anestezi altında dental müdahalelerin yapılabildiği, ilgili mevzuatına uygun şartları sağlayan ameliyathane bulunur.

d) Yataklı servis; ameliyat sonrası engelli hastaların tıbbi bakım, tedavi ve takiplerini sağlamak üzere en az 4 (dört) adet gözlem yatağı ile kurulur.

e) Tıbbi alanlara ilave olarak, hekimler için dinlenme odası, personel soyunma-giyinme, duş ve tuvalet ihtiyaçları için yeterli alan ayrılır. Kadın ve erkek hastalar ve hasta yakınları için engellilerin de yararlanacağı şekilde düzenlenmiş tuvalet ve lavabo bulunur.

4) Personel Standardı:

a) Engelli hastalara yönelik ağız ve diş sağlığı birimlerinde görev yapacak hekim ve diğer personelin görevlendirmesi mevzuatına uygun olarak idare tarafından yapılır.

b) İdare tarafından bir hekim veya diş hekimi sorumlu hekim olarak birimde görevlendirilir.

c) Birimdeki hizmetler; sorumlu hekimin denetim ve sorumluluğunda, diş hekimi, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik personeli ile diğer unvanlarda personel ile yürütülür.

d) Ünitenin açılacağı sağlık tesisinde genel anestezi işlemlerinin yapılabilmesi için ilgili personelin (anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, yardımcı sağlık personeli vb.) görevlendirilmesi İl Sağlık Müdürlüğünce sağlanır.

e) Merkezin açılacağı sağlık tesisinde konsültasyon ve genel anestezi işlemlerinin yapılabilmesi için en az birer kardiyoloji uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, nöroloji uzmanı, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı ve iç hastalıkları uzmanı bulunmalıdır.

f) Merkezde yapılacak müdahalelerde yatış gerektiren hastaların takibi için idare tarafından görevli branş hekimi belirlenir.

g) Birimde görevli sorumlu hekim, bu birimdeki görevinin yanı sıra poliklinik, ameliyat ve nöbet hizmetlerini de yürütebilir. Diğer sağlık personeli ihtiyaca göre idare tarafından kurumun diğer birimlerinde de çalıştırılabilir ve nöbet hizmetlerine dâhil edilebilir.

h) Çalışma düzeni ve saatleri ilgili mevzuatı çerçevesinde sorumlu hekimin teklifi ve idarenin onayı ile belirlenir.

5) Çalışma Esasları:

a) Sağlık tesisine gelmesi zor olan hastaların geliş sayısını azaltabilmek amacıyla; ihtiyaç halinde hastanın durum değerlendirmesi ve tedavi planlamasını yapmak üzere evde sağlık hizmetleriyle iş birliği yapılarak hastanın yerinde muayenesi yapılmalıdır.

b) Hastanın sağlık kuruluşu içerisindeki tetkik, tedavi ve konsültasyon işlemlerinde veya iş birliği yapılan sağlık kuruluşuna sevki durumunda, hastaya refakat etmek üzere idare tarafından bir yardımcı personel görevlendirilir.

c) Yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların idame tedavileri mümkünse aynı sağlık kuruluşu içerisinde, değilse en yakın sağlık kuruluşunda devam ettirilir.

d) İl sağlık müdürlüğü veya sağlık tesislerindeki evde sağlık hizmeti için tahsis edilmiş ulaşım ve nakil araçları, ihtiyaç duyulması halinde engelli hastalara yönelik ağız ve diş sağlığı birimleriyle birlikte ortak kullanılabilir.

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

f) Ayaktan başvuran hastaların ağız ve diş sağlığı muayeneleri ile tedavi işlemlerinin yapıldığı polikliniklerde, genel anestezi altında yapılması planlanan dental işlemler için İl Sağlık Müdürlüğünce koordinasyon sağlanarak gerekli tahlil, tetkik, anestezi ve yatış hizmetlerini kapsayan kurumlar arası iş birliği protokolü düzenlenebilir.

g) Ayaktan başvuran hastaların ağız ve diş sağlığı muayeneleri ile tedavi işlemleri ile genel anestezi altında günübirlik dental işlemlerin yapıldığı ünitelerde, hastadan işlem öncesinde istenecek konsültasyon, tahlil ve tetkiklerin yapılması amacıyla İl Sağlık Müdürlüğünce kurumlar arasında iş birliği ve koordinasyon sağlanır.

h) Ayaktan başvuran hastaların ağız ve diş sağlığı muayeneleri ile tedavi işlemleri ile genel anestezi altında günübirlik ve yatış gerektiren dental işlemlerin yapıldığı merkezlerde, günübirlik taburcu olabilecek işlemlerde, hastanın yatışı sorumlu hekim veya sorumlu hekimin belirleyeceği diş hekimi üzerine yapılır. Yatış gerektirecek işlemlerde idarenin uygun göreceği serviste (18 yaş altı hastanın yatışı tercihen çocuk sağlığı ve hastalıkları, 18 yaş üstü hastanın yatışı ise tercihen nöroloji ya da iç hastalıkları servisi) görevli branş hekimi üzerine yatış yapılır. Tedavi planı, ilgili anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı ve diş hekimi tarafından düzenlenir. Yatış yapılan servisteki görevli branş hekimi koordineli bir şekilde bu tedavi planını uygular.

i) Merkezlerde, yatışı yapılan hastanın dental tedavisi ile ilgili gelişebilecek durumlarda, tedaviyi yapan diş hekimi icap nöbetçisi olarak belirlenir.

j) Sorumlu hekim, hizmetin bir bütün olarak planlanıp yürütülmesinden ve birimde görevli tüm personelden, görev dağılımı ve iş akışından idareye karşı sorumludur.

6) Eğitim Faaliyetleri:

a) Birimde görevlendirilen personel, bu Genelgede belirlenen görev ve sorumlulukların gerektirdiği bilgi, beceri ve tutumların kazandırılması, engelli hastalara yönelik ağız ve diş sağlığı alanındaki yeniliklerin takip edilmesi, personel arasında bilgi ve uygulama birlikteliğinin sağlanması amacıyla Bakanlığımızca oluşturulan engelli hastalara yönelik ağız ve diş sağlığı bilim komisyonunca belirlenen eğitimlere katılım sağlamalıdır.

b) Birimde görev yapan personelin, eğitimlerinin en fazla beş yılda bir yenilenmesi gerekir. Eğitimlerin düzenlenmesi ve duyurulması Genel Müdürlüğümüzce yapılacaktır

2.3.11. Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi Genelgesi (2019/15)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

BAKAN YARDIMCISI - SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
22/07/2019 15:59 - 64047795 - 010.06.02 - 122
000978697766

Sayı : 54567092-010.06.02
Konu : Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi

GENELGE
2019/ 15

İlgi : 22/05/2017 tarih ve 64047795 – 010.06.01 – E.01-212 sayılı Genelge (2017/8)

Bakanlığımızca Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon faaliyetlerine başlanmış ve ülke genelinde bu alanda önemli bir mesafe kat edilmiştir. Bu kapsamda kalite ve akreditasyon faaliyetleri bünyesinde, teşhis tedavi ve bakım süreçlerinin iyileştirilmesi amacıyla Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi'nin kurulmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır.

Sistem, hastalık yükü, ölçülebilirlik ve süreçlere müdahale ile iyileştirmeye açık olma özelliği dikkate alınarak, belirlenen sağlık olgularına yönelik tıbbi süreçler ve klinik sonuçların kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde izlenmesi, analiz edilmesi ve iyileştirilmesini amaçlamaktadır. Sistem kapsamında sağlık olgusu ve göstergeler belirlenmiş, söz konusu göstergelere ilişkin verilerin elde edilmesi amacıyla E-Nabız üzerinde Klinik Kalite Karar Destek Sistemi oluşturulmuştur.

Gösterge sonuçlarına yönelik analizlerin doğru yapılması ve iyileştirmeye açık alanların doğru şekilde belirlenmesi için sistemden doğru verilerin elde edilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu bağlamda, takip edilen sağlık olgularına dair klinik süreçlerin kalitesi ile ilgili sorumluların ve sorumlulukların tanımlanması, elde edilen verilerin doğrulanması ve veri kalitesinin iyileştirilmesine yönelik sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesi gereken faaliyetlere ilişkin "Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi" hazırlanmış ve 22/05/2017 tarihli Bakanlık Onayı ile 2017/8 sayılı Genelge'nin eki olarak yayınlanmıştı. 25 Ağustos 2017 tarihli Resmî Gazetede yayımlanan 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve bunun akabinde, 10/7/2018 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısında bir kısım değişiklikler yapılmıştır. Yapılan değişikliklerin klinik kalite kurumsal yapısında da

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

değişiklik yapılmasını gerektirmesi sebebiyle söz konusu rehber güncellenmiştir. Güncel rehbere http://kalite.saglik.gov.tr/ ve http://klinikkalite.saglik.gov.tr/ adreslerinden ulaşılabilmektedir. Bu genelgenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren, ilgide kayıtlı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerinizi ve uygulamaların ekteki rehbere uygun olarak yürütülmesi gerektiğinin, ilgili tüm kamu ve özel sağlık hizmet sunucularına tebliğini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

EK: Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi
İyileştirme Rehberi (28 s.)

DAĞITIM:
81 İl Valiliği
Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığına

2.3.12. Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi (2012/23)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.SHG.0.21.00.00 /951.99/6665 14/05/2012
Konu : Çalışan güvenliğinin sağlanması

GENELGE
2012/23

Sağlık çalışanlarımızın güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması Sağlıkta Dönüşüm Programımızın temel hedeflerindendir. Bakanlığımızca bu çerçevede, sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik aşağıdaki düzenlemeler yapılarak kurumlarımız talimatlandırılmıştı.

a) Tüm sağlık kurumlarında, hizmet alanlar ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam sağlanması amacıyla yayımlanan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" doğrultusunda;

1) Çalışan güvenliği komitesinin kurulması,
2) Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
3) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
4) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
5) Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması,
6) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması,
7) Beyaz kod uygulamasına geçilmesi,
8) Çalışanlara, çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi.

b) Kurumlarımızda uygulamaya konulan "Hizmet Kalite Standartları" kapsamında çalışma ortamından kaynaklanan risklerin bertaraf edilmesi amacıyla şiddet ve iletişim konularını da kapsayacak şekilde risk değerlendirmesi yapılarak gerekli tedbirlerin alınması.

c) "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" ile acil servisler başta olmak üzere riskli alanlarda güvenlik tedbirleri artırılarak, genel kolluk ve özel güvenlik personeliyle güvenlik kamerası bulundurulmasının sağlanması.

Diğer taraftan şiddeti azaltmaya yönelik çalışmaların basın mensupları, iletişim uzmanları, idareciler ve sağlık çalışanlarıyla birlikte değerlendirildiği sempozyum düzenleyerek ulusal düzeyde sürekliliği olan "Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans" kampanyasını başlatmıştık. Bu kampanya kapsamında vatandaşı bilgilendirmek ve toplumsal bilinç oluşturmak amacı ile çalışmalarımızı yürütmekteyiz. Ayrıca "hasta ve çalışan güvenliği sempozyumları" düzenleyerek sağlık çalışanlarına eğitimler vermekteyiz.

Kişinin fiziksel ve psikolojik açıdan zarar görmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan sözlü veya fiili hareketler olarak tanımlanan şiddet olaylarının önlenmesi amacıyla, mevcut uygulamaların gözden geçirilmesi önem taşımaktadır. Bu itibarla çalışan güvenliğinin sağlanmasında yöneticilerimize büyük görev ve sorumluluk düşmekte olup aşağıdaki talimatlar hassasiyetle uygulanacaktır.

1) Beyaz kod uygulaması;

a) "Beyaz Kod" uygulaması sorumlu başhekim yardımcısı vasıtasıyla yakından takip edilecek ve sistemin etkin şekilde yürümesi sağlanacaktır.

b) Görevli müdahale ekiplerinin olay yerine en kısa zamanda ulaşması sağlanacaktır.

c) Gerçekleşen olayların analizi yapılarak, ilgili sağlık kurumuna özgü tedbirler artırılacaktır.

1

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2) Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi;

Hastane ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde bir başhekim yardımcısının doğrudan takip edeceği "Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri" kurulacaktır. Bağlı birimlerdeki çalışan hakları ve güvenliğine ilişkin iş ve işlemlerini yürütmek üzere halk sağlığı müdürlükleri ile il sağlık müdürlüklerinde de bir müdür yardımcısının doğrudan takibinde aynı birimler kurulacaktır.

a) Bu birim tüm sağlık çalışanlarının kolay ulaşabileceği bir yerde olacaktır. Gerekli ekipman (dış hatta açık telefon, faks, internet bağlantılı bilgisayar ve uygun görüşme ortamı) temin edilecektir.

b) Birimde tercihen sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya halkla ilişkiler uzmanı sekretarya olarak görevlendirilecek ve yeterli sayıda personel bulundurulacaktır.

c) Birim, çalışanların çalışan hakları ve güvenliğine yönelik talep ve şikâyetlerini kabul edecek, bu başvuruları değerlendirerek raporlayacak, gerekli düzeltici/önleyici faaliyetlerin başlatılmasını sağlayarak talep sahibine geri bildirimde bulunacaktır.

d) Birim, çalışan hakları ve güvenliğine yönelik uygulamaları yakından takip edecek olup aylık olarak başhekimliğe rapor sunacaktır.

3) Risk değerlendirmesi ve güvenlik tedbirleri;

a) Sağlık kurumları şiddet bakımından risk değerlendirmelerini yeniden yapacak ve riskin yüksek olduğu bölümlerde hizmet süreçleri yeniden gözden geçirilecek ve ilgili bölümdeki sağlık çalışanı sayısı yeterli hale getirilecektir. Fiziki alanlar nitelik ve iyi çalışma şartları açısından gerekirse yeniden düzenlenecektir.

b) Acil servis, yoğun bakım ve ameliyathane gibi şiddet riskinin yüksek olduğu bölümlerin bekleme alanlarında gerekirse sayıları artırılarak yeterli güvenlik elemanı bulundurulacaktır.

c) Hasta mahremiyeti dikkate alınmak şartıyla, kurumların tüm alanlarını gözetleyebilecek şekilde güvenlik kameraları yerleştirilecek ve kamera görüntüleri sürekli takip edilecektir. Şüpheli durumlara ve kişilere bu konuda eğitilmiş özel güvenlik elemanları anında müdahale edecektir.

d) İletişim becerileri ve sorunlu hasta/hasta yakınlarını tanıma-çatışma yönetimi konularında eğitim almış kişiler, bekleme alanlarında görevlendirilecek ve "sorun çözücü" olarak çalışmaları temin edilecektir.

e) Fiziki mekanlar 24 saat boyunca yeterli düzeyde aydınlatılacak ve havalandırılacaktır.

f) Personelin alternatif çıkış yolları oluşturulacaktır.

4) Çalışanların eğitimi;

a) Başta güvenlik görevlileri, 112 ve acil çalışanları olmak üzere çalışanlara iletişim becerileri, öfke kontrolü ve özellikle öfkeli hasta ve hasta yakınıyla iletişim konularında eğitim verilecektir.

b) Sağlık çalışanlarına şiddet davranışına karşı tedbir alma eğitimleri verilecektir.

5) Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi;

a) Hasta ve hasta yakınlarının ilk olarak nereye müracaat edecekleri, hangi işlemler ve tedavinin yapılacağı, tetkik ve tahlillerin nerede yapılacağı, beklemeleri gerekiyorsa ne kadar süreyle bekleyecekleri gibi konularda bilgilendirme süreçleri gözden geçirilerek eksiklikler varsa tamamlanacaktır. Bu amaçla acil servisler başta olmak üzere hastanın durumu ile ilgili hasta ve/veya hasta yakınlarını bilgilendirmek üzere "hasta bilgilendirme alanları" güçlendirilerek ve hangi durumlarda, ne sıklıkta ve kim tarafından bilgilendirme yapılacağı belirlenecektir.

b) Vatandaşı şiddete uğrayan sağlık personelinin hizmet vermekten çekilme hakkının bulunduğu, böyle bir durumda hizmet alma sürecinin aksayabileceği konusunda bilgilendirilecektir.

c) Vatandaş, sağlık çalışanına yönelik şiddet uygulayanların mutlaka yargılanacağı ve cezalandırılacağı konusunda (pano/afiş/broşürler gibi vasıtalarla) bilgilendirecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

6) Hizmetten çekilme;

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunabilir.

a) Hizmetten çekilme talebi, kurum tarafından belirlenen yöneticiye sözlü veya yazılı olarak bildirilecektir.

b) Bildirim üzerine yetkili yönetici, olayı derhal değerlendirerek hizmetten çekilme talebinin uygun olup olmadığı hakkında gecikmeksizin karar verecektir.

c) Yetkili yönetici, hizmetten çekilme talebini uygun bulduğu takdirde hastanın sağlık hizmeti almasına ve tedavisinin devamına yönelik tedbirleri güvenlik tedbirleriyle birlikte alacaktır. Bu kapsamda ilgili hastanın sağlık hizmetini devam ettirecek yeni sağlık çalışanını belirleyecek, kurum içerisinde bunun mümkün olmaması halinde hastanın hizmet alabileceği başka bir sağlık kurumuna sevkini ve hizmet alımını sağlayacaktır. Bu süreç sırasında hastanın tedavisinin aksatılmamasına itina edilecektir.

7) Bildirim süreci ve hukuki yardım;

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere "Bakanlık Beyaz Kod Birimi" kurulmuş, 24 saat hizmet verecek "113" numaralı telefon ve "www.beyazkod.saglik.gov.tr" internet sayfası oluşturulmuştur.

a) Kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olayları, yöneticiler tarafından derhal "113" numaralı telefonla Bakanlık Beyaz Kod Birimine bildirilecek, eş zamanlı olarak ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilecektir. Kamu görevlilerine karşı işlenen şiddet olaylarının takibi şikâyete bağlı olmadığından, ilgili personelin şikâyetinin olup olmadığına bakılmaksızın yönetic'ler olayı mutlaka adli mercilere intikal ettirecektir. Özel sağlık kuruluşları da adli bildirim konusunda gerekli hassasiyeti gösterecektir.

b) Şiddete uğrayan sağlık çalışanı tarafından da "113" numaralı telefona doğrudan bildirim yapılabilecektir.

c) Ayrıca yöneticiler, "www.beyazkod.saglik.gov.tr" adresinde bulunan "Beyaz Kod Bildirim Formu"nu dolduracaktır.

d) Bildirim üzerine Bakanlık Beyaz Kod Birimi, yöneticilere ve/veya ilgili personele hukuki süreçle ilgili rehberlik yapacak, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştıracak ve şayet ettirilmemiş ise olayı derhal adli makamlara bildirecektir. Ayrıca şiddet olayının gerçekleştiği sağlık kurumunun hukuk birimine olayın bildirildiğini tespit ederek olayın takibini temin edecektir.

e) Hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan Bakanlık personeline veya vefatı halinde kanuni mirasçılarına bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini soracak ve talep etmeleri halinde Bakanlık avukatlarınca ilgili personele 28/04/2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde hukuki yardım yapılacaktır.

8) Diğer hususlar;

a) "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik"in 7 ve 8 inci maddeleri, "Hastane Hizmet Kalite Standartları" çerçevesinde daha etkili şekilde uygulanmaya devam edilecektir.

b) İl sağlık müdürü konuyla doğrudan sorumlu bir sağlık müdür yardımcısı ile birlikte kurumlarda çalışan güvenliği uygulamaları ve alınan tedbirleri aylık periyotlarla izleyecek ve Bakanlığa rapor edecektir.

c) SABİM'e yapılan sağlık çalışanları hakkındaki şikayetler, başvuruların ancak % 4'ünü oluşturmaktadır. SABİM'e ve hasta hakları birimine yapılan sağlık çalışanları hakkındaki şikâyetler, öncelikle SABİM'den sorumlu il sağlık müdür yardımcısı ve hasta haklarından sorumlu başhekim yardımcısı tarafından ön değerlendirmeye tabi tutulacak, genel ve

3

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

soyut nitelikte olan, şikayet sahibinin adı ve adresi belli olmayan veya personelin kusuru bulunmadığı açıkça görülen ihbar ve şikayetler değerlendirmeye alınmayacaktır.

Genelgenin İlinizde bulunan tüm kamu, üniversite ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarına duyurulması ve uygulanmasının teminini, ayrıca Bakanlığımızca çalışan güvenliğine ilişkin olarak yapılacak yeni düzenlemelerin titizlikle takibini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

DAĞITIM
A Planı

2.3.13. Kritik Kan Stok Seviyesinin Korunması Genelgesi (2013/24)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - KAN HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
25.12.2013 12:02 - 2013.5363.42803 / 210
00001095466

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 74831629/210/2013.5363.42803
Konu : Kritik Kan Stok Seviyesinin Korunması

GENELGE
2013/24

Hastane transfüzyon merkezlerinde düzenli olarak bulundurulan kan ve kan bileşeni stoklarının kritik seviyelerinin korunması başta gebelik ve riskli doğumlar olmak üzere acil kan ve kan bileşenine ihtiyaç duyulan vakalarda, hayat kurtarıcı bir destek sağlamaktadır. Sınırlı bir kaynak olan kan ve kan bileşenlerine, ihtiyaç halinde hızlı bir şekilde ulaşabilmek amacıyla stokların kritik seviyelerinin belirlenmesi ve korunması bölgesel kan bankacılığı sistemimiz açısından büyük önem arz etmektedir.

Sistemimizde, kan ve kan bileşenlerinin toplanması, test edilmesi, hazırlanması, depolanması ve dağıtımı konularında görev Bölge Kan Merkezlerine verilmiş fakat kan ve kan bileşeni ihtiyaçlarının öncelikle hastane transfüzyon merkezi stoklarından karşılanması öngörülmüştür. Kan ve kan bileşenlerine ihtiyaç duyulduğu anda ve hızlı bir şekilde ulaşabilmek transfüzyon merkezlerinde başarılı bir stok sisteminin kurulması ve bulundurulan stokların kritik seviyelerinin takibi ile mümkün olacaktır.

Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliğinin 9. Maddesi, 2. Fıkrası (f) bendi "Sorumluluk alanı içindeki transfüzyon merkezlerinin ihtiyaç duyduğu kan ve kan bileşenlerini sağlamak, protokolde belirtilen kritik stok seviyesini takip etmek, stoklanan kan miktarını kritik stok seviyesi altına düşürmemek için TM'nin talebini karşılamakla yükümlüdür." hükmü gereğince transfüzyon merkezlerinin kritik stok seviyesinin tespiti ve korunması konusunda, bölge kan merkezlerine sorumluluk yüklemiş ve bu sorumluluğun transfüzyon merkezinin talebi doğrultusunda gerçekleşeceğini hüküm altına almıştır.

Transfüzyon merkezlerinin, kan ve kan bileşenlerine ihtiyaç halinde hızlı bir şekilde ulaşabilmesi için kan ve kan bileşeni stoklarını bağlı bulundukları bölge kan merkezi ile koordineli bir şekilde belirlemesi ve stokların kritik seviyenin altına düşürülmemesi yönünde hastane yönetimleri tarafından her türlü önlemin alınması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:

Gereği:
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna
81 İl Valiliğine

Bilgi:
Türk Kızılayı Kan Hizmetleri Genel Müdürlüğüne

2.3.14. ISBT Numaralandırma Sistemi Genelgesi (2012/42)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10. 0.SHG.0.19.00.00 / 30187 — 16.11.2012

Konu : ISBT Numaralandırma Sistemi

GENELGE
2012/ 42

.....VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Kan ve kan bileşenlerinin güvenliği ile ilgili çalışmalar bütün dünyada hızla gelişmekte, kan ve kan bileşenlerinin toplanma, hazırlanma, dağıtım, kullanım ve kalite güvencesi ile ilgili modern ilkelerin yerleştirilmesi ve uygulanmasında yoğun çabalar harcanmaktadır.

Güvenli kan ve kan bileşenlerine ulaşma amacıyla Uluslararası Kan Nakli Derneği (ISBT – International Society of Blood Transfusion) tarafından oluşturulan ve ISBT adı verilen numaralandırma sistemi ile her kan ürünü belirli bir kod ile tanımlanmakta ve bu sayede dünyanın her yerinde takibi mümkün olmaktadır.

02 Mayıs 2007 tarih ve 26510 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5624 Sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu'na bağlı olarak çıkarılan ve 04 Aralık 2008 tarih ve 27074 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği'nin Kalite Sistemi başlıklı 15. Maddesinin 3.fıkrası (e) bendi " Etiketleme: Kan ve Kan Ürünleri, tüm aşamaların izlenebilirliğini sağlayabilecek şekilde etiketlenir. Hizmet biriminin etiket üzerinde kullandığı tanımlar tek tip olmalıdır. Etikette en az aşağıdaki bilgiler bulunur:

1-Bileşenin adı,
2-Kalite gereklerine uygun şekilde ürünün ölçüm (hacim, ağırlı, sayı vb.) bilgisi,
3-Bağışçının sayısal veya alfabetik tanımı,
4-Hizmet birimin adı,
5-ABO kan grubu, Rh D Grubu,
6-Alınma ve son kullanma tarihi,
7-Depolama sıcaklığı,
8-Antikoagülan ve ek solüsyonlarının ismi, bileşimi ve hacmi" hükmü ve Görev ve Sorumlulukları düzenleyen 6.Maddesi 5.fıkrası " Kan ve kan bileşenlerinin bağışçıdan temininden alıcıya verilmesine kadar bağışçı ve alıcının sağlığının tehlikeye düşürülmemesi, tıbbi risklere karşı korunması, transfüzyonun güvenle yapılması, transfüzyon sonrası bağışçı ve alıcının izlenmesi ilgili hizmet biriminin görevidir" hükümleri ile tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kan ve kan bileşenlerinin bağışçıdan ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasına kadarki süreçte takibini sağlamak zorunlu hale getirilmiştir.

Ülkemizde uygulanmakta olan Bölgesel Temelli Kan Bankacılığı Sistemi ile, kan ve kan bileşenlerinin ulusal çapta takip edilebilirliğini sağlama görevi Türk Kızılayı Kan Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir.

5624 Sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu'nun 6.Madde 3. Fıkrası " Ruhsat alınmış olması bu Kanun ve diğer mevzuatın gereklerinin yerine getirilmesi mecburiyetini ortadan

kaldırmaz. Bu Kanun kapsamındaki hizmet birimleri, standartlar ve çalışma usul ve esasları ile ilgili olarak Bakanlıkça sonradan yapılacak düzenlemelere de uymak zorundadırlar" hükmü gereğince tüm Süreli Bölge Kan Merkezleri ve Transfüzyon Merkezlerinin 01.01.2013 tarihi itibari ile "Türk Kızılayı Kan ve Kan Bileşeni Tanımlama ve İzlenebilirlik Sistemi" ne dahil olması ve ISBT numaralandırma sistemini kullanmaları gerekmektedir.

Söz konusu sistem ile ilgili olarak aşağıda yazılı web adresleri ve telefon numaraları ile irtibata geçilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

İletişim Adresleri:

Türk Kızılayı ISBT Kod Tanımlama web sitesi
http://kansistem.kizilay.org.tr/
web sitesi için yardım dosyası:
http://kansistem.kizilay.org.tr/webyardim.doc
Türk Kızılayı ISBT Kod Tanımlama web servisi
http://kansistem.kizilay.org.tr/service/Donation.asmx
http://kansistem.kizilay.org.tr/service/ProductManagement.asmx
web servisi için yardım:
http://kansistem.kizilay.org.tr/help
Türk Kızılayı ISBT Kod Tanımlama İrtibat Mail Adresi:
http://kansistem@kizilay.org.tr
Türk Kızılayı ISBT Kod Tanımlama İrtibat Telefon Numaraları:
312 2936246
312 2936248

DAĞITIM:
81 İl Valiliğine

2.3.15. Zorunlu Kan Temini Genelgesi (2009/37)

Zorunlu Kan Temini Genelgesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

18.06.2009
Sayı : B.10.0.THG.0.15.00.01/ 213.090.07*24726
Konu : Zorunlu Kan Temini

GENELGE
2009/37

İlgi : 12.05.2009 Tarih 18951 sayılı yazımız.

İlgi'de kayıtlı yazımızda, 5624 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu ve buna bağlı olarak çıkartılan yönetmelikte, kan birimlerinin yeni yapılanmasında Bölge Kan Merkezlerinin Türk Kızılayı tarafından kurulacağı, tüm yataklı tedavi kurumları transfüzyon merkezi olarak çalışacakları belirtilmiş, hastanelerimizin anılan mevzuata ve Kızılay ile yapılan "kan ve kan bileşenlerinin temini" protokolünün gereğini yerine getirerek ihtiyaçları olan kanı öncelikle Kızılay'dan temin etmeleri gerektiği bildirilmişti.

Ancak Türk Kızılayı'nın Bakanlığımıza yaptığı geri bildirimde, gönüllülük esasına göre toplanmış kanların yeterli miktarda kullanılmadığı, hastanelerce replasman kan alımına devam edildiğinden Kızılay kan stoklarının imha edildiği belirtilmektedir.

Yukarıda bahsedilen mevzuat hükümleri, "Güvenli Kan Temini Projesi" kapsamında Kızılay ile yapılan protokol ve Bakanlığımızca yayımlanan ilgi'de kayıtlı "Kan Temini" genelgesi hükümleri doğrultusunda; kanın doğrudan hasta yakınından talep edilmemesi gerekmektedir. Ancak ilgili Kızılay kan biriminden, ihtiyaç bulunan kanın temin edilememesi durumunda hastane kan merkezleri kan alabileceklerdir. Kızılay'dan temin edilemeyen kanlarla ilgili gerekçeler Bakanlığımıza bildirilecektir.

Konu ile ilgili tedbirlerin acilen alınarak gerekli düzenlemelerin yapılması, aksine hareket eden hastane baştabipleri ve kan merkezi sorumluları hakkında idari işlem başlatılması hususunda,

Gereğini bilgilerinize önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
81 İl Valiliğine

2.3.16. Transfüzyon Komitesi Çalışma Esasları ve Görevleri Hakkında Genelge (2004/66)

Transfüzyon Komitesi Çalışma Esasları ve Görevleri Hakkındaki Genelge

T.C.
SAĞLIK
BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100THG0100004/5190
KONU : Transfüzyon Komitesi

07.05.2004 /7456

.....VALİLİĞİNE

Genelge
2004/66

İLGİ: 07.09.1996 tarih ve 17728 sayılı genelgemiz.

13 Ocak 1983 tarih ve 17987 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre, yöneticilerin çalışmalarını kolaylaştırmak ve koordinasyo- nu sağlamak amacıyla tüm hastanelerde "Hastane Konseyi" ve eğitim hastanelerinde de "Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulu" kurulması önerilmektedir.

Bu bağlamda ilgide kayıtlı genelgemiz ile kan ve kan ürünlerinin kullanımı alanında çalışmalar yapmak, uygulamaların geliştirilmesini sağlamak ve karşılaşılan sorunları çözmek amacıyla Transfüzyon Komitelerinin kurulması istenmiştir. Ancak bazı hastanelerde bu komitelerin hiç oluşturulmadığı, bazı hastanelerde ise anılan komitelerin aktif olarak çalışmadığı tespit edilmiştir.

Kan transfüzyonundaki sorunların çözülmesi ve güvenli kan bağışının sağlanması için ekte gönderilen " Transfüzyon Komitesi Kuruluş Amaçları" ve "Çalışma Esasları ve Görevleri" çerçevesinde "Transfüzyon Komitelerinin" yenilenmesi, etkin olarak çalışmalarının sağlanması ve elde edilen verilerin muntazam olarak Bakanlığımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Halk sağlığı yönünden yukarıda belirtilen hususların tatbik ve takibinden İl Sağlık Müdürleri ve Başhekimler sorumludur.

Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Bakan a.
Müsteşer

EKLER:
EK 1: 1 Transfüzyon Komitesi Kuruluş Amaçları
EK 2: 1 Çalışma Esasları ve Görevleri
Dağıtım Gereği için:
81 İl Valiliğine
Üniversite Rektörlüklerine
Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığına

1

2.3.17. Öğretim Üyesi Tabiplerin Muayenehane Açma Başvuruları Hakkında Genelge (2023/8)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

GENEL MÜDÜR Y ARDIMCISI (Özel İŞLERİ)
MEVZUAT İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
225391720

Sayı : 54567092/045/
Konu : Öğretim Üyesi Tabiplerin Muayenehane Açma Başvuruları Hakkında

GENELGE
2023/ 8.

İlgi : a) 05.03.2014 tarihli ve 2014/8 sayılı Genelge.
b) 16.04.2014 tarihli ve 2014/15 sayılı Genelge.

Bilindiği üzere, 2010 yılında kamu sağlık hizmetlerinde tam gün çalışma esasına geçişi teminen hazırlanan ve kamuoyunda "Tam gün Kanunu" olarak anılan 5947 sayılı Kanunla, 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununun 36 ncı maddesi ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 12 nci maddesi değiştirilmiş ve kamu sağlık hizmetlerinde ikili çalışmaya (hem kamuda hem de özel de çalışmaya) izin veren 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun yürürlükten kaldırılmıştır. Bu kanuni tanzimlere karşı Anayasa Mahkemesi'nde açılan davalar ve bu kapsamda yürürlüğe konulan 6514 sayılı Kanun neticesinde devlet memurlarının kanunlarda belirtilen istisnalar dışında mesleki faaliyette veya serbest meslek icrasında bulunmak üzere ofis, büro, muayenehane ve benzeri yerler açamayacağı; gerçek kişilere, özel hukuk tüzel kişilerine veya kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına ait herhangi bir iş yerinde veya vakıf üniversitelerinde çalışamayacağı; yalnızca, 6514 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce (18.01.2014 tarihinden önce) mesai saatleri dışında serbest meslek faaliyetinde bulunan veya özel sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan öğretim üyelerinin Anayasa Mahkemesi'nin 07/11/2014 tarihli ve E.2014/61-K.2014/166 sayılı Kararı gereğince bu faaliyetlerine devam edebilecekleri kesinleşmiştir. Buna ilişkin uygulama Bakanlığımızca ilgi Genelgeler doğrultusunda yürütülmektedir

Danıştay 10. Dairesi tarafından *"6514 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği tarihe kadar geçen süreçte öğretim üyesi kadrosunda yükseköğretim kurumunda görev yapanların bu süreçte muayenehane açma hakkı olduğu, hukuki güvenlik, hukuki belirlilik ve eşitlik ilkeleri gereği 6514 sayılı Kanun'un yürürlük tarihinden sonra da serbest meslek icrasında bulunabileceği"* gerekçesiyle Bölge İdare Mahkemelerinin kararları bozulmaya başlanmış ise de 2022 yılında Danıştay 10. Dairesi tarafından Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulunun Onama kararı sonrasında" *...eşitlik ilkesinin ancak, aynı durumda olan kişilere aynı kuralların uygulanmasını zorunlu kıldığı, Anayasa Mahkemesinin geçici 64. maddenin iptaline ilişkin kararında vurgulanan var olan durumun devam edeceği yönündeki beklentisi korunan, 18/01/2014 tarihi itibarıyla muayenehane açmak suretiyle serbest meslek icra eden hekimlerin anılan hususta birbirleriyle eşit statüde olduğu, bu hekimlere aynı kuralların uygulanmasının eşitlik ilkesinin gereği olduğu; bu durumda,* ***18/01/2014 tarihinde muayenehane faaliyetinde bulunmaksızın, sonrasında talepte bulunan hekimlerin, bu uyuşmazlık bağlamında var olan durumlarından söz edilemeyeceği, bu nedenle bunların haklı beklentilerinin bulunduğunun ve 18/01/2014 tarihi itibarıyla muayenehane faaliyetinde bulunan hekimler ile eşit statüde olduklarının kabulünün mümkün olmadığı;*** *zira, somut olayda, statüyü belirleyen hususun 'hekim olmak' değil, 18/01/2014 tarihi itibarıyla usulüne uygun olarak muayenehane faaliyetinde bulunmak olduğu; bu nedenle, yalnızca 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun uyarınca hekimlik yetki ve hakkına sahip olmanın ya da 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu uyarınca profesör, doçent veya yardımcı doçent gibi akademik unvanlara sahip olmanın, yalnızca anılan kanunlar kapsamında bir eşit statü oluşturduğu; bu statünün, geçici 64. maddenin iptaline ilişkin Anayasa Mahkemesinin E:2014/61 sayılı kararında açıkça vurgulanan hukuken korunması gereken beklentinin doğrudan kabul edilmesi sonucunu doğurmadığı; aksi yorumun Anayasa Mahkemesinin gerekçesi ile de bağdaşmayacağı; zira kararda, haklı beklentinin her hekim için değil yargı kararları sonucu var olan durumun devamı yönünde beklentiyle planlama yapan hekimler için kabul edildiği; bu haliyle,* ***Anayasa Mahkemesinin anılan kararına göre, ancak 18/01/2014 tarihi itibarıyla usulüne uygun olarak muayenehane açmak suretiyle serbest meslek icra***

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

eden öğretim üyelerinin haklı beklentilerinin varlığından söz edilebileceği, yine ancak bu öğretim üyelerinin beklentilerinin korunması gerektiği; 18/01/2014 tarihi itibarıyla öğretim üyesi olanların, aynı akademik unvanda olmalarının, her anlamda eşit statüde oldukları anlamına gelmediği" yönündeki gerekçesi dikkate alınarak 18/01/2014 tarihi itibarıyla usulüne uygun olarak açılmış bir muayenehanesi bulunmayan öğretim üyelerinin muayenehane açma haklarının bulunmadığı kabul edilerek aksi yöndeki kararlar bozulmuştur.

Ayrıca, Anayasa mahkemesine bireysel başvuru yoluyla yapılan müracaatlar neticesinde **Anayasa Mahkemesi 23.02.2023 tarihli ve 2021/17663 Başvuru Numaralı Kararı ve 2021/33759 Başvuru Numaralı Kararlarında da**; *" Derece mahkemelerinin 2547 sayılı Kanun hükmü ile birlikte Anayasa Mahkemesinin kararındaki gerekçeden hareketle **18.01.2014 tarihinden önce faal muayenehanesi bulunan kişiler arasında olmayan başvurucunun serbest meslek icrası hakkının bulunmadığı** yönündeki kanaatinin açık bir keyfilik veya bariz takdir hatası içerdiği söylenemez. Dolayısıyla somut olayda mesai saatleri sonrasında özel muayenehanesinde serbest mesleki faaliyette bulunmak isteyen öğretim üyesi başvurucunun talebinin 2547 sayılı Kanun ve bu Kanun ile atıf yapılan 657 sayılı Kanun'un 28 inci maddesi uyarınca reddedilmesi yargılamanın hakkaniyetini zedelememiştir."* gerekçesiyle başvuru sahiplerinin haklarının ihlal edilmediğine oyçokluğuyla karar verilmiş bulunmaktadır.

Netice itibarıyla, 18.01.2014 tarihinden önce faal muayenehanesi bulunmayan öğretim üyelerinin yeni muayenehane açma taleplerinin reddedilmesine yönelik idaremiz işlemlerimde hukuka aykırılık bulunmamakta olup, bu kapsamdaki yeni muayenehane açma taleplerinin kabul edilemeyeceği, 18.01.2014 tarihinden önce faal muayenehanesi bulunmayan öğretim üyeleri tarafından her ne suretle olursa olsun açılmış bulunan muayenehanelerin faaliyetlerine son verilmesi gerekmektedir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr.Tolga TOLUNAY
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

DAĞITIM :
Gereği
81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)
SHGM Genel Müdür Yardımcıları
SHGM Daire Başkanlıkları

2.3.18. Kronik Yara Bakım Hizmetleri Genelgesi (2022/8)

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - MEVZUAT İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
06/12/2022 14:46 - E-54567092 - 010.06.02 - 13159
00180038078

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 54567092-
Konu : Kronik Yara Bakım Hizmetleri

GENELGE
2022/8

Tedavileri zor ve uzun süren, multidisipliner bir çalışmayı gerektiren kronik yaralar gerek hastalarda oluşturdukları olumsuz etkiler, gerekse sağlık çalışanları ve sağlık sistemine getirdiği külfet açısından tüm gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlar için büyük bir sorun olup başvuran hastaların teşhis ve tedavi sürecini gerçekleştirmek, oluşabilecek komplikasyonları önlemek/azaltmak, kronik yara bakımı verecek sağlık tesislerinde klinikler arasında koordinasyonu sağlamak amacıyla; kronik yara hizmetleri ile ilgili iş ve işlemlerin düzenlenmesi ihtiyacı doğmuştur.

Bu maksatla ülkemizde sunulacak kronik yara bakım hizmetlerine ilişkin usul ve esasları düzenleyen 6/7/2021 tarihli ve (2021/04) sayılı Kronik Yara Bakım Hizmetleri Genelgesi yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Ancak Kronik Yara Bakım Hizmetleri Genelgesinin (2021/4) yayımlandığı tarihten bu yana Bakanlığımızca yapılan değerlendirmeler sonucunda bazı değişikliklerin yapılmasına ihtiyaç duyulmuş olup, bahsi geçen genelge yürürlükten kaldırılmıştır. Bu kapsamda, ülkemizde sunulacak kronik yara bakım hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar ekte belirtilen şekliyle yeniden düzenlenmiştir. Genelgenin ilinizde bulunan kamu ve özel tüm sağlık tesislerine duyurulması, kronik yara tanısı, tedavisi ve takibi için sunulan sağlık hizmetlerinin işbu Genelge kapsamında yürütülmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini önemle arz/rica ederim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Ek: Kronik Yara Bakım Hizmetlerine İlişkin Usul ve Esaslar (8 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:
81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
Cumhurbaşkanlığı
TBMM Başkanlığı
Sosyal Güvenlik Kurumu
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı
A Planı

KRONİK YARA BAKIM HİZMETLERİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR

A- TANIMLAR

1. Bu usul ve esaslarda geçen;

a) Bakan: Sağlık Bakanını,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) Bilimsel komisyon: Kronik yara bakım hizmetlerinin planlanması, geliştirilmesi ve ülke genelinde etkin bir şekilde sunulması amacıyla Bakanlıkça oluşturulan Kronik Yara Bakım Hizmetleri Bilimsel Komisyonunu,

ç) Birinci basamak kronik yara bakımı: Sadece cilt (dermis ve epidermis) ve cilt altının etkilendiği, yağ ve derin dokuların etkilenmediği yaraların tedavisi için sunulan hizmeti,

d) Genel müdür: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürünü,

e) İkinci basamak kronik yara bakımı: Yumuşak dokuların etkilendiği, basit cerrahi girişimler (debridman, apse drenajı, minör amputasyonlar) ile enfeksiyon ve nekrozun kontrol edilmesini takiben yine basit cerrahi işlemlerle veya medikal olarak kapanabilecek yaraların takip ve tedavisinin yapıldığı hizmeti,

f) Kronik yara: Altta yatan birtakım problemlerden dolayı iyileşmesi geciken, normal iyileşme safhalarını göstermeyen çoğu zaman iyileşmek için uzun süre gerektiren, standart tedaviye iyi yanıt vermeyen yarayı,

g) Kronik yara bakım ünitesi: Bakanlıkça tescil edilen ve kronik yara bakım alanlarında sunulan tedavilerle iyileşmeyen yaralar dahil olmak üzere bu Genelge kapsamında tanımlanan yaraların tümüne ve eşlik eden hastalıkların basit cerrahi müdahalelere izin vermediği hastaların tedavi edildiği üniteyi,

ğ) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,

h) Sorumlu tabip: Kronik yara bakım ünitesinde hizmetin koordinasyonu ve organizasyonundan, bir bütün olarak planlanıp yürütülmesinden ve ekibinde görevli tüm personelden ilgili sağlık tesisi yönetimine karşı sorumlu olan genel cerrahi uzmanı, ortopedi ve travmatoloji uzmanı, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanı veya çocuk cerrahisi uzmanları arasından görevlendirilen tabibi,

ifade eder.

B- KRONİK YARA BAKIM HİZMETLERİNE İLİŞKİN GENEL ESASLAR

1. Bu Genelge, birinci ve ikinci basamak kronik yara bakım hizmeti veren sağlık tesisleri ve yine bünyesinde yara bakım ünitesi bulunan Bakanlığa, üniversitelere, gerçek kişilere ve özel hukuk tüzel kişilerine ait sağlık tesisleri ile bu birimlerde görev yapan personeli kapsar.

2. Birinci basamak kronik yara bakım hizmeti bir tabip ve bir hemşirenin görev yaptığı, pansuman odasının bulunduğu sağlık tesislerinde verilir.

3. İkinci basamak kronik yara bakım hizmeti ilgili uzman tabibin ve ameliyathane şartlarının bulunduğu yataklı sağlık tesislerinde verilir.

4. Birinci ve ikinci basamak kronik yara bakım hizmetlerinden en az birisi bu Genelgede belirtilen kriterler çerçevesinde tüm sağlık tesisleri tarafından sunulmak zorundadır.

5. Sağlık tesisleri birinci ve ikinci basamak kronik yara bakım hizmetinden hangisini sunduklarını müdürlük aracılığı ile Bakanlığa bildirmek zorundadır.

6. Kronik yara bakım üniteleri Ek-1'de belirtilen kronik yara ünitesi için gerekli asgari standartlara sahip sağlık tesislerinde Bakanlıkça planlanır.

7. Kronik yara bakım ünitelerinde yoğun bakım hizmetleri, 20/7/2011 tarihli ve 28000 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ kapsamında yürütülür.

8. Bakanlıkça istenilen bilgilerin, Bakanlığın belirlediği formata uygun şekilde elektronik sistem üzerinde kayıt altına alınmasından, bilgisayar ortamında tutulan kayıtların yetkisiz

olarak değiştirilmemesine ve silinmemesine yönelik gerekli idari ve teknik tedbirlerin alınmasından, bilgilerin Bakanlığa zamanında iletilmesinden ilgisine göre il sağlık müdürlüğü ile sorumlu tabip birinci derecede sorumludur.

9. Bu Genelgede hüküm bulunmayan hâllerde, kronik yara bakım ünitesinin bulunduğu sağlık tesisinin tabi olduğu mevzuat hükümleri ile ilgili diğer mevzuat hükümleri uygulanır.

C- KOMİSYONUN KURULMASI VE GÖREVLERİ

1. Kronik yara bakımı konusunda, birimlerin faaliyetleri ve geliştirilmesi konularında gerekli eğitimleri planlanmak, eğitim merkezlerini belirlemek, yapılacak eğitimlerin müfredatını belirlemek, bu birimlerin faaliyet ve hizmetleri ile ilgili Bakanlığa intikal eden şikayetleri incelemek ve kronik yara bakımı hizmetleri ve faaliyetleri konusunda tıbbi ve teknolojik gelişmeleri izlemek ve gerektiğinde uygulanmasını sağlamak amacıyla genel müdürlük bünyesinde, Bakanlıkça "Kronik Yara Bakım Bilimsel Komisyonu" oluşturulur.

2. Komisyon, Genel Müdür veya görevlendireceği bir yetkilinin başkanlığında, bir genel cerrahi uzmanı, bir ortopedi ve travmatoloji uzmanı, bir plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanı, bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı olmak üzere en az beş üyeden oluşur.

3. Komisyon üyelerinin görev süresi iki yıldır. Görev süresi dolan üye tekrar seçilebilir. Herhangi bir sebeple boşalan üyelik için kalan süreyi tamamlamak üzere yeni üye görevlendirilir.

4. Seçilmiş üyelerden mazeretsiz olarak üst üste iki toplantıya katılmayanların üyelikleri sona erer.

5. Komisyon başkanı tarafından gerek görülmesi halinde yurt içinden veya yurt dışından uzmanlar toplantıya davet edilebilir veya görüşleri alınabilir. Toplantıya davet edilen uzmanlar Komisyon çalışmaları ile ilgili oylamaya katılamaz.

6. Komisyon, Genel Müdürlüğün daveti üzerine en az üç üyenin katılımı ile toplanır ve salt çoğunluk ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde Komisyon başkanının taraf olduğu karar geçerli sayılır. Komisyonun sekretaryası Genel Müdürlük tarafından yürütülür.

7. Komisyon kararları, toplantı tutanağına yazılır ve toplantıya katılan üyelerce imzalanır. Karara katılmayanlar, şerh koymak suretiyle kararı imzalar. Şerhin gerekçesi, karar altında veya ekinde belirtilir.

8. Komisyon kararları tavsiye niteliğindedir.

Ç- KRONİK YARA BAKIM ÜNİTESİ FAALİYET İZNİ USUL VE ESASLARI

1. Kronik yara bakım ünitesi, Ek-1'de belirtilen asgari standartlara göre Bakanlıkça verilen faaliyet izni ile kurulur.

2. Kronik yara bakım ünitesine ait faaliyet izni başvurusu, sağlık tesisi yönetimi tarafından Ek-2'de yer alan "Faaliyet İzni Başvuru Formu" ve Ek-3'te yer alan "Başvuru Dosyasında Olması Gereken Bilgi ve Belgeler" ile birlikte müdürlüğe yapılır.

3. Başvuru, müdürlükçe dosya üzerinden değerlendirilir ve eksiklik ve/veya uygunsuzluk bulunmaması halinde Sağlık Hizmetleri Başkanı başkanlığında bir genel cerrahi uzmanı, bir ortopedi ve travmatoloji uzmanı veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanı, bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı; gerektiğinde çocuk cerrahisi uzmanı veya kalp ve damar cerrahisi uzmanı tabibin katılımı ile oluşan denetim ekibi tarafından yerinde incelenir

4. Kronik yara bakımı ünitesi başvurusu, müdürlüğün uygun görüşü ile birlikte Bakanlığa iletilir.

5. Bakanlıkça noksan belgesi bulunmayan kronik yara bakımı ünitesine ait başvuru, komisyona sunulur. Komisyon tarafından incelenen başvuru uygun bulunduğu takdirde bir

tutanakla karara bağlanır. Genel Müdürlükçe de uygun bulunması halinde kronik yara bakımı ünitesine Bakanlıkça faaliyet izni verilir.

6. Bakanlık lüzum gördüğü takdirde Ek-3 "Başvuru Dosyasında Olması Gereken Bilgi ve Belgeler"e ilave olarak ayrıca bilgi ve belge isteyebilir. Başvuru dosyasında bulunan belgelerin sağlık tesisi yönetimi ve müdürlükçe onaylanmış olması şarttır.

7. Kronik yara bakım ünitesi faaliyet izni için başvuracak sağlık tesislerinin, Ek-1'de yer alan kronik yara bakım ünitesi için belirlenen asgari standartlardan diğer personel standardında bulunan sertifikalı stoma ve yara bakım hemşiresi bulundurma şartını iki yıl içerisinde sağlayacağını taahhüt etmek koşuluyla başvuru yapabilirler.

8. Bakanlıkça faaliyet izni verilen kronik yara bakım üniteleri, bünyesinde bulunduğu sağlık tesisine ait faaliyet izin belgesine ilgili mevzuat kapsamında bağlı birim olarak eklenir.

D- KRONİK YARA BAKIM ÜNİTESİNİN DENETİM USUL VE ESASLARI

1. Kronik yara bakım ünitesinin işleyişi ve verilen hizmetlerin bu Genelge hükümlerine uygun olarak etkili bir şekilde yürütülmesinden, sorumlu tabip, sağlık tesisi yönetimi ve müdürlükler birinci derecede ve müteselsilsen sorumludur.

2. Kronik yara bakım ünitesi denetimleri için Müdürlükçe, müdürlüğün uygun göreceği bir müdürlük yetkilisi başkanlığında; bir genel cerrahi uzmanı, bir ortopedi ve travmatoloji uzmanı veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzmanı, bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı ve gerektiğinde bir çocuk cerrahisi uzmanı veya kalp ve damar cerrahisi uzmanı tabibin katılımı ile bir denetim ekibi oluşturulur.

3. Kronik yara bakım ünitesi, Bakanlıkça gerekli hallerde Bakanlık denetim birimlerine yaptırılacak olağan ve olağan dışı denetimler haricinde işleyiş ile alakalı olarak iki yılda bir Ek-4'te yer alan "Yerinde İnceleme ve Denetim Formu"na göre müdürlükçe olağan denetime tabi tutulur. Müdürlük, denetim sonuçlarını değerlendirir ve tespit edilen sorun ve aksaklıklarla ilgili gerekli tedbirleri alır. Lüzumu halinde denetim sonuçlarını raporlar ve Bakanlığa bildirir.

4. Müdürlük, denetimlerin gerçeğe uygun olarak düzenlenmesinden sorumludur.

E- KONSEY KURULMASI VE ÇALIŞMA PRENSİBİ

1. Konsey sorumlu tabibin başkanlığında ilgili alan uzman tabiplerinin katılımı ile oluşturulur.

2. Ayaktan tedavisi sağlanacak veya yatırılarak tedavi olacak hastaların kararı konsey tarafından salt çoğunluk ile alınır. Konseyin tedavi kararları tavsiye niteliğindedir.

3. Sorumlu tabip tarafından değerlendirilen ve konsey görüşüne ihtiyaç bulunduğu belirlenen hastalar konseye çıkarılır.

4. Hastaların öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar tetkikleri ve ilgili görüntüleme tetkikleri hazırlanmış ve dosyalanmış şekilde konseye sunulur.

5. Kliniklerde yatan ve kronik yarası oluşan hastalar kendi tabipleri tarafından sorumlu tabibe yönlendirilerek konseye çıkarılmaları sağlanır.

F- EĞİTİM VE SERTİFİKASYON

1. Kronik yara bakım ünitesi olan sağlık tesislerinde çalışacak hemşirelerin, Bakanlıkça onaylanan Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Sertifikasyon Eğitimini almaları zorunludur.

2. Bakanlık gerektiğinde komisyon kararı ile sağlık tesislerinde görev yapan tabip, uzman tabip ve ilgili tüm sağlık personeline eğitim düzenleyebileceği gibi eğitim düzenlenmesini de isteyebilir.

2.3.19. Acil Servis Hizmetlerine Yönelik Düzenleme Genelgesi (2018/2)

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
31/01/2018 12:28 - 54567092 - 010.06.02 - E.02-679
00061838440

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 54567092
Konu : Acil Servis Hizmetlerine Yönelik Düzenleme

GENELGE
2018/2

DAĞITIM YERLERİNE

Acil servis hizmetlerinde bazı özellikli ve yoğun hastanelerimizin yaşadığı sorunları ve sebeplerini çözmek üzere, acil sağlık hizmetleri tebliği değişiklik çalışmaları tamamlanmış ve yayınlanma aşamasındadır. Bu aşamada hasta yoğunluğunu azaltmak ve hasta memnuniyetini artırmak için ekli listede bulunan hastanelerin aşağıdaki hususlarda ivedilikle çalışmalar yapması gerekmektedir.

1. Hastanelerde standart poliklinik hizmetlerinde "**Mesai Kaydırma veya Vardiya Branş Polikliniği Uygulaması**" yapılması,

a. Acil servise başvuran hastalara sağlık personeli ile etkin triaj yapılarak, sarı alan muayenesi gerekmeyen hastalardan öncelikle acil servis yeşil alanında muayene olması gerekenlere "Yeşil Alan 1" kodu verilerek, acil serviste genel tabip muayene polikliniklerinde bakılmasının sağlanması,

b. Öncelikle çocuk sağlığı ve hastalıkları, iç hastalıkları, kulak burun boğaz hastalıkları ve ortopedi ve travmatoloji branşları ile birlikte, hastanelerin acil servislerinde yeşil alan hasta oranı ek poliklinik açmayı gerektiren diğer branşlar için de, acil servis alanı dışında ve yakın yerleşiminde olmak koşuluyla, "Yeşil Alan 2" kodu ile Mesai Kaydırma veya Vardiya Branş Polikliniği uygulaması yapılması ve uygun hastaların branş polikliniklerine sağlık personeli tarafından yapılan etkin triaj ile yönlendirilmesi,

c. Mesai Kaydırma veya Vardiya Branş Polikliniği uygulaması kapsamında uzman hekimler tarafından yapılan branş poliklinikleri haricinde, ihtiyaç oranında "Yeşil Alan 2" kapsamında olmak üzere genel tabip poliklinikleri açılarak hastaların birikmesinin ve beklemenin engellenmesi,

d. Sarı alan muayene ve kısa müşahedelerinin 2 saati geçmeyecek şekilde planlanması, 2 saatten fazla acil gözlem veya takip gereken hastaların acil servis bünyesindeki acil yataklı servislerde gözlemi ve tedavisinin sağlanması,

2. Acil servislerde uzun yatışların ve klinik hasta takiplerinin engellenmesi,

a. Acil serviste hastası olup 8 saatten fazla gözlemde tutan ve kliniğine almayan branşlarda Merkezi Yatış Otomasyonları üzerinden, bu hasta yatırılana kadar normal hasta yatışı yetkisinin kısıtlanması,

b. Acil servis hastalarında radyoloji ve laboratuvar süreçlerinin hızlandırılması, mümkün ise Mesai Kaydırma veya Vardiya Branş Polikliniği uygulaması için rutin laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri için de ek mesai uygulaması yapılması,

c. Gerektiğinde hastane idaresinin acil kabulü yüksek olan klinikler için diğer kliniklerce yoğun kullanılmayan hasta yataklarını ilgili kliniğin yatağı haline dönüştürmesi,

d. Özellikle acil cerrahi endikasyonu konulan hastaların yoğun bakım yatağı ihtiyaçlarının bir yoğun bakım sorumlusu tarafından belirlenmesi,

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

e. Yoğun bakımlarda yer olmaması halinde acil hasta mağduriyetini önlemek için postop ara bakım ünitelerinin düzenlenmesi.

3. Acil servislerde konsültasyonların çabuklaştırılması,

a. Hekim kaynağı yeterli olan kliniklerin günlük iş akışları içerisinde bir hekimini mutlaka konsültasyon amaçlı olarak görevlendirmesi, acil servis konsültasyonlarında mavi kod kapsamında olmayanların en fazla 30 dakika içinde yaptırılması, konsültan hekim listelerinin ve konsültasyon ortalama cevap sürelerinin idareye teslim edilmesi,

4. Acil servislerde basit fiziksel iyileştirmeler yapılması,

a. İlgili acil servislerde ivedilikle küçük onarım, basit yapım işlerinin yapılması ve hasta ve hasta yakını imkânları ve konforunun artırılması,

b. İlgili acil servislerde araç giriş çıkış ve otopark imkânlarının genişletilerek acil hastalara araç park imkânları ve kolaylıklarının sağlanması gerekmektedir.

Yukarda sayılan düzenlemelerin ivedilikle yapılarak yeşil, sarı, kırmızı ve mesai kaydırma poliklinikleri günlük hasta sayısı ve ortalama bekleme sürelerinin Bakanlık tarafından tam ve zamanında takibinin yapılabilmesini teminen, il sağlık müdürlüklerine verilerin günlük gönderilmesi ve ilgili il sağlık müdürlükleri ve sağlık tesisi yöneticilerinin uygulamaları yerinde bizzat takiplerinin sağlanması hususunda gereğini rica ederim.

Dr. Ahmet DEMİRCAN
Bakan

DAĞITIM

İlgili İl Valiliklerine (İl Sağlık Müdürlüğü)

EKLER:
Ek-1 Hastane Listesi

2.3.20. Sünnet İşlemi Genelgesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - MEVZUAT İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
23/03/2015 12:42 - E-54567092 - 010.06.02 - 2015 5407 1131
00008905044

Sayı : 54567092/045/
Konu : Sünnet işlemi

.....

İlgi: a) 21/06/2004 tarih ve B100TSH0150004/10255 sayılı genel yazımız.
b) 18/06/2003 tarih ve B100TSH0150002/351/9107 sayılı genel yazımız.

02/01/2014 tarihli ve 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 18/01/2014 tarih ve 28886 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

6514 sayılı Kanunla yeniden düzenlenen 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 3 üncü maddesinde "*Yukarki maddelerde zikredilen tabip diplomasını ve fenni, cerrahi veya şuabatında ihtısas sahibi olduğuna dair işbu kanunun tarifleri dairesinde vesaikı lazimeyi haiz olmıyan hiç bir kimse hiç bir ameliyei cerrahiye icra edemez. Cerrahii sağireye ait ameliyat ile sünneti her tabip yapabilir.*[2] ***(Ek cümle: 2/1/2014–6514/20 md.)*** *Ancak, olağanüstü ve istisnai hâllerde Sağlık Bakanlığınca düzenlenecek eğitimi alan kimseler tarafından hekim gözetiminde sünnet ameliyesi yapılmasına Bakanlıkça izin verilebilir."* Hükmü ile Geçici 10 uncu maddesinde *"Bu maddenin yayımı tarihi itibarıyla mülga 58 inci ve 59 uncu maddeler uyarınca sünnetçilik etme yetkisi bulunanlar, 31/12/2014 tarihine kadar sünnetçilik etmeye devam edebilir."* hükmü yer almaktadır.

1219 sayılı Kanununun 3 üncü maddesinde, sünnet işleminin genel tababet icrası kapsamında tüm tabipler tarafından gerçekleştirilebileceği hüküm altına alınmış bulunmaktadır. Bu kapsamda, sünnet işleminin yalnızca tabipler tarafından yapılabileceği öngörüldüğünden, 01/01/2015 tarihinden itibaren sünnet işlemi sadece tabiplerce yapılabilecektir.

Sağlıkla doğrudan ilgili cerrahi bir girişim olan sünnet işleminde, özellikle bulaşıcı hastalıklar ve oluşması muhtemel bazı komplikasyonların önlenmesi ve insan sağlığının korunması yönünden aşağıdaki hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir.

1- Sünnet işleminin, cerrahi bir işlem olması nedeniyle 1219 sayılı Kanun hükümleri uyarınca tabipler tarafından yapılması,

2- Sünnette en sık karşılaşılan komplikasyon kanama olduğundan sünnet işlemi öncesi anamnez aşamasında kanama diyatezinin sorgulanması ve hastanın sünnet işleminden sonra en az 24 saat izlenmesi,

3- Sünnet işlemiyle ilgili olarak toplumun eğitilmesi ve sünnet işleminin mümkün olduğunca sağlık kuruluşlarında yapılması yönünde kişilerin yönlendirilmesi,

gerekmektedir.

Tabip dışındaki kişiler tarafından sünnet işleminin yapıldığının tespit edilmesi halinde, 1219 sayılı Kanunun 25 inci maddesinde yer alan "Diploması olmadığı hâlde, menfaat temin etmek amacına yönelik olmasa bile, hasta tedavi eden veya tabip unvanını takınan şahıs iki yıldan beş yıla kadar hapis ve bin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır." hükmü doğrultusunda işlem tesis edilmesi gerekmektedir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

İlgi (a) ve (b)'de kayıtlı genel yazılar ile 25/03/1997 tarih ve 6091 (Genelge 1997/3) sayılı Sağlık Kabinlerinin Açılışı ve Denetimi Hakkında Genelge eki Ek-4'te Sağlık Kabinlerinde Bulundurulabilecek Tıbbi Malzemeler Listesinde yer alan "10.Sünnet için kullanılacak malzemeler" ibaresi ve Ek-5'te yer alan Sağlık Kabininde Sunulabilecek Hizmetler Listesinin "4.Sünnet" ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
81 İl Valiliği

2.3.21. Ekzimer Lazer Cerrrahisi Müdahale Birimi Fiziki Standartları Genelgesi (2014/17)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - MEVZUAT İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
22.04.2014 09:33 - 2014.5407.340 / 010.06.02
0000014098

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 54567092/010. 2014.5407.340 22.04.2014
Konu : Ekzimer Lazer Cerrahisi Müdahale birimi fiziki standartları

.....VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

GENELGE
2014/17

Bilindiği üzere 09.03.2000 tarih ve 23988 sayılı Yönetmelik aynı isimli "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" in yürürlüğe girmesi ile yürürlükten kaldırılmıştır. Mezkûr Yönetmeliğin yürürlüktekk kaldırılması ile 16.03.2002 tarih ve 24697 sayılı "Eksimer Laser Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Birimleri Hakkında Tebliğ" de yürürlükte kaldırılmıştır.

Ülkemizde hizmet veren özel tıp merkezi ve özel hastanelerin bünyesinde hizmet verecek ekzimer lazer cerrahi müdahale biriminin projelerinin incelenmesi esnasında genel ameliyathanelerin içerisinde oluşturulması gerektiği yönünde değerlendirme yapılmakta idi. Ancak, konu ile ilgili Bakanlığımıza intikal eden taleplere göre hizmet gereği ameliyathane içerisinde bulunma zorunluluğunun olmadığı anlaşılmış olup, buna yönelik taleplerin değerlendirilmesinde gözönünde bulundurulacak fiziki standartlar ve tıbbi donanım araç-gereç listesinin belirlenmesi zarureti doğmuştur.

Ülkemizde hizmet veren özel/dal tıp merkezi ve özel hastaneler ile Bakanlığımıza ve üniversitelere ait sağlık tesisileri bünyesinde açılan/açılacak ekzimer lazer cerrahisi müdahale biriminin taşıması gereken fiziki standartlar aşağıda; bulundurulacak asgari tıbbi donanım ve araç gereç listesi Ek-1'de belirtilmiştir.

1- Ekzimer lazer cerrahisi uygulanacak sağlık kuruluşlarında aşağıda belirtilen fiziki şartlara sahip ayrı bir cerrahi müdahale birimi bulunmalıdır

a) Ekzimer lazer ameliyat odası: Lokal anestezi altında cerrahi müdahale uygulanan, ekzimer lazer cihazı ile asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulunduğu hasta ve yakınlarının dolanım alanlarından izole edilmiş olan odadır.

Ekzimer lazer cihazı ile odanın duvarları arasında en az 1 metrelik mesafe bulunmalı ve rahat dolaşım alanı kalacak şekilde asgari 20 metrekare yüz ölçüme sahip olmalıdır.

b) Yıkanma bölümü: Ekzimer lazer ameliyat odasına/yarı steril alana geçiş sağlanabilen ve müdahale öncesi gerekli kişisel sterilizasyon işleminin gerçekleştirildiği akar suyu bulunan bölümdür.

c) Hazırlık ve gözlem odası: Cerrahi uygulama öncesi ve sonrası hastanın bir süre dinlenebileceği odadır. En az 6 metrekare yüz ölçüme sahip olmalı ve bir adet hasta yatağı veya gerektiğinde 180 derece yatabilir konumda bir koltuk ile tekerlekli sandalye bulunmalıdır.

d) Yarı steril alan: Ameliyat odası ve yıkanma bölümünün bağlantılı olduğu, tabanı antistatik malzeme ile döşeli alandır. Yıkanma alanı bu bölümde bulunabilir.

Ekzimer lazer ameliyat odasının genel ameliyathane içerisinde bulunması halinde sadece 20 metrekare ameliyat odasının bulunması yeterlidir.

2- Ekzimer lazer ameliyat odası aşağıda belirtilen fiziki özellikleri taşımalıdır:

a) Tabanı antistatik, tıbbi kullanıma uygun hijyenik malzeme ile kaplı olmalıdır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

b) Odada insan sağlığı açısından gerekli olan optimal termal koşullar ile cihazın çalışması için gerekli olan ortam sıcaklığını ve nemini regüle edecek ısıtma- soğutma sistemi bulunmalıdır.

c) Odanın havasını dış ortama tahliye edebilen tek yönlü aspiratör sistemi olmalıdır.

ç) Odada partikül miktarını azaltan damlacık enfeksiyonunu önleyen mobil veya sabit Hepafiltre sistemi olmalıdır.

Yukarıda belirtilen şartlar dışında ekzimer lazer cihazının teknik özelliklerinin gerektirdiği şartların da ayrıca bulunması gereklidir.

3- Ekzimer lazer cerrahi müdahale birimini destekleyen bir kesintisiz güç kaynağı ve jeneratör bulunmalıdır. Bu güç kaynağı birimde veya binanın bir başka yerinde olabilir. Kesintisiz güç kaynağı ve jeneratörün kapasitesi ekzimer lazer cihazı dahil, desteklenen tüm birimlerin enerji tüketim miktarının en az bir misli fazla olmalıdır.

4- Bu birimlerde ekzimer lazer ile PTK (Fotoreterapötik keratektomi), ekzimer lazer ile PRK (Fotorefraktif keratektomi), LASİK (Lazer in situ keratomilozis), LASEK (Lazer epitelyal keratotomi), Korneal Kollagen Cross Linking (CXL), Astigmatik Keratotomi, Radial Keratotomi ve Arkuat Kesiler gibi korneal cerrahi işlemler ve göz içi enjeksiyonlar yapılabilir.

5- Ekzimer lazer cerrahi müdahale biriminde göziçi cerrahi işlemler yapılamaz.

6- Ekzimer lazer cerrahi müdahale biriminde asgari EK-1 de belirtilen malzemeler bulunmalıdır.

Söz konusu sağlık kuruluşları bünyesinde açılacak ekzimer lazer cerrahi müdahale birimine ait iş ve işlemlerin bu Genelge doğrultusunda yürütülmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

EK-1:Ekzimer Lazer Cerrahisi İçin Bulundurulması
Gerekli Asgari Malzemeler Listesi (1 sayfa)

DAĞITIM:

Gereği
81 İl Valiliği(İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı

2.3.22. Tam Gün Yasası Uygulaması Genelgesi (2014/8)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

05.03.2014

Sayı : 54567092/010. 9428
Konu : Tam Gün Yasası Uygulaması

.....

GENELGE

2014/.8.

02/01/2014 tarihli ve 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 18/01/2014 tarihli ve 28886 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 6514 sayılı Kanun ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 28 inci maddesi, 926 sayılı Türk Silâhlı Kuvvetleri Personel Kanununun Ek 27 nci maddesi, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 36 ncı maddesi ile 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununun 32 nci maddesinde değişiklik yapılmıştır.

Anılan değişiklik ile 657, 926, 2955 ve 2547 sayılı Kanuna tabi olarak görev yapanlar tarafından, mesleki faaliyette veya serbest meslek icrasında bulunmak üzere ofis, büro, muayenehane ve benzeri yerler açılamayacağı; gerçek kişilere, özel hukuk tüzel kişilerine veya kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına ait herhangi bir iş yerinde veya vakıf yükseköğretim kurumlarında çalışılamayacağı hüküm altına alınmıştır. Ancak 2547 sayılı Kanun kapsamındaki profesör ve doçentlerin, üniversitenin her bir anabilim dalındaki profesör ve doçent kadrolarında çalışan tabip ve diş tabibi kadrolarının %50'sini geçmemek ve üniversite ile çalıştırılacak özel hastane/vakıf üniversitesi hastanesi arasında bir yılı aşmayan kurumsal sözleşme yapılması ve özel hastane/vakıf üniversitesi kadro sayısının %20'sini geçmemek kaydıyla, sadece özel hastane ve vakıf üniversitesi hastanesinde çalıştırılabileceği yönünde düzenleme yapılmıştır.

6514 sayılı Kanunun yayımlandığı 18/01/2014 tarihi itibariyle, 2955 ve 2547 sayılı kanuna tabi olarak görev yapanlardan serbest meslek faaliyetinde bulunanlar veya özel kuruluşlarda çalışanların üç ay içerisinde faaliyetlerini sona erdirmeleri, sona erdirmeyenlerin üniversite ile ilişiklerinin kesileceği yönünde düzenleme yapılmıştır.

Bu düzenlemeye uygun olarak uygulamanın aşağıdaki şekilde yürütülmesi gerekmektedir.

1) Üniversitelerde 2547 sayılı Kanuna tabi profesör ve doçent kadrolarında çalışan tabip ve diş tabiplerinden yalnızca aşağıda belirtilen koşulları taşıyanlara Müdürlükçe (İl Sağlık Müdürlüğü) özel hastane ve vakıf üniversitesi hastanesinde çalışma izni verilecektir.

a) Özel hastane/vakıf üniversitesi hastanesinde, 2547 sayılı Kanuna tabi profesör ve doçent kadrolarında çalışan tabip ve diş tabipleri muvafakatları alınmak kaydıyla çalıştırılabilir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

b) 2547 sayılı Kanunun 36 maddesinin yedinci fıkrası kapsamında izin verilecek sayının üniversitenin her bir anabilim dalındaki profesör ve doçent kadrolarında çalışan tabip ve diş tabibi kadrolarının %50'sini geçmemesi gerekmektedir.

c) Profesör ve doçent kadrolarında çalışan tabip ve diş tabibinin görev yaptığı üniversite ile özel hastane/vakıf üniversitesi hastanesi arasında süresi bir yılı aşmayan kurumsal sözleşme yapılması gerekmektedir.

d) 2547 sayılı Kanunun 36 maddesinin yedinci fıkrası kapsamında izin verilenler sadece bir özel hastane/vakıf üniversitesi hastanesinde çalıştırılabilir.

e) 2547 sayılı Kanunun 36 maddesinin yedinci fıkrası kapsamında izin verilenler için özel düzenleme yapılmış olması sebebiyle, bu kapsamda bulunanlar 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 12 nci maddesinin ikinci fıkrasına uygun olma şartı aranmaksızın özel hastane ve vakıf üniversitesi hastanesinde çalıştırılabilecektir.

f) Özel hastaneler ve vakıf üniversitesi hastanelerinde çalıştırılabilecek profesör ve doçent sayısının, mevcut tabip ve diş tabibi kadro sayıları için ayrı ayrı hesaplanmak şartıyla o uzmanlık dalında faaliyetinin olup olmadığına bakılmaksızın bu sayıların yüzde 20'sini geçmemesi gerekmektedir. Vakıf üniversiteleri ile iş birliği yapan özel hastanelerde yüzde 20 oranının hesabında, üniversite kadrolarındaki tabip ve diş tabibi sayısı dikkate alınmaz.

g) 2547 sayılı Kanunun 36 maddesinin yedinci fıkrası kapsamında izin verilenler sadece özel hastane ve vakıf üniversitesi hastanesinde çalışabilecek olup, serbest meslek icrasında bulunmak üzere muayenehane ve benzeri yerler açamayacak, özel hastane ve vakıf üniversitesi hastanesi hariç diğer özel sağlık kuruluşlarında çalışamayacaktır.

h) 2547 sayılı Kanunun 36 maddesinin yedinci fıkrası kapsamında izin verilenler sadece mesai saatleri dışında çalıştırılabilecektir.

i) Özel hastane ve vakıf üniversitesi hastanelerinin, ilgili mevzuata ve kurumsal sözleşme hükümlerine aykırı davranmaları halinde sözleşmesi sona erdirilir ve bunlar bu kapsamda bir yıl süreyle, aykırı davranışın üç yıl içinde tekerrüründe ise beş yıl süreyle yeni sözleşme yapamaz.

2) 18/01/2014 tarihinden itibaren 657, 926, 2547 ve 2955 sayılı Kanuna tabi olarak görev yapan tabip ve diş tabipleri, serbest meslek icrasında bulunmak üzere muayenehane ve benzeri yerler açamaz, gerçek kişilere, özel hukuk tüzel kişilerine veya kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına ait herhangi bir iş yerinde veya vakıf yükseköğretim kurumlarında çalışamaz. Bu nedenle 657 ve 926 sayılı Kanuna tabi tüm tabip ve diş tabiplerinden halen bu kapsamda çalışanların Müdürlükçe derhal çalışma belgelerinin veya ruhsatlarının iptal edilerek faaliyetlerinin sonlandırılması gerekmektedir.

3) Müdürlükçe, halen serbest meslek faaliyetinde bulunan veya özel sağlık kuruluşlarında çalışan 2955 ve 2547 sayılı Kanuna tabi tüm tabip ve diş tabiplerinin 18/04/2014 tarihine kadar durumlarını Kanuna uygun hale getirmeleri hususunda bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Bunlardan 18/04/2014 tarihinde halen muayenehanesini kapatmayan veya herhangi bir özel sağlık kuruluşunda çalışmaya devam eden tabip ve diş tabiplerinin ilişikleri kesilmek üzere görev yaptıkları üniversiteye Müdürlükçe yazılı bildirimde bulunulması gerekmektedir. Üniversite tarafından ilişiği kesilen tabip ve diş tabiplerinin isimlerinin Müdürlüğe bildirilmesi gerekmektedir.

4) 2547 sayılı Kanunun 36 ncı maddesinin yedinci fıkrası kapsamında çalıştırılacak profesör ve doçentler için başlatılmak istenilen özel hastanenin/vakıf üniversitesi hastanesinin tabip ve diş tabibi kadro sayıları için ayrı ayrı hesaplanmak şartıyla ve bu sayıların yüzde 20'sini geçip geçmediğinin Müdürlükçe kontrol edilmesi gerekmektedir. Özel hastane/vakıf

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

üniversitesi hastanesinde çalışma başvurularında ilgili mevzuatta belirtilen belgelere ilave olarak Müdürlükçe aşağıdaki belgeler istenecektir;

a) Üniversite ile özel hastane/vakıf üniversitesi hastanesi arasında akdedilen ve süresi bir yılı aşmayan kurumsal sözleşme,

b) Özel hastane/vakıf üniversitesi hastanesi yazısı,

c) İlgili profesör veya doçentin muvafakatını gösteren belge.

5) 2547 sayılı Kanunun 36 ncı maddesinin yedinci fıkrasına uygun olarak çalıştırılacak profesör ve doçentlerin başlayış ve ayrılış işlemleri Sağlık Kuruluşları Yönetim Bilgi Sistemi(SKYS) üzerinden yürütülür.

Bu kapsamda, uygulamanın titizlikle takip edilerek bu Genelge doğrultusunda gerekli işlemlerin yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM
Gereği :
1) Milli Savunma Bakanlığı
2) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
3) Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı
4) Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı
5) 81 İl Valiliği(İl Sağlık Müdürlüğü)

2.3.23. Tam Gün Yasası Uygulaması Genelgesi (2014/15)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 54567092/010. 276/16.04.2014
Konu : Tam Gün Yasası Uygulaması

GENELGE

2014/15

İlgi : 06/03/2014 tarih ve 9428 sayılı (2014/8 nolu Genelge) sayılı yazımız.

Bilindiği üzere 02/01/2014 tarihli ve 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 18/01/2014 tarihli ve 28886 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş, bu kapsamda yapılacak uygulamalar hakkında 05/03/2014 tarih ve 9428 sayılı (2014/8) Genelge yayımlanmış idi. Bu Genelgenin 3 üncü maddesiyle, 6514 sayılı Kanunun yayımı tarihi itibariyle serbest meslek faaliyetinde bulunan veya özel sağlık kuruluşlarında çalışan 2955 ve 2547 sayılı Kanunlara tabi tüm tabip ve diş tabiplerinin 18/04/2014 tarihine kadar durumlarını Kanuna uygun hale getirmeleri gerektiği bildirilmiş idi.

Ancak Anayasa Mahkemesi'nin 11/04/2014 tarihli ve 28969 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan E.2014/61-K.2014/6 sayılı Kararı ile 6514 sayılı Kanunun 14 üncü maddesiyle 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa eklenen geçici 64 üncü maddenin ve 19 uncu maddesiyle 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununa eklenen geçici 11 inci maddenin yürürlüğünün durdurulmasına karar verilmiştir. Dolayısıyla bu karar çerçevesinde, 2014/8 nolu Genelgenin 3 üncü maddesinin uygulanma imkanı kalmamıştır.

2955 ve 2547 sayılı Kanuna tabi tabip ve diş tabiplerinden halihazırda serbest meslek faaliyetinde bulunan veya özel sağlık kuruluşlarında çalışanlar (Anayasa Mahkemesince esas hakkında karar verilinceye veya yeni bir kanuni düzenleme yapılıncaya kadar) aynı şekilde faaliyetine devam edebilecektir.

Ancak, 6514 sayılı Kanunun diğer hükümleri yürürlükte bulunduğundan ve söz konusu Anayasa Mahkemesi kararı yeni serbest meslek faaliyetinde bulunmak veya özel sağlık kuruluşlarında çalışmak isteyenlere bu yolu açmadığından, serbest meslek icrasına veya özel sağlık kuruluşlarında çalışma talebine ilişkin yapılacak yeni başvurular hakkında ilgide kayıtlı 2014/8 nolu Genelge hükümleri uyarınca işlem tesis edilecektir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM
1) Milli Savunma Bakanlığı
2) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
3) Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı
4) Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı
5) 81 İl Valiliği(İl Sağlık Müdürlüğü)

2.3.24.Hukuki İşlem Ehliyetine İlişkin Rapor Düzenleme Yetkisi Genelgesi (2014/11)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

10.03.2014

Sayı : 54567092/ 9906
Konu : Hukuki işlem ehliyetine ilişkin rapor düzenleme yetkisi

.....

GENELGE

2014/ 11

5228 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile; Sağlık Bakanlığının belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esasların düzenlenmesi amaçlanmış olup, mezkûr Kanunun 'Hizmetin esasları başlıklı' 5 inci maddesinin 3 üncü fıkrasında ***"...İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce düzenlenmesi öngörülen her türlü rapor, sevk evrakı, reçete ve sair belgeler, aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde aile hekimleri tarafından düzenlenir."*** hükmü getirilmiştir. Ayrıca gerek 6/7/2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, gerek 25/5/2010 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği muvacehesinde ilgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında zikredilmiştir.

Diğer taraftan, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 13 üncü maddesinde ***"Bir şahsın ahvali bedeniye ve akliyasi hakkında rapor tanzimine münhasıran bu kanunla icrayı sanata salahiyeti olan tabipler mezundur. Türkiye'de icrayı sanat salahiyetini haiz olmıyan tabiplerin raporları muteber olamaz"*** hükmü mevcut olup mezkûr hüküm ile tabiplere bu yetki verilmiştir. Anılan Kanun hükmü uyarınca mesleğini icraya yetkili olan tabipler, kişinin ayırt etme gücüne sahip olup olmadığının tespiti için doğru algılama, kavrama ve buna göre hareket etme konusundaki ruhsal yeteneklerini, zihinsel işlevlerini, fiziksel vaziyeti, zaman ve mekân oryantasyonları gibi bir dizi davranış özelliklerini saptayarak kişi hakkında sağlık raporu düzenlemeye yetkilidir.

Bu itibarla mevzuatta kurul, kurum veya uzman hekimlerin yetkili kılındığı durumlar haricinde aile hekimleri de dahil olmak üzere mesleğini icraya yetkili olan bütün tabipler akli meleke (hukuki işlem yapma ehliyeti) raporlarını düzenlemeye yetkili olup,

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

ancak tabip gerek gördüğünde ilgili uzmana sevk ederek uzman tarafından karar verilip raporun düzenlenmesini talep edebilecektir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

Dağıtım
Gereği :
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığına
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığına
81 İl Valiliğine

Bilgi:
Sosyal Güvenlik Kurumuna
Adalet Bakanlığına
Maliye Bakanlığına
Çevre ve Şehircilik Bakanlığına

2.3.25. Seyahat Sigortası Olan Turistlerden Trafik Kazalarında İlave Ücret Alınabilmesi Hakkında Genelge (2013/9)

Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 54567092/010.06 19553 03.06.2013
Konu: Seyahat Sigortası Olan Turistlerden
Trafik Kazalarında İlave Ücret Alınabilmesi Hk.

.....VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

GENELGE
2013/9

İlgi : 30/03/2012 tarihli ve 715 sayılı Genel Yazı

Başbakanlık tarafından yayımlanan 2008/13 Nolu Genelgede; "8) Acil vakalarda acil sağlık hizmetinden yararlananlardan sosyal güvencesi bulunan kişilerin hizmet bedeli ilgili sosyal güvenlik kurumundan tahsil edilecek ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü maddesinin yedinci fıkrası gereğince hastadan ayrıca ücret farkı talep edilmeyecektir. 9) Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan vatandaşlarımızdan ödeme gücü bulunmayanların acil sağlık hizmeti bedelleri kendilerinden talep edilmeyecektir. Bunlardan kamuya ait sağlık kuruluşlarından ve ayakta teşhis ve tedavi yapan özel sağlık kuruluşlarından acil sağlık hizmeti alanların hizmet bedelleri 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümleri çerçevesinde sağlık kuruluşunun bulunduğu yer sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından talep edilecektir. Bu konuda gerekli tedbirler ilgili vakıf başkanlıklarınca alınacaktır." düzenlemesine yer verilmiştir.

Başbakanlık tarafından yayımlanan 2008/13 Nolu ve 2010/16 Nolu Genelgelerde, acil sağlık hizmetlerinin düzenli bir şekilde sunumu ve hasta mağduriyetine sebebiyet verecek herhangi bir aksaklığa ve duraksamaya mahal verilmemesine yönelik düzenleme yapılmış bulunmaktadır.

Anılan Genelgede yukarıda belirtildiği üzere, Genel Sağlık Sigortası kapsamında bulunanlara sunulacak acil sağlık hizmetlerinde Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilen ücretlerin hizmet bedeli olarak ödeneceği ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü maddesinin yedinci fıkrası gereğince farklı ücret uygulanmayacağı belirtilmiştir.

Bu itibarla anılan Genelgenin Genel Sağlık Sigortalısı olanlara uygulanacağı, özel sigortalar ve sandıkların tüm sağlık hizmet sunucularından sağladığı (acil hizmetler dahil) hizmetlerin aralarında yapılan sözleşmeler kapsamında ücretlendirilmesi ancak acil hizmetler için özel sigorta ve sandık mensuplarından sözleşmede belirlenen ücret dışında ilave ücret talep edilmemesi gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Diğer taraftan yurtdışında ikamet edip ülkemize geçici süreyle gelen ve isteğe bağlı özel sigortası veya seyahat sigortası olan yabancı uyrukluların, trafik kazası nedeniyle oluşan sağlık hizmet bedelinden Sosyal Güvenlik Kurumunun ödeme yükümlülüğünü aşan hizmet bedeli özel sigorta veya seyahat sigortasından, sigorta poliçesi kapsamında talep edilebilecektir. Ancak trafik kazası geçiren yabancı uyrukluların kendilerinden hiçbir surette ücret talep edilmeyecektir.

Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM
81 İl Valiliği

2.3.26. Ev Hemodiyalizi Genelgesi (2022/7)

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - DOKU, ORGAN NAKLİ VE DİYALİZ HİZMETLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
07/11/2022 17:35 - E-56733164 - 204.04 - 2948
00177774661

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 56733164-204.04
Konu : Ev Hemodiyalizi

GENELGE
2022/
7

Bilindiği üzere; ev hemodiyalizi uygulaması, ev hemodiyalizi yapma izni verilen diyaliz merkezleri tarafından eğitim verilmiş ve ev hemodiyalizini uygulayabileceği belgelenmiş hasta veya yardımcısı tarafından hastanın evinde uygulanmaktadır. Eve bir hemodiyaliz makinesi ve küçük bir su arıtma sistemi kurulmakta, tüm güvenlik önlemleri alınmakta, gerekli malzemeler düzenli aralarla hastanın evine götürülmektedir.

01.03.2019 tarihli ve 30701sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik'te tanımlanan diyaliz yöntemlerinden biri olan Ev Hemodiyalizi uygulamasında karşılaşılan sorunların giderilmesi ve uygulama birliğinin sağlanması amacıyla ekte yer alan usul ve esaslar düzenlenmiştir.

İş bu Genelgenin iliniz dahilinde faaliyet gösteren tüm diyaliz merkezlerine tebliği ile uygulamanın Genelge esaslarına göre yapılması hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

EK-1:Usul ve Esaslar (4 Sayfa)
EK-2: Ev Hemodiyalizi Hasta Onam Formu(4 Sayfa)

Dağıtım:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne

2.3.27. UKS ve Organ Nakli Merkezleri Yönergesi'nde Yer Alan Takip Formları Hakkında Genelge (2012/25)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.SHG.0.10.00.00 9889 05.06.2012
Konu : UKS ve Organ Nakli Merkezleri Yönergesi'nde Yer Alan Takip Formları Hakkında

GENELGE

2012/25

Makamın 28.05.2008 tarih ve 19735 sayılı Onayları ile yürürlüğe giren Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi ile organ ve doku nakli hizmetleri ile ilgili merkezlerin ve bu merkezlerde görevli personelin görev ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esaslar, Makamın 13.02.2012 tarih ve 6157 sayılı Onayları ile yürürlüğe giren Organ Nakli Merkezleri Yönergesi ile de karaciğer, böbrek, akciğer, kalp, kalp-akciğer nakli yapan merkezlerin taşıması gereken şartlar ile çalışmalarına dair usul ve esaslar belirlenmiştir, ilgili Yönergelerin ekinde yer alan ve aşağıda isimleri verilen formların takibi TODS (Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi) üzerinden yapılmaktadır. Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi'nde yer alan Ek:5 Formları (Organ Bilgi Formu) ve Ek:6 Formları (Alıcı İzlem Formları) dışında, aşağıda isimleri listelenen formların TODS'a kayıtlarının yapılması gerekmektedir.

Bu bağlamda, aşağıda listelenen ve TODS' a kaydedilecek formlar ile Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi'nde yer alan Ek:5 Formları (Organ Bilgi Formu) ve Ek:6 Formlarının (Alıcı İzlem Formları) bundan sonra yazılı evrak formatında rutin olarak Bakanlığımıza gönderilmemesi, arşiv hizmetleri ile ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak kurumların kendi bünyelerinde muhafaza edilmesi gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

- Beyin Ölüm Bildirim Formu (Ek:1)
- Verici Bilgi Formu (Ek:4)
- Acil Hasta Bildirim Formu (Ek:8 ler)
- Aile İzin Formu (Ek:9)
- Böbrek Nakilleri Hasta Takip Formu
- Karaciğer Nakilleri Hasta Takip Formu
- Kalp Nakilleri Hasta Takip Formu
- Akciğer Nakilleri Hasta Takip Formu
- Organ Nakli Merkezlerinin Bildirim Formu

Prof.Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

2.3.28. Ulusal Organ Nakli Bilgi Sistemi Genelgesi (2011/4)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hiz. Genel Müd.Eğitim
Tanıtım Ve Ulusal Koordinasyon Şb.
24 Ocak 2011 14:13:58 /3507
9374158

Sayı : B-10-0-THG-0-06-00-02-708/
Konu: Ulusal Organ Nakli Bilgi Sistemi

GENELGE

2011 /4

Bilindiği üzere, ülke genelinde böbrek nakli yapılan tüm merkezlerde nakil olmak isteyen kişilerin bilgileri, Bakanlığımız Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi Programına kaydedilmekte, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Organ Nakli Ulusal Koordinasyon Merkezi (UKM) tarafından bu kayıtlar esas alınarak sadece Böbrek bekleyen hasta işlemleri ve kadavra donör dağıtım işlemleri gerçekleştirilmekte idi.

Ülke genelinde canlı ve kadavradan gerçekleşen tüm (böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas ve ince barsak) organ nakilleri ile organ bekleyen hasta bilgilerini içeren yeni Ulusal Organ Nakli Bilgi Sistemi oluşturma çalışmaları tamamlanmıştır. Bu sistem, öncelikle organ nakli merkezleri, bölge koordinasyon merkezleri (BKM) ve UKM tarafından kullanılacak olup canlı ve kadavra donör bilgileri ile nâkile ilişkin dokümanlar öncelikle sisteme kayıt edilerek takip edilecektir.

Bu bağlamda organ nakli bekleyen hastalar, nakillerinin gerçekleştirilmesini istedikleri merkezlere başvurabileceklerdir. Başvurunun yapıldığı organ nakli merkezleri tarafından hasta kimlik ve doku tipleme bilgileri ile programda istenen tüm bilgiler, güncel olarak ulusal organ nakli bilgi sistemine kaydedilecektir. Kadavra donör temini vb. işlemler için BKM' ler yetkilendirilerek, gerektiğinde bölgesinde bulunan tüm hastanelere sistemi kullanma yetkisi verebilecektir.

Sistemde tutulacak her türlü kişisel bilginin gizliliği esastır. Bu kapsamda, sisteme giriş yapacak olan kişiler, kaydı bulunan hastaların bilgilerinin amaç dışı kullanımını engelleyecek önlemleri almak, hasta haklarına ve kişisel haklara riayet etmekle yükümlüdür.

Halen UKM ve organ nakil merkezlerince kullanılan programda bulunan tüm veriler hazırlanmış olan yeni sisteme Bakanlıkça aktarılacaktır. Ancak aktarılan verilerin yeni sistemle uyumlu çalışabilmesi ve eşleştirme işlemlerinin yapılabilmesi için gerekli kontrol ve güncelleme (doku grupları ve sistemdeki tüm bilgiler) ilgili merkezlerce yapılacaktır. Mevcut kullanıcı adı ve şifreleri yeni sistemde de aynen geçerli olacaktır. Yeni sisteme http://sbu3.saglik.gov.tr/sbdoku/ adresine girilmek suretiyle ulaşılabilecektir.

Sisteme 24.01.2011 tarihinde böbrek dağıtım işlemleri ile başlanacak olup, 07.02.2011 tarihinde başta karaciğer dağıtımı olmak üzere tüm organlar sistem üzerinden dağıtılacaktır. Sistemde kaydı olmayan hastalara organ dağıtımı yapılmayacaktır.

Bu amaçla, nakil merkezlerinin 07.02.2011 tarihine kadar organ bekleyen tüm hasta giriş kayıtlarını yapmaları ve kayıtları en kısa sürede güncellemeleri hususunda;

Gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliği

Bilgi: İdari Mali İşler Daire Başkanlığı

2.3.29. Tıbbi Cihazların Planlanması ve Teminine İlişkin Usul ve Esaslar (2025/8)

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
4.09.2025 12:34:22 E-11045126-010.06-287300054
287300054

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-110451265-010.06-
Konu : Tıbbi Cihazların Planlanması ve Teminine İlişkin Usul ve Esaslar

GENELGE
2025/ 8

Sağlık teknolojisi; sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların önlenmesi, teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu amacıyla kullanılan ilaçlar, tıbbi cihazlar, cerrahi yöntemler ve sağlık sistemleri gibi tüm uygulamaları kapsamaktadır. Bu kapsamda yer alan tıbbi cihazlar; asli fonksiyonlarını insan vücudu içinde veya üzerinde farmakolojik, immünolojik veya metabolik etkilerle sağlamayan ancak bu etkilerden destek alabilen, üreticisi tarafından insan üzerinde tek başına veya birlikte kullanılmak üzere tasarlanan alet, aparat, teçhizat, yazılım, implant, reaktif, materyal veya diğer malzemeleri ifade etmektedir. Tıbbi cihazlar; hastalıkların veya yaralanmaların tanısı, önlenmesi, izlenmesi, tedavisi, hafifletilmesi veya kompanse edilmesi; anatominin, fizyolojik ya da patolojik süreçlerin araştırılması veya modifikasyonu; insan vücudundan alınan örneklerin in vitro incelenmesi yoluyla bilgi sağlanması; gebeliğin önlenmesi veya desteklenmesi gibi amaçlarla kullanılmaktadır. Bu cihazların temizliği, dezenfeksiyonu veya sterilizasyonu için özel olarak üretilmiş ürünler de bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Küreselleşme, sağlık teknolojilerindeki ilerlemeler, sağlık maliyetleri ile tanı ve tedavi süreçlerindeki değişim ve dönüşümler; uygun sağlık teknolojilerinin seçimi ile bu teknolojilerin sağlık tesislerinde etkin ve sürdürülebilir kullanımını etkileyen temel faktörler arasındadır. Bu nedenle, sağlığa ayrılan kaynakların dengeli dağılımının sağlanması, yeni sağlık tesislerinde gereksiz cihaz alımlarının önlenmesi ve âtıl kapasite oluşumunun azaltılması amacıyla, tıbbi cihaz ihtiyacının gerekliliğinin değerlendirilmesi ve bu cihazların doğru zamanda, uygun maliyetle ve amaca uygun biçimde temin edilerek hizmete sunulmasını sağlayacak bir tıbbi cihaz planlamasına ihtiyaç duyulmuştur.

Bu çerçevede, özellikli sağlık hizmetlerinde kullanılan cihazlar ile sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunulmasını sağlayan cihazlar; ülkemizin demografik yapısı ve epidemiyolojik özellikleri, sağlık tesislerinin hizmet kapasiteleri ve rolleri, sağlık insan gücü durumu, çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülke genelinde dengeli dağılımı ile koruyucu ve acil sağlık hizmetlerinin gerektirdiği iş birliği alanlarındaki mevcut durum dikkate alınarak planlanmıştır.

Bu kapsamda tıbbi cihazların planlanması ve temini aşağıdaki usul ve esaslara göre yürütülecektir.

1. Genel Esaslar

1.1. Sağlık tesisleri bünyesinde Ek-1'de belirtilen tıbbi cihazların planlaması, izin işlemleri ve temini bu usul ve esaslar çerçevesinde yürütülür.

1.2. Sağlık hizmetlerinin kaliteli, etkili ve hakkaniyetli biçimde sunulabilmesi, bireylerin sağlığa erişiminin artırılması ve sağlık tesislerinde gereksiz, niteliksiz ya da kapasiteye uygun olmayan tıbbi cihaz alımlarının önlenmesi amacıyla, etkin bir tıbbi cihaz planlamasının yapılması zorunludur. Bu kapsamda planlamaya dahil edilen tıbbi cihazlar, *özellikli sağlık hizmetlerinde kullanılan cihazlar* ile *sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunulmasını sağlayan cihazlar* olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılır.

1.3. Özellikli sağlık hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihazlara ilişkin planlama; Bakanlığa bağlı sağlık tesislerini, devlet ve vakıf üniversitelerine bağlı sağlık tesislerini ve özel sağlık tesislerini

kapsar. Sağlık hizmetinin sürekliliği için gerekli olan tıbbi cihazların planlaması ise yalnızca Bakanlığa bağlı sağlık tesislerini kapsar.

1.4. Özellikli sağlık hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihazların planlaması, her bir sağlık hizmet bölgesi temelinde ayrı ayrı yapılır.

1.5. Bu Genelgede belirtilen tıbbi cihazların alımına başlamadan önce, Bakanlığımızdan izin alınması zorunludur.

1.6. Bu Genelgede belirtilen tıbbi cihazlara ilişkin ihtiyaç tespitlerinin sağlıklı ve doğru şekilde yapılması esastır. Cihaz teminine yönelik ihtiyaç tespiti, ilgili kurum tarafından gerçekleştirilecektir. Planlama sürecinde; varsa önceki yıllara ait gerçekleşen tüketim verileri, hastanelerin hizmet rolü, cihazla ilgili hasta potansiyeli, cihazın kullanımına yönelik uzman hekim ve diğer sağlık personelinin mevcudiyeti ve yeterliliği, tetkik başına düşen birim maliyetler ile diğer istatistiksel veriler dikkate alınacaktır. Mal veya hizmet temininde ihtiyaç fazlası alımların önlenmesi amacıyla, talep tahminlerinin tüm ilgililerin katılımı ile belirlenmesine dikkat edilecektir. Bu değerlendirmeler neticesinde, tıbbi hizmet alımı, tıbbi cihaz satın alımı, hizmet alımı veya diğer sağlık kurumlarından protokol yoluyla tedarik yöntemlerinden hangisinin uygulanacağına ve miktarına karar verilecektir.

1.7. Bu Genelgede yer alan tıbbi cihazların teminine yönelik tıbbi cihaz talepleri; talepte bulunan sağlık tesisi yöneticisi aracılığıyla Bakanlıkça öngörülen fiziksel formlar ya da elektronik ortam üzerinden il sağlık müdürlüklerine yapılacaktır. Başvuru, Bakanlığa il sağlık müdürlükleri tarafından iletilecektir. Başvuruların nihai değerlendirilmesi Bakanlıkça gerçekleştirilecektir.

1.8. Özellikli sağlık hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihazlar için, izin verildiği tarihten itibaren en geç 2(iki) yıl; sağlık hizmetlerinin sürekliliği için gerekli tıbbi cihazlar için ise en geç 1(bir) yıl içinde hizmet sunumuna başlanması esastır. Belirtilen süreler içinde hizmet sunumuna başlanmayan sağlık tesislerinin ilgili cihazlara ilişkin izinleri iptal edilir.

1.9. Mücbir sebepler, afet durumları, demografik yapıdaki değişiklikler veya stratejik önem taşıyan istisnai durumlar nedeniyle öncelikli değerlendirilmesi gereken sağlık hizmet bölgelerindeki sağlık tesisleri için bu Genelgede yer alan planlama kriterleri Tıbbi Cihaz Planlama ve Değerlendirme Komisyonu (TCPDK) kararıyla uygulanmayabilir.

1.10. Genelge kapsamında düzenlenen konularla ilgili olarak, hastane bünyesinde başhekim tarafından görevlendirilen bir komisyon başkanı, idari mali işler müdürü ya da müdür yardımcısı, bir teknik personel (mühendis, tekniker ya da teknisyen), sağlık bakım hizmetleri müdürü ya da müdür yardımcısı ile en az 1 uzman hekimin yer alacağı, en az 5 veya daha fazla tek sayıdaki daimî üyeden oluşan "Hastane Tıbbi Cihaz İhtiyaç Tespit Komisyonu" kurulacaktır. Komisyonun görev süresi 2 yıldır. Komisyonda gerekli durumlarda farklı uzmanlık dallarından geçici süreyle uzman hekim ya da hekimler görevlendirilebilir. Geçici üyeler, komisyonda yalnızca kendi uzmanlık alanları ile ilgili konularda görüş bildirebilirler ancak oy kullanamazlar.

1.11. Genelge kapsamında düzenlenen konularla ilgili olarak kamu hastaneleri hizmetleri başkanlıkları bulunan illerde kamu hastaneleri hizmetleri başkanı veya başkan yardımcısı başkanlığında, 2 teknik personel (mühendis, tekniker ya da teknisyen) ile en az 2 uzman hekimin yer alacağı, en az 5 veya daha fazla tek sayıdaki daimî üyeden oluşan "Başkanlık Tıbbi Cihaz İhtiyaç Tespit Komisyonu" kurulacaktır. Komisyonun görev süresi 2 yıldır. Komisyonda gerekli durumlarda farklı uzmanlık dallarından geçici süreyle uzman hekim ya da hekimler görevlendirilebilir. Geçici üyeler, komisyonda yalnızca kendi uzmanlık alanları ile ilgili konularda görüş bildirebilir, ancak oy kullanamazlar.

1.12. Genelge kapsamında düzenlenen konularla ilgili olarak, il sağlık müdürlükleri bünyesinde il sağlık müdürü tarafından, "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergenin Ek-1'i uyarınca il sağlık müdürünce görevlendirilen bir başkan, bir

başkan yardımcısı, bir biyomedikal mühendisi ile dahili, cerrahi, laboratuvar ve tıbbi görüntüleme uzmanlık dallarından birer uzman hekimin yer alacağı, en az 7 (yedi) veya daha fazla tek sayıdaki daimî üyeden oluşan "İl Tıbbi Cihaz ve Hizmet Alımları Planlama Komisyonu" kurulacaktır. Komisyonun görev süresi 2 (iki) yıldır. Komisyonda gerekli durumlarda farklı uzmanlık dallarından geçici süreyle uzman hekim ya da hekimler görevlendirilebilir. Geçici üyeler, komisyonda yalnızca kendi uzmanlık alanları ile ilgili konularda görüş bildirebilirler ancak oy kullanamazlar.

1.13. Komisyon ihtiyaca göre, yılda 2 defadan az olmamak üzere toplanarak çalışmalarını sürdürecektir.

1.14. İl Tıbbi Cihaz ve Hizmet Alımları Planlama Komisyonu kararlarını alırken bu Genelgede belirtilen planlama usul ve esaslarına uyacaktır. Komisyon, tüm üyelerin katılımıyla toplanacak ve kararlar oy çokluğu ile alınacaktır. Kararlarda çekimser oy kullanılamaz. Karara karşı oy kullanan üyeler, karşı oy gerekçelerini karar metnine yazarak imzalamak zorundadır. Komisyon üyeleri, verdikleri oy ve aldıkları kararlardan bireysel olarak sorumludur.

1.15. İl sınırları içerisinde bulunan sağlık kuruluşlarının bu Genelge kapsamındaki talepleri ile ilgili iş akış şeması Ek-2 de belirtilmiştir. Tüm talepler, sırasıyla Hastane Tıbbi Cihaz İhtiyaç Tespit Komisyonu, Başkanlık Tıbbi Cihaz İhtiyaç Tespit Komisyonu ve İl Tıbbi Cihaz ve Hizmet Alımları Planlama Komisyonu tarafından değerlendirilir ve kabul edilmeleri durumunda gerekçeleriyle birlikte rapor halinde il sağlık müdürlüğüne sunulur. Komisyon tarafından sunulan taleplerden il sağlık müdürlüğünce uygun görülenler il sağlık müdürünün onayı ile birlikte madde 1.15.1 ve madde 1.15.2. ile Ek-2'de belirtilen Genel Müdürlüklere gönderilir. Ek-1'de belirtilen tıbbi cihazlara ait tıbbi cihaz, tıbbi cihaz hizmet ve tıbbi hizmet alımı işlemlerine ait taleplerden il sağlık müdürlüğünce uygun bulunmayan başvurular Bakanlığa gönderilmez.

1.15.1. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün görev alanına giren sağlık tesislerine ilişkin tıbbi cihaz, tıbbi cihaz hizmet ve tıbbi hizmet alımı taleplerinden il sağlık müdürlüğünce uygun bulunanlar il sağlık müdürünün onayıyla gereği için doğrudan ilgili genel müdürlüklere gönderilir. Bu taleplerden özellikli sağlık hizmetlerinde kullanılan cihazlarla ilgili olanlar bilgi ve gereği için ilgili genel müdürlük aracılığıyla Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilir. Sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunulmasını sağlayan cihazlarla ilgili talepler hakkında ise ilgili genel müdürlükçe bu Genelgedeki planlama esasları uyarınca işlem tesis edilir.

1.15.2. Devlet ve vakıf üniversitelerine bağlı sağlık tesisleri ile özel sağlık tesislerinin özellikli sağlık hizmetlerinde kullanılan cihazlarla ilgili taleplerinden il sağlık müdürlüğünce uygun görülenler il sağlık müdürlüğü görüşü ile birlikte doğrudan Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bildirilir.

1.16. Özellikli sağlık hizmetlerinde kullanılan cihazlarla ilgili tıbbi cihaz, tıbbi cihaz hizmet ve tıbbi hizmet alımı işlemlerine Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün yazılı izni olmadan başlanamaz ve ilgili izin yazısının ihale dosyalarında bulundurulması şarttır.

1.17. İl müdürlüğü, kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı ve sağlık tesisi düzeyinde yürütülecek tıbbi cihaz, tıbbi cihaz hizmet ve tıbbi hizmet alımları talepleri için, şartname oluşturulması ve ihale aşamasında uzmanlık alanı bu cihaz veya hizmetlerle ilgili olan en az 1 (bir) uzman hekim üye belirlenecektir.

1.18. Tıbbi cihaz, tıbbi cihaz hizmeti ve tıbbi hizmet alımına ilişkin düzenlenecek ihale şartnameleri, adil rekabet ortamını sağlayacak ve tüm isteklilere eşit fırsat sunacak şekilde hazırlanacaktır. Bu şartnamelerde, belirli bir üreticiye, markaya, modele, rakiplerin erişimine kapalı patentli veya tescilli teknolojilere veya rekabeti engelleyici teknik özelliklere doğrudan ya da dolaylı olarak atıfta bulunulmayacaktır.

1.19. Alım süreçlerinde ürünle ilgili Ürün Takip Sistemi'nde (ÜTS) yapılan sorgulamalarda menşei ülkesi Türkiye olan ürünler ve Türkiye'de yapılan laboratuvar testleri öncelikli olarak tercih

edilecek; ÜTS'de 13/9/2014 tarihli ve 29118 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yerli Malı Tebliğinde belirtilen yerli malı belgesine sahip olan ürünler için 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu Madde 63 dayanak alınarak tıbbi cihaz alımı ihalelerinde yerli malı teklif eden istekliler lehine %15 oranında fiyat avantajı sağlanacaktır.

1.20. Tüm alımlarda 4734 sayılı Kanun, 5/1/2002 tarihli ve 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu ve bu Kanunlara dayanılarak çıkarılan yürürlükteki ikincil mevzuat (uygulama yönetmelikleri, tebliğler vb.) ile yürürlükteki Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri doğrultusunda hareket edilecektir.

1.21. Genelge kapsamında belirtilen hükümler ilgili tıbbi cihaz mevzuatı kapsamındaki ürünlerin kamu tarafından kamu (DMO, HSSGM, KHGM gibi) ve özel kurum / kuruluşlardan münferit ve merkezi tüm satın alımlarında uygulanacaktır.

1.22. İlgili tıbbi cihaz mevzuatı kapsamındaki cihazların satın alımlarında, hizmet alımlarında veya kit ve sarf karşılığı hizmet alımlarında, tüm tıbbi cihazlar için tekil hareket bildirimlerinin yapılması gerekmektedir. Satın alınan tıbbi cihazlar için **ÜTS** üzerinde ilgili firmanın sağlık kuruluşuna verme bildirimi yapması, sağlık kuruluşunun da kendisine yapılan verme bildirimine karşılık alma bildirimi yaparak tıbbi cihazları stoğuna eklemesi gerekmektedir. Sağlık kuruluşunun stoğuna eklediği tekil ürünler kullanıldıkça ya da tüketildikçe uygun bildirimler (kullanım, tüketim, HEK/Zayiat, vs.) ile ÜTS'den çıkış işleminin yapılması gerekmektedir. Hizmet alımlarında ise söz konusu işlemlerin hizmet sunumunu gerçekleştirecek yüklenici firma tarafından yapılması gerekmektedir. ÜTS ile ilgili iş ve işlemlere ilişkin Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından www.titck.gov.tr / www.uts.saglik.gov.tr adreslerinden yapılan duyurular takip edilmeli ve gerekli işlemler tesis edilmelidir.

1.23. Tıbbi cihazlara yönelik periyodik test, kontrol, kalibrasyon ile kalite kontrol ve kalite uygunluk faaliyetleri; Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından yayımlanan yürürlükteki güncel kılavuzlar doğrultusunda yürütülür. Bu kapsamda, "Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik" kapsamında yer alan cihazlarda "Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik Kapsamında Yürütülecek Test, Kontrol ve Kalibrasyon Faaliyetlerine İlişkin Kılavuz", "Diagnostik Radyoloji, Nükleer Tıp ve Radyoterapi Grubu Tıbbi Cihazların Kalite Uygunluk ve Kalite Kontrol Testleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında yer alan cihazlarda ise "Diagnostik Radyoloji, Nükleer Tıp ve Radyoterapi Grubu Tıbbi Cihazların Kalite Uygunluk ve Kalite Kontrol Testleri Hakkında Yönetmelik Hükümlerinin Uygulanmasına İlişkin Kılavuz" esas alınır. Zorunluluk getirilen cihazlarda ilgili kapsamda yetkilendirilmiş kişi veya kuruluşlardan hizmet alınır. Kılavuz kapsamı dışında kalan cihazlarda ise Ürün Takip Sistemi üzerinden kalibrasyona tabi cihaz kapsamına giren tıbbi cihazlar için kalibrasyon işlemlerinin gerçekleştirilmesi zorunludur.

1.24. Aday veya isteklilerden tıbbi cihaz yönetmeliklerinin öngördüğü belgeleri (EC sertifikaları, uygunluk beyanı, vb.) ayrıca ibraz etmeleri istenmeyecektir. Başta genel laboratuvar amaçlı cihazlar ve yan ekipmanlar olmak üzere, tıbbi cihaz yönetmelikleri kapsamında olmayan ürünler veya cihazlar için ÜTS kaydı aranmayacaktır.

2. Tıbbi Cihaz Satın Alım Esasları

2.1. Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamındaki ürünlerin veya cihazların satın alımları "Tıbbi Cihaz Satış, Reklam ve Tanıtım Yönetmeliği" kapsamında değerlendirilir.

2.2. Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri uyarınca, herhangi bir cihazın Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olup olmadığına, üretim veya kullanım amacı çerçevesinde üreticiler karar vermektedir. Eğer cihaz üreticisi tarafından Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında belgelendirilmemiş ise, yani

tıbbi cihazlar kapsamında değilse, ÜTS'ye kayıt veya bildirim işlemi yapılmamaktadır. Satın alma işlemlerinde, Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamında olup olmadığı hakkında tereddüt oluşan cihazlar için üreticinin veya ithalatçının TİTCK'ya sunduğu teknik dosya ve resmi beyanı sonucunda alınan kararı esas alınarak işlemler yürütülmelidir. Bu durumda ayrıca belge aranmayacaktır. Ancak içerik ve özellikleri bakımından aynı olan iki cihaz hakkında çelişkili belge veya kayıtların bulunması, cihazın ilgili yönetmelikler kapsamında değerlendirilip değerlendirilemeyeceği veya tıbbi cihaz sınıflandırmasına ilişkin tereddütlerin oluşması durumunda, yüklenici adayı (istekli), ihale teklifinin değerlendirilmesi aşamasında, cihazın üreticisi tarafından hazırlanmış olan ve cihazın kullanım amacını, uygulama alanını, uygulama süresini, hedef kullanıcı kitlesini ve etki mekanizmasını açıklayan bilimsel verileri Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'na (TİTCK) ileterek görüş alacaktır.

2.3. İhale şartnameleri, madde 1.16 uyarınca adil rekabet ortamını sağlayacak ve tüm isteklilere eşit fırsatlar sunacak şekilde hazırlanacaktır. Bununla birlikte yüksek teknolojiye sahip tıbbi cihaz alımlarında, belirli teknik özelliklerin cihazda bulunmasının cihazın fonksiyonelliği ve rasyonel kullanımı açısından kullanıcı ve hastalar için ek katkı sağladığının nesnel kriterlerle ortaya konduğu durumlarda "fiyat dışı unsurlar" kullanılabilir. Bu tip fiyat dışı unsur içeren özelliklerin "Üstün Teknik Özellikler" başlığı altında ihale dokümanında yer alması esastır.

2.4. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından alınan idari yaptırım kararları, uygunsuzluğun niteliğine göre ilgili tıbbi cihazın barkoduna ve/veya belirli lot veya seri numarasına yönelik olarak uygulanabilir. İhale tekliflerinin değerlendirilmesi aşamasında, ilgili cihazların www.titck.gov.tr adresinde yer alan "Tıbbi Cihazlar Güvensiz Ürünler, Tıbbi Cihaz Teknik Düzenlemeye Aykırı Ürünler ve Gönüllü Saha Güvenlik Bildirimleri" bölümlerinden sorgulanması zorunludur. Sağlık meslek mensuplarınca kullanımı gereken cihazlara ilişkin idari yaptırım kararları ayrıca Ürün Takip Sistemi üzerinden sağlık kuruluşlarında kayıtlı kullanıcıların elektronik posta adreslerine bildirilir. Bu kapsamda alımı yapılmış ve sonradan geri çağırma kararı alınmış cihazların miktarları, barkod ve/veya lot/seri numarası bilgileriyle birlikte (kullanılan veya stokta bulunan) Kuruma bildirilecek ve bu ürünler kullanılmaksızın muhafaza edilecektir. Tıbbi cihazların kullanımı sırasında meydana gelen; hasar, yaralanma, ölüm veya bunlara yol açabilecek nitelikteki olaylar gibi ilgili mevzuatta "Uyarı Sistemi" kapsamında sayılan olumsuz olaylar, gecikmeksizin cihaz sağlayıcısına ve/veya üretici veya ithalatçısına bildirilecek; eş zamanlı olarak Ürün Takip Sistemi üzerinden "Olumsuz Olay Rapor İşlemleri" modülü kullanılarak Kuruma olumsuz olay bildirimi yapılacaktır. Olumsuz olaya konu olan veya cihaz kaynaklı olabileceğinden şüphe edilen ürünler ise sağlık kuruluşunda kullanılmadan muhafaza edilecektir.

2.5. Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik" kapsamında yer alan tüm tıbbi cihazlara TİTCK tarafından yayımlanan yürürlükteki güncel "Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik Kapsamında Yürütülecek Test, Kontrol ve Kalibrasyon Faaliyetlerine İlişkin Kılavuz" kapsamında test, kontrol ve kalibrasyon işlemleri uygulanacaktır. "Diagnostik Radyoloji, Nükleer Tıp ve Radyoterapi Grubu Tıbbi Cihazların Kalite Uygunluk ve Kalite Kontrol Testleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında yer alan tüm tıbbi cihazlara TITCK tarafından yayımlanan yürürlükteki güncel "Diagnostik Radyoloji, Nükleer Tıp ve Radyoterapi Grubu Tıbbi Cihazların Kalite Uygunluk ve Kalite Kontrol Testleri Hakkında Yönetmelik Hükümlerinin Uygulanmasına İlişkin Kılavuz" kapsamında kalite kontrol ve kalite uygunluk işlemleri uygulanacaktır.

2.6. Tıbbi cihaz satın alımlarında "garanti süresi" mutlaka belirtilecektir. Tıbbi cihaz satın alımlarında Teknik servis faaliyeti gerektiren tıbbi cihazlar için "Tıbbi Cihaz Satış, Reklam ve Tanıtım Yönetmeliği" kapsamında düzenlenmiş garanti belgesi olması gerekmektedir. Cihazların

kurulumu sonrasında yapılacak kabul testleri ile cihazların servise alınmasından sonra gerçekleştirilecek teknik servis faaliyetleri, test, kontrol ve kalibrasyon işlemleri ile kalite kontrol ve kalite uygunluk testleri, ilgili Yönetmelikleri de dikkate alınarak yüklenici veya sağlık kuruluşunca hangi şartlarda ve periyotlarda yapılacağı ve tarafların yükümlülükleri, idari şartnamelerde açık olarak belirlenecektir. Garanti sonrasında; teknik servis hizmetlerinin hangi şartlarda (parça dâhil, parça hariç, vb.) ve ihale fiyatına göre hangi oranda olacağı ihale dosyasına giren evraklar içerisinde yazılı olarak bulundurulacaktır. Tıbbi cihaz satın alındıktan sonra kullanıcılara ve teknik servis sorumlularına verilecek eğitim süresi ve şartları da şartnamelerde belirtilecektir.

2.7. 554 Sayılı Endüstriyel Tasarımların Korunması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname gereği Türk Patent ve Marka Kurumu tarafından tescil edilmiş ve Tıbbi Cihaz Yönetmeliklerine uygun üretilmiş olan, tek ithalatçısı veya tek üreticisi bulunan tıbbi cihazların tasarım haklarının korunması amacıyla, satın almalarda 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun ilgili hükümleri göz önünde bulundurulmak zorundadır.

2.8. Tıbbi cihazlara satış sonrası hizmeti sunacak kuruluşlar ile buralarda görev yapan personelin, "2020-6 sayılı Tıbbi Cihaz Teknik Servis Sağlayıcılarının ve İlgili Teknik Personelin Kaydına İlişkin Genelge" kapsamında Ürün Takip Sistemi'ne kayıtlı olması zorunludur. "Bu kuruluşların, hizmet verdikleri alana uygun olarak TS 12426, TS 13703, TS 13011 veya TS 13005 standartlarından ilgili olanına göre düzenlenmiş hizmet yeterlilik belgesine sahip olmaları şarttır. Tıbbi cihazların teknik servis faaliyetleri, "Sağlık Hizmet Sunumu Kapsamında Kullanılan Tıbbi Cihazların Teknik Servis Hizmetlerine Dair Yönetmelik" hükümleri çerçevesinde zorunluluk getirilen cihazlar için Kurum tarafından yetkilendirilmiş kuruluşlardan temin edilir. Yönetmelik kapsamı dışında kalan cihazlarda ise Ürün Takip Sistemi üzerinden bakıma tabi olduğu belirlenen cihazlar için teknik servis hizmeti alınması zorunludur. İhale sözleşmelerinde; satın alınan tıbbi cihazların bakım onarımına ilişkin olarak satıcıya ulaşılamaması durumunda üretici veya ithalatçı firmadan hizmet alınmasına imkân tanıyacak hükümlere yer verilir. Ayrıca garanti süresinin bitimini müteakip yedek parça temininin kesintisiz şekilde sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

2.9. Sağlık kurumları, garanti sonrası alacakları teknik servis hizmet alımlarında; Rekabet Kurulu'nun "tıbbi cihaz pazarında faaliyet gösteren firmaların, bu cihazların teknik servisi pazarında şifre uygulaması ve yedek parça temininindeki davranışlarıyla" ilgili 18.02.2009 tarih ve 09–07/128–39 sayılı kararını dikkate alacaklardır.

2.10. Sağlık kurumları; envanterlerinde görünen tüm tıbbi cihaz, araç-gereç ve donanımların periyodik bakımlarını, amaca uygun olarak kullanılıp kullanılmadıklarını, garanti sürelerinin takibini, envanterin güncelleştirilmesini, tıbbi cihazların ulusal ve uluslararası düzeyde belirlenmiş referans değerlere uygun olarak çalışıp çalışmadığının takibini, test, kontrol ve kalibrasyonları ile kalite kontrol ve kalite uygunluk testlerinin yapılmasını ve sonucunun takibi ile ilgili iş ve işlemleri Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği kapsamında yerine getirecektir

2.11. Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamındaki cihazların kullanıcılara ve uygulayıcılara yönelik olarak cihazla birlikte verilmesi gereken bilgiler, kullanım kılavuzları, etiketler, bakım-onarım kitapçıkları ve benzeri belgeler ve diğer açıklamalar ilgili Yönetmeliklere uygun olarak Türkçe olmalıdır. Yönetmelikler gereği kullanım kılavuzu bulunması zorunlu tıbbi cihazlar için Türkçe etiket ve Türkçe kullanım kılavuzu bulunmayan tıbbi cihazların muayene ve kabul işlemleri yapılmayacaktır.

2.12. Şartnamelerde alınacak olan ürün ve cihazların Tıbbi Cihaz Yönetmeliğinin Tanımlar başlıklı 3. maddesinin (eee) bendinde belirtilen Tıbbi Cihaz tanımında belirtilen uygun olan en az bir kullanım amacı belirtilecektir.

2.13. Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamındaki ürün veya cihazların tedarik süreçlerinin malzeme ve tedarikçilerine ilişkin kayıt, tescil, satış yetki belgesi ve uyarı sistemi takip ve kontrolleri ile TİTCK görüş bildirimlerine ilişkin iş ve işlemler İl Sağlık Müdürlüklerinde ilgili başkanlıkça yürütülür.

2.14. Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamındaki ürün ve cihazların tedarik süreçlerinde terminoloji birliğini sağlamak esastır. Tıbbi cihaz alımlarında tüm ürün, cihaz, yedek parça, aksesuar, sarf ve sistemlere ilişkin tedarik zinciri içerisinde (planlama, ihtiyaç tespit, ihale, teklif, belge kontrol, sözleşme, fatura, muhasebe, stok, satış sonrası hizmetler gibi) tüm doküman ve kayıt işlemlerinde güncel malzeme kaynakları yönetim sisteminde belirtilen malzeme tanımları kullanılacaktır. Malzeme tanımlarının değerlendirilmesi ve kontrolleri ile Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü görüş bildirimlerine ilişkin iş ve işlemler İl Sağlık Müdürlüklerinin bünyesindeki Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı tarafından yürütülür.

2.15. İdareler, bu Kanuna göre yapılacak ihalelerde; saydamlığı, rekabeti, eşit muameleyi, güvenirliği, gizliliği, kamuoyu denetimini, ihtiyaçların uygun şartlarla ve zamanında karşılanmasını ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamakla sorumludur. Aralarında kabul edilebilir doğal bir bağlantı olmadığı sürece mal alımı, hizmet alımı ve yapım işleri bir arada ihale edilemez.

2.16. Tıbbi cihaz satın alımlarında cihazlar ile birlikte kullanılacak yedek parça, aksesuar ve sarflar cihaz maliyetlerinden ayrı olarak miktarları belirtilerek teklif edilecek ve faturalarda ayrı bir mal kalemi olarak belirtilecektir.

2.17. Tıbbi cihaz alımlarında ilgili mevzuatlar kapsamında tıbbi cihaz kaydına esas olan tüm ürün, cihaz, yedek parça, aksesuar, sarf ve yazılımlara ilişkin ÜTS kayıt barkodları teklif dokümanları ihale dosyasında ve faturalarda ayrı ayrı beyan edilecektir.

2.18. Tıbbi cihaz alımlarında, cihaza bağlı yedek parça, aksesuar ve sarf malzemelerinin satış sonrası teminine ilişkin tedarikçi tarafından düzenlenen taahhütname mutlaka istenecektir.

2.19. Tıbbi cihaz alımlarında cihazın, rutin bakım periyodu (sıklığı), dahili yazılım sistemi bulunan cihazlar için yazılımların erişim, kullanım yetki bilgilerine (program kilidi, şifre, ek güvenlik donanımı gibi), hata kodları ve müdahale aşamalarına ilişkin tedarikçi tarafından düzenlenen beyan ve bedelsiz temin edileceğine dair taahhütnameler teknik şartnamelerde mutlaka istenecektir.

2.20. Tıbbi cihazların muayene ve kabul işlemlerinde, şartnamede belirtilen ölçülebilir özelliklerin beyan edilen katalog değerleri ile uyumlu olup olmadığının tespiti amacıyla yapılacak ölçümler, idarece talep edilmesi durumunda masrafları tedarikçi tarafından karşılanmak üzere bağımsız bir metroloji kuruluşu tarafından gerçekleştirilecektir. Bu hususa ilişkin tedarikçi tarafından düzenlenen taahhütnamelerin teknik şartnamelerde yer alması zorunludur.

2.21. Tıbbi cihaz alımlarında garanti süresince tedarikçi tarafından üretici tarafından belirlenen uygulama kurallarına uygun olarak kullanıcı ve birinci seviye teknik servis eğitimlerinin bedelsiz olarak temin edileceğine dair taahhütnameler teknik şartnamelerde mutlaka istenecektir.

2.21.1. Tıbbi cihaz hizmet alımlarında cihazın arızası durumunda arıza bildirim, müdahale, aktif hale getirilme, arızanın giderilememesi durumunda ikame cihaz tedariği, işletmeye alma ve yedek parça gerekmesi durumunda temin sürelerine ilişkin tedarikçi tarafından düzenlenen taahhütname idari şartnamelerde mutlaka istenecektir. Şartnamelerde cihazın çalışmadığı günler için ücret ödenmeyeceği; sözleşmede belirtilen hizmet sunumu sürecinde cihazın çalışmadığı veya eksik çalıştığı sürelere ilgili olarak, Sağlık Uygulama Tebliği'nde verilen hizmete karşılık gelen güncel İşlem Bedeli / İşlem Puanı / Tıbbi Malzeme Alan Tanımı ile günlük ortalama işlem hacmi göz önüne alınarak hesaplanacak bedelin hizmet tedarikçisine cezai işlem olarak uygulanacağı hüküm olarak yer alacaktır.

2.22. Tıbbi cihaz alımlarında satın alınan cihaza satış sonrası bakım ve onarım hizmeti desteğinin, garanti süresi ile birlikte en az 10 (on) yıl olacak şekilde süre belirtmek koşuluyla; şartnamede belirtilen süre boyunca verileceğine dair yüklenici firmadan taahhütname istenecektir. Garanti sonrası yüklenici firma ile bakım-onarım anlaşması yapılmadığı durumlarda; cihaza onarım veya bakım hizmeti ihtiyacı oluştuğu haller için de yüklenici firmanın cihaza müdahale süreleri şartnamede belirtilecektir.

2.23. Sağlık tesislerinin DMO üzerinden yapacakları müteferrik alımların idari ve teknik şartnamelerinde, tıbbi cihazlara ilişkin garanti süreleri, onarım hizmet süreleri ve garanti sonrasında ihtiyaç duyulabilecek yedek parça fiyat listesinin de bulunmasına yönelik maddeler yer verilecektir.

2.24. Tıbbi cihaz satın alımlarında; öncelikli olarak yoğun bakımda kullanılacak cihazlar olmak üzere tüm tıbbi cihazların HL7 standardında ham veri (RAW data) aktarabilmesi için gerekli olan entegrasyon bilgi ve dokümanlarının (protokoller, şifre, SDK (Software Development Kit), yüklenici firma tarafından cihazın kurulacağı idareye teslim edileceğine dair maddelere yer verilecektir.

3. Tıbbi Cihaz Hizmet Alımı ve Tıbbi Hizmet Alımı Esasları

3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında sağlık kurumlarımızın artan hasta potansiyeli, birçok hastalığın tanı ve tedavisinde ileri teknoloji ürünü tıbbi cihazların kullanımını zorunlu kılmıştır. Ancak, bu cihazların yüksek maliyetli olması nedeniyle kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması gerekmektedir. Bu bağlamda, hizmetlerin öncelikle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık hizmeti sunan 4734 sayılı Kanun kapsamındaki diğer kurumlardan "Sağlık Hizmeti Sunan 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu Kapsamındaki İdarelerin Teşhis ve Tedaviye Yönelik Olarak Birbirlerinden Yapacakları Mal ve Hizmet Alımlarına İlişkin Yönetmelik" ve bu konudaki Bakanlığımız düzenlemeleri kapsamında temin edilmesi esastır. Bu yöntemle ihtiyacın karşılanamaması durumunda ise cihaz temini mal veya hizmet alımı yoluyla sağlanmalıdır.

3.2. Kurumlar, Madde 3.1'de belirtilen ihtiyaç ve Madde 1.6'da belirtilen değerlendirmeler neticesinde, ihtiyacın tıbbi cihaz hizmet alımı yoluyla teminini uygun görebilir.

3.3. İlgili idare tarafından hizmet alım yoluyla temini uygun görülen tüm tıbbi cihaz ve tıbbi hizmet alımları için "Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Hizmet Alımı İçin Başvuru Formları" doldurularak, gerekçe raporu ile birlikte talep yazıları ekinde İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurulacaktır.

3.4. Gerekçe raporunda ve formlarda aşağıdaki alt maddelerde istenenlerin tamamı cevaplanacaktır:

3.4.1. Hizmet alımı olarak temin edilmek istenen hizmetin kapsamı

3.4.2. Teknik şartnamesi

3.4.3. Çalıştırılması öngörülen personel sayısı ve nitelikleri

3.4.4. Kurumda ilgili hizmet kapsamında çalışan veya eğitimi/kadrosu itibariyle çalışabilecek mevcut personel sayısı ve branşları

3.4.5. Hizmetin kurumdaki mevcut durumu (mevcut talep ve hâlihazırda nasıl karşılandığı, verilen randevu süresi, kurulu kapasite, sevk edilen hasta sayısı, vb.)

3.4.6. Hizmetin kurulu olmaması halinde kurulması için öngörülen yatırım maliyeti

3.4.7. Alımı düşünülen miktar

3.4.8. Yaklaşık maliyeti

3.4.9. Talep edilen hizmet alımı süresi

3.4.10. Devam eden hizmet alımı olup olmadığı

3.4.11. Devam eden hizmet alımı var ise hizmet alımı bitiş tarihi

3.5. İdarece yapılan değerlendirme sonucu ihtiyacın tıbbi cihaz hizmet alımı yoluyla temini uygun görülüyorsa;

3.5.1. Hizmet satın alımı, 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu hükümleri çerçevesinde yapılacaktır.

3.5.2. Hizmet alımı yapacak tüm sağlık kurumları, işe ilişkin idari şartnameleri düzenlerken İş Kanunu, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Milli Emlak mevzuatı ve ilgili diğer mevzuat hükümleri dikkate alınacaktır.

3.5.3. Hizmet satın alımına dair şartları belirleyen şartnameler, alımı yapan sağlık kurumu tarafından oluşturulacak bir komisyon aracılığıyla hazırlanacaktır. Komisyonda Genel Esaslar Madde 1.15 uyarınca uzmanlık alanı bu cihazın kullanımıyla ilgili olan en az bir uzman hekim üye bulunacaktır.

3.5.4. Hizmet alımı yoluyla teminine karar verilen tıbbi cihazların yaşları mevcut devam eden hizmet alımları hariç tutulmak üzere sözleşme sonu itibarıyla 13 (on üç) yaşını geçmeyecektir. Bu cihazların yaşları, imalat tarihi ve seri numarası ile belgelendirilecektir.

3.5.5. Hizmet alımı ihalelerinin teknik şartnamelerinde; asgari olarak hizmet alımı süresince tüm güncel tetkiklerin yapılması, hizmet alımı süresince cihaz için yedek parça taahhüdünün verilmesi ve cihazın son iki yılında up-time süresinin %95 ve üzerinde olduğunun belgelendirilmiş olması ve benzeri hususlar bulunacaktır.

3.5.6. Teknik şartnamelerde "tekliflerin hazırlanmasına" veya "tekliflerin verilmesine" ilişkin hükümlere yer verilmeyecektir.

3.5.7. Teknik şartnamelerde İdari Şartname ve Sözleşme Tasarısı'nda düzenlenen hususlara yer verilmeyecektir.

3.5.8. Şartnamelerde cihazın çalışmadığı günler için ücret ödenmeyeceği; sözleşmede belirtilen hizmet sunumu sürecinde cihazın çalışmadığı veya eksik çalıştığı sürelere ilgili olarak, Sağlık Uygulama Tebliği'nde verilen hizmete karşılık gelen güncel İşlem Bedeli / İşlem Puanı / Tıbbi Malzeme Alan Tanımı ile günlük ortalama işlem hacmi göz önüne alınarak hesaplanacak bedelin hizmet tedarikçisine cezai işlem olarak uygulanacağı hüküm olarak yer alacaktır.

3.5.9. Şartnamelerde cihazın çalışmadığı günler için hastane hizmetlerinin aksamasının engellenmesine yönelik alternatif uygulamalar belirtilecektir.

3.5.10. Hizmet alımı yoluyla sağlanan cihazın Bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerine kurulacağı hallerde montaj mahalinin hazırlanması, tefrişi, cihazın hizmet sunabilir duruma getirilmesi için gerekli olan havalandırma, iklimlendirme, ilave elektrik ve mekanik tesisat yapımı, kesintisiz güç kaynağı, kurşunlama ve benzeri imalat ve tadilatlar yüklenici firma tarafından yapılacaktır. Bu hususlara ihale dokümanında yer verilecektir.

3.5.11. Hizmet satın alımı yoluyla teminine karar verilen cihazların kuruma kurulması esastır. Hizmet kurum dışından temin edilmesinin gerekmesi durumunda yüklenicinin hizmet vereceği yer için Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsat almış olması şartı aranacaktır.

3.5.12. Hizmet satın alınması yoluyla sağlanarak kuruma kurulan tıbbi cihazın/cihazların işletilmesi için gerekli olan elektrik ve su hastane tarafından karşılanacaktır.

3.5.13. Hizmet satın alımı yoluyla temin edilen tetkik ve tedavi maksadıyla kullanılan cihazın/cihazların periyodik veya periyodik olmayan her türlü bakımları ve metroloji faaliyetleri, onarım için gerekli olan tüm yedek parçalar ve her türlü sarf malzemeleri yüklenici firma tarafından sağlanacaktır.

3.5.14. Tıbbi cihaz hizmet alımı yoluyla kiralanarak kuruma kurdurulacak olan cihazın/cihazların bakımı, onarımı, her türlü destek ve hizmete hazır halde tutulması için gerekli personel bulundurulması istenebilir.

3.5.15. Radyografi, bilgisayarlı tomografi, mamografi, floroskopi gibi tetkik amacıyla iyonlaştırıcı radyasyon kaynağı kullanan cihazlar için kurulum aşamasında yürürlükteki mevzuata göre lisans işlemlerinin yüklenici tarafından yürütülmesini temin etmek için ihale dokümanına hüküm konulacaktır.

3.5.16. Hizmet alımına konu olan cihazların ilk muayenesi ile hizmet alımı süresince teknik servis hizmetleri, test, kontrol ve kalibrasyonları ile kalite kontrol ve kalite uygunluk testlerinin yaptırılması şartnamelerde zorunlu olarak güncel ilgili mevzuatına göre istenecektir. Kalite kontrol, kalite uygunluk ile test, kontrol ve kalibrasyonlarda yeterli değerleri sağlayamayan cihazların tüm tamir, bakım ve ayar işlemleri yüklenici tarafından karşılanır. Ancak tüm düzeltici işlemlere rağmen gerekli değerleri sağladığı belgelendirilemeyen cihazların muayene ve kabulü yapılmaz.

3.5.17. Sağlık kurumları ihtiyaçları doğrultusunda belirtilenlere ek şartlar belirleyebilecektir.

3.6. Tıbbi cihaz hizmet alımında yükleniciye, SUT'ta belirlenen fiyatları geçmemek üzere cihazın özelliğine göre çekim, tetkik, tahlil veya test gibi her işlem başına ihalede oluşan bir bedelin ödenmesi ve ihale dokümanlarına ödemelerin bu yönde yapılacağına dair hükümlerin konulması gerekmektedir.

3.7. Yaklaşık maliyetin tespitinde ve ihalede teklif edilen bedellerinin değerlendirilmesinde; SUT'da belirlenen fiyatların ve bu fiyatlardan döner sermaye işletmelerimizin hazine payı, SHÇEK payı ve merkez payı yatırdıklarının da dikkate alınması gerekmektedir.

3.8. Teklif bedellerinin değerlendirilmesinde, tekliflerin KDV hariç olarak verilip, fatura edilirken KDV oranın eklendiğinin ve ödemelerin KDV dâhil tutar üzerinden kurumlarımızca yükleniciye ödendiğinin de dikkate alınması gerekmektedir.

3.9. Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri kapsamındaki ürünlerin ve cihazların hizmet alımı yoluyla sağlık hizmet sunumunda kullanılması durumunda bu genelgenin "Tıbbi Cihaz Alım Esasları" başlıklı 2. maddesindeki ürün ve cihazlar ile cihaz tedarikçilerine ilişkin kayıt, tescil, satış yetki belgesi, uyarı sistemi takip ve kontrolleri, up-time, malzeme tanımlarına ilişkin hükümler uygulanır.

3.10. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bağlı 2 ve 3. Basamak sağlık tesislerinin Bakanlık iznine tabi tıbbi cihaz hizmet ve tıbbi hizmet alımları ilgili Genel Müdürlük tarafından ayrıca belirlenerek yayınlanır. Bu kapsamda yer alan izin talepleri Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından değerlendirilir.

4. Kit veya Sarf Karşılığı Cihaz Kullanımı Esasları

4.1. Kit veya sarf karşılığı kullanılmak üzere alımına karar verilecek cihazların yaşları mevcut devam eden hizmet alımları hariç tutulmak üzere sözleşme sonu itibarıyla 13 (onüç) yaşını geçmeyecektir. Bu cihazların yaşları, imalat tarihi ve seri numarası ile belgelendirilecektir.

4.2. Şartnamelerde cihazın çalışmadığı günler için ücret ödenmemesi; sözleşmede belirtilen hizmet sunumu sürecinde cihazın çalışmadığı veya eksik çalıştığı sürelere ilgili olarak, verilen hizmete karşılık gelen güncel Sağlık Uygulama Tebliği'nin ilgili ekinde bulunan İşlem Bedeli / İşlem Puanı / Tıbbi Malzeme Alan Tanımı ile günlük ortalama işlem hacmi göz önüne alınarak hesaplanacak bedelin hizmet tedarikçisine cezai işlem olarak uygulanacağı hüküm olarak yer alacaktır.

4.3. Şartnamelerde cihazın çalışmadığı günler için hastane hizmetlerinin aksamasının engellenmesine yönelik alternatif uygulamalar belirlenecektir.

4.4. Kitler ve sarf malzemeleri "Vücut Dışında Kullanılan Tıbbî Tanı Cihazları Yönetmeliği" ne uygun şekilde üretilmiş veya ithal edilmiş olacaktır.

4.5. Cihazlarda iç ve dış kalite kontrol programları bulunacak ve bunlar için gerekli kalite kontrol kitleri ile dış kalite kayıt giderleri firma tarafından karşılanacaktır. Şartnamelere ödemelerin gerçekleşen test sayıları üzerinden yapılacağına ilişkin hükümler konulacaktır.

4.6. Kit karşılığı kullanılacak cihazların test kapasitesi belirtilirken fotometrik ve ISE ünitelerinin saatlik test sayısı ve toplam test sayısı asgari değerleri açık olarak belirtilecektir. İlgili cihazların şartnamede belirlenen hususları sağlaması halinde muayene raporu ödemeye esas evraklar içerisinde değerlendirilecektir.

4.7. Poliklinik ve yatak kapasitesi yüksek hastaneler iş yükünü azaltmak ve olası arızalarda işlemlerin durmasını önlemek amacıyla yüksek kapasiteli tek cihaz yerine, birimlere özgü (acil ve poliklinik) birden fazla cihaz edinebileceklerdir. Bu istemler yapılırken, gereksiz yere ihtiyaçtan yüksek kapasiteli cihazlar istenilmemelidir.

4.8. İdareler, ihaleye çıkmak için; güncel SUT'da belirtilen fiyatlar, toplam poliklinik, toplam test ve analiz sayıları ve diğer ilgili veriler kullanarak ihale edecekleri test miktarı sayısını, sağlık hizmetinin aksamasına meydan vermeyecek şekilde belirleyeceklerdir.

4.9. Kit karşılığı cihaz kullanma alımı yapılabilmesi için cihazların yerleştirileceği kuruluşlarda sorumlu olarak Biyokimya veya Mikrobiyoloji Uzmanı, Biyokimya veya Mikrobiyoloji doktorası yapan personel belirlenecek, ilgili personelin olmadığı kuruluşlarda İl Sağlık Müdürlüğünce, yukarıda belirtilen personelden bulunan sağlık kuruluşlarından sorumlu personel görevlendirilecektir. Kurumda sarf karşılığı cihaz kullanımı için ilgili uzman yok ise alım yapılmayacaktır.

5. Tıbbi Cihaz Planlama ve Değerlendirme Komisyonu

5.1. Planlamaya tabi cihazların yatırım izni Bakanlığımız Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde "Tıbbi Cihaz Planlama ve Değerlendirme Komisyonu (TCPDK)" tarafından yürütülür. TCPDK üyeleri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü/Genel Müdür Yardımcısı başkanlığında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nden ilgili birer daire başkanı; Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığından ilgili bir enstitü başkanı; Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığından bir temsilci; dahili, cerrahi, laboratuvar ve tıbbi görüntüleme uzmanlık dallarından birer uzman hekim ve Tıbbi Cihaz Koordinasyon Birimi sorumlusundan oluşur. Komisyonda gerekli durumlarda farklı uzmanlık dallarından geçici süreyle uzman hekim ya da hekimler görevlendirilebilir. Geçici üyeler, komisyonda yalnızca kendi uzmanlık alanları ile ilgili konularda görüş bildirebilir, ancak oy kullanamazlar.

5.2. Komisyon ihtiyaca göre, ayda birden az olmamak üzere toplanarak çalışmalarını sürdürecektir.

5.3. TCPDK kararlarını alırken bu genelgede belirtilen planlama usul ve esaslarına uyacaktır. Komisyon, tüm üyelerin katılımıyla toplanacak ve kararlar oy çokluğu ile alınacaktır. Kararlarda çekimser oy kullanılamaz. Karara karşı oy kullanan üyeler, karşı oy gerekçelerini karar metnine yazarak imzalamak zorundadır. Komisyon üyeleri, verdikleri oy ve aldıkları kararlardan bireysel olarak sorumludur.

5.4. Komisyonun görevi kendisine ulaşan talepleri bu genelgedeki planlama kriterlerine ve Bakanlık politikalarına göre değerlendirmek, talepte bulunan tesisin altyapısı, insan gücü imkânları, kapasitesi gibi değişkenleri de göz önünde bulundurmak suretiyle gerekli değerlendirmeleri yapmak ve izin taleplerini karara bağlamaktır.

5.5. Talep edilen tıbbi cihazın finans kaynağı (genel bütçe, döner sermaye, kredi vb.) öncellikle netleştirildikten sonra komisyon izni başvurusunda bulunulacaktır.

5.6. TCPDK başvurularında EK-3'deki başvuru formunda, her bir cihaz için aşağıdaki hususlar eksiksiz olarak doldurulacaktır.

5.6.1. Finans kaynağı

5.6.2. Cihazın kullanılacağı ilgili bölüm yetkilisince, cihaz birden fazla klinik ve/veya laboratuvarı ilgilendiriyor ise ilgili klinik/laboratuvar yetkililerince hazırlanmış, imzalanmış ve onaylanmış, talep edilen cihazın tıbbi ve teknik yönden gerekliliğini detaylı olarak açıklayan gerekçe raporu,

5.6.3. Cihazla ilgili uzman hekimler, cihaz birden fazla klinik ve/veya laboratuvarı ilgilendiriyor ise ilgili klinik/laboratuvar uzmanları tarafından hazırlanmış ve onaylanmış teknik şartname örneği,

5.6.4. Tahmini fiyat tespiti için yapılan piyasa araştırmasına ait değerlendirme raporu (cihazla ilgili toplanan proforma faturaların fotokopileri ve tespit edilen tahmini fiyatla ilgili bilgiler vb.)

5.6.5. Komisyondan onay istenen cihazın o ildeki mevcut durumu. Bu bilgi İl Sağlık Müdürlüğünden talep edilecek ve talep yazısının ekinde TCPDK'ya sunulacaktır. Sağlık Müdürlüğü cihazın ildeki durumunu bildirirken cihazın temini ile ilgili görüşünü de belirtecektir.

5.6.6. İnşaat da dâhil komple bir üniteye ait cihaz taleplerinde veya proje olarak yürütülecek toplu cihaz taleplerinde; yukarıda istenilen bilgi ve evraklara ilaveten proje ile ilgili Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı yatırım izni ve proje numarası, Hazine ve Maliye Bakanlığı izni vb. bilgiler,

5.6.7. Birden fazla tıbbi cihazın bütünleşmesi ile meydana gelen sistemlerin Genelge kapsamında bulunan cihazları içermesi halinde sistem içinde ayrıca izin alınması gerekmektedir. Bu durumda form ekinde sistemi oluşturan cihazların listesi ve tahmini bedelleri belirtilecektir.

5.7. TCPDK başvurularında, cihazın tesis edileceği kurumun bağlı olduğu üst makam yetkilileri tarafından da evraklar incelenerek imza, onay vb. eksiklikler var ise eksikliklerin tamamlanması sağlanacaktır. Eksik bilgi ve belge ile yapılan başvurular değerlendirme dışı tutulacaktır.

5.8. Başvurularda sağlık kurumlarından istenilen teknik şartnameler ve tespit edilen tahmini bedeller TCPDK'yı bilgilendirme niteliğinde olup, verilen izinler sadece yatırım iznini kapsamakta, yaklaşık maliyet ve teknik şartnamenin uygunluğunun onaylanması anlamına gelmemektedir.

5.9. Bakım ve onarım için yapılan işlemler, kullanılan yedek parçalar ve sarf malzemeleri için Komisyondan izin talebinde bulunulmayacaktır.

5.10. Herhangi bir tıbbi cihaz veya sistemin fonksiyonlarını değiştirecek şekilde cihazın yapısında belirlenen tutarın üstünde yapılacak değişiklikler için izin alınacaktır.

5.11. Kurumda mevcut olan ve gerekli izinler sonrası daha önce temin edilen bir cihazın izin geçerlilik süresinde; onarılmayacak şekilde arıza, tekrar kullanımına izin vermeyecek şekilde yanma, ezilme, darbeye maruz kalma vb. dolayı kullanılamayacak duruma gelmesi (HEK) durumunda, aynı teknik ve tıbbi özelliklere haiz bir cihaz ile yenilenmesi gerektiğinde, TCPDK'dan tekrar izin alınmalıdır.

5.12. İzin talebinde bulunan kurumlar; izin sonrası alım gerçekleştiğinde, sonuç bilgilerini (cihazın marka, model, fiyat vb.) TCPDK'ya göndereceklerdir.

5.13. Komisyon kararları ilgili Bakan Yardımcısının onayı ile yürürlüğe girer.

6. Tıbbi Cihaz Planlama ve Değerlendirme Birimi

6.1. EK-1'de belirtilen tıbbi cihazların her bir sağlık hizmet bölgesi temelinde bilimsel ve teknolojik esaslar ve sağlık politikalarıyla uyumlu şekilde planlanması ve bu cihazlara ilişkin mal ve hizmet alımlarının rasyonel biçimde gerçekleştirilmesi amacıyla ilgili genel müdürlükler ve TCPDK'ya teknik görüş verilmesi; tıbbi cihaz, tıbbi cihaz hizmet ve tıbbi hizmet süreçlerinin değerlendirilmesi Tıbbi Cihaz Planlama ve Değerlendirme Birimi (TCPDB) tarafından gerçekleştirilir.

6.2. Birim, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde faaliyet gösterir.

6.3. Birim, ulusal sağlık hedefleri, epidemiyolojik veriler, bölgesel ihtiyaçlar ve teknolojik gelişmeleri doğrultusunda tıbbi cihaz ve hizmet ihtiyaçlarını analiz eder ve ilgili birimlere planlama önerileri sunar.

6.4. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve TÜSEB ve diğer genel müdürlüklere bilimsel ve teknik görüş sağlar.

6.5. Yüksek maliyetli ve ileri teknolojili tıbbi cihazların teminine veya hizmet alımına dair teknik gerekçe ve yöntem değerlendirmeleri yapar.

6.6. Kurumlara kurulan cihazları kullanım, performans, verimlilik ve hizmet kalitesi açısından izler ve değerlendirir.

7. Planlama Kriterleri

7.1. Özellikli sağlık hizmetlerinde kullanılan bazı tıbbi cihazların planlaması aşağıda yer alan kriterler kapsamında yürütülür:

Tablo-1: Özellikli sağlık hizmetlerinde kullanılan bazı tıbbi cihazlar ve planlama kriterleri

Sıra No	Tıbbi Cihaz Adı	Planlama Kriterleri
1	**Radyoterapi Cihazları**	• Sağlık tesislerindeki radyoterapi cihazları arasında yer alan LINAC, Helikal LINAC (Tomoterapi vb.) ve Protonterapi cihazlarının toplamı dikkate alınarak planlama yapılır. • Radyoterapi cihazlarının planlanmasında, bünyesinde onkolojik hizmet birimleri (kapsamlı onkoloji merkezi, onkoloji tanı ve tedavi merkezi, onkoloji hizmet birimi) olan Bakanlığımıza bağlık sağlık tesisleri öncelikli olarak değerlendirilir. • Ülkemizin kanser insidansı verileri değerlendirilerek her 450 hasta için bir radyoterapi cihazı kurulması planlanır. • Tüm hastaların yaklaşık %10'un helikal LİNAC cihazına ihtiyacı olacağı öngörülmektedir. Bir helikal LINAC cihazının ortalama yılda 250 hastayı tedavi etmesi beklenmektedir. • Protonterapi cihazları yılda ortalama 500 hasta tedavi edebilmektedir. Tüm radyoterapi ihtiyacı olan hastaların yaklaşık %10'unun protonterapi ihtiyacı olacağı öngörülmektedir. • Protonterapi cihazları Ankara ve İstanbul sağlık hizmet üst bölgeleri için 5 yıllık dönemde ikişer adet; diğer sağlık hizmet üst bölgeleri için 15 yıllık periyotta her bölgede bir adet olmak üzere toplamda on iki adet planlanır. • Brakiterapi cihazları bu toplamda dikkate alınmaz. Bu cihazlar büyükşehir statüsünde olan illerde eğitim ve araştırma hastanelerinde jinekolojik onkoloji cerrahisi bilim dalı, cerrahi onkoloji bilim dalı, üroloji anabilim dalı kliniklerinden en az bir tanesinin bulunması durumunda planlanır.
2	**Nükleer Tıp Görüntüleme Cihazları**	• Nükleer tıp görüntüleme cihazları olarak PET/BT, SPECT/BT ve Gamma Kamera cihazları planlanır. • PET/BT cihazı için ilin nüfusu dikkate alınarak her 500

		bin nüfusa en fazla bir adet olacak şekilde planlanır. • SPECT/BT ve Gamma Kamera cihazları ilin nüfusu dikkate alınarak her 200 bin nüfusa bir adet olacak şekilde planlanır. • Nükleer tıp görüntüleme cihazlarının planlanmasında, bünyesinde onkolojik hizmet birimleri (kapsamlı onkoloji merkezi, onkoloji tanı ve tedavi merkezi, onkoloji hizmet birimi) olan Bakanlığımıza bağlı sağlık tesisleri öncelikli olarak değerlendirilir.
3	**Anjiyografi Cihazları**	• Anjiyografi cihazları koroner anjiyografi ve radyolojik anjiyografi (DSA ve diğer anjiyografi cihazları dâhildir.) cihazı olarak iki gruba ayrılır. • Koroner anjiyografi cihazı, Bakanlığımızca yayımlanan ilgili mevzuatı kapsamında belirlenen kalp merkezleri ile sadece girişimsel kardiyolojik işlem birimlerinde kullanılmak üzere bir adet planlanır. • Tescilli kalp merkezlerinde ve Bakanlığımızca izinli girişimsel kardiyolojik işlem • Radyolojik anjiyografi cihazları, Bakanlığımızca yayımlanan ilgili mevzuatı kapsamında belirlenen inme merkezleri dikkate alınarak planlanır. Hedef ulaşım süresi esas alınarak yapılır. • Trombektomi sayısı yüksek olan inme merkezlerinde ikinci cihaz planlanır. • İnme tedavisi dışında kalan girişimsel işlemlerde kullanılacak radyolojik anjiografi cihazları, radyoloji anabilim dalı yetkilendirişmiş uzmanlık eğitimi programı aktif olan hastanelere planlanır.
4	**Hiperbarik Oksijen Tedavisi Basınç Odası**	• Hiperbarik oksijen tedavisi basınç odası hasta kapasitesine göre, sağlık hizmet bölge merkezi olan iller için her 100 bin kişiye bir koltuk/sedye, diğer iller için her 150 bin kişiye bir koltuk/sedye olacak şekilde planlanır.

7.2. Sağlık hizmetinin sürekliliği için gerekli bazı tıbbi cihazların planlaması aşağıda yer alan kriterler kapsamında yürütülür:

Tablo-2: Sağlık hizmetinin sürekliliği için gerekli bazı tıbbi cihazlar ve planlama kriterleri

Sıra No	Tıbbi Cihaz Adı	Planlama Kriterleri
1	**Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)**	• MRG cihazı, ilçe nüfusu en az 65 bin olan A ve B rol grubu sağlık tesislerinde planlanır. • Acil sağlık hizmeti dâhil yıllık toplam muayene sayısı 500 bin ve üzeri sağlık tesislerinde planlanır. • Bünyesinde beyin ve sinir cerrahisi, nöroloji, ortopedi ile fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanlıklarında aktif çalışan uzman hekimi bulunan sağlık tesislerinde

		planlanır. Dal hastaneleri bu kriter dışında değerlendirilir. • Toplam cihaz sayısı, MRG cihazı başına aylık ortalama çekim sayısı en az 1800 en fazla 3.600 olacak şekilde planlanır. • Yatak sayısı 1.500 ve üzeri olan sağlık tesislerine çekim sayısı şartı aranmadan ilave MRG cihazı planlanabilir. • 3 Tesla MRG cihazları şehir hastanelerine, büyükşehir statüsündeki illerde bulunan eğitim ve araştırma hastanelerine planlanabilir.
2	**Bilgisayarlı Tomografi (BT)**	• İlgili mevzuatı kapsamında ikinci seviye ve üstü acil servisi bulunan her sağlık tesisine bir adet BT cihazı planlanır. • A, B ve C rol grubu olan sağlık tesislerine planlama yapılır. • BT cihazı başına aylık ortalama çekim sayısı 6.000 üzerinde olan sağlık tesislerine ilave cihaz planlanır. • Birden fazla yerleşkede binası bulunan ve birden fazla en az ikinci seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerine birden fazla BT cihazı planlanabilir. • 256 kesit ve üstü BT cihazları şehir hastanelerine, büyükşehir statüsündeki illerde bulunan eğitim ve araştırma hastanelerine ve ilgili dal hastanelerine planlanabilir.
3	**Mamografi**	• A ve B rol grubu olan sağlık tesislerine planlama yapılır. • Bünyesinde genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, radyoloji uzmanı olan C rol grubu sağlık tesisleri için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile koordineli şekilde cihaz planlanabilir. Mamografi cihazı başına aylık ortalama hasta sayısı 1.000 üzerinde olan sağlık tesislerine ilave cihaz planlanır. • A grubu sağlık tesislerine tomosentez özellikli ve biyopsi alabilen cihazlar planlanır.
4	**Panoramik Röntgen**	• Ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM) ve ağız ve diş sağlığı hastanelerine (ADSH) en az bir adet cihaz planlanır. • ADSH/ADSM'lere bağlı semt poliklinikleri ile Bakanlığımıza bağlı sağlık tesisleri bünyesindeki diş kliniklerinde aylık ortalama hasta sayısı 1.000 ve üzeri olduğunda bir cihaz planlanır. • İlave panoramik röntgen cihazı için hasta sayısının son bir yıldaki aylık hasta ortalaması 6.000 üzerinde olması gerekmektedir. 6.000-12.000 arası hasta için ikinci cihaz, sonrasında her 6.000'lik artışta ek bir cihaz planlanır.
5	**Dental Tomografi**	• Dental tomografi cihazı, ağız diş ve çene cerrahisi, ortodonti, periodontoloji, ağız diş ve çene radyolojisi uzmanlarından en az iki tanesinin bulunduğu sağlık tesislerinde planlanır.

6	**C Kollu Skopi**	• A, B ve C rol grubu sağlık tesislerinde en az bir adet bulunur. • Ortopedi, beyin ve sinir cerrahi, üroloji branşlarındaki ameliyathane oda sayısı dikkate alındığında ilgili branş bazında her iki odaya bir cihaz planlanır. • C kollu skopi sayısı ameliyathanede toplam kurşun kaplı ameliyat oda sayısının yarısından fazla olamaz. • Endoskopik Redrograd Kolanjiopankreatografi (ERCP) için ayrıca bir cihaz planlanır. • Algoloji girişimsel işlem odası ameliyathane dışında ise ilave bir cihaz planlanır.
7	**Seyyar Röntgen**	• İkinci seviye ve üzeri yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerine en az bir cihaz planlanır. • Her otuz yoğun bakım servisi yatağı başına ilave bir cihaz planlaması yapılır. • Üçüncü ve dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri için ayrıca bir cihaz planlaması yapılır. • Sağlık tesislerinin her bağımsız bloğu başına ek cihaz planlaması yapılır • TSM/SHM bünyesindeki Verem Savaş Birimleri, Verem Savaş Dispanserleri ve mobil tüberküloz tarama ekiplerinde röntgen cihazı kullanımının, il sağlık müdürlüğünün talebi ve Bakanlığın uygun görüşü üzerine planlanması hâlinde taşınabilir röntgen cihazı temin edilir.
8	**Ultrasonografi (USG)**	• Her radyoloji ile kadın hastalıkları ve doğum polikliniği başına bir adet planlama yapılır. • Her radyoloji anjiyografi ve nonvasküler girişimsel odası başına bir adet planlama yapılır. • İkinci seviye ve üzeri acil servislerde en az bir adet planlama yapılır. (Sektör problu olmalıdır.) • Doğumhane bölümü için bir adet planlama yapılır. • Üroloji ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon birimleri için bir adet planlama yapılır. • Ameliyathane için bir adet planlama yapılır. • İkinci seviye ve üzeri yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesisleri için toplam bir adet planlama yapılır. • Yan dal uzmanlıkları için branş ve uzman sayısına göre ilave planlama yapılır. • Her perinatoloji uzmanı başına bir adet 4 boyutlu (4D) cihaz planlanır. Hastanedeki toplam 4D USG cihaz sayısı iki adetten fazla olamaz.
9	**Ekokardiyografi (EKO)**	• Her kardiyoloji polikliniği başına bir adet planlama yapılır. • Üçüncü seviye acil servislerde bir adet planlama yapılır. (Sektör probu olan USG cihazı varsa planlama yapılmaz) • İkinci seviye ve üzeri yoğun bakım servisleri için bir adet planlama yapılır. Koroner yoğun bakım servisi

		hariç sektör probu olan USG cihazı varsa planlama yapılmaz. • Anjiyografi ünitesi için bir adet planlama yapılır. • Kalp ve damar cerrahisi ameliyathane sayısı üç ve üzeri olan sağlık tesisleri için 1 adet planlanır. • Kardiyoloji eğitim kliniği olan sağlık tesislerine 3 boyutlu TEE problu EKO cihazı planlanır. Sağlık tesisindeki toplam 3 boyutlu TEE problu EKO cihaz sayısı ikiden fazla olamaz.
10	**Robotik Cerrahi Sistemi**	• Büyükşehir statüsünde olan illerdeki A-I rol grubu sağlık tesislerinde en az iki eğitim kliniğinde yetkinliği olan dört uzman hekimin mevcut olması durumunda ve en az 300 vaka potansiyeli olan merkezlere cihaz planlaması yapılır.
11	**Robotik Yürüme Sistemi**	• Yeni kurulacak cihazlar, fiziksel tıp ve rehabilitasyon dal hastaneleri, fiziksel tıp ve rehabilitasyon eğitim kliniği olan sağlık tesisleri, bünyesinde inme merkezi olan sağlık tesisleri, 1.000 yatak üstü ve en az 200 adet üçüncü seviye yoğun bakım servis yatağı olan sağlık tesislerinde en az beş fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı olması durumunda planlanır.
12	**Ventilatör**	**a) Erişkin ve pediatrik ventilatör cihazları:** • İkinci seviye yoğun bakım servislerinde her üç yatağa bir adet planlanır. Servis kapasitesi altı yataktan az ise her yatağa bir adet planlanır. • Üçüncü seviye yoğun bakım servislerinde her dört yatağa üç adet planlanır. **b) Yenidoğan ventilatör cihazları:** • İkinci seviye yoğun bakım servislerinde her beş yatağa bir adet planlanır. • Üçüncü seviye yoğun bakım servislerinde her dört yatağa bir adet planlanır. • 4-A seviye yoğun bakım servislerinde her üç yatağa bir adet planlanır. • 4-B seviye yoğun bakım servislerinde her yatağa bir adet planlanır.
13	**Nöronavigasyon cihazı**	• A-I rol grubu sağlık tesislerine planlama yapılır. • Sağlık tesisinin beyin ve sinir cerrahisi eğitim kliniği olmalıdır. • Beyin ve sinir cerrahisine tanımlı en az iki ameliyathanesi olur. • Son 2 yıl verilerine göre; yıllık klinik başına en az 60 nöronavigasyon gerektiren nöroşirürjik ameliyat yapılmış olmalıdır. • Özellikli beyin tümörleri veya fonksiyonel beyin cerrahisi ameliyatları yapılmalıdır.
14	**Endobronşiyal Ultrasonografi (EBUS)**	• A-I rol grubu sağlık tesislerine planlama yapılır. • Sağlık tesisinin göğüs hastalıkları eğitim kliniği bulunmalıdır.

		• Son 2 yıl verilerine göre; yıllık klinik başına en az 500 bronkoskopi işlemi yapılmış olmalıdır. • Eğitim kliniğinde en az 50 EBUS işlemi gerçekleştirmiş en az bir uzman hekim bulunmalıdır.
15	**Endoskopik Ultrasonografi (EUS)**	• A-I ve A-II rol grubu sağlık tesislerine planlama yapılır. • Sağlık tesisinin gastroenteroloji eğitim kliniği olmalı veya EUS kullanımı için eğitimini almış en az iki uzman hekim aktif görev yapmalıdır. • Son 2 yılda; yıllık en az 2.000 gastroskopi+kolonoskopi işlemi yapmış olmalıdır. • Son 2 yılda; yıllık en az 150 ERCP işlemi yapmış olmalıdır.
16	**Kalp Akciğer Pompası**	• İlgili mevzuatı kapsamında tescilli kalp merkezi olan sağlık tesislerine en az bir adet cihaz ve bir adet yedek cihaz planlanır. • İlave cihaz planlaması yapılabilmesi için açık kalp cerrahisi vaka sayısı yılda 100'den fazla olmalıdır. Yıllık her 100 vaka için ilave bir cihaz olacak şekilde planlama yapılır. • Toplam kalp akciğer pompa sayısı (yedek cihaz hariç) açık kalp cerrahisi yapılan ameliyathane oda sayısını geçemez.

8. Yürürlükten kaldırılan Genelge

8.1. 2022/2 sayılı Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri Genelgesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Uygulamada tereddüte mahal verilmeyerek gerekli tedbirlerin alınması ve ilgililere duyurulması hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

2.3.30. Çocuk Kalp Hastalıkları Merkezleri Hizmetleri Genelgesi (2021/5)

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - SAĞLIK HİZMETLERİ PLANLAMA DAİRESİ BAŞKANLIĞI
06.07.2021 10:06 - E-83913885-010.06.02-1104
00143375142

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-83913885
Konu : Çocuk Kalp Hastalıkları Merkezleri Hizmetleri

GENELGE
2021/ 5

Bakanlığımızca kalp merkezlerinin planlaması, kurulumu ve işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenleyen 18.07.2019 tarihli ve 80118214-060.04-457 (2019/14) sayılı "*Kalp Merkezi Hizmetleri Genelgesi*" yayımlanmış olup erişkin kalp merkezi ve çocuk kalp hastalıkları merkezi ayrımı yapılmaksızın tüm iş ve işlemler ilgili Genelge kapsamında yürütülmektedir.

Çocuk kalp hastalıkları, fetal dönemden erişkinlik dönemine kadar, organ gelişimini, doğum sürecini, büyümeyi, gelişmeyi, yaşam tarzını ve kalitesini etkilemektedir. Bu dönemde koordineli bir şekilde ve son teknolojik uygulamalar eşliğinde, alanında uzmanlaşmış bir ekip tarafından çocuk kalp hastalıklarının erken tanı, tedavi ve takibinin sağlanması önem arz etmektedir.

Bu nedenle, çocuk kalp hastalıkları merkezi hizmetlerinin çağın gerekleri doğrultusunda, ülkenin ihtiyaç ve şartlarına uygun olarak sunulmasını sağlama, bu merkezlerin hizmet standartlarını, fiziki şartlarını, araç, gereç, tıbbi donanım ve personel standartlarını belirleme, mevcut merkezleri yeniden yapılandırma, yeni kurulacak merkezleri planlama ve açılmalarına izin verme, bunların işleyişi ve denetimine ilişkin usul ve esaslarını düzenleme ihtiyacı hâsıl olmuştur. Bu kapsamda, çocuk kalp hastalıkları merkezi hizmetlerine ait usul ve esaslar iş bu Genelge ile ekte belirtilen şekliyle düzenlenmiştir.

Genelgenin ilinizde bulunan kamu, üniversite ve özel sağlık tesislerine duyurulması ve çocuk kalp hastalıklarının tanısı, tedavisi ve takibi için sunulan sağlık hizmetlerinin iş bu Genelge kapsamında yürütülmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini önemle arz/rica ederim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

EK:
Çocuk Kalp Hastalıkları Merkezlerine İlişkin Usul ve Esaslar (9 sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
Cumhurbaşkanlığına
TBMM Başkanlığına
Sosyal Güvenlik Kurumuna
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına
A Planı

ÇOCUK KALP HASTALIKLARI MERKEZLERİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR

A) TANIMLAR VE KISALTMALAR

1) Bu usul ve esaslarda geçen;

a) Bakan: Sağlık Bakanını,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) Çocuk kalp hastalıkları merkezi: Fetal dönemde ve başvuru tarihindeki yaşı esas alınmak kaydıyla 18 yaşını doldurmamış, 18 yaş ve üzeri konjenital kalp hastalığı nedeniyle takipli olan veya geç tanı konulmuş konjenital kalp hastalığı olan bireylere çocuk kardiyolojisi ve/veya çocuk kalp ve damar cerrahisi alanında girişimsel ve/veya cerrahi işlemler ile tanı ve/veya tedavi hizmeti verilen, Ek-1'de yer alan "Çocuk Kalp Hastalıkları Merkezi Asgari Standartları" kriterlerine sahip kalp merkezlerini,

ç) Erişkin kalp merkezi: Bünyesinde 18 yaş ve üzeri bireylere kardiyoloji ve kalp ve damar cerrahisi hizmeti verilen sağlık tesislerinde, 18 yaş ve üzeri konjenital kalp hastalıklarına ait işlemler, açık kalp cerrahisi ameliyatları ile girişimsel kardiyoloji işlemlerinin birlikte ve koordineli yapıldığı 2019/14 sayılı Genelge kapsamında tescilli kalp merkezlerini,

d) Fetal dönem: Gebeliğin 9 uncu haftası ile doğuma kadar doku ve organların olgunlaşması ile karakterize dönemi,

e) Genel Müdür: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürünü,

f) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

g) Girişimsel kardiyoloji işlemleri: Kalp merkezlerinde, ekokardiyografi veya koroner anjiyografi cihazı ile anjiyografi ünitesinde yapılan tüm kardiyolojik işlemleri,

ğ) Komisyon: Çocuk kalp sağlığı hizmetlerinin planlanması, geliştirilmesi ve ülke genelinde etkin bir şekilde sunulması amacıyla Bakanlıkça oluşturulan Çocuk Kalp Hastalıkları Merkezleri Bilimsel Çalışma ve Değerlendirme Komisyonunu,

h) Koordinatör uzman tabip: Çocuk kalp hastalıkları merkezinde verilen hizmetlerin bir ekip anlayışı içerisinde planlanması ve ilgili diğer kliniklerle koordinasyon ve iş birliği içerisinde yürütülmesinden sorumlu, ilgili sağlık tesisi yönetimi tarafından çocuk kalp hastalıkları merkezlerinde çocuk kardiyolojisi veya çocuk kalp ve damar cerrahisi uzmanı tabiplerden birisi olarak belirlenen uzman tabibi,

ı) Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü, ifade eder.

B) ÇOCUK KALP HASTALIKLARI MERKEZİ HİZMETLERİNE İLİŞKİN GENEL ESASLAR

1) Bu Genelge, bünyesinde çocuk kalp hastalıkları merkezi bulunan Bakanlığa, üniversitelere, gerçek kişilere ve özel hukuk tüzel kişilerine ait yataklı sağlık tesisleri ile çocuk kalp hastalıkları merkezlerinde görev yapan personeli kapsar.

2) Çocuk kalp hastalıklarında mortalite ve morbiditenin en aza indirilmesi, vatandaşlarımızın hizmete erişimlerinin kolaylaştırılması, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin hakkaniyetle sunulması, atıl kapasite oluşturulmaması ve kaynak israfına sebebiyet verilmemesi amacıyla çocuk kalp hastalıkları merkezleri, Bakanlıkça planlanır.

3) Bakanlıkça istenilen bilgilerin, Bakanlığın belirlediği formata uygun şekilde elektronik sistem üzerinde kayıt altına alınmasından, bilgisayar ortamında tutulan kayıtların yetkisiz olarak değiştirilmemesine ve silinmemesine yönelik gerekli idari ve teknik tedbirlerin alınmasından, bilgilerin Bakanlığa zamanında iletilmesinden ilgisine göre müdürlük ile koordinatör uzman tabip birinci derecede sorumludur.

4) Bu Genelgede hüküm bulunmayan hâllerde, çocuk kalp hastalıkları merkezi bulunan sağlık tesisinin tabi olduğu mevzuat hükümleri ile ilgili diğer mevzuat hükümleri uygulanır.

C) KOMİSYONUN KURULMASI VE GÖREVLERİ

1) Çocuk kalp hastalıkları merkezlerini, gerektiğinde bölge merkezli sağlık hizmet sunum esaslarına göre planlanmak, çocuk kalp hastalıkları merkezi başvurularını dosya bazında veya yerinde incelemek, yeni çocuk kalp hastalıkları merkezlerinin açılmasını, faaliyette olanların bu Genelge esaslarına uygunluğunu ve verimliliğini değerlendirmek, faaliyetlerinin geçici olarak durdurulması veya kapatılmasına yönelik tavsiye niteliğinde gerekçeli rapor hazırlamak, koordinatör çocuk kalp hastalıkları

merkezlerini belirlemek, bu merkezlerin faaliyet ve hizmetleri ile ilgili şikâyet ve önerilerini incelemek, kalp sağlığı hizmetleri ve faaliyetleri konusunda tıbbi teknolojik gelişmeleri takip etmek ve uygulanmasını sağlamak üzere Bakanlıkça "Çocuk Kalp Hastalıkları Merkezleri Bilimsel Çalışma ve Değerlendirme Komisyonu" oluşturulur.

2) Komisyon, Genel Müdürün veya görevlendirdiği yetkilinin başkanlığında, iki çocuk kalp ve damar cerrahisi uzmanı, iki çocuk kardiyolojisi uzmanı, bir neonatoloji uzmanı ile bir erişkin kalp ve damar cerrahisi uzmanı olmak üzere toplam yedi üyeden oluşur.

3) Komisyon, Bakan Oluru ile oluşturulur. Komisyon üyelerinin görev süresi iki yıldır. Görev süresi dolan üye tekrar seçilebilir. Herhangi bir sebeple boşalan üyelik için kalan süreyi tamamlamak üzere yeni üye görevlendirilir.

4) Seçilmiş üyelerden mazeretsiz olarak üst üste iki toplantıya katılmayanların üyelikleri sona erer.

5) Komisyon başkanı tarafından gerek görülmesi halinde yurt içinden veya yurt dışından uzmanlar toplantıya davet edilebilir veya görüşleri alınabilir. Toplantıya davet edilen uzmanlar Komisyon çalışmaları ile ilgili oylamaya katılamaz.

6) Komisyon, en az beş üyenin katılımı ile toplanır ve salt çoğunluk ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde Komisyon başkanının taraf olduğu karar geçerli sayılır. Komisyonun sekretaryası Genel Müdürlük tarafından yürütülür.

7) Komisyon kararları, toplantı tutanağına yazılır ve toplantıya katılan üyelerce imzalanır. Karara katılmayanlar, şerh koymak suretiyle kararları imzalar. Karşı görüş gerekçesi, karar altında veya ekinde belirtilir.

8) Komisyon kararları tavsiye niteliğindedir.

Ç) ÇOCUK KALP HASTALIKLARI MERKEZLERİNİN FAALİYET İZNİ USUL VE ESASLARI

1) Çocuk kalp hastalıkları merkezleri, Bakanlıkça verilen faaliyet izni ile kurulur.

2) Çocuk kalp hastalıkları merkezine ait faaliyet izni başvurusu, sağlık tesisi yönetimi tarafından Ek-2 "Çocuk Kalp Hastalıkları Merkezi Faaliyet İzni Başvuru Formu" ve Ek-3 "Başvuru Dosyasında Olması Gereken Bilgi ve Belgeler" ile birlikte müdürlüğe yapılır.

3) Başvuru, müdürlükçe dosya üzerinden değerlendirilir ve eksiklik ve/veya uygunsuzluk bulunmaması halinde Sağlık Hizmetleri Başkanı başkanlığında bir çocuk kardiyolojisi uzmanı veya bir çocuk kalp ve damar cerrahisi uzmanı tabibin katılımı ile oluşan denetim ekibi tarafından yerinde incelenir. Gerekli hallerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, neonatoloji uzmanı ile diğer çocuk yan dal uzmanlıkları da denetim ekibine dâhil edilebilir.

4) Başvuru, müdürlüğün uygun görüşü ile birlikte Bakanlığa iletilir.

5) Bakanlıkça noksan belgesi bulunmayan çocuk kalp hastalıkları merkezine ait başvuru Komisyona sunulur. Komisyon tarafından incelenen başvuru uygun bulunduğu takdirde bir tutanakla karara bağlanır. Tavsiye niteliğindeki karar Genel Müdürlükçe de uygun görüldüğü takdirde çocuk kalp hastalıkları merkezine Bakanlıkça faaliyet izni verilir.

6) Bakanlık lüzum gördüğü takdirde Ek-3 "Başvuru Dosyasında Olması Gereken Bilgi ve Belgeler"e ilave olarak ayrıca bilgi ve belge isteyebilir. Başvuru dosyasında bulunan belgelerin sağlık tesisi yönetimi ve müdürlükçe onaylanmış olması şarttır.

7) Bakanlıkça faaliyet izni verilen çocuk kalp hastalıkları merkezleri, bünyesinde bulunduğu sağlık tesisine ait faaliyet izin belgesine ilgili mevzuat kapsamında bağlı birim olarak eklenir.

D) ÇOCUK KALP HASTALIKLARI MERKEZLERİNİN DENETİM USUL VE ESASLARI

1) Çocuk kalp hastalıkları merkezlerinin işleyişi ve verilen hizmetlerin bu Genelge hükümlerine uygun olarak etkili bir şekilde yürütülmesinden, koordinatör uzman tabip, sağlık tesisi yönetimi ve müdürlüklerin birinci derecede ve müteselsilsen sorumludur.

2) Müdürlük tarafından çocuk kalp hastalıkları merkezi denetimleri için bir müdürlük yetkilisi başkanlığında bir çocuk kardiyolojisi uzmanı veya bir çocuk kalp ve damar cerrahisi uzmanı tabibin katılımı ile bir denetim ekibi oluşturulur. Gerekli hallerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, neonatoloji uzmanı ile diğer çocuk yan dal uzmanlıkları da denetim ekibine dâhil edilebilir.

3) Çocuk kalp hastalıkları merkezleri, Bakanlıkça gerekli hallerde Komisyona ve Bakanlık denetim birimlerine yaptırılacak olağan ve olağan dışı denetimler haricinde işleyiş ile alakalı iki yılda bir Ek-4 "Çocuk Kalp Hastalıkları Merkezi Yerinde Denetim ve Değerlendirme Formu"na göre müdürlükçe olağan denetime tabi tutulur. Müdürlük, denetim sonuçlarını değerlendirir ve tespit edilen sorun ve aksaklıklarla ilgili gerekli tedbirleri alır. Lüzumu halinde denetim sonuçlarını raporlar ve Bakanlığa bildirir.

4) Müdürlük, denetimlerin gerçeğe uygun olarak düzenlenmesinden sorumludur.

E) ÇOCUK KALP HASTALIKLARI MERKEZİ YOĞUN BAKIM SERVİSİ HİZMETLERİ

1) Bünyesinde çocuk kalp merkezi açılacak sağlık tesislerinde 20/07/2011 tarih ve 28000 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğine göre tescil edilmiş üçüncü seviye kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servisi kurulur.

2) Çocuk kalp hastalıkları merkezinde çocuk kalp ve damar cerrahisi veya çocuk kardiyolojisi girişimsel işlemleri öncesi veya sonrasında kritik hastaların takip ve tedavilerini sağlamak üzere; servis olarak gerektiğinde yenidoğan yoğun bakım servisi, üçüncü seviye çocuk yoğun bakım servisi veya üçüncü seviye kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servisi kullanılır.

F) ÇOCUK KALP HASTALIKLARI MERKEZİ NÖBET HİZMETLERİ

1) Çocuk kalp hastalıkları merkezlerinde nöbet hizmetleri, 112 Acil Çağrı Merkezi ile yönlendirilen acil vakaları günün her saatinde karşılayabilecek ve sınıfının gerektirdiği seviyede ve bir ekip anlayışı içerisinde gerekli tıbbi ve cerrahi müdahaleleri yapabilecek şekilde düzenlenir. Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde nöbet hizmetleri, ilgili uzmanlık ve yan dal uzmanlık dalında eğitim gören ve rotasyona tabii tabiplerle birlikte bir bütün olarak 24 saat esasına göre planlanır ve yürütülür.

2) Çocuk kalp hastalıkları merkezlerinde nöbet hizmetleri, yenidoğan yoğun bakım servisi, üçüncü seviye çocuk yoğun bakım servisi veya üçüncü seviye kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servisi ile birlikte planlanır ve yürütülür.

G) KOORDİNATÖR ÇOCUK KALP HASTALIKLARI MERKEZİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR

1) Koordinatör çocuk kalp hastalıkları merkezi, Bakanlığa veya talep edilir ise üniversiteye ait sağlık tesisleri bünyesinde yeni açılacak çocuk kalp hastalıkları merkezlerinin açılması sürecindeki hazırlık, eğitim ve diğer desteklerin sağlanması, işlemlerin başlatılması, devam edilmesi süreci için Komisyonun görüşü alınarak Genel Müdürlük teklifi ve Bakanlık Oluru ile belirlenir.

2) Yeni açılacak çocuk kalp hastalıkları merkezindeki iş ve işlemler, çocuk kalp hastalıkları merkezinin koordinatör uzman tabibi ve koordinatör çocuk kalp hastalıkları merkezinin iş birliği içinde yapılır. Bu amaçla yeni açılacak çocuk kalp hastalıkları merkezinin açılış aşamasında koordinatör çocuk kalp hastalıkları merkezinden bir ekip belirlenir.

3) Sağlık tesisi yönetimi tarafından ekip üyeleri gerektiğinde değiştirilebilir, ekibe yeni üyeler eklenir veya çıkartılabilir.

4) Yeni açılacak çocuk kalp hastalıkları merkezindeki uzman tabip ve tabip dışı personel, gerektiğinde koordinatör çocuk kalp hastalıkları merkezi tarafından eğitime tabi tutulur ve eğitim süresi yeterliliği koordinatör çocuk kalp hastalıkları merkezi tarafından belirlenir.

5) Yeni açılacak çocuk kalp hastalıkları merkezinde müdahale edilecek vaka olduğunda hastanın tıbbi bilgileri, girişimsel kardiyolojik işlemler ve diğer gerekli görülen tetkik ve tahliller koordinatör çocuk kalp hastalıkları merkezindeki ekibe gönderilir. Ortak karar ile hastaya yapılacak tedavi belirlenir. Bu doğrultuda gereklilik halinde koordinatör çocuk kalp hastalıkları merkezindeki ekip işleme dâhil olur.

6) Koordinatör çocuk kalp hastalıkları merkezinin uygun gördüğü durumlarda yeni açılacak çocuk kalp hastalıkları merkezindeki ekip tek başına acil veya diğer ameliyatları yapabilir.

7) Koordinatör çocuk kalp hastalıkları merkezinin koordinasyon görevi; yeni açılacak çocuk kalp hastalıkları merkezinin, cerrahi ve girişimsel uygulamalar ile hizmet sunum bakımından fonksiyonel ve yeterli bir kurumsal yapılanması sağlanana kadar devam eder.

Ğ) ÇOCUK KALP HASTALIKLARI MERKEZİ KONSEY KURULMASI VE ÇALIŞMA PRENSİBİ

1) Çocuk kalp hastalıkları merkezi bünyesinde gerçekleştirilecek tıbbi işlemlerin birlikte ve koordineli yapılabilmesi ve hastalara en doğru tedavinin uygulanması için ortak konsey oluşturulur.

2) Çocuk kalp hastalıkları merkezi konseyi, en az bir çocuk kardiyolojisi uzmanı ve en az iki çocuk kalp ve damar cerrahisi uzmanından oluşur. Sağlık tesislerinde görevli ilgili tüm uzmanlar konseyin doğal üyesidir.

3) Konsey üyeleri dönüşümlü olarak konseye başkanlık yapar. Konseyin çalışma programı sağlık tesisi yönetimine bildirilir.

4) Günlük yapılan girişimsel kardiyolojik işlem sonucu ameliyat kararı alınan hastaların tedavisi o günün konsültan hekimi veya konsültan hekimin bağlı olduğu klinik tarafından yapılır. Ancak hastanın hekim seçme özgürlüğü ayrıca dikkate alınır.

5) Çocuk kalp hastalıkları merkezlerinde tüm kararlar elektronik kayıt sisteminde kayıt altına alınır ve istendiğinde yapılan işlemlerle ilgili raporlar alınır.

6) Konsey odası sağlık tesisi yönetimi tarafından tahsis edilmiş ve içinde hastalara ait tüm kayıtları izlemeye uygun gerekli araç ve gereçler ile donatılır.

H) MEVCUT ÇOCUK KALP SAĞLIĞI HİZMETİ SUNAN SAĞLIK TESİSLERİNİN UYUMU

1) Bu Genelgenin yürürlük tarihinden önce çocuk kalp sağlığı alanında tanı ve/veya tedavi hizmeti sunan sağlık tesisleri tarafından bu Genelgenin yayım tarihi itibaren bir yıl içinde bulunduğu müdürlük aracılığı ile Bakanlığa faaliyet izni için müracaat edilmesi zorunludur.

2.3.31. Kalp Krizi Geçiren Vakaların Yönetimi Genelgesi (2021/3)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - MEVZUAT İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
27/05/2021 14:56 - E-54567092 - 010.06.02 - 2933
00140812961

Sayı : E-83913885
Konu : Kalp Krizi Geçiren Vakaların Yönetimi

GENELGE
2021/ ...3

Bilindiği üzere, kalp merkezlerinin planlanması, kurulması ve işleyişi ile ilgili usul ve esaslar 18.07.2019 tarihli ve 2019/14 sayılı Kalp Merkezi Hizmeti Genelgesi ile düzenlenmiştir.

Bu çerçevede, ülkemizde kalp krizine bağlı gelişen mortalite ve morbiditenin en aza indirilmesi, vakalara ulusal ve uluslararası standartlarda müdahale edilmesi, tanı ve tedavi süreçlerinin geliştirilmesi, vatandaşlarımızın hizmete erişimlerinin kolaylaştırılması, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin zamanında ve hakkaniyetle sunulması amacıyla Bakanlığımızca ülkemizin coğrafi yapısı, nüfus hareketleri, koroner arter hastalığı insidans ve prevanlası, koroner arter hastalığı nedeniyle il dışına yapılan sevkler, mevcut sağlık hizmeti veren kalp merkezlerinin yapıları, bu merkezlere ulaşılabilirlik ve uluslararası standartlar incelenerek kalp krizi geçiren hastaya en kısa sürede en iyi tedaviyi uygulamak amacıyla ilgili usul ve esaslar ekte düzenlenmiştir.

Genelgenin ilinizde bulunan tüm sağlık kuruluşlarına duyurulması, Bakanlığımız ve üniversitelere bağlı sağlık tesislerinde ve özel sağlık tesislerinde kalp krizi tanısı konulan hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin iş bu Genelge kapsamında yürütülmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini önemle arz/rica ederim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Dağıtım:

Gereği:
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
Cumhurbaşkanlığına
TBMM Başkanlığına
Sosyal Güvenlik Kurumuna
A Planı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EK-1

Kalp Krizi Geçiren Vakaların Yönetimine İlişkin Usul ve Esaslar

I. Genel Esaslar

1) Kalp krizi geçiren hastaya kalp merkezlerine ulaşım imkânına ve zaman durumuna bağlı olarak gerekli ise reperfüzyon uygulamalarından primer perkütan koroner girişim (p-PKG) veya fibrinolitik tedavilerinden birisi uygulanır. Fibrinolitik tedavi sonrasında nakli gereken hastalar veya acil sevk ve nakli gereken hastaların nakilleri Bakanlığımızca tescillenmiş kalp merkezi bulunan sağlık tesisine yapılır.

2) Kalp merkezi bulunan sağlık tesisine yapılacak kalp krizi geçiren vakaların acil sevk ve nakil işlemlerinde 16/10/2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan sayılı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ hükümleri esas alınır.

3) Kalp krizi geçiren vakaların acil sevk ve nakil uygulamaları sağlık hizmet bölgesi hizmet sunum ilkelerine göre 112 Acil Çağrı Merkezinin koordinasyonunda yürütülür.

4) Hastanın sevk ve nakli için belirlenen kalp merkezi, sevkle gönderilen hastayı kabul etmekle ve bekletmeksizin tedavisini sağlamakla yükümlüdür.

5) Bakanlıkça tescil edilen kalp merkezi bulunan sağlık tesisleri; kardiyoloji ekibinin, anjiyografi ünitesinin, ameliyathanenin, ilgili kliniğin ve yoğun bakım servisinin durumunu, boş-dolu yatak ve cihazlara ait bilgiler ile ayrıca operasyona alınan vakaları anında 112 Acil Çağrı Merkezine bildirmekle ve günün her saatinde güncel tutmakla yükümlüdür.

6) Kayıtların tutulmasından, formların noksansız ve doğru olarak doldurulmasından, Bakanlıkça istenilen bilgilerin, Bakanlığın belirlediği formata uygun şekilde elektronik sistem üzerinde kayıt altına alınmasından, bilgisayar ortamında tutulan kayıtların yetkisiz olarak değiştirilmemesine ve silinmemesine yönelik gerekli idari ve teknik tedbirlerin alınmasından ilgisine göre 112 İl Ambulans Servisi Baştabibi ile kalp merkezi sorumlu hekimi birinci derecede sorumludur.

7) Bu Genelgede tanımlanan acil sevk ve nakil işlemleri il sağlık müdürlüklerinin denetim ve sorumluluğunda yürütülür.

8) Her il, kendi il sınırları içerisindeki kalp krizi geçiren vakaların tedavi algoritmasını ve sağlık tesislerinin rollerini içeren il planını oluşturur ve Bakanlığa sunar.

II. Kalp Krizi Tedavisinde Reperfüzyon Stratejisi İçin Temel Esaslar

1) İlk tıbbi temas sonrası ulusal ve uluslararası kılavuzlara uygun süre içerisinde p-PKG uygulaması mümkün değil ise veya kontrendikasyon yoksa aynı kılavuzlara göre belirtilen süre içerisinde fibrinolitik tedavi uygulanır.

a) Fibrin spesifik ajanlar, fibrin spesifik olmayan ajanlara göre birinci planda tercih edilir.

b) Bakanlıkça tescillenmiş kalp merkezi olmayan sağlık tesislerinde fibrinolitik tedavi sonrasında klinik durumu stabil olmayan veya fibrinolitik tedavinin başarısız olduğu vakalar ise sevk için uygun koşullar oluştuktan hemen sonra acil yardım ambulansı ile bir kalp merkezine transfer edilir.

3) P-PKG yapabilen Bakanlıkça tescillenmiş kalp merkezleri yedi gün yirmi dört saat esasına göre hizmet verir.

III. Kalp Krizi Geçiren Vakaya Müdahale Basamakları

1) Kalp krizi geçiren vakaya müdahale basamakları üçe ayrılır:

a) Birinci aşama: Hastanın göğüs ağrısı şikâyeti ile 112 Acil Çağrı Merkezini araması durumunda, acil yardım ambulansı gönderilir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

b) İkinci aşama: Çekilen EKG, 112 Acil Çağrı Merkezindeki görevli hekim ya da il sağlık müdürlüğü tarafından belirlenen danışman hekime değerlendirilmesi için gönderilir.

Kalp krizi şüphesiyle çekilen EKG'de kesin tanı konulamayan durumlarda hasta en yakın ve en uygun sağlık tesisinde tekrar değerlendirilir. EKG'de ST-segment yükselmeli kalp krizi düşünüldüğünde üçüncü aşamada yer alan işlem sırasına göre hastaya müdahale edilir.

c) Üçüncü aşama: EKG'de ST-segment yükselmeli kalp krizi düşünüldüğünde, 112 Acil Çağrı Merkezinin koordinasyonunda hastanın sevki şu şekilde yapılır;

1- Hastanın bulunduğu yer ile işlemin yapılabileceği kalp merkezinin bulunduğu sağlık tesisine ulaşım süresi ulusal ve uluslararası kılavuzlarda belirtilen sürenin altında ise hasta direkt kalp merkezine götürülür.

2- Hastanın bulunduğu yer ile işlemin yapılabileceği kalp merkezinin bulunduğu sağlık tesisine ulaşım süresi ulusal ve uluslararası kılavuzlarda belirtilen sürenin üzerinde ise hastaya söz konusu kılavuzlarda belirtilen süre içinde fibrinolitik tedavi uygulanır.

3- Hastanın bulunduğu yerden ulusal ve uluslararası kılavuzlarda belirtilen sürenin içerisinde işlemin yapılabileceği kalp merkezinin bulunduğu sağlık tesisine ulaşılamayacak yerlerde veya kardiyoloji uzmanı olmayan sağlık tesislerinde iç hastalıkları, yoğun bakım ve acil tıp uzmanları tarafından da fibrinolitik tedavi uygulanır.

IV. Kalp Merkezlerinin Acil İcap Nöbeti Hizmetleri

1) İl sağlık müdürlükleri, acil hallerdeki kalp sağlığı uygulamalarının sağlık hizmet bölgesi hizmet sunum anlayışı içerisinde yürütülmesini sağlamak üzere Bakanlıkça tescillenmiş kalp merkezi bulunan sağlık tesisleri için aylık p-PKG icap nöbet çizelgelerini hazırlamak ve imza karşılığı ilgili sağlık tesislerinin yönetimlerine tebliğ etmekle yükümlüdür. Nöbet çizelgelerinin bir sureti 112 Acil Çağrı Merkezine bildirilir.

2) Aynı kalp merkezine acil olarak getirilen ikinci bir acil kalp krizi vakasının kapasite veya teknik yetersizliği nedeniyle kabul edilemeyeceği durumlar için vakanın götürüleceği ikincil ve alternatif kalp merkezi bulunan sağlık tesisi nöbet çizelgelerinde özellikle belirtilir.

3) Nöbet çizelgelerinde birincil olarak belirlenen kalp merkezi bulunan sağlık tesisleri kendilerine acil olarak getirilen hastayı kabul etmekle yükümlüdür. Ancak kapasite veya teknik yetersizliği nedeniyle tedavi edemeyecekleri vakalar için tedaviyi sağlayabilecek ikincil ve alternatif kalp merkeziyle gerekli koordinasyon kurularak bu merkezin bulunduğu sağlık tesisine sevk ve nakli sağlanır.

2.3.32. Prematüre Retinopatisi (ROP) Hizmetleri Genelgesi (2021/2)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-54567092-010.03
Konu : Prematüre Retinopatisi (ROP) Hizmetleri

GENELGE
2021/ 2

Prematüre retinopatisi (ROP), prematürelerde görülen retina damarlarının gelişimsel bozukluğuna bağlı olarak gelişen bir göz hastalığıdır. Gebelik haftası, düşük doğum ağırlığı, uygulanan oksijen tedavisinin süresi ve konsantrasyonunun ROP için en iyi bilinen risk faktörü olmasının yanı sıra, prematüre bebeğin ek hastalıklarının, uygulanan tedavilerin ve girişimsel işlemlerin de ROP gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir.

ROP sıklığı ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve yenidoğan yoğun bakım servislerinin hasta bakım kaliteleri ile ilişki göstermektedir. Ülkemizde her yıl canlı doğan bebekler içerisindeki prematüre sıklığı, bu prematürelerde gerçekleştirilen ROP taramaları sıklığı, ROP hastalığının tedavi edilmediği takdirde kalıcı körlükle sonuçlanması, erken tanı ve doğru zamanda uygun tedaviler ile kalıcı körlük riskinin yüksek düzeyde azalmasının sağlanması sebebiyle Bakanlığımızca ROP hizmetleri ile ilgili iş ve işlemlerin düzenlenmesi ihtiyacı doğmuştur.

Bu kapsamda, ülkemizde sunulacak ROP hizmetine ilişkin usul ve esaslar aşağıda düzenlenmiştir.

1. Tanımlar

1.1. ROP tanı merkezi: 32 haftadan küçük ve 1500 gr altı doğan tüm bebekler ile 32 haftadan büyük ve 1500 gr üstü doğmasına rağmen kardiyopulmoner destek tedavisi uygulanmış veya bebeği takip eden uzman hekimin ROP gelişimi açısından riskli gördüğü prematüre bebeklerin doğumdan sonraki 4-6 hafta içinde ROP tarama muayenesinin yapıldığı merkezleri,

1.2. ROP tanı ve tedavi merkezi: ROP tanı merkezi faaliyetlerine ilave olarak ROP tanısı alanların tedavilerinin de yapıldığı merkezleri,

ifade eder.

2. ROP hizmetlerine ilişkin genel esaslar

2.1. Bu Genelge, bünyesinde ROP tanı merkezi veya ROP tanı ve tedavi merkezi bulunan Bakanlığımıza, üniversitelere, gerçek kişilere ve özel hukuk tüzel kişilerine ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini kapsar.

2.2. ROP merkezleri, bünyelerinde verilen hizmete göre ROP tanı merkezi ve ROP tanı ve tedavi merkezi şeklinde sınıflandırılır.

2.3. ROP merkezlerindeki yoğun bakım hizmetleri, 20/07/2011 tarihli ve 28000 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ kapsamında yürütülür.

2.4. ROP merkezlerindeki acil sevk ve nakil işlemlerinde 16/10/2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ hükümleri esas alınır.

2.5. Bakanlığımızca gerektiğinde ROP merkezlerinden bilgi istenebilir. İstenilen bilgiler, Bakanlığımızın belirlediği formatta uygun şekilde elektronik sistem üzerinde kayıt

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

altına alınır. Bilgisayar ortamında tutulan kayıtların yetkisiz olarak değiştirilmemesine ve silinmemesine yönelik gerekli idari ve teknik tedbirler alınır.

2.6. Bu Genelgede hüküm bulunmayan hâllerde, ROP merkezi bulunan sağlık tesisinin tabi olduğu mevzuat hükümleri ile ilgili diğer mevzuat hükümleri uygulanır.

3. ROP merkezlerinin planlama usul ve esasları

3.1. ROP hastalıklarında morbiditenin en aza indirilmesi, vatandaşlarımızın hizmete erişimlerinin kolaylaştırılması, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin hakkaniyetle sunulması, atıl kapasite oluşturulmaması ve kaynak israfına sebebiyet verilmemesi amacıyla ROP merkezleri, Sağlık Bakanlığınca planlanır.

3.2. Üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım hizmeti verilen tüm sağlık tesisleri bünyesinde 32 haftadan küçük ve 1500 gr altı doğan tüm bebekler ile 32 haftadan büyük ve 1500 gr üstü doğmasına rağmen kardiyopulmoner destek tedavisi uygulanmış veya bebeği takip eden uzman hekimin ROP gelişimi açısından riskli gördüğü prematüre bebeklerin doğumdan sonraki 4-6 hafta içinde ROP tarama muayenesinin yapılması zorunludur.

3.3. Tarama muayenesinin yapıldığı sağlık tesislerine ilave olarak, Bakanlıkça yapılan planlamalar neticesinde bünyesinde ROP tarama hizmeti sunulması planlanan sağlık tesisi bünyesinde de ROP Tanı Merkezi kurulabilir.

3.4. ROP tarama hizmeti yanında bünyesinde ROP Tanı ve Tedavi Merkezi açılarak ROP tedavisinin de yapılacağı sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca yapılan planlama ile belirlenir.

3.5. Sağlık Bakanlığınca yapılan planlamalara göre bünyesinde ROP Tanı ve Tedavi Merkezi kurulmasına karar verilen sağlık tesisinde ilgili merkezin kurulması zorunludur.

4. ROP merkezlerinin faaliyet izni usul ve esasları

4.1. ROP merkezleri, faaliyet izni ile kurulur.

4.2. Faaliyet izni için ROP merkezlerine ait başvuru, sağlık tesisi yöneticisi tarafından Ek-1 de yer alan "Faaliyet İzni Başvuru Formu" ile birlikte il sağlık müdürlüğüne yapılır.

4.3. Başvuru, il sağlık müdürlüğünce incelenir ve bu Genelgeye göre oluşturulan denetim ekibince yerinde inceleme yapılır.

4.4. İl sağlık müdürlüğünün uygun görüşü ile birlikte başvuru dosyası, Sağlık Bakanlığına iletilir.

4.5. Başvuru Sağlık Bakanlığı tarafından uygun bulunması halinde, faaliyet izin belgesi düzenlenir.

5. ROP merkezlerinin denetim usul ve esasları

5.1. ROP merkezleri, şikâyet veya ihbar üzerine yapılan olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, yılda en az bir kere ROP merkezi sınıflamasına uygun olarak Ek-2 de yer alan "Yerinde Denetim ve Değerlendirme Formu"na göre il sağlık müdürlüklerince denetlenir. İl sağlık müdürlüğü, denetim sonuçlarını değerlendirir ve tespit edilen sorun ve aksaklıklarla ilgili gerekli tedbirleri alır. Lüzumu halinde denetim sonuçlarını raporlar ve Sağlık Bakanlığına bildirir. Sağlık Bakanlığı gerekli gördüğü hallerde Bakanlıkça oluşturulacak denetim ekibine de denetim yaptırabilir.

5.2. İl sağlık müdürlüğü tarafından, ROP merkezleri denetimleri için sağlık hizmetleri başkanının veya sağlık hizmetleri başkan yardımcısının başkanlığında bir neonatoloji uzmanı ile bir göz hastalıkları uzmanının katılımı ile denetim ekibi oluşturulur. Neonatoloji uzmanının olmadığı illerde yerine çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı denetim ekibine dahil edilir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

6. ROP merkezleri sevk usul ve esasları

6.1. Tarama muayenesinde ROP teşhisi koyulan vakalar, ilgili sağlık tesisi sorumluluğunda olmak üzere en yakın ve uygun olan ROP Tanı ve Tedavi Merkezine sevk edilir.

6.2. Hastanın sevk ve nakli için belirlenen ROP tanı ve tedavi merkezi, sevkle gönderilen hastayı kabul etmekle ve bekletmeksizin tedavisini sağlamakla yükümlüdür.

6.3. Sevk ve nakillerde Acil Sağlık Hizmetleri Çağrı Kayıt ve Operasyon Yönetim Sistemindeki güncellenmiş en son veriler esas alınır. Bu nedenle, Bakanlığımızca ROP merkezi faaliyet izni verilen sağlık tesisleri; ameliyathanenin, ilgili kliniğin ve yoğun bakım servisinin durumunu, boş-dolu yatak ve cihazlara ait bilgiler ile ayrıca operasyona alınan vakaları anında 112 Komuta Kontrol Merkezine bildirmekle ve günün her saatinde güncel tutmakla yükümlüdür.

6.4. Bu Genelgede tanımlanan acil sevk ve nakil işlemleri il sağlık müdürlüklerinin denetim ve sorumluluğunda yürütülür.

Genelgenin ilinizde bulunan tüm sağlık kuruluşlarına duyurulması, Bakanlığımıza ve üniversitelere bağlı sağlık tesisleri ile özel sağlık tesislerinde ROP hastalığı taraması yapılan veya ROP hastalığı tanısı konulan hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin iş bu Genelge kapsamında yürütülmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Ek:
1- Faaliyet İzni Başvuru Formu
2- Yerinde Denetim ve Değerlendirme Formu

Dağıtım:
Gereği:
A Planı
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı

Bilgi:
Sosyal Güvenlik Kurumu

2.3.33. Kalp Merkezi Hizmetleri Genelgesi (2019/14)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - ÖZELLİKLİ PLANLAMA GEREKTİREN SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
18/07/2019 16:29 - 80118214-060.04-457
0009767436

Sayı : 80118214 - 010.06 -
Konu : Kalp Merkezi Hizmetleri

GENELGE
2019/ .14

Kalp ve damar hastalıkları küresel ölümlerin % 30'una neden olan, özellikle orta ve ileri yaş grubundaki kişilerde en önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Kalp ve damar hastalıklarının klinik tedavi maliyetleri de oldukça yüksektir. Genellikle orta yaştaki insanları etkileyen bu hastalıklar nitelikli insan kaynağının en verimli yıllarını olumsuz etkilemekte, ülkelerin üretimini ve dolayısıyla ekonomik gelişimini sekteye uğratmaktadır.

Kalp cerrahisi ve girişimsel kardiyoloji hizmetlerinin planlanması için Bakanlığımızca kalp ve damar cerrahisi, kardiyoloji, çocuk kalp ve damar cerrahisi ve çocuk kardiyoloji uzmanlarından oluşturulan "Kalp ve Damar Hastalıkları Bilimsel Çalışma ve Değerlendirme Komisyonu" kurulmuştur. Ülkemizin kalp ve damar hastalıklarının insidansı, prevalansı, coğrafi yapısı, nüfus hareketleri, yetişmiş sağlık insan gücü ve güncel uluslararası kılavuzlar da göz önüne alınarak Komisyon tarafından kalp ve damar hastalıklarına yönelik planlamalar yapılmaktadır.

Bu planlamaların amacı; kalp ve damar hastalıklarında mortalite ve morbiditenin en aza indirilmesi, vatandaşlarımızın hizmete erişimlerinin kolaylaştırılması, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin hakkaniyetle sunulması, atıl kapasite oluşturulmaması ve kaynak israfına sebebiyet verilmemesidir. Tüm bu hususlar göz önünde bulundurularak girişimsel kardiyoloji ve açık kalp cerrahisinin birlikte yapıldığı "Kalp Merkezleri"nin tanımı yapılmıştır. Bu merkezlerin planlaması, kurulumu ve işleyişi ile ilgili usul ve esaslar bu Genelgenin ekinde düzenlenmiştir. Halen bünyesinde kalp merkezi bulunan hastaneler bu genelgenin yayımlandığı tarihten itibaren bir yıl içerisinde kalp merkezini Bakanlıkça tescil ettirmek zorundadır.

Genelgenin, ilinizde bulunan tüm sağlık kuruluşlarına duyurulması ile Bakanlığımız, üniversite ve özel sağlık tesislerinde Kalp Merkezi işlemlerinin iş bu Genelge kapsamında yürütülmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Ek: Kalp Merkezlerine İlişkin Usul ve Esaslar

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EK-1

KALP MERKEZLERİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR

1. GENEL ESASLAR

1.1. Bu genelge kamu, üniversite ve özel sektöre ait tüm sağlık tesislerini kapsar.

1.2. Bünyesinde kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi hizmeti verilen hastanelerden açık kalp cerrahisi ameliyatlarının ve girişimsel kardiyoloji işlemlerinin birlikte ve koordineli yapıldığı hastaneler bünyesinde kurulan birimler "kalp merkezi" olarak tanımlanır. Girişimsel kardiyoloji işlemleri ifadesi anjiyografi cihazı ile katater laboratuvarlarında yapılan tüm kardiyolojik işlemleri kapsar.

1.3. Kalp merkezleri Sağlık Bakanlığı izni ile açılır ve tescil edilir. Kalp merkezlerinin planlanması ve işleyişi bu genelge hükümlerine göre yapılır. Bakanlıkça kalp merkezi olarak tescil edilmemiş sağlık tesislerinde girişimsel kardiyolojik işlemler veya açık kalp cerrahisi yapılamaz. Tanı ve tedavi amaçlı girişimsel kardiyolojik işlemler açık kalp cerrahisi yapılmayan hastanelerde yapılamaz. Ancak aynı yerleşke içerisinde kalp cerrahisi yapılan bir merkezin olması durumunda tanı ve tedavi amaçlı girişimsel kardiyolojik işlemler yapılabilir. Açık kalp cerrahisi yapılamayan ancak Bakanlıkça yapılan stratejik planlamalarda ihtiyaç duyulan merkezlerde, kamu hastaneleri bünyesinde en yakın ildeki açık kalp cerrahisi yapılan kliniklerle koordinasyon sağlanarak tanı ve tedavi amaçlı girişimsel kardiyolojik işlemlerin yapılmasına izin verilebilir.

1.4. Kalp merkezlerini planlanmak, başvuruları dosya bazında veya gerektiğinde yerinde incelemek, mevcut merkezlerin standartlara uygunluğunu değerlendirmek, bu merkezler ile ilgili şikayetleri incelemek, kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi hizmetleri ve faaliyetleri konusunda tıbbi teknolojik gelişmelere paralel olarak, tüm işlevleri tavsiye niteliğinde olmak üzere Bakanlıkça Kalp ve Damar Hastalıkları Bilimsel Çalışma ve Değerlendirme Komisyonu kurulur.

1.5. Kamu hastaneleri bünyesinde yeni faaliyete başlayacak kalp merkezlerinin kurulması, eğitimi ile merkezlerin faaliyetleri Komisyonca belirlenen koordinatör hastane ile işbirliği içerisinde yürütülür. Üniversite hastanelerine ilgili hastane yönetimince talep edilmesi halinde Komisyon tarafından koordinatör hastane belirlenir. Özel hastaneler bünyesinde kurulacak kalp merkezleri için bu genelgede tanımlanan standartlar ve yeterlilikler aranır.

2. KALP MERKEZLERİNİN STANDARTLARI VE PLANLAMA ESASLARI

2.1. Kalp merkezinde kalp ve damar cerrahisi kliniği, kardiyoloji kliniği, anjiyografi cihazı kurulu katater laboratuvarı, Bakanlıkça tescil edilmiş ikinci seviye en az dört yataklı koroner yoğun bakım servisi, üçüncü seviye en az beş yataklı (dört yatak+ bir izolasyon odası) kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servisi ve iki adet kalp damar cerrahisi ameliyat salonu bulunur. Ancak bu genelgenin yayınlanmasından önce hizmet veren merkezlerde en az bir kalp

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

damar cerrahisi ameliyat salonu bulunabilir. Bu merkezlerden yıllık 250 açık kalp cerrahisi ameliyatı, 2.500 tanı ve tedavi amaçlı girişimsel kardiyolojik işlem yapılan merkezlerde en az iki kalp damar cerrahisi ameliyat salonu bulunmalıdır.

2.2. Kalp merkezlerinde girişimsel kardiyoloji işlemleri ve açık kalp cerrahisi ameliyatları ilgili uzmanlık dallarının koordineli çalışması ile yapılır. Bu amaçla konseyler, eğitim programları, hastaneye özgü protokol geliştirme çalışmaları rutin olarak yürütülür.

2.3. Bünyesinde kalp merkezi hizmeti sunulacak olan hastanelerde asgari üç adet kalp ve damar cerrahisi ve iki adet kardiyoloji uzmanı bulunmalıdır.

2.4. Bünyesinde kalp merkezi bulunan hastaneler Bakanlıkça yıllık olarak değerlendirilir. Her bir kalp merkezinde yıllık en az 100 açık kalp cerrahisi ve 1.000 adet tanı ve tedavi amaçlı koroner anjiyografi yapılması idealdir ancak daha az sayıda vaka bulunan merkezler birinci yılın sonunda uyarılır, üst üste iki yıl yeterli sayıya ulaşamayan merkezin yetkisi Bakanlıkça iptal edilir.

2.5. Tanı ve tedavi amaçlı yapılan koroner anjiyografilerde yıllık %25'den daha fazla negatif sonuç çıkması veya yapılan tüm invaziv girişimlerde beklenen mortalitenin yüksek çıkması ve/veya yapılan açık kalp cerrahisinde ise Euroscore II'e ve/veya Bakanlıkça kabul edilen güncel skorlama sistemlerine göre beklenen mortaliteden yüksek olması halinde Bakanlık tarafından yerinde değerlendirme yapılır. Bu merkezler birinci yılın sonunda uyarılır, üst üste iki yıl yukardaki kriterleri sağlayamayan merkezin yetkisi Bakanlıkça iptal edilir. Merkezde çalışan ilgili hekimler hakkında uyarı verme, yetki kısıtlaması veya faaliyet yetkisi sonlandırılması işlemleri Bakanlık yetkisindedir. Kalp merkezinde faaliyet yetkisi sonlandırılan uzman hekimler Bakanlığın onayladığı merkezlerde deneyimini artırdığını belgelemek ve bu belgenin Kalp ve Damar Hastalıkları Bilimsel Çalışma ve Değerlendirme Komisyonu tarafından onaylanması halinde söz konusu faaliyetlerine devam edebilir. Bu konuda yapılacak denetimlerle ilgili usul ve esaslar Bakanlıkça ayrıca yayımlanır.

2.6. Ülkemizin kalp ve damar hastalıklarının insidansı, prevalansı, coğrafi yapısı, nüfus hareketleri, yetişmiş sağlık insan gücü ve güncel uluslararası kılavuzlar da göz önüne alınarak yapılan değerlendirmeler neticesinde sağlık hizmet bölgelerinde her 500 bin nüfusa bir merkez olacak şekilde bir kalp merkezi planlanır. Bölge merkezi illerde ise her 300 bin nüfusa bir merkez planlanır.

2.7. Kalp merkezi bulunan illerde yeni bir kalp merkezi açılabilmesi için;

2.7.1. Bu genelgenin 2.4, 2.5 ve 2.6 ncı maddelerinde belirtilen planlama kriterlerine göre ilde yeni bir kalp merkezi kurulumuna ihtiyaç olmalıdır.

2.7.2. Yeni kalp merkezi açılması için ildeki mevcut diğer bir kalp merkezlerinin yıllık en az 250 açık kalp cerrahisi, 2.500 tanı ve tedavi amaçlı anjiyografi işlemini aşmış olması gerekmektedir. Kardiyoloji uzman hekimi başına yıllık 75 den fazla PCI yapılan kalp merkezlerinde yıllık 100'den az açık kalp cerrahisi ameliyatı yapılması halinde de yeni merkez açılması Bakanlıkça değerlendirilir.

2.8. Kalp merkezi bünyesinde açık kalp cerrahisi ameliyatlarının ve bu maddenin 2.8.3 bendinde sayılan girişimsel kardiyoloji işlemlerinin birlikte ve koordineli yapılabilmesi ve

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

hastalara en doğru tedavinin uygulanması için ortak konsey oluşturulur. Kalp Konseyinin Çalışma Prensipleri:

2.8.1. Konsey en az 2 kardiyoloji uzmanı ve 1 kalp damar cerrahisi uzmanından oluşur. Hastanede görevli kardiyoloji ve kalp damar cerrahi uzmanlarının tamamı konseyin doğal üyesidir.

2.8.2. Konsey üyeleri dönüşümlü olarak konseye başkanlık yapar. Konseyin çalışma programı Başhekimliğe bildirilir.

2.8.3. Acil girişim gerektiren hastalar hariç, sol ana koroner ya da proksimal sol anterior dessendan arter (LAD) lezyonunu içeren üç damar hastalığı olup revaskülarizasyon gerektiği düşünülen tüm hastaların anjiyografi sonucu konsey tarafından değerlendirilir. Ayrıca yapılacak tüm invaziv kalp kapağı işlemleri konsey tarafından değerlendirilir.

2.8.4. Günlük yapılan anjiyografiler sonucu ameliyat kararı alınan hastaların tedavisi o günün konsültan hekimi veya konsültan hekimin bağlı olduğu klinik tarafından yapılır. Ancak hastanın hekim seçme özgürlüğü ayrıca dikkate alınır.

2.8.5. Tüm kararlar elektronik kayıt sisteminde kayıt altına alınır. İstendiğinde yapılan işlemlerle ilgili raporlar alınabilmelidir.

2.8.6. Konsey odası hastane yönetimi tarafından tahsis edilmiş ve içinde hastaların koroner anjiyografilerini izlemeye uygun gerekli araç ve gereçler ile donatılır.

2.9. Kamu hastaneleri bünyesinde yeni açılacak kalp merkezleri için koordinatör hastane belirlenmesi ile ilgili iş ve işlemler;

2.9.1. Bünyesinde yeni kalp merkezi kurulacak kamu hastaneleri için Bakanlıkça koordinatör hastane belirlenir.

2.9.2. Koordinatör hastane desteği ile kalp merkezi kurulacak hastanelerde, kalp damar cerrahisi ve kardiyoloji kliniklerinin sorumluları, koordinatör hastanenin teklifi ve hastane başhekiminin uygun görüşü ile belirlenir. Bu merkezdeki işleyiş (nöbet, icap, ameliyat listesi, hasta yatışları vs), klinik sorumluları ve koordinatör hastane ekip sorulusu ile işbirliği içinde yapılır. Koordinatör hastanenin uygun gördüğü durumlarda yeni kurulan merkezdeki ekip tek başına ameliyat yapabilir. Acil vakaları yeni kurulan merkezdeki ekip tek başına ameliyata alabilir.

2.9.3. Bünyesinde yeni kalp merkezi açılacak hastanedeki kurulum iş ve işlemleri koordinatör hastane ile birlikte yürütülür. Bu amaçla yeni kalp merkezinin açılış aşamasında koordinatör hastaneden bir ekip belirlenir. Bu ekip en az 2 kalp ve damar cerrahisi uzmanı, 1 kardiyoloji uzmanı, 1 anestezi ve reanimasyon uzmanı, 2 anestezi teknikeri/teknisyeni, 2 perfüzyonist, 2 ameliyathane hemşiresi, 2 ameliyathane teknikeri ve 1 kalp damar cerrahisi yoğun bakım hemşiresinden oluşur. Koordinatör hastaneden görevlendirilen ekibin sorumlusu en az 5 yıl aktif uzmanlık yapmış kalp damar cerrahisi uzmanıdır. Perfüzyonist, ameliyathane hemşiresi ve diğer personel ilgili belgeye sahip kişilerden seçilir. Hastane idaresince ekip üyeleri gerektiğinde değiştirilebilir, ekibe yeni üyeler eklenir veya çıkartılabilir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2.9.4. Yeni kurulan kalp merkezinde koordinatörlük görevinin süresi koordinatör ekip tarafından belirlenir. Koordinatör hastane faaliyetleri ile ilgili yıllık çalışma raporu Bakanlığa bildirilir. Koordinatör hastanenin raporuna göre koordinatör hastane ekibinin görev süresi Bakanlık uygun görüşü ile sonlandırılır.

2.9.5. Koordinatör hastanenin yöneticisi tarafından, yeni kurulacak merkezde görevlendirilecek kişilerin listesi Kamu Hastaneler Genel Müdürlüğü'ne bildirilir.

2.9.6. Yeni kurulan merkezde müdahale edilecek vaka olduğunda hastanın tıbbi bilgileri, EKO, koroner anjiyografi ve diğer gerekli görülen tetkik ve tahliller koordinatör hastanedeki ekibe gönderilir. Ortak karar ile hastaya yapılacak tedavi belirlenir. Bu doğrultuda gereklilik halinde koordinatör hastaneden ekip işleme dahil olur.

2.9.7. Yeni kalp merkezi kurulacak merkezde görevli tüm kalp ve damar cerrahisi uzmanları en az 2 ay, kardiyoloji uzmanları en az 1 ay, kalp cerrahisi ameliyatlarında görev alacak anestezi ve reanimasyon uzmanları en az 1 ay, ve anestezi tekniker/teknisyenleri en az 1 ay, tüm perfüzyonistler en az 3 ay, en az iki ameliyathane hemşiresi en az 2 ay, en az dört yoğun bakım hemşiresi en az 3 ay süre ile eğitim için koordinatör hastanede görevlendirilir.

3. KALP MERKEZİ BAŞVURUSU İÇİN GEREKLİ BİLGİ VE BELGELER

3.1. Sağlık tesisinin toplam yatak sayısı, uzmanlık dalı için ayrılan poliklinik oda sayısı, servis ve tescillenmiş yoğun bakım yatak sayısı, bölgede kurulu mevcut kalp merkezi sayısı, en yakın kalp merkezine uzaklığı, ulaşım şartları ve süresini içeren kurumsal ve bölgesel verilere ait bilgi ve belgeler.

3.2. Bölgede son 1 (bir) yıla ait tanısı konulmuş kalp hastalığı sayısı, bir yıl içerisinde gerçekleştirilen toplam açık kalp cerrahisi ameliyat ve girişimsel kardiyoloji işlem sayısı, servis ve yoğun bakımların yatak doluluğu, sağlık tesisi kalp cerrahisi ve kardiyoloji kliniklerine dışarıdan sevkle gelen ve sağlık tesisi dışına sevk edilen yıllık kalp vakası sayısı (112 Acil verileri esas alınacaktır). Sevk edilen hastalarda sevk edildiği merkezde yapılan cerrahi ve girişimsel kardiyoloji işlem yapılan hasta listesini içeren istatistiki bilgi ve belgeler.

3.3. Hastanede fiilen görev yapan kardiyolojisi uzmanı ve kalp damar cerrahisi uzmanı sayısı, kalp merkezinde bulunması zorunlu tabip dışı sağlık personelinin isim listesi, kimlik, var ise Bakanlık onaylı sertifika veya eğitim belgeleri, öğrenim durumuna ilişkin belgeleri içeren personele ait bilgi ve belgeler.

3.4. Sağlık tesisi bünyesinde bulundurulması zorunlu tıbbi hizmet birimlerinin listesi ile bu birimlerden izin veya ruhsata tabi olanlara ait mevzuatına göre alınmış faaliyet izin, tescil, ruhsat vb. belgeler.

3.5. Müdürlükçe yerinde tespit yöntemiyle doldurularak imza altına alınmış denetim ve değerlendirme raporu.

2.3.34.Yoğun Bakım Servislerinde Hasta Ziyareti Uygulamaları Genelgesi (2019/09)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - YATARAK SAĞLIK HİZMETLERİ PLANLAMA DAİRESİ BAŞKANLIĞI
22/05/2019 12:08 - 11613162-010.06.02-399
0009413073 6

Sayı : 11613162/010.06
Konu : Yoğun Bakım Servislerinde
Hasta Ziyareti Uygulamaları

GENELGE
2019/09

Yataklı sağlık tesisleri bünyesinde faaliyet gösteren yoğun bakım servislerinde hizmetler 20.07.2011 tarih ve 28000 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe giren "Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" ile belirlenmiş olan usul ve esaslara göre sunulmaktadır.

Yoğun bakım servisleri, bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, özellikli sağlık hizmeti birimleridir. Bu özellikleri nedeniyle Tebliğ hükümleri gereği sağlık tesisindeki diğer birimlerden; hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanlarından ayrı olacak şekilde yapılandırılmaktadır.

Hasta hakları mevzuatı gereği hasta yakınlarının, hastalarının sağlık durumları hakkında "Hasta Hakları Yönetmeliği" ile belirlenen ilke ve kurallar çerçevesinde bilgi alma ve hastalarını ziyaret etme hakları vardır. Bu amaçla, mezkûr Tebliğ'in 5 inci maddesinin (ç) bendinde; "Hastane içinde tercihen servisin yakınında 14 m^2'den az olmamak üzere hasta yakınları için bilgilendirme, görüşme ve bekleme amacıyla uygun bir alan düzenlenir." denilmektedir. Bakanlığımızın sağlık alanındaki uygulamaları ve etkin düzenlemeleri neticesinde, aşağıda belirtilen usul ve esaslara riayet edilmesi ve gerekli şartların sağlanması kaydıyla, yoğun bakım servislerinin de hastane ziyaretleri kapsamına dâhil edilmesi uygun ve gerekli görülmektedir.

Her hastanenin yapılacak değişiklikler için hızla kendi talimatlarını hazırlaması ve uygulamaya koyması, ayrıca sağlık çalışanlarını ve hasta yakınlarını uygulama değişikliği konusunda bilgilendirmesi gerekmektedir. Bu kapsamda aşağıda yer alan esaslara uyulmalıdır.

(1) Yoğun Bakım Servislerine Ziyaretçi Kabulünde Uyulması Gereken Esaslar

a) Yeni doğan yoğun bakım servisleri dâhil, tüm yoğun bakım servislerine hasta ziyaretçisi kabul edilebilir. Ancak hastanın sağlık durumu dikkate alınarak, hekim tarafından ziyaret kısıtlaması getirilebilir. Aynı anda çok sayıda ziyaretçinin kabulü, hasta sağlığı ve güvenliği açısından risk oluşturabileceği için, ziyaretçi sayısına, servis bazında hekim tarafından karar verilir.

b) Ziyaretlerde yoğun bakım hastalarının takip ve tedavisini aksatmamak ve hasta güvenliğini sağlamak için gerekli tedbirlerin alınması esastır. Bu nedenle, ziyaretçiler yoğun bakım servislerine, görevli sağlık personelinin refakatinde, diğer hastaları tedirgin ve rahatsız etmeyecek şekilde ve belirli bir düzen içerisinde alınmalıdır. Ziyaret süresi makul ve mümkün olan en kısa süreyle sınırlandırılmalıdır. Bu esnada ilgili sağlık personeli tarafından hasta yakınına, hastasının durumu hakkında anlaşılabilir şekilde gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

c) Ziyaret öncesi ziyaretçilere, servis hekimi tarafından belirlenen sağlık personelince, eğitim verilmelidir. Ziyaretçi kendi hastası dışında başka hastaya ve hasta bakım malzemelerine temas etmemelidir.

ç) Hasta ziyaretleri 24 saat esaslı olabileceği gibi, ziyaret saati uygulaması servisten servise değişebilir. Ziyaret saatlerine servis hekiminin önerisiyle hastane idaresi tarafından karar verilmelidir.

d) Bulaşıcı hastalığı olanlar veya bulaşıcı hastalığı olan bir kişi ile yakın zamanda temas ettiği bilinenler, öksürük, hapşırma, boğaz ağrısı ve burun akıntısı gibi solunum yolu enfeksiyonunu destekleyen belirtileri olan kişiler ziyaretçi olarak kabul edilmemelidir. Ancak ziyaretin kritik önemi olması durumunda, ziyaretçinin cerrahi maske kullanarak ve el hijyenini sağlayarak ziyaretine izin verilebilir.

e) 10 (on) yaşın altındaki çocuklar, kişisel koruyucu malzemelerin kullanımı konusunda zorlanabilecekleri için, çok özel durumlar dışında, erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerine ziyaretçi olarak alınmamalıdır. Yeni doğan yoğun bakım servislerinde, anne baba refakatinde 3 (üç) yaş ve üzeri kardeşlerin ziyaretine izin verilebilir.

f) Ziyaretçiler, izolasyon önlemlerinin alındığı hastaların bulunduğu alanlara girerken enfeksiyon kontrol kurulunun belirlediği izolasyon kurallarına mutlaka uymalıdır.

g) Toplumda bulaşıcı hastalık sıklığında artış olduğu durumlarda, hastane idaresi tarafından ziyaretçi kısıtlaması yapılabilir.

(2) Yoğun Bakım Servisine Girerken Kişisel Koruyucu Malzemelerin Kullanımı

a) Yoğun bakım servisine girişte (sağlık çalışanı, ziyaretçi vb.) mutlaka el hijyeni sağlanmalıdır. Bunun için yoğun bakım servisine girişte alkollü el antiseptiği veya el yıkama için gerekli olan lavabo, sıvı sabun ve kâğıt havlu bulundurulmalıdır.

b) Yoğun bakım servislerine girilirken ancak izolasyon uygulanan durumlarda rutin olarak önlük, eldiven ve maske kullanılmalıdır.

c) Yoğun bakım servislerine girilirken galoş giyilmesine gerek yoktur.

ç) Yeni doğan yoğun bakım servisinde, bebeği kucağına alacak ziyaretçilerin önlük giymesi gereklidir. Ayrıca bebeği besleyen veya bakım veren kişinin kusmuk, kan veya diğer enfeksiyöz vücut çıkartılarının bulaşından korunması için önlük (tercihen su geçirmez) giymesi önerilir. Kirlenen önlük değiştirilmelidir. Gözle görülür kirlenme olmasa bile hastadan hastaya geçişte önlük değiştirilmelidir.

d) Çoğul dirençli mikroorganizma sıklığının yoğun olduğu durumlarda, enfeksiyon kontrol kurulunca eldiven, önlük, maske kullanımıyla ilgili kurallar yeniden düzenlenebilir.

e) Ziyaret sırasında, hasta mahremiyetini koruyacak önlemler alınmalıdır.

Sağlık tesisleri yönetimlerince, yukarıda vurgulanan esaslar dâhilinde yoğun bakım hasta ziyaretine dair kurallar belirlenecektir. Bu kurallar hasta yakınlarının rahatlıkla ulaşabileceği şekilde (elektronik pano, afiş vb.) duyurulmalıdır. Bünyesinde yoğun bakım servisi bulunan tüm sağlık tesislerinde "Yoğun Bakım Hasta Ziyareti Uygulamaları" nın, ilgili sağlık tesisi yönetimlerince gerekli hazırlık ve düzenlemeler tamamlanarak, en geç 1 (bir) ay içerisinde başlatılması zorunludur.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Uygulamaya ilişkin esasların bu Genelgede belirlenen esaslara uygun olarak ve aksaklığa meydan verilmeksizin yürütülmesinden, başta İl Sağlık Müdürleri olmak üzere bünyesinde yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinin başhekimleri veya mesul müdürleri ile yoğun bakım sorumlu hekimleri birinci derecede sorumludur.

21.03.2018 tarihli 2018/8 sayılı Bakanlığımız Genelgesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerinizi, iş bu Genelgenin ilinizdeki, bünyesinde yoğun bakım servisi bulunan tüm sağlık tesislerinin başhekim veya mesul müdürlerine imza karşılığı tebliğini ve uygulamanın titizlikle takibi hususunda ilgililere emirlerinizi önemle arz ve rica ederim.

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Dağıtım:
Gereği:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlükleri)
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına

Bilgi:
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne
Kamu Sağlık Tesisleri Dairesi Başkanlığına
Özel Sağlık Tesisleri Dairesi Başkanlığına

2.3.35. Mükemmeliyet Merkezleri Hakkında Genelge (2019/08)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 80118214 - 010.06 -
Konu : Mükemmeliyet Merkezleri Hakkında

GENELGE
2019/08

Sağlık hizmet sunumunda ülkemizde yürütülen çalışmalar ve sürdürülen sağlık politikaları ile birlikte, başta ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik olmak üzere, sağlık tesislerinin yapı ve standartları, ileri düzey sağlık teknolojileri sayı ve çeşitliliği, hakkaniyetli sağlık insan gücü ve hizmet dağılımı, bilgi işlem kapasitesi gibi pek çok alanda belirgin gelişmeler sağlanmış ve vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi çarpıcı oranlarda arttırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli arttırılması ve sürdürülebilirliğin sağlanması temel anlayışı ile devam eden Bakanlığımız çalışmalarında, *"sağlık hizmet alanında mükemmeliyet merkezleri"* kurulması ve geliştirilmesi öncelikli konulardan biri olarak benimsenmiştir. Bu kapsamda kamu, üniversite ve özel sağlık tesisleri içerisinde insan gücü kapasitesi, sağlık teknolojileri profili, fiziki alt yapısı ve kalite kültürü uygun hizmet birimlerinin kurumsal olarak *"mükemmeliyet merkezi"* adıyla yapılandırılması ve bu merkezlerin ihtiyaç duyulan özellikli sağlık hizmetleri sunumu ile birlikte eğitim ve AR-GE alanında rol üstlenmeleri hedeflenmiştir.

Sağlık hizmet alanı mükemmeliyet merkezlerinin insan gücü nitelik ve niceliğinin, sağlık teknolojileri gerekliliklerinin, fiziki ve idari yapı ile kalite temelli sağlık hizmet şartlarının tanımlanmasına ve Bakanlığımızca değerlendirilerek kurumsal tesciline ilişkin usul ve esaslar bu Genelgenin Ek'inde düzenlenmiştir.

Genelgenin ilinizde bulunan tüm sağlık kuruluşlarına duyurulması ile Bakanlığımız, üniversite ve özel sağlık tesislerinde mükemmeliyet merkezleri kurulması işlemlerinin iş bu Genelge kapsamında yürütülmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

EK

MÜKEMMELİYET MERKEZLERİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR

1. GENEL ESASLAR

1.1. Bu Genelge kapsamında Bakanlıkça belirlenen hizmetlerde mükemmeliyet merkezleri ile ilgili temel politika ve kararların belirlenmesi amacıyla Bakanlıkça Mükemmeliyet Merkezi Komisyonu kurulur.

1.2. Mükemmeliyet merkezlerinin planlamalarında tanı ve tedavisi ileri düzey uzmanlık, yetişmiş insan gücü, deneyim ve yüksek teknoloji gerektiren hizmetlere öncelik verilir.

1.3. Bu genelgenin yayınladığı tarihten itibaren sağlık kurum ve kuruluşlarında Bakanlıkça belirlenmiş alanlar dışında mükemmeliyet merkezi veya benzer anlama gelen ifadeler kullanılamaz. Bakanlıkça belirlenen alanlarda halen bu ifadeyi kullanan sağlık kuruluşları bu genelgenin yayımlanmasından itibaren 18 ay içerisinde bu genelge hükümlerine uygun olarak tescil işlemlerini tamamlamak zorundadır.

2. MÜKEMMELİYET MERKEZİ KOMİSYONU

2.1. Mükemmeliyet Merkezi Komisyonu (MMK) Sağlık Bakanının görevlendirdiği bir Bakan Yardımcısı başkanlığında, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürü, Halk Sağlığı Genel Müdürü, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) Başkanı, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığını temsilen bir genel müdür veya yetkilendireceği bir temsilcisi ve Yükseköğretim Kurulu Başkanlığını temsilen bir üye olmak üzere yedi (7) üyeden oluşur. Komisyonun sekretaryası TÜSKA tarafından yürütülür.

2.2. Komisyon, Başkanının daveti üzerine, Başkanın veya görevlendireceği bir Komisyon üyesinin/Başkan vekilinin başkanlığında en az beş (5) üyenin katılımı ile toplanır ve salt çoğunluk ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde Komisyon başkanının taraf olduğu karar geçerli sayılır.

2.3. Komisyon toplantılarına, ilgili konularda uzmanlar davet üzerine danışman olarak oy hakkı bulunmaksızın iştirak edebilir. Komisyon, gerekli gördüğü durumlarda çalışma grupları oluşturabilir.

2.4. Komisyonunun görevleri şunlardır:

2.4.1 Ülkemizde sağlık hizmet alanında mükemmeliyet merkezleri kurulması ve geliştirilmesi için temel politika ve stratejilerin belirlenmesi,

2.4.2 Mükemmeliyet merkezleri kurulacak sağlık hizmet alanlarının ve temel planlamaların belirlenmesi,

2.4.3 TÜSKA'nın mükemmeliyet merkezi denetim raporuna ilişkin nihai kararın verilmesi ve Bakanlığa gönderilmesi,

2.4.4 Mükemmeliyet merkezi ile ilgili tescil ve iptal iş ve işlemlerinde nihai kararların verilmesi.

3. MÜKEMMELİYET MERKEZLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

3.1. Mükemmeliyet merkezi kurulacak sağlık kurum ve kuruluşları aşağıdaki temel özellikleri karşılamalıdır:

3.1.1. Yapısal Yeterlilik: Merkez, mükemmeliyet merkezi olarak belirlenen sağlık hizmet alanında teknolojik cihaz ve ekipmanlara, yeterli fiziksel alanlara, yeterli insan kaynaklarına, etkili hizmet sunum yöntemlerine ve iletişim kanallarına sahip olmalıdır.

3.1.2. Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumu: Merkez, sürekli kalite iyileştirme ilkelerine uygun biçimde hizmet sunmalı ve uluslararası kabul gören bir kuruluş tarafından akredite edilmiş olmalıdır.

3.1.3. Kanıta Dayalı Uygulamalar: Merkez, kanıta dayalı güncel klinik rehberleri standart olarak kullanmalı, klinik göstergeleri izlemeli ve klinik sonuçları kamuoyu ile şeffaf bir şekilde paylaşmalıdır.

3.1.4. Tıbbi Yetkinlik, Deneyim ve Sonuçlar: Merkez, ilgili uzmanlık alanına ilişkin, mesleki ve prosedürel olarak tanımlanmış eşik değerde deneyime sahip olmalı, klinik sonuçlarda sürekli iyileşme sağlamalıdır.

3.1.5. Araştırma, Eğitim ve Öğretim: Merkez, akademik veya uzmanlık düzeyinde yeterli eğitim ve araştırma kapasitesine sahip olmalı ve bu kapsamda faaliyetler yürütüyor olmalıdır.

3.1.6. Hukuki Alt Yapı ve Bağlayıcılık: Merkez, tüm faaliyetlerinden sorumlu resmi bir yönetim organına ve ulusal yasal otorite tarafından tanınan bir tüzel kişiliğe sahip olmalıdır.

3.1.7. Multidisipliner Çalışma: Merkez tarafından sağlanan hizmetler, alanında uzman multidisipliner bir ekip tarafından sunulmalıdır.

3.1.8. Ulusal ve Uluslararası İşbirlikleri ve Projeler: Merkez, ilgili uzmanlık alanına yönelik uluslararası tanınırlığı olan küresel veya bölgesel kuruluşlara dâhil olmalı, işbirliği yapmalı ve birlikte projeler yürütmelidir.

3.1.9. Ulusal Kayıt/Bilgi Sistemi: Merkez, ulusal ve uluslararası kabul gören sistemlerle uyumlu standart bir bilgi ve kodlama sistemine sahip olmalı ve hizmet sunumuna yönelik ilgili ulusal kayıt/bilgi sistemine veri gönderiyor olmalıdır.

3.1.10. Adil Erişim: Merkez, ilgili uzmanlık alanına ilişkin mükemmeliyet merkezinde tedavi edilmesi uygun görülen tüm hasta gruplarına yönelik adil erişim imkânına sahip olunacağını garanti etmelidir.

3.1.11. Sürdürülebilirlik: Merkez, hizmette sürekliliğin garantisi olacak şekilde, kesintisiz hizmet sunumu sağlıyor olmalıdır.

4. MÜKEMMELİYET MERKEZİ TESCİL SÜRECİ

4.1. Tescil için sağlık kuruluşları bu genelge kapsamında Bakanlıkça belirlenen hizmetler ile ilgili olarak mükemmeliyet merkezi olmak üzere doğrudan Bakanlığa başvuru yapar. Başvurular her yılın Ocak ve Temmuz aylarında yapılır.

4.2. Mükemmeliyet merkezi başvuruları bu genelge göz önünde bulundurularak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce ön değerlendirmeye alınır. Uygun görülen başvurular TÜSKA'ya gönderilir.

4.3. Sağlık tesislerinin denetimi TÜSKA tarafından mükemmeliyet merkezi programı kapsamında yürütülür.

4.4. Mükemmeliyet merkezleri programları ile ilgili başvuru belgeleri, kılavuzlar, rehberler vb. belgeler TÜSKA tarafından yayımlanır. Başvurular bu belgeler doğrultusunda yapılır.

4.5. TÜSKA'nın mükemmeliyet merkezi denetim raporu MMK'ya gönderilir. Denetim raporu MMK tarafından ele alınır ve mükemmeliyet merkezi olması uygun görülen sağlık kurum ve kuruluşu Bakanlık Onayı ile tescil edilir.

4.6. Mükemmeliyet merkezinin herhangi bir kritere uygunsuzluk durumunun tespit edilmesi halinde, merkezin tescili MMK kararı doğrultusunda Bakanlıkça iptal edilir.

2.3.36. Replantasyon Uygulamaları Genelgesi (2016/9)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 83913885

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - SAĞLIK HİZMETLERİ PLANLAMA DAİRE BAŞKANLIĞI
14/07/2016 15:46 / E301885-020-000
0000650155

Konu: Replantasyon Uygulamaları

GENELGE
9/2016

İlgi: 08.08.2011 tarihli ve 33073 sayılı Bakan Onayı.

Bakanlığımıza, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna, üniversitelere ve özel sektöre ait sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sunulmakta olan özellikli sağlık hizmetlerine ve bu alandaki sağlık planlamalarına yön vermek amacıyla hazırlanan "Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri (2011-2023)" planlama kitabı ilgide kayıtlı Bakan Oluru ile uygulamaya konulmuş ve sağlık hizmeti sunan ilgili tüm paydaşlara tebliğ edilmiştir.

Söz konusu planlama kitabının, "El Cerrahisi Hizmetleri" başlıklı bölümünde; replantasyonun tanımı ve kapsamı, replantasyon hizmeti verebilecek sağlık tesislerinin belirlenmesi, acil el yaralanmalarının 112 Komuta Kontrol Merkezleri aracılığıyla acil servislere ulaştırılması, ilk müdahalesinin yapılarak stabil hale getirilmesi ve gerektiğinde tedaviyi yapabilecek uygun merkezin belirlenerek hastanın sevk ve naklinin bu merkeze sağlanması ile ilgili uygulama esasları ve replantasyon sevk algoritması detaylı olarak tanımlanmıştır.

Hal böyle iken, son zamanlarda gerek yazılı ve görsel basına yansıyan gerekse Bakanlığımıza yapılan bildirimlerden replantasyon ihtiyacı olan vakaların acil olarak götürüldükleri replantasyon yapabilen bazı sağlık tesislerince çeşitli gerekçeler gösterilerek kabul ve tedavilerinin yapılmadığı, başka merkezlere yönlendirilmeye çalışıldığı ve bu hizmete acil ihtiyaç duyan hastalarımızın mağdur edildikleri tespit edilmiştir.

Sağlık hizmet sunumundaki bu olumsuzluklar Bakanlığımız ilke ve politikaları gereği kabul edilemez bir durumdur.

Bu sebeple replantasyon uygulamalarında yaşanan bu olumsuzlukların giderilmesi ve hasta mağduriyetinin yaşanmaması için aşağıdaki hususların bir kez daha hatırlatılmasında fayda ve lüzum görülmüştür.

1- Bilindiği üzere replantasyon, mikrocerrahi teknikler kullanılarak yapılan ve uzun süren, emek yoğun ve hassas ameliyatlardır. Özel teknik donanım ve bu alanda tecrübeli bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu çerçevede Bakanlığımızca yapılan çalışma neticesinde replantasyon uygulayabilecek Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve özel sektöre ait sağlık tesislerinin listesi belirlenerek bu Genelge ekine (Ek-1) konulmuştur. Bu liste kapsamındaki merkezler il sağlık müdürlüklerince sağlık hizmet bölgesi hizmet sunum anlayışı Genelge esaslarına uygun olarak 112 komuta Kontrol merkezi ve ilgili sağlık tesisleri arasında sağlanan koordinasyon neticesinde kendilerine acil sevkle getirilen replantasyon vakalarını kabul ve tedavi etmekle yükümlüdür.

2- Replantasyon vakalarına zamanında müdahale ve uygun zamanda doğru tedavinin uygulanması ve sonrasında yapılan rehabilitasyonla tedavinin en iyi ve en kısa sürede sonuçlandırılması, bu kişilerin sağlığı ve sosyo-ekonomik hayata biran önce kazandırılması bakımından önemlidir. Bu sebeple, replantasyon vakası, 112 Komuta Kontrol Merkezi aracılığı ile veya doğrudan başvuru yolu ile herhangi bir acil servise getirildiği andan itibaren öncelikle müdahale ve tedavisinin yapılabileceği uygun bir sağlık tesisi belirlenmeli ve tıbbi durumuna en uygun nakil aracıyla uygun şartlarda acil olarak sevk ve nakli sağlanmalıdır. Bu amaçla hazırlanan, hastaların kendi imkânlarıyla başvurduğunda uygulanacak sevk algoritması Ek-2'de, 112 Komuta Kontrol Merkezi aracılığıyla uygulanacak sevk algoritması ise Ek-3'de gösterilmiştir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 83913885

3- Replantasyon vakasının acil olarak getirildiği sağlık tesisinin tedaviyi sağlayabilecek şartları taşıması halinde hasta başka sağlık tesisine sevk edilmemesi ve tedavisinin burada sağlanması, başka bir merkeze sevkine karar verilen hastanın, 112 Komuta Kontrol Merkezi aracılığı ile nakledilmesi esastır.

4- İl sağlık müdürlükleri, replantasyon uygulamalarının sağlık hizmet bölgesi hizmet sunum anlayışı içerisinde yürütülmesini sağlamak üzere Ek-1 Listede replantasyon merkezi olarak belirlenen sağlık tesisleri için aylık icap nöbet çizelgeleri hazırlayacak ve imza karşılığı ilgili sağlık tesisleri yönetimlerine tebliğ edecektir. Nöbet çizelgesinin bir nüshası ayrıca 112 Komuta Kontrol Merkezine de bildirilecektir. Aynı merkeze acil olarak getirilen ikinci bir replantasyon vakasının kapasite yetersizliği nedeniyle kabul edilemeyeceği durumlar için vakanın götürüleceği ikincil ve alternatif merkezler nöbet çizelgelerinde özellikle belirtilecektir.

5- Replantasyon hizmetlerinin icap nöbeti ile yürütüldüğü sağlık tesislerine sevki yapılan vakalar için acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince rehabilitasyon ekibi kuruma davet edilecek ve vaka hakkında önceden bilgilendirilecektir. Replantasyon ekibi bu davete uymak ve vaka sağlık tesisine nakledilmeden önce kurumda hazır bulunmakla yükümlüdür. İl içi veya sağlık hizmet bölgesi içerisinde yapılacak sevklerde öncelikle replantasyon ekibinin sevk esnasında fiilen görevde olduğu sağlık tesisi tercih edilecektir.

6-Nöbet çizelgelerinde birincil merkez olarak belirtilen sağlık tesisleri kendilerine acil olarak getirilen replantasyon vakasını kabul ve tedavi etmekle yükümlüdür. Kendilerine getirilen ancak kapasite yetersizliği nedeniyle tedavi edemeyecekleri vakaların mutlak suretle kabulünü yaparak tedaviyi sağlayabilecek ikincil ve alternatif merkezle gerekli görüşme ve koordinasyonu kuracak, bu merkeze sevk ve naklini sağlayacaktır. Vaka, ikincil merkeze sevk ve nakli sağlanana kadar bu merkezin sorumluluğundadır.

7-Sevk ve nakillerde Acil Sağlık Hizmetleri Çağrı Kayıt ve Operasyon Yönetim Sistemindeki güncellenmiş en son veriler esas alınacaktır. Bu nedenle, Ek-1 listede yer alan sağlık tesisleri; görevli replantasyon ekibinin ve ameliyathanenin durumunu, ilgili klinik, yoğun bakım servisi ile ilgili boş- dolu yatak ve cihazlara ait bilgileri, ayrıca birden fazla replantasyon vakasının aynı anda aynı tesiste kabulüne meydan verilmemesi ve vaka çakışmasının önlenmesi bakımından operasyona alınan vakaların anında İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezine bildirmekle ve günün her saatinde güncel tutmakla yükümlüdür.

8- Replantasyon uygulamalarında ilgili birim, kurum ve kuruluşlar arasındaki eşgüdüm ve koordinasyonun sağlanmasından; Bakanlık merkezinde, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, illerde sağlık müdürlükleri sorumlu ve yetkilidir. Merkezde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, illerde genel sekreterlikler replantasyon hizmetlerinin kendisine bağlı sağlık tesislerinde kesintisiz ve aksaklığa sebebiyet verilmeksizin sunulmasından sorumlu olup personel, teknik-tıbbi donanım, fiziki altyapı ve benzeri hizmet unsurlarını zamanında ve noksansız olarak sağlamakla ve hizmetin idamesi için gerekli tedbirleri önceden almakla yükümlüdür. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve illerde İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezleri, replantasyon vakalarının sevk ve nakil işlemlerinin Genelge hükümlerine göre yürütülmesi, vakaların sevk bilgilerine ait kayıt ve istatistiklerin doğru ve noksansız olarak tutulması, uygunsuz ve gereksiz sevklerin tespiti, değerlendirilmesi ve istenildiğinde ilgili birimlere bildirimini sağlamakla yükümlüdür. Aynı şekilde Üniversitelere ve özel sektöre ait sağlık tesislerinin yöneticileri/ mesul müdürleri ile Ek-1 Listedeki sağlık tesislerinde görevli replantasyon ekipleri de replantasyon hizmetlerinin, bu Genelge hükümlere uygun olarak sunulmasından birinci derecede ve müteselsilen sorumludur.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 83913885

İş bu Genelge hükümlerine aykırı uygulamaların tespiti halinde sorumlular hakkında ilgi mevzuatı çerçevesinde işlem yapılacağının tüm ilgililere imza karşılığında tebliğini önemle arz ve rica ederim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

Ek
1-Replantasyon Yapabilecek Merkezler Listesi
2-Doğrudan başvuran hastaların sevk algoritması
3-112 KKM sevk algoritması

Dağıtım
- 81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)
- YÖK Başkanlığına
- OHSAD Başkanlığına

Bilgi
- SGK Başkanlığına

2.3.37. Total Parenteral Nütrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi Genelgesi (2010/44)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.12.00.03 -216.99/24718 17.06.2010
Konu: Total Parenteral Nütrisyon İçin
Güvenli Uygulamalar Rehberi

GENELGE

(2010/44)

Bakanlık Makamının 16/05/2007 tarihli ve 7716 sayılı onayı ile yürürlüğe konulmuş olan "Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu'nun Teşkili, Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" gereğince, 25/09/2009 tarihli 20441 sayılı Bakan Oluru ile oluşturulan Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu'nun 28 Mayıs 2010 tarihli toplantısında alınan karara göre;

Hastanelerimizdeki mevcut ve yeni açılacak olan Parenteral Nütrisyon Ünitelerinin (PN) standardize edilerek hastane kaynaklı infeksiyonlara bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılmasına yardımcı olmak ve kurumun hizmet kalitesinin artırılmasına katkı sağlamak amacıyla Parenteral Nütrisyon uygulamalarının belirli standartlar doğrultusunda yapılması gerekmektedir. Bu nedenle hazırlanan "Total Parenteral Nütrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi" ile tüm yataklı tedavi kurumlarında, PN işleminin hazırlandığı yerin ve dolum ünitelerinin özellikleri, dolum cihazının bakımı, dolum işlemi, bölümün temizliği, personel ile ilgili özellikler, PN ilaç etkileşimi, PN solüsyonlarının depolanma, saklanma, taşınma ve teslimi, PN uygulaması gibi konular standardize edilmiştir.

Ayrıca, söz konusu rehber hakkında tüm klinisyenlerin bilgilendirilmesi, rehbere uygun çalışmalarının sağlanması, merkezlerin büyüklük hasta profili ve yapısına göre nütrisyon ekiplerinin kurulması gerekmektedir. PN solüsyonlarını ünitelerinde kendileri hazırlayan merkezlerin, deneyimli eczacıları nütrisyon destek ekiplerine dahil etmeleri önemlidir. Dolum ünitesinde hazırlanan tüm solüsyonlar, dozları, uyumlulukları ve geçimlilikleri yönünden mutlaka bir eczacı tarafından değerlendirilmeli ve bir sağlık teknisyeni tarafından eczacı gözetiminde hazırlanmalıdır. TPN hazırlama ekibine konuya ilişkin eğitim verilmeli ve eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır. Ayrıca bu ekip, klinikte TPN uygulayan ekibe eğitim vermelidir.

Yataklı tedavi kurumlarında yer alan Parenteral Nütrisyon Ünitelerinin Total Parenteral Nütrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi'ne uygunluğu yönünde denetlenmesi gerekir. Bu nedenle; 26.03.2009 tarih ve 30-12286 (2009/22) sayılı Genelge gereği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin denetlenmesi amacı ile oluşturulan komisyona bir diyetisyen ve bir eczacının da eklenmesi ile oluşturulacak alt komisyon tarafından Parenteral Nütrisyon Ünitelerinin de denetlenmesi, ilk denetimin 2010 yılı Aralık ayı sonuna kadar gerçekleştirilmesi ve denetim raporlarının Sağlık Müdürlüklerince her yılın Aralık Ayı sonuna kadar toplu olarak Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığına iletilmesi gerekmektedir.

Belirtilen hususlara titizlikle uyulması ve uygulamanın bu doğrultuda yapılması hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar V.

EK: Total Parenteral Nütrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi (12 sayfa)

DAĞITIM :
A Planı

2.3.38. Yatağa Bağımlı Kişiler İçin Durum Bildirir Tek Hekim Raporu Genelgesi (2023/4)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı: 23642684/
Konu: Yatağa Bağımlı Kişiler İçin
Durum Bildirir Tek Hekim Raporu

GENELGE
2023/4

İlgi : 04.01.2019 tarihli ve E-23642684-010.99-19 (2019/31) Genelge

Bilindiği üzere ilgide yer alan Genelge ile 298 sayılı Seçimlerin Temel Hükümleri ve Seçmen Kütükleri Hakkında Kanun'un 14.maddesi ve Yüksek Seçim Kurulunun (YSK) 393 sayılı Kararı gereğince aile hekimleri tarafından "Yatağa Bağımlı Kişiler İçin Durum Bildirir Tek Hekim Raporu" düzenlenmesi hususu bildirilmişti.

YSK'nin 13.03.2023 tarihli ve 2023/100 sayılı kararı eki 140/I Sayılı Genelge Yurt İçi Seçmen Kütüğünün Güncelleştirilmesi Usul ve Esasları'nın 3. Maddesi 6 ve 7. fıkralarında *"Seyyar sandıklarda oy kullanabilmeleri için, hastalığı veya engeli sebebiyle yatağa bağımlı olan seçmenlerin bir yakını tarafından www.ysk.gov.tr internet adresinde bulunan veya ilçe seçim kurullarından temin edilecek "seyyar sandık kurulu talep formu" ile ilçe seçim kurulu başkanlığına veya ilçe seçim kurulu başkanlığına gönderilmek üzere muhtarlığa başvuruları, askı başlangıç tarihi olan 20 Mart 2023 Pazartesi günü saat 08.00 ile 2 Nisan 2023 Pazar günü saat 17.00 arasında yapılır. Bu başvuruda; "Seyyar sandık kurulu talep formu" ile birlikte "engeli nedeniyle yatağa bağımlı olduğu" veya "hastalığı sebebiyle yatağa bağımlı olduğu" ibaresinin yer aldığı sağlık raporunun ibrazı gereklidir. Ancak bir önceki seçimde kalıcı olarak yatağa bağımlı olduğu tespit edilerek seyyar sandık seçmen listesine dahil edilmiş seçmenler ile Sağlık Bakanlığından elektronik ortamda alınan verilerden kalıcı olarak yatağa bağımlı olduğu tespit edilen seçmenlerden müracaatları halinde yeniden sağlık raporu istenmez."* hükmü ile düzenleme yapılmıştır.

YSK'nin 17.03.2023 tarih ve 130 sayılı Kararında *"Engeli nedeniyle yatağa bağımlı olduğu"* ve *"hastalığı sebebiyle yatağa bağımlı olduğu"* ibaresinin yer aldığı aile hekimlerince düzenlenecek sağlık raporlarında;

"a) Yatağa bağımlılığın tıbbi sebebinin,

b) Yatağa bağımlılığın kalıcı olup olmadığının,

c) Yatağa bağımlılığın süresinin belirtilmesi ve raporların ıslak imzalı veya elektronik imzalı ve barkodlu şekilde düzenlenmesi ve tereddüt halinde barkod kontrolünün ilçe seçim kurulu başkanlığınca yapılmasına;

...3) Görme ve işitme engelli olan seçmenlerin sadece bu engelleri nedeniyle seyyar sandık kurulu seçmen listesine eklenemeyeceğine." karar verilmiştir.

Bu hususlar kapsamında uygulamanın aşağıda belirtildiği şekilde yürütülmesi gerekmektedir.

1-Aile hekimlerince, bu Genelge ekinde yer alan ve "Yatağa Bağımlı Kişiler İçin Durum Bildirir Tek Hekim Raporu" formatına uygun şekilde https://erapor.saglik.gov.tr adresinde yayımlanan Sağlık Bakanlığı e-Rapor sistemi üzerinden elektronik olarak düzenlenecektir.

2- Görme ve işitme engelli olan seçmenlere sadece bu engelleri nedeniyle *"Yatağa Bağımlı Kişiler İçin Durum Bildirir Tek Hekim Raporu"* düzenlenmeyecektir.

3- Düzenlenen raporlar elektronik imza ile imzalanarak e-Rapor sisteminden çıktı alınarak bir nüshası vatandaşa teslim edilecektir.

4-Yatağa bağımlılığın tıbbi gerekçesi açık ve anlaşılacak şekilde raporda belirtilecektir.

5-Bu raporlar sadece **yatağa bağımlı olup seçmen sandığına gidemeyecek durumda olan vatandaşlar için** düzenlenecektir.

04.01.2019 tarihli ve E-23642684-010.99-19 (2019/31) sayılı Genelgenin yürürlükten kaldırıldığı ve uygulamanın yukarıda yer verilen esaslara uygun olarak yürütülmesinin tüm aile hekimlerine tebliği hususunda;

Gereğini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

EK:

Yatağa Bağımlı Kişiler İçin Durum Bildirir Tek Hekim Raporu

2.3.39. Yürürlükten Kaldırılan Genelgeler (2021/9)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 23642684
Konu : Yürürlükten kaldırılan Genelgeler

81 İL VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

GENELGE
(2021/9.)

İlgi : a)24.05.2004 tarih ve B100THG0100002-3120 sayılı (2004/74) sayılı Silah Ruhsatı Alacak Kişilere Verilecek Raporlar konulu Genelge

b) 17.04.2006 tarih ve B10.0.THG.0.10.00.02.- 010.06- 765 (2006/45) sayılı Özel Güvenlik Görevlilerine Verilecek Sağlık Kurulu Raporu konulu Genelge

c) 28.01.2005 tarih ve B100THG0100002 3120/1553 (2005/12) sayılı sağlık Raporları Konulu Genelge

ç) 24.10.2011 tarih ve B.10.0.THG.0.10.00.02-010.07-43191 sayılı Özel Güvenlik Görevlilerinin Sağlık Kurulu Raporu konulu Duyuru

d) 05.02.2015 tarih ve E.163 sayılı Silah Ruhsatı Sağlık Kurulu Raporuna İlişkin Danıştay Kararı konulu Duyuru

e) 24.10.2011 tarih ve 43191 sayılı Silah Ruhsatı Raporları Konulu Duyuru

f) 22.11.2013 tarih ve 95796091-010.07 sayılı Silah Ruhsatı Sağlık Kurulu Raporuna İlişkin Danıştay Kararı konulu Duyuru

30.09.2019 tarih ve 23642684-010.04-1618 sayılı Makam Olur'u ile Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkında Yönerge ile silah ruhsatı için gerekli sağlık raporlarında aranacak sağlık şartları yürürlüğe konulmuştur.

26.06.2021 tarih ve 31523 sayılı Resmî Gazetede Özel Güvenlik Görevlileri Sağlık Şartları Yönetmeliği yürürlüğe konularak özel güvenlik görevlisi için talep edilen sağlık raporlarında aranacak sağlık kriterleri ve usul ve esaslar açıklanmıştır.

Bu nedenle güncelliğini yitirmiş ve uygulama imkânı kalmayan ilgi kayıtlı Genelge ve duyurular yürürlükten kaldırılmıştır.

İlgili tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına tebliğini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Sağlık Bakanı

2.3.40. Pratisyen Tabiplerin Hasta Yatırmaları ve Uzman Tabiplerin Hasta Bakma Yaş Sınırı Genelgesi (2018/30)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
18/12/2018 16:45 - 54567092 - 010.06.01 - E.01-6400
00083278795

Sayı :23642684-010.06
Konu :Pratisyen Tabiplerin Hasta Yatırmaları ve Uzman Tabiplerin Hasta Bakma Yaş Sınırı

GENELGE
2018/.30

İlgi :20/07/2017 tarih ve E.02.3213 (2017/13) sayılı Genelge.

Bilindiği üzere, 13.1.1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği' nin 73 üncü maddesinde; *"Yatan her hastanın tedavisi tabibin tertip ve tavsiyesi üzerine ilgili sağlık personeli tarafından sağlanır."* hükmü yer almaktadır.

Anılan hüküm gereğince, hasta veya yaralı olarak acil servise müracaat eden vatandaşlarımızın, uzman tabibin bulunmadığı durumlarda pratisyen tabipler tarafından acil servislerde müşahade amaçlı veya müşahade sonrası gerekiyor ise yataklı servislerde yatırılarak tedavisi sağlanabilir.

Pratisyen tabip tarafından müşahade edilen veya yatırılan hasta, gerektiğinde ilgili uzman tabibin bulunduğu hastaneye sevk edilebilir.

Ayrıca, uzman tabiplerin hasta bakma yaş sınırı ile ilgili olarak, uygulama birliği sağlanması için yapılacak işlemlere esas olmak üzere aşağıdaki şekilde uygulama yapılacaktır:

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 1 inci maddesinde yer alan "*Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır.*" hükmü gereğince başta acil haller olmak üzere ihtiyaç duyulan hallerde, hastaların yaş kısıtlaması olmaksızın tabip veya çocuk/erişkin uzman tabipleri tarafından tedavi edilmesi esastır.

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nun 11' İnci maddesinde erginliğin on sekiz yaşının ikmaliyle başlayacağı belirtilmiştir. Çocuk, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda "henüz onsekiz yaşını doldurmamış kişi" ve Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin birinci maddesinde de "on sekiz yaşından küçük insan " olarak tanımlamıştır. 24.03.2013 tarihli ve 28597 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği' nde de çocuk hastalar 18 (onsekiz) yaş altı olarak belirlenmiş durumdadır.

Çocukluk döneminde başlayıp erişkinlik döneminde de tanı, tedavi ve takip gerektiren hastalıklarda hastaların, 18 (onsekiz) yaşına kadar çocuk ana/yan dal uzman tabipleri tarafından; 18-23 yaş arasında hem çocuk hem erişkin ana/yan dal uzman tabipleri tarafından; 23 yaş sonrası ise erişkin ana/yan dal uzman tabiplerince tanı, tedavi ve takibi yapılır. 18-23 yaş arasındaki "devir süresi" içinde hastanın erişkin ana/yan dal uzman tabibine devir hazırlığının tamamlanması ve en geç 23 yaş sonunda erişkin ana/yan dal uzman tabibine devredilmesi gerekmektedir. Ancak, erişkin ana/yan dal uzman tabiplerince takibi yapılamayan kalıtsal, immünolojik ve metabolik hastalıklarda, hastaların erişkinlik döneminde de ilgili çocuk hastalıkları yan dal uzman tabipleri tarafından da tanı, tedavi ve takibi yapılabilir. Yine, çocukluk döneminde başlayıp erişkinlik döneminde de tanı, tedavi ve takip gerektiren hastalıklarda erişkin yan dal uzman tabibin aynı il sınırları içinde fiilen olmadığı durumlarda, ilgili erişkin ana dal uzman tabibi takibinde çocuk yan dal uzman tabiplerince de ilaçları raporlamak ve reçetelenmek suretiyle takibine devam edilebilir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

İlgide kayıtlı Genelge'nin yürürlük tarihi olan 20/07/2017 tarihinden bu Genelge'nin yayımı tarihi arasında geçen sürede 2017/13 sayılı Genelge'nin altıncı fıkrası kapsamında yapılan işlemlerde de bu Genelge hükümleri uygulanır.

Bu Genelge'nin yürürlüğe girmesiyle ilgide kayıtlı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerini ve uygulamanın gereğini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Dağıtım:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığına
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna
Türkiye Eczacılar Birliği ve Bölge Eczacı Odalarına

2.3.41. 2018/30 Sayılı Genelgede (Pratisyen Tabiplerin Hasta Yatırmaları ve Uzman Tabiplerin Hasta Bakma Yaş Sınırı) Değişiklik Yapılmasına Dair Genelge (2020/2)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - MEVZUAT İŞLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
17/04/2020 15:50 - 54567092-010.06.01-2327
00116746078

Sayı :54567092/010.04
Konu : 2018/30 Sayılı Genelgede Değişiklik Yapılmasına Dair Genelge

GENELGE
2020/ 2

İlgi :18/12/2018 tarihli ve 2018/30 sayılı Genelge

İlgide kayıtlı Genelge'nin 7 nci paragrafında yer alan "il sınırları içinde fiilen olmadığı durumlarda" ibaresi "hastane içerisinde fiilen bulunmadığı ve/veya hasta yoğunluğu nedeniyle randevu alınamayan hallerde" olarak değiştirilmiş, aynı paragrafın sonuna aşağıdaki cümle eklenmiştir.

"Bu durumun reçete açıklamasında belirtilmesi ve reçetelerin başhekim tarafından onaylanması gerekmektedir."

Bilgilerini ve uygulamanın gereğini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

2.3.42. Erişkinler İçin Engellilik ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliklerin Uygulanması Genelgesi (2019/06)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 23642684
Konu : Erişkinler İçin Engellilik ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliklerin Uygulanması

GENELGE
2019/06

İlgi : a) 30/3/2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik
b) 20/2/2019 tarihli ve 30692 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik
c) 20/2/2019 tarihli ve 30692 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik

Bilindiği üzere, ilgi (b)'de kayıtlı Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik ile ilgi (c)'de kayıtlı Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik, 20/2/2019 tarihli ve 30692 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliğin 18 inci maddesiyle ilgi (a)'da kayıtlı "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" yürürlükten kaldırılmıştır.

İlgi (a)'da kayıtlı -mülgâ- Yönetmelikte, çocuk yaş grubuna dair özel düzenlemelerin bulunmaması, 0-3 yaş gelişim geriliği olan çocuklarda ağır engelliliğin tespitinde güçlükler ve değerlendirme zorlukları yaşanması, 0-3 yaş aralığında rapor alacak çocuklarda tanılamalarda kullanılan testlerde uygulama güçlüğü olması, motor-mental gelişimin sürmesi nedeni ile sabit bir engel oranı tespitinin yapılamaması nedenleriyle çocukların değerlendirilmesinde standart değerlendirme süreçlerine ihtiyaç duyulmuş ve çocuklara özel bir Yönetmelik çıkarılmıştır.

İlgi (b) de ve ilgi (c) de kayıtlı Yönetmeliklerin dayanak maddelerinde de yer alan 1/7/2005 tarihli ve 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanunun 5 inci maddesinin birinci fıkrasında, "Bireyin engelliliğini ve engellilikten kaynaklanan özel ihtiyaçlarını belirleyen derecelendirmeler, sınıflandırmalar ve tanılamalarda uluslararası temel yöntemler esas alınır." hükmüne yer verilmiştir. Bu hükme uygun olarak, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi dayanakları ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından ortak standart bir dil ve çerçeve oluşturmak amacıyla geliştirilen ve bireylerin işlevselliği, etkinlikleri, yaşama katılımı ve bu alanlardaki kısıtlılıklarının tanımlanmasını sağlayan çok kapsamlı uluslararası bir sınıflandırma sistemi olan Dünya Sağlık Örgütü İşlevsellik Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması Çocuk ve Genç Versiyonu (International Classification of Functioning Disability and Health, Children and Youth Version-ICF-CY) esas alınarak, engellilik durumuna ve özel gereksinimlere ilişkin sınıflandırma çalışmaları hazırlanmıştır. Bu husus, her iki Yönetmeliğin 5 inci maddeleriyle hükme bağlanmıştır.

İlgi (c)'de kayıtlı yeni Yönetmeliğin 6 ncı maddesinin birinci fıkrasında, kurul daimi üyelerinin, "çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ya da yan dal uzmanları, göz hastalıkları uzmanı, kulak burun boğaz uzmanı, çocuk cerrahisi uzmanı, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı, ortopedi ve travmatoloji uzmanı" ndan oluşacağı hükme bağlanmıştır. Mülgâ Yönetmelikte bulunmayan çocuk branşları, daimi üye olarak belirlenmiş olup, çocukların bizzat çocuk uzmanları tarafından değerlendirilmesi sağlanmıştır.

Yine, ilgi (c)'de kayıtlı yeni Yönetmelik, "engel oranı" temelli değil, "gereksinim" temelli olup, Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu'nda (ÇÖZGER), çocukların hangi hizmetlere gereksinimleri olduğu belirtilmek suretiyle çocukların ve ailelerinin hak ve hizmetlere ulaşmalarını kolaylaştıracak ve aynı zamanda herhangi bir hak kaybına yol açmayacaktır. Çocuklar için gereksinim seviyesine göre rapor verilecek olup gereksinim düzeyleri; "Özel gereksinimi vardır (ÖGV), Hafif düzeyde ÖGV, Orta

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

düzeyde ÖGV, İleri düzeyde ÖGV, Çok ileri düzeyde ÖGV, Belirgin özel gereksinimi vardır (BÖGV), Özel koşul gereksinimi vardır (ÖKGV)" olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte, ilgi (c)'de kayıtlı Yönetmeliğin "Kazanılmış haklar" başlıklı 15 inci maddesinin birinci fıkrasında, "Bu Yönetmelikte geçen "Çok ileri düzeyde ÖGV", "Belirgin ÖGV" ve "Özel koşul gereksinimi var (ÖKGV)" ifadeleri, ilgili mevzuatın uygulanması açısından ağır engellilik durumunu ifade eder." hükmüne yer verilerek, mülga Yönetmelik ile de bağlantı kurulmuştur.

Erişkinler için ilgi (b)'de kayıtlı yeni Yönetmelikte, "ağır özürlü" ya da "ağır engelli" ifadesinin yerine, "tam bağımlı engelli birey" ifadesi getirilmiştir. İlgi (b)'de kayıtlı Yönetmeliğin 8 inci maddesinin (f) fıkrasının ikinci cümlesinde, "Bu Yönetmelikte geçen "tam bağımlı engelli birey" ifadesi, ilgili mevzuatın uygulanması açısından ağır engellilik durumunu ifade eder." hükmüne yer verilerek, mülga Yönetmelik ile de bağlantı kurulmuştur.

Ana yapısı değişmese bile, ilgi (b) ve ilgi (c)'de kayıtlı Yönetmeliklerle aşağıdaki şekilde yeni bazı düzenlemeler getirilmiştir:

a) 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun'a uygun olarak, yeni Yönetmelikte "özürlü" ifadesi yerine, "engelli" ifadesi kullanılmıştır. Çocuklarda ise, "engelli" ifadesi yerine "özel gereksinimi vardır (ÖGV)" ifadesi kullanılmıştır.

b) Maluliyete dair durum bildirir sağlık kurulu raporları, ilgi (b)'de kayıtlı Yönetmelik kapsamında değerlendirilmeyeceği açıkça belirtilmiştir.

c) Erişkinler için engellilik sağlık kurulu raporu verilirken, sağlık kurulu tarafından ağır engelliliğin standart biçimde değerlendirilmesinin sağlanması amacıyla Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM) formunun uygulanması zorunlu hale getirilmiştir.

ç) Erişkinlerde, "ağır özürlü" ya da "ağır engelli" yerine, "tam bağımlı engelli" ifadesi getirilmiştir. Bakıma muhtaçlık değerlendirmesi Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yapılacaktır.

d) Erişkinler için engelli sağlık kurulu raporunda, kişilerin engel ve sağlık durumunun belirtilmesi, çocuklar için özel gereksinim raporunda ise, gereksinim düzeyinin belirtilmesi esas alınmıştır. Bu raporlara göre ne tür hizmet verilebileceği yönündeki değerlendirme; raporun sunulacağı ilgili kurum (MEB, AÇSHB veya Hazine ve Maliye Bakanlığı vb.) tarafından yapılacaktır.

e) Raporlarının, Ulusal Engellilik Sağlık Bilgi Sisteminde yer alan rapor formu doldurularak düzenlenmesi zorunlu hâle getirilmiştir.

f) Ulusal Engelli Sağlık Raporu Bilgi Sistemi'ne kaydedilip sistemden rapor numarası alınmadan düzenlenen raporlar geçersiz rapor kabul edileceğinden, ilgili kurumlar arası elektronik imzalı veri paylaşımına dair sistemlerin tamamlanmasını müteakip tüm raporların ilgili Bakanlıklarca elektronik ortamda görülmesi ve takip edilmesi sağlanacaktır.

g) İlgi (b)'de kayıtlı Yönetmelikteki ağır engellilik ve kullanım amacı bölümlerindeki değişikliklere uygun olarak Yönetmelikteki "Ek-1:Sağlık Kurulu Raporu" nda ve "Ek-2:Engel Oranları Alan Kılavuzu" nda düzenlemeler yapılmıştır. Yine, Yönetmeliğin ekindeki Ek-2 cetvelde yer alan gruplar ve tanı oranları sağlık sisteminde kullanılan ICD-10 tanı grupları ile eşleştirilmiştir.

Yeni Yönetmeliklerin uygulanması esnasında yaşanan tereddütlerin giderilmesi ve uygulama birliğinin sağlanması amacıyla aşağıdaki usul ve esaslar belirlenmiştir:

I- Sağlık Kurulları ile ilgili Hususlar

Erişkin sağlık kurulunun teşkili ve çalışma usulü ilgi (b) de kayıtlı Yönetmeliğin 6 ncı maddesinde; ÇÖZGER (Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu) sağlık kurulunun teşkili ve çalışma usulü ilgi (c) de kayıtlı Yönetmeliğin 6 ncı maddesinde düzenlenmiştir.

1) İlgi (b)'de kayıtlı Yönetmeliğe göre birden fazla uzmanlık dalını ilgilendiren engel durumunun tespitinde, kurul üyeleri altı zorunlu branş hekiminden seçilir. Kurul başkanı, seçilen üyeler dışında altı zorunlu branştan olabileceği gibi kurul başkanı olabilecek nitelikte herhangi bir hekim de olabilir. Bu durumda kurul, her hâlükârda başkan dâhil en az 7 (yedi) üyeden oluşur.

2) Tek bir uzmanlık dalını ilgilendiren durumlarda, Erişkinler İçin Engellilik Sağlık Kurulu Raporu ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporunun, öncelikle Yönetmeliklerdeki en az 7 (yedi)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

üyeden oluşan ana kurulda düzenlenmesi esastır. Ancak, yetkili hastanelerde ana kurulun teşkil edilemediği durumlarda bu raporlar, yalnızca branş hekimlerinden oluşturulan kurulda düzenlenebilir. Bu kurul, ilgili uzmanlık dalından 3 (üç) hekimden oluşturulur. Kurul başkanı, kurula katılan 3 üye hekim dışında o branşın anabilim dalı başkanı veya eğitim sorumlusu/program yöneticisidir.

3) İkinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında başhekim veya başhekimin görevlendireceği uzman hekim bir başhekim yardımcısı/uzman hekim; üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında başhekim veya başhekimin görevlendireceği uzman hekim bir başhekim yardımcısı/program yöneticisi/eğitim görevlisi/ana bilim dalı başkanı, kurul başkanı olabilir.

II- Raporların Düzenlenmesi

Erişkinler için engellilik sağlık kurulu raporu ve çocuklar için özel gereksinim raporu (ÇÖZGER) ile terör, kaza ve yaralanmaya bağlı durum bildirir sağlık kurulu raporları ilgi (b) ve ilgi (c) de kayıtlı Yönetmeliklerin 8 inci, 9 uncu ve 10 uncu maddelerine göre düzenlenir.

1) FIM Ölçeği, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) uzmanının bulunduğu hastanelerde, poliklinik aşamasında FTR uzmanı tarafından tamamlanarak kurula hazır hale getirilir. FTR uzmanının bulunmadığı hastanelerde ise FIM Ölçeği, Ortopedi hekimi tarafından değerlendirilir.

2) Rapor tarihi, kurul başkanının raporu imzalandığı tarihtir. İlgili kişi, raporu, raporun verildiği sağlık kurum ve kuruluşundan aldığı tarihte ya da e-devlet üzerinden gördüğü tarihte teslim almış sayılır. Bu tarih, teslim tarihi olarak kabul edilir.

3) Sağlık Kurulu, diğer kurum ve kuruluşlar tarafından rapor üzerinde yer alması istenilen ifadelere yer vermek zorunda değildir. Rapora, sağlık durumu ile ilgili bilgiler ve fonksiyon kaybı yaşadığı alanlar yazılır. Bu fonksiyon kayıplarının hangi işlerle ilgili olduğu, hangi işlere mani olduğu bilgisine raporda yer verilmez.

4) Raporlara ilişkin tanımlamalar ilgi (b) ve (c) de yer alan Yönetmeliklerin ana metinlerinde ve Ek-1 rapor formlarında tanımlanmıştır. Erişkinler İçin Engellilik Sağlık Kurulu Raporu ve Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporunu raporlarını kullanan kurum ve kuruluşlar için ayrıca bir tanımlamaya ihtiyaç bulunmamaktadır.

5) ÇÖZGER sağlık kurulunda çocuğun görülebileceğine dair Yönetmelik hükmüne istinaden, kurul üyelerince çocukların görülmesi gereken durumlarda, kurula yakın bir yerde ayrı bir odada görülebilir.

6) İlgi (b) de kayıtlı Yönetmeliğin eki Ek-3'te yer alan "60 yaşın üzerindekiler" ibaresi, aynı Yönetmeliğin 10 uncu maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan "65 yaş ve üzeri bireyler" olarak kabul edilir.

7) Çocuklar için özel gereksinim raporu (ÇÖZGER) düzenlenmesi sürecinde, Ek-1 de yer alan ÇÖZGER Danışım Formu, konsültasyon (danışım) amacıyla kullanılır.

III- Raporların Geçerlilik Süresi ve Raporlara İtiraz

Raporların geçerlilik süresi ve raporlara itiraz hususu, ilgi (b) ve ilgi (c) de kayıtlı Yönetmeliklerin 11 inci ve 12 inci maddelerinde düzenlenmiştir.

1) İlgi (a) da kayıtlı Yönetmelik (önceki mevzuat) yürürlükte iken alınan raporların geçerlilik süresi ve bu raporlara karşı yapılacak itirazlar konusu, ilgi (b) ve ilgi (c) de kayıtlı Yönetmeliklerin "Kazanılmış haklar" başlıklı 15 inci maddelerinde düzenlenmiştir.

2) Önceki mevzuat yürürlükte iken itiraz üzerine alınan ikinci rapora itiraz devam etmiyorsa, rapor kesinleşir.

3) Önceki mevzuat yürürlükte iken itiraz üzerine alınan ikinci rapora itiraz devam ediyorsa, müdürlük tarafından en yakın hakem hastaneye yönlendirilir ve hakem hastanede oluşturulacak rapor, ilgi (b) ve ilgi (c) de kayıtlı Yönetmeliklere (yeni mevzuata) uygun şekilde oluşturulur.

4) İlk rapor süreci önceki mevzuat yürürlükte iken başlamış ve henüz sağlık kurulu kararı verilmemişse, oluşturulacak olan raporlar yeni mevzuat hükümlerine göre düzenlenir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

5) İtirazlar, rapor almak isteyen kişinin rapor için başvurduğu yerdeki veya yerleşim yerindeki (ikametgâhındaki) müdürlüğe yapılır.

6) Önceki mevzuat yürürlükte iken alınan raporlara, bu genelgenin yayımlanmasından itibaren 30 gün içinde bireysel itiraz edilmedikçe, daha sonra itiraz edilemez.

7) İkinci rapora itirazın devamı hâlinde de, itiraz en fazla 30 gün içerisinde yapılabilir.

IV- Diğer Hususlar

1) Rapor vermeye yetkili sağlık kurum ve kuruluşlarında, kurul odasında her bir kurul üyesi için internete bağlı e-Rapor Sistemine HBYS üzerinden entegrasyonu tamamlanmış müstakil birer bilgisayar hazırlanır. Sağlık kurulu raporları Sağlık Bakanlığı e-Rapor Sistemi üzerinden hazırlanır. İmzalar, güvenli elektronik imza yöntemiyle atılacağı için, yoksa her kurul hekiminin güvenli elektronik imzası temin edilir ve elektronik imza işlemine hazır şekilde bulundurulur.

2) Üniversite hastaneleri dahil rapor vermeye yetkili sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet veren HBYS yazılımlarına e-rapor sistemine entegrasyon süreci tamamlattırılır.

3) İlgi (b) ve İlgi (c) de kayıtlı Yönetmelikler kapsamındaki raporların kaydedilmesi, arşivlenmesi ve fiziki olarak teslimi gibi hususlar ile anılan Yönetmelikler ve bu Genelgede düzenlenmeyen diğer hususlarda, Bakanlığımız tarafından yayımlanan "Sağlık Raporlarına İlişkin Usul ve Esaslar" uygulanır.

Bilgilerini ve uygulamanın yukarıda belirtilen çerçevede yürütülmesi hususunu önemle rica ederim.

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Ek:
1- ÇÖZGER Danışın Formu

Dağıtım:
81 İl Valiliğine
Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığına

2.3.43. Engelli Sağlık Kurulu Raporları Genelgesi (2018/4)

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - SOSYAL GÜVENLİK UYGULAMALARI DAİRESİ BAŞKANLIĞI
16/02/2018 14:27 - 23642684 - 010.99 - E.99-306
00063047878

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 23642684/

Konu : Engelli Sağlık Kurulu Raporları

GENELGE
2018/.4..

Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik'in Özürlü sağlık kurulu raporunun geçerlilik süresi başlıklı 13'üncü maddesinde

" *(1) Özürlü sağlık kurulu raporunun sürekli olup olmadığı ile süreli raporlarda raporun geçerlilik süresi mutlaka belirtilir.*

(2) Özürlü sağlık kurulunca kişinin özür durumunun sürekli olduğuna karar verilmesi durumunda, özürlü sağlık kurulu raporunun ilgili bölümünde bu durum belirtilir. Ancak özür durumunun değişmesi halinde, kişinin talebi üzerine rapor ve buna bağlı kişinin özür oranı yeniden belirlenir.

(3) Özürlü sağlık kurulunca özürlünün özür durumunun sürekli olmadığına karar verilmesi halinde de bu husus ilgili bölümde belirlenerek özürlü sağlık kurulu raporunun geçerlilik süresi belirtilir. Zaman içinde değişebilen veya kontrolü gerektiren hastalıklar, hastanın önceki özürlü sağlık kurulu raporu da kurula sunularak, özürlü sağlık kurulunun belirleyeceği süre içinde yeniden görüşülür ve karara bağlanır.

(4) Bu Yönetmelik hükümlerine göre alınmış olan sürekli raporlar ile süreli raporların geçerlilik süresi dolmadan tekrar rapor alınmak istenmesi durumunda, mükerrer rapor tanzimini önlemek maksadıyla, ilgililerin daha önce özürlü sağlık kurulu raporu alıp almadıklarına ilişkin beyanı istenir. İlgilinin beyanı üzerine veya bir başka şekilde, evvelce özürlü sağlık kurulu raporu verilmiş olduğunun tespiti halinde tekrar rapor verilmez. Kullanım amacına uygun olarak düzenlenmiş ve bu Yönetmelik hükümlerine göre alınmış olan sürekli raporlara sahip kişilerden kurumlarca yeniden rapor istenilmez." hükümleri ile düzenleme yapılmıştır.

Ancak uygulamada özellikle engelli raporları düzenlenirken geçerlilik süresi konusunda tereddütler yaşandığı anlaşılmıştır. Engel durumu sabit kişilere sürekli raporlar yerine süreli raporlar düzenlendiği ve bu durumun hasta mağduriyetine yol açtığı tespit edilmiştir. Bu itibarla aşağıda hususların açıklanmasına ihtiyaç duyulmuştur.

a) Bireyin engel durumunun sabit kalması (uzuv ve organ kaybı gibi) veya artması söz konusu olan hastalıklar için sürekli rapor düzenlenmesi,

b) Yeni bir engel durumunun ortaya çıkması veya mevcut engellilik durumunda bir değişiklik meydana gelmesi halinde, bireyin talebi ve ilgili branş hekiminin sağlık kuruluna sevki uygun görmesi üzerine süre aranmaksızın engellilik durumu yeniden değerlendirilir ve yeni rapor düzenlenmesi,

c) Kurumların ilgili mevzuatları gereğince, gerekçesi belirtilerek yazılı kontrol muayenesi talebinde bulunulması durumunda sağlık kuruluşunca yeniden rapor düzenlenmesi,

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

TC Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 23642684/

Konu : Engelli Sağlık Kurulu Raporları

d) Bireyin engel durumunun ilaç tedavisi, cerrahi tedavi ve/veya rehabilitasyon uygulamaları ile zaman içinde azalma ihtimali olduğu ve hastalık bulgularının tam olarak görülemediği hallerde süreli rapor düzenlenmesi,

gerekmektedir.

Uygulamanın Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik'te yer alan hükümler ile yukarıda vurgulanan esaslara uygun olarak yürütülmesinin engelli raporları vermeye yetkili tüm sağlık kuruluşlarına duyurulması ve konuya gerekli hassasiyetin gösterilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

2.3.44. Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması Genelgesi (2014/13)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - SOSYAL GÜVENLİK UYGULAMALARI DAİRE BAŞKANLIĞI
26.03.2014 11:11 - 2014.5409.13 - 010.06.02
09002761143

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 23642684/010.06.02 - 5409.13 26.03.2014
Konu : Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması

.....

GENELGE
2014/13

İlgi: 27.01.2012 tarihli ve 3931 (2012/10) sayılı Genelge.

Bilindiği üzere, 21.01.2012 tarih ve 28180 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ ile acil servislerde yeşil alan uygulaması kapsamında değerlendirilecek sağlık hizmetleri için katılım payı alınacağı hükme bağlanmıştır. Bu kapsamda 520.021 Kodu ile tanımlanan "Yeşil Alan Muayenesi" uygulamasında birliğinin sağlanması bakımından uyulması gerekli esasların neler olduğu hususu 2012/10 sayılı Genelgemiz ile açıklanmıştır.

Bakanlığımızca; "Yeşil Alan Muayenesi" uygulamasında birliğin sağlanması amacıyla aşağıda belirtilen hususlara bir kez de iş bu genelge ile açıklık getirilmesinde fayda görülmüştür.

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği eki Ek-7' de sarı ve kırmızı renk kodlaması altında yer alan tıbbi durumların dışında kalan işlemlerin tümü yeşil renk kodu kapsamında değerlendirilecek olup, bu işlemler için SUT' da yer alan 520.021 Kodu ile tanımlanan; Yeşil alan muayenesi girilecektir.

Acil servislere başvuran tüm hastaların ilk müracaatta acil hasta olarak değerlendirilerek acil servislere kabul edilmesi ve buna göre işlem yapılması esastır. Ancak yapılan muayenesi sonucunda hekim değerlendirmesine göre yeşil alan muayenesi kapsamına girdiği belirlenen hastalar için 520.021 Kodu ile tanımlanan "Yeşil Alan Muayenesi" kodlama işleminin yapılması gerekmektedir. Bu kodlama işlemi, hastanın acil servisteki işlemleri tamamlandıktan sonra yapılmalıdır.

İlgi sayılı Genelgenin yürürlükten kaldırıldığı ile uygulamanın yukarıda vurgulanan esaslara uygun olarak yürütülmesi gerektiğinin, ilgili tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına tebliğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliğine
(İl Sağlık Müdürlüğü)

2.3.45. Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmetleri Genelgesi (2021/13)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - SAĞLIK HİZMETLERİ PLANLAMA DAİRESİ BAŞKANLIĞI
[illegible]

Sayı : 83913885
Konu: Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmetleri

GENELGE
2021/13

Madde ilişkili suçlardan adli işlem gören ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların topluma kazandırılmalarını teminen yeni bir yaklaşımı ortaya koyan 'Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri' uygulamaları Ülkemizde 2006 yılı itibariyle faaliyete geçmiş ve ilerleyen yıllarda madde bağımlılığı tanı ve tedavisine olumlu bir katkı sağlamıştır.

Denetimli serbestlik; suç işleyen kişinin toplum içinde denetim ve takibinin yapılarak, iyileştirilmesi ve topluma kazandırılması için ihtiyaç duyduğu her türlü hizmet, program ve kaynakların sağlandığı alternatif bir ceza sistemidir. Bu nedenle yargı mercileri kişinin öncelikle tedavi edilmesini ve tekrar uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaktan korunmasını sağlamak amacıyla kişi hakkında 'Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri' kararı verebilir. Bu kişilere sunulacak sağlık hizmetlerinin aşağıda belirlenen usül ve esaslara göre yürütülmesi sağlanacaktır.

Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmeti Veren Sağlık Tesisleri:

Bu hizmet, her ilde belirlenen kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde yer alan yataklı sağlık tesislerinde verilir. İl Sağlık Müdürlüğü, denetimli serbestlik kapsamında verilecek tedavi hizmeti ihtiyacını değerlendirir ve tedavi hizmetini verecek sağlık tesisini belirler.

İl Sağlık Müdürlüğü, belirlenen sağlık tesisini, personel, poliklinik, çok amaçlı grup terapi alanı, numune alma odası ve laboratuvar alt yapısı bakımından inceler. Şartları taşıyan sağlık tesisini denetimli serbestlik tedavi hizmeti vermesi için Valilik Onayı ile görevlendirir ve Bakanlığa bilgi verir.

Denetimli serbestlik vakalarının yoğun olduğu illerde bu vakaların iş ve işlemlerini yürütmek için sağlık tesisi, personel ya da poliklinik sayısı arttırılabilir.

Arındırma merkezilerinde aynı zamanda denetimli serbestlik tedavi hizmeti verilebilir.

Personel Durumu:

Denetimli serbestlik tedavi hizmetlerinde, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya anılan uzman hekim sorumluluğunda diğer hekimler, psikolog/sosyal çalışmacı, hemşire/sağlık memuru, sekreter ve güvenlik personeli görev yapar.

Fiziki Şartlar:

1. Denetimli Serbestlik Polikliniği:

Sağlık tesisince, hizmetin görülmesine uygun bir poliklinik odası tahsis edilir ve hastane bilgi yönetim sistemleri üzerinden 'Denetimli Serbestlik Polikliniği' tanımlanır. Denetimli serbestlik hastalarının kayıt ve raporlama işlemleri bu poliklinik üzerinden yürütülür.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2. Çok Amaçlı Grup Terapi Alanı:

Altı oturumluk eğitim programının yapabileceği en az 20 metrekare büyüklüğünde, görsel ve işitsel materyal bulunan gerekli donanıma sahip bir oda veya salon ayrılır.
Grup terapisinde kullanılacak basılı doküman sağlık tesisi yönetimince sağlanır.

3. Tıbbi Laboratuvar:

Bakanlığımızın tıbbi laboratuvarlar ile ilgili güncel mevzuatı doğrultusunda, yeni ve yaygın kullanılan uyuşturucu ve uyarıcı maddeleri de saptayabilecek uygun laboratuvar alt yapısı kurulur ve numune alma odası oluşturulur.

4. Kayıt ve Güvenlik Tedbirleri:

Kayıt, yazışma ve arşiv için gerekli alt yapı sağlık tesisi yönetimince oluşturulur ve gerekli güvenlik tedbirleri sağlanır.

Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri Verilen Kişiler Hakkında Sağlık Tesislerince Yapılacak İşlemler:

A) Genel Hükümler:

Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne, Ek:1 resmi yazı ilişiğinde Ek: 2 ve/veya Ek: 4 nihai raporları gönderilir. Tahlil sonuçları ve takip belgeleri gönderilmez.
Hastanın müracaatından nihai raporu verilinceye kadar geçen süreçteki iş ve işlemleri için gerekli takip sistemleri sağlık tesisinde kurulur.
Hasta için oluşturulan tedavi programı, Ek: 3'te yer alan denetimli serbestlik tedavi hizmeti kuralları ve Ek: 6'da yer alan altı oturumluk bağımlılık programı hastaya yazılı olarak tebliğ edilir. Tebliğ edilen belgelerin bir nüshası hastaya verilir. Bu belgeler ve Ek: 5'te yer alan denetimli serbestlik bağımlılık programı değerlendirme formu hastanın dosyasında arşivlenir.

B) Kayıt ve Kabul:

Hakkında denetimli serbestlik tedavi tedbiri verilen kişiler, denetimli serbestlik tedavi iş ve işlemleri ile yetkili sağlık tesisine yönelik düzenlenen üst yazı sevki ile birlikte önce sağlık tesisinin evrak kayıt birimine başvurur. Kayıt birimi, başvuru işlemlerini tamamladıktan sonra hastayı denetimli serbestlik tedavi polikliniğine yönlendirir.
Sağlık tesisi hastanın tedavi giderlerini ve kontrol değerlendirmesi giderini sosyal güvencesi olması halinde bağlı olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu; olmaması halinde ise Bakanlığımızın ilgili mevzuatına göre karşılanması için işlem yapar.
Denetimli serbestlik müdürlüğüne rapor gönderilerek işlemleri tamamlanmış hastalara, müdürlükçe düzenlenmiş yeni bir sevkle başvurmadığı sürece kayıt açılmaz.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

C) Klinik Değerlendirme, İzlem, Kişiye Bilgi Verme ve Raporlama:

1) Sevk evrakının geçerlilik süresi beş iş günüdür. Hasta beş iş günü bitimi sonrasında geldiği takdirde, tedaviye alınır.

2) Hekim, ilk görüşmede hastanın psikiyatrik değerlendirmesini ve muayenesini yapar. Klinik görüşmeler ile idrar, kan, tükürük, ter, kıl vb. numunelerle yapılan uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testlerini bir arada değerlendirerek hastanın tedavi programını oluşturur. Gerekli hallerde ilaç ve/veya psikoterapi gibi ayaktan kısa müdahalelerde bulunur.

Hastaya, tedavi süreciyle ilgili bilgi verir. Oluşturulan tedavi programını ve Ek: 3 denetimli serbestlik tedavi hizmeti kurallarını tebliğ eder. Ayrıca tedavi sürecine uyulmadığında Türk Ceza Kanunu'nun 191. maddesine göre yapılabilecekler hakkında Ek:7'de yer alan bilgileri verir.

3) Belirlenen tedavi programının uzaması halinde, hastaların tedaviye uyumu hakkında Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne ayrıca yazılı bilgi verilebilir.

4) İlk muayeneden itibaren ikişer haftayı aşmayacak şekilde yapılan ilk üç muayene ile ilk üç uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testleri sonucunda, hastaya ilişkin Ek: 2 rapor düzenlenir. Raporun düzenlenmesinde aşağıdaki hususlar göz önüne alınır:

- Hasta beş iş günü bitimi sonrasında geldiği takdirde, Ek: 2-a raporu düzenlenir. Rapor Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne ivedilikle gönderilir.
- Tedavi sürecinde, Ek: 3'te sayılan kurallardan 50 ve üzeri ihlal puanı alanların takibi sonlandırılır ve hakkında Ek: 2-b uyumsuz olduğu tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Kural ihlali belge veya tutanak ile tevsik edilerek arşivlenir.
- Klinik muayene ve değerlendirme sonucunda uyumlu ve üç testte de negatif bulgu tespit edilen hastanın erken tam remisyon olduğu düşünülerek Ek: 2-c tedaviye gerek olmadığını bildirir tıbbi kanaat raporu verilir.
- Kapalı cezaevinden gelenlere yapılan ilk tetkikte, uyuşturucu ve uyarıcı madde tespit edilmez ise zorunlu remisyon olduğu düşünülerek Ek: 2-c tedaviye gerek olmadığını bildirir tıbbi kanaat raporu verilebilir. Açık cezaevinden gelen kişiler tedavi tedbiri alan diğer kişilerle aynı uygulamalara tabi tutulur.
- Klinik muayene ve/veya ilk üç laboratuvar testinden herhangi birinde pozitif bulgu tespit edilmesi halinde, Ek: 2-d altı oturumluk bağımlılık programına alınmasına karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir.
- Şiddetli kesilme belirtileri nedeniyle bağımlılık programına alınması mümkün olmayan veya ayakta tedavisi düzenlenmiş olmasına rağmen yakınmaları düzelmeyen hastaya Ek: 2-e yataklı arındırma merkezine sevkinin sağlanmasının uygun olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Denetimli serbestlik tedavi hizmetinin yataklı arındırma merkezinde verilmesi halinde, Ek: 10-a tıbbi kanaat raporu düzenlenerek hastanın tedavisine arındırma merkezinde devam edilir.
- İleri tedavi için arındırma merkezine sevk edilen kişi 6 oturumluk bağımlılık programına alınır.

5) Altı oturumluk bağımlılık programına alınmasına ilişkin tıbbi kanaat raporu düzenlenen hasta hakkında Ek: 6 program içeriği uygulanır. Program oturumları birbirinden bağımsız olup sağlık tesisinde sürekli verilir. Program içeriği ve uygulama takvimi hastaya tebliğ edilir. Hasta, uygulanacak ilk oturuma dâhil edilir ve imza föyü oluşturularak her oturumda imzası alınır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

6) Altı oturumluk bağımlılık programı kapsamındaki psikoeğim çalışmaları uzman hekim, hekim, psikolog/sosyal çalışmacı veya hemşire/sağlık memuru tarafından yürütülür.

7) Altı oturumluk bağımlılık programı sonunda, hasta hakkında psikoeğim çalışmalarını veren personel tarafından, her oturumun ayrı ayrı değerlendirildiği Ek: 5 denetimli serbestlik bağımlılık programı değerlendirme formu düzenlenerek hekime iletilir.

8) Altı oturumluk bağımlılık programı sonunda, hasta hakkında, hekim tarafından, psikiyatrik değerlendirme, muayene, klinik görüşmeler ile idrar, kan, tükürük, ter, kıl vb. numunelerle vücuttan alınan uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testleri birlikte değerlendirilerek Ek: 4 rapor düzenlenir. Raporun düzenlenmesinde aşağıdaki hususlar göz önüne alınır:

- Programa düzenli devam eden ve programının başlamasından itibaren vücuttan alınan uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testlerinin son üç testi negatif tespit edilen, yapılan klinik muayene ve değerlendirmelerde de tedavi sürecine uyum gösterdiği düşünülen hasta hakkında Ek: 4-a uyumlu olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir.
- Klinik değerlendirme ve tedavi sürecinde Ek: 3'te sayılan kuralları ihlal edenden 50 ve üzeri ihlal puanı alan hakkında Ek: 4 b-1; uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımına devam eden hakkında ise Ek: 4 b-2 tedavi programına uyumsuz olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Kural ihlali belge veya tutanak ile tevsik edilerek arşivlenir.
- Program süresince, tedavi önerilerine uymasına rağmen bağımlılık bulgu ve belirtileri gösteren hasta hakkında Ek: 4-c bağımlılık merkezine sevkinin sağlanmasının uygun olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Denetimli serbestlik tedavi hizmetinin yataklı arındırma merkezinde verilmesi halinde, Ek:10-a tıbbi kanaat raporu düzenlenerek hastanın tedavisine arındırma merkezinde devam edilir.

D) Tıbbi Laboratuvar İşlemleri:

Klinik muayene ve değerlendirmelerde gerekli görülecek uyuşturucu veya uyarıcı madde analizine yönelik iş ve işlemler, Bakanlığımızın laboratuvar ile ilgili güncel mevzuatı uyarınca yapılır.

Erişkin ve Çocuk-Ergen Yataklı Arındırma Merkezlerinde Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmeti:

Hakkında denetimli serbestlik kapsamında ileri tedavi görmesi gerektiğine karar verilen hastaların tedavisi yataklı olarak hizmet veren erişkin ve çocuk-ergen arındırma merkezlerinde yapılır.

Denetimli serbestlik müdürlüğü tarafından arındırma merkezine sevki sağlanan hasta, sevk edildiği arındırma merkezine yönelik düzenlenen üst yazı ile birlikte önce arındırma merkezinin evrak kayıt birimine başvurur. Kayıt birimi, başvuru işlemlerini tamamladıktan sonra hastayı tedavi polikliniğine yönlendirir.

Arındırma merkezinde, denetimli serbestlik tedavi hizmeti verilmesi halinde, Denetimli Serbestlik Müdürlüğünden ayrıca sevk istenmez. Hastanın işlemleri mevcut sevk evrakı üzerinden yürütülür.

Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne rapor gönderilerek işlemleri tamamlanmış hastaya, müdürlükçe düzenlenmiş yeni bir sevkle başvurmadığı sürece kayıt açılmaz.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık tesisi hastanın tedavi giderlerini, sosyal güvencesi olması halinde bağlı olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu; olmaması halinde ise Bakanlığımızın ilgili mevzuatına göre karşılanması için işlem yapar.

Sevk evrakının geçerlilik süresi beş iş günüdür. Hasta beş iş günü bitimi sonrasında geldiği takdirde, tedaviye alınır.

Hekim, ilk görüşmede hastanın psikiyatrik değerlendirmesini ve muayenesini yapar. Klinik görüşmeler ile idrar, kan, tükürük, kıl, ter, vb. numunelerle yapılan uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testlerini bir arada değerlendirerek hastanın ayakta ya da yatarak tedavi programını oluşturur. Programın hazırlanmasında aşağıdaki hususlar göz önüne alınır.

- Ayakta tedavisi planlananlar için üç ay sürecek ikişer haftayı aşmayacak aralıklarla kontrollerinin yapılabileceği tedavi programı hazırlanır.
- Yatarak tedavi planlananlara ise tedavi bitiminde ek olarak üç ay sürecek ikişer haftayı aşmayacak aralıklarla kontrollerinin yapılabileceği ayrı bir ayakta tedavi programı oluşturulur.

Hekim, hastaya, tedavi süreciyle ilgili bilgi verir. Oluşturduğu tedavi programını ve Ek: 3 denetimli serbestlik tedavi hizmeti kurallarını tebliğ eder. Tebliğ edilen Ek: 3'ün bir nüshası hasta dosyasında arşivlenir.

İlk muayene sonrasında hasta hakkında Ek: 8 rapor düzenlenir. Denetimli serbestlik tedavi hizmetinin yataklı arındırma merkezinde verilmesi halinde Ek: 8 rapor düzenlenmez. Ek: 8 raporun düzenlenmesinde aşağıdaki hususlar göz önüne alınır:

- Hasta beş iş günü bitimi sonrasında geldiği takdirde, Ek: 8-a raporu düzenlenir. Rapor Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne ivedilikle gönderilir.
- Ayakta tedavisi planlananlar için Ek: 8-b üç aylık tedaviye alınmasına karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir.
- Yatarak tedaviye alınması planlananlar için ise, Ek: 8-c yatarak tedavisine ve tedavi bitiminde üç aylık ayakta tedavi programına alınmasına karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir.

Hekim tarafından, tedavi sonunda, hasta hakkında, psikiyatrik değerlendirme, muayene, klinik görüşmeler ile idrar, kan, tükürük, kıl, ter, vb. numunelerle yapılan uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testleri birlikte değerlendirilerek Ek: 9 nihai rapor düzenlenir. Raporun düzenlenmesinde aşağıdaki hususlar göz önüne alınır:

- Programa düzenli devam eden, yapılan klinik muayene ve değerlendirmelerde de tedavi sürecine uyum gösterdiği düşünülen hasta hakkında Ek: 9-a uyumlu olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir.
- Klinik değerlendirme ve tedavi sürecinde Ek:3'te sayılan kuralları ihlal edenlerden 50 ve üzeri ihlal puanı alanlar hakkında Ek: 9 b-1; uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımına devam edenler hakkında ise Ek: 9 b-2 tedavi programına uyumsuz olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Kural ihlali belge veya tutanak ile tevsik edilerek arşivlenir.

Belirlenen tedavi programının uzaması halinde, hastaların tedaviye uyumu hakkında Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne ayrıca yazılı bilgi verilir.

Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne Ek:1 resmi yazı ilişiğinde, ilk muayeneden sonra Ek: 8 rapor ve/veya Ek: 9 nihai rapor gönderilir. Tahlil sonuçları ve takip belgeleri gönderilmez.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Arındırma merkezinde, denetimli serbestlik tedavi hizmetinin verilmesi halinde, hakkında ileri tedavi görmesi gerektiğine karar verilmiş hastanın tedavisine merkezde devam edilir ve Ek: 10 rapor düzenlenir. Tedavi sonunda Ek: 9 nihai rapor düzenlenir. Raporlar Ek:1 resmi yazı ilişiğinde Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne gönderilir.

Denetimli Serbestlik Sürecindeki Kişilerin Kontrol Değerlendirmesi:

- Denetimli serbestlik tedavi programı tamamlanan ya da sadece denetimli serbestlik tedbiri bulunan yükümlünün, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanıp kullanmadığının tespit edilmesi için denetimli serbestlik müdürlüklerince gönderilmesi durumunda, gerekli laboratuvar tetkikleri ve klinik değerlendirmesi yapılır.
- Denetimli serbestlik sürecindeki kişilerin kontrol değerlendirilmesi için sevk evrakının geçerlilik süresi, aynı gün veya sevk tarihini takip eden ilk iş günüdür.
- Yapılan değerlendirme Ek:11 rapor ile denetimli serbestlik müdürlüğüne gönderilir.

2015/11 sayılı Bakanlığımız Genelgesi yürürlükten kaldırılmış olup, denetimli serbestlik tedavi hizmetlerinin herhangi bir aksamaya mahal verilmeden yukarıda belirlenen esaslara göre yürütülmesi hususunda,

Gereğini ve bilgilerini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

EKLER:

1- Resmi yazı örneği (1 sayfa)
2- Rapor örneği (1 sayfa)
3- Tedavi Hizmeti Kuralları (1 sayfa)
4- Rapor Örneği (1 sayfa)
5- Değerlendirme Formu (1 sayfa)
6- Bağımlılık Programı(1 sayfa)
7- Bilgilendirme Formu (1 sayfa)
8- Rapor Örneği (1 sayfa)
9- Rapor Örneği (1 sayfa)
10- Rapor Örneği (1 sayfa)
11- Rapor Örneği (1 sayfa)

DAĞITIM :

Gereği :
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne
- 81 İl Valiliğine

Bilgi :
- Adalet Bakanlığına
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne

2.3.46. Adli Olaya Taraf Kişiler, Hakkında Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbirine Hükmedilenler ile Tutuklu ve Hükümlü Tedavi Gideri Hakkında Genelge (2013/2)

2013/2 sayılı Genelgenin 4. Maddesinde "Ödenek Talebine İlişkin Esaslar"ın (ç) maddesinde geçen bütçe tertibi güncellenmiş olup 54.167.489.337-0014.0067-01-03.09 olarak kullanılmaktadır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 64047795/23642684/010-06 /165 03.01.2013
Konu : Adli olaya taraf kişiler, hakkında tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine hükmedilenler ile tutuklu ve hükümlü tedavi gideri hk.

.....VALİLİĞİNE
(GENELGE)
2013/2

İlgi: a) 09.08.2004 tarihli ve 13480 (2004/104) sayılı Genelge.
b) 01.02.2005 tarihli ve 1792 sayılı Genel Yazı.
c) 11.02.2005 tarihli ve 2398 sayılı Genel Yazı.
ç) 12.09.2005 tarihli ve 17594 sayılı Genel Yazı.
d) 24.04.2006 tarihli ve 8113 (2006/49) sayılı Genelge.
e) Adli vakalara ait fiyat tarifesi hakkında 16.05.2012 tarihli ve 7007 (2012/22) sayılı Genelge.

Ceza infaz kurumları ve tutukevlerince Bakanlığımıza bağlı hastaneler ve üniversite hastanelerine sevk edilen tutuklu ve hükümlüler, hakkında tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine hükmedilenler ile adli olaya taraf olan ve adli makamlarca sağlık durumlarının belirlenmesi ve adli rapor düzenlenmesi amacıyla gönderilen sanık, mağdur ve müşteki durumundaki kişilerin tıbbi muayene, kontrol, tetkik ve tedavilerine ait giderler, ilgi (a), (b), (c), (ç) ve (d)'de kayıtlı genelge ve genel yazılarımızda yer alan hükümler doğrultusunda yürütülmekte idi. Hükümlerin bir kısmının güncelliğini yitirmiş olması nedeniyle anılan düzenlemeler yürürlükten kaldırılmış olup, bahse konu sağlık giderlerine ilişkin uygulamaların iş bu genelge kapsamında yürütülmesi gerekmektedir.

1- ADLİ OLAYA TARAF OLAN (TRAFİK KAZASI HARİÇ) KİŞİLERİN TEDAVİ GİDERLERİ:

a- Adli olaya taraf olan ve adli makamlarca sağlık durumlarının belirlenmesi ve adli rapor düzenlenmesi amacıyla gönderilen sanık, mağdur ve müşteki durumundaki kişilerin tıbbi muayene, kontrol, tetkik ve tedavilerine ait giderler ilgilinin SGK hak sahibi olması halinde Sağlık Uygulama Tebliği usul ve esasları kapsamında anılan Kuruma fatura edilmesi gerekmektedir.

b- Herhangi bir nedenle genel sağlık sigortasından faydalanmayan kişilerin bahse konu giderleri Bakanlığımızca karşılanacaktır.

c- Sağlık Uygulama Tebliği'nde yer almayan ancak Bakanlığımız ve üniversite hastanelerinde adli tıbba yönelik yapılan işlemler ilgi (e) Genelge'de belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde yürütülecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 64047795/23642684/010-06
Konu : Adli olaya taraf kişiler, hakkında tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine hükmedilenler ile tutuklu ve hükümlü tedavi gideri hk.

2- HAKKINDA TEDAVİ VE DENETİMLİ SERBESTLİK TEDBİRİNE HÜKMEDİLEN KİŞİLERİN TEDAVİ GİDERLERİ:

Mahkemelerce 5271 sayılı Ceza Muhakemeleri Kanunu'nun 109 uncu maddesi gereğince hakkında adli kontrol kararı verilen kimselerin sağlık durumlarının belirlenmesi amacıyla resmi sağlık kurumlarında yaptırılan muayene, tetkik ve tedavi bedelleri ile uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişiler hakkında verilen tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine ilişkin kararın yerine getirilmesi sırasındaki tedavi bedelleri Bakanlığımızca karşılanacaktır.

3-TUTUKLU VE HÜKÜMLÜLERİN TEDAVİ GİDERLERİ:

Ceza infaz kurumları ve tutukevlerince Bakanlığımıza bağlı hastanelere ve Bakanlığımız hastanelerince üniversite hastanelerine (vakıf üniversiteleri hariç) sevk edilen tutuklu ve hükümlülerin;

a- Yatarak tedavisi esasında gerekli görülen her türlü ilaç, muayene, tetkik, tahlil ve tıbbi malzemeleri sağlık hizmet sunucusu tarafından karşılanacaktır.

b- Ayakta tedavide tıbbi muayene, kontrol, tetkik, diş protezi ve tedavilerine ait giderler sağlık hizmet sunucusu tarafından karşılanacak olup, hastane tarafından temini mümkün bulunmayan tıbbi malzemeler (ortez, protez, gözlük, işitme cihazı, şeker ölçüm çubuğu, hasta alt bezi vb.) ile ilaç bedelleri Adalet Bakanlığı tarafından karşılanacaktır.

c- Hükümlünün estetik amaçlı tedavi giderleri kendisi tarafından karşılanacaktır.

4- ÖDENEK TALEBİNE İLİŞKİN ESASLAR:

1 inci maddenin b fıkrası, 2 nci madde ile 3 üncü maddenin a ve b fıkralarında sayılanlara resmi sağlık hizmet sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmeti giderlerine ilişkin talepler;

a- Tedavi giderleri müracaat tarihinde yürürlükte bulunan Sağlık Uygulama Tebliği ve eki fiyat tarifelerindeki birim fiyatlar üzerinden ücretlendirilecektir.

b- Bakanlığımız sağlık tesislerinden üniversite hastanelerine (vakıf üniversiteleri hariç) sevki yapılarak bu hastanelerce verilen sağlık hizmet bedellerinin ödenek talebi, sevki yapan sağlık tesisinin belirtilmesi suretiyle Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliğine fatura edilecektir. Faturaların KBS sistemine girişi sevki yapan sağlık tesisi tarafından yapılacaktır.

c- Üniversite hastanesine (vakıf üniversiteleri hariç) acil hallerde yapılan doğrudan müracaatlarda ise tedavi giderleri ildeki en yakın sağlık tesisinin belirtilmesi suretiyle Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliğine fatura edilecektir. Faturaların KBS sistemine girişi en yakın sağlık tesisi tarafından yapılacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 64047795/23642684/010-06
Konu : Adli olaya taraf kişiler, hakkında tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine hükmedilenler ile tutuklu ve hükümlü tedavi gideri hk.

ç- Ödenek talepleri bütçenin **15.75.00.62-07.3.1.10-1-03.9** ekonomik sınıflandırma düzeyine konulan ödenekten karşılanacaktır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunca yapılacak olan ödemelerde Maliye Bakanlığı'nın (Muhasebat Genel Müdürlüğü) Kamu Harcama ve Bilişim Sistemine (KBS) yapılan girişler dikkate alınacaktır. Hizmet sunucuları tarafından **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı'na (Finans Hizmetleri Başkan Yardımcılığı)** herhangi bir fatura gönderilmeyecektir.

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:

Gereği:
81 İl Valiliğine
(İl Sağlık Müdürlüğü)
YÖK Başkanlığına
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığına

Bilgi:
Adalet Bakanlığına
Denetim Hizmetleri Başkanlığına
Maliye Bakanlığına
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığına

2.3.47. Konaklama Tesisleri Bünyesinde Sunulacak Sağlık Hizmetleri Genelgesi (2013/18)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

26.09.2013

Sayı : 54567092/010.06/ 32724
Konu : Konaklama Tesisleri Bünyesinde Sunulacak Sağlık Hizmetleri

.....VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

GENELGE

2013/18

Özel Hastaneler Yönetmeliğinin Ek 10 uncu maddesi ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin Ek 2 nci maddesi ve Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliğin Ek 1 inci maddesinde "Konaklama tesislerinde sunulacak sağlık hizmetleri" ile ilgili düzenleme yapılmıştır.

Kültür ve Turizm Bakanlığından belgeli konaklama tesislerinde sunulacak sağlık hizmetleri, sağlık ünitelerinin ve birimlerin kuruluş ve işleyişine dair aşağıdaki açıklamaların yapılmasında fayda görülmüştür.

A. Bu Genelgede geçen;

a) **Bakanlık:** Sağlık Bakanlığını,
b) **Konaklama tesisi:** Kültür ve Turizm Bakanlığından işletme veya yatırım belgesi almış tesisleri,
c) **Müdürlük:** İl Sağlık Müdürlüğünü,
d) **Özel sağlık kuruluşu:** Sağlık hizmeti sunmak üzere Sağlık Bakanlığınca veya müdürlükçe ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşlarını,
e) **Sağlık ünitesi:** Konaklama tesisinde konaklayan kişilerin ani gelişen sağlık problemlerinde ve acil durumlarda müdahale, muayene ve sevk işlemlerinin düzenlenmesi amacıyla konaklama tesislerinde kurulan birimleri,
f) **Turizm yatırım belgesi:** Konaklama tesisi açmak için ilk müracaatta Kültür ve Turizm Bakanlığınca yatırımcıya verilen belgeyi,
g) **Turizm işletme belgesi:** Konaklama tesisi işletmek için Kültür ve Turizm Bakanlığınca yatırımcıya verilen belgeyi,
h) **Yönetmelik:** Özel Hastaneler Yönetmeliği ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliği ve Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliği,

ifade eder.

B. Konaklama tesisinde açılacak sağlık üniteleri başvuruları ve işleyişi

1) Sağlık ünitesi işletecekler; konaklama tesisinin bulunduğu ilde faaliyet gösteren herhangi bir özel sağlık kuruluşuna bağlı olarak, bu özel sağlık kuruluşunun kadro ve kapasitesini kullanarak başvuru yapabilir. Bir özel sağlık kuruluşu, en fazla kadrolu hekim sayısı kadar konaklama tesisinde sağlık ünitesi açabilir.

2) Bir özel sağlık kuruluşuna bağlı olarak işletilecek sağlık ünitelerinin tüm faaliyetlerinden bağlı olduğu sağlık kuruluşu sorumludur.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

3) Bağımsız olarak açılmak istenen sağlık üniteleri planlama kapsamında ve hekim sorumluluğunda kurulup işletilebilir.

4) Sağlık ünitesindeki hekimler, tam zamanlı veya kısmi zamanlı olarak çalışabilir.

5) Planlama kapsamında bağımsız olarak açılacak sağlık ünitelerinde ise Müdürlükçe hekim adına sağlık ünitesi uygunluk belgesi ve sorumlu hekim çalışma izin belgesi düzenlenir.

6) Başvuru evrakları ve yapılacak işlemler: aynı il sınırları içinde bir özel sağlık kuruluşuna bağlı olarak konaklama tesisinde açılacak sağlık ünitesi başvuruları, özel sağlık kuruluşunun mesul müdürü tarafından Müdürlüğe yapılır. Müdürlük başvuruyu değerlendirir, sağlık ünitesini yerinde inceler ve başvuruyu sonuçlandırır.

Başvuru dilekçesine eklenecek evraklar şunlardır:

a) Turizm yatırım veya turizm işletme belgesi,

b) Özel sağlık kuruluşu ile konaklama tesisi arasında yapılacak sözleşme,

c) Sağlık ünitesinin oda esasında bütün mekânlarının ne amaçla kullanılacağını gösterir en az 1/100 ölçekli ve yerinde görülerek onaylanan plan örneği,

d) Bir özel sağlık kuruluşuna bağlı olarak açılacak sağlık üniteleri için, ünitede çalışacak hekimlerin bağlı olunan özel sağlık kuruluşundaki personel çalışma izin belgeleri ve listesi,

e) Sağlık ünitesinde tam zamanlı çalışacak en az bir sağlık personelinin diploması,

f) Bağlı olarak açılacak özel sağlık kuruluşunun kadrolu hekim sayısını belirtir yazı ve sağlık ünitesinin açılacağı konaklama tesislerinin yatak kapasitesini de belirten konaklama tesisi listesi,

7) Kültür ve Turizm Bakanlığından belgeli olmayan konaklama tesislerinde sağlık ünitesi açma başvurusunda bulunulması halinde turizm yatırım veya turizm işletme belgesi istenmeyecektir.

8) Sağlık üniteleri; ilaç, malzeme, tıbbi donanım ve yapılacak tıbbi işlemler açısından muayenehaneler için belirlenen asgari özellikleri taşır. Sağlık ünitesi, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte, muayenehaneler için öngörülen muayene odası şartları sağlar. Sağlık ünitelerinde sadece muayenehanelerde yapılan işlemler yapılabilir.

9) Sağlık üniteleri, işleyiş ve denetleme açısından bağlı olduğu sağlık kuruluşlarının sorumluluğundadırlar.

C. Konaklama tesisinde açılacak sağlık birimleri başvuru ve işleyişi

1) Kültür ve Turizm Bakanlığından belgeli konaklama tesislerinde sadece akut tedavisi tamamlanmış konaklama tesisinde konaklayan kişilere yönelik olmak kaydıyla fizik tedavi ve rehabilitasyon veya obeziteyle mücadele, diyabet, diyaliz ve ayaktan kanser tedavisi gören hastalara yönelik koruyucu ve destekleyici nitelikte birimler planlama kapsamında kurulabilir. Konaklama tesisinin bulunduğu ildeki özel sağlık kuruluşları kendi kadro ve kapasitesini kullanmak kaydıyla planlamadan istisna olarak konaklama tesislerinde bu birimleri açılabilir.

2) Konaklama tesislerinde fizik tedavi ve rehabilitasyon veya obeziteyle mücadele, diyaliz, diyabet ve ayaktan kanser tedavisi gören hastalara yönelik koruyucu ve destekleyici nitelikte birimler haricinde başka birim açılamaz ve sayılan hizmetler dışında başka sağlık hizmeti verilemez.

3) Özel sağlık kuruluşları, kadrosunda ilgili branşın bulunması kaydıyla her birimden bir tane açabilirler. Ancak, sadece sorumlu hekim bulunmakta ise, konaklama tesislerinde sorumlu hekim adına fizik tedavi ve rahabilitasyon birimi açılamaz.

4) Fizik tedavi ve rehabilitasyon birimi fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı; obesiteyle mücadele birimi fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanı; diyabet birimi iç hastalıkları uzmanı veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanı; onkoloji birimi ise onkoloji branşları veya iç hastalıkları uzmanı gözetim ve kontrolünde hizmet verir. Bu uzmanlar konaklama tesisindeki birimlerde, müdürlüğe bildirdikleri çalışma saatlerinde hizmet verir.

5) Aynı il sınırları içinde bir özel sağlık kuruluşuna bağlı açılacak birimler için, özel sağlık kuruluşu mesul müdürü başvuru dilekçesi ekinde;

a) Turizm yatırım veya turizm işletme belgesi,
b) Kaplıca bulunan konaklama tesisinde açılacak ise kaplıca tesisi işletme izin belgesi (kaplıca suyunun endikasyonlarını gösterecek şekilde düzenlenmiş olacak),
c) Özel sağlık kuruluşu ile konaklama tesisi arasında yapılacak sözleşme,
d) Özel sağlık kuruluşunun konaklama tesisi içinde açmak istediği birimleri belirten yazısı ile Müdürlüğe başvuruda bulunur.

6) İlde herhangi bir özel sağlık kuruluşuna bağlı konaklama tesisinde açılacak birimler için mesul müdür başvuru dosyasını müdürlük aracılığı ile Bakanlığa gönderir. Bakanlık bu başvuruyu değerlendirip sonucunu Müdürlüğe bildirir.

7) Konaklama tesislerinde açılacak birimler konusuna göre ilgili mevzuat çerçevesinde ruhsatlandırılır, faaliyet gösterir ve denetlenir.

8) Birimler, Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte yer alan müessese veya poliklinik fiziki şartlarını ile tıbbi donanımı taşımak ve ilgili hekim gözetimi ve kontrolünde bulunmak zorundadır. Konaklama tesisinde açılacak diyaliz birimleri Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliğine göre açılır, işletilir ve denetlenir.

D. Konaklama tesislerinde açılacak sağlık ünitesi ile birimler için ortak uygulamalar

1) Konaklama tesisinde açılacak sağlık ünitesi ve birimler, sadece konaklama tesisinde konaklayanlara sağlık hizmeti sunar. konaklama tesisinde konaklayan kişiler dışındakilere bu kapsamda hizmet verilemez.

2) Sağlık ünitesinde ve birimlerde çalışacak hekimlerin listesi ve çalışma programları her ayın başında aylık olarak Müdürlüğe bildirilir ve çalışma listeleri Müdürlüğe onaylatılır.

3) Sağlık kuruluşuna bağlı açılan sağlık ünitelerinde veya birimlerde, sağlık personeli ve hekimler çalışma saatleri ve süresi planlanarak birden fazla konaklama tesisinde çalışabilir. Hekimler sağlık ünitesinde ve birimlerde icapcı olarak hizmet verecek olup, Müdürlüğe bildirilen çalışma saatlerinde sağlık ünitesinde ve birimlerde bulunmak zorundadır. İcapcı hekimler, Müdürlüğe bildirilen çalışma saatlerinde haricinde acil vakalar için çağrıldığında en kısa sürede hastaya müdahale edip sevkini sağlamakla yükümlüdür.

4) Müdürlükçe, sağlık ünitesi ve birim için uygunluk belgesi bağlı olduğu özel sağlık kuruluşu adına düzenlenir. Ayrıca çalışacak hekim ve sağlık personeli içinde çalışma izin belgesi düzenlenir.

5) Konaklama tesislerinde hiçbir surette, çalışma izin belgesi olmayan hekim veya diğer sağlık personeli çalıştırılamaz. Çalışma izin belgesi olmayan hekim veya diğer sağlık personeli çalıştıran konaklama tesisleri hakkında ilgili mevzuata göre müeyyide uygulanır.

6) Konaklama tesisinde bulunan sağlık ünitesinde ve birimde sunulan sağlık hizmetleriyle ilgili sağlık bilgileri ve belgeleri, otelcilik hizmetlerinden ayrı bir arşiv bölümünde hasta hakları ve mahremiyetleri çerçevesinde muhafaza edilir.

7) Sağlık ünitesi ve birimde sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili veriler Bakanlıkça bildirilen bilgi sistemine kaydedilmek zorundadır.

8) Konaklama tesislerinde açılan sağlık ünitesi ve birimlerde yabancı uyruklu hekimler ve hemşireler ilgili mevzuata göre çalışabilir. Ancak yabancı uyruklu hekim çalıştırılması halinde de, özel sağlık kuruluşu kadrolu hekim sayısından fazla konaklama tesisinde sağlık ünitesi açılamaz.

9) 11 Temmuz 2013 tarihinden önce, son bir yıl içerisinde en az altı ay konaklama tesisinde çalıştığını belgeleyen fakat başka bir sağlık kuruluşu kadrosunda bulunmayan hekimler herhangi bir konaklama tesislerinde açılacak sağlık ünitesinde veya birimde çalışma izin belgesi düzenlenerek bir defaya mahsus olmak üzere planlamadan istisna olarak çalışabilirler. Bu hekimler konaklama tesislerindeki çalışma durumlarını Sosyal Güvenlik Kurumundan alacakları bu durumu belgelendiren yazı, çalıştığı tarihten önce düzenlenmiş noterden onaylı iş akti, tüzel kişilik bünyesinde çalışmakta ise bu tüzel kişiliğin konaklama tesisi ile akdettiği sözleşme veya konaklama tesisine o tarihler arasında ortak olduğunu gösterir ticaret sicil gazetesi ile belgelemek zorundadır. Bu hekimler, bir defaya mahsus başlatıldıkları konaklama tesisindeki sağlık ünitesi veya birimdeki çalışmalarının sona ermesi halinde başka bir konaklama tesisinde açılan sağlık ünitesinde veya birimde planlamadan istisna olarak çalışamazlar.

10) Konaklama tesislerinde açılacak sağlık üniteleri ve birimler ve buralarda çalışacak hekim ve sağlık personeli Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemine (SKYS) kaydedilir.

11) Bakanlığımızca planlama çerçevesinde konaklama tesilerinde açılacak sağlık ünitesi veya birim ilan edilmesi halinde, hak sahibi 30.11.2012 tarihli ve 28483 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Hizmetleri Lisans Yönetmeliği" hükümleri uyarınca belirlenecektir. Bu nedenle, Bakanlığımızca planlama çerçevesinde konaklama tesislerinde açılacak sağlık ünitesi veya birim ilan edilmediği dönemlerde yapılan hekimlerin sorumluluğunda bağımsız olarak sağlık ünitesi veya birim açma başvuruları değerlendirilmeyecektir.

E. Denetim

1) Konaklama tesislerindeki sağlık üniteleri Müdürlükçe, bağlı olduğu özel sağlık kuruluşunun rutin denetimi esnasında denetlenir. Denetim sırasında noksanlık ve mevzuata aykırılık tespit edilmesi halinde denetim formunda öngörülen müeyyideler uygulanır.

2) Konaklama tesislerindeki birimler tabi olduğu mevzuata göre denetlenir. Denetim sırasında noksanlık ve mevzuata aykırılık tespit edilmesi halinde ilgili mevzuatta öngörülen müeyyideler uygulanır.

3) Konaklama tesislerindeki sağlık üniteleri ve birimler şikayet halinde ve gerektiğinde müdürlükçe her zaman denetlenebilir.

4) Bu genelge kapsamında açılan sağlık üniteleri ve birimlerde Bakanlığın istediği tıbbi kayıtları Bakanlığın belirlediği kayıt sistemine düzenli olarak yapmayanlara ilgili mevzuatta öngörülen müeyyideler uygulanır.

5) Kültür ve Turizm Bakanlığından belgeli beş yüz yatak kapasitenin üzerindeki konaklama tesislerinden, sağlık ünitesi açmadığı tespit edilen konaklama tesisleri il kültür ve turizm müdürlüklerine bildirilir.

İlinizde bulunan konaklama tesislerinde sağlık hizmeti sunumunun bu Genelge hükümleri kapsamında düzenlenmesinin temini hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

EKLER

EK 1 – Sağlık Ünitelerinde Aranacak Şartlar,
EK 2 – Tespit Formu,
EK 3 – Personel Çalışma Belgesi,
EK 4 – Uygunluk belgesi,
EK 5 – Denetim Formu.

Dağıtım:
81 İl Valiliği

2.3.48. Yargı Kararının Uygulanması Genelgesi (2015)

T.C. Sağlık Bakanlığı

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - MEVZUAT İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 54567092/
Konu : Yargı kararının uygulanması

GENELGE
2015/

İlgi: 26/09/2013 tarihli ve 32742 sayılı 2013/18 Nolu Genelge.

Bilindiği üzere özel sağlık kuruluşları tarafından "Konaklama tesislerinde sunulacak sağlık hizmetleri" ile ilgili olarak ilgide kayıtlı Genelge ile düzenleme yapılmış idi.

Ancak Anılan Genelgenin bazı hükükmlerinin iptali talebiyle açılan davada Danıştay 5. Dairesi'nce verilen "yürütmenin durdurulması talebinin reddi" yolundaki karara yapılan itiraz sonucunda Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu'nun Y.D. İtiraz No: 2014/946 sayılı kararı ile kısmen kabul olunarak "Konaklama Tesisleri Bünyesinde Sunulacak Sağlık Hizmetleri" konulu Genelgenin, B-1 maddesinin, B-2 maddesinin, B-6 maddesinin, B-9 maddesinin, D-3 maddesinde yer alan, "...Müdürlüğe bildirilen çalışma saatlerinde sağlık ünitesinde ....bulunmak zorunludur... Müdürlüğe bildirilen çalışma saatlerinde haricinde..." ibaresinin, D-4 maddesinde yer alan, "...sağlık ünitesi ve...", ibaresinin, anılan Genelgeye dayanak teşkil eden Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Ozel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin Ek 2. maddesinin 1. fıkrasının (b) bendinde yer alan, "Bulunduğu ilde sağlık kuruluşlarına bağlı kurulacak ünite, bu kuruluşun kadro ye kapasitesi kullanılarak planlamadan istisna olarak açılabilir. Bir sağlık kuruluşuna bağlı olarak açılmak istenmeyen..." ibaresinin, (c) bendinde yer alan, "... Bir sağlık kuruluşu, kadrolu hekim sayısı kadar konaklama tesisinde sağlık ünitesi açabilir." ibaresinin, (ç) bendinin, yine anılan Genelgeye dayanak teşkil eden Özel Hastaneler Yönetmeliğinin Ek 10. maddesinin 1. fıkrasının (a,b,c,ç,d bentleri dahil) tümüyle; "Konaklama Tesisleri Bünyesinde Sunulacak Sağlık Hizmetleri" konulu Genelgenin, B-7 maddesinin, D-7 maddesinin, D-8 maddesinin, D-9 maddesinin, E-4 maddesinin ise özel sağlık kuruluşlarına bağlı olarak açılacak sağlık üniteleri yönünden yürütülmesinin durdurulmasına; belirtilenler dışında kalan düzenlemeler yönünden ise davacının itirazının reddine" karar verilmiştir.

Anılan yürütülmesinin durdurulması kararına istinaden 2013/18 Nolu Genelgenin;

1) "B Konaklama tesisinde açılacak sağlık üniteleri başvuruları ve işleyişi" bölümünün 1 inci, 2 nci, 6 ncı, 7 nci ve 9 uncu maddeleri,

2) "D Konaklama tesislerinde açılacak sağlık ünitesi ile birimler için ortak uygulamalar" bölümünün 3 üncü maddesinde yer alan, "...Müdürlüğe bildirilen çalışma saatlerinde sağlık ünitesinde ....bulunmak zorunludur... Müdürlüğe bildirilen çalışma saatlerinde haricinde..." ibaresi ile 4 üncü maddesinde yer alan, "...sağlık ünitesi ve...", ibaresi,

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

3) "D Konaklama tesislerinde açılacak sağlık ünitesi ile birimler için ortak uygulamalar" bölümünün 7 nci, 8 inci ve 9 uncu maddesi,

4) "E Denetim" bölümünün 4 üncü maddesi ise özel sağlık kuruluşlarına bağlı olarak açılacak sağlık üniteleri yönünden,

Uygulanmayacaktır.

Mezkur Genelgenin diğer hükümlerinin ise aynı şekilde uygulanmasına devam olunacaktır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

Dağıtım:
81 İl Valiliği(İl Sağlık Müdürlüğü)

2.3.49. Özel Hasta Odaları Ücretleri Genelgesi (2010/18)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02.010-06-**12602** **25.03.2010**
Konu : Özel hasta odaları ücretleri

DOSYA

GENELGE
2010 /18

Bakanlığımıza bağlı olarak faaliyet gösteren yataklı tedavi kurumlarında hastaların yatırılarak tıbbi bakım ve tedavilerinin sağlandığı hasta odalarının sınıflandırılması ve sınıflarına göre taşıması gereken fiziki ve donanım şartları Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin "E - HASTA ODALARI VE ÖZELLİKLERİ" başlıklı bölümün 58'inci maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre özel oda; tek yataklı, buzdolabı, televizyon, telefon ve refakatçinin dinlenmesi için gerekli bölümü ve donanımı bulunan, banyolu, lavabolu ve tuvaletli hasta odaları olarak tanımlanmıştır.

Diğer taraftan, tedavi yardımına ilişkin Sağlık Uygulama Tebliğinde; Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenen standartların üzerinde sunulan otelcilik hizmetleri için, "Otelcilik Hizmetleri Fiyat Listesi (Ek-12/A)" de yer alan ücretlerin 3 (üç) katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alınabileceği belirtilmiş ancak bu hizmetler için ilave ücret alınması zorunlu tutulmamıştır.

Hal böyle iken hastane yönetimlerince özel oda olarak ayrılan hasta odalarının çoğunlukla Yönetmelikte tanımlanan fiziki ve donanım şartlarını taşımadığı gibi bu odalara hasta yatırma iş ve işlemlerinde herhangi bir tıbbi ve sosyal kriter belirlenmediği, yatışların tamamen hasta veya yakınlarının talebi üzerine veya hastane yönetiminin tercihleri doğrultusunda yürütüldüğü ve bu odalardan faydalandırılan hastaların kendisinden önemli tutarlarda ilave gündelik yatak ücretleri tahsil edildiği Bakanlığımıza yapılan resmi ve şifahi başvurulardan anlaşılmaktadır.

Bu durum Bakanlığımızca yürütülen sağlıkta dönüşüm programında yer verilen; sağlık hizmet sunumunun herkese eşit, hakkaniyetli ve ulaşılabilir şekilde verilmesi, hedef ve ilkelerimizle bağdaşmamaktadır.Bu nedenle,

Öncelikle özel oda olarak ayrılan hasta odalarının yönetmelikte öngörülen nitelikleri taşıması, bu niteliklere haiz olmayanların özel oda uygulamasından çıkarılması,

Özel odalara hasta yatırma iş ve işlemlerinin belirli kriterlere bağlanarak, tıbbi gerekçesi müdavi tabip tarafından düzenlenecek bir raporla önerilen ve baştabiplikçe de uygun görülen hastalara öncelik verilmesi, bunun dışında kalan durumlar için ise başvuru sırasına göre yatış işlemlerinin hakkaniyet ve eşitlik ilkesine uygun olarak gerçekleştirilmesi,

Özel odalara bu şekilde yatışı sağlanan hastalardan ilave yatak ücreti talep edilmemesi,

Hususlarının iliniz ve ilçelerindeki Bakanlığımıza ait hastane baştabipliklerine imza karşılığı tebliğini ve konunun titizlikle takibi hususunda ilgililere emirlerinize önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

2.3.50. Genetik Veri Paylaşımı Genelgesi (2021/14)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - TEFTİŞ VE İHBİRLİ HİZMETLERİ İNCELEME BAŞKANLIĞI

Sayı : 95966346 -
Konu : Genetik Veri Paylaşımı

GENELGE
2021/14

Bireye ait genomdan hücre çekirdeğinden ya da mitokondrisinden kodlanan DNA ve RNA diziliminin tamamı ile Protein diziliminden elde edilen bilgilerin tamamı ya da bir kısmı genetik veri olarak değerlendirilmektedir. DNA ve/veya RNA'da meydana gelen germline veya somatik tüm genomik değişiklikler de genetik veri kapsamında değerlendirilmektedir.

Ülkemizde, klasik ve ileri nesil dizileme (*Next Generation Sequencing*, NGS) yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilen yüksek hacimli nükleik asit (DNA/RNA) dizileme işlemleri genetik tanı ya da bilimsel araştırma amacıyla yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bakanlığımızca bu çalışmalar sonucunda elde edilen bilginin depolanması ve paylaşılması ile ilgili düzenleme yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Kişinin genetik yapısını oluşturan genomun tamamı veya bir kısmından elde edilen kalıtsal nitelikteki veri bireyin biyolojik kimliğini oluşturmaktadır. Elde edilen kalıtsal nitelikteki veri kişisel bilgiler gizlense dahi bireyin taşıdığı genetik çeşitlilik nedeniyle kişinin kimliğinin anlaşılmasına ve özel hayatın gizliliğinin ihlal edilmesine neden olabilmektedir. Bu veri aktarılırken kimliksizleştirme işlemi yapılsa dahi verinin niteliği sadece ilgili kişinin değil aynı zamanda genetik bağı olan aile fertlerinin ve toplum menfaatinin de ciddi şekilde zarar görebileceği bir nitelik arz edebilmektedir. Bu nedenle dünyada bu veriler "hassas veri" olarak tanımlanmakta olup, genetik verilerin depolanması ve paylaşıma açılması konularında özel bir önlem alınması gereken veriler olarak kabul edilmektedir.

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında, genetik, sağlık ve biyometrik verilerin "özel nitelikli kişisel veri" olduğu hüküm altına alınmıştır. Sağlık hizmeti sunucularından elde edilen verinin işlenmesi, erişimi, imha edilmesi ve aktarılması hakkında 21.06.2019 tarihli ve 30808 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik ile gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Genetik hastalıkların tanısının belirlenmesi amacıyla kurulan merkezlerin çalışma usul ve esasları, 10.01.2020 tarihli ve 31004 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezleri Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Ayrıca tanı amacıyla kurulan tıbbi laboratuvarların çalışma usul ve esasları, 09.10.2013 tarihli ve 28790 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği ile belirlenmiştir. 2019/12 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Bilgi İletişim ve Güvenliği Tedbirleri Genelgesi kapsamında da gerek bireyler gerekse toplum açısından kritik öneme sahip verilerin güvenliğinin sağlanması konusunda alınması gerekli tedbirler belirtilmiştir.

Bu kapsamda özellikle kişinin biyolojik kimliğinin belirlenmesi için genetik bilgi içeren tüm genetik verilerin yönetimi ve paylaşıma açılması için aşağıdaki hususlara riayet edilmesi gerekmektedir;

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

1) Bakanlığımız tarafından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 12 nci maddesinde yer alan veri güvenliğine ilişkin yükümlülüklere riayet edilir. Teknik ve idari tedbirlerin alınmasında, Kişisel Verileri Koruma Kurumu tarafından hazırlanan Kişisel Veri Güvenliği Rehberi esas alınır. Özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesinde ayrıca Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından belirlenen önlemlerin alınması şarttır. 2019/12 sayılı Cumhurbaşkanlığı Bilgi İletişim ve Güvenliği Tedbirleri Genelgesi'nin 1 inci maddesi kapsamında genetik verilerin yurtiçinde güvenli bir şekilde depolanması gerektiği belirtilmiştir. Bununla uyumlu olarak, tekil nitelikteki genetik veriler yurt içinde depolanacak, uluslararası veri bankalarına eklenmeyecek ve kontrollü ya da kamusal erişime de açılmayacaktır.

2) 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 6 ncı maddesinin birinci fıkrasında kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veri olduğu belirtilmektedir. Buna karşın Kanunun yine aynı maddesinin üçüncü fıkrasında ise sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel verilerin ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından işlenebileceğine imkan verilmiştir.

3) 21.06.2019 tarihli ve 30808 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmeliğin 16 ncı maddesi, sağlık verilerinin bilimsel araştırmalarda kullanım koşullarını düzenlemektedir. Tekil nitelikteki genetik verilerin, veri sorumlusu tarafından kimliği belirlenebilir bir gerçek kişiyle ilişkilendirilmeyecek hale getirilmesi (kimliksizleştirme/anonimleştirme) ancak farklı bireylere ait çok sayıda bu tür verinin birleştirilmesi sonucu elde edilecek kümülatif varyant frekans listelerine dönüştürülmeleri (Genom agregasyon verileri) ile mümkündür. Bu şekilde oluşturulan anonim kümülatif varyant frekans listeleri bilimsel araştırmalar kapsamında etik kurul izinleri alınmak ve mevcut mevzuata uymak suretiyle aktarılabilir.

4) Özel nitelikli kişisel veriler, bireylerin "belirli bir konuya ilişkin, bilgilendirilmesine dayanan ve özgür iradeleriyle açıkladıkları" açık rızaları alınmadan işlenmeyecek, ulusal ve uluslararası paylaşıma kesinlikle açılmayacaktır.

5) Aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirilmesinde Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 10 uncu maddesi ile Kişisel Verileri Koruma Kurumu tarafından hazırlanarak 10.03.2018 tarihli ve 30356 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aydınlatma Yükümlülüğünün Yerine Getirilmesinde Uyulacak Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ hükümlerine riayet edilmesi zorunludur.

6) Aydınlatma metinleri bahse konu Tebliğin 5 inci maddesindeki hükümler dikkate alınarak hazırlanacaktır. Buna göre, genetik verinin işleme ya da aktarma amacı net olarak ortaya konulmalı, genel nitelikte ve muğlak ifadelere yer verilmemeli, muhtemel başka amaçlar için genetik verilerin işlenebileceği kanaatini uyandıran ifadeler kullanılmamalıdır. Kişisel veri aktarımı yapılacak alıcı gruplar net olarak belirtilmelidir. Kişisel verinin hangi süre ile aktarılacağı, elektronik olarak aktarım yapılacaksa hangi adresten (web sitesi, vb.) aktarılacağı,

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

aktarımı kimin denetleyeceği (veri erişim komitesi, vb.), kişisel verileri toplama yöntemi ve hukuki sebebi, aktarım şekli (kamuya açık, kontrollü) ve ilgili kişilerin 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 11 inci maddesinde sayılan diğer hakları gibi detayların metinde yer alması zorunludur.

7) Kişisel genetik verilerin yurtiçinde paylaşımında 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 8 inci maddesine, yurtdışına paylaşımında ise aynı Kanunun 9 uncu maddesine riayet edilmesi zorunludur.

8) Toplumun genetik yapısını ilgilendiren verinin uluslararası paylaşıma açılmasında Kişisel Verileri Koruma Kurulunun izni alınmalıdır.

9) Tanı amacı ile işlenen genetik verilerin ve arşiv materyallerinin ikincil amaçlar için işlenmesi ve veri paylaşımı yapılabilmesi için bireylerin tekrar bilgilendirilmesi ve açık rızalarının alınması kapsamında zorunludur.

10) Sağlık kuruluşlarının, kişisel sağlık verilerinin yurt içinde aktarımında Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 8 inci maddesine riayet ederek kuruluş bünyesinde muhafaza edilen sağlık kayıtlarını Bakanlığımıza anlık olarak aktarması zorunludur. Sağlık hizmet sunumunu hizmet alımı yoluyla gerçekleştiren sağlık kuruluşları ilgili yüklenici firma veya cihaz üreticileri tarafından elde edilen tüm veriler için de bu kural doğrultusunda işlem tesis etmesi zorunludur.

Bilgilerini ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Dağıtım
Gereği
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

2.3.51. Kan ve Kan Ürünleri Temini Genelgesi (2007/43)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

12263 08.06.2007

Sayı : B.10.0.THG.0.15.00.01/
Konu : Kan ve Kan Ürünleri Temini

GENELGE 2007/43

Kan ve kan ürünleri ile ilgili bütün faaliyetler toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle bakanlığımız bilimsel ve güncel gelişmelere uygun olarak ülkemizde kan ve kan ürünlerinin temini ve kullanımında yaşanan sorunlara çözüm getirmek için hazırlanan 5624 sayı ile "Kan ve Kan Ürünleri" yasası 11.04.2007 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş olup yeni yasa, "kan, kan bileşenleri ve ürünlerinin temininde kan bağışının karşılıksız ve gönüllü olması,kan, kan bileşenleri ve ürünlerinin alınmasında ve verilmesinde bağışçı ve alıcının sağlığının tehlikeye düşürülmemesi, tıbbi risklere karşı korunması ve transfüzyonun güvenle yapılması esasları ile, hizmet birimlerinin Bölge Kan Merkezleri, Kan Bağış Merkezleri ve Transfüzyon Merkezleri olarak yeniden düzenlenmesini" getirmektedir.

Bu çerçevede Türk Kızılay'ı "Güvenli Kan Temin Projesi" ile "Bölge Kan Merkezleri ve Kan Bağış Merkezleri" çalışmalarını hızlandırmış olup kan birimlerini güçlendirilmekte ve gönüllü kan bağışını her geçen gün arttırmaktadır.

Ayrıca Maliye Bakanlığınca yayımlanan "Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği" ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca yayımlanan "Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği"nde de "Kan ihtiyacının karşılanmasında güvenli kan temini esas olup, hasta yakınlarının kan verecek kişileri bulmasının sebep olduğu sağlık ve sosyal sorunları önlemek için, Kızılay kan birimlerinde kan ve kan bileşenlerinin bulunduğu durumlarda, replasman kan alınma yöntemi tercih edilmeyecektir" denilmektedir.

Buna göre hastanelerimizin kan ihtiyaçlarının temininde öncelikle Kızılay kan kaynaklarının kullanılması hususunda gerekli özeni göstermeleri hususunda;

Gereğini önemle rica ederim.

Uzm.Dr. Orhan GÜMRÜKÇÜOĞLU
Bakan a.
Müsteşar V.

2.3.52. Kök Hücre Çalışmaları Genelgesi (2006/51)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.14.00.03- **01.05.2006 / 8647**
Konu : Kök Hücre Çalışmaları

.....VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)
GENELGE
2006 / 51

Kök hücre nakli özellikle hematolojik, onkolojik hastalıklarda bir tedavi yöntemi olarak uzun yıllardır kullanılmaktadır. Son yıllarda farklı hastalıklarda da tedavi amaçlı kök hücre kullanımı gündeme gelmiştir. Dünyada ve ülkemizde kök hücre nakli ile tedavi konusunda halen yoğun araştırmalar yapılmakta olup, konu ile ilgili haberler basın ve yayın organlarında sıklıkla yer almaktadır. Bazı hastalıkların tedavisinde ümit verici bir yöntem olarak değerlendirilmesine karşın, henüz kök hücre nakli yapılan hasta sayısı çok azdır ve uygulamanın başarısı veya uzun vadede tedavinin hastada meydana getirebileceği yan etkiler konusunda yeterli bilgi mevcut değildir.

Bakanlığımızca; kök hücre nakli çalışmalarıyla ilgili olarak, çalışmanın yapılacağı kurum bünyesinde gerekli altyapının oluşturulması ve çağdaş bilimin gereklerine uygun olarak uygulama yapılabilmesi amacıyla Kök Hücre Nakilleri Bilimsel Danışma Kurulu oluşturulmuş ve "Klinik Amaçlı Embriyonik Olmayan Kök Hücre Çalışmaları Kılavuzu" hazırlanmıştır. Ekte gönderilmekte olan Kılavuzun gereğinin ifası için, konu ile ilgili tüm kamu ve özel kurum-kuruluşlar ile üniversiteler bünyesindeki ilgili personele tebliğini önemle rica ederim.

Prof.Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

Ek:2

KLİNİK AMAÇLI EMBRİYONİK OLMAYAN KÖK HÜCRE ÇALIŞMALARI KILAVUZU

Giriş:

Bu kılavuz ülkemizde, mevcut medikal veya cerrahi tedavi yöntemleriyle tedavisi başarısız olmuş hastalarda klinik amaçlı, insan kaynaklı embriyonik olmayan kök hücre çalışmalarında uyulması gereken esasların düzenlenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Çalışmanın Uygulanabileceği Hastaneler:

Klinik amaçlı embriyonik olmayan kök hücre çalışmaları T.C. Sağlık Bakanlığı'nca kurulmuş olan "Kök Hücre Nakilleri Bilimsel Danışma Kurulu" tarafından değerlendirilerek, Bakanlıkça bu alanda çalışmasına onay verilen bilimsel merkezlerde yapılır. Bu merkezlerin kök hücre çalışması yapmak üzere bilimsel kurula başvururken bu konuda gereken temel bilgi, beceri ve donanıma sahip olduklarını kanıtlayan verileri sunmaları gereklidir.

Başvuru yapacak merkezin; ilgili dallarda kadrolu uzman tabip çalıştırmak suretiyle sağlık hizmeti veren; hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dalları için gerekli ve günün gelişmiş tıp teknolojisine uygun olan diğer bütün teşhis ve tedavi birimlerini ve ayrıca asgarî radyoloji ünitesi ile biyokimya, mikrobiyoloji, kök hücre tanımlaması, sayımı, çoğaltılması ve ayrıştırması yapabilen hematoloji, immünoloji ve patoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulunduran bir kurum olması gereklidir.

Kök Hücre Nakilleri Bilimsel Danışma Kurulu bu özellikleri taşıyan bilimsel merkezlerin daha önce yapmış olduğu hayvan deneyleri, ürettikleri bilimsel çalışmalar, yaptıkları yayınlar ve merkezde çalışan bilim insanlarının bu konudaki birikimini içeren kriterleri göz önüne alarak değerlendirmesini yapar.

Çalışmanın Yürütülme Şekli:

Klinik amaçlı çalışmanın planlandığı kurum bünyesinde, kök hücre çalışmalarına yönelik olarak kurulacak "yerel etik kurul" onayını takiben, çalışma başvuru dosyası Kök Hücre Nakilleri Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulur. Kurulun incelemesini müteakip Bakanlıkça izin verilmesi kaydıyla çalışma gerçekleştirilir. Kök Hücre Nakilleri Bilimsel Danışma Kurulu'na başvuru esnasında, çalışmaya ilişkin ayrıntılı bilgilerin yanısıra, hastalara verilecek olan "bilgilendirilmiş gönüllü olur formu" taslağının da dosyaya eklenmesi gereklidir. Hastada bu uygulama sırasında ya da sonrasında gelişebilecek istenmeyen veya beklenmeyen etkilerin önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması ve komplikasyonların telafi/tedavisi için güvence sağlanması (sigorta edilmesi) ardından çalışma başlatılır.

Klinik kök hücre çalışmalarının başlatılabilmesi için:

a) Benzer çalışmanın öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması,

b) İnsan dışı deney ortamında veya hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,

c) Çalışmanın, insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması,

gerekir.

Sağlık Bakanlığı'na Bildirim:

Kök Hücre Nakilleri Bilimsel Danışma Kurulu tarafından onay verilmiş olan çalışmaların, 6 ayda bir gelişme raporlarının ve çalışma sonrasında "Sonuç Raporunun" Sağlık Bakanlığı'na bildirilmesi zorunludur.

Rapor içeriğinde, çalışma yapılan hastanın:
-Adı Soyadı,
-Yaşı,
-Cinsiyeti,
-Tanısı,
-Evresi,
-Daha önce uygulanan tedaviler,
-Kök hücre kaynağı, miktarı, uygulama yolu,
-Ek tedaviler,
-Tedavi sonucu,
-Gözlem ve öneriler,
ayrıntılı biçimde belirtilmelidir.

Çalışmayı yapan kurum, hastanın takibinde oluşabilecek beklenmeyen ciddi yan etkilerin veya ölüm durumunun ortaya çıkması halinde, yedi gün içinde sebeplerine yönelik bilgilerle, komplikasyonların ayrıntılı dökümünü Sağlık Bakanlığı'na bildirir.

Klinik kök hücre çalışması tamamlanıp, sonuçları bilimsel bir ortamda veya hakemli bilimsel bir dergide yayınlanmadıkça söz konusu çalışma ile ilgili verilerin kamuoyunu yönlendirecek/yanıltacak biçimde açıklanması yasaktır.

Hasta hakları ve insan onuruna saygı gereği, hastalarla ilgili bilgilerde mahremiyet hakkının gözetilmesi ve tıp etiğine uyulması esastır.

2.3.53. İzin Verilen Toplam Hata Sınırları Genelgesi (2016/18)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - TIBBİ LABORATUVAR HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
13/10/2016 14:08 - 95966346 - 010.06.02 - E.02.827
00031589149

Sayı : 95966346
Konu : İzin Verilen Toplam Hata Sınırları

GENELGE
2016/48

Tıbbi laboratuvarların, 09/10/2013 tarihli ve 28790 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği ve kalite standartları çerçevesinde uygun periyotlarda, iç kalite kontrol programını yapılandırması ve dış kalite değerlendirme programına dâhil olması zorunludur.

Kalite kontrol işlemleriyle amaçlanan, belirlenen analitik kalite hedeflerine ulaşılmasıdır. Belirlenen analitik kalite hedefleri daha çok **İzin Verilen Toplam Hata** (Allowable Total Error, TAH) olarak ifade edilmektedir.

Toplam analitik hata (TAH), bir test sonucuna yansıyan **Rastlantısal Hata** ve **Sistematik Hatanın** toplamı olur. **Hasta güvenliği bakımından toplam analitik hatanın, izin verilen toplam hata sınırını aşmaması gerekmektedir.**

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından oluşturulan Standardizasyon ve Harmonizasyon çalışma grubu tarafından, on beş parametreye ait izin verilen toplam hata sınırları Tablo 1'de belirlenmiştir.

Tıbbi biyokimya laboratuvarları tarafından İzin Verilen Toplam Hata Sınırları belirlenen testler için;

1. Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği'nin 27inci maddesinin 2inci fıkrası gereğince, iç kalite kontrol çalışması yapması gerekmektedir. Bu çalışma Tablo 1'de bildirilmiş parametreler için ilgili testin çalışıldığı günlerde, en az bir defa ve en az iki seviye olmalıdır.
2. İç kalite kontrol ve dış kalite değerlendirme bulgularından elde edilen bilgilerle varyasyon katsayısı (% CV) ve izin verilen toplam hata (% TAH) hesaplanmalı ve Tablo 1'de bildirilen değerleri aşmamalıdır. Aşılırsa düzeltici önleyici faaliyetler (DÖF) başlatılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
3. Bu çalışmanın nasıl yapılacağına yönelik "İzin Verilen Toplam Hata Hedeflerine Göre Kısa Rehber" ekte sunulmuştur.

İş bu genelgenin ilinizde faaliyet gösteren kamu, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarına tebliği ile uygulamanın Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği ve Genelge esaslarına göre yürütülmesinin takibini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

Ek:
Ek-1 İzin Verilen Toplam Hata Hedeflerine Göre Kısa Rehber

Dağıtım:
81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
Yükseköğretim Kurulu

2.3.54. Formaldehit ve Ksilen Ölçüm Standartları Hakkında Genelge (2014/5)

T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - SAĞLIK HİZMETLE
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - TIBBİ LABORATUVAR
HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
28.02.2014 11:46 - 2014.5363.8857 / 010.06.02
00002599872

Sayı : 95966346 -

Konu: Formaldehit ve Ksilen Ölçüm Standartları Hakkında Genelge

GENELGE
2014/5..

09.10.2013 tarih ve 28790 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği Tıbbi Laboratuvar güvenliği başlıklı 28.inci maddesi (2) *Korunmaya yönelik alınan tedbirler, tıbbi laboratuvar personelinin ve yakın çevresinin kimyasal, radyoaktif veya enfeksiyöz ajana maruz kalma olasılığını azaltıcı veya önleyici olmalıdır.* İle Ek – 10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu Faaliyete Esas Denetim Kritelerleri Madde 16 *Tıbbi patoloji laboratuvarında havadaki formaldehit ve ksilen düzeyleri ölçülmektedir.* hükümleri gereğince; tıbbi patoloji laboratuvarlarında oluşacak toksik madde maruziyetini giderici düzenleyici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır.

Formaldehit ve ksilen maruziyeti kanda, idrarda madde veya metabolitlerinin ölçümü ile belirlenememektedir. Bunun nedeni, metabolit ölçümünün bu maddelere özgü olmamasıdır. Kişi çalışma ortamı dışında da formaldehit ve ksilene maruz kalabileceğinden, gerçekte tıbbi patoloji laboratuvar kaynaklı maruziyeti göstermez. Bu nedenle çalışan personelin laboratuvar kaynaklı formaldehit ve ksilen maruziyetinin ölçülmesi gereklidir.

1. TANIMLAR

1.1. TWA (Eşik Sınır Değer Zaman Ağırlıklı Ortalama / Threshold Limit Value Time Weighed Avarage): Günde 8, haftada 40 saat çalışma süresince uzun süreli ve tekrar edilebilen maruziyetlerde çalışanların sağlığını bozmayacak "zaman ağırlıklı ortalama konsantrasyonu" dur.

1.2. TLV-STEL (Eşik Sınır Değer - Kısa Süreli Maruziyet Sınırı / Threshold Limit Value_Short Term Exposure Limit): Bir çalışma gününün herhangi bir anında aşılmaması gereken 15 dakikalık "zaman ağırlıklı ortalama maruziyet sınırı" dır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2. GENEL İLKELER

2.1. Ölçüm, yapılan iş sırasındaki maruziyeti gösterecek şekilde düzenlenmelidir.

2.2. Sonuçların değerlendirilmesinde referans sürelere uyulmalıdır.

2.3. Maruziyet ölçümünde yaka kartı veya cihaz kullanılır.

2.4. Yaka kartı veya ölçüm cihazı sensörü, çalışan kişinin üzerinde ve solunum bölgesinden ölçüm yapılacak şekilde yerleştirilmelidir.

3. ÖLÇÜM YAPILMASI GEREKEN PERSONEL VE ASGARİ ALANLAR/ KOŞULLAR

3.1. Bu ölçümler, aşağıda tanımlanan ilgili laboratuvar personelinde solunum düzeyinde yapılır.

3.1.1. Formaldehit için;

a) Makroskobi odasında çalışan personel (8 saatlik ölçüm)

b) Makroskobi materyalini atan personel (15 dakikalık ölçüm)

c) Formaldehit solüsyonu hazırlayan personel (15 dakikalık ölçüm)

d) Doku takip kapları solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)

3.1.2. Ksilen için;

a) Boyama ve kapama yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)

b) Doku takip kapları solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)

c) Frozen kesit boyaması yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)

4. KABUL EDİLEN MARUZİYET SINIRLARI

4.1. Ksilol için; TLV-TWA değeri: 100 ppm, TLV-STEL değeri: 150 ppm'dir

4.2. Formalin için; TLV-TWA değeri: 0.75 ppm, TLV-STEL değeri: 2 ppm'dir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

5. ÖLÇÜM ZAMANI

5.1. İlk Uygulama: 8 saatlik ve 15 dakikalık maruziyet düzeyleri ilk defa ölçülecek ise, çalışma ortamında bulunan ve bu kimyasallara en çok maruz kalan personelin ölçüme katılması gereklidir.

5.2. Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemleri yapıldıktan sonra, ölçümün tekrarlanması ve istenen değerler sağlanana kadar ölçümün tekrarlanması gerekmektedir.

5.3. Tıbbi laboratuvarın fiziki koşullarında veya işleyiş değişikliği olduğu takdirde yeni koşullardaki maruziyetin ölçümü yapılmalıdır.

Söz konusu laboratuvarlarda yukarıda belirtilen kurallara uyulması hususunda;
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliği
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığı
Yüksek Öğretim Kurulu

2.3.55. Tıbbi Labaratuvarlarda Numune Saklama Süreleri, Gözetimli Hizmet Labaratuvarları Kapsamındaki Testler Genelgesi (2014/4)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - TIBBİ LABORATUVAR HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
21.02.2014 16:53 - 2014.5363.§153 / 010.06.01
0000256477§

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 95966346 -
Konu: Tıbbi Laboratuvarlarda Numune Saklama Süreleri, Gözetimli Hizmet Laboratuvarları Kapsamındaki Testler

GENELGE
2014/.4..

Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği 09.10.2013 tarih ve 28790 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

İlgili Yönetmeliğin Tıbbi laboratuvarların çalışma esasları başlıklı 12'nci maddesinde *(7) Raporlanan tıbbi laboratuvar testlerine ilişkin numunelerin saklanması ile ilgili hususlar Bakanlıkça belirlenir.* hükmü ile Tıbbi laboratuvarların görevleri başlıklı 11'inci maddesinde *(4) Kamu sahipliğindeki kurum/kuruluşlarda, ruhsatlı tıbbi laboratuvarlarına bağlı aynı uzmanlık dalındaki birim sorumlusunun sorumluluğunda olmak kaydıyla, Bakanlıkça gözetimli hizmet laboratuvarı kurulmasına izin verilebilir. Gözetimli hizmet laboratuvarlarında Bakanlıkça belirlenen testler çalışılır.* hükümleri sevk olunmuş olup aşağıda belirtilen şekilde uygulama tesis edilmesi gerekmektedir.

1. Gaita ve idrar hariç tüm vücut sıvılarına ilişkin numunelerin sonuç raporlandıktan sonra en az 24 saat uygun koşullarda saklanması esastır. Ancak, belirlenen süre içerisinde sonuç değerleri değişebilecek test numunelerinin saklama süresine, ilgili laboratuvar uzmanı tarafından karar verilecektir.
2. Gözetimli Hizmet Laboratuvarı kapsamında çalışılacak testler, Başkanlığımızın web sitesinde (http://www.laboratuvar.saglik.gov.tr) yayımlanır ve güncellenir. Web sitesinde yayımlanan testler gözetimli hizmet laboratuvarlarında çalışılabilecektir.

Tıbbi laboratuvarlarda, yukarıda belirtilen hususlar çerçevesinde işlem tesis edilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 95966346 -

DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Yüksek Öğretim Kurulu
Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığı

2.3.56. Kamu Kurum ve Kuruluşları Labaratuvarlarından Biyolojik Materyallerin Temini Protokolü Hakkındaki Usul ve Esasları Belirten Genelge (2013/19)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - TIBBİ LABORATUVAR HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI

Sayı : 95966346 -

Konu: Kamu Kurum ve Kuruluşları Laboratuvarlarından Biyolojik Materyallerin Temini Protokolü Hakkındaki Usul Ve Esasları Belirten Genelge

GENELGE

2013/19.

09.10.2013 tarih ve 28790 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği ve kalite standartları çerçevesinde laboratuvarlarda yapılan testlerin uygun periyotlarda, iç kalite kontrol programını yapılandırması ve dış kalite değerlendirme programına dâhil olması zorunludur. Kalite kontrol programlarının temel gereci kalite kontrol serumudur. İç ve dış kalite kontrol serumlarının kaynağı, yurt dışı kaynaklı olup, yurt içinde üretilmesi için başvurular mevcuttur.

Kalite kontrol materyallerinin üretiminde hammadde olarak insan kanı, idrarı, serum ve kan bileşenlerine ihtiyaç vardır. Kamu kurum ve kuruluşlarına yapılan başvurularda, "biyolojik atık" niteliğinde olan kan/ serum/ plazma vb. materyal kalıntılarının "iç ve dış kalite kontrol materyali üretimi" nde kullanılmak üzere materyal temini sürecini düzenlemek amacıyla Genel Müdürlüğümüzce "Kamu Kurum ve Kuruluşları Laboratuvarlarından Biyolojik Materyal Temini Protokolü Hakkındaki Usul ve Esaslar" hazırlanmıştır. Söz konusu başvurularda ekte yer alan usul ve esaslar gereğince işlem yapılması ve Bakanlığa bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

EK:
Kamu Kurum ve Kuruluşları Laboratuvarlarından Biyolojik Materyallerin Temini Protokolü Hakkındaki Usul Ve Esasları Belirten Genelge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 95966346 -

DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliğine
(İl Sağlık Müdürlüğü)
81 İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne
TKHK Taşra Teşkilatı (81 İl Kamu Hastaneleri)

2.3.57. Uzmanlık Öğrencileri Genelgesi (2016/19)

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - MEVZUAT İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 54567092-
Konu : Uzmanlık öğrencileri

GENELGE
2016/19

İlgi: a) Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün 19/12/2007 tarihli ve 7531 sayılı 2007/105 Nolu Genelgesi,

b) Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 22/03/2011 tarihli ve 12894 sayılı 2011/19 Nolu Genelgesi,

c) Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün 15/04/2011 tarihli ve 5662 sayılı 2011/33 Nolu Genelgesi,

ç) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 08/05/2014 tarihli ve 54567092/485 sayılı 81 Valiliğe dağıtımlı yazısı

Bilindiği üzere uzmanlık öğrencilerinin hakları ile görev ve yetkileri 26.04.2014 tarihli ve 28983 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiş bulunan Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ve ilgide kayıtlı Bakanlığımız Genelgeleri ile belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerine önemli katkı sağlayan uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerinin daha etkili ve verimli yürütülmesinin sağlanması, hasta ve çalışan güvenliğinin korunması amacıyla, uzmanlık öğrencilerinin kurumlardaki çalışma usul ve esaslarına ilişkin olarak Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği hükümlerine ve aşağıdaki hususlara riayet edilmesi gerekmektedir.

1) Uzmanlık eğitiminin usul ve esasları Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ile belirlenmiş olup uzmanlık öğrencisinin programlarda, Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından belirlenmiş müfredat ve standartlarda eğitim verilmesinin sağlanmasını isteme hakkı vardır. Uzmanlık öğrencileri, kurumlarda uzmanlık eğitimi uygulamasından sayılmayan işlerde görevlendirilemeyecektir.

2) Eğitim kurumları tarafından, yeni başlayan uzmanlık öğrencilerine program yöneticisi koordinasyonunda, kuruma adaptasyon için kurumu tanıtıcı bilgiler, kanuni sorumlulukları, mesleki gelişimi, iletişim ve deontoloji ile ilgili uyum programları düzenlenecektir.

3) Uzmanlık öğrencilerinin nöbet uygulaması üç günde birden daha sık olmayacak şekilde düzenlenecek olup uzmanlık öğrencilerinin eğitim aldıkları programların çalışma ve eğitim düzenlerini aksatmamak ve hasta ile çalışan güvenliği dikkate alınarak nöbet uygulaması, kurumlar tarafından aylık ortalama üç günden daha sık olmayacak şekilde düzenlenecektir.

4) Uzmanlık öğrencilerine tutulan nöbet karşılığında izin kullandırılmayan hallerde nöbet ücretleri en geç müteakip ayın on beşine kadar ödenecektir.

5) Eğitim ve araştırma hastanelerinin döner sermaye bütçelerine, uzmanlık öğrencileriyle ilgili olanlar da dâhil olmak üzere eğitim ve araştırma-geliştirme giderlerinin karşılanması için yeteri kadar ödenek konularak döner sermaye kaynaklarından ödenmesi sağlanacaktır.

6) Eğitim kurumları tarafından uzmanlık öğrencilerinin bilimsel faaliyetleri ve hasta teşhis ve tedavisi ile ilgili hususlarda çalışmalar yapmak üzere komiteler oluşturulacak ve bunların aktif olarak çalışması sağlanacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

7) Uzmanlık öğrencilerinin nöbet, çalışma ve eğitim odaları gibi eğitsel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayan altyapı ve diğer standartlar eğitim kurumlarınca sağlanacaktır.

8) Uzmanlık öğrencisi, programda bulunan eğiticilerin gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır, deontolojik ve etik kuralları uyar. Esasen uzman yetkisine sahip olmayan uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık bilgi ve becerisi gerektiren tıbbi uygulamaları tek başlarına yapmaları uygun değildir. Uzmanlık öğrencisine nezaret eden ilgili eğitim görevlisi, başasistan veya uzmanın bilgisi ve değerlendirmesi bulunmadan hastalara tedavi uygulanmayacaktır. Hastalara yapılan uygulamalar ile planlanan tedavilerden, uzmanlık öğrencisine nezaret eden ilgili eğitim görevlisi, başasistan veya uzman sorumludur. Uzmanlık öğrencilerinin nöbetleri de uzman nezaretinde yürütülecektir. Uzmanlık bilgi ve becerisi gerektiren her türlü uygulama ve tedavilerin ilgili eğitim görevlisi, başasistan veya uzman sorumluluğunda ve nezaretinde yapıldığı ilgili kurum yöneticileri ve eğitim sorumluları tarafından titizlikle takip edilecektir.

9) Uzmanlık öğrencileri, uzmanlık bilgi ve becerisi gerektiren iş ve işlemleri eğitim görevlisi, başasistan veya uzman gözetiminde ve nezaretinde yaptıklarından bu işlemlerin kayıtlarının nezaret eden ilgili uzmanlar adına yapılması gerekmektedir. Ancak, uzmanlık bilgi ve becerisi gerektirmeyen ve genel olarak tabiplerin ve bu kapsamda uzmanlık öğrencilerinin bağımsız yaptıkları iş ve işlemler ilgili uzmanlar adına kaydedilmeyecek ve bu iş ve işlemlerin puanları klinik puan ortalaması ve hastane hizmet ortalaması hesabına dâhil edilecektir.

İlgi (a), (b) ve (c)'de kayıtlı Genelgeler yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerini ve uygulamanın hassasiyetle takip edilerek gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

DAĞITIM
Gereği:
- 81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)
- Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
- Adalet Bakanlığı (Adli Tıp Kurumu)

2.3.58. FTR Uygulamaları Genelgesi (2008/23)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

ACEIL GÜNÜŞ

Sayı : B.10.0.THG.0.16.00.02-010.06 /10571 28.03.2008
Konu : FTR Uygulamaları

..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Genelge
2008/ 23

İlgi: a) 01.09.2006 tarihli ve 16681 sayılı Genelge
b) 27.08.2007 tarihli ve 18084 sayılı Genelge

Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği tarafından, Bakanlığımızca yayımlanan ilgi (a)'da kayıtlı genelgenin iptali talebiyle Bakanlığımız aleyhine Danıştay 10. Daire'nin 2006/5487 Esasına kayden açılan davada anılan Genelge ile yapılan düzenlemenin iptaline karar verilmiş olup 04.12.2007 tarihli karar 17.03.2008 tarihinde Bakanlığımıza tebliğ edilmiştir.

Bu durumda evvelce yürürlükten kaldırılan dava konusu ilgi (a) 'da kayıtlı Genelgemiz ile aynı mahiyette olan ilgi (b)'de kayıtlı Genelgemizin de bu karar karşısında uygulanma kabiliyeti hukuken bulunmadığından bu Genelgemizde yürürlükten kaldırılmıştır.

Anılan Karar gereğince fizyoterapistlerin fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin gözetim ve denetiminde vermeleri tedavi planının bizzat bu uzman hekimlerce yapılması gerektiği hususunda;

Bilgilerinizi ve konunun iliniz dahilindeki Bakanlığımıza bağlı tüm sağlık kurumu baştabipliklerine tebliğini rica ederim.

Yrd.Doç.Dr. Hakkı YEŞİLYURT
Bakan a.
Müsteşar Yardımcısı

2.3.59. Sağlık Personelinin İhtiyaç Halinde Çağrıya Uyması Genelgesi (2018/28)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
04/12/2018 13:00 - 54567092 - 641.99 - E.99.6056
000822249992

Sayı :54567092/
Konu :Sağlık Personelinin İhtiyaç Halinde Çağrıya Uyması

GENELGE
2018/28

Bilindiği üzere, sağlık hizmetlerinin aciliyeti, sürekli ve ertelenemez özelliği sebebiyle, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin, ihtiyaç duyulduğunda sağlık kuruluşuna en kısa sürede ulaşması, gerek sağlık hizmetinin etkililiği gerekse hastaların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine zamanında ulaşabilmeleri bakımından büyük önem taşımaktadır.

10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 383 üncü maddesinde; *"Sağlık personelinin mesai saatleri haricinde de hizmetine ihtiyaç duyulduğunda ilgili sağlık kuruluşuna ulaşabilmeleri için alınacak tedbirler ve ilgililerin uyacağı kurallar Bakanlıkça belirlenir."* hükmü yer almaktadır.

Kamu ve özel sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetlerinin verimli ve aksamadan yerine getirilmesini temin amacıyla normal mesai saatleri haricinde de hizmetine ihtiyaç duyulabilen sağlık personelinin, ihtiyaç durumunda en kısa sürede sağlık kuruluşuna ulaşması gerekmektedir. Bu itibarla ilgili personelin normal ulaşım şartlarında 30 dakika içinde sağlık kuruluşunda bulunmasını sağlayacak şekilde yukarıdaki kanun hükmüne riayet edilmelidir.

Mülki idare amirleri eş durumu, sağlık mazereti sebebiyle veya personelin ikameti için mesken bulunamadığı durumlarda sağlık hizmetinin aksamaması için gerekli tedbirleri almak kaydıyla, bu süreyi ilgili sağlık personelinin şartları ile halkın hizmete erişim ihtiyacını dikkate alarak belirleyebilir.

Uygulamanın titizlikle takibi ile genelgeye aykırı hareket eden personel hakkında görev yaptığı kuruluşun mevzuatına göre idari ve disiplin işlemi yapılması hususunda;

Bilgilerini ve bu çerçevede gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Dağıtım:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına

2.3.60. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Hakkında Genelge (2017/05)

T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 56733164/010.06
Konu : Organ ve Doku Nakli Hizmetleri

GENELGE
2017/05

Bilindiği üzere, organ ve doku nakli hizmetleri 2238 sayılı "Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun" ve 01.02.2012 tarih ve 28191 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği" ile yürütülmektedir. Bu itibarla organ nakli merkezlerinin standartlarının belirlenmesi ve çalışma koşullarının düzenlenmesi amacıyla 13.02.2012 tarihli ve 6157 sayılı Bakan Onayı ile Organ Nakli Merkezleri Yönergesi yürürlüğe girmiştir.

Ayrıca Kornea nakli bekleyen hastalar için göz bankalarının kurulması, faaliyetleri ve denetimi 28.01.2015 tarih ve 5376.203 sayılı Makam Oluru ile yürürlüğe giren Göz Bankası ve Kornea Nakli Merkezleri Yönergesi hükümlerine göre yapılmaktadır.

Organ nakil hizmetleri Ulusal Koordinasyon Merkezi, 9 Bölge Koordinasyon Merkezi, Organ Nakil Merkezleri ve Organ Bağış Kaynağı Hastanelerinde çalışan koordinatörler aracılığı ile yürütülmektedir.

İl Sağlık Müdürlüklerimizde organ nakli hizmetlerinde görevli Bölge Koordinasyon Merkezi personellerin görevlendirilmeleri ve çalışma usul ve esaslarına ilişkin aşağıdaki hususlara riayet edilmesi gerekmektedir;

(1) Adana, Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul, İzmir ve Samsun İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı olarak faaliyet gösteren Organ Nakli Bölge Koordinasyon Merkezleri'nde görevli personellerin görevlendirmeleri ve yer değişikliklerine ilişkin hususlar Bakanlığın uygun görüşü ile yapılacaktır. Bu merkezlerde en az 4 personel görev alacaktır. Kadavra Bağış Pmp oranı 6 -10 arasında olan bölgelerde 5, 10 ve üzeri olan bölgelerde 6 personel görevlendirmesi yapılmalıdır.

a) Bu merkezlerde görevli personellerin merkeze bağlı illerde organ ve doku nakli faaliyetleri kapsamında gerçekleştirdiği faaliyetlerde görevlendirilmelerine ilişkin iş ve işlemler vakit kaybetmeksizin yerine getirilecektir. İvedi durumlarda, görevlendirmelere ilişkin prosedürler beklenmeksizin personelin hizmetin gerekliliklerine uygun olarak işlem yapmasında gerekli esneklikler sağlanacaktır.

b) Bu merkezde görevli personelin 7/24 çalışabileceği uygun bir mekân, şehirlerarası görüşmeye açık telefon ve belgegeçer, Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemlerine erişim amacıyla uygun hızda internet bağlantısı ve bilgisayar, şehirlerarası seyahate ve organ transportuna uygun bir araç ve şoför merkezin bağlı bulunduğu il sağlık müdürlüğü tarafından sağlanacaktır.

Bakanlığımıza bağlı hastanelerde yer alan organ ve doku nakli koordinatörlerine ilişkin aşağıda yer alan hususlara riayet edilmesi gerekmektedir;

(2) Organ Nakli Merkezlerinde her faaliyet türü için birer koordinatör görevlendirmesi sağlanmalıdır. Organ Nakli Merkezi Koordinatörleri 'ne organ nakli hizmetleri dışında başka herhangi bir görev verilmeyecektir. Görev süresi 3 yılı aşan koordinatörlerin yer değişikliği bakanlığın uygun görüşü ile yapılacaktır. Merkezde başka koordinatör bulunmaması durumunda organ nakli koordinatörlüğü sertifikası bulunan başka bir koordinatör görevlendirilmeden yer değişikliği yapılamayacaktır. Hastane yöneticilerinin bu hususa dikkat etmeleri gerekmektedir.

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 378efab3-8202-4055-b0cc-624aaf0f5ff8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

a) Nakil Merkezi Koordinatörlerinin Nakil hastaları için gerekli tetkikler ve konsültasyon işlemleri ivedilikle yapılması sağlanacaktır.

b) Beyin ölümü ve donör bildirimlerinde organ nakli koordinatörlerine yapılan döner sermaye ödemelerinde koordinatör veya koordinatörlere gerekli ödemelerin yapılmasında aksaklıkların çıkmaması için başhekimler tarafından gerekli tedbirler alınacaktır.

(3) Organ Bağış kaynağı Hastanelerinde koordinatör olarak sertifikalı personel görevlendirilmesi, hastanede sertifikalı personel bulunmaması durumunda görevlendirilecek personelin sertifika alması için eğitime gönderilmesinin sağlanmalıdır.

Kornea temini ve nakli hizmetlerinde görev alan personellere ilişkin ve kornea temininde aksaklıkların yaşanmaması amacıyla aşağıda yer alan hususlara riayet edilmesi gerekmektedir;

(1) 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun hükümlerine göre Aksine bir vasiyet ibraz edilmedikçe yoksa kornea gibi ceset üzerinde bir değişiklik yapmayan dokular alınabilir. Buna uygun olarak hastane yönetimi tarafından kornea çıkarım uygulamasına riayet edilecektir.

(2) Bünyesinde göz bankası bulunan hastaneler ve bankaya bağlı doku kaynağı merkezi niteliğindeki hastaneler tarafından, göz bankası teknisyenlerine yoğun bakımlarda veya morglarda gerekli çalışma ortamı sağlanacaktır.

a) Ölüm bildirimlerinin en hızlı ve koordineli şekilde göz bankasına bildirilmesi ile yoğun bakımda bulunan potansiyel donörlerin takibi için koordinatörlere gereken kolaylık sağlanacaktır. Hastane yöneticilerimizin bu hususta gerekli dikkat ve özeni göstermeleri gerekmektedir.

b) Doku kaynağı Hastaneler Kornea bağışçısı donörlerin dosya bilgilerini kornea çıkarım teknisyenlerinin kullanımına sunulmasını sağlayacaklardır.

(3) Hastanelerde görevli imamların kornea nakli ve temin gerekliliği hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacaktır.

(4) Kornea çıkarımı sırasında görevli personellerin güvenliğine yönelik hastane yönetimi tarafından gerekli tedbirler alınacaktır.

(5) Kornea temin işlemleri için gereken sarf malzemeleri ve cerrahi donanım Göz bankasının bağlı olduğu hastane yönetimi tarafından sağlanacaktır.

(6) Hastane yönetimi tarafından kornea temin görevlileri için gerekli olduğunda bölge içi ve il genelinde kornea temini ve transport işlemleri için şehirlerarası seyahate uygun araç tahsis edilecektir.

(7) Göz bankası çalışanlarının tam zamanlı olarak bankada çalışması sağlanacaktır. Banka personellerine kornea temin hizmetleri dışında başka herhangi bir görev verilmeyecektir.

(8) Banka çalışanlarına özellikli hizmetler kapsamında yapılan iş ve işlemler için yapılacak ödemeler konusunda hastane yönetimi tarafından gerekli tedbirler alınacaktır.

Bilgilerinize önemle rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
Gereği:

1) 81 İl Valiliği
2) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı

2.3.61. Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezi Kurulması Hakkında Genelge (2005/167)

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100THG0120000/
KONU: Antineoplastik İlaç
Hazırlama Merkezi Kurulması **09.11.2005*21010**

…….VALİLİĞİNE

GENELGE

2005/167

İLGİ: 10.05.2005 tarih ve 9260 sayılı genelge.

Görülme sıklığı ve yüksek oranda ölümlere yol açması nedeni ile kanser günümüzde önemli bir sağlık sorunu olarak ön plana çıkmış bulunmaktadır ve ölüm nedenleri arasında kalp damar hastalıklarından sonra ikinci sırayı almaktadır.

Kanser tedavisinde, ilaçla tedavi/kemoterapi uygulamaları önemli bir yer tutmakta ve yaygın tedavi yöntemi olarak tüm kurumlarımızda uygulanmaktadır. Bu ilaçların hazırlanması, depolanması, taşınması, hastaya verilmesi, atıkların bertaraf edilmesi sırasında hastalar ve sağlık çalışanları bu ilaçların zararlı etkilerine maruz kalabilmektedirler.

Gerek hastaların ve sağlık çalışanlarının korunması gerekse bu ilaçların hazırlayıcısı ve uygulayıcılarının güvenli çalışma ortamında hizmet vermelerinin sağlanması amacıyla kemoterapi uygulamalarının belirli standartlar doğrultusunda yapılması gerekmektedir.

Hastanelerimizde hizmet sunumunun iyileştirilmesi kapsamında ve 2005 Mali Yılı Tedavi Yardımına İlişkin Bütçe Uygulama Talimatının "İntarvenöz İlaç Tedavisi " başlıklı 12.6. maddesi uyarınca eğitim hastaneleri ile Bakanlığımızca uygun görülen devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde özel bir ünite açılmak suretiyle kanser endikasyonlarında hastanın hastaneye yatışı yapılmaksızın kemoterapi uygulanabilecektir.

Bu doğrultuda, günlük antineoplastik ilaç uygulama sayısı 7 ve daha fazla olan hastanelerde ilaçlar; giriş-çıkışların sınırlı olduğu, yalnız ilaç hazırlama işleminin yapıldığı ve tercihen eczanenin bu iş için ayrılmış bir bölümünde, eczanenin fiziki şartları uygun değilse yataklı tedavi kurumunun uygun bir bölümünde kurulacak Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezinde, çalışan kişileri korumak amacıyla kabin içindeki havayı dışarı verme özelliğine sahip olan "Sınıf II B tipi ya da Sınıf III Biyolojik Güvenlik Kabinlerinde" hazırlanmalıdır.

Günlük antineoplastik ilaç uygulama sayısı 7'den az olan hastanelerde ilaçlar; ilacı hazırlayan personelin bir siperle ve kişisel koruyucu önlemleri (gömlek, maske, gözlük, eldiven) maksimum düzeyde alarak korunduğu havalandırmalı, tedavi odalarından ayrı, yalnızca bu işlem için kullanılacak, izole bir odada hazırlanmalıdır.

Her iki durumda da;

İlacın hazırlandığı oda; diğer sağlık personelinin ortamla temasını en aza indirmek ve ilaç hazırlayan personelin dikkatinin dağılmasını önlemek için dış ortamla temasın az olacağı biçimde düzenlenmelidir. Bunun için diafon sistemi kurulur.

İlaç hazırlama merkezinde ilaç dökülmesi ya da kazalar gibi acil durumlarda kullanılacak maddeler kolay ulaşılabilecek bir yerde hazır bulundurulmalı ve bu gibi durumlarda yapılması gereken işlemler çalışanların görebileceği bir yere asılmalıdır.

Ayrıca antineoplastik ilaçların hazırlanması için merkezde konu ile ilgili eğitim almış, yeterli sayıda personel görevlendirilir. Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezinde, eczane bünyesinde kurulmuş ise eczacı, hastanenin başka bir bölümünde kurulmuş ise konu ile ilgili eğitim almış hemşire ve sağlık memuru (Toplum sağlığı bölümü) görev yapar. Gebe, bebeğini emziren ve çocuk sahibi olmak için tedavi gören personel Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezinde çalıştırılmaz.

Bu birimlerde yeterince gömlek, önlük, maske, gözlük, eldiven vs. bulundurulmalıdır (Malzemeler kemoterapi için uygun özellikte olmalıdır).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Mithatpaşa Cad. No:3 B Blok 2. Kat Sıhhiye/ANKARA
Tel: 0.312.435 64 40 – 1459 Fax: 0.312. 432 42 73

Su tertibatı, yüzey temizliği için deterjan, geçirgen olmayan emici örtü, kilitli enjektörler, kalın iğne uçları, kemoterapi atık kutusu bulundurulmalıdır.

Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezinde hazırlanan ilaçların ilgili birimlere güvenli taşınmasını sağlayıcı tedbirler alınmalı ve kemoterapi tedavi protokolleri, antineoplastik ilaçlar, reçeteler Ek 1' de yer alan "Kemoterapi Teslim Formu" ile teslim alınıp verilmelidir.

Antineoplastik ilaçların hazırlandığı yer, hazırlanması, hastaya verilmesi, depolanması ve atıkların bertaraf edilmesine ilişkin güvenlik önlemleri Bakanlığımızca yayınlanan ve ilgi genelge ile tüm yataklı tedavi kurumlarımıza gönderilen "Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi (www.saglik.gov.tr/sb/extras/birimler/tedavi/buran/index.htm)" ve Ek 2'de yer alan "Antineoplastik İlaçların Güvenli Kullanım Standartları" doğrultusunda uygulanmalıdır.

Belirtilen hususlara titizlikle uyulması ve uygulamanın bu doğrultularda yapılması hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Bakan a.
Müsteşar

EKLER:
1- Antineoplastik İlaç Teslim Formu (1 sayfa)
2- Antineoplastik İlaçların Güvenli Kullanım Standartları (10 sayfa)

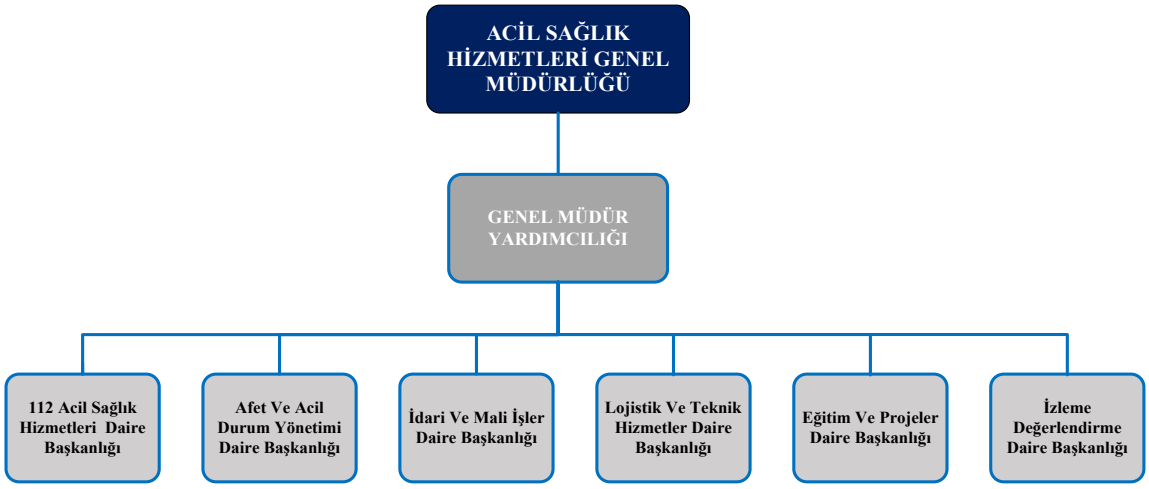
DAĞITIM:
81 İL VALİLİĞİNE

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

3 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

3. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

3.1. TEŞKİLAT ŞEMASI



Şekil 4: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması

Kurumsal Web Adresi	Kurumsal e-posta Adresi	Kurumsal Telefon
https://shgm.saglik.gov.tr/	shgm.ozelkalem@saglik.gov.tr	0 312 471 77 00-01-02-03

3.2. YÖNERGELER

3.2.1. Sağlık Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi Yönergesi

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
4.06.2025 16:25:07 E-11045126-010.04-278353974
278353974

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2025 AİLE YILI

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Sağlık Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Sağlık Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge ve Ek-6 Afet ve Acil Durum Kriterleri taslağı ilişikte sunulmuştur.

İlişikte sunulan nihai taslağın yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../6/2025

Hüseyin Kürşat KIRBIYIK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../6/2025

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: Nihai yönerge taslağı ve eki

SAĞLIK BAKANLIĞI AFET VE ACİL DURUM YÖNETİM MERKEZİ (SAKOM-İL SAKOM) YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Genel Esaslar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; Bakanlık Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi (SAKOM) ve İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulan İl Sağlık Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi (İl SAKOM)'un teşkilatlanması, kuruluşu, çalışma esasları ile görev, yetki ve sorumluklarını düzenler.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu yönerge; meydana gelebilecek afet ve acil durumlarda sağlık hizmetleri alanında yürütülen tüm çalışmaları, bu çalışmalarda görev alacak kamu, özel hukuk tüzel kişilerini, gerçek kişileri ve bunlar tarafından kurulan sağlık kurum ve kuruluşlarını ve bunların hizmetle ilgili olan bütün faaliyetlerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3-(1) Bu Yönerge; 10/07/2018 tarih ve 30474 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 356 ve 508 inci maddeleri ile 19/02/2011 tarihli ve 27851 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezleri Yönetmeliğine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar ve kısaltmalar

MADDE 4-(1) Bu Yönergede geçen;

a) 112 AÇM: 112 acil çağrı hizmetlerinin yürütüldüğü 112 Acil Çağrı Merkezini,

b) Acil sağlık hizmetleri: Acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerini,

c) AABT: Ambulans ve acil bakım teknikerini,

ç) Acil durum: Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hâli,

d) AADYM: Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezini,

e) Afet: Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olayları,

f) ATT: Acil tıp teknisyenini,

g) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

ğ) Başkan: İl Sağlık Müdürlüğü acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanı,

h) Başkanlık: İl Sağlık Müdürlüğü acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanlığı,

ı) Başkanlık AADYM: İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığına bağlı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezini,

i) Başkan yardımcısı: İl Sağlık Müdürlüğü acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkan yardımcısını,

j) Genel Müdürlük: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

k) İl grubu: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğinde belirtilen il gruplarını,

l)İl SAKOM: İl Sağlık Afet Koordinasyon Merkezini,

m) Olay yönetim sistemi (OYS): Afet ve acil durumunun başlangıcından bitişine kadar geçen süre içinde, olayın içeriği, yeri, zamanı, müdahale eden hastane bilgileri, etkilenen kişi bilgileri, durumlarının takibi ve raporlanması amacıyla kullanılan verilerin toplandığı otomasyon sistemini,

n) Sağlık KKM: 112 AÇM ler içerisinde yer alan sağlık komuta kontrol merkezlerini,

o) SAKOM: Sağlık Bakanlığı Sağlık Afet Koordinasyon Merkezini,

ö) SAKOM birim sorumlusu: Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanının teklifi ve Genel Müdürlüğün onayı ile afet ve acil durumlara müdahale çalışmalarına ait veri akışını koordine etmek üzere tercihen en az 6 ay Sağlık KKM deneyimi olan tabip unvanına sahip personeli,

p) UMKE: Ulusal medikal kurtarma ekiplerini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
SAKOM, İl SAKOM ve İl SAKOM Biriminin Kuruluşu, Teşkilat Yapısı ile Görev ve Sorumlulukları

Kuruluşu ve teşkili

MADDE 5- (1) Bakanlık Merkez Teşkilatında;

a) Bakanlık Merkezde Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı bünyesinde SAKOM kurulur.

b) SAKOM ’un ilgili makam ve merkezlerin bilgilendirilmesinden, afet ve acil durumlarda Bakanlık adına koordinasyon ve iş birliğini sağlamaktan Genel Müdürlük sorumludur.

c) Afet ve acil durumun niteliğine göre gerekli görülen hallerde, teknik ve idari çalışmaları yürütmek, alınacak önlemleri belirlemek ve bunların uygulanmasını takip etmek üzere Genel Müdürün talebi Bakan yardımcısının uygun görüşü ile Bakanlık ilgili birim yöneticileri SAKOM ’da toplanır. İhtiyaç duyulması halinde ilgili personel davet edilir.

ç) SAKOM ’da görevli personel 7/24 esasına göre görev yapar. Görevlendirilecek personele UMKE Temel Eğitimi ile Bakanlıkça belirlenecek diğer eğitim, uygulama ve deneyimleri alması sağlanır.

d) SAKOM birim sorumlusu olarak tercihen tabip unvanına sahip bir personel görevlendirilir.

e) SAKOM ‘da vardiyalı olarak çalışmak üzere tabip, AABT, ATT ve Hemşire unvanlarından birine sahip Genel Müdürlükçe belirlenen yeterli sayıda sağlık personeli görevlendirilir. Her vardiyada birisi vardiya sorumlusu olmak üzere yeterli sayıda sağlık personeli görev yapar.

f) SAKOM tarafından; idari işler, haberleşme, koordinasyon ve ihtiyaç duyulması halinde tüm operasyon faaliyetleri yürütülür.

1) SAKOM ‘un idari işlerini yürütmek üzere mesai saatleri içerisinde görev yapacak personel ayrıca görevlendirilir. Afet ve acil durumlarda bu personel SAKOM birim sorumlusu tarafından verilen diğer görevleri yerine getirir. İhtiyaç halinde nöbet usulü çalışır.

2) Haberleşme ve koordinasyon işleri vardiya personeli tarafından yürütülür.

g) SAKOM; operasyon ve haberleşme merkezi, toplantı ve brifing salonunun bulunduğu, yeterli kapasiteye sahip çalışma alanlarıyla kesintisiz ve kayıt altına alınan haberleşme ile sağlık tesisleri arası otomasyon sistemleri kullanan teknolojik imkanları olacak şekilde tasarlanır.

ğ) SAKOM ‘da bulundurulması gereken malzeme listesi Ek 3’te yer almaktadır.

(2) Taşra Teşkilatında;

a) İl Sağlık Müdürlüğü acil sağlık hizmetleri başkanlığı veya bu görevi üstlenen başkanlığın bünyesinde İ1, İ2, İ3, İ4, İ5 ve İ6 grubu illerde İl SAKOM Birimi kurulur. İ7, İ8 ve İ9 grubu illerde bu görev acil ve afetlerde sağlık hizmetleri birimi tarafından yürütülür.

1) İdari işler İl SAKOM birimi tarafından gerçekleştirilir.

2) İl SAKOM birimine İl Sağlık Müdürlüğü tarafından personel görevlendirilir.

b) İl Sağlık Müdürlüğü acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanlık tarafından afet ve acil durumlarda İl SAKOM birimi ile koordineli olarak SAKOM ve İl AADYM'ye hızlı ve doğru veri akışını sağlamak üzere;

1) Ek 2 ve Ek 3'de belirtilen haberleşme alt yapısı ve fiziksel şartlar oluşturularak İ1, İ2, İ3, İ4, İ5 ve İ6 grubu illerde başkanlığa bağlı olarak İl SAKOM kurulur. İl SAKOM 'da görev yapmak üzere tercihen tabip veya AABT, ATT ve hemşire unvanlarında personel görevlendirilir. Başkanlık tarafından İl SAKOM 'da görevlendirilecek personelin isim ve iletişim bilgileri düzenli olarak her ayın ilk haftası SAKOM'a bildirilir. Sağlık KKM tarafından OYS bildirimi yapılan olaylar ile ilgili her türlü bilgi anlık olarak İl SAKOM'a aktarılır.

2) İ7, İ8 ve İ9 grubu illerde 112 AÇM içerisinde Sağlık KKM bünyesinde İl SAKOM kurulur. İl SAKOM 'da görev yapmak üzere Sağlık KKM bünyesinde görevli tercihen tabip veya AABT, ATT ve hemşire unvanlarında her nöbet için yeterli sayıda personel belirlenir. İlgili personel olağan zamanlarda sorumlu olduğu iş ve işlemleri gerçekleştirir, afet ve acil durumlarda ise olayla ilgili veri akışını sağlar. Başkanlık tarafından İl SAKOM 'da görevlendirilecek personelin isim ve iletişim bilgileri düzenli olarak her ayın ilk haftası SAKOM'a bildirilir.

3) İ7, İ8 ve İ9 grubu illerin talep etmesi ve Bakanlığın onayı ile 112 AÇM içerisinde yer alan Sağlık KKM'den bağımsız İl SAKOM kurulabilir.

4) Afet ve acil durumun niteliğine göre gerekli görülen hallerde teknik ve idari çalışmaları yürütmek, alınacak önlemleri belirlemek ve bunların uygulanmasını takip etmek üzere Müdürlük birimlerinin yöneticileri İl SAKOM 'da toplanır. İhtiyaç duyulması halinde ilgili personel ve kuruluşlar davet edilir.

c) Sadece İ1, İ2, İ3 grubu illerde İhtiyaç halinde ilin talebi ve Bakanlığın uygun görmesi durumunda birden fazla İl SAKOM kurulabilir. Birden fazla İl SAKOM kurulan illerde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından; gerekli iletişim ve haberleşme altyapısı sağlanır, veri akışının tek elden gerçekleştirilmesi amacıyla koordinatör İl SAKOM belirlenir.

ç) Afet ve acil durumlarda sunulacak sağlık hizmetlerinin il düzeyinde yönetilebilmesi için müdürlüğün uygun gördüğü bir alanda yeterli kapasiteye sahip bir toplantı ve brifing salonu teşkil edilir.

d) İl SAKOM 'da görevli personel 7/24 esasına göre kesintisiz olarak görev yapar.

e) İl SAKOM 'da Ek 3'te belirtilen malzemeler İl Sağlık Müdürlüğü tarafından temin edilir.

Görevleri

MADDE 6- (1) SAKOM 'un görevleri;

a) Afet ve acil durumlarda; İl SAKOM birimi, İl SAKOM, diğer Bakanlık AADYM'ler ve tüm haber kaynaklarından 24 saat sürekli olarak bilgi almak, değerlendirmek, raporlandırmak ve gerekli durumlarda yöneticilere bilgi vermek, aldığı talimatlar çerçevesinde süreci takip etmek,

b) Afet ve acil durumlarda ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,

c) İllerden gelen afet ve acil durum raporlarını toplamak, bildirilen eksiklikleri takip etmek ve giderilmesini sağlayacak girişimleri başlatmak,

ç) SAKOM 'da kullanılan araç ve gereçlerin günlük takibini yaparak, saptanan sorunların giderilmesi için ilgili birimleri bilgilendirerek, gelecek talimatlara göre gerekli girişimleri başlatmak,

d) Faaliyetlerin 24 saat esasına göre kesintisiz sürdürülmesini sağlamak,

e) İl SAKOM ile HF telsiz çevrimini yapmak,

f) İl SAKOM ile uydu telefonu çevrimi yapmak,

g) Ulusal Düzey Sağlık Çalışma Grubu Planının afet ve acil durumlarda uygulanmasını takip etmek,

ğ) Her türlü haberleşme sisteminin kayıt, gizlilik ve emniyetini sağlamak,

h) OYS'nin çalıştırılması gerekli birden fazla ili ilgilendiren durumlarda, OYS'nin hangi il tarafından açılacağını belirlemek.

i) Afet durumlarında sağlık hizmeti sunumunda görev alacak personelin görevlendirilmesini yapmak.

(2) İl SAKOM Birimi'nin görevleri;

a) İl SAKOM 'un her türlü idari hizmet ve faaliyetlerini yürütmek,

b) Gelen-giden evrak kayıtlarını tutmak,

c) İl SAKOM 'da görevlendirilecek personelin vardiya düzenini takip ederek, isim ve iletişim

bilgilerini düzenli olarak her ayın ilk haftası SAKOM'a bildirmek,

ç) Gelen-giden evrak, bilgi notları, brifing kayıtları, basın içerikleri ve mesajların kayıtlarını tutmak,

d) Her türlü haberleşme sisteminin kayıt, gizlilik ve emniyetini sağlamak,

e) Birim ve İl SAKOM personelinin afet ve acil durum yönetimi konularında gerekli eğitim ve deneyimleri edinmesini sağlamak,

f) Birim ve İl SAKOM 'un her türlü araç, gereç, cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını talep etmek ve bunların faal durumda bulundurulmasını sağlamak,

g) İhtiyaç duyulabilecek iletişim bilgilerinin güncel halde tutulmasını sağlamak ve İl SAKOM ile paylaşmak.

ğ) İl Sağlık Müdürü ve acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkan tarafından verilecek diğer ilgili görevleri yürütmek.

(3) İl SAKOM 'un görevleri;

a) Afet ve acil durumlarla ilgili bilgileri toplamak, değerlendirmek ve bu bilgileri gerektiğinde İl SAKOM birimi, SAKOM, İl AADYM, İl Sağlık Müdürü ve acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkana iletmek,

b) Afet ve acil durumlarda olay sürecini takip ederek kayıt altına almak, raporlamak ve arşivlemek,

c) Afet ve acil durumlarda OYS yazılım programının kullanılmasını sağlamak,

ç) Afet ve acil durum tatbikatlarına katılmak,

d) İl SAKOM 'da kullanılan araç ve gereçlerin günlük takibini yaparak, tespit edilen sorunların giderilmesi için ilgili birimleri bilgilendirmek ve alınacak talimatlara göre gerekli girişimleri başlatmak,

e) SAKOM ile HF telsiz çevrimini yapmak,

f) SAKOM ile uydu telefonu çevrimi yapmak,

g) Vardiya içerisinde meydana gelen afet ve acil durumlar ile ilgili her türlü bilgi belge ve dokümanları İl SAKOM birimine teslim etmek,

ğ) Her türlü haberleşme sisteminin kayıt, gizlilik ve emniyetini sağlamak,

h) SAKOM tarafından verilen talimatları yerine getirmek,

ı) İl Sağlık Müdürü ve acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkan tarafından verilecek diğer ilgili görevleri yürütmek.

SAKOM sorumlusu

MADDE 7-(1) SAKOM Birim sorumlusu, SAKOM sorumlusudur.

SAKOM sorumlusunun görev ve sorumlulukları

MADDE 8-(1) Bakanlık Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM) sorumlusunun görev ve sorumlulukları;

a) Afet ve acil durumlarda koordinasyonu sağlamak, ilgili makamları bilgilendirmek, personelin sevk ve idaresini sağlamak,

b) Personelin görevleri ile ilgili konularda hizmet içi eğitim almasını sağlamak,

c) Afet ve acil durumlarda ilgili kişilerin SAKOM 'da toplanmasını sağlamak,

ç) Birimler arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamak,

d) SAKOM vardiya gruplarının çalışma düzenini belirlemek,

e) SAKOM 'un ihtiyacı olan her türlü araç, gereç, cihaz ve malzemenin temin edilmesini ve bunların faal durumda bulundurulmasını sağlamak,

f) Haberleşme faaliyetlerinin yürütülmesini sağlamak,

g) Vardiya devir teslim brifinglerinin sunulmasını sağlamak,

ğ) İhtiyaç duyulabilecek iletişim bilgilerinin güncel halde tutulmasını sağlamak.

Vardiya sorumlusu

MADDE 9-(1) SAKOM vardiya sorumlusu; her vardiya için ayrı ayrı olmak üzere, SAKOM sorumlusu tarafından vardiya personeli içerisinden belirlenir. Vardiya sorumlusu SAKOM 'un çalışmalarını vardiya süresince koordine eder.

(2) İl SAKOM vardiya sorumlusu**;** birden fazla personelin görevlendirildiği İl SAKOM'larda her vardiya için ayrı ayrı olmak üzere, İl SAKOM Birim sorumlusu tarafından vardiya personeli içerisinden belirlenir. Vardiya sorumlusu İl SAKOM 'un çalışmalarını vardiya süresince koordine eder.

Vardiya sorumlusunun görev ve sorumlulukları

MADDE 10- (1) SAKOM vardiya sorumlusunun görev ve sorumlulukları**;**

a) Vardiya esnasında meydana gelen afet ve acil durumlarda koordinasyonu sağlamak, üst yöneticileri ve ilgili makamları bilgilendirmek,

b) Vardiyada gerçekleşen afet ve acil durumlara ilişkin ilgili makamlara sunulacak olan form ve raporların hazırlamasını sağlamak ve vardiya sonrası Birim Sorumlusuna sunmak,

c) Vardiya devir brifingini devreden ve devralacak tüm personel eşliğinde sunmak,

ç) SAKOM sorumlusu tarafından verilen diğer işleri yapmak.

(2) İl SAKOM vardiya sorumlusunun görev ve sorumlulukları;

a) Vardiya esnasında meydana gelen afet ve acil durumlarda koordinasyonu sağlamak, üst yöneticileri ve ilgili makamları bilgilendirmek,

b) Vardiyada gerçekleşen afet ve acil durumlara ilişkin ilgili makamlara sunulacak olan form ve raporların hazırlamasını sağlamak,

c) Vardiya devir brifingini devreden ve devralacak tüm personel eşliğinde sunmak,

ç) İl Sağlık Müdürü ve acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkan tarafından verilen diğer işleri yapmak.

Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezleri arasındaki işleyiş

MADDE 11- (1) SAKOM ve diğer Bakanlık ve kuruluşlara bağlı AADYM'ler arası işleyişte Ek 5'te yer alan mesaj formu kullanır.

(2) SAKOM ve İl SAKOM arası işleyişte Ek 5'te yer alan mesaj formu kullanır.

(3) SAKOM ve İl SAKOM ile diğer AADYM'ler arasındaki işleyişle ilgili çalışma şeması Ek 1'de yer almaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Hizmetlerin Yürütülmesi

Basın, yayın ve bilgilendirme hizmetleri

MADDE 12- (1) Afet ve acil durumlarda, basın, yayın ve bilgilendirme hizmetleri;

a) Bakanlık Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği ve Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ile iş birliği içerisinde Genel Müdürlük basın birimi tarafından yürütülür.

b) İl'de bu hizmetler İl Sağlık Müdürlüğü basın sorumlusu tarafından yürütülür.

Basın, yayın ve bilgilendirme hizmetlerine dair görev ve sorumluklar

MADDE 13- (1) Afet ve acil durumlarda basın birimi ve basın sorumlusunun görev ve sorumlulukları;

a) Medyada yer alan yazılı ve görsel yayınları takip etmek, değerlendirmek ve gerekli konularda üst makamları bilgilendirmek,

b) Halkın yanlış bilgilendirilmesine yol açabilecek haber ve yayınlara karşı ilgili makamları bilgilendirmek,

c) Afet ve acil durumlarla ilgili medya kuruluşlarına basın bülteni hazırlamak,

ç) Afet ve acil durumlarda Bakanlık tarafından verilen yetki çerçevesinde medyayı ve kamuoyunu bilgilendirmek,

d) Afet ve acil durumlarla ilgili medyada yer alan haberleri üst yöneticilere raporlamak.

Haberleşme hizmetleri

MADDE 14- (1) SAKOM 'da bulunması gereken haberleşme malzeme listesi Ek 3'de yer almaktadır.

(2) İl SAKOM 'da bulunması gereken haberleşme malzeme listesi Ek 2'de yer almaktadır.

(3) SAKOM ve İl SAKOM 'da afet ve acil durumun izlenebilmesi ve etkin müdahale için, imkanlar dahilinde sesli ve görüntülü sistemler bulundurulmalıdır.

(4) SAKOM ve İl SAKOM 'da bulunan haberleşme cihaz, araç ve gereçlerinin bakım, onarım, temin ve tesis hizmetleri gerçekleştirilmelidir.

Personel hizmetleri

MADDE 15-(1) SAKOM hizmetleri, Genel Müdürlükte görevli personel tarafından yürütülür.

(2) İl SAKOM 'da sunulan hizmetler; İ1, İ2, İ3, İ4, İ5 ve İ6 grubu iller de acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanlık tarafından görevlendirilen personel, İ7, İ8 ve İ9 grubu illerde il ambulans servisi başhekimliğine bağlı 112 AÇM içerisinde yer alan Sağlık KKM'de görevli personel tarafından yürütülür.

(3) SAKOM ve İl SAKOM vardiya gruplarına, vardiya sorumlusu ve yeteri kadar personel görevlendirilir. Görevlendirilen personel, SAKOM sorumlusu ve vardiya sorumlusunun talimatları doğrultusunda görev yapar.

Bakım onarım hizmetleri

MADDE 16-(1) SAKOM 'un bilgi işlem ve haberleşme cihaz, araç ve gereçlerinin temini, kurulumu, bakımı ve onarımı Genel Müdürlük tarafından yapılır veya yaptırılır.

(2) İl SAKOM 'un bilgi işlem ve haberleşme cihaz, araç ve gereçlerinin temini, kurulumu, bakımı ve onarımı İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılır veya yaptırılır.

Brifingler

MADDE 17-(1) SAKOM ve İl SAKOM 'da afet ve acil durumlarda planlama, karar, icra, kontrol, koordinasyon ve iş birliğinin etkin ve verimli bir biçimde yürütülebilmesi için, vardiya devir, planlama/durum, karar ve açılış/kapanış brifingleri verilir.

a) Vardiya devir brifingi: Vardiya, değişim saatinden yarım saat önce, devredecek personel tarafından vardiyayı devralan personele verilir. Brifing önceki vardiyada gerçekleşen olayları kapsar. Süresi ve zamanı duruma göre belirlenir.

b) Planlama/Durum brifingi: Son olarak verilen brifingden sonra geçen süre içerisinde meydana gelen olaylar ve gelişen durumlar ile elde edilen sonuçlar hakkında bilgi sunmak ve takiben yapılacak çalışmalara esas olacak konularda yapılır. Süresi ve zamanı duruma göre belirlenir.

c) Karar brifingi: Karar almayı gerektiren hallerde yapılır. Süresi ve zamanı duruma göre belirlenir.

ç) Açılış/Kapanış brifingi: Afet ve acil durumu meydana getiren olay hakkında üst yöneticiler ile SAKOM ve İl SAKOM 'da görev yapan personelin bilgilendirilmesi, afet ve acil durumun sona ermesi halinde ise sonuçla ilgili verilen brifingdir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Kayıt ve Dokümanlar

Brifing dosyası

MADDE 18- (1) SAKOM ve İl SAKOM biriminde afet ve acil durumlara ilişkin bilgi vermek amacı ile hazırlanan brifinglerin yer aldığı dosyadır.

Olay akış çizelgesi (ceride)

MADDE 19- (1) Afet ve acil durumun başlangıcından sona ermesine kadar geçen süre içerisinde olay, mesaj ve talimatlar sırası ile özet olarak bilişim altyapısı kullanılarak elektronik ortamda Ek 4'te bulunan forma uygun tam zamanlı olarak kayıt altına alınır. Olay akış çizelgesi (ceride) vardiya sorumlusu ve yöneticilerince incelendikten sonra dosyalanır.

Gelen ve giden evrak dosyası

MADDE 20- (1) Afet ve acil durumlara ilişkin gelen ve giden evrak ile mesajlar bilişim altyapısı kullanılarak elektronik ortamda kayıt altına alınıp arşivlenir.

Mevzuat dosyası

MADDE 21- (1) Afet ve acil durumlarla ilgili kanun, tüzük, yönetmelik ve yönerge vb. mevzuat bulunur.

Diğer dokümanlar dosyası

MADDE 22- (1) Afet ve acil durumlarla ilgili planlar ve eklerinin yer aldığı dosyadır. Bu dosyada;

a) Ulusal ve yerel düzey planların kopyası,
b) Harita, kroki vb. dokümanlar,
bulunur.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Mesajların Hazırlanması ve Gönderilmesi

Mesajların hazırlanması ve gönderilmesi

MADDE 23- (1) Mesajlar;

a) Haberci dahil, her türlü haberleşme araçları ile gönderilmek üzere Ek 5'de bulunan örnek mesaj formuna uygun olarak yazılır.
b) Mesajlar, elle veya elektronik ortamda büyük harf ile yazılır.
(2) Gizlilik dereceleri: Mesajın içerdiği bilgiye yetkisiz erişimi engellemek ve bu suretle ülkeye veya kurum ve kuruluşlara verilmesi muhtemel zararı önlemek amacıyla gizlilik derecesi tespit edilir. Mesaja uygun gizlilik derecesinin belirlenmesi, mesajı hazırlayan makama aittir. Mesajlara verilecek gizlilik dereceleri aşağıdadır.
a) TASNİF DIŞI (UNCLASSIFIED): İçerdiği konular itibarıyla, gizlilik dereceli bilgi taşımayan, ancak devlet hizmeti ile ilgili bilgileri içeren evrak, belge ve mesajlara verilen en düşük gizlilik derecesidir.

b) HİZMETE ÖZEL (RESTRICTED): İçerdiği konular itibarıyla, diğer gizlilik dereceli konular dışında olan, bilmesi gerekenler dışında bilinmesi istenmeyen, devlet hizmetine özel bilgileri ihtiva eden evrak, belge ve mesajlara verilen gizlilik derecesidir.

c) ÖZEL (CONFIDENTAL): İçerdiği konular itibarıyla, izinsiz açıklanması durumunda, devletimizin saygınlık ve çıkarlarını zedeleyebilecek evrak, belge ve mesajlara verilen gizlilik derecesidir.

ç) GİZLİ (SECRET): İzinsiz açıklanması durumunda devletimizin milli güvenliği ile saygınlık ve çıkarlarını önemli ölçüde zedeleyecek olan evrak, belge ve mesajlara verilen gizlilik derecesidir.
d) ÇOK GİZLİ (TOP SECRET): İzinsiz açıklanması durumunda, devletimize zarar verecek ve devlet güvenliğini tehlikeye düşürecek, olağanüstü sonuçlar doğurabilecek ölçüde önemli evrak, belge ve mesajlara verilen en yüksek gizlilik derecesidir.

(3) İvedilik Dereceleri: Mesajın ilgili makama ulaştırılması ve işleme alınmasının zaman

bakımından öneminin belirlendiği bir bölümdür. İvedilik derecesinin tespiti mesajı hazırlayan makama aittir. İvedilik dereceleri; mesaj formunun sol üst köşesindeki ivedilik derecesi hanesine yazılır. İvedilik dereceleri şunlardır;

a) NORMAL (ROUTINE) (RR): İvedi olarak değerlendirilmesi gerekmeyen bilgileri kapsayan mesajlara verilecek ivedilik derecesidir.

b) İVEDİ (PRIORITY) (PP): Azami birkaç gün içinde cevap veya talimat verilmesi gerektiren ve en geç bir sonraki mesai günü akşamına kadar makamca bilinmesinde yarar bulunduğu düşünülen bilgileri kapsayan evrak ve mesajlar için kullanılır.

c) ÇOK İVEDİ (IMMEDIATE) (OO): En geç aynı gün içinde cevap verilmesi veya mesai saatleri içerisinde makamca bilinmesinde çok büyük yararı olduğu düşünülen bilgileri kapsayan evrak ve mesajlar için kullanılır.

ç) HAREKÂT YILDIRIM (FLASH) (ZZ): Geciktirildiğinde ülkemizin askeri, siyasi ve ekonomik çıkarları ile çok acil değerlendirilmesi gereken ve zamana bağlı bilgileri içeren telgraf, evrak ve mesajlara verilecek ivedilik derecesidir.

(4) Tarih–Saat grubu: Mesaj formunun en üst satırına; Tarih-Saat grubu (Date-Time Group) hanesine, mesajı hazırlayan kişi tarafından altı rakamdan oluşan tarih ve saat ile içinde bulunulan ay ve yıl ise kısaltılmış olarak yazılır. Saat, mahalli (B) veya (C) saati olarak; 150930 C TEM 16 (MİLLİ) şeklinde, NATO mesajlarında ise (Z) ZULU saat; 150930 Z JUL 16 (NATO) olarak yazılır.

(5) Mesajlara yapılacak işlemler;

a) Gelen mesaja yapılacak işlemler: Bakanlık, kurum ve kuruluşlar ile il-ilçe afet ve acil durum yönetim merkezleri tarafından, meydana gelen olaya veya düzenlenen tatbikata dair SAKOM ve İl SAKOM'a gönderilen mesaj, gerekli kayıtlar yapıldıktan sonra ilgili personele teslim edilir.

b) SAKOM'dan giden mesajlara yapılacak işlemler:

1) Olağan durumlarda mesaj; hazırlayan personel, vardiya sorumlusu ve Genel Müdür adına görevlendirilecek Daire Başkanı tarafından imzalanarak muhatabına gönderilir.

2) Olağanüstü durumlarda mesaj; hazırlayan personel, vardiya sorumlusu ve Genel Müdür adına görevlendirilecek Daire Başkanı tarafından imzalanarak muhatabına gönderilir.

3) Mesai harici zamanlarda mesaj; hazırlayan personel ve vardiya sorumlusu tarafından Genel Müdür adına görevlendirilecek Daire Başkanının sözlü onayı alınarak imzalanır ve muhatabına gönderilir.

c) İl SAKOM'dan giden mesajlara yapılacak işlemler:

1) Olağan durumlarda mesaj; hazırlayan personel, vardiya sorumlusu ve İl Sağlık Müdürü adına görevlendireceği başkan veya başkan yardımcısı tarafından imzalanarak muhatabına gönderilir.

2) Olağanüstü durumlarda mesaj; hazırlayan personel, vardiya sorumlusu ve İl Sağlık Müdürü adına görevlendireceği başkan veya başkan yardımcısı tarafından imzalanarak muhatabına gönderilir.

3) Mesai harici zamanlarda mesaj; hazırlayan personel ve vardiya sorumlusu tarafından İl Sağlık Müdürünün adına görevlendireceği başkan veya başkan yardımcısının sözlü onayı alınarak imzalanır ve muhatabına gönderilir.

(6) Tatbikat mesajları: Tatbikat mesajlarının tanınması aşağıdaki şekilde olur;

a) Mesaj formunun başlık kısmında; KGK (Konu Gösterge Kodu) ibaresinden sonra, KONU başlığı altında tatbikatın kısa adı belirtilip; Örnek: UMKE 2019 TATBİKATI şeklinde yazılır.

b) Tatbikat mesajlarında, mesajın metin kısmının bitiminde, en son satır olarak üç defa TATBİKAT-TATBİKAT-TATBİKAT ibaresi yazılır.

ALTINCI BÖLÜM
Raporların Hazırlanması ve Gönderilmesi

Raporların hazırlanması ve gönderilmesi

MADDE 24-(1) SAKOM ve İl SAKOM 'un, afet ve acil durum hallerinde etkin ve verimli çalışması için, bilgi ve haberlerin zamanında ve doğru olarak raporlanıp, ivedilikle akışı sağlanır.

(2) Sorumluluk:

a) Kamu, özel kurum ve kuruluşlar ile gerçek kişiler gerekli haber, bilgi ve belgeyi tam olarak zamanında vermekten sorumludur.

b) SAKOM sorumlusu ve İl SAKOM Birim Sorumlusu, istenen raporların zamanında ve uygun şekilde gönderilmesi hususunda gerekli önlemleri almaktan sorumludur.

c) 112 Acil Çağrı Merkezi içerisinde yer alan Sağlık KKM, yataklı tedavi hizmeti sunan kamu, özel, üniversite, belediye, vakıflara ait hastaneler, Ek 6' da yer alan afet ve acil durum kriterleri doğrultusunda OYS'nin aktivasyonunu sağlamak için İl SAKOM'a ivedi olarak bilgi vermekten sorumludur. Bakanlığa bağlı hastanelerde, üniversite hastaneleri ve belediye hastanelerinde hastane başhekimi, özel hastanelerde mesul müdür OYS girişlerinin yaptırılmasından sorumludur.

(3) Afet ve acil durum hallerine göre hazırlanıp gönderilecek raporlar şunlardır:

a) Afet ve Acil Durum Raporu: Ek 7/a

b) Afet ve Acil Durum Özet Raporu: Ek 7/b

c) İl SAKOM Afet ve Acil Durum Bilgi Notu: Ek 7/c

(4) Raporların hazırlanması ve gönderilmesi:

a) SAKOM: Raporlar, ilgili kişiler tarafından hazırlandıktan, vardiya sorumlusu tarafından değerlendirildikten sonra SAKOM sorumlusuna sunulur. SAKOM sorumlusu tarafından Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanı veya Genel Müdüre sunulup onaylandıktan sonra mesaj formu ekinde Başkanlık AADYM'ye ivedi olarak gönderilir.

b) İl SAKOM: Raporlar, ilgili kişiler tarafından hazırlandıktan, vardiya sorumlusu tarafından değerlendirildikten sonra İl SAKOM birim sorumlusuna sunulur. İl SAKOM birim sorumlusu tarafından başkana sunulur. İl Sağlık Müdürü veya başkan tarafından onaylanır ve mesaj formu ekinde İl Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi'ne ve SAKOM'a ivedi olarak gönderilir.

YEDİNCİ BÖLÜM
Son Hükümler

Yürürlük

MADDE 25- (1) Bu Yönerge Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 26- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

SEKİZİNCİ BÖLÜM
Ekler

EK – 1	SAKOM ve İl SAKOM Çalışma Şeması
EK – 2	SAKOM ve İl SAKOM ‘da Bulundurulacak Haberleşme Araç- Gereç Tablosu
EK – 3	SAKOM ve İL SAKOM ‘da Bulundurulacak Malzeme Tablosu
EK – 4	Olay Akış Çizelgesi (Ceride Formu)
EK – 5	Mesaj Formu
EK – 6	Afet ve Acil Durum Kriterleri
EK – 7/a	Afet ve Acil Durum Raporu
EK – 7/b	Afet ve Acil Durum Özet Raporu
EK – 7/c	İl SAKOM Bilgi Notu

3.2.2. İlkyardım Sınavları ve Sınav Gözetmen Ücretleri ile Eğitmenlerin Özel Merkezlerde Çalışmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 39942531/300
Konu : İlkyardım Sınavları ve Sınav Gözetmen Ücretleri ile Eğitmenlerin Özel Merkezlerde Çalışmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

6514 Sayılı Kanunla değişiklik yapılarak 18.01.2014 tarihinde yürürlüğe giren 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Ek Madde 13'e eklenen İlkyardım eğitimlerinde teorik ve uygulamalı sınavlar için katılımcılardan alınacak sınav ücreti ile sınavlarda görev alan sınav gözetmenlerine ödenecek ücretler her yıl Sağlık Bakanlığınca belirlenir hükmü ile 29.07.2015 tarih ve 29429 Resmi Gazete'de yayımlanan İlkyardım Yönetmeliğine dayanılarak hazırlanan "İlkyardım Sınavları ve Sınav Gözetmen Ücretleri ile Eğitmenlerin Özel Merkezlerde Çalışmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" metni ilişikte sunulmuştur.

Anılan Yönerge'nin onaylanarak yürürlüğe konulması hususunu,
Takdir ve teasiplerine arz ederim.

Doç. Dr. Hikmet Selçuk GEDİK
Genel Müdür

EK: Yönerge Taslağı(4 Sayfa)

Uygun Görüşle Arz Ederim
.../.../2016
Tarkan ALPAY
Müsteşar Yardımcısı

Uygun Görüşle Arz Ederim
.../.../2016
Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Müsteşar

OLUR
.../.../2016
Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Bakan

İLKYARDIM SINAVLARI VE SINAV GÖZETMEN ÜCRETLERİ İLE EĞİTMENLERİN MERKEZLERDE ÇALIŞMASINA İLİŞKİN USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Genel Hükümler

Amaç

MADDE 1-(1) Bu Yönergenin amacı, ilkyardım eğitim merkezleri ile ilkyardım eğitici eğitim merkezlerinin, teorik ve uygulamalı sınavlarda sınav gözetmen ekibinin oluşturulması, eğitmenlerin çalışma standardı ile sınav gözetmen ücretlerine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2-(1) Bu Yönerge, ilkyardım eğitim merkezleri ile ilkyardım eğitici eğitim merkezlerini, sınav gözetmen ekibinin oluşturulmasını, eğitici eğitmenlerinin çalışma standardı ile sınav gözetmen ücretlerinin belirlenmesine ilişkin usul ve esasları kapsar.

Dayanak

MADDE 3-(1) Bu Yönerge, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Ek Madde 13 ve 29/07/2015 tarih ve 29429 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan İlkyardım Yönetmeliğine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4-(1) Bu Yönergede geçen:

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
b) Genel Müdürlük: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,
c) Merkez: İlkyardım Eğitim Merkezi ile İlkyardım Eğitici Eğitim Merkezini,
d) Katılımcı: İlkyardımcı ve İlkyardım Eğitmeni olmak için eğitim alan kişiyi,
e) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,
f) OED: Otomatik Eksternal Defibrilatörü,
g) Sınav: İlkyardımcı ve İlkyardım Eğitmeni teorik ve uygulama sınavını,
h) Sınav Gözetmeni: Genel Müdürlük ve/veya müdürlükte görev yapan yetki belgeli ilkyardım eğitmeni ve/veya ilkyardım eğitici eğitmenini,
i) Sınav Gözetmen Ekibi: Yetki belgeli ilkyardım ve/veya ilkyardım eğitici eğitmeninden oluşan iki kişilik ekibi,
j) Yönetmelik: 29.07.2015 tarih ve 29429 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan İlkyardım Yönetmeliğini

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
İlkyardım eğitimi ve ilkyardım eğitici eğitimi sınav gözetmeni komisyonu ile sınav gözetmen ekibinde görev alacaklar

Sınav komisyonunun belirlenmesi

MADDE 5-(1)Sınav gözetmenlerini belirlemek üzere oluşturulan komisyonda, sağlık müdürü, acil sağlık hizmetlerinden sorumlu sağlık müdür yardımcısı, acil/ afetlerde sağlık hizmetleri şube müdürü ile ilkyardım eğitmeni ve/veya ilkyardım eğitici eğitmeni yer alır.

(2)Sınav gözetmen ekibi; Genel Müdürlük ve/veya müdürlükte görev yapan ilkyardım eğitmeni ve/veya ilkyardım eğitici eğitmenlerinden oluşur.

Sınavı yürütecek sınav gözetmenlerinin görevlendirilmesi

MADDE 6-(1)Sınav gözetmen ekibi bir yıllık olarak belirlenir.

(2)Sınavlarda katılımcı sayısının 20 kişiyi aşması halinde, her 10 katılımcı için 1(bir) gözetmen ilave edilir.

(3)Sınav gözetmen ekibi; sınav saatinden 30 dakika önce sınav salonunda hazır bulunur ve sınav sonuçlanana kadar sınav salonundan ayrılamaz.

a) Teorik sınav sırasında sınav salonuna merkez eğitmenleri alınmaz,

b) Uygulamalı sınavda, katılımcıya (EK-7a)'da yer alan uygulamalar yaptırılır.

MADDE 7-(1)Teorik ve uygulamalı sınavlarda, eğitim konuları ve uygulama standartları ile Yönetmelik hükümlerine uymadığı tespit edilen gözetmenlere 6 (altı) ay görev verilmez.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İlkyardım Eğitimi ve İlkyardım Eğitici Eğitimi Sınavları

MADDE 8: (1)İlkyardım eğitimi, İlkyardım Eğitici Eğitimi ve İlkyardım Eğitici Eğitmeni Eğitimlerinde katılımcı sayısı asgari 5 (beş) azami 20(yirmi) kişidir.

(2)Sınavlar, mesai saati dışında 17.00'den sonra ve hafta sonları 09.00 – 18.00 saatleri arasında yapılır.

(3)Uygulama sınavı teorik sınavı takiben aynı gün içinde yapılır.

İlkyardım Eğitimi

MADDE 9 -(1)İlkyardım eğitimi 2 gün (16 saat)'dür.

(2)Sınavlar, Müdürlükçe toplu olarak yapılabilir.

(3)Müdürlükçe sınav tarihinin belirlenebilmesi için merkezler, eğitim bitiş tarihinden itibaren 30 gün içerisinde Müdürlüğe başvuruda bulunurlar

a) İlk sınavda başarısız olan katılımcının 2. sınava giriş süresi, sınava girerek başarısız olduğunun açıklandığı tarihten itibaren sonraki 30 gün içerisindedir.

b) İlinde 3 ve 3 den az ilkyardım eğitim merkezi bulunan illerde ve coğrafi şartların uygunsuzluğu durumunda müdürlük uygun görüşü ile sınav süresini eğitim bitiş tarihinden itibaren 60 güne çıkarılabilir.

(4)İlkyardım eğitim sınav süreci;

a) Katılımcılar, mesul müdür veya merkez eğitmeni ile birlikte sınavdan 30 dakika önce salonda hazır bulunur.

b) Teorik sınav usulüne uygun yapılır; verilen sınav süresinin sonunda katılımcıların teorik sınav değerlendirmesi gözetmen ekibi tarafından yapılır.

c) Teorik sınavdan 100 üzerinden 85 ve üstü puan alan katılımcılar uygulamalı sınava alınırlar.

d) Uygulama sınavı, EK-7a'ya göre gözetmen kontrolünde merkez eğitmenlerine yaptırılır ve birlikte sonuçlandırılır.

e) Uygulamalı sınavdan 100 üzerinden 85 ve üstü puan alan katılımcılar başarılı sayılır.

f) Sınav sırasında, katılımcı ve merkez eğitmeninin sorulara itirazları görevli gözetmenler tarafından değerlendirilir. Yanlış olduğu tespit edilen sorular tutanakla kayıt altına alınarak soru iptal edilir, puanlama kalan sorular üzerinden yapılır ve müdürlüğe bildirilir.

İlkyardım Eğitici Eğitimi

MADDE 10 - (1)İlkyardım eğitici eğitimi süresi 5 gün (40saat)'dür.

a) Uygulama sınavı teorik sınavı takiben aynı gün içerisinde yapılır.

(2) İlkyardım eğitici eğitim sınav süreci;

a) Katılımcılar, mesul müdür veya merkez eğitmeni ile birlikte sınavdan 30 dakika önce merkezin eğitim salonunda hazır bulunur.

b) İlkyardım eğitici eğitimi sınavı teorik ve uygulamalı olarak iki aşamada yapılır.

c) İlkyardım ve eğitim becerileri konularının teorik sınavları aynı anda yapılır.

d) Teorik sınav süresinin sonunda katılımcıların teorik sınav değerlendirmesi gözetmen ekibi tarafından yapılır.

e) Her iki teorik sınavdan da ayrı ayrı 100 üzerinden 85 ve üstü puan alan katılımcılar ilkyardım uygulamaları sınavına alınırlar.

f) Uygulama sınavı, EK-7a'ya göre gözetmen kontrolünde merkez eğitmenlerince yapılır ve birlikte sonuçlandırılır.

g) İlkyardım uygulamaları sınavdan, geçerli puan alan katılımcılar eğitim becerileri sunumu (EK 7b) yöntünden değerlendirilir. Uygulamalı sınavda 100 üzerinden 85 ve üstü puan alan katılımcılar başarılı sayılırlar.

g) Sınav sırasında, katılımcı ve merkez eğitmeninin sorulara itirazları görevli gözetmenler tarafından değerlendirilir. Yanlış olduğu tespit edilen sorular tutanakla kayıt altına alınarak soru iptal edilir, puanlama kalan sorular üzerinden yapılır ve müdürlüğe bildirilir.

OED Eğitimi

MADDE 11 - (1) OED eğitimi süresi 4(dört) saattir.(Temel Yaşam Desteği +OED)

a) OED eğitimci eğitimi Müdürlükçe düzenlenir.

b) OED eğitimi, OED eğitmeni belgesine sahip ilkyardım eğitmeni ve/veya ilkyardım eğitici eğitmenleri tarafından verilir.

c) Merkezler Müdürlükten OED eğitimi düzenleme yetki belgesi alarak OED eğitimi düzenleyebilir.

(2) OED kullanım belgesi alacak kişilerin en az lise mezunu olması zorunludur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

İlkyardım Eğitmeni, İlkyardım Eğitici Eğitmeni ve Mesul Müdürün Çalışma Esasları

MADDE 12-(1)İlkyardım Eğitmeni ve İlkyardım Eğitici Eğitmeni en fazla 4 (dört) merkezde çalışabilir.

(2)Eğitim merkezinde çalışmak için Müdürlüğe başvuran eğitmenler dilekçelerinde diğer çalıştığı merkezleri beyan etmekle mükelleftir.

(3)Katılımcı sayısına göre görev alan eğitmenler, eğitim süresince eğitim yerinden ayrılamazlar.

MADDE 13- (1) Mesul Müdür tek bir merkezde müdürlük yapabilir ve müdürlük yaptığı merkezde isterse eğitmenlik de yapabilir.

Mesul müdür;

a) Eğitim süresince eğitim merkezinde bulunmak zorundadır.

b) Başka bir iş kolunda ve tam zamanlı çalışamaz.

c) Denetimlerde merkezde bulunmak ve Denetim Ekibine yardımcı olmakla mükelleftir.

(2)Kamu personeli olarak çalışan eğitmenler mesul müdürlük yapamaz.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Denetim

MADDE 14-(1)Merkez denetimleri İlkyardım Yönetmeliği EK-8a ve EK -8b'ye göre yapılır.

a) Yönetmeliğin usul ve esaslarının yürütülmesi ile ilgili denetim formlarında yer almayan hususlar, formların altında yer alan genel değerlendirme kısmında belirtilerek tutanak altına alınır.

b) Tutanak altına alınan eksikliklerin ve uygunsuzlukların giderilmesi için merkezlere 15 (on beş) gün süre verilir; süre bitiminde eksikliğin devam etmesi halinde 3 (üç) aylık faaliyet durdurma cezası verilir.

(2)OED eğitimini düzenlemeyeceklerini beyan eden merkezler Ek-5'de yer alan OED eğitim setini bulundurmakla yükümlü değillerdir.

(3)EK-5'de asgari malzeme listesindeki metronomdan 1 (bir) adet bulundurulması yeterlidir.

ALTINCI BÖLÜM

Eğitim ve Sınav Ücretleri

Eğitim ücretlerinin belirlenmesi ve sınavda gözetmen olanlara ücret ödenmesi

MADDE 15-(1)Ücret tespit komisyonu;

a) Müdürlükçe, Yönetmeliğin 25 Maddesi gereği her yılın Ocak ayı başından Şubat ayı sonuna kadar toplanır.

b) Süresi içerisinde Ücret Tespit Komisyonu oluşturulamaz ise, bir önceki yılın ücreti geçerlidir.

MADDE 16-(1)Sınav gözetmen ekibi ücreti; ilkyardım eğitimi ile eğitici eğitimi veren her kurum ve kuruluş tarafından, her bir katılımcı için hesaplanarak bulunan toplam tutar ilgili İl Sağlık Müdürlüğünün bağlı bulunduğu Döner Sermaye Saymanlığı hesabına yatırılır. Tahsil edilen tutarlar Döner Sermaye Saymanlıklarınca; Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliğinin 273 üncü maddesi uyarınca 336-Diğer Çeşitli Borçlar Hesabına alacak kaydedilir.

a) Müdürlük, sınav gözetmen ekibinde yer alan kişilere yapılacak ödemeleri gösterir Çeşitli Ödemeler Bordrosu ve Banka Listesini hazırlayarak Muhasebe İşlem Fişi (336-Diğer Çeşitli Borçlar Hesabına borç, gerekli yasal kesintiler yapıldıktan sonra kalanı 103 Nolu Hesaba alacak kaydedilir.) ekinde ilgili saymanlığa gönderir.

b) İlkyardım eğitimi sınav gözetmen ekibi ücreti, sınav başına bir katılımcı için en yüksek devlet memurunun brüt aylığının % 3'dür.

c) İlkyardım eğitimci eğitimi sınav gözetmen ekibi ücreti, sınav başına bir katılımcı için en yüksek devlet memurunun brüt aylığının % 4'dür.

d) OED eğitimi sınav gözetmen ekibi ücreti sınav başına bir katılımcı için en yüksek devlet memurunun brüt aylığının % 1'dir.

(2)Sınav gözetmen ücreti (en yüksek devlet memuru göstergesi X memur maaş katsayısı) X %.....) formülüne göre hesaplar.

(3)Müdürlük tarafından, sınav gözetmenlerine yapılan ödeme listesinin bir örneği, 193 sayılı Gelir Vergisi Kanununda yer alan vergi matrah dilimleri dikkate alınarak her bir gözetmenin kendi matrah dilimine göre doğru vergi oranlarının uygulanmasını sağlamak üzere Defterdarlık Muhasebe Müdürlüğüne gönderilir.

YEDİNCİ BÖLÜM

Son Hükümler

Yürürlük

MADDE 17-(1)Bu Yönerge Onay tarihinden itibaren yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 18-(1)Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

3.2.3. Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

04/11/2015

Sayı : 54567092/ 9648
Konu : Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması

BAKANLIK MAKAMINA

22/10/2014 tarihli ve 29153 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Geçici Koruma Yönetmeliği'ne istinaden, geçici koruma altına alınan kişilere yönelik sağlık hizmeti verecek sağlık kurum ve kuruluşlarına, gönüllü sağlık hizmetini ve bu hizmeti sunan vakıf veya derneklerin çalışma esaslarını belirlemek üzere hazırlanan *"Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar"* 25/03/2015 tarih ve 2875 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulmuş idi. Bu kapsamdaki sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli şekilde sunumunun sağlanması ve uygulamada karşılaşılan sorunların giderilmesi maksadıyla, mezkur Esaslarda değişiklik yapılması gerekliliği hâsıl olmuştur.

Bu amaçla hazırlanan *"Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Esaslar"* metni ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve anılan Esasların onaylanarak yürürlüğe konulması hususunu tensiplerine arz ederim.

Uzm. Dr. Muzaffer AKKOCA
Genel Müdür

Uygun Görüşle Arz Ederim.
.../.../2015
Uzm. Dr. Mehmet BAKAR
Müsteşar Yardımcısı

Uygun Görüşle Arz Ederim.
.../.../2015
Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Müsteşar

OLUR
.../.../2015
Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Bakan

EKLER:
EK-1 Yönerge Taslağı (5 Sayfa)

GEÇİCİ KORUMA ALTINA ALINANLARA VERİLECEK SAĞLIK HİZMETLERİNE DAİR ESASLAR

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Hukuki Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1- (1) Bu Esasların amacı; 04/04/2013 tarihli ve 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununun 91 inci maddesi çerçevesinde geçici koruma altına alınanlara sağlık hizmeti sunulmasına ilişkin esasların belirlenmesidir.

Kapsam

Madde 2- (1) Bu Esaslar; 22/10/2014 tarihli ve 29153 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Geçici Koruma Yönetmeliği kapsamında geçici koruma altına alınan kişileri ve kuruluşları, sağlık hizmeti verecek sağlık kurum ve kuruluşlarını, Bakanlıkça uygun görülen gönüllü sağlık hizmetini ve bu hizmeti sunan vakıf veya dernekleri kapsar.

Hukuki Dayanak

Madde 3- (1) Bu Esaslar; 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40 ıncı maddesine ve 22/10/2014 tarihli 2014/6883 sayılı Geçici Koruma Yönetmeliğinin 27 nci ve 58 inci maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- (1) Bu Esaslarda geçen;

a) AFAD: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığını,
b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
c) Geçici Barınma Merkezi: Geçici Koruma Yönetmeliği kapsamındaki yabancıların toplu olarak barınma ve taşelerinin sağlanması amacıyla kurulan merkezleri,

ç) Geçici Koruma: Ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak veya bu kitlesel akın döneminde bireysel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen ve uluslararası koruma talebi bireysel olarak değerlendirmeye alınamayan yabancılara sağlanan korumayı,

d) Geçici Korunan: Geçici koruma sağlanan yabancıyı,
e) İkamet Adresi: Geçici koruma altına alınanların Türkiye'de adres kayıt sisteminde kayıtlı oldukları yerleşim yerini,

f) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,

g) **(Değişiklik: BO-04/11/2015-9648)** Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu,

ğ) Kimlik Kartı: Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından geçici korunanlara verilen Geçici Koruma Kimlik Belgesini,

h) SUT: Sağlık Uygulama Tebliğini,

ı) **(Ek: BO-04/11/2015-9648)** Göçmen Sağlığı Birimi/Merkezi: Geçici korunanların yoğun olduğu yerlerde, birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmak üzere oluşturulan toplum sağlığı merkezi ek birimlerini,

i) **(Ek: BO-04/11/2015-9648)** MBYS: Muayene Bilgi Yönetim Sistemi'ni

j) **(Ek: BO-04/11/2015-9648)** SGK: Sosyal Güvenlik Kurumunu ifade eder

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanabilecek Kişiler, Sağlık Hizmeti Sunacak Kuruluşlar Ve Hizmet Esasları, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmeti Bedellerinin Ödenmesi

Sağlık Hizmetinden Faydalanabilecek Kişiler

Madde 5- (1) Sağlık hizmetinden;

a) Kimlik kartı olan geçici korunanlar,
b) Göç İdaresi Genel Müdürlüğünce henüz kaydı yapılmamış geçici korunanlar,
c) Sınırları yaralı olarak geçen ve geçici koruma altında sayılanlar faydalanır.

(2) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Geçici koruma altındaki yabancıların tanı-tedavi işlemlerini yürütüen sağlık hizmeti sunucularına MEDULA-Hastane Sisteminde yalnızca provizyon alınmak suretiyle işlem yapılacak olup hizmet kaydı, fatura kayıt ve dönem sonlandırma işlemleri yapılmayacaktır.

(3) Bu maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde bahsedilen kişiler için, kolluk kuvvetlerince yapılan kayıt dikkate alınarak hastane kaydı oluşturulur. Tedavisi tamamlanan bu kişilerin, taburcu olmadan Göç İdaresi/Valilik personelince biometrik kaydının yapılması hastane tarafından sağlanır. Biometrik kaydın mümkün olmadığı durumlarda bu husus Göç İdaresi/Valilik personeli tarafından tutanak altına alınır.

(4) (Ek: BO-04/11/2015-9648) Bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında olup SGK provizyonu alınamayan kişiler ile (b) ve (c) bendinde bahsedilen kişiler, sadece acil sağlık hizmetleri ile halk sağlığını tehlikeye düşürebilecek bulaşıcı ve salgın hastalık durumlarında birinci basamak sağlık hizmetlerinden kimlik beyanına göre faydalanır.

Sağlık Hizmeti Sunacak Kuruluşlar Ve Hizmet Esasları

Madde 6- (1) Geçici korunanlar;

a) **(Değişiklik: BO-04/11/2015-9648)** Geçici barınma merkezlerinde ya da geçici barınma merkezleri dışında oluşturulan göçmen sağlığı merkezlerinden,
b) Bakanlık ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık hizmeti sunucularından,
c) Üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinden,

ç) Özel hastanelerden,

d) Vakıf veya dernekler tarafından gönüllü olarak verilen sağlık hizmetlerinden, faydalanabilir.

(2) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Geçici korunanlarının sağlık hizmetini ikamet adresinde almaları esastır. Bakanlığa bağlı kuruluşlarına ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan sevk aranmaksızın başvurulur. Üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerine ve özel hastanelere doğrudan başvurulamaz, öncelikli olarak üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerine, bunun mümkün olmaması halinde ise özel hastanelere sevk ancak;

a) Acil sağlık hizmetleri ve erişkin/yenidoğan yoğun bakım hizmetleri,
b) Yanık tedavisi ve kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyoizotop tedavileri) için yapılabilir.

(3) MERS, Ebola, Tüberküloz gibi yüksek bulaş riski taşıyan hastaların sevki gerekli görüldüğü takdirde, bu hastalıkların tedavisini yapan sağlık kuruluşlarına sevk, Halk Sağlığı Müdürlükleri ile koordineli bir şekilde Müdürlük tarafından yapılır.

(4) Aynı il içinde veya il dışında Bakanlık bağlı kuruluşlara ait ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ve özel hastanelere sevk için:

a) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Ayaktan teşhis ve/veya tedavi için Ek-1'deki geçici korunan hasta sevk formu 2 nüsha doldurularak sevk yapılır. Bu kapsamda yapılan sevklerin geçerlilik süresi 5 (beş) iş günüdür.
b) Acil haller, yoğun bakım, yanık gibi ağır vaka olarak kabul edilen durumlar için Ek-1'deki geçici korunan hasta sevk formu doldurularak 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda sevk yapılır.

(5) Geçici korunanların ikamet adresinin bulunduğu ilde tedavilerinin yapılamaması halinde, hasta tedavisinin yapılacağı uygun olan ve öncelikle en yakın ilden başlamak üzere diğer illerdeki sağlık kuruluşlarına sevkleri 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda yapılır. Ayakta teşhis ve/veya tedavi için sevk edilecek geçici korunanlar, 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda sevk usulüne tabi değildir.

(6) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Kronik hastalığı bulunanlar ile tedavi veya kontrol için çağrı belgesi olanların, üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ve özel hastaneler dâhil sağlık kuruluşlarına başvurularında sevk geçerlilik süresi sevkin yapıldığı tarihten itibaren 30 (otuz) gündür. Bu süre içerisinde yeniden sevk alma zorunluluğu yoktur.

(7) Geçici korunanların sevk bilgileri, şevki yapan her sağlık kuruluşu tarafından en geç beş iş günü içerisinde geçici korunanların ikamet adresinin bulunduğu ilin Müdürlüğüne yazılı olarak ya da elektronik ortamda gönderilmek zorundadır.

(8) (Ek: BO-04/11/2015-9648) Sınırdan yoğun yaralı girişlerinde, Bakanlığa bağlı sağlık tesislerinde yer olmaması veya tedavisinin mümkün bulunmaması halinde, Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda doğrudan üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerine veya özel hastanelere sevki yapılabilir.

Acil Sağlık Hizmetleri

Madde 7- (1) Geçici barınma merkezlerinde müdürlükçe belirlenen planlamaya göre acil sağlık hizmeti verilir. Müdürlükçe uygun görülen geçici barınma merkezlerinde personeliyle birlikte 112 acil yardım ambulansı bulundurulur.

(2) Geçici barınma merkezleri dışındaki acil sağlık hizmetleri, 11/05/2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği doğrultusunda verilir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Madde 8- (1) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Geçici korunanlara birinci basamak sağlık hizmetleri Halk Sağlığı Müdürlüğünce ve bağlı sağlık kuruluşları ile gönüllü sağlık kuruluşu tarafından verilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla koordinasyon da Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından sağlanır. Halk sağlığı müdürlüğü ve gönüllü sağlık kuruluşu tarafından, verilen birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda yazılı olarak aylık dönemler halinde Müdürlüğe bilgi verilir.

(2) Geçici korunanlara yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında:

a) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Bulaşıcı hastalık riskine karşı gerekli tarama ve aşılar yapılır. Sıtma, Tüberküloz, Leishmaniazis gibi benzeri hastalıkların tetkikleri Bakanlık laboratuvarlarınca ve gerekli görülmesi halinde söz konusu hastalıklar için belirlenmiş referans laboratuvarınca yapılarak bulaşıcı hastalıklara karşı her türlü önlem ve tedbir alınır. Bulaşıcı hastalıklar ve diğer akut halk sağlığı sorunlarına ilişkin bildirimler, hizmet veren kurum ve kuruluşlara tarafından ve takipler ise hizmet veren kurum ve kuruluşlara bakılmaksızın Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve bu kurumun taşra teşkilatınca yapılır.

b) Aşılama hizmeti; Genişletilmiş Bağışıklama Programı çerçevesinde, belirlenen aşı takvimi ve ilgili diğer programlar doğrultusunda verilir ve gerekli tedbirler alınır.

c) Ülkemizdeki bebek/çocuk ve ergenlere yönelik olarak sunulan sağlık hizmetleri geçici koruma altına alınanlara da aynı şekilde verilir.

ç) Ülkemizdeki doğurganlık çağındaki kadınlara yönelik verilen kadın ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetler geçici koruma altındaki kadınlara da aynı şekilde verilir. Gebelikler erken dönemde tespit edilir, riskli durumların saptanabilmesi için, gebe ve lohusa izlemleri yapılır. Korunmak isteyen kadınlara gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi verilir ve gebeliği önleyici yöntemler uygulanır.

d) Toplu kullanım alanlarının ve gerektiğinde kişisel alanların sağlığa uygunluğu kontrol edilerek, tespit edilen aksaklıkların giderilmesi ve geçici barınma merkezlerinin bulunduğu çevre koşullarının sağlık açısından uygun hale getirilmesine yönelik çevre sağlığı ile ilgili hizmetler yürütülür.

e) Geçici korunanlar arasında madde bağımlılığı veya psikolojik sorunları olduğu tespit edilenler hakkında, sağlık kurumuna nakli de içerebilecek şekilde gerekli tedbirler alınır. Ruhsal bozukluğu bulunanların sevk ve takipleri Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından mevcut belirlenmiş kurallar doğrultusunda yerine getirilir.

f) Geçici korunanlar arasında halkın sağlığını tehlikeye düşürebilecek potansiyel bir durum/hastalık olması halinde profilaksi, izolasyon/karantina gibi koruyucu önlemler Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından uygulanır.

Sağlık Hizmeti Bedellerinin Faturalandırılması Ve Ödenmesi

Madde 9- (1) **(Değişiklik: BO-04/11/2015-9648)** Geçici Koruma Kimlik Belgesi bulunan ancak SGK provizyonu alınamayan kişileri acil sağlık hizmetleri ile halk sağlığını tehlikeye düşürebilecek bulaşıcı ve salgın hastalık durumlarında birinci basamak sağlık hizmetleri hariç olmak üzere) ücretli hasta olarak değerlendirilir ve bu hastalara sunulan sağlık hizmetleri, SUT hükümlerine göre hasta adına fatura edilir.

(2) **(Değişiklik: BO-04/11/2015-9648)** AFAD ile Bakanlık arasında götürü bedel üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü imzalanmıştır. 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve TKHK'ya ait sağlık hizmet bedelleri, AFAD tarafından Bakanlığın Sağlık Kurumları Merkez Döner Sermaye Saymanlık Müdürlüğü hesabına aktarılacaktır.

(3) **(Değişiklik: BO-04/11/2015-9648)** Bakanlığımız hastanelerinden özel hastanelere ve üniversite hastanelerine sevk edilen hastaların tedavi giderlerine ilişkin faturaların, hastayı sevk eden sağlık tesisi tarafından ödenmesi esastır. Özel hastaneler ve üniversite hastanelerince düzenlenen bu faturalar öncelikle, Genel Sekreterlikler bünyesinde kurulan "Birlik Fatura İnceleme Komisyonunca" incelenir. İnceleme neticesinde hata tespit edilmesi halinde, gerekli düzeltmelerin yapılması için faturalar ilgili sağlık tesisine iade edilir. İadesi yapılan faturalar içinde tespit edilen hata düzeltilerek Birlik Fatura İnceleme Komisyonuna yeniden gönderilir. Birlik Fatura İnceleme Komisyonunca ödenmesi uygun görülen faturaların ödemesi gerçekleştirilir.

(4) Bakanlık hastanelerinden il içi ve il dışı Bakanlık hastanelerine sevk edilen hastaların tedavi giderlerine ilişkin faturaları, tedavi gördüğü sağlık tesisince muhasebeleştirmesi gerçekleştirilecektir.

(5) İkinci ve üçüncü basamakta sunulan sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, sunulan sağlık hizmet bedelleri; Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından genel sağlık sigortalıları için belirlenmiş olan güncel SUT bedellerini geçemez.

(6) SUT'ta fiyatlandırılmayan birinci basamak sağlık hizmetleri, Bakanlıkça belirlenen Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesine göre faturalandırılır.

(7) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Acil müdahale edilmemesi halinde hastanın uzuv kaybı ve/veya vücut fonksiyonunu kaybetmesine sebep olacak durumlar nedeniyle özel hastanelere ve üniversite hastanelerine yapılan müracaatlar sonucu düzenlenen faturaların ödemesini Genel Sekreterlik tarafından belirlenecek sağlık tesisi yapacaktır. Birden fazla Genel Sekreterliğin bulunduğu illerde Koordinatör Genel Sekreterlikçe belirlenecek sağlık tesisi tarafından ödeme gerçekleştirilecek ya da Koordinatör Genel Sekreterlikçe belirlenecek Genel Sekreterlik tarafından talimatlandırılacak sağlık tesisi tarafından ödeme gerçekleştirilecektir.

(8) (Ek: BO-04/11/2015-9648) Sınırdan yaralı olarak alınan ve kurumu bağlı sağlık hizmet sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve hasta naklinin 112 Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmesi koşuluyla, üniversite ve özel hastanelere nakledilen hastalara ait faturaların ödemesini Genel Sekreterlik tarafından belirlenecek sağlık tesisi yapacaktır. Birden fazla Genel Sekreterliğin bulunduğu illerde Koordinatör Genel Sekreterlikçe belirlenecek sağlık tesisi tarafından ödeme gerçekleştirilecek ya da Koordinatör Genel Sekreterlikçe belirlenecek Genel Sekreterlik tarafından talimatlandırılacak sağlık tesisi tarafından ödeme gerçekleştirilecektir.

(9) (Ek: BO-04/11/2015-9648) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı sağlık tesisleri tarafından üniversite hastanesine ya da özel hastaneye sevk edilen hastaların, sevk edildiği üniversite hastanesi ya da özel hastane tarafından başka bir özel hastane veya üniversite hastanesine sevk edilmesi halinde, ilk sevki yapan Kurum'a bağlı sağlık tesisi tarafından tedavi bedelinin ödenmesi esastır.

(10) (Ek: BO-04/11/2015-9648) SUT hükümlerine göre SGK ödeme kapsamında bulunmayan isteğe bağlı rapor (sağlık kurulu, tek hekim) müracaatlarında (özürlü tespit, ehliyet, işe giriş vb.), rapor bedeli hastadan tahsil edilir. Bu kapsamdaki raporlar, Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesi çerçevesinde ücretlendirilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Gönüllü Sağlık Hizmeti Sunumu

Gönüllü Sağlık Hizmeti

Madde 10- (1) Bakanlığın uygun göreceği yerleşim yerlerinde yardım vakıfları veya dernekleri tarafından ücretsiz ve gönüllü olarak yalnızca geçici korunanlara altı ay süreyle sağlık hizmeti verilebilir.

(2) Gönüllü sağlık hizmeti sunmak isteyen vakıf veya dernek bir dilekçeyle Müdürlüğe başvurur. Başvuru dilekçesi ekinde;

a) Vakıf veya derneğin kuruluş belgesi,

b) Çalıştıracağı tüm personelin kimlik bilgileri, mesleki belgeleri (diploma, uzmanlık belgesi, sertifika vb)

c) Sağlık hizmetlerinden sorumlu olacak hekimin ismi, (diploma, uzmanlık belgesi, sertifika vb),

ç) Hizmet verilecek adres ile hizmet verilecek alanın krokisi, bulundurulmak istenilen tıbbi cihaz ve ilaç listesi, bulunur.

(3) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Müdürlük; geçici korunanların sayısı ve ilde gönüllü sağlık hizmeti sunumuna ihtiyaç bulunup bulunmadığı hususundaki görüşü ile birlikte başvuru dilekçesi ve eklerini, Bakanlığa gönderir.

(4) Bakanlıkça, gönüllü sağlık hizmeti sunmak isteyen vakıf veya dernek ile ilgili Ülkemizde faaliyet göstermeleri bakımından sakınca bulunup bulunmadığı ve güvenlik hususlarında İçişleri Bakanlığından uygun görüş alınır ve bu konuda ayrıca Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, SGK ve AFAD'a bilgi verilir.

(5) İçişleri Bakanlığının uygun görüşü üzerine en geç beş iş günü içinde Bakanlıkça, gönüllü sağlık hizmeti sunulabileceği Müdürlüğe bildirilir. Vakıf veya derneğin çalıştıracağını belirttiği personelin çalışma izinleri hususunda işlemler Bakanlıkça başlatılır.

(6) Bakanlıkça yapılan bildirim üzerine Müdürlükçe, hizmet verilecek yerin yangına karşı gerekli tedbirler bakımından yeterliliği konusunda en geç yedi gün içerisinde bildirilmek üzere ilgili merciden yazılı görüş talep edilir. Bu görüşün Müdürlüğe intikalinden itibaren en geç beş gün içinde alınacak Valilik onayı üzerine hizmet verilmeye başlanır.

(7) Altı aylık sürenin dolmasına bir ay kala, gönüllü sağlık hizmeti sunmasına izin verilen vakıf veya derneğin başvurusu üzerine Müdürlükçe hizmete ihtiyacın devam ettiğine dair görüş üzerine Bakanlık altı ay sürelerle hizmetin devamı uygun görebilir. Vakıf veya dernek tarafından hizmetin sunulmaya devam edilmesi istenilmiyor ise, altı ayın sonunda hizmet verilen yer Müdürlükçe kapatılır.

(8) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Gönüllü sağlık hizmeti kapsamında tanı, tedavi, cerrahi ve rehabilitasyon hizmetleri ile tetkik hizmetleri sunulabilir.

(9) Gönüllü sağlık hizmeti sunumu sırasında gelişebilecek acil durumlar içinEk-2'de belirtilen ilaç ve malzeme bulundurulur.

(10) Gönüllü sağlık hizmeti kapsamında Bakanlıkça verilen izin, hiçbir şekilde ileride sağlık kuruluşu olma hakkı doğurmaz.

Personel Ayrılışı Ve Yeni Personel Başlatılması

Madde 11- (1) Gönüllü sağlık hizmeti kapsamında çalışmasına izin verilen personelin herhangi bir sebeple görevinden ayrılması halinde sorumlu hekim tarafından, ayrılış tarihinden itibaren en geç beş iş günü içinde Müdürlüğe bildirimde bulunulur. Gönüllü sağlık hizmeti kapsamında işe yeni başlamak isteyenler için vakıf veya dernek tarafından, bu konudaki başvuru dilekçesi ekinde bu maddenin ikinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen belgelerle birlikte Müdürlüğe başvurulur. Bu başvuru en geç üç iş günü içinde Bakanlığa gönderilir. Başvuru, bu maddenin beşinci fıkrası kapsamında değerlendirilir ve çalışma izni verildikten sonra göreve başlanabilir.

Çalışma Usul Ve Esasları

Madde 12- (1) Gönüllü sağlık hizmeti, İçişleri Bakanlığının gözetimine ve sağlık hizmet sunumu bakımından Bakanlığın denetimine tabidir.

(2) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Bakanlıkça hizmet vermesi uygun görülen vakıf veya dernek hizmet sunacağı saatleri kendisi belirler ve Müdürlüğe bilgi verir. Hizmet sunulan saatlerde mesleğini icraya yetkili sorumlu bir hekim ve hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni unvanlarından asgari bir sağlık personelinin bulundurulması zorunludur. Gönüllü sağlık hizmeti kapsamındaki ihtiyaca göre hemşire, sağlık memuru veya acil tıp teknisyeni sayısı arttırılabilir.

(3) Gönüllü sağlık hizmeti kapsamında vakıf veya dernek, Bakanlıkça belirlenen sağlık hizmet sunum standartları çerçevesinde, geçici korunanların sağlık hizmetleri ile ilgili temel gerekliliklerini yerine getirir. Gönüllü sağlık hizmeti verilmesi sırasında, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tanısı konması veya akut halk sağlığı tehdidi oluşturabilecek herhangi bir durum tespit edilmesi halinde Halk Sağlığı Müdürlüğüne aynı gün bildirim yapılır.

(4) Gönüllü sağlık hizmeti kapsamında, hasta için kullanılan ilaç ve tıbbi malzeme giderleri dâhil tanı ve tedavi masraflarının tamamı vakıf veya dernek tarafından karşılanır. Gönüllü sağlık hizmeti kapsamında, hastadan herhangi bir sebeple ücret talep edilemez.

(5) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Gönüllü sağlık hizmeti kapsamında hastanın tedavisinin mümkün olmadığı hallerde hasta birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk edilebilir.

(6) Gönüllü sağlık hizmeti kapsamında;

a) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Kesintisiz hizmet vermek isteyen vakıf veya dernek 24 saat süreyle en az bir hekim ve bir hemşire veya sağlık memuru veya acil tıp teknisyeni bulundurur.

b) (Değişiklik: BO-09/07/2015-6482) 24 saat süreyle hizmet sunulmaması halinde ise, hizmet sunulan saatler içerisinde en az bir hekim ve mesleğini icraya yetkili asgari bir hemşire veya acil tıp teknisyeni bulundurulur.

c) (Ek: BO-04/11/2015-9648) Gönüllü sağlık kuruluşları, bağışıklama hizmetlerini, halk sağlığı müdürlüklerinin koordinasyon ve gözetiminde, Genişletilmiş Bağışıklama Programı'na uygun olarak sunar. Aşılar, halk sağlığı müdürlükleri tarafından tedarik edilir.

(7) Gönüllü sağlık hizmeti sunumunda, tıbbi atıklar için 22/7/2005 tarihli ve 25883 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Tıbbî Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak gerekli tedbirler alınır. Tıbbî atıkların imhası için, atıkların düzenli şekilde alınması konusunda ilgili merciyle sözleşme yapılır.

(8) Gönüllü sağlık hizmeti sunumunda direkt grafi filmi çekiminde kullanılmak üzere direkt grafi cihazı bulundurulabilir. Bu cihaz için Türkiye Atom Enerjisi Kurumundan ilgili mevzuata uygun lisans alınması zorunludur.

(9) Gönüllü sağlık hizmeti kapsamında, sağlık taraması, anket vb. yollarla bilgi toplamaya yönelik hiçbir faaliyette bulunulamaz.

(10) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Gönüllü sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için Müdürlükçe tasdik edilmiş kayıt defteri kullanılır. Başvuran her hastanın kaydı bu deftere yapılır. Kayıtlar için elektronik ortama (MBYS)'ne geçilecektir. MBYS' ne geçişten sonra kayıtlar her iki şekilde de tutulmaya devam eder. Bu kayıtlardan çıktı alınır, sorumlu hekim tarafından imzalanarak dosyalanması sağlanır. Hastaların sağlık bilgilerine ait gerekli kayıtların elektronik ortamda saklanmasının, değiştirilmesinin ve silinmesinin önlenmesi ve gizliliğin ihlal edilmemesi için fiziki, manyetik veya elektronik müdahalelere ve olası suistimallere karşı gerekli idari ve teknik tedbirlerin alınması gerekir.

(11) Hastalarla ilgili kayıt altına alınan bilgiler gizlidir. Bu bilgiler, geçici korunamlarla ilgili resmî kurum ve kuruluşlar ile yargı mercilerinin talepleri veya hastanın kendisi veli veya vasisi dışındaki hiçbir mercii veya kişilere verilemez ve hiçbir amaçla kullanılamaz. Hasta bilgilerinin mahremiyetinin ve kişisel verilerin güvenliğinin sağlanması zorunludur.

Gönüllü Sağlık Hizmetinin Denetimi

Madde 13- (1) Gönüllü sağlık hizmetinin sunulduğu yer ve kayıtları, bulundukları ilin Müdürlüğü tarafından altı aylık süre içinde en az iki defa denetlenir.

(2) Bu denetim sırasında;

a) Çalışma izni verilen personel dışında personel çalıştığının tespiti halinde, faaliyet bir ay süreyle durdurularak sorumlu hekim yazılı olarak uyarılır ve izni olmayan personelin çalışmasının sonlandırılması istenir. Hizmetin devamı süresince bu aykırılığın ikinci kez yapıldığının tespiti durumunda gönüllü sağlık hizmeti sunumu sonlandırılır.

b) 12 nci maddenin dördüncü fıkrasına aykırılığın tespiti halinde, sorumlu hekim yazılı olarak uyarılır. Hizmetin devamı süresince bu aykırılığın ikinci kez yapıldığının tespiti durumunda gönüllü sağlık hizmeti sunumu sonlandırılır.

c) 12 nci maddenin yedinci fıkrasına aykırı bir durumun tespiti halinde, sorumlu hekim yazılı olarak uyarılır ve uygunsuzluğun giderilmesi için beş gün süre verilir. Bu süre sonunda uygunsuzluğun giderilip giderilmediği yeniden incelenir.

ç) 10 ncu maddenin sekizinci fıkrasına aykırı bir durumun tespiti halinde, o birimin faaliyeti mühürlenme yapılarak durdurulur ve sorumlu hekim yazılı olarak uyarılır. İkinci kez cerrahi müdahale biriminin oluşturulduğu veya tıbbi işlem yapıldığı tespit edilir ise gönüllü sağlık hizmeti sunumu sonlandırılır.

d) 12 nci maddenin dokuzuncu fıkrasına aykırı bir durumun tespiti halinde, gönüllü sağlık hizmeti sunumu sonlandırılır.

e) 12 nci maddenin onuncu fıkrasına aykırılığın tespiti halinde, sorumlu hekim yazılı olarak uyarılır. Hizmetin devamı süresince bu aykırılığın üçüncü kez yapıldığının tespiti durumunda gönüllü sağlık hizmeti sunumu sonlandırılır.

f) Başvuru sırasında sunulan krokide gösterilen hizmet odalarında değişiklik yapıldığının tespiti halinde, sorumlu hekim yazılı olarak uyarılır ve uyumsuzluğun giderilmesi için 5 gün süre verilir. Tespit edilen durumla hizmet verilmesinde Müdürlükçe sakınca görülmemesi halinde, yeni krokinin Müdürlükçe onaylanması gerekir.

g) Başvuru dilekçesi ekinde liste halinde bildirilen ilaç ve tıbbi malzemelerin bulunmaması veya eksik olması halinde, tamamlanması için sorumlu hekime yedi gün süre verilir.

ğ) Gönüllü sağlık hizmeti sunumunda, çalışanların veya hastaların sağlığını olumsuz etkileyecek durumlarla karşılaşılması halinde, hizmetin sunumu derhal durdurulur. Sorumlu hekim tarafından yazılı olarak Müdürlüğe bildirim üzerine yerinde inceleme yapılır ve uygunsuzluğun giderildiği tespit edilirse hizmet sunumuna izin verilir.

(3) Gönüllü sağlık hizmeti faaliyetinin durdurulması ve sonlandırılması işlemleri, Valilik onayı ile yapılır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Çeşitli Hükümler

Sağlık Hizmetlerinin Denetimi Ve Değerlendirilmesi

Madde 14- (1) Bu Esaslar kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin denetimi ve değerlendirilmesinden;

a) Acil sağlık hizmetleri ile üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, özel hastaneler ve gönüllü sağlık hizmeti sunumu bakımından Müdürlük,

b) Birinci basamak sağlık hizmetleri bakımından Halk Sağlığı Müdürlüğü,

c) Devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerince sunulan sağlık hizmetleri bakımından Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, görevli ve yetkilidir.

(2) Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında yapılacak sağlık hizmetlerinin denetimi, kendi mevzuatlarında yer alan hükümlere göre yapılır.

(3) Müdürlük tarafından, ilgili sağlık yöneticilerinin de katılımıyla en az iki ayda bir geçici korunanlara verilen sağlık hizmetleriyle ilgili değerlendirme toplantısı yapılır ve değerlendirme sonuçları rapor halinde Bakanlığa gönderilir. Müdürlükçe, geçici korunanlara sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin istatistik veriler aylık olarak Bakanlığa gönderilir.

Hüküm Bulunmayan Haller

Madde 15- (1) Bu Esaslarda düzenleme bulunmayan hususlarda, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

(2) (Değişiklik: BO-04/11/2015-9648) Esasların uygulanması ile ilgili karşılaşılan tereddütlerde ve gerekli hallerde ayrıca, AFAD, SGK ve İçişleri Bakanlığı ile koordine edilerek uygulama belirlenir.

Yürürlük

Madde 16- (1) Bu Esaslar Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 17- (1) Bu Esasları Sağlık Bakanı yürütür.

EK-1 Geçici Korunan Hasta Sevk Formu

EK- 2 Gönüllü Sağlık Tesisinde Bulundurulması Gereken Asgari Tıbbi Malzeme Listesi

EK- 3 Gönüllü Sağlık Tesisinde Bulundurulması Gereken Asgari İlaç Listesi

3.2.4. İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi

Sayı : B100TSH0160001
Konu : İl Ambulans Servisi
Çalışma Yönergesi 24.01.05 0 8 7 2

GENELGE
..../ /2005
Sayı: 7

..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Ülkemiz genelinde vatandaşlarımızın maruz kaldığı afet, acil sağlık, kaza ve yaralanma gibi durumlarda, en kısa sürede olay mahalline ulaşarak, yerinde ilk müdahaleyi yapmak gerekiyorsa ihtiyacı olan sağlık hizmetini alabileceği bir sağlık kuruluşuna ulaştırılmasını sağlamak amacıyla Bakanlığımız bünyesinde halen 81 ilimizde birer komuta kontrol merkezi koordinasyonunda 889 acil sağlık hizmetleri istasyonu ile hizmet verilmektedir.

Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği ve ambulans hizmetlerinin hastaneler ile sağlık ocakları bünyesinde yürütülmesine dair usul ve esaslar 24.03.2004 tarih ve 25412 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile belirlenmiştir.

Bu doğrultuda İl ambulans servisi başhekimliği, komuta kontrol merkezi ve acil sağlık istasyonlarının çalışma usul ve esasları, bu istasyonların çalıştırılması ile ilgili kurum ve kuruluşların görev ve sorumluluklarına ilişkin idari hususlar, hazırlanan yönerge ile belirlenmiş bulunmaktadır.

Bilgilerinizi ve bundan sonra ilgili tüm kurum ve kuruluşlarla yürütülecek hizmetlerin bu Yönerge hükümleri doğrultusunda yerine getirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

EKLER:
Yönerge (25 Sayfa)

DAĞITIM:
81 İl Valiliğine

İL AMBULANS SERVİSİ ÇALIŞMA YÖNERGESİ

Tarihi: 24.05.2005
Sayısı: 0872

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam ve Dayanak

Amaç

Madde 1. Bu Yönerge' nin amacı il ambulans servisi başhekimliği, komuta kontrol merkezi ve acil sağlık istasyonlarının çalışma usul ve esasları, bu istasyonların çalıştırılması ile ilgili kurum ve kuruluşların görev ve sorumluluklarına ilişkin idari hususları belirlemektir.

Kapsam

Madde 2. Bu Yönerge, il sağlık müdürlükleri, il ambulans servisi başhekimlikleri, komuta kontrol merkezi ve acil sağlık istasyonları ile (B) tipi entegre acil sağlık istasyonu teşkil edilen devlet hastaneleri ve sağlık ocaklarını kapsar.

Dayanak

Madde 3. Bu Yönerge, 11. 05. 2000 tarih ve 24046 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ile 24. 03. 2004 tarih ve 25412 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğe dayanılarak hazırlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM
Temel Esaslar

Madde 4.

a) İl genelinde açılacak olan 112 acil sağlık istasyonları sadece hastane öncesi acil sağlık hizmetleri veren müstakil istasyon şeklinde olabileceği gibi, 112 acil ambulans hizmeti sunulan bölgedeki acil vaka sayısının azlığı ve personel durumu göz önüne alınarak, hastane acil servisleri veya sağlık ocaklarında yürütülen sağlık hizmetleri ile birlikte verilebilir.

b) (B) tipi entegre acil sağlık hizmeti verilecek hastane acil servisleri ve/veya sağlık ocaklarında, yürütülen sağlık hizmetlerinin her ikisini de aksatmayacak şekilde personel istihdamı yapılacak, gerekli durumlarda il içi ve kurum içi düzenlemelerle insan kaynaklarının verimli kullanımı sağlanacaktır.

c) (B) tipi entegre acil sağlık hizmeti verilecek hastane acil servisleri ve/veya sağlık ocaklarında 24 saat hizmet verilecektir. Entegre hizmet verilecek hastane acil servislerinde ve/veya sağlık ocaklarında il ambulans servisi komuta merkezi ile 24 saat telsiz ve telefon irtibatı sağlanacak; komuta merkezi tarafından bildirilen acil vakalara yönetmelik ve yönergede belirtildiği şekilde, tam donanımlı ambulans ve sağlık ekibi ile birlikte müdahale edilecektir.

d) Entegre edilen 112 acil sağlık hizmetleri istasyonunda çalışan tüm personel il ambulans servisi komuta merkezinin yönlendirdiği vakalara hizmet vermekle yükümlü olduğu gibi entegre olduğu kurumun hizmetlerini de yürütmekle yükümlüdür. Aynı şekilde (B) tipi entegre ambulans hizmeti verilecek hastane acil servis personeli veya sağlık ocağı personeli kendi kurumlarımdaki hizmeti sürdüreceği gibi aynı zamanda 112 acil sağlık hizmeti de verecektir ve nöbet listesine dahil edileceklerdir.

e) İl genelinde Sağlık Müdürlüğüne bağlı tüm ambulanslar ve protokolle il ambulans servisine entegre edilmiş diğer kurum ve kuruluşlara ait ambulanslar il ambulans servisi başhekimliğine bağlı olarak hizmet verecek olup, ambulanslar il ambulans servisi komuta kontrol merkezi tarafından görevlendirilecektir.

f) Ambulansların donanımları tam olacak, tüm cihaz ve ekipmanların çalışır durumda olmaları sağlanacak, ilaç ve malzeme eksiklikleri istasyonun entegre çalıştığı kurumlar tarafından giderilecektir. Sürekli bakım ve onarım gerektiren ve Sağlık Müdürlüğü tarafından temin edilen cihazların bakım ve servis sözleşmeleri Müdürlük tarafından yapılacaktır.

g) Ambulansta bulunan cihaz ve ekipmanların doğru kullanımı ile sarf malzemelerinin idaresi ve gerektiğinde temininin sorumluluğu, (B) tipi entegre acil sağlık hizmeti verilecek hastane acil servisi başhekimi veya sağlık ocağı sorumlu hekiminde olup; gerekli durumlarda il ambulans servisi başhekimine bilgi verilecektir.

h) (B) tipi entegre acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin ambulansta görevlendirilmesi ile ilgili bir sonraki ayın nöbet çizelgesi hazırlanarak, her ayın 25'ini geçmeyecek şekilde il ambulans servisi başhekimliğine bildirilecektir.

i) Acil ambulans istasyonlarının faaliyete geçirilmesi, personel, ambulans ve haberleşme için ihtiyaç duyulan malzeme ve hizmet alımları ile eğitim için gerekli ödenekler ilgili döner sermaye kaynaklarından karşılanacaktır. **28.06.2021 tarih ve E-39942531-010.04-3581 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile değişilmiştir**. "Ayrıca (B) tipi entegre acil istasyonlarda çalışan tüm personelin iaşe ve ibate yardımı gibi özlük hakları fiilen çalıştığı kurum tarafından karşılanacaktır. Bu kapsamda fiilen, kadrolu olarak veya en az 6 ay geçici görevlendirilen personeller için giyecek yardımı, öncesinde o yıl için nakden ödenmemiş olması koşuluyla, Memurlara Yapılacak Giyecek Yardımı Yönetmeliği'nin (II) sayılı Cetvelinde bulunan Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfına ait bölümün (3) numaralı sırası kapsamında, il ambulans servisi başhekimliğinin standartları dikkate alınarak, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından ayni olarak temin edilmek suretiyle yapılacaktır."

j) (B) tipi entegre hizmet veren birimlerde çalışan personelin döner sermaye ek ödeme miktarlarına esas olacak olan Net Performans Puanları, tabipler için fiilen çalıştığı kurum ve kuruluşlarda hesaplanan Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı, diğer personel için ise fiilen çalıştıkları kurum ve kuruluşların Performans Puan Ortalamasına göre hesaplanır. Bu personelin Net Performans Puanlarına çalıştıkları kurum veya kuruluşa göre, İl Performans Puan Ortalamasının veya Hastane Performans Puan Ortalamasının %10'u kadar puan daha eklenir. Burada esas olan personelin her iki hizmeti birlikte yürütmesidir.

k) Ambulans hizmeti verilmesi esnasında ulaşılan her vakada (Ek-1) de örneği bulunan Ambulans Kayıt Formu üç nüsha olarak düzenlenir. Düzenlenen bu form yapılan tıbbi işlemin bildirimi, bağlı olduğu döner sermaye saymanlığı ve trafik hizmetleri döner sermaye saymanlığı ücret tahakkukuna esas olan fiş olarak kullanılır.

l) İl Ambulans Servisi başhekimliği, hizmetin aksamadan ve kesintisiz sürdürülebilmesi için yazılı olarak belgelemek şartıyla gün içerisinde merkez ve istasyonlar arasında personel, malzeme ve ambulans değişimi yapabilir.

m) Aylık personel nöbet listeleri, günlük görev talimatları, aylık istatistikler, personel ve gerekli kurum ve kuruluşların adres ve telefonları, sorumlu oldukları bölgenin haritası ve özel bilgileri, merkez ve istasyonlarda görülür bir yerde asılı olarak bulundurulur.

n) (A) tipi ve (C) tipi müstakil istasyonlar başka bir sağlık kurumunun içinde olsalar da il ambulans servisi başhekimliğine bağlı olarak ilgili mevzuata göre hizmet verirler. Görev yapan personel, araç ve malzemeleri 112 hizmetleri dışında kullanılamaz, personele içinde bulundukları kurum yöneticileri tarafından başka bir görev verilemez. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ndeki esaslara uygun olarak, içinde bulundukları kurum yöneticisi tarafından, 112 personeline yeterli sayı ve büyüklükte oda verilir, haberleşme, yemek, ısınma, temizlik ve diğer ihtiyaçları bu kurum tarafından karşılanır. 112 personeli de içinde bulundukları kurum ile uyumlu bir iş birliğinin sürdürülmesini sağlar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Görev, Yetki ve Sorumluluklar

İl Ambulans Servisi Başhekimi

Madde 5. İl ambulans servisi başhekimi tıp doktorudur ve ambulans hizmetlerinin il düzeyinde organizasyonu, uygulanması ve Bakanlıkça belirlenen hedefler doğrultusunda çalışmalarının değerlendirilmesi konusunda Sağlık Müdürlüğüne bağlı olarak görev yapar.

Buna göre;

a) Merkez ve istasyonların tıbbi, idari ve teknik tüm çalışanları ve çalışmalarından sorumludur, bu hizmetlerin yürütülmesi amacıyla gerekli görevlendirmeleri başhekim yardımcıları arasında yapar.

b) Acil Sağlık Hizmetleri konularında eğitim almış personelin, idari birimlerde, merkez ve istasyonlarda daha verimli çalışması ve hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi amacıyla personel ve araçların uygun istihdam edilmesini sağlar,

c) İl ambulans servisine bağlı ambulansların, 24 saat kesintisiz çalışmalarının eksiklik ve aksaklığa neden olamayacak şekilde yürütülmesi amacıyla nöbet listeleri, günlük çalışmalarının düzenlenmesi ile bu birimlerde görevli personelin denetlenmesini sağlar,

d) Ulusal, bölgesel, il, ilçe sağlık afet ve kriz destek ve eylem planlamaları doğrultusunda doğal afetler ve olağanüstü durumlarda ihtiyaç duyulan yerlerde merkez ve istasyon hizmetlerini sunabilecek personel, araç-gereç ve tıbbi malzemenin belirlenmesi amacıyla eylem planı hazırlık çalışmalarında acil sağlık hizmetleri şubesi bünyesinde görevli afet birim sorumlusu ile koordineli olarak çalışır,

e) Hizmetle ilgili kayıtların tutulmasını ve tutulan kayıtlar üzerinden hizmet istatistiklerinin çıkartılıp Bakanlığa sunulmak üzere formlar ve raporlar halinde acil sağlık hizmetleri şubesine gönderilmesini sağlar,

f) Hasta bilgileri ve arşiv işlemleri ile ambulansların görev takiplerini sağlayacak bilgi işlem ve veri iletim sistemlerinin hazırlığını yapıp, işletilmesini sağlar,

g) Acil sağlık hizmetleri şubesine gerektiğinde; araştırma ve geliştirme çalışmalarında araç-gereç ve insan gücü desteğinde bulunur,

h) Hizmetin verilmesi sırasında hizmete katılan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon ve iş birliğini sağlar,

i) Merkez ve istasyon hizmetlerinin sevk ve idaresi için gerekli tüm düzenlemelerle ilgili sağlık müdürlüğü şubeleri ve sorumluları ile gerektiği durumlarda hizmetin daha verimli yürütülmesi maksadıyla bilgi, teknoloji, malzeme, araç-gereç temininde koordinasyon ve iş birliği sağlar,

j) Hizmetin yürütülmesi amacıyla kullanılan ambulanslar ile ambulansta kullanılan tıbbi ve teknik malzemenin ve donanımı sürekli hizmete hazır halde bulunmasını sağlamakla sorumludur, Kullanılan ambulansların hizmete uygun olup olmadıklarını denetler, ambulans içinde hizmete uygun ve yeterli malzeme olup olmadığını kontrol eder, eksik malzeme ve donanımı saptar ve teminini sağlar.

k) Tüm personelinin ilgili birimlerce düzenlenen hizmet içi eğitim programlarına ve tatbikatlara katılımını sağlar.

l) 112 ambulans hizmetlerinin tanıtımı, okullardan başlayarak toplumun doğru bilgilendirilmesi, ilgili kurum ve kuruluşlar ile medya kuruluşlarının yapılan hizmetler hakkında hızlı bir şekilde bilgilendirilmesi için, Sağlık Müdürlüğünün Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi, Eğitim şubesi ve ilgili birimleri ile koordineli çalışır.

m) Ambulansların teknik sorunlarının ortaya çıkması halinde hizmetin aksamadan sürdürülebilmesi için gerekli tedbirleri alır ve teknik sorunların çözümü için **11.10.2022 tarih ve E-39942531-010.04-5366 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile değişilmiştir.** 24 saat kesintisiz hizmet veren teknik destek birimi (tüm verileri sistem üzerine kaydetmek ve veri takibini sağlamak, ambulansların bakım, onarım ve arıza durumları ile istasyon ve ambulansların eksikliklerine ilişkin iş ve işlemleri yapmak) oluşturur, ayrıca malzeme ihtiyacı halinde ilgili kişi, kurum ve kuruluşlardan talepte bulunarak arıza ve eksikliğin derhal giderilmesini sağlar"

n) Ambulansların zorunlu trafik sigortalarının yapılıp yapılmadığını denetler, sigortaların zamanında yenilenmesini sağlar.

o) Ambulansların periyodik temizlik, bakım ve kontrollerinin zamanında yaptırılmasını sağlar.

p) Temin edilen, tıbbi ve teknik demirbaş ve sarf malzemelerinin depolanma, kayıt ve dağıtımlarının yaptırılmasından sorumludur.

r) Hizmetin sunumunda hasta ve yaralılara gelişen teknolojik yeniliklere göre ihtiyaç duyulan malzeme ve tıbbi donanımı belirler. Merkez ve istasyonların ihtiyaç bildirdiği demirbaş ve sarf malzemelerinin alınması konusunda gerekli değerlendirmeyi yapar, temini konusunda Sağlık Müdürlüğüne teklifte bulunur. Hizmetin sunumundan elde edilen gelirlerin takibi ve etkin kullanımından sorumludur.

s) Ambulansların akaryakıt dağıtımları ve harcamalarını denetlemekten sorumludur. Bu amaçla; İstasyonlarda görev yapmakta olan ambulansların aylık akaryakıt ihtiyaçlarını saptar,
t) Haberleşme ile ilgili tüm cihazların ihtiyacı karşılayacak sayıda olmasını özellikle telefon hatları ile gelen acil çağrıların merkeze sorunsuz olarak iletilmesini sağlar, sağlatır. Bakanlığın belirlediği frekanslar üzerinden merkez ve istasyonların, her türlü haberleşme cihazı ile ilgili kurum ve kuruluşların (Valilik Kriz Merkezi, Sağlık Müdürlüğü, itfaiye, emniyet, sivil savunma, jandarma ve özel ambulans servislerinin) haberleşmelerini sağlar. Afet durumunda da bu hizmetleri sunabilecek alt yapıyı hazır bulundurur. Bu amaçla gerekli her türlü malzemenin aliminin sağlanması, bakım, onarım ve periyodik kontrollerinin yapılmasından sorumludur.

u) İl Ambulans Servisi tarafından verilen hizmetlerin mevcut yasa ve yönetmeliklere göre uygulanması ve geliştirilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü adına Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi tarafından yapılan planlama, veri toplama, koordinasyon, denetleme ve eğitim faaliyetleri ile olağan dışı durum ve afet organizasyonuna destek verir, uygulanmasını sağlar. Düzenlenen toplantı ve çalışmalara katılır. Müdürlük ve Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi tarafından verilen diğer görevleri yerine getirir.

v) Başhekimin bulunmadığı zamanlarda yerine tıp doktoru başhekim yardımcısı Müdürlüğün teklifi Valiliğin onayı ile vekalet eder.

Başhekim Yardımcısı

Madde 6. Başhekim Yardımcısı, İl Ambulans Servisi Başhekimliğinin teklifi. Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü, İl Sağlık Müdür Yardımcısı ve İl Sağlık Müdürü' nün uygun görüşü ile Valiliğin onayı ile görevlendirilen tıp doktorudur.

İl ambulans servisi başhekimliğine bağlı olarak illerin hizmet kapasitesi ve istasyon sayısına göre yeterli sayıda başhekim yardımcısı idari, insan kaynakları, eğitim, mali, bilgi işlem hizmetlerinden sorumlu olarak görevlendirilir.

a) İdari hizmetlerden sorumlu başhekim yardımcısı, başhekim adına 112 komuta kontrol merkezi ve istasyonların işleyişini takip eder, hizmetin kesintisiz sürdürülebilmesi için gerekli uyarı ve değişiklikleri yapar. Merkez ve istasyonların nöbet listelerinin takibini yapar. Gelen öneri, eleştiri ve şikayetleri inceler, değerlendirir, sonuçta elde ettiği bilgileri gereği için başhekime sunar. Olağan dışı durum, afet hazırlıkları ve organizasyonunu acil sağlık hizmetleri şubesi ile koordineli olarak üstlenir. Gerektiğinde diğer başhekim yardımcıları ile koordinasyonu sağlar.

b) İnsan kaynaklarından sorumlu başhekim yardımcısı, merkez ve istasyonlarda çalışan tüm personelin özlük hakları, personel bilgi dosyalarının hazırlanması ve planlanmasını yapar. Personelin hizmete uyum ve motivasyonu için çalışmalarda bulunur. Personelden gelen önerileri değerlendirir, gereği için başhekime sunar.

c) Eğitimden sorumlu başhekim yardımcısı, çalışan personelin hizmet içi eğitimlerini, yeni göreve başlayan personelin uyum eğitimlerini planlar, yapılmasını sağlar ve eğitim programlarını acil sağlık hizmetleri şubesi eğitim sorumlusu ile koordine eder, şube tarafından düzenlenen eğitimlere katılımı sağlar.

d) Mali işlerden sorumlu başhekim yardımcısı, ihtiyaç duyulan araç ve malzemelerin tespiti, temini, depolanması, planlaması ve dağıtımını yapar. Hizmetin sunumundan elde edilen gelirlerin etkin planlanma ve kullanımını sağlar, gelirlerin takibini yapar.

e) Bilgi işlemden sorumlu başhekim yardımcısı. Merkez ve istasyonlar arasındaki veri transferinin, komuta kontrol merkezi teknik ve bilgi işlem alt yapısının hazırlanması, işleyişi ve geliştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşların desteği ile çalışmalar yapar. Haberleşme ile ilgili her türlü donanım ve yazılımın sistemde kullanılmasını sağlar. Kullanılan form ve kayıtların düzenlenmesini ve değerlendirilmesini, Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilen bilgilerin hazırlanması ve kontrolünü yapar.

f) Yeterli sayıda başhekim yardımcısı bulunamazsa bu görevler mevcut başhekim yardımcısı veya yardımcıları tarafından yürütülür.

g) Başhekim yardımcısı asli görevleri yanında başhekimin verdiği diğer görevleri de yapar.

h) Sorumlu olduğu alanda başhekimin bilgisi ve onayıyla hizmetin yürütülmesini sağlar.

i) Başhekimi gerektiğinde resmi toplantı ve görevlerde temsil eder.

Komuta Kontrol Merkezi Nöbetçi Sorumlu Hekimi

Madde 7. 112 Acil Sağlık hizmetlerinin 24 saat süreyle kesintisiz sürdürülebilmesi ve idare edilmesi amacıyla hizmet kapasitesi, istasyon ve hastane sayısı fazla olan illerde komuta kontrol merkezinde nöbet tutmak üzere başhekim tarafından görevlendirilirler.

a) Mesai saatleri dışında, komuta kontrol merkezi danışman hekimlerinin, çağrı karşılayıcı ve diğer personelin nöbet süresince amiridir.

b) Başhekim ve ilgili Başhekim Yardımcısının olmadığı durumlarda nöbeti süresince komuta kontrol merkezi ve istasyonlardaki işleyişin kurallara uygun ve aksatılmadan yürütülmesinden sorumludur. Başhekim ve ilgili başhekim yardımcısının yetkilerine sahiptir.

c) Komuta Kontrol Merkez ve istasyonlarda görev yapan nöbetçi personelin karşılaştıkları idari, teknik ve adli sorunlarına çözüm bulur, gerektiğinde üst amirlerini sırasıyla bilgilendirir.

d) Hastaneler arası koordinasyon ve acil hasta sevk sistemini denetler, gerektiğinde müdahale eder. Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) da alınan kararların uygulanmasını sağlar.

e) Olağan dışı durumlar ve afetlerde başhekim adına olaya müdahale eder, gerektiğinde olay yeri yönetimini yerinde üstlenir, komuta kontrol merkezi ve istasyonların olağan dışı durum formlarım (Ek-4) hazırlamasını sağlar, raporları onaylar. Üst amirlerini olayla ilgili sırasıyla bilgilendirir.

f) Başhekim ve ilgili başhekim yardımcısı tarafından görevlendirildiğinde diğer kurum ve kuruluşlarla koordinasyonu sağlar.

g) Acil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için Başhekimce verilen diğer görevleri yapar.

Komuta Kontrol Merkezi Hekimi

Madde 8. Komuta Kontrol Merkezinde işleyişin 24 saat kesintisiz sürdürülmesi için nöbet sistemi ile çalışırlar.

a) Komuta Kontrol Merkezine gelen ve çağrı karşılayıcı personelce kendisine yönlendirilen acil çağrıları Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 19. maddesine göre değerlendirir.

b) Hasta ve olay ile ilgili adres, telefon, kimlik bilgisi ve gerekirse hasta ve yaralı sayısı, olayın tipi ve oluş şekli hakkında bilgi alır. Bu bilgilerin kayıt altına alınmasını sağlar.

c) Acil olarak değerlendirilen vakaları Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 20. maddesine göre yönlendirir. Çağrının geliş ve ambulans ekibine veriliş saatlerini kaydeder.

d) Ambulans ekibi vakaya ulaşana kadar hasta, hasta yakını veya arayan kişiye gerektiğinde ilkyardım bilgileri verir.

e) Ambulansın hasta veya olay yerine ulaşıp ulaşmadığını takip eder, ulaşma saatini kaydeder.

f) Gerektiğinde emniyet, itfaiye, diğer çağrı merkezleri ve ilgili kurum ve kuruluşlarla hızlı bir iletişim kurar, iş birliği yapar.

g) Ambulans ekibi tarafından hasta veya yaralının hastaneye sevkine karar verilirse Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 22. maddesine göre organizasyon yapar. Gerektiğinde Komuta Kontrol Merkezi Nöbetçi Sorumlu Hekimini bilgilendirerek, desteğini ister.

h) Merkeze bağlı çalışan tüm ambulansların takibini yapar, ambulans görevlendirilmesinde ve organizasyonunda yetkili ve karar vericidir.

i) Olağan dışı durum ve afetlerde gelen ihbarlar doğrultusunda tüm ambulansların yönetim ve koordinasyonunu yapar. Olağan dışı durum formlarının (Ek-4) doldurulmasını sağlar, üst amirlerini sırasıyla bilgilendirir, ilk ambulans ekibi olay yerine ulaşana kadar olay yeri yönetimini üstlenir. Olay yeri yöneticisi ve üst amirlerinden gelen bilgiler doğrultusunda hareket eder.

j) Çağrı karşılayıcı personelin nöbet süresince amiridir, çalışmalarını denetler.

k) Hizmetin etkin sunumu için her türlü bilgi, doküman, donanım ve iletişim sistemlerini kullanır, kullanılmasını sağlar.

Komuta Kontrol Merkezi Çağrı Karşılayıcı Sağlık Personeli

Madde 9. Komuta Kontrol Merkezinde işleyişin 24 saat kesintisiz sürdürülmesi için nöbet sistemi ile çalışırlar ve konusunda eğitim almış sağlık personelidir.

a) Komuta Kontrol Merkezine gelen telefon çağrılarını uygun bir şekilde karşılar. Sağlıkla ilgili çağrıları komuta kontrol merkezi hekimine aktarır.

b) Hizmetin etkin sunumu için her türlü bilgi, doküman, donanım ve iletişim sistemlerini kullanır, kullanılmasını sağlar.

c) Hasta ve olay ile ilgili bilgileri kayıt altına alır. Gerektiğinde bu bilgileri komuta kontrol merkezi hekiminin bilgisine sunar.

d) Ambulansların takibi ve görevlendirilmesinde komuta kontrol merkezi hekiminin bilgisi dahilinde görev yapar.

e) Başhekim, ilgili başhekim yardımcısı, Komuta Kontrol Merkezi Nöbetçi Sorumlu Hekimi ve Komuta Kontrol Merkezi hekimi tarafından verilen diğer görevleri yerine getirir.

İstasyon Sorumlu Hekimi

Madde 10. İstasyon sorumlu hekimi İl Ambulans Servisi Başhekimliğinin teklifi, Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü, İl Sağlık Müdür Yardımcısı ve İl Sağlık Müdürü' nün uygun görüşü ile Valilik Makamından onay alınarak görevlendirilir.

a) İstasyon personelinin 1. derecede disiplin ve sicil amiridir.

b) Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi ve İl Ambulans Servisi Başhekimliği ile istasyon arasındaki iletişimi sağlar.

c) İstasyonda düzenlenen 112 İstasyon Aylık Çalışma Formu (Ek-2) ve tüm evrakları, istasyon personelinin yıllık izinlerini onaylar ve İl Ambulans Servisi Başhekimliği' ne iletir.

d) İstasyon hekimlerinin nöbet listesini düzenler, istasyon sağlık personeli ve sürücülerinin sorumluları tarafından yapılan nöbet listelerini ve yıllık izinlerini onaylar. Nöbet listelerini bir önceki ayın en geç 25. gününe kadar İl Ambulans Servisi Başhekimliği' ne iletir.

e) İstasyona ait tüm resmi belgeler ile araç-gereçlerin korunmasını sağlar veya sağlatır, istenildiğinde geri verilmesini sağlar.

f) İstasyonun her türlü kayıtlarının tutulmasını, evrakların dosyalanmasını ve saklanmasını sağlar.

g) Demirbaş eşyaların kayıt altına alınmasını, korunmasını sağlar. Ambar kayıtlarının tutulmasını, ayniyatların zamanında yapılmasını sağlar.

h) Yazışmaların kurallara uygun olmasından ve her türlü yazışmadan sorumludur Üst makamca istasyonuna verilen görevleri veya emirleri tüm personele duyurmakla yükümlüdür. Verilen görevi tevdi edeceği personeli bizzat arar ve görevlendirir. İstasyon personeli arasında telefon zinciri oluşturur.

i) İstasyonda tanımlanmış görevlerin sorumlularını seçer, bu listeyi onay için İl Ambulans Servisi Başhekimine gönderir.

j) Afet ve olağan dışı durumlarda, istasyonun doldurması gereken formların (Ek-4) nöbetçi ekip tarafından eksiksiz hazırlanması ve Başhekimliğe iletilmesini sağlar,

k) İstasyonda nöbet esnasında olan olayların yazılacağı bir istasyon nöbet defteri oluşturulmasını sağlar.

l) İstasyonun sorunlarının çözülmesi için İl Ambulans Servisi Başhekimliği ile iletişim kurar,

m) İstasyonda ihtiyaç duyulan malzemeleri tespit edip talep formu ile İl Ambulans Servisi Başhekimliğinden talep eder.

n) Sunulan hizmetin kalitesinin yükseltilmesi ile ilgili çalışmalar yapar, önerilerini Acil Sağlık Hizmetleri Şubesine iletilmek üzere İl Ambulans Servisi Başhekimliğine iletir.

o) (B) tipi istasyonlarda istasyon sorumlu hekimi, aynı zamanda entegre sağlık kuruluşunun acil servis sorumluluğunu da üstlenir. Teklifi entegre sağlık kuruluşunun Başhekimi veya sorumlusu tarafından yapılır. Entegre sağlık kuruluşundaki acil servis ve 112 ambulans hizmetlerinin uyum içerisinde ve tüm personelin koordinasyonu ve katılımı ile sürdürülmesinden sorumludur.

İstasyon Sorumlu Sağlık Personelinin Görevleri

Madde 11. İstasyon sorumlu sağlık personeli istasyon sorumlu hekiminin teklifi, il ambulans servisi başhekimliğinin onayı ile görevlendirilir. Görevlendirilen bu personel;

a) İstasyon Sağlık Personelinin nöbet listelerini ve yıllık izinlerini düzenler ve İstasyon Sorumlu Hekimine onaya sunar.

b) İstasyon Sorumlu Sağlık Personeli, istasyon sağlık personelleri arasında iletişimi düzenler.

c) İstasyon sağlık personelinin yıllık izinlerini, Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi ve İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından yapılan görevlendirmeleri düzenleyip İstasyon Sorumlu Hekim'inin onayına sunar.

d) İstasyona teslim edilen demirbaş ve sarf malzemelerinin kayıtlarını tutar, ayniyat teslim işlemlerini yürütür.

e) Ambulansın ve tıbbi malzemenin sterilizasyonu için gerekli malzeme temini sağlar.

f) İstasyon sağlık personelinin görevlerini denetler, hizmet içi eğitimlerine katılımını sağlar.

g) Yaptığı ve yapacağı çalışmalardan İstasyon Sorumlu Hekim'ine bilgi verir, onayını alır.

h) İstasyon sorumlu hekiminin verdiği diğer görevleri yapar.

i) (B) tipi istasyonlarda istasyon sorumlu sağlık personeli, aynı zamanda entegre sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık personelinin de sorumluluğunu üstlenir. Teklifi entegre sağlık kuruluşunun Başhekimi veya sorumlusu tarafından yapılır. Entegre sağlık kuruluşundaki acil servis ve 112 ambulans hizmetlerinin uyum içerisinde ve tüm sağlık personelin koordinasyonu ve katılımı ile sürdürülmesinden sorumludur

İstasyon Sorumlu Sürücüsünün Görevleri

Madde 12. İstasyon sorumlu sürücüsü istasyon sorumlu hekiminin teklifi, il ambulans servisi başhekimliğinin onayı ile görevlendirilir. Görevlendirilen bu personel;

a) İstasyon Sorumlu Sürücüsü, istasyon sürücüleri arasında iletişimi düzenler.

b) İstasyon sürücülerinin nöbet listelerini, yıllık izinlerini, İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından yapılan görevlendirmeleri düzenleyip İstasyon Sorumlu hekiminin onayına sunar.

c) Aracın muayene, trafik sigortası ve periyodik bakımlarının yapılması veya yaptırılmasını sağlar.

d) Ambulans Günlük Bakım Formu (Ek-3), Ambulans Sefer Defteri, Aylık Akaryakıt Sarf bilgilerinin eksiksiz olarak doldurulması için gerekli uyarıları yapar, eksik dolduranları saptayıp eksiklerin giderilmesini sağlar.

e) Ambulans ile ilgili sorunlarda arandığında nöbetçi sürücüden aldığı bilgileri değerlendirip İstasyon Sorumlu Hekimi' ne bildirir.

f) Yaptığı ve yapacağı çalışmalardan İstasyon Sorumlu Hekimime bilgi verir, onayını alır.

g) Ambulansın karıştığı kazalara ait kaza tutanağı, gerekli evrak ve işlemleri yapar. Başhekimliğe iletilmek üzere İstasyon sorumlu hekimine verir.

h) (B) tipi istasyonlarda istasyon sorumlu sürücüsü, aynı zamanda entegre sağlık kuruluşunda görev yapan sürücülerin de sorumluluğunu üstlenir. Teklifi entegre sağlık kuruluşunun Başhekimi veya sorumlusu tarafından yapılır. Entegre sağlık kuruluşundaki ulaşım ve 112 ambulans hizmetlerinin uyum içerisinde ve tüm sürücülerin koordinasyonu ve katılımı ile sürdürülmesinden sorumludur

i) İstasyon sorumlu hekiminin verdiği diğer görevleri yapar

İstasyon Nöbetçi Hekiminin Görevleri

Madde 13. 112 ambulans istasyonunun usulüne uygun planlama ve onay ile yayımlanmış nöbet cetveline göre görevlendirilmiş hekimdir.

a) Nöbet ekibinin amiridir.

b) Nöbeti devir alırken bir önceki nöbetinden başlayarak o günkü nöbetine kadar olan nöbet notlarını nöbet devir teslim defterinden okur, programlı bir görevlendirme olup olmadığını öğrenir.

c) Nöbeti devir alırken bir önceki nöbetçi hekimden ambulansta herhangi bir sorun ve malzeme eksikliği olup olmadığını öğrenir, var ise yetkili kişiler ile görüşerek sorunu çözer.

d) Nöbet ekibinin kılık kıyafetlerinin nöbete uygunluğunu kontrol eder, gerekli uyarılarda bulunur.

e) Nöbet ekibi ile birlikte ambulansın kontrollerini yapar, yaptırır ve Ambulans Günlük Bakım Formunun (Ek-3) doldurulmasını sağlar. Eksiklerin giderilmesini sağlar, mümkün değilse istasyon sorumlu hekimine ulaşarak gerekli bilgileri verir.

f) Ekibin her an göreve hazır olmasını sağlar.

g) Vaka dönüşünde ekip ve ambulansın yeni bir göreve hazırlığını denetler, eksikliklerin giderilmesi için nöbet ekibine gerekli talimatları verir.

h) Merkezle telsiz irtibatından birinci derecede sorumludur.

i) Nöbet devir tesliminde ve görev esnasında uyulması gereken kurallar bölümünde nöbetçi hekim için belirtilen esasların yerine getirilmesinden sorumludur.

j) Ambulansta bir arıza oluştuğunda veya kaza durumunda İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezinin bilgi ve onayı dahilinde ilgili birimler ile iletişim kurar ve işlemleri başlatır. Ambulans kaza formunun (Ek-5) doldurularak (Ek-6) da ki kaza algoritmasına göre işlemlerin yürütülmesini ve formun istasyon sorumlu hekimine ve Başhekimliğe iletilmesini sağlar.

k) Sağlık personelinin olmadığı durumlarda; demirbaş ve sarf malzemelerinin kontrolünü yapar, eksiklikleri gidermeye çalışır, aletlerin şarjını kontrol eder, şarjı eksik olanları tamamlatır.

l) Eksik veya kullanılmış olan tıbbi malzemenin teminini sağlar, sorunu çözemiyor ise İstasyon Sorumlu Hekimi' ne bildirir.

m) İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezi tarafından istasyona verilen görevlerin zamanında ve eksiksiz olarak yerine getirilmesinden sorumludur.

n) Olağan Dışı Durumlarda yapılan görevleri, rapor halinde (Ek-4) 2 nüsha olarak hazırlayıp, en kısa sürede bir nüshasını İl Ambulans Servisi Başhekimliğine iletir, diğer nüshasını istasyondaki ilgili dosyada muhafaza eder.

o) Herhangi bir nedenle nöbete gelemeyen personel varsa bu aksaklığın giderilip nöbetin devamının sağlanması için gerekli girişimleri yapar. Sorun çözülemiyorsa İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bildirir.

p) Nöbete geldiğinde istasyonda personel eksikliği varsa (izin, rapor vs. nedeni ile) hemen İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bildirir.

İstasyon Nöbetçi Sağlık Personelinin Görevleri

Madde 14. 112 ambulans istasyonunun usulüne uygun planlama ve onay ile yayımlanmış nöbet cetveline göre görevlendirilmiş sağlık personelidir.

a) Nöbeti devir alırken programlı bir görevlendirme olup olmadığını öğrenir.

b) Nöbeti devir alırken bir önceki nöbetçi sağlık personelinden herhangi bir sorun veya malzeme eksikliği olup olmadığını öğrenir, var ise nöbetçi hekim ile görüşerek sorunu çözer.

c) Nöbet devir tesliminde ve görev esnasında uyulması gereken kurallar bölümünde nöbetçi sağlık personeli için belirtilen esasları yerine getirir.

d) Aletlerin şarj durumunu kontrol eder, şarjı eksik olanların şarjını tamamlar.

e) Oksijen tüpünün doluluğunu kontrol eder, eğer boş ise doldurulması için nöbetçi hekime bilgi verir.

l) Hasta müdahale çantasının tıbbi malzeme eksikliklerini giderir. Eğer eksiklikleri gideremiyorsa nöbetçi hekime bilgi verir.

g) Tıbbi aletlerin bakımı ve sterilizasyonunu yapar.

h) Ambulansın hasta kabininin temizlik ve sterilizasyonunu yapar. Gerekirse temizlik işinde nöbetçi sürücünün desteğini alır.

i) Nöbetçi sağlık personeli sürücülük görevini de yapıyorsa nöbetçi sürücünün görevlerinden de sorumludur.

j) Nöbetçi hekimin bilgisi olmadan hiçbir şekilde istasyondan ayrılamaz.

İstasyon Nöbetçi Sürücüsünün Görevleri

Madde 15. 112 ambulans istasyonunun usulüne uygun planlama ve onay ile yayımlanmış nöbet cetveline görevlendirilmiş göre sürücüdür.

a) Nöbeti devir alırken programlı bir görevlendirme olup olmadığını öğrenir.

b) Nöbeti devir alırken bir önceki nöbetçi sürücüden araç ve teknik donanım ile ilgili herhangi bir sorun olup olmadığını öğrenir, var ise nöbetçi hekim ile görüşerek sorunu çözer.

c) Nöbet devir tesliminde ve görev esnasında uyulması gereken kurallar bölümünde nöbetçi sürücü için belirtilen esasları yerine getirir.

d) Ambulansta olan arıza saptadığında nöbetçi hekime ve istasyon sorumlu sürücüsüne bilgi verir, önerilerini sunar, nöbetçi hekimin talimatları doğrultusunda hareket eder.

e) Ambulansın yakıtının kontrolünden sorumludur. Ambulansın yakıt miktarının 1/2 deponun altına inmeyecek şekilde takviyesini yapar.

f) Ambulansın dış kısmının ve sürücü kabininin temizliğinden sorumludur ve bu temizlik günlük olarak yapılır.

g) Sağlık personeline hasta kabininin temizlenmesinde yardımcı olur.

h) Sağlık personelinin olmadığı durumlarda; oksijen tüpünün doluluğunu kontrol eder, eğer boş ise doldurtmak veya değiştirmek için nöbetçi hekime bilgi verir.

i) Nöbetçi hekimin bilgisi olmadan hiçbir şekilde istasyondan ayrılamaz.

Nöbet Devir-Teslim Esnasında Yapılacaklar

Madde 16. Merkez ve İstasyonlarda nöbet devir teslimi aşağıdaki kurallara göre yapılır.

a) Görev kıyafetleri giyildikten sonra nöbet devir alınır. Her türlü göreve Acil Sağlık Hizmetleri ile ilgili Kıyafet Genelgesinde belirlenen veya onaylanan kıyafet ile gidilir.

b) Nöbet devir-teslimi yapılmadan, nöbet mahalli terk edilemez.

c) Nöbeti teslim eden hekim; nöbet sırasında gelişen önemli olayları, bir sonraki güne ait görevlendirmeleri. Komuta Kontrol Merkezi, İl Ambulans Servisi Başhekimliği ve Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi tarafından iletilen talimatları nöbet defterine kaydeder. Nöbet ekibinin isimlerini yazar ve imzalar. Nöbeti teslim alan hekim de nöbeti teslim aldığına dair imza atar. İleri tarihlere ait görevlendirme varsa Komuta Kontrol Merkezi nöbetçi sorumlu hekimi ve İstasyon sorumlu Hekimine iletir. Nöbet defteri, İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından onaylanmış olarak istasyonlara dağıtılır.

d) Nöbetçi hekim, nöbetçi sağlık personeli, nöbetçi sürücü birlikte ambulansa kadar gidip ambulansın nöbete hazır olup olmadığını kontrol amacı ile Ambulans Günlük Bakım Formundaki tespitleri yapıp formu doldurur. Sürücü, Ambulans Günlük Bakım Formunun (A) bölümünün doldurulması ve eksiklerin giderilmesinden; Sağlık personeli oksijen tüpünün doluluk oranının kontrolü ve Ambulans Günlük Bakım Formunun (B) bölümünün doldurulması ve eksikliklerin giderilmesinden, nöbetçi hekim ise tamamının kontrolünden sorumludur.

e) Tutanak tutulmadan teslim alman her türlü malzeme sağlam ve eksiksiz olarak teslim alınmış kabul edilir.

f) Komuta kontrol merkezi malzemeleri ile ambulansın tıbbi ve teknik malzemeleri tam ve eksiksiz olarak teslim edilir.

g) Nöbet odaları düzenli ve temiz olarak teslim edilir. Hasara uğramış malzeme varsa tutanakla devir edilir.

Nöbet Esnasında Uyulacak Kurallar

Madde 17. Merkez ve istasyonlarda nöbet aşağıdaki kurallara göre tutulur.

a) Acil Sağlık Hizmetleri Kıyafet Yönetmeliğinde belirlenen veya onaylanan kıyafet ile nöbet tutulur.

b) İl Ambulans Servisi Başhekimliğinin bilgisi dışında nöbetçi ekip merkez ve istasyonu terk edemez.

c) Nöbetçi personel yerine yeni personel gelmeden nöbeti terk edemez, geç gelen ve nöbete gelmeyen personel hakkında tutanak tutulup İl Ambulans Servisi Başhekimliğine iletilmek üzere Komuta kontrol merkezi nöbetçi hekimi veya İstasyon Sorumlu Hekimine teslim edilir.

d) Nöbet esnasında gelişen olağan dışı durumlarda, nöbetçi personel nöbete devam edemeyecek durumla karşılaşırsa veya nöbeti devam ettirecek uygun personel bulunamaz ise Başhekimin ve İstasyon Sorumlu Hekiminin bilgisi ve onayı dahilinde nöbet listesindeki yedek personel nöbete gelerek devam eder. Yedek personel olarak listede adı yazılı personel her an nöbete gelecekmiş gibi hazırlıklı bulunmak zorundadır. Kendisi ile iletişim kurulabilecek durumda bulunması gerekir.

e) Herhangi bir nedenle nöbet ekibinden bir personelin (hekim, ambulans ve çağrı karşılayıcı sağlık personeli veya sürücü) nöbete devam edememe ve yerine personel bulunamaması durumunda, merkezin veya ambulansın arızalanıp o anda tamir edilemeyişi, yerine yedek ambulans verilememesi durumunda bile merkez ve istasyon terk edilemez, nöbete devam edilir.

f) İstasyon ekibi için görev verildiğinde en geç 1 dakika içinde çıkış yapmayı engelleyecek konum ve uğraşıda bulunulmaz.

g) Tüm ekip telsiz anonslarını dinlemekle yükümlüdür. Anonslar kısa, anlaşılır ve hizmetle ilgili olmalı, gereksiz görüşmeler yapılmamalı, belirlenen telsiz kodları kullanılmalıdır. Kural olarak görüşmelerde önce karşı taraf daha sonra arayan kişi veya birimin telsiz kodu anons edilmelidir. Afet ve olağan dışı durumlarda farklı illerin ekipleri birlikte görev yaptığında veya başka bir il sınırları içinde, telsiz kodunun önüne ekibin görev yaptığı ilin plaka numarası konulmalıdır.

h) Eğer ambulans göreve hazır durumda iken İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezi istasyon bölgesindeki hastayı başka istasyona verirse istasyon nöbet ekibi mutlaka İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezini hemen uyararak hastanın kendi bölgelerinde olduğunu bildirir.

i) Ambulansın istasyondan her türlü çıkışında (bakım, onarım, oksijen tüp dolumu, yakıt ikmali gibi) Komuta Kontrol Merkezi'nin onayı olmadığı takdirde nöbet ekibi eksiksiz olarak ambulansta bulunur.

j) Görev verildiğinde Komuta Kontrol Merkezi ile iletişim tam sağlanır. Hastaya ulaşıldığında telsiz anonsu ile mutlaka bildirilir. Hasta hastaneye nakledilecekse hasta ambulansa alınır alınmaz hangi hastaneye götürüleceği telsiz anonsu ile Komuta Kontrol Merkezine bildirilir. Hasta yerinde bırakılacaksa derhal Komuta Kontrol Merkezine hastaya yerinde müdahale yapıldığı ve yeni göreve hazır olunduğu bildirilir. Görev tamamlandığında vakit geçirilmeden hastanın kimlik bilgileri eksiksiz olarak Komuta Kontrol Merkezine bildirilir.

k) Vaka sonuçları verilirken Komuta kontrol Merkezine vaka sonucunu almaya uygun olup olmadığı sorulur. Uygun olduğu komuta tarafından bildirilince vaka sonucu verilir.

Görev Verildiğinde Yapılacaklar

Madde l8.

a) Görev çağrı anonsuna öncelikle nöbetçi hekim yanıt verir. Eğer bir sorun nedeniyle yanıt veremiyorsa öncelikle sağlık personeli, o da yanıt veremiyorsa sürücü çağrıya yanıt verir.

b) Görev verildiğinde hızlı bir şekilde ambulansa yönlenmeden önce açık kalması tehlike yaratabilecek elektrikli aletler ve kapılar kapatılıp istasyon emniyete alınır.

c) Nöbetçi ekip ambulansa bindikten sonra ambulans hareket eder.

d) Tepe lambaları ve sirenin çalıştırılması veya değiştirilmesi sürücünün sorumluluğunda olup bununla ilgili ekip amirinin (nöbetçi hekimin) uyarıları da dikkate alınır. Gerekmedikçe siren çalınmaz ve meskun mahallerde sürekli açık tutulmaz.

e) Megafonla gereksiz anonslar yapılmaz, eğer yapmak gerekirse saygı kuralları içerisinde uyarıcı anonslar yapılır. Göreve giderken ve hasta naklederken gerekmedikçe radyo-teyp açılmaz. Açıldığında ses ayarı telsiz anonsunu duymayı engelleyecek ve çevreyi rahatsız edecek düzeyde olamaz.

f) Ambulansta (Sürücü veya hasta kabininde) kesinlikle sigara içilmez.

g) Ambulansta hasta varsa hekim ve sağlık personeli kesinlikle sürücü kabininde oturmaz, hasta kabininde hastanın yanında bulunulur. Ambulansın hasta kabinine gerekmedikçe hasta yakını veya üçüncü şahıslar alınmaz. Ancak nöbetçi hekimin onayıyla gerektiği durumlarda hasta kabinine bu kişiler göreve engel olmayacak şekilde alınabilir. Özel durumlarda güvenlik görevlisi alınacak ise personelin korunmasını sağlayacak şekilde sürücü veya hasta kabinine alınabilir.

h) Seyir halinde iken sürücü, personeli ve ambulansı tehlikeye atmayacak şekilde güvenli bir hızla ve trafik seyir kurallarına riayet ederek ambulansı kullanır. Trafik kurallarına uymaya azami şekilde dikkat edilir. Kırmızı ışıkta ambulansın kontrollü (karşı taraf yol verirse) geçiş üstünlüğü olduğu unutulmamalıdır. Kavşaklarda mutlaka hız kesilir ve kontrollü geçiş yapılır.

i) Hastaya ulaşıldığında öncelikle personelin daha sonra ambulansın emniyeti sağlanır. Hekim ve sağlık personeli araçtan indikten sonra sürücü emniyet tedbirlerini alarak ambulansı park eder.

j) Hekim ve sağlık personeli hastanın yanma gittiğinde sürücü iletişimi sağlayabileceği konumda bulunur. Sürücü malzeme gerektiğinde gerekli malzemeleri ekip arkadaşlarına götürür ve ambulansı kilitli konumda bırakır.

k) Emniyetli bir şekilde hasta tüm ekip tarafından ambulansa taşınır. Gerekirse çevreden hastanın taşınması için yardım talebinde bulunulur. Fakat hastanın güvenli bir şekilde taşınmasından ekip sorumludur. Hasta taşınacağı sedyeye mutlaka emniyet kemeri ile sabitlenir.

1) Hasta ambulansa bindirilip tüm kapıların kapalı olduğundan emin olunduktan sonra sürücü ambulansa binip aracı hareket ettirir.

m) Hastane bahçesine ulaşıldığında sirenler kapatılır. İkaz lambaları açık kalır,

n) Hasta ambulanstan indirildikten sonra sürücü öncelikle oksijen tüpü ve açık kalan cihazları kapatır, hasta teslim edildikten sonra sağlık personeli oksijen tüpü ve cihazları tekrar kontrol eder.

o) Hasta hastaneye teslim edilirken sürücü mutlaka ambulansın başında kalır. **16.01.2024 tarih ve E-99050341-301.01-234336863 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile değiştirilmiştir.** Hastayı, ambulans ekibi sağlık kuruluşu hekimine/sorumlusuna dijital ortamda onay alarak teslim eder. Dijital sistemler üzerinden teslim edilememesi durumunda Ambulans Kayıt Formunu (Ek-1) doldurup teslim ettiği kişiye imzalatır,

p) Hastayı teslim eder etmez muayene çantasından kullanılan malzemeleri sağlık personeli tamamlar, ambulansın kaba temizliği yapılır ve yeni bir göreve hazır hale gelinir,

r) Hastaya müdahale sırasında kullanılan demirbaş malzemelerin takibinden ve korunmasından tüm ekip birlikte sorumludur.

s) Ambulansta hasta yoksa ve hastaya gidilmiyor ise kesinlikle tepe lambaları ve siren kapalı tutulur. Trafik kurallarına tam olarak uyulur.

t) Hasta hastaneye teslim edildiğinde hemen hekim vaka sonucunu İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezine verir ve yeni göreve hazır olduğunu iletir.

u) Ambulansta telsizle mutlaka hekim konuşur. Eğer arka kısımda hastaya müdahale ediyor ise sürücü veya sağlık personeli anons yapabilir.

v) İstasyona dönüş esnasında ambulansın yakıtı kontrol edilir gerekirse tamamlanması sağlanır. Yarım deponun altına inmemesine dikkat edilir. Sağlık personeli tarafından ambulansın oksijen tüpü ve diğer tıbbi malzemeler kontrol edilir eğer mümkünse istasyona dönüş esnasında bu eksikler giderilir

y) Görev dönüşünde sürücü Ambulans Sefer Defterini doldurur, nöbetçi hekime imzalatır,
z) Ambulans yeni göreve eksiksiz olarak hazır konumda ve çıkış engellenmeyecek şekilde kilitli olarak bırakılır.

aa) Ambulans ile cenaze nakli yapılmaz, ancak ambulansta ölüm olayı gerçekleştiğinde, trafik kazası, olağan dışı durum ve afetlerde, olay veya kaza mahallinden ölü veya ölülerin hastane veya ilgili morga nakilleri, adli mercilerin de onayı alındıktan sonra yapılabilir. Bunda amaç olay yerindeki cenazenin bir an önce ilgili kuruma nakledilmesi ve toplumsal duyarlılığın yerine getirilmesidir. 112 ambulansları, bunun dışında hastaneden eve, hastaneler arasında ve şehirlerarasında cenaze nakil aracı gibi kullanılamaz.

Denetim

Madde 19. Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, düzenli aralıklarla il ambulans servisinin çalışmalarını yerinde denetler ve hizmetin ilgili mevzuat hükümleri doğrultusunda çalışıp çalışmadığı hakkında hazırladığı raporu İl Sağlık Müdürlüğüne sunar. Hizmetin daha yaygın ve etkin sunumu için gerekli düzenleme, planlama ve uygulamaları İl Ambulans Servisi Başhekimliği ile birlikte yürütür.

Madde 20. Bu Yönergede bulunmayan hususlar konusunda genel hükümler uygulanır.

Yürürlük

Madde 21. Bu Yönerge yayımlandığı tarihte yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 22. Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanlığı yürütür.

3.2.5. Sağlık Bakanlığı Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehlikelere Dair Görev Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI Acil Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

Sayı : 39942531/010.04
Konu : Sağlık Bakanlığı Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehlikelere Dair Görev Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

Ülkemizde kimyasal, biyolojik, radyolojik, nükleer tehdit ve tehlikelere karşı alınacak önlemler ile yapılacak hizmetlerin yürütülebilmesi için Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı tarafından hazırlanan 03.05.2012 gün ve 28281 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehlikelere Dair Görev Yönetmeliği" ile ilgili bakanlık, kurum ve kuruluşların Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehlikelere Dair Görev Yönergesi'ni hazırlaması istenmiştir. Bakanlığımızca ''Sağlık Bakanlığı Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehlikelere Dair Görev Yönergesi" hazırlanarak ekte sunulmuştur.

Ekli Yönergenin onaylanarak yürürlüğe konulması hususunu tensiplerinize arz ederim.

Prof.Dr.Ali ÇOŞKUN
Genel Müdür

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2014
Hüseyin ÇELİK
Müsteşar Yardımcısı

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2014
Prof.Dr.Nihat TOSUN
Müsteşar

OLUR
.../.../2014
Dr.Mehmet MÜEZZİNOĞLU

EKLER:
1-KBRN Yönergesi (15 sayfa)

Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı Ayrıntılı bilgi için: 03125851446

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ KİMYASAL, BİYOLOJİK, RADYOLOJİK VE NÜKLEER TEHLİKELERE DAİR GÖREV YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM Amaç, Kapsam, Hukuki Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; ülke sınırları içinde veya dışında meydana gelip ülkeyi etkileyebilecek olan kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer tehdit ile tehlikelere karşı halkın sağlığının ve çevrenin korunması, can ve mal kaybının en aza indirilmesi için gerekli tedbirlerin alınması amacıyla; Bakanlık ve bağlı kuruluşlar merkez ve taşra teşkilatının tehlike öncesi, tehlike sırası ve sonrasına ilişkin sunulacak sağlık hizmetleri konusunda gerekli hazırlıkları yapmasını, tüm sağlık ekiplerinin hazırlık ve müdahalede yeterli olmasını sağlamak amacıyla ilgili görev ve sorumluluklarını belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge; kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer tehdit ve tehlikelere karşı Bakanlık ve bağlı kuruluşlar merkez ve taşra teşkilatı tarafından alınacak tedbirler ve yapılacak hizmetleri kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40 inci maddesine ve Başbakanlık Afet ve Acil Durumu Yönetimi Başkanlığının 03/05/2012 tarihli ve 28281 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehlikelere Dair Görev Yönetmeliğinin 12 nci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar ve kısaltmalar

MADDE 4- (1) Bu yönergede geçen;

a) AF AD: Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığını,

b) Arındırma (Dekontaminasyon) : KBRN silahları veya bunları içeren maddeler kullanıldığında çevreye yayılan tehlikeli kirliliğin devam etme ve etkilenme riskini azaltmak, tehlikeyi uzaklaştırmak ya da etkisiz hale getirmek üzere yapılan temizleme işlemlerini,

c) ASHGM: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

ç) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

d) Hastane arındırma personeli: KBRN olaylarında hastane yönetimi tarafından görevlendirilen ve eğitimi verilen, olay yerinden kendi imkânları ile hastaneye ayakta ve yatarak gelen hastaların arındırılmasındaki iş ve işlemleri yapan personeli,

e) Ilık bölge: Risk başlangıcının tespit edildiği sıcak bölge sınırından itibaren, rüzgâr üstündeki arındırma faaliyetlerinin yürütüldüğü ve bu faaliyetler nedeniyle kirlenme riski bulunan sıcak ve soğuk bölge arasındaki çalışma alanını,

f) İl ADM: İl Acil ve Afet Durum Müdürlüğünü,

g) İlk müdahale ekipleri: Olay bölgesinde tespit, bomba imha, kurtarma, arındırma, itfaiye, acil tıbbi müdahale, ilk yardım ve ambulans gibi acil müdahale hizmetlerini yürüten ekipleri,

ğ) İl sağlık afet ve acil durum planı: Yurtiçinde meydana gelen afet ve acil durumlarda il düzeyinde tıbbi kurtarma hizmetleri ve acil sağlık hizmetlerini yürütmek, afetlerde sunulacak sağlık hizmetlerini ilgili taraflarla işbirliği ve koordinasyon içinde yürütülebilmesi için gerekli organizasyonu sağlamak afetlere yönelik zarar azaltma ve hazırlık çalışmalarını, müdahale aşamasını, iyileştirme ve yeniden yapılanma çalışmalarının yapılmasını,

h) KBRN: Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleeri,

ı) KBRN riski: Kitle imha silahlan, KBRN harp maddeleri ve tehlikeli endüstriyel maddeler ile bu nitelikteki tehlikeli atıkların kasten veya hata sonucu, çevre ve insan sağlığına zarar verme olasılığını ve zararın ciddiyet derecesini,

i) KBRN tehdit ve tehlikeleri: Petrol kirlenmeleri ve salgın hastalıklar hariç olmak üzere; kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer maddeler, KBRN harp maddeleri ve tehlikeli endüstriyel maddeler ile bu nitelikteki tehlikeli atıkların araştırılması, üretimi, işlenmesi, depolanması, nakledilmesi, kullanılması ve atık olarak işlem görmesi sırasında gerekli önlemler alınmadığında, çevre ve insan sağlığını tehdit eden tehlike durumlarını, kitle imha silahlarının etkileri ile bu silah ve maddelerle yapılan kaçakçılık, terör ve sabotaj eylemlerini,

j) Olağan dışı durum: Yaralanma sayısı en az 5 ve ölü sayısının en az 1 olduğu durumu, k) SAKOM: Sağlık Bakanlığı Sağlık Afet Koordinasyon Merkezini,

1) SHGM: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

m) Sıcak bölge: Risk başlangıcının tespit edildiği eşik değerden itibaren, rüzgâr altında kalan, çevreyi ve yaşamı tehdit eden tehlikeli bölgeyi,

n) Soğuk bölge: Ilık bölge sınırından itibaren, rüzgâr üstünde, ilk müdahale ekiplerinin konuşlandığı, acil tıbbi müdahale ve ambulans hizmetlerinin verildiği bölgeyi,

o) SYGM: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğünü,

ö) Uluslararası giriş noktası: Yolcu, yolcu eşyası, yük, konteynır, taşıt, mal ve posta paketlerinin uluslararası giriş çıkışı ve aynı zamanda bunların giriş çıkışlarına hizmet eden aracılar ve bölgeler için olan geçiti,

p) UMKE: Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerini,

r) TAEK: Türkiye Atom Enerjisi Kurumunu,

s)) THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu,

ş) THSSGM: Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünü,

t) TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunu,

u) TSM: Toplum Sağlığı Merkezini,

ü) Türkiye afet müdahale planı: Başbakanlık AF AD koordinatörlüğünde hazırlanan Türkiye'de yaşanabilecek her tür ve ölçekte, afet ve acil durumlara müdahalede görev alacak, bakanlık, kurum ve kuruluşlar, özel kuruluşlar, STKTar ve gerçek kişileri kapsayan planı, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM Genel Esaslar, Görev, Yetki ve Sorumluluklar MADDE 5- (1) Bakanlığımız adına KBRN tehdit ve olaylarına bağlı acil, afet ile olağan dışı durum çalışmaları merkez teşkilatımızda ASHGM tarafından yürütülür.

(2) Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile Bakanlık bağlı kuruluşları bu Yönergede kendilerine verilen görevleri yerine getirmekten ayrı ayrı sorumludur.

(3) Bakanlık ülkenin tamamının sağlıkla ilgili tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşları, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve gönüllüler arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlar. Genelkurmay Başkanlığı ile ilişkiler sivil asker işbirliği çerçevesinde yürütülür.

(4) Olası bir KBRN olayının afete dönüşmesi durumunda; Türkiye Afet Müdahale Planı ile İl Sağlık Afet ve Acil Durum Plam'nda belirtilen hizmet grupları, kendileriyle ilgili görev ve hizmetleri yerine getirirler. Bu Yönerge ile görev verilen kurum ve kuruluşlar, ilgili planlarda kendilerine verilen hazırlıklarla görevleri diğer kurum ve kuruluşlarla birlikte ve koordineli olarak, etkin ve süratli bir şekilde yerine getirirler.

(5) Sorunların çözülmesi ve ihtiyaçların karşılanmasına yönelik çalışmalar öncelikle ilgili kurum ve kuruluşların imkânları ile yürütülür. Kurumlar kendilerinin bizzat kullanmakla yükümlü olduğu ilaç, sarf ve donanımları kendileri alır (KBRN koruyucu kıyafet, maske vb. gibi) İlgili kurum ve kuruluşlar, hazırlık ve müdahale faaliyetlerine yönelik görevlerini işbirliği ve koordinasyon ile yerine getirirler.

(6) Tehdit ve tehlikenin meydana geldiği bölgede sağlık hizmetinin yerine getirilmesinde ildeki sağlık kurum ve kuruluşların imkânları yetersiz kaldığında Bakanlık SAKOM'dan yardım talebinde bulunulur.

(7) Bu Yönerge ile görev verilen sağlık kurum ve kuruluşları, KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı yürütecekleri hizmet ve faaliyetlere ilişkin olarak kendi görev ve çalışma talimatlarını hazırlayarak, her an göreve hazır bir şekilde bulunurlar.

(8) Bu yönerge ile sağlık personelinin görev ve sorumluluk yeri soğuk alan olup, her türlü iş ve işlem soğuk bölgede yapılacaktır. Sağlık ekibi numune almada sıcak ve ılık alanda görevlendirilemez. Ülkenin tüm sahalarında, ulusal giriş noktalarındaki ılık bölgelerde yapılacak olan arındırma işlerinde sağlık personeli yer almaz.

(9) Arındırma işlemi yapmak için gerekli kıyafet ve donanımlar, bu işlemi yapan birim tarafından temin edilir. Arındırma yapılmamış kişilerin kullandıkları araç, donanımlar alıkonularak, arındırma işlemi yapacak kurum tarafından işlemin yapılması sağlanır.

(10) Sağlık kurumlan her türlü arındırma işlemlerinin yapılması konusunda (kişi, araç, donanım vb.) ilgili kolluk birimine gerekli başvuruları yaparak, gerekli güvenlik önlemlerinin alınmasını temin ederler. Gerektiğinde (KBRN ajanlarından etkilenmiş ancak arındırmaya direnen, yaptırmak istemeyen kişiler için) arındırma işlemlerinin kolaylaştırılması için kolluk güçlerinin gerekli önlem ve tedbirleri almasını sağlarlar.

Görev, Yetki ve Sorumluluklar

MADDE 6- (1) Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü;

a) KBRN tehdit ve tehlikelerini değerlendirerek, İlin ilk müdahale ekiplerinin göreve sevk edilmesini il sağlık müdürleri üzerinden koordine eder.

b) KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı acil yardım ve ambulans servislerinin, acil tıbbi müdahale (UMKE) ekiplerinin eğitimlerini ve hazırlıklı olmalarını sağlar.

c) İl Sağlık Müdürlüğü ile koordineli olarak, görevli personelin KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı eğitim ihtiyacının belirlenmesi, verilmesi ve tatbikatlarını planlayarak yapılmasını sağlar.

ç) Ülkeye giriş sağlanan uluslararası giriş noktalarında bulaşıcı ve salgın hastalık riski olan şüpheli kişi, taşıt ve/veya maddelerle ilgili gerekli tedbirlerin THSSGM ve THSK ile birlikte alınmasını, ilgili uluslararası giriş noktasının mülki amirliği ve THSSGM ile koordinasyon içinde yürütülmesini sağlar.

d) Her türlü saha veya uluslararası giriş noktalarından hiçbir yaralı, hasta, şüpheli kişilerle ölülerin arındırma işlemi yapılmamış olanları sıcak ve ılık alandan dışarı çıkarılamaz.

e) Ambulans servisleri arındırma yapılmamış (dekontamine olmamış) hiçbir hasta, yaralı ya da KBRN ajanı ile bulaşı şüphesi olan vaka taşınmasında kullanılmaz. Sağlık ekipleri arındırma işlemi yapılmamış yaralı-hasta, KBRN ajanı ile bulaşı şüphesi olan kişilere müdahale edemez. KBRN ajanları ile etkilenmiş olsa dahi ambulansla ölü taşınamaz.

f) KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı tespit, teşhis ve arındırma hizmetleri, AF AD koordinatörlüğünde il bünyesindeki ilgili kamu ve özel kurum ve kuruluşların sorumluluğunda yürütülür.

g) Spesifik antidotu bulunan toksik maddeleri belirler, bunların bulunduğu kurumların ve miktarlarını Zehir Danışma Merkezi aracılığı ile takip eder.

ğ) Antidot ihtiyacı bildiren sağlık kurumlarmı uygun merkezlere yönlendirir.

h) Zehir Danışma, SAKOM ve il ambulans servislerinden gelen verileri değerlendirerek gelen bildirimler üzerinden erken uyarı sistemlerini oluşturur.

ı) Yurt içi ve dışındaki riskleri izler, bölgesel ölçüm değerlerini ilgili kurumlardan ister ve takibini yapar ve komuta merkezlerinden gelen verilerle birleştirerek, gerektiğinde erken uyarıyı başlatır.

i) İklimsel değişiklikleri izler, riskli durumları belirler ve THSK ile birlikte riskli kişi ve grupların uyarılmasını ve önlemlerin alınmasını koordine eder.

j) Yılda bir ulusal düzeyde tatbikat planlamasını; 2 yılda bir coğrafi bölgede tatbikat yapılmasını sağlar.

k) Yönerge kapsamındaki olayların izlenmesi, ilgili kurumlardaki sağlık bilgilerinin temini, lojistik ve destek işlemleri ile gerekli sağlık güçlerinin hareketlerini izlemek, sonuçlarını değerlendirmek, müdahale potansiyelleri ile hizmetin devamlılığını sağlamak amacıyla gerekli donanımlar kullanılarak Afet Karar Destek Sitemleri Yazılımı ve KBRN Araştırma İzleme ve Değerlendirme Merkezi koordineli olarak çalışır. Bu merkezde biri afet epidemiyolojisi uzmanı olmak koşulu ile en az 3 kişi görevlendirilir.

(2) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu;

a) KBRN tehdit ve tehlikelerini ASHGM ile koordine ederek, kendi görev ve sorumluluk alanı içindeki müdahale ekiplerinin soğuk alandaki göreve sevk edilmesini sağlar (entegre hastane, TSM, ASMTerde). Sorumluluk alanı içindeki personelin gerektiğinde soğuk alanda çalışmasını sağlar.

b) ASHGM ile koordineli olarak, KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı görevli personelinin hizmet içi eğitimlerinin (içerik ve müfredatı ASHGM yürütücülüğünde hazırlanan standart dokümanlarla) yaptırılmasını sağlar.

c) İlgili birimlerce uygun şekilde gönderilen kimyasal ve biyolojik numune analizlerinin halk sağlığı, kamu, özel kurum ve kuruluş, üniversite laboratuvarları veya Bakanlıkça belirlenen laboratuvarlarda yaptırılmasını sağlayarak raporlandırılmasmı ASHGM'ye de gönderilmesini koordine eder.

ç) Ülkeye giriş sağlanan uluslararası giriş noktalarında bulaşıcı ve salgın hastalık riski olan şüpheli kişi, taşıt ve/veya maddelerle ilgili gerekli tedbirlerin ASHGM koordinatörlüğünde THSSGM Sağlık Denetleme

Merkezleri ile birlikte alınmasını, ilgili uluslararası giriş noktasının Mülki Amirliği, THSSGM ve İl Sağlık Müdürlüğü ile koordinasyon içinde yürütülmesini sağlar.

d) KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı halkın hijyen ve arındırma kurallarına uyması, temiz içme suyu ile gıda maddelerinin saklanması ve korunması hususunda bilgilendirme faaliyetlerinin ilgili kurum kuruluşlarla yürütülmesini koordine eder.

e) KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı bağışıklık sisteminin geliştirilmesi amacıyla aşı, önleyici ve tedavi edici ürün veya ilaçları önceden temin eder, stoklar ve ihtiyaç bölgelerine sevk ederek dağıtımını sağlar.

f) İlgili birimlerce uygun şekilde gönderilen biyolojik numunelerin analizlerinin halk sağlığı, kamu, üniversite laboratuvarları veya Bakanlıkça belirlenen laboratuvarlarda yaptırılmasını sağlar.

g) KBRN tehdit ve tehlikelerine yönelik olarak sağlık personeli sıcak ve ılık bölgede görev yapmayacaktır. Ancak tehdit ve tehlike bölgesinden bir şekilde hastaneye ulaşan KBRN ajanlarından etkilenmiş veya etkilendiğinden şüphelenilen kişiler hastanelere ulaştıklarında Kurum hastanelerinden buna göre önlem almasını ister, THSK'ya bağlı hastaneler genel korunma önlemlerini alır.

ğ) KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı tespit, teşhis ve arındırma hizmetleri, AF AD koordinatörlüğünde il bünyesindeki ilgili kamu ve özel kurum ve kuruluşların sorumluluğunda yürütülür. Sıcak alanda etkenin tanısı İl AFAD'a aittir.

h) Olaydan etkilenmiş ve temaslı kişilerin bulunması, izlenmesi ve değerlendirilmesini sağlayarak, riskin yayılmanı önleyecek tedbirler alır.

ı) Etkilenmiş kişilerin tedavilerinin tamamlanmasının ardından etkilenim durumlarının uzun süreli sonuçlarını izleyecek sürveyans sistemlerini kurar.

i) Çevreye yayılım göstermesi olası durumlarda buradaki yiyecek ve su kaynaklarının etkilenimleri sürekli ölçümlerle takip edilecek, risk oluşturması durumunda Bakanlık ve Başbakanlığın bilgisi dahilinde, insanların yerel ve bölgesel tahliye planları devreye alınacaktır.

j) Olaydan doğrudan etkilenen ve dolaylı olarak etkilenmesi muhtemel kişilerin psikososyal destek hizmetleri ile sağlık hizmetlerini alacakları yer ve koşulların sağlanması temin edilecektir. Bu kişilerin diğer gereksinimleri (eğitim, ulaşım, barınma ve iaşe gibi diğer) ilgili Bakanlıklar tarafından temin edilecektir.

(3) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu;

a) KBRN tehdit ve tehlikelerini değerlendirerek, ilk müdahale ekiplerinin sahada (sahra hastanelerinde) ve hastane içinde-bahçesinde göreve sevk edilmesini koordine eder.

b) KBRN tehdit ve tehlikelerinden etkilenenlere yönelik tıbbi müdahale yapılabilmesi için, tam donanımlı seyyar hastanelerin ASHGM ile koordine ederek kurulmasını ve işletilmesini sağlar.

c) ASHGM ile koordineli olarak, KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı görevli personelinin hizmet içi eğitimlerinin (içerik ve müfredatı ASHGM yürütücülüğünde hazırlanan standart dokümanlarla) yaptırılmasını sağlar.

ç) KBRN tehlikelerinden etkilenecekler için İl Sağlık Müdürlükleri tarafından seviyelendirilen hastanelerden 1. seviye olanlar genel önlemleri, 2. ve 3. seviye olanlar ise arındırma üniteleri ve izolasyon odaları kurarak KBRN usul ve esaslarına göre teşhis ve tedavilerini yürütürler.

d) Olaylardan etkilenenlerin belirlenen hastane veya sağlık merkezlerinde tedavi ve bakımlarının (arındırma yapıldıktan sonra) yapılmasını sağlamak üzere izole servis ve odaları hazırlar, tedavi ve korunma ile ilgili gerekli önlemleri alır.

e) Olay bölgesinden kontrolsüz olarak hastanelere gelebilecek kişilerin arındırılması için İl bazında belirlenecek hastanelerde gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlar.

f) Tehdit ve tehlike bölgesinden arındırılmadan bir şekilde TKHK'ya bağlı hastanelere ulaşan kişilere acil servisin yakınlarında (acil servisle bağlantısı olmayan mesafede), acil servise giden hasta/hasta yakım/personel/halkın etkilenmeyeceği mesafede arındırma işlemlerini "C" tipi kıyafet giymiş en az 2 (iki) hastane arındırma personeli (yedekli sistem şeklinde çalışacaktır) tarafından uygulanmasını sağlar. Gerektiğinde bu işlemin 24 saat sürdürülecek şekilde personel görevlendirmesini sağlar.

g) Tedavisi tamamlanan kişilerin uzun süreli durumlarının izlenmesi için THSK'ya bildirir.

ğ) Hastaların üzerinden çıkan etkilenmiş materyallerin ölçümlerini sağlamak üzere Halk Sağlığı Laboratuvarlarına gönderilmesini sağlar.

h) Hastaların tedavi ve bakımları sırasında ortaya çıkan atıklarının diğer atıklara ve kanalizasyona karışmasını önleyecek tedbirleri alır.

ı) Her bir hastanenin 2 yılda bir bu konuda tatbikat yapmasını sağlar.

i) Aynı olaydan etkilenenlerin tek bir hastaneye yönlendirilmesine yönelik önlem, alır ve il ambulans servisi üzerinden iletişimi sağlar.

(4) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü;

a) KBRN tehdit ve tehlikelerini değerlendirerek, ilk müdahale ekiplerinin (özel, üniversite hastane içinde-bahçesinde) göreve sevk edilmesini koordine eder.

b) ASHGM ile koordineli olarak, KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı görevli personelinin hizmet içi eğitimlerinin yaptırılmasını sağlar.

c) KBRN tehlikelerinden etkilenecekler için İl Sağlık Müdürlüğü tarafından seviyelendirilen hastanelerden 1. seviye olanlar genel önlemleri, 2. ve 3. seviye olanlar ise arındırma üniteleri ve izolasyon odaları kurarak KBRN usul ve esaslarına göre teşhis ve tedavilerini yürütürler.

ç) Olaylardan etkilenen hasta ve yaralıların belirlenen hastane veya sağlık merkezlerinde tedavi ve bakımlarının (arındırma yapıldıktan sonra) yaptırılmasını koordine eder.

d) Olaylardan etkilenen veya yaralanan şahısların üniversite veya askeri hastanelerde bakım ve tedaviler ile gerekli düzenlemelerin yapılması açısından ilgili birimlerle koordineyi sağlar.

f) SHGM görev alanına giren sağlık kurumlarının bu konuda gerekli tedbirleri alması için gerekli yazışmaları yapar. Birimler bazında alman tedbirlerin düzeyleri ve etkinliği hususlarında ASHGM' nü bilgilendirir. Yönergede belirtilen tedbirleri almayan kurumlan ikaz ederek, yerine getirmeleri hususunda gerekli uyarıları yapar. Maddi nedenlerle yerine getiremeyen kurumlan destekler, kaynak sağlanması hususunda gerekli tedbirleri alır.

(5) Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu:

a) KBRN tehdit ve tehlikelerini ASHGM ile değerlendirerek, görev alanı ile ilgili ekiplerinin göreve sevk edilmesini koordine eder.

b) Tehdit veya tehlikenin türüne göre, Başbakanlık AF AD ile işbirliği içinde, yöre halkı için gerekli olabilecek önleyici ve tedavi edici aşı, serum, antidot ve ilaçların temini ve dağıtımının sağlanmasında koordinatörlük görevini THSK ile birlikte yürütür.

(6) Türkiye Hudut Sahilleri Sağlık Genel Müdürlüğü;

a) Uluslararası giriş noktalarında KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı hazırlıklı bulunmak için her giriş noktasına özel Acil Durum Planları hazırlanmasını, güncellenmesini ve test etmek için tatbikatlar yapılmasını sağlar.

b) Uluslararası giriş noktalarında tehdit ve tehlikelere karşı kontrol önlemlerinin alınmasıyla ilgili tavsiyelerde bulunur, gerektiğinde kontrol önlemlerinin alınmasını sağlar ve koordine eder.

c) Uluslararası giriş noktalarında KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı ilgili istatistiki veri/bilgiyi her türlü kaynaktan temin eder, doğrular, seçer, önceliklendirir, risk değerlendirmesi ve izleme faaliyetlerini yürütür, ilgili taraflara iletir, sonuçları ile ilgili geri bildirimde bulunur.

ç) Uluslararası giriş noktalarında KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı hazırlıklı bulunmak için İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü ile koordineli olarak, ilk müdahaleyi sağlamak amacıyla Uluslararası giriş noktası güvenlik, itfaiye ve diğer teknik personelinden oluşan ilk müdahale ekiplerinin kurulması çalışmalarını ilgili giriş noktası mülki amirliği vasıtasıyla takip eder.

d) Gerektiğinde yurt dışından gelen kişi, taşıt ve/veya maddelerin karantinaya alınmasını ve uygun şekilde ilgili birim veya hastaneye nakilleri için gerekli koordinasyonu sağlayarak, şüpheli durumların yayılımını kontrol altına alır.

e) Uluslararası giriş noktalarında KBRN tehdit ve tehlikeleri ile ilgili tespitlerini Komuta Kontrol Merkezlerine bildirerek, tüm sağlık kurumlarının hazırlıklı olması için ilk uyarıyı başlatır.

(7) Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü;

a) TKHK'ya bağlı hastanelerin arındırma ünitelerinin ve izolasyon odalarının yapılması ile ilgili iş ve işlemlerini koordine eder.

b) ASHGM'nin, İl Sağlık Müdürlükleri ve Sağlık Kurumlarının konuyla ilgili yapmak zorunda oldukları yatırımları birlikte planlar, kaynak temin ederek, eksikliklerinin giderilmesini temin eder.

(8) Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü;

a) Bu yönergede belirtilen durumlarla ilgili olarak, ASHGM tarafından görevlendirilen tüm personel ikinci görev ile görevlendirilmiş sayılır, bu durum için herhangi bir yazışmaya gerek kalmadan göreve gitmeleri sağlanır. Görev yoluk iaşe ve ibateleri için İl Sağlık Müdürlükleri yetkilendirilmiş sayılır.

(9) İl Sağlık Müdürlükleri;

a) İllerde KBRN ajanlarıyla etkilenimde alınacak tedbirler ve müdahaleler konusunda yetkili olup, iş

ve işlemlerin koordinatörlüğünü yürütür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM KBRN Eğitimleri ve Tatbikatlar, Koordinasyon, Personel ve Raporlar

Eğitici eğitimleri

MADDE 7- KBRN eğitici eğitimleri Genel Müdürlükçe verilir. Eğitim 5 (beş) gün sürer. Katılımcı sayısı en az 15 en fazla 30 kişi olmalıdır. Eğitimde Genel Müdürlükçe hazırlanan standart eğitim içeriği kullanılır. İçeriğin değişmesi gerektiğinde bu işlem Bakanlıkça oluşturulacak bir komisyon tarafından yapılır. 3 yılda bir günlük yenileme eğitimi yapılır.

Uygulayıcı eğitimleri

MADDE 8- KBRN uygulayıcı eğitimleri İl Sağlık Müdürlüğü Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi/Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi (şube bünyesindeki afet biriminden) tarafından verilir. Eğitim 3 (üç) gün sürer. Katılımcı sayısı en az 10 en fazla 30 kişi olmalıdır. Eğitimde Genel Müdürlükçe hazırlanan standart eğitim içeriği kullanılır. İçeriğin değişmesi gerektiğinde bu işlem Bakanlıkça oluşturulacak bir komisyon tarafından yapılır.

Personel eğitimi ve tatbikatlar

MADDE 9- (1) İlgili kurum ve kuruluşlar personelin eğitimi (ASHGM'nce sağlanan standart eğitim modülü) için KBRN tatbikatları düzenler, bu alanda düzenlenen tatbikatlara katılım sağlar. Bu tatbikat ve sonuç raporlarından ASHGM'yi haberdar eder.

(2) Kurumların irtibat kişileri, mesleki konumları ve iletişim numaraları ile internet bağlantıları belirtilmeli, ayrıntılı olarak önceden görevlendirilmeleri ve yetkilendirilmeleri sağlanır.

(3) Ulusal veya uluslararası KBRN eğitimleri ASHGM tarafından koordine edilir. Kurumların kendi eğitimlerini ve eğitim alanları ASHGM'ye veya KBRN bilim/danışma kuruluna bildirmesi gerekir.

(4) Bu eğitimleri alan kişiler, daha sonra görev aldıkları diğer kurumlarda da öncelikle aynı görevlerde görevlendirilir.

Genel koordinasyon

MADDE 10- (1) Ülkede meydana gelen tüm KBRN olayları ile ilgili olarak genel koordinasyon ASHGM'ce sağlanır.

Olay yeri koordinasyonu

MADDE 11- KBRN tehdit ve tehlikesinde olay yeri yönetimi ve koordinasyonu; kimyasal olaylarda Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ekipleri, biyolojik olaylarda Bakanlık ekipleri, nükleer ve radyolojik olaylarda ise TAEK Başkanlığınca yürütülür. TAEK yetkilisinin olmadığı il ve bölgelerde il valiliği tarafından görevlendirilecek bir mülki amir tarafından olay yeri yönetimi yapılır. Genel Koordinasyon AF AD tarafından yürütülür.

Personel görevlendirme

MADDE 12- (1) Olası bir KBRN tehdit ve tehlikesi durumunda SAKOM'da SAKOM personeli, İl SAKOM'da İL SAKOM personeli hizmet verecek şekilde planlanır. İl'e gerektiğinde diğer kamu ve özel kurum ve kuruluşlarından personel sağlanır.

(2) Olası bir KBRN tehdit ve tehlikesine göre, "Türkiye Afet Müdahale Planı"nda belirtilen esaslar çerçevesinde ilgili birimlerin personelinden yeteri kadar görevlendirme yapılır.

Raporlar

MADDE 13- (1) Herhangi bir KBRN tehdit ve tehlikesi durumunda, SAKOM'un etkin bir şekilde görev yapmasını sağlayacak bilgi, haber ve istihbaratın zamanında ve yeterli ölçüde alınarak, Başbakanlık ve/veya Bakanlıklar Afet ve Acil Durum

Yönetim Merkezine ve İl SAKOM'a akışı sağlanır.

(2) KBRN olayları ile ilgili gönderilecek raporlar şunlardır:
a) Nükleer ve Radyolojik Tehlike Durum Raporu (EK-1)
b) Kimyasal ve Biyolojik Tehlike Durum Raporu (EK-2)

(3) KBRN tehdit ve tehlike emarelerinin baş göstermesinden itibaren afet ve acil durum halinin sona ermesine kadar Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezlerine bu raporlar hazırlanarak ve aralıklarla güncellenerek gönderilir.

(4) İlgili birimler üst makamlara gönderdikleri KBRN raporlarının bir örneğini de, İl SAKOM'a göndereceklerdir. Sonuç Raporları, ülkenin ve il'in genel durumunu yansıtacak şekilde, İl SAKOM tarafından düzenlenerek, Merkez SAKOM' a, Merkez SAKOM' da AF AD Başkanlığına gönderir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM Çeşitli ve Son Hükümler

Araç, gereç ve teçhizat

MADDE 14- (1) Bakanlıkça belirlenecek ve yayınlanacak olan ''KBRN hizmetlerinde kullanılacak araç, gereç ve malzeme listesi" esas alınarak, ihtiyaç sahibi kurum ve kuruluşlarca kendi bütçelerinden sağlanan mali kaynaklarından temin edilir.

(2) İlgili kurumlarca ihtiyaç duyulan özel görev ekipman ve malzemeleri, Bakanlık onayı alınarak belirlenir ve miadlı malzemeler lüzumu kadar temin edilir.

(3) Kurum ve kuruluşlar ilgili mevzuat gereği, görev alanları itibariyle hizmet koşullarına uygun gerekli araç, gereç ve teçhizatı her an hizmete hazır bir şekilde bulundurur. Hizmetin sunumu sırasında kurumun imkân ve kapasitesini aşan olaylarda ihtiyaç duyulan araç, gereç ve teçhizat Bakanlık kanalıyla temin edilir.

(4) Kurum ve kuruluşlar gereksinim duyulan araç-gereç ve teçhizatı, Bakanlığa bildirir ve merkezi planlama sonrasında onay verilen miktardaki malzemenin alimini gerçekleştirir.

Bütçe

MADDE 15- (1) Kurum ve kuruluşlar, bu Yönergede kendilerine verilen görevlerle ilgili ihtiyaç duydukları harcamalar için bütçelerine gerekli ödeneği koymakla sorumludur.

(2) KBRN tehlikesi içeren acil durumlarda, ihtiyaç duyulacak malzemelerin alımı ve yapılacak harcamalar 06/03/2011 tarihli ve 27866 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Afet ve Acil Durum Harcamaları Yönetmeliği'nde belirtilen usul ve esaslara göre yapılır.

KBRN numunesi taşıma

MADDE 16- Biyolojik tehlike durumunda; tehlikenin kaynağını oluşturan maddelerin tespit ve teşhisi için İl Sağlık Müdürlüğü ekiplerince numuneler alınarak bu ekiplerce yeterli korunma önlemleri alınır ve uygun taşıma koşulları altında laboratuvarlara sevk edilmesi sağlanır.

Ölülere (cesetler) müdahale

MADDE 17. (1) Ölülerin(cesetler) ılık alanda arındırma işlemi yapıldıktan sonra ölüm kararı, soğuk alanda sağlık ekiplerinde görev yapan doktorlar tarafından verilir.

(2) Otopsi, arındırma işlemi yapıldıktan sonra Adli tabiplik görevlileri tarafından C tipi kıyafet giyerek adli tabip tarafından yapılır. Cumhuriyet Savcısı da aynı şekilde önlemlerle otopside bulunabilir. Cesetler karbon esaslı ceset torbasında gömülme alanına görevli kurum tarafından götürülür.

Denetim

MADDE 18- (1) Bu Yönerge gereğince yapılacak iş ve işlemlerin yerine getirilip getirilmediği merkezde ASHGM'ce, taşrada İl Sağlık Müdürlüklerince kurulan bir ekip tarafından denetlenir.

Yürürlük

MADDE 19- Bu Yönerge yayımı tarihinden itibaren yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 20- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

TARİH VE SAYISI :

NÜKLEER VE RADYOLOJİK TEHLİKE DURUM RAPORU

1. AMAÇ:

Ülkenin herhangi bir yerinde meydana gelen tehlikeli durum hakkında ilgili makamları bilgilendirmektir.

2. GÖNDEREN MAKAM:

3.3. GENELGELER

3.3.1. Hasta Sevk Süreçlerinin Koordinasyomu Genelgesi (2025/5)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : Z-11045126-010.06-
Konu : Hasta Sevk Süreçlerinin Koordinasyonu

GENELGE
2025/5

Bilindiği üzere 11/5/2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde; acil sağlık hizmetlerinin yurt sathında eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak maksadıyla, sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti ile ilgili olan bütün kurum ve kuruluşların uymakla mükellef oldukları esaslar ile bu kuruluşlar arasında koordinasyon temin edilmesine ve Bakanlık tarafından yürütülecek olan acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esaslar düzenlenmiştir. Mezkûr Yönetmeliğe dayanılarak hazırlanan ve 13/9/2022 tarihli ve 31952 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe konulan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde ise yataklı sağlık tesislerinde acil servislerin, çağın gerekleri ile günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak geliştirilmesi, personel ve hizmet kıstasları ile fiziki şartların, tıbbi teknoloji ve donanımın asgari standartlarının belirlenmesi, hastane öncesi acil sağlık hizmetleriyle etkin olarak koordinasyonun sağlanması, yataklı sağlık tesisinin statüsüne, hizmet verilen bölgenin ihtiyaç ve şartlarına göre seviyelendirilmesi, triyaj işlemleri, tedavi süreçleri ile konsültasyon, yatış, sevk ve nöbet hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir.

Bu kapsamda, acil sağlık hizmetlerinin kesintisiz, hızlı ve etkin bir şekilde sunulabilmesi için hasta sevk süreçlerinin düzenli, uygun, koordineli ve iş birliği içinde yürütülmesi büyük önem arz etmektedir. İl dışı nakil süreçlerinin daha etkin yönetilmesini sağlamak amacıyla kurulan Koordinatör İl Dışı Nakil Masalarının işleyişine yönelik olarak, sağlık tesislerinin aşağıda belirtilen hususlara azami dikkat göstermesi ve sevk süreçlerinin bu esaslar doğrultusunda yürütülmesi gerekmektedir.

Bu itibarla;

1) Sevk süreçlerine ilişkin tüm işlemler yalnızca Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS) üzerinden yürütülmeli, hasta ile ilgili tüm bilgi paylaşımı, değerlendirme, ret ve kabul işlemleri sistem üzerinde kayıt altına alınmalıdır.

2) Sevk edilen, iptal edilen veya yer bulunarak çözümlenen tüm vakaların durumu, vakit kaybetmeden ASOS üzerinden güncellenerek kapatılmalıdır.

3) Sevk süreçlerinin sağlıklı yürütülebilmesi ve hasta yönlendirmelerinin etkin şekilde yapılabilmesi için sağlık tesislerine ait yatak doluluk durumu, ventilatör ve kuvöz gibi yoğun bakım ekipmanları ile hekim çalışma, nöbet ve icap listeleri güncel tutulmalıdır. Bu bilgiler, ilgili sistemlere eksiksiz ve düzenli şekilde işlenmeli, olası aksaklıkların ve iletişim sorunlarının önüne geçilmesi adına sıkı kontrollerle doğruluğu sağlanmalıdır.

4) Tüm hasta sevk süreçleri, Sağlık Komuta Kontrol Merkezi (SKKM) koordinasyonunda yürütülmeli ve otomasyon sistemleri üzerinden kayıt altına alınmalıdır.

5) Sevki yapılan hastanın sorumluluğu, tedavisinin gerçekleştirileceği bir sağlık tesisine kabulü sağlanana kadar sevki yapan sağlık tesisindedir. Hastanın sevk edildiği sağlık tesisi, hastanın kabulü için gerekli tedbirleri almak ve bekletmeksizin tedavisini başlatmak ile yükümlüdür. Acil serviste sevk için bekleyen hastanın sorumluluğu, sevk kararı veren branşın acil servis nöbeti tutması halinde ilgili nöbetçi tabibe, nöbetçi tabip bulunmayan durumlarda ise konsültan tabibe aittir. Hastanın başka bir sağlık kuruluşuna sevki ile ilgili karar ilgili branştaki nöbetçi tabip, acil servis sorumlu tabibi, acil tıp uzmanı tarafından alınabilir.

6) Uygunsuz sevklerin önlenmesi amacıyla sağlık tesisleri özelinde acil servisten yapılan sevk taleplerine acil servis sorumlusu ve/veya acil servisten sorumlu baştabip yardımcısı tarafından, servis ve yoğun bakımdan yapılan sevk taleplerine nöbetçi idari uzman ve/veya baştabip yardımcısı tarafından; il

dışı sevk taleplerine ise il sağlık müdürünün görevlendireceği hizmet başkanı veya başkan yardımcısı tarafından onay verilmelidir. Onaysız sevkler sistemden kabul edilmeyecek, gerekli uyarılar ve bildirimler ilgili sağlık tesislerine yapılacaktır.

7) İller arası sevk süreçlerinde koordinasyonun sağlanması amacıyla her ilin, yalnızca bağlı bulunduğu koordinatör ilin il dışı nakil masasıyla iletişim kurması esastır. Koordinatör il, hastanın sevk talebinin öncelikle kendi bölgesinde çözümlenebilmesi için gerekli değerlendirmeyi yapmalı, çözüm bulunamaması halinde bölge dışına uygun merkeze sevk için en yakın koordinatör illerle iletişim kurmalıdır. Gelen sevk talepleri koordinatör iller tarafından acil servis, yataklı servis veya yoğun bakım talebi ayırt etmeksizin değerlendirilip hastanın aciliyeti ve klinik durumu gibi faktörler dikkate alınarak kabul önceliği belirlenmelidir. Öncelikli ve özellikli kabul edilen vakalarda ise bu durumun gerekçesi, sistem üzerinde açık, anlaşılır ve denetlenebilir şekilde kayıt altına alınmalıdır. Söz konusu uygulama, hasta sağlığı ve güvenliği ile kaynakların etkin kullanımı açısından titizlikle yürütülmelidir.

8) İl dışına hasta nakli amacıyla çıkan ambulans ekipleri, dönüş sürecinde uygunluk durumlarına göre, geri dönüş güzergahındaki bir başka nakil ihtiyacını da karşılayabilecek şekilde görevlendirilir. Bu uygulama, kaynakların etkin kullanılması ve hasta mağduriyetlerinin önlenmesi amacıyla, koordinatör iller ve bağlı illeri arasında iş birliği içerisinde planlanmalıdır.

9) İl ve bölge genelinde hasta sevk süreçlerinin iyileştirilmesi ve uygunsuz sevklerin önlenmesi amacıyla, Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) toplantılarında sevk istatistikleri düzenli olarak analiz edilerek, sevk nedenlerine yönelik değerlendirmeler yapılmalıdır. Bu değerlendirmeler neticesinde, sevk sebeplerinin il veya bölge içinde çözülebilmesine yönelik alınacak tedbirler karara bağlanmalı ve uygulanmak üzere ilgili kurumlara bildirilmelidir. Bu kapsamda kurulan ASKOM Sevk Değerlendirme Komisyonları; uygunsuz, gereksiz ya da endikasyon dışı sevkleri tespit ederek gerekçeleriyle birlikte raporlamalı, bu raporlar doğrultusunda çözüm odaklı planlamalar yapılmalıdır. Ayrıca, daha önce alınmış ve halen yürürlükte olan ASKOM kararlarının da belli aralıklarla ilgililere bildirilmesi sağlanmalıdır.

Yukarıda belirtilen hususlar çerçevesinde gerekli tedbirlerin alınması, uygulamada herhangi bir aksaklığa mahal verilmemesi, anılan iş ve işlemleri mer'i mevzuata uygun biçimde yerine getirmeyen veya aksatanlar hakkında gerekli işlemlerin başlatılması hususunda;

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Dağıtım:
Gereği:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
A PLANI (Bağlı ve İlgili Kuruluşlar Hariç)

3.3.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Genelgesi (2017/2)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 39942531/
Konu: Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

GENELGE
2017/2

Acil sağlık hizmetlerinin adil, ulaşılabilir ve kesintisiz bir şekilde sürdürülmesi Bakanlığımızın öncelikli görevleri arasında yer almaktadır. Acil sağlık hizmetlerinin daha etkin yürütülmesi amacıyla Başbakanlık ve Bakanlığımızca çıkarılan ve halen yürürlükte olan ilgili mer'i mevzuatlara göre;

26 Haziran 2008 tarih ve 26918 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe giren; "Acil Sağlık Hizmetinin Sunumu" hakkında 2008/13 sayılı Başbakanlık Genelgesinde; "...*Doğru ve zamanında yapılan tıbbi müdahale hayat kurtarmakta, en küçük gecikme, telafisi mümkün olmayan olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Acil tıbbi müdahale gerektiren durumlarda, hastanın uygun tedavisinin yapılabileceği sağlık kuruluşuna en hızlı şekilde ulaştırılması ve gereken müdahalenin zamanında yapılması hayati önem taşımaktadır. Bu sebeple, acil tıbbi müdahaleyi gerektiren durumlarda hastanın uygun bir sağlık kuruluşuna gecikmeksizin ulaştırılması ve hastanın getirildiği sağlık kuruluşunca da, gereken acil müdahalelerin öncelikle ve ön şartsız yapılması insani bir görev olduğu gibi hukukun gereğidir...*" ifadesi bulunmaktadır.

Anılan genelgenin 5 inci maddesinde; "*..Acil hastanın sevk edileceği sağlık kuruluşunun belirlenmesi ve nakli işlemleri komuta kontrol merkezinin yönetiminde ve koordinasyonunda yapılacaktır. Komuta kontrol merkezi, hastaya ait bilgileri alacak, bu bilgiler ışığında hastanın hangi sağlık kuruluşuna sevk edileceğine karar verecek, ilgili kuruluşun yetkilileriyle irtibata geçerek gerekli görüşmeleri yaptıktan sonra hastanın nakline engel bir durum yoksa sevk için ambulansa çıkış emri vererek naklin gerçekleşmesini sağlayacaktır. Gerektiğinde intikal süresinin kısaltmak amacıyla yukarıdaki işlemlerin bir kısmı hasta yola çıkarıldıktan sonra yapılabilecektir...*" ifadesi bulunmaktadır.

Aynı genelgenin 6 ıncı maddesinde; "*Bütün sağlık kuruluşları, komuta kontrol merkezinin çalışmalarında gerekli yardımı ve kolaylığı sağlamak, acil vakaya ait tıbbi bilgileri vermek ve komuta kontrol merkezinin naklile ilgili talimatlarına uymak ve sevk edilen hastayı kabul etmek zorundadır.*" ifadesi yer almaktadır.

Ambulans ekibine sağlık tesisine ulaşıncaya kadar tıbbi destek vermek ve ekibi en uygun hastaneye yönlendirmek üzere KKM sorumlu hekiminin onayı doğrultusunda bölge farkı ve il sınırı gözetmeksizin vakanın en uygun ve en yakın sağlık kuruluşuna naklinin sağlanması hasta mağduriyetlerinin yaşanmaması adına gerekli tedbirlerin alınması hususunda,

Gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

3.3.3. 112 Acil Çağrı Merkezleri Genelgesi (2014/26)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı: 39942531-010-06-02/
Konu: 112 Acil Çağrı Merkezleri

GENELGE
2014/26

İlgi: 16.Mayıs.2014 tarih ve 29002 sayılı R.G.'de İçişleri Bakanlığı tarafından yayınlanan "112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği"

İçişleri Bakanlığı tarafından 16 Mayıs 2014 tarih ve 29002 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği" ile İçişleri Bakanlığının sorumluluğunda yürütülen 112 Acil Çağrı Merkezlerinin çalışma usul ve esasları belirlenmiştir. Bu yönetmelik usul ve esasları göz önüne alınarak 112 Acil Çağrı Merkezlerine geçen ve bir takvim çerçevesinde geçiş yapan ve yapacak olan illerimizin, İl Ambulans Servisi Başhekimliklerindeki uygulamaların düzenlenmesi ihtiyaca doğmuştur. 16 Mayıs 2014 tarih ve 29002 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan yönetmelik ile yalnızca acil çağrıların yönlendirilmesinin bu merkezlerde yapılacağı, bu acil çağrıların üst verilerin ve vaka sonuçlarının istatistiksel olarak da 112 Acil Çağrı Merkezlerinde kullanılan yazılım üzerinde takip edilip, kaydedileceği belirtilmiştir.

Acil Sağlık Hizmetlerine ait iş ve işlemlerle birlikte, Bakanlığımız bünyesinde İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri, Sağlık Komuta Merkezlerinde (İL-SAKOM) kurulu olan sistemlerin çalıştırılmasının aksatılmadan yürütülmesi gerekmektedir.

Bu kapsamda;

İlgi sayılı yönetmeliğin 4. Maddesi (k) fıkrasında İl Sağlık Müdürlüğü ilgili kurumlar arasında belirtilmiş, 5. Madde ile yönetmelikte tanımlanan iş ve işlemlerin gerçekleştirilmesi sorumluluğu, kurulacak Acil Çağrı Merkezi Müdürlüklerine görev olarak verilmiş, kurumların acil hizmetleri için oluşturdukları merkezlerin işlevleri ortadan kaldırılmamış, 112 numarasının taşınması ile ilgili bir düzenleme yapılmamıştır. Dolayısı ile İnönü İlçesinde İl Ambulans Servisi Başhekimliği bünyesinde kurulu bulunan Komuta Kontrol Merkezlerinin iş ve işlevlerini Sağlık Komuta Merkezi olarak sürdürmeleri gereğince, gerekli alt yapıların muhafaza ederek ve kesintisiz çalışacak şekilde sürdürmeleri gerekmektedir.

Yönetmeliğin 6. Madde a) fıkrasında "... Kurumlara görev alanına giren acil çağrıları 24 saat sürekli erişim esasına göre karşılamak ve bu hususta gerekli tedbirleri almak", b) fıkrasında "Acil çağrıları, çağrı merkezinde acil yardım hizmeti sunan kurumlara yönlendirmek" c) fıkrasında "Acil yardım hizmeti sunan kurumlar arasında gerekli işbirliği ve koordinasyonu sağlamak", e) fıkrasında "İlgili kurumların acil yardım hizmeti sunan komuta ve kontrol merkezleri ile telli, telsiz iletişimleri ile yazılımları arasında bağlantı sağlamak" g) fıkrasında "İlgili kurumlarla birlikte tadbir katlar planlamak ve uygulamak," ğ) fıkrasında "İlgili kurumların görüş ve önerilerini de ikkate alarak çağrı merkezi hizmetlerinin sunumu için gerekli olan her

1

türlü altyapıyı kurmak, işletmek ve kurumların kullanımına sunmak.", h) fıkrasında "Çağrı merkezinin fiziki imkânları ölçüsünde ilgili kurumların komuta ve kontrol merkezi ihtiyaçları için çağrı merkezinde ve diğer mahallerde valilik onayına istinaden yer tahsisi yapmak." 112 Acil Çağrı Merkezi müdürlüklerinin asli görevi olarak tanımlanmış olduğu görülmektedir. Özellikle (e) fıkrasında belirtilen hususlar başta olmak üzere, geçişi sağlayan illerde, madde gereklerinin Başhekimlikler tarafından takip edilerek, gerçekleştirilmesini talep etmeleri, gerçekleştirilmemesi durumunda gerekçesi ile birlikte açıklamaların yazılı olarak Bakanlığımıza bildirilmesi gerekmektedir.

10.madde f) fıkrasında "Araç takip sistemi ile ilgili iş ve işlemleri gerçekleştirmek, iletişim kurulamayan araçlarla ilgili kurumların ivedi tedbir alması için gerekli uyarı olanaklarını sağlamak." 112 Acil Çağrı Merkezi müdürlüklerinin asli görevleri içinde olması nedeniyle, Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetlerinde aktif olarak kullanılan tüm araçların kesintisiz olarak görünür halde bulundurulmasının sağlanması gerekmektedir. Bu özellik halen illerde kurulu Sağlık Komuta Merkezlerindeki sunucular üzerinden temin edilebilmekte olduğundan, Başhekimliklerdeki sunucu sistemlerinin kesintisiz çalıştırılması için telsiz, telefon ve internet gibi iletişim ve sunucu sistemlerinin yenilenmesinin sağlanması gerekmektedir. Sistemlerde kullanılan iletişim numaraları ve internet bağlantıları, gömülü hat numaraları ve statik IP üzerinden sağlanmakta olduğundan, sunucu sistemlerinin taşınmaması, zorunlu durumlarda ise Bakanlığımız ile koordineli biçimde, gerekli olurları almarak taşınma işlemlerinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

13. madde ile "(3) Kurumlar, acil yardımın gerektirdiği kendi görev alanı ile ilgili hizmeti sunmaktan bizzat, diğer kurumlarla yardımlaşma ve işbirliği gerektiren durumlarda ise destek sağlamakla sorumludur." ve "(5) Görevlendirilen personelin müdürlükçe verilen hizmet içi eğitimler dışında kalan kendi görev alanları ile ilgili uyum ve geliştirme eğitimleri ile uygulama tatbikatları müdürlüğün bilgisi dâhilinde ilgili kurumlar tarafından sağlanır." denilmekte olduğundan, gerçekleştirilen vaka görevlendirmelerinde ekiplerin en üst düzeyde güvenliğinin sağlanacak şekilde diğer ilgili kurumların da görevlendirmelerinin sağlanması, Müdürlüklerde görevlendirilecek personelin, sayıları belgelendirilmiş eğitimleri almalarının sağlanarak, görevlendirmelerinin yapılması, bu personelin görevlendirmelerinde aşağıda belirtilen hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir. Gerçekleştirilen görevlendirmeler nedeniyle ortaya çıkacak hizmet açıklarının ise öncelikle İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinden karşılanması, yetersiz kalması durumunda Bakanlıktan talep edilmesi gerekmektedir.

14. madde ile "i) Çağrı merkezi ile kendi kurumlarının acil yardım hizmeti sunan komuta ve kontrol merkezleri arasında telli, telsiz ve yazılım bağlantılarını kullanarak iletişimi sağlamak" ve 15. Maddede belirtilen "(1) Çağrı yönlendiricilerin kurumsal olarak ek görevleri; a) Sağlık çağrı yönlendiricileri: 1) Yönlendirilen ekibe ilişkin, çıkış, olay yerine ulaşma, olay yerinden ayrılma, hastaneye ulaşma, hastaneden ayrılma ve istasyona dönme sürelerini bildirilen zamanda ve araç takip sisteminden gözlemleyerek doğru ve eksiksiz kaydetmek ve veri terminalinden eksiksiz girilmesini sağlamak." işinin Acil Çağrı Merkezi'nde çalışmakta olan çağrı yönlendiriciler tarafından gerçekleştirileceği belirtilmiştir. Bu kapsamda görevlendirilecek personelin işe başlama eğitimleri almaları sağlanmalı, hangi durumlarda ve hangi usullerle yönlendirmelerin yapılacağı konusunda valiliklerce bildirilen düzenlemelerin birer kopyası Bakanlığımıza gönderilmelidir.

17. maddede "(1) İllerde valinin başkanlığında ilgili vali yardımcısı, il jandarma komutanı, il emniyet müdürü, varsa sahil güvenlik bölge veya grup komutanı, büyükşehir veya il belediye başkanı, orman bölge veya işletme müdürü, doğa koruma ve milli parklar bölge veya şube

müdürü, il sağlık müdürü, il afet ve acil durum müdürü, çağrı merkezi müdürü ve çağrı merkezi ile ilişkilendirilen diğer kurum yöneticilerinin katılımı ile Acil Çağrı Hizmetleri İl Koordinasyon Komisyonu oluşturulur. Acil Çağrı Hizmetleri İl Koordinasyon Komisyonu şubat ve eylül aylarında olmak üzere yılda iki defa toplanır. Başkan, gerektiğinde Acil Çağrı Hizmetleri İl Koordinasyon Komisyonunu ayrıca toplantıya çağırabilir." denilmektedir. Bu toplantılara İl Sağlık Müdürleri doğrudan katılacak olup, toplantı öncesinde ilgili Sağlık Müdür Yardımcısı, Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü, İl Ambulans Servisi Başhekimi ve müdürlükçe belirlenen acil çağrı merkezi sorumlusu ile birlikte karşılaşılan sorunları belirleyerek, oluşturulan çözüm önerileri konusunda Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün mevzuatı çerçevesinde talepleri aktaracak, toplantı sonuçlarını derhal Bakanlığa bildirilecektir.

18. maddede "(2) İlgili kurumların acil çağrı ve yardım hizmeti sunan birimlerinde görev yapan personelinin, araç ve gereçlerinin tamamının veya bir bölümünün çağrı merkezinde görevlendirilmesi ihtiyaç ve hizmet gerekleri göz önünde bulundurularak valilikçe belirlenir.", "(5) İlgili birimler kurumunu temsilen iş, işleyiş ve kendi personelini takip etmek ve çağrı merkezi müdürü ile kurumu arasındaki koordinasyonu sağlayacak birim sorumlusu belirler. Birim sorumluları işleyişten çağrı merkezi müdürünün gözetiminde vali yardımcısına karşı sorumludur.", "(10) Çağrı merkezlerine görevlendirilen personelin taşıma giderleri ile ulaşım hizmetleri kurumların kendi mevzuatına göre karşılanır. Valilikçe mevzuat çerçevesinde bu ihtiyaçların ortaklaşa karşılanması için gerekli tedbirler alınır.", "(11) Çağrı merkezi bünyesinde hizmet veren kurumlara Müdürlükçe temin edilip tahsis edilen taşınırların hizmet gereklerine uygun olarak kullanılması ve korunmasından tahsis yapılan ilgili kurumlar sorumludur." denilmekte olduğundan, valiliklerce görevlendirilmesi talep edilen personel, araç ve gerecin listesi ayrıntılı ile belirlenecek, doğacak hizmet açıklarının giderilmesi hususunda Bakanlıktan görüş istenecektir. 5. Fıkrada belirtilen Çağrı Merkezine görevlendirilecek ilgili kurum sorumlusu en az Başhekim Yardımcısı statüsünde olacak, açık adres ve iletişim bilgileri Bakanlığa gönderilecektir. Bu merkezlerde görevlendirilen personelin asıl çalıştığı kadrosunun bulunduğu yerdeki özlük haklarının aynen devam etmesi sağlanarak, ek bir yazışmaya mahal vermeden, hak kayıplarının önüne geçilmesi İl Sağlık Müdürleri tarafından sağlanacaktır.

19. maddede "Bu esaslara uygun yeterli personelin bulunmaması halinde, valilikçe kadro, yer ve unvanlarına bakılmaksızın uzman, sözleşmeli personel ve memurlar, 3152 sayılı Kanunun 28 inci maddesi hükümleri doğrultusunda görevlendirilebilir.", "c) Çağrı merkezinde, çağrı yönlendirici olarak görev yapacak olan personelin niteliği ve sayıları müdürlük tarafından ilgili kurumlarla koordine edilerek valilik onayı ile tespit edilir. Onayı müteakip ilgili kurumlar tarafından öncelik ve ivedilikle personel görevlendirmesi sağlanır." denilmekte olduğundan, bu konudaki görevlendirmelerde aşağıda belirtilen özellikler dikkate alınarak, görevlendirmelerin kurumlar arasında bir denge ve uyum içinde yapılması sağlanacaktır.

22. maddede "(2) Çağrı merkezinde hizmet veren kurumların kendi alanlarına ilişkin istatistiki verilere esas ses ve veri kayıtları hizmet gerekleri, hizmetin kalite ve etkinliğini artırmak, personelin performans değerlendirmesini yapabilmek üzere elektronik ortamda ilgili kurumlarla paylaşılabilir. Kişisel verilerin ve özel hayatın gizliliği dikkate alınarak, verilerin güvenliği ilgili birimlerce sağlanır." hükmü çerçevesinde, tüm geçiş yapan İller başta olmak üzere, tüm illerimizde bu madde gereklerinin yerine getirilmesi, öncelikle çağrı merkezi müdürlerinden talep edilerek, verilerin düzenli biçimde Bakanlığımıza akışı sağlanacak, sağlanamayan durumlar gerekçeli olarak Bakanlığımıza bildirilecektir.

Özetle yayınlanan yönetmeliğin yukarıda sayılan maddeleri başta olmak üzere, gerçekleştirilmesi aşamasında aşağıda belirtilen ilkeler çerçevesinde hareket edilmesi gerekmektedir.

1. 112 Acil Çağrı Merkezine geçiş yapan ya da bir takvim çerçevesinde geçiş yapılacak olan illerde, Sağlık Bakanlığımıza bağlı Sağlık Komuta Merkezlerinin gerekli olan işlevlerinin sürdürülebilmesi amacı ile;

   a) Acil Sağlık Hizmet sunumunda 112 Çağrı Kayıt ve Operasyon Yönetim Sistemi (ÇKOS) yazılımı kullanılan Bakanlığımız Sağlık Komuta Merkezlerinin (İL-SAKOM) işlevlerinin (yoğun bakım yer teyidi, hastaneler arası koordinasyon, acil vakalara danışmanlık, istasyon ekiplerine danışmanlık, illerin ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, özellikli araç görevlendirilmesi, veri kayıtlarının takibi, personel takibi, organ nakli koordinasyonu, araç ve malzeme takipleri, iller arası nakiller vb) sürdürülebilirliği, sağlanacaktır.
   b) Tüm İllerimizde Sağlık Komuta Merkezlerinde kullanılan pilot numaraları, faks, DATA, telsiz gibi iletişim hatlarının iptal edilmeden ve devri yapılmadan, açık ve çalışır durumda bulundurulması sağlanacaktır. İllerde metroethernet, PRI, SDH, R/L gibi hatlar ile de iletişim alt yapısı güçlendirilecektir.
   c) Sağlık Komuta Merkezlerinde kurulu olan ve kullanılan 112 Çağrı Kayıt ve Operasyon Yönetim Sistemi yazılımları çalışmaya devam edecektir, yazılımların yüklü olduğu donanımlar ile veri sunumu yapan server sistemleri de aktif kullanılmaya devam edilecektir.
   d) 112 Acil Çağrı Merkezlerine devroldığı halde, yeterli fiziki şartları sağlayamayan illerde, sağlık komuta merkezlerine tekrar ihtiyaç olması halinde, Sağlık Komuta Merkezlerine geçiş sürecinde zaman kaybına yol açmamak için bu merkezler sistemleri çalışır durumda hazır bulundurulacaktır. Fiziki alanların yetersizliği durumunda yukarıda belirtilen hususlardaki görevlerini yerine getirecek şekilde çalışmasını devam edecektir.
   e) 112 Acil Çağrı Merkezi (112 AÇM) kurulması aşamasında, 112 AÇM binasının yerinin belirlenmesinden, bina projesi oluşturulması aşamasına kadar geçen süreçlerde gereksinimler yerinde ve zamanında belirlenecektir. Karara varılan süreçlerle ilgili, Bakanlığımızdan gerekli olur alınmak suretiyle projelere gerekli ekleme önerileri de yapılarak valiliklerden talep oluşturulacaktır.
   f) Süreç süresince 112 AÇM formu tüm İller tarafından haftalık olarak gönderilecektir.

2. 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev Çalışma Yönetmeliği dördüncü bölüm Madde 19 (1-a) paragrafında; " Müdürlük personeli, ilgili mevzuatta belirtilen esaslara uygun olarak atanır; a) Bu esaslara uygun yeterli personelin bulunmaması halinde, valilikçe kadro, yer ve ünvanlarına bakılmaksızın uzman, sözleşmeli personel ve memurlar, 3152 sayılı kanunun 28nci maddesi hükümleri doğrultusunda görevlendirilir." denilmektedir.

   a) İl Ambulans Servisi Başhekimliklerine ataması yapılan personelin asli görev tanımlarına göre görev yapması gerekmektedir. Atanması yapılacak olan

personelin özlük haklarında herhangi bir aksaklığa mahal verilmeden görevlendirilmesi gerekmektedir.

b) 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği Sağlık Komuta Merkezlerinden, 112 Acil Çağrı Merkezlerine personel görevlendirilmesinde; hizmetin aksatılmaması ve istekli personele öncelik tanınarak, atanacak personelin özlük haklarının korunması esas olacaktır. Görevlendirilen personel; görevli olduğu süre boyunca Acil Çağrı Merkezinin çalışma düzenine uymakla mükelleftir. Personel, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen standartlardaki kıyafetleri ile 112 Acil Çağrı Merkezinde görevini yürütecektir.

c) İl Ambulans Servisi Başhekimliklerimiz aynı şekilde görevlerine devam edecekleridir. İllerde Başhekimliklerimize bağlı olup 112 Acil Çağrı Merkezine geçiş yapacak personellerin iş ve işlemlerinin planlaması, valilikler ve Bakanlığımız ile koordineli biçimde gerçekleştirilecektir.

3. Bakanlık Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM) ile olan her türlü iletişim Sağlık Komuta Merkezleri (İL-SAKOM) üzerinden sürdürülecektir. Acil Çağrı Merkezleri tarafından temin edilen verilerin güvenliği İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri tarafından sağlanacak ve Bakanlığımız bilgi güvenliği mevzuatına uygun olarak veri paylaşımı sağlanacaktır.

4. Acil Çağrı Merkezleri'nde görevlendirilen personelin nöbet liste ve çizelgeleri belirlenen grup sorumluları tarafından gerçekleştirilecektir.

5. Acil Çağrı başvurularının sürdürülmesi sorumluluğu Acil Çağrı Merkezi Müdürlüklerine ait olup, sağlık çağrılarına uygun ekip görevlendirmesi İl Ambulans Servisi Başhekimliklerinin yetki ve sorumluluğundadır.

6. "112" acil çağrı numarasının kullanım yetkisi geçiş yapılmayan illerde geçiş öncesi ve geçiş tamamlanana kadar Bakanlığımız uhdesindedir. 112 acil çağrı numarasının kullanılması ve taşınması sürecinde Bakanlığımızın olumlu görüşleri alınmak suretiyle hareket edilecektir. Acil sağlık hizmetinin sunumunda herhangi bir aksaklığa mahal verilmeyecektir.

İl Sağlık Müdürleri, genelgede belirtilen hususların yerine getirilmesinden doğrudan sorumlu olduklarından, gerekli özenin gösterilmesi hususunda bilgi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

Ek: 112 AÇM Tablosu

DAĞITIM:
- 81 İl Valiliği

3.3.4.Yiyecek Yardımı Genelgesi (2013/13)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 72026553/20/3.5938.1 16 TEMMUZ 201
Konu: Yiyecek yardımı

..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilindiği üzere, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 212 nci maddesi uyarınca hazırlanarak 19/11/1986 tarihli ve 86/11220 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliği'ne 25/07/2011 tarihli ve 2011/2080 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının ekl Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik ile eklenen Ek 2 nci maddesinde "*Bu Yönetmeliğe göre yiyecek yardımından yararlanacak personelden Sağlık Bakanlığı 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personel (sözleşmeli personel dâhil), il sağlık müdürlüklerinin yemek servislerinden veya il sağlık müdürlüklerince belirlenen Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarının yemek servislerinden ücret ödemeden yararlanır. Bu personelden hizmetin kesintisiz olması nedeniyle görev yerinden ayrılamayacak durumda bulunanlar kumanya verilmek suretiyle bu yardımdan yararlandırılabilir. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir.*" hükmü getirilmiştir.

Diğer taraftan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin "Atıflar, değiştirilen ve yürürlükten kaldırılan hükümler" başlıklı 58 inci maddesinin onbeşinci fıkrası ile mevzuatta Sağlık Bakanlığına yapılan atıfların, bu Kanun Hükmünde Kararname ile yeniden yapılandırılan Sağlık Bakanlığı veya görev ve faaliyet alanlarına göre ilgili bağlı kuruluşlarına yapılmış sayılacağı hüküm altına alınmıştır.

Yönetmeliğin Ek Madde 2'nin uygulanmasına ilişkin mülga Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce belirlenen usul ve esaslar 19.10.2011 tarihli ve 32421 sayılı yazı ile 81 İl Valiliğine duyurulmuştur. Ancak, Bakanlığımızın yeniden yapılandırılması kapsamında 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev alan personelin yiyecek yardımının teminde bazı aksaklıkların yaşandığı belirlenmiş olup söz konusu aksaklıkların giderilmesine yönelik daha önce mülga Genel Müdürlükçe belirlenen usul ve esasların yeniden düzenlenmesine ihtiyaç duyulmuştur.

Bu kapsamda hazırlanan 12.07.2013 tarih ve 4830 sayılı genelge ektedir.

Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşların birim amirlerinin konuya azami titizlik göstermeleri, maiyetlerindeki sorumlu personellerin bilgilendirilmeleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin yiyecek ihtiyaçlarının bu çerçevede aksatılmadan karşılanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ali COŞKUN
Bakan a.
Genel Müdür

EK: Genelge (2 sayfa)

T.C. Sağlık Bakanlığı
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 72026553
Konu : Yiyecek yardımı

2013/13

GENELGE

Bilindiği üzere, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 212 nci maddesi uyarınca hazırlanarak 19/11/1986 tarihli ve 86/11220 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliği'ne 25/07/2011 tarihli ve 2011/2083 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının eki Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik ile eklenen Ek 2 inci maddesinde;

"Bu Yönetmeliğe göre yiyecek yardımından yararlanacak personelden Sağlık Bakanlığı 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personel (sözleşmeli personel dâhil), il sağlık müdürlüklerinin yemek servislerinden veya il sağlık müdürlüklerince belirlenen Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarının yemek servislerinden ücret ödemeden yararlanır. Bu personelden hizmetin kesintisiz olması nedeniyle görev yerinden ayrılamayacak durumda bulunanlar kumanya verilmek suretiyle bu yardımdan yararlandırılabilir. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir." hükmüne yer verilmiştir.

Diğer taraftan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin *"Atıflar, Değiştirilen ve Yürürlükten Kaldırılan Hükümler"* başlıklı 58'inci maddesinin on beşinci fıkrası ile **mevzuatta Sağlık Bakanlığına yapılan atıfların, bu Kanun Hükmünde Kararname ile yeniden yapılandırılan Sağlık Bakanlığı veya görev ve faaliyet alanlarına göre ilgili bağlı kuruluşlarına yapılmış sayılacağı hüküm altına alınmıştır.**

Yönetmeliğin Ek 2'nci maddesinin uygulanmasına ilişkin mülga Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce belirlenen usul ve esaslar 19.10.2011 tarihli ve 32421 sayılı yazı ile 81 İl Valiliğine duyurulmuştur. Ancak, Bakanlığımızın yeniden yapılandırılması kapsamında 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev alan personelin yiyecek yardımının teminine yönelik daha önce mülga Genel Müdürlükçe belirlenen usul ve esasların yeniden düzenlenmesine ihtiyaç duyulmuştur.

Buna göre;

1. 112 acil sağlık hizmetleri sağlık komuta kontrol merkezi ve istasyonlarında çalışan tüm personele (idari ve teknik personel ile sözleşmeli personel dahil), çalışma süresine paralel olarak öğle ve akşam yemeği ile gece kahvaltısından oluşan 3 öğün olacak şekilde yiyecek yardımı yapılacaktır.
2. Bakanlığımıza bağlı kurumlara ait yataklı tedavi kurumlarının bünyesinde görev yapan B1 ve B2 tipi istasyonların personeli, bulunduğu kurumun yemek ve kahvaltı servislerinden ücretsiz yararlandırılacaktır. Yemek ve kahvaltı saatlerinde görevde olan personel için yiyecek ihtiyaçları görev dönüşü karşılanacak şekilde tedbir alınacaktır.
3. Entegre İlçe Devlet Hastanesi olmayan B2 Tipi istasyonların yemek yardımı Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından karşılanacaktır.
4. A1,A2,B1,B2 ve C Tipi İstasyon personelinin vakada olduğu durumlar ile görev mahalli dışına yapılacak uzun süreli görevlendirmelerde veya benzeri hallerde bağlı bulunduğu kurum tarafından personele kumanya ve/veya gideceği yerde yemek verilmesi yönünde gerekli tedbirler alınacaktır. Gerektiğinde üç öğün bir seferde dağıtılabileceği gibi görev süresi dikkate alınarak yeterli miktarda kumanya dağıtılabilecektir.

T.C. Sağlık Bakanlığı
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - KATIP ALMA
13.07.2013 14:44 - 72026553/034.99/1020
01033982

Sayı : 72026553
Konu : Yiyecek yardımı

5. 112 İstasyonlarının yemek ve kahvaltı saatlerine denk gelen vaka teslimlerinde ise; teslimin gerçekleştiği Bakanlığımıza bağlı kurumlara ait yatıklı tedavi kurumunun bu hizmetlerinden ilgili personel öncelikli ve ücretsiz yararlanacaktır.

6. Merkeze uzakta yer alan istasyonlar için alt yükleniciler tarafından yemek servisi sağlanabileceği yönünde düzenleme yapılabilecektir. Hiçbir şekilde yemek servisinin sağlanamadığı durumlarda uygun şartlar oluşturularak yemek yardımı (ihtiyaç duyulan teçhizat temin edilerek) nevale olarak da karşılanabili..

7. Görevlendirme suretiyle 112 İl Ambulans Servisi emrinde çalışmakta olan (belediye ve diğer kamu kurumları dâhil) personel de bu genelge hükümlerine göre yemek yardımından yararlandırılacaktır.

8. Söz konusu harcamalar için yapılacak ödemeler öncelikli olarak genel bütçeden, genel bütçe ödeneğinin yetersiz kalması durumunda ise döner sermaye bütçesinden karşılanabilecektir.

Bu itibarla, mülga Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 19 Ekim 2011 tarihli ve 32421 sayılı yazısı yürürlükten kaldırılmış olup, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşların birim amirlerinin konuya azami titizlik göstermeleri, maiyetlerindeki sorumlu personellerin bilgilendirilmeleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin yiyecek ihtiyaçlarının bu çerçevede aksatılmadan karşılanması hususunda gerekli hassasiyetin gösterilmesini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM :
B Planı
81 İl Valiliğine

3.3.5. Acil Sağlık Hizmetleri Genelgesi (2007/47)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0160001
Konu : Acil Sağlık Hizmetleri

14030 18.05.07

GENELGE
2007/47

..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Acil hastalık ve yaralanma, trafik kazası gibi insan hayatını doğrudan tehdit eden bir çok olayda, acil tıbbi yardımın yerinde ve en kısa sürede başlatılması, hasta ya da yaralının uygun ekipman ve personel yardımıyla tedavi kurumlarına taşınması, tedavi kurumlarında bekletilmeden gereken müdahalenin yapılması, hayat kurtarma zincirinin vazgeçilmez halkalarıdır.

Gelişmiş ülkelerde yüzyıldan fazla bir geçmişe sahip acil sağlık hizmetlerinin önemi ülkemizde son yıllarda ancak anlaşılmış ve bu konuda Bakanlığımızca önemli çalışmalar yapılarak vatandaşımız hak ettiği hizmeti almaya başlamıştır.

Bu amaçla Bakanlığımız 2006 yılı içerisinde her türlü coğrafi ve iklim şartlarında hizmet vermek amacıyla karayolu ambulanslarının yanı sıra deniz ambulansları ve paletli ambulanslar satın alarak ihtiyaç duyulan bölgelere tahsis etmiş, hava ambulans sistemini de faaliyete geçirmek için gerekli çalışmaları son aşamaya getirmiştir. Haberleşme, kayıt ve takip sistemi konusunda da önemli mesafeler alınmıştır. 2002 yılında istasyon sayısı 481 iken Mayıs ayı sonunda 1191 olmuş, kırsal bölgelerde 112 acil sağlık hizmeti verilen nüfus oranı %20 iken bugün bu oran % 97' ye ulaşmıştır.

Bu çalışmalar çerçevesinde acil sağlık hizmetlerinde çok önemli mesafeler alınmıştır. İllerimizin hiçbirinde eksik kalmayacak şekilde aşağıda belirtilen hususlar tamamlanacak olup henüz eksikliklerini giderememiş iller için:

1. Tüm kırsal alanlar dahil hizmet verilmeyen bölge kalmayacaktır.
2. Komuta merkezlerinin dijital çağrı karşılama, araç takip, ses kayıt ve İstatistik programları kurularak faal hale getirilecektir.
3. İlinizde hizmet veren tüm ambulansların ilgili mevzuat çerçevesinde eksiklikleri var ise tamamlanacaktır.
4. Telsiz haberleşme sisteminin kesintisiz sağlanabilmesi için il genelinde tüm bölgeleri kapsayacak şekilde gereken röle ve sabit telsiz cihazları eksik ise tamamlanacaktır.
5. Ambulans personeli için gerekli görev kıyafetleri Bakanlığımız standartlarına uygun şekilde temin edilerek personelin kıyafetsiz göreve çıkmaması sağlanacaktır.
6. Resmi ve özel tüm hastanelerin hastane başhekimlikleri, boş yatak kapasiteleri, küvöz, ventilatör, yanık ünitesi ve yoğun bakım ünitelerinin durumları ile uzman hekim durumlarını komuta merkezlerine anlık olarak bildirecek, komuta merkezleri tarafından hastanın durumuna ve hastanelerden gelen bilgilere göre yönlendirme yapılacaktır.
7. Komuta merkezlerine bildirilen acil vakaların en az % 90'ını, merkezlerde 10 dakika, kırsal alanda 30 dakikadan önce ulaşılacak şekilde tedbir alınacak, aylık vaka İstatistikleri ve çalışma bildirim formları düzenli olarak Bakanlığımıza gönderilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

8. İl ambulans servisi komuta kontrol merkezi ve istasyonlarda görev yapan tüm personelin hizmet içi eğitimleri tamamlanacaktır.

9. 2007 yılı Bütçe Kanununda öngörülen hibe ambulansların temini konusunda ilinizde bulunan hayırseverler, işletmeler ve sivil toplum kuruluşları ile görüşülerek ihtiyacın giderilmesi sağlanacak ve bu konuda gereken hassasiyet gösterilecektir. Hibe edilen ambulansların üzerinde; ambulansın tamamı hibe edilmişse ambulans arka kapı üzerine veya her iki yan duvarında şerit alt kısmına yüksekliği 10 cm ve uzunluğu 50 cm'yi geçmeyecek şekilde hibe eden şahsın veya kuruluşun ismi ve varsa logosu ile birlikte yer alabilecektir. Hibe ambulansın toplam bedelinin yarısını geçecek şekilde araç veya donanım olarak hibe alındığı takdirde, ambulans arka kapı üzerine veya her iki yan duvarında şerit alt kısmına yüksekliği 5 cm ve uzunluğu 25 cm olacak şekilde hibe eden şahsın veya kuruluşun ismi ve varsa logosu ile birlikte yazı veya ibare bulunabilecektir.

10. Verilen ambulans hizmetleri için il ambulans servislerince vatandaşlarımızdan ücret talep edilmeyecek, hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlarımıza verilen ambulans hizmetleri ücretsiz olarak sunulacak, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı vatandaşlar için tahakkuk eden ambulans ücretleri kişinin bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşundan tahsil edilecektir. İl ambulans servisleri özel sağlık kuruluşlarının ambulans ihtiyacını karşılamak amacıyla ambulans hizmet sözleşmesi yapamayacaklardır.

Yukarıda yer verilen hususlara titizlikle riayet edilmesi, bu kapsamda yapılan çalışmalar ve sonucundan Bakanlığımıza bilgi verilmesi, anılan görevleri yerine getirmeyenler ve görevini aksatan personel ve yöneticiler hakkında idari işlem yapılacağı hususunda bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

DAĞITIM:
Gereği için:
81 İl Valiliğine
Bilgi için:
Teftiş Kurulu Başkanlığına
Hukuk Müşavirliğine

3.3.6. Ambulans Hizmetleri Koordinasyonu Genelgesi (2005/30)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100TSH0160001
KONU : Ambulans Hizmetleri Koordinasyonu

22.02.2005 2389

GENELGE
2005/30

.....VALİLİĞİNE

(İl Sağlık Müdürlüğü)

Acil hastalık ve yaralanma hallerinde acil sağlık hizmetlerinin yurt sathında eşit, ulaşılabilir, kaliteli ve süratli bir şekilde sunulması, bu hizmeti günün 24 saati vatandaşlarımızın alabilmesi amacıyla, Bakanlığımızca 112 Acil Sağlık Hizmetleri kurulmuş ve halen 81 ilimizde faaliyet sürdürmektedir.

Tüm ambulans hizmetlerinin tek merkezden koordine edilmesi, 24.03.2004 tarih ve 25412 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair yönetmelik ve 24.01.2005 tarihinde yayınlanan İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi ile hükme bağlanmıştır.

Bu nedenle ilinizdeki tüm ambulans hizmetlerinin İl Ambulans Servisi Başhekimliği koordinatörlüğünde yürütülmesi; hastaların hastaneden hastaneye veya hekim tarafından hastaneden evlerine ambulansla nakli uygun görülenlerin evlerine nakilleri ile il dışına ambulansla nakli uygun görülen hastaların nakli için, İl Ambulans Servisi Başhekimliği'ne başvurulması ve bu nakillerin İl Ambulans Servisi Başhekimliği'nce görevlendirilecek ambulans ile yapılması gerekmektedir.

Söz konusu nakiller için ambulans ücretleri, 9 Şubat 2005 tarihi ve 25722 sayılı Resmi Gazete'nin Mükerrer sayısında yayımlanan 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın 2.4. bölümü hükümlerine göre tahsil edilebilecektir.

Ayrıca 12.06.2004 tarih ve 25490 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 26.05.2004 tarihli ve 2004/7379 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı gereğince hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlarımızın, acil hastalık ve/veya yaralanma hallerinde Sağlık Bakanlığına bağlı 112 Acil Sağlık Hizmetleri kapsamında verilen hastane öncesi acil tıbbi yardım ve ambulans hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaları sağlanmıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

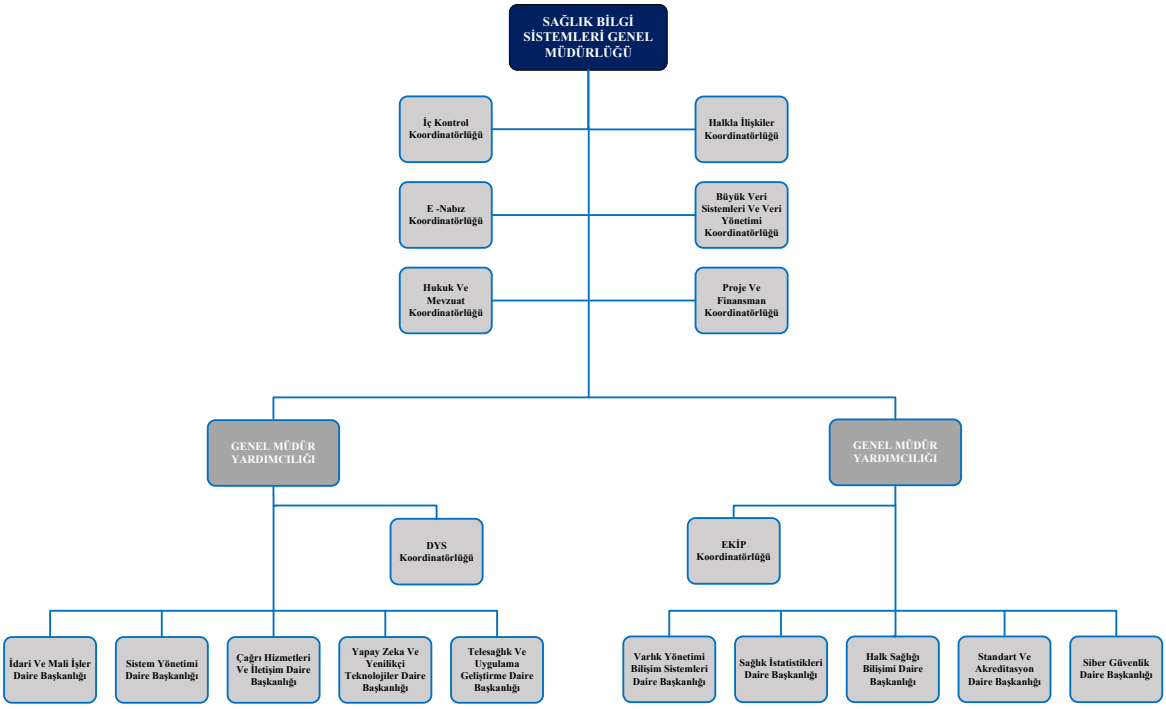
DAĞITIM:
81 İl Valiliğine

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

4 SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

4. SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

4.1. TEŞKİLAT ŞEMASI



Şekil 5: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması

Kurumsal Web Adresi	Kurumsal e-posta Adresi	Kurumsal Telefon
https://sbsgm.saglik.gov.tr/	bilgisistemleri@saglik.gov.tr	0 312 471 83 50- 51- 52- 53 – 54

4.2. YÖNERGELER

4.2.1. Sağlık Bakanlığı Yeni Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) Yönergesi

SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
29/12/2022 10:25 / 87523105 / 719 / E-87523105-719-4833
0018188228

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-75730711-719
Konu : Yeni EBYS Yönergesi

29/12/2022

BAKANLIK MAKAMINA

Bakanlığımız merkez, taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşun merkez ve taşra teşkilatında etkinlik, verimlilik ve takip edilebilirliğin, zaman ve iş gücü ile kırtasiye giderlerinde tasarrufun sağlanması ve resmi yazışmalarda bilişim teknolojilerinden istifade edilmesi amacıyla geliştirilen Elektronik Belge Yönetim Sistemi'nin (EBYS) gelişen teknoloji ve değişen ihtiyaçlar doğrultusunda yenilenmesi gerekliliği hasıl olmuştur. Bu kapsamda EBYS üzerinde Genel Müdürlüğümüz tarafından yazılım geliştirme çalışmaları yapılmış olup bahse konu çalışmalar tamamlanmıştır.

Makamınızca da uygun görülmesi halinde 02.08.2018 tarihli ve 2082 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Elektronik Belge Yönetim Sistemi Yönergesi"nin kaldırılması ile "Sağlık Bakanlığı Yeni Elektronik Belge Yönetim Sistemi Yönergesi"nin onaylanması ve yürürlüğe konulması hususunu emir ve tensiplerinize arz ederim.

Dr. M. Mahir ÜLGÜ
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürü V.

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2022
Dr. Şuayip BİRİNCİ
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2022
Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Ek: Sağlık Bakanlığı Yeni Elektronik Belge Yönetim Sistemi Yönergesi (10 Sayfa)

SAĞLIK BAKANLIĞI
YENİ ELEKTRONİK BELGE YÖNETİM SİSTEMİ YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar, İlkeler ve Kurallar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığının merkez, taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşların merkez ve taşra teşkilatında etkinlik, verimlilik ve takip edilebilirliğin, zaman ve iş gücü ile kırtasiye giderlerinde tasarrufun sağlanması ve resmi yazışmalarda bilişim teknolojilerinden istifade edilmesi amacıyla geliştirilen Elektronik Belge Yönetim Sistemi'nin kullanılmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığının merkez, taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşları kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 506 ncı ve 508 inci maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Belge: Bir olayı, olguyu, görüşü, işi, emri veya yeni bir hukukî durumu bildiren ıslak ya da elektronik imzalı evrakı,

c) Birim evrak: Bakanlık merkez teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşlarının her bir hizmet birimine ait iç evrak birimini,

ç) e-Otoban: Bakanlıkların ve tüm kamu kurum ve kuruluşlarının taşra teşkilatının kendi EBYS'lerinde hazırladıkları evrakın vali, vali yardımcısı veya kaymakam tarafından İçişleri Bakanlığının EBYS'si üzerinden elektronik olarak imzalanmasını sağlayarak farklı sistemler kullanmakta olan taşra teşkilatına ait yazışmalarını elektronik ortamda yapılmasına imkân veren, temelini EBYS'ler arasındaki entegrasyonun oluşturduğu sistemi,

d) e-Otoban şablonu: Sağlık Bakanlığı EBYS'de mülki idare amiri (vali, vali yardımcısı ve kaymakam) tarafından imzalanacak evrak için kullanılan şablonu,

e) EBYS: Elektronik Belge Yönetim Sistemini,

f) EBYS kullanıcısı: EBYS'si kullanan gerçek kişiyi,

g) EBYS yetkilisi: Merkez/İl EBYS yetkilisi ile İlçe/Hastane EBYS Yetkilisi'ni

ğ) Editör: EBYS'de elektronik belge oluşturmak için kullanılan alanı,

h) Elektronik belge: Elektronik ortamda oluşturulan, gönderilen ve dosyalanan/arşivlenen her türlü belgeyi,

ı) Elektronik imza: Başka bir elektronik veriye eklenen veya elektronik veriyle mantıksal bağlantısı bulunan ve kimlik doğrulama amacıyla kullanılan elektronik veriyi,

i) Elektronik Kamu Bilgi Yönetim Sistemi (KAYSİS): Kamu kurumlarının teşkilat yapısından, sunulan hizmetlere, hizmetlerde kullanılan belgelerden, belgelerde bulunan bilgilere kadar kamu yönetiminde yer alan unsurların mevzuat dayanaklarıyla birlikte tespit edilerek elektronik ortamda tanımlandığı, geliştirilen e-Devlet uygulamalarının tek merkezden birbirine entegre edilerek a-Devlete (Akıllı Devlet) geçilmesini sağlayan bilgi sistemini,

j) Entegrasyon: Bakanlıkta kullanılan farklı elektronik belge yönetim sistemleri arasındaki uyumu sağlamak üzere gerçekleştirilen işlemleri,

k) Genel Müdürlük: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünü,

l) Görev verme: İşlem yapılması gereken bir resmi yazı veya birim amirinin sözlü veya yazılı olarak talimatlandırdığı resmi yazı talebini,

m) Güvenli elektronik imza: Münhasıran imza sahibine bağlı olan, sadece imza sahibinin tasarrufunda bulunan güvenli elektronik imza oluşturma aracı ile oluşturulan, nitelikli elektronik sertifikaya dayanarak imza sahibinin kimliğinin tespitini ve imzalanmış elektronik veride sonradan herhangi bir değişiklik yapılıp yapılmadığının tespitini sağlayan elektronik imzayı,

n) Islak imza: Kâğıt evrak üzerine el ile atılan imzayı,

o) İlçe/Hastane EBYS yetkilisi: İllerde bulunan EBYS yetkilisi tarafından yetkilendirilmiş, ilçe sağlık müdürlüğü ve hastanelerde kullanıcı tanımlama, birimler ile EBYS'ye ilişkin işlemleri yönetme, EBYS ile ilgili kullanıcıların yaşadığı problemleri çözme, çözülemeyen problemleri EBYS yetkililerine iletme gibi Elektronik Belge Yönetim Sistemi ile ilgili işlemleri yapmakla görevli personeli,

ö) İmza: Bir evrakı onaylamaya veya işlemi tesis etmeye yetkili olanlar tarafından atılan imzayı,

p) İmza sahibi: Elektronik imza oluşturmak amacıyla bir imza oluşturma aracını kullanan gerçek kişiyi,

r) Kayıtlı Elektronik Posta (KEP): Elektronik iletilerin, gönderimi ve teslimatı da dâhil olmak üzere kullanımına ilişkin olarak hukuki delil sağlayan elektronik postanın nitelikli şeklini,

s) KEP ana işlem yetkilisi: Kurum ve kuruluşların kanuni zorunluluk gereği alacak oldukları KEP adreslerine ilişkin işlemleri, kurum nam ve hesabına yapacak olan ve KEP işlem yetkilisi veya yetkililerini tanımlayabilen kişiyi,

ş) KEP işlem yetkilisi: Kurum ve kuruluşların kanuni zorunluluk gereği alacak oldukları KEP adreslerine ilişkin işlemleri, kurum nam ve hesabına yapacak olan işlem yetkililerini,

t) Kurum evrak: Bakanlık merkez teşkilatı, bağlı ve ilgili kuruluşlarının taşra ve yurt dışı teşkilatı, diğer kamu hukuku ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler arasındaki evrak akışını sağlayan birimi,

u) Merkez/İl EBYS yetkilisi: Genel Müdürlük tarafından yetkilendirilmiş, Bakanlık merkez teşkilatındaki Genel Müdürlükler, Başkanlıklar ile Bakanlığın Bağlı ve İlgili Kuruluşları ile İl Sağlık Müdürlüklerinde kullanıcı tanımlama, birimler ile EBYS'ye ilişkin işlemleri yönetme, EBYS ile ilgili kullanıcıların yaşadığı problemleri çözme, çözülemeyen

problemleri Genel Müdürlüğe iletme gibi Elektronik Belge Yönetim Sistemi ile ilgili işlemleri yapmakla görevli personeli,

ü) Mobil imza: Cep telefonu, tablet bilgisayar gibi taşınabilir elektronik aletlerde ve bir GSM operatörü üzerinden kullanılmak üzere geliştirilen elektronik imzayı,

v) Muhatap: Bir belgenin gönderileceği birimi, kurumu veya kişiyi,

y) Paraf: Bir evrakı hazırlayan veya hazırlanmasında katkısı olanların isim ve soy isimlerinin tamamından ve unvandan oluşan kısa imzayı,

z) Standart Dosya Planı (SDP): Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığınca hazırlanan ve resmî yazıların hangi dosyaya konulacağını gösteren numara sistemini,

aa) Taslak: Bir evrakın hukukî olarak bir sonuç doğuracak aşamaya gelmeden önceki hâlini,

bb) Taşra teşkilatı evrak birimi: Taşra teşkilatının, Bakanlık merkez ve yurt dışı teşkilatı, bağlı ve ilgili kuruluşları ve diğer resmî kurumlar, gerçek ve tüzel kişiler ile arasında evrak akışını sağlayan evrak birimini,

cc) Ulusal Elektronik Tebligat Sistemi (UETS): Tebligat Kanunu ve Elektronik Tebligat Yönetmeliği uyarınca yapılan elektronik tebligat işlemlerini yürütmek amacıyla PTT tarafından kurulan, işletilen ve güvenliği sağlanan sistemini,

çç) UETS ana işlem yetkilisi: Alt işlem yetkililerini belirleyen ve bunları UETS'ye eklemek veya çıkarmakla görevli personeli,

dd) UETS işlem yetkilisi: Ana işlem yetkilisince kendisine verilen yetki kapsamındaki işlemleri yapmakla görevli personeli,

ee) Yurt dışı teşkilatı evrak birimi: Yurt dışı teşkilatının, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı, bağlı ve ilgili kuruluşları ve diğer resmî kurumlar, gerçek ve tüzel kişiler ile arasında evrak akışını sağlayan evrak birimini,

ff) Zaman damgası: Bir elektronik verinin; üretildiği, değiştirildiği, gönderildiği, alındığı ve kaydedildiği zamanın tespit edilmesi amacıyla, elektronik sertifika hizmet sağlayıcısı tarafından elektronik imzayla doğrulanan kaydı,

gg) Zorunlu hâl: İlgili mevzuattaki özel hükümler uyarınca veya EBYS'de teknik sorunların meydana gelmesi halinde belgenin fiziksel ortamda hazırlanması gereken hâlleri,

ifade eder.

İlke ve kurallar

MADDE 5- (1) Bakanlık merkez, taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşları merkez ve taşra teşkilatı tarafından yapılan resmi yazışmalarda aşağıdaki ilke ve kurallara riayet edilir:

a) Resmi yazışmaların elektronik ortamda yapılması esastır.

b) EBYS'ye ilişkin kullanıcı kılavuzları, yardım dosyaları, sıkça sorulan soruların cevapları, yardım masası prosedürleri ve konuyla ilgili güncel mevzuat Genel Müdürlük resmî web sayfasında yayımlanır. EBYS kullanıcıları, bu adresi takip etmekle ve içerik hakkında bilgi sahibi olmakla yükümlüdür.

c) EBYS üzerinde hazırlanan evrak taslakları, taslağı hazırlayan kişiden başlamak üzere imza mercine kadar sıralı kullanıcı tarafından paraflanır veya imzalanır. İmza merci tarafından elektronik olarak imzalanmadan önce taslağı oluşturan personelin sunacağı gerekçe ve talep üzerine, taslakta son işlemi yapan kullanıcının bu gerekçeyi uygun bulması ile taslak

üzerinde işlem yapan tüm kullanıcıların bilgilendirilmesi şartıyla taslak, taslağı oluşturan kullanıcı veya gerekli teknik alt yapının oluşturulması koşuluyla evrak akışındaki işlem yapan ilgili kullanıcılar tarafından geri çekilebilir. İmza mercince elektronik olarak imzalandıktan sonra belge hâline gelen taslak üzerinde artık değişiklik yapılamaz.

ç) Bakanlık merkez, taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşların merkez ve taşra teşkilatında tek EBYS kullanımı esas olup teknik gereklilikler sebebiyle farklı otomasyon veya belge yönetim sisteminin kullanılması hâlinde bu sistemler EBYS ile Genel Müdürlüğün belirlediği şekilde entegre edilir.

d) Evrak akışında iş ve işlemlerin en hızlı ve maliyetsiz olarak yürütülmesi esastır.

e) Evrak akışı, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları İmza Yetkileri Yönergesi'nde öngörülen hükümlere uyulmak suretiyle yapılır.

f) Hazırlanan tüm belgelere, Standart Dosya Planı'na uygun bir dosya numarası verilir.

g) EBYS'de mobil imza da kullanılabilir.

ğ) EBYS kullanıcılarının görev yerinde değişiklik olması halinde bu husus görev yeri değişen kullanıcıların önceki görev yeri tarafından vakit geçirilmeksizin görev yerinin bağlı bulunduğu EBYS yetkilisine bildirilir. EBYS yetkilisi bu bildirim üzerine EBYS' de gerekli işlemleri yapar. Kullanıcıların görev yeri değişikliği veya göreve başlayışlarında ya da ayrılışlarında EBYS kullanıcı işlemleri, teknik altyapının hazırlanması şartıyla, Bakanlığın İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi ile entegrasyonu yapılarak Genel Müdürlükçe belirlenen usul ve yöntem ile gerçekleştirilebilir. Bu durumda dahi ilgili EBYS yetkilileri Kullanıcılar ile ilgili işlemlerden sorumlu olacaktır.

h) EBYS'ye ilişkin görüş, sorun, şikâyet, öneri ve talepler kullanıcılar tarafından taşra teşkilatı için il EBYS yetkilisine; merkez teşkilat için görev yaptığı birimin EBYS yetkilisine Genel Müdürlükçe belirlenen usul ve yöntem ile bildirilir. EBYS yetkililerince çözülemeyen sorunlar EBYS yetkilileri tarafından yine Genel Müdürlükçe belirlenen usul ve yöntem ile Genel Müdürlüğe bildirilir ve bu hususlar Genel Müdürlük tarafından değerlendirilir.

ı) EBYS'de editör kullanılarak yazışma yapılması esastır. Ancak editörün kullanılması ile ilgili teknik sorunlar yaşanması durumunda editör kullanmaksızın yazışma yapılabilecektir. Editör ile ilgili teknik sorunların yaşanması durumunda editör kullanılmadan yazışma yapılabilmesi için gerekli kararı vererek yetkilendirme işlemi Genel Müdürlükçe yapılır.

i) Amir, EBYS üzerinden gelen resmi bir yazıyı ilgililere gereği için tamamlanma süresi vererek havale ettiğinde görev verilmiş olur. Aynı şekilde amir veya amirin sözlü talimat verdiği personeli, bir resmi yazı yazılmasını; EBYS üzerinden tamamlanma süresi ve görevin tanımını girmek suretiyle kendisine görev olarak atayabilir. Amirin sözlü talimat verdiği durumlarda personel tarafından bu görevin EBYS ye tanımlanması durumunda ilgili amire bu durum EBYS vasıtasıyla bildirilir ve amir tarafından görev içeriğinin uygun bulunmaması durumunda gerekli işlemler yapılır.

j) EBYS'de gerekli teknik altyapının sağlanması durumunda UETS ile entegrasyon yapılarak tebligatlar alınabilir ve gönderilebilir.

k) Yönergede belirtilmeyen UETS'ye ilişkin hususlarda 30617 sayılı Elektronik Tebligat Yönetmeliği hükümlerine riayet edilir.

l) Belge gizlilik dereceleri EBYS'de uygulama sırasında değişen yasal zorunluluklara göre kullanılır.

İKİNCİ BÖLÜM
Bakanlık EBYS İşleyişi ve Entegrasyon

Merkez Teşkilatta EBYS işleyişi

MADDE 6- (1) Bakanlık, bağlı ve ilgili kuruluşları merkez teşkilatında EBYS üzerinden taslak hazırlanırken aşağıdaki kurallara riayet edilir:

a) Paraf veya imza safhalarından sonra yetkili kullanıcı tarafından elektronik imza ile imzalanarak belge vasfını kazanan evrak iş akışında aksi belirtilmediği müddetçe EBYS tarafından birim evraka gönderilir.

b) Bakanlık, bağlı ve ilgili kuruluşları merkez teşkilatında hazırlanan belge kullanıcı tarafından kendi kurumu içerisindeki diğer birimlere birim evrak aracılığı ile havale edilir.

c) Bakanlık, bağlı ve ilgili kuruluşları merkez teşkilatında hazırlanan belge kullanıcı tarafından kurumu dışındaki birimlere, birim ve kurum evrakı aracılığı ile havale edilir.

ç) Hiyerarşik üst astına belge havale edebilir.

d) Birim evrak, kendi görev alanındaki personele veya birime belge havale edebilir.

(2) Bakanlık, bağlı ve ilgili kuruluşları merkez teşkilatında EBYS üzerinde hazırlanan belgenin fiziksel ekleri için aşağıdaki kurallara riayet edilir:

a) Fiziksel ek üzerine belgeyi hazırlayan kişi tarafından belgeye ait tarih ve sayı bilgisi yazılarak fiziksel ek evrak birimine ulaştırılır; burada belgenin barkodu fiziksel ek üzerine yapıştırılır.

b) Fiziksel ek, Bakanlığın merkez teşkilatında bulunan bir birime gidecekse, birim evrak tarafından muhatap birimin evrakına zimmet karşılığında teslim edilir.

c) Fiziksel ek, Bakanlığın merkez teşkilatı dışındaki bir birime veya Bakanlık dışına gidecekse, birim evrak tarafından kurum evrak birimine ulaştırılıp zimmet karşılığında tasnif kutusuna bırakılır. Tasnif kutusundaki ek muhatabına teslim edilir.

ç) Merkez teşkilatı birimlerinden taşra teşkilatına gönderilecek belgenin fiziksel eki varsa bu ek, belgeyi hazırlayan kişi tarafından belgeye ait tarih ve sayı bilgisi yazılarak birim evrak aracılığıyla kurum evraka ulaştırılır. Fiziksel ek ve üst yazı, muhatap birime EBYS üzerinden havale edilir ve aynı zamanda fiziksel olarak posta yolu ile gönderilir. Gelen belge kayıt işlemi yapılırken mükerrer kayıt yapılmamasına yönelik kontrol evrak kayıt görevlileri tarafından yapılır.

(3) Fiziksel olarak gönderilmesi zorunlu olmayan belgeler yalnızca EBYS ile gönderilir, posta ile tekrar gönderilmez.

(4) Fiziksel eklerin zimmet işlemi, barkod okuyucu vasıtası ile EBYS üzerinden gerçekleştirilebilir.

Taşra Teşkilatında belge işleyişi

MADDE 7- (1) Bakanlık taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşların taşra teşkilatında EBYS üzerinden taslak hazırlanırken aşağıdaki kurallara riayet edilir:

a) Paraf ve imza safhalarından sonra yetkili kullanıcı tarafından elektronik imza ile imzalanarak belge vasfını kazanan evrak iş akışında aksi belirtilmediği müddetçe EBYS tarafından taşra ve/veya yurt dışı teşkilatı evrak birimine gönderilir.

b) Bakanlık taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşların taşra teşkilatında hazırlanan belge kullanıcı tarafından kendi kurumu içerisindeki diğer birimlere birim evrak aracılığı ile havale edilir.

c) Bakanlık taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşların taşra teşkilatında hazırlanan belge kullanıcı tarafından kendi kurumu dışındaki birimlere ve/veya kurumlara, evrak birimleri ve taşra/yurt dışı teşkilatı evrak birimleri aracılığı ile havale edilir.

ç) Hiyerarşik üst, astına belge havale edebilir.

d) Birim evrak, kendi görev alanındaki personele veya birime belge havale edebilir.

(2) Bakanlık taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşların taşra teşkilatında EBYS üzerinde hazırlanan belgenin fiziksel ekleri için aşağıdaki kurallara riayet edilir:

a) Fiziksel ek üzerine belgeyi hazırlayan kişi tarafından belgeye ait tarih ve sayı bilgisi yazılarak fiziksel ek evrak birimine ulaştırılır; burada belgenin barkodu fiziksel ek üzerine yapıştırılır.

b) Fiziksel ek, kurum içi bir birime gidecekse birim evrak tarafından muhatap birimin evrakına zimmet karşılığında teslim edilir.

c) Fiziksel ek ve üst yazı, EBYS kullanan bir birime/kuruma gidecekse evrak birimi tarafından muhatap birime/kuruma EBYS üzerinden havale edilir ve aynı zamanda fiziksel olarak posta yolu ile gönderilir. Gelen belge kayıt işlemi yapılırken mükerrer kayıt yapılmamasına yönelik kontrol evrak kayıt görevlileri tarafından yapılır.

(3) Fiziksel olarak gönderilmesi zorunlu olmayan belgeler yalnızca EBYS ile gönderilir, posta ile tekrar gönderilmez.

(4) Fiziksel eklerin zimmet işlemi, barkod okuyucu vasıtası ile EBYS üzerinden gerçekleştirilebilir.

Kapsam dışı kurum kuruluşlardan fiziksel olarak gelen belge işleyişi

MADDE 8- (1) Bakanlık merkez, taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşların merkez ve taşra teşkilatına dış kurum ve kuruluşlardan gelen belgeler için EBYS süreçlerinde aşağıdaki kurallara riayet edilir:

a) Belge, kurum/taşra/yurt dışı teşkilatı evrak birimince usulüne uygun olarak teslim alındıktan sonra tarayıcı vasıtasıyla elektronik ortama aktarılır. Belgeye tarih ve sayı verilir (Gazete, dergi, kitap, broşür vb. yayınlar ile taranmasına engel bulunan ekler taranmaz).

b) Kapalı zarf ile gelen gizli belgenin yalnızca zarfı taranır.

c) Bu şekilde işlem gören belge, EBYS üzerinden ilgili birimin birim evrakına elektronik ve fiziksel ortamda gönderilir ve belge ilgili birim tarafından dosyalanır/arşivlenir.

Kapsam dışı kurum ve kuruluşlara fiziksel olarak gönderilecek belge işleyişi

Madde 9- (1) Bakanlık merkez, taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşların merkez ve taşra teşkilatından elektronik olarak ve KEP ile belge gönderilemeyen kapsam dışı kurum ve kuruluşlara gönderilecek belgeler için EBYS süreçlerinde aşağıdaki kurallara riayet edilir:

a) Paraf ve imza safhalarından sonra yetkili kullanıcı tarafından elektronik imza ile imzalanarak belge vasfını kazanan evrak EBYS tarafından birim evraka/taşra/yurt dışı teşkilatı evrak birimine gönderilir.

Entegrasyon

MADDE 10- (1) Farklı otomasyon ve/veya evrak/doküman yönetim sistemini kullanan birim ve kurumlar arasında belge işleyişinde aşağıdaki kurallara riayet edilir:

a) Farklı sistemlerde hazırlanan taslak üzerinde üst veri alanlarında muhatap entegre kurum/birim adı seçilecektir.

b) Hazırlanan taslak, paraf veya imza safhalarından sonra yetkili kullanıcı tarafından elektronik imza ile imzalanarak belge vasfını kazandıktan sonra belge merkez/taşra/yurt dışı teşkilat için sistem entegrasyonu ile otomatik olarak gönderilir.

c) Elektronik yazışma paketi içinde bulunmayan belgeler sistem entegrasyonu ile gönderilemez.

ç) Fiziksel eki olan evrak ile ilgili yapılacak işlemler bu Yönergedeki usul ve esaslara göre yürütülür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
KEP, e-Otoban ve UETS

KEP adresi temini

MADDE 11- (1) Bakanlık merkez teşkilatı adına KEP adresi temini, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilir.

(2) Bakanlık bağlı ve ilgili kuruluşlar ile yurt dışı teşkilatı, kendileri adına KEP adresi temin ederler. Bunların taşra teşkilatı olması ve ayrıca taşra teşkilatı için ihtiyaç duyulması halinde KEP adresi temini konusundaki yetki, bağlı bulunulan birimin Başkanlığı veya Genel Müdürlüğünün uhdesindedir.

(3) İl Sağlık Müdürlükleri, kendileri adına KEP adresi temin ederler. Taşra teşkilatı bünyesinde görev yapmakta olan alt birimler adına KEP adresi temin etme yetkisi, bağlı bulunulan İl Sağlık Müdürlüğünün uhdesindedir.

(4) EBYS üzerinden KEP iletisi gönderme ve alma işlemlerinin yapılabilmesi için KEP adresi temin eden birimlerin KEP başvurusu yaparken bildirdikleri KEP ana işlem yetkilisinin, işlem yetkilisinin/yetkililerinin ve aldıkları KEP adresinin EBYS' ye tanımlanması sorumluluğu EBYS yetkililerine aittir.

(5) KEP adresi kullanan birimler, ana işlem yetkilisine ve işlem yetkilisine/yetkililerine, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumunun Kamu Sertifikasyon Merkezi'nden, Nitelikli Elektronik Sertifika ve Nitelikli Elektronik Sertifika Kart Okuyucu temin eder.

KEP iletisi gönderimi

MADDE 12- (1) KEP adresi olan birimler kendisine bildirilen ve KEP adresini aktif olarak kullanan kurum ve kuruluşlara KEP iletisi gönderme işlemini kurum/taşra/yurt dışı evrak birimleri üzerinden KEP ana işlem ve işlem yetkilisi/yetkilileri aracılığıyla yapar.

(2) Gizlilik dereceli belgelerin KEP iletisi gönderiminde Cumhurbaşkanlığı tarafından belirlenen usul ve esaslara riayet edilir.

KEP iletisi alımı

MADDE 13- (1) KEP adresi olan birim, kurum ve kuruluşlar, kamu hukuku ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilerden KEP iletisi alabilirler. KEP iletisinin alınarak EBYS'ye aktarılması sonrasındaki süreç, bu Yönergedeki usul ve esaslar çerçevesinde gerçekleştirilir.

(2) Sehven alınan KEP iletileri, ana işlem yetkilisi ve işlem yetkilisi/yetkilileri tarafından girilen açıklama ile birlikte KEP üzerinden iade edilir.

(3) e-Yazışma Teknik Rehberinde belirtilen elektronik yazışma paketi kurallarına uygun olmayan KEP iletileri, ana işlem yetkilisi ve işlem yetkilisi/yetkilileri tarafından girilen açıklama ile birlikte KEP üzerinden iade edilir.

(4) Gizlilik dereceli belgelerin KEP iletisi alımında Cumhurbaşkanlığı tarafından belirlenen usul ve esaslara riayet edilir. Söz konusu esaslara uygun olmayan iletiler, ana işlem yetkilisi ve işlem yetkilisi/yetkilileri tarafından girilen açıklama ile birlikte KEP üzerinden iade edilir.

e-Otoban

MADDE 14- (1) EBYS üzerinden mülki idare amirin (vali, vali yardımcısı veya kaymakamın) imzalaması için İçişleri Bakanlığının EBYS'sine e-Otoban entegrasyonu ile gönderilecek evrak, EBYS'de otoban iş akışları kullanılarak imzaya sunulur.

(2) e-Otoban entegrasyonunda meydana gelebilecek teknik aksaklıklar nedeniyle belge akışının sağlanamaması halinde ivedi gönderilmesi gereken evrak ıslak imzalı olarak onaya sunulabilir.

UETS adres temini

MADDE 15- (1) Bakanlık adına UETS adres temini Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yapılır.

(2) Bakanlık merkez teşkilatı adına UETS ana işlem yetkilisi ve işlem yetkilileri Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünce belirlenir.

(3) Bakanlık bağlı ve ilgili kuruluşları adına UETS ana işlem yetkilisi ve işlem yetkilileri bağlı ve ilgili kuruluşlarca belirlenir.

(4) İl Sağlık Müdürlüklerinin UETS ana işlem yetkilisi ve işlem yetkilileri İl Sağlık Müdürlüklerince belirlenir.

UETS ile e-tebligat gönderimi

MADDE 16- (1) UETS adresi olan birimler kendisine bildirilen ve UETS adresini aktif olarak kullanan ve ilgili mevzuatında belirtilen UETS adres sahiplerine e-tebligat gönderme işlemini kurum/taşra/yurt dışı evrak birimleri üzerinden UETS ana işlem ve işlem yetkilisi/yetkilileri aracılığıyla yapar.

UETS ile e-tebligat alımı

MADDE 17- (1) Muhataplar tarafından UETS ile gönderilen e-tebligat, UETS ana işlem ve işlem yetkilileri tarafından alınır. E-tebligat alınarak EBYS'ye aktarılması sonrasındaki süreç, bu Yönergedeki usul ve esaslar çerçevesinde gerçekleştirilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

İstisnalar

MADDE 18- (1) Bakanlık merkez, taşra ve yurt dışı teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşları merkez ve taşra teşkilatında kullanılan yazılımların farklılık göstermesi nedeniyle EBYS üzerinden elektronik belge akışının sağlanamadığı durumlarda bu Yönergenin 8 inci ve 9 uncu maddelerindeki usul uygulanır.

(2) Mahkemeler, savcılıklar ve icra dairelerinden gelen veya buralara gönderilen hukukî belgeler kanunen belli sürelere tabi olması sebebiyle, bu tür belgenin alınması ve gönderilmesinde, EBYS'ye kayıt hususu saklı kalmak üzere bu Yönergenin 8 inci ve 9 uncu maddelerindeki usul uygulanmayabilir. Muhakemat hizmetlerine ilişkin iş ve işlemlerin yürütülmesinde, Bakanlık Hukuk Müşavirliği ile her İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan "Hukuk Hizmetleri Birimleri" arasında doğrudan belge havalesi yapılabilecektir. Bu durumda ilgili birimler durumu kurum ve/veya taşra birim evrak birimine bildirecektir.

(3) Zorunlu hallerde belge, EBYS'deki sayı işleyişini bozmayacak şekilde tarih sayı verilmek suretiyle kayıt altına alınarak fiziksel olarak işleyiş sağlanır. Engelin ortadan kalkmasını müteakip ilgili belge bilgileri EBYS'ye gerekli alt yapının sağlanması şartıyla belgenin üretildiği veya teslim alındığı birim tarafından girilebilir.

Görevden ayrılma ve vekâlet

MADDE 19- (1) EBYS' de oluşturulmuş olan her birim için İlgili yetkili mercinin bilgisi dahilinde EBYS 'nin görev atama ve belge süreçlerinde yer alacak sorumluların EBYS' de tanımlanması ve güncelliğinin sağlanması EBYS yetkililerinin sorumluluğundadır. Kanuni bir sebeple görevi başında bulunamayacak olan birime sorumlu olarak tanımlanmış personel, görevden ayrılmadan önce yetkili mercince vekil tayin edilen personele dair bilgileri ve vekâlet süresi bilgisini EBYS' ye işlemek zorundadır.

(2) Mücbir sebeple görevi başında bulunamayan birime sorumlu olarak tanımlanmış personel yerine tayin edilen vekile ilişkin bilgilerin, ilgili birim tarafından EBYS 'ye tanımlanması ilgili EBYS yetkililerinin sorumluluğundadır.

Yürürlükten Kaldırılan Yönerge

MADDE 20- (1) 02/05/2018 tarihli ve 2082 sayılı Sağlık Bakanlığı Elektronik Belge Yönetim Sistemi Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır.

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Herhangi bir sebeple elektronik imza temin edemeyen birimler, elektronik imza temin işlemlerini en kısa sürede gerçekleştirir.

(2) Herhangi bir yasal gereklilik nedeniyle muhatap birime ıslak imzalı olarak gönderilmesi gereken belge, kullanıcı tarafından taranarak EBYS'ye aktarılır ve sistemde

üretilen barkod bilgisi orijinal belge üzerine eklenerek muhatap birime fiziksel olarak gönderilmek üzere birim evrak ve/veya evrak birimine ulaştırılır.

(3) Yasal zorunluluklar nedeniyle EBYS üzerinden gizli belge gönderilmemesi istenildiği durumlarda aşağıdaki esaslara göre işlem tesis edilir:

a) EBYS' de yalnızca üst veri bilgileri ile oluşturulan belge, belgeyi hazırlayan kişi tarafından belgenin üzerine tarih ile sayı bilgisi yazılıp kapalı zarfa konulduktan sonra, zarf üzerine tarih, sayı ve gideceği yer bilgileri yazılarak birim evrak ve/veya evrak birimine ulaştırılır.

b) Birim evrak ve evrak birimi gizli evrak usul ve esaslarına uygun bir şekilde işlemleri gerçekleştirir.

Yürürlük

MADDE 21- (1) Bu Yönerge onaylandığı tarihte yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 22- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

4.2.2. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü İz Kayıtları Yönetimi Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
Standart ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

Sayı : E-75730711
Konu : İz Kayıtları Yönetimi Yönergesi

GENEL MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından işletilen bilgi sistemleri üzerinde gerçekleştirilen iş ve işlemlerin takip edilebilirliğini sağlamak maksadıyla; her seviyedeki sistem bileşeni tarafından üretilmesi gereken iz kayıtlarının asgari düzeyde içeriğini, bu kayıtların saklama süresi ve koşullarını belirlemek amacıyla hazırlanan "Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü İz Kayıtları Yönetimi Yönergesi"nin yürürlüğe konulması hususunu tensiplerinize arz ederim.

Esra MUŞ
Standart ve Akreditasyon Dairesi Başkanı

Uygun Görüşle Arz Ederim.
08 / 11 / 2021

Şahin AYDIN
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdür Yardımcısı V.

OLUR
08 / 11 / 2021

Dr. Mustafa Mahir OLGU
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürü V.

Ek: Yönerge ve Ekleri (6 Sayfa)

SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
İZ KAYITLARI YÖNETİMİ YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönerge'nin amacı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından işletilen bilgi sistemleri üzerinde gerçekleştirilen iş ve işlemlerin takip edilebilirliğini sağlamak maksadıyla; her seviyedeki sistem bileşeni tarafından üretilmesi gereken iz kayıtlarının asgari düzeyde içeriğini, bu kayıtların saklama süresi ve koşullarını belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- Bu Yönerge Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünü kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 10/7/2018 tarihli ve 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 358 inci maddesinin birinci fıkrası (a) bendine ve 508 inci maddesinin birinci fıkrasına dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönerge'nin uygulanmasında;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
b) Bilgi: Kurum için değeri olan, uygun bir şekilde korunması gereken ve bilgi sistemleri üzerinde işlenen tüm kaynakları,
c) Bilgi işleme: Veri ve bilgilerin manuel veya bir otomasyon sisteminin parçası olarak elde edilmesi, kaydedilmesi, depolanması, muhafazası, değiştirilmesi, yeniden düzenlenmesi, açıklanması, aktarılması, devralınması, elde edilebilir hâle getirilmesi, sınıflandırılması ya da kullanılmasının engellenmesi gibi veri ve bilgiler üzerinde gerçekleştirilen her türlü işlemi,
d) Bilgi sistemleri: Bilginin toplanması, işlenmesi, saklanması, dağıtımı ve kullanımına yönelik insan kaynağı, operasyonel faaliyetler ve süreçler ile bunlarla etkileşim içinde bulunan bilgi teknolojilerini,
e) Bilgi teknolojileri: Herhangi bir biçimdeki verinin, girişinin yapılması, saklanması, işlenmesi, iletilmesi ve çıktılarının alınması için kullanılan donanım, yazılım, iletişim altyapısı ve ilgili diğer teknolojileri,
f) Genel Müdürlük: Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünü,
g) Genel Müdür: Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürünü,
h) İşletim güvenliği verisi: Bilgi teknolojileri tarafından donanım, yazılım veya cihazların desteklediği yetenekler çerçevesinde bilgi sistemleri iş sürekliliği, sistem işletim güvenliği ve hata ayıklama gibi maksatlarla üretilen verileri,
i) Kişisel veri: Kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü veriyi,

1

j) Kişisel sağlık verisi: Kimliği belirli ya da belirlenebilir gerçek kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilgi ile kişiye sunulan sağlık hizmetiyle ilgili bilgileri,

k) Kritik veri: Kişisel sağlık verileri başta olmak üzere; özel nitelikli kişisel veriyi, insan kaynakları yönetimi faaliyetleri kapsamında kişilerin özlük bilgilerini, ilgili mevzuat ve kurum içi düzenlemeler gereği sır olarak saklanması gereken verileri,

l) Kurumsal veri: Kritik veriler ve işletim güvenliği verileri haricinde kalan, kişisel verileri de içeren diğer verileri,

m) Veri: Bilginin işlenmemiş halini,

n) Veri işleme: Verilerin tamamen veya kısmen otomatik olan ya da herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olarak elde edilmesi, kaydedilmesi, depolanması, muhafazası, değiştirilmesi, yeniden düzenlenmesi, açıklanması, aktarılması, devralınması, elde edilebilir hâle getirilmesi, sınıflandırılması ya da kullanılmasının engellenmesi gibi veri ve bilgiler üzerinde gerçekleştirilen her türlü işlemi,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
İz Kayıtları Oluşturma Esasları ve Saklama Süreleri

MADDE 5 – (1) Bilgi sistemlerinin ve bu sistemler vasıtasıyla yürütülen faaliyetlerin boyutu ve karmaşıklığıyla orantılı olacak şekilde, bilgi sistemleri dâhilinde gerçekleşen işlem ve olaylara ilişkin iz kayıtları alınır. İz kayıtları, işlemin doğasına uygun detay ve içerikte, asgari olarak aşağıdaki bilgileri barındırır:

a) Kaydı oluşturan sistem,

b) Kaydın oluşturulduğu tarih, saat ve zaman dilimi bilgisi,

c) Kaydı oluşturan işlem ya da olayla birlikte, varsa gerçekleştirilen değişikliğin ne olduğunu gösteren bilgi,

ç) Kaydın ilişkili olduğu tekil kullanıcıyı veya sistemi gösteren bilgi.

(2) Alınan iz bilgilerinin, yaşanan bilgi güvenliği olaylarının sonradan incelenmesine ve bunlar hakkında güvenilir delillerin elde edilmesine imkân tanıyacak nitelikte olması sağlanır.

(3) Kritik verilere; erişim, sorgulama, görüntüleme, kopyalama, değiştirme ve silme işlemleri ile bu bilgilerin işlendiği bilgi varlıklarına yönelik erişim yetkilerinin verilmesi, değiştirilmesi ve geri alınması işlemlerine ilişkin iz kayıtları asgari üç yıl boyunca saklanır.

(4) Kurumsal verilere; erişim, sorgulama, görüntüleme, kopyalama, değiştirme ve silme işlemleri ile bu bilgilerin işlendiği bilgi varlıklarına yönelik erişim yetkilerinin verilmesi, değiştirilmesi ve geri alınması işlemlerine ilişkin iz kayıtları asgari iki yıl boyunca saklanır.

(5) Başkaca bir yasal düzenleme bulunmaması halinde işletim güvenliği iz kayıtları için daha farklı saklama süreleri belirlenebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Diğer Hususlar

MADDE 6 – (1) Bakanlık bilgi sistemleri tarafından oluşturulması gereken iz kayıtları ile ilgili detaylar Ek-1 Çizelge'de olduğu gibidir.

(2) İz kayıtlarının saklama koşulları, saklama süreleri, yedekleme koşulları, varsa aktarılma koşulları; ilgili sistem veya uygulamanın sahipleri tarafından belirlenir ve Ek-2 Form'a uygun olarak kayıt altına alınır.

(3) Üretilen iz kayıtlarının zamansal olarak tutarlılığını sağlamak maksadıyla iz kaydı üreten sistem ve uygulamaların zaman sunucuları ile senkronize edilmesi sağlanır.

(4) İz kayıtlarının bütünlüğünün bozulmasının önlenmesine ve herhangi bir bozulma durumunda bunun tespit edilebilmesine ilişkin gerekli tedbirler alınır.

(5) İz kayıtlarına, bilmesi gereken prensibine uygun olarak sadece erişim yetkisi verilen kişilerin ulaşabilmesi ve iz kayıtlarının yetkisiz müdahalelere karşı korunması sağlanır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Eklerin Güncellenmesi

MADDE 7- (1) Ek-1 Çizelge ve Ek-2 Form; yasal mevzuatta meydana gelen değişiklikler, sistemsel gereksinimler ve kapsam dahilinde yer alan birimler tarafından yapılan geri bildirimler doğrultusunda Genel Müdürlük tarafından güncellenir. Güncellenen Çizelge ve Form, Genel Müdürlüğün web sayfasında yayımlanır.

Yürürlük

MADDE 8- (1) Bu Yönerge hükümleri onaylandığı tarihten altı ay sonra yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 9- (1) Bu Yönerge hükümlerini Genel Müdür yürütür.

4.2.3. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
18.06.2026 17:19:18 E-11045126-010.04-318340972
318340972

Sayı : Z-11045126-010.04-
Konu : Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde Merkezi Hekim Randevu Sistemi kapsamında verilecek randevu hizmetlerine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla 10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 358 inci ve 508 inci maddelerine dayanılarak hazırlanan Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge Taslağının yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2026

Dr. Öğr. Üyesi Halim ÖZÇEVİK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2026

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge Taslağı (3 Sayfa)

MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİ
ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Başlangıç Hükümleri

Amaç ve kapsam

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Merkezi Hekim Randevu Sistemi kapsamında verilecek randevu hizmetlerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

(2) Bu Yönerge; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini kapsar.

Dayanak

MADDE 2- (1) Bu Yönerge; 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 358 inci ve 508 inci maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar ve kısaltmalar

MADDE 3- (1) Bu Yönergede geçen;

a) AHB: Aile hekimliği birimini,

b) AHBS: Bakanlıkça belirlenen aile hekimliğine ilişkin bilgi sistemini,

c) ASM: Aile sağlığı merkezini,

ç) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

d) HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemini,

e) HSGM: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünü,

f) İstisna işlemi: Çalışma planındaki zorunlu değişikliği,

g) KHGM: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünü,

ğ) MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemini,

h) SBSGM: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünü,

ı) TSM: Toplum sağlığı merkezlerini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
MHRS Hizmetlerinin Merkezi Koordinasyonu

Görev ve sorumluluklar

MADDE 4- (1) MHRS hizmetlerinin koordinasyonu; SBSGM, KHGM ve HSGM tarafından birlikte gerçekleştirilir. Bu koordinasyon görevi ilgili genel müdürlükler ve il sağlık müdürlükleri tarafından yürütülür.

(2) SBSGM'nin görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) MHRS hizmetlerinin teknik süreçlerinin takibi, planlanması, yürütülmesi, gelişen ihtiyaçlar doğrultusunda KHGM ile HSGM'nin görüşlerini alarak bakım, onarım ve yeni geliştirme çalışmaları kapsamında teknik yapının oluşturulması, gerekli güncellemelerin yapılması, MHRS'ye ilişkin süreçlere yönelik yazılım ve donanımın temini.

b) KHGM ve HSGM ile iş birliği yaparak, sağlık tesisinde sunulan sağlık hizmetlerinin MHRS ile entegrasyonunun sağlanması kapsamında kullanılacak yazılım ve teknik alt yapının temini.

c) Bakanlığın bilgi güvenliği politikaları çerçevesinde MHRS iş ve işlemlerine ait verilerin saklanması ve muhafaza edilmesi, bu verilerin sorumlu hizmet birimlerine ihtiyaçları doğrultusunda raporlanması ve sorumlu hizmet birimlerinin ilgili veri tabanlarıyla entegrasyonu.

ç) Çağrı merkezlerinin kurulması ve işletilmesi faaliyetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesi.

(3) KHGM'nin görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde MHRS kapsamında randevulu sağlık hizmetlerine ilişkin iş ve işlemlerin takibi.

b) İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerindeki çalışma cetvellerinin planlanarak SBSGM'nin internet sitesinde yayımlanan esaslara göre uygulanması ve randevu işlemlerinin süreç takibi.

c) İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde MHRS işleyişinde tespit edilen sorunların çözümlenmesi, belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda politikaların geliştirilmesi ve uygulanması.

(4) HSGM'nin görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) Birinci basamak sağlık tesislerinde MHRS kapsamında randevulu sağlık hizmetlerine ilişkin iş ve işlemlerin takibi.

b) Birinci basamak sağlık tesislerinde çalışma cetvellerinin planlanarak SBSGM'nin internet sitesinde yayımlanan esaslara göre uygulanması ve randevu işlemlerinin süreç takibi.

c) Birinci basamak sağlık tesislerinde MHRS işleyişinde tespit edilen sorunların çözümlenmesi, belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda politikaların geliştirilmesi ve uygulanması.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
MHRS Hizmetlerinin Yürütülmesi

İlde koordinasyon

MADDE 5- (1) İl sağlık müdürü, MHRS hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi, raporlanması ve geliştirilmesinden sorumludur.

(2) İl sağlık müdürü, sağlık tesisinde görev yapan MHRS sorumlularına ilişkin bildirimlerin Bakanlığa zamanında ve eksiksiz bildirilmesini sağlamak ve izlemekle sorumludur.

(3) MHRS'ye ilişkin iş süreçleri, il sağlık müdürünün sorumluluğunda kamu hastaneleri başkanı ile halk sağlığı başkanı tarafından birlikte yürütülür.

(4) İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde; hekim çalışma tipi klinik cetvellerinin ve bölüm tipi kliniklerin SBSGM'nin internet sitesinde yayımlanan esaslara uygun şekilde sisteme girilmesinin sağlanmasından, randevu alan hastalara verilen hizmetin takibinden, verilerin doğru, eksiksiz ve zamanında Bakanlığın merkezi sağlık veri sistemine bildirilmesinden kamu hastaneleri başkanı sorumludur.

(5) Birinci basamak sağlık tesislerinde; hekim çalışma cetvellerinin ve birim cetvellerinin SBSGM'nin internet sitesinde yayımlanan esaslara uygun şekilde sisteme girilmesinin sağlanmasından, randevu alan hastalara verilen hizmetin takibinden, verilerin Bakanlığın merkezi sağlık veri sistemine bildirilmesinden, halk sağlığı başkanı sorumludur.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde koordinasyon

MADDE 6- (1) Başhekimin, görev yaptığı sağlık tesisindeki MHRS'ye ilişkin görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) MHRS uygulamalarının planlanması, iş süreçlerinin yürütülmesi, denetlenmesi, raporlanması ve geliştirilmesi.

b) Hekim/Bölüm çalışma tipi klinik cetvellerinin sisteme girilmesinin sağlanması, takip edilmesi, çalışma cetvellerinin izin ve görevlendirmeler dikkate alınarak düzenlenmesi, Bakanlığa gönderilen verilerin Bakanlığın merkezi sağlık veri sistemine bildirilmesinin izlenmesi ve kontrol edilmesi.

c) Randevulu hastaların randevu saatinde muayene olabilmeleri için gerekli tüm tedbirlerin alınması, hastaların sağlık tesisinden ayrılmadan önce gerek görülen randevularının verilmesine ilişkin süreçlerin planlanması.

(2) Başhekim, görev yaptığı sağlık tesisinde MHRS'ye ilişkin süreçlerin koordinasyonunu sağlamak üzere görevlendireceği başhekim yardımcısının ismini, bağlı bulunduğu il sağlık müdürlüğüne bildirir.

(3) Başhekim yardımcısı, sağlık tesisinin MHRS'ye ilişkin randevu süreçlerini yürütmek ve karşılaşılan sorunlara çözüm bulmak üzere görevli bir personel belirler ve MHRS kurum bilgileri ekranından görevli bilgilerini girer.

Birinci basamak sağlık tesislerinde koordinasyon

MADDE 7- (1) TSM başkanı/ilçe sağlık müdürü, MHRS uygulamalarının birinci basamak sağlık tesislerinde planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi ve verilerin Bakanlığın merkezi sağlık veri sistemine bildirilmesinden sorumludur. TSM başkanı/ilçe sağlık müdürü, MHRS'ye ilişkin iş süreçlerini yürütmek üzere görevlendirdiği sağlık personelini, il sağlık müdürlüğüne bildirir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
MHRS Çalışma Esasları

Entegrasyon

MADDE 8- (1) MHRS'ye ilişkin süreçlerin sağlıklı yürütülmesi ile randevu bilgilerinin aktarılması için HBYS ve AHBS'lerin Bakanlık MHRS yazılımı ile entegrasyonu, SBSGM'nin internet sitesinde yayımlanan esaslar çerçevesinde ilgili sağlık tesisinin MHRS sorumlusu ve TSM başkanı/ilçe sağlık müdürü tarafından sağlanır.

Sürecin işleyişi

MADDE 9- (1) SBSGM'nin internet sitesinde yayımlanan esaslara uygun olarak hekim çalışma tipi ve bölüm tipi klinik cetvelleri düzenli olarak hazırlanır ve sisteme girişi sağlanır.

(2) Randevulu hastanın, randevu aldığı hekim tarafından ya da birim randevularında saatinde sağlık hizmeti alması için gerekli tedbirler sağlık tesisi tarafından alınır.

(3) Randevulu hastanın muvafakati olsa dahi alınan randevu bir başkasına devredilemez, randevulu hastanın kendisinin sağlık hizmeti alması gerekir.

(4) Sağlık tesisi, il sağlık müdürlükleri ve TSM/ilçe sağlık müdürlükleri MHRS ile ilgili gerekli eğitimleri tüm personeline verir.

(5) Randevulu hastaları olan hekimin izin talep etmesi halinde, randevularına görevini ifa etmesine engel bir durumun gelişmesi halinde veya bölüm tipi kliniklerde randevuların gerçekleşmesine engel bir durum gelişmesi halinde; randevulu hastaların muayeneleri ya da yeni randevuları SBSGM'nin internet sitesinde yayımlanan esaslar çerçevesinde değerlendirilir.

(6) Yerinde bulunmayan aile hekiminin yerine görevlendirilen (görevlendirmeli veya vekaleten hizmetin sürdürüldüğü durumlarda) aile hekimlerinin halihazırdaki randevuları AHB'lerde hizmetin devamlılığı esasına istinaden SBSGM'nin internet sitesinde yayımlanan esaslar çerçevesinde değerlendirilir.

(7) Hekimin izin, görevlendirme veya mücbir sebeplerle randevularını gerçekleştiremeyeceğinin anlaşılması halinde istisna işlemi süreci başlatılır. İstisna işlemi kaydı oluşturulur ve ön değerlendirme sağlık tesisi tarafından yapılır. Sağlık tesisinde çözüm üretilememesi halinde süreç il sağlık müdürlüğü tarafından karara bağlanır.

Veri mahremiyeti

MADDE 10- (1) MHRS'ye ilişkin tüm süreçlerde, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 19 uncu maddesi, 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ikincil düzenlemeler ile 21/6/2019 tarihli ve 30808 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik hükümlerine uygun hareket edilmesi zorunlu olup veri mahremiyeti ve kişisel veri güvenliğinin sağlanmasına yönelik gerekli tüm idari ve teknik tedbirler alınır.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Yaptırım

MADDE 11- (1) Bu Yönergede belirtilen usul ve esaslara uyulmadığının tespiti halinde ilgililer hakkında mevzuat hükümleri çerçevesinde idari işlem tesis edilir.

Yürürlükten kaldırılan yönerge

MADDE 12- (1) 30/4/2018 tarihli ve 67523305-045.02-2043 sayılı Bakan Oluru ile yürürlüğe konulan Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 13- (1) Bu Yönerge Bakan Oluru ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 14- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Esasları

SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
HUKUK VE MEVZUAT KOORDİNATÖRLÜĞÜ
22.06.2026 17:52:26 E-67523305-020-318676538
318676538

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-67523305-020-318676538 22.06.2026
Konu : Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Esaslarının Belirlenmesi Hk.

GENEL MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgi : Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 19.06.2026 tarihli ve E-11045126-010.04-318341702 sayılı yazısı.

Merkezi Hekim Randevu Sistemi kapsamında verilecek randevu hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar düzenlemek amacıyla Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (Yönerge İlgi'de kayıtlı yazı ekinde yer alan 18.06.2026 tarihli ve E-11045126-010.04-318340972 sayılı Bakan Oluru ile yürürlüğe konulmuştur.

Yönerge'nin 4'üncü maddesinin üçüncü fıkrasının (b) bendi ile dördüncü fıkrasının (b) bendi, 5'inc maddesinin dördüncü ve beşinci fıkrası, 8'inci maddesi, 9'uncu maddesinin birinci, beşinci ve altıncı fıkralar uyarınca hazırlanan ve Ek'te yer alan "Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Esasları"nın yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Av. Saide Begüm FEYZİOĞLU AKÜNAL
Koordinatör

Uygun görüşle arz ederim.
Cihan NİŞANCI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdür Yardımcısı V.

OLUR
Dr. Özgür SEZER
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdür V.

Ek: Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Esasları (3 Sayfa)

EK: MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİ ÇALIŞMA ESASLARI

1. **Hekim/Bölüm Tipi Kliniklerin ve Aile Hekimliği Birimlerinin (AHB) Çalışma Cetvellerinin Sisteme Tanımlanmasına İlişkin Esaslar**

1.1 Birim zaman içerisinde verilebilecek randevu sayısı KHGM veya HSGM tarafından belirlenir.

1.2 Cetvel tanımlamasının KHGM veya HSGM tarafından belirlenen son tarihe kadar yapılması gerekir.

1.3 Hekim ve Bölüm Çalışma Cetveli; "İlk Muayene", "Devam Eden Muayene", "Sağlık Kurulu", "Uzaktan Değerlendirme", "Uzaktan Değerlendirme (Hastane)", "Cihaz Muayene", "Günü Birlik Cihaz Muayene", "Ameliyat", "SHM Başvuru" ve "Kontrol/Sonuç Muayene" ve Aile Hekimliği birimleri için "Aile Hekimi İlk Muayene", "Uzaktan Değerlendirme", "Uzaktan Değerlendirme (Aile Hekimliği)" olmak üzere sisteme tanımlanır. Cetvel aksiyonlarında değişiklik olması durumunda ilgili paydaşlar bilgilendirilir.

1.4 Poliklinik hizmeti veren her hekim ya da bölüm tipi klinikler için "İlk Muayene Cetveli", devam eden tedavi süreçleri ve kontrol randevuları için de "Devam Eden Muayene Cetveli" ya da "Kontrol/Sonuç Muayene" cetveli tanımlanır.

1.5 Hekim çalışma cetveli tanımlaması yapılırken, randevu kapasitesinin en az %70'i "İlk Muayene Cetveli" için ayrılır. İlk muayene için oran koşulu sağlandıktan sonra diğer aksiyon kodlarıyla da cetvel açılabilir. AHB'lerde günlük sabah ve öğleden sonra dengeli bir şekilde olmak üzere HSGM tarafından belirlenen değerlerde randevulu hasta için cetvel tanımlaması yapılır. AHB'lerin gezici sağlık hizmeti, yerinde sağlık hizmeti vb. ASM'de bulunulmayan durumlarda çalışma takvimine uygun şekilde aile hekimlerince güncel tutulması, ayrıca bağlı müdürlüğe zamanında eksiksiz bildirilmesi gerekmektedir. Sağlık tesisinin talepleri doğrultusunda polikliniklerin ve AHB'lerin hizmet gerekleri değerlendirilir ve ilgili genel müdürlüklerce bu oranlarda ya günlük kapasitelerde klinik, birim ya da hekim bazında değişiklik yapılabilir.

1.6 Sağlık tesisi tarafından gerekli görüldüğü durumlarda vatandaşlara, Sağlık tesisinden ayrılmadan önce "İlk Muayene", "Devam Eden Muayene", "Sağlık Kurulu" "SHM Başvuru" "Uzaktan Hasta Değerlendirme (Hastane)" aksiyonlarında ve ihtiyaç halinde diğer aksiyonlardan da randevu verilmesi sağlanır.

1.7 Hekim ve bölümlerin poliklinik hizmeti veremedikleri zaman dilimleri için gerekçesi yazılmak suretiyle cetveller randevuya kapatılır.

1.8 Hastalar, ana dal hekimi tarafından muayene edildikten ve tetkik işlemlerinden sonra uygun görülmesi halinde, tıpta ileri uzmanlık gerektiren yan dal poliklinikler için ilgili yan dal polikliniğine sistem üzerinden "Takip Gerektiren Hasta Listesine (Yeşil Liste)" süreli olarak eklenmek sureti ile yönlendirilir. İlgili yan dal hekimi tarafından onaylama işleminden sonra hastaların süresiz olarak listede kalmaları sağlanır.

1.9 Sağlık tesisinde, poliklinik ve diğer hizmetlere dair randevuların MHRS ile entegre olmayan elektronik ortamlar (web vb.) veya manuel kayıt yöntemleri (defter vb.) üzerinden verilmemesi hususunda gerekli tedbirler alınır.

1.10 Sağlık tesisinin bağlı olduğu organizasyon yapısı KHGM ve HSGM tarafından belirlenir.

1.11 Sağlık tesisi randevuların gerçekleşme durumlarını (gerçekleşti, gerçekleşmedi) her gün en geç saat 23.59'a kadar eksik olmayacak bir şekilde Bakanlık'ın entegrasyon sağlanmış yazılımlarına bildirir.

2. **Çalışma Cetvelinin İptal Edilmesi**

2.1. Henüz randevu alınmamış çalışma cetvelinin iptal sebepleri;

a) Hekimin ya da sağlık meslek mensubunun çalıştığı kurum veya birimi dışında görevlendirilmesi,

b) Hekimin ya da sağlık meslek mensubunun bağlı olduğu birimden veya kurumdan ilişiğinin kesilmesi,

c) Cihazın arızalanması,

ç) Diğer mücbir sebepler (afet,acil vaka, acil ameliyat, hastalık imi, yakın vefatı, öngörülemeyen hastane dışı görevlendirmeler, kaza veya kurumlarınca kabul edilebilir diğer mazeret vb. istisnai durumla)

ile iptal edilebilir.

2.2. Randevu Alınmış Hekim ve Bölüm Tipi Kliniklerde Çalışma Cetvelinin İptali

a) Randevu saatine KHGM ve HSGM tarafından belirlenen saatten daha fazla bir süre var ise çalışma cetveli sistem üzerinden otomatik olarak kapatılır ve ilgili hastalar bilgilendirilir.

b) Randevu saatine KHGM ve HSGM tarafından belirlenen saatten daha az bir süre kalmış ise ilgili birimin onayı ile çalışma cetveli kapatılır ve ilgili hastalar bilgilendirilir.

c) Randevu çalışma cetvellerinde yapılacak güncellemelerde belirlenen saat öncesi ya da sonrası gibi parametrik değer değişikliklerinde paydaşlara KHGM ve HSGM tarafından bilgilendirme yapılır.

2.3. Randevu günü Sağlık tesisinde mücbir sebep ortaya çıkarsa, sorumlular tarafından çalışma cetveli kapatılır. Sağlık tesisi tarafından hastaya gerekli bilgilendirme yapılır, hastanın tercihine göre yeni randevu alması sağlanır. Hekim tipi kliniklerde ve cihazlarda cetvel kapatma sürecinde tercihen bölüme aktarma seçimi ile aktif randevuların farklı bir odaya aktarılması sağlanır. AHB'lerde hastanın tercihine bırakılmadan AHB için görevlendirilen ya da vekalet alan hekimin cetvelinde uygun saatler aktarılarak güncellenmesi sağlanır. İlgili aile hekimlerinin uygun olmayan çakışan saatlerindeki randevular aktarılmaz ve aktarılamayan randevular iptal edilir ilgili hastaya bilgilendirme yapılır yeni randevu alması sağlanır.

2.4. Hekimin izin, görevlendirme veya mücbir sebeplerle randevularını gerçekleştiremeyeceğinin anlaşılması halinde İstisna İşlemi süreci başlatılır. İstisna İşlem kaydı oluşturulur ve ön değerlendirme Sağlık tesisi tarafından yapılır. Sağlık tesisinde çözüm üretilememesi halinde süreç il sağlık müdürlüğü tarafından değerlendirilerek karara bağlanır.

3. **HBYS ve AHBS ile MHRS entegrasyonunda, Tablo 1'de yer alan MHRS Rest servislerinin kullanımına göre sınıflar belirlenir.**

No.	İşlem Sınıf Adı	İşlem Metot Sınıf Açıklama
1	**hbys-cetvel-işlemleri**	Cetvel ekleme, sorgulama, kesinleştirme, silme, güncelleme vb. işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
2	**hbys-hasta-is-kurali**	Hasta yaş, cinsiyet, özel durum vb. iş kuralları işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
3	**hbys-hasta-yesil-liste**	Vatandaş Yeşil Liste ekleme, onaylama, güncelleme ve silme işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
4	**hbys-istisna-işlemleri**	Cetvel kapatma istisna işlemlerinde ekleme, silme, sorgulama işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
5	**hbys-klinik-hekim**	Klinik hekim ilişkisi sorgulanması, eklenmesi, çıkarılması ve tanımlı olmayan hekimlerin işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
6	**hbys-kurum**	Kurum cihaz talep listeleme, talep sorgulama vb. listeme işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
7	**hbys-kurum-klinik**	Kurum klinik sorgulama, ekleme ve silme işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
8	**hbys-muayene-yeri**	Klinik Muayene yeri bilgilerinin sorgulama, ekleme ve silme işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.

9	**hbys-randevu**	Vatandaş muayene, cihaz, ameliyat, dış kurum randevu vb. diğer randevu sorgulama ekleme, iptal etme vb. işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
10	**ahbs-cetvel-işlemleri**	Cetvel ekleme, sorgulama, kesinleştirme, silme, güncelleme vb. işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
11	**ahbs-istisna-işlemleri**	Cetvel kapatma istisna işlemlerinde ekleme, silme, sorgulama işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
12	**ahbs-randevu-işlemleri**	Vatandaş muayene, kurum cihaz, dış kurum randevu vb. diğer randevu sorgulama ekleme, iptal etme vb. işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
13	**ahbs-dis-kurum-randevu-talep**	Vatandaş muayene, kurum cihaz, dış kurum randevu vb. diğer randevu sorgulama sonucunda randevu bulunamamasıyla talep ekleme, silme, sorgulama işlemlerinin yapılması için oluşturulmuş metotların yer aldığı sınıftır.
MHRS Servis Adresi: https://www.mhrs.gov.tr/docs/swagger/swagger-ui.html		

Tablo 1 HBYS ve AHBS metot sınıfları

3.1. MHRS entegrasyonu kapsamında, HBYS ve AHBS'ler de Tablo 1'de belirtilen işlemlerin yer aldığı sınıflardaki metotları kullanmak zorunludur. Bu kapsamda tüm MHRS Rest servis metotları tüketilerek ve aşağıda belirtildiği şekilde kullanılır. Tablo l'deki sınıflarda yer alan servislere karşılık gelen HBYS ve AHBS ara yüzlerinin ideal kullanım şekli aşağıdaki gibidir:

a) HBYS ve AHBS'lerde gerektiğinde kullanılmak üzere, Tablo 1'deki sınıflara uygun arayüzler oluşturulur.

b) .HBYS ve AHBS'lerde Tablo 1'deki işlem sınıflarına göre sağlık tesislerindeki MHRS işlemlerinin sağlıklı yürütülmesi için metotlar yer almaktadır. HBYS ve AHBS'lerde MHRS işlemlerinin yapılabileceği arayüz bulunur.

c) MHRS'nin gereksiz yük altında kalmaması adına HBYS ve AHBS'lerin MHRS ile tamamen entegre olduğu var sayılır. HBYS ve AHBS'de tanımlı hekim ya da bölüm çalışma cetveli ile çakışacak yeni bir cetvel MHRS'ye gönderilmez.

4.2.4. Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 98813779.719
Konu : Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

İlgi: Bakanlık Makamının 31.12.2015 tarihli ve 75730711.719.116 sayılı Oluru.

İlgi Bakanlık Makamı Olurunda, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 11 inci maddesi ile Genel Müdürlüğümüze verilen görevlerin bir gereği olarak hazırlanan Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi onaylanmış ve yürürlüğe konulmuştur.

Teknolojik gelişmeler, uygulamadan doğan ihtiyaçlar ve 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile değişen Bakanlık merkez ve taşra teşkilatının yeni yapısı dikkate alınarak güncellenen Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi ekte bilgilerinize sunulmaktadır. Bu çerçevede güncellenen Yönergenin yürürlüğe konulması için gereğini takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Dr. M. Mahir ÜLGÜ
Genel Müdür V.

Ek: Yönerge (7 sayfa)

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2018

Dr. Şuayip BİLİNCİ
Müsteşar Yardımcısı

Uygun görüşle arz ederim.
05/.../2018

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Müsteşar

Olur
.../.../2018

Dr. Ahmet DEMİRCAN
Bakan

SAĞLIK BAKANLIĞI BİLGİ GÜVENLİĞİ POLİTİKALARI YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, bilginin işlenmesi süreçlerinde bilgi güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbir almak; bilginin gizlilik, bütünlük ve erişilebilirlik kapsamında değerlendirilerek içeriden veya dışarıdan kasıtlı ya da kazayla oluşabilecek tüm tehditlerden korunmasını sağlamak; yürütülen faaliyetlerin etkin, doğru, hızlı ve güvenli olarak gerçekleştirilmesinde bilgi güvenliği açısından uyulması gereken usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlarda görev yapan tüm personel ile kendilerine herhangi bir nedenle Bakanlık bilgi ve bilgi işleme tesislerine erişim yetkisi verilenleri, bilgi sistemlerini, insan kaynaklarını, fiziksel ve çevresel güvenlik sistemlerini, hizmet sağlayıcılarını, sistem, veri ve bilgi kullanıcılarını ve kurallarını kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40 ıncı maddesinin birinci fıkrasına dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergenin uygulanmasında;

a) Bağlı Kuruluş: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünü,

b) Bakan: Sağlık Bakanını,

c) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

ç) Bilgi: Kurum için değeri olan, uygun bir şekilde korunması gereken, yazılı olarak veya bilgi sistemleri üzerinde işlenen tüm kaynakları,

d) Bilgi işleme: Veri ve bilgilerin manuel veya bir otomasyon sisteminin parçası olarak elde edilmesi, kaydedilmesi, depolanması, muhafazası, değiştirilmesi, yeniden düzenlenmesi, açıklanması, aktarılması, devralınması, elde edilebilir hâle getirilmesi, sınıflandırılması ya da kullanılmasının engellenmesi gibi veri ve bilgiler üzerinde gerçekleştirilen her türlü işlemi,

e) Bilgi işleme tesisi: Bilgi işlemede kullanılan her türlü sistem, servis, altyapı ve bunların konuşlandırıldığı fiziksel mekânları,

f) Bilgi güvenliği: Bilgi ve bilgi işleme tesislerinin emniyetli ve güvenilir olarak kullanılabilmesi, bütünlüğünün ve gizliliğinin muhafazası ve yetkisiz şahısların bilgiye ulaşmaları halinde tespit edilmelerine yönelik tedbirlerin tümünü,

g) Bilgi güvenliği yetkilisi: İlgili kurumdaki alt komisyon tarafından görevlendirilen ve komisyon adına bilgi güvenliği politikalarının uygulanması için yetki verilen kişiyi,

ğ) Bilgi güvenliği yönetim sistemi: Bilginin gizliliğini, bütünlüğünü ve erişilebilirliğini

sağlamak üzere sistemli, kuralları koyulmuş, planlı, yönetilebilir, sürdürülebilir, yazılı hale getirilmiş, kurumun yönetimince kabul görmüş ve uluslararası güvenlik standartlarının temel alındığı faaliyetler bütününü,

h) Bilgi sistemleri: Donanım, yazılım, veri, bilgisayar ağları ve insan unsurlarından oluşan, veri ve bilgileri toplayan, kaydeden, işleyen, dönüştüren ve yayan sistemler bütününü,

ı) BGYS: Bilgi güvenliği yönetim sistemini,

i) Genel Müdürlük: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünü,

j) Kılavuz: Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzunu,

k) Kullanıcı: Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlarda yer alan bilgi ve bilgi işleme tesislerine erişen tüm kişileri,

l) Kurumsal SOME: Sektörel SOME tarafından belirlenen ve kritik altyapı işleten kurumlarda kurulan siber olaylara müdahale ekibini,

m) Rehber: Kurumsal SOME Kuruluşu ve Yönetim Rehberini,

n) Sızma testi: Bilişim sistemleri üzerinde, saldırgan bakış açısıyla güvenlik zafiyetlerinin tespit edilip bulunan zafiyetlerin kullanılarak sistemlere sızılmaya çalışılması ve raporlanması işlemlerini,

o) Siber güvenlik: Siber ortamı oluşturan bilişim sistemlerinin saldırılardan korunmasını, bu ortamda işlenen bilginin gizlilik, bütünlük ve erişilebilirliğinin güvence altına alınmasını, saldırıların ve siber güvenlik olaylarının tespit edilmesini, bu tespitlere karşı tepki mekanizmalarının devreye alınmasını ve sonrasında ise sistemlerin yaşanan siber güvenlik olayı öncesi durumlarına geri döndürülmesini,

ö) Siber ortam: Tüm dünyaya ve uzaya yayılmış durumda bulunan bilişim sistemlerinden ve bunları birbirine bağlayan ağlardan oluşan ortamı,

p) Siber olay: Bilgi sistemleri ve endüstriyel kontrol sistemleri (ağa bağlanabilen diğer cihazlar, tıbbi cihazlar vb.) veya bu sistemlerde tutulan veya işlenen bilginin gizlilik, bütünlük veya erişilebilirliğinin ihlal edilmesini veya teşebbüste bulunulmasını,

r) Siber olaya müdahale: Bilgi sistemleri ve endüstriyel kontrol sistemleri (ağa bağlanabilen diğer cihazlar, tıbbi cihazlar vb.) veya bu sistemlerde tutulan veya işlenen verilerin gizlilik, bütünlük veya erişilebilirliğinde meydana gelme riski bulunan veya meydana getirilen siber olayın kaynağını, nedenlerini ve sonuçlarını tespit ederek siber olayın devam etmesini, tekrarını veya zarar vermesini önleyen çalışmaları,

s) SOME: Siber olaylara müdahale ekibini,

ş) SOME ekip lideri: İlgili kurumun bilgi güvenliği yönetim komisyonu tarafından görevlendirilen, kurumsal SOME faaliyetlerini yürütmekle görevli kişiyi,

t) Sektörel SOME: Bakanlık bünyesinde kurulan siber olaylara müdahale ekibini,

u) Sosyal mühendislik testi: Kurum çalışanlarının kişisel hesaplarının güvenliği ve bilgi güvenliği politikaları ile ilgili farkındalık seviyelerini ölçmek için yapılan, senaryoları önceden paylaşılmış kontrolleri,

ü) Veri: Bilginin işlenmemiş halini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Temel İlkeler

Temel ilkeler

MADDE 5- (1) Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlarda yer alan birimlerde, başta kişisel sağlık verileri olmak üzere, yazılı veya elektronik ortamda saklanan her türlü bilginin gizlilik, bütünlük ve erişilebilirliğinin sağlanması amacıyla BGYS tesis edilir.

(2) BGYS'nin tesis edilmesi ve etkin bir şekilde işletilmesi için, üst yönetim desteği ve katılımı zorunludur. Bakanlık merkez teşkilatı, bağlı kuruluşlar ve il sağlık müdürlüklerinin üst yöneticileri, bu Yönergenin dördüncü bölümünde belirtilen bilgi güvenliği organizasyonunun kurulmasından ve kendilerine bağlı en uç noktalara kadar bilgi güvenliği ile ilgili tedbirlerin alınmasını sağlamaktan birinci derecede sorumludur.

(3) BGYS tesis edilmesi için alınması gereken tedbirler, Kılavuzda yer alan bilgi güvenliği politikaları ve kurumların kendilerine özgü güvenlik ihtiyaçları dikkate alınmak suretiyle ayrıntılı olarak belirlenir, yazılı hale getirilir ve tüm kullanıcılara duyurulur.

(4) Tesis edilen BGYS için herhangi bir belgelendirme kuruluşundan sertifika alınması zorunlu değildir.

(5) Etkin bir BGYS tesis edilmesi için risk yönetimi yapılır. Tespit edilen riskler için riski azaltacak veya kaldıracak tedbirler belirlenir ve uygulanır. Risk yönetimi süreçleri süreklilik arz eder.

(6) Bilgi işleme faaliyetlerinin büyük oranda siber ortam üzerinden yapılması nedeniyle, siber güvenlik tedbirlerinin alınması için azami özen gösterilir.

(7) Bilgi güvenliğinin sağlanması için sadece siber güvenlik ile ilgili tedbirlerin alınması yeterli değildir. Personel, evrak, ekipman, fiziksel ve çevre güvenliği için de güvenlik tedbirleri alınması gerekir.

(8) Kullanıcılar, görev yaptıkları kurumun BGYS politikalarına uymak ve görevlerini ifa ederken öğrenmiş oldukları bilgileri, sır saklama yükümlülüğü uyarınca süresiz olarak saklamakla yükümlüdür.

(9) BGYS politikalarına ve sır saklama yükümlülüğüne uymayanlar hakkında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun veya iş sözleşmesinin ilgili hükümleri ile 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ilgili hükümleri uyarınca işlem yapılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Kılavuz, Rehber ve Uygulanması

Kılavuz ve Rehberin hazırlanması ile değişikliklerin yönetimi

MADDE 6- (1) Genel Müdürlük tarafından, Yönerge'de yer alan konuları açıklamak ve uygulamaya yönelik esasları belirlemek üzere, Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu ve Kurumsal SOME Kurulum ve Yönetim Rehberi hazırlanır.

(2) Kılavuz ve Rehber, Genel Müdürlüğün internet sitesinde yayımlanır.

(3) Kılavuz ve Rehber, planlanan zaman aralıklarında veya teknik gerekliliklerin ortaya çıktığında uygunluğu, elverişliliği ve etkinliğinin sürekliliğini belirlemek amacıyla Genel Müdürlükçe oluşturulacak çalışma grupları vasıtasıyla gözden geçirilir.

(4) Kılavuz ve Rehberin yeniden bir bütün olarak yayımlanmasını gerektirmeyen küçük çaplı değişiklikler, değişiklik eki olarak hazırlanır. Değişiklik ekleri, dokümanların yürürlükteki sürümleri üzerine işlenmek suretiyle takip edilir.

(5) Dokümanlarda önemli ölçüde değişiklik yapılmasını gereken durumlarda, yeni sürümler bir bütün olarak yayımlanır.

Kılavuz ve Rehberin uygulanması

MADDE 7- (1) Kılavuz ve Rehberde yer alan hususların hayata geçirilmesi ve takibi için Genel Müdürlük tarafından eylem planları hazırlanır ve yayımlanır.

(2) Bakanlık merkez teşkilat, bağlı kuruluşlar ve il sağlık müdürlüklerince, eylem planında belirtilen konularda çalışmalar yapılır ve neticeleri, planda belirtilecek süreçlere uygun olarak Genel Müdürlüğe bildirilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Bilgi Güvenliği Organizasyonu

Bilgi Güvenliği Yönetim Komisyonu

MADDE 8- (1) Bakanlık genelinde, bilgi güvenliği ve siber olay yönetimi ile ilgili konularda en üst düzeyde koordinasyon ve karar organı olarak görev yapmak üzere Bilgi Güvenliği Yönetim Komisyonu kurulur.

(2) Komisyon; Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürü, Genel Müdürlük bünyesinde görev yapan ilgili daire başkanları, Bakanlık Hukuk Müşavirliği temsilcisi, merkez teşkilat ile bağlı kuruluşlar bünyesinde yer alan ve asli görevleri bilgi sistemlerinin işletme ve yönetimi olan birimlerin yöneticilerinden oluşur.

(3) Komisyon, ulusal siber güvenlik stratejisi ve eylem planı uyarınca, kritik sektörler arasında yer alan sağlık sektörü ile ilgili siber güvenlik stratejilerinin belirlenmesi ve Bakanlık

dışındaki diğer paydaşlar ile koordine edilmesi faaliyetlerini de yürütür.

(4) Komisyonun üyeleri, görev, sorumluluk ve çalışma usulleri Kılavuz ile düzenlenir.

Alt komisyonlar

MADDE 9- (1) Bakanlık merkez teşkilatı, bağlı kuruluşlar ve il sağlık müdürlükleri bünyesinde, bilgi güvenliği ve siber olaylara müdahale faaliyetlerini yürütmek ve koordine etmek üzere, Bakanlık bünyesinde oluşturulan Komisyona benzer şekilde bilgi güvenliği alt komisyonları oluşturulur.

(2) Alt komisyonların çalışmaları, merkez teşkilat ve bağlı kuruluşlarda en az daire başkanı, taşra teşkilatında ise en az başkan seviyesinde bir yöneticiyi tarafından koordine edilir ve bu kişiler "bilgi sistemleri koordinatörü" olarak görev yapar.

(3) Alt komisyonların çalışmalarında bilgi güvenliği yetkilisi ve kurumsal SOME ekip liderine ilave olarak; kurumların bilgi işlem ve istatistik, insan kaynakları, kalite, hukuk ve fiziksel güvenlikten sorumlu birimlerinin yöneticileri de komisyon üyesi olarak yer alır. Ayrıca gerekli görülecek diğer personel de alt komisyonlarda yer alabilir.

Siber olaylara müdahale ekipleri

MADDE 10- (1) Genel Müdürlük tarafından, sağlık sektörüne ilişkin siber güvenlik faaliyetlerinin ülke genelinde koordinasyonu amacı ile sektörel SOME kurulur. Bilgi Güvenliği Yönetim Komisyonu, sektörel SOME faaliyetlerini yönlendirir ve denetler.

(2) Bağlı kuruluşlar, il sağlık müdürlükleri ve Bakanlığa doğrudan hizmet veren özel kuruluşlardan sektörel SOME tarafından uygun görülenlerde, kurumsal SOME'ler kurulur.

(3) Kurumsal SOME'ler, sektörel SOME tarafından koordine edilir.

(4) SOME'lerin yapısı, görevi ve sorumluluklarına ilişkin hususlar, Kurumsal SOME Kurulum ve Yönetim Rehberi'nde yer alır.

Bilgi güvenliği yetkilisi

MADDE 11- (1) Bakanlık merkez, bağlı kuruluşlar ve il sağlık müdürlükleri bünyesinde, alt komisyonlar adına bilgi güvenliği faaliyetlerini yürütmek ve koordine etmek üzere "bilgi güvenliği yetkilisi" görevlendirilir.

(2) Hangi seviyede ve hangi alt kuruluşlarda "bilgi güvenliği yetkilisi" görevlendirileceği, ilgili alt komisyonlar tarafından karar altına alınır. Bu tespit yapılırken kurum bilgi işleme tesisleri, personel sayısı, bölgesel özellikler, tespit edilen risklerin miktarı ve önem derecesi gibi ölçütler göz önüne alınarak, ölçek yaklaşımı çerçevesinde karar verilir ve görevlendirilen bilgi güvenliği yetkilisinin sorumluluk kapsamı belirlenir.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Bilgi Güvenliği İhlal Olaylarının Yönetimi ve Denetim

Bilgi güvenliği ihlal olaylarının yönetimi

MADDE 12- (1) Bakanlık çalışanları ve vatandaşlar tarafından tespit edilen Sağlık Bakanlığı ile ilgili her türlü bilgi güvenliği ihlal olayı, https://bilgiguvenligi.saglik.gov.tr adresinde yer alan merkezi ihlal bildirim sistemine girilir.

(2) Merkezi ihlal bildirim sistemine girilen olaylar, Genel Müdürlük ekipleri tarafından değerlendirilir. Bakanlık genelini ilgilendirecek şekilde iş sürekliliğine zarar veren veya durduran, acil müdahale gereken, kurum imajına zarar verebilecek ihlal olaylarına Genel Müdürlük koordinatörlüğünde işlem yapılır ve neticesi bildirim yapan kişiye iletilir.

(3) Bakanlık genelini ilgilendirmeyen ve yerel olarak incelenmesi gereken hususlar, Genel Müdürlük tarafından ilgili kurumun bilgi güvenliği yetkilisine ve/veya SOME ekip liderine bildirilir ve yerinde işlem yapılması sağlanır.

(4) Çeşitli kaynaklardan derlenen siber güvenlik ile ilgili tehdit, açıklık, alarm ve uyarıların Sektörel SOME tarafından Kurumsal SOME'lere duyurulması maksadıyla kullanılacak sistem Genel Müdürlük tarafından belirlenir.

Bilgi güvenliği denetimi

MADDE 13- (1) Genel Müdürlük, kapsam maddesinde belirtilen tüm unsurlarla ilgili olarak, Kılavuzda belirtilen konularda, planlı bilgi güvenliği denetimleri yapar veya yaptırır.

(2) Genel Müdürlük, önceden makam onayı almak ve ilgili birimlere bilgi vermek şartıyla, sektörel SOME vasıtasıyla Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlara bağlı birimlerde sızma ve sosyal mühendislik testleri gerçekleştirir.

(3) Bakanlık bağlı kuruluşlar ile taşra teşkilatları, önceden makam onayı almak ve ilgili birimlere bilgi vermek şartıyla, kurumsal SOME vasıtasıyla kendi bağlısı birimlerde sızma ve sosyal mühendislik testleri yapar veya yaptırır.

(4) Genel Müdürlük, bilgi güvenliği denetimi ile sızma ve sosyal mühendislik testi yapacak personelin niteliklerini belirler.

ALTINCI BÖLÜM
Bilgi Güvenliği ve SOME Eğitimleri

Eğitimler

MADDE 14- (1) Genel Müdürlük tarafından bilgi güvenliği / siber güvenlik konularına yönelik eğitim, tatbikat, seminer, konferans, sempozyum gibi faaliyetler planlanır ve uygulanır. Ulusal ve uluslararası düzeyde planlanan benzeri etkinliklere Genel Müdürlük koordinatörlüğünde katılım sağlanabilir.

6

(2) Bakanlık bağlı kuruluşları ve taşra teşkilatı birimlerinde görev yapan personelin bilgi güvenliği farkındalık seviyesinin artırılması maksadıyla ihtiyaç duyulan eğitimler, Genel Müdürlük tarafından planlanır ve uygulanır.

(3) Kurumsal SOME'lerin alması gereken eğitimler, sektörel SOME tarafından organize edilir.

YEDİNCİ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Bilgi güvenliği ve standartları

MADDE 15- (1) Genel Müdürlük, bilgi güvenliği çalışmalarının standardize edilmesi ve çalışmalara sistematik bir anlayış getirilmesi için çalışır. Bu amaç ile konuya ilişkin ulusal ve uluslararası standartları kullanır, bunu belgeleyen sertifikaların temini yöntünde çalışmalar yapar. Bu konuda ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği gerçekleştirir.

Yürürlükten kaldırılan yönerge

MADDE 16- (1) 31.12.2015 tarihli ve 75730711.719.116 sayılı Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 17- (1) Bu Yönerge onaylandığı tarihte yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 18- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

4.2.5. Kimlik Paylaşımı Sistemi (KPS) Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 75730711
Konu : KPS Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

MERNİS veri tabanında yer alan ve ilgili mevzuat uyarınca İçişleri Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığı ile paylaşılan bilgilerin, Kimlik Paylaşımı Sistemi (KPS) üzerinden Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesinde faaliyet gösteren sağlık hizmet sunucularına kullandırılmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan "Kimlik Paylaşımı Sistemi Usul ve Esasları Hakkında Yönerge"nin yürürlüğe konması hususunu tensiplerinize arz ederim.

Dr. M. Mahir ÜLGÜ
Genel Müdür V.

Uygun görüşle arz ederim.
..../..../2016
Dr. Suayip BİRİNCİ
Müsteşar Yardımcısı

Uygun görüşle arz ederim.
..../..../2016
Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Müsteşar

OLUR
.../.../2016
Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

Ek: Yönerge (4 Sayfa)

Kimlik Paylaşımı Sistemi
Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; MERNİS veri tabanında yer alan ve ilgili mevzuat uyarınca İçişleri Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığı ile paylaşılan bilgilerin, Kimlik Paylaşımı Sistemi üzerinden Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesinde faaliyet gösteren sağlık hizmeti sunucularına kullandırılmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Dayanak

MADDE 2- (1) Bu Yönerge; 25/04/2006 tarihli ve 5490 sayılı Nüfus Hizmetleri Kanununa, 16/11/2006 tarihli Kimlik Paylaşımı Sistemi Yönetmeliğine ve bu Yönetmelik uyarınca Sağlık Bakanlığı ile İçişleri Bakanlığı arasında imzalanan İkili Anlaşmaya dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 3- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Anlaşma: T.C. İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü ile T.C. Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan İkili Anlaşmayı,
b) Alt kullanıcı: Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile Bakanlık bağlı kuruluşları ve bunların teşkilat yapılanması bünyesinde çalışan, Gizlilik Taahhütnamesini imzalayarak Kimlik Paylaşımı Sistemine erişimi mümkün olan ve Kimlik Paylaşımı Sistemini son kullanıcıların erişimine açmak ile görevli ve yetkili olan kullanıcıyı,
c) Bakanlık: T.C. Sağlık Bakanlığını,
ç) Genel Müdürlük: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünü,
d) IP adresi: Belirli bir ağa bağlı cihazların birbirini tanımak, birbirleriyle iletişim kurmak ve veri alışverişinde bulunmak için kullandıkları İnternet Protokolü standartlarına göre verilen adresi,
e) İdari kullanıcı: Bakanlık nezdinde Kimlik Paylaşımı Sistemi ile ilgili iş ve işlemleri yürütmeye yetkili olan kullanıcıyı,
f) KPS: Kimlik Paylaşımı Sistemini,
g) MERNİS: Merkezi Nüfus İdaresi Sistemini,
ğ) Sağlık hizmeti sunucusu: Bakanlığa bağlı olarak sağlık hizmetini sunan veya üreten gerçek kişiler ile kamu hukuku tüzel kişilerini,
h) Son kullanıcı: Alt kullanıcıya başvurmak ve Gizlilik Taahhütnamesi imzalamak suretiyle yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının görevli personelini,
ı) Taahhütname: Kimlik Paylaşım Sistemini kullanmak isteyen alt kullanıcı ve son kullanıcılara imzalatılacak olan Gizlilik Taahhütnamesini,
i) Yönetmelik: T.C. İçişleri Bakanlığının 16/11/2006 tarihli Kimlik Paylaşımı Sistemi Yönetmeliğini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Kimlik Paylaşımı Sisteminin Çalışma Esasları

Kayıtların kullanım esasları ve amacı

MADDE 4- (1) KPS ile alınan bilgiler ancak 5490 sayılı Kanun, Yönetmelik, Anlaşma ve bu Yönerge ile belirlenen esaslar ve amaçlar doğrultusunda kullanılır.

(2) KPS ile alınan bilgiler, Anlaşma veya Sözleşme ile tanımlanmış hizmetlerin yerine getirilmesi dışında hiçbir amaçla kullanılamaz. KPS ile alınan bilgilerin tanımlanmış hizmetler dışında kullanılmasının hukuki sonuçları ilgili kullanıcının sorumluluğundadır.

Kayıtların paylaşımı

MADDE 5- (1) Genel Müdürlük, Protokol ile kendi erişimine açılan KPS'yi, bu Yönergede belirlenen usul ve esaslar uyarınca alt kullanıcıların paylaşıma açabilir.

(2) İdari kullanıcı, Bakanlığın hukuki yükümlülüklerini yerine getirebilmesi için Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının teşkilat yapılanmasına göre belirli sayıda kullanıcıyı Taahhütname imzalamak suretiyle alt kullanıcı olarak tanımlar, Anlaşmaya uygun olarak yetkilendirir ve gerek gördüğü durumlarda bu yetkiyi geri alır.

(3) Alt kullanıcı, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının teşkilat yapılanmasına göre kendisine bağlı olarak faaliyet gösteren sağlık hizmeti sunucularında görevli personelden KPS'yi kullanmak isteyenleri Taahhütname imzalamak suretiyle son kullanıcı olarak tanımlar, Anlaşmaya uygun olarak yetkilendirir ve gerek gördüğü durumlarda bu yetkiyi geri alır.

(4) KPS'ye erişecek olan;

a) Yazılımı geliştiren firmaya Genel Müdürlükçe verilen firma kodu,
b) Sağlık hizmeti sunucusunun IP adresi,
c) Son kullanıcının kullanıcı adı ve şifresi,

sistem tarafından doğrulanır. Tüm bu güvenlik kriterlerinin aynı anda birlikte doğrulanması hâlinde KPS'ye erişim sağlanır.

Erişim başvuru süreci

MADDE 6- (1) Başvurular, Bakanlıkça bu amaç için hazırlanan internet sitesi üzerinden yapılır. Başvuru sahibinin kimlik doğrulaması e-Devlet üzerinden sağlanır. Kimlik doğrulaması yapılan ve okuduğu Taahhütnameyi onaylayarak kabul eden başvuru sahibi, şifresini belirleyerek başvurusunu tamamlar.

(2) Başvurular, Bakanlık ve bağlı kuruluşların teşkilat yapılanmasına göre bağlı bulundukları alt kullanıcı olan ilin sağlık müdürlüğü ya da halk sağlığı müdürlüğünce değerlendirilir ve onaylanır.

(3) Kamu hastaneleri birliği il genel sekreterliğine bağlı olan sağlık hizmeti sunucuları bünyesinde görev yapanların başvuruları, bünyesinde görev yaptıkları sağlık hizmeti sunucusunun konuyla ilgili belirlenen alt kullanıcısı tarafından değerlendirilir ve onaylanır.

(4) Başvuru sahibinin pasif hâlde bulunan hesabı, yasal düzenlemeler ile öngörülen gerekliliklerin yerine getirildiğinin görülmesi hâlinde alt kullanıcı tarafından aktif hâle getirilir.

Erişimin sonlandırılması

MADDE 7- (1) KPS'ye erişim yetkisi olan son kullanıcının bağlı bulunduğu sağlık hizmeti sunucusu ile ilişiğinin kesilmesi, KPS kullanım ihtiyacının bitmesi veya ilgili idarenin gerekli görmesi hâlinde son kullanıcının hesabı, ilgili alt kullanıcı tarafından kapatılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Gizlilik ve Sorumluluk

Gizlilik

MADDE 8- (1) KPS'nin işletilmesinde kanunlarda ve uluslararası sözleşmelerde yer alan özel hayatın gizliliğine ve kişisel verilerin korunmasına ilişkin hükümler esas alınır.

(2) Alt kullanıcı ve son kullanıcı, KPS ile aldığı bilgilerin gizliliğini korumakla yükümlüdür.

(3) Kendisine tanımlanan kullanıcı adı ve şifrenin gizliliğini sağlamak, ilgili kullanıcının sorumluluğundadır.

(4) KPS ile alınan bilgilerin hukuka uygun olmayan kullanımının tespit edilmesi durumunda Genel Müdürlüğe resmî yazı ile bildirim yapılır.

(5) Yazılım firmaları KPS'yi yalnızca yetkili kişilere kullandırmakla yükümlüdür.

Sorumluluk

MADDE 9- (1) KPS ile alınan kişisel verilerin hukuka uygun olmayan kullanımı hâlinde 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun ilgili hükümlerine göre işlem yapılır.

(2) KPS ile alınan bilgilere ilişkin her türlü iş ve işlemin idarî, hukukî ve cezaî sorumluluğu, bilgiyi alan alt kullanıcı ve son kullanıcı ile ilgili yazılım firmasına aittir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Bilgilendirici içerik

MADDE 10- (1) Genel Müdürlük, KPS kullanımına ilişkin açıklayıcı bilgiler içeren bir internet sayfası hazırlar.

Yaptırım

MADDE 11- (1) Bu Yönerge gereklerini yerine getirmeyenlerden devlet memuru olanlar hakkında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun disiplin hükümleri, sözleşmeli personel olanlar hakkında İş Kanunu'nun ilgili hükümleri, hizmet alımı kapsamında çalışanlar hakkında sözleşme hükümleri uyarınca işlem yapılır.

(2) Yönerge hükümlerini yerine getirmeyenler hakkında ayrıca 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda öngörülen cezai ve idari yaptırımların uygulanması sağlanır.

Hüküm bulunmayan hâller

MADDE 12- (1) KPS ile ilgili olarak bu Yönergede hüküm bulunmayan hâllerde, Yönetmelik ve Anlaşma'nın ilgili hükümleri uygulanır.

Yürürlük
MADDE 13- (1) Bu Yönerge onaylandığı tarihte yürürlüğe girer.

Yürütme
MADDE 14- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

4.3. GENELGELER

4.3.1. Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi Genelgesi (2019/16)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Sayı :
Konu : Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi

GENELGE

2019/16

Bilindiği üzere sağlık hizmetinde zaman ve maliyetten tasarruf sağlanabilmesi amacıyla, Bakanlığımız tarafından radyolojik tetkiklere ait görüntülere 7x24 web ortamında erişilmesine, bu görüntülerin raporlanabilmesine, radyologlar arası telekonsültasyon yapılabilmesine, tıbbi görüntü ve raporların kalite açısından değerlendirilebilmesine ve e-Nabız uygulaması üzerinden vatandaşlar ve hekimler ile paylaşılabilmesine olanak sağlayan, Teletıp ve Tele Radyoloji Sistemi geliştirilmiştir.

Sisteme Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemleri (PACS) bulunan 1855 sağlık tesisi entegre edilmiş ve böylelikle ülke genelindeki sağlık tesislerinde bulunan tıbbi görüntü ve raporları merkezi bir yazılımla izlenebilir, raporlanabilir hale gelmiş, vatandaşlarımız kendilerine ait tıbbi görüntülere e-Nabız kullanıcı hesaplarından erişebilirken, hekimlerimiz kendi hastalarının diğer sağlık tesislerindeki görüntüleri dahil tıbbi kayıtlarına erişim imkanına kavuşmuştur. Sistem üzerinde 2019 yılı Temmuz ayı itibariyle 184 milyon radyolojik görüntü ve 80 milyon radyoloji raporu bulunmaktadır. Ayrıca sistem ile radyologlar, zamandan ve mekandan bağımsız olarak kendi hastaneleri ile yetkilendirilmiş oldukları sağlık kuruluşlarına ait radyolojik görüntülere erişmek suretiyle raporlama yapabildiği gibi, aynı görüntü için ikinci görüş isteme ya da aynı görüntüyü ekrana alarak bir başka radyolog ile canlı görüşme şeklinde konsültasyon yapabilmektedir.

Sistemimiz, uluslararası bir sivil toplum kuruluşu olan IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) tarafından her yıl Amerika, Avrupa ve Asya'da düzenlenmekte olan, birçok ülkeden çeşitli firma, kurum ve kuruluşların katıldığı IHE Connectathon'da "Bilişim Teknolojisi ve Radyoloji" teknik çerçevelerinde uyumluluk testlerini başarı ile tamamlamış ve 14 aktöre ait "Birlikte Çalışabilirlik" testlerini başarıyla geçerek dünya genelinde kamu kurumuna ait ilk ve tek yazılım olma özelliğine sahip olmuş ve yeterliliği uluslararası olarak onaylanmıştır.

Hastaların geçmiş zamanlarda çekilmiş görüntü ve raporlarına hekimler tarafından erişilebilmesi amacıyla mükerrer tetkik sorgulama servisi geliştirilmiş, sağlık tesislerinde faaliyet gösteren firmaların entegre olması sağlanmış ve 01.04.2019 tarihinden itibaren ülke genelinde yaygınlaştırılarak tüm sağlık tesislerine duyurusu yapılmıştır. Yapılan bu geliştirme sayesinde mükerrer tetkiklerin önüne geçilerek tasarruf yapılması, hastaların daha fazla radyasyona maruz kalmasının önüne geçilmesi, hastaların sağlık tesislerinde harcadıkları zamanın azaltılması ve daha etkin sağlık hizmeti alması sağlanmıştır. Yapılan incelemelerde mükerrer tetkik sorgulama sonucunda görüntülere veya raporlara erişim sağlayan hekimlerin

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

yaklaşık % 65'inin yeni bir istemden vazgeçtiği tespit edilmiştir. Sistem hakkında gerekli tüm bilgilere https://teletip.saglik.gov.tr adresinden erişim sağlanabilir.

Bu kapsamda;

1. Tüm sağlık tesislerinde mükerrer tetkik sorgulama servislerinin çalıştığının ve hekimin kullanabildiğinin test edilmesi,
2. Tüm sağlık tesislerindeki hekimlerin sistem hakkında bilgilendirilmesi ve kullanımı yöntinde eğitim verilmesi,
3. Acil durumlardaki kullanımlar hariç olmak üzere, 2 Eylül 2019 tarihi itibari ile mükerrer tetkik sorgulama servisinden görüntüsü veya raporu sorgulanmayan veya sorgulandığı halde görüntülere veya raporlara erişim sağlanmadan doğrudan istenen tetkiklerin MEDULA sistemine bildiriminin yapılmayacağı ve dolayısıyla tetkikin geri ödemesinin gerçekleşmeyeceğinin tebliğ edilmesi hususlarında,

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

4.3.2. Sağlık.Net Online ve e-Nabız Genelgesi (2016/6)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 67189002
Konu : Sağlık.Net Online ve e-Nabız

GENELGE

2016/6

Bilindiği gibi Anayasamızın 56 ncı maddesi "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arturarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir." hükmünü âmirdir.

Bu görev, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin, Bakanlığın görevlerini belirleyen 2 nci maddesinin birinci fıkrasındaki "herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamak" hükmü ile Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Diğer taraftan mezkûr Kanun Hükmünde Kararname'nin 11 inci maddesi ile, sağlık alanında kullanılan bilişim sistemleri ve iletişim teknolojileri ile ilgili ülke çapında politika, strateji ve standartları belirlemek, sağlık bilişimi ve teknolojisi alanında çalışacak kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilerin uyacakları kuralları belirlemek, uygulamak, gerektiğinde bunların yazılım ve ürünlerinin uygunluğuna karar vermek görevleri Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir.

Anılan bu mevzuat çerçevesinde, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi ile sağlık hizmetlerinin planlanması, yönetimi ve finansmanı konularında verimi ve işlevselliği arttırmak amacıyla, kişisel sağlık verilerinin gizlilik, güvenlik, bütünlük ve mahremiyeti korunarak Sağlık.Net Online Sistemi ve bu sisteme bağlı olarak çalışarak ilgili kişilerin kendilerinin veya yetki verdikleri üçüncü kişilerin sağlık verilerine erişimini sağlayan Kişisel Sağlık Kayıt Sistemi (e-Nabız) geliştirilmiştir. Bu sistemler sayesinde kişiler kendi sağlık durumları ile ilgili doğrudan bilgi sahibi olacak, bu bilgiler ışığında sağlıkları ile ilgili kararlara katılmak suretiyle kendi sağlık durumlarını yönetecek, teşhis ve tedavi süreleri kısaltılarak gereksiz tetkik tekrarları önlenecek, bu suretle sağlıkları ve ekonomik çıkarları korunacak, tüm bunlara ilâveten ülke ekonomisine katkı sağlanacaktır.

Başta devletin mâli menfaatleri ve kamu sağlığı güvenliği olmak üzere birçok açıdan büyük önem arz eden bu sistemlerin geliştirilmesinde, hukuka uygunluk unsuruna ve kişilerin mahremiyetinin korunmasını sağlayacak güvenlik önlemlerine en üst düzeyde dikkat edilmektedir.

Nitekim 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 30 uncu maddesinin altıncı fıkrası ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3 üncü maddesinin (f) fıkrası değiştirilerek, "Herkesin sağlık durumunun takip edilebilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkin ve hızlı şekilde yürütülmesi maksadıyla, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur. Bu sistem, e-Devlet uygulamalarına uygun olarak elektronik ortamda da oluşturulabilir. Bu amaçla, Sağlık Bakanlığınca, bağlı kuruluşları da kapsayacak

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

şekilde ülke çapında bilişim sistemi kurulabilir." hükmü yer edilmiştir. Keza, 6698 sayılı Kanun ile yeniden düzenlenen 663 sayılı KHK'nın 47 nci maddesinde, Bakanlığa bilgi toplama, işleme ve paylaşma yetkisi tanzim edilmiştir.

Buna göre sağlık hizmeti almak üzere kamu veya özel sağlık kuruluşları ile sağlık mesleği mensuplarına müracaat eden kişilere ait verilerin, sağlık hizmetinin verilmesi, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması ve finansmanı amaçları ile Bakanlık tarafından işlenebileceği, toplanan ve işlenen bu verilere ilgili kişilerinin kendilerinin veya yetki verdikleri üçüncü kişilerin erişimlerinin sağlanacağı bir sistemin kurulmuşu öngörülmüştür.

Sağlık.Net Online Sistemi ve bu sisteme bağlı çalışarak, ilgili kişilerin kendilerinin veya yetki verdikleri üçüncü kişilerin sağlık verilerine erişimini sağlayan e-Nabız aracılığı ile kişilerin kendi sağlık durumları ile ilgili bilgi sahibi olmaları, bu bilgiler ışığında sağlıkları ile ilgili kararlara katılmak suretiyle kendi sağlık durumlarını yönetmeleri, tetkik tekrarlarını önlemek suretiyle teşhis ve tedavi sürelerinin kısaltılması ve bütünleşik bir sağlık hizmeti sağlanması hedeflenmiştir.

Kişilerin kendi kayıtlarına erişimleri www.turkiye.gov.tr adresindeki e-Devlet kapısından kişisel e-Devlet şifreleri, elektronik imza veya mobil imza kullanılmak suretiyle güvenli kimlik doğrulama prosedürleri tamamlanarak sağlanmaktadır. Ayrıca kişilerin e-Devlet kapısından bizzat kendileri tarafından sisteme kaydedilebilecek GSM numarasına gönderilmekte olan "tek kullanımlık erişim kodu" ile de kendi sağlık kayıtlarına erişim izni vermesi mümkün olabilecektir. Bu hususla ilgili ayrıntılı bilgi http://enabiz.gov.tr adresinde bulunmaktadır.

Kişilere tıbbi görüntüleri dahil kendi sağlık kayıtlarını göstermeyi sağlayan e-Nabız'da kişi bilgileri şifrelenerek gizli hâle getirilmiş (kriptolanmış) olarak saklanmakta, sistem sağlık verisini üreten hizmet sunucusu ile hizmeti alan kişi arasında güvenli bir iletişim altyapısı sunma görevi üstlenmektedir.

Veriler, kişinin kendisi ve yine sistem üzerinden bizzat izin verdiği diğer kişiler tarafından görüntülenebilmekte, verilen izin geri alınabilmekte, muâyene hekim, konsülten hekim ya da kişinin kendisi hariçinde üçüncü bir kişi sisteme yeni kayıt ekleyememektedir. Kişinin sağlık verilerine yapılan erişimlere ait kayıtlar görüntülenebilmektedir. Süreci tamamlanmış ve kapanmış geçmiş kayıtlarda değişiklik yapılmasına izin verilmemektedir. Özetle, e-Nabız ile kişinin kendi elektronik sağlık kaydını yönetme imkânı sunulmaktadır.

Sistemin amacına uygunluğunun temini bakımından sağlık hizmeti sunucuları ve yazılım üreticileri dahil tüm tarafların, Bakanlığımızca ilan edilen standart ve kılavuzlara uygun davranması zorunludur. Sistem hakkında ayrıntılı bilgiye https://enabiz.gov.tr adresinden, yazılım üreticileri için hazırlanan Entegrasyon Kılavuzlarına https://sys.sagliknet.saglik.gov.tr/dokumanonline adresinden ve sistemlerle ilgili teknik destek ve danışmanlık hizmetlerine Genel Müdürlük web sitesinde yayımlanan iletişim bilgileri dokümanından erişilebilmektedir.

Sistemin işleyişi ve yazılım entegrasyon süreçlerinin doğru tesis edilmesi ve yönetilmesi, veri sahibinin doğru, tam ve güvenilir bilgiye zamanında erişmesi bakımından

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

önem arz etmektedir. e-Nabız ile muayene, tetkik veya tedavilerin nerede yapıldığına bakılmaksızın kişinin kendi adına üretilmiş sağlık bilgilerini tamamen kendi iradesiyle yönetecegi, tıbbi özgeçmişini tek bir yerde toplayabileceği, verdiği izin ölçüsünde paylaşabileceği, kişilerle hekimleri arasında güçlü bir iletişim ağının kurulmasını sağlayacak bir sistem alt yapısı hazırlanmıştır.

Fert ve toplum sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi sürecinde elde edilen tüm tıbbi görüntü ve dijital verilerin, acil müdahaleler dışında kişinin iznine tâbi ve lehine olmak şartıyla, müdavi hekim, konsültan hekim ya da diğer bir hekim tarafından değerlendirilebilmesi, böylelikle teşhis ve tedavi sürecine kalite ve hız kazandırılması maksadıyla ayrıca **Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi (TTS)** geliştirilmiştir.

Bu çerçevede geliştirilen, dünya çapında önemi giderek artan ve büyük rağbet gören "*Personal Health Record*" Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi (KSS) niteliğindeki e-Nabız ile TTS'nin temel amacı, Anayasamızın 20 nci maddesinde açıkça ifade edildiği üzere kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme hakkı uyarınca kişisel sağlık verilerini kamu güvencesi altında bütünleşik bir yapıda tesis etmektir.

Vatandaşa ait sağlık verilerinin sisteme gönderilmemesi, vatandaşımızın alacağı sağlık hizmetinde ihtiyaç anında bu bilgilere erişilemez olmasına ve dolayısıyla vatandaşımızın etkin sağlık hizmetini elde edememesine neden olacaktır. Bu durum, veri gönderimi yapmayan ilgililer bakımından hukukî sorumluluk doğurabilecektir.

Bu sebeple, dijital kayıt ve bildirim sistemlerinin kurulmuş olması kadar sürekli ve kesintisiz işlerliğini sağlamak da zorunludur. KSS ile TTS'nin bütünleşik, sürekli ve kesintisiz işlerliğini temin etmek amacı ile;

- Kişilerin, kendi tıbbî kayıtlarına erişimlerinin sağlanabilmesi için 01 Ocak 2015 tarihinden itibaren tutulan kayıtların hizmet sunucuları tarafından sisteme gönderiliyor olmasının sağlanması,
- Acil sağlık verileri başta olmak üzere kişinin kendi sağlık bilgisine erişiminin sağlanmasından, sağlık hizmeti sunucuları ve SBYS üreticilerinin sorumlu olduğunun bilinmesi,
- Tüm sağlık hizmet sunucularının üretmiş oldukları bilgilerin mekândan bağımsız olarak e-Nabız üzerinden sahibine sunulabilmesi için gerekli tedbirlerin alınması,
- e-Nabız'a entegrasyonu tamamlanmamış sağlık tesislerinin ivedilikle sisteme entegre edilerek veri gönderimine başlaması,
- Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri'nin de e-Nabız'a entegre edilmiş ve Sağlık.Net Online Sistemi'ne veri gönderiyor olması,
- Üniversite hastaneleri ve tüm özel sağlık hizmeti sunucularında kullanılan yazılımların e-Nabız ile entegrasyonlarının tamamlanarak veri gönderiyor olması,

Gerekmektedir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

2015/5 sayılı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yukarıda geçen gerekliliklerin sağlık hizmeti sunan tüm kamu ve özel sağlık kuruluşları ile sağlık mesleği mensuplarına duyurulması hususunda bilgilerini ve gereğini önemle rica ederim.

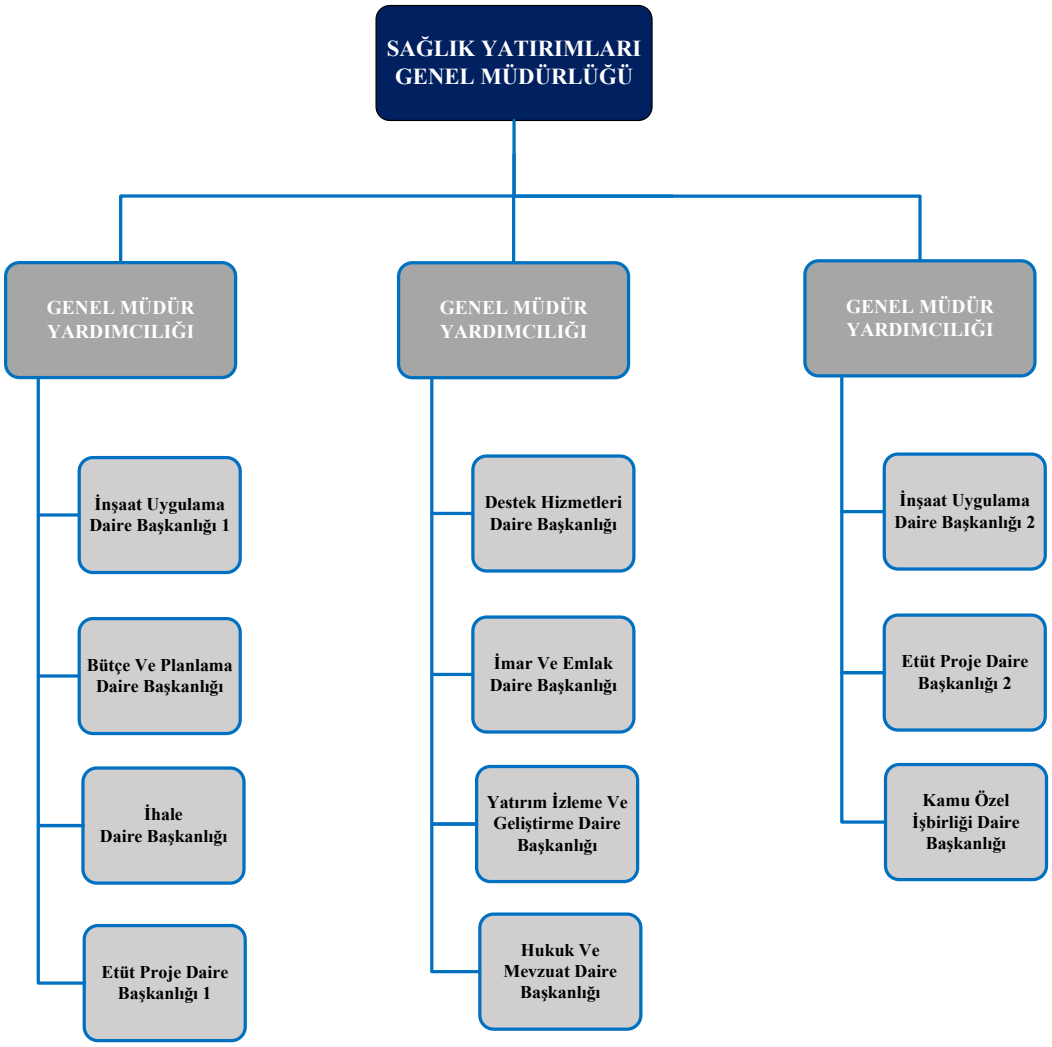
Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

5 SAĞLIK YATIRIMLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

5. SAĞLIK YATIRIMLARI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

5.1. TEŞKİLAT ŞEMASI



Şekil 6: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması

Kurumsal Web Adresi	Kurumsal e-posta Adresi	Kurumsal Telefon
https://sygm.saglik.gov.tr/	sygm@saglik.gov.tr	0 312 585 10 00

5.2. YÖNERGELER

5.2.1. Sağlık Yapıları Yönetimi Usul ve Esasları

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

Sayı:
Konu: Sağlık Yapıları Yönetimi Usul ve Esasları

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: (a) Bakan Yardımcılığı Makamının 16.03.2023 tarih ve 21149671 4 sayılı yazısı
(b) Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğünün 30.03.2023 tarih ve 23290232 sayılı yazısı
(c) Bakan Yardımcılığı Makamının 21.11.2022 tarih ve 138742172 sayılı yazısı
(d) Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğünün 22.12.2022 tarih ve 154950441 sayılı yazısı

Bilindiği üzere ülkemiz genelinde sağlık hizmet binalarının risk tespitlerinin yapılarak, deprem dayanıklılığının ölçülmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesine yönelik ilgi (a) yazı ve ekleri merkez ve taşra teşkilatınıza gönderilmişti. Ancak mevcut yazıda belirlenen uygulama esasları yürürlükten kaldırılarak aşağıdaki hükümler doğrultusunda yenilenmiştir.

Bakanlığımıza bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile idari binaların depreme dayanıklılık yönünden değerlendirilmesinde öncelikleri belirlenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda iliniz bünyesindeki binaların deprem dayanıklılığının ölçülmesi noktasında kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması adına aşağıdaki öncelik sıralamasına göre işlem tesis edilmelidir.

1.Etap	:	Yapım yılı 2000 ve öncesi olan binalar
2.Etap	:	Yapım yılı 2001 ve 2007 yılları arası olan binalar
3.Etap	:	Yapım yılı 2008 ve 2018 yılları arası olan binalar

Her etap tamamlandığında gerekli değerlendirmenin İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde yapılarak Bakanlık ilgili birimine durumun bildirilmesi gerekmektedir.

İllerimizde farklı uygulamaların oluşmaması ve uygulama birliği sağlanması açısından;

İl Sağlık Müdürlüklerinizce öncelikle Hızlı Tarama Testinin (Tahribatsız Beton Test Çekici, Röntgen Donatı Tarama, Sıyırma, Gözlemsel Rapor vb.) yapılması veya yaptırılması, hızlı tarama testi sonucunda hiçbir deprem yükü taşımadığı anlaşılan ve çökme riski bulunan binaların tahliyesi talebinin Bakanlık ilgili birimine (birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık tesisleri için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan sağlık tesisleri için Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, acil sağlık hizmeti sunan sağlık tesisleri için Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, idari binalar için Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü) ilettirilmesi, yıkım talebinin ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan sağlık tesisleri için Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne iletilmesi gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık tesisleri ve idari binaların yıkımı için Valilik bünyesinde işlemlerin sonuçlandırılması.

Hızlı tarama testi sonucunda beton dayanımı kanun ve yönetmelikler ile belirlenen değerler altında çıkan binalar için deprem performans analizinin İl Sağlık Müdürlüklerince yukarıda belirtilen etaplar dikkate alınarak yaptırılması gerekmektedir. Deprem performans analizinin Ek-1'de yer alan Sağlık Bakanlığı Mevcut Sağlık Tesislerinin Deprem Tahkik ve/veya Güçlendirilmesi ve/veya Nitelikli Hale Getirilmesi İşine Ait Özel Teknik Şartname ve Ek-2'de yer alan Zemin ve Temel Etüt Şartnamesi doğrultusunda yaptırılması,

Deprem performans analizi sonuçlarının İl Sağlık Müdürlükleri teknik personelince (yeterli teknik personel bulunmaması halinde öncelikle Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği İl Müdürlükleri olmak üzere ildeki diğer kamu kurum ve kuruluşlarından destek alınarak) incelenmesi ve binalarda güçlendirme çıkması durumunda, güçlendirme projeleri ve yaklaşık maliyetlerine dair 2014/9 sayılı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

Genelge'nin sekizinci maddesindeki yetkinin İl sağlık Müdürlükleri tarafından kullanılması ve proje/yaklaşık maliyetlerin il bünyesindeki teknik personellerce onaylanması,

Güçlendirme kararı verilmesi halinde; güçlendirme yapım ödeneğinin, 2014/9 sayılı Genelgesi hükümlerine göre İl Sağlık Müdürlüğü ve birinci basamak sağlık tesislerinde Strateji Geliştirme Başkanlığından, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünden talep edilmesi, güçlendirme maliyetlerinin yeniden yapım maliyetine oranının %20'yi aşması durumunda yatırım programına teklif edilmek üzere İl Sağlık Müdürlükleri tarafından Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'ne bildirilmesi,

Güçlendirme maliyetlerinin yeniden yapım maliyetine oranının %40'ı aşması durumunda yıkılması yönünde görüş bildirilen binalarla ilgili dokümanların; birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık tesisleri ve idari binalar için Valilik bünyesindeki, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan sağlık tesisleri için Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü bünyesindeki Yıkım Karar Komisyonuna değerlendirilmek üzere gönderilmesi,

Daha önceki kanun ve yönetmeliklere göre deprem performans analizi ve değerlendirmesi yapılmış ancak İl Sağlık Müdürlükleri tarafından herhangi bir karar alınmamış binalar için il bünyesinde gerekli değerlendirmenin yapılarak yıkım öngörülüyorsa birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık tesisleri ve idari binalar için Valiliğe, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan sağlık tesisleri için Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne başvurulması gerekmektedir.

Güçlendirme kararı veya Yıkım Karar Komisyonunca başlatılan yıkım işleminden dolayı binaların boşaltılma kararı, ilgili Genel Müdürlüklere (Birinci basamak sağlık tesisi binalarında hizmetin planlaması Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesisi binalarında hizmetin planlaması Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, acil sağlık hizmeti sunan sağlık tesisi binalarında hizmetin planlaması Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, idari binalardaki hizmet planlaması Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü) bildirilir ve ilgili Genel Müdürlükler koordinasyonunda İl Sağlık Müdürlüklerince yürütülür.

Yıkım kararı alınmış olan binalar ile ilgili yeniden yapım için gerekli planlama süreci ilgili Genel Müdürlükler (Birinci basamak sağlık tesisi binalarında hizmetin planlaması Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesisi binalarında hizmetin planlaması Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, acil sağlık hizmeti sunan sağlık tesisi binalarında hizmetin planlaması Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, idari binalardaki hizmet planlaması Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü) tarafından yapılarak yatırım programına teklif edilmek üzere Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne iletilir .

Tahkik ve performans analiz çalışmaları ve güçlendirme projesi için ödenek ihtiyacı, İl Sağlık Müdürlüğü ve birinci basamak sağlık tesislerinde Strateji Geliştirme Başkanlığınca, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde gerektiği durumlarda her bir sağlık tesisinin döner sermaye bütçesinin 970.03.05.01.90 Diğer Müşavir Firma ve Kişilere Ödemeler kalemin üzerinden Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünden talep edilir.

Bu düzenleme ile birlikte Bakan Yardımcılığı Makamının ilgi (a) ve (c) yazıları ile Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğünün ilgi (b) ve (d) yazıları yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Tolga TOLUNAY
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

Dağıtım:
81 İl Valilliği
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Halk sağlığı Genel Müdürlüğü
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

5.3. GENELGELER

5.3.1. Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar Genelgesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı

Sayı : B.10.0.İOD.0.07.00.00-10-6/
Konu : Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde
Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar

GENELGE
2012/.....

Bakanlığımızca "Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Yapılacak Sağlık Tesisleri İçin Proje Aşamasında Uyulması Gereken Hususlar" ile ilgili ihtiyaç ve fonksiyon yönünden uygulanması gereken şartlar aşağıda belirtilmiştir.

Acil Servis

1- Acil servis bekleme bölümünde, triajda ön muayenesi yapıldıktan sonra ciddi bir durum olmadığı tespit edilen hastaların tespit ve tedavisi için poliklinik odaları planlanacaktır. Poliklinik oda sayısı aksi belirtilmediği sürece aşağıdaki sayılar dikkate alınarak yapılacaktır.

0 - 50 yatak	: 0
51 - 100 yatak	: 2
101 - 200 yatak	: 4
201 - 400 yatak	: 7
401 - 600 yatak	: 9
601 - 900 yatak	: 13
901 - ve üzeri yatak	: 16

2- Acil servis girişinde acil giriş/bekleme, triaj, acil müdahale alanları birbiri ile irtibatlı şekilde planlanacak ve acil girişinde lobi tarzında bilgi alma-verme bankosu bulunan alan düzenlenmelidir.

3- Acil servislerinde doktor, hemşire, personel için ayrı soyunma ve dinlenme alanlarına projesinde yer verilecektir.

4- Toplam acil servis alanının % 10-15 i kadar kapalı ve yarı açık alanı mevcut olan kafe mahali, acil servis ile doğrudan bağlantılı ve ana girişi dışarıdan olacak şekilde hizmet verecektir.

5- Acil servislerde hastanenin yatak kapasitesi ve acil servisin seviyesine göre hasta ve hasta yakınları için bekleme alanlarına projesinde yer verilecektir.

6- Acil servis girişlerinde iç ve dış hava kontrolü sağlanması için hava perdesi sistemi uygulanacaktır.

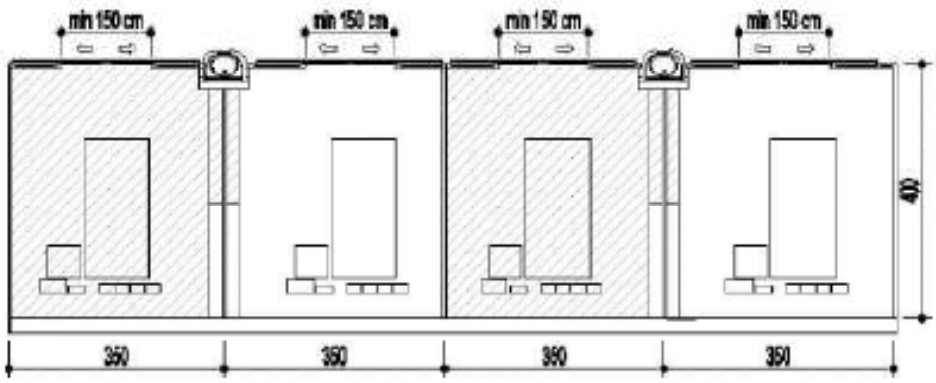
Yoğun Bakım Birimleri

1- Tüm yeni doğan yoğun bakımlarda (1. 2. ve 3. seviye yeni doğan yoğun bakımlar) ve erişkin yoğun bakımlarda akustik anti bakteriyel asma tavan kullanılacaktır. 1. ve 2. seviye yeni doğan yoğun bakımlar ve tüm erişkin yoğun bakımların zeminlerinde bakteri öldürücü özelliğinden dolayı 25.116/A12 pozuna uygun 2 mm kalınlığında PVC esaslı gümüş iyonlu yer döşeme malzemeleri kullanılacaktır. 3. seviye yenidoğan yoğun bakımların zeminlerinde antibakteriyel özellikli halı kullanılacaktır. Bu mahalde kullanılacak ışıklandırma orta-koyu şiddetinde Dimmer sistemli olacak ve endirekt aydınlatma tercih edilecektir. Her bir yeni doğan yoğun bakım arenası en fazla 10 (ideali 8 ünit) üniteli olacaktır ve bu mahalde her ünite içinde annenin oturması için bir refakatçi koltuğuna tefrişinde yer verilecektir.

2- Tüm yoğun bakım giriş hollerinde el yıkama, galoş ile dezenfeksiyon için ayrılmış ve içinde gerekli üniteleri barındıran cep oluşturulacaktır. 3. düzey yeni doğan ünitesinde yoğun bakım ve diğer yatakları bölen seperatörlerin altı 60cm derinliğinde, 80-100cm yüksekliğinde dolap olacaktır, üstü ısı cam imalatlı, arasında jaluzi konulmuş çift taraflı laminat cam pano olacaktır. Jaluzi perde çift taraftan kontrol edilebilir olacaktır. Yoğun Bakım Ünitelerindeki hastanın baş kısmında ünitesi tavandan asmalı pendant tipinde olacak ve hasta başı kısmında sağlık personeli için müdahale edebileceği alan bırakılacaktır.

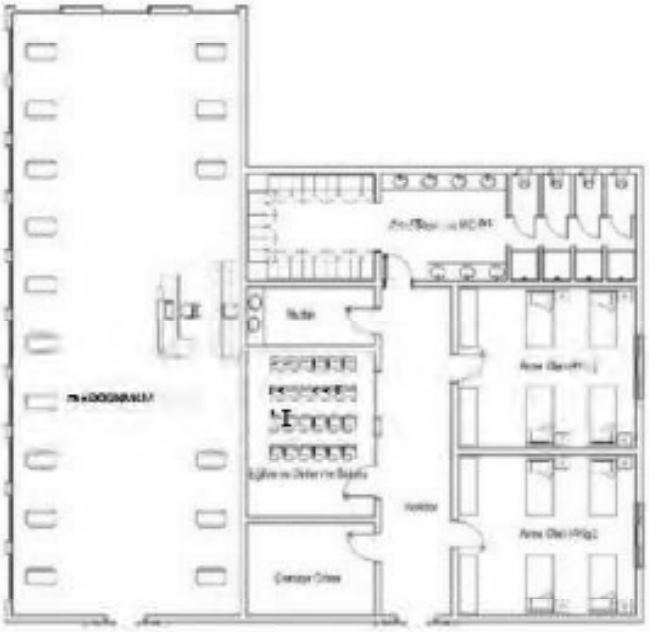
3- 3. seviye yenidoğan ünitesi boyutları boy minimum 3,5 m, eni ise 3,5 m olacak şekilde ve diğer arena tipi yoğun bakım ünitesi için boyutlar boy minimum 4 metre eni ise minimum 3,5metre olacak şekilde düzenlenecektir. Ünitenin 3 tarafı kapalı (mobilya, laminat dolapla, dolabın üstünden tabandan, tavana kadar jaluzili lamine cam ile separe edilerek) bir tarafı açık şekilde düzenlenecektir. Açık olan kısımların kapıları iki yana kayar kapılı ve kapı açık halde iken açıklık min. 150 cm olacak şekilde alüminyum manüel kayar kapı (makaralı mekanizması sayesinde aynı anda sağa ve sola kayacak şekilde) yapılacaktır. Ayrıca kapı sistemlerinde kayar-açılır kanatlı modellerde uygulanabilir.

4- Yoğunbakım ünitesinde iki yatak arasındaki dolap ünitesi şekilde görüldüğü gibi 2 yoğun bakım ünitine bir tane olacak ve koridora bakan kısmına gömme lavabo şekilde görüldüğü gibi düzenlenecektir. (3. Düzey yenidoğan ünitesi içinde geçerlidir.)



5- Koroner yoğun bakım ünitesi anjiyo mahaline yakın bir yerde çözülecek, içerisinde wc mahali düşünülecektir.

6- Aksi belirtilmediği sürece yeni doğan yoğun bakım yatak sayısı yarısı kadar anne oteli için yatak planlanacaktır. Ayrıca bu birim; duş, tuvalet ve soyunma mahalleri, mutfak, çamaşır yıkama mahallerini içerecektir.



Bu çizim fikir vermek amaçlı olup, standartlarımıza uymak koşulu ile tasarım serbesttir

7- 200 yatak ve üzeri hastanelerde yoğun bakım birimlerinin bekleme alanlarında hasta yakınlarının uzun süreli beklemelerine olanak sağlayacak refakatçi koltukları gibi dinlenme elemanları için bay- bayan için ayrı ayrı minimum 30 m^2 alanlar planlanacaktır.

Doğumhaneler

1-Doğum; sancı-doğum-lohusa aşamaları ayrı ayrı odalarda değil, SDL(sancı-doğum-lohusa) odası olarak, tek bir odada tüm aşamaların gerçekleşeceğini düşünülerek planlanacaktır. SDL odaları hasta için banyo imkânlı olacaktır. Oda, banyo hariç en az 16m2 (4.00x4.00m) olmalıdır. Bu odaları rahatça kontrol edebilecek ve gözlemleyebilecek şekilde merkezi ebe deski, ilaç hazırlama alanı planlanacaktır. Bu odalara en yakın şekilde konumlanacak sezaryen ameliyathanesi, yeni doğan müdahale odası, doktor odası ve ebe odası bulunmalıdır. Odalar projesinde arena tarzında çözülmelidir. Yukarıda bahsi geçen mahaller doğumhane birimi olarak hastanenin genel dolaşım ağından kontrollü geçişlerle ayrılacaktır.

SDL odalarında yer almacı gereken tefriş elemanları ve mahal özellikleri:

- Doğum masası olarak dönüşebilen hasta yatağı
- Çok amaçlı yıkama küveti (dolaplı)
- Yeni doğan için radyan ısıtıcılı açık yatak
- Refakatçi koltuğu
- Hasta için dolap
- Olabildiğince doğal aydınlatma ve doğal havalandırma sağlanacak, ek olarak iklimlendirme de düşünülecek.
- Tüm yoğun bakımlarda olduğu gibi kayar kapıların üstünde hastanın monitör bilgilerini deske yansıtmak için min 19" monitör olacak ve data kabloları hasta yatak başı ünitesine çekilecektir.
- SDL lerin mimari planlamasında, SDL odalarına mahremiyeti bozmadan refakatçi veya ziyaretçi girişinin planlanması gereklidir.

Hastanelerde yeni yapılacak SDL oda sayılarının, kadın doğum hastanelerinde ve devlet hastanelerinde kadın doğum yatak sayısına göre aksi belirtilmediği sürece aşağıda gösterildiği gibi planlanması gerekmektedir:

Kadın doğum yatak sayısı 20 - 50 olan hastanelerde: 2 SDL
51 - 99 olan hastanelerde: 3 SDL
100 olan hastanelerde : 6 SDL
200 olan hastanelerde 12 SDL
300 olan hastanelerde 18 SDL
400 olan hastanelerde 24 SDL odası olarak yapılacaktır.

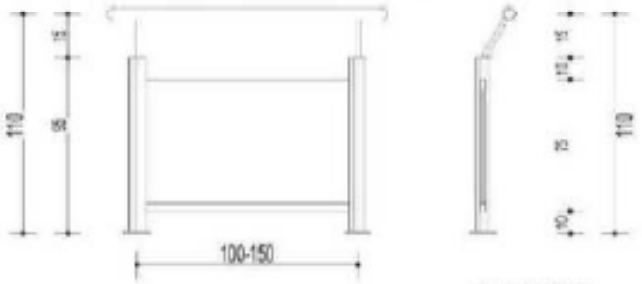
Merdiven ve Asansörler

1- Medikal (sığınak) asansörü revizyonu: Hastanelerde yoğun bakım ve ameliyathane bölümlerine yakın, yangından ve afetten tecrit edilmiş bir mahal de ve yoğun bakım ve ameliyathaneye direkt bağlanacak şekilde 1600 kg taşıma kapasitesinde, kapı açıklığı net 150cm, 2x2,4m kabin ebadında asansör düzenlenecek olup, bu asansör yangın ya da doğal afet esnasında kullanılmak üzere ve direkt olarak acil servis içine inecek şekilde planlanacaktır. Asansör kabininin 4 adet 220V elektrik prizi, 2 adet medikal gaz, 2 adet oksijen ve 1 adet vakum konulacaktır. Medikal(sığınak) asansörün hastane jeneratöründen ayrı kendine ait jeneratörü (ana jeneratörden beslenen, sorun olması durumunda aktif olan) olacaktır. Söz konusu asansör herhangi bir sebepten bu sığınağa inmesi gerektiğinde hastalar için destek sistemleri bağımsız olarak sığınakta planlanacaktır. Asansör sayısı; 100-200 yatak lı hastanelerde 1 adet, 200-300 yatak lı hastanelerde 2 adet, 300-400 yatak lı hastanelerde 3 adet, 400 ve üzeri yatak lı hastanelerde 4 adet olacak şekilde projesinde yer verilecektir. [2]

2- Medikal sığınak alanı yoğun bakım yatak sayısının yarısı kadar yatak sığacak şekilde koğuş tipinde çözülecektir. Ameliyat ve yoğun bakım hastalarının geçici bir süre bakımlarının yapılabileceği ve bunun için gerekli donanımın sağlandığı bakım üniteleri planlanacaktır. Tüm teknik altyapısı hastaneden bağımsız çalışacak şekilde planlanacaktır. Asgari koşullarda yeterli olacak medikal gaz ve priz bulunduran yatak başı üniteleri yapılacaktır. Bu bölümde tam sterillik olması gerekli değildir. İlaç hazırlama alanı ve ekipman odası düşünülecektir.

3- Merdiven boşluğuna düşmek gibi olası kazaları engellemek için merdivenkovası genişliği minimum ölçülerde tutulacaktır.(max. net 25cm) Merdiven, galeri boşlukları ve parapet üstü korkuluklar, kullanıcıların güvenliğini sağlayacak ölçülerde ve yükseklikte uygulanacaktır. Korkuluk tutamakları, kullanıcıları merdiven ve galeri boşluklarından uzaklaştırmak için içe doğru eğimli olarak uygulanacaktır. Tutamak ve dikmeler paslanmaz çelik malzeme ve dikmeler arası çift katlı temperli cam olarak yapılacaktır.

Dikmeler arasında, camın arkasında kalacak şekilde yatay korkuluk kaydı olacaktır, (şekil 2)



Şekil 1

Şekil 2

Şekil 3

Şekil 4

Sağlık Kurulu

1- Heyet poliklinikleri mevcut polikliniк bölümlerine yakın, ortak bekleme bölümü ve koridorları paylaşan bir yapıda tasarlanmalıdır. Bu bölüm sağlık kurulu odası ve danışma kayıt kısımlarını da barındırmalı ve sağlık kurulu günleri dışında normal poliklinik olarak hizmet verecek şekilde planlanacaktır:

300 yatakh hastanelerde 8,
400 yatakh hastanelerde 10
500 yatakh hastanelerde 12 adet heyet poliklinik odası yapılacaktır.

Ameliyathaneler

1- Ameliyathane personel girişlerinde terlik rafı geçiş havuzu oluşturulacaktır.

Yarı Steril alan	Terlik / Raf Yarı steril	/ Çoraplı geçilecek alan (geçiş alanı 2 m) /	Ameliyathane Tam Steril Alan Terlik Rafı / Tam Steril

2- Ameliyathane içindeki dolaplar, 2 ameliyathane arasında duvara gömme şekilde yapılıp yarısını bir ameliyathane diğer yarısını diğer ameliyathane kullanacak şekilde olacaktır. Dolap kapakları ameliyathane duvarlarıyla aynı seviyede ve eğimde olup anti bakteriyel olabilmesi için gerekli metal malzemeden (Krom-Nikel vb) imal edilecektir.

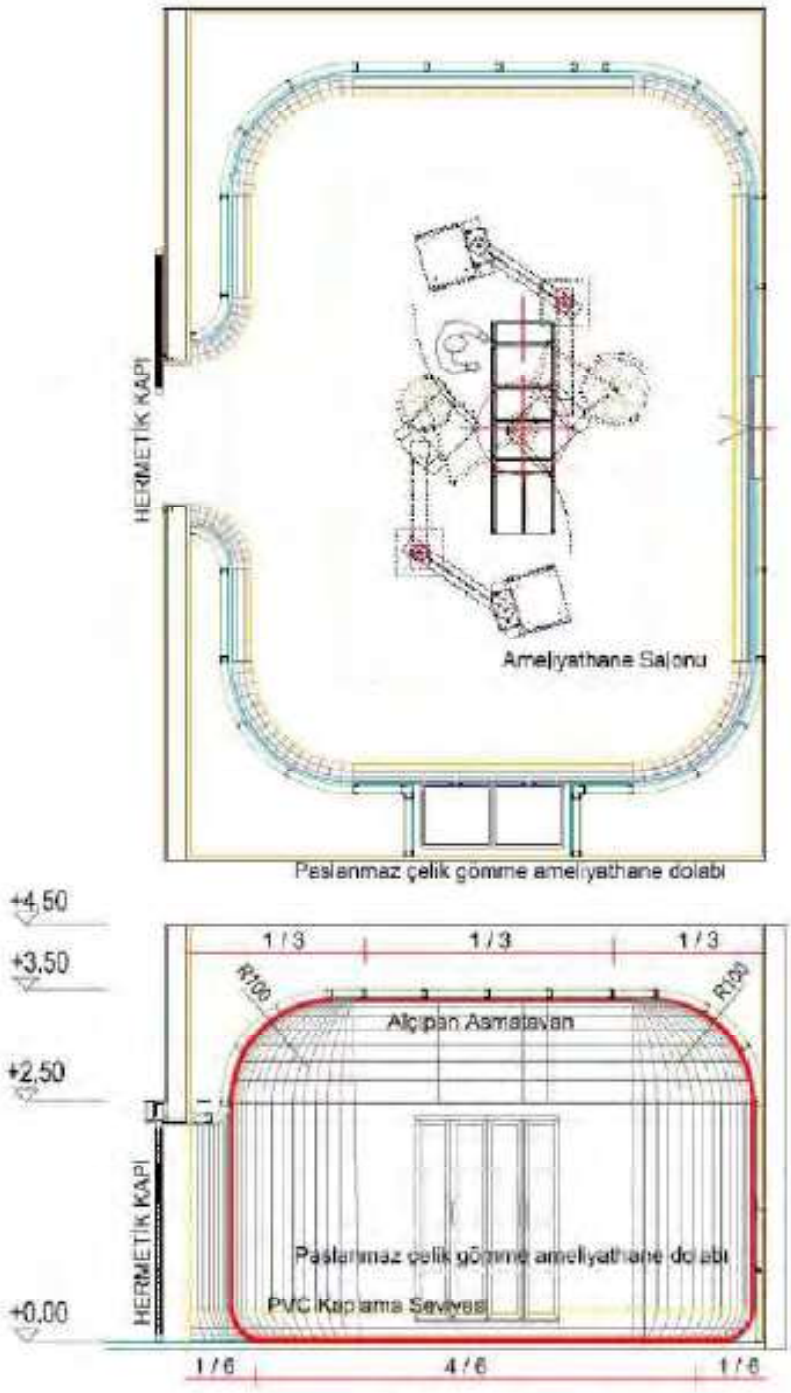
3- Ameliyathanelerde imal edilen dolap kapaklarında çerçeveli cam olarak mikrop barındıracak veya zor steril edilecek ara mahalleri olmayacaktır.

4- Ameliyathane odaları tavan ve duvar birleşme noktaları köşesiz ve oval olacaktır. Duvarlar alçı plaka yardımı ile ovalleştirilecek, projelerde detayları gösterilecektir. (Bkz. Ameliyathane Detayı)

5- Tüm yeni yapılacak, mevcutta yapımı devam eden ve ameliyathane tadilatı olacak hastanelerde, ameliyathane sayıları aksi belirtilmediği taktirde;

1-10	yatak için =	1 lokal
11-24	yatak için	= 1 genel
25-49	yatak için	= 1 genel +1 lokal
50-75	yatak için	= 2 genel +1 lokal
76-100	yatak için	= 3 genel +1 lokal ameliyat odası olarak düzenlenecektir.

Yatak sayısı 100-300 e kadar olan hastanelerde ise her 50 yatak için en az bir adet ameliyat odası eklenecek, 300 üzeri yatak sayısı olan hastanelerde ise her 30 yatağa bir adet ameliyat odası projesinde planlanacaktır. Yatak sayısı 100 ün üzerinde olan hastanelerde lokal ameliyathaneler günübirlik (out-patient) olarak düşünüleceğinden sayısı ihtiyaç programında belirtilen sayıda olacaktır.



Ameliyathane Detayı

6- Ameliyathanelerde asepsi mahal sayısı doktor-hemşire için bay-bayan olmak üzere 2 tane, personel için bay-bayan olmak üzere 2 tane, toplamda 4 adet asepsi mahali projesinde yer verilecektir. Asepsi mahal sayısı 200 yatak ve üzeri hastanelerde en az 4 adet olacaktır, 200 yatağın altında ki hastanelerde ise proje sürecinde 2 veya 3 asepsi mahali personel sayısı oranında çözülecektir.

7- 200 yatak ve üzeri hastanelerde ameliyathane personeli için yarı steril alanda, her ameliyat salonu için 4 kişilik olmak üzere uygun sayıda yemek yenilecek mahal projesinde düşünülecektir. Bu mahale yemek dışarıdan gelecek olup 80/80cm otomatik açılır pencereden alınacaktır.

8- Ameliyathanede hasta uyanmadaki yatak sayısı ameliyat salonu sayısının yarısı kadar olacaktır. Ayrıca hasta uyanmada hemşire deksi düşünülecektir. Hasta uyanmadaki yatak başı ünitesi personelin hastanın başucunda çalışmasını engellemeyecek şekilde yatağın yanında düşünülecektir. Hasta uyanma mahalinin bir kapısı yarı steril alanı diğer kapısı ise tam steril alana açılacaktır.

9- Ameliyathane yarı steril alanında giriş ve çıkışı engellemeyecek bir yerde en az 3 kişinin çalışabileceği ameliyathane organizasyon deski projesinde planlanacaktır. Tüm ameliyat salonlarının ameliyat sürecinin takibi, ameliyathane giriş, asepsi giriş-çıkış, koridorlar, yemekhane, hasta uyanma, hasta hazırlık mahallerinde bulunan kamera sistemlerinin kontrolü bu mahalden sağlanacaktır. Burada bilgisayar ve otomasyon sistemi kurulu olacak ve tüm klima sistemini takip edecek olan teknisyen bu koordinasyonu sağlamakla görevli olacaktır. Ameliyathane kontrol panosu 19'' monitörlü, anakartlı, dokunmatik, merkez (bilgi işlem) ile bağlantılı iklimlendirme, aydınlatma ve ses sistemlerini kontol edecek özellikte olacaktır.

10- Aksi belirtilmediği sürece her 4 ameliyathane salonundan bir tanesi laminar-flow olacaktır. Her 8 ameliyathane salonundan bir tanesi 50 - 60 $m^{1\,2}$ olacak şekilde planlanacaktır ve bu ameliyathanede laminar-flow olacaktır. Laminar-flow ameliyathane salonlarından en az bir tanesi kurşunla kaplanacaktır, ameliyat salonu sayısı bir adet ise bu salon kurşunla kaplı olacaktır.

11- Ameliyathane tam steril alanında tıbbi cihazların depolanacağı yaklaşık 25 m2, manüel tipte kayar kapılı bir depo mahali projesinde düşünülecektir. Ayrıca tam steril alanda ameliyathane sayısı ile orantılı olarak sedye cebi (5 ameliyathaneye 1 sedye) planlanacaktır.

12- Ameliyathane kontrol paneli dokunmatik ekranlı Windows tabanlı, ana kartı olan panellerle çözülecektir. Uzaktan kontrol edilebilme imkanı sağlayan paneller kullanılacaktır.

13- Ameliyathane tam steril koridorları hariç tüm tam steril mekanların zeminleri 25.116/A11 pozuna uygun Grup T homojen pvc zemin kaplama malzemesi ile kaplanacaktır.

Laboratuarlar

1- Hastane ihtiyaç programına göre belirlenen laboratuarlarda tezgah miktarının azaltılıp cihazlar için geniş alanlar ve gerekirse ayrı odalar yapılmalıdır. Tezgah üstü ve tezgah altı cihazların sağlıklı kullanılması için de tezgah genişliğinin en az 90 cm. olarak planlanması gerekmektedir.

Genel

1- Galeri boşluğu, koridor ve hol gibi gürültü-yüksek ses oluşumu muhtemel olan yerlerin duvarlarında ses emici ve yankıyı engelleyici pano ve aksesuarlar %30 oranında uygulanacaktır. (Proje çizimlerinde ve mahal listelerinde gösterilmesi zorunludur.)

2- Yeni yapılan hastanelerin giydirme cephesi cam temizleme mekanizmasının(çatı vinci) ihale kapsamında yapılmalıdır. Cephesi giydirme sistem ile kaplanmış olan hastane yapılarında, bina yüksekliği göz önünde bulundurularak cephenin temizlenmesi için dışarıdan temin edilecek ya da binanın çatısına konumlandırılacak sistemin detaylarına projede mutlaka yer verilecektir.

3- Yeni Yapılan Hastanelerin yol ve bahçe peyzaj çalışmalarını projelendirilirken uzun vadeli dayanıklılığından ötürü yol planlamaları ve hastane girişleri yerli kesme granit küp taş olarak planlanmalıdır.(düzgün uygulama yapılabilmesi için ölçü toleranslarında daha kaliteli olanlar tercih edilmelidir).

4- Yeni yapılan hastanelerimizde alçı plaka duvar yerine ponzadan mamul yapı malzemeleri kullanılacaktır.

5- Banyo ve WC mahallinin otomatik olarak havalandırılması için hava bacasına aspiratör takılacaktır.

6- Tüm Sağlık yapıları projelerinde; hastanelerde ve ADSM'lerde; başhekim, başhemşire(hastanelerde), hastane müdürü odaları ve nakit para işlemlerinin yapıldığı ofisler hariç diğer tüm idari personel çalışma alanları açık ofis sisteminde düzenlenecektir.

7- Hastane giriş platformunda iki aracın yan yana geliş ve gidişleri istikametinde üzerlerini tam olarak kapatacak şekilde minimum 6m olmak şartıyla markiz düşünülecektir. Giriş saçağı (markiz) altında kalan döşeme malzemesi seçiminde bina içinde kullanılmış olan granitin renk tonunda dış hava şartlarına uygun kalınlıkta ve yakılmış yüzeyli olanları tercih edilecektir. [8]

8- Hastane projelerinin uygun görülen alanlarına hastane ihtiyacı baz alınarak yeterli büyüklüklerde depo alanları planlanacaktır.

DEPO MAHAL ADI
Eczane - Medikal Malzemeler
Eczane - Pamuk-Serum
Eczane - İlaç
Röntgen Arşiv
Diyaliz Günlük Depo (katta) + Diyaliz Su Deposu (bodrumda)
Ayniyat Yeni
Ayniyat Atıl
Laboratuvar
Genel Arşiv

9- Hastane binalarının bodrum katlarında yer alan;

- Kazan dairesi
- Trafo ve jeneratör odaları
- Ana transfer panosu
- Basınçlı tank ve yakıt tankları
- Tıbbi gaz odaları,

hastane bahçesi içerisinde, ön ve yan girişleri önlemeyecek biçimde, binaya en az 20m uzaklıkta, tek katlı ayrı bir bina içerisinde planlanacaktır.
Yeni yapılacak hastane ve ek blokların arsaları tespit edilirken ve tespit edilen arsalara bina yerleşim planlaması yapılırken bu kriterler dikkate alınmalıdır. Yukarıda belirtilen mahallerin hastane bahçesi içerisinde yer alamayacağı istisnai durumlarda Bakanlığımızdan izin alınması gerekmektedir.

10- Poliklinik odalarında ve kan alma gibi birden çok hasta yatağının mevcut bulunduğu mahallerde yatak çevresinde tavana alüminyum ray sistemi üzerine kornişler monte edilecek ve perde ile yatakların mahremiyeti sağlanacak. Bu sistem, separatör sistemi düşünülmemişse uygulanacaktır.

11- Eğitim, seminer, konferans ve zemini akustik nitelikte olması gereken medikal birimlerin zeminleri akustik PVC ile kaplanacaktır.

12- Planlanan hasta kliniklerinde 25 yatak için en az 2 sedye ve 2 tekerlekli sandalyenin konabileceği sedye cebi olacaktır. Acil servislerde sedyeler için ayrılan mekân hasta yatak sayısının %3 ü kadar sedyenin konulabileceği alan bırakılacaktır.

13- Trafo merkezlerinde bulunan trafo ve jeneratörler senkronize bir şekilde çalıştırılıp, Scada sistemi ile trafo merkezindeki bürüm yükler izlenerek gerektiğinde bu yüklere teknik bir merkezden müdahale edilebilecektir.

14- Ameliyathane ve yoğun bakımlara ait ana panoların diğer yüklerden kaynaklı elektrik kesintilerinden fazla etkilenmemesi için, bu mahalleri besleyen ana panolar direkt olarak trafo binasından beslenerek, scada sistemi senaryosuna öncelikli yükler olarak dahil edilecektir.

15- Enerji kaynaklarının ve enerjinin kullanımında verimliliğin arttırılmak, ilgili yönetmeliğin tanımladığı şekilde mevcut tesislerin işletilmesinde, yeni tesislerin kurulmasında, kapasite artırımı ve modernizasyon çalışmalarında elektrik projelerine uygun olarak, aydınlatma devrelerinin istenilen zamanlarda merkezi bir noktadan ve önceden tanımlanan işletme senaryoları doğrultusunda otomatik olarak kontrol edilmesine olanak sağlamak amacıyla 200 yatak ve üzeri hastanelerde Sağlık Bakanlığı Aydınlatma Otomasyonu Teknik Şartnamesine göre aydınlatma otomasyon kontrol sistemi tesis edilecektir. (Akıllı Hastane)

16- 200 yatak ve üzeri hastane içerisinde, odalardan, banyolardan servis hemşirelerine çağrı yapılabilmesine, tüm çağrıların ve çağrı cevaplanma sürelerinin saklanmasına raporlanmasına, hasta takip bilekliği ile hastanın konum, ateş, nabız bilgilerinin takip edilmesine olanak sağlayan, Sağlık Bakanlığı Hastane Çağrı Sistemi Teknik Şartnamesi doğrultusunda Hastane Çağrı Sistemini tesis edilecektir.

17- 200 yatak üzeri hastanelerde uygulanan hemşire çağrı sistemlerine ek olarak kablosuz (RF, Wi-Fi) haberleşme sistemiyle çalışan her yatak için bir tane çağrı modülü planlanacaktır. Bu modülün yeri; çağrı yapıldığında, bağlı bulunduğu kliniğin hemşire çağrı sisteminin ekranından tespit edilecek şekilde kurulacaktır. Lokalizasyon tespiti en az 25 m^2 alanlar içerisinde yapılacaktır.

18- Grup 2 odaları olarak tanımlanan (Ameliyathaneler, Ameliyata hazırlık odası, alçı odası ve uyanma odaları Yoğun bakım üniteleri, Anestezi odaları vb.) odalarda IT sistemler kullanılarak, elektriksel arızalar bir merkezden izlenebilecektir.

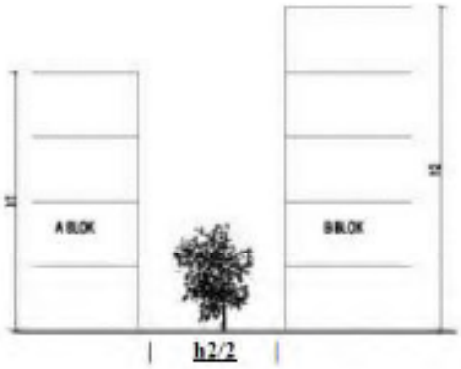
19- Tüm hastanelerde Intelligent yangın ihbar sistemleri kullanılarak, yangın bilgisi lokal olarak tespit edilecektir. Yangın anında yangın ihbar santralinden gelen bilgi ile acil anons sisteminin devreye girerek anons yapması, bütün otomatik kapıların açık konuma getirilmesi, yangın damperlerinin kapatılması asansörlerin en yakın kata getirilerek kapılarının açılması sağlanacaktır.

20- 200 yatak kapasitesinden büyük en az 20.000 m2 kapalı alana sahip, bulunduğu bölgede doğal gaz bulunan ya da yakın zamanda (1-3 yıl) gelme durumu olan, ayrıca ısı merkezi mahali müsait olan tüm yeni hastane projelerinde ve inşaatlarında kojenerasyon, trijenerasyon sistemi uygulanacaktır.

21- Bir katta 25 adet ve üzeri polikliniği bulunan hastanelerde, o kat için rahat ulaşılabilir ve hasta bekleme alanına yakın bir yerde 1 röntgen ve 2 adet kan alma yeri düşünülecektir. 200 yatak ve üzeri hastanelerde kan alama birimleri pnömatik sistem olarak çözülecektir.

22- Acil servis, poliklinik, hasta servislerinde her katta temizlik malzemesi deposu ve temizlik odası düşünülecektir.

23- Binalar arasında doğal ışık ve hava almak amacıyla yapılan iç bahçelerin kullanım amacına uygun olarak 5 katın üzerindeki binalarda bahçenin, etrafındaki blokların en kısa yaklaşım mesafesi, uzun olan bloğun boyunun yarısı (h2 / 2) kadar olacaktır. Bu durum dairesel planlı iç bahçe çözümlerinde bahçenin çapı kısa olan binanın yüksekliğinin yarısı kadar olacak şekilde düzenlenecektir. Bu sayede kullanılmayan alanlara dönüşen iç bahçelere projesinde yer verilmeyecektir.5 katın altında olan binalarda ise kısa kenarı 10m den az olmayacak şekilde çözüm üretilecektir.



24- Fan coil veya klima sistemi ile bölgesel iklimlendirme yapılan sağlık yapılarında mahalde bulunan pencerenin açılması durumunda söz konusu mahale ait havalandırma sisteminin enerjisini anında kesecek manyetik kontaklı sistem konulacaktır.

25- Tüm klinikler ve polikliniklerin koridor genişlikleri en az 3.00 m olarak planlanacaktır.

26- Hastane bahçe ve istinat duvarları mümkün olduğunca binanın dış cephe renkleri ile uyum gösteren renk tonlarında pressbeton (baskı beton / baskılı beton) vb. uygulama yöntemleri ile kaplanarak renklendirilecektir.

27- Hastane peyzajında, duvar korkuluklarında, ön ve arka bahçe girişlerinde ayrıca park, bahçe ve yol kenarlarını belirlemek amaçlı kullanılan pratik kurulum imkânı sağlayan, bağlantı elemanları ile birleştirilebilen ve farklı renk çeşitleri bulunan alüminyum komponentli kompozit plastik bariyer çit ürünleri kullanılacaktır.

28- Tüm hastanelerde, şehir şebekesinden gelen (içme suyu olarak kullanılabilecek) su, aktif klorlama ünitesi, su yumuşatma cihazı ve ultraviyoleden geçirilerek arıtılacaktır. Arıtılan su; acil servis, poliklinik ve hasta yatak katlarında, mimari olarak uygun bir yere yerleştirilmesi planlanan, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı birim fiyatlarında bulunan 465.500pozuna uygun su sebiline (su soğutma dolaplarına) aktarılacaktır. Su sebili cihazının konulması planlanan yere arıtma sisteminden geçen temiz su için hat ve gider çekilmelidir. Sebiller klinik koridorlarında, 1 klinik (25 yatalı) için 4 adet, polikliniklerde ise

her 10 polikliniğe 1 adet olacak şekilde, acil servislerde ise en az 2 adet olacak şekilde projelendirilecektir.

29- Projesi çizilme aşamasında ve çizilecek olan tüm sağlık tesislerinin ihtiyacını görmek üzere; Her Aile Sağlığı Merkezine 1 adet, 20 yatağa kadar olan hastanelerde (20 yatak dahil) 1 adet, 50 yatağa kadar olan hastanelerde (50 yatak dahil) 3 adet, 50 yatak üzeri hastanelerde her 50 yatağa 2 adet olmak üzere 60 m^2'lik ticari alanlar planlanacaktır. Bu ticari alanlar hastane arsasına sığacak şekilde tesisin bağlantı yollarına planlanarak hastane binasına fiziksel bağlantı yapılmadan binadan uzak bir yere konumlandırılacaktır. Bu alanlar ile ilgili imar planı notu temin edilememesi durumunda söz konusu alanlar hasta meşguliyet alanı olarak planlanacaktır.

30- Poliklinikler ve Acil Servis ana bekleme mahalleri dışında tüm tıbbi hizmet mahallerinde homojen PVC döşeme kaplaması kullanacaktır. Ancak yoğunbakım, yenidoğan yoğunbakım, yanık üniteleri, sterilizasyon gerekliliği yüksek olan laboratuvarlar, enfeksiyon odaları, enfeksiyon kliniklerin tamamı ve ameliyathane tam steril koridorlarında bakteri öldürücü özelliğinden dolayı 25.116/A12 pozuna uygun 2 mm kalınlığında PVC esaslı günüş iyonlu yer döşeme malzemeleri ile döşeme kaplaması yapılacaktır. Poliklinik koridorları döşeme kaplama malzemesi seçimi serbesttir.

31- Sağlık tesislerinde kullanılacak tüm PVC kaplamaları 30. Maddede belirtilen özellikli alanlar dışında homojen özellikli olacaktır.

32- Poliklinikler ve destek odaların aksi belirtilmediği sürece hastane yatak sayısının en az % 30 u kadar olacaktır.

33- 200 Yatak ve üzeri tüm hastanelerde inşaat aşaması sırasında yüklenici firma tarafından bu binalara LEED SERTİKİKASI alınması zorunludur.

34- Tüm hasta banyolarında kullanılan spiral duş ünitelerinde ve diğer banyo aksesuarlarında paslanmaz çelik veya krom kaplı kaliteli malzeme tercih edilecek, genel tuvaletlerde en az 400 gr hazneli gömme sıvı sabunluk, kağıt havlu makinesi, hasta banyolarında ise krom kağıt havluluk, havlu askılığı, en az 400 gr hazneli gömme sıvı sabunluk bulunacak ve bu mahallerin genel temizlik ve hijyenine ayrıca dikkat edilecektir.

Bankolar ve Kapılar

1- Hemşire ve V.H.K.İ. bankolarının yüksekliği çalışma masası yüksekliğinde yapılmalıdır.

2- Banko köşelerinin oval MDF üstü en az 0.4mm doğal veya alpi kaplama yapılarak bu işlemlerden sonra söz konusu kaplamanın üstüne sistire veya cila sürülecektir. Kenarları Postforming en az 2 cm pahlı oval olarak yapılmalıdır.

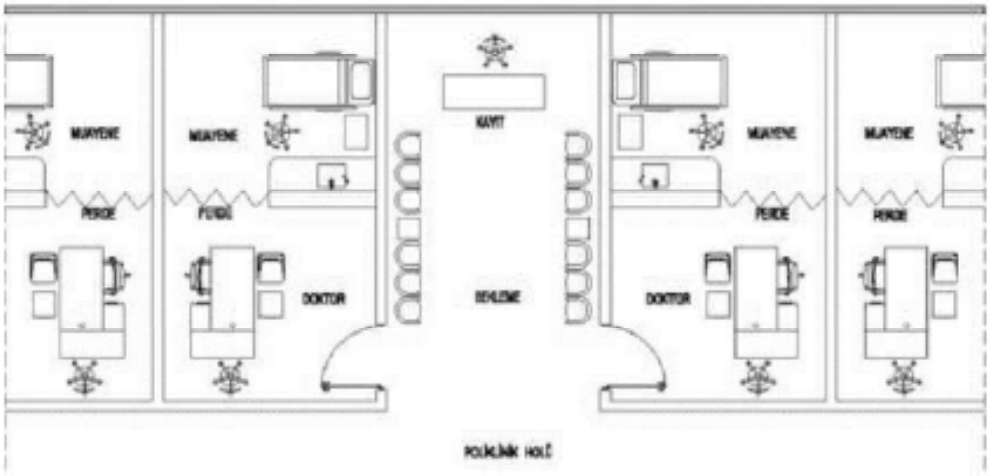
3- Bankoların yer döşemesine temas eden kısımlarının yaklaşık 10 cm'lik ayaklarla yükseltilmelidir.

4- Mevcut bankoların da madde 8 deki gibi aynı konsept çerçevesinde tadilatlarının yapılmalıdır.

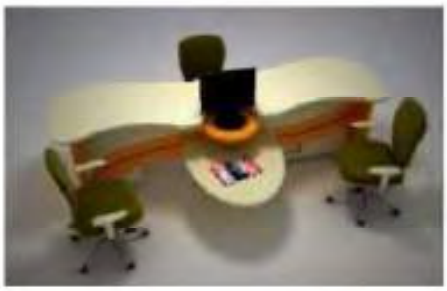
5- Poliklinik ana girişinde bulunan banko kayıt bankosu olarak değil, resepsiyon ve hasta yönlendirme olarak düşünülecektir. Poliklinik dinlenme/muayene alanları düzenlemesi hasta ve yakını dikkate alınarak yapılacaktır.

6- Tüm hastane iç oda kapılarında kapı kasaları, darbeye dayanıklı alüminyum malzeme olacaktır. Sistemde laminat kapı kanadının kasaya montajı için gerekli olan alüminyum menteşe kullanılacaktır. Taşıyıcı kısmın et kalınlığı 1,5 mm'den az olmayacak, taşıyıcı kasanın menteşe bağlanan ve kilit karşılığı bağlanan kısmın et kalınlığı 2,00 mm'den az olmayacaktır. Alüminyum yüzeyine aşınmaya karşı dayanım sağlayan ve sürekli bir dekoratif görünüm veren yüzey işlemleri ve renklendirme yapılacaktır. Kasa kıvrımları ovalleştirilecek ve kapıya paslanmaz çelik çarpma bandı yapılacaktır.

7- Hastane poliklinik birimlerinin organizasyonu yapılırken aynı veya ayrı dal poliklinik gözetmeksizin yan yana konumlanan her 2 poliklinik için aralarına 1 hasta yönlendirme elemanı için banko ve hastalar için bekleme alanı düşünülecektir. [8]

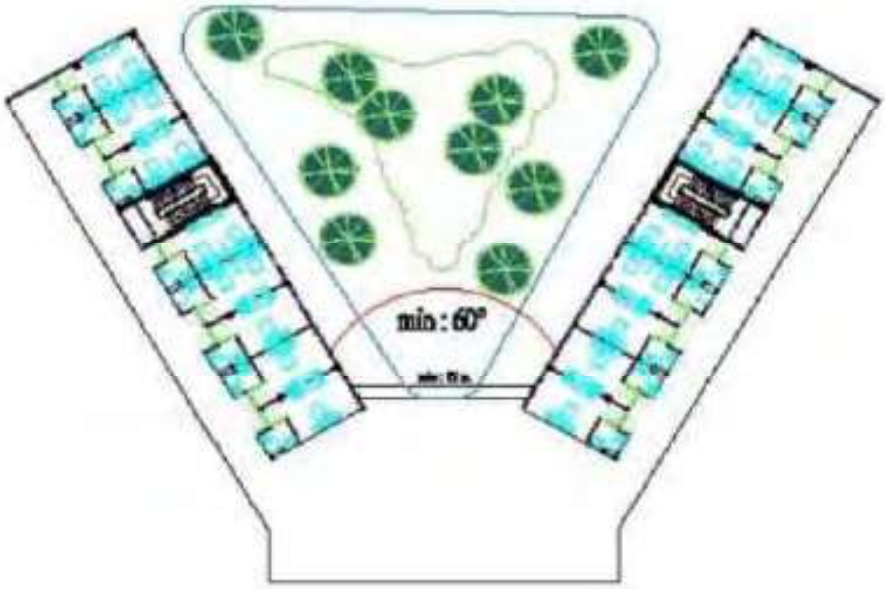


8- Tüm hemşire deskleri, danışman deskleri, resepsiyon bankoları ve kayıt-bilgi işlem bankoları yükseklikleri, banko arkasındaki personelin hastayı görebileceği yükseklikte olacaktır. Hasta ve operatörün sandalyede oturur konumdayken bankoya rahat yaklaşabilmesini sağlayacak banko eteğindeki diz mesafesi bırakılacaktır. Bunun için taşıyıcı kayıt hasta ve çalışan diz mesafesini engellemeyecek şekilde orta aksta yer almalı ve masa eteği engel olmayacak şekilde yapılacaktır. Ayrıca monitör arkası da dahil olmak üzere masanın ön kısmında hiçbir engel, paravan veya separatör bulunmayacaktır.



9- Sağlık tesisi binalarının içinde yer alan yangın zon kapılarının; Binaların Yangından Korunması Hakkındaki Yönetmeliğe uygun olacak şekilde açık konumda iken koridorda yer kaplamaması için kapının yaslandığı duvarda niş yapılacaktır.

Hasta Bakım Birimleri



Hasta yatak servis blokları tasarlanırken hasta mahremiyeti gözetilerek blokların birbirine fazla yaklaşmaması için açılı planlamalarda iki blok arası min 60' ve karşılıklı iki oda uzaklığı min 15m olacak şekilde planlama yapılacaktır. Şekilde görülen planlama sadece fikir vermek amacı ile eklenmiş olup minimum değerler sabit kalmak koşulu ile tasarım serbesttir.

1- Hasta sedye bandı alüminyum üzeri yanmaz, kırılmaz ahşap görünümlü PVC kaplama yapılacaktır. Aynı zamanda hasta sedye bandı tutunma barı olarak da kullanılabilecek şekilde tasarlanacaktır. Hasta yatak servislerinde hasta sedye bandı ile süpürgelik arasında kalan duvarda sert, silinebilen, anti bakteriyel PVC duvar kaplama malzemesi ile kaplanacaktır. Analizleri yapılarak 04.771/1 pozu(Çevre ve Şehircilik Bakanlığı) kullanılacaktır.

2- Hasta başı üniteleri, her biri kapaklı yataktan bağımsız, yatak ile duvar arasına (derinliği 15cm) yapılacaktır. Hasta tedavisi için gerekli olan flowmetre alet ve vakum prizleri makaslı yukarı doğru açılan kapak(8 mm MDF) altında olacaktır. Ayrıca telefon, hemşire çağrı, network prizleri hasta yatağı yanında dikey olarak planlanacak, hemşire çağrı prizi üst kısımda olacaktır. Flowmetre kaplı oluşturulacak dolap içerisinde ve kapak altında kalması için gerekli boşluk sadece bu aparatların olduğu yerde planlanacaktır.

3- Hasta odası kapıları net 120 ve hasta odası banyo kapıları net 110cm (kanat genişliği) olacaktır. Kapı kanadının alt kısmına ve ortasına gelecek şekilde sedye çarpma bandının yapıştırılması gerekir, banyo kapısı dışarıya açılmalıdır.

4- Hasta odalarında duvar ve boya aşınmasını engelleyecek, ayrıca hastanın gerektiğinde tek başına tuvalete gidebilmesini sağlayacak tutunma barları (sedye çarpma bandı) yapılmalıdır.

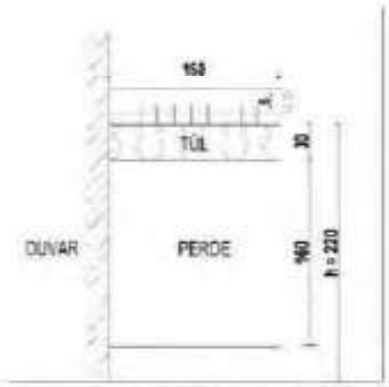
5- Hastalar için ayrı ayrı soyunma dolapları bulunmalıdır.

6- Hasta için sabit çalışma masası yapılmalıdır.

7- Hasta yatak servisleri ve koridor zeminleri anti bakteriyel homojen, PVC (GRUPT) ile kaplanacaktır.

8- Hijyen ve temizlik açısından oda tefrişinde sade detaylar seçilmelidir.

9- Hasta odasına uygun yerlere her hasta için ayrı ayrı olmak üzere 2 adet küçük boy buzdolabı (mümkünse dolabın içinde planlanmalı) ve hastaların yatağından seyredebileceği akrobat kolu 15° eğimli 2 adet televizyon (ses yayını için uygun çözümler yapılacaktır) kanmalıdır. Ayrıca, her iki hastanın arasını separe edecek, duvara monteli et kalınlığı 0.2 - 0.5mm aralığında, 2 cm çapında krom nikel boru veya et kalınlığı 0.2-0.5mm aralığında çapı 2,5-3cm alüminyum boru ve saten görünümlü, bakanlık logolu, su ve leke tutmayan, yanmaz özellikli separatör perde imal edilmelidir. Perde sisteminin monte edildiği duvarda kötü görüntü oluşturmaması için konstrüksiyonla duvar birleşimi olan kısmın üzeri uygun malzeme ile kapatılacaktır. (Perdelerde anti bakteriyel olma şartı aranmamaktadır.) (şekil 1 de görüldüğü gibi)



Şekil 1

Şekil 2

10- Tüm hasta yatak odası banyolarına duş perdeleri yapılacaktır. Bu perde, duvara monteli 0.5mm kalınlığında, 2cm çapında krom nikel boruya asılacak ve saten görünümlü, bakanlık logolu, su ve leke tutmayan, özellikte malzemeden (%100 PVC esaslı malzeme olmayacak) olacaktır. (Perdelerde anti bakteriyel olma şartı aranmamaktadır.)

11- Hasta odalarında; hasta, doktor, hemşire ve refakatçinin hareket kabiliyetini kısıtlayıcı girinti ve çıkıntı olmamalıdır.

12- Hasta odalarında mutlaka doğal aydınlatma ve havalandırılma gerekmektedir.

13- Hastaya direk aydınlatma (suni) ve havalandırma (klima) verilmemeli, indirekt olarak verilmelidir.

14- Hasta yatağının etrafında; hastaya üç yönden müdahale edilebilecek şekilde 120cm. Boşluk bulunmalıdır.

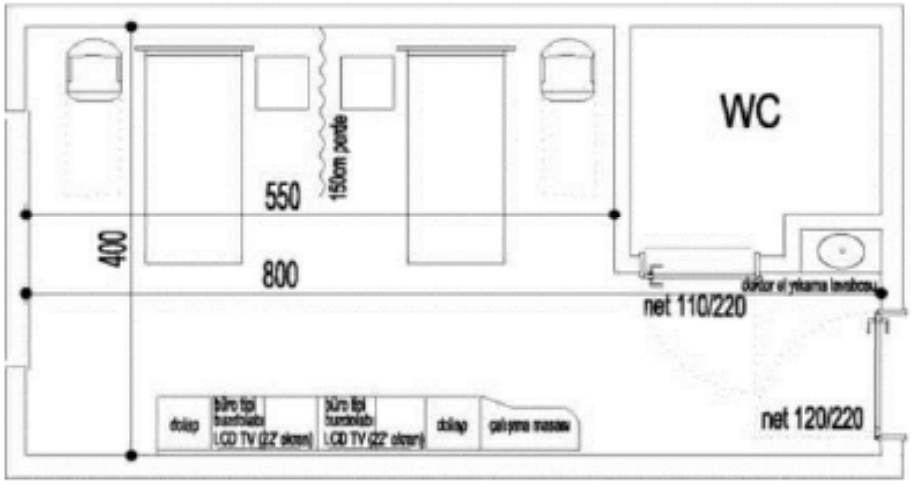
15- Oda pencereleri hasta yataklarına engel olmayacak şekilde açılması sağlanacaktır, açılan kanada sineklik yapılmalıdır.

16- Oda tavanına asma tavan yapılmaması halinde odayı çevreleyen kartonpiyer yapılması ve pencere üstü korniş ve perde almlığı yapılmalıdır.

17- Radyatör panelinin üstüne dekoratif panjur yapılmalıdır. Bu panjurun etrafı olası düşme ve çarpma gibi kazalar esnasında hastanın zarar görmesini engellemek amacıyla kenarları pahlanacaktır.

18- Hasta odasına; telefon, internet, hemşire çağırma, televizyon, yangın ihbar, müzik yayın hatları çekilmeli, ayrıca her hasta için ayrı ve yeteri kadar elektrik prizi çekilmelidir.

19- Hasta yatak odası ebatları eni net 4m boyu net 8m olmalıdır. Ancak hasta kullanımı için konulan dolap aşağıdaki örnek yerleşim planının dışında bir yere yerleştirildiğinde dolap ebadı ve kapağının taradığı alan dikkate alınarak oda boyutları uygun hale getirilmelidir.



20- Hasta yatak odalarında banyo kapısı ve oda giriş kapısı açıldıklarında birbirlerine çarpmayacak , giriş alanını kapatmayacak ve geçişleri engellemeyecek şekilde planlanacaktır.

21- Oda tefrişinde refakatçi koltuğunun yeri belirlenmelidir.

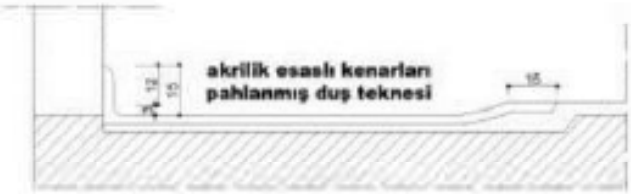
22- Kapılara çarpma tokmağı konulmalıdır.

23- Hasta odalarında (perde kaşı ve hasta yatak başı mobilyasının çevresi veya karşıya konulacak plazma mobilyasının etrafı) mahallerinden herhangi birine en az 5 m olmak şartıyla 3 chip LED aydınlatma kullanılacaktır.

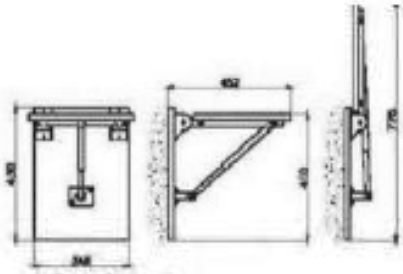
24- Çocuk servislerindeki hasta yatak odalarının ıslak hacimlerinde muhakkak bir adet duvara monteli, ihtiyaç anında açılıp tezgâh olarak kullanılmak üzere çocuk küveti bulunmalıdır.

25- Hasta yatak odası banyo ölçüleri min. 2.50 x 2.00m ölçülerinde olacaktır.
Duş yeri malzemesi akrilik epoksi esaslı (kaymaz özellikte) olacaktır. Tekerlekli sandalyenin rahat inip çıkabilmesi için banyo zemininde duş teknesinin denk geldiği alanda döşemede yaklaşık 3-4cm düşük bir kot oluşturularak teknenin buraya yerleşmesi sağlanacaktır. Banyo zemini ve akrilik malzeme birleşim yeri pahlanacaktır. Gözeneksiz ve kolay temizlenme özelliğine sahip olan bu malzeme, duş

teknesi yapımı sonucu olacak sert köşelerinde oval şekilde pahlanmasına imkân vermektedir. Duş mahaline açılır kapanır şekilde duş oturağı yapılacaktır. Hastane duş-wc mahallerinde duş mahali malzemesi olarak akrilik esaslı kaplama malzemesi kullanılacaktır. Gözeneksiz ve kolay temizlenme özelliğine sahip olan bu malzeme, duş teknesi yapımı sonucu olacak sert köşelerinde oval şekilde pahlanmasına imkân vermektedir.



Hasta Yatak Odası Duş Teknesi



Duş Oturağı

• Duş mahaline açılır kapanır şekilde duş oturağı yapılacaktır.

Lavabolar ayaksız ve Hilton lavabo tipinde ön tarafı arkaya doğru yuvarlak şekilde pahlanarak yapılacaktır. mix bataryalı ve batarya açma kapama kolu ince, uzun, çubuk şeklinde olacaktır.

• Hilton lavabo üstü ahşap çerçeve üzerine ayna ve ayna yanlarında hastaların özel eşyalarını bulundurabilecekleri dolaplar bulunacaktır.

26- Yatak servis klinik girişleri hol ve koridor kapılarında fotoselli kayar kapı kullanılacaktır. Bu kapı;

- Uzaktan kumandalı
- Giriş ve çıkışlarda keypadli proximity kart okuyuculu kontrol panelli,
- Kilit mekanizmalı,
- 4+4 mm lamine camlı,
- Çift rayh (3 makaralı taşıma sistemi, hareketli kanatların raydan çıkmasını engelleyecek sistemde)

olmalı ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü İnşaat Onarım Dairesi Başkanlığı Fotosel Kapı Şartnamesine uygun olarak yapılmalıdır.

Hastane Işıklı Tabelaları Genel Teknik Şartnamesi

1- Sağlık Bakanlığına bağlı binalarda yapılacak olan ışıklı tabelaların boyutlandırmalarında işin yapılacağı yerin iklim şartları ve rüzgâr durumuna göre gerekli hesaplar yapılarak aşağıdaki standartlar temel alınarak projelendirme yapılacak ve yapılacak hesaplara göre kaideyi oluşturacak profillerin kesitleri revize edilebilecektir. Ayrıca yazının çatı zemininden ne kadar yükseğe konulacağı binanın yüksekliği ve konumu göz önüne alınarak belirlenecektir. Kaide çatıya sabitlenirken su sızdırmazlığı için gerekli önlemler alınacaktır.

Aydınlatma tabelaları Neon veya Led teknolojisi kullanılarak oluşturulacaktır ve aşağıdaki standartlara uygun olacaktır.

Led için;

- ANSI C78.377 Specification for Chormaticity of White SSl Products
- IESNA LM-79 Electrical and Photometric Measurements
- IESNA LM-80 Liferime

o IESNA RP-16 Nomenclature/Definitions for Illuminating Engineers o
ASNI C82.XX1 Power Supply
o 50x50 SMD(Surface Mounted Diode) 3 Chip IP66 standartlarına sahip ve akım korumalı
o Kullanılacak LED şerit yukarıdaki standartlardan en az birini sağlamalıdır. o
CE ve ROHS normları
o İşi yapacak firmanın TSE Hizmet Yeterlilik Belgesi o
PSB ye dizilmiş dizgi LED olacaktır. o Metre başına en az
30 adet LED kullanılacaktır.
o Dış Cephe LED'i Epoksilenmiş veya güneş ışığına dayanıklı akrilik kaplanmış veya LED şeridin üstünü boydan boya kapatacak U şeklinde kırmızı Plexiglass cam ile kapatılmış olmalıdır.
o Proje aşamasında, şartnamede belirtilen lx değerini sağlayacak şekilde kullanılan ledlerin amperaj değerine göre LED sürücü IP 67 SMPS kullanılacaktır(her harf için ayrı ayrı) en az 2 yıl garantili.

Neon için:

o CE ve ROHS normları
o İşi yapacak firmanın TSE Hizmet Yeterlilik Belgesi olacaktır.
oHer bir metre neon için minimum 1200 V gerilim paylaşımı olacak şekilde neon trafoları projelendirilecektir. o Cam çap kalınlığı 15 mm olacaktır.
o Harflerin derinlik ölçülerine göre yükseltme aparatları olacaktır.

> Tüm hastanelerde ortak özellik olarak:

o Yazının ilk harfleri büyük harflerden oluşacaktır. o Yazı
karakter tipi "Cooper İtalik" olacaktır.
o Harfin oluşturulacağı malzeme 2 mm veya 3 mm Alüminyumdan yapılacaktır. o
Harf derinliği 180 cm için (10 cm), 220 cm için(15 cm), 360 cm için (20 cm) olacaktır.

o Tabelalarda gündüz ve gece görünümünde parlak kırmızı bir renk görünümü olacak şekilde tasarım yapılacaktır.
o Oluşturulacak tabelanın ışık ölçüm değeri 1 metrekarelik alanda minimum 130 lx değerini sağlamalıdır.
o Led veya neon, harflerin 180 cm için(10 cm),220 cm için (15 cm),360 cm için (20 cm) lik harf derinliği olan kısmına monte edilecektir. Led olması durumunda 2 sıra şeklinde olmalıdır.
o Neon harflerde ters kutu uygulanacaktır.

200 yatak ve üzeri hastanelerde;

- Harf yüksekliği 360 cm olacaktır.
- Kurulacak kaidede kullanılacak çelik profil 80x80mm boyutlarında ve 3mm et kalınlığında olacaktır.

100-200 yatak hastanelerde;

- Harf yüksekliği 220 cm olacaktır.
- Kurulacak kaidede kullanılacak çelik profil 60x60mm boyutlarında ve 3mm et kalınlığında olacaktır.

100 yatak altındaki hastane ve diğer binalarda;

- Harf yüksekliği 180 cm olacaktır.
- Kurulacak kaidede kullanılacak çelik profil 40x40mm boyutlarında ve 3mm et kalınlığında olacaktır.

Deprem Bölgeleri

1- 1. ve 2. deprem bölgelerinde 100 yatak ve üzeri hastanelerin taşıyıcı sistemleri sismik izolatörlü olarak projelendirilecektir. İzolatör modeli seçimi, teknik çalışma ve projelendirme sonrası Bakanlık tarafından onaylanacaktır.

2- 1. ve 2. deprem bölgesindeki sağlık tesislerinde uygulanacak olan modüler asma tavanlarda, sismik etkilere dayanımlı asma tavan taşıyıcı sistemleri kullanılacak ve hasta muayene ve yaşam alanları, laboratuar ve görüntüleme birimlerinde + 40°C'de en az %90 bağıl neme dayanımlı, alçı panel, PVC veya aynı işi görecek başka levhalar tercih edilecek; hasta yatak servisi ve poliklinik koridorları dışındaki koridorlarda, mutfak, çamaşırhane vb. mahallerde, elektrostatik toz boyalı alüminyum asma tavan levhaları veya aynı işi görecek başka levhalar kullanılacaktır. Asma tavan elemanlarının depreme dayanıklılığı ve kalitesi ulusal ve uluslararası standartlara uygunluğunu gösteren belgeler idareye sunulacaktır.

Not: Standartlar belirli aralıklarla güncellenecek olup yayın tarihinden itibaren yeni planlanan yada planlanmış olan uygulanma projesi yeni çizdirilecek sağlık yapılarını kapsamaktadır.

***Tüm çizimler ve resimler fikir vermek amaçlı olup, malzeme özellikleri, minimum ölçüler değiştirilmemek koşuluyla ve bakanlık teknik elemanları tarafından onaylanmak suretiyle tasarım serbesttir.**

****Hastane birimleri ana başlıklar altında toplanarak daha önce yayınlanan ilgili maddeler geliştirilerek tekrar düzenlenmiş ve numaralandırılmıştır.**

İlk Yayınlanma Tarihi: 18.01.2011
Son Güncelleme Tarihi: 30.10.2012

Yukarıda belirtilen maddeler genelge yayım tarihi itibari ile projesine başlanacak olan ve teknik olarak mümkün olduğu kadarı ile devam eden inşaatlarda uygulanması hususunda gereğini rica ederim.

İş bu genelge 24 sayfadan ve toplam 104 maddeden ibarettir.

Prof.Dr.Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

2012/38 sayılı GENELGE Değişikliği Teklifi

YÜRÜRLÜKTEKİ METİN	TEKLİFLE DEĞİŞİK METİN
YOĞUN BAKIM BİRİMLERİ **Madde 1 -** Tüm yeni doğan yoğun bakımlarda (1. 2. ve 3. seviye yeni doğan yoğun bakımlar) ve erişkin yoğun bakımlarda akustik anti bakteriyel asma tavan kullanılacaktır. 1. ve 2. seviye yeni doğan yoğun bakımlar ve tüm erişkin yoğun bakımların zeminlerinde bakteri öldürücü özelliğinden dolayı 25.116/A12 pozuna uygun 2 mm kalınlığında PVC esaslı gümüş iyonlu yer döşeme malzemeleri kullanılacaktır. 3. seviye yenidoğan yoğun bakımların zeminlerinde antibakteriyel özellikli halı kullanılacaktır. Bu mahalde kullanılacak ışıklandırma orta-koyu şiddetinde Dimmer sistemli olacak ve endirekt aydınlatma tercih edilecektir. Her bir yeni doğan yoğun bakım arenası en fazla 10 (ideali 8 unit) üniteli olacaktır ve bu mahalde her ünite içinde annenin oturması için bir refakatçi koltuğuna tefrişinde yer verilecektir	**YOĞUN BAKIM BİRİMLERİ** **Madde 1 -** Tüm yoğun bakımlar yürürlükteki ilgili mevzuata (Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Usul ve Esasları Hakkındaki Tebliğ) uygun olarak ihtiyaç programları hazırlama komisyonu marifetiyle belirlenen sayıya göre planlanacaktır. Yoğun bakım birimlerinde yer alan zemin kaplamalarında Genel başlıklı bölümün 30 uncu maddesinde tanımlanan kondaktif PVC (Grup T) kullanılacaktır. Yoğun bakım birimlerinde kullanılacak ışıklandırma orta-koyu şiddette Dimmer sistemli olacak ve endirekt aydınlatma tercih edilecektir.
AMELİYATHANELER **Madde 13 -** Ameliyathane tam steril koridorları hariç tüm tam steril mekanların zeminleri 25.116/A11 pozuna uygun Grup T homojen pvc zemin kaplama malzemesi ile kaplanacaktır.	**AMELİYATHANELER** **Madde 13 -** Her türlü servise hizmet eden ameliyathane salonlarının ve CPR'ların zeminlerinde Genel başlıklı bölümün 30 uncu maddesinde tanımlanan kondaktif PVC (Grup T) kullanılacaktır.
GENEL **Madde 9 -** Hastane binalarının bodrum katlarında yer alan; - Kazan dairesi - Trafo ve jeneratör odaları - Ana transfer panosu - Basınçlı tank ve yakıt tankları - Tıbbi gaz odaları, hastane bahçesi içerisinde, ön ve yan girişleri önlemeyecek biçimde, binaya en az 20m uzaklıkta, tek katlı ayrı bir bina içerisinde planlanacaktır. Yeni yapılacak hastane ve ek blokların arsaları tespit edilirken ve tespit edilen arsalara bina yerleşim planlaması yapılırken bu kriterler dikkate alınmalıdır. Yukarıda belirtilen mahallerin hastane bahçesi içerisinde yer alamayacağı istisnai durumlarda Bakanlığımızdan izin alınması gerekmektedir.	**GENEL** **Madde 9 -** Teshin Merkezi (kazan dairesi, trafo ve jeneratör odaları, ana transfer panosu, basınçlı tank ve yakıt tankları, tıbbi gaz odaları, vb.) vaziyet planı tasarım aşamasında arazinin büyüklüğü ve topografik koşulları göz önüne alınarak hastane ön ve yan girişlerini de engellemeyecek bir biçimde arazi üzerinde yahut binada uygun bir yere planlanacaktır. Arazide konumlandırılacak uygun bir nokta bulunamadığında söz konusu alanlar bina içerisinde gerekli önlemler alınarak planlanacaktır. Bina içindeki konumlandırmalarda Bakanlığımızdan izin alınması gerekmektedir.

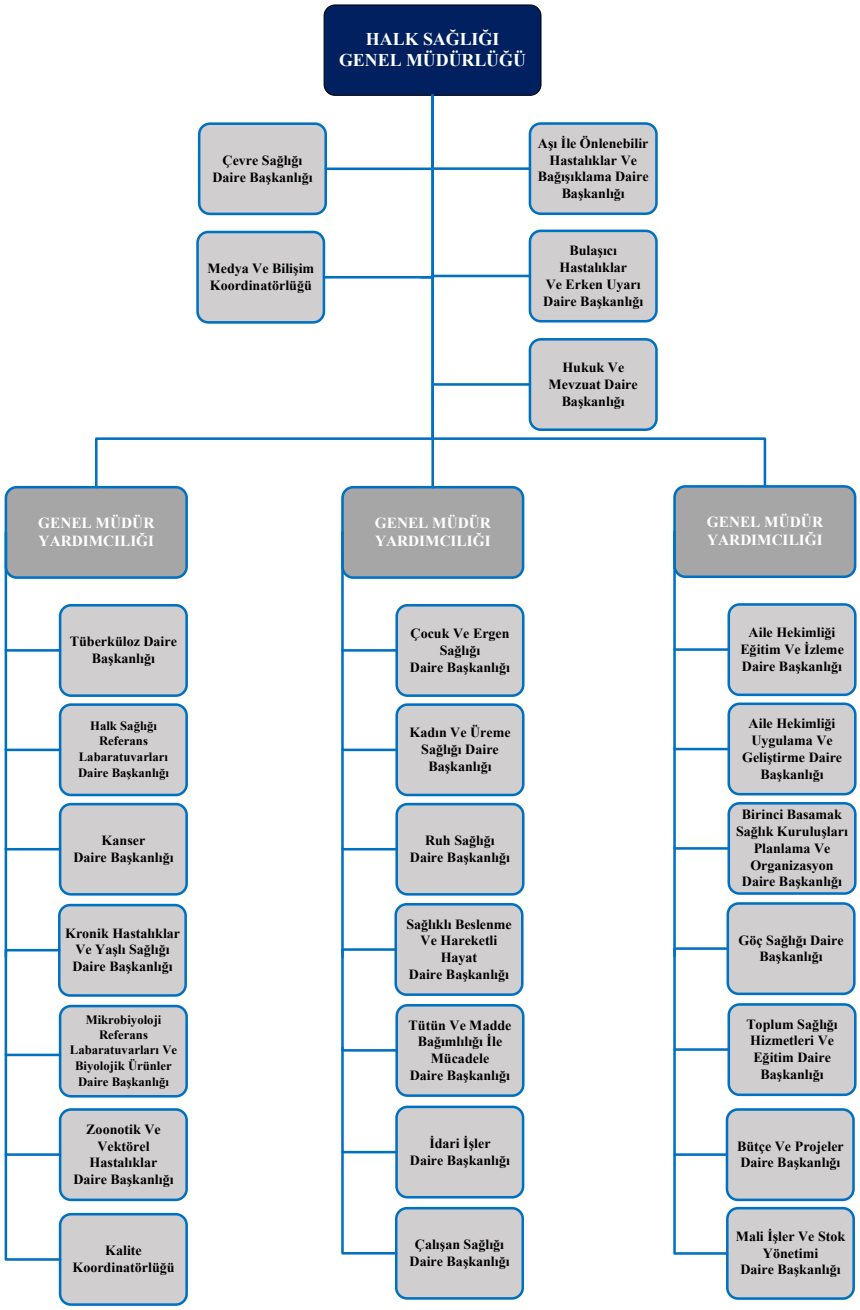
GENEL **Madde 11 -** Eğitim, seminer, konferans ve zemini akustik nitelikte olması gereken medikal birimlerin zeminleri akustik PVC ile kaplanacaktır.	**GENEL** **Madde 11 -** Eğitim ve seminer odaları, konferans salonları, kreş oyun-uyku odaları, kreş koridorları vb. odaların zeminleri, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın ilgili poz açıklamalarında belirtilen akustik heterojen PVC ile kaplanacaktır.
GENEL **Madde 20 -** 200 yatak kapasitesinden büyük en az 20.000 m² kapalı alana sahip, bulunduğu bölgede doğal gaz bulunan ya da yakın zamanda (1-3 yıl) gelme durumu olan, ayrıca ısı merkezi mahali müsait olan tüm yeni hastane projelerinde ve inşaatlarında kojenerasyon, trijenerasyon sistemi uygulanacaktır.	**GENEL** **Madde 20 -** 20.000 m² ve üstü kapalı alana sahip, bulunduğu bölgede doğal gaz olan ayrıca ısı merkezi mahalli müsait olan tüm yeni hastane projelerinde kojenerasyon, trijenerasyon sisteminin gerekli mekanik ve elektrik altyapısı tasarlanacaktır. Ayrıca sistemin proje kurgusu yapılmayacaktır. Hastanenin devreye alınmasına müteakip enerji(elektrik-doğalgaz) tüketim değerleri hastane idaresi tarafından yeterli süre (1-3 yıl) takip edilmesi veya ettirilmesi sonucunda amortisman süreleri dikkate alınarak sistemin gerekli olduğuna Bakanlıkça karar verilmesi halinde yürürlükteki Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü bakım-onarım ve tadilat işleri Genelgesi hükümleri doğrultusunda projelendirilecek ve uygulanacaktır.
GENEL **Madde 30 -** Poliklinikler ve Acil Servis ana bekleme mahalleri dışında tüm tıbbi hizmet mahallerinde homojen PVC döşeme kaplaması kullanılacaktır. Ancak yoğunbakım, yenidoğan yoğunbakım yanık ünite leri, sterilizasyon gerekliliği yüksek olan laboratuvarlar, enfeksiyon odaları, enfeksiyon kliniklerin tamamı ve ameliyathane tam steril koridorlarında bakteri öldürücü özelliğinden dolayı 25.116/A12 pozuna uygun 2 mm kalınlığında PVC esaslı gümüş iyonlu yer döşeme malzemeleri ile döşeme kaplaması yapılacaktır. Poliklinik koridorları döşeme kaplama malzemesi seçimi serbesttir.	**GENEL** **Madde 30 -** Üzerinde sabit halde her türlü tıbbi cihaz/ekipman barındıran mahallerde kondaktif özelliğe haiz (pvc altı toprak hattına bağlı bakır baralarla karolajlı ve iletken yapıştırıcılı) minimum 2 mm kalınlıkta, maksimum 3000 gr/m² (iletken olup olmamasına göre tercihen minimum 2500 gr/m²-maksimum 2950 gr/m²) ağırlıkta, homojen karo PVC Grup T (en az Grup P) özelliğini sağlayan (tercihen Grup T), kalınlığının tamamı sıcak kaynak tutan, iletkenlik direnci ve diğer özellikleri ile temin ve uygulama şekli Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın ilgili poz açıklamalarında belirtilen antibakteriyel PVC esaslı yer döşeme kaplaması yapılacaktır (Örn: Ameliyathane Salonları, X-ray görüntüleme alanları, yoğun bakımlar, CPR ve diğer tam steril alanların zeminlerinde). Ayrıca zemin kaplaması uygulamasına geçilmeden önce ürünün TS EN ISO 23997 ye göre Birim Alan Kütle Tayin Testi, TS EN 660-2 ye göre Aşınma Dayanımının Tayin Testi (Frick-Taber Deneyi), TS EN ISO 24343-1 Ezilme ve Kalıcı Ezilme Tayin Testi ve TS EN 425 Koltuk Tekerleği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

6 HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

6. HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

6.1. TEŞKİLAT ŞEMASI



Şekil 7:Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması

Kurumsal Web Adresi	Kurumsal e-posta Adresi	Kurumsal Telefon
https://hsgm.saglik.gov.tr/	hsgm@saglik.gov.tr	0 312 565 50 00

6.2. YÖNERGELER
6.2.1. Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge

AİLE HEKİMLİĞİ TARAMA VE TAKİP KATSAYISINA İLİŞKİN YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç
MADDE 1 - (1) Bu Yönergenin amacı, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının kayıtlı kişi sayısı ödemesine etki eden hastalık tarama, takip, sonuç ve süreç yönetimi kriterleri ile bu kriterlere ilişkin başarı oranları ve ödemeye esas katsayıların belirlenmesidir.

Kapsam
MADDE 2 - (1) Bu Yönerge; aile hekimliği uygulaması çerçevesinde sözleşmeli olarak çalıştırılan ve Bakanlıkça görevlendirilen aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarını kapsar.

Dayanak
MADDE 3 - (1) Bu Yönerge 30/06/2021 tarihli ve 31527 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinin 18 inci maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendinin altıncı alt bendine ve 21 inci maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendinin altıncı alt bendine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar
MADDE 4 - (1) Bu Yönergede geçen;
a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
b) Başarı oranı: Aylık olarak yapılan tarama ve takip sayısı ile var ise önceki dönemde hedefin (%100) üzerinde yapılan sayının toplamının, ilgili ayda yapılması gereken sayıya oranının yüzde cinsinden değerini ve takip sonucunda ilgili kriterler için amaçlanan sonuca ulaşma oranını,
c) Gerçekleşme yüzdesi: Aylık olarak yapılan tarama ve takip sayısının yapılması gereken sayıya oranının yüzde cinsinden değerini ve takip sonucunda ilgili kriterler için amaçlanan sonuca ulaşma yüzdesini,
ç) Kriter: Yönerge kapsamındaki her hastalık ve durum için yönergenin ilgili maddesinde belirlenen tarama, takip ve sonuç ile süreç yönetimi bileşenlerini,
d) Kriter katsayısı: Her kriter için başarı oranına göre belirlenen katsayıyı,
e) Periyod: Her hastalık için hedef nüfusa yönelik olarak ilgili kılavuzlarda belirlenen tarama, takip ve sonuca yönelik işlemlerinin ay cinsinden yapılma sıklığını,
f) Sonuç: Hastaların tarama ve takip süreçlerinde yapılacak olan iş ve işlemlerin neticesinde meydana gelecek değişimleri,
g) Süreç Yönetimi: Kişilerin, kayıtlı olduğu aile hekimliği biriminde sağlık hizmeti alma yoğunluğunu,
ğ) Takip: Hastalar için yapılması gereken iş ve işlemleri,
h) Tarama: Kayıtlı nüfus içerisinden her hastalık türü için sağlıklı veya risk altında olan grubun tespitine yönelik yapılması gereken iş ve işlemleri,
ı) Tarama ve takip katsayısı: Tüm kriter katsayılarının çarpımı ile belirlenecek katsayıyı, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Temel Esaslar ve Hesaplama Usulleri

Temel esaslar

MADDE 5 - (1) Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının tarama ve takip katsayısının belirlenmesinde; aile hekimliği birimine kayıtlı kişilere ait kardiyovasküler risk değerlendirmesi, çok yönlü yaşlı sağlığı değerlendirmesi, hipertansiyon, diyabet, obezite hastalıklarının tarama, takip ve sonuç durumu, kanser (meme, serviks, kolon) taraması ile süreç yönetimi esas alınır.

(2) Tarama, takip ve sonuç ile ilgili tüm işlemler ekte yer alan ilgili kılavuzlara göre yapılır. Bu kılavuzlar Bakanlıkça tıbbi gereklilikler çerçevesinde güncellenerek Bakanlık resmi internet sitesinde ilan edilir ve bilişim sistemlerinin güncelliği sağlanır.

(3) Bakanlıkça uygun görülen bilişim sistemleri üzerinden belirlenen iş kurallarına uygun şekilde ilgili veri tabanına zamanında gönderilen veriler dikkate alınarak hesaplama yapılır.

(4) Bakanlıkça, bilişim sistemleri vasıtasıyla yönerge kapsamındaki kriterler için belirlenen periyodlar dikkate alınarak her ay hedef nüfus listeleri oluşturulur. Hedef nüfus listesindeki kişi sayısı yönerge kapsamındaki her bir kriter için belirlenen periyodlara bölünerek aylık hedef nüfus sayısı belirlenir. Bu sayı başarı oranlarının hesaplanmasında esas alınır.

(5) Gerçekleşme yüzdesi ve başarı oranı hesaplanmasında Hastalık Yönetim Platformu (HYP) listesi ve HYP'ye kaydedilen işlemler esas alınır. Aile hekimliği birimi çalışanları tarafından sadece Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) ve HYP bilgilerinde farklılık olması halinde ilgili aya ilişkin teknik problemlerin çözümü için "https://yazilimdestek.saglik.gov.tr/" adresine en geç takip eden ayın ikinci gününe kadar başvurulabilir, ayrıca bir itiraz süreci işletilmez.

(6) Aile hekimliği biriminde sözleşmeyle çalıştırılan veya görevlendirilen aile hekimi ve aile sağlığı çalışanına çalışılan gün sayısına göre ödeme yapılır.

Kişi takvimleri

MADDE 6 – (1)Aile hekimliği birimine kayıtlı her kişi için, tüm kriterler bakımından ilgili kılavuzlarda belirlenen periyod ve şartlar dikkate alınarak tarama ve takiplerin yapılması gereken zamanı gösteren kişi takvimi oluşturulur.

(2) Tarama işlemleri için kişinin ilk tarama tarihi, sıfırıncı gün kabul edilerek kişi takvimi oluşturulur. Takip işlemleri için var ise; son tanı tarihi veya tarama ile alınacak olan ilk tanı tarihi sıfırıncı gün kabul edilerek kişi takvimi oluşturulur.

(3) Her yılın son günü, aile hekimliği birimine başvurmadığı için taramaya esas kişi takvimi oluşmayanlar için Bakanlıkça resen kişi takvimi oluşturulur.

(4) Kişilerin aile hekimini değiştirmesi durumunda, mevcut takvimi ile birlikte yeni kayıt olduğu aile hekimliği biriminin hedef nüfus ve kişi listeleri içine dâhil edilir. Kişinin hiç takvimi oluşmamış ise kayıt günü sıfırıncı gün kabul edilerek işlem yapılır.

(5) Kanser taramaları hariç olmak üzere; ilk taramadan sonra halen tarama listesinde kalan kişiler için sonraki tarama tarihinden otuz gün öncesinden itibaren tarama yapılabilir. Takipler için ise bu süre on beş gün olarak uygulanır.

(6) Takip, sayı ve süre sınırlaması olmaksızın yapılabilir. Kişi takvimi bu takiplerin takvime uygun olan ilki esas alınarak güncellenir.

(7) Kişi takvimi tarama ve takiplere göre sürekli güncellenir.
(8) Başarı oranı hesaplamasında kişi takvimine uygun tarama ve takipler esas alınır.

Ödemeye esas tarama ve takip katsayısı hesaplanması

MADDE 7 – (1) Aile hekimliği birimleri için aylık olarak her bir kriter açısından ayrı ayrı olmak üzere başarı oranı hesaplanır. Başarı oranı, kriter katsayısı hesabında dikkate alınır. Kriter katsayısına esas asgari ve azami başarı oranları ek-1'de belirlenmiştir.

(2) Her kriter için ek-1'de belirlenen asgari ve azami başarı oranları ile aile hekimliği biriminin hesaplanan başarı oranı karşılaştırılarak kriter katsayıları hesaplanır. Başarı oranları ile doğru orantılı olarak asgari ve azami değerler arasında belirlenen kriter katsayılarının değerleri ek-2'de verilmiştir.

(3) Hesaplanan tüm kriter katsayılarının birbirleri ile çarpımı ile tarama ve takip katsayısı bulunur. Bu katsayı ödemeye esas maaş hesabında kullanılır.

(4) Kayıtlı kişi sayısı 4000'in üzerinde, entegre ve zorunlu düşük nüfus kapsamındaki birimler için ise 2400'ün üzerinde olan aile hekimliği birimlerinde başarı oranının, asgari başarı oranı üzerinde olması halinde kriter katsayısı 1 olarak uygulanır. Tutuklu-hükümlü kayıtlı kişi sayısı 2000'in üzerinde olan aile hekimliği birimlerinde de başarı oranının, asgari başarı oranı üzerinde olması halinde kriter katsayısı 1 olarak uygulanır.

(5) Tarama ve takip katsayısı; 4000 ve daha az nüfusu olan normal birimler için 4000'in aile hekimliği biriminin mevcut nüfusuna oranını, 2400 ve daha az nüfusu olan entegre ve zorunlu düşük nüfus kapsamındaki birimler için 2400'ün aile hekimliği biriminin mevcut nüfusuna oranını geçemez. Tarama ve takip katsayısı; tutuklu-hükümlü kayıtlı kişi sayısı 1700'ün üzerinde olan aile hekimliği birimlerinde 1,176471'i, 1500-1700 arasında olan aile hekimliği birimleri için ise 1,333334'ü geçemez.

(6) Maaşa esas puanı 1000 puanın altında (1000 puan hariç) olan aile hekimliği birimleri için tarama ve takip katsayısı 1'dir.

(7) Aile hekimliği biriminin hizmet sunmaya başladığı tarihten itibaren on sekizinci ayın sonuna kadar (altıncı ayın sonuna kadar 500 nüfusa ulaşması şartıyla) maaşa esas puanın, kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın ilk 2.000 puana kadar kısmı için (2.000 puan dahil) ödeme yapılan birimlerin tarama ve takip katsayısı 1'dir.

(8) Aile hekimliği biriminin hedef nüfus listesindeki kişi sayısı sıfır ise ilgili kriter katsayısı 1'dir.

(9) Gerçekleşme yüzdesi %100'ü aşan tarama/takip sayıları, en fazla iki ay ileriye olmak üzere devreder, devreden sayı ilgili ay için yapılması gereken tarama/takiplerin en az %10'unun yapılması durumunda başarı oranı hesaplamasında kullanılır. Kullanılan sayı sonraki aya devreden sayıdan düşülür.

(10) Aile hekimliği biriminin önceki ay/aylardan devreden tarama/takip sayısı bulunması halinde, ilgili ay için yapılması gereken tarama/takiplerin en az %10'unun yapılmaması durumunda kriter katsayısı;

a) Devreden sayının ek-1'de belirtilen azami başarı oranının altında olması halinde ek-2'de belirtilen asgari başarı oranının altı için kriter katsayısı değeridir.

b) Devreden sayının ek-1'de belirtilen azami başarı oranının üstünde olması halinde devreden ilk ay 1, sonraki devreden aylarda ise o ay için yapılması gereken tarama/takiplerin en az

%10'unun yapılmaması durumunda ek-2'de belirtilen asgari başarı oranının altı için kriter katsayısı değeri, o ay için yapılması gereken tarama/takiplerin en az %10'unun yapılması durumunda ise başarı oranına göre ek-2'de belirtilen kriter katsayısı değeridir.

Hipertansiyon

MADDE 8 – (1) Hipertansiyon hastalık riskine ilişkin 18 yaş ve üzerindeki erişkinlerde yılda bir kez ek-3'te yer alan Hipertansiyon Değerlendirme Kılavuzuna göre kan basıncı ölçümü ile hipertansiyon taraması yapılır. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden 18 yaş ve üzerinde olanlardan hipertansiyon tarama listesi oluşturulur. Geriye dönük son bir yıl içerisinde en az iki defa hipertansiyon tanısı alan kişiler ve tarama sonrası hipertansiyon tanısı alan kişiler tarama kapsamı dışındadır.

(2) Kayıtlı kişilerden, hipertansiyon tanısı olanlar ve tarama sonucu hipertansiyon tanısı almış kişilerden hipertansiyon takip listesi oluşturulur ve bu listede yer alan kişiler ek-3'te yer alan Hipertansiyon Değerlendirme Kılavuzuna göre üç ayda bir izlenir.

(3) Hipertansiyon tanısı almış kayıtlı kişilerden, son bir yılda en az iki kez izlenmiş olmak kaydıyla, son bir yılda herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ve en az iki kan basıncı değeri hedef değer içerisinde olanların sayısı ile herhangi bir komplikasyonu olan ve hipertansif özel hasta gruplarında kan basıncı hedeflerine ulaşanların sayısının toplamının son bir yılda izlenen kişi sayısına oranı sonuç için başarı oranıdır.

Diyabet

MADDE 9 – (1) Diyabet hastalık riskine ilişkin 40 yaş ve üzeri kişilerin üç yılda bir ek-4'te yer alan Diyabet Değerlendirme Kılavuzuna göre diyabet taraması yapılır. Bununla birlikte 40 yaş ve üzerinde olup belirlenmiş risk faktörü olan kişiler için yılda bir, prediyabet tanısı olan veya tarama sonrası bu tanıyı alan kişiler için altı ayda bir diyabet taraması yapılır. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden yukarıda belirtilenlerden diyabet tarama listesi oluşturulur. Geriye dönük son bir yıl içerisinde en az iki defa diyabet tanısı alan kişiler ve tarama sonrası diyabet tanısı alan kişiler tarama kapsamı dışındadır.

(2) Kayıtlı kişilerden diyabet tanısı olanlar ve tarama sonucu diyabet tanısı almış olanlar ek-4'te yer alan Diyabet Değerlendirme Kılavuzuna göre üç ayda bir izlenir.

(3) Diyabet tanısı almış kayıtlı kişilerden son bir yılda en az iki kez izlenmiş olmak kaydıyla bir önceki izlem tarihinden itibaren aile hekimi tarafından belirlenmiş bireysel HbA1c hedefi ek-4'te yer alan Diyabet Değerlendirme Kılavuzunda belirtilen risk durumlarına göre belirlenen değerden az olanların sayısının son bir yılda izlenen kişi sayısına oranı sonuç için başarı oranıdır.

Obezite

MADDE 10 – (1) Obezite hastalık riskine ilişkin 18 yaş ve üzeri kişilerin yılda bir defa ek-5'te yer alan Obezite Değerlendirme Kılavuzuna göre obezite taraması yapılır. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden 18 yaş ve üzeri olanlardan obezite tarama listesi oluşturulur. Geriye dönük son üç ay içerisinde obezite tanısı alan kişiler ve tarama sonrası obezite tanısı alan kişiler tarama kapsamı dışındadır.

(2) Kayıtlı kişilerden geriye dönük son üç ay içerisinde obezite tanısı alan kişiler ve tarama kapsamında obezite tanısı alan kişiler (beden kitle indeksi 30 ve daha fazla olanlar) ek-5'te yer alan Obezite Değerlendirme Kılavuzuna göre, tanı konulmasından itibaren birinci ayda bir kez, daha sonra üç ayda bir kez ve birinci yıl tamamlandıktan sonra da altı ayda bir kez olmak üzere izlenir.

(3) Obezite tanısı almış kayıtlı kişilerden, beden kitle indeksi 30 ve üzerinde iken altı ay içerisinde % 5 ağırlık kaybı sağlanan kişilerin yüzdesi sonuç için başarı oranıdır.

Kanser

MADDE 11 – (1) Meme, serviks ve kolorektal kanser riskine ilişkin taramalar ek-6'da yer alan Aile Sağlığı Merkezlerinde Kanser Tarama Kılavuzuna göre yapılır.

a) Meme kanseri riskine ilişkin kayıtlı kişilerden 40 ila 69 (40 ve 69 dâhil) yaş arasındaki kadınlara iki yılda bir mamografi çekilerek meme kanseri taraması yapılır. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden 40 ila 69 yaş arasındaki kadınlardan meme kanseri tarama listesi oluşturulur. Meme dokusu bulunmayan kadınlar, gebelik sonlanıncaya kadar gebeler ve lohusalar ile geriye dönük son iki yıl içerisinde; mamografi çekilen veya meme kanseri tanısı olan ya da tarama sonrası meme kanseri tanısı alanlar tarama kapsamı dışındadır.

b) Serviks kanseri riskine ilişkin 30 ila 65 (30 ve 65 dâhil) yaş arasındaki kadınların beş yılda bir SMEAR ve/veya HPV-DNA ile taraması yapılır. HPV Tip 16-18 hariç diğer tipler pozitif ise sonraki tarama bir yıl sonra, daha sonraki taramalar ise beş yıl aralıklar ile yapılır. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden 30 ila 65 yaş arasında olanlardan serviks kanseri tarama listesi oluşturulur. SMEAR ve HPV-DNA testi sonucu "yetersiz numune" veya "yetersiz sitoloji" olanlar üç ay sonra hedef listeye yeniden eklenir. Geriye dönük son beş yıl içinde; SMEAR ve/veya HPV-DNA testi yapılan veya serviks kanseri tanısı olan ya da tarama sonrası serviks kanseri tanısı alanlar ile HPV Tip 16-18 pozitif olan kadınlar tarama kapsamı dışındadır.

c) Kolorektal kanser riskine ilişkin 50 ila 70 (50 ve 70 dâhil) yaş arasındaki kişilere iki yılda bir gaitada gizli kan (GGK) bakılarak kolorektal kanser taraması yapılır ve on yılda bir de kolonoskopi yapılması önerilir. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden 50 ila 70 yaş arasındaki kişilerden kolorektal kanser tarama listesi oluşturulur. Geriye dönük son iki yıl içinde; gaitada gizli kan testi sonucu bulunan veya kolorektal kanser tanısı olan ya da tarama sonrası kolorektal kanser tanısı alan kişiler tarama kapsamı dışındadır. GGK test sonucu "Belirsiz" olanlar hedef listede kalmaya devam eder.

Kardiyovasküler risk değerlendirmesi

MADDE 12 – (1) Kardiyovasküler risk değerlendirmesi için 40 yaş ve üzerindeki kişiler iki yılda bir ek-7'de yer alan Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Kılavuzunda belirtilen şekilde taranır. Kardiyovasküler hastalık tanısı olanlar ile girişimsel işlem yapılan ve ilgili kılavuza uygun şekilde kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılan kişiler tarama kapsamı dışındadır.

(2) Kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılan kişiler, hastalık risk durumu değişene kadar düşük riskli (%1'den az) olanlar için iki yılda bir, orta riskli (%5-4) olanlar için altı ayda bir, yüksek (%5-9) ve çok yüksek (%10 ve üzeri) riskli olanlar için ise kişiye özel izlem sıklığı belirlenerek en az üç ayda bir ek-7'de yer alan Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Kılavuzuna göre izlenir.

(3) Kardiyovasküler risk nedeniyle hastalık (diyabet, hipertansiyon vb.) tanısı almış kişilerden, son bir yılda en az iki kez izlenmiş olmak kaydıyla, son bir yılda herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ve son kardiyovasküler risk değeri bir önceki değerine göre azalanların sayısı ile herhangi bir komplikasyonu olan ve son kardiyovasküler risk değerinde bir önceki değere göre artış olmayanların (azalanlar ve sabit kalanlar dahil) sayısının toplamının son bir yılda izlenen kişi sayısına oranı sonuç için başarı oranıdır.

Çok yönlü yaşlı değerlendirmesi

MADDE 13 – (1) Çok yönlü yaşlı değerlendirmesi için 65 yaş üstü kişiler yılda bir kez ek-8'de yer alan Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirme Kılavuzuna göre taranır. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişilerden 65 yaş ve üzerinde olanlardan tarama listesi oluşturulur.

(2) 65 yaş üstü kişiler ilk değerlendirme yapıldıktan sonra değerlendirme sonuçlarında belirlenenlere göre izlem/takip listesi oluşturulur ve bu listede yer alan ek-8'de yer alan Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirme Kılavuzuna göre üç ayda bir, altı ayda bir veya yılda bir izlenir.

(3) Kişilerin fonksiyonel durumuna göre son bir yılda en az iki kez izlenmiş olmak kaydıyla, son bir yılda bağımlılık düzeyi olumsuz yönde değişmeyen kişi (tam bağımsız, kısmi bağımlı olup bu seviyede kalan) sayısının izlenen kişi sayısına oranı sonuç için başarı oranıdır.

Süreç Yönetimi

MADDE 14 – (1) Kişilerin; son bir yıl içerisinde kayıtlı olduğu aile hekimliği birimine toplam başvuru sayısının, tüm sağlık kuruluşlarına toplam başvuru sayısına oranı başarı oranıdır.

Yürürlük

MADDE 15 – (1) Bu Yönerge 01/07/2021 tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 16 – (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Ek:

Ek-1: Kriter Katsayısına Esas Asgari Ve Azami Başarı Oranları
Ek-2: Başarı Oranlarına Göre Kriter Katsayıları
Ek-3: Hipertansiyon Değerlendirme Kılavuzu
Ek-4: Diyabet Değerlendirme Kılavuzu
Ek-5: Obezite Değerlendirme Kılavuzu
Ek-6: Aile Sağlığı Merkezlerinde Kanser Tarama Kılavuzu
Ek-7: Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Kılavuzu
Ek-8: Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirme Kılavuzu

6.2.2. Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Uygulama Usûl Ve Esasları Hakkında

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 98878870/
Konu : TSM'lerde Yürütülecek İSG Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

30/06/2012 tarihli ve 28339 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile, 29/12/2012 tarihli ve 28512 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği hükümlerine paralel olarak, 16/06/2011 tarihli ve 20065 sayılı Bakanlık Olur'u ile yürürlüğe konulan "Temel İş Sağlığı Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge"de değişiklik yapılması gerekliliği hasıl olmuştur.

Bu çerçevede, söz konusu Yönerge'nin yürürlükten kaldırılması ve ekte sunulan "Toplum Sağlığı Merkezlerinde Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge"nin yürürlüğe konulması hususunu takdir ve tensiplerine arz ederim.

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Kurum Başkanı

Uygun görüşle arz ederim
.../.../2014

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Müsteşar

OLUR
.../.../2014

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Bakan

EK: Toplum Sağlığı Merkezlerinde Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (15 sayfa)

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE YÜRÜTÜLECEK İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ HİZMETLERİNİN UYGULAMA USÛL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönerge'nin amacı; iş sağlığı ve güvenliği (İSG) hizmetlerinin etkin, yaygın ve erişilebilir hale getirilmesini temin etmek üzere mevcut sağlık hizmetleri sunumuna İSG hizmetlerinin entegre edilmesi ve toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) İSG hizmetleri sunulmasının usûl ve esaslarını belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, TSM'lerin İSG hizmetleri ile ilgili faaliyetlerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 30/06/2012 tarihli ve 28339 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 6 ncı maddesi, 2 nci fıkrası, 14/04/1928 tarihli ve 863 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 12 nci maddesi, 3 üncü fıkrası ile 29/12/2012 tarihli ve 28512 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliğine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönerge'de geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığı'nı,

b) İlgili Bakanlık: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nı (ÇSGB),

c) İlgili Genel Müdürlük: İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü'nü,

ç) İSG-KATİP: İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri ile ilgili iş ve işlemlerin İlgili Genel Müdürlükçe kayıt, takip ve izlenmesi amacıyla kurulan İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı'nı,

d) İş Güvenliği Uzmanı: İSG alanında görev yapmak üzere İlgili Bakanlıkça yetkilendirilmiş, iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip kişiyi,

e) İşyeri Hekimi: İş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere İlgili Bakanlıkça yetkilendirilmiş işyeri hekimliği belgesine sahip hekimi,

f) İşyeri Diğer Sağlık Personeli: İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görevlendirilmek üzere ilgili Bakanlıkça belgelendirilmiş hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni ve çevre sağlığı teknisyeni diplomasına sahip olan kişi ile ilgili Bakanlıkça verilen işyeri hemşireliği belgesine sahip kişiyi,

g) Kurum: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nu,

ğ) Müdürlük: Halk Sağlığı Müdürlüğü'nü,

h) Sorumlu Müdür: Yetkilendirilmiş TSM Birimi'nin iş ve işlemlerinden ilgili Bakanlığa ve Müdürlüğe karşı sorumlu olan TSM sorumlu hekimini,

ı) Yetkilendirilmiş TSM Birimi: İlgili Bakanlıkça yetkilendirilen ve TSM bünyesinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütmek üzere kurulan birimi,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Müdürlük ve TSM'lerin İSG Alanındaki Görev, Yetki ve Sorumlulukları

İSG hizmetlerinin planlanması ve uygulanması

MADDE 5- (1) Müdürlük, Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü ile işbirliği içerisinde ildeki işyerlerinin sayılarını, sektörel dağılımlarını, adreslerini, bu işyerlerinin tehlike sınıfına göre dağılımlarını, meslek hastalıkları ve iş kazaları bildirimlerini yılda en az bir kez veya ihtiyaç halinde, elektronik ortamdan veri alarak saptar, durum tespitini yapar ve bölgedeki TSM'ye ve Yetkilendirilmiş TSM Birimine bildirir.

(2) TSM'ler;

a) Müdürlüğün koordinasyonunda İSG hizmetlerini planlar ve yürütür,

b) Bölgesinde meslek hastalıkları ve iş kazaları boyutuyla halk sağlığı açısından önem arz eden işyerlerini izler,

c)Bölgesinde halk sağlığı açısından önem arz eden olaylarda Müdürlüğün koordinasyonunda işyerleriyle ilgili kayıtlara ulaşır, işyerine İSG hizmeti sunan personel ile birlikte incelemeleri yapar, ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar.

(3) Her TSM kendi bölgesindeki personele yönelik iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini planlar ve yürütür. Ancak Müdürlük, ilgili mevzuatla belirlenen çalışma sürelerine riayet etmek koşuluyla bu görevi Yetkilendirilmiş TSM Birimi üzerinden de yürütebilir.

(4) TSM'ler işyeri hekimleri ve aile hekimlerinin koordinasyon içinde çalışmasını sağlar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Yetkilendirilmiş TSM Biriminin Kuruluşu, Nitelikleri, Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Yetkilendirilmiş TSM Biriminin kurulması

MADDE 6- (1) Müdürlük, ilindeki işyeri sayısını ve dağılımını, tehlike sınıfını, çalışan sayısını, fiziki koşulları ve ulaşılabilirliği dikkate alarak İSG hizmeti verilecek TSM sayısını belirler.

(2) Bu TSM'lerin yetkilendirilmesi amacıyla hazırlanan başvuru dosyası ilgili Bakanlığa gönderilir. İlgili Genel Müdürlüğün belgelendirmesi ile Yetkilendirilmiş TSM Birimi kurulur.

(3) Yetkilendirilmiş TSM Biriminin, öncelikle TSM binasında hizmet vermesi esastır. Ancak uygun fiziki koşulların sağlanamaması durumunda bu hizmet kamu veya özele ait farklı binalarda da verilebilir.

(4) Yetkilendirilmiş TSM Biriminin kurulması ve çalışması ile ilgili resmi kurumlara yapılacak ödemeler Müdürlükçe karşılanır.

Personel görevlendirilmesi

MADDE 7- (1) Yetkilendirilmiş TSM Biriminde iş sağlığı hizmeti sunulabilmesi için İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre işyeri hekimi ve işyeri diğer sağlık personeli, iş güvenliği hizmeti sunulabilmesi için ise İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre iş güvenliği uzmanı görevlendirilir.

(2) TSM sorumlu hekiminin ismi yetki belgesi başvurusunda sorumlu müdür olarak belirtilir. Müdürlük, sorumlu hekimin görevden ayrılması durumunda yazı ile diğer personelin görevden ayrılması durumunda İSG-KATİP üzerinden 3 iş günü içinde ilgili Genel Müdürlüğe bilgi verilmesini sağlar. 30 gün içerisinde bu kişilerin yerine aranan niteliklere sahip personel görevlendirilmesi ve ilgili Genel Müdürlüğe bildirilmesi zorunludur.

(3) TSM sorumlu hekiminin izinli, raporlu olması veya görevden ayrılması durumunda yerine vekâlet eden kişi bu görevi yürütür.

(4) Müdürlük, birimdeki hizmetlerin aksamaması için belgeli personel sayısını artırmak dâhil her türlü tedbiri alır.

(5) Yetkilendirilmiş TSM Biriminde görevlendirilmek üzere işyeri hekimliği belgesine sahip hekim, iş güvenliği uzmanı belgesine sahip personel ve diğer sağlık personeli belgesine sahip diğer sağlık personeli bulunmaması halinde Müdürlük, belirleyeceği personelin eğitim programına katılımını sağlar. Bu personelin eğitim, sınav ve belge ücretleri Müdürlüğün döner sermaye bütçesinden ödenir.

(6) Müdürlükçe eğitim programına katılımı sağlanan hekim Ek-1/A'daki taahhütnameyi imzalamak suretiyle göreve başladığı tarihten itibaren en az iki yıl süre ile Müdürlüğün veya Bakanlığın belirleyeceği Yetkilendirilmiş TSM Biriminde çalışmayı taahhüt eder. Bu taahhüdünü yerine getirmeyen veya eğitimin bitimini müteakip ilk iki sınavda başarısız olan hekimden eğitim, sınav ve belge için döner sermaye bütçesinden ödenen ücretler tahsil edilir.

(7) Müdürlükçe belge yenileme eğitim programına katılımı sağlanan hekim Ek-1/B'deki taahhütnameyi imzalamak suretiyle göreve başladığı tarihten itibaren en az bir yıl süre ile Müdürlüğün veya Bakanlığın belirleyeceği Yetkilendirilmiş TSM Biriminde çalışmayı taahhüt eder. Bu taahhüdünü yerine getirmeyen hekimden eğitim ve belge için döner sermaye bütçesinden ödenen ücretler tahsil edilir.

(8) Müdürlükçe iş güvenliği uzmanı eğitim programına katılımı sağlanan personel Ek-1/C'deki taahhütnameyi imzalamak suretiyle göreve başladığı tarihten itibaren en az iki yıl süre ile Müdürlüğün veya Bakanlığın belirleyeceği Yetkilendirilmiş TSM Biriminde çalışmayı taahhüt eder. Bu taahhüdünü yerine getirmeyen veya eğitimin bitimini müteakip ilk iki sınavda başarısız olan personelden, eğitim, sınav ve belge için döner sermaye bütçesinden ödenen ücretler tahsil edilir.

(9) Müdürlükçe belge yenileme eğitimine/sınıf yükseltme sınavına katılımı sağlanan iş güvenliği uzmanı Ek-1/D'deki taahhütnameyi imzalamak suretiyle göreve başladığı tarihten itibaren en az bir yıl süre ile Müdürlüğün veya Bakanlığın belirleyeceği Yetkilendirilmiş TSM Biriminde çalışmayı taahhüt eder. Bu taahhüdünü yerine getirmeyen personelden, eğitim ve belge için döner sermaye bütçesinden ödenen ücretler tahsil edilir.

(10) Müdürlükçe işyeri diğer sağlık personeli eğitim programına katılımı sağlanan personel Ek-1/E'deki taahhütnameyi imzalamak suretiyle göreve başladığı tarihten itibaren en az iki yıl süre ile Müdürlüğün veya Bakanlığın belirleyeceği Yetkilendirilmiş TSM Biriminde çalışmayı taahhüt eder. Bu taahhüdünü yerine getirmeyen veya eğitimin bitimini müteakip ilk iki sınavda başarısız olan personelden, eğitim, sınav ve belge için döner sermaye bütçesinden ödenen ücretler tahsil edilir.

(11) Müdürlükçe belge yenileme programına katılımı sağlanan diğer sağlık personeli Ek-1/F'deki taahhütnameyi imzalamak suretiyle göreve başladığı tarihten itibaren en az bir yıl süre ile Müdürlüğün veya Bakanlığın belirleyeceği Yetkilendirilmiş TSM Biriminde çalışmayı taahhüt eder. Bu taahhüdünü yerine getirmeyen personelden eğitim ve belge için döner sermaye bütçesinden ödenen ücretler tahsil edilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Yetkilendirilmiş TSM Biriminde Görevli Personelin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Sorumlu müdürün görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 8- (1) TSM sorumlu hekimi aynı zamanda Yetkilendirilmiş TSM Biriminde ilgili Bakanlığa karşı sorumlu müdürdür. İlgili mevzuat hükümleri çerçevesinde Müdürlükle birlikte ilgili Bakanlığa karşı da sorumludur.

3

İşyeri hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 9- (1) İşyeri hekimi, İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmeliğe uygun olarak görevlerini yerine getirir.

(2) İşyeri hekimi, bu görevleri yerine getirmek için belirlenen süreler dışında kalan zamanlarında TSM sorumlu hekimi tarafından verilen diğer görevleri yapar.

İş güvenliği uzmanlarının görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 10- (1) İş güvenliği uzmanı, görev, yetki ve sorumluluğunu İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmeliğe uygun olarak yerine getirir veya kullanır.

(2) İş güvenliği uzmanı, bu görevleri yerine getirmek için belirlenen süreler dışında kalan zamanlarında TSM sorumlu hekimi tarafından verilen diğer görevleri yapar.

İşyeri diğer sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 11- (1) İşyeri diğer sağlık personeli, İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmeliğe uygun olarak görevlerini yerine getirir.

(2) İşyeri diğer sağlık personeli, bu görevleri yerine getirmek için belirlenen süreler dışında kalan zamanlarında TSM sorumlu hekimi ve işyeri hekimi tarafından verilen diğer görevleri yapar.

BEŞİNCİ BÖLÜM
İSG Hizmetlerinin Yürütülmesi

Sözleşme

MADDE 12- (1) İSG hizmetini Yetkilendirilmiş TSM Biriminden almak isteyen işveren, işyerine ait bilgileri içeren Ek-2'yi, gerekli evraklarla birlikte doldurarak Müdürlüğe veya TSM'ye teslim eder.

(2) Müdürlük ve Yetkilendirilmiş TSM Birimi tarafından değerlendirilip İSG hizmeti sunulması uygun görülen işyerinin işvereni ile TSM arasında elektronik ortamda İSG-KATİP üzerinden bir sözleşme yapılır. Yapılan sözleşme karşılıklı imza altına alındıktan sonra sözleşme örneklerinin birer nüshası taraflarca muhafaza edilir.

(3) 50 ve üstü çalışanı olan işyerleri ile yapılan sözleşmeler Müdürlük tarafından imzalanır. 50'den az çalışanı olan işyerleri ile yapılacak sözleşmelerde bu yetki TSM'ye devredilebilir.

Ücretlendirme

MADDE 13- (1) Tahlil ve tetkikler hariç olmak üzere işyerlerine verilecek İSG hizmetleri Ek-3'e göre ücretlendirilir. Ancak, kurumsal sözleşme yapılmayan işyerlerinin talep edeceği eğitim, danışmanlık, risk değerlendirmesi gibi İSG hizmetleri ile tetkik ve tahliller Kurumca belirlenip ilan edilen fiyat listesine göre ücretlendirilir.

(2) Sözleşmede yer alan hizmet bedeli, işverence peşin ve aylık olarak Müdürlüğün döner sermaye hesabına yatırılır.

(3) Kurum, Birimler tarafından sunulacak İSG hizmetlerinin ücretlerini ihtiyaç duyulması halinde yeniden belirler.

(4) Yetkilendirilmiş TSM Biriminde görev yapan personele, kurum döner sermaye bütçesinden ilgili mevzuat kapsamında ek ödeme yapılır.

Yetkilendirilmiş TSM Biriminin çalışması

MADDE 14- (1) Yetkilendirilmiş TSM Birimi, işyerinin tehlike sınıfı ve çalışan sayısına göre belirlenen sürelerden az olmamak kaydı ile İSG hizmetlerini yürütür.

(2) İSG hizmetlerinin etkin yürütülmesi amacıyla, hizmet sunulan işyerine, aynı işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer sağlık personelinin hizmet vermesi esastır.

(3) Birimde görevlendirilen personele, ilgili mevzuatla belirlenen çalışma sürelerine uygun olarak İSG-KATİP'te onaylanan sözleşme sürelerine riayet edilecek şekilde diğer görevler verilebilir.

(4) İSG hizmeti sunan personelin izinli veya raporlu olduğu durumlarda hizmetin aksamaması için TSM tarafından gerekli tedbirler alınır.

(5) Kurum veya Müdürlük, ilgili mevzuat doğrultusunda Yetkilendirilmiş TSM Biriminde görev yapan personeli, bağlı bulunduğu TSM bölgesi dışında da görevlendirebilir. Birimin kendi bölgesi dışında hizmet sunması durumunda, Yetkilendirilmiş TSM Birimi ihtiyaç halinde bölgede yer alan TSM'den bina, personel ve lojistik destek alabilir.

Laboratuvar hizmetleri

MADDE 15- (1) İSG hizmetleri kapsamında verilecek laboratuvar hizmetleri, Halk Sağlığı Laboratuvarlarından, Halk Sağlığı Laboratuvarları tarafından karşılanamayan hizmetler, hizmet alımı yoluyla resmi kurum laboratuvarlarından veya diğer laboratuvarlardan sağlanır.

(2) Halk Sağlığı Laboratuvarları hizmetlerinin planlanmasında, İSG hizmetleri ile ilgili laboratuvar ihtiyaçları da değerlendirmeye alınır.

(3) İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik'te yer alan diğer tetkikler uygun koşulların sağlanması durumunda TSM'de sunulabilir.

Yetkilendirilmiş TSM Biriminin iş planları

MADDE 16- (1) Birimin çalışmaları, işyerinin özellikleri, işverenin talepleri de dikkate alınmak suretiyle Birim personelince hazırlanan ve TSM sorumlu hekimi tarafından uygun görülerek onaylanan ve Müdürlüğe bildirilen iş planına göre yürütülür.

(2) İş planında, ziyaretin ne zaman yapılacağı, süresi ve yapılacak işler ayrıntılı olarak yazılır. Planlamalar işyerinin özelliğine göre haftalık veya aylık olarak yapılabilir. Onaylanan iş planı sorumlu hekim tarafından birim personeline tebliğ edilir. İş planının bir nüshası da işyerine bildirilir.

(3) İşyerinde İSG hizmetlerinin sunumu sırasında ziyaret tarihi ve saati, kalınan süre ve yapılan faaliyetler kayıt altına alınarak hizmet verilen işyerinin durumu ve ziyaretin seyri raporlanır.

Kayıtların tutulması

MADDE 17- (1) Birim çalışanları tarafından yürütülen çalışmalar, Ek-4'te yer alan dosya örneklerindeki gibi kayıt altına alınarak mevzuata uygun olarak arşivlenir.

(2) İşyerinde meydana gelen bütün iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili kayıt, bildirim ve takip işlemleri Kurumun bilgi sistemleri ve Sosyal Güvenlik Kurumunun bildirim sistemine uygun şekilde yapılır.

(3) Yetkilendirilmiş TSM Birimi tarafından, çalışanların kişisel bilgileri, sağlık bilgileri, yaptıkları işler ve çalıştıkları ortamdaki maruziyet bilgileri ile bu maruziyetlerin değerlendirme sonuçları mevzuatına uygun olarak saklanır.

ALTINCI BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Denetim ve sorumluluk

MADDE 18- (1) İSG hizmetlerinin bu Yönerge hükümlerine uygun olarak etkin ve eksiksiz olarak yürütülmesinden ve koordinasyonundan Müdürlük sorumludur.

(2) İşyerlerinin, halk sağlığı açısından tehdit oluşturması halinde her türlü tedbirin alınmasını sağlanması Müdürlüğün sorumluluğundadır.

GEÇİCİ MADDE 1- (1) İşyeri diğer sağlık personeli olarak görevlendirilecek kişilerde 01/01/2015 tarihine kadar Diğer Sağlık Personeli Belgesine sahip olma şartı aranmaz, ancak bu kişilerin 01/01/2016 tarihine kadar söz konusu belgeye sahip olması zorunludur. 01/01/2015 tarihinden sonra görevlendirileceklerde ise bu belgeye sahip olma şartı aranır.

(2)- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 38 inci maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin bir ve ikinci kısımlarında belirtilen işyerlerinde, iş sağlığı ve güvenliği yönünden özellikli rapor niteliğinde olan işe giriş ve periyodik sağlık muayeneleri, kanun gereği işyeri hekimi istihdamı zorunluluğunun başladığı tarihe kadar, kamu sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenir.

Yürürlük

MADDE 19- (1) Bu Yönerge, Bakan Onayını takiben yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 20 - (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

6.2.3. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi Hakkında Yönerge

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HSGM BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI PLANLAMA VE ORGANİZASYON DAİRESİ BAŞKANLIĞI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 58271140
Konu : Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi Hakkında Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Bilindiği üzere 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Bakanlığımız ve bağlı kuruluşlarının teşkilat yapısı yeniden düzenlenerek Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli, Bakanlığımız bünyesinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

Yeniden yapılandırma sonrasında, Bakanlığımızca planlanan, yatırım programına alınan ve yapımı Devlet veya hayırsever tarafından gerçekleştirilen birinci basamak sağlık kuruluşlarına ad verilmesine ilişkin usul ve esasların yeniden belirlenmesi ihtiyacı hâsıl olmuş olup konuyla ilgili hususları düzenlemek amacıyla "Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi Hakkında Yönerge" hazırlanmıştır.

Makamınızca da uygun görülmesi halinde 15.11.2013 tarihli ve 125371 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Açılması, Kapatılması ve Bunlara Ad Verilmesi Hakkında Yönerge" nin yürürlükten kaldırılması ve "Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi Hakkında Yönerge" nin onaylanması ve yürürlüğe konulması hususlarını;

Tensiplerinize arz ederim.

Doç. Dr. Fatih KARA
Genel Müdür

Uygun görüşle arz ederim.
09.../05.../2019

Prof. Dr. Emine ALP MEŞE
Bakan Yardımcısı

OLUR
...../...../2019

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

SAĞLIK BAKANLIĞI BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINA AD VERİLMESİ HAKKINDA YÖNERGE

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara ad verilmesine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, birinci basamak sağlık hizmeti veren aile sağlığı merkezleri, halk sağlığı laboratuvarları, ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezleri ile bu müdürlüklere/merkezlere bağlı hizmet birimlerini, entegre ilçe devlet hastanelerini ve acil sağlık hizmetleri istasyonları ile acil sağlık hizmetleri komuta kontrol merkezlerini kapsar.

Hukuki dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge; 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 508 inci maddesi ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununa dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Acil sağlık hizmeti istasyonu: Acil çağrılara olay yerinde ve nakil sırasında hastane öncesi acil sağlık hizmeti vermek üzere oluşturulmuş ambulans ve ekiplerin bulunduğu birimleri,

b) Bakan: Sağlık Bakanını,

c) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

ç) Birinci basamak sağlık kuruluşu: Aile sağlığı merkezi, ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezleri ile bu müdürlüklere/merkezlere bağlı hizmet birimlerini, halk sağlığı laboratuvarı, entegre ilçe devlet hastanesi, acil sağlık hizmetleri istasyonu ve acil sağlık hizmetleri komuta kontrol merkezini,

d) İlgili genel müdürlük: Acil sağlık hizmetleri istasyonu ve acil sağlık hizmetleri komuta kontrol merkezi ile ilgili işlemlerde Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü diğer işlemlerde ise Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünü,

e) Komuta kontrol merkezi: Acil sağlık çağrılarının karşılandığı, değerlendirildiği ve ambulansların sevk ve idare edildiği merkezi,

f) Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü,

ifade eder.

Genel esaslar

MADDE 5- (1) Birinci basamak sağlık kuruluşuna verilecek adın; kuruluşun genel ve özel amaçlarına, seviyesine, bulunduğu çevrenin sosyal, kültürel, tarihi özelliğine ve şartlarına uygun olması, belli bir anlam taşıması gerekir.

(2) Birinci basamak sağlık kuruluşu öncelikle bulunduğu yerleşim yeri adı dikkate alınarak adlandırılır. Ancak ismin içinde mahalle, cadde ve sokak gibi ibarelere yer verilmez.

(3) Birinci basamak sağlık kuruluşlarına ad verme işlemleri istisnai durumlar hariç Müdürlüğün teklifi ve Valiliğin onayına istinaden ilgili Genel Müdürlük tarafından verilir.

(4) Birinci basamak sağlık kuruluşuna verilen isimde, kuruluşun bulunduğu ilçe adı her zaman belirtilir. Özel isim verilecek ise ilçe adı dışında yerleşim yerine ait diğer adlar aynı anda kullanılmaz.

(5) Birinci basamak sağlık kuruluşu bina ve tesislerine adları verilecek kişilerin çevrede olumlu izlenimler bırakmış olması gerekir. Ancak, daha sonra kamuoyunda olumsuz izlenimler bıraktığı anlaşılan, toplum nazarında itibar kaybına uğradığı hususunda genel kabulün oluştuğu kişilere ait adlar Valiliğin görüşü alınmak suretiyle Müdürlüğün teklifi ve ilgili Genel Müdürlük onayı ile iptal edilebilir.

Bağış yoluyla yapılan binaların adlandırılması ve plaket asılması

MADDE 6- (1) Hayırseverler tarafından bağış yolu ile yaptırılan binalar veya arsası bağışlanan binalara ad verilmesinde aşağıdaki usul ve esaslar takip edilir.

a) İl ve ilçe merkezindeki kamu arsasına birinci basamak sağlık kuruluşu yapımında, yatırım programlarında yer almak kaydı ile Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın "Uygulanacak Birim Fiyat Listesi" ne göre inşaat keşif bedelinin en az %50'si ve üzerinde mali yardımda bulunan hayırseverin adı veya hayırseverin isteği doğrultusunda başka bir ad verilebilir.

b) Köy ve beldelerde planlanan birinci basamak sağlık kuruluşu binasının tamamı hayırsever vatandaşlar tarafından inşa edilirse; hayırseverin adı veya hayırseverin isteği doğrultusunda başka bir ad verilebilir.

c) İl ve ilçe merkezine hayırseverin maliki olduğu arsa üzerine yapılacak olan birinci basamak sağlık kuruluşlarından; inşası devlet veya diğer hayırseverler tarafından yapılanlara, arsa bağışında bulunan hayırseverin adı veya hayırseverin isteği doğrultusunda başka bir ismin verilebilmesi için; kıymet takdir komisyonu tarafından tespit edilecek arsa değeri, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı birim fiyatına göre yapılacak binanın o günkü inşaat keşif bedelinin % 50'sine eşit ya da fazla olmalıdır. Arsa değerinin düşük olması halinde hayırseverin aradaki fark kadar (%50'sine gelecek şekilde) inşaata mali yardımda bulunması gerekir.

ç) Bağış yoluyla yapılan binalarının adlandırılması hususunda herhangi bir taahhütte bulunulmadan önce ilgili Genel Müdürlük onayının alınması gerekir. Hayırsever vatandaşların yaptıracakları binalarla ilgili olarak Valilik tarafından düzenlenen protokol, ilgili Genel Müdürlükçe yapılacak hukuki değerlendirme sonucunda uygun görülmesi durumunda imzalanır.

d) Birden fazla hayırseverin katkısıyla yapılmış olsa dahi hayırseverlerin isteği dikkate alınarak sağlık kuruluşuna tek isim verilir. Ancak aynı soy isim kullanılarak en fazla iki kişinin ismi verilebilir.

(2) Birinci fıkrada yer alan düzenlemeler dışında kalan katkı ve bağışlar için birinci basamak sağlık kuruluşlarına katkı sahiplerinin adı verilemez. Ancak aşağıdaki usul ve esaslar çerçevesinde yapılacak binanın görülebilir yerine katkı/bağış sahiplerinin adları yazılır.

a) Arsa bağışlandığı, inşaat keşif bedelinin %10 ile %50'si arasında mali katkıda bulunulduğu ve/veya inşaatın ek birim vb. bir kısmının yapımının üstlenildiği durumlarda yapılacak binanın görülebilir bir yerine 30x50 cm ebadında hayırsevere teşekkür edildiğine dair tabela asılır.

b) İnşaat keşif bedelinin %1 ile %10'u arasında mali katkıda bulunanlara ise Valilik tarafından teşekkür belgesi verilir.

c) Aile sağlığı merkezleri hariç Müdürlüğün uygun gördüğü sağlık tesisinin içerisindeki binanın/bölümün/odanın iç tefrişatının yenilenmesi durumunda, hayırseverin katkıda bulunduğuna dair yapılan yerin girişine 30x50 cm ebadında tabela asılır.

ç) Hayırseverin sağlık tesisine genel bakım onarım yapması durumunda, bakım onarım bedeli binanın rayiç bedelinin %10 ve üzeri olması durumunda "Bu bina/bölüm/oda x şahsın katkılarıyla yapılmıştır" şeklinde hazırlanan 30x50 cm ebadındaki tabela, yapılan yerin girişine asılır. Ancak tesise yeniden genel bakım onarım yapılması durumunda eski tabela kaldırılır.

(3) Birinci basamak sağlık kuruluşunun herhangi bir nedenle kapatılarak birinci basamak sağlık hizmeti sunumu için kullanılmaması durumunda hayırseverler herhangi bir hak iddiasında bulunamaz. Ancak sağlık kuruluşunun kurum türü değiştiğinde yeni açılan kuruluşla birlikte isim hakkı devam eder.

(4) Hayırsever tarafından önceki yıllarda yaptırılan binaların yıkılması durumunda hayırsever herhangi bir hak iddiasında bulunamaz. Ancak hayırsever arsa bağışı ile birlikte bina

2 / 4

yaptırmış ise binanın yıkılması sonrasında aynı arsa üzerine Bakanlık tarafından yeni bir binanın yapılması durumunda, hayırseverin bağışladığı arsanın değeri; yapılan binanın Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın "Uygulanacak Birim Fiyat Listesine" göre inşaat keşif bedelinin %10 ile %50'si arasında olması halinde, yapılan binanın görülebilir bir yerine 30x50 cm ebadında hayırsevere teşekkür edildiğine dair tabela asılır. Hayırseverin bağışladığı arsanın değeri inşaat keşif bedelinin %50'si ve üzerinde olması halinde ise arsa sahibi hayırseverin adı veya hayırseverin isteği doğrultusunda başka bir ad verilebilir.

Hayırseverin bağışladığı arsa üzerine başka bir hayırseverin bina yaptırması durumunda ise arsa bedeli ile binanın yapım bedeli karşılaştırılır. Hangi taşınmazın bedeli diğerinden daha yüksek ise, o hayırseverin adı veya hayırseverin isteği doğrultusunda başka bir ad verilebilir. Diğer hayırsevere ise binanın görülebilir bir yerine 30x50 cm ebadında hayırsevere teşekkür edildiğine dair tabela asılır.

(5) Gerçek ve tüzel kişilerden en az 10 yıl bedelsiz olarak Bakanlığa tahsis edilen binalara özel ad verilebilir. Ancak kiralanmış binalara hiçbir surette özel ad verilmez.

Özel adlandırma

MADDE 7-(1) Türk Büyüklerinin ve saygın devlet adamlarının adlarının küçük yatırımlara verilmesi doğru ve isabetli olmadığından, Atatürk ve tarihteki Türk Büyükleri isimleri birinci basamak sağlık kuruluşlarına verilmez. Ancak birinci basamak sağlık kuruluşu açılacak yerin adı Türk Büyüğü ismi ise bu ad verilebilir. Cumhuriyetimizin kuruluş yıldönümleri kutlamaları nedeniyle sadece il ve ilçe merkezlerinde birinci basamak sağlık kuruluşuna ad verilebilir. (100. Yıl Toplum Sağlığı Merkezi, 100. Yıl Aile Sağlığı Merkezi gibi)

(2) Birinci basamak sağlık kuruluşlarına, darbe teşebbüsüne karşı terörle mücadele ve ülke savunmasında şehit olmuş güvenlik mensupları, sivil vatandaşlar ile görev şehidi olmuş Bakanlığımız personelinin adları; isim verme işlemlerinin kayıt altına alınarak bir bütünlük içinde yürütülmesi amacıyla 27 Aralık 2016 Tarihli ve 29931 Sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Şehitlerimizin İsimleri ve Yakınlarına Yapılacak Yardımlar ile İlgili 2016/29 Sayılı Başbakanlık Genelgesi" kapsamında, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının görüşü alınarak ilgili Genel Müdürlük onayı ile verilir.

(3) Birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışırken yaptığı hizmetlerden dolayı toplumun takdirini kazanmış ve bu birimde çalışıyorken veya emekli olduktan sonra vefat eden sağlık personelinin adları Bakan Yardımcısının onayı ile verilir.

(4) Vatana üstün hizmet etmiş kişiler ile sağlık alanında ülkemizin uluslararası tanıtımına katkı sağlayan kişilerin isimleri, Müdürlüğün teklifi ve Valiliğin onayına istinaden ilgili Genel Müdürlük tarafından verilebilir.

(5) Gerektiğinde Bakan, birinci basamak sağlık kuruluşlarına re' sen ad verebilir.

Dernek vakıf ve diğer kurumlarca yapılan binaların adlandırılması

MADDE 8- (1) Dernek, vakıf, oda, kulüp, federasyon ve konfederasyon vb. tüzel kişilerce veya belediye, özel idare vb. kamu kuruluşlarınca yapılmış binalara, bu tüzel kişiliklerin isimleri verilebilir. Söz konusu binalara, 7 nci madde hükümleri haricinde hiçbir şekilde şahıs adı verilemez.

Verilemeyecek adlar

MADDE 9- (1) Birinci basamak sağlık hizmetlerine 7 nci madde hükümleri hariç kamu görevinden dolayı katkıları olan kimselerin, ticari amaçlı şirket veya firmaların adları verilemez, ancak teşekkür belgesi verilebilir.

MADDE 10 – (1) Binaların isimlendirilmesi, binanın yapımı ve devrine ilişkin protokolün ilgili Genel Müdürlük tarafından onaylanması akabinde gerçekleştirilir.

Yürürlükten kaldırılan hükümler

MADDE 11- (1) 15/11/2013 tarihli ve 125371 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Açılması, Kapatılması ve Bunlara Ad Verilmesi, Hakkında Yönerge" yürürlükten kaldırılmıştır.

GEÇİCİ MADDE 12- Bu Yönergenin yürürlük tarihinden önce kuruluşlara verilen adların yeniden düzenlenmesi zorunluluğu yoktur.

Yürürlük

MADDE 13- Bu Yönerge yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 14- Bu Yönerge hükümlerini Bakan yürütür.

6.2.4. Ani Gelişen Halk Sağlığı Tehditlerine Yönelik Erken Uyarı Cevap Sistemi Uygulama Yönergesi

ANİ GELİŞEN HALK SAĞLIĞI TEHDİTLERİNE YÖNELİK ERKEN UYARI CEVAP SİSTEMİ UYGULAMA YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç
MADDE 1- (1) Bu Yönerge;
a) Ani gelişen halk sağlığı tehditlerine yönelik Erken Uyarı Cevap Sistemi'ne (EUCS) ilişkin temel ilke ve bileşenlerin tanımlanması,
b) EUCS kapsamında ani gelişen halk sağlığı tehditleri ile ilgili veri ve bilgilerin toplanması, ulusal ve uluslararası düzeyde paylaşılması, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının, ilgili diğer Bakanlıklar ve diğer kurum ve kuruluşlar ile yapacağı risk yönetimine yönelik faaliyetlerin usul ve esasların belirlenmesi,
c) Ani gelişen halk sağlığı tehditlerinin önlenmesini ve kontrolünü geliştirerek halk sağlığının korunmasına katkıda bulunmak ve uluslararası öneme haiz halk sağlığı tehditleri ile mücadele etmek amacıyla Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile Sağlık Bakanlığı merkez ve bağlı kuruluşları, diğer Bakanlıklar ve yerel sağlık kurum ve kuruluşları arasında işbirliği ve koordinasyon için uygun yöntemlerin tanımlanması,
d) Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında EUCS hizmetlerini yürütecek idari birimlerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Kapsam
MADDE 2- (1) Bu Yönerge, Bakanlık ve bağlı kuruluşları ile taşra teşkilatının, halk sağlığı tehditlerine yönelik EUCS'ye ilişkin iş ve işlemleri ile faaliyetlerini kapsar.

Dayanak
MADDE 3- (1) Bu Yönerge; 30/05/2007 tarih ve 26537 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği'nin 1 inci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi ve 19 uncu maddesine, 03/05/2012 tarih ve 28281 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehlikelere Dair Görev Yönetmeliği'nin 5 inci maddesine, 18/05/2013 tarih ve 28855 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Afet Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği'nin 14 üncü maddesinin birinci ve altıncı fıkrasına ve 10/07/2018 tarih ve 1 numaralı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 508 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar
MADDE 4- (1) Bu Yönerge'de;
a) Bakanlık: T.C. Sağlık Bakanlığı'nı,
b) Genel Müdürlük: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nü,
c) Daire Başkanlığı: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlık Tehditleri Erken Uyarı ve Cevap Dairesi Başkanlığı'nı,
ç) Ani Gelişen Halk Sağlığı Tehdidi/Acili/Olayı: İnsan sağlığı için olumsuz sonuçları olabilecek ani başlangıçlı herhangi bir olay ile henüz insanlarda hastalığa yol açmamış ancak enfekte ya da kontamine gıda, su, hayvan, sanayi ürünü vb. ile maruz kalma yoluyla toplum sağlığını tehdit eden olaylar da dahil olmak üzere, salgın yapma potansiyeli olan etkenleri, teşhis edilmiş insan vakası olmamasına rağmen bir halk sağlığı riski oluşturan olayları ve

kitlesel insan hareketlerini, kamuoyu gündeminde yer alan veya Genel Müdürlük tarafından belirlenen diğer olayları,

d) Bilimsel Danışma Kurulu (BDK): Ani gelişen halk sağlığı acil durumu süresince yürütülen konularda alana özel bilgisinden yararlanılacak, Bakanlığa bilgi ve destek sağlayacak, uzman kişilerden oluşan kurulu,

e) Çevresel halk sağlığı riski/tehdidi/olayı: Su, toprak, hava kirliliği ve iklim değişimi gibi ekosistemde ve doğal çevrede meydana gelen ve toplum sağlığını etkileme olasılığı bulunan her türlü olumsuz durumu,

f) Entegre Sürveyans: Halk sağlığı tehditlerine yönelik mevcut personel kaynağı ve mevcut sürveyans kapasitelerinin bir araya getirilerek daha güçlü, verimli ve maliyet etkin ortak kapasite geliştirilmesiyle oluşturulan sürveyans sistemini,

g) Erken Uyarı: Biyolojik, kimyasal, çevresel, radyolojik, nükleer veya kaynağı henüz bilinmeyen risklerin azaltılması veya ortadan kaldırılması amacıyla etken, olay veya durumların erken tespiti, değerlendirilmesi, izlenmesi ve ilgililere bildirilmesi kapsamında yürütülen faaliyetleri,

ğ) Halk Sağlığı Acilleri Operasyon Merkezi: Genel Müdürlükte acil müdahale gerektiren halk sağlığı tehditlerinin ve acil durumlarının izlenmesi ve koordinasyonun sağlanması amacıyla gerektiğinde aktif hale geçirilen merkezi,

h) Hazırlıklılık ve Cevap Planı: Tüm tehlikeler yaklaşımı ile ve ilgili sektörlerle işbirliği içerisinde halk sağlığı tehditlerinden toplumun korunması, hastalık ve ölümlerin önlenmesi, hastalığın yayılmasının sınırlandırılması ve/veya tehdidin ortadan kaldırılması, ekonomik ve sosyal etkilerinin mümkün olduğu ölçüde azaltılması amacıyla merkez ve il düzeyinde hazırlanacak planı,

ı) Kriz: Salgın hastalıklar, doğal afetler, kıtlık, silahlı çatışmalar ve diğer büyük acil durumlar gibi genel olarak geniş bir alanda, bir topluluğun veya büyük bir grup insanın sağlığı, güvenliği veya refahı için kritik bir tehdidi oluşturan olay veya olaylar dizisini,

i) Risk: Olumsuz bir olayın belirli bir zaman diliminde gerçekleşme olasılığı ile olayın yol açabileceği olumsuz etkilerinin şiddetinin birleşimini,

j) Risk Değerlendirmesi: Risk düzeyinin belirlenmesi amacıyla güncel bilginin sürekli ve düzenli toplandığı, değerlendirildiği ve kayıt altına alındığı, tehlike değerlendirmesi, maruz kalma değerlendirmesi ve bağlam değerlendirmesi olmak üzere üç bileşenden oluşan süreci,

k) Risk İletişimi: Karar alma süreci öncesi karar vericilerin, paydaşların ve halkın uygun kararlar alabilmesi için risklerle ilgili uygun bilgilendirme yapılması, bilgi alışverişi ve dağıtımıdır. Olumlu davranış değişiklikleri ve güvenin oluşturulmasını desteklemek amacıyla önemli bir halk sağlığı olayının hazırlıklılık, erken tespit, olay, cevap/müdahale ve iyileşme döneminde ihtiyaç duyulan yetkili kişiler, paydaş kurumlar ile risk altındaki toplumlar arasındaki iletişim ilkeleri, faaliyetleri ve bilgi alışverişi sürecini,

l) Risk Yönetimi: Potansiyel halk sağlığı riskleri ve bu risklerin gerçekleşme olasılıklarının belirlenmesi, risklerin olumsuz etkilerinin azaltılması için hazırlıkların ve uygun eylem planlarının hazırlanması, risk değerlendirmesine bağlı olarak politika seçeneklerinin belirlenmesi, önceliklendirilmesi, uygun cevap/müdahale seçeneklerinin belirlenerek uygulanması süreçlerini,

m) Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM): Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinasyonunda ülke genelindeki tüm acil ve afetlerde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun yapıldığı ve 7/24 zamanlı çalışan merkezi,

n) Tehlike: Doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olan ve fiziksel, ekonomik, sosyal kayıplara yol açabilecek tüm olayları,

o) Uluslararası Öneme Haiz Halk Sağlığı Acil Durumları: Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nde öngörüldüğü şekilde bir halk sağlığı tehdidinin, uluslararası yayılma yoluyla diğer

Devletler için halk sağlığı riski oluşturduğu ve eşgüdüm içinde uluslararası cevap verilmesini gerekli kıldığı tespit edilen olağandışı olayı,

ö) UST Ulusal Odak Noktası: Uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumlarında ülke adına DSÖ ve diğer üye ülkelerin UST ulusal odak noktaları ile her an ulaşılabilecek şekilde haberleşmek ve sürveyans, bildirim, giriş kapıları, halk sağlığı hizmetleri ve diğer ilgili sektörlere gerektiğinde bilgi yaymak üzere belirlenmiş ulusal merkezi,

p) Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST 2005): Uluslararası trafik ve ticarete gereksiz müdahaleden kaçınarak halk sağlığı açısından ortaya çıkacak risk ile orantılı ve sınırlı olarak hastalıkların uluslararası yayılmasını önlemeyi, bu hastalıklara karşı korunmayı, yayılmalarını kontrol etmeyi ve halk sağlığı açısından gerekli cevabı vermeyi amaç edinen, DSÖ Anayasası'nın ilgili maddelerine dayanarak 2005 yılında güncellenen ve DSÖ'ye üye ülkeler açısından bağlayıcı olan tüzüğü,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Erken Uyarı ve Cevap Sistemi, İzleme ve Değerlendirme ve Uyarı Düzeyleri

Erken uyarı ve cevap sistemi

MADDE 5- (1) EUCS, biyolojik, kimyasal, çevresel, radyolojik, nükleer veya kaynağı henüz bilinmeyen ve salgın yapma potansiyeli taşıyan; yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeydeki hastalık veya olaylar gibi ani gelişen halk sağlığı tehditleriyle ilgili, entegre sürveyans ile zamanında veri ve bilgi toplayan, riskleri tespit eden, değerlendiren, yayılmasını önleme ve kontrol etmeyi içeren bir sistem olarak Genel Müdürlük tarafından kurulur.

(2) EUCS işlevleri; tüm halk sağlığı tehditlerini kapsama, ilgili paydaşlarla işbirliği, zamanındalık, süreklilik, duyarlılık, olaya özgü olma, olayın yerinde tespiti ve müdahalesine yönelik kapasite, kişisel verilerin korunması, veri güvenirliği, kanıta dayalı olma, uzman ekip çalışması, şeffaflık ve entegre sürveyans ilkelerine uygun olarak yürütülür.

(3) EUCS ani gelişen halk sağlığı tehdidini ortadan kaldırmaya ve/veya azaltmaya yönelik birbirinin tamamlayıcısı olan hazırlıklılık, erken tespit, olay, müdahale ve normale dönme/iyileştirme dönemlerini kapsar. Temel bileşenler, erken uyarı ve cevap amacıyla genişletilmiş bir sürveyans sistemi ile risk iletişimi, risk değerlendirmesi ve risk yönetimidir. Olayın ulusal düzeyde kriz olarak değerlendirilmesi halinde Halk Sağlığı Acilleri Operasyon Merkezi aktif hale getirilir.

(4) EUCS organizasyon yapısı ve iş süreçleri, yürütülen işlemler sırasında esas alınmak üzere Ek-1'deki İş Akış Şeması'nda gösterildiği şekliyle yürütülür.

EUCS kapsamındaki olaylar

MADDE 6- (1) Halk sağlığı riski taşıyan ve EUCS kapsamında tespit edilen, değerlendirilen ve gerektiği durumda müdahale edilen ve paydaşlara bildirilmesi gereken olay ve durumlar şunlardır;

a) Yayılma potansiyeli olan, önemli hastalık yüküne veya ölümlere yol açabilecek kümelenme, salgın hastalık veya sağlıkla ilgili olaylar,

b) Yeni veya yeniden ortaya çıkan/çıkma olasılığı bulunan hastalık veya durumlar,

c) Ani olarak meydana gelen ve kısa sürede çok sayıda kişiyi etkileme olasılığı bulunan durumlar,

ç) Kişi, yer, zaman analizlerinde sıra dışı aktivite artışının görüldüğü durumlar,

d) Beklenenden fazla ölümlerin tespit edildiği durumlar,

e) Henüz insanda hastalık oluşturmamış ancak maruz kalmaya bağlı olarak hastalık yapma potansiyeli olan olaylar,

f) Olası sağlık etkileri bulunabilecek kitlesel insan hareketleri,

g) Halk sağlığını etkileme potansiyeli olan doğa kaynaklı afetler, beklenmedik hava olayları,

ğ) Kamuoyunu meşgul eden ve halk sağlığı riski olan diğer sağlık olayları,

h) Uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumları.

Erken uyarı düzeyi-0

MADDE 7- (1) 6 ncı maddede yer alan olaylardan birinin veya risk yönetimi gerektiren herhangi bir olayın bulunmadığı durum "Erken Uyarı Düzeyi 0" olarak tanımlanır.

Erken uyarı düzeyi-1

MADDE 8- (1) 6 ncı maddede yer alan olaylardan birinin görülme olasılığının bulunması durumunda "Erken Uyarı Düzeyi 1" olarak tanımlanır ve bilgi paylaşımı yapılır.

Erken uyarı düzeyi-2

MADDE 9- (1) 6 ncı maddede yer alan olaylardan birinin kanıta dayalı veri/bilgiye göre meydana gelme ve toplumu etkileme riskinin yüksek olasılık olduğu durum "Erken Uyarı Düzeyi 2" olarak tanımlanır ve potansiyel tehdit olarak adlandırılır. Bilimsel Danışma Kurulu toplanır, olay değerlendirilir. Hazırlıklılık ve Cevap Planı uygulamaya konulur.

(2) Gerekli olduğu durumda Halk Sağlığı Acilleri Operasyon Merkezi kısmen aktif hale getirilir, SAKOM ile irtibata geçilerek tehdit hakkında bilgilendirme ve raporlama yapılır. SAKOM aracılığıyla İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi'ne bilgi verilir.

Erken uyarı düzeyi-3

MADDE 10- (1) 6 ncı maddede yer alan olaylardan birinin ani gelişen halk sağlığı tehdidi ile sonuçlanması durumunda "Erken Uyarı Düzeyi 3" olarak tanımlanır ve kesin tehdit olarak adlandırılarak derhal Bilimsel Danışma Kurulu toplanır, olay değerlendirilir. Hazırlıklılık ve Cevap Planı uygulamaya konulur.

(2) Halk Sağlığı Acilleri Operasyon Merkezi 7/24 aktif hale getirilir. Halk Sağlığı Acilleri Operasyon Merkezi tarafından SAKOM ile irtibata geçilerek tehdit hakkında bilgilendirme ve raporlama yapılır. SAKOM aracılığıyla İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi'ne bilgi verilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Erken Uyarı-Cevap Birimleri ve Görevleri

Uluslararası sağlık tüzüğü (UST) ulusal odak noktası

MADDE 11- (1) EUCS kapsamında UST ile ilişkili faaliyetler UST Ulusal Odak Noktası (UON) İrtibat Kişisi ve Daire Başkanlığının Erken Uyarı Cevap (EUC) Birimi'nden oluşan UST UON tarafından yürütülür. UST UON İrtibat Kişisi, Genel Müdürlük tarafından belirlenen kişidir.

UST ulusal odak noktasının görevleri

MADDE 12- (1) UST UON'nın görevleri şunlardır;

a) Ulusal düzeyde ilgili kurum ve kuruluşlarla iletişim mekanizmalarını işletir.

b) UST kapsamında ani gelişen halk sağlığı tehditlerine yönelik ilgili kurum ve kuruluşlarla veri/bilgi paylaşır, işbirliği ve koordinasyon içinde gerekli müdahaleleri yürütür ve/veya yürütülmesini sağlar.

c) Uluslararası öneme haiz bir halk sağlığı acili oluşturabilecek olayların değerlendirilmesi ve bildirimi için kullanılan karar aracına göre gerekli olan durumları DSÖ'ye bildirim yapma işlevini yürütür.

ç) Ani gelişen halk sağlığı tehditlerini kaynağında sınırlamak için merkezi ve yerel düzeyde EUCS kapasitelerinin güçlendirilmesi çalışmalarını ilgili sektör temsilcileri ile birlikte yürütür. İlgili sektörlerle yasal düzenleme, koordinasyon, sürveyans, cevap/müdahale, hazırlıklılık, risk iletişimi, insan kaynakları kapasitesi, tanı laboratuvarları, sınır giriş noktaları, zoonotik olaylar, kimyasal olaylar, radyolojik ve nükleer olaylardaki kapasiteleri değerlendirir, raporlar. Kapasitelerin geliştirilmesine yönelik faaliyetleri takip eder.

Bilimsel danışma kurulu (BDK)

MADDE 13- (1) Ani gelişen halk sağlığı tehditlerine etkin müdahale amacıyla halk sağlığı tehdidi öncesinde veya tehdit esnasında risk değerlendirmeleri yapan ve risk oluşturan faktörlerle mücadeleye ilişkin tavsiyelerde bulunan, ülkenin hazırlıklılık ve müdahale kapasitesini değerlendiren, alana özgü uzmanlıkları olan kişilerden oluşturulmuş geniş uzman havuzundan acil durum konusuna özel seçilmiş kişilerden oluşturulan kuruldur. BDK'nın üyeleri, görevleri ve çalışma usül ve esasları Genel Müdürlük tarafından belirlenir.

Daire başkanlığının görevleri

MADDE 14- (1) EUCS kapsamında Daire Başkanlığı'nın görevleri şunlardır;

a) Ani gelişen halk sağlığı tehditlerine yönelik EUCS'nin merkez ve yerel düzeyde nasıl yürütüleceğini tanımlar.

b) Ani gelişen halk sağlığı tehditlerine yönelik ulusal jenerik hazırlıklılık ve eylem planlarını hazırlar, tatbikatlar ile yapılan hazırlıkları değerlendirir. Bu Yönerge'nin 6 ncı maddesinde yer alan olay, durum ve hastalıklara ait Bakanlık içi ve Bakanlık dışı kurum ve kuruluşlardan elde edilecek veri ve bilgileri entegre sürveyans kapsamında günlük olarak takip eder, ani gelişen halk sağlığı tehditlerini tespit eder, önceliklendirir, doğrulamasını yapar veya doğrulanmasını sağlar.

c) Doğrulanan ani gelişen halk sağlığı tehditlerinin risk değerlendirmesini yapar. Risk tipine göre gerekli görüldüğü takdirde Genel Müdürlük ilgili daire başkanlıkları ile Bakanlık ilgili birimleri ve riskin söz konusu olduğu ilin sağlık müdürlüğü, olayın niteliğine göre görev, yetki ve sorumluluğu haiz olan diğer kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcilerinin işbirliği ile lüzumlu hallerde oluşturulacak BDK'nın görüş ve tavsiyelerini dikkate alarak olay özelinde ortak operasyon grubu faaliyetlerini başlatır.

ç) Ulusal düzeyde halk sağlığı risklerini belirler ve önceliklendirir.

d) Halk sağlığı riskinin azaltılması ve/veya ortadan kaldırılmasına yönelik il sağlık müdürlüğünün yürüttüğü çalışmaları ve sonuç raporlarını izler, değerlendirir.

e) Gerektiğinde saha araştırması başlatır ve ihtiyaç halinde ilgili birim ile beraber olaya müdahale eder.

Genel Müdürlük ilgili Daire Başkanlıkları ve birimlerinin görevleri

MADDE 15- (1) Daire Başkanlığı tarafından ani gelişen halk sağlığı tehditleri/acilleri ile ilgili olarak yapılan çağrı ile Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Tüberküloz Dairesi Başkanlığı, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi Başkanlığı, Tüketici Güvenliği ve Halk Sağlığı Laboratuvarları Dairesi Başkanlığı, Çevre

Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı ve Ulusal Zehir Danışma Merkezi EUCS'ne destek ve entegre olur. Bu kapsamda görevleri şunlardır;

a) Olayın niteliğine göre entegre sürveyans kapsamında görev alanında bulunan veri ve/veya bilgileri zamanında EUC Birimi ile paylaşır ve/veya paylaşılmasını sağlar,

b) Görev alanındaki ani gelişen halk sağlığı tehditleriyle ilgili oluşturulacak ortak çalışma grubu toplantılarına katılır.

c) Görev alanındaki ani gelişen halk sağlığı tehditleriyle ilgili oluşturulacak Bilimsel Danışma Kurulu'na katılır.

ç) Görev alanındaki ani gelişen halk sağlığı tehditleriyle ilgili oluşturulacak salgın inceleme ekiplerinde görev alır.

d) Biyolojik, kimyasal, çevresel, radyolojik ve nükleer kapsamda değerlendirilen olaylar ile ilgili görev alanına giren hazırlıkları ve faaliyetleri yürütür.

e) Halk Sağlığı Acilleri Operasyon Merkezi'nde görev alır.

Bakanlık diğer genel müdürlükleri, diğer Bakanlıklar, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği ve iletişim

MADDE 16- (1) Daire Başkanlığı, Ek 1'de yer alan Erken Tespit Bileşenleri ve Ek 2'de yer alan erken uyarı ve cevap sistemi merkez ve il düzeyinde iletişim şemalarında yer alan ve gerektiğinde farklı Bakanlık ve kurumlar dahil olmak üzere, halk sağlığı tehditlerinin tespiti, doğrulanması, izlenmesi, risk değerlendirmesi ve müdahale aşamalarında Kurumsal Odak Noktaları aracılığıyla iletişim sağlar ve ilgili birimlerle işbirliğini yürütür.

Halk sağlığı acilleri operasyon merkezi

MADDE 17- (1) Erken Uyarı Düzeyi-3 durumu ve gerektiğinde Erken Uyarı Düzeyi-2 kapsamındaki olaylarda faaliyet göstermek üzere Genel Müdürlük bünyesinde 7/24 çalışma düzeni ile faaliyet gösterebilecek fiziki yapı, teknik donanım, araç ve gereçlerin bulunduğu Halk Sağlığı Acilleri Operasyon Merkezi kurulur.

EUC ortak operasyon grubu

MADDE 18- (1) Gerekli görüldüğü takdirde risk tipine göre Genel Müdürlük ilgili daire başkanlıkları ve riskin söz konusu olduğu ilin sağlık müdürlüğü temsilcilerinin katılımı ile EUC Birimi tarafından ortak operasyon grubu oluşturulur.

(2) Gerektiğinde konunun uzmanlarından BDK oluşturularak ortak gruba dahil edilir.

(3) EUCS kapsamında 6 ncı maddenin (h) bendinde yer alan olay, durum ve hastalıkların tespiti halinde UST UON irtibat kişisi çalışmalara başkanlık eder.

EUCS kapsamında ilde yürütülecek görevler

MADDE 19- (1) EUCS'nin il düzeyindeki görevleri şunlardır;

a) EUCS kapsamında potansiyel veya ani gelişen halk sağlığı tehditlerini tespit eder ve önceliklendirir.

b) Yapılacak tespit ve önceliklendirme çerçevesinde gerekli hazırlıkları yapar ve alınacak tedbirleri önceden planlar.

c) Önceliklendirme çerçevesinde ili ilgilendiren tüm sürveyans, veri, bilgi ve analiz raporlarını takip eder. Ani gelişen halk sağlığı tehditlerinin erken tespit, doğrulama, olaya müdahale ve normale dönme aşamalarında elde edilen tüm bilgi ve verilerin her birini her aşamada Genel Müdürlük'te oluşturulan Olay Yönetim Sistemi yazılımı üzerinden bildirir, korunma ve kontrol önlemlerini alır ve/veya alınmasını sağlar, raporlandırır.

ç) Ani gelişen halk sağlığı tehdidinin tespit edilmesinden itibaren olay sonlanıncaya kadar ilgili paydaşlarla ortak risk değerlendirme toplantılarını Ek-1'e uygun olarak yürütür.

d) Gerekli hallerde il sağlık müdürü veya halk sağlığından sorumlu başkanının katılımı ile hızlı risk değerlendirmesi yapar, raporlandırır, uygun tavsiye kararları alır, uygular ve ilgililer ile paylaşır.

e) Salgın inceleme ekiplerinde yer alır.

f) Önceliklendirilmiş ani gelişen halk sağlığı tehditlerine karşı il hazırlıklılık ve cevap planı hazırlar ve günceller.

g) İl Sağlık Müdürlüğü ilgili birimleri, KBRN olayları kapsamında İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü birimleri ile koordineli şekilde Ek-2'ye uygun olarak çalışır.

ğ) İl Sağlık Müdürlüğü ilgili birimleri ilde var ise Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün ildeki birimi ile koordineli şekilde Ek-2'ye uygun olarak çalışır.

h) İl düzeyinde veri ve bilgi kaynaklarını belirleyerek olay bazlı sürveyansı kurar ve geliştirir.

ı) Günlük değerlendirme toplantıları yapar.

i) İl Sağlık Müdürlüğü dışında diğer kurumlarda belirlenen odak kişiler listesini oluşturur, günceller, yılda en az bir kez odak kişilerle yıllık değerlendirme toplantısı yapar.

j) Halk sağlığı acillerine yönelik halk eğitimleri ve hizmet içi eğitimleri yürütür.

k) İhtiyaç halinde 7/24 aktif hale getirilen il kriz merkezinde görevini yürütür.

EUCS'nin illerdeki işleyişi

MADDE 20- (1) İl sağlık müdürlüğünde halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkan EUCS kapsamındaki görevleri il düzeyinde yürütmek üzere sorumlu olan il odak kişisidir.

(2) İl sağlık müdürlüğünün bulaşıcı hastalıklar kontrol programlarından sorumlu birimleri EUCS'nin yürütülmesinden, koordinasyonundan ve sekretaryasından sorumludur ve il sağlık müdürlüğü ilgili birimleri ile işbirliği içinde çalışır.

(3) İl sağlık müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar kontrol programlarından sorumlu birimlerde EUCS'den sorumlu personelin, İ1-İ5 grubu illerde tercihen halk sağlığı uzmanı, yoksa saha epidemiyolojisi konusunda eğitim almış, yoksa Bakanlıkça düzenlenen kısa uygulamalı epidemiyoloji/erken uyarı kurslarına katılmış uzman tabip/tabip arasından, İ6-İ9 grubu illerde yukarıdakilerden herhangi biri yoksa, kısa uygulamalı epidemiyoloji/erken uyarı kurslarına katılmış Sağlık Hizmetleri Sınıfı (SHS) personelden görevlendirilir.

(4) Gerekli görüldüğü takdirde erken uyarının tanımı kapsamındaki risk tipine göre ilgili birimler ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ve konunun uzmanlarının katılımı ile il risk değerlendirme grupları oluşturulur.

Halk sağlığı müdahale ekipleri

MADDE 20/A- (1) Ani gelişen halk sağlığı acil durumlarına öncesinde, sırasında ve sonrasında hazırlık için Genel Müdürlük merkezinde ve İl Sağlık Müdürlüklerinde halk sağlığı müdahale ekipleri kurulur.

(a) Her ilde en az bir tane halk sağlığı müdahale ekibi bulunur. İl Sağlık Müdürlüklerinde oluşturulacak halk sağlığı müdahale ekipleri Halk Sağlığı Başkanlığı tarafından kurulur ve koordine edilir. Ancak İl Sağlık Müdürlüğünün gerekli görmesi halinde görevlendireceği başkanlık tarafından da iş ve işlemleri yürütülebilir.

(b) İlin coğrafi yapısı, nüfus yoğunluğu, afetlerle karşılaşma riski, personel sayısı ve benzeri durumlar göz önünde bulundurularak birden fazla halk sağlığı müdahale ekibi kurulacaksa İl Sağlık Müdürlüğünün teklifi ve Genel Müdürlüğün onayı ile kurulur.

(c) Halk sağlığı müdahale ekiplerinin görevlendirilmesi il sınırları içinde İl Sağlık Müdürlüğü, iller arasında Genel Müdürlük, yurt dışında Bakanlık makamı tarafından yapılır.

(ç) Halk sağlığı müdahale ekiplerinin görev sırasında ihtiyaç duydukları lojistik malzeme, kişisel koruyucu kıyafet ve diğer ekipmanlar Genel Müdürlük veya İl Sağlık Müdürlüğü tarafından temin edilir.

(d) Halk sağlığı müdahale ekiplerinde görev alan personel halk sağlığı acili olmayan durumlarda mevcut görevine devam eder.

(e) Halk sağlığı müdahale ekipleri çalışma usul ve esasları ile diğer hususlar Genel Müdürlük tarafından belirlenir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Yürürlük ve Yürütme

Yürürlük
MADDE 21- (1) Bu Yönerge Bakan Onayını müteakip yürürlüğe girer.

Yürütme
MADDE 22- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

6.2.5. Bağımlılık ile Mücadele Kurullarının Çalışma Usul ve Esasları

BAĞIMLILIKLA MÜCADELE KURULLARININ

ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI

Birinci Bölüm

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 –(1) Bu usul ve esasların amacı 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile kurulmuş olan Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK)'nun oluşturacağı strateji ve eylem planları çerçevesinde görev icra edecek olan Bağımlılıkla Mücadele Kurulu, Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu ve Bağımlılıkla Mücadele İl Koordinasyon Kurullarının çalışma usul ve esaslarını belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2 –(1) Bu usul ve esaslar; "Bağımlılıkla Mücadele Kurulu", "Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu" ve "Bağımlılıkla Mücadele İl Koordinasyon Kurulları"nın kimlerden oluşacağı, görev, yetki ve sorumlulukları ile çalışma usul ve esaslarını kapsar.

Dayanak

MADDE 3–(1) Bu usul ve esaslar, 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4– (1) Bu usul ve esaslarda geçen;

a) BMYK: Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulunu,
b) BMK: Bağımlılıkla Mücadele Kurulunu,
c) BMTK: Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulunu,
ç) BMİKK: Bağımlılıkla Mücadele İl Koordinasyon Kurullarını,
d) İlgili Bakanlık: Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu Üyesi Bakanlıkları (Adalet Bakanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, Ticaret Bakanlığı, Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı)
e) Genel Müdürlük: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünü,
f) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüklerini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Kurulların Oluşturulması, Görevleri ve Çalışma Usul ve Esasları

Kurulların Oluşumu

MADDE 5–(1) Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK)'nun oluşturacağı strateji ve eylem planları çerçevesinde görev icra etmek ve bağımlılık ile mücadele çalışmalarında güncel konuların tartışılarak hızlı ve etkili kararların alınması ve uygulanmasını sağlamak üzere Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu Başkanının onayı ile BMK ve BMTK'lar oluşturulur.

Bağımlılıkla Mücadele Kurulu (BMK)

MADDE 6- (1) BMK; Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcısı başkanlığında aşağıdaki üyelerden oluşur.

a) Adalet Bakanlığı Bakan Yardımcısı
b) Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Bakan Yardımcısı
c) Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Bakan Yardımcısı
ç) Dışişleri Bakanlığı Bakan Yardımcısı
d) Gençlik ve Spor Bakanlığı Bakan Yardımcısı
e) Hazine ve Maliye Bakanlığı Bakan Yardımcısı
f) İçişleri Bakanlığı Bakan Yardımcısı
g) Kültür ve Turizm Bakanlığı Bakan Yardımcısı
ğ) Milli Eğitim Bakanlığı Bakan Yardımcısı
h) Tarım ve Orman Bakanlığı Bakan Yardımcısı
ı) Ticaret Bakanlığı Bakan Yardımcısı
i) Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı Bakan Yardımcısı
j) Adli Tıp Kurumu Başkanvekili
k) Diyanet İşleri Başkan Yardımcısı
l) Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanı
m) Radyo ve Televizyon Üst Kurulu Başkan Yardımcısı
n) Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkan Yardımcısı
o) Türkiye İstatistik Kurumu Başkan Yardımcısı
ö) Yükseköğretim Kurulu Başkanvekili
p) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürü
r) BMYK Başkanı Danışmanı
s) Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Müdürü

(2) BMK; Yılda en az 4 defa olmak üzere 3 ayda bir, ayın 3. haftasında Kurul Başkanınca belirlenen günde toplanır. İhtiyaç halinde BMK Başkanının davetiyle periyodik toplantı takvimine ilave ara toplantılar yapılabilir.

(3) Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu toplantılarında alınan kararların değerlendirilmesi, BMK üyesi kurumlar tarafından güncel gelişmelerin paylaşılması gibi rutin gündem maddeleri dışındaki gündem maddesi önerileri BMK üyesi kurumların temsilcileri tarafından toplantı tarihinden en az 5 gün önce sekretaryadan sorumlu olan Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne iletilir.

(4) Toplantıların gündemi toplantı tarihinden en az 2 gün önce Kurul Başkanınca onaylanır ve kurul üyelerine iletilir. Toplantılara konusu itibarıyla Teknik Kurul üyeleri veya diğer uzmanlar davet edilebilir. Kurul toplantısının organizasyonu Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcısı tarafından koordine edilir.

(5) Kurul toplantılarında alınan kararlar ve yapılan çalışmalara yönelik raporlar 6 ayda bir Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK)'na sunulur.

(6) BMK'nın görevleri şunlardır:

a) Bağımlılık ile mücadele çalışmalarını, BMYK'ya sunmak.
b) BMYK kararlarının uygulanmasını sağlamak.
c) Bağımlılık ile mücadele politikalarına katkı sağlamak.
ç) Tüm üyelerce, kendi kurum ve kuruluşlarında yürütülen bağımlılıkla mücadele çalışmalarının takip ve koordinasyonunu yapmak.
d) Kurum ve kuruluşlar arası iş birliğini sağlamak.
e) Toplantı gündemini oluşturan maddeler hakkında görüş bildirmek.
f) Toplantı gündem maddeleri dışında da çalışmaları geliştirici önerilerde bulunmak.

Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu

MADDE 7 (1) Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürünün, olmadığı durumlarda ise Halk Sağlığı Genel Müdürünün görevlendirdiği ilgili daire başkanının başkanlığında, aşağıda yer alan kurum ve kuruluşlar tarafından görevlendirilecek en az daire başkanı seviyesinde, toplantılarda kurumları/kuruluşları adına karar verebilecek temsilcilerden oluşur.

a) Adalet Bakanlığı,
b) Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı,
c) Çevre ve Şehircilik Bakanlığı,
ç) Dışişleri Bakanlığı,
d) Gençlik ve Spor Bakanlığı,
e) Hazine ve Maliye Bakanlığı,
f) İçişleri Bakanlığı,
g) Kültür ve Turizm Bakanlığı,
ğ) Milli Eğitim Bakanlığı,
h) Sağlık Bakanlığı,
ı) Tarım ve Orman Bakanlığı,
i) Ticaret Bakanlığı,
j) Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı,
k) Adli Tıp Kurumu Başkanlığı,
l) Diyanet İşleri Başkanlığı,
m) Mali Suçları Araştırma Kurulu,
n) Radyo ve Televizyon Üst Kurulu,
o) Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı,
ö) Türkiye Yeşilay Cemiyeti,
p) Türkiye İstatistik Kurumu,
r) Yükseköğretim Kurulu,

(3) Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu konuya ve gündem yoğunluğuna göre en geç 2 ayda bir o ayın 2. haftasında teknik kurul başkanının uygun göreceği günde toplanır. Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu, Başkanın talebi üzerine periyodik toplantı takvimine ilave olarak gündem konusuna uygun üye ve uzmanlarla bir araya gelir.

(4) BMİKK toplantılarında alınan kararların değerlendirilmesi, kurumlar tarafından güncel gelişmelerin paylaşılması gibi rutin gündem maddeleri dışındaki gündem maddesi önerileri, Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu üyesi kurumların temsilcileri tarafından Genel Müdürlüğe toplantı tarihinden en az 3 gün önce iletilir. Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu Başkanının onayladığı gündem ise toplantı tarihinden en az 2 gün önce kurul üyeleriyle paylaşılır.

(5) Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu toplantılarında alınan kararlar ve yapılan çalışmalara yönelik raporlar her 3 ayda bir BMK'ya sunulur.

(6) Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu'nun görevleri şunlardır:

a) Bağımlılık ile mücadele çalışmalarını BMK'ya sunulmak üzere raporlamak.

b) BMTK kararlarının uygulanmasını sağlamak.

c) Bağımlılık ile mücadele çalışmaları kapsamında uluslararası gelişmeleri takip etmek.

ç) Kendi kurum ve kuruluşlarında yapılması planlanan bağımlılıkla mücadele çalışmalarında görev almak.

d) Kurum/kuruluş içi iş birliğini sağlamak.

e) Üye kurum ve kuruluşlarla iş birliği sağlamak.

f) Bağımlılık ile mücadele çalışmaları kapsamında istenilen bilgiyi sekretaryayı yürüten Kuruma iletmek.

g) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yapılan raporlamalara ve iş birliği beklenen diğer çalışmalara katkı sağlamak.

ğ) BMK'ya iletilmesi gereken konuları tespit etmek.

h) Yapılan çalışmaların kurum ve kuruluşların yerel teşkilatlarına yaygınlaştırılmasını sağlamak.

ı) Yerel teşkilatlardaki faaliyetleri organize etmek

Bağımlılıkla Mücadele İl/İlçe Koordinasyon Kurulları (BMİKK)

MADDE 8- (1) BMİKK, illerde Vali başkanlığında ilçelerde Kaymakam başkanlığında Ek-1 de yer alan kurumların ildeki/ilçedeki en üst düzey temsilcilerinden oluşur. BMİKK'ların etkili çalışması bizzat kurul başkanının yetki ve sorumluluğunda olup il/ilçe bünyesinde yürütülen çalışmaların başarıya ulaşması için toplantı periyotlarını ve katılımcı sayılarını arturmaya yönelik tedbirleri uygulamaya sokabilir.

(2) BMİKK; yılda en az 4 defa olacak şekilde 3 ayda bir, ayın 3. haftasında Kurul Başkanınca belirlenen günde toplanır.

(3) İhtiyaç halinde, BMİKK başkanı tarafından onaylanmış toplantı gündemi planlanan toplantı tarihinden en az 3 gün önce kurul üyelerine iletilerek normal takvim dışındaki ara toplantılara kurul üyeleri davet edilebilir. İl/İlçe Koordinasyon Kurulu toplantısının organizasyonu İl Sağlık Müdürü/İlçe Sağlık Müdürü tarafından koordine edilir.

(4) Önceki BMİKK toplantılarında alınan kararların değerlendirilmesi, kurumlar tarafından güncel gelişmelerin paylaşılması gibi rutin gündem maddeleri dışındaki gündem maddesi önerileri BMİKK üyesi kurumların temsilcileri tarafından kurulun sekretaryasını yürüten

müdürlüğe toplantı tarihinden en az 5 gün önce iletilir. Kurul Başkanının onayladığı gündem ise toplantı tarihinden en az 3 gün önce kurul üyeleriyle paylaşılır.

(5) BMİKK toplantılarında alınan kararlar ve yapılan çalışmalara yönelik raporlar toplantı tarihinden sonra en geç 1 hafta içinde Genel Müdürlükçe belirlenmiş rapor formatına uygun olarak il koordinasyon kurulu başkanı imzasıyla Genel Müdürlüğe iletilir.

(6) Her yıl Temmuz ve Ocak aylarında 6 aylık ve 1 yıllık BMİKK faaliyet raporları hazırlanarak BMİKK Başkanı tarafından Genel Müdürlüğe iletilir.

(7) BMİKK'in görevleri şunlardır:

a) İllerindeki/ilçelerindeki bağımlılık ile mücadele çalışmalarını takip etmek.

b) Bağımlılık ile mücadele konusunda ulusal stratejileri göz önünde bulundurarak illerin kendilerine has tarih, kültür ve coğrafi konumlarına göre yerel stratejileri belirlemek.

c) İllerindeki/ilçelerindeki alınacak tedbirleri belirlemek, yürütülmesini sağlamak.

ç) Toplantıda alınan kararları uygulamak.

d) Kurulda temsil edilen her kurum ve kuruluşun kendi merkez teşkilatına rapor hazırlamasını sağlamak.

e) İllerindeki/ilçelerindeki bağımlılık ile mücadele çalışmalarında ile özel yeni politikalar belirlemek.

f) Gerektiğinde çevre illerin kurulları ile iletişime geçmek.

g) Merkez teşkilattan gelen talimatları iş birliği içerisinde uygulamak.

ğ) Yaşanan aksaklıkları merkez teşkilata bildirmek.

h) Çalışılan konuların ve güncel gelişmelerin raporunu BMYK sekretaryasını yürüten kurumu iletmek.

ı) İş birliği ile yürütülen çalışmalarda yaşanabilecek aksaklıkların çözümünü sağlamak.

i) Gerçekleştirilen faaliyetleri altı aylık ve yıllık olarak değerlendirmek, BMYK sekretaryasına raporlamak.

j) Toplantı gündemini oluşturan maddeler hakkında görüş bildirmek.

Kurullara İlişkin Ortak Düzenlemeler

MADDE 9- (1) Kurulları teşkil edecek üyelerin görevlendirmeleri, ilki usul esasların yayım tarihinden en geç 15 gün içerisinde olacak şekilde her yıl ocak ayının ilk on beş günlünde birer yıllık periyotlar halinde yapılarak Kurulların sekretaryasından sorumlu Genel Müdürlüğe/Müdürlüğe iletilir. Görev değişikliği veya başka sebeplerle kurul üyelerinde yapılacak değişiklikler, eski üye görevinden ayrıldıktan sonra en geç bir hafta içinde yapılır ve yeni üyenin iletişim bilgileri sekretaryadan sorumlu Genel Müdürlüğe /Müdürlüğe iletilir.

(2) Kurullarda görevlendirilmiş üyeler, kabul edilebilir bir mazereti olmaksızın iki defa üst üste veya bir üyelik döneminde yıllık izin, hastalık ve mazeret izinleri hariç olmak üzere toplam üç defadan fazla devamsızlık yapamazlar. Mazereti sebebiyle kurul toplantısına katılamayan üyenin yerine kendisiyle eş değer veya vekili pozisyonunda bir kişinin toplantıya iştiraki üyenin sorumluluğunda sağlanır.

(3) Kurul toplantılarının temel amaçlarından biri de, kurul üyeleri arasında bilgi alışverişi ve güçlü iş birliklerinin oluşturulmasıdır.

Bu sebeple kurul toplantılarında kurul üyesi kurumların bağımlılık alanındaki kurumsal faaliyetleri ve yaşadıkları sorunları içeren sunumlar yapılacaktır. Bu kapsamda her kurul

toplantısında en az iki kurum/kuruluş sırasıyla yaptıkları faaliyetleri, yaşadıkları sorunları ve yapacaklarını kurula arz edecektir.

Kurum/kuruluş amirlerinin yaptığı sunumla başlayan toplantılar diğer üyelerin katkı sağladığı gündem maddeleri ile devam edecektir. İhtiyaç duyulduğunda katkı sağlaması amacıyla bu belgede yer almayan diğer kurum ve kuruluşlar da Kurul toplantılarına davet edilir.

(4) Kurul kararları, Ek 2'te yer alan karar belgesine işlenerek üyelerce imzalanır. Kararla ilgili farklı görüşü olanlar, bu görüşlerini karar belgesinde belirtebilir.

(5) Kurul toplantılarında alınan herhangi bir kararın bilimsel açıdan değerlendirilmesi ihtiyacının ortaya çıkması durumunda ilgili Bakanlıklarca kurulmuş olan bilim kurulları uzmanlık alanları doğrultusunda ilgili konuları gündeme alır. Bilim kurulunca alınan kararlar ilgililere yazılı olarak sekretaryadan sorumlu Bakanlıkça iletilir.

Yürütme

MADDE 10 –(1)Bu çalışma usul ve esasları;

a) Merkezde Cumhurbaşkanı Yardımcısının riyaseti ve görevlendirilmiş olan Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcısı koordinatörlüğünde, BMK üyesi diğer ilgili Kurum/Kuruluşlarca yürütülür.

b) İllerde, Valilerin riyaseti ve İl Sağlık Müdürlüklerinin sekretaryasında, BMİKK'yı oluşturan Kurum/Kuruluşlarca yürütülür.

Ek-1) BMİKK Üye Tablosu
2) Karar Tutanağı

Fuat OKTAY
Cumhurbaşkanı Yardımcısı
(BMYK Başkanı)

Dr. Fahrettin KOCA
Sağlık Bakanı
(BMYK Üyesi)

Abdulhamit GÜL
Adalet Bakanı
(BMYK Üyesi)

Zehra Zümrüt SELÇUK
Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı
(BMYK Üyesi)

Murat KURUM
Çevre ve Şehircilik Bakanı
(BMYK Üyesi)

Dr. Mehmet Muharrem KASAPOĞLU
Gençlik ve Spor Bakanı
(BMYK Üyesi)

Berat ALBAYRAK
Hazine ve Maliye Bakanı
(BMYK Üyesi)

Mehmet Cahit TURHAN
Ulaştırma ve Altyapı Bakanı
(BMYK Üyesi)

Ruhsar PEKCAN
Ticaret Bakanı
(BMYK Üyesi)

Dr. Bekir PAKDEMİRLİ
Tarım ve Orman Bakanı
(BMYK Üyesi)

Süleyman SOYLU
İçişleri Bakanı
(BMYK Üyesi)

Ziya SELÇUK
Milli Eğitim Bakanı
(BMYK Üyesi)

Prof. Dr. Serhan TOPALOĞLU
Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Başkanvekili
(BMYK Üyesi)

6

6.2.6.Sağlık Koruma Bandı Hakkında Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0100002
Konu : Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağ. Hiz. Genel Md.Çevresel Etkileri Değerlendirme Ve İzleme Şube
17 Şubat 2011 16:57:23 /6359

BAKANLIK MAKAMINA

Gayri sıhhi müesseselerin ruhsatları ve denetimleri Bakanlığımız tarafından yapılmakta iken, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, 5272 sayılı Belediye Kanunu ve 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, kurumların ve Bakanlığımızın yetki ve sorumluluklarını değiştirmiştir.

Gayri sıhhi müesseselerin denetim, ruhsatlandırma ve sağlık korama bandı belirlenmesi işlemleri İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik kapsamında yapılmaktadır. Belediyeler ve İl Özel İdareleri tarafından oluşturulan inceleme kurulları aynı özellikteki tesisler için farklı sağlık koruma bandı ve güvenlik mesafesi oluşturabilmektedir.

Ülke genelinde standardizasyonun sağlanması ve çevre ve toplum sağlığının olumsuz etkilenmemesi amacıyla "Çevre ve Toplum Sağlığını Olumsuz Etkileyebilecek Gayrisıhhi Müesseselerin Etrafında Bırakılacak Sağlık Koruma Bandı Mesafesinin Belirlenmesi Hakkında Yönerge" hazırlanmıştır.

Organize Sanayi Bölgesi ve Gayri Sıhhi Müesseseler (Çevresel Etki Değerlendirmesi Yönetmeliği Ek-1 ve Ek-2 listede yer alan işletmeler ile İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik ekinde yer alan gayri sıhhi müesseseler) ile ilgili Bakanlığımızca yerine getirilen iş ve işlemlerin valiliklere devredilmesi ve elte sunulan "Çevre ve Toplum Sağlığını Olumsuz Etkileyebilecek Gayrisıhhi Müesseselerin Etrafında Bırakılacak Sağlık Koruma Bandı Mesafesinin Belirlenmesi Hakkında Yönerge'nin" yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Dr. Seraceddin ÇOM
Genel Müdür V.

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2011
Prof. Dr. Nihat TOSUN
Müsteşar

OLUR
.../.../2011
Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

ÇEVRE VE TOPLUM SAĞLIĞINI OLUMSUZ ETKİLEYEBİLECEK GAYRİSIHHÎ MÜESSESELERİN ETRAFINDA BIRAKILACAK SAĞLIK KORUMA BANDI MESAFESİ BELİRLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE

Genel Hükümler
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1- (1) Bu Yönergenin amacı, çevre ve toplum sağlığını olumsuz etkileyebilecek gayrisıhhî müesseselerin etrafında bırakılacak sağlık koruma bandı mesafesinin belirlenmesine ilişkin uygulanacak usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

Madde 2-(1) Bu Yönerge, sağlık koruma bandı mesafesine ilişkin özel mevzuatı bulunan tesisler ile askeri tesisler hariç olmak üzere gayrisıhhî müesseselerin tehlike riskine ilişkin oluşturulacak mesafelere ait iş ve işlemleri kapsar.

Dayanak

Madde 3- (1) Bu Yönerge, 24/4/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanak alınarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Genel Müdürlük: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

c) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,

d) Yetkili İdare: Belediye sınırları ve mücavir alanlar dışı ile kanunlarda münhasıran il özel idaresine yetki verilen hususlarda il özel idaresini, büyükşehir belediyesi sınırları ve mücavir alanlar içinde büyükşehir belediyesinin yetkili olduğu konularda büyükşehir belediyesini, bunların dışında kalan hususlarda büyükşehir ilçe belediyesini, belediye sınırları ve mücavir alanlar içinde belediyeyi,

e) Gayrisıhhî Müessese (Tesis): 10.08.2005 tarih ve 2005/9207 sayılı İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmeliğin 4. maddesinde yer alan birinci, ikinci ve üçüncü sınıf işletmeleri,

f) Sağlık Koruma Bandı: Müessesenin çevreye olan zararlı etkisi dikkate alınarak tesis etrafında bırakılması gereken iskân dışı alanı,

g) Çevre Sağlığı: İnsan sağlığının çevredeki fizikî, kimyevî, biyolojik, sosyal ve psiko-sosyal faktörlerle tespit edilen yaşam kalitesini,

h) İnceleme Kurulu: Birinci sınıf gayrisıhhî müesseseler için yer seçimi ve tesis kurma, deneme veya açılma izni amacıyla inceleme yapan kurulu,

i) Tehlike: insanların yaralanması, hastalanması, malın veya malzemenin zarar görmesi, işyeri ortamının zarar görmesi veya bunların birlikte gerçekleşmesine sebep olan kaynak veya durumu,

j) Risk: tehlikeli bir olayın meydana gelme olasılığı ile olaydan etkilenme olanağını, ifade eder.

Sağlık Koruma Bandı Belirleme ve İtiraz

Madde 5 Müdürlük yetkilisince tesis etrafında bırakılacak sağlık koruma bandı mesafesi, risk tabloları (Ek-1A, Ek-1B, Ek-1C, Ek-1D ve Ek-1E) ve EK-2 sağlık koruma bandı mesafe tablosu kullanılarak; gayri sıhhi müesseseler için yer seçimi aşamasında müdürlük yetkilisinin yetkili idare tarafından oluşturulan inceleme kurulunda görevlendirilmesi halinde yetkili idareye EK-3 Sağlık Koruma Bandı Mesafesi İnceleme ve Değerlendirme Formu hazırlanarak müracaattan itibaren 15 (on beş) iş günü içinde yazılı olarak önerilir.

Yetkili idare ve/veya müracaat/tesis sahibinin EK-3 de önerilen sağlık koruma bandına yazılı itirazı halinde Genel Müdürlük tarafından itiraz incelenir ve 20 (yirmi) iş günü içinde karara bağlanır.

Yürürlük

Madde 6 Bu Yönerge, Bakan Onayını müteakip yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 7 Bu yönergenin hükümleri, Bakan adına Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü tarafından yürütülür.

Geçici Madde 1- Bu Tebliğ yayımı tarihinden önce İş yeri Açma ve Çalışma Ruhsatı alan veya ruhsat için başvurarak sağlık koruma bandı oluşturulan tesisler bu tebliğ hükümlerinden muaftır. Ancak kapasite artırımı veya faaliyet konusunun değiştirilmesine yönelik taleplerde risk değerlendirmesine göre sağlık koruma bandı oluşturulur.

6.2.7. Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi ile İlgili Eğitim Programı Uygulanması ve Değerlendirilmesi Esaslarına Dair Yönerge

SÜRÜCÜ DAVRANIŞLARINI GELİŞTİRME EĞİTİMİ İLE İLGİLİ EĞİTİM PROGRAMI UYGULANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ ESASLARINA DAİR YÖNERGE

04.03.2005 tarihli ve 3201 sayılı

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar

Amaç:

Madde 1- Yönergenin amacı, Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Yönetmeliği hükümleri doğrultusunda eğitime tabi tutulan sürücülere eğitim programı sonunda yapılacak değerlendirmeler ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam:

Madde 2- Yönerge, Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimine tabi tutulan sürücüler, eğitim programının uygulanmasında görev alacak eğitimciler, trafik eğitimcilerini ve eğitim birimini kapsar.

Dayanak:

Madde 3-Yönerge, 14/09/2004 tarihli ve 25583 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Yönetmeliği hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar:

Madde 4-Yönergede geçen;

a) Müdürlük: Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi veren resmi sağlık kuruluşunun bulunduğu İl Sağlık Müdürlüğünü,
b) Yönetmelik: 14 Eylül 2004 tarih ve 25583 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Yönetmeliğini,
c) Eğitim: Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimini,
d) Eğitim Birimi: İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde açılan ve faaliyette bulunan Sürücü Davranışları Geliştirme Eğitimi verecek birimi,
e) Eğitim Programı: Eğitim Birimlerinde; eğitim ve izleme değerlendirme olmak üzere iki bölümde uygulanacak teorik ve uygulamalı Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Programını,
f) Eğitimci: Bakanlıkça hazırlanan Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimci Eğitimini almış ve sertifikalandırılmış, eğitim biriminde sürücülere verilecek eğitim programının uygulanmasında görev alacak kişiyi,
g) Trafik Eğitimcisi: İl Emniyet Müdürlüğü Trafik Denetleme Şubelerinde görevli en az lisans düzeyinde eğitim görmüş ve trafik eğitimi almış kişiyi,
h) Sürücü: Kanuna göre ikinci kez alkollü araç kullandığı tespit edilen ve Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimine tabi tutulan kişiyi,

İfade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Eğitim Programı Uygulanma ve Değerlendirme Esasları

Genel Esaslar

Madde 5: Eğitim programı ile ilgili olarak sürücülerin bilgilendirilmesi için ek -1'deki *"Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Bilgilendirme Formu"* Müdürlük tarafından düzenlenir. Sürücülerin bu hususlara uyumuna ilişkin davranışları eğiticiler tarafından değerlendirmede dikkate alınır.

Eğitim programının ilk haftasında sürücülerin bireysel ve grup özelliklerini belirlemek amacıyla görüşme ve ruhsal durum muayenesi ile ek-2'de belirtilen psikolojik testler uygulanarak ilk değerlendirme tamamlanır. İlk değerlendirmeden elde edilen sonuç ve bulgular dikkate alınarak eğitim programının eğitim alt başlığında yer alan ders konulan işlenir. Derslerde, vaka örnekleri, senaryolar üzerinde uygulamalı vb. interaktif eğitim metotları ile sürücülerde *"alkollü iken araç kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değiştirilmesi"* amaçlanır. Bu eğitimler esnasında kişilerin yaklaşımları gözlenerek, meydana gelen değişiklikler eğitimciler tarafından değerlendirilir.

Eğitim biriminde muhafaza edilen kişisel dosyada; Yönetmelik hükümlerine göre başvuru için gerekli belgeler ve formlar, ek-1 ve 2'deki belirtilen formlar, sürücü tarafından yatırılan il sağlık müdürlüğü döner sermaye işletmeleri ücret makbuzu yer alır. Bu dosya sürücünün izleme değerlendirme görüşmesi esnasında değerlendirmeyi yapacak psikiyatri uzmanına teslim edilir, sonrasında eğitim birimince geri alınır.

Eğitimciler tarafından her ders saatinde alınacak olan imza föyü; her eğitim günü sonunda eğitim birimine paraflanarak teslim edilir. İmza föyleri her grup için ayrı ayrı olmak üzere eğitim birimi tarafından dosyalanarak saklanır. Devamsızlığı olan sürücülerin ilişiği, eğitim birimi tarafından kesilir. Herhangi bir nedenle devamsızlık sebebiyle eğitimden ilişiği kesilenlerden sonraki eğitim programına kayıtları yapılırken il sağlık müdürlüğü döner sermaye işletmelerine yeniden ücret alınmaz.

Sürücülerin Değerlendirilmesi

Madde 6: Eğitim programının değerlendirilmesi iki aşamalı olarak yapılır. İlk aşamada eğitim programının tamamlanmasından sonra eğitimciler, eğitimler esnasında sürücülerin yaklaşımları ve gözlenen değişiklikleri belirleyerek oluşturacakları ortak kanaatleri 100 üzerinden değerlendirerek bir gözlem puanı verir. Başarısız değerlendirilen sürücünün gerekçeleri açıklanarak yazılır.

İkinci aşamada eğitimciler ve trafik eğitimcisinin katılımı ile sürücülerin bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik çoktan seçmeli yazılı sınav her ders konusunu kapsayacak şekilde hazırlanarak yapılır. Yazılı sınav sonuçları 100 tam puan üzerinden değerlendirilerek bir yazılı sınav puanı verilir.

Eğitim programının eğitimciler tarafından değerlendirilmesinde, sürücünün gözlem puanının %70'i ile yazılı sınav puanının %30'u alınarak toplanır. Sürücünün başarılı sayılabilmesi için toplam puan, %70 ve üzeri olmalıdır.

Değerlendirme sonucu yönetmelikte belirtilen Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Formu'na kaydedilir.

Başarılı olan sürücülere ilk üç ay içinde eğitim programının izleme-değerlendirme bölümüne tabi görüşme için eğitim birimi tarafından gün verilir. Başarısız olan sürücünün başvurması halinde herhangi bir ücret alınmadan yeniden eğitime alınır.

İzleme Değerlendirme Görüşmesi

Madde 7: Eğitimin tamamlanmasını müteakip eğitimciler tarafından başarılı görülen sürücü, yönetmelik hükümlerine göre, psikiyatri uzmanı tarafından izleme-değerlendirme görüşmesine alınır. Sürücünün kişisel dosyasında bulanan görüşme ve ruhsal durum muayenesi ile uygulanan psikolojik testler, eğitim esnasındaki eğitimcilerin gözlemleri, alkollü araç kullanmak zorunluluğuna karşın çözüm bulabilmesi gibi hususlar dikkate alınarak görüşme yapılır. İzleme- değerlendirme görüşmesi sonunda sürücünün başarı durumu değerlendirilerek yönetmelikte belirtilen Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi İzleme-Değerlendirme Formu psikiyatri uzmanı tarafından doldurulur. Başarılı sürücülere Müdürlük tarafından yönetmelikte belirtilen Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitim Belgesi düzenlenir. Başarısız olan sürücünün başvurması halinde, herhangi bir ücret alınmadan yeniden eğitime alınır.

Yürürlük

Madde 8: Bu yönerge yayım tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 9: Bu yönerge hükümlerini Sağlık Bakanlığı yürütür.

/ 02 / 2005

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

6.2.8. Yataklı Tedavi Kurumlarında Bulaşıcı Hastalık Sürveyans Görevlilerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : E-13588366-010.04-296222442 02.12.2025
Konu : Yataklı Tedavi Kurumlarında Bulaşıcı Hastalık Sürveyans Görevlilerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

DAĞITIM YERLERİNE

Ülke genelinde hizmet veren yataklı tedavi kurumlarında yürütülecek olan bulaşıcı hastalık sürveyans çalışmalarına dair organizasyon yapısı, sürveyans çalışmalarıyla ilgili usul ve esaslar, sürveyansta görevli personelin görev ve sorumluluklarını açıklama maksadı ile hazırlanan "Yataklı Tedavi Kurumlarında Bulaşıcı Hastalık Sürveyans Görevlilerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" Bakanlık Makamının 19/11/2025 tarihli Oluru ile yürürlüğe konulmuştur.

İlgililerin bilgilendirilmesi, konuya ilişkin iş ve işlemlerin ekte sunulan Yönergeye uygun şekilde yürütülmesi hususunda;

Bilgi ve gereğini arz/rica ederim.

Doç. Dr. Muhammed Emin DEMİRKOL
Bakan a.
Halk Sağlığı Genel Müdürü

Ek: Yönerge (6 Sayfa)

Dağıtım:
A PLANI (Merkez Teşkilat ve Bağlı Kuruluşlar)
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı (Üniversite Hastanelerine)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA BULAŞICI HASTALIK SÜRVEYANS GÖREVLİLERİNİN ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Başlangıç Hükümleri

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, bulaşıcı hastalıklara bağlı halk sağlığı tehditlerinin erken dönemde tespit edilmesi ve buna bağlı ölümler ile hastalık yayılımının önlenebilmesini teminen gerekli koruma ve kontrol önlemleri kapsamında yataklı tedavi kurum ve kuruluşlarındaki bulaşıcı hastalık sürveyans çalışmalarının en hızlı ve etkin şekilde yürütülmesini sağlamaktır.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge;

a) Gerçek kişiler, özel hukuk tüzel kişileri ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait yataklı tedavi kurumlarında yürütülecek olan bulaşıcı hastalık sürveyans çalışmalarına dair organizasyon yapısı, sürveyansla ilgili usul ve esaslar ile sürveyansta görevli personelin görev ve sorumlulukları kapsar.

b) Bu Yönerge ağız ve diş sağlığı merkezlerini kapsamaz.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 30/5/2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinin 5 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Aktif sürveyans: Sürveyans sisteminde bildirim yapmakla yükümlü kişi veya birimlerin kendiliğinden rapor etmesini beklemeksizin yetkili birimlerce düzenli olarak verilerin toplandığı, verilerin analiz edildiği, yorumlandığı ve geri bildiriminin yapıldığı sürveyans yöntemini,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) Bulaşıcı hastalık: Bir mikroorganizma veya onun toksik ürünlerinin, enfekte kişi, hayvan ya da diğer rezervuarlardan duyarlı bir konağa doğrudan ya da dolaylı yolla aktarılması sonucu ortaya çıkan hastalığı,

ç) Bulaşıcı hastalık sürveyansı: Bulaşıcı hastalık kontrolü için verilerin düzenli ve rutin olarak toplanmasını, analiz edilmesini, yorumlanmasını ve geri bildirim yapılmasını,

d) Enfeksiyon: Bir organizmanın bir konakçıda (insan, hayvan, artropod) yerleşmesi, çoğalması ve genellikle bir immün yanıt oluşturmasını,

e) Eradikasyon: Bir enfeksiyon etkeninin dünya genelinde tamamen kalıcı olarak sona ermesini,

f) e-Nabız: e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemini,

g) İhbar: Bazı vakaların şüpheli, olası veya kesin tanı konulması durumunda normal bildirimi beklemeden telefonla ilgili sağlık birimlerine yapılan bildirimi,

ğ) Kümelenme: Belli bir yer ve zaman diliminde, vaka sayısının beklenenden fazla olması veya beklenen sayıda olsa bile, benzer özellikte olay veya vakaların birikmesini,

h) Salgın: Belirli bir alanda, belirli bir grup insan arasında, belirli bir süre boyunca beklenenden daha fazla vaka görülmesini,

ı) Sendromik sürveyans: Belirli bir hastalığa özgü olmayan tanı veya semptomlardan oluşan sağlık ile ilgili verilerin toplandığı, analiz edildiği, yorumlandığı ve geri bildiriminin yapıldığı sürveyans yöntemini,

i) Sürveyans: Verilerin zamanında ve sistematik olarak toplanması, biriktirilmesi ve elde edilen sonuçların ihtiyacı olan birimlere hızla geri bildirimini sağlayacak şekilde değerlendirilmesi sürecini,

j) Sürveyans Birim Personeli: Sürveyans biriminde yürütülen çalışmalardan sorumlu personeli,

k) Sürveyans Sorumlu Hekimi: Sürveyans biriminde yürütülen çalışmalardan sorumlu olan hekimi,

l) Temaslı incelemesi: Enfekte bir kişi, hayvan veya çevreyle, o enfeksiyonu edinme olasılığına yol açan bir epidemiyolojik ilişkisi olmuş kişi veya kişilere yönelik yapılan incelemeleri,

m) Vaka: Sürveyans amaçları veya salgın için yapılmış bir vaka tanımı ile uyumlu bir hastalığa ya da sağlık sorununa sahip kişiyi,

n) Vaka incelemesi: Kümelenme veya salgın özelliği göstermeyen durumlarda hastaya tanı konulduktan sonra vaka inceleme formunda yer alan bilgilerin doldurularak gönderilmesi ve tanı kesinleştirmeye yönelik diğer çalışmaların yapılmasını,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Organizasyon Yapısı

Hastane sürveyans sorumlusu

MADDE 5- (1) Yatak kapasitesi yüzden az olan yataklı tedavi kurumlarında bulaşıcı hastalık sürveyansına dair çalışmaların yürütülmesi için hastane sürveyans sorumlusu görevlendirilir ve ayrıca sürveyans birimi oluşturulmaz.

(2) Hastane sürveyans sorumlusu, hekim dışı sağlık meslek mensupları (öncelikli olarak hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknikeri/teknisyeni vb.) arasından başhekim tarafından belirlenir. Enfeksiyon kontrol komitesinde görevli hekim dışı sağlık meslek mensubu hastane sürveyans sorumlusu olarak görevlendirilemez.

(3) İhtiyaç halinde sekretarya faaliyetlerinin desteklenmesi için yeterli sayıda yardımcı personel (tıbbi sekreter, memur, veri hazırlama ve kontrol işletmeni vb.) hastane sürveyans sorumlusu ile birlikte görevlendirilebilir.

(4) Hastane sürveyans sorumluları sürveyansla ilgili işlerinin yanında asli görevlerini de yürütür.

Sürveyans birimi

MADDE 6- (1) Yatak kapasitesi yüz ve daha fazla olan yataklı tedavi kurumlarında bulaşıcı hastalıkların sürveyansına ilişkin çalışmaları yürütmek üzere sürveyans birimi oluşturulur.

(2) Sürveyans birimi, sürveyans sorumlu hekimi ve sürveyans birim personelinden oluşur. Sürveyans sorumlu hekimi ve sürveyans birim personeli başhekim tarafından görevlendirilir ve başhekim sorumluluğunda hizmet verir. Enfeksiyon kontrol komitesinde görevli hekim dışı sağlık meslek mensubu, sürveyans birim personeli olarak görevlendirilemez.

(3) Yataklı tedavi kurumu yatak kapasitesine göre sürveyans birimlerinde aşağıda belirtilen sayılarda sürveyans birim personeli görevlendirilir.

a) 100-199 yatak kapasitesine sahip olan kurumlarda en az bir personel,

b) 200-499 yatak kapasitesine sahip olan kurumlarda en az iki personel,

c) 500-999 yatak kapasitesine sahip olan kurumlarda en az üç personel,

ç) 1000 ve üzeri yatak kapasitesine sahip olan kurumlarda en az dört personel.

(4) Bağlı veya ek sağlık tesisi bulunan yataklı tedavi kurumlarında toplam yatak kapasitesine göre merkezi bir sürveyans birimi oluşturulur. Yataklı tedavi kurumunun toplam yatak ve hasta kapasitesi, fiziki ve organizasyonel yapısı, personel sayısı gibi kriterler dikkate alınarak her bir bağlı hastane için ayrı sürveyans birim personeli görevlendirilebilir.

(5) Tüm bulaşıcı hastalık sürveyans faaliyetleri sürveyans sorumlu hekimi koordinasyonu ve denetiminde sürveyans birim personeli tarafından yürütülür.

(6) Yüz elli ve üstü yatak kapasitesine sahip kurumlarda sürveyans birimindeki sekretarya faaliyetlerinin desteklenmesi için yeterli sayıda yardımcı personel başhekim tarafından görevlendirilir.

(7) Sürveyans sorumlu hekimi, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanları veya tıbbi mikrobiyoloji uzmanları arasından belirlenir. Her iki branştan da uzmanın bulunmadığı kurumlarda iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve aile hekimliği uzmanlarından biri, bu branşlarda da hekim bulunmaması durumunda diğer uzman hekimler veya pratisyen hekimler arasından belirlenir.

(8) Bulaşıcı hastalık sürveyansına dair faaliyetlerin etkin bir şekilde yürütebilmesi için sürveyans biriminde görev yapan hekim dışı sağlık meslek mensuplarına ilave bir görev verilmez.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Görev ve Sorumluluklar

Sürveyans personelinin görev ve sorumlulukları

MADDE 7- (1) Sürveyans biriminin görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) Hastane içinde tanı konulan ve ilgili ekranlar aracılığı ile e-Nabız'a gönderilen bulaşıcı hastalık vaka bildirimleri ve enfeksiyon etkeni bildirimlerinin tamlığını ve doğruluğunu kontrol etmek, hata ya da eksiklik tespit edilmesi durumunda gerekli güncellemenin yapılarak bildirimlerin e-Nabız'a gönderilmesini sağlamak.

b) Eradikasyon programı dahilinde olduğu için görülmesi beklenmeyen veya kişiden kişiye kolaylıkla bulaşması nedeniyle salgınlara neden olabilen veya tek bir vakada bile salgın incelemesi başlatılması gereken özellikli grup hastalık tanılarına ait Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi'ne gelen bildirimler için kendilerine gönderilen bilgilendirme mesajını müteakip tanı koyan hekim ile görüşerek, tanının ve bildirimin doğruluğunu sistemdeki özellikli bildirim teyit sayfasında kayıt altına almak.

c) Hatalı tanı ya da hatalı bildirim durumunun tespiti halinde e-Nabız'a gönderilen tanı ve bildirimin silinmesini veya düzeltilmesini sağlamak.

ç) Hastanede tanı konulan bulaşıcı hastalık vakaları ile Bakanlık merkezi veri tabanına gönderimi yapılan vakalara ait bildirimlerin günlük ve karşılaştırmalı olarak kontrolünü yapmak bildirimi yapılmayan vakaların ivedilikle bildirilmesini sağlamak.

d) Hastane bilgi yönetim sistemlerinin, bildirim sistemi ile ilgili mevzuat kapsamında gerekli özellikleri taşıyıp taşımadığını kontrol etmek ve bildirim sistemine ait ekranlarda standart dışı durumların tespit edilmesi halinde aksaklıkların düzeltilmesini sağlamak üzere başhekimliğe bilgi vermek.

e) Hastalığa özel sürveyans çalışmaları kapsamında, Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde yer alan vaka tanımlarına göre destekleyici/doğrulayıcı laboratuvar tetkiki gereken bulaşıcı hastalık vakalarının ilgili laboratuvarındaki tetkik süreçlerini ve sonuçlarını zamanında takip etmek.

f) Yataklı tedavi kurumunun laboratuvarında yapılamayan veya doğrulama için ulusal mikrobiyoloji referans laboratuvarlarına gönderilmesi gereken tetkiklerde klinik numunelerin zamanında ve uygun koşullarda alınması ve numunenin il sağlık müdürlüğü koordinasyonunda ilgili laboratuvara Bakanlık tarafından belirlenen usule uygun olarak gönderilmesini sağlamak.

g) Bulaşıcı hastalık vakalarına ait tanının kesinleştirilmesine yönelik hastane içinde veya dışında yapılan laboratuvar tetkik sonuçlarını takip etmek ve tetkik sonucuna göre bildirimdeki tanı tipinin ve ilgili formların güncellenmesini sağlamak.

ğ) Bulaşıcı hastalık sürveyansı kapsamında kesin tanı için doğrulama testi yapılan ve tanısı doğrulanan vakaların bilgilendirilmek üzere ilgili polikliniğe yönlendirilmesini sağlamak.

h) Bildirimi yapılan ve vaka incelemesi yapılması gereken vakalar için Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi'nde yer alan vaka inceleme formlarını tanı koyan hekimle görüşerek doldurmak.

ı) Temaslı incelemesi gereken hastalıklarda vakanın hastane içi temaslılarını araştırmak ve temaslı kişi varlığında Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi'nde yer alan temaslı inceleme formlarını kişi bazlı olarak doldurmak.

i) İhbarı zorunlu bulaşıcı hastalıklardan herhangi birinin tespiti ya da şüphesi durumunda, rutin bulaşıcı hastalık bildirim mekanizmalarına ek olarak, en hızlı iletişim araçlarıyla ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezine hastalık ihbarını yapmak ya da yapılmasını sağlamak.

j) Akut flask paralizi (AFP), makülopapüler döküntülü hastalıklar, neonatal tetanoz, invaziv bakteriyel hastalık, lejyonella gibi hastane içinde aktif sürveyans yapılması gereken hastalıklarla ilişkili görevleri ilgili mevzuat doğrultusunda yürütmek.

k) Hastane içinde bu tanıları alan hastaların olup olmadığını hastane kayıtlarını tarayarak veya hastalığın özelliğine göre ilgili servis sorumluları ile görüşerek günlük olarak tespit etmek.

l) Aktif sürveyans yürütülen hastalıklara özel oluşturulmuş bir yazılımın bulunması halinde toplanan sürveyans verilerinin ilgili yazılıma veri girişini yapmak, tanı alan hastanın bulunmaması halinde ise sıfır vaka bildirimi yapmak.

m) Aktif sürveyans yürütülen hastalıklara özel oluşturulmuş bir yazılımın bulunmaması halinde ilgili mevzuatta yer alan aktif sürveyansa özel formlar aracılığı ile bildirim yapmak, ilgili tanıları alan hastanın bulunmaması halinde ise ilgili form üzerine "vaka yoktur" ibaresini yazarak sıfır vaka bildirimi yapmak.

n) Aktif sürveyans sırasında tespit edilen hastalardan gerekli klinik örneklerin zamanında ve uygun koşullarda alınmasını ve numunenin il sağlık müdürlüğü koordinasyonunda ilgili laboratuvara Bakanlık tarafından belirlenen usule uygun olarak gönderilmesini sağlamak.

o) Aktif sürveyans işlemleri tamamlandıktan sonra yapılan tüm değerlendirmeleri ve elde edilen sonuçları ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezine bildirmek.

ö) Akut gastroenteritler ve grip benzeri hastalık gibi sendromik sürveyans kapsamına giren ve Bakanlık tarafından belirlenmiş ICD tanı kodları ile tanı almış günlük vaka sayılarını hastane bilgi yönetim sistemlerinden takip etmek, olağandışı durumlar saptandığında ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezine haber vermek.

p) Kırım kongo kanamalı ateşi, tularemi, influenza ve HIV/AIDS gibi hastalıklar için Bakanlıkça özellikli sürveyans sistemi oluşturulan ve amaca özel tasarlanmış yazılımda sürveyansa yönelik bilgilerin doldurulmasını sağlamak, doldurmak ve vakalara yönelik sürveyans işlemlerini yürütmek.

r) Sendromik sürveyans kapsamında takip edilen hastalıklar dışında diğer bulaşıcı hastalıklara dair sürveyans verilerini düzenli olarak gözden geçirip sonuçlarını yorumlayarak;

1) Beklenenden daha fazla vaka görülmesi (salgın veya kümelenme durumu),

2) Beklenenden daha az vaka bildiriminin olması,

3) Coğrafi olarak beklenmeyen yerlerde vakaların görülmesi,

4) Bir bulaşıcı hastalığın yeni veya değişen epidemiyolojik özellikler göstermesi,

5) Laboratuvar test sonuçlarıyla ilgili anomaliler (yanlış pozitif/negatif sonuçlar vb.),

6) Yeni bir patojenin veya varyantın tespit edilmesi,

ve benzeri olağan dışı veya beklenmedik durumları; ilgisine göre hastane yönetimi, il sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezine iletmek ya da iletilmesini sağlamak.

s) Salgın gibi olağan dışı durumlarda, hastalardan klinik örnek alınmasını ve hastanede laboratuvar analizinin yapılmasını sağlamak, hastanede yapılamaması halinde klinik örneğin ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezi aracılığı ile ilgili laboratuvara gönderilmesini sağlamak.

ş) Salgın şüphesi veya olağan dışı durumlarda il sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezi tarafından talep edilen temel bilgileri içeren vaka listelerini hastane bilgi yönetim sistemi kaynaklarından temin ederek il sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezi ile paylaşmak.

t) Bakanlık, il sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezi veya başhekimlik tarafından talep edilmesi durumunda, sürveyansa yönelik yürütülen iş ve işlemlere ait bilgi ve belgeleri temin etmek.

u) Bulaşıcı hastalık sürveyansına yönelik Bakanlık, il sağlık müdürlüğü veya ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezi tarafından düzenlenen toplantı ve eğitimlere katılmak.

ü) Bulaşıcı hastalık sürveyansı ve bildirim sistemi kapsamında yürütülen çalışmalar hakkında kurumdaki ilgili sağlık personeline gerekli eğitimleri vermek.

v) Sürveyansa dair yürütülen tüm çalışmalar ve sonuçları hakkında başhekimliğe altı aylık dönemlerde rapor vermek ve yılda bir defa yataklı tedavi kurumu yönetimi ile birlikte değerlendirme toplantısı yapmak.

y) Bakanlık, il sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğü, toplum sağlığı merkezi veya başhekimlik tarafından verilen bulaşıcı hastalık sürveyansı ile ilgili diğer görevleri yapmak.

(2) Sürveyans birimine verilen görev ve sorumlulukları, yatak kapasitesi yüzden az olan yataklı tedavi kurumlarında hastane sürveyans sorumlusu yerine getirir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Fiziki koşullar

MADDE 8- (1) Sürveyans birim personeli veya hastane sürveyans sorumlusuna sürveyansa dair faaliyetleri yürütebilmesi için polikliniklere yakın bir yerde bağımsız bir oda veya bölüm tahsis edilir ve bilgisayar, yazıcı, telefon, internet bağlantısı ve benzeri fiziki imkanlar sağlanır.

Mesai saatleri dışında hizmetlerin yürütülmesi

MADDE 9- (1) Mesai saatleri dışındaki sürveyans faaliyetleri, 13/1/1983 tarihli 17927 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği hükümlerine göre başhekimce belirlenen sağlık personeli tarafından kesintisiz olarak yürütülür.

(2) Olağan dışı durumlar, beklenenden daha fazla vaka görülmesi veya kümelenme olması durumlarında sürveyans faaliyetleri öncelikli olarak sürveyans birim personeli tarafından ve kesintisiz olarak yürütülür. Sürveyans birim personelinin yetersiz kaldığı hallerde birinci fıkra hükümlerine göre sağlık meslek mensubu görevlendirilir.

Yetkilendirme

MADDE 10- (1) Sürveyans birimine, hastane sürveyans sorumlusuna ve yardımcı personele hastane bilgi yönetim sistemlerinde göreviyle ilişkili verilere ve ekranlara erişim yetkisi ilgili başhekimlikçe verilir.

(2) Personelin kimlik ve iletişim bilgileri il sağlık müdürlüğüne iletilmek üzere başhekimlik tarafından ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezine bildirilir ve kişilerin sürveyansa yönelik merkezi sistemlerdeki kullanıcı tanımlamaları il sağlık müdürlüğü tarafından yapılır.

(3) Personelin görevden ayrılması durumunda iki gün içinde il sağlık müdürlüğüne iletilmek üzere başhekimlik tarafından ilçe sağlık müdürlüğü veya toplum sağlığı merkezine bilgi verilir. İl sağlık müdürlüğünce ilgili sistemlerdeki kullanıcı yetkilerinin ivedilikle iptal edilmesi sağlanır.

Eğitim

MADDE 11- (1) Görevlendirilecek sürveyans sorumlu hekimi, sürveyans birim personeli ve hastane sürveyans sorumlusu için verilmesi gereken eğitimler, il sağlık müdürlüğü koordinasyonunda yapılır.

Kişisel verilerin korunması

MADDE 12- (1) Bulaşıcı hastalık sürveyansına yönelik yürütülen faaliyetlerde 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 21/6/2019 tarihli ve 30808 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması Hakkında Yönetmelik ile 1/8/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak kişisel verilerin ve hasta mahremiyetinin korunmasına ilişkin gerekli tedbirler alınır.

Yürürlük

MADDE 13- (1) Bu Yönerge Bakan Oluru ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 14- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür

6.3. GENELGELER

6.3.1. Kanser Kayıtçılığı Genelgesi (2019/07)

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HSGM KANSER DAİRESİ BAŞKANLIĞI
16/04/2019 14:05 - 23776858 - 157.99 - 242
00091770515

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı:
Konu: Kanser kayıtçılığı

GENELGE
2019/07

Kanser ülkemizde ve dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Tüm dünyada nüfusun artması ve yaşlanması ile birlikte kanser insidansındaki artışın, kanser yükünde büyük artışlara yol açması beklenmektedir. Kanserle mücadele ve kanser hizmetlerinde öncelikler belirlenirken kanser yüküne ve o bölgede yoğun biçimde görülen kanser türlerine dair bilgi esas alınır. Kanserin dağılımının bilinmesi, uygulanacak politikaların belirlenmesi, yapılan müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi ve gerekli iyileştirme çalışmalarının zamanında yapılabilmesi için kanserin kayıt altına alınması zorunludur.

Kanser kayıtçılığı, belirli bir nüfusta ortaya çıkan tüm kanser vakalarıyla ilgili bilgileri toplama ve bu bilgileri kanserin klinik ve patolojik göstergeleri ile birlikte tam olarak belgeleme işlemlerinin tümüdür. Kanser kayıtçılığı, kanser ile mücadelenin başlangıç noktasıdır. Kanser bildirimi ile kanser kayıtçılığı işlemlerini düzenleyen Kanser Bildirimi ve Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği 03/06/2015 tarih ve 29375 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik yayınlandıktan sonra sahada yaşanan sorunlar nedeniyle bir genelge gereksinimi ortaya çıkmıştır. Mezkûr Yönetmeliğin uygulanması ile ilgili olarak aşağıdaki hususlara göre işlem tesis edilecektir.

1) İllerde kanser kayıt merkezi (KKM) oluşturulmasından ve kanser kayıt elemanı görevlendirilmesinden il sağlık müdürü, hastane kayıt birimi oluşturulmasından ve hastane kayıt elemanı görevlendirilmesinden hastane başhekimi/mesul müdürü sorumludur. Kanser kayıt merkezinde her 500.000 nüfusa 1(bir) kanser kayıt elemanı olacak şekilde görevlendirme yapılır. Kanser insidansının yüksek olduğu ya da gelişmiş kanser tanı ve tedavi olanakları nedeniyle başka illerden çok sayıda kanser hastası başvurusu olan illerde kayıt elemanı sayısı artırılabilir. Ancak kanser kayıt elemanı sayısı her halükarda 15 (on beş) i geçemez. Kanser tanısı konulan bütün hastanelerde ve diğer veri kaynaklarında (klinikler, patoloji laboratuvarları gibi) yıllık 750'e kadar yeni kanser olgusu başına bir kısmi zamanlı, 750 ve üzerinde ise bir tam zamanlı (her 750 için bir olmak üzere) hastane kayıt elemanı görevlendirilir.

2) İlin adının da olduğu Kanser Kayıt Merkezi yazılı tabela KKM'nin girişinde, hastaneler içinde Kanser Kayıt Birimi yazılı tabela ise Hastane Kanser Kayıt Birimi'nin girişinde görünür biçimde asılı bulunur.

3) Kanser verileri, kişisel sağlık verilerinin korunması hükümlerine tabi olup kanser kayıtçılığında görevli ve sorumlu tüm personel bu gizlilik ve yasaklara uymakla yükümlüdür. Kanser kayıtçılığı gizlilik bildirimini, ilgili personel göreve başladığında imzalar ve sorumluluğu ömür boyu sürer. Kanser kayıtçılığında görevli elemanın çalışma ortamında; verileri inceleme, kayıt etme, arşivleme ve veri analizi çalışmalarını yapılabildiği ve veri güvenliğini sağlanabildiği uygun ve yeterli alan içeren kilitli bir oda, kilitli arşiv dolapları, her kayıt elemanına adlarına şifrelenmiş birer bilgisayar ve internet erişimi ile dış hat telefon erişimi sağlanır. Arşiv dolaplarının üzerinde verilerin güvenliğinden sorumlu personelin adı ve soyadı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı:
Konu: Kanser kayıtçılığı

yer alır. Kanser kayıtlarına Yönetmelik uyarınca yetkili olmayan kimselerin fiziksel ve elektronik erişimini önlemek için her türlü önlem alınır.

4) Yönetmelik gereğince kanser bildiriminden sorumlu olan tüm sağlık kurum ve kuruluşları; Hastane kayıt elemanına, Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden kanser kayıtçılığında esas olan tüm kodları içeren vakalara, patoloji, sitoloji ve hematoloji laboratuvarlarına, hastane arşivine, poliklinik defterlerine, servis protokol defterlerine, bronkoskopi, nükleer tıp, kemoterapi ünitesi, radyoterapi ünitesi vb. bölümlere ulaşım hakkı vermek ve Sağlık Bakanlığının Patoloji Veri Seti Online Sistemlerini bilgi işlem sistemlerine entegre etmekle sorumludur.

5) Toplum sağlığı merkezi/İlçe sağlık müdürlüğü personeli gezici kayıt elemanı olarak görevlendirilebilir. Görevlendirilen personel hastane kayıt elemanı yerine geçer, görev, yükümlülük ve haklara aynı şekilde haiz olup sağlanan şartlardan aynı şekilde yararlanır.

6) Hastane kanser kayıt elemanınca, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nden alınan hasta kodlarına göre hastaların dosyalarına (Cerrahi, patoloji, radyoloji ve benzeri) ulaşılır. Akabinde hasta dosyaları kanser kayıt elemanınca Kanser Kayıt Formuna (KKF) özetlenir, kodlanır ve ayrıca "Can-Reg" programı yüklü ise programa giriş yapılır. Oluşturulan kanser kayıt formları ve varsa "Can-Reg" çıktıları kanser kayıt merkezine ulaştırılır. Kanser kayıt formunun üzerindeki Merkez Kanser Kayıt Numarasının (MKKN) ilk iki rakamı o ilin plaka numarasıdır.

7) Kanser kayıt merkezinde çalışan kanser kayıt elemanı tarafından KKF'ler kontrol edilerek bilgi tutarsızlıkları varsa giderilir. Veri tabanında ikincil bir kayıt olup olmadığı kontrol edilir ve varsa bir önceki kayıtlardan gerekli düzeltmeler yapılır. Kişinin birden fazla kanseri olduğunda kanser sayısı kadar form doldurulur. Özetlenmiş KKF kanser kayıt elemanı tarafından "Can-Reg" bilgisayar programına girilir. Ayrıca hastane kanser kayıt birimlerinden gelen "Can-Reg" çıktıları varsa, bunlar da kanser kayıt merkezlerinde "Can-Reg" programına aktarılarak her yılın Haziran ve Aralık ayının sonunda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilir.

8) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünce illerden alınan verilerin kalite kontrolleri yapıldığında hatalı veriler illere gönderilir. İl müdürlüklerince düzeltilen veriler tekrar Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilir.

9) Kanser kayıt çalışmalarında öncelikli olarak sertifikalı elemanların çalışması gerekmektedir. Sertifikalı kanser kayıt elemanların kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılabilmesi ile sağlık hizmet sunumunun kaliteli olması ilkesi çerçevesinde eğitim aldığı alanda görevlendirilmesi esastır.

10) İl sağlık müdürlüğünce gezici kanser kayıt elemanlarının, yıllık çalışma takvimleri oluşturulur. Çalışma takvimi hastanelerle birlikte, patoloji merkezleri, muayenehaneler, huzurevleri gibi diğer veri kaynaklarını da içerir ve uygulanır. Bu kapsamda gezici kanser kayıt elemanı tarafından yapılan kanser kayıtları İl İzleme Formunda ayrıca belirtilir.

11) Personel Durum Formu ve İl İzleme Formu her yılın Mart, Haziran, Eylül ve Aralık aylarının sonunda yılda dört kez Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne elektronik yolla gönderilir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı:
Konu: Kanser kayıtçılığı

12) Hastane kayıt birimlerinin veri tabanının, il sağlık müdürlüğü kanser kayıt merkezi ve/veya kanser biriminin en az iki personelinden oluşturulan bir ekip tarafından, yılda bir kez düzenli olarak izleme ve değerlendirmesi yapılır. Doldurulan hastane kanser kayıt birimi izleme ve değerlendirme formu beş gün içerisinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilir ve ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Biriminde de arşivlenir. İl sağlık müdürlüğü varsa eksikliklerin giderilmesini sağlar.

13) İl Kanser Danışma Komisyonu sekretaryası İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Birimince yürütülür. Komisyonda bildirilen sorunlar ve toplantı kararları 15 gün içinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilir ve ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Biriminde de arşivlenir. İl sağlık müdürlüğü komisyonda belirtilen sorunları çözmekle yükümlü olup çözülemeyen sorunlar Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne bildirilir.

14) Kanser, bildirimi zorunlu bir hastalık olup bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından işletilen sağlık kurum ve kuruluşları bu bildirimden sorumludur. Bildirim yapmayan veya Yönetmelik hükümlerine uygun hareket etmeyen sağlık kurum ve kuruluşlarına il sağlık müdürlüğünce uyarı yazısı gönderilir. İl sağlık müdürlüğünce verilen 15 günlük süre sonunda gerekli düzenlemeleri yapmayan, kamu kurum ve kuruluşları yönetici ve personeli hakkında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunun disiplin hükümleri ve ilgili diğer mevzuat hükümleri, gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından işletilen sağlık kurum ve kuruluşları hakkında ise 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Ek 11 inci maddesinde yer alan hükümler ve ilgili diğer mevzuat hükümleri çerçevesinde cezai işlem tesis edilecektir.

Bilgilerinizi ve gereği ile bu Genelgenin tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına tebliğini rica ederim.

Prof. Dr. Emine ALP MEŞE
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Dağıtım
Gereği:
A Planı

6.3.2. Nöbet Hizmetleri Genelgesi (2016/16)

TC.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 99858683
Konu: Nöbet Hizmetleri

GENELGE
2016/16

07/09/2016 tarihli ve 29824 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6745 sayılı Kanunun 59 uncu maddesi ile 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu'nun 3 üncü maddesinin beşinci fıkrasının ikinci cümlesi "Aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına ihtiyaç halinde, 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında nöbet görevi verilir." şeklinde değiştirilmiştir.

5258 sayılı Kanunun 3 üncü maddesinin beşinci fıkrası ile Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 10 uncu maddesinin dördüncü fıkrası çerçevesinde aile hekimliği çalışanlarının (aile hekimi ve aile sağlığı elemanı) ihtiyaç halinde aile sağlığı merkezleri (ASM), toplum sağlığı merkezleri (TSM) ve bağlı birimlerinde ya da hastanelerde ve 112 acil sağlık hizmetlerinde yürütecekleri nöbet hizmetleri aşağıdaki açıklamalar doğrultusunda yerine getirilecektir.

1) Aile hekimliği çalışanları tarafından verilecek nöbet hizmetlerine ilişkin listelerin hazırlanması, iş ve işlemlerin takibi, değerlendirilmesi, koordinasyonu ve sonuçlandırılması halk sağlığı müdürlüğü (HSM) tarafından gerçekleştirilecektir. Bir sonraki aym nöbet listeleri halk sağlığı müdürlüğünce önceki aym en geç 20'sine kadar düzenlenerek, halk sağlığı müdürlüğünün internet sayfasından duyurulacak ve Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) ile de bildirilecektir.

2) TSM ve bağlı birimleri ile ASM'lerde ihtiyaç halinde verilecek nöbet hizmetleri aşağıdaki usul ve esaslar çerçevesinde yürütülecektir:

a) Hastanesi bulunmayan ve entegre sağlık hizmeti sunulamayan ilçe merkezleri, nüfus yoğunluğunun dönemsel olarak arttığı yerleşim yerleri gibi nöbet mahalleri, halk sağlığı müdürlüğünün nöbet ihtiyacını belirten gerekçeli teklifi ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun onayı ile belirlenecektir.

b) Nöbetlerde kayıt işlemleri Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve/veya Muayene Bilgi Yönetim Sistemi üzerinden gerçekleştirilecektir.

3) Hastanelerde ve 112 acil sağlık hizmetlerinde aile hekimliği çalışanlarına nöbet tutturulmasını gerektiren ihtiyaç hali; illerin sağlık personeli doluluk durumu, nüfusu, coğrafi şartları, sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri, nöbet tutulacak sağlık tesisinin il veya ilçe merkezine uzaklığı gibi kriterler göz önünde bulundurulmak suretiyle belirlenecektir. Buna göre;

a) Nöbet tutturulacak sağlık tesisinde görev yapan hekimlerin (branşında tek olan veya aktif branş nöbeti tutan uzman hekimler hariç) aylık mesailerinin üzerine 24 saat daha (160+24) hizmet vermelerine rağmen hekim ihtiyacının devam etmesi durumunda; nöbet tutulacak hastanede görev yapan hekimler (branşında tek olan veya aktif branş nöbeti tutan uzman hekimler hariç) ile aile hekimleri, il ve ilçe sağlık müdürlüğü, 112 acil sağlık hizmetleri başhekimliği ve bağlı istasyonları, halk sağlığı müdürlüğü, toplum sağlığı merkezi, kamu hastaneleri genel sekreterliğinde görev yapan hekimlerin dâhil edilmesi suretiyle nöbet havuzu oluşturulacaktır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

K-Q TSE-ISO-EN 9000 IQNet CERTIFICATE

TC.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 99858683
Konu: Nöbet Hizmetleri

b) Nöbet tuttunlacak sağlık tesisinde görev yapan ebe, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenlerinin aylık mesailerinin üzerine 24 saat ilave (160+24) hizmet vermelerine rağmen ihtiyacın devam etmesi durumunda; aile sağlığı elemanları, il ve ilçe sağlık müdürlüğü, 112 acil sağlık hizmetleri başhekimliği ve bağlı istasyonları, halk sağlığı müdürlüğü, toplum sağlığı merkezi, kamu hastaneleri genel sekreterliğinde sayılan unvanlarda görev yapanların dâhil edilmesi suretiyle nöbet havuzu oluşturulacaktır.

c) İlgili kurumlar yukarıdaki hükümler çerçevesinde belirledikleri nöbet ihtiyacını Halk Sağlığı Müdürlüğüne bildirecek olup, halk sağlığı müdürlüğünün değerlendirmesi ile nöbet planlaması yapılacaktır. İhtilaf olması halinde 04/07/2013 tarihli ve 2013/3 sayılı Bakanlığımız Genelgesi ile oluşturulan komisyon kararına göre işlem tesis edilecektir.

4) Nöbet listeleri öncelikle gönüllülük esasına göre hazırlanacaktır. Nöbet listesi hazırlanırken sağlık personelinin eşit ve sıralı şekilde yer almasına azami dikkat gösterilecektir.

5) Aile hekimi ve aile sağlığı elemanına nöbet planlaması hafta içi sekiz saat ve gece 24.00'e kadar, hafta sonu ise on altı saatten fazla olmamak üzere, mesai saatleri ve çalışma süresi (haftalık 40 saat) dışında yapılacaktır.

6) Planlama; ulaşım imkânları ve süresi, defin ve adli tabiplik gibi diğer nöbet görevleri ile yıllık izin ve hastalık izinleri dikkate alınarak yapılacaktır.

7) Nöbet ücretleri, nöbet tutulan sağlık kurumu tarafından ödenecektir. Nöbet tutan tüm personelin bu hizmet kapsamındaki yemek, yer, malzeme vb. ihtiyaçları nöbet tutulan sağlık kuruluşu tarafından karşılanacak, ulaşım konusunda gerekli kolaylık gösterilecektir.

8) 09/12/2014 tarihli ve 2014/33 sayılı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

Dağıtım
A PLANI

6.3.3. Mobil Sağlık Hizmetleri Genelgesi (2018/24)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı: 49654233-449
Konu: Mobil Sağlık Hizmetleri

..../...../2018

GENELGE
2018/24

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında; sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerlerine koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini, sürdürülebilirliğini ve etkinliğini sağlamak amacıyla **"mobil sağlık hizmetleri"** uygulamasına geçilmiştir. Ziyaret edilen bölgelerde bebek/gebe/lohusa izlemleri gibi aile hekimliği hizmetlerinin izlenmesi, kanser taramaları için yönlendirme ve eğitimlerin verilmesi, sağlık eğitimlerinin verilmesi, kronik hastalıklarla ilgili genel takip (tansiyon ölçümü, şeker takibi, boy/kilo takibi vb.) ve önleyici uygulamaların gerçekleştirilmesi, genel sağlık durumunun çevre sağlığı boyutuyla birlikte değerlendirilmesi, sağlık evi ebeleri görev tanımları içerisinde yer alan diğer iş ve işlemlerin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.

Mobil sağlık hizmetlerinin Bakanlığımız plan ve programlarına uygun olarak yaygınlaştırılması, hizmetlerin daha etkin olarak yürütülebilmesi için aşağıdaki hususlara riayet edilecektir;

1) Mobil sağlık ekipleri, illerde il sağlık müdürlüğünün teklifi üzerine valilik onayı ile kurulur ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne bildirilir.

2) Mobil nüfus olarak şehir yerleşkelerinin dışındaki uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim birimlerinde yaşayan ve genellikle tarım ve hayvancılıkla uğraşan nüfus tanımlanacaktır.

3) Yerleşim yeri sayısı ve nüfusun dağınıklığı da göz önünde bulundurularak, her 5.000 mobil nüfusa asgari 1 mobil sağlık ekip sayısı belirlenir.

4) Nüfusu; 100'ün altında olan yerlere ayda bir, 100-250 arası yerlere 2 haftada bir, 250 üzerine haftada bir ziyaret gerçekleştirilir. Ancak il sağlık müdürlüğünce ihtiyaç duyulması halinde bu sayıların üzerinde ziyaret planlanabilir.

5) Ekipler, ilgili toplum sağlığı merkezi, ilçe sağlık müdürlüğü veya EII-EIII rolündeki entegre hastanelere bağlı olarak çalıştırılacaktır.

6) Ekipler ihtiyaç duyulması halinde farklı ilçelerdeki mobil nüfusa hizmet verebilir.

7) Mobil sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında bulundurulması gereken araç-gereç ve tıbbi cihazlar ile ilaçların asgari standardı Ek-2'de gösterilmiştir. Ekipler hizmet sunumları esnasında bu malzemeleri yanında bulundurur.

8) Mobil sağlık hizmetleri sunumu için gerekli personelin görevlendirilmesi, hizmet araçlarının tahsisi, tıbbi cihaz, sarf malzemesi ve araç-gereç ihtiyacı il sağlık müdürlüklerince karşılanır.

9) Her ekip için bir araç belirlenir. Araç üzerindeki uygun yerlerde T.C. Sağlık Bakanlığı, ... İl Sağlık Müdürlüğü, Mobil Sağlık Hizmetleri, ibareleri ile Bakanlığımız logosu bulundurulur. Araçlarda GPS bulundurulur.

10) Ekipler asgari şoför ve sağlık personeli olmak üzere 3 kişiden oluşturulur. Ekibin sorumluluk alanındaki sağlık evi personeli ekibin doğal üyesidir. Diğerleri ise ebe, hemşire, sağlık memuru gibi sağlık personelidir. İhtiyaç halinde çevre sağlığı teknisyeni, sosyal çalışmacı gibi personel dahil edilebilir. Şoförün temin edilemediği yerlerde ekip üyelerinden uygun olan personele mevzuatına uygun olarak araç kullanma yetkisi verilir.

11) Mobil sağlık hizmetlerinde görevli personel görevin gerektirdiği beyaz önlük giyer ve mobil sağlık hizmetinde görevli olduğunu belirten yaka kartı takar.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Ekipte görevli sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları:

1) Ekipte görevli personel, 05/02/2015 tarihli ve 29258 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğindeki görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde görevi yürütür. Bu kapsamda mobil ekipte görevli sağlık personelinin sorumluluk alanındaki öncelikli görevleri şunlardır:

a) Hizmet sunumunda gerekli malzemeleri ve cihazları hizmete hazır olarak bulundurmak,

b) Sağlıkla ilgili kayıtları tutmak,

c) Halka sağlık eğitimi vermek,

ç) Nüfus hareketlerini (doğum, ölüm, göç, mevsimlik tarım işçileri gibi) takip etmek,

d) Sağlık göstergelerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak,

e) Bölgesindeki riskli gebeleri tespit etmek ve misafir anne uygulaması kapsamına alınması için faaliyetlerde bulunmak,

f) Kronik hastalar ve risk faktörleri ile sağlıklı yaşlanmaya yönelik danışmanlık hizmetlerinde görev almak, kronik hastalık izlemlerine destek olmak,

g) Evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinde görev almak,

ğ) Çevre sağlığı konusunda halk eğitimleri (tuvalet hijyeni, biosidal kullanımı eğitimi vb.) yapmak, gerektiğinde su sanitasyon hizmetlerinde görev almak,

h) Bulaşıcı hastalık salgınına neden olabilecek faktörleri tespit etmek, izlemek ve bildirim yapmak,

ı) Bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak,

i) Tüberküloz hastalarını düzenli olarak izlemek, ihtiyaçlarını bağlı olduğu birime bildirmek, bu konuda halka eğitim vermek,

j) Evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyleri tespit ederek koordinasyon merkezine bildirmek, ziyaret gününde yapılması gereken evde sağlık hizmetlerinden yetkisi dahilinde olanları yapmak,

k) Obezite ve diyabet danışmanlığı hizmetlerinde görev almak,

l) Tütün ve bağımlılık yapıcı maddeler ile mücadele hizmetlerini yürütmek

m) Kanser taramaları izlem ve eğitimlerini (kendi kendine meme muayenesi gibi) vermek,

n) Okul sağlığı eğitimleri (koruyucu ağız ve diş sağlığı, tuvalet hijyeni eğitimi vb.) ile okuldaki çevre sağlığı hizmetlerinde görev almak,

o) Mevsimlik tarım işçilerine yetkisi dahilinde bulunan hizmetleri sunmak,

ö) Gelişebilecek olası acil durumlar için gerekli malzeme ve ekipman bulundurulması ve reçete edilmesi şartı ile enjeksiyon hizmeti vermek, pansuman yapmak, sonda takmak ve basit sütur atmak,

p) Görevi ile ilgili verilen diğer işleri yapmak.

2) Mobil sağlık hizmetleri ekibinde yer alan şoför; ekibin hizmet yerine güvenli bir şekilde götürülüp getirilmesinden, aracın her zaman harekete hazır ve faal tutulmasından, aracın temizlik, bakım ve onarımlarının zamanında yaptırılmasından sorumludur.

Ekibin çalışma esasları:

1) Mobil sağlık hizmetlerinin mesai saatleri dahilinde verilmesi ve ekibin mesai saatlerinin tamamını mobil sağlık hizmetlerinde tamamlaması esastır.

2) Ekibin bağlı olduğu birim tarafından her ekibin ziyaret yerleri ve güzergâhlarını da içeren çalışma planı hazırlanır. Bu planı il sağlık müdürlüğüne ve ilgili muhtarlıklara bildirilir. Ekipler bu plan çerçevesinde ziyaretlerini gerçekleştirir.

3) Ziyaret günlerinin aile hekimliği gezici hizmet günü/haftası ile denk gelmemesine dikkat edilir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

4) Verilen hizmetin kayıtlarının tutulması ve sürecin yönetilebilmesi için her yerleşke için bir hizmet defteri (mümkünse tablet PC üzerinden) oluşturulur. Ekipler tarafından sunulan hizmet verileri her günün sonunda Ek-1' de yer alan "Mobil Sağlık Formu"na işlenerek kayıt altına alınır. Bu kayıtların icmali aynı form kullanılarak hazırlanan ekip icmali aynı gün sonunda il sağlık müdürlüğüne bildirilir. İl sağlık müdürlükleri de ilin icmalini aylık olarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderir.

Ziyaretlerde uyulacak ilkeler:

1) Mobil sağlık hizmetlerinin sunumunda aşağıda belirtilen ilke ve kurallara uyulacaktır;

a) Hazırlanan ve ilan edilen çalışma planına göre hizmetin sunulması esastır. Mücbir sebeplerle yapılan değişiklikler, ziyaret gününden en az 1 gün önce köylerin muhtarlarına bildirilecektir. Mobil sağlık hizmetine gidilen birimin muhtarlarıyla işbirliği içerisinde hizmetler yürütülür.

b) Hizmetlerin sunumu (varsa) sağlık evinde, olmaması halinde de yerleşkede belirlenen uygun bir mekânda sunulması esastır.

c) İleri derecede hastalığı, engelliliği ya da yaşlılığı olduğu için belirlenen hizmet mekânına gelemeyen vatandaşlar evlerinde ziyaret edilir.

d) Hizmetin verilmesi arasında tıbbi deontoloji ve mesleki etik ilkeleri ile ahlak ve genel nezaket kurallarına uyulması, hasta hakları mevzuatına uygun olarak hareket edilmesi zorunludur.

Mobil sağlık hizmetlerinin bu Genelge hükümlerine uygun olarak etkin bir şekilde eksiksiz olarak yürütülmesinden il sağlık müdürlükleri sorumludur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Emine ALP MEŞE
Makam a.
Bakan Yardımcısı

Ek:
1- Mobil Sağlık Formu
2- Mobil Sağlık Çantasında Bulunması Gereken Tıbbi Cihaz, Araç, Gereç Listesi

Dağıtım
Gereği:
A PLANI

6.3.4. Yetki Devri Genelgesi (2010/9)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı :B.10.0.TSH.027.00.02-170.09- **5323**
Konu: Yetki Devri

24 Şubat 2010

GENELGE
2010/9

Karayolları Trafik Kanununun değişik 48 inci maddesinin beşinci fıkrası ile 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanan ve 14.09.2004 tarihli ve 25583 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi (SÜDGE) Yönetmeliğine istinaden İl Sağlık Müdürlüklerimizde SÜDGE eğitim birimleri açılmıştır.

28.12.2006 tarihli ve 14693 sayılı Makam Oluru ile 10 ilimizdeki Sağlık Müdürlüğünün bünyesinde bulunan Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi (SÜDGE) Eğitim Birimi Bakanlığımızca "Bölge Eğitim Merkezi" olarak belirlenmiş, buralarda verilecek eğitimlerin esasları da 2007/18 tarih ve numaralı Genelgemiz ile belirlenmiştir.

İl sağlık müdürlüklerimiz bünyesindeki eğitim birimlerinde eksik olan personelin yerine görev alacak Bakanlığımız personelinin eğitimleri, bu genelgenin yayımı tarihinden itibaren Bakanlığımızca yetkilendirilen bölge eğitim merkezleri tarafından yapılacaktır.

Bu çerçevede;

1) SÜDGE eğitimcilerinin eğitimleri, sertifika sahibi eğiticileri bulunan ve Bakanlığımızca onaylanan bölge eğitim merkezlerinde yapılacaktır.
2) Eğitimci ihtiyacı bulunan il sağlık müdürlükleri, ihtiyaçlarını bağlı bulundukları SÜDGE bölge eğitim merkezi olan il sağlık müdürlüğüne bildireceklerdir.
3) Bölge eğitim merkezleri, eğitim programını ve eğitim takvimini hazırlayacak, eğiticilerin eğitim konularını ve eğitime alınacak kişilerin listesini de ekleyerek Valilik Onayı alacaklardır. Eğitimi Valilik onayını müteakip başlatacaklardır.
4) Eğitimler, 2 iş günü ve 8 saatten az olmayacak şekilde planlanacaktır.
5) Eğitimlerde, Bakanlıkça verilmiş sertifika sahibi eğiticiler ile Bakanlığımızca uygun görülmesi halinde konu ile ilgili öğretim görevlileri eğitici olarak görev alabileceklerdir.
6) Eğitim programı; alkol kullanımı ve etkileri, sürücü davranışları ve trafik güvenliği, adli tıp uygulamaları, ruhsal muayene ve psikolojik testler, sürücülerin sağlık durumları ile ilgili yasal düzenlemeler ve etkili eğitim becerileri konularını içerecek şekilde düzenlenecektir.
7) Eğitimlerin sonunda tüm eğitim konularını kapsayan yazılı sınav yapılarak, sınav sonucunda 100 tam puan üzerinden 70 ve daha üzerinde puan alanlar başarılı kabul edilecek ve SÜDGE eğitimcisi sertifikası almaya hak kazanacaklardır.
8) Başarılı olan eğitimcilere eğitim veren il sağlık müdürlüğünce ekte örneği bulunan sertifika düzenlenecektir

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı :B.10.0.TSH.027.00.02-170.09
Konu: Yetki Devri

9) Eğitim sonunda sertifika düzenlenenlerin mesleki unvan ve isimleri Bakanlığımıza bildirilecektir.

10) Bakanlığımız gerek gördüğü hallerde, eğitim, sınav ve değerlendirme süreçlerini izlemek üzere ayrıca personel görevlendirebilecektir.

Bu genelgemizin yayımı tarihinde 2007/18 sayılı Genelgemiz yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

EK:
Sertifika örneği

DAĞITIM

Gereği :
81 İl Valiliğine

Bilgi :
Teftiş Kurulu Başkanlığına
Hukuk Müşavirliğine
Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğüne
Personel Genel Müdürlüğüne

BÖLGE EĞİTİM MERKEZLRİ VE BAĞLI OLDUKLARI İLLER

ANKARA	Ankara
	Kırıkkale
	Bartın
	Çankırı
	Yozgat
	Kastamonu
	Çorum
	Bolu
	Karabük
	Eskişehir
İSTANBUL	İstanbul
	Bursa
	Düzce
	Sakarya
	Tekirdağ
	Yalova
	Zonguldak
	Kırklareli
	Edirne
	Kocaeli
	Bilecik
İZMİR	İzmir
	Balıkesir
	Muğla
	Uşak
	Aydın
	Çanakkale
	Manisa
	Kütahya
ANTALYA	Antalya
	Denizli
	Burdur
	Afyon
	Isparta
	Konya
	Karaman
İÇEL	İçel
	Adana
	Hatay
	Osmaniye

KAYSERİ	Kayseri
	Sivas
	Nevşehir
	Aksaray
	Kırşehir
	Niğde
SAMSUN	Samsun
	Amasya
	Giresun
	Ordu
	Sinop
	Tokat
TRABZON	Trabzon
	Erzurum
	Erzincan
	Ağrı
	Ardahan
	Bayburt
	Gümüşhane
	Iğdır
	Kars
	Rize
	Artvin
ELAZIĞ	Elazığ
	Malatya
	Bingöl
	Muş
	Tunceli
	Siirt
	Diyarbakır
	Batman
	Mardin
GAZİANTEP	Gaziantep
	Kahramanmaraş
	Şanlıurfa
	Van
	Adıyaman
	Bitlis
	Hakkari
	Kilis
	Şırnak

KIRKLARELİ
EDİRNE
TEKİRDAĞ
İSTANBUL
MARMARA DENİZİ
YALOVA
BANDIRMA
ÇANAKKALE
BURSA
BALIKESİR
BİLECİK
KOCAELİ
SAKARYA
DÜZCE
ZONGULDAK
BARTIN
KARABÜK
KASTAMONU
SİNOP
SAMSUN
ÇANKIRI
BOLU
ESKİŞEHİR
KÜTAHYA
UŞAK
MANİSA
İZMİR
ÇEŞME
KUŞADASI
AYDIN
DENİZLİ
MUĞLA
BODRUM
MARMARİS
FETHİYE
ISPARTA
BURDUR
AFYON
ANTALYA
KEMER
ALANYA
SİDE
KONYA
KARAMAN
KIRIKKALE
ANKARA
YOZGAT
GÖRÜM
AMASYA
TOKAT
ORDU
GİRESUN
TRABZON
RİZE
ARTVİN
ARDAHAN
KARS
IĞDIR
ERZURUM
GÜMÜŞHANE
BAYBURT
ERZİNCAN
SİVAS
KIRŞEHİR
KAYSERİ
NEVŞEHİR
AKSARAY
NİĞDE
MALATYA
ELAZIĞ
TUNCELİ
BİNGÖL
MUŞ
VAN
BİTLİS
BATMAN
SİİRT
DİYARBAKIR
HAKKARİ
ŞIRNAK
MARDİN
URFA
ADIYAMAN
K.MARAŞ
ADANA
OSMANİYE
GAZİANTEP
İÇEL
MERSİN
İSKENDERUN
HATAY
ANTAKYA
SALİFKE

6.3.5. Gönüllü Sağlık Tesisleri Genelgesi (2018/19)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 68289900-641.99
Konu : Gönüllü sağlık tesisleri

GENELGE
2018/19

Ülkemizde geçici koruma altına alınanlara sunulan sağlık hizmetleri, 04/11/2015 tarihli ve 9648 sayılı Makam Oluru ile yürürlüğe giren "Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar" çerçevesinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüz koordinasyonunda yürütülmektedir.

Gelinen süreçte ülkemizde geçici koruma altına alınan Suriyeli sayısı üç milyon beş yüz bini aşmış, bu kişilere ülkemiz tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin desteklenmesine dair AB Hibe Projesi (SIHHAT) yürürlüğe girmiştir. Proje kapsamında, geçici korunanların yoğun olduğu illerde, söz konusu kişilere birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için açılan göçmen sağlığı merkezlerinin yaygınlaştırılması ile bu merkezlerde Suriyeli sağlık çalışanlarının istihdam edilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

Bu kapsamdaki hizmetlerin mükerrer olarak sunulmasının önüne geçilmesi, kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılması ile desteklenmesine ihtiyaç duyulan hizmet alanlarının geliştirilmesi amacıyla, mezkûr usul ve esaslara göre yardım vakıfları veya dernekleri tarafından verilebilen gönüllü sağlık hizmeti sunumunda aşağıda belirtilen hususlar doğrultusunda işlem tesis edilecektir:

1) Gönüllü sağlık tesislerine, öncelikli olarak fizik tedavi, ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri ile bunları destekleyecek tetkik hizmetlerini sunmak kaydıyla 15/02/2008 tarihli ve 26788 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Ayaktı Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin Ek 13'ünde yer alan Muayenehanede Yapılabilecek Tıbbi İşlemlere uygun olarak, Bakanlığımızın uygun göreceği yerleşim yerlerinde izin verilecektir.

2) Göçmen sağlığı merkezleri açılması planlanmayan yerlerde, ayaktan tanı ve tedavi ile küçük cerrahi müdahaleleri kapsayacak şekilde hizmet sunmak isteyen gönüllü sağlık tesisleri, il sağlık müdürlüğü tarafından oluşturulan "Rapor" doğrultusunda, göçmen sağlığı merkezleri için belirlenen standartlara uygun olarak, Bakanlığımızın uygun görüşüyle açılabilecektir.

3) Gönüllü sağlık tesislerinde Bakanlığımız tarafından verilen teorik ve uygulamalı uyum eğitimlerini tamamlayan geçici koruma statüsü sahibi hekimler ile yardımcı sağlık personeli istihdam edilecektir.

4) Fizik tedavi hizmeti sunması planlanan gönüllü sağlık tesisinde, sorumlu hekim olarak ülkemizde mesleğini icra etmeye yetkili bir fizik tedavi uzmanı; ruh sağlığı alanında hizmet sunması planlanan gönüllü sağlık tesisinde sorumlu hekim olarak ülkemizde mesleğini icra etmeye yetkili bir psikiyatri uzmanı görevlendirilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 68289900-641.99
Konu : Gönüllü Sağlık Tesisleri

5) Fizik tedavi hizmeti sunması planlanan gönüllü sağlık tesislerinde, ilgili sağlık personeline ilave olarak üniversitelerin 2 yıllık Fizyoterapi Teknikerliği ya da buna denk bir bölümden mezun en az bir Fizik Tedavi Tekniker görevlendirilecektir.

6) Fizik tedavi hizmeti sunması planlanan gönüllü sağlık tesislerinde, asgari 5 metrekare büyüklüğünde ve hasta mahremiyeti için tek kişiye hizmet verecek şekilde planlanmış elektroterapi hizmetleri verilecek kabinler oluşturulacaktır. Bu kabinlerde asgari;

a) Hotback kazanı (sıcak torbalar için),
b) Tens (ağrı tedavisi için),
c) Ultrason (fizik tedavide kullanılan),
d) Kombine Elektroterapi Cihazı,

bulundurulacaktır.

7) Gönüllü sağlık tesislerinde, sunulan sağlık hizmet verilerinin kaydı için Bakanlıkça uygun görülmüş bilgisayar programı kullanılacaktır. İlgili programlara kayıt edilemeyen veriler için il sağlık müdürlüğünce tasdik edilmiş kayıt defteri kullanılacaktır. Sağlık hizmet verileri, aylık olarak bir sonraki ayın ilk beş iş günü içerisinde il sağlık müdürlüklerine gönderilecektir.

8) Mevcut gönüllü sağlık tesisleri kendilerine verilen izin süresinin sonunda faaliyetlerini sona erdirecektir. Yeniden hizmet sunmak istenmesi halinde bu genelgeye uygun olarak işlem tesis edilecektir.

İlinizde açılması planlanan ya da faaliyet gösteren gönüllü sağlık tesislerinin, açılması ile faaliyetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesine dair işlemlerin, "Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar" ile bu genelge hükümleri dikkate alınarak yürütülmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müşteşar

Dağıtım
Gereği:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

6.3.6. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Ücretsiz Olması Genelgesi (2007/62)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0130004-
Konu : Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması

24.07.2007* 08439

STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞINA

GENELGE
2007/62

İlgi : 2/7/2007 tarihli 2007/54 No'lu Genelge

İlgi genelge ile Bakanlığımızın sunduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinde Temmuz ayı başından itibaren yürürlüğe giren uygulama değişiklikleri duyurulmuş ve hizmet sunulurken vatandaşlarımızdan herhangi bir ücret alınmayacağı, sosyal güvenlik kuruluşlarına da ayrıca fatura tanzim edilmeyeceği belirtilmiş idi.

Bununla beraber 9/7/2007 tarih ve 2007/12377 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile bu hususta yapılan değişiklikler nedeniyle, Bakanlığımızın sunduğu birinci basamak sağlık hizmetleri 1/7/2007 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir:

1. Bakanlığımız birinci basamak sağlık kuruluşlarınca (EK-1), kişilere verilecek olan tüm birinci basamak sağlık hizmetleri için ilgiliden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği gibi sosyal güvenlik kurumlarına da fatura edilmeyecektir (her türlü muayene, tetkik, tedavi ile işe giriş, sürücü olur, evlilik raporu ve benzeri her türlü rapor dahil).

2. Bağlı olunan sosyal güvenlik kurumlarının ibraz edilmesini istediği belgeler (karne, aktif çalışan için vizite kağıdı, sevk kağıdı vb) ile gerektiğinde kimlik belgesi dışında kişilerden herhangi bir belge istenmeyecektir.

3. Birinci basamakta yapılan hemoglobinopatiler, diğer kalıtsal kan hastalıkları, endokrin ve metabolik hastalıklara ait tüm tetkik ve taramalar Bakanlığımızca ücretsiz olarak yapılacaktır.

4. Bakanlığımız birinci basamak hekimleri tarafından istenmesi şartıyla, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Bölge Müdürlükleri ve Halk Sağlığı laboratuvarları;

a) 2007 yılı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği Ek-8A'da belirtilen laboratuvar tetkikleri ve radyolojik görüntüleme işlemleri,
b) Salgın hastalıklara yönelik epidemiyolojik analizler veya salgın hastalık tehlikesine yönelik analizler ve kontrol programına yönelik sürveyans analizleri,
c) Portör tetkikleri,
d) Evlilik öncesi yapılan tetkikleri

için kişilerden herhangi bir ücret talep etmeyecek ve sosyal güvenlik kurumlarına fatura etmeyeceklerdir.

Ancak doğrudan kişiye yönelik olmayan su analizi, atık su tetkikleri, gıda analizi ve benzeri analizler ile birinci basamağa yönelik olmayan diğer işlemler genelge kapsamı dışında olup uygulama mutad şekilde devam ettirilecektir.

5. Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinde (KETEM) verilen sağlık hizmetlerinden Bakanlığımız birinci basamak hizmetlerine yönelik olarak ve hekim tarafından istenmesi şartıyla tarama amaçlı yapılan mamografi, meme ultrasonografisi, pap smear ve gaitada gizli kan için kişilerden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve sosyal güvenlik kuruluşlarına fatura edilmeyecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0130004-
Konu : Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması

6. Kamu ve özel kurumların planlı toplantı, spor müsabakaları, protokol amaçlı gösteri veya eğitimlerinde ambulans görevlendirmeleri eskiden olduğu gibi ücretlendirilmeye devam edilecektir (14/5/2007 tarih 9664 sayılı yazı, 29/12/2006 tarih 14754 sayılı yazı ve eki gereği). Yine trafik kazalarında sunulan hizmetlerle ilgili bilgi ve belgeler eskiden olduğu gibi Bakanlığımız Trafik Hizmetleri Döner Sermaye İşletme Müdürlüğüne gönderilmeye devam edilecektir.

7. Yapılan muayene, tetkik, girişim, 112 acil yardım ve bunun gibi her türlü hizmetler ile kişilerin sosyal güvenlik kurumlarına yönelik bilgileri kayıt altına alınmaya devam edilecektir. Bu bilgiler İl Sağlık Müdürlükleri, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Bölge Müdürlüklerince hizmet verilen ayı takip eden ayın ilk 7 günü içerisinde elektronik ortamda (EK-2) Strateji Geliştirme Başkanlığına ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne iletilecektir.

8. Performansa dayalı ek ödeme uygulamasına devam edilecek ve birinci basamak döner sermayesince dağıtılacak tutarların belirlenmesinde ilgi yılı tedavi giderleri resmi fiyat tarifesine tekabül eden tutarlar esas alınacaktır.

Yapılacak iş ve işlemlerin aksatılmaması, uygulamanın başlangıcından itibaren vatandaşın sağlık hizmeti alımının kolaylaştırılmasına yönelik tüm önlemlerin alınması için bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Uz. Dr. Orhan Fevzi GÜMRÜKÇÜOĞLU
Bakan a.
Müsteşar V.

EKLER:
Ek-1 : Liste (1 sayfa)
Ek-2 : Form Örneği (1 sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
A Planı

Bilgi:
Maliye Bakanlığına
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığına

6.3.7. Mesai Saatleri Harici İşyeri Hekimliği Genelgesi (2014/1)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 98878870/63
Konu : Mesai saatleri harici işyeri hekimliği

GENELGE
2014/1....

30/06/2012 tarihli ve 28339 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile; ülke çapında iş sağlığı ve güvenliği (İSG) hizmetlerinin yaygınlaştırılması, bu hizmetlerden tüm çalışanların etkin ve verimli şekilde yararlanması amaçlanmıştır.

Diğer taraftan, 18/01/2014 tarihli ve 28886 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 21 inci maddesi ile, 1219 sayılı Tabebet ve Şıhabat Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 12 nci maddesinin üçüncü fıkrasına, "Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve yöneticilik görevi bulunmayan tabipler ile aile hekimleri, kurum ve kuruluşlarındaki çalışma saatleri dışında ve kurumlarının izniyle aylık otuz saati geçmemek üzere iş yeri hekimliği yapabilir" hükmü ile "Tabipler, iş yeri hekimliği eğitimi alma ve iş yeri hekimliği belgesine sahip olma şartı aranmaksızın 10'dan az işçi çalıştıran az tehlikeli iş yerlerinin iş yeri hekimliği görevini yapabilirler" hükmü eklenmiş olup söz konusu hükmün uygulanmasına yönelik bazı hususlara açıklık getirilmesi ihtiyacı hasıl olmuştur.

Bu çerçevede;

1) Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının merkez ve taşra teşkilatlarında, asaleten veya vekâleten ayrımı yapılmaksızın disiplin amiri olarak görev yapan personel yönetici olarak değerlendirilecektir.

2) Aile hekimleri dâhil hekimlerin, mesai saatleri dışında ve tutulması gereken her türlü nöbet saatleri ile çakışmamak üzere işyeri hekimliği yapabileceğine ilişkin izinleri; Bakanlık ve bağlı kuruluşları merkez teşkilatında Genel Müdür veya Kurum Başkanı, taşrada işe hekimin görev yaptığı kurama göre İl Sağlık Müdürü, Halk Sağlığı Müdürü, Genel Sekreter veya Bölge Baştabibi tarafından verilecektir. Bu izin aylık otuz saati aşmayacaktır.

3) İşyeri hekimliği yapacak hekimler, işyerleri ile İSG-KATİP sistemi üzerinden yapılan sözleşmelerin imzalı suretlerini izin aldığı kurama ibraz edecektir.

4) Tüm hekimler, on (10)'dan az çalışanı olan az tehlikeli sınıfa ait işyerlerinde işyeri hekimliği belgesi aranmaksızın işyeri hekimliği hizmeti verebilecektir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
A Planı

6.3.8. TSM Genelgesi (2013/11)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 90611027/664
Konu : Genelge

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - Türkiye Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığı Evrak Bürosu

.....VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 30.06.2012 tarihli ve 28339 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda iş sağlığı ve güvenliği hizmeti yürütmek isteyen kamu ve özel sektör kuruluşları, 29.12.2012 tarihli ve 28512 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliğinde yer alan hükümlere göre yetkilendirilmektedir.

Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yaygınlaştırılabilmesi için Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesinde Ortak Sağlık Güvenlik Birimlerinin (OSGB) kurulması önem arz etmektedir. Söz konusu Yönetmeliğin 17 nci maddesinin 7 nci fıkrasına göre Toplum Sağlığı Merkezlerinin yetkilendirilme ve denetimine ilişkin usul ve esasların Bakanlığımız ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının birlikte hazırlayacakları genelge ile belirleneceği hükme bağlanmıştır.

Bu hüküm gereği Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca yayımlanan 2013/11 sayılı Genelge ekte yer almakta olup ilgili tüm kurumlara duyurulması, İlinizde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sunacak OSGB'lerin, genelgede belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde hızla kurularak hizmet sunumuna başlamasının sağlanması hususlarında,

Bilgilerini ve gereğini arz ve rica ederim.

Doç. Dr. Tamer BUZGAN
Bakan a.
Kurum Başkanı

EK: Genelge (2 sayfa)

DAĞITIM:
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına
(İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü)
81 İl Valiliğine (Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığından;

GENELGE

2013/11

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 30.6.2012 tarihli ve 28339 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Söz konusu Kanun hükümlerine göre iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütmek isteyen kamu ve özel sektör kuruluşları Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca (ÇSGB) yetkilendirildikten sonra hizmet sunabilmektedirler.

Ortak sağlık ve güvenlik birimlerinin yetkilendirilme ve çalışma usulleri ise 29.12.2012 tarihli ve 28512 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliğinde belirlenmiştir. Bu bağlamda; Sağlık Bakanlığına bağlı toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) işyeri hekimliği ve diğer sağlık personeli hizmetlerinin sunulabilmesi için aşağıdaki hususların yerine getirilmesi gerekmektedir.

Fiziki mekân koşulları:
Bulunduğu bölgede iş sağlığı hizmeti sunmak isteyen TSM'ler muayene odası olarak 10 m², ilk yardım ve acil müdahale odası olarak 15 m² ve bekleme yeri olarak da en az 12 m²'lik alanlar ile uygun büyüklükte arşiv bölümü oluşturacaklardır. Buna ilaveten iş güvenliği hizmeti vermek isteyen TSM'ler belirtilen odalara ek olarak 10 m² iş güvenliği uzmanı odası bulundurmakla yükümlüdürler. Söz konusu odaların aynı bina içerisinde bulunması esastır.

İnsan kaynakları:
TSM'lerde görev yapan hekimlerin ve diğer sağlık personelinin iş sağlığı hizmeti sunabilmeleri için geçerli işyeri hekimliği ve diğer sağlık personeli belgesine sahip olmaları gerekmektedir.

TSM sorumlu hekimi aynı zamanda bu Genelge kapsamında yürütülecek hizmetler ile ilgili iş ve işlemlerden Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğüne karşı da sorumludur. Sorumlu hekimin değişmesi durumunda yeni sorumlu hekim İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğüne yazı ile bildirilecektir.

Başvuru işlemleri:
İş sağlığı hizmeti sunmak isteyen TSM'ler dilekçe ile birlikte fiziki alanların gösterildiği plan ve ilgili yere ait yangına karşı gerekli tedbirlerin alındığına dair yetkili mercilerden alınmış belge, işyeri hekimi ve diğer sağlık personeline ait görevlendirme yazıları ile diploma ve sertifikalarının bir örneğini bağlı bulunduğu Halk Sağlığı Müdürlüğü kanalı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğüne göndereceklerdir.

Yetkilendirme ve hizmeti sunma işlemleri:
TSM yetki belgeleri TSM adresine münhasıran verilecek olup herhangi bir yer değişikliği olduğu takdirde, aynı işlemler tekrarlanarak yeni belge düzenlenir. Yetki belgesi alındıktan sonra ilgili personelin bilgileri elektronik ortamda ÇSGB'ce yürütülen ISG KATIP'in veri tabanında tanımlanarak hizmet sunulabilecektir. Bu genelge kapsamında görevlendirilecek işyeri hekimi, diğer sağlık personeli ve olması halinde iş güvenliği uzmanına ilgili mevzuatla belirlenen çalışma sürelerine uygun olarak ISG KATIP'de onaylanan iş sağlığı ve güvenliği hizmet sözleşmesi süresi içerisinde bu hizmetin yürütülmesine engel olacak başka bir görev

verilmeyecektir. Ancak, bu süreler dışındaki mesai planlaması Sağlık Bakanlığının ilgili mevzuatına tabidir.

Denetleme işlemleri:
Yetkilendirilmiş TSM'lerin sunduğu hizmetlerin İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu yönünden denetimleri ÇSGB tarafından, diğer hususların denetimleri ise Sağlık Bakanlığınca yapılır.

ÇSGB tarafından yapılan denetimler sonucunda tespit edilen eksiklikler ilgili TSM'nin bağlı olduğu İl Müdürlüğüne bildirilir. Hizmetin aksamaması için gereken tedbirler İl Müdürlüğü tarafından alınır.

Hizmet alan işyeri yetkilisi ile TSM'nin sorumlu hekimi (sorumlu müdür yetkisi ile) e-devlet şifresi alarak her türlü işlemi www.isgkatip.csgb.gov.tr adresindeki İSG KATIP üzerinden yapabilir.

TSM'lerin iş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunmasında ortaya çıkabilecek problemlerin çözümü için Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı bünyesindeki Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığı ile ÇSGB İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü bünyesindeki Yetkilendirme Daire Başkanlığı ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederiz.

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Sağlık Bakanı

Faruk ÇELİK
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı

Aile Sağlığı Merkezleri Kiralama

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununa göre hazineye, belediyeye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenler, Hazine ve Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimine kiraya verilebilmektedir.

Bu itibarla; mülkiyeti hazineye ait olup Bakanlığımıza tahsisli/tasarrufunda olan yerler ile diğer kamu kurum/kuruluşları veya özel hukuk (gerçek ve tüzel) kişilerinden geçici-sürekli tahsis, protokol, encümen kararı vb. ile kullanım hakkı Bakanlığımız tasarrufuna bırakılan yerler aile hekimlerine kiralanabilmektedir. Bu binalarının aile hekimlerine kiraya verilmesi işlemler; 2886 Sayılı Devlet İhale Kanunu, Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik ve 2011/43 Sayılı Genelgede (Kurumlarımızda yer alan ticari alanların kiraya verilmesi konulu Genelge) belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde yapılmaktadır.
Aile hekimleri ile yapılacak kiralamalarda; kira sözleşme süresi aile hekimi hizmet sözleşme süresi ile sınırlı olmalı, kira sözleşmesinde bu hususa yer verilmelidir. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği gereğince; aile hekimliği hizmet sözleşmesi ile kiralama sözleşmesi birlikte imzalanmalıdır.

İlçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi veya bunlara bağlı diğer hizmet birimleri ile aile sağlığı merkezlerinin birlikte hizmet verdiği müşterek binalarda aile hekimliği birimlerince kullanılan alanların kira bedelleri, kullanım alanları gözetilerek hesaplanmalıdır. Müşterek olarak kullanılan binalarda aile hekimleri tarafından kullanılmayan alan ve bölümler için aile hekimlerinden kira talep edilmemelidir.
Müşterek olarak kullanılan ve aile hekimlerine kiralanan binalarda, elektrik, su vb. aboneliklerin mümkünse ayrılması; hizmetin gereği ve altyapı gibi nedenlerle aboneliklerin ayrılmasının mümkün olmadığı hâllerde ise elektrik, su, doğalgaz, gibi işletme giderlerinin kullanım alanı ve kullanım zamanı gibi faktörler dikkate alınarak ilgili aile hekimlerinden tahsil edilmelidir.

Bakanlığımız tasarrufunda olmayan ve ilgili mevzuatında belirlenen standartları sağlayan diğer kamu kurumları veya özel hukuk (gerçek ve tüzel) kişilerin tasarrufunda/mülkiyetinde olan yerler de aile hekimleri tarafından doğrudan Aile Sağlığı Merkezi (ASM) olarak kiralanabilmektedir. Bu binaların kiralama iş ve işlemleri sözleşmenin tarafları arasında tesis edilmelidir.

6.3.9. Aile Hekimliği Formları Genelgesi (2010/48)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B. 10. 0.TSH.0.20.00.01
Konu : Aile hekimliği formları

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağ. Hiz. Genel Md.Aile
Hekimliği Uygulama Şube Müd.
30 Haziran 2010 15:16:44 /29222

GENELGE
2010/48

Ülkemizde aile hekimliği uygulaması 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ve bu Kanuna istinaden yayımlanan Yönetmelikler çerçevesinde 2005 yılında Düzce İlinde başlamış ve halen 46 ilimizde devam etmektedir. 2010 yılı sonunda ülkemizin tamamında aile hekimliği uygulamasına geçilecektir.

Aile hekimliği uygulamasında standart veri toplanması ve Bakanlığımıza gönderilmesi amacıyla Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) oluşturulmuştur. 05.01.2009 tarih ve 154 sayılı "Protokol defteri" konulu genel yazımız ile aile hekimlerinin kullandıkları basılı ortamdaki protokol defterleri yerine 01.05.2009 tarihi itibari ile elektronik protokol defteri uygulaması yürürlüğe konulmuştur. Bu ve diğer uygulamalarla ihtiyaç duyulan veriler ulusal sağlık veri sözlüğü standartlarında eksiksiz olarak Sağlık Bakanlığı bilgi işlem veri tabanına gönderilmekte ve kaydedilerek depolanmaktadır.

Yukarıda değinildiği üzere Bakanlığımızın yapmış olduğu çalışmalar sonucunda söz konusu verilerin aile hekimliği bilgi sistemi aracılığıyla toplanması için gerekli olan bilişim ve donanım alt yapısı oluşturulmuştur. Aile hekimlerinin yapmış olduğu tüm iş ve işlemler ile uygulamaları Aile Hekimliği Bilgi Sistemine girmeleri nedeniyle, **01.07.2010** tarihinden itibaren aile hekimlerinden ayrıca basılı veya elektronik ortamda (form) herhangi bir bilgi istenmeyecektir.

Bakanlığımız birimleri, il sağlık müdürlükleri, sağlık grup başkanlıkları ve toplum sağlığı merkezleri ihtiyaçları olan bilgileri, Sağlık Bakanlığı internet sayfası web uygulamaları linkinden ulaşılabilen Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) ve Karar Destek Sistemin (KDS-İş Zekası)'den temin edeceklerdir. İl Sağlık Müdürlüklerine bu sistemlerin kullanım yetkisini Bakanlığımız İdari Mali İşler Daire Başkanlığı verecektir.

Bu genelgenin yayımı tarihinden evvel yürürlükte bulunan genelgelerdeki aile hekimlerinden yazılı veya elektronik olarak verilerin toplanacağına dair hükümler 1.7.2010 tarihi itibariyle uygulanmayacaktır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

Dağıtım:
Gereği:
A Planı

6.3.10. Kurumlarımızda Yer Alan Ticari Alanların Kiraya Verilmesi Genelgesi (2011/43)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı :B.10.0.SGB.0.84.00.01/10-06-
Konu : Kurumlarımızda yer alan ticari alanların kiraya verilmesi.

..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

GENELGE
2011/..43

Bilindiği üzere 6225 sayılı "Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"un 2 inci maddesi ile 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasına (h) bendinden sonra gelmek üzere (ı) ve (i) bentleri eklenmiştir.

209 sayılı Kanuna eklenen (ı) bendinde; ***"Bakanlık sağlık kurum ve kuruluşlarının 31/12/1960 tarihli ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanununun 70 inci maddesinde belirtilen mal ve hakların kiralanması..."*** hükmüne yer verilerek mal ve hakların kiralanmasından elde edilecek gelirlerin işletme döner sermayesine gelir kaydedebilmesinin yolu açılmıştır.

Bu amaçla, Mülkiyeti Hazineye ait /Hazine ile hisseli/ üst yapı Hazineye ait ya da zemini Hazineye ait olup, Sağlık Bakanlığına tahsisli olan yerler ile Sağlık Bakanlığınca kiralanmış ve kira bedelleri merkezi yönetim bütçesinden karşılanan hastane ve birinci basamak sağlık kurumlarındaki ticari amaçla kullanılması mümkün olan bölümlerinin (söz konusu taşınmazların Aile Hekimlerine kiralanması dahil olmak üzere) Sağlık Bakanlığı tarafından Döner Sermaye İşletmeleri eliyle işlettirilmesine ilişkin esas ve usullerin belirlenmesi amacıyla Maliye Bakanlığı ile Bakanlığımız arasında **15/06/2011** tarihinde protokol imzalanmıştır.

Protokol, mevcut ticari alanlar ile protokolün imzalanmasından sonra Sağlık Bakanlığınca oluşturulacak yeni ticari alanları kapsamaktadır.

Kurumlarımız arasında uygulama birliğinin sağlanması amacıyla protokol hükümlerinin üçüncü kişileri de ilgilendirilen hükümleri ve diğer hususlar aşağıda belirtilmiştir.

A. Protokol Hükümleri

1. Protokolün süresi, protokolün imzalandığı tarihten itibaren 10 (On) yıl olup, Bakanlığımıza bağlı kurumlar ile üçüncü kişiler arasında düzenlenecek sözleşmeler hiçbir şekilde protokol süresini aşmayacaktır.
2. Üçüncü kişiler ile yapılacak sözleşmelere, protokolün herhangi bir gerekçe ile sona ermesi halinde kira sözleşmesinin de sona ereceğine ve bu şekilde sona ermeden dolayı herhangi bir hak ve tazminat talebinde bulunulmayacağına dair hüküm konulacaktır.
3. Üçüncü kişilere hiçbir şekilde kiralama karşılığında ticari alan yaptırılmayacaktır.
4. Bakanlığımıza bağlı kurumlardaki ticari alanlar hiçbir şekilde bedelsiz olarak işlettirilmeyecektir.
5. Bakanlığımıza bağlı kurumlar ile üçüncü kişiler arasında düzenlenen sözleşmenin (Mülkiyeti üçüncü şahıslara ait olmakla birlikte kullanım hakkı Bakanlığımıza veya Valiliğe bırakılan taşınmazlardaki ticari alanlar ile döner sermaye kaynaklarından kiralanan taşınmazlardaki ticari alanların kiraya verilmesi sonucunda düzenlenen sözleşmeler ve Aile Hekimleri ile yapılan sözleşmeler hariç) bir örneği sözleşmenin düzenlenmesinden itibaren 1 (Bir) ay içinde ilgili Defterdarlığa gönderilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı :B.10.0.SGB.0.84.00.01/10-06-
Konu : Kurumlarımızda yer alan ticari alanların kiraya verilmesi.

6. Bünyesinde ticari alan bulunan Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşların kapatılması halinde, kapatıldığına ilişkin bilgi ve belgeler İl Sağlık Müdürlüklerince 1 (Bir) ay içinde ilgili Defterdarlığa bildirilecektir.

7. Ticari alanlar amacı dışında kullanılamayacak ve taşınmazların Sağlık Bakanlığına tahsis amacı ile bağdaşmayacak faaliyetlere konu edilmeyecektir.

B. Mevcut Sözleşmeler

1. Bakanlığımıza bağlı kurumlar içerisinde yer alıp, Maliye Bakanlığı birimleri tarafından kiraya verilen ticari alanlara ait devam eden sözleşmeler protokolün imzalandığı tarih itibarıyla, sözleşme süresi sonuna kadar aynı şartlarla Bakanlığımıza bağlı kurumlara devredilmiş olup, kira bedelleri Bakanlığımıza bağlı ilgili kurumlarca tahsil edilecek ve elde edilen kira gelirleri döner sermaye bütçesine gelir kaydedilecektir.

2. Mevcut sözleşmelerin süresinin bitiminde yeni ihaleler kurumlarımızca yapılacaktır.

3. Protokolde; "*Milli Emlak birimlerince, mevcut kiracılara, kira sözleşmelerinin Sağlık Bakanlığına devredildiği, kira bedellerinin Sağlık Bakanlığının/İl Sağlık Müdürlüğünün belirteceği saymanlığa ödeneceği hususu bildirilecek ve kira dosyalarının bir örneği İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilecektir.*" şeklinde ifade yer almaktadır.

Bu bağlamda;

a. Mevcut kira bedellerinin ilgili döner sermaye saymanlığı hesabına yatırılabilmesi için bağlı olunan döner sermaye saymanlık bilgileri ve hesap numaraları kurumlarımızca ilgili Milli Emlak birimlerine bildirilecek, ayrıca konu hakkında İl Sağlık Müdürlüklerine bilgi verilecektir.

b. İl Sağlık Müdürlüklerince mevcut kira sözleşmelerine ait dosyaların bir örneği ilgili Milli Emlak Birimlerinden teslim alınarak kurumlara gönderilecektir.

C. Ticari Amaçla Kullanılması Mümkün Olan Yeni Alanların Açılması

1. Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşlarımız döner sermayeli işletme niteliğinde olup, tabi olduğu mevzuat çerçevesinde **kar amacı gözetmeden** genel işletmecilik esasları doğrultusunda yönetilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından döner sermeye gelirlerine katkı sağlanması amacıyla Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşlarda ticari amaçla kullanılması mümkün olan **yeni ticari alanlar açılacak/oluşturulacak ve bu ticari alanlar üçüncü şahıslara kiraya verilecektir.**

2. Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşlarca, üçüncü kişilerden kiralanmış olan taşınmazlarda bulunan mevcut veya yeni oluşturulacak ticari alanlar da kiraya verilebileceğinden kira sözleşmelerine, kiralanan taşınmazın ticari alanlarının alt kiracılara verilebileceğine dair hüküm konulması hukuki ihtilaflarla karşılaşılmaması açısından önem taşımaktadır.

3. Mülkiyeti üçüncü şahıslara ait olmakla birlikte belli bir süre ile kullanım hakkı protokol ile Bakanlığımıza veya Valiliğe bırakılan taşınmazlardaki ticari alanların kiraya verilmesinde bu genelge hükümleri uygulanacaktır.

4. Bakanlığımıza bağlı sağlık kurum ve kuruluşları, mevcut ve yeni oluşturulacak ticari alanlarda genel kabul görmüş faaliyet alanları dışında yeni bir faaliyet alanı ile ilgili kiralama işlemi yapmadan önce İl Sağlık Müdürlüğünden izin alacaklardır. İl Sağlık Müdürlüklerince tereddüt edilen hususlarda Bakanlığımızın ilgili merkez birimlerinden (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı vb.) görüş alınacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı :B.10.0.SGB.0.84.00.01/10-06-6479 16/06/2011
Konu : Kurumlarımızda yer alan ticari alanların kiraya verilmesi.

D. Kiralama İhaleleri ve Kira Süresi

2886 sayılı Devlet İhale Kanunu'nun 74 üncü maddesinde; "*Tarihi ve bedii değeri olanlar hariç Hazinenin özel mülkiyetindeki yerlerin satışı, kiraya verilmesi, trampası ve mülkiyetin gayri ayni hak tesisi ile Devletin hüküm ve tasarrufu altındaki yerlerin kiraya verilmesi, mülkiyetin gayri ayni hak tesisi esasları Maliye Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikte belirlenir.*" şeklinde yer alan hükme istinaden Maliye Bakanlığı'nca Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik hazırlanmış ve 19/06/2007 tarihli Resmi Gazete yayımlanarak ekleri ile birlikte 1/07/2007 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Buna göre;

1. Kurum ve kuruluşlarımız ticari alanları kiraya verirken söz konusu yönetmelik hükümlerine göre hareket edeceklerdir.
2. Kiralama ihalelerinde ita amirliği görevi, döner sermayeli işletmelerimizin harcama yetkilileri tarafından yerine getirilecektir.
3. İhale komisyonları, harcama yetkilileri tarafından komisyon başkanı dâhil olmak üzere kurum personelinden oluşturulacaktır.
4. İhale komisyonlarına maliye üyesi olarak yönetmelikte belirtilen kişilerden biri görevlendirilecektir.
5. İhalenin parasal tutarı ne olursa olsun, ihale kararları onaylanmak üzere Maliye Bakanlığı'na gönderilmeyecek ve döner sermayeli işletmelerimizin harcama yetkililerince kesinleştirilecektir.
6. Yönetmelikte Hazine adına gelir kaydedileceği belirtilen teminatlar ve parasal tutarlar döner sermaye işletmesi adına gelir kaydedilecektir.
7. Kurumlarımız yapılan ihalelerden dolayı yasaklamayı gerektirir bir durumla karşılaştıklarında, gereğinin yapılması için bu durumu yönetmelikte belirtilen süre içinde Bakanlığımıza (Strateji Geliştirme Başkanlığı) bildireceklerdir.
8. Kiralamaların süresi 3 yıldan fazla olmayacaktır.
9. Kiralama işlemlerinin Milli Emlak Müdürlükleri veya Mal Müdürlükleri ile istişare edilerek yapılması, uygulamanın sağlıklı yürütülmesi için önem arz etmektedir.

E. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Uyarınca Aile Hekimlerine Yapılacak Kiralamalar

1. 5258 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinde; "*Hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenler, Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimine kiraya verilebilir.*" şeklinde hüküm yer almaktadır.

Anılan hüküm ve imzalanan protokol kapsamında Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşların kullanımında olan taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenlerin Aile Hekimlerine kiraya verilmesi ve bu kiralamadan elde edilecek gelirler ile ilgili olarak;

a) Aile hekimlerine yapılacak kiralama işlemlerinde, bu genelgenin *D.Kiralama İhaleleri ve Kira Süresi* başlığı altında yapılan açıklamalar da dikkate alınarak Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanacaktır.

b) Kiralamalar, Yönetmeliğin 67 inci maddesinin 3 üncü fıkrasına istinaden pazarlık usulü ile ihale edilecektir.

...

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı :B.10.0.SGB.0.84.00.01/10-06-
Konu : Kurumlarımızda yer alan ticari alanların kiraya verilmesi.

c) Kira sürelerinin aile hekiminin sözleşme süresi ile sınırlı olduğu hususunda kira sözleşmelerine madde eklenecektir

2. Daha önce birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılırken aile hekimliği uygulamasına geçilmesi nedeniyle atıl durumda kalan tıbbi cihaz, büro araç ve gereçleri ile diğer dayanıklı taşınırların (209 sayılı Kanunun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (ı) bendinde yer alan hüküm doğrultusunda) aile hekimlerine kiraya verilmesi ve bu kiralamalardan elde edilecek gelirler ile ilgili olarak;

a) Taşınırların kiralama işlemlerinde Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği hükümlerine göre hareket edilecektir.

b) Taşınırlar söz konusu yönetmeliğin 44 üncü maddesinin (d) bendine göre pazarlık usulü ile ihale edilecektir.

c) Taşınırların kira bedelinin tespiti, taşınırın rayiç bedeli ve yıllık amortisman tutarları dikkate alınarak oluşturulacak komisyon marifetiyle belirlenecektir.

F. Kurumlarımızın Elde Edeceği Kira Gelirleri Katma Değer Vergisi ve Kurumlar Vergisinden Muaftır

6225 sayılı Kanunun 6 ncı ve 7 nci maddelerinde yapılan düzenlemeler ile Bakanlığımıza bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca 193 sayılı Gelir Vergisi Kanununun 70 inci maddesi kapsamında elde edilecek gelirler; Kurumlar Vergisinden muaf, Katma Değer Vergisinden ise istisna edilmiştir.

Bilgilerinizi ve konunun iliniz dâhilindeki Bakanlığımıza bağlı tüm döner sermayeli kurum ve kuruluşlar ile Milli Emlak birimlerine duyurulması hususunda gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM
Gereği
A Planı

Bilgi İçin
Maliye Bakanlığı'na

6.3.11. Sağlık Evleri Genelgesi (2004/127)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı :B100TSH0130001 ANKARA
Konu: Sağlık evleri

19.10.2004 016043

..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

GENELGE 2004/127

İLGİ: 18.10.2004 tarihli ve 9964 sayılı Makam Onayı.

Bilindiği gibi, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi hakkında Yönetmelik ve Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'de Sağlık Ocaklarına bağlı hizmetin gerektirdiği sayıda çok yönlü sağlık hizmeti veren sağlık evleri bulunacağı belirtilmektedir. Sağlık evleri sağlık ocağının bulunduğu yerleşim yeri dışındaki yerleşim yerlerinde (ocağa bağlı uygun köylerde) ulaşılabilirliği kolaylaştırmak için oluşturulan yapılanmalar olmasına karşın zaman içinde sağlık ocağının bulunduğu yerleşim yerindeki sağlık ocağı ebelerinin hizmet bölgeleri mahalle sağlık evi olarak değerlendirilerek, sağlık ocağı ebelerinin atamaları sağlık ocağı yerine mahalle sağlık evlerine yapılmıştır.

Ancak sağlık ocağı ebeleri, sağlık ocağı binasında hizmet vermeye devam etmiştir. Bu bölgelerin mahalle sağlık evi olarak adlandırılması ve ebelerin mahalle sağlık evi kadrolarına atanması sağlık hizmetlerinin yapısal teşkilatlanmasının değerlendirilmesinde yanlış yorumlanmalara neden olduğu gözlemlenmektedir.

Bu nedenle "mahalle sağlık evi" ifadesinin "sağlık ocağı ebe bölgesi" olarak değiştirilmesi ve bu bölgelerde çalışacak ebelerin de sağlık evi kadrosu yerine, sağlık ocağı kadrosuna atanması ve sağlık ocağındaki ebe hizmetlerinin sağlık ocağı sorumlu hekimince mevcut ebe kadrosuna göre sağlık ocağı bölgesinin bölümlendirilerek hizmetin yürütülmesi uygun olacağından; sağlık evi kadrolarının, hizmet gereği belirlenen sayıda, sağlık ocağına bağlı köylerde ve hizmet binası temin edilen yerleşim yerlerinde değerlendirilmesi ve bu yerlerin sağlık evi olarak kabul edilmesi, diğer yerlerin ise "sağlık ocağı ebe bölgesi" olarak adlandırılması, bir örneği ekte gönderilen ilgi Makam Onayı ile uygun görülmüştür.

Bilginizi ve hizmetin bu doğrultuda yürütülmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Necdet ÜNÜVAR
Bakan a.
Müsteşar

Ek:Makam Onayı
DAĞITIM :
81 İl Valiliği

6.3.12. Kot Giysilere Uygulanan Püskürtme İşleminde Kum Kullanımının Yasaklanması Genelgesi (2009/24)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0100006-140-01/
Konu : Kot Giysilere Uygulanan Püskürtme İşleminde Kum Kullanımının Yasaklanması

27.03.2009/9805

SANAYİ VE TİCARET BAKANLIĞINA

GENELGE
2009/24

Son yıllarda ülkemizde yapılan bazı tıbbi araştırma ve istatistikler, kot kumlama işinde çalışanlarda Silikozis hastalığının görülme sıklığında artış olduğunu göstermektedir. Basın yoluyla da sıkça gündeme gelen bu sağlık sorunu Bakanlığımız tarafından uzun süredir bütün detayları ile incelenmektedir. Bu şartlarda, hastalığın mümkün olduğunca erken teşhis ve tedavisi, aynı ortam veya benzer koşullarda çalışanların tespiti ve gerekli önlemlerin zaman geçmeden alınması amacıyla Bakanlığımızca 2008/62 sayılı Genelge *(24.09.2008/29184)* yayınlanmıştı.

Silikozis hastalığından korunmanın tek geçerli ve etkili yolu kişi ve çevre maruziyetinin engellenmesidir. Pek çok işkolunda hastalık riski bulunmasına karşılık, kumun püskürtme yöntemi ile kullanılması hastalık riskini oldukça artırmaktadır.

Kot beyazlatma (aşındırma, eskitme) işleminin kum püskürtülerek yapıldığı işyerlerinin ve işçilerin nitelikleri dikkate alındığında bu işyerlerinde, işleme, uygulayan kişiye ve çevreye yönelik yeterli, etkili ve sürdürülebilir iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri alınması mümkün görünmemektedir. Bir toplum sağlığı sorunu haline gelen hastalığın önlenmesi ve gerekli tedbirlerin alınması zorunlu hale gelmiştir. Bu çerçevede, Bakanlığımızca gündeme alınan **püskürtme işleminin kum kullanılarak yapılması** konusu, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında tüm yönleriyle bilim kurulu vasıtasıyla incelenmiştir.

Bu çalışmalar neticesinde, bilim kurulu kararı, uluslararası sözleşmeler ve ulusal mevzuatımız hükümleri dikkate alınarak; öncelikle her türlü kot giysi ve kumaşlara uygulanan püskürtme işleminde kum (silis tozu) veya silika kristalleri içeren herhangi bir madde kullanılması yasaklanmıştır. Kum kullanılan diğer iş kolları ise, uygulanan yöntem, kristalize silika içeriği ve alınan tedbirler yönünden Bakanlığımızca değerlendirilmekte ve sağlık sonuçları izlenmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
Gereği:
A Planı
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
İçişleri Bakanlığı

6.3.13. Silikozis Genelgesi (2008/62)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B10.0.TSH.0.10.00.06.
Konu : Silikozis

24.09.2008 / 29184

GENELGE
2008/62

Bilindiği gibi Silikozis, pnömokonyozlar başlığı altında toplanan akciğer hastalıklarındandır. Hastalık mesleki akciğer hastalıkları arasında hızlı seyreden ve ölümcül olanlarından birisi olup koruyucu tedbirlerle önlenebilir. Silikozis solunabilir büyüklükteki (0,5-5 µm çaplı) silis partiküllerinin inhalasyonuyla oluşur ve çoğunlukla radyografiyle saptanabilir. Silikanın yüksek derecede fibrozis yapıcı etkisinin çeşitli açıklamaları yapılmışsa da hangi mekanizma ile akciğerlerde granülomlar ve fibrozis oluşturduğu kesin olarak bilinmemektedir.

Yerkabuğunun esas elemanı olan silika başlıca granit, çakmak taşı, kuvars kaya ve taşlarında bulunur. Silika moleküllerinin bir araya gelmesi ile oluşan kristal formları kuvars, tridinite ve kristobalit olarak isimlendirilir. Yeraltından çıkarılan cevher ne olursa olsun çok miktarda silisyum dioksit (SiO2; silika) ile karışmış durumdadır.

Silika kristalleri ile etkilenim koruyucu tedbirlerin alınmadığı taş ocaklarında ve maden ocaklarında, tünel kazılması, madenin işlenmesi ve öğütülmesi, kayaların delinmesi ve kırılması gibi işlemler sırasında meydana gelmektedir. Silikozis açısından riskli diğer işler yine kum, kaya, taş veya madenlerin kullanıldığı ya da işlendiği döküncülük, cam sanayi, seramik ve çanak çömlek yapımı, kiremit, çimento üretimi ve kumlama işlemleridir. Kumlama (kuvars tozu püskürtme) işlemleri sanayide pek çok işte yapılmaktadır. Özellikle döküm ve metal eşya işkolunda boya artıklarının giderilmesi, döküm işlerinde çapakların giderilmesi örnek verilebilir. Son yıllarda bu hastalığa diş teknisyenleri ve kot kumlama işleri yapanlarda da dikkat çekici sıklıkta rastlanmaktadır.

Silika ile karşılaşma derecesine göre hastalık Akut, Hızlanmış ya da Kronik formda seyreder. Hastaların bir kısmında Tüberküloz da gelişir. Hastalığın ortaya çıkışına kadar tozlu ortamda çalışma süresi genel olarak 10-20 yıldır. Bu süre 2-5 yıla kadar inebilir. Çok tozlu ortamlarda altı aylık bir çalışma ile silikozis gelişme olasılığı bulunmakla birlikte bu gibi akut silikozis olguları çok enderdir.

Silikozisin tanısı tozla temas öyküsüne ve radyolojik bulgulara elenmesine dayanır. Silikozisin başlangıç dönemlerinde hiçbir belirti ve fizik muayene bulgusu saptanmazken bu evrede hastalığın varlığını belli eden tek bulgu röntgen filminde lineer gölgelerde artma ya da serpilmiş ufak (1.5 mm den küçük) nodüler gölgelerdir. Maruziyetin sürmesi durumunda akciğerlerdeki bu opasiteler boyut ve sayıca artarak yaygınlaşırlar. Akciğerlerde oluşan bu fibrotik değişiklikler nedeni ile hasta artık semptom vermeye başlar ve restriktif değişiklikler solunum fonksiyon testleri ile de saptanabilir.

Bakanlık olarak amacımız, büyük opasiteler oluşmadan hatta küçük opasitelerin yoğunluğu artarak hasta semptomatik hale gelmeden erken tanı koyabilmektir. Akciğerlerde opasiteleri olan hastalarda hastalığın doğru tanısını koyabilmek için ayrıntılı çevre ve meslek öyküsü almak ve PA akciğer grafilerini özenle değerlendirmek gerekir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B10.0.TSH.0.10.00.06.
Konu : Silikozis

Bu nedenle yukarıda sözü edilen işlerde çalışan ya da herhangi başka nedenle toza maruz kalan kişilerde aşağıdaki hususların dikkate alınması gerekmektedir:

1. Akciğer grafilerinde şüpheli yuvarlak opasiteleri olanların teşhise yönelik anamnezlerinde çalıştığı iş ve işyeri ortamı ile ilgili bilgilerin ayrıntılı olarak alınması ve gerekli görülenlerin Meslek Hastalıkları Hastanesine sevkinin yapılması,
2. Silikozis teşhisi konulan hastaların çalıştıkları işyerleri ve risk altında olan tüm işkollarına İl Sağlık Müdürlüğü Gıda Çevre Kontrol Şube Müdürlüğünce gerekli denetimlerin yapılması,
3. Söz konusu denetimler sırasında şüpheli vakalar görüldüğünde gerekli sevk işlemlerinin düzenlenmesini sağlamak için işveren ya da işveren temsilcilerinin uyarılması,
4. Konunun hastaneler, sağlık ocakları ve aile hekimlerine iletilerek tüm sağlık personeline duyurulması sağlanmalıdır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Orhan Fevzi GÜMRÜKÇÜOĞLU
Bakan a.
Müsteşar

6.3.14. Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi (2023/03)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : E- 21001706-010.06.02
Konu : Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi

BAKANLIK MAKAMINA

Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) izleme sistemi, Bakanlığımız tarafından yürütülen bağışıklama programlarının vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu hizmetimiz her geçen gün aşılama hızlarının, aşının kabul edilebilirliğinin ve hizmet kalitesinin artırılması için önem taşımaktadır. Bu sistemin temel amacı, meydana gelen istenmeyen olguları düzenli olarak izlemek, analiz etmek ve yorumlayarak aşılama programının iyileştirilmesini sağlamaktır.

Aşı sonrası istenmeyen etkilerin il ve ülke düzeyinde izlenebilmesi için sağlık personelinin bilgilerinin geliştirilmesi ve bu konuda sağlık personelinin yönlendirilmesi amacıyla hazırlanan Daimi Genelge ekte gönderilmektedir.

Söz konusu Genelge ile Mart 2009 tarihinden sonra Çocukluk Dönemi Ulusal Aşı Takvimimize eklenen Hepatit A ve Suçiçeği aşılarının uygulaması sonrasında beklenen istenmeyen etkiler ASİE İzleme Sistemi kapsamına alınmış, ayrıca ASİE vaka sınıflamasında uluslararası güncel rehberlere uygun olarak bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu Genelge ile 13.03.2009 tarihli ve 2009/17-7943 sayılı Daimi Genelge yürürlükten kaldırılmış olup, Aşı Sonrası İstenmeyen Etki İzleme Sisteminin yeni değişiklikler doğrultusunda yürütülmesi hususlarını olurlarınıza arz ederim.

Prof. Dr. Sedat KAYGUSUZ
Halk Sağlığı Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
/ /2023
Doç.Dr.Tolga TOLUNAY
Bakan Yardımcısı

O L U R
/ /2023
Dr.Fahrettin KOCA
Bakan

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı: B100TSH 011 0000
Konu: Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi 02/02/2023

GENELGE
2023/03

Bağışıklamanın amacı, kişiler ve toplumu aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı korumaktır. Aşılama çalışmaları, Ülkemizde aşı ile korunulabilir hastalıkları ve buna bağlı ölümleri büyük oranda önlemiştir.

Aşılar oldukça güvenli ürünlerdir. Bununla birlikte; aşılama sonrası genellikle hafif ve nadir olarak önemli istenmeyen etkiler gözlenebilir. Aşılama sonrası gelişen istenmeyen etki, ebeveynleri çocuklarının daha sonraki aşılarını yaptırmak konusunda tereddüte sevk edebilmektedir. Çocuklar, aşı ile korunmaları mümkün iken; böylesi davranış eğilimleri sonucunda, hastalıklara yakalanabilir, ciddi şekilde hastalanabilir ve hatta hayatlarını kaybedebilirler. Bu arada, başka nedenlere bağlı olup aşıya bağlı bir yan etki şeklinde algılanabilen durumlarla da yaygın şekilde karşılaşılabilmektedir. Bu nedenle, Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) sürveyansı, halkın bağışıklama programına olan güveninin korunması açısından da önem taşımaktadır.

Aşı Sonrası İstenmeyen Etki İzleme Sistemi, aşılama hızlarının, aşının kabul edilebilirliğinin ve hizmet kalitesinin artırılması için bağışıklama programlarının vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu sistemin temel amacı, belirlenen olayları düzenli olarak izlemek, analiz etmek ve yorumlayarak aşılama programının iyileştirilmesini sağlamaktır.

Aşı sonrası istenmeyen etkilerin il ve ülke düzeyinde izlenebilmesi için sağlık personelinin bilgilerinin geliştirilmesi ve bu konuda sağlık personelinin yönlendirilmesi amacıyla; ASİE Danışma Kurulu'nun tavsiyeleri de dikkate alınarak hazırlanan Daimi Genelge ekte gönderilmektedir. Söz konusu Genelge ile Mart 2009 tarihinden sonra Çocukluk Dönemi Ulusal Aşı Takviminize eklenen Hepatit A ve Suçiçeği aşılarının uygulaması sonrasında beklenen istenmeyen etkiler ASİE İzleme Sistemi kapsamına alınmış, ayrıca ASİE vaka sınıflamasında bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu Genelge ile 13.03.2009 tarihli ve 2009/17-7943 sayılı Daimi Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Genelgenin çoğaltılarak tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına (özel sağlık kuruluşları ve muayenehaneler dahil) imza karşılığı tebliğini, il düzeyinde yapılan uygulamaların Genelgeye uygun olarak yürütülmesi ve yeni Genelge doğrultusunda personelin bilgilendirilmesini hedefleyen hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi hususlarında gereğini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

EK: Daimi Genelge (11 sayfa)
DAĞITIM:
A Planı

AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİ İZLEME SİSTEMİ

GİRİŞ

Bağışıklama hizmetleri, bebekleri, çocukları ya da erişkinleri, enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP), Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B, Haemophilus influenzae tip b'ye bağlı hastalıklar ile Streptococus pneumoniae'ye bağlı invaziv pnömokokal hastalıklar, Hepatit A ve Suçiçeği hastalıklarının morbidite ve mortalitesini azaltarak bu hastalıkları kontrol altına almak ve hatta tamamen ortadan kaldırmak amacı ile hassas yaş gruplarına, enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşıp bağışıklanmalarını sağlamak için yapılan aşılama hizmetlerini içerir. Aşılama hızlarının, aşının kabul edilebilirliğin ve hizmet kalitesinin artırılması için; istenmeyen etki izleme sistemi, bağışıklama programlarının vazgeçilmez bir parçasıdır.

Aşılar çok güvenilir maddelerdir. Üretim ve dağıtım aşamalarında çok sıkı kontrolden geçmektedirler. Ülkemizde kullanılan aşılar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen ve onaylanan İyi Üretim Prosedürleri (Good Manufacturing Practices – GMP) kurallarına uygun üretilmiş ve uluslararası referans laboratuvarlarında test edilmiş olan aşılardır. Ayrıca, kullanılacak aşılar teslim alınıp sahada kullanıma sunulmadan önce, Ulusal referans laboratuvarlarımızda da test edilmekte ve aşıların uygunlukları bilimsel verilerle kanıtlandıktan sonra kabulleri yapılarak, uygulanmaya başlanmaktadır.

Aşılama sonrası sıklıkla hafif, oldukça nadir olarak da yaşamı tehdit edecek kadar ciddi istenmeyen etkiler gözlenebilir. Sağlık personelinin büyük bir çoğunluğu, meslek hayatları süresince ciddi bir istenmeyen etki ile karşılaşmayacak olsalar bile; karşılaştıkları zaman da yapmaları gerekenler konusunda yeterli eğitim ve bilgiye sahip olmalıdırlar.

Unutulmamalıdır ki; hemen her durumda, kişilerin aşı ile önlenebilir hastalıklara yakalanma ve bu hastalığa bağlı nedenlerle sakat kalma ya da ölme olasılığı, aşılama ile oluşabilecek istenmeyen etkilerin görülme olasılığı ile karşılaştırılamayacak kadar fazladır.

Bununla birlikte; aşılama sonrası gelişen istenmeyen etkiler, ebeveynleri çocuklarının daha sonraki aşılarını yaptırmamaya yöneltebilmekte ve eksik aşılı çocukların aşı ile önlenebilir hastalıklara yakalanmasına, ciddi şekilde hasta olmasına ve hatta ölümüne neden olabilmektedir. Bu nedenle; aşı sonrası istenmeyen etki izleme sistemi halkın bağışıklama programına olan güveninin korunması açısından da önem taşımaktadır.

Ülkemizde kullanılan aşılar dahil tüm beşeri tıbbi ürünlerin farmakovijilans faaliyetlerinden ulusal otorite olan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) esas sorumludur. Bu Daimi Genelge, GBP kapsamında uygulanan aşılar ve erişkinlere Genel Müdürlüğümüzce önerilerek takip edilen aşılar (özel aşılar dahil) sonrası gelişen istenmeyen etkilerin sürveyansını yürütmek üzere hazırlanmıştır. Ayrıca, rutin uygulamaya çeşitli nedenlerle eklenebilecek diğer aşılar sonrası gelişen istenmeyen etkilerin izlemi de bu Daimi Genelge kapsamına alınacaktır.

Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE): Aşı uygulanan bir kişide, aşı sonrası ortaya çıkan, bilinen aşı yan etkisi ya da aşıya bağlı olduğu düşünülen herhangi bir istenmeyen tıbbi olaydır.

ASİE izleme sisteminin temel amacı; aşılama hizmetinin kalitesini iyileştirmek ve aşılamanın kabul edilebilirliğini arttırmaktır. Bu amaca ulaşmada uygulanacak stratejiler;

1. Meydana gelen istenmeyen etkileri düzenli olarak izlemek, analiz etmek ve yorumlamak,

2. Ciddi istenmeyen etkiler görüldüğünde bunların aşıya bağlı olup olmadığını ortaya koymak,
3. Uygulama hatalarına neden olan sorunlara müdahale etmek,
4. Tutarlı nedensel ilişki kurulabilen veya bilinmeyen istenmeyen etkilerde beklenenin üzerinde bir yükseliş görülürse müdahale etmek,
5. Müdahaleler ve uygun iletişim kanalları ile halkın aşılama programına güvenini sağlamak olarak belirlenmiştir.

1. AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİLER VE NEDENLERİ

ASİE'ler bazı vakalarda aşının kendisine, bazılarında ise aşının uygulanması sırasındaki hatalara bağlı olabileceği gibi, aşı ya da uygulama ile ilgisiz de olabilir. Bir vaka bildirildiğinde aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

1. Tutarlı Nedensel İlişki Kurulabilen
   a. Aşıyla ilişkili reaksiyon
   b. Aşı niteliğinden kaynaklı reaksiyon
   c. Uygulama Hatası
   d. Aşıyla ilişkili stres reaksiyonu (Enjeksiyon reaksiyonu)
2. Rastlantısal
3. Bilinmeyen
4. Sınıflandırılamayan

1a. Aşıyla İlişkili Reaksiyon

Aşılar yıllardır bulaşıcı hastalıkları önlemek için kullanılmakta ve çok güvenilir oldukları bilinmektedir. Aşının kendi özelliklerine ve bileşenlerine bağlı olarak ortaya çıkan yan etkiler genellikle hafiftir. Ciddi yan etkiler ise oldukça nadir görülmektedir. Ciddi ASİE, ölüme, hayati tehlikeye, hastaneye yatmaya veya hastanede yatma süresinin uzamasına, kalıcı veya önemli bir sakatlığa veya maluliyete, doğumsal anomaliye veya kusura neden olan ASİE'dir.

GBP kapsamında yer alan aşıların karşılaşılması olası istenmeyen etkileri ve yaklaşım önerileri Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Sık Görülen, Hafif Yan Etkiler ve Yaklaşım Önerileri

Aşı	Lokal reaksiyon[a] (ağrı, şişlik, kızarıklık)	38 °C'yi geçen ateş [b]	Huzursuzluk, kırgınlık ve sistemik belirtiler [c]
BCG	% 90- 95	□	□
DaBT-IPA-Hib	% 20-40	% 3-5	% 20-40
Td /DT/TT	~ %10*	~ %10	~ %25
OPA	□	<%1	< %1**
Hepatit-B	erişkinde %15, çocukta % 5	□	%1-6
KKK***	%10	%5-15	%5 döküntü, <%1 artralji, <%1 lenfadenopati, <%1-5 parotit
Hib	% 5-15	%2-10	□
KPA	%10-20	%10-20****	%10-20
Hepatit A	% 0,1 - 1	% 1 - 10	<%1
Suçiçeği	%20-40	%10-20	<%1

DaBT: Difteri, Asellular boğmaca, Tetanoz Aşısı
Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
DT: Çocuk Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
OPA: Oral Polio Aşısı
IPA: İnaktif Polio Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

Hib: Hemofilus İnfluenza tip b Aşısı KPA: Konjuge Pnömokok Aşısı

a Aşı yerine soğuk uygulama, parasetamol
b Ekstra sıvı verme, ılık pansuman uygulama, parasetamol
c Ekstra sıvı verme, parasetamol
+Lokal reaksiyonlar rapel dozlarda %50-85'e kadar çıkabilir.
++ Sistemik belirtiler İshal, baş ağrısı ve/veya kas ağrısı, uyku hali, iştahsızlık şeklinde olabilir.
*** Kızamıkçık aşılamasını takiben en sık görülen ASİE'ler; ateş, lenfadenopati, döküntü, boğaz ve baş ağrısı şeklinde hafif kızamıkçık tablosu ve artraljidir. Artrit ve artralji yalnızca duyarlı kişilerde daha yaygın olarak yetişkinlerde özellikle kadınlarda gözlenir. Artralji çocuklarda <% 1 görülürken adolesan ve yetişkin kadınlarda %25 sıklıkta görülmektedir. Kullanılan kabakulak suşuna bağlı değişen sıklıklarda parotit görülebilir.
****Ateş sıklığı, prematürelerde ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde zamanında doğan bebeklere göre daha fazla olup çoğu zaman 39°C üzerindedir.

Tablo 2. Nadir görülen, ciddi yan etkiler

Aşı	Reaksiyon	Ortaya çıkış süresi	1 milyon dozda görülme sıklığı
BCG	- Lenfadenit - BCG Osteiti - Yaygın BCG enfeksiyonu	- 2 hafta -6 ay - 1-12 ay - 1-12 ay	- 100-1000 - 1-700 - 2
DaBT-IPA-Hib[f]	- 3 saatten fazla süren çığlık tarzında durdurulamayan ağlama - Konvülsiyon - Hipotonik hiporesponsif atak - Anaflaksi - Ensefalopati - Apne - Bradikardi[e]	- 0-24 saat - 0-72 saat - 0-24 saat - 0-1 saat - 0-7 gün - 0-24 saat	- 0-4800 - 0-290 - 0-470 - 0-1 - 0-1 - 0-1
DaBT,Td/DT/ TT (Tetanoz bileşenine bağlı)	- Brakial nevrit - Anaflaksi - Steril apse - Ciddi lokal reaksiyon[δ]	- 2-28 gün - 0-1 saat - 1-6 hafta - 0-2 gün	- 5-10 - 1-6 - 6-10 - 0-10.000
OPA	- Aşıya bağlı paralitik poliomyelit *(risk ilk dozda, erişkinlerde ve immün yetmezliği olanlarda daha yüksektir).*	- 4-30 gün - *(temaslılarda 4-75 gün)*	- 0.70 *(ilk doz)* - 0.11-0.16 *(sonraki dozlarda)* - 0.13 *(temaslılarda)*
Hepatit-B	- Anaflaksi	- 0-1 saat	- 1-2
KKK (Kızamık[1,*], Kabakulak[2] ve Kızamıkçık[3] bileşenine bağlı)	- Febril konvülsiyon[1] - Trombositopeni[1] - Anaflaksi[1,3] - Ensefalopati/Ensefalit[1] - Aseptik menenjit[2] - Artrit[3]	- 5-12 gün - 1-6 hafta - 0-1 saat - 5-15 gün - 15-21 gün - 1-3 hafta	- 333 - 33 - 0-1 - 0-1 - 1-1000[Ω] - Çocuklarda nadir, ancak adolesan ve kadınlarda 100. 000
Hib	Bildirimi yoktur	□	□
KPA	Konvülsiyon	-0-72 saat	Nadir

[f] Ağırlıklı olarak DaBT bileşenine bağlıdır.
[e] Prematüre bebeklerde görülebilir.
[δ] Özellikle çok sayıda pekiştirme dozu alanlarda bildirilmiştir.
[Ω] Kullanılan aşı suşuna bağlı olarak görülme sıklığı değişmektedir.
[*] KKK aşısı antijenlerine ve reaksiyonlara verilmiş olan üst numaralar antijene özel aşı yan etkisini göstermektedir.

1.b. Aşı Niteliğinden Kaynaklı Reaksiyon

Aşı niteliğinden kaynaklı reaksiyon, üretici tarafından sağlanan enjektör dahil olmak üzere aşı ürününün bir veya daha fazla kalite kusurunun neden olduğu veya hızlandırdığı istenmeyen etkilerdir.

Uygulanan tüm aşıların güvenilir ve lisanslı olduklarından emin olunmalıdır. Bu yüzden üretim tesisleri "İyi Uygulama Süreçleri Onay Belgesi" (GMP), dünyada daha önce kullanılmış, analiz sertifikaları tekrarlanabilir ve ulusal otorite TİTCK tarafından uygun bulunmuş aşılar ülkemizde kullanılmaktadır. Ayrıca Aşı Takip Sistemi'nde uygulanan her aşının kime ne zaman yapıldığına dair geriye dönük bilgi edinebilmek için kayıt altında tutulmaktadır.

1.c. Uygulama Hataları

Aşıların üretimi, dağıtımı ya da uygulanması sırasında yapılan hatalara bağlı olarak ortaya çıkan istenmeyen etkiler bu grupta toplanmaktadır. Bu gruptaki etkiler, gerçek yan etkilerden biraz daha sık görülmeleri ve önlenebilir olmaları açısından önem taşımaktadır.

Bu tip etkiler, genellikle, aşı uygulayan kişi, aşı uygulanan sağlık kuruluşunda aşının saklanması veya uygun olarak hazırlanmamış ya da kontamine olmuş tek bir flakona bağlı olarak görülür ve kümelenme gösterebilir. Birden çok flakonun etkilendiği durumlar da söz konusu olabilir (örn: taşıma sırasında donmaya maruz kalmış aşılar nedeniyle lokal reaksiyonlarda artış).

En sık görülen uygulama hatası, yanlış uygulanan aşılardan kaynaklı hatalardır. Bu yüzden aşılar uygulamadan önce Aşı Takip Sistemi'nden kontrol edilmelidir.

Enfeksiyon lokal olarak (örn: süpürasyon, apse) ortaya çıkabileceği gibi; sistemik hastalığa (örn: sepsis, toksik şok sendromu) da neden olabilir. Bazı uygulama hatalarına bağlı istenmeyen etkiler Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Sık görülen hatalar ve neden oldukları ASİE'ler

Program hatası	ASİE
Steril olmayan enjeksiyon: • Steril olmayan enjektör ya da enjektör iğnesi • Kontamine aşı ya da sulandırıcı • Aşının imha edilmesi istenen süreden fazla kullanılması	Enfeksiyon (Örn: enjeksiyon yerinde lokal süpürasyon, apse, selülit, sistemik enfeksiyon, sepsis, toksik şok sendromu, kan yoluyla bulaşan virüslerin bulaşması).
Aşının yanlış hazırlanması • Kullanılmadan önce yeterince çalkalanmaması	Lokal reaksiyon veya abse
• Yanlış sulandırıcı kullanılması • Aşı ya da sulandırıcının yerine başka madde (ilaç) kullanılması	Kullanılan maddenin (ilacın) etkisi
Kontrendikasyonlara dikkat edilmemesi	Önlenebilir ciddi hastalık
Yanlış yere enjeksiyon • BCG aşısının intradermal yerine subkütan uygulanması • Toksoid aşıların (DaBT / Td / DT / TT) yüzeyel uygulanması	Lokal reaksiyon ya da apse

Bazen dağıtım ve uygulama hatalarına bağlı olarak ortaya çıkan belirtiler muhtemel nedeni belirlemeye yardımcı olabilir. Örneğin; kontamine (genellikle Staphylococcus aureus ile) bir aşı uygulanmış olan bebek/çocuk birkaç saat içinde hastalanabilir ve lokal hassasiyet, doku infiltrasyonu, kusma, ishal, siyanoz ve yüksek ateş görülebilir. Eğer, aşı flakonuna ulaşılabilirse, flakonun bakteriyolojik olarak test edilmesi enfeksiyon kaynağını belirler ve program uygulama hatasına bağlı ASİE olduğunu kesinleştirebilir.

Saptanan ASİE vakalarının pek çoğu, dağıtım ve/veya uygulama hatası nedeniyle ortaya çıkabileceğinden ve genellikle önlenebilir olduğundan; veri analizinde ilk aşama aşının depolanması, dağıtımı, sağlık kuruluşunda saklanması, hazırlanması ve uygulanması sırasında hata olup olmadığının araştırılmasıdır.

Bu nedenle; ASİE'nin potansiyel nedeni olarak aşağıda sıralanan olası nedenlerin araştırılması gerekmektedir:

- Bir seferde gerekli dozdan fazla uygulama
- Yanlış aşı uygulama
- Yanlış yere (gluteal bölge vb.) ya da yanlış teknikle (intramusküler yerine subkutan vb.) aşı uygulama
- Steril olmayan enjektör ve iğne kullanma
- Yanlış sulandırıcı kullanma
- Yanlış miktarda sulandırıcı kullanma
- Aşıyı yanlış hazırlama
- Aşı ya da sulandırıcı yerine farklı madde (ilaç) kullanma
- Kontamine aşı ya da sulandırıcı kullanma
- Aşıyı yanlış depolama, yanlış taşıma
- Kontrendikasyonları dikkate almama

Bu tip hataların önlenmesi için;

1. Aşılar uygulanmadan önce üzerindeki etiket bilgileri mutlaka kontrol edilmelidir
2. Aşılar üretici firmanın sağladığı sulandırıcılarla hazırlanmalıdır.
3. Aşı Takip Sistemi üzerinden aşıların kontrolü yapılarak uygulama onayı alınmalıdır.
4. Aşılar Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesinde belirtilen kullanım sürelerinin sonunda imha edilmelidir.
5. Kontrendikasyon sorgulaması mutlaka yapılmalıdır.
5. Aşının konulduğu buzdolabına başka ilaç veya madde konmamalı, miadı dolmuş aşı flakonları buzdolabından uzaklaştırılmalıdır.
6. Aşı uygulanmasında görev alan personel eğitilmeli ve denetlenmelidir.
7. ASİE'ye neden olan program hatasını bulmaya yönelik olarak dikkatli bir epidemiyolojik araştırma yapılmalı ve hata düzeltilmelidir.

1.d. Aşıyla İlişkili Stres Reaksiyonu (Enjeksiyon Reaksiyonu)

Kişi ya da gruplar, aşı ya da içeriği ile ilgisiz olarak sadece enjeksiyona karşı reaksiyon gösterebilirler. Enjeksiyon nedenli anksiyeteye bağlı hiperventilasyon; baş dönmesi, kulak çınlaması, ağız çevresinde ya da ellerde titreme gibi spesifik semptomlar ortaya çıkabilir. Çok nadir olarak konvülsiyon da görülebilir. Üst ve alt solunum yolunda obstrüksiyon bulgularının ve cilt bulgularının olmaması enjeksiyon reaksiyonu lehinedir. Bayılma, beş yaş üzeri grupta sık görülebilir. Bayılan kişiyi sırtüstü yatırıp ayaklarını yukarı kaldırmak yeterlidir ve genellikle bunun dışında bir tedavi gerekmez.

Tüm bu etkiler aşıya değil enjeksiyona bağlıdır. Bazı durumlarda (özellikle okul aşılamalarında) bayılan bir kişinin görüntüsü "toplu simülasyona" (toplu korku ve bayılma) neden olabilir. Aşılama hakkında açık ve anlaşılır bir bilgilendirme, sakin ve güvenli bir uygulama anksiyeteyi, dolayısıyla da bu tip olayların görülme ihtimalini azaltacaktır.

2. Rastlantısal

Genellikle, aşı sonrası ortaya çıkan tüm istenmeyen tıbbi olayların aşı ya da program hatasına bağlı olduğu düşünülse de; bu olayların bir kısmı tamamen rastlantısal olabilir.

Aşılama sırasında veya sonrasında ortaya çıkan ancak aşılama ile hiçbir ilgisi olmayan tıbbi olaylar bu grupta yer almaktadır. Aşılama sonrası görülen bir tıbbi olay aşı yan etkisi olabileceği gibi; rastlantısal olarak ortaya çıkan başka bir nedene de bağlı olabilir. Ancak, bu durum genellikle aşıya atfedilir ve yanlış olarak aşı suçlanabilir. Bu olayların özellikle fazla sayıda kişinin aşılandığı kampanyalarda ortaya çıkma ihtimali yüksektir.

Rastlantısal olayların ne kadar görüleceği, aşılanacak kişi sayısı, yaş grubu ve bu olayların söz konusu toplumda normalde görülme sıklığı ile tahmin edilebilir.

Bu tip durumlar ile karşılaşıldığında; aile ile mutlaka görüşülmeli ve sözü edilen durumun aşı uygulanması ile bir ilgisi olmadığı anlatılmalıdır. Bu şekilde bir vaka ile karşılaşıldığında, vakanın tedavisi başlatılır ve gerekli ise sevk edilir.

3. Bilinmeyen

Aşı uygulanmasından sonra ortaya çıkan, aile ya da hekim tarafından aşıya bağlı olabileceği düşünülen, aşı dışında başka bir nedenin gösterilemediği, bilinen aşı yan etkisi ya da program hatası olmayan ağır hastalanma, ölüm ya da kümelenme gösteren durumlardır. Zamansal ilişki tutarlıdır ancak aşıya neden olan olay için yeterli kesin kanıt yoktur. Aşı bağlantılı yeni olay olabileceği için bu tür bildirimlerin takip edilerek kümelenmelerinin incelenmesi gerekmektedir.

Kümelenme; Görülme zamanı, aşı uygulanan birim/uygulayan kişi veya ikamet yeri açısından ortak özellikler gösteren veya aynı aşının uygulandığı kişilerde beklenenden fazla sayıda aynı ASİE'nin ortaya çıkmasıdır. Bu gibi durumlar ASİE Danışma Kurulu'nda incelendikten sonra nedene göre sınıflandırılır.

4. Sınıflandırılamayan

Sınıflandırılamayan durumlar, gözden geçirenin bir nedensellik sorusu formüle edebildiği ancak değerlendirme süreci sırasında mantıksal bir sınıflandırmayı mümkün kılmak için bazı önemli unsurların eksik olduğunu belirlediği durumlarda ortaya çıkar.

2. AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİLERİN SAPTANMASI VE BİLDİRİMİ

ASİE bildirimi;

1. Aşılama çalışmalarında görev alan sağlık personeli,
2. Sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli,
3. Aileler ve toplumun diğer üyeleri tarafından sağlık personeline ulaşarak yapılabilir.

ASİE Bildirim Sistemi Şeması Ek 1'de gösterilmiştir.

Aile veya hekim dışı sağlık personelinin ASİE'den şüphelendiği durumlarda, değerlendirme hekim tarafından yapılır. Hekim dışı personel bu tip bir vaka ile karşılaştığında; birlikte çalıştığı hekime haber verir ve vaka birlikte değerlendirilir.

Tüm sağlık çalışanları ASİE'leri tanıyabilecek şekilde vaka tanımlarını ve ne yapılması gerektiğini bilmelidir. Mevcut tabloya neden olan ve altta yatabilecek diğer nedenler araştırılır.

Aşı yapan personel, aileler ve toplumun diğer üyelerini aşılama sonrası ne tür reaksiyonlar görülebileceği ve hangi durumlarda bir sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği konularında bilgilendirir. Bu bilgiler, kişilerin huzursuzluğunu azaltacak ve daha ciddi problemlerin tanınmasına yardımcı olacaktır.

2.1. ASİE İzleme Sistemi Kapsamında Bildirilmesi Gereken İstenmeyen Etkiler

ASİE İzleme Sistemi'ne dâhil olup bildirimi yapılacak olan ASİE'ler Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. İzleme sistemine dâhil olan ASİE'ler

1. Lokal Reaksiyonlar	
Aşıdan sonra 48 saat içinde ortaya çıkan	Ciddi Lokal Reaksiyon
Aşıdan sonra 2-7 gün içinde ortaya çıkan	Enjeksiyon yerinde abse (Bakteriyel/steril)
Aşıdan sonra 2 hafta – 6 ay içinde ortaya çıkan	Lenfadenit
2. Sinir Sistemi ile İlgili İstenmeyen Etkiler	
OPA'dan sonra 4-30 gün (temaslılarda 4 -75 gün) içinde ortaya çıkan	Paralitik poliomiyelit
Kızamık bileşenli aşıları takiben 5-12 gün, DaBT-IPA-Hib, KPA aşılarını takiben 72 saat içinde ortaya çıkan	Konvülsiyon
Kızamık bileşenli aşıları takiben 5-15 gün içinde ortaya çıkan	Ensefalopati/Ensefalit
DaBT-IPA-Hib aşısını takiben 7 gün içinde ortaya çıkan	Ensefalopati
Tetanoz bileşenli aşılardan sonra 2-28 gün içinde ortaya çıkan	Brakial Nevrit
Aşıdan sonra 0-6 hafta içinde ortaya çıkan	Diğer paraliziler
Kabakulak bileşenli aşıları takiben 15-21 gün içinde ortaya çıkan	Aseptik menenjit
3. Diğer İstenmeyen Etkiler	
Aşıdan sonra 1 saat içinde ortaya çıkan	Anaflaksi
Aşıdan sonra birkaç saat içinde ortaya çıkan	Toksik Şok Sendromu
Aşıdan sonra 4 saat içinde ortaya çıkan (deri bulguları daha geç görülebilir)	Akut allerjik reaksiyonlar
DaBT-IPA-Hib aşısından sonra 24 saat içinde ortaya çıkan	Hipotonik-hiporesponsif atak
Aşıdan sonra 1 hafta içinde ortaya çıkan	Sepsis
Kızamıkçık bileşenli aşılarlardan sonra 1-3 hafta içinde ortaya çıkan	Artrit
Kızamık bileşenli aşılardan sonra 1-6 hafta içinde ortaya çıkan	Trombositopeni
DaBT-IPA-Hib aşısından sonra 24 saat içinde ortaya çıkan	Apne - Bradikardi
BCG aşısından sonra 1 – 12 ay içinde ortaya çıkan	Yaygın BCG enfeksiyonu, BCG Osteiti
Zaman sınırı olmaksızın	Yukarıda sunulan hastalıklar haricinde sağlık personeli ya da toplum tarafından aşılamayla ilgisi olduğu düşünülen: a) Ciddi etkiler* b) Kümelenme, c) Toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan durumlar ASİE kapsamında incelenmelidir.

*Ciddi ASİE: Ciddi advers reaksiyon, ölüme, hayati tehlikeye, hastaneye yatmaya veya hastanede yatma süresinin uzamasına, kalıcı veya önemli bir sakatlığa veya maluliyete, doğumsal anomaliye veya kusura neden olan advers reaksiyonlardır.

Bu kapsamdaki tüm istenmeyen etkiler Ek 2'de sunulan vaka tanımlarına uygunluğu değerlendirilerek bildirilmelidir.

2.2. ASİE İzleme Sistemi Kapsamında Bildirimi Gerekmeyen İstenmeyen Etkiler:

a. Hafif İstenmeyen etkiler: Sağlık personeli döküntü, hafif ateş, enjeksiyon yerinde hafif kızarıklık, ağrı, parotit gibi ASİE'lerle karşılaştığında aileyi bilgilendirir, semptomatik tedavi önerilerinde (enjeksiyon yerine soğuk uygulama, hafif ateş ve/veya ağrı varlığında parasetamol türevi ağrı kesici-ateş düşürücü vb.) bulunur.

b. Aşıyla İlişkili Stres Reaksiyonu (Enjeksiyon Reaksiyonu):

Bu gibi durumların **bildirimi yapılmayacaktır.**

2.3. ASİE ile Karşılaşan Sağlık Personeli Tarafından Yapılması Gerekenler

Hekim, değerlendirdiği ve bildirilmesi gereken her ASİE vakası için bir ASİE Bildirim ve İnceleme Formu (Ek 3) dolduracak ve vakanın sahadaki incelemesinin yapılabilmesi için 24 saat içinde İl ASİE İzlem Sorumlusu'na haber verip formun bir kopyasını iletecektir. Mevcut vaka "Ciddi ASİE" olarak değerlendirildi ve kümelenme var ise ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan bir durum ise, acil olarak İl ASİE İzlem Sorumlusu'na haber verecektir.

Hekim, bu sırada hastanın tedavisine başlayacak, gerekli ise hastayı sevk edecek ve aile ile görüşecektir. Aile ile görüşmede, form için gerekli bilgileri alacak ve aileyi bilgilendirecektir (Ek 4). Aileler ve toplumla iletişim, ASİE İzlem Sisteminin önemli ve vazgeçilmez bir parçasıdır.

Aşı uygulayan tüm sağlık kuruluşlarından ASİE vakası görülmediği durumda, aylık olarak İl Sağlık Müdürlüğü'ne yazı ile "ASİE vakası görülmemiştir" şeklinde sıfır vaka bildirimi yapılır.

2.4. İl ASİE İzlem Sorumlusu Tarafından Yapılması Gerekenler

İl Sağlık Müdürlüğünde Aşı/Bulaşıcı Hastalıklar Birim Sorumlusu, İl ASİE İzlem Sorumlusudur. Ancak gerekli durumlarda başka bir hekim de görevlendirilebilir. İl ASİE İzlem Sorumlusu bu görevini yürütürken İl ASİE Danışma Kurulu ile birlikte çalışır.

İl ASİE İzlem Sorumlusu:

a. Ekibi ile birlikte sistemin uygun yürütülmesinden sorumludur.

b. Hekimler tarafından bildirilen vakaların inceleme ve bildirim formundaki eksik kısımların tamamlanmasını sağlar.

c. Ciddi, kümelenme ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan durumlarda acil olarak Sağlık Bakanlığı HSGM ile temasa geçer ve birlikte durum değerlendirmesi yaparak duruma uygun tedbirleri alır.

d. ASİE vakası bildirildiğinde vakit kaybetmeden araştırma başlatır. İl ASİE Danışma Kurulu ile birlikte değerlendirmesini yapar. Vaka araştırması sonucunda, saptanan ASİE vakasının nedenini İl ASİE Danışma Kurulu ile birlikte belirler, sınıflamasını yapar ve rapor hazırlar (Ek 5,6). Vaka sınıflaması Tablo 5'e göre yapılır.

Aşı yan etkisi ya da program hatasının söz konusu olduğu durumlarda; kesin/kuvvetle olası, olası ve zayıf olası **(a)**, rastlantısal durumlarda zayıf olası **(b)**, uyumlu değil ve ilgisiz, değerlendirilmenin yapılamadığı, yetersiz kanıtın bulunduğu durumlarda sınıflandırılamayan gruplandırılması kullanılmalıdır.

İl ASİE İzlem Sorumlusu, rapor (Ek 6) tamamlandığında varsa hastane dosyası, ASİE Bildirim ve İnceleme Formu (Ek 3) ile birlikte bir örnek ilde kalacak şekilde HSGM'ye gönderir.

İl ASİE Danışma Kurulu ile birlikte nedenin saptanamadığı ve vaka sınıflamasının yapılamadığı durumlarda da ASİE vakasına ait ASİE Bildirim ve İnceleme Formu ile Vaka Araştırma Raporu'nu HSGM'ye gönderir.

Tablo 5. Vaka Sınıflaması

Vaka Sınıflaması	
Kesin /Kuvvetle Olası	Aşının uygulanmasından uygun süre sonra ortaya çıkan ve diğer hastalık, ilaç/madde kullanımının olmadığı durumlar.
Olası	Aşının uygulanmasından uygun süre sonra ortaya çıkan ve diğer hastalık, ilaç/madde kullanımı ile açıklanamayan durumlar.
Zayıf olası	**a.** Aşının uygulanmasından uygun süre sonra ortaya çıkan ancak aynı zamanda diğer hastalık veya ilaç/madde kullanımı ile de ortaya çıkabilecek durumlar.
	b. Aşının uygulanmasından uygun süre sonra ortaya çıkan ancak aşı ile ilişkilendirilemeyen, sonucun başka bir nedenle açıklanabildiği durumlar.
Uyumlu değil	Aşı uygulanması ile hastalığın başlangıcı arasındaki süre açısından uyumlu olmayan ancak aynı zamanda altta yatan diğer hastalık veya ilaç/madde kullanımı ile de ortaya çıkabilecek durumlar.
İlgisiz	Aşı uygulanmasından sonra uygun sürede ortaya çıkmamış ve altta yatan hastalık veya ilaç kullanımı ile açıklanabilen durumlar.
Sınıflandırılamayan	**a.** Aşı uygulanması ile hastalığın başlangıcı arasındaki süre açısından uyumlu olmayan, ancak altta yatan hastalık, ilaç kullanımı vs. ile de açıklanmayan durumlar. **b.** Nedenin değerlendirilebilmesi ve belirlenebilmesine yeterli olacak düzeyde bilgiye ulaşılamayan durumlar.

e. Toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan ASİE'ler konusunda aileyi ve toplumu bilgilendirir.

f. Görülen ASİE'leri Vaka İnceleme Bilgi Formu'na (Ek 7) kaydeder.

Vaka İnceleme Bilgi Formu ASİE saptanan ve incelenen vakaların kümülatif listesidir. Yıllık olarak tutulur. Her vaka için bir sıra olmak üzere inceleme formundaki vakaya ait bilgiler ve en son tanı işlenir. Bu bilgiler, kümelenmelerin ve daha ileri düzeyde araştırma ve izleme gerektiren durumların fark edilmesi ve izlenmesi için kullanılır. Bu form, Sağlık Müdürlüğünde muhafaza edilir. Tamamlandığı zaman Ek-8 ile birlikte aylık bildirimi yapılır.

g. Vaka İnceleme Bilgi Formundan yararlanarak Vaka Özet Bilgi Bildirim Formu'nu (Ek 8) doldurur ve HSGM'ye aylık olarak gönderir. Sıfır vaka bildiriminde bu form yerine "ASİE vakası görülmemiştir." resmi yazısı gönderilir.

h. Sağlık personeline konu hakkında eğitim yapar. Özellikle sahada çalışan sağlık personelini;

- ASİE standart vaka tanımlarını kullanarak tanı koyabilecek,
- Hafif ve ciddi istenmeyen etkileri ayırabilecek,
- Hafif ASİE'leri tedavi edebilecek,
- ASİE saptandığında duruma uygun aktiviteyi gerçekleştirecek düzeyde eğitir.

i. Ekibi ile birlikte denetim yapar.

Aşı uygulamalarını ve ASİE izleme sistemi aktivitelerini denetler. Sağlık kuruluşlarını ziyaret ederek hasta kayıtlarından tüm vakaların bildirilip bildirilmediğini araştırır, aşı

uygulamalarını gözler ve yanlış uygulamaların olup olmadığını izler. ASİE tespit edilen bölgelerde denetim güçlendirilmelidir.

j. Geri bildirim yapar. Sağlık personeline ASİE İzlem Sistemi, saptanan ASİE'ler ve vaka araştırma sonuçları hakkında geribildirimde bulunur.

k. Saptanan sorunları giderir. Bilgi eksikliklerini giderir, uygulama hatalarını düzeltir ve konuya dikkat çeker. Hata belirlendi ise eğitimde bu hatanın giderilmesine öncelik verir.

3. İL ASİE DANIŞMA KURULU

İl ASİE Danışma Kurulu gerekli durumlarda İl ASİE İzlem Sorumlusu'na teknik destek sağlar.

İl ASİE Danışma Kurulu, öncelikle ciddi, kümelenme ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan durumların araştırılması ve değerlendirilmesini yapar. Kurul, İl ASİE İzlem Sorumlusu, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı ve halk sağlığı uzmanından oluşur. Tıp fakültesi ve eğitim hastanesi olan illerde ilgili dal uzmanları da bu kurula dahil edilir.

4. MERKEZ EKİP TARAFINDAN YAPILACAKLAR

TİTCK ve HSGM Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Dairesi, merkezi düzeyde ASİE'lerin izlenmesinden sorumludur.

HSGM bünyesindeki Merkez ekip değerlendirme yaparken:

a. Gönderilen ASİE vaka inceleme ve bildirim formlarının kayıtlarını tutar.

b. Sistemin işlerliğini zamanında, tam ve doğru bildirim yönünden inceler ve gerekli eğitimleri yapar.

c. Araştırma raporlarını inceler. ASİE saptanması ile vaka araştırmasının başlatılması arasında geçen süreyi, alınan önlemlerin uygunluğunu denetler.

d. Acil olarak bildirimi gereken durumların zamanında bildirimini denetler.

e. Program hatalarının engellenmesine yönelik alınan önlemleri denetler.

f. İl ASİE İzlem Sorumlusu tarafından, değerlendirme ve sınıflamanın yapılamadığı durumlar ile ciddi, kümelenme ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan durumlarda vakanın Merkez ASİE Danışma Kurulu ile birlikte sınıflandırılmasını sağlar.

g. HSGM ve TİTCK'nın ilgili birimleri Aralık ayında bir araya gelerek yıllık olarak değerlendirme yapar. HSGM, Merkez ASİE Danışma Kurulu'na ve İl Sağlık Müdürlüklerine yılda en az bir kez geri bildirim yapar. Bu geri bildirimde;

- Yıllık saptanan ASİE sayısı
- ASİE'lerin dağılımı,
- ASİE saptanması ile vaka araştırmasının başlatılması arasında geçen süre,
- ASİE'lerin antijene göre dağılımı,
- ASİE'lerin nedenlerine göre dağılımı
- Ciddi ASİE'lerin dağılımı gibi konular yer alır.

h. Gerekli durumlarda İl Sağlık Müdürlüklerine destek verir.

ı. Bakanlık içindeki ilgili kuruluşlar ve uluslararası kuruluşlar ile toplum iletişimini sağlar.

i. Sınıflandırma sonuçları ile birlikte ilgili farmakovijilans verilerini TİTCK'ya resmi yazı ile elektronik bilgi yönetim sistemi üzerinden gönderir. Bildirim süresi ciddi ASİE vakaları, kümelenme ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan durumlar için on beş gündür. Diğer ASİE vakalarını ise üçer aylık periyodlarla toplu olarak bildirir.

j. Dünya Sağlık Örgütü veya Bakanlıkça pandemi endemi olarak tanımlanan durumlarda Sağlık Bakanlığınca yürütülen ve aşı temininin Sağlık Bakanlığınca yapıldığı aşılama

programlarında elektronik yolla toplanan ASİE'lerin nedeninin sınıflamasını yapar ve değerlendirme sonuçları ile birlikte ilgili farmakovijilans verilerini TİTCK'ya iletir. Bildirim süresi ciddi ASİE vakaları, kümelenme ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan durumlar için on beş gündür. Diğer ASİE vakalarını ise üçer aylık periyodlarla toplu olarak bildirir.

k. Beklenmeyen ASİE olması durumunda, 24 saat içerisinde bu bildirimi elektronik belge yönetim sistemi üzerinden Ek-1'e uygun olarak TİTCK'ya gönderir.

l. Merkez ASİE Danışma Kurulunun sekreteryasını yürütür.

5. MERKEZ ASİE DANIŞMA KURULU

Merkez ASİE Danışma Kurulu, değerlendirme ve sınıflamanın yapılamadığı durumlar ile ciddi, kümelenme ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan ASİE'leri inceleyerek nedenlerinin saptanması ve nihai kararın verilerek vaka sınıflandırmasının yapılması amacıyla konunun uzmanlarından kurulmuş bir danışma organıdır.

Merkez ASİE Danışma Kurulu; çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, epidemiyolog/ halk sağlığı uzmanları, erişkin ve çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanları, immünologlar, virologlar, mikrobiyoloji uzmanları, çocuk ve erişkin nöroloji uzmanları, sosyal pediatri uzmanları, alerji uzmanları, patoloji uzmanları, TİTCK'dan sorumlu personel ve HSGM'den sorumlu personelden oluşur.

Merkez ASİE Danışma Kurulu yılda en az iki kez ve toplanmalarını gerektirecek acil durumlarda ise bildirime müteakip 30 gün içerisinde toplanır. İl ASİE Danışma Kurulları'na ek olarak sınıflandırma yapılması gerekmeyen, vaka olmadığı durumlarda geri bildirim sunmak üzere yılda en az bir kez toplanır. Vaka inceleme formları, araştırma raporları, hastane kayıtları (hasta dosyası), epikriz, mevcut laboratuvar verilerini değerlendirerek son sınıflamayı yapar. Kurulun gerekli gördüğü durumlarda ilden ileri araştırma ve yardımcı testlerin yapılması istenebilir.

6. BAKANLIK SEVİYESİ BİLDİRİMLERİ

Sınıflandırılmış ASİE'lerin 28.09.2022 tarihli ve 2022/2 sayılı Genelge'de belirtilen sürelere uygun olarak TİTCK'ya bildirimi yapılır. TİTCK bildirimleri sinyal oluşması açısından değerlendirir. Sinyal oluşması durumunda İyi Farmakovijilans Uygulamaları Modül VII- Sinyal Yönetimi güncel hali doğrultusunda gerekli düzenleyici tedbirleri alır.

Acilen müdahale edilmesi gereken durumlarda seri durdurma, ürünün yeniden analiz edilmesi, seri toplatma, imha gibi müdahaleler gerektiğinde HSGM işlemle ilgili TİTCK'ya en geç 24 saat içerisinde bildirimde bulunur. Gerekli müdahalelerin takibi HSGM tarafından yapılır, yükleyici firmaya konuyla ilgili ek-1'e uygun bilgilendirme yapılır.

Ekler:

1. ASİE Bildirim Sistemi Şeması
2. Vaka Tanımları
3. ASİE Bildirim ve İnceleme Formu
4. Sağlık Personelinin ASİE İle Karşılaştığında Yapması Gerekenler
5. Vaka Araştırması
6. Vaka Araştırma Raporu
7. ASİE Vaka İnceleme Bilgi Formu
8. ASİE Vaka Özet Bilgi Bildirim Formu

6.3.15. Kızamık/Kızamıkcık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu (KKS) Genelgesi (2010/20)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı: B100TSH01105
Konu: Kızamık/Kızamıkçık ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu (KKS) Sürveyansı Genelgesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağ. Hiz. Genel
Müd. Genelgelerin Dağıtımı
01 Nisan 2010 15:53:59 /18617

GENELGE
2010/20

Türkiye'de kızamığa bağlı morbidite ve mortalitenin yüksekliği ve Dünyada ve Avrupa bölgesinde son yıllarda kaydedilen gelişmeler ve deneyimler de göz önüne alınarak, 2002-2010 yıllarını kapsayan Kızamık ve Kızamıkçığın Eliminasyonu ve KKS'nin Önlenmesi Programı hazırlanmıştır. Programın amacı Türkiye'de kızamık ve kızamıkçık hastalıklarını elimine etmek, KKS'yi önlemek ve bu düzeyleri sürdürmektir. 2002 yılında %82 olan kızamık aşılama hızı, yürütülen başarılı bağışıklama çalışmalarıyla 2009 yılında %97'ye yükselmiştir. Hedefimiz, 2010 yılı sonuna kadar Türkiye'de yerli virüs geçişini durdurmak, 2010 yılından sonra Türkiye dışından gelecek yeni kızamık virüslerinin Türkiye'de yerleşmesini önlemek ve kızamığa bağlı ölümleri engellemektir.

Programın temel stratejilerinden biri de destek aşılama çalışması sonrasında kızamık insidansının azalması ile vaka bazında, laboratuvar destekli kızamık surveyansına geçilmesi ve akut flask paralizi sürveyansına entegre edilmiş haftalık aktif sürveyansın oluşturulması olarak belirlenmiştir. "Kızamık Eliminasyon Programı, Kızamık Saha Rehberi"nde laboratuvar destekli ve vaka bazlı kızamık surveyansı kuralları belirlenmiştir. 2005 yılında da Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi ile laboratuvar destekli standart vaka tanımları yapılarak bildirimin kuralları belirlenmiştir.

Programın stratejik hedeflerine uygun olarak rutin aşılama hızının %95'in üzerinde olması ve destek aşılama çalışmalarının başarıyla tamamlanması sonucunda kızamık vaka sayımız da giderek azalmış, 2001 yılında 30.509 iken, 2009 yılında 4'e (3 importe, 1 importe vaka ile ilişkili vaka) kadar düşmüştür. Böylece eliminasyon dönemine geçilerek importasyonun engellenmesi giderek daha da ön plana çıkan bir hedef haline gelmiştir. Eliminasyon döneminde yürütülecek sürveyansa özgü bazı farklılıklar bulunmaktadır.

Eliminasyon döneminde, kızamık sürveyansı stratejilerimiz şunlardır:

a. Rutin bildirimlerin tam, zamanında, doğru ve tutarlı olmasının sağlanması,
b. Aktif sürveyans yürütülmesi,
c. Vaka bazında, laboratuvar destekli sürveyansın sürdürülmesi,
d. Aşı sonrası istenmeyen etki sürveyansı ile bağışıklama güvenliğinin izlenmesi,
e. Rutin bağışıklama hızlarıyla programın sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi,
f. Salgınların erken saptanması, incelenmesi, doğrulanmasını ve elde edilen verilerin salgınların kontrolü ve önlenmesi stratejilerini belirlenmesinde kullanılması ve gerekiyorsa seroprevalans araştırmaları ile hassas nüfus birikimine ilişkin bilgi sağlanması.
g. Vaka ve salgın doğrulaması için oluşturulmuş olan bir laboratuvar ağının geliştirilmesidir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı:
Konu:

Türkiye'de kızamık sürveyansının eliminasyon hedefine ulaşıldığının kanıtlanması ve olası bir salgının erken tespiti ve etkin salgın yanıtı ile kontrol altına alınmasını sağlamak amacıyla yeniden düzenlenmiş olan ve sürveyansın il düzeyinde yürütülmesi sırasında uyulması gereken kuralları içeren Daimi Genelge ekte gönderilmektedir. Bu Daimi Genelge yayınlandığı tarihte yürürlüğe girer.

Kızamık/Kızamıkçık/KKS sürveyansı konusunda temel başvuru kaynağı olan bu Daimi Genelge her düzeyde tanıtılmalı, özel sektör dahil tüm sağlık çalışanlarının uygulamadaki değişiklikleri yakından izlemeleri sağlanmalıdır. Ekte gönderilen Kızamık Sürveyansı Daimi Genelgesinin tüm sağlık kuruluşlarına (Tıp Fakülteleri, Hastaneler, Özel Sağlık Kuruluşları ve Muayenehaneler dâhil) ve birinci basamak sağlık personeline imza karşılığı tebliğini ve il düzeyinde yapılacak uygulamaların Genelgeye uygun olarak yürütülmesi hususunda gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

Ek: Daimi Genelge

DAĞITIM:
A PLANI

GEREKÇE

Ülkemizde, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi hedeflerine uygun olarak 2002 yılında Kızamık Eliminasyonu Programı başlatılmıştır. Bu program kapsamında 2003-2005 döneminde, 9 ay-14 yaş grubuna ek bir doz kızamık aşısı uygulamasını içeren Kızamık Aşı Günleri düzenlenmiştir ve başarıyla sonuçlanmıştır.

Rutin aşılamada, 2006 yılından itibaren %95 ve üzerinde aşılama hızına ulaşılmıştır. 2006 yılında aşı takvimine kızamık kızamıkçık kabakulak aşısı (KKK) eklenmiştir. Böylelikle, Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Kızamıkçık Sendromunun (KKS) Önlenmesi Programı da başlatılmıştır. Bu program kapsamında ilköğretime devam eden çocuklarımızın aşıları tamamlanmıştır. Ayrıca 2009 yılında, 33 ilde, 18-35 yaş grubu kadınlara yönelik yakalama kampanyası yapılmıştır. Her iki programda da hedef; 2010 yılı sonuna kadar ülkemizde yerli virüs dolaşımını durdurmaktır.

Bu durumun sağlanması ve belgelenmesinde sürveyans çalışmaları en önemli yeri tutmaktadır. 2009 yılı sonunda yayınlanan DSÖ Avrupa Bölgesi Sürveyans Rehberi de dikkate alınarak hazırlanan bu Genelge ile ülkemizdeki sürveyans çalışmalarının düzenlenmesi, izleme değerlendirme kriterlerinin belirlenmesi ve duyurulması ve ülkemizde kızamık ve kızamıkçığın elimine edildiğini ve KKS'nin önlendiğinin belgelendirilmesi için gerekli hazırlığın yapılması hedeflenmektedir.

KIZAMIK, KIZAMIKÇIK VE KONJENİTAL KIZAMIKÇIK SENDROMU SÜRVEYANSI DAİMİ GENELGESİ

GİRİŞ

Kızamık hastalık yükünü küresel düzeyde azaltmak amacı ile 1989 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde ve 1990 yılında Dünya Çocuk Zirvesi'nde bazı hedefler belirlenmiş ve aşılama öncesi döneme göre kızamık mortalitesinin %95, morbiditesinin ise %90 azaltılması hedeflenmiştir. Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde 2010 yılı sonuna kadar kızamık ve kızamıkçığın eliminasyonu ve konjenital kızamıkçık sendromunun (KKS) önlenmesi hedeflenmiştir.

DSÖ Kızamık ve Kızamıkçık Eliminasyonu ve KKS Kontrolü Temel Göstergeleri;

1. Aşılama Hızı:
Hedef: Kızamık/kızamıkçık içeren aşının birinci ve ikinci dozunda en az %95 kapsayıcılığa ulaşılmasıdır.
2. Salgın Büyüklüğü:
Hedef: Salgınların en az %80'i 10'dan az kesin kızamık ya da kızamıkçık vakası içermelidir.
3. Kızamık/Kızamıkçık İnsidans Hızı:
Hedef: Yılda, kızamık/kızamıkçık insidansının 1.000.000'da 1'den daha az olmasıdır (importe vaka hariç, importe vaka ile ilişkili vaka dahil).
4.Yerli Kızamık/Kızamıkçık Virüslerinin Dolaşımı:
Ülkeler, tüm salgın zincirleri için kızamık/kızamıkçık virüsü tiplendirmesini yaparak ülkede yerli virüs dolaşımı bulunmadığını göstermek zorundadır.
Hedef: En az 12 ay süre ile yerli kızamık/kızamıkçık virüsünün dolaşımda olmamasıdır.
5. Konjenital Kızamıkçık Sendromu İnsidans Hızı:
Hedef: KKS görülme hızının yılda, 100.000 canlı doğumda 1'den daha az olmasıdır.

Kızamık ve kızamıkçığın eliminasyonu, yerli virüs dolaşımının durması olarak tanımlanmaktadır. Kızamık ya da kızamıkçık insidansı yılda 1/100.000'in altında olan ülkelerin tüm vakaları ya laboratuvarla doğrulanmış ya da laboratuvarla doğrulanmış bir vakayla epidemiyolojik olarak ilişkili olmalıdır. Eliminasyon durumunda, importe vakalar olabilir ancak, importasyonu takiben müdahale olmasa dahi virüsün dolaşımı sınırlı sayıdaki bulaş sonrası doğal olarak sonlanır.

Bu hedeflere ulaşmak için yürütülmesi gereken beş temel strateji tanımlanmıştır;

a. Yüksek kaliteli rutin aşılama hizmetleri sunularak her bir kohort için en az bir doz kızamıkçık aşılaması ve her iki doz kızamık aşılama hızlarında yüksek düzeylerinin (≥%95) sürdürülmesi,
b. Kızamığa duyarlı gruplarda destek aşılama çalışmaları (catch-up, mop-up) düzenleyerek kızamık aşılaması için fırsat sağlanması,
c. Tüm kızamıkçığa duyarlı çocuklar, adolesanlar ve doğurganlık çağındaki kadınlara yönelik destek aşılama çalışmaları düzenleyerek kızamıkçık aşılaması için fırsat sunulması,
d. Klinik vakaların laboratuvar tarafından doğrulanmasını ve uygun vaka araştırmasını içerecek şekilde sürveyans sisteminin güçlendirilmesi,
e. Kızamık ve kızamıkçık aşılamasının yararları ve aşı sonrası istenmeyen etkiler konusunda halkın ve sağlık çalışanlarının bilgilendirilmelerinin sağlanmasıdır.

Türkiye'de Kızamık ve Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Kızamıkçık Sendromunun Önlenmesi Programı

Yukarıda sayılan hedef ve stratejiler doğrultusunda, ülkemizde de 2002 yılından bu yana Kızamık Eliminasyon Programı ve 2006 yılından bu yana da Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Kızamıkçık Sendromunun Önlenmesi Programı yürütülmektedir.

Program hedeflerimiz;

- Kızamık, kızamıkçık ve konjenital kızamıkçık sendromunu önlemek,
- 2010 yılı sonuna kadar Türkiye'de yerli kızamık ve kızamıkçık virüs dolaşımını durdurmak,
- 2010 yılından sonra dışarıdan gelecek yeni virüslerin Türkiye'de yerleşmesini önlemek olarak belirlenmiştir.

Stratejilerimiz;

1. Bağışıklama
   - Rutin: Her bir il ve ilçe düzeyinde, her iki dozda da en az %95'lik bir aşılama hızına ulaşılması ve sürdürülmesi,
   - 9 ay – 14 yaş grubuna ek bir doz kızamık aşısı uygulanması (catch-up): Kızamık Aşı Günleri, 2003-2005 yılları arasında gerçekleştirilmiştir.
   - Sağlık Ocağı ve Toplum Sağlığı Merkezi düzeyinde aşılama hızı %95'e ulaşmamış yerlerde kapı kapı dolaşılarak eksik aşılıların aşılanması (mop-up),
   - Kızamıkçığa karşı hassas tüm çocukların ve adolesanların destek aşılama çalışmalarıyla aşılanması, doğurgan çağdaki (18-35 yaş) kadınlar için erişkin aşılama programı kapsamında kızamıkçık aşılaması fırsatının sunulması: 2006-2008 döneminde ilköğretime devam eden çocukların tamamı aşılanmıştır. Ayrıca, 2009'da 33 ilde 18-35 yaş grubu kadınlar için catch-up çalışması yapılmıştır.
2. Politik Kararlılık
   - Programın eylem planını uygulamaya yönelik en yüksek düzeyde politik kararlılığın sağlanması,
   - İl Sağlık Müdürlükleri düzeyinde karar birliği oluşturulması ve diğer sektörlerin de desteğinin alınması.
3. Sürveyans
   - Rutin bağışıklama hızlarıyla programın sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi,
   - Rutin bildirimlerin tam, zamanında, doğru ve tutarlı olmasının sağlanması,
   - Entegre aktif sürveyans yürütülmesi,
   - Vaka bazında, laboratuvar destekli sürveyansın sürdürülmesi,
   - Salgınların erken saptanması, incelenmesi, doğrulanmasını ve elde edilen verilerin salgınların kontrolü ve önlenmesi stratejilerinin belirlenmesinde kullanılması ve gerekiyorsa seroprevalans araştırmaları ile hassas nüfus birikimine ilişkin bilgi sağlanması.
   - Riskli ülkelerden ülkemize yönelik nüfus hareketleri yakından izlenerek ülkemize importe olabilecek vakalar için gerekli önlemlerin alınması,
   - Vaka ve salgın doğrulaması için oluşturulmuş olan bir laboratuvar ağının geliştirilmesi,
   - Aşı sonrası istenmeyen etki sürveyansı ile bağışıklama güvenliğinin izlenmesi.
4. Sosyal Mobilizasyon
   - Kızamık ve kızamıkçık aşılaması kapsamındaki aşılamanın toplumsal yararları, aşı sonrası istenmeyen etkiler ve bağışıklama güvenliği konularında halk ve sağlık personeli tarafından nitelikli bilgiye ulaşılabilirliğin arttırılmasıdır.

1. SÜRVEYANS

1.1. Kızamık, Kızamıkçık ve KKS Sürveyansının Amaçları:

Sürveyans, koruyucu halk sağlığı çalışmalarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için; sağlık sorununa özgü düzenli veri toplanması, analizi ve yorumlanması ve ilgili taraflara geri bildirim verilmesidir. Sürveyans, 'eylem için bilgi' olarak da tanımlanabilir. Bilgiye, yani veriye dayanmayan hastalık kontrol ve önleme programlarının başarısız olma ihtimali yüksektir.

Kızamık, kızamıkçık ve KKS sürveyansı da benzer şekilde, eliminasyon hedefine ulaşılabilmesi için kızamık ve kızamıkçık eliminasyon programının değerlendirilmesi ve düzenli olarak kızamık, kızamıkçık ve KKS vakalarına ilişkin veri toplanması, analizi, yorumlanması ve ilgili taraflara geri bildirimde bulunulmasıdır.

Kızamık ve kızamıkçık kontrolünün düzeyi arttıkça ve eliminasyona yaklaşıldıkça, her olası vakanın araştırılması ve laboratuvar tarafından doğrulanması (konfirmasyonu) önem kazanmaktadır. Bu uygulamalar, ülke çapında olmalı, duyarlı olmalı (tüm vakalara ulaşılabilmeli), özgül olmalı (gerçek vakaları seçebilmeli) ve vaka tabanlı olarak yürütülmelidir; hem vakaların birbiriyle ilişkili olup olmadığı göz önüne alınmalı hem de bulaşın sürekli olup olmadığı saptanabilmelidir.

Kızamık ve kızamıkçık vakaları gerek çocuklar gerekse erişkinler arasında görülebildiğinden ve yılın herhangi bir zamanında importasyon söz konusu olabileceğinden; bu hastalıkların sürveyansı, ulusal düzeyde tüm yıl boyunca sürdürülmelidir.

Eliminasyon aşamasında, kızamık, kızamıkçık ve KKS sürveyansı stratejileri şunlardır:

- Rutin bildirimlerin tam, zamanında, doğru ve tutarlı olmasının sağlanması,
- Gerçek vakaların saptanabilmesi için şüpheli/olası vaka tanımına uyan tüm vakaların incelenmesi ve uygun laboratuvar örneği alınması,
- Vakanın ortaya çıkış ve bulaş nedenlerinin saptanması (örneğin; importasyon, aşı yetersizliği, eksik aşılılık vb),
- Salgınların erken saptanması, incelenmesi, doğrulanması ve elde edilen verilerin salgınların kontrolü ve önlenmesi stratejilerinin belirlenmesinde kullanılması ve gerekiyorsa seroprevalans araştırmaları ile hassas nüfus birikimine ilişkin bilgi sağlanması,
- Bulaş riski altındaki toplumun ve biriken hassas nüfusun incelenmesi ve gerekli önlemlerin alınması,
- Vaka ve salgın doğrulaması için ülke içinde bir laboratuvar ağının oluşturulması,
- Dolaşımda olan virüs genotiplerinin belirlenerek yerli kızamık virüsü olup olmadıklarının araştırılması,
- Aktif sürveyans yürütülmesi (aktif sürveyansın akut flask paralizi-AFP- ve maternal neonatal tetanoz-MNT- sürveyansına entegre edilmesi),
- Aşı sonrası istenmeyen etki sürveyansı ile bağışıklama güvenliğinin izlenmesi,
- Riskli ülkelerden ülkemize yönelik nüfus hareketleri yakından izlenerek ülkemize importe olabilecek vakalar için gerekli önlemlerin alınması,
- Hedeflenen program amaçlarına ulaşılıp ulaşılmadığının izlenmesi ve değerlendirilmesidir.

KKS sürveyansının amacı, kızamıkçık aşılama programlarının etkililiğinin izlenmesi ile etkilenen bebeklerin hızla saptanarak izolasyonunun sağlanması ve erken ve uygun sağlık bakımının sağlanarak hastalığın bebekler ve aileler üzerindeki olumsuz sonuçlarını azaltmaktır. Kızamıkçık enfeksiyonunun yaklaşık %50'sinin belirtisiz seyredebilmesi ve kızamıkçık enfeksiyonuna bağlı düşük ve ölü doğum hızının tam olarak saptanamaması nedeniyle KKS sürveyansı, gebelikte kızamıkçık enfeksiyonuna bağlı hastalık yükünü tam olarak yansıtamasa da etkin bir sürveyans ile klinik vaka yükü konusunda bilgi edinmek için önemli bir araçtır.

Kızamık ve kızamıkçık enfeksiyonları arasında birçok benzerlik bulunması da hastalıkların eliminasyonunu kolaylaştırmakta ve her iki hastalığın sürveyansının entegrasyonu maliyet etkili kılmaktadır.

2. KIZAMIK HASTALIĞI

2.1. Kızamık Hastalığının Patogenezi ve Kliniği

Kızamık virüsü paramiksovirüs ailesinden bir RNA virüsüdür. Ortam ısısında, yüzeylerde ve nesneler üzerinde en fazla iki saat yaşayabilir iken, solunan havada ise 30 dk enfektif kalabilir. Isıya çok duyarlı olup 56°C'de 30 dk sonra inaktive olur, ancak donmaya karşı dirençli olup -70 °C'de yıllarca yaşayabilir. %1'lik sodyum hipoklorit, %70'lik alkol çözeltisi, ultraviyole, asidik (pH<5) ve alkali (pH>10) ortamlara ve ışığa son derece duyarlıdır.

Hastalığın endemik olduğu yerlerde, kızamık virüsü yayılımı mevsimsel bir eğilim gösterir; ülkemiz gibi ılıman bölgelerde en yoğun yayılım genellikle kışın sonunda ve baharda gerçekleşmektedir. Aşılama programları öncesinde, yaklaşık dört yılda bir salgınlarla seyretmekte idi. Kızamık aşısının aşılama programlarına girmesi ve kapsayıcılığın giderek artmasıyla; salgın insidansları düşmüş ve salgınlar arası dönemler uzamıştır.

Kızamık, sadece insanları enfekte ettiğinden eliminasyonu mümkün olan bir hastalıktır. Bununla birlikte; duyarlı insanlar arasında ikincil atak hızı %90'dan fazla olup bulaşıcılığı en yüksek hastalıklardan biridir. Virüs, hava yollarındaki damlacıkların solunmasıyla ya da enfekte kişilerin burun ve boğaz sekresyonlarının doğrudan ya da dolaylı (kontamine nesneler aracılığıyla vb) temasıyla bulaşır.

Kızamık hastalığı olan kişiler döküntünün başlamasından dört gün öncesine, döküntünün sona ermesinden ise dört gün sonrasına kadar bulaştırıcı kabul edilmektedir. Maruziyet sonrası, belirtilerin başlamasına kadar olan inkübasyon süresi ortalama 10-12 gündür (7-18 gün).

Virüsün alınmasını takiben oluşan enfeksiyon sonrası, kızamık virüsü nazofarenksin solunum epitelini tutarak bölgesel lenf nodlarına yayılır. Burada 2-3 günlük bir çoğalma döneminden sonra, birincil viremi sırasında retiküloendotelyal sisteme doğru genişleyerek yayılır. Enfeksiyondan 5-7 gün sonra, 7 gün sürecek olan ikincil viremi dönemi başlar. Bu dönemde, cilt, konjunktiva, solunum yolu ve diğer organlarda (dalak, timüs, akciğer, karaciğer, böbrek) enfeksiyon ve virüs çoğalması olabilmektedir. Viremi 11-14. günlerde pik yaparak birkaç gün içerisinde hızla azalır (Tablo 1).

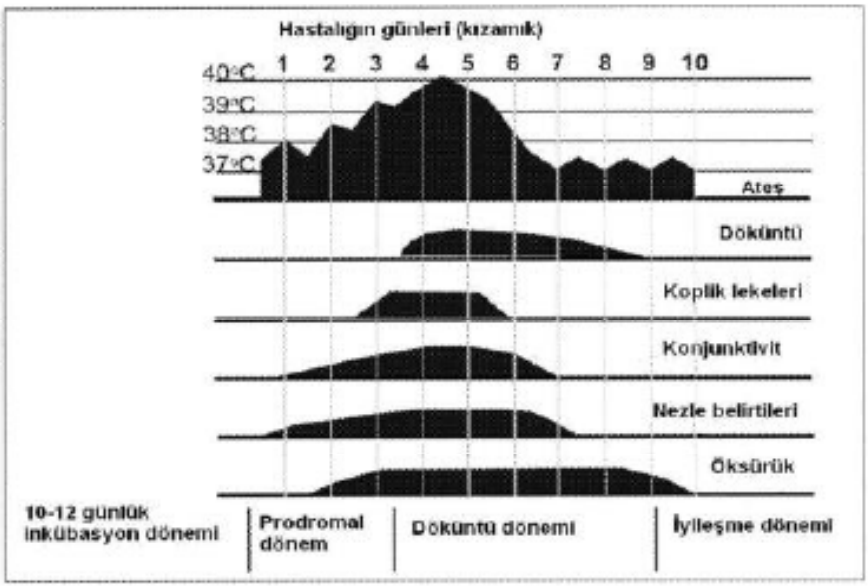
Tablo 1. Kızamık Enfeksiyonunun Patogenezi.

Gün	Durum
0	Solunum yolu damlacıklarındaki kızamık virüsü nazofarenks epiteliyle temas eder ve epitelyal hücreler enfekte olarak viral çoğalma gerçekleşir.
1-2	Virüs bölgesel lenf dokusuna yayılır.
2-3	Birincil viremi dönemi.
3-5	Kızamık virüsü solunum yolu epitelinde, bölgesel lenf nodlarında ve uzak bölgelere doğru çoğalarak yayılır.
5-7	İkincil viremi dönemi.
7-11	Enfeksiyon cilt ve solunum yolunu da içerecek şekilde diğer bölgelerde de saptanır.
11-14	Virüs, kanda, solunum yolunda, ciltte ve diğer organlarda saptanır.
15-17	Viremi azalarak kaybolur, organlardaki virüs içeriği hızla düşerek bağışıklık oluşur.

Solunum yolunun enfekte olmasıyla öksürük ve burun akıntısı meydana gelir. Solunum yolunun daha yaygın zarar görmesiyle oluşan silia kaybı, otitis media ve pnömoni gibi ikincil bakteriyal enfeksiyonlar için zemin hazırlar.

Dermal kapiler endotel hücrelerinde, virüse karşı oluşan bağışıklık yanıtı sonucu tipik makülopapüler döküntü ve enantem (Koplik lekeleri) meydana gelir. Şekil 1'de kızamık hastalığının klinik özelliklerinin hastalığın günlerine göre görülme durumu verilmiştir.

Şekil 1. Kızamık Hastalığının Klinik Özelliklerinin Hastalığın Günlerine Göre Görülme Durumu.



Bildirilen kızamık vakalarının yaklaşık %30'unda bir ya da daha fazla komplikasyon gelişmektedir. Bir yaş altı çocuklarda ve erişkinlerde ciddi komplikasyon riski daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerde görülen komplikasyonlar şunlardır: Pnömoni (%1-6), diyare (%6), otitis media (%7-9), körlük ve post enfeksiyöz ensefalit (1000 vakada 1), ölüm (%3-6).

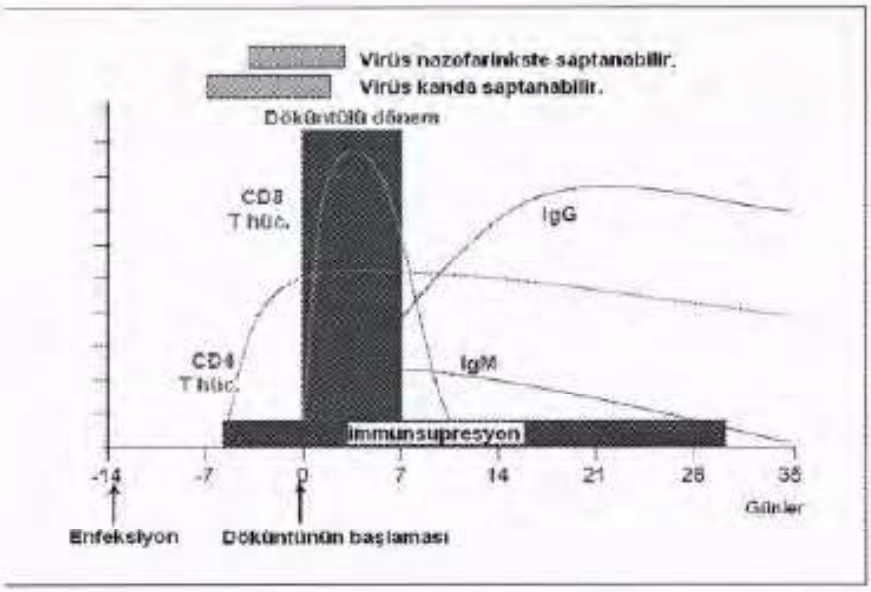
Daha az rastlanan (100.000 vakada 1) ancak çok ciddi bir diğer komplikasyon ise subakut sklerozan panensefalit (SSPE)'dir. SSPE, santral sinir sisteminin kalıcı kızamık virus enfeksiyonu nedeni ile oluşan ilerleyici kronik ensefalittir. Genellikle, enfeksiyondan 7-10 yıl sonra görülmektedir. SSPE hastalarında moleküler tanı yöntemleri ile yapılan incelemelerde de vahşi kızamık virüsü suşları gösterilmiştir. SSPE insidansının kızamık enfeksiyonunun yaşamın erken dönemlerinde geçirilmesiyle yükseldiği bilinmektedir. Aşılanma oranı yüksek olan ülkelerde, tüm nüfusta SSPE insidansı milyonda 1, kızamık hastalığının endemik olduğu aşılanma oranı düşük olan ülkelerde ise milyonda 20–100 olarak bildirilmektedir. DSÖ Aşı Güvenliği Küresel Danışma Komitesi (GACVS) tarafından SSPE hastalığına kızamık aşısının neden olmadığı açıklanmıştır.

2.2. Kızamık Hastalığının Tanısı

Kızamık insidansının düşük olduğu ülkelerde, kızamığın klinik tanısının pozitif tahmin değeri de düşük olduğundan; tek başına klinik belirtiler kızamık tanısı için güvenilir değildir. Kızamık benzeri döküntüyle seyreden birtakım hastalıkları kızamıktan ayırt edebilmek için mutlaka laboratuvar değerlendirmesi gerekmektedir.

Birincil bağışıklık yanıtı sırasında, kızamığa özgü IgM ve IgG antikorları oluşmakta olup döküntülerin başlamasından itibaren birkaç gün içerisinde duyarlı ELISA yöntemiyle serumda saptanabilir. Döküntülerin ortaya çıkmasından itibaren kızamık vakalarının %70'inde ilk 2 gün, %90'ında ise 3-5 gün içerisinde IgM antikoru pozitifliği saptanır. IgM antikorları 7-10 içinde pik yaptıktan sonra düşmeye başlar, 6-8 haftanın sonunda ise artık nadiren saptanabilir. IgG antikor düzeyleri ise 3. haftada pik yaparak enfeksiyondan sonra uzun süre bulunmaya devam eder. Yanıt sırasında, serum ve sekretuvar IgA antikorları da oluşmaktadır.

Şekil 2. Akut Kızamık Enfeksiyonunda Bağışıklık Yanıtı Oluşma Süreci.



Kızamık virüsü klinik örneklerden (nazofarengeal sürüntü, idrar, periferik kandaki mononükleer hücreler) döküntülerin başlamasından itibaren ilk 5 güne kadar izole edilebilir, PCR ile de 7 güne kadar (ve bazen sonrasında da) saptanabilir.

ELISA ile spesifik IgM antikoru saptanması DSÖ tarafından rutin kızamık sürveyansı için önerilen standart testtir. IgM antikor testine ek olarak 2-4 hafta ara ile alınan örneklerde IgG antikor titresinde en az dört katı artış, immunofloresan ile antijenin gösterilmesi, kızamık virus RNA'sının revers transkripsiyon (RT) PCR ile gösterilmesi, kızamık virus izolasyonu gibi diğer tanı yöntemleri ile de kızamık tanısı konulabilmektedir.

Yeni aşılanmış bir kişide, spesifik IgM antikorunun pozitif saptanmış olması, klinik belirtilere ve bölgesel hastalık epidemiyolojisiyle (aşılama yüzdesi, aşılı ve aşısız nüfusta klinik belirtilerin olup olmaması, nüfus hareketleri vb) karşılaştırılarak yorumlanmalıdır; çünkü kızamık aşısı sonrası da %2 oranında hafif döküntü ve %5 oranında hafif ateş görülebilmektedir.

Özet olarak; kızamık insidansının (eliminasyon için sınır değer olan) 1/1.000.000 olduğu ülkelerde, aşı sonrası IgM pozitifliği ile karşılaşılabileceğinden; tek bir kızamık vakası için toplumdaki diğer vakalar konusunda kanıta sahip olunmadan tanı koymada, spesifik IgM antikorunun tek başına kullanılması yeterli olmayacaktır; bu nedenle tanının spesifik IgM testine ek diğer laboratuvar yöntemlerinin (PCR, hücre kültürü) de kullanılarak doğrulanması gerekmektedir.

3. KIZAMIKÇIK HASTALIĞI

3.1. Kızamıkçık Hastalığının Patogenezi ve Kliniği

Kızamıkçık, Togavirus ailesinden bir RNA virüsü olan kızamıkçık virüsünün neden olduğu akut makülopapüler döküntüyle seyreden bir hastalıktır; ancak kızamıkçık virüsüyle oluşan bu enfeksiyon sıklıkla kayda değer herhangi bir belirti ya da semptom olmadan seyreder. İnsan bilinen tek konakçı olduğundan hastalığın eliminasyonu mümkündür.

Kızamıkçık enfeksiyonunun epidemiyolojisi kızamıkla benzerdir; düzenli salgın dönemlerini düşük insidanslı dönemlerin izlediği mevsimsel bir seyir göstermektedir. Ilıman iklimlerde, düzenli mevsimsel (bahar) piklerle seyreder; 3-4 yılda bir küçük, 6-9 yılda bir ise büyük salgınlar eşlik eder. Tropikal bölgelerde meydana gelen salgınlar çocuklar arasında klinik belirtilerin hafif olması ya da gözle görülür olmaması nedeniyle genellikle gözden kaçmaktadır.

Kızamıkçık virüsü kızamığa göre daha az bulaşıcı olup aynı kızamıkta olduğu gibi enfekte kişilerin solunum yolundaki damlacıklarla ve burun ve farengeal sekresyonlarıyla doğrudan ya da dolaylı temas yoluyla bulaşmaktadır. Kişilerin en çok bulaştırıcı olduğu dönem döküntülerin başladığı dönemdir; ancak döküntünün başlamasından önceki 7 gün, başlamasından sonraki 14 gün boyunca bulaştırıcı olabilirler. Maruziyeti takiben, inkübasyon periyodu ortalama 14-18 gün sürer (12-23 gün). Konjenital enfeksiyonu olan bebekler farengeal sekresyonlar ve idrar yoluyla çok miktarda virüsü bir yıl ya da daha fazla süreyle yayabilir.

Kızamıkçık virüsü nazofarenksi enfekte ettiğinde; solunum yolu epitelinde ve bölgesel lenf nodlarında çoğalır. Enfeksiyondan 5-7 gün sonra viremi başlar. Döküntünün başlamasından bir hafta öncesine ve iki hafta sonrasına kadar virüs nazofarenksten izole edilebilir (Tablo 2).

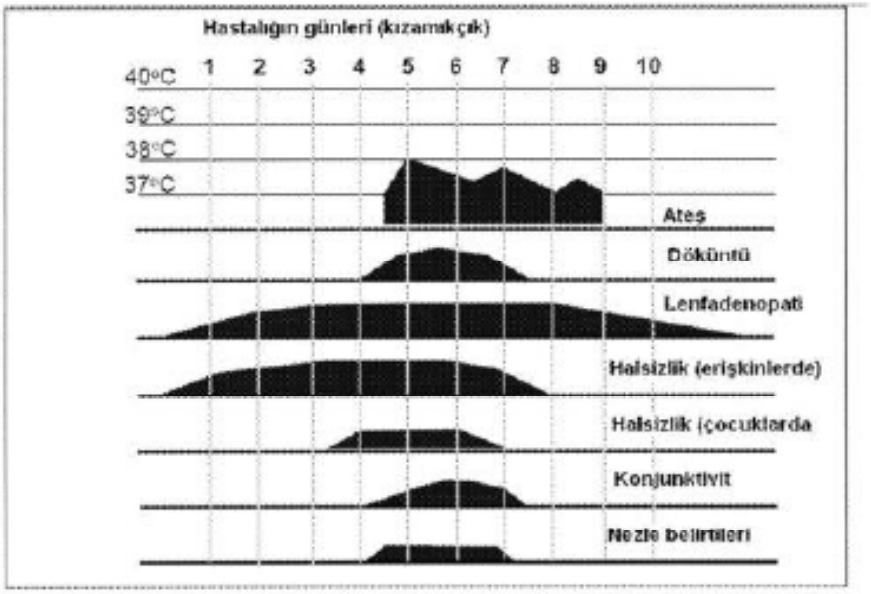
Tablo 2. Kızamıkçık Enfeksiyonunun Patogenezi.

Gün	Durum
0	Enfekte kişilerin solunum sekresyonlarında kızamıkçık virüsü saptanması.
1-2	Nazofarenkste ve bölgesel lenf nodlarında viral replikasyon.
3-8	Nazofarenkste viral yayılmanın ilk işaretleri.
6-20	Viremi dönemi.
8-14	Cilt ve diğer bölgelerde enfeksiyonun saptanması.
10-17	Maksimum düzeyde viremi ve virüri.
10-24	Maksimum düzeyde nazofarenks yayılımı (döküntünün başlamasından 3 gün öncesinden 7 gün sonrasına kadar).
17-19	Viremi azalarak kaybolur.

Semptomlar genellikle hafiftir; başlıca semptomlar lenfadenopati ve makulopapüler döküntüdür. Hastalık döküntünün başlamasından önce, genellikle adolesanlarda ve erişkinlerde kısa (1-5 gün) bir prodrom dönemi ile seyrederken, çocuklarda döküntü genellikle ilk belirtidir. Bu dönemde, hafif ateş, başağrısı, iştahsızlık, hafif konjunktivit, boğaz ağrısı, öksürük ve döküntüden 5-7 gün önce lenfadenopati (suboksipital, post-aurikular, servikal) görülür, döküntüden iki gün sonrasına kadar devam eder, bazen haftalarca sürebilir. Enfeksiyonun başlamasından yaklaşık 14-18 gün sonra, makulopapüler döküntü başlayarak yüz ve boyundan vücuda doğru yayılır. Döküntü genellikle kaşıntılı olup 1-3 gün içerisinde kaybolur (Şekil 3).

Artralji ve artrit kızamıkçık geçiren erişkinler arasında yaygın olarak izlenmekte olup kronikleşebildiği de bilinmektedir. Daha az yaygın olan komplikasyonlar ise ölümcül olabilen trombositopeni ve ensefalittir (6000 vakada 1). İlerleyici kızamıkçık panensefaliti olarak bilinen nadir görülen geç bir kızamıkçık komplikasyonu da bulunmaktadır.

Şekil 3. Kızamıkçık Hastalığının Klinik Özelliklerinin Hastalığın Günlerine Göre Görülme Durumu.



3.2. Kızamıkçık Hastalığının Tanısı

Bazı enfeksiyonlar belirtileri ve bulguları yönünden kızamıkçıkla benzerlik gösterebilmektedir. Bununla birlikte; enfekte kişilerin yaklaşık %50'sinde, hastalık belirtisiz olabilir ya da çok az belirti gösterebilir. Bu nedenle, tanının doğrulanması için laboratuvar değerlendirmesi çok önem taşımaktadır.

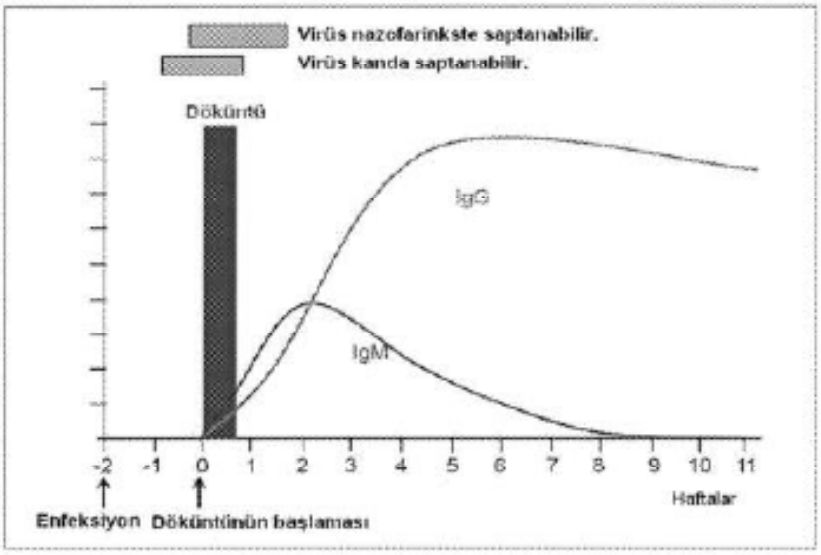
Doğal enfeksiyonu ve bağışıklamayı takiben hümoral ve hücresel bağışıklık gelişmektedir. Doğal enfeksiyon sırasında; döküntünün başlamasından itibaren 3-4 gün içerisinde IgM antikorları, bir hafta içerisinde ise IgG antikorları saptanabilir. Aşılamayı takiben, IgM ve IgG antikorlarının görülmesi doğal enfeksiyona göre hem daha geç, hem de daha düşük düzeyde olmaktadır. Kızamıkçığa özgü IgM antikoru, genellikle hastalığın sona ermesinden 2 ay sonrasına kadar saptanabilmekte ve bazı kişilerde doğal enfeksiyon, aşılama ve yeniden enfeksiyon sonrası 6-7 aya kadar da azalarak devam edebilmektedir.

Enfeksiyonu takiben, döküntünün başlamasından birkaç gün öncesinden başlayarak en az 7 gün sonrasına kadar, virüs nazofarengeal sekresyonlardan izole edilebilir. RT-PCR ile viral RNA'nın saptanması yöntemi ile bu süre 3-4 gün daha uzayabilir. Ancak örnek almak için en uygun zaman belirtilerin başlamasını takiben ilk 4 gündür. Aşılanmış kişilerde de, belli düzeylerde virüsün saptanması mümkündür.

DSÖ tarafından önerilen standart test ELISA ile IgM antikoru saptanmasıdır.

IgM antikorlarıyla çapraz reaksiyona girebilen antikorlar (örn; Ebstein Barr Virüsü, Parvovirüs B19 vb), romatoid faktör ya da otoantikorlar da yalancı pozitif IgM testi sonucuna neden olabilmektedir. Kızamıkçık insidansının milyonda 1'in (eliminasyon için sınır değer) altında olduğu ülkelerde, bilinen bir maruziyetin (vakayla temas, endemik bölgelere seyahat vb) olmadığı bir kişide, kızamıkçık IgM'in pozitif çıkması durumunda, kızamıkçık enfeksiyonunu yalancı pozitif sonuçtan ayırt etmek için sonucun diğer laboratuvar yöntemleriyle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Şekil 4. Akut Kızamıkçık Enfeksiyonunda Bağışıklık Yanıtı Oluşma Süreci.



Gebelikte Kızamıkçık Enfeksiyonu

Sürveyans amacıyla, yalnız IgM testi yeterli olmakla birlikte; klinik vaka yönetimi için mutlaka IgG antikorunda belirgin artışın gösterilmesi gereklidir. Hastalık belirtilerinin ya da bilinen bir kızamıkçık benzeri bir enfeksiyonla temas öyküsünün bulunmadığı durumlarda, IgM pozitifliğinin pozitif tahmini değeri düşük olduğundan dikkatle değerlendirilmesi gerekir. Bu durumda, avidite testi, kızamıkçık immünoblot, virüs tespiti ya da izolasyonu gibi ek yöntemlere ihtiyaç vardır.

Kızamıkçık enfeksiyonun maruziyeti bilinen gebe kadınlar, kızamıkçığa özgü IgG antikoru açısından değerlendirilmeli, IgG'nin negatif bulunması durumunda, gebeliğin devamı konusunda IgM ve IgG serokonversiyon durumları izlenmelidir. Kızamıkçıkla uyumlu döküntüsü ve IgM pozitifliği olan gebeler ek laboratuvar yöntemleri kullanılarak bir uzman tarafından değerlendirilmelidir.

Gebelik doğumla sonuçlanırsa yenidoğan doğumda test edilmelidir. Konjenital durumların klinik bulguları olmayan ve kızamıkçık enfeksiyonu pozitif olan yenidoğanlar laboratuvarla doğrulanmış kızamıkçık vakası olarak bildirilmelidir.

Tablo 3. Kızamık ve Kızamıkçık Hastalıklarında Ayırıcı Tanı*.

Hastalık	Kızamık	Kızamıkçık	Eritema İnfeksiyozum (5. Hastalık)	Roseola İnfantum (6. Hastalık)
Etken	Kızamık virüsü	Kızamıkçık virüsü	Parvovirus B19	Herpes virus 6
İnkübasyon Dönemi (gün)	7-18	12-23	4-14	5-15
Ateş	Evet	Evet	Evet	Evet
Döküntü	Evet	Evet	Evet	Evet
Döküntünün Özelliği	Makülopapüler	Makülopapüler	Makülopapüler	Makülopapüler
Döküntünün Yayılımı	Baş-vücut	Baş-vücut	Baş-vücut	Göğüs-karın
Döküntünün Süresi	4-7 gün	4-7 gün	5-10 gün	Saatler-Günler
Konjunktivit	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
Öksürük	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
Burun Akıntısı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Retroauriküler LAP	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Gebelikte Enfeksiyonla Sonuçlanabilme Durumu	Evet	Evet	Evet	Hayır
Düşük Riski	Hayır	Evet	Evet	Hayır
Konjenital Anomali Riski	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Aşıyla Önlenebilirlik	Evet	Evet	Hayır	Hayır

* Kaynak: Buchy, 2005; Caumes, 1993; Frieden and Resnick, 1991; Harn, 1989; Heymann, 2004; Krugman, 2004; Remington and Klein, 2001.

4. KONJENİTAL KIZAMIKÇIK

Konjenital kızamıkçık enfeksiyonu, "kızamıkçık enfeksiyonu geçirildiğine ilişkin kanıtın bulunması durumunda, gerek laboratuvar gerekse klinik olarak doğumda konjenital kızamıkçık sendromu semptomlarını gösteren vaka" olarak tanımlanmaktadır.

Konjenital kızamıkçık enfeksiyonu, duyarlı bir kadının, -erken gebelikte malformasyon riski daha fazla olmakla birlikte- gebeliğinin herhangi bir döneminde kızamıkçık enfeksiyonu geçirmesiyle meydana gelir. Konjenital enfeksiyon riski, plasental bariyerin çok güçlü olmadığı bir dönem olan geç gebelik döneminde de yüksektir. Erken gebelikte kızamıkçık enfeksiyonunu takiben spontan düşük veya ölü doğum da görülebilmektedir. Maternal enfeksiyon 11. ve 17. gestasyonel haftalar arasında oluştuğunda; tekli anomaliler ve izole sensorinörinal işitme bozukluklarıyla sonuçlanmakta olup 20. haftadan sonra ise bu bozukluklar daha nadir görülmektedir.

Konjenital kızamıkçık sendromu da, klinik özellikleri maternal enfeksiyonun gestasyonel yaşına bağlı olan bir konjenital kızamıkçık enfeksiyonudur. KKS görülme riski en fazla (%70-90) gestasyonel dönemin ilk 11 haftasında geçirilen kızamıkçık enfeksiyonu ile ilişkilidir. KKS görülme hızı, kızamıkçığa karşı bağışıklama programı bulunmayan ülkelerdeki salgınlar sırasında 1000 canlı doğumda 0,6-2,2 arasında değişmektedir.

Konjenital kızamıkçık sendromu ile ilişkili klinik bulgular şunlardır:

- Oftalmik bulgular (örn: katarakt, mikroftalmi, glokom, pigmente retinopati, koryoretinit);
- İşitsel bulgular (örn: sensorinöral işitme bozukluğu);
- Kardiyak bulgular (örn: patent duktus arteriyosus, periferal pulmoner arter stenozu, ventriküler septal defektler);
- Kraniofasyal bulgular (örn: mikrosefali).

KKS başka neonatal belirtilerle (meningoensefalit, hepatosplenomegali, hepatit, trombositopeni, konjenital kızamıkçık sendromunun tipik radyolojik görüntüsü olan uzun kemiklerde radyolüsensi) de kendini gösterebilir. Trombositopeni ölümcül olarak seyredebilir. İnterstisyel pnömoni ise daha çok bebeklik döneminde görülen bir komplikasyondur. Neonatal dönemi atlatabilen bebekleri ciddi gelişimsel sakatlıklar (örn: görme ve işitme kaybı) beklemekte ve bu bebeklerde otizm, tip I diyabet ve tiroidit gibi hastalıklara yakalanma riski de artmaktadır. Subakut sklerozan panensefalite benzeyen ilerleyici bir hastalık olan progresif kızamıkçık panensefaliti de KKS olan kişilerin bir kısmında görülebilmektedir.

Konjenital kızamıkçık infeksiyonu olan bebeklerde, doğumda ya da hemen sonrasında başlayarak en az 3 ay süreyle devam eden kızamıkçığa özgü IgM antikoru pozitifliği bulunmaktadır. Klinik olarak şüpheli vakalarda, doğumda negatif sonuç saptansa da 1-3 hafta sonra test tekrarlanmalıdır. KKS olan bebeklerin en az %85'inde, 3.-6. aylar arasında da IgM antikoru pozitif saptanmakta olup bu süre bazı vakalarda 18. aya kadar uzayabilmektedir. Özellikle 3. aydan sonra düşük düzeyde devam eden IgM antikoru saptanmasında IgM-yakalayıcı ELISA testleriyle ölçümler daha güvenilirdir. 6. aylığın üzeri yaşta olan olası KKS vakalarının laboratuvar doğrulanması için sadece IgM testine güvenilmemeli, birkaç ay süresince seri IgG antikoru ölçümleri yapılarak antikor düzeylerinin aynı düzeyde devam edip etmediği de değerlendirilmelidir. KKS vakalarının %95'inde, 6-11. aylar arasında devam eden IgG antikorları saptanmıştır. Konjenital kızamıkçık enfeksiyonu olan tüm bebekler ile KKS'li bebeklerin bir kısmı 1 yaşa kadar azalan miktarlarda olmak üzere virüsü bulaştırabilir.

5. KIZAMIK, KIZAMIKÇIK ve KKS SÜRVEYANSI: VAKA TANIMLARI ve SINIFLAMALAR

5.1. Kızamık Vaka Tanımları ve Sınıflamaları

Kızamık için Klinik Tanımlama

- 38°C'den yüksek ateş **ve**
- Makülopapüler döküntü **ve**
- Öksürük **veya** burun akıntısı **veya** konjunktivit ile karakterize hastalık.

Kızamık Tanısı için Gerekli Laboratuvar Kriterleri

- Kızamığa özgü IgM antikoru saptanması **veya**
- Kızamık virüs izolasyonu **veya**
- RT -PCR ile kızamık viral RNA saptanması **veya**
- 2-4 hafta arayla alınan serum örneklerinde kızamığa özgü IgG antikor titresinde belirgin (en az 4 kat) artış.

Kızamık Vaka Sınıflaması:

Şüpheli Vaka: Makülopapüler döküntüyle seyreden herhangi bir hastalık.

Olası Kızamık Vakası (Klinik Vaka): Klinik tanımlamayla uyumlu vaka.

Kesin Kızamık Vakası:
a. Laboratuvarla Doğrulanmış Vaka: Tanı için gerekli laboratuvar kriterlerinden biri ile doğrulanmış *olası vaka* **veya** yakın zamanda aşılanmış ise laboratuvarla doğrulanmış vaka ile epidemiyolojik ilişkili olan vaka.
b. Epidemiyolojik İlişkili Vaka: Başka bir laboratuvarla doğrulanmış kesin vaka ile epidemiyolojik ilişkili (maruziyet ve inkübasyon dönemi açısından yer ve zaman-*semptomların başlamasından 7–18 gün önce temas*- ilişkisi bulunma durumu) olan *olası vaka*.

Vaka Değil: Kızamığın klinik tanımlaması ile uyumlu belirti ve bulguları olan bir kişide laboratuvar testlerinin negatif olması **veya** kızamık olmadığı (örn: *roseola infantum, eritema infektiyozum vb*) laboratuvarla doğrulanmış bir vaka ile epidemiyolojik ilişkili olan vaka.

SICAK VAKA: Kesin vaka ile temas öyküsü olan **veya** döküntünün başlamasından önceki 3 hafta içerisinde seyahat öyküsü olan **veya** aşısız **veya** yaşına göre eksik aşılı olan **veya** kümelenme gösteren olası kızamık/kızamıkçık vaka tanımına uyan vakalar sıcak vaka olarak değerlendirilir.

Makülopapüler döküntülü bir vaka ile karşılaşıldığında; öncelikle sıcak vaka olup olmadığı değerlendirilmelidir.

5.2. Kızamıkçık Vaka Tanımları ve Sınıflamaları

Kızamıkçık için Klinik Tanımlama

- Makülopapüler döküntü **ve**
- Servikal/suboksipital/postauriküler adenopati **veya** artralji/artrit

Kızamıkçık Tanısı için Gerekli Laboratuvar Kriterleri

- Kızamıkçığa özgü IgM antikoru saptanması **veya**
- Kızamıkçık virüs izolasyonu **veya**
- RT-PCR ile kızamıkçık viral RNA saptanması **veya**
- 2-4 hafta arayla alınan serum örneklerinde kızamıkçığa özgü IgG antikorunda belirgin (en az 4 kat) artış.

Kızamıkçık Vaka Sınıflaması

Şüpheli Vaka: Makülopapüler döküntüyle seyreden herhangi bir hastalık.

Olası Kızamıkçık Vakası (Klinik Vaka): Klinik tanımlamaya uyan vaka.

Kesin Kızamıkçık Vakası:
a. Laboratuvarla Doğrulanmış Vaka: Tanı için gerekli laboratuvar kriterlerinden biri ile doğrulanmış *olası vaka* **veya** yakın zamanda aşılanmış ise laboratuvarla doğrulanmış vaka ile epidemiyolojik bağlantısı olan vaka.
b. Epidemiyolojik İlişkili Vaka: Başka bir laboratuvarla doğrulanmış kesin vaka ile epidemiyolojik ilişkili (maruziyet ve inkübasyon dönemi açısından yer ve zaman-*semptomların başlamasından 12-23 gün önce temas*- ilişkisi bulunma durumu) olan *olası vaka.*

Vaka Değil: Kızamıkçığın klinik tanımlaması ile uyumlu belirti ve bulguları olan bir kişide laboratuvar testlerinin negatif olması **veya** kızamıkçık olmadığı (örn: *roseola infantum, erythema infektiyozum vb*) laboratuvarla doğrulanmış bir vaka ile epidemiyolojik ilişkili olan vaka.

SICAK VAKA: Kesin vaka ile temas öyküsü olan **veya** döküntünün başlamasından önceki 3 hafta içerisinde seyahat öyküsü olan **veya** aşısız **veya** yaşına göre eksik aşılı olan **veya** kümelenme gösteren olası kızamık/kızamıkçık vaka tanımına uyan vakalar sıcak vaka olarak değerlendirilir.

Makülopapüler döküntülü bir vaka ile karşılaşıldığında; öncelikle sıcak vaka olup olmadığı değerlendirilmelidir.

5.3. Konjenital Kızamıkçık Sendromu Vaka Tanımları ve Sınıflamaları

Konjenital Kızamıkçık Sendromu için Klinik Tanımlama:
1 yaşından küçük bir çocukta, A grubu bulgulardan en az iki veya A ve B grubu bulgulardan bir konjenital durumun bulunmasıdır.

A Grubu	B Grubu
Sensorinöral işitme kaybı	Purpura
Konjenital kalp hastalığı	Splenomegali
Pigmenter retinopati	Mikrosefali
Katarakt	Gelişme geriliği
Konjenital glokom	Meningoensefalit
	Radiolusent kemik hastalığı
	Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde başlayan sarılık

Konjenital Kızamıkçık Sendromu Tanısı için Gerekli Laboratuvar Kriterleri

- Kızamıkçığa özgü IgM antikorunun saptanması **veya**
- Kızamıkçık aşısı uygulanmamış olmasına rağmen; 6-12 aylar arasında en az iki kez kızamıkçığa özgü IgG antikor düzeyinin aynı düzeyde devam ettiğinin gösterilmesi **veya**
- Uygun klinik örnekte kızamıkçık virüsü saptanması (RT- PCR ile nükleik asid saptanması veya kızamıkçık virüs izolasyonu).

Konjenital Kızamıkçık Sendromu Vaka Sınıflaması

Şüpheli Vaka: Bir yaşından küçük bir çocukta, A grubu klinik bulgulardan en az birinin bulunması,

Olası KKS Vakası (Klinik Vaka): Başka bir etiyolojik açıklama yapılamayan bir bebekte, A grubundan en az iki veya A ve B gruplarından birer klinik gösterge saptanması.

Kesin KKS Vakası:
a. Laboratuvarla Doğrulanmış KKS Vakası: Şüpheli bir vakada, konjenital kızamıkçık sendromunun laboratuvar kriterlerinin bulunması.
b. Epidemiyolojik Bağlantılı KKS Vakası: Annesinde gebeliği sırasında doğrulanmış kızamıkçık enfeksiyonu saptanmış olan bir bebekte, A grubundan en az bir klinik gösterge saptanması.

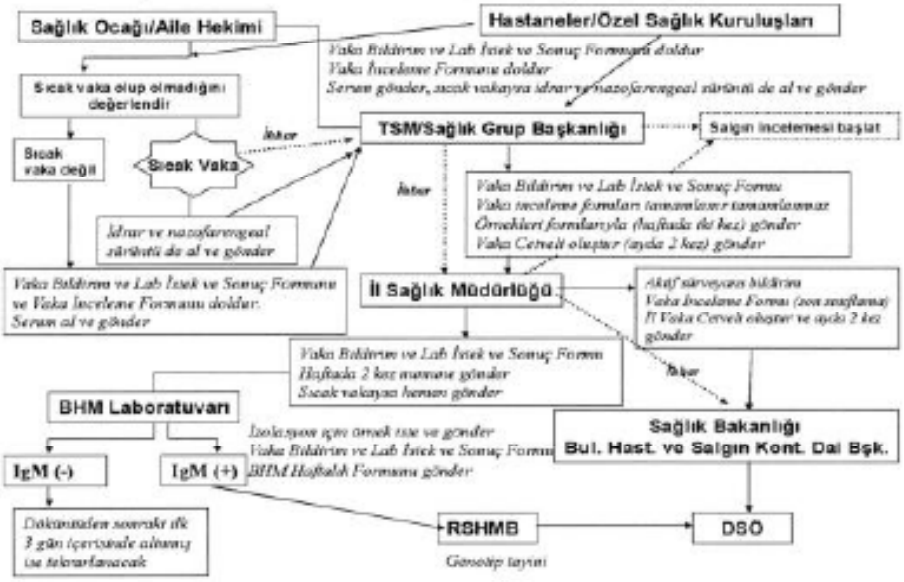
Vaka Değil: A grubundan en az bir gösterge bulunmasına rağmen; klinik, laboratuvarla doğrulanmış veya epidemiyolojik ilişkili KKS sınıflandırma kriterlerini karşılamayan bebek.

6. KIZAMIK, KIZAMIKÇIK VE KKS VAKALARINA YAKLAŞIM

Ülkemizde, olası kızamık/kızamıkçık vakaları genellikle birinci basamak sağlık kurumlarında ve hastanelerinde saptanmaktadır.

Eliminasyon programının hedeflerine uygun olarak sürveyansta duyarlılığı (tüm vakalara ulaşabilmek) arttırmak gerekmektedir. Bu nedenle, şüpheli vaka tanımına uyan tüm vakalara olası kızamık/kızamıkçık şüphesi ile yaklaşılmalı ve incelenmelidir. Ulusal kızamık/kızamıkçık/KKS sürveyansı akış şeması Şekil 5'te verilmiştir.

Şekil 5. Ulusal Kızamık/Kızamıkçık Sürveyansı Akış Şeması



6.1. Şüpheli ya da Olası Kızamık/Kızamıkçık Vaka Tanımına Uyan Bir Vaka ile Karşılaşan Sağlık Personelinin Vaka ile İlk Görüşmede Yapması Gerekenler:

1. Vakanın ***sıcak vaka*** olup olmadığını değerlendiriniz.
2. TSM/Sağlık Grup Başkanlığını bilgilendiriniz,
3. Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formunu **(Ek 1)** doldurunuz,
4. Vaka İnceleme Formunu **(Ek 2)** doldurmaya başlayınız,
5. Laboratuvar tanısı için kan (serum) örneği alınız (Detaylı bilgi için bkz. **Ek 3**),
6. Sıcak vaka ise, ek olarak virüs izolasyonu için nazofarengeal sürüntü veya idrar örneği alınız (Detaylı bilgi için bkz. **Ek 3**)
7. 24 saat içinde topladığınız örnekleri ve doldurduğunuz formları TSM/Sağlık Grup Başkanlığına gönderiniz,
8. Hastanın izolasyonu konusunda aileyi bilgilendiriniz, hastane ortamında ise izolasyonunu sağlayınız (Detaylı bilgi için bkz. **Ek 4**).
9. Bilgiyi Form 016'ya **(Ek 5)**, 017A'ya **(Ek 6)** ve GBP Sürveyans Formuna **(Ek 7)** ekleyiniz.

1. Vakanın sıcak vaka olup olmadığını değerlendiriniz. Sıcak vaka ise vakadan derhal serum, idrar ve nazofarengeal sürüntü alınmalıdır. Örnek nakli 24 saat içerisinde gerçekleşmelidir.

2. TSM/Sağlık Grup Başkanlığını bilgilendiriniz*: Sağlık ocakları/aile hekimlikleri TSM/Sağlık Grup Başkanlıkları aracılığı ile Sağlık Müdürlüklerine bildirim yapar. Hastaneler ise ya doğrudan, ya da varsa Sağlık Grup Başkanlıkları aracılığı ile Sağlık Müdürlüklerine bildirim yapar.

3. Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formunu (Ek 1) doldurunuz: Bu form sürveyans verisinin temelini oluşturmaktadır. Hastayla ilk karşılaşan sağlık personeli tarafından eksiksiz olarak doldurularak TSM/Sağlık Grup Başkanlığına gönderilmelidir. Laboratuvar kayıtlarının tutulabilmesi ve sonuçların bildirilebilmesi için gereklidir.

4. Kızamık/Kızamıkçık Vaka İnceleme Formunu (Ek 2) doldurunuz: Hastayla ilk karşılaşan sağlık personeli tarafından tanımlayıcı ve klinik bilgiler kısmı eksiksiz olarak doldurularak TSM/Sağlık Grup Başkanlığına gönderilmelidir. Gerektiğinde (örneğin aşı durumu) yazılı kayıtlara başvurulmalıdır.

5. Laboratuvar tanısı için kan (serum) örneği alınız: Kan (serum) örneği tüm şüpheli ve olası vakalardan alınmalıdır. Serum örneği vaka ile ilk karşılaşıldığında alınmalıdır. Ancak IgM antikoru pozitifliği bir ay boyunca saptanabileceği için geç saptanan vakalardan döküntü başlangıcından itibaren ilk 28 gün içerisinde serum örneği alınabilir. Vakaların bir kısmında IgM antikoru oluşması döküntüden sonraki ilk 3 gün içerisinde saptanamayabilir. *Bu nedenle ilk 3 gün içerisinde serum örneği alınmış ancak IgM antikoru negatif veya ara değer olarak saptanmış vakalardan ikinci serum örneği alınmalıdır.* Daha detaylı bilgi için **Ek 3**'e bakınız.

6. Sıcak vaka ise ek olarak virüs izolasyonu için nazofarengeal sürüntü ve idrar örneği alınız: Gönderilen kan (serum) örneğinde IgM antikorunun pozitif çıkması durumunda alınmalıdır. Bu örnekler sıcak vaka ile ilk karşılaşmada alınmalıdır. Nazofarengeal sürüntü döküntünün başlangıcından itibaren ilk 4 günde, idrar örneği ise ilk 7 gün içerisinde alınabilir. Bu süreden sonra virüs atılımı çok azalmakta ya da durmaktadır.

7. 24 saat içerisinde topladığınız örnekleri ve doldurduğunuz formları TSM/Sağlık Grup Başkanlığına gönderiniz: Örneklerin uygun koşullarda gönderilmesine dikkat edilmelidir. Daha detaylı bilgi için **Ek 3**'e bakınız.

8. Hastanın izolasyonu konusunda aileyi bilgilendiriniz, hastane ortamında ise izolasyonunu sağlayınız: Hastalar, hastaneye yatışlarını gerektiren ek bir durum yoksa evlerinde izole edilmeli, hane halkı dışındakilerle teması sınırlı tutulmalıdır. Daha detaylı bilgi için **Ek 4**'e bakınız. Tüm temaslılar en uzun inkübasyon süresince izlenerek belirtilerin başlaması durumunda örnek alınmalıdır.

9. Bilgiyi Form 016'ya (Ek 5), 017A'ya (Ek 6) ve GBP Sürveyans Formuna (Ek 7) ekleyiniz:

---

* *İl Sağlık Müdürlüğü, sağlık ocağı/aile hekimliği ya da TSM/Sağlık Grup Başkanlığı dışındaki bir kaynaktan (hastane, özel klinik, okul vb) şüpheli kızamık vakası ihbarı aldığında, vakit geçirmeden ilgili Sağlık Grup Başkanlığını/TSM'yi bilgilendirmelidir. Sağlık Grup Başkanlığı/TSM derhal vakayı incelemeli, eğer bildiren kişilerce yapılmamışsa, vaka formları doldurulmalı ve uygun örnekler toplanarak tüm formlar ve örnekler Sağlık Müdürlüğüne gönderilmelidir.*

6.2. Şüpheli ya da Olası Kızamık/Kızamıkçık Vaka Tanımına Uyan Bir Vaka ile Karşılaşıldığında TSM/Sağlık Grup Başkanlıkları Tarafından Yapılması Gerekenler:

1. Sağlık kurumlarından gönderilen formları değerlendirerek vaka cetveli **(Ek 8)** hazırlayınız ve Vaka İnceleme Formunda eksik kalan bilgileri tamamlayınız.
2. Kümelenme olup olmadığını derhal sahada inceleme yaparak saptayınız,
3. Kümelenme varsa salgın incelemesi başlatınız,
4. Saptanan vakalarla, aileleriyle ve takip eden hekimle vakaların izolasyonu konusunda görüşünüz. Daha detaylı bilgi için **Ek 4**'e bakınız.
5. Alınan örnekleri belirlenen günlerde Sağlık Müdürlüğüne ulaştırmak üzere uygun koşullarda saklayınız. Daha detaylı bilgi için **Ek 3**'e bakınız.

1. **Sağlık kurumlarından gönderilen formları değerlendirerek vaka cetveli hazırlayınız ve Vaka İnceleme Formunda eksik kalan bilgileri tamamlayınız:** Sağlık ocakları/aile hekimlikleri tarafından gönderilen vaka bildirim ve laboratuvar istek ve sonuç formlarından yararlanarak vaka cetveli **(Ek 8)** oluşturulmalıdır. Bu cetvel TSM/Sağlık Grup Başkanlıkları tarafından bölgelerinin izlenmesinde kullanılması gereken temel formdur. Bu cetvel ayda iki kez Sağlık Müdürlüğüne gönderilmelidir. Vaka saptanmaması durumunda da ayda iki kez "vaka saptanmamıştır" ibaresi eklenerek gönderilmelidir. Tüm vaka inceleme formları, eksik kalan bilgiler tamamlandıktan sonra, son sınıflamaları yapılmak üzere Sağlık Müdürlüğüne gönderilmelidir.

2. **Kümelenme olup olmadığını derhal sahada inceleme yaparak saptayınız:** Kümelenme salgın anlamı taşıyabilir; bu nedenle inceleme ivedilikle yapılmalıdır. Seyahat hikayesi, gebelik durumu, aşılanma durumu, klinik ve demografik bilgilerini almak için her şüpheli vaka ve ailesi ile görüşülmeli, olası enfeksiyon kaynağı (olası kızamık ya da kızamıkçık vakaları ile temas, endemik bölgeye seyahat vb.) tanımlanmaya çalışılmalı, vakanın temas ettiği kişiler, varsa okulu, işyeri taranmalı ve orada bulunan kişilerin aşılanma durumu kontrol edilmelidir. Bölgenin aşılanma durumu değerlendirilir. Şüpheli/olası vaka ile temas eden herkesin aşılanma durumları kayıtlardan (Form 12A/B vb) sorgulanarak örnek sonucu beklenmeden ilk 72 saat içerisinde aşı ve ilk 6 gün içerisinde immünglobulin[1] uygulanması sağlanmalıdır.

3. **Kümelenme varsa salgın incelemesi başlatınız:** Her yeni saptanan şüpheli vaka için Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu **(Ek 1)** ve Vaka İnceleme Formu **(Ek 2)** doldurulmalı ve uygun örnekler alınmalıdır. Vakalar arasındaki epidemiyolojik ilişki araştırılmalıdır (Detaylı bilgi için bkz. 10. Bölüm"Kızamık/Kızamıkçık Salgınlarına Yaklaşım").

4. **Saptanan vakalarla, aileleriyle ve takip eden hekimle vakaların izolasyonu konusunda görüşünüz:** Hastalar, hastaneye yatışlarını gerektiren ek bir durum yoksa evlerinde izole edilmeli, hane halkı dışındakilerle teması sınırlı tutulmalıdır. Daha detaylı bilgi için **Ek 4**'e bakınız. Tüm temaslılar en uzun inkübasyon süresince izlenerek belirtilerin başlaması durumunda örnek alınmalıdır.

5. **Alınan örnekleri belirlenen günlerde Sağlık Müdürlüğüne ulaştırmak üzere uygun koşullarda saklayınız.** Daha detaylı bilgi için **Ek 3**'e bakınız.

---

[1] *İmmünglobulin 6 ayın altındaki bebekler, gebeler, immünsuprese kişiler için ve aşının kontrendike olduğu diğer durumlarda önerilmektedir. Kızamık salgınlarında kitlesel immünglobulin uygulamasının yeri yoktur. Önerilen uygulama dozu 0,25 ml/kg'dır. İmmünsuprese kişiler için önerilen doz 0,5 ml/kg'dır (en fazla 15 ml) Kas içine (intramusküler) uygulanmalıdır.*

6.3. Şüpheli ya da Olası Kızamık/Kızamıkçık Vaka Tanımına Uyan Bir Vaka ile Karşılaşıldığında Sağlık Müdürlüğü Tarafından Yapılması Gerekenler:

1. Sıcak vaka saptanması durumunda, derhal Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'nı arayınız.
2. Salgın incelemesi başlatınız.
3. Gelen örnekleri Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu ile birlikte Bölge Hıfzıssıhha Müdürlüğüne (BHM) (Bkz Ek 9) gönderiniz,
4. Kızamık/Kızamıkçık Vaka İnceleme Formunu **(Ek 2)** laboratuvar sonucu geldiğinde tamamlayıp son sınıflamayı yaptıktan sonra Sağlık Bakanlığına göndermek üzere Sağlık Müdürlüğünde dosyalayınız,
5. TSM/Sağlık Grup Başkanlıkları tarafından gönderilmiş olan vaka cetvelleri birleştirilip **il vaka cetveli hazırlayarak** her ayın sonunda Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na gönderiniz (Detaylı bilgi için bkz. **Ek 10**).
6. BHM'den gelen sonuçları bildirimi yapan sağlık personeline ve hastanın yaşadığı bölgedeki TSM/Sağlık Grup Başkanlığına bildiriniz.

1. **Sıcak vaka saptanması durumunda, derhal Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'nı arayınız:**

2. **Salgın incelemesi başlatınız:** (Detaylı bilgi için bkz. 10. Bölüm"Kızamık/Kızamıkçık Salgınlarına Yaklaşım").

3. **Gelen örnekleri Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu (Ek 1) ile birlikte Bölge Hıfzıssıhha Müdürlüğü'ne (BHM) gönderiniz:** Örnekler ilin bağlı bulunduğu BHM'ye **(Ek 9)** gönderilmelidir. Örnekler haftada iki kez BHM'ye gönderilecek şekilde planlama yapılmalıdır. Örneklerin nasıl gönderileceği konusunda daha detaylı bilgi için Ek 3'e bakınız.

4. **Kızamık/Kızamıkçık Vaka İnceleme Formunu laboratuvar sonucu geldiğinde tamamlayıp son sınıflamayı yaptıktan sonra Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na göndermek üzere Sağlık Müdürlüğü'nde dosyalayınız:** Laboratuvar sonuçları çıktıktan sonra Vaka İnceleme Formuna işlenmelidir. Son vaka sınıflaması yapılarak Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na gönderilmek üzere Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinde dosyalanmalıdır.

5. **TSM/Sağlık Grup Başkanlıkları tarafından gönderilmiş olan vaka cetvelindeki olası/kesin kızamık/kızamıkçık vakaları için il vaka cetveli hazırlanarak her ayın sonunda Sağlık Bakanlığı'na gönderiniz:** TSM/Sağlık Grup Başkanlıkları tarafından gönderilmiş olan vaka cetvelleri birleştirildikten sonra, vaka inceleme formlarından da yararlanılarak Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı tarafından oluşturularak illere elektronik ortamda gönderilmiş olan il vaka cetveline istenen veriler **Ek 10**'deki yönergeye uygun olarak işlenmeli ve her ayın sonunda elektronik ortamda Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na gönderilmelidir.

6. **BHM'den gelen sonuçları bildirimi yapan sağlık personeline ve hastanın yaşadığı bölgedeki TSM/Sağlık Grup Başkanlığına bildiriniz:** BHM sonuçları Sağlık Müdürlüğüne bildireceği için, bildirim yapan personele ve hastanın yaşadığı bölgedeki TSM/Sağlık Grup Başkanlığına bildirim yapmak İl Sağlık Müdürlüğünün görevidir. Geri bildirim en kısa sürede sözlü ve yazılı olarak yapılmalıdır.

6.4. Şüpheli ya da Olası Kızamık/Kızamıkçık Vaka Tanımına Uyan Bir Vaka ile Karşılaşıldığında Bölge Hıfzıssıhha Müdürlüğü Tarafından Yapılması Gerekenler:

1. Gelen örneği kızamık ve kızamıkçığa özgü IgM ve gerektiğinde IgG antikorları yönünden inceleyiniz,
2. Eğer kızamık ve kızamıkçığa özgü IgM antikoru negatif çıkmış ve örnek döküntü başlangıcından sonraki ilk 3 gün içinde alınmış ise 2. kan örneği isteyiniz,
3. Sıcak vakayla karşlaşıldığında alınan nazofarengeal sürüntü ve idrar örneklerini uygun şartlar altında RSHMB'ye gönderiniz.
4. Elde edilen sonuçları derhal İl Sağlık Müdürlüğüne ve RSHMB'ye bildiriniz,
5. İncelemeye alınan tüm vakaları BHM Haftalık Laboratuvar Bildirim Formuna **(Ek 11)** işleyerek her hafta RSHMB'ye gönderiniz,
6. Ayın sonunda, incelenen örneklere ilişkin sonuçları uygun elektronik ortamda RSHMB'ye gönderiniz.

1. **Gelen örneği kızamık ve kızamıkçığa özgü IgM ve gerektiğinde IgG antikorları yönünden incelemeye alınız:** BHM'ler, kendilerine ulaşan örnekleri haftada iki kez inceleyecek şekilde planlama yapmalıdır. Sıcak vaka ise örnekler hemen incelenmelidir.

2. **Döküntünün başlangıcından sonra ilk 3 gün içerisinde alınmış serum örneğinde IgM antikoru negatif olarak saptanmış ise 2. serum örneğini isteyiniz:** İl Sağlık Müdürlüğü bilgilendirilerek 2. serum örneği alınmalıdır.

3. **Sıcak vakayla karşılaşıldığında alınan nazofarengeal sürüntü ve idrar örneklerini *ön işlemden*[2] geçirildikten sonra uygun şartlar altında RSHMB'ye gönderiniz:** BHM'ler tarafından kendilerine ulaşan idrar örnekleri ön işlemden geçirildikten sonra uygun soğuk zincir koşullarında RSHMB'ye gönderilmelidir. Örneklerin nasıl gönderileceği konusunda daha detaylı bilgi için Ek 3'e bakınız.

4. **Elde edilen sonuçları derhal İl Sağlık Müdürlüğüne ve RSHMB'ye bildiriniz:** Geri bildirim mümkün olan en kısa sürede sözlü ve yazılı olarak yapılmalıdır. Vakanın örneğinin BHM'ye ulaşmasından itibaren en geç 48 saat içerisinde sonuçlar ilgili İl Sağlık Müdürlüğüne ve RSHMB'ye bildirilmiş olmalıdır.

5. **İncelemeye alınan tüm vakaları BHM Haftalık Laboratuvar Bildirim Formuna (Ek 11) işleyerek her hafta RSHMB'ye gönderiniz:** Pozitif çıkan vakalar derhal RSHMB'ye, oradan da Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na bildirilmelidir.

6. **Ayın sonunda, incelenen örneklere ilişkin sonuçları uygun elektronik ortamda RSHMB'ye gönderiniz:** Her ayın ilk haftasında elektronik form gönderilmiş olmalıdır.

Not: Her ayın sonunda, **RSHMB tarafından,** incelenen örnek sonuçlarına ilişkin veriler BHM'lerden gönderilen örneklere ilişkin verilerle birleştirilerek oluşturulan ***BHM Laboratuar Cetveli*** uygun elektronik ortamda Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na gönderilmelidir. Her ayın ilk haftasında elektronik form gönderilmiş olmalıdır.

---

[2] *İdrar örneği, 1500 devirde 10 dakika boyunca santrifüj edildikten sonra süpernatanı atılacak, pelletin üzerine viral transport besiyeri (5-10 cc) eklenerek gönderilecektir.*

6.5. Vaka Sınıflaması

Laboratuvar incelemesi sonucu dikkate alınarak son vaka sınıflaması yapıldıktan sonra Vaka İnceleme Formunun (Ek 2) alt kısmındaki 'Son vaka sınıflaması' kısmı tam olarak doldurularak form Sağlık Müdürlüğü tarafından Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na gönderilecektir.

Son sınıflama **Şekil 6**'ya göre yapılacaktır (Bkz: Olası Kızamık/Kızamıkçık Vakaları için Sınıflandırma Şeması, sf.25)

- Olası (Klinik) Vaka
- Laboratuvarla doğrulanmış Vaka
- Epidemiyolojik İlişkili Vaka
- Aşı etkisi
- Vaka değil

Tüm vakalar ayrıca importe, importe vakayla ilişkili veya importasyonla ilişkili olmayan vaka şeklinde de sınıflanacaktır:

- **İmporte Vaka**: Döküntünün başlangıcından önceki inkübasyon süresi boyunca (kızamık için 7-18, kızamıkçık için 12-23 gün) yurt dışında bulunma öyküsü olan ve epidemiyolojik ve/veya virolojik olarak da yabancı kaynaklı enfeksiyona ilişkin kanıtlarla desteklenen vakadır.
- **İmporte Vakayla İlişkili Vaka:** İmporte vakayla epidemiyolojik ve/veya virolojik ilişkisi bulunan vakadır. İmporte vakayla ilişkili tüm vakalar yerli vaka olarak kabul edilir.
- **İmportasyonla İlişkili Olmayan Vaka:** İmportasyonun veya importe vakayla ilişkinin kanıtlanamadığı veya enfeksiyon kaynağı bilinmeyen sporadik vakadır. Yerli vaka olarak kabul edilir.

6.5.1. Aşılanma Öyküsü Durumunda Yaklaşım

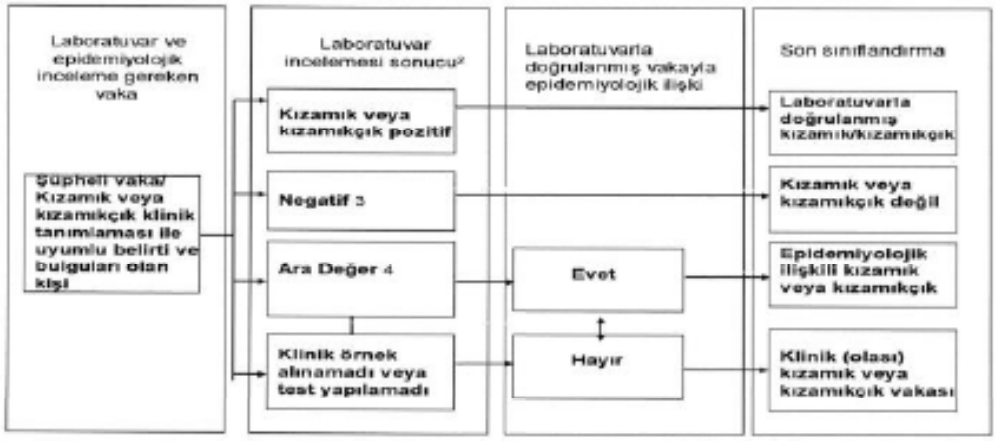
- Kızamık ve/veya kızamıkçık aşısı uygulanmış olan kişilerde, aşılamadan sonra IgM saptanması beklenir. Serolojik yöntemler doğal enfeksiyon ve aşılama ile ortaya çıkan bağışıklık yanıtını ayıramaz; bu nedenle, sadece virüsün izolasyonu ve genetik tiplendirilmesi ile doğal enfeksiyon ve aşı ile oluşan IgM yanıtı ayırt edilebilir.

- Virüs izolasyonu veya tespiti yapılamamış IgM pozitif bir vakada yakın zamanda (döküntü başlangıcından önceki 6 hafta içinde) aşılanma öyküsü olması durumunda yaklaşım aşağıda yer almaktadır:

Tablo 4. Aşılanma Öyküsü Olan Vakaya Yaklaşım

Epidemiyolojik Bulgu	Son Vaka Sınıflaması
–Laboratuvarla doğrulanmış vaka ile epidemiyolojik ilişkinin varlığı	Laboratuvarla doğrulanmış (kesin) vaka
–Toplumda yapılan aktif araştırma ile virüs dolaşımının olduğuna dair kanıt bulunmaması –Virüsün dolaşımda olduğu bölgelere seyahat hikayesi bulunmaması	Vaka değil (yakın zamanda aşılanmış)

Şekil 6. Olası Kızamık veya Kızamıkçık Vakaları[1] için Sınıflandırma Şeması



1 Gebe olmayan vakalar için. (Gebelikte kızamıkçık vakalarının sınıflandırılması ile ilgili daha geniş bilgi için sayfa 11'e bakınız).
2 Yakın zamanda kızamık ve/veya kızamıkçık aşılanma öyküsü varlığında IgM sonuçlarının yaklaşım için bir önceki sayfaya bakınız.
3 Döküntünün başlangıcından sonraki ilk 3 gün içinde alınan serum örneğinde negatif sonuç alınması durumunda, 4-28. günler arasında ikinci bir örnek alınmalıdır.
4 Bir örnek tekrarlanan testlere rağmen "ara değer" olarak sonuç verirse, örnek alternatif bir yöntemle incelenebilir veya hastadan bir örnek daha alınarak test edilir. Sonuç yine ara değer çıkarsa vaka, başka bir laboratuvarla doğrulanmış vakayla/vakalarla arasında epidemiyolojik ilişki olup bulunup bulunmadığına göre sınıflandırılmalıdır.

6.6. Kesin Tanı Alan Kızamık/Kızamıkçık Vakalarına Yaklaşım

A. TSM/Sağlık Grup Başkanlıkları Tarafından Yapılması Gerekenler:

1. Vakanın çevresinde aktif vaka araştırmasına başlayınız, kümelenme varsa salgın incelemesi başlatınız,
2. Saptanan vakaları inceleyiniz,
3. Gerekli önlemleri alınız,
4. Virüs izolasyonu için nazofarengeal sürüntü ve idrar örneği alarak Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu **(Ek 1)** ile birlikte Sağlık Müdürlüğüne gönderiniz.
5. Bilgiyi Form 016'ya **(Ek 5)**, Form 017A'ya **(Ek 5)** ve GBP Sürveyans Formuna **(Ek 5)** ekleyiniz.
6. Vaka cetvelini **(Ek 8)** Sağlık Müdürlüğüne olası salgın sona erene kadar haftada bir kez gönderiniz.

B. Sağlık Müdürlüğü Tarafından Yapılması Gerekenler:

1. Derhal telefonla Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'nı bilgilendiriniz,
2. Virüs izolasyonu için gelen örnekleri Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu **(Ek 1)** ile birlikte BHM'ye gönderiniz.
3. Vaka İnceleme Formunu **(Ek 2)** Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na fakslayınız,
4. İl içindeki tüm sağlık ocağı/aile hekimliklerini ve resmi/özel tüm sağlık kuruluşlarını bilgilendiriniz ve bildirilmeyen vaka olup olmadığını araştırınız,
5. İl vaka cetvelini Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na olası salgın sona erene kadar haftada bir kez gönderiniz.

C. Bölge Hıfzıssıhha Müdürlüğü Tarafından Yapılması Gerekenler:

1. Gerekli ön işlemden geçirildikten sonra virüs izolasyonu için alınan örnekleri ve çalışılan serum örneğini Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formuyla **(Ek 1)** birlikte RHSMB'ye gönderiniz.
2. Elde edilen sonuçları derhal İl Sağlık Müdürlüğüne ve RHSMB'ye bildiriniz,
3. İncelemeye alınan tüm vakaları BHM Haftalık Laboratuvar Bildirim Formuna **(Ek 11)** işleyerek her hafta RHSMB'ye gönderiniz,
4. Ayın sonunda, incelenen örneklere ilişkin sonuçları uygun elektronik ortamda RHSMB'ye gönderiniz.

D. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Kızamık Laboratuvarı Tarafından Yapılması Gerekenler:

1. Virüs izolasyonu için ekim yapınız,
2. İzole edilen tüm virüsler için vakit geçirmeden genetik tiplendirme yapınız ya da Avrupa Bölge Referans Laboratuvarına genetik tiplendirme için gönderiniz.

A. TSM/Sağlık Grup Başkanlıkları Tarafından Yapılması Gerekenler:

1. **Vakanın çevresinde aktif vaka araştırmasına başlayınız, kümelenme varsa salgın incelemesi başlatınız:**
   - **a)** Vakanın çevresinde (hane halkı, mahalle, okul, iş yeri) aktif vaka araştırması ile benzer vakaların olup olmadığını araştırılmalıdır.
   - **b)** Komşu evler ve mahallede/köyde diğer haneler ziyaret edilerek ve başka döküntülü ve/veya ateşli hastalık geçiren olup olmadığı sorgulanmalıdır.
   - **c)** Anaokulları, kreşler ve okullar ziyaret edilerek döküntü ve/veya ateşle seyreden hasta olup olmadığını araştırılmalıdır.
   - **d)** Hane ve mahalle halkı döküntülü ve/veya ateşli başka vaka görüldüğünde vakit geçirmeden sağlık kuruluşuna başvurmaları konusunda uyarılmalıdır.

(Detaylı bilgi için bkz. 10. Bölüm"Kızamık/Kızamıkçık Salgınlarına Yaklaşım").

2. **Saptanan vakaları inceleyiniz:**
   - **a)** Vakanın kızamık/kızamıkçık virüsünü kimden/nereden almış olabileceği sorgulanmalıdır. Bunun için vakanın, döküntünün başlangıcından önceki inkübasyon süresi boyunca (kızamık için 7-18, kızamıkçık için 12-23 gün) döküntülü başka hasta ile karşılaşıp karşılaşmadığı veya seyahat öyküsü veya yurt/şehir dışından ziyaretçi gelip gelmediği tekrar ve detaylı olarak sorgulanmalıdır.
   - **b)** Vaka sayısında artış ve kümelenme varsa (salgın durumu), her vakadan kan (serum) örnekleri ve virüs izolasyonu için gerekli diğer örnekler alınmalıdır. Ayrıca, her vaka için Vaka İnceleme Formu da dikkatle doldurulmalıdır.

3. **Gerekli önlemleri alınız:**
   - **a)** Aileyi ve takip eden hekimi izolasyon önlemleri **(Ek 4)** konusunda bilgilendirilmelidir.
   - **b)** Köy, ilçe ve mahalle düzeyinde Form 012 A ve B'lerden yararlanarak bölgenin aşılama durumu ivedilikle gözden geçirilmelidir. Kesin vakanın bulunduğu hane halkını ve yakın çevresini de içerecek şekilde bölgesel salgın aşılamasına başlatılmalıdır.
     - i) *6-11 ay arası tüm bebekler sadece kızamık aşısı ile aşılanmalıdır.*
     - ii) *1-5 yaş aşısızlar ve ilköğretim çağında olup 2 dozdan az aşılı olanlar KKK aşısı ile aşılanmalıdır.*
     - iii) *Gerektiğinde diğer yaş grupları için de seçici bağışıklama çalışmaları yürütülmelidir.*

   1 yaş altına kızamık, 1 yaş ve üzerine ise KKK aşısı uygulanacaktır. Kızamık içeren iki aşı arasında bırakılması gereken süre en az 4 haftadır. 1 yaş altında aşı uygulanmış olan bebeklere, 1 yaşını doldurduklarında iki aşı arasında bırakılması gereken en az süre göz önüne alınarak tekrar aşı uygulanacaktır. Bu çocuklar, ilköğretim 1. sınıfa geldiklerinde tekrar aşılanacaktır.
   - **c)** Vakalar komplikasyonlar yönünden izlenmeli ve gerekli tedavinin uygulanması sağlanmalıdır.

4. **Virüs izolasyonu için nazofarengeal sürüntü ve idrar örneği alarak Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu (Ek 1) ile birlikte Sağlık Müdürlüğüne gönderiniz:**

5. **Bilgiyi Form 016'ya (Ek 5), Form 017A'ya (Ek 5) ve GBP Sürveyans Formuna (Ek 5) ekleyiniz:**

6. **Vaka cetvelini Sağlık Müdürlüğüne olası salgın sona erene kadar haftada bir kez gönderiniz.**

B. Sağlık Müdürlüğü Tarafından Yapılması Gerekenler:

1. **Derhal telefonla Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'ni bilgilendiriniz.**
2. **Gelen örnekleri Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu (Ek 1) ile birlikte Bölge Hıfzıssıhha Müdürlüğüne (BHM) gönderiniz:** Örnekler ilin bağlı bulunduğu BHM'ye (**Ek 9**) gönderilmelidir. Örnekler sıcak vaka olduğu için derhal BHM'ye gönderilecek şekilde planlama yapılmalıdır. Örneklerin nasıl gönderileceği konusunda daha detaylı bilgi için Ek 3'e bakınız.
3. **Vaka İnceleme Formunu Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na faksla yınız.**
4. **İl içindeki tüm sağlık ocağı/aile hekimliklerini ve resmi/özel tüm sağlık kuruluşlarını bilgilendiriniz ve bildirilmeyen vaka olup olmadığını araştırınız:** Bu bilgilendirme, çevrede gerekli aşılama önlemlerinin alınması ve bildirimi yapılmamış vakaların saptanması açısından önemlidir. Uygulamaları izleyiniz.

Not: Salgınlarda, vakaları müdahale eden sağlık personelinin de önemli bir risk grubu olduğu ve aşılanmalarının gerektiği unutulmamalıdır.

5. **İl vaka cetvelini Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na olası salgın sona erene kadar haftada bir kez gönderiniz.**

C. Bölge Hıfzıssıhha Müdürlüğü Tarafından Yapılması Gerekenler:

1. Gerekli ön işlemden geçirildikten sonra virüs izolasyonu için alınan örnekleri ve çalışılan serum örneğini Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formuyla (**Ek 1**) birlikte RSHMB'ye gönderiniz. Elde edilen sonuçları derhal İl Sağlık Müdürlüğüne ve RSHMB'ye bildiriniz,
2. Elde edilen sonuçları derhal İl Sağlık Müdürlüğüne ve RSHMB'ye gönderiniz.
3. İncelemeye alınan tüm vakaları BHM Haftalık Laboratuvar Bildirim Formuna (**Ek 11**) işleyerek her hafta RSHMB'ye gönderiniz,
4. Ayın sonunda, incelenen örneklere ilişkin sonuçları uygun elektronik ortamda RSHMB'ye gönderiniz.

D. RSHMB Kızamık Laboratuvarı Tarafından Yapılması Gerekenler:

1. Virüs izolasyonu için ekim yapınız,
2. İzole edilen virüslerin vakit geçirmeden genetik tiplendirmesini yapınız ya da Avrupa Bölge Referans Laboratuvarına genetik tiplendirme için gönderiniz.

6.7. Şüpheli KKS Vaka Tanımına Uyan Bir Vaka İle Karşılaşan Sağlık Personelinin Yapması Gerekenler:

1. TSM/Sağlık Grup Başkanlığını bilgilendiriniz,
2. KKS Vaka İnceleme Formunu (Ek 12) doldurunuz,
3. Laboratuvar tanısı için kan (serum) örneği alınız (Detaylı bilgi için bkz. Ek 3),
4. Virüs izolasyonu için idrar örneği alınız (Detaylı bilgi için bkz. Ek 3)
5. 24 saat içinde topladığınız örnekleri ve doldurduğunuz formları İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderiniz,
6. Hastanın izolasyonu konusunda aileyi bilgilendiriniz, hastane ortamında ise izolasyonu sağlayınız.
7. Form 017 C (**Ek 13**) ile de bildirim yapınız.

1. TSM/Sağlık Grup Başkanlığını bilgilendiriniz: Sağlık ocakları/aile hekimlikleri TSM/ Sağlık Grup Başkanlıkları aracılığı ile Sağlık Müdürlüklerine, hastaneler ise ya doğrudan ya da varsa Sağlık Grup Başkanlıkları aracılığı ile Sağlık Müdürlüklerine bildirim yapmalıdır.

2. KKS Vaka İnceleme Formunu (Ek 12) doldurunuz: Tam ve doğru olarak doldurulmalıdır. Gerektiğinde (annenin gebelik takibi) yazılı kayıtlara başvurulmalıdır. Epidemiyolojik ilişki ile ilgili bilgi, vaka sınıflaması için gereklidir. Laboratuvar sonucu çıktıktan sonra Sağlık Müdürlüğü tarafından son vaka sınıflaması yapılarak bu forma işlenmelidir. Doğrulanmış vakaların formları Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na gönderilmelidir.

3. Laboratuvar tanısı için kan (serum) örneği alınız (Ek 3), Şüpheli KKS vakalarında, IgM serolojisi için alınacak tek serum örneği yeterlidir. Ancak, klinik olarak uyumlu olmasına rağmen kızamıkçığa özgü IgM sonucu negatif olarak saptanmışsa,

a. 6 aydan küçük bebeklerde, kızamıkçığa özgü IgM ve IgG serolojisini değerlendirmek için ikinci kan (serum) örneğinin alınması gerekir.
b. 6 aydan büyük bebeklerde, birkaç ay sonra kızamıkçığa özgü IgG serolojisini değerlendirmek için ikinci kan (serum) örneğinin alınması gerekir.

Daha detaylı bilgi için Ek 3'e bakınız.

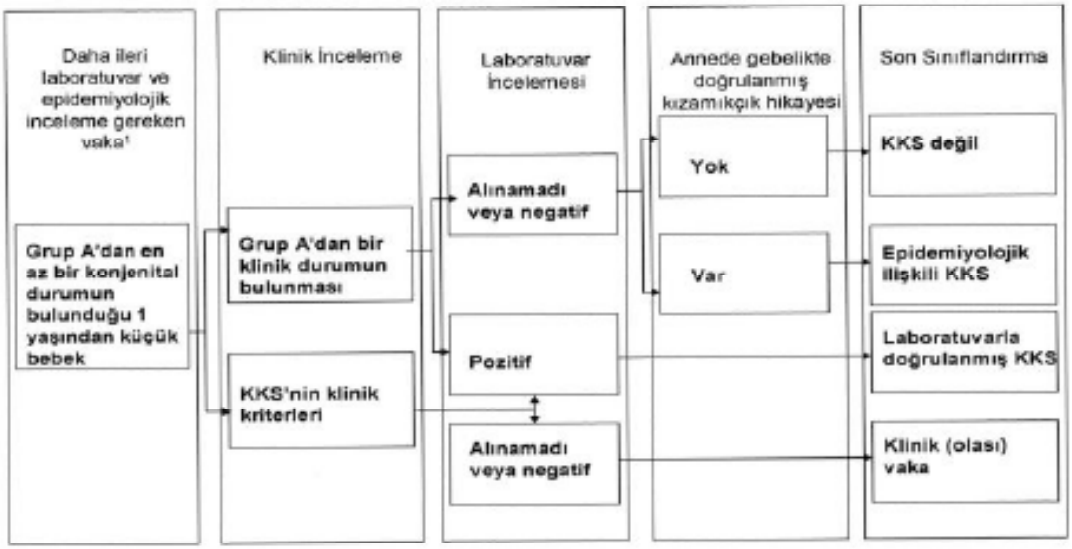
4. Virüs izolasyonu için idrar örneği alınız: Daha detaylı bilgi için Ek 3'e bakınız.

5. 24 saat içerisinde topladığınız örnekleri ve doldurduğunuz formları İl Sağlık Müdürlüğüne gönderiniz: Örneklerin uygun koşullarda gönderilmesine dikkat edilmelidir. Daha detaylı bilgi için Ek 3'e bakınız.

6. Hastanın izolasyonu konusunda aileyi bilgilendiriniz, hastane ortamında ise izolasyonu sağlayınız: İzolasyon önlemlerine çok dikkat edilmelidir. Sadece kızamıkçığa karşı bağışık olan kişiler ile temas etmelidir. Duyarlı gebe kadınlarla temas etmemesine dikkat edilmelidir. KKS'li bebekler yaşamlarının ilk yılında kızamıkçığı bulaştırabilirler. Uygun laboratuvar yöntemleriyle negatif oldukları gösterilene kadar önlemlere devam edilmelidir. Daha detaylı bilgi için Ek 4'e bakınız.

7. **Form 017 C (Ek 13) ile de bildirim yapınız.**

Şekil 7. Konjenital Kızamıkçık Sendromu Vaka Sınıflandırma Şeması



[1] Başka etiyolojik açıklaması olmayan konjenital durumlar

7. KIZAMIK/KIZAMIKÇIK/KKS SÜRVEYANSININ AKUT FLASK PARALİZİ (AFP) VE MATERNAL NEONATAL TETANOZ (MNT) SÜRVEYANSINA ENTEGRE EDİLMESİ

Bilindiği gibi; ülkemizde AFP sürveyansı kapsamında aktif sürveyans yürütülmektedir. Bu kapsamda, belli başlı hastaneler (özel ve kamu) her iki haftada bir ziyaret edilmekte ve AFP vakası olup olmadığı sorgulanmaktadır. Bu sistem, hastaneye yatan kızamık, kızamıkçık, KKS ve maternal ve neonatal tetanoz (MNT) vakalarının da saptanması açısından bir fırsat yaratmaktadır. Bu nedenle AFP aktif sürveyansına kızamık, kızamıkçık, KKS ve MNT sürveyansı da entegre edilecektir.

Halen AFP aktif sürveyansını yapan görevliler kızamık, kızamıkçık, KKS ve MNT vakaları hakkında bilgi toplamakla da görevlidirler. Hastane ziyareti sırasında **pediyatri, dahiliye enfeksiyon hastalıkları, yenidoğan, kadın hastalıkları ve doğum, KBB, kardiyoloji, göz servisleri ve poliklinikleri, AFP için de ek olarak nöroloji servisi** ziyaret edilmelidir.

Aktif sürveyans görevlisi tarafından yapılması gerekenler şunlardır:

1. **Program konusunda hastane personelini eğitiniz:**
   - **a)** İlk ziyarette hekimler ve hemşirelere AFP sürveyansına kızamık, kızamıkçık, KKS ve MNT'nin entegre edildiği ve işleyişi konusunda bilgi veriniz,
   - **b)** Sorumlulara AFP, kızamık, kızamıkçık, KKS, maternal tetanoz veya neonatal tetanoz vakası yatırılır yatırılmaz Sağlık Müdürlüğünü haberdar etmeleri gerektiğini anlatınız,
   - **c)** Vakayı gören doktorun veya hemşirenin Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formunu **(Ek 1)**, Vaka İnceleme Formunu **(Ek 2)** veya KKS İnceleme Formunu **(Ek 12)** doldurması gerektiğini vurgulayınız.

2. **İki haftada bir belirlenen kurumlara ziyaret yapınız:**
   - **a)** Rutin ziyaret sırasında hasta yatış defterleri incelenmelidir, bildirilmemiş vaka varsa Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu **(Ek 1)**, Vaka İnceleme Formu **(Ek 2)** veya KKS İnceleme Formu **(Ek 12)** doldurulmalıdır. Hasta yatış defterinde ve ICD-10 sisteminde aranacak olan vaka tanıları/kodları şunlardır:
     kızamık (rubeola)/B05,
     kızamıkçık (rubella)/B06,
     beşinci hastalık (eritema infeksiyozum)/B08.3,
     altıncı hastalık (roseola infantum)/B08.2,
     konjenital kızamıkçık (rubella) sendromu/P35.0.
   - **b)** Yeni vaka varsa ve örnekler alınmamışsa, tanı ve virüs izolasyonu için örnek alınmalıdır (Daha detaylı bilgi için bkz.Ek 3).
   - **c)** Ayrıca servis hemşiresi ve hekimler ile de görüşülmeli ve vaka olup olmadığını sorgulanmalıdır.
   - **d)** Tanı ve virüs izolasyonu için toplanmış örnekler ve formlar uygun şartlarda Sağlık Müdürlüğüne getirilmelidir (Daha detaylı bilgi için bkz.Ek 3).
   - **e)** Ziyaret sırasında kurum ziyaret formunu **(Ek 14)** doldurulmalıdır.
   - **f)** Eğer hasta bildirim yapılmadan taburcu olmuş ise vaka ile ilgili bilgi toplanmalıdır..
   - **g)** Her iki haftada bir Aktif Sürveyans İl İzlem Formu **(Ek 15)** doldurularak Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na gönderilmelidir.

8. VERİNİN ANALİZİ VE YORUMLANMASI

Tüm ülkede eliminasyonuna ulaşma durumunu ve sürdürülebilirliğini, takip etmek için sürveyans verileri her idari seviyede analiz edilmelidir. Verilerin analizi, aşı programının güçlü ve zayıf yanlarını değerlendirmek için temel bilgiyi ve iyileştirme için gerekli etkinliklerin planlanmasını sağlayacaktır.

Epidemiyolojik göstergeler, aşı kapsayıcılık göstergeleri ve çeşitli alt gruplardaki duyarlılıkla (yaş grupları, coğrafik bölge, gebe kadınlar vb.) birlikte yorumlanmalıdır.

DSÖ Kızamık ve Kızamıkçık Eliminasyonu ve KKS Kontrolü Temel Göstergeleri

Aşılama Hızı:
Hedef: Kızamık/kızamıkçık içeren aşının birinci ve ikinci dozunda en az %95 kapsayıcılığa ulaşılmasıdır.

Salgın Büyüklüğü:
Hedef: Salgınların en az %80'i 10'dan az kesin kızamık ya da kızamıkçık vakası içermelidir.

Kızamık/Kızamıkçık İnsidans Hızı:
Hedef: Yılda, kızamık/kızamıkçık insidansının 1.000.000'da 1'den daha az olmasıdır (importe vaka hariç, importe vaka ile ilişkili vaka dahil).

Yerli Kızamık/Kızamıkçık Virüslerinin Dolaşımı:
Ülkeler, tüm salgın zincirleri için kızamık/kızamıkçık virüsü tiplendirmesini yaparak ülkede yerli virüs dolaşımı bulunmadığını göstermek zorundadır.
Hedef: En az 12 ay süre ile yerli kızamık/kızamıkçık virüsünün dolaşımda olmamasıdır.

Konjenital Kızamıkçık Sendromu İnsidans Hızı:
Hedef: KKS görülme hızının yılda, 100.000 canlı doğumda 1'den daha az olmasıdır.

9. İZLEME VE DEĞERLENDİRME

Güçlendirilmesi gereken noktaların belirlenmesi ve alınan bilginin kalitesinin ve güvenilirliği konusunda kanıt sağlanması için sürveyans sistemlerinin sürekli izlenerek değerlendirilmesi gereklidir. Bu hedefler kızamık ve kızamıkçık eliminasyonu kapsamında bilhassa önemlidir.

Epidemiyolojik bilginin yanı sıra, bir sürveyans sistemi bildirimin kalitesini rutin olarak değerlendirmek için gerekli bilgi de toplamalıdır. Bunun için, rutin izlemeye ek olarak sistemin kalitesinin, tamlığının, faydalılığının ve etkililiğinin düzenli ve derinlemesine analizi de yapılmalıdır. Sürveyansın rutin olarak izlenebilmesine yardımcı olmak amacıyla; DSÖ tarafından sağlık sisteminin her düzeyi için uygulanması ve düzenli olarak bildirilmesi gereken göstergeler tanımlamıştır. Göstergeleri her düzeyde düzenli aralıklarla izlenmeli ve ilgili birimlere geri bildirimde bulunulmalıdır. Göstergeler sürveyansın işleyişinde aksamaları işaret ediyorsa gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

9.1. DSÖ Kızamık ve Kızamıkçık Sürveyansı Performansı Göstergeleri

Ulusal Birimlere ve DSÖ'ye Yapılan Bildirimin Zamanındalığı:
Her ayın 20'sine kadar, iller tarafından Sağlık Bakanlığına, Her ayın 25'ine kadar Sağlık Bakanlığı tarafından DSÖ'ye yapılan bildirimlerin sayısının beklenen bildirim sayısına bölümünün 100 ile çarpılması ile hesaplanır.
Hedef: İllerin/Sağlık Bakanlığı'nın en az %80'inin bildirimlerini her ay zamanında yapmış olmalarıdır.

Ulusal Birimlere ve DSÖ' ye Yapılan Bildirimin Tamlığı:
İller tarafından Sağlık Bakanlığına/Sağlık Bakanlığı tarafından DSÖ'ye yapılan bildirimlerin aynı dönemde beklenen bildirim sayısına bölümünün 100 ile çarpılmasıdır.
Hedef: İllerin/Sağlık Bakanlığı'nın en az %80'inin bildirimlerini tam yapmış olmalarıdır.

Vaka Saptama Hızı (Sürveyansın Duyarlılığı)
Ulusal düzeyde, yılda her 100.000 nüfus için en az 2 olası kızamık veya kızamıkçık vakası saptanmış ve vakalar araştırılmış ve uygun örnek alınarak referans laboratuvarında negatif bulunarak veya doğrulanmış bir vakayla epidemiyolojik ilişkisi olmadığı ispatlanarak dışlanmış olmalıdır.
Hedef: Ülke ve il düzeyinde, illerin en az %80'inde, yılda her 100.000 nüfus için en az 2 kızamık olmayan/kızamıkçık olmayan olası kızamık/kızamıkçık vakası bildirmiş olmasıdır.

Tanımlanmış Enfeksiyon Kaynağı:
Enfeksiyon kaynağı (importe, importe vakayla ilişkili ya da yerli sporadik vb.) tanımlanmış kızamık ya da kızamıkçık vakalarının bildirilen toplam vaka sayısına bölünmesinin 100 ile çarpılmasıdır.
Hedef: Vakaların en az %80'inin kaynağının tanımlanmış olmasıdır.

Vaka Araştırmasının Zamanındalığı:
Klinik olarak kızamık ya da kızamıkçık ile uyumlu hastalığı olan ve 48 saat içinde epidemiyolojik araştırması tamamlanmış olan vakaların, bildirimi yapılan klinik olarak olası vakaların toplamına bölümünün 100 ile çarpımıdır.
Hedef: Bildirimlerin en az %80'inin 48 saat içerisinde araştırılmış olmasıdır.

9.1.1. Laboratuvar Sürveyansı Performansı Göstergeleri

Laboratuvarda Test Edilen Örnek Doğrulama Hızı:
Uygun örneği olan ve referans laboratuvarında test edilmiş olan vaka sayısının bildirilen vaka sayısına bölümünün 100 ile çarpılmasıdır.
Hedef: Klinik kızamık/kızamıkçık vakalarının en az %80'inin referans laboratuvarda test edilmiş olmasıdır.

Virüs Genotipinin Belirlenmiş Olduğu Bulaş Zinciri Sayısı
Genotip bilgisi tanımlanmış kızamık ya da kızamıkçık bulaş zinciri sayısının aynı hastalığın neden olduğu toplam geçiş zinciri sayısına bölümünün 100 ile çarpılmasıdır.
Hedef: Geçiş zincirlerinin en az %90'ının genotip bilgisinin belirlenmiş olmasıdır.

Laboratuvara Gönderilen Örneğin 48 saat içerisinde Sonuçlanma Yüzdesi: Uygun örneği (serum) olan, referans laboratuvarına ulaşmış ve ilk 48 saat içerisinde sonuçlandırılmış olan serum sayısının, laboratuvara ulaşmış tüm uygun serum sayısına bölümünün 100 ile çarpılmasıdır.
Hedef: Gönderilen serumların %80'inin, örneğin laboratuvara ulaşmasından itibaren 48 saat içerisinde sonuçlandırılmış olmasıdır.

10. KIZAMIK/KIZAMIKÇIK SALGINLARINA YAKLAŞIM

□ Şüpheli tüm vakaları araştırınız. Bu analizde öncelikle vakalar yaş gruplarına, aşı durumlarına, görüldükleri yer ve zamana göre incelenmelidir.
□ İzolasyon önlemlerini alınız (Daha detaylı bilgi için bkz. Ek 4).
□ Etkilenen bölgede aşılama durumunu hızla değerlendiriniz, gerekiyorsa aşı etkililiğini değerlendiriniz.
□ Yaşlara göre atak hızlarını saptayarak hassas nüfus birikimini hızla değerlendirmeye çalışınız.
• Yüksek oranda aşısız vaka: Aşı kapsayıcılığı düşük bölge.
• Yüksek oranda aşılı vaka: Yüksek aşı kapsayıcılığı olan bölge. Kızamık aşısının etkinliği %100 olmadığı için, bazı aşılı vakalar duyarlı kalarak kızamık geçirebilirler. Ancak aşılı vaka sayısı hızla artıyorsa, aşı etkililiğini değerlendiriniz.
• Yüksek oranda 1-5 yaş arası vaka: Aşı kapsayıcılığı düşük bölge. Aşısız bölgede virüs dolaşımı yoğun olduğu için okul çağına gelmeden çocuklar kızamık ile karşılaşırlar.
• Yüksek oranda 6-14 yaş arası vaka: Orta ve yüksek düzeyde aşı kapsayıcılığı olan bölge. Aşı oranı yükseldikçe, kızamık insidansı düşer, kızamık görülme yaşı ileriye kayar.
• Yüksek oranda erişkin yaşta vaka: Erişkin yaşa kadar kızamık hastalığı geçirmemiş ya da aşılanmamış kişiler (örneğin, izole kırsal alanda yaşayıp yakın zamanda kentsel alanlara göç etmiş kişiler)
□ Şüpheli her vakadan örnek (serum, idrar, nazofarengeal sürüntü) alınız.
□ Şüpheli her vaka için Vaka Bildirim ve Laboratuvar İstek ve Sonuç Formu (Ek 1) ve Vaka İnceleme Formu (Ek 2) doldurunuz.
□ Tüm sağlık personelini sürveyans konusunda bilgilendiriniz.
□ Aktif vaka araştırması başlatınız ve günlük bildirime geçiniz.
□ Lojistik kapasitenizi ve insan kaynaklarınızı hızla gözden geçirerek ihtiyaçları belirleyiniz.
□ 6 ay-6 yaş arası aşısız tüm nüfusu, aşılı olduğunu kayıtla beyan edemeyen vakayla temas eden kişileri ve tüm sağlık personelini ilk 72 saat içerisinde aşılamaya başlayınız.* Veriyi değerlendirerek gerektiğinde diğer yaş gruplarına da seçici bağışıklama çalışmaları uygulamak üzere hazırlık yapınız.
□ Temaslı risk gruplarına** immunglobulin uygulanmasını sağlayınız..
□ Salgın raporu*** hazırlayınız.
□ İl vaka cetvelini Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrolü Daire Başkanlığı'na salgın sona erene kadar haftada bir kez gönderiniz.
□ Salgın devam ediyorsa, 2-3 ayda bir aynı genotipin dolaşıp dolaşmadığını saptamak için örnek alınız ve genotip tayini için RSHMB'ye gönderiniz.

** 1 yaş altına kızamık, 1 yaş ve üzerine ise KKK aşısı uygulanacaktır. Kızamık içeren iki aşı arasında bırakılması gereken süre en az 4 haftadır. 1 yaş altında aşı uygulanmış olan bebeklere, 1 yaşını doldurduklarında iki aşı arasında bırakılması gereken en az süre göz önüne alınarak tekrar aşı uygulanacaktır. Bu çocuklar, ilköğretim 1. sınıfa geldiklerinde tekrar aşılanacaktır.*

*** İmmünglobulin 6 ayın altındaki bebekler, gebeler, immünsuprese kişiler için ve aşının kontrendike olduğu diğer durumlarda önerilmektedir. Kızamık salgınlarında kitlesel immünglobulin uygulamasının yeri yoktur. Önerilen uygulama dozu 0,25 ml/kg'dır. İmmünsuprese kişiler için önerilen doz 0,5 ml/kg'dır (en fazla 15 ml) Kas içine (intramuskuler) uygulanmalıdır.*

**** Salgın raporu örneği için bkz Ek 16*

Tablo 5. Salgın İncelemesi için Önerilen Listelenme Biçimi

			Sıra No	
			T.C. Kimlik No	
			Ad-Soyad	
			Yaş	
			Meslek	
			Adres	
			Döküntünün Başlama Tarihi	
			Kesin vakayla epidemiyolojik ilişki var mı?	
			İşyeri/Okul	
			Kızamık içeren aşı	Aşılanma durumu (doz sayısı)
			Kızamıkçık içeren aşı	
			Hanede benzer vaka var mı?	
			Çevrede benzer vaka var mı?	
			Sosyal ortamlar*	
			İnkübasyon döneminde seyahat öyküsü var mı	
			Döküntü öncesi/sonrası 4 günde temas edilen kişiler	
			Örnek Alınma Tarihi	
			Nazofarenfeal Sürüntü ve İdrar Örneği Alınma Tarihi	
			Örneklerin Laboratuvara Ulaştığı Tarih	
			IgM Antikoru	
			Vaka Sınıflaması	

* Döküntünün başlangıcından 4 gün öncesinde ve/veya döküntünün başlangıcından itibaren 4 gün içerisinde bulunulan dernek, spor salonu, derslane, cami, market vb gibi yakın temasın gerçekleşebileceği kalabalık ortamlar.

TERMİNOLOJİ:

Uygun Araştırma: Her şüpheli kızamık/kızamıkçık vakası için sorgulanması gerekli en az değişkenin (yaş, cinsiyet, döküntünün başlama tarihi, örnek alınma tarihi, aşılı olma durumu, seyahat öyküsü) sorgulanmış olmasıdır. Bunlara ek olarak; her bir şüpheli vaka için epidemiyolojik ilişki araştırması da yürütülmüş olmalıdır.

Uygun Serum Örneği: Döküntü başlangıcından sonraki 28 gün içinde alınmış, hemolize edilmeden ayrılmış, soğuk zincire uygun olarak saklanmış ve gönderilmiş serum örneğidir.

İndeks vaka: Bir salgındaki ilk vakadır.

Sekonder (ikincil) vakalar: İndeks vakadan sonra görülen ve onunla epidemiyolojik ilişkisi olan ve indeks vaka tarafından enfekte edilmiş vakalardır.

Epidemiyolojik İlişki: Bir başka kızamık vakası ile temas. Bu temas direkt yüz yüze karşılaşma olabileceği gibi, aynı ortamda bulunma (bölgede oturma, bölgeye ziyaret ya da aynı okula gitme, ortak kullanılan eşyalar, vb) olarak da tanımlanabilir.

Sporadik Vaka: Birbiriyle epidemiyolojik ilişkisi olmayan ve tek görülen vakalardır.

İmporte Kızamık Virüsü: Kaynağı Türkiye dışından olan kızamık virüsüdür. Bu tür virüsler Türkiye dışında kızamıkla karşılaşmış vakalardan ya da onların Türkiye'de enfekte ettiği kişilerden izole edilecektir.

Yerli Kızamık Virüsü: Bir ülkede kızamığın endemik olduğu dönemde dolaşan kızamık virüsüdür. Türkiye'de bugüne kadar izole edilen kızamık virüslerinin D4 ve D6 tipi olduğu saptanmıştır.

Bulaş Zinciri/Salgın: İnkübasyon periyodunu göz önüne alınarak aralarında yeterli zamansal, epidemiyolojik ve/veya viral tiplendirme açısından ilişki bulunan iki ya da daha fazla konfirme vaka bulunmasıdır.

İmporte Vaka: döküntünün başlangıcından önceki inkübasyon süresi boyunca (kızamık için 7-18, kızamıkçık için 12-23 gün) yurt dışında bulunma öyküsü olan ve epidemiyolojik ve/veya virolojik olarak da yabancı kaynaklı enfeksiyona ilişkin kanıtlarla desteklenen vakadır.

Yerli Vaka: İmportasyonun veya importe vakayla ilişkinin kanıtlanamadığı veya enfeksiyon kaynağı bilinmeyen sporadik vakadır.

İmporte Vakayla İlişkili Vaka: Importe vakayla epidemiyolojik ve/veya virolojik ilişkisi bulunan vakadır.

Sıcak Vaka: Kesin vaka ile temas öyküsü olan veya döküntünün başlamasından önceki 3 hafta içerisinde seyahat öyküsü olan veya aşısız veya yaşına göre eksik aşılı olan veya kümelenme gösteren olası kızamık/kızamıkçık vaka tanımına uyan vakadır.

İmporte Vakaların Orantısı: Epidemiyolojik araştırma sonucunda importe olarak sınıflandırılan kızamık ya da kızamıkçık vaka sayısının toplam vaka sayısına bölünmesiyle elde edilir. Eliminasyon fazında importe vakaların orantısı artar.

Kızamık/Kızamıkçık İnsidans Hızı: Tanımlanmış bir coğrafi bölgede, bir yılda görülen yeni kızamık veya kızamıkçık vakalarının (importe vakalar hariç, importe vakayla ilişki vakalar dahil) aynı coğrafi bölgedeki toplam nüfusa bölünmesidir. Milyonda olarak ifade edilir.

KKS İnsidans Hızı: Tanımlanmış bir coğrafi bölgede, bir yılda görülen yeni KKS vakalarının (importe vakalar hariç) aynı coğrafi bölgedeki canlı doğum sayısına bölünmesidir. Yüzbinde olarak ifade edilir.

Salgının/Kümelenmenin Büyüklüğü: Epidemiyolojik ve/veya genetik olarak ilişkili tüm bulaş zincirini kapsayan vaka sayısını gösterir. Eliminasyon fazına yaklaşan ve başaran ülkelerde salgınların en az % 80'inde 10'dan az vaka bulunmalıdır.

Aşılı Vakaların Orantısı: Aşının etkililiği ile ilişkili sorunların saptanmasına yardımcı olabilir. Bu gösterge salgın sonrasında aşı etkililiğini hesaplamak için de kullanılabilir.

Yaş Gruplarına Göre İnsidans Hızı: Hastalığın epidemiyolojisindeki değişiklikleri değerlendirmek için hesaplanır. Yaş gruplarına özel insidans hızı ile, toplumdaki duyarlılık profili ve yaş gruplarına özel aşı kapsayıcılığı yorumlanabilir.

Endemik Bulaşın Tekrar Başlaması: Bulaş zincirinin epidemiyolojik ve laboratuvarla doğrulanmış virüsle 12 ay ya da daha uzun süre boyunca kesintisiz olarak devam etmesi durumudur.

Ulusal Referans Laboratuvarı: DSÖ'nün yıllık yeterlilik testinden geçen, DSÖ tarafından valide edilmiş yöntemler kullanan ve DSÖ sürveyans ağı üyesi laboratuvardır. Ülkemizde, halen, RSHMB ve Bölge Hıfzıssıhha laboratuvarları referans laboratuvarı olarak kabul edilmiş durumdadır.

6.3.16. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2009/17)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110005
Konu : Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 7941 13.03.2009

GENELGE 17

Bağışıklama hizmetlerinde temel amaç; toplumda, özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile korunulabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçmektir. Temel hedefin aşısız çocuk bırakmamak olduğu unutulmamalıdır.

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Ülkemizde yürütülecek bağışıklama hizmetlerini düzenleme yetkisi Bakanlığımıza verilmiştir. Bu düzenlemeler yapılırken dünyadaki çeşitli gelişmeler takip edilmekte ve akademisyenlerden oluşan Bağışıklama Danışma Kurulu'nun tavsiyeleri dikkate alınmaktadır.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit-B, Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıklar ile streptokokus pnömoniya'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıkların ve bu hastalıklardan kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin ve sakatlıkların engellenmesi hedeflenmektedir.

Ülkemizde yürütülen Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nda son dönemde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. 2006 yılından itibaren aşı takvimine üç yeni antijen (Kızamıkçık, Kabakulak ve Hemofilus influenza tip b) eklenmiş, 2008 yılı başından itibaren DaBT-İPA-Hib beşli aşısının ve 2008 yılı Kasım ayından itibaren de Konjuge Pnömokok aşısının kullanımı başlatılmıştır.

Bağışıklama hizmetlerinin il düzeyinde yönetilmesi sırasında uyulması gereken kuralları içeren Genişletilmiş Bağışıklama Programına ilişkin Daimi Genelge ekte gönderilmektedir. Bu Daimi Genelge yayınlandığı tarihte yürürlüğe girer. Bu Genelge ile 25.02.2008 tarih ve 6111–2008/14 sayılı Daimi Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

GBP çalışmalarında temel başvuru kaynağı olan bu Daimi Genelge her düzeyde tanıtılmalı, özel sektör dahil tüm sağlık çalışanlarının uygulamadaki değişiklikleri yakından izlemeleri sağlanmalıdır. Ekte gönderilen GBP Daimi Genelgesinin tüm sağlık kuruluşlarına (Tıp Fakülteleri, Hastaneler, Özel Sağlık Kuruluşları ve Muayenehaneler dâhil) ve birinci basamak sağlık personeline imza karşılığı tebliğini ve il düzeyinde yapılacak uygulamaların genelgeye uygun olarak yürütülmesi hususunda gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

EK: Daimi Genelge

DAĞITIM:
A Planı

GENİŞLETİLMİŞ BAĞIŞIKLAMA PROGRAMI

Bağışıklama hizmetleri, bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP), Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B, Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıklar ile Streptokokus pnömoniya'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltarak, bu hastalıkları kontrol altına almak ve hatta tamamen ortadan kaldırmak amacı ile hassas yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşıp bağışıklanmalarını sağlamak için yapılan aşılama hizmetlerini içerir.

Temel amaç; doğan her bebeğin aşı takvimine uygun olarak yukarıda sayılan hastalıklara karşı bağışık kılınmasıdır. Genişletilmiş deyimi ise aşısız veya eksik aşılı bebek ve çocukların tespit edildiği anda aşılanmasının sağlanması ve bu uygulamanın ülke genelinde her yerde eşit olarak yapılması anlamını vurgulamak için kullanılmaktadır.

GBP akademisyenlerden oluşan Bağışıklama Danışma Kurulu'nun (BDK) bilimsel desteği ve önerileri doğrultusunda yürütülmektedir. BDK yılda en az iki kez toplanarak güncel gelişmeleri görüşmekte ve önerilerde bulunmaktadır.

GBP HEDEFLERİ:

- Her bir antijen için etkinliği korunmuş aşı ile ülke genelinde %95 aşılama hızına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak,
- 12–23 aylık bebeklerin %90'ını tam aşılı hale getirmek,
- 5 yaş altı (0–59 aylık) aşısız ya da eksik aşılı çocukları tespit edip aşılamak,
- Okul çağı çocuklarının rapel aşılarını tamamlamak,
- Tespit edilen tüm gebelere uygun tetanoz difteri aşısı dozunu uygulamak,
- Ülkenin poliomyelitten arındırılmış durumunu sürdürmek,
- Maternal ve Neonatal Tetanozu elimine etmek,
- 2010 yılına kadar yerli kızamık virüsünü elimine etmek,
- Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromunu kontrol altına almak,
- Difteri, Boğmaca, Hepatit-B, Tüberküloz, Kabakulak ve Hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıkları ve Streptokokus pnömoniya'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıkları kontrol altına almak,
- Aşı güvenliğini sürdürmek,
- Kayıt bildirim sistemini güçlendirmek,
- Toplumun katılımını sağlamak olarak belirlenmiştir.

Tam aşılı çocuk; 1'er doz BCG ve KKK, 3'er doz DaBT/DBT, Polio, Hep B, Hib aşılarının tamamını almış çocuk olarak tanımlanmaktadır.

Bu hedeflere ulaşmak için aşılama hizmetleri herkese ulaşabilecek şekilde rutin hizmetler içinde sunulmalı, gerekli durumlarda hızlandırma (sabit ve gezici ekipler oluşturarak), yerel aşı günleri, kampanya gibi destekleyici aktiviteler yapılmalıdır. Biriken duyarlı nüfusları koruma kapsamına almak (özellikle poliomyelit ve kızamıkta) ve salgını önlemek için duyarlı yaş gruplarında yakalama (catch-up) ya da takip (follow-up) gibi ek aşılama programları yürütülmelidir.

A-) AŞI TAKVİMİ:

1) Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi

A) Okul Öncesi Aşılamalar:

- Doğumda (İlk 72 saat içinde) — Hep B–1
- 1. Ayın bitiminde (4 haftalık) — Hep B–2
- 2. Ayın bitiminde (8 haftalık) — DaBT-İPA-Hib–1, BCG, KPA
- 4. Ayın bitiminde (16 haftalık) — DaBT-İPA-Hib–2, KPA
- 6. Ayın bitiminde (24 haftalık) — DaBT-İPA-Hib–3, OPA, Hep B–3, KPA
- 12. Ayın bitiminde (52 haftalık) — KKK, KPA
- Rapel doz (18–24 aylık) — DaBT-İPA-Hib–R, OPA
  (DaBT-İPA-Hib–3'den 1 yıl sonra)

B) Okul Aşılamaları:

- İlköğretim 1. sınıfta — OPA, KKK, Td
- İlköğretim 8. sınıfta — Td

Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12. ay	18–24 ay	İlköğretim 1.sınıf	İlköğretim 8.sınıf
Hep B	I	II			III				
BCG			I						
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R		
KPA			I	II	III	R			
KKK						I		R	
OPA					√		√	√	
Td								√	√

Hep B: Hepatit B Aşısı
BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı
DaBT-İPA-Hib: Difteri, asellüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
OPA: Oral Polio Aşısı
Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
KPA: Konjuge Pnömokok Aşısı
R: Rapel (Pekiştirme)

2) **1 Yaş Üstü Hiç Aşılanmamış Çocuklarda Aşılama Şeması**

A) 6 yaşından küçük ve yaşamının ilk yılında hiç aşılanmamış çocuklarda aşılama şeması (12-71 ay):

İlk karşılaşma	DaBT-İPA-Hib, Hep B, ppd ile TCT
İlk karşılaşmadan 2 gün sonra	KKK, TCT sonucuna göre gerekiyorsa BCG
İlk karşılaşmadan 2 ay sonra	DaBT-İPA-Hib, Hep B
İlk karşılaşmadan 8 ay sonra	DaBT-İPA-Hib, Hep B, OPA

Çocukluk çağı aşılama takvimine okul aşıları ile devam edilecektir.

ppd: pürifiye protein derivesi
TCT: Tüberkülin Cilt Testi

B) 6 yaş üzerinde ve daha önce hiç aşılanmamış çocuklarda aşılama şeması (72 ay ve üzeri):

İlk karşılaşma	Td, OPA, Hep B, KKK
İlk karşılaşmadan 1 ay sonra	Td, OPA, Hep B, KKK
İlk karşılaşmadan 8 ay sonra	Td, OPA, Hep B

Aşı takviminde belirtilen aralıklara göre aşıları tamamlanamamış çocuklarda önceki aşı dozlarının tekrar yapılmasına gerek yoktur. Aradan uzun bir süre geçmiş olsa bile, aşılamaya bırakılan yerden devam edilir, eksik aşılı çocuk saptandığında yaşına uygun olarak yukarıdaki şemalara göre aşıları tamamlanır.

3- **Doğurganlık Çağı Kadın/Gebe Aşılamaları**

Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
Td 1	Gebeliğin 4. ayında - İlk karşılaşmada	Yok
Td 2	Td 1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
Td 3	Td 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Td 4	Td 3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Td 5	Td 4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

Hiç aşılanmamış gebelerin en az iki doz Td aşısı almaları sağlanmalıdır. İkinci doz doğumdan en az iki hafta önce tamamlanmalıdır. Yeterli süre sağlanamadıysa tek doz Td almış gebenin ve bebeğinin tetanoz hastalığı açısından risk altında olduğu dikkate alınmalıdır. Temiz doğum şartlarının sağlanması ve bebeğin göbek bakımının doğru yapılması daha da önem kazanmaktadır.

Kayıtlı tetanoz toksoid dozu olanlar: GBP kapsamında 1980 yılı ve sonrasında doğan kişilerin büyük bölümüne erken çocukluk döneminde veya okul çağında tetanoz aşısı uygulaması yapılmış ve bu çocukların bir kısmı doğurganlık çağına ulaşmıştır. 1980'den sonra doğan kadınların aşı kayıtlarının bulunması durumunda, uygun aralıklarla yapılmış en az 3 doz

DBT/Td/TT, doğurganlık çağında yapılmış 2 doz TT/Td dozu yerine sayılır ve aşı takvimine kalındığı yerden devam edilir.

B-) AŞI UYGULAMALARINDA GENEL KURALLAR:

- Sağlık kurumuna herhangi bir nedenle başvuran başta bebek, çocuk ve gebeler olmak üzere tüm bireylerin aşılanma durumu kontrol edilmeli, aşı takvimine göre aşılanması gerekenler ve eksik aşılılar tespit edilip aşılamak için her fırsat değerlendirilmelidir. Kaçırılmış fırsatlar en aza indirilmelidir.
- Sağlık kurumlarında aşı günü uygulaması yapılmamalı, her gün aşı yapılmalıdır.
- Aşı uygulamalarından önce enjektör, aşı ve varsa sulandırıcı üzerindeki etiketi ve son kullanma tarihi (Exp/ED: Expiry date) kontrol edilmeli, etiketi olmayan ya da son kullanma tarihi geçmiş aşılar, sulandırıcılar ve enjektörler kullanılmamalıdır.
- Miadı (kullanım süresi) önce dolacak veya son kullanma tarihi en yakın olan aşı ilk önce kullanılmalıdır.
- Açılan çoklu aşı flakonlarına açılış tarih ve saati yazılmalıdır.
- Kullanıma hazır enjektörlü aşılar hariç, her aşı için ayrı ve steril bir enjektör kullanılmalıdır.
- Birden fazla aşı aynı anda yapılabilir. BCG, OPA, DaBT-İPA-Hib, KKK, Hepatit B ve KPA aşılarının aynı gün yapılmasında bir sakınca yoktur. Ayrı ayrı enjektörler ile farklı ekstremitelerden yapılır. Aynı ekstremiteden farklı aşıların uygulanması zorunlu ise iki aşının uygulanma bölgesi arasında en az 2 cm mesafe olmalıdır.
- DaBT-İPA-Hib beşli karma aşısı dışındaki aşılar aynı enjektörde karıştırılmaz. Beşli karma aşıda ise aynı ambalajda bulunan liyofilize Hib aşısı sıvı formda olan DaBT-İPA ile sulandırıldıktan sonra kullanılır.
- 12 aya kadar bebeklerde, intramuskuler uygulama için uyluğun orta veya üst 1/3 kısmında vastus lateralis kasının ön yan bölümü kullanılır.
- Aşılamada iki doz arasında olması gereken en az sürelere mutlaka uyulmalıdır. Bırakılması gereken en az süreye uyulmadığında yapılan doz geçersiz sayılır ve uygun süre sonra tekrarlanır.
- Aşı takviminde belirtilen uygulama zamanları ve uygulama aralıklarına uymak esastır. Ancak zorunlu hallerde aşağıda belirtilen en az süreler kullanılabilir;
    - DaBT-İPA-Hib aşısının 1. ile 2. ve 2. ile 3. dozları arasındaki süre en az 4 hafta olmalıdır. Aynı aşının 3. dozu ile rapel dozu arasındaki süre ise en az 6 ay olmalıdır.
    - Kızamık antijeni içeren iki aşı arasında en az 4 hafta süre olmalıdır.
    - Hepatit B'nin 1. ve 2. dozu arasında en az 4 hafta, 2. ve 3. dozu arasında en az 8 hafta olmalı, ayrıca 3. doz 1. dozdan en az 16 hafta sonra uygulanmalıdır. Asıl olan 0–1–6 şemasıdır.
    - KPA için;12. aydan küçük çocuklarda, 1. ve 2. dozlar ile 2. ve 3. dozlar arasında bırakılması gereken en az süre 4 hafta olmalıdır. Son doz ile pekiştirme dozu arasında en az süre 4 ay olmalıdır (pekiştirme dozu 12. aydan önce yapılmamalıdır).

- Kural olarak parenteral (enjeksiyonla) uygulanan iki canlı viral aşı aynı anda uygulanabilir, aynı anda uygulanamayacaksa aralarında en az 4 hafta süre bırakılması gerekir. Takvimimizde yer alan canlı aşılardan OPA ile diğer canlı aşılar arasında süre

bırakılması gerekmez. Kızamık hastalığı ya da aşısı sonrası lenfopeni (t lenfosit azalması) oluşma olasılığı nedeniyle, hücresel bağışıklık yetersiz kalabileceğinden Kızamık içeren aşılar sonrası BCG uygulanmasında 4 haftalık bir süre bırakmak gerekir. BCG'nin önce uygulandığı durumda ise Kızamık içeren aşıların uygulanması için süre bırakmaya gerek yoktur.

- Canlı virüs aşıları Tüberkülin Cilt Testini (TCT) bozabilir, bu nedenle ppd uygulaması Kızamık içeren aşılar ile aynı günde veya 4–6 hafta sonra yapılmalıdır.
- Aşılama öncesi aşı kontrendikasyonları mutlaka sorgulanmalıdır.
- DaBT-İPA-Hib aşısı için üst yaş sınırı 6 yaştır (72 ay).
- Tetanoz toksoidi (TT) yerine Td aşısı uygulaması ile çocukluk çağındaki difteri aşılamasının rapel dozu yapılmakta, aynı zamanda daha önceden bağışıklanmamış ve difteriye hassas olan kişilerin bağışıklanmasına fırsat sağlanmaktadır. Gebelik dahil TT uygulanması gereken her durumda Td aşısı uygulanmalıdır.
- Herhangi bir yaş grubunda Hepatit B aşılaması yapılmadan önce Hepatit B'ye yönelik serolojik inceleme yapılmasına gerek yoktur.
- Hepatit B aşısı doğumdan sonra en geç ilk 72 saat (tercihen ilk 24 saat) içinde uygulanmalıdır.
- Taşıyıcı olduğu bilinen anneden doğan bebeklere doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde Hepatit B aşısı uygulanmalı, ayrıca doğumda aşı ile birlikte Hepatit B immun globulini de yapılmalıdır.
- Doğum ağırlığı 2000 gr'ın üzerindeki bebeklerde Hepatit B aşılama şeması aynen uygulanmalıdır.

  2000 gr'ın altında doğum ağırlığı olan bebeklerde ise aşağıdaki şekilde uygulanmalıdır:

  a) Anne Hepatit B taşıyıcısı ise veya taşıyıcılık durumu bilinmiyorsa doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde ilk doz yapılır, daha sonra 1., 2. ve 12. aylarda aşı tekrarlanır (toplam 4 doz uygulanır).

  b) Anne Hepatit B taşıyıcısı değilse, bebek 2000 gr'a ulaştığında veya 1. ayın sonunda ilk doz yapılır, ilk dozdan 1 ay ve 6 ay sonra aşı tekrarlanır (toplam 3 doz uygulanır).
- BCG aşısı doğumdan itibaren yapılabilir, ancak uygulama kolaylığı, daha az komplikasyon olması ve immünitenin daha kuvvetli gelişmesi için 2 ayı doldurduğunda uygulanmalıdır.
- BCG aşısı, 3. aydan sonra yapılacaksa ppd ile TCT yapıldıktan sonra sonucuna göre uygulanır.
- BCG aşılaması ile ilgili olarak;
  - Kayıtlara göre BCG yapıldığı bilinen çocuklarda (skar görülsün veya görülmesin) ve BCG skarı bulunan çocuklarda herhangi bir yaşta kontrol amacıyla TCT yapılmasına gerek yoktur ve bunun sonucuna göre BCG uygulaması gerekli değildir.
  - 6 yaş üzerinde hiç aşılanmamış çocukta BCG gerekli değildir.
  - 6 yaş altında BCG yapılmamış olan çocukta TCT sonucuna göre gerekiyorsa BCG uygulanır.
- OPA yapıldıktan sonra, çocuğun beslenmesinin sınırlanmasına gerek yoktur. Anne sütü rahatlıkla verilebilir.
- İshali olan çocuğa OPA uygulanabilir, ancak 4 hafta sonra fazladan bir doz daha yapılır.

- Genel ilke olarak gebelikte canlı aşılar yapılmamalıdır, ancak risk-yarar durumu (Kuduz aşısı gibi) göz önüne alınarak duruma göre karar verilmelidir.
- Her ne kadar kızamıkçık aşısına bağlı fetal anomaliye dair bir kanıt olmasa da, kızamıkçık veya KKK aşısı alanlar 4 hafta süre ile gebelikten korunmalıdır. Kızamıkçık aşılaması öncesi gebelik testi yapmaya gerek yoktur, gebe olup olmadığı sorularak aşı yapılmasına karar verilir.
- Erişkinlerde Td aşılaması konusunda;
    - Daha önce aşılanma durumu bilinmeyen tüm yetişkinlerin 3 doz Td aşısı ile aşılanarak primer immünizasyonlarının tamamlanması gerekmektedir (birinci doz ile ikinci doz arasında 1 ay, ikinci doz ile üçüncü doz arasında 6 ay). 1980'den sonra doğanların aşı kayıtlarının bulunması durumunda, uygun aralıklarla yapılmış 3 doz Tetanoz içeren aşı almış olanlar 2 doz Tetanoz aşısı almış kabul edilerek aşılanmalarına kaldığı dozdan devam edilir.
    - Önceki aşılanma durumu bilinmeyen gebelerin de ilk karşılaşmada; 1 ay ara ile en az iki doz Td aşısı almaları sağlanmalı, 3. doz Td aşısı primer seriyi tamamlamak üzere 2. dozdan 6 ay sonra yapılmalıdır.
    - Primer serisi tamamlanmış tüm yetişkinlere 10 yılda bir Td aşısı yapılmalıdır.
    - Primer serisi tamamlandığı aşı kayıtlarından anlaşılan bir kadına gebe kaldığında; Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programına uygun olarak 1 doz Td, sonraki gebeliğinde de 1 doz Td yapılarak 5 doz Td şeması tamamlanır (Yüksek Riskli Bölgeler dışındaki bölgelerde).
    - Doğurganlık çağında (15–49 yaş) 5 doz Td almış olan kadınların da 10 yıl aralıklarla Td aşılamasına devam edilir.
- Ailelere, uygulanan aşı, aşının gerekliliği, bir sonraki aşı için gelmeleri gereken zaman ve olası yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir.
- Aşılanan her kişiye mutlaka aşı kartı verilmelidir.
- Aşı uygulaması kadar aşılama faaliyetleri sırasında ortaya çıkan tıbbi atıkların uygun şekilde uzaklaştırılması da önemlidir. Bu nedenle aşı uygulaması yapılan her ortamda Enjektör Güvenli Atık Kutusu da kullanılmalıdır.

C-) AŞI UYGULAMALARINDA KAYIT VE BİLDİRİM SİSTEMİ

Aşıyı uygulamak kadar düzenli aşı kaydı tutmanın da önemli olduğu bilinmelidir. Aşı uygulamalarının ilgili tüm kayıt formlarına zamanında, tam ve doğru olarak kaydedilmesi sağlanmalıdır. Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) izleme sisteminin gereği olarak yapılan tüm aşıların ve varsa sulandırıcılarının lot numarası da kayıt formlarına işlenmelidir. DaBT-IPA-Hib beşli karma aşısının paket üzerindeki lot numarası, aşı lot numarası olarak kullanılmalıdır. GBP uygulamalarında kullanılacak olan Form 012A ve 012B, Form 013 ve 013B, Bölge Dışı Aşı Bildirim Formu, Aylık GBP Sürveyans Formu, Aşı Kartları ve Aşı İzlem Çizelgeleri örnekleri Ek-1'de bulunmaktadır.

Ülkemizdeki aşı uygulamalarında halen, Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilen aşılar (kamu aşısı) yanında özel sektör tarafından sağlanan aşılar da (özel aşı) kullanılmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan GBP aşıları ücretsiz uygulanmak ve bildirimde bulunmak kaydı ile talep eden diğer sağlık kuruluşlarına da "Taşınır Mal Yönetmeliği" kurallarına uygun olarak verilebilir.

KAYIT VE BİLDİRİM FORMLARI:

- **Form 012 (Aşı Kayıt Fişi):** Temel aşı kayıt formudur. 0-59 ay bebekler için Form 012A, 5 yaş ve üzeri için 012B formu kullanılır. Bu formlarda Sağlık Ocağı/Aile Hekimi tarafından uygulanan tüm kamu aşıları siyah kalemle kaydedilir.

Kişinin bağlı olduğu Sağlık Ocağı/Aile Hekimi dışında başka bir kurum tarafından aşılanması durumunda aşının yapıldığı Sağlık Ocağı/Aile Hekimi tarafından misafir Form 012A/B'ye kaydedilir ve "Bölge Dışı Aşı Bildirim Formu" doldurularak ilgili Sağlık Ocağına/Aile Hekimine ulaştırılır. Bu kayıt bağlı olduğu Sağlık Ocağı/Aile Hekimi tarafından Form 012A/B'ye mavi renkli bir kalemle işlenir. Bu dozlar da Sağlık Ocağı/Aile Hekimi tarafından eksik aşılıların takibinde ve bölge aşı hızlarının hesabında dikkate alınır. Okul aşılamalarında da öğrencinin kayıtlı olduğu Sağlık Ocağı/Aile Hekimine bildirimin yapılması gerekir. Ay sonunda bu aşılar aşıyı uygulayan birim tarafından Form 013'e kaydedilerek bildirilir.

Hastaneler gibi Taşınır Mal Yönetmeliğine uygun olarak aşı verilen diğer birimler tarafından İl Sağlık Müdürlüğü veya bağlı birimlerinden alınıp uygulanan kamu aşıları Form 013 ve uygulanan kişilere ait ad, soyad, doğum tarihi, baba adı, T.C. Kimlik no, adres bilgileri ve aşının adı, lot no., varsa sulandırıcı lot no., kaçıncı doz olduğuna dair bilgileri içeren bir liste ile İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilir. İl Sağlık Müdürlükleri tarafından Sağlık Grup Başkanlıkları/TSM ler yolu ile veya doğrudan, aşı kayıtları ilgili Sağlık Ocağına/Aile Hekimine ulaştırılır. Bu kayıt bağlı olduğu Sağlık Ocağı/Aile Hekimi tarafından Form 012A/B'ye mavi renkli bir kalemle işlenir. Bu dozlar da Sağlık Ocağı/Aile Hekimi tarafından eksik aşılıların takibinde ve bölge aşı hızlarının hesabında dikkate alınır. Ay sonunda bu aşılar aşıyı uygulayan birim tarafından Form 013'e kaydedilerek bildirilir.

Özel aşılardan, içeriğinde DaBT-İPA-Hib, KKK, KPA ve Hepatit-B antijenlerini bulunduran aşıları uygulayan kişi ve kuruluşlar tarafından yapılan aşılar, aşılanan kişi ve aşının bilgileri (ad, soyad, T.C. Kimlik no, doğum tarihi, baba adı, adres bilgileri ve aşının adı, lot no., varsa sulandırıcı lot no., kaçıncı doz) ile bir liste halinde aylık olarak bağlı olduğu Sağlık Grup Başkanlığı/TSM/Sağlık Müdürlüğüne gönderilmeli ve aşılanan kişinin kayıtlarının ilgili Sağlık Ocağındaki/Aile Hekimindeki Form 012A/B'ye tam ve doğru aktarılması sağlanmalıdır. Ayrıca saha gezilerinde tespit edilen özel aşılar da kayıt altına alınmalıdır. Özel aşılar tarihleri belirtilerek kırmızı renkli bir kalemle ilgili formlara kaydedilir. Ay sonunda bu aşılar Sağlık Ocağı/Aile Hekimi tarafından Form 012A/B'den Form 013B'ye aktarılır. Burada temel amaç; yapılan aşının bildirim sistemine bir kez girilmesini sağlayarak mükerrer bildirimi engellemektir. Özel bildirimler veya saha gezileri sırasında tespit edilen GBP hedef antijenleri dışında uygulandığı tespit edilen diğer antijenler Form 012A/B'nin "Diğer" sütununa kaydedilir, bu aşıların bildirimi yapılmaz.

- **Form 012A (0–59 ay aşı kayıt fişi):** Temel aşı kayıt formudur. Bu formda kurum tarafından uygulanan tüm kamu aşıları siyah kalemle kaydedilir. Bu form Sağlık Ocağı bölgesinin büyüklüğüne göre her Sağlık Evi veya Muhtarlık, sokak, vb. düzeyinde hazırlanır. Doğan, tespit edilen veya Sağlık Ocağı bölgesine gelen her bebek, Ev Halkı Tespit Fişi (ETF), Form 004, Form 006 ve Form 012A'ya kaydedilir. Aile Hekimleri de kayıtlı bebek ve çocuklarını Form 012A'ya kaydeder. Form 012A'da yapılan aşıların her biri tarih, gün-ay-yıl olarak ilgili alana kaydedilmeli, aşının ve varsa sulandırıcısının lot no'su da belirtilmelidir.

Bu forma diğer sağlık birimleri ve özel hekimler tarafından yapılan aşılar da tarihleri belirtilerek farklı renkte bir kalemle kaydedilir (Kamu aşıları için mavi, özel aşılar için kırmızı renkli kalem kullanılmalıdır). 60 aylık olan çocukların kayıtları form 012B'ye aktarılır. Form 012A, Form 013 ve Form 013B'nin veri kaynağıdır.

Form 012A'da bulunan "**doğumda neonatal tetanoza karşı korunmuş çocuk**" bölümü aşağıdaki bilgiler doğrultusunda doldurulur:

Yeni doğan veya tespit edilen her bebek, Form 012A'ya kaydedilirken annenin tetanoz aşılanma durumu sorgulanır. Yeni doğanın doğumda tetanoza karşı korunup korunmadığı aşağıdaki tabloda belirtilen aşı dozları arasındaki minimum aralıklara ve yapılan dozdan sonraki koruma sürelerine göre değerlendirilir. Eğer çocuk son geçerli doz tarafından sağlanan korunma döneminde doğduysa, neonatal tetanoza karşı korunmuş olarak işaretlenir. Çocuk doğduğunda korunma dönemi başlamamışsa, bitmişse veya anne hiç aşılanmamış ise doğumda neonatal tetanoza karşı korunmamış olarak işaretlenir.

Anneye yapılmış dozlar	Koruma süresi
Bir geçerli doz	Yok
İki geçerli doz (Td1'den en az 4 hafta sonra)	Aşıdan 15 gün sonra başlayan, 3 yıllık koruma
Üç geçerli doz (Td2'den en az 6 ay sonra)	Aşıdan 15 gün sonra başlayan, 5 yıllık korunma
Dört geçerli doz (Td3'den en az 1 yıl sonra)	Aşıdan 15 gün sonra başlayan, 10 yıllık korunma
Beş geçerli doz (Td4'den en az 1 yıl sonra)	Doğurganlık çağı boyunca korunma

- **Form 012B (5 yaş üzeri aşı kayıt fişi):** 012A gibi temel aşı kayıt formudur. Bu formda kurum tarafından uygulanan tüm kamu aşıları siyah kalemle kaydedilir. 5 yaşını geçen kişilere yapılan GBP aşıları bu forma tarih, gün-ay-yıl olarak belirtilerek aşının ve varsa sulandırıcısının lot no'su ile kaydedilmelidir. Bu forma ayrıca, diğer sağlık birimleri ve özel hekimler tarafından yapılan aşılar da tarihleri belirtilerek farklı renkte bir kalemle kaydedilir (Kamu aşıları için mavi, özel aşılar için kırmızı renkli kalem kullanılmalıdır). Form 012A ile birlikte, Form 013 ve Form 013B'nin veri kaynağıdır. Okul çağı ve erişkin dönem aşılamalarının da bu forma kaydedilmesi gerektiği unutulmamalıdır.
- **Form 013:** Sağlık Ocağı, Aile Hekimi (AH), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), diğer kuruluşlar ve Sağlık Müdürlüğü düzeyinde, yapılan aşıların ve aşı, antiserum, enjektör ve atık kutusu stok durumunun aylık olarak bir üst kademeye bildirilmesi için kullanılır. Her ayın sonunda Sağlık Ocağı, AH ve TSM tarafından, o ay yapılan aşılar Form 012A'dan ve Form 012B'den, yaş grubuna göre ayrılarak, bu forma aktarılır. Kurumlarda Form 013 hazırlanırken sadece o kurumda uygulanan kamu aşıları bildirilecektir. Burada temel amaç; yapılan aşının bildirim sistemine bir kez girilmesini sağlayarak mükerrer bildirimi engellemektir.

Hep B 1. dozunun ilk 72 saat içinde uygulanması Hepatit B Kontrol Programının gereğidir ve bu uygulamanın Sağlık Ocağı/Aile Hekimi, İl ve Ülke düzeyinde takibi gereklidir. Doğumda hastanede uygulanan Hep B 1. doz aşılarının Sağlık Ocağı/Aile Hekimi tarafından takip edilebilmesi amacıyla bu aşının bildirimi, Form 013 ile bebeğin bağlı olduğu kurum tarafından da yapılmalıdır. Ay sonunda, Sağlık Ocağı/Aile Hekimine hastanelerde uygulandığı bildirilen Hep B 1. doz uygulamaları Form 012 A kaynak alınarak Form 013'ün ilgili bölümünde (Bölge dışı) gösterilir. Bu bölümde Bİ (Bölge içi) bölümüne yazılan doz sayısı Sağlık Ocağının/Aile Hekiminin uygulamalarını, BD (Bölge dışı) bölümüne yazılan doz sayısı hastanede yapılan uygulamaları gösterdiğinden iki bölümün toplamı Sağlık Ocağı/Aile Hekiminin Hep B 1 aşılama hızının hesaplanmasında kullanılır. Bİ (Bölge içi) bölümüne yazılan doz sayısı Sağlık Ocağının/Aile Hekiminin lojistik takibinde de kullanılır. Mükerrer bildirimin önlenmesi için il Hep B 1. doz aşılama hızı hesaplanmasında Sağlık Ocağı/Aile Hekimlerinin Form 013'de Bİ bölümünde gösterilen doz sayıları ile hastane tarafından gönderilen Form 013 doz sayıları toplamı kullanılır.

Form 013 takip eden ayın ilk haftası içinde Sağlık Müdürlüğüne ulaştırılır. Sağlık Müdürlüğüne gelen formlar kontrolleri yapılarak, en geç ayın 20'sine kadar Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) programına girilir ve en geç ay sonunda Bakanlıkta olacak şekilde tek bir form halinde Bakanlığa ulaştırılır.

- **Form 013B:** Özel aşılardan içeriğinde; DaBT-İPA-Hib, KKK, KPA ve Hepatit-B antijenlerini bulunduran aşıların bildirimi için kullanılır. Bu uygulamayı yapan kişi ve kuruluşların gönderdiği ayrıntılı liste aylık olarak bağlı olduğu Sağlık Grup Başkanlığı/TSM/Sağlık Müdürlüğü yoluyla ilgili Sağlık Ocağı/Aile Hekimine ulaştırılır ve Form 012A/B'ye aktarılır. Ayrıca saha gezilerinde tespit edilen özel aşılar da kayıt altına alınmalıdır. Özel aşılar tarihleri belirtilerek kırmızı renkli bir kalemle ilgili formlara kaydedilir. Ay sonunda bu aşılar Sağlık Ocağı/Aile Hekimi tarafından Form 012A/B'den Form 013B'ye aktarılır. Burada temel amaç; yapılan aşının bildirim sistemine bir kez girilmesini sağlayarak mükerrer bildirimi engellemektir.

Form 013B, takip eden ayın ilk haftası içinde Sağlık Müdürlüğüne gönderilir. Sağlık Müdürlüğüne gelen formlar kontrolleri yapılarak, en geç ayın 20'sine kadar TSİM programına girilir ve en geç ay sonunda Bakanlıkta olacak şekilde tek bir form halinde Bakanlığa ulaştırılır.

- **Bölge Dışı Aşı Bildirim Formu:** Kişinin bağlı olduğu Sağlık Ocağı/Aile Hekimi dışında başka bir sağlık kurumu tarafından aşılanması durumunda ilgili Sağlık Ocağına/Aile Hekimine bildirimde kullanılacaktır.
- **Form 004 (Kişisel Sağlık Fişi):** Her aşı seansından sonra Form 012A ve B aşı kayıt formlarına kaydedilen aşılar, tarihi gün-ay-yıl olarak belirtilecek şekilde bu forma aktarılır.
- **Form 005 (Gebe- Lohusa İzleme Fişi):** Gebelere yapılan ve Form 012B'ye kaydedilen Td aşıları, tarihi gün-ay-yıl olarak belirtilecek şekilde Form 005'e de kaydedilmelidir.
- **15–49 Yaş Kadın İzlem Fişi:** 15–49 yaş kadınlara ve gebelere yapılan ve Form 012B'ye kaydedilen Td aşıları, tarihi gün-ay-yıl olarak belirtilecek şekilde bu forma da kaydedilmelidir.
- **Form 006 (Bebek ve Çocuk İzleme Fişi):** Her aşı seansından sonra Form 012A'ya kaydedilen aşılar, tarihi gün-ay-yıl olarak belirtilecek şekilde bu forma aktarılır.
- **Aşı kartı:**
  - **Bebek/Çocuk Aşı Kartı:** Tespit edilen her bebek ve çocuk için Form 012A'ya kayıt sırasında aşı kartı düzenlenir, uygunsa aşısı yapılır, değilse aşı kartına ilk aşı randevu tarihi kurşun kalemle kaydedilerek verilir. Aşı kartının saklanması gerektiği ve aşılamaya gelinirken bebeğin beraberinde getirilmesi hatırlatılır. Aşılama tarihi gün-ay-yıl olarak doldurulmalıdır.
  - **Erişkin Difteri Tetanoz Aşı Kartı:** Tespit edilen her gebe ve yüksek riskli bölgelerdeki doğurganlık çağı kadın için Form 012B'ye kayıt sırasında aşı kartı düzenlenir, uygunsa aşısı yapılır, değilse aşı kartına ilk aşı randevu tarihi kurşun kalemle kaydedilerek verilir. Aşılama tarihi gün-ay-yıl olarak doldurulmalıdır.
  - **Okul Aşı Kartı:** Okul aşılamaları sırasında aşılanan her çocuk Form 012B'ye kaydedilir ve yapılan aşılar gün-ay-yıl şeklinde tarihi belirtilerek aşı kartı verilir.
- **Aylık GBP Sürveyans Formu:** Bu formun temel amacı GBP kapsamındaki hastalıklarla ilgili aşılanma durumu verilerini ayrıntılı olarak toplamak ve sahadaki aşı etkinliğini izlemektir. Bu nedenle vakaların aşılanma durumları iyi araştırılmalı ve bilinmiyor sütununda vaka kalmamasına özen gösterilmelidir. Ay sonunda Form 016'ya (Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi) göre tespit edilen GBP kapsamındaki hastalıklar (tüberküloz hariç) bu forma aktarılır ve ayın ilk haftası içinde Sağlık Müdürlüğüne gönderilir. Gelen formlar Sağlık Müdürlüğünde

toplanarak tek bir form haline getirilir ve takip eden ayın en geç 20'sine kadar TSİM programına girilir ve ay sonuna kadar Sağlık Bakanlığına ulaştırılır. Bu formda yer alan GBP hastalıklarına ait sayılar ile Form 017'lerdeki sayılar aynı olmalıdır.

- **Aşı İzlem Çizelgeleri**: Her Sağlık Ocağında/TSM'de, bölgesindeki aşılama hızlarını izlemek için, her bir antijene özel çizelgeler hazırlanmalı, aylık olarak işlenmeli ve aşılama hızlarının yıl içindeki seyri ve hedefe ulaşma düzeyi bu çizelgeler ile izlenmelidir.

D-) AŞI KONTRENDİKASYONLARI:

Aşıların yapılmaması gereken durumlar çok nadirdir. Kesin kontrendikasyon durumlarında ilgili aşı uygulanmaz. Kesin kontrendikasyon ve önlem alınarak aşı yapılacak durumlarda aşı takviminin ne şekilde tamamlanacağına, takip eden hekim tarafından karar verilir.

Genel Aşı Kontrendikasyonları:

- Bir aşıya karşı gelişen anafilaktik reaksiyon, o aşının sonraki dozları için kesin kontrendikasyon oluşturur.
- Bir aşı bileşenine karşı gelişen anafilaktik reaksiyon, bu maddeyi içeren tüm aşılar için kesin kontrendikasyon oluşturur.
- Ateşli veya ateşsiz ciddi hastalık durumunda, izleyen hekime danışılmadan aşı uygulanmaz.

Aşılara özel durumlar da vardır:

DaBT Aşısı:

- Kesin kontrendikasyon:
  - DaBT'ye bağlı ensefalopati (Boğmaca bileşeni çıkarılarak takvime devam edilir.)
- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:
  - Aşılamadan sonra 48 saat içinde ortaya çıkan 40,5°C ve üzerinde rektal ateş
  - Hipotonik hiporesponsif atak
  - Konvülsiyon
  - Aşılamadan 48 saat sonra ortaya çıkan ve en az 3 saat süren durdurulamayan ağlama

İPA:

- Kesin kontrendikasyon:
  - Neomisin, streptomisin veya polimiksin B'ye karşı anafilaktik reaksiyon
- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:
  - Gebelik

Hib Aşısı:

- Kesin kontrendikasyon:
  - Genel kontrendikasyonlar dışında kontrendikasyonu yoktur.
- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:
  - Yoktur

DaBT-İPA-Hib Aşısı:

- Her bir aşı için belirtilen tüm kontrendikasyonlar birlikte dikkate alınmalıdır.

OPA :

- Kesin kontrendikasyon:
  - HIV enfeksiyonu veya evde HIV ile enfekte kişi olması,
  - Jeneralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik yada HIV enfeksiyonu nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlar.
  - Kortikosteroidler, alkilleyici ajanlar, antimetabolitler veya radyasyon nedeniyle immün cevabın baskılandığı durumlar.
  - Ev temaslılarında bilinen immün yetmezlik durumu.
- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:
  - Gebelik

KKK/Kızamık Aşıları:

- Kesin kontrendikasyon:
  - Neomisin veya jelatine karşı anafilaktik reaksiyon
  - Yumurtaya karşı anafilaktik veya anafilaktoid reaksiyon (Anafilaksi dışındaki yumurta allerjileri engel değildir)
  - Gebelik,
  - Jeneralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik ya da HIV enfeksiyonu nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlar,
  - Kortikosteroidler, alkilleyici ajanlar, antimetabolitler veya radyasyon nedeniyle immün cevabın baskılandığı durumlar.
- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:
  - Yakın zamanda (ürün veya doza göre 3–11 ay arasında değişebilir) kan ürünü veya immünglobulin preparatı verilmiş olması,
  - Trombositopeni,
  - Trombositopenik purpura öyküsü.

Kızamıkçık Aşısı:

- Kesin kontrendikasyon:
  - Neomisin veya jelatine karşı anafilaktik reaksiyon,
  - Gebelik,
  - Jeneralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik ya da HIV enfeksiyonu nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlar,
  - Kortikosteroidler, alkilleyici ajanlar, antimetabolitler veya radyasyon nedeniyle immün cevabın baskılandığı durumlar.
- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:
  - Yakın zamanda (ürün veya doza göre 3–11 ay arasında değişebilir) kan ürünü veya immünglobulin preparatı verilmiş olması.

Hepatit B Aşısı:

- Kesin kontrendikasyon:
  - Ekmek hamuru mayasına (Saccharomyces serevisiae) anafilaktik reaksiyon.
- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:
  - Yoktur.

BCG Aşısı:

- Kesin kontrendikasyon:
  - Jeneralize malign hastalık, lenfoma, lösemi, konjenital immün yetmezlik ya da HIV enfeksiyonu nedeniyle immün cevabın bozulduğu durumlar,
  - Kortikosteroidler, alkilleyici ajanlar, antimetabolitler veya radyasyon nedeniyle immün cevabın baskılandığı durumlar.
  - Gebelik.
- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar:
  - HIV enfeksiyonu riski altındaki kişiler.

DT/Td Aşısı:

- Genel kontrendikasyonlar dışında kontrendikasyonu yoktur.

Konjuge Pnömokok Aşısı:

- Genel kontrendikasyonlar dışında kontrendikasyonu yoktur.
- Önlem alınarak aşı yapılacak durumlar yoktur.

E-) AŞILANMAYA ENGEL OLUŞTURMAYAN DURUMLAR (YANLIŞ KONTRENDİKASYONLAR)

Aşağıda belirtilen durumlarda aşı uygulaması ertelenmez, aşı takvimine göre uygulamaya devam edilir.

- Allerji veya astım (yukarıda anlatıldığı gibi, aşının belirli bir bileşenine karşı bilinen bir alerji dışında),
- 38.5 °C'nin altında seyreden solunum yolu enfeksiyonu veya ishal gibi hafif hastalıklar,
- Ailede aşıyı takiben yan etki görülme öyküsü,
- Ailede konvülsiyon, felç veya epilepsi bulunma öyküsü,
- Antibiyotik tedavisi görme,
- Anne sütü alma,
- Kronik kalp, akciğer, böbrek veya karaciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklar,
- Serebral palsi, Down sendromu gibi kalıcı nörolojik durumlar,
- Prematürite (aşılama ertelenmemelidir),
- Ameliyat öncesi ve sonrası,
- Malnütrisyon,
- Yenidoğan sarılığı öyküsü,
- Topikal (cilt üzerine krem/merhem), aerosol (solunum yolu ile) şeklinde veya lokalize (intrasartiküler, intrabursal veya tendon içi vb.) steroid kullanımı ya da ağız yolu ile düşük doz steroid kullanımı (2 mg/kg veya 20 mg/gün dozundan az),
- Konvülsiyon öyküsü: aşılama sonrası ateş görülebileceğinden, febril konvülsiyon öyküsü olan çocuklarda ateş çıkması beklenen dönemde ateş düşürücü verilmesi uygundur. Çocuk antikonvülzan tedavi alıyorsa tedavisine aksatılmadan devam edilmelidir.

Aşı öncesi genel durumu iyi, sağlıklı çocukların ateşinin ölçülmesine ve fizik muayene yapılmasına gerek yoktur. Kontrendikasyonlar mutlaka sorgulanmalıdır. Aşı öncesi çocuğun hasta olup olmadığının sorulması yeterlidir. "Önlem alınarak aşı yapılması gereken durumlar"da aşı uygulama kararı, takip eden doktora bırakılmalıdır/doktor kontrolü sonrası aşı uygulanmalıdır.

F-) AÇILAN AŞI ŞİŞESİ KULLANIM SÜRELERİ:

Aşı üretim teknolojisinde gelişmeler ve üretilen aşıların dayanıklılıklarının arttırılması dolayısıyla aşı şişesi kullanım sürelerinde değişiklikler olmaktadır. Kural olarak çok dozlu ambalajlarda açılan her aşı şişesinin üzerine açılış tarihi ve saati mutlaka yazılmalıdır.

GBP' de yer alan aşıların kullanım süreleri şöyledir:

- **Çok Dozlu Liyofilize Olmayan Aşılar:**

OPA, DT, Td ve Hep B aşıları aşağıdaki şartlara da uymak kaydı ile toplam süre 4 haftayı geçmemek üzere açıldıktan sonra birbirini izleyen 3 aşı seansında kullanılabilir.

1. Son kullanma tarihi geçmemiş olmalı,
2. Aşılar bu süre boyunca sürekli uygun soğuk zincir şartlarında saklanmış olmalı,
3. Aşı flakonları suyla temas gibi kontaminasyona maruz kalmamış olmalı,
4. Aşılama için dozlar flakonlardan alınırken steril teknikler kullanılmış olmalı,
5. Eğer varsa flakon üzerindeki VVM (Aşı Flakonu İzlemcisi) göstergesi kullanılabilir durumda olmalıdır.

Yukarıdaki şartlar yerine getirilemiyorsa o aşı flakonu artık kullanılmamalıdır.

Gezici aşı uygulamalarında sahaya götürülen aşılardan hiç açılmamış flakonlar yukarıdaki şartları sağlamak kaydı ile dönüşte buzdolabına yerleştirilir ve öncelikle kullanılır. Açılmış flakonlar ise yukarıdaki şartları sağlamak kaydı ile aynı gün içerisinde kullanılabilir.

- **Çok Dozlu Liyofilize (sulandırılan) Aşılar:**
  - BCG aşısı sulandırıldıktan sonra (+2) – (+8)°C'de ve karanlıkta korunmak şartıyla 6 saat içinde,
  - Çok dozlu Kızamık ve Kızamıkçık aşısı sulandırıldıktan sonra (+2) – (+8)°C'de ve karanlıkta korunmak şartıyla 4 saat içinde kullanılmalıdır.

- **Tek Dozlu Liyofilize Aşılar:**
  - Tek dozlu Hib ve KKK aşısı sulandırıldıktan sonra hemen kullanılmalıdır.

- **Tek Dozlu Kombine Aşılar:**
  - Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b içeren beşli karma aşıda, aynı pakette enjektör içerisinde sıvı formda DaBT ve İPA, ayrı flakon içinde liyofilize Hib bulunmaktadır. Liyofilize Hib aşısı sıvı formda olan DaBT-İPA ile sulandırıldıktan sonra hemen uygulanmalıdır.

- **Tek Dozlu Liyofilize Olmayan Aşılar:**
  - KPA tek dozluk kullanıma hazır enjektör içerisinde sunulmaktadır. Sıvı formda bulunan aşı kendi enjektörü ile uygulanmalıdır.
  - Tek dozluk hepatit B aşısı tek dozluk flakon veya ampul içerisinde sunulmaktadır. Tek kullanımlık enjektöre çekilmek suretiyle uygulanmalıdır.

Aşı Sulandırmada Genel İlkeler:

- Her aşı kendi sulandırıcısı ile sulandırılmalıdır. Farklı aşıların sulandırıcıları değiştirilerek kullanılamazlar, yanlış sulandırıcı kullanımı aşı etkinliğinin yok olmasına veya ASİE'lere zemin hazırlar.
- Daima aşıyı üreten firmanın sağladığı sulandırıcı kullanılmalıdır.
- Başka amaçlar için kullanılmak üzere üretilen steril su ya da fizyolojik serum aşı sulandırmakta kullanılamaz.
- Aşı uygulanan birimlerde sulandırıcılar da buzdolabında tutulmalıdır.
- Aşılar, aşılama hazırlıkları tamamlandıktan sonra sulandırılmalıdır.
- Aşıyı sulandırmadan önce eller temiz su ve sabunla yıkanmalıdır.
- Aşı flakonu, sulandırıcı ve enjektörler kontrol edilmelidir (doğru aşı/sulandırıcı, varsa aşı flakon izlemcisi, son kullanma tarihi).
- Sulandırmadan önce flakona parmakla fiskeler vurularak toz (liyofilize) aşının flakonun dibine çökmesi sağlanmalıdır.
- Sulandırılan aşının buz aküsü ile direkt teması ve donması engellenmelidir. Işığa duyarlı aşılar ışıktan korunmalıdır.
- Sulandırma işleminde sulandırıcının tamamı kullanılmalıdır.

Liyofilize Aşıların Sulandırılması:

1) **Çok dozlu aşıların sulandırılması:**
   - Her yeni uygulama için yeni bir sulandırma enjektörü ve iğne ucu kullanılmalı ve bütün çözücünün enjektöre dolması sağlanmalı, daha sonra sulandırıcının tamamı aşı flakonu içine boşaltılmalıdır.
   - Sulandırıcı ve aşıyı karıştırmak için birkaç kez yavaşça enjektöre çekilip, tekrar yavaşça flakonun içerisine boşaltılarak karıştırma işlemi tamamlanmalıdır.
   - Sulandırma işlemi sonrası enjektör ve iğnesi ayrılmadan güvenli atık kutusuna atılmalıdır.
   - Her uygulama için yeni bir aşı enjektörü kullanılmalıdır.
2) **Tek dozlu aşıların sulandırılması:**
   - Her yeni uygulama için yeni bir aşı enjektörü ve iğne ucu kullanılmalıdır. Önce bütün çözücünün enjektöre dolması sağlanmalı, daha sonra sulandırıcının tamamı aşı flakonu içine boşaltılmalıdır.
   - Sulandırıcı ve aşıyı karıştırmak için birkaç kez yavaşça enjektöre çekilip, tekrar yavaşça flakonun içerisine boşaltılarak karıştırma işlemi tamamlanmalıdır. Enjektör flakondan hiç çıkarılmadan aşının tamamı enjektöre çekilmeli ve aşı uygulanmalıdır.
   - Aşılama işlemi sonrası enjektör ve iğnesi ayrılmadan güvenli atık kutusuna atılmalıdır.
3) **Tek dozlu DaBT-İPA-Hib (beşli) aşısının sulandırılması:**
   - Beşli aşı, DaBT-İPA içeren sıvı halde kullanıma hazır enjektör ve flakon içerisinde liyofilize halde Hib olarak aynı paket içerisindedir.
   - Liyofilize halde flakon içerisinde bulunan Hib, sıvı halde enjektör içinde bulunan DaBT-İPA ile sulandırılır.
   - Öncelikle bütün sıvının flakona dolması sağlanmalıdır. Daha sonra enjektör flakondan ayrılmadan, flakon çalkalanarak Hib eritilmeli ve aynı enjektöre çekilerek bekletilmeden uygulanmalıdır.
   - Aşılama işlemi sonrası enjektör ve iğnesi ayrılmadan güvenli atık kutusuna atılmalıdır.

G-) AŞI UYGULAMA TEKNİKLERİ

Aşı uygulama teknikleri şeması Ek-2'de verilmiştir.

a) BCG aşısı uygulaması:

1. Sol kol açık ve düz tutulur.
2. Enjektör ve iğne cilde paralel olacak şekilde, sol omuz bölgesine yakın enjeksiyon yapılır.
3. İğne ucu ile cilt hafifçe kaldırılarak cilt içine (intra dermal-intra kutan) uygulanır.
4. Cilt içine uygulamada ciltte 5-6 mm büyüklüğünde bül (kabarıklık) oluşmalıdır.
5. BCG aşısı 0 yaşta 0,05 ml, 1 yaş üzerinde 0,1 ml uygulanır.

b) **PPD ile Tüberkülin Cilt Testi (TCT) uygulaması:**

1. Sol ön kolun 2/3 üst kısmında iç veya dış yüzüne, cilt içine yapılır.
2. Kullanılacak alanda cilt lezyonu olmaması ve venlere uzak olması gerekir.
3. 5 TÜ'den 0,1 ml doz cilt içine verilir.
4. Cilt yüzeyinin hemen altına iğnenin oblik uç kısmı yukarı gelecek şekilde tutularak yapılır.
5. Enjeksiyondan sonra 6–10 mm çaplı bir kabarcık oluşmalıdır.
6. Test uygun yapılmamışsa hemen ikinci bir test dozu birkaç cm uzak bir yere yapılır ve yeri işaretlenir.
7. Test yapıldıktan 48–72 saat sonra (2–3 gün) endurasyon çapı şeffaf bir cetvelle milimetrik olarak ölçülür.

TCT ölçümü*	Değerlendirme
0–5 mm	Negatif kabul edilir ve aşılanır.
6–9 mm	Şüpheli kabul edilir, 1 hafta sonra TCT tekrarlanır, yine 6–9 mm bulunursa negatif kabul edilip aşılanır. 10 mm ve üzeri ise pozitif kabul edilir.
10 mm ve üstü	Pozitif kabul edilir, enfeksiyon olarak değerlendirilir ve ailesi ile birlikte incelenir, hasta bulunmazsa koruyucu tedaviye alınır.

* Endurasyonun (oluşan sertliğin) çapı ölçülmeli, kızarıklık ölçülmemelidir.

c) DaBT-İPA-Hib/DT/Td/Hep B/Hib/ KPA aşısı uygulaması:

1. 12 aya kadar bebeklerde deltoid kası radial sinirin yüzeysel yerleşimi ve kasın aşıyı uygun şekilde absorbe edecek kadar gelişmiş olmaması nedeniyle güvenli intramusküler (IM) uygulama için uygun değildir. Dolayısıyla bebeklerde IM uygulama için uyluğun orta veya üst 1/3 kısmında, vastus lateralis kasının ön yan bölümü kullanılır.
2. 12. aydan sonra, kolun üst kısmına deltoid kas içine yapılır. Kol dirsekten, bacak dizden 45° içe bükülür ve enjektör 90° dik açıyla cilde girerek, kas içine (intramusküler) uygulanır.
3. DaBT-İPA-Hib, DT, Td, Hib ve KPA aşıları 0.5 ml uygulanır.
4. Hep B aşısı 10 yaşa kadar 0,5 ml, 10 yaş ve üzerinde 1 ml uygulanır.

d) **KKK/Kızamık/Kızamıkçık aşısı uygulaması:**

1. Kolun üst kısmına, deltoid kasa uyan bölgeye yapılır.
2. Kol dirsekten 45° içe bükülür, enjektör 45° eğimle cildi geçerek, cilt altına (subkutan, SC) uygulanır.
3. KKK/Kızamık/Kızamıkçık aşısı 0,5 ml uygulanır.

e) OPA :
1. Ağızdan verilir.
2. Çocuğun başı geriye doğru eğilir, ağzı açılıp bir elle yanaklardan tutulurken diğer elle dil üzerine aşı damlatılır.
3. Damlalığın ucunun çocuğun ağzına değmemesine dikkat edilir.
4. Damlatılması gereken miktar aşı tipine göre değişebilir. Kaç damlanın bir doza eşdeğer olduğu aşı flakonu üzerinden kontrol edilmelidir (halen kullanılan aşıda 2 damla 1 dozdur).

H-) AŞI LOJİSTİĞİ

1) Aşıların Sevkiyatı

GBP için gerekli aşı ve malzemeler sevk dönemlerinde ve düzenli aralıklarla dağıtılırlar. Aşağıda yer alan tabloda aşı depolaması yapılan ve kullanılan merkezlere ne kadar süre için aşı sevkiyatı yapılması gerektiği belirtilmektedir.

Aşının depolandığı yer	Sevk dönemleri
Bölge deposu ve İl deposu	Üç ayda bir
İlçe deposu / TSM	Ayda bir
Sağlık Ocağı / Aile Hekimi	Ayda bir
Sağlık Evi	Haftada bir

Kurumların aşı, antiserum ve malzeme ihtiyaçları bu sevk dönemi süreleri dikkate alınarak hesaplanır. Sağlık Bakanlığı merkez deposundan İl Sağlık Müdürlüklerine aşı ve antiserum dağıtımı aşağıda belirtilen dönemler için, ilgili dönemin ilk ayında il deposunda olacak şekilde yapılmaktadır.

Sevk dönemi	Aylar
1	Ocak – Şubat – Mart
2	Nisan - Mayıs – Haziran
3	Temmuz – Ağustos – Eylül
4	Ekim – Kasım – Aralık

2) AŞI İHTİYACININ BELİRLENMESİ

Dönemlik aşı ihtiyacı belirlenirken o dönemde tüketilmesi planlanan aşı yanında rezerv stok ve fire de dikkate alınmalıdır.

a) İl Sağlık Müdürlüğü Aşı İhtiyacı:

Her dönemde kullanılması beklenen aşı miktarı, her antijen için dönem hedef nüfusu göz önünde bulundurularak ayrı ayrı hesaplanmalıdır. Yıllık hedef nüfus dörde bölünerek üç aylık dönem hedef nüfusu bulunur. Belirlenen hedef nüfus uygulanan aşı doz sayısı ile çarpılarak yapılacak aşı miktarı hesaplanır (örneğin katsayı DaBT-IPA-Hib ve KPA için dört, Hep B için üç, BCG için bir, vb olmalıdır). Hesaplanan aşı miktarına fire payı ve rezerv stok eklendikten sonra çıkan miktar ilin üç aylık ihtiyacını yansıtmaktadır. Son olarak hesaplanan bu miktardan il depo mevcudu çıkarılarak nihai üç aylık istek miktarı bulunmalıdır.

Bu miktarı kontrol etmek için bir önceki yılın aynı döneminde kullanılan aşı miktarına bakılır. Her bir aşı için önceki yılın aynı sevkiyat dönemine ait 3 aylık Form 013 arka yüzlerinde "Dönem içi açılan" sütunundaki flakon sayıları toplanarak o dönemde tüketilen flakon miktarı saptanır.

Üç aylık aşı ihtiyacının hesaplanması sırasında, hedef nüfus veya geçen yıl aynı dönemde kullanılan aşı miktarı üzerinden yapılan hesaplamalarda ortaya çıkan ihtiyacı artıracak ya da azaltacak değişiklikler (aşı günleri düzenleme, eksik aşıları tamamlama, aşılama stratejilerinde değişiklik, okul aşılamaları, risk grubu aşılamaları vb.) ek olarak göz önüne alınmalıdır. Bu tür ek çalışmalar yazılı olarak Bakanlığa bildirilmelidir.

Üç aylık aşı ihtiyacı için belirlenen miktar sevkiyat dönemi öncesinde Bakanlığa bildirilir.

b) Sağlık Ocağı/Aile Hekimi Aşı İhtiyacı:

Sağlık ocakları/Aile Hekimleri aşıları genellikle aylık olarak almaktadırlar. Sağlık Ocağı/Aile Hekimliği düzeyinde aylık aşı ihtiyacı şu şekilde hesaplanır;

- Daha önceye ait Form 013'ler varsa:

Bebek ve gebe aşıları için kullanılması beklenen aylık miktar genellikle bir önceki ay kullanılan miktara yakındır. Form 013 arka yüzünde "dönem içinde açılan" sütununda her aşı için bir önceki ay tüketilen flakon sayısı bulunur. Daha sağlıklı bir rakam elde etmek için bir önceki yılın açılan flakon sayıları toplamı 12'ye bölünerek aylık ortalamalar alınır.

Elde bulunan aşı, ihtiyaçtan çıkarılarak o ay için il deposundan talep edilecek miktar belirlenir.

Ay içinde aşı tüketimini artıracak ya da azaltacak değişiklikler olması bekleniyorsa talep edilen miktar buna uygun şekilde değiştirilmelidir.

- Daha önceye ait Form 013'ler yoksa:

Geçmiş aylara ait tüketim kaydına ulaşılamadığında, ilk ay ihtiyacı hedef nüfusa göre hesaplanır. Bu hesaplamada ilin ortalama fire yüzdesi ve rezerv stok da dikkate alınmalıdır. Sonraki aylarda Form 013'deki açılan flakon sayısı dikkate alınmalıdır.

Sağlık Ocağı bölgesindeki '0–11 aylık' çocuk ve gebe kadın sayıları tam olarak biliniyorsa veya Aile Hekimi kayıtlı hedef nüfusuna göre kullanılması beklenen miktar aşağıdaki gibi hesaplanır.

Uygulanacak yaklaşık doz sayısı = (Hedef nüfus / 12) x Aşı takvimindeki doz sayısı

Doz olarak bulunan bu miktar, aşının bir flakonundaki doz sayısına bölünür. Sonu bir üstteki tam sayıya yuvarlanarak kullanılacak flakon sayısı bulunur (örneğin 3,1 flakon çıkarsa bu rakam 4 flakona yuvarlanır). Buna fire yüzdesi ve rezerv stok eklenerek o ay talep edilecek aşı miktarı belirlenir. Elde bulunan aşı ihtiyaçtan çıkarılarak o ay için il deposundan talep edilecek miktar belirlenir.

Sağlık Ocağı bölgesindeki hedef nüfus bilinmiyorsa, bölgenin toplam nüfusu ilin kaba doğum hızı ile çarpılarak (kaba doğum hızı bilinmiyorsa %3 olarak alınmalıdır) 0 yaş bebek nüfusu bulunabilir. Gebe kadın sayısı da pratikte 0–11 ay bebek sayısına eşit kabul edilir.

Rezerv Stok:

Olağanüstü durumlar, aşı sevkiyatında gecikme veya talepte beklenmedik bir artış olduğu durumlarda depolanan aşı miktarı yetersiz kalabilir. Bu gibi durumlarda aşısız kalmamak için rezerv stok bulundurulmalıdır. Ayrıca destek aşılama çalışmaları gibi aşı ihtiyacının arttığı dönemler önceden planlanmalı ve rezerv stoğun devamlılığı sağlanmalıdır.

Rezerv stok miktarı; merkez depoda 3 aylık, bölge ve il depolarında 1 aylık, ilçe ve Sağlık Ocağı/Aile Hekimliği depolarında 1 haftalık ihtiyacı karşılayacak şekilde planlanmalıdır.

İl depolarında merkez depodan nakliyat zamanı da hesaplanarak rezerv stoğa ihtiyaç duyulmadan önce yeni aşı talepleri yapılmalıdır. Rezerv stok aşıları diğer aşılardan ayrı bir yerde tutulmamalıdır. Rezerv stok için planlanan aşılar her bir sevkiyatta yenileri ile değiştirilmeli, daha erken miatlı aşıların kullanımına öncelik verilmelidir.

Fire Yüzdesi:

Açılan aşıların kullanım sürelerinin sınırlı olması ve enjektörlerdeki ölü boşluklar vb. nedenlerle çok dozlu flakonlardaki aşının tamamı kullanılamayabilir. Açılan flakonlardaki aşıdan kullanılamayan miktarın açılan doza oranına fire payı denir. Bunun 100 ile çarpımı fire yüzdesini verir.

Bir aşı flakonunun açılmadan önce kullanılamaz hale gelmesi (örneğin kırılan flakonlar, donmaya veya sıcağa maruz kalan aşılar, miadının dolması gibi nedenlerle aşının kullanılamaz hale gelmesi) ise zayi olarak tanımlanmaktadır. Zayi öngörülmeyen bir kayıp olduğundan ihtiyaç planlamasında dikkate alınmaz.

Fire yüzdesi aşı cinsine, aşı seanslarının sıklığına ve yerleşim yerlerinin dağınıklığına göre değişir. İlk ihtiyaç planlamasında il düzeyindeki fire yüzdeleri dikkate alınmalı ancak bu yüzdenin kurum düzeyinde değişebileceği bilinmeli ve daha sonraki dönemlerde ihtiyaç planlamasında o kuruma ait fire yüzdeleri dikkate alınmalıdır.

Fire yüzdesini hesaplamak için aşağıdaki formül kullanılır:

$$\text{Fire yüzdesi} = \frac{(\text{Açılan flakon doz sayısı} - \text{Uygulanan doz sayısı})}{\text{Açılan flakon doz sayısı}} \times 100$$

Açılmamış Flakonda Zayi Nedenleri	Açılmış Flakonda Fire Nedenleri
Miadının geçmesi	Sahadan dönen sulandırılmış/açılmış aşılar
Aşı flakon izlemcisinde "kullanılamaz" durumu	Enjektörlerdeki ölü boşluklar
Sıcağa maruz kalma	Yanlış sulandırma
Donma	Flakon kapaklarının ıslanması gibi nedenlerle kontaminasyon şüphesi
Flakonlarda kırılma	Uygulama sırasında meydana gelen kazalar
Hatalı sayım	Kullanım süresinin dolması
Çalınma vs.	Soğuk zincirde kırılma vs.

Maksimum Stok:

Maksimum stok, yeni bir sevkiyat devresinin başında depoda bulunması gereken miktardaki aşı ve malzemeleri ifade eder.

Maksimum stok hesaplaması yapılırken fire payı ve rezerv stok da dikkate alınmalıdır.

Aşı ihtiyacının belirlenmesine yönelik bazı örnekler Ek-3'de yer almaktadır.

I-) SOĞUK ZİNCİR

Soğuk zincir, bir aşının etkinliğini üretiminden kişiye uygulanana kadar koruyan ve ihtiyacı olanlara yeterli miktarda etkin aşının ulaşmasını sağlayan insan ve malzemeden oluşan sistemdir. Zamanında ve istenilen miktarda aşı temin edilemediğinde aşı uygulamalarında aksamalar olacaktır. Kullanılan aşılar etkin değilse, %100 aşılama hızlarına ulaşılsa bile bağışık bir toplum oluşturma hedefine ulaşılamayacaktır. Bu nedenle soğuk zincir GBP'nın en önemli bileşenlerinden biri olarak büyük önem taşımaktadır.

Tüm aşılar ısıya hassastır. Ayrıca BCG, Kızamık, KKK, Kızamıkçık aşıları güneş ışığı gibi ultraviyoleye de hassastır. Aşıların tahrip olmasının sebebi, ısının kümülatif etkisidir. Yani bir kerede çok yüksek (30–35°C üzeri) sıcaklığa maruziyet kadar, birçok kereler daha az sıcaklıklara (10–30°C arası) maruziyet de aşıyı aynı derecede bozabilir. Bir kez aşının etkinliği kaybolur ya da azalırsa, aşılar eski haline döndürülemez, bu nedenle soğuk zincir süreklilik gerektirir. Öte yandan Polio, Kızamık, KKK, Kızamıkçık, liyofilize Hib ve BCG aşıları dondurulabilirken; **DaBT-İPA-Hib, DT, Td, Hepatit B ve KPA ile liyofilize aşıların sulandırıcılarının hiçbir zaman donmaması gerekir.** Dondurulmaması gereken aşılar ve sulandırıcılar donduğunda aşı olma özelliğini yitirmekte, geri dönmeyecek şekilde hasara uğrayarak çökeltiler oluşturabilmektedir.

Donma durumlarında bazen şiddetli çalkalama ile homojene yakın bulanıklık meydana gelebilmekte ve sanki donmamış izlenimi verebilmektedir. Bu nedenle tek başına çalkalama testi aşının kullanılabilir olduğunu göstermez. Burada önemli olan husus sürekli ısı izlemlerinin yapılarak kayıt altına alınması olduğundan sürekli ısı kaydeden sistemlerin kullanılması yaygınlaştırılmalıdır.

İl düzeyinde soğuk zincir uygulamaları aşağıdaki kurallara göre düzenlenir:

- Aşıların dağıtımında ve kullanımında son kullanma tarihleri mutlaka göz önüne alınarak, miadı (kullanım süresi) daha önce dolacak aşıların kullanımına öncelik verilmeli, miadı dolmuş olanlar imha edilmelidir.
- Gönderilen aşılar farklı firmalar tarafından üretildiğinden uygulama dozları için mutlaka prospektüsleri kontrol edilmelidir.
- İl depolarında bulunan soğuk hava depoları, buzdolapları ve sağlık kuruluşlarında bulunan buzdolaplarının içerisine aşı, antiserum, buz aküsü ve su bidonlarından başka hiçbir malzeme (ilaç, yiyecek, içecek, enjektör, vb) konulmamalıdır. Aşı uygulanan birimlerde sulandırıcılar da buzdolabında saklanmalıdır.
- Aşı dolabı olarak buzluk ve alt bölümü ayrı olan çift kapılı no-frost buzdolapları tercih edilmelidir.
- Aşı dolaplarında en az bir adet güvenilir termometre olmalıdır. Termometrelerin sürekli ısı kaydeden ve belirlenen aralığın dışına çıktığında uyarı veren modelleri tercih edilmelidir. Bozulan veya kırılan termometre hemen yenisi ile değiştirilmelidir. **Buzdolabının ısısı +2 ila +8 °C arasında korunmalıdır. Özellikle +4 °C'de kalması sağlanmalıdır.**
- Buzdolabı her açıldığında ısının kontrol edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Buzdolabının kapısına bir ısı izlem çizelgesi yapıştırılarak dolabın ısısı sabah ve akşam bu çizelgeye kaydedilmelidir. Isı izlem çizelgesinin altında soğuk zincir sorumlusunun ve yedeğinin adı, soyadı bulunmalıdır.

- Aşıların saklandığı buzdolabı aşırı soğuk ve sıcağa maruz kalmayacak şekilde uygun bir odaya yerleştirilmelidir. Buzdolabı kışın ısıtılan odalardan birine gölgede olacak şekilde, ısıtıcılardan uzak, duvardan en az 10–15 cm mesafede düz bir zemine yerleştirilmelidir.
- Tatil dönemleri ve elektrik kesintilerinde, il ve kurum düzeyinde soğuk zincir sorumluları dolap ısısını kontrol ederek gereken önlemleri almalıdır.
- Merkezden illere 3 ayda bir yapılan aşı sevkinde kullanılan soğutuculu (frigorifik) kamyonların soğutucu üniteleri ilde bulunduğu süre içerisinde şebeke elektriği ile çalıştırılmalı, bunun için de kamyonun park edeceği yere elektrik hattı (sanayi elektriği = 380 volt trifaze) çekilmiş olmalıdır.
- Ankara merkez depodan kurye ile sevk yapılması gereken hallerde, aşı naklinde yalnızca uzun ömürlü aşı nakil kabı kullanılmalıdır.
- İllerden kurumlara aylık olarak yapılan aşı sevklerinde 4 saate kadar olan mesafelere askılı tip aşı nakil kabı kullanılabilir. Daha uzun mesafeler için uzun ömürlü aşı nakil kabı kullanılmalıdır.
- İl içi aşı nakillerinin İl Soğuk Zincir Sorumlusunun gözetiminde merkezden kurumlara tek elden yürütülmesi esastır. Bu amaçla kullanılmak üzere aşı nakil araçları hizmete sunulmalıdır.
- Her yıl, ilin soğuk zincir malzemesi mevcudu, periyodik bakım ve tamir gerektirenler ile yeni malzeme ihtiyacı belirlenmeli, onarımı veya temini sağlanmalı, ilgili malzemenin servis sözleşmeleri yenilenmelidir.
- **İlk kullanılacak kutusu:** Daha önceki aşılama seanslarında açılmış aşıların diğer flakonlara karışmasını önlemek ve bunların öncelikli olarak kullanılmasını sağlamak için, buzdolabında dikkat çekici bir biçimde işaretlenmiş ayrı bir kutu bulundurulmalı ve orta rafta tutulmalıdır. Kullanılmayacak hale gelmiş aşı ve sulandırıcı flakonları buzdolabında tutulmamalıdır. Aşılar yalnızca buzdolabı raflarında tutulmalıdır. Kapak bölümündeki raflara aşı konulmamalıdır.

Buzdolabına Aşı Yerleştirirken Dikkat Edilecek Hususlar:

- Buzdolaplarının standart olarak üstten soğutma yapmadığı çeşitli modellerde alttan, yan duvardan soğutmalı sistemlerin olduğu unutulmamalı ve buzdolabı kullanım kılavuzu dikkatle incelenerek soğutmanın hangi bölümden yapıldığı, daha soğuk ve daha sıcak rafların hangisi olduğu mutlaka öğrenilmeli ve aşı yerleşimi buna göre düzenlenmelidir.
- Aşıların donmaya karşı hassasiyetleri (en hassas olandan başlayarak):
  - Hepatit B aşısı
  - DaBT-IPA-Hib, KPA, PPD, grip aşısı, tüm antiserumlar
  - Td, DT, tüm sulandırıcılar,
  - Kızamık, KKK, BCG, Hib, meningokok aşıları (sulandırıcılar hariç).
  - OPA
- Üstten soğutmalı bir buzdolabı için aşı yerleşim şeması ekte yer almaktadır.
- Aşı flakonları, aralarında yeterli hava akımı dolaşacak şekilde yerleştirilmelidir.
- Donmaya hassas olan aşılar buzdolabının soğutucu kısmından uzakta tutulmalı, aşılar orijinal kutularının içerisinde saklanmalı ve buzdolabının duvarı ile temas ettirilmemelidir.
- Aşı yerleştirilmesinde, miadı yakın olan aşıların ön kısımda bulunmasına dikkat edilmelidir.
- Dolap kapağına hiç bir şey konulmamalıdır.

- Buzdolaplarının içerisine aşı, sulandırıcı, antiserum, buz aküsü ve su bidonlarından başka hiçbir malzeme (ilaç, yiyecek, içecek, enjektör, vb) konulmamalıdır.
- Buzlukta aralıklı olarak dizilmiş buz aküleri bulundurulmalıdır.
- Buzluğun 0,5 cm den fazla kalınlıkta buzlanmamasına dikkat edilmelidir.
- Aşılar buzluğa konulmamalıdır.
- Üstten soğutmalı bir buzdolabı için buzdolabının;
  - Üst rafına: OPA, sulandırıcıları ayrı olmak üzere Hib, BCG, KKK, Kızamık ve Kızamıkçık aşıları
  - Orta rafına: DaBT-İPA-Hib, kuduz aşısı
  - Alt rafına: KPA, Hep B, Td, DT aşıları ile PPD solüsyonu, aşı sulandırıcıları ve tüm antiserumlar, yerleştirilmelidir.
  - Ayrıca sulandırıcısı ayrı olmak üzere meningokok aşısı üst rafa; meningokok aşısının sulandırıcısı ve grip aşısı alt rafa konulmalıdır.

- En alt kısma (sebzelik) dolap ısısının sabit tutulmasına yardımcı olmak üzere su şişeleri yerleştirilmelidir.
- Uzun süreli elektrik kesintilerinde buzdolabı ısısı düzenli olarak kontrol edilmeli, gerekirse buzluktaki buz aküleri buzdolabı kapağına yerleştirilmeli ve kapak sık sık açılmamalıdır. İzolasyonu iyi bir buzdolabında bu yolla genellikle 24 saat süre ile ısı korunur. Daha uzun süreli kesintilerde acil durum planı uygulanmalıdır.
- Aşılar buzdolabı temizliği yapılırken aşı nakil kabında korunmalı ve buzdolabı çalıştırıldıktan sonra uygun ısı aralığına ulaşılınca buzdolabına aktarılmalıdır.
  Buzdolabı termostat ayarlamasına yönelik bilgiler ve buzdolabı aşı yerleşim şeması Ek-3'de verilmiştir.

Aşı Nakil Kaplarının Kullanımı:

Aşı nakil kapları sahip oldukları soğuk ömürlerine bakılarak kısa veya uzun ömürlü olarak ikiye ayrılırlar. Soğuk ömürleri 1 gün ve daha az olan aşı nakil kapları kısa ömürlü (askılı aşı nakil kabı), soğuk ömürleri 3–5 gün arasında olanlara ise uzun ömürlü aşı nakil kabı denilir.

Aşıların nakil kaplarına yerleştirilmesi aşağıdaki kurallara göre yapılır;

1. Aşı seansının yapılacağı veya gezici aşılama hizmeti planlandığı günün sabahı, ihtiyaç duyulan tüm buz aküleri buzluktan çıkarılmalıdır.
2. Buz aküleri buzdolabı dışında çalkalama sesi duyulana kadar bekletilmelidir. Örneğin -20°C' de donmuş bir buz aküsü için +20°C olan bir odada yaklaşık 1 saat bekletmek gerekir. Buz akülerinin yeterince çözüldüğünü anlamak için sallandığında su sesi duyulmalıdır.
3. Buz aküleri uygun şekilde kurulandıktan sonra aşı nakil kabının içine yerleştirilmelidir.
4. Aşı ve sulandırıcılar aşı nakil kabının orta kısmına yerleştirilmelidir. Donmaya karşı hassas olan aşılar ve sulandırıcılar buz aküleri ile doğrudan temas etmeyecek şekilde yerleştirilmelidir. Aşı flakonlarının buz akülerine direk temasını engellemek için köpük, sünger veya kalın karton kullanılmalı ya da flakonlar kendi karton ambalajları ile yerleştirilmelidir.
5. Uzun ömürlü aşı nakil kabında aşı flakonlarının yanına termometre ve donma göstergesi konulmalı, üst kısımlarına da buz aküsü yerleştirilmelidir.
6. Kısa ömürlü (askılı) aşı nakil kabına aşı flakonlarının yanına termometre yerleştirilmelidir.
7. En üste de köpük yerleştirerek kapak kapatılmalıdır.

8. Aşı seansında açılan aşıların da buz aküleri ile direk teması engellenmelidir.

Buz Akülerinin Kullanımı:

Buz aküleri aşı nakil kabına uygun olmalı ve yeterli miktarda buz aküsü bulunmalıdır. Buz aküsünü dondururken, buz aküsü ağzında bir miktar boşluk kalacak kadar su ile doldurulmalı ve kapağı sıkıca kapatılmalı, akıtıp akıtmadığı kontrol edilmelidir. Buz aküleri aralarında hava dolaşımına izin verecek (bkz. buzdolabı yerleşim şeması), yan yüzleri açıkta kalacak ve çok sıkışık olmayacak şekilde buzluğa yerleştirilerek evaporatör ile uygun olarak etkileşmesi sağlanmalıdır. Buz aküleri en az 24 saat dondurulmalıdır. Aşılama seansından sonra buz aküleri tekrar donması için buzluğa yerleştirilmelidir.

Aşı Uygulanacak Yerin Özellikleri:

Aşılama çalışmaları için bir oda "aşı odası" olarak belirlenir. Aşı odasında el yıkama ünitesi olmalıdır. Sağlık çalışanı aşılama işlemi öncesinde ve kirli malzeme ya da kanla temas durumunda ellerini yıkamalıdır. Odada kullanılmış iğneleri elinden bırakmadan ve etrafta dolaşmadan güvenli atık kutusuna atabileceği şekilde planlama yapılmalıdır. Çalışma ortamına her seferinde bir çocuk ve bir ebeveyn alınmalı, oda yeterince sessiz olmalıdır. Sağlık çalışanı çocuk ile iğneler ve diğer keskin malzeme arasında durmalıdır. Aşıyı uyguladıktan sonra aşılama ile ilgili olarak gerekli kayıtları tutmalıdır. Sahada aşı uygulaması yapılırken aşı kabı ve aşılar doğrudan güneş ışığına, yağmur ya da toza maruz kalmamalıdır. Aşılama istasyonu olarak kadın ve çocuklara kolay ulaşılan bir ortam belirlenmelidir.

Enjektör Güvenli Atık Kutusu Kullanılmasında Dikkat Edilecek Hususlar:

- Aşı uygulanan her yerde Enjektör Güvenli Atık Kutusu bulundurulmalıdır,
- Enjeksiyondan hemen sonra enjektör iğnesi ayrılmadan ve kapağı kapatılmadan Enjektör Güvenli Atık Kutusuna atılmalıdır,
- Enjektör Güvenli Atık Kutularının en fazla ¾'ü doldurulmalıdır.
- Enjektör Güvenli Atık Kutuları imha edilmek üzere gönderilene kadar kuru ve güvenli bir yerde saklanmalıdır.
- Enjektör Güvenli Atık Kutularının "Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği"ne uygun olarak imhası sağlanmalıdır.

J-) GENİŞLETİLMİŞ BAĞIŞIKLAMA PROGRAMINDA ÇALIŞAN PERSONELİN GÖREV VE SORUMLULUKLARI

İL DÜZEYİNDE YAPILACAK İŞLER:

Genişletilmiş Bağışıklama Programının başarı ile yürütülebilmesi, İllerde bağışıklama hizmetlerinin planlama, izleme, denetleme, değerlendirme ve lojistiğinden sorumlu bir ekibin bulunmasını gerektirmektedir. **Ekibin başkanı İl Sağlık Müdürü'dür ve bağışıklama hizmetlerinin il düzeyinde yürütülmesinden birinci derecede sorumludur.**

İl Aşı Sorumlusu; bulaşıcı hastalıklardan sorumlu Sağlık Müdür Yardımcısı veya Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü olabileceği gibi, ilin durumuna göre Sağlık Müdür Yardımcısına bağlı olarak çalışacak, tam gün Sağlık Müdürlüğünde görevli ve sadece GBP'den sorumlu ve bu konuda yetkili olacak başka bir hekim de olabilir. Şube olarak il düzeyinde bağışıklama hizmetlerinin yürütülmesinden Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi sorumludur.

İl Soğuk Zincir Sorumlusu, tam gün Sağlık Müdürlüğünde çalışan hekim dışı sağlık personeli olmalıdır.

İl Aşı Sorumlusu ve İl Soğuk Zincir Sorumlusunun, iş yüklerinin paylaşılması ve bu kişilerin yokluğunda işlerin aksamadan yürütülebilmesi için yardımcıları olmalıdır.

İl Aşı Sorumlusu ve Yardımcısının Görevleri:

1. Bakanlık politika ve stratejileri doğrultusunda, ilin bağışıklama hizmetlerindeki mevcut durumu ve kaynaklarını göz önünde bulundurarak, bağışıklama hizmetlerinin amaç ve hedeflerini tespit etmek, yıllık plan ve programları hazırlamak;

- Personel Şube Müdürlüğünün insan gücü planlaması ile ilgili çalışmalarında aşılama ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin göz önünde bulundurulmasını ve dengeli dağılımını sağlamak,
- İlin ve Sağlık Ocaklarının/TSM'lerin toplam ve hedef nüfuslarının doğru ve güvenilir şekilde saptanmasını sağlamak,
- Soğuk Zincir Sorumlusu ile birlikte, il geneli ve her Sağlık Ocağı/TSM için aşı ve enjektör ihtiyacını belirlemek ve dağıtım planını hazırlamak,
- Personelin uyum ve hizmet içi eğitimlerinin plan ve programlarını Eğitim Şubesi ile birlikte hazırlamak,
- Sektörler arası işbirliği yapılabilecek kurum ve kuruluşlarla iletişim kurmak,
- İlde aşılama hizmetlerinde izlenecek stratejiyi belirlemek ve gezici hizmet götürülecek yerleşim birimlerini saptamak, ilin koşullarını (personel, araç vb.) göz önüne alarak, bu yerleşim birimlerine yönelik yer ve zaman belirleyerek aylık ve yıllık aşılama programı hazırlamak, İl düzeyinde bağışıklama hizmetlerinin ulaşamadığı bir yerleşim birimi kalmamasını sağlamak, hazırlanan planın Sağlık Müdürünün onayına sunmak ve onaylanmış planı Sağlık Bakanlığına iletmek,
- Aşılama hizmeti veren sağlık kuruluşlarının çalışmalarını kontrol etmek amacı ile yıllık denetim ve gezi planını hazırlamak, düzenli olarak denetim yapmak.

2. Yıllık Bağışıklama Plan ve Programının zamanında, koordineli ve doğru şekilde uygulanmasını sağlamak;

- GBP kapsamında hastalık kontrol programlarının sürveyans çalışmaları dahil düzenli şekilde yürütülmesini sağlamak,
- Aşılama hizmetlerinin yürütülebilmesi için gerekli malzemenin temin, depolama ve dağıtım hizmetlerini İdari ve Mali İşler Şubesi ile birlikte yürütmek,

• Sağlık Ocaklarının/TSM bölgelerinin aşı, serum ve enjektör ihtiyaçlarının belirlenmesi ve dağıtımının aylık olarak soğuk zincir kurallarına uygun şekilde yapılmasını sağlamak,

• Aşılama hizmetlerinin rutin hizmet halinde yürütülmesini sağlamak; rutin hizmetin yanı sıra, hazırlanan yıllık program doğrultusunda gezici ekiplerle aşılama hizmetlerinin en uç noktalara kadar ulaşmasını sağlamak,

• İl genelinde ve Sağlık Ocakları/Aile Hekimleri/TSM'lerde aşılama ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili kayıtların doğru ve düzenli şekilde tutulmasını, İstatistik Şubesi ile koordineli olarak sağlamak,

• Bölge dışı aşı uygulamalarını ilgili Sağlık Müdürlüklerine zaman geçirmeden aylık olarak bildirmek,

• Aşılama ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgilerin Sağlık Ocakları/Aile Hekimleri/TSM'lerden Sağlık Müdürlüğü'ne, Sağlık Müdürlüğü'nden Sağlık Bakanlığı'na zamanında ve doğru olarak gönderilmesini sağlamak,

• Eğitim Şubesi ile birlikte hazırlanan eğitim programlarını uygulamak amacıyla; sağlık kurumlarında ve merkezde eğitim, değerlendirme toplantıları yapmak, yayın organlarından faydalanmak suretiyle halk eğitimi yapmak ve sağlık personeline görev başında eğitim vermek,

• Bakanlıktan sağlanan GBP ile ilgili eğitim materyallerinin ildeki sağlık kurumlarına uygun bir şekilde dağıtılmasını ve kullanılmasını sağlamak,

• Denetim planına uygun olarak sağlık kurumlarında denetim yapmak, saptanan aksaklıklara yönelik çözümler üretmek.

3. Hizmeti değerlendirmek ve tespit edilen aksaklıkların düzeltilmesini sağlamak;

• İstatistik Şubesi ile birlikte, ildeki sağlık ocaklarının/TSM Bölgelerinin ve il genelinin her aşı için, aylık ve yıllık aşılama ve aşıya devamsızlık hızlarını saptamak, grafiklerle göstermek, başarısızlık nedenlerini araştırmak ve alternatif çözümler aramak, aylık olarak aşı ve aşıya devamsızlık hızları ile aşıyla korunulabilir hastalık bildirimleri konusunda Sağlık Ocaklarına/TSM'lere geri bildirimde bulunmak,

• Sağlık kurumlarından gönderilen Form 017'leri değerlendirmek, GBP Sürveyans Formu ile karşılaştırmak, aşıyla korunulabilir bulaşıcı hastalıkların insidans ve prevalanslarını tespit etmek ve yıllık epidemiyolojik harita, cetvel ve değerlendirme raporlarını düzenlemek,

• İlgili şubelerle birlikte, aşılama hızları ile aşı ile korunulabilir bulaşıcı hastalık vaka sayılarını karşılaştırarak değerlendirmek, (Form 023'lerden yararlanarak ilin gebe ve çocuk sayılarını belirleyip yapılan aşılamalarla karşılaştırmak) ve bu doğrultuda bir sonraki yılın hedef ve stratejilerini belirlemek,

• Sağlık Grup Başkanlıklarının/TSM'lerin bağlı birimlerinin aşılama çalışmalarını denetlediğini kontrol etmek,

• Bir önceki yıla ait çalışmaları değerlendirmek ve hazırlanan raporu Sağlık Müdürüne sunmak, onaylanan raporu Sağlık Bakanlığına iletmektir.

İl Soğuk Zincir Sorumlusu ve Yardımcısının Görevleri:

1. Her türlü aşı, serum ve enjektörleri teslim almak, soğuk zincir kurallarına uygun olarak Sağlık Müdürlüğü aşı deposuna girişini, saklanmasını ve Sağlık Ocakları/Aile Hekimleri/TSM'lere dağıtımını sağlamak, teslim alırken ve dağıtım esnasında lot no'larının kaydını tutmak,

2. Teslimat sırasında dağıtım kamyonlarının ve teslim edilen malzemelerin gerekli kontrollerini yaparak, aşı-serum teslim tutanağına kaydetmek,

3. Sağlık Müdürlüğü aşı deposundaki ve kurumlardaki soğuk zincir malzemelerinin lojistik durumunu bilmek, ihtiyaçları zamanında tespit etmek ve temin yoluna gitmek, bakım ve onarımını sağlamak,

4. İl aşı deposundaki stok kayıtlarını düzenli şekilde tutmak, kurumlardan aylık olarak gelen Form 013'lerdeki aşı stokları ile ilgili bilgileri izlemek ve değerlendirmek,

5. İl Aşı Sorumlusu ile birlikte kurumların denetimine katılmak, soğuk zincir uygulamalarını yerinde görmek, personelin bu konudaki bilgisini değerlendirmek, yetersiz olduğu konularda hizmet içi eğitim planlamak üzere Eğitim Şubesi ile işbirliği yapmak ve bizzat eğitimlere katılmaktır.

İLÇE DÜZEYİNDE YAPILACAK İŞLER:

Genişletilmiş Bağışıklama Programının başarı ile yürütülebilmesi ilçe düzeyinde de sorumlu bir ekibin bulunmasını gerektirmektedir. **İlçelerde ekibin başkanı Sağlık Grup Başkanıdır ve bağışıklama hizmetlerinin ilçe düzeyinde yürütülmesinden birinci derecede sorumludur.**

İlçe Aşı Sorumlusu, İl Sağlık Müdürü tarafından İl Aşı Sorumlusunun önerileri doğrultusunda belirlenir. İlçe Aşı Sorumlusu Sağlık Grup Başkanı olabileceği gibi, ilçede tam gün çalışan, tercihen kalıcı ve deneyimli bir başka hekim de olabilir. İlçe aşı sorumlusunun görevde olmadığı durumlarda çalışmaları yürütecek bir başka hekim görevlendirilir.

İlde aşı, serum ve enjektörlerin dağıtımının Sağlık Grup Başkanlıkları üzerinden yapıldığı durumlarda İlçe Soğuk Zincir Sorumlusu tam gün Sağlık Grup Başkanlığında çalışan hekim dışı sağlık personeli olmalıdır. İlçe soğuk zincir sorumlusunun görevde olmadığı durumlarda çalışmaları yürütecek bir başka personel görevlendirilir.

İlçe Aşı Sorumlusunun Görevleri:

1. İlçedeki Sağlık Ocakları/Aile Hekimlerinin ve ilçe geneli/TSM Bölgesinin her aşı için, aylık ve yıllık aşılama ve aşıya devamsızlık hızlarını saptamak, grafiklerle göstermek, başarısızlık nedenlerini araştırmak ve Sağlık Ocağı hekimi/TSM sorumlu hekimi ile birlikte alternatif çözümler aramak, aylık olarak aşı ve aşıya devamsızlık hızları ile aşıyla korunabilir hastalık bildirimleri konusunda geri bildirimde bulunmak,

2. İlçe genelindeki Sağlık Ocaklarının/Aile hekimlerinin Bakanlık politika ve stratejileri doğrultusunda aylık planlar dahilinde denetimlerini yapmak; bu denetimler sonucu hazırlanan denetim raporlarını İl Sağlık Müdürlüğüne göndermek ve tespit edilen aksaklıkların giderilmesi için Sağlık Müdürlüğü ile işbirliği içinde çalışmak,

3. İlçe Aşı Sorumluları, ilçelerindeki Genişletilmiş Bağışıklama Programının ve GBP içinde yer alan Hastalık Programlarının yürütülmesinden birinci dereceden sorumludurlar. Bu doğrultuda:

- İlçedeki Sağlık Ocakları sorumluları/TSM sorumlu hekimleri ile aşılama faaliyetlerinin planlarını hazırlamak, eğitim ve değerlendirme toplantıları düzenlemek,
- Hazırlanan planın uygulanması için araç ve personel ihtiyacını organize etmek,
- Gerekli olan yerlere aşılama hizmetlerinin gezici ekiplerle yapılması için çalışma yapmak,
- Araç temini konusunda Kaymakamlıkların ve Sağlık Müdürlüğünün bilgisi dahilinde Belediyelerin ve diğer kuruluşların desteklerini sağlamak,

- Sağlık Ocağı/Aile hekimleri/TSM çalışmalarının temel göstergeleri olan kayıt sistemini ve aylık çalışma bildirimlerini düzenli olarak kontrol etmek ve bu kayıtlardaki eksikliklerin giderilmesi hususunda personele gerekli eğitimleri vermek,
- Sağlık Ocaklarında tespit edilen her çocuğun ve gebenin ilgili kayıtlara düzenli olarak geçmesini sağlamak,
- Aile hekimlerine kayıtlı olan/kayıtlı olmayan her çocuğun ve gebenin ilgili kayıtlara düzenli olarak geçmesini sağlamak,
- ETF kayıtlarının yıl içerisinde sürekli olarak tutulmasını sağlamak; yeni doğan, ölen, göçen ve ilçeye yeni gelenlerin derhal ETF'ye kaydını ve bu kayıtların takibinin yapılmasını sağlamak,
- Gebe ve çocuk izlemlerinin ebe ve hemşireler tarafından amaca uygun şekilde yapılmasını denetlemek,
- İlçe genelinde bulunan kurumlarda bir asil bir yedek soğuk zincir sorumlusu tespit edilmesini sağlamak,
- Personelin GBP ve soğuk zincir konusunda eğitimlerini gerçekleştirmek,
- Aşı grafiklerinin aylık olarak işlenmesini temin etmek,
- Aşıyla korunulabilir bulaşıcı hastalıkların ilçe düzeyinde insidans ve prevalanslarını tespit etmek, değerlendirmek ve gerekli önlemleri almaktır.

İlçe Soğuk Zincir Sorumlusunun Görevleri:

1. Her türlü aşı, serum ve enjektörleri teslim almak, bu maddelerin soğuk zincir kurallarına uygun olarak, Sağlık Grup Başkanlığı aşı deposuna girişini, saklanmasını ve kurumlara dağıtımını sağlamak,
2. Sağlık Grup Başkanlığı aşı deposundaki ve kurumlardaki soğuk zincir malzemelerinin lojistik durumunu bilmek, ihtiyaçları zamanında tespit etmek ve temin yoluna gitmek, bakım ve onarımını sağlamak,
3. İlçe aşı deposundaki stok kayıtlarını düzenli şekilde tutmak, kurumlardan aylık olarak gelen Form 013'lerdeki aşı stokları ile ilgili bilgileri izlemek ve değerlendirmek,
4. İlçe Aşı Sorumlusu ile birlikte kurumların denetimine katılmak, soğuk zincir uygulamalarını yerinde görmek, personelin bu konudaki bilgisini değerlendirmek, yetersiz olduğu konularda hizmet içi eğitimlere katılmaktır.

SAĞLIK OCAĞI DÜZEYİNDE YAPILACAK İŞLER:

Genişletilmiş Bağışıklama Programının başarı ile yürütülebilmesi Sağlık Ocağı düzeyinde sorumlu bir ekibin bulunmasını gerektirmektedir. **Sağlık Ocaklarında ekibin başkanı Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimidir ve bağışıklama hizmetlerinin Sağlık Ocağı bölgesi düzeyinde yürütülmesinden birinci derecede sorumludur.**

Sağlık Ocağı Aşı Sorumlusu, Sağlık Grup Başkanı tarafından İlçe Aşı Sorumlusunun önerileri doğrultusunda belirlenir. Sağlık Ocağı aşı sorumlusu Sorumlu Hekim olabileceği gibi, bir başka hekim de olabilir. Sağlık Ocağı aşı sorumlusunun görevde olmadığı durumlarda çalışmaları yürütecek bir başka hekim görevlendirilir.

Sağlık Ocağında hekim dışı bir sağlık personeli Sağlık Ocağı Soğuk Zincir Sorumlusu olarak görevlendirilir. Soğuk zincir sorumlusunun görevde olmadığı durumlarda çalışmaları yürütecek bir başka personel belirlenmelidir.

Sağlık Ocağı Aşı Sorumlusunun Görevleri:

1. Bakanlık politika ve stratejileri doğrultusunda Sağlık Ocağı bölgesinde bağışıklama hizmetlerini yürütmek için aylık, yıllık plan ve programlar hazırlamak,

2. Sağlık Ocağı düzeyinde Genişletilmiş Bağışıklama Programı ve program içinde yer alan Hastalık Programlarını yürütmek; bu doğrultuda:

- Aşıyla korunulabilir bulaşıcı hastalıkların, tanı, kayıt ve bildirimlerini izlemek ve personelini bu konuda eğitmek,
- Sağlık Ocağı çalışmalarının temel göstergeleri olan kayıt sistemlerini bilmek ve aylık çalışma bildirimlerini düzenli olarak kontrol etmek ve bu kayıtlardaki eksikliklerin giderilmesi konusunda personele gerekli eğitimleri vermek,
- Personele yönelik hizmet içi eğitim programları yapmak ve düzenli olarak hizmet içi eğitim vermek, personelin GBP ve soğuk zincir konusunda eğitimlerini gerçekleştirmek,
- Sağlık Ocağında tespit edilen her çocuğun ve gebenin kayıtlarının düzenli olarak tutulmasını sağlamak,
- ETF kayıtlarının yıl içerisinde sürekli olarak tutulmasını sağlamak; yeni doğan, ölen, göçen ve bölgeye yeni gelenlerin anında ETF'ye geçilmesini ve bu kayıtların takibinin yapılmasını sağlamak, yıl ortasında ETF'lerden Sağlık Ocağı bölgesi nüfus tespitleri yapıp Sağlık Müdürlüğüne göndermek,
- Gebe ve çocuk izlemlerinin ebe ve hemşireler tarafından amaca uygun olarak yapılmasını denetlemek,
- Sağlık Ocağında bir asil bir yedek soğuk zincir sorumlusunu tespit etmek ve denetlemek,
- Uygulamalarda güncel aşı uygulama takvimi doğrultusunda aşılama hizmetlerini yürütmek ve denetlemek,
- Genişletilmiş Bağışıklama Programı konusunda halk eğitimi programı yapmak ve uygulamak,
- Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Aşı Sorumlusu ile birlikte ulaşılamayan bölgelerde özel aşı programları yapmak ve yürütmek (periyodik gezici hizmetler, aşılama istasyonları vb.),
- Bölge dışı uygulamaları ay sonunda Sağlık Müdürlüğüne (İl Aşı Sorumlusuna) bildirmek.
- Bölgesindeki demografik verileri (nüfus, kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı, bebek ölüm hızı, nüfus artış hızı, yeni doğan bebek sayısı) bilmek ve Sağlık Müdürlüğüne bildirmek,
- Kişisel sağlık fişlerinin eksiksiz tutulmasını sağlamak,
- Sağlık Ocağı Aşı İzlem Çizelgeleri, bulaşıcı hastalıkların aylık, yıllık izlem grafikleri ve haritalarının hazırlanmasını sağlamak,
- Üçer aylık ve yıllık değerlendirme raporu ve yıllık faaliyet raporunu hazırlayıp Sağlık Müdürlüğüne göndermek,
- Sağlık Ocağına bağlı köy ve mahalle Sağlık Evlerini düzenli aralıklarla denetlemektir.

Sağlık Ocağı Soğuk Zincir Sorumlusunun Görevleri:

1. Her türlü aşı, serum ve enjektörleri teslim almak, bu maddelerin soğuk zincir kurallarına uygun olarak, Sağlık Ocağı soğutucusuna girişini, saklanmasını ve sağlık evlerine dağıtımını sağlamak, buzdolabının ısı takibini yapmak ve izlem çizelgesine işlemek,

2. Sağlık Ocağı soğutucusundaki ve sağlık evlerindeki soğuk zincir malzemelerinin lojistik durumu hakkında bilgi sahibi olmak, ihtiyaçları zamanında tespit etmek ve temin yoluna gitmek, bakım ve onarımını sağlamak,

3. Aşı stok kayıtlarını düzenli şekilde tutmak, aylık olarak hazırlanan Form 013'lerdeki aşı stokları ile ilgili bilgileri izlemek ve değerlendirmek,

4. Sağlık Ocağı Sorumlusu ile birlikte bir plan dahilinde Sağlık Evlerinin denetimine katılmaktır.

AİLE HEKİMLİĞİ DÜZEYİNDE YAPILACAK İŞLER:

Aile hekimliği sisteminin yürütüldüğü illerde Genişletilmiş Bağışıklama Programının başarı ile yürütülebilmesi için her aile hekiminin kayıtlı kişileri özellikle bebek, çocuk ve gebeleri düzenli takip etmesi gerekir. Her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı bu konuda bir ekip oluşturur ve sağlık ocağı sistemindeki benzeri çalışmaları yürütür. Aile hekimi kendisine kayıtlı kişiler için aşı sorumlusu iken aile sağlığı elemanı da soğuk zincir sorumlusu olarak görevlidir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu genelge kapsamında "Sağlık Ocağı Düzeyinde Yapılacak İşler" bölümünde bulunan görevleri mevcut Aile Hekimliği ile ilgili mevzuat çerçevesinde yerine getirirler. Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanları GBP'nin belirlenen hedeflere uygun olarak yürütülmesinden Toplum Sağlığı Merkezine/Sağlık Grup Başkanlığına karşı sorumludur ve TSM'ler tarafından denetlenirler.

K-) AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİ (ASİE):

Aşı uygulanan bir kişide, aşı sonrası ortaya çıkan, bilinen aşı yan etkisi ya da aşıya bağlı olduğu düşünülen herhangi bir istenmeyen tıbbi olay ASİE olarak tanımlanmaktadır.

Aşılar çok güvenilir maddelerdir. Üretim ve dağıtım aşamalarında çok sıkı kontrolden geçmektedirler. Ülkemizde kullanılan aşılar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen ve onaylanan İyi Üretim Prosedürleri (GMP) kurallarına uygun üretilmiş ve uluslararası referans laboratuarlarında test edilmiş olan aşılardır. Ayrıca kullanılacak aşılar teslim alınıp sahada kullanıma sunulmadan önce, Ulusal Referans Laboratuarlarımızda da test edilmekte ve uygun olduğu kanıtlanan aşıların kabulü yapılmaktadır.

Aşılama sonrası sıklıkla hafif, oldukça nadir olarak da yaşamı tehdit edecek kadar ciddi istenmeyen etkiler gözlenebilir. Sağlık personelinin büyük çoğunluğu meslek hayatları süresince ciddi bir istenmeyen etki ile karşılaşmayabilirler. Ancak karşılaştıkları zaman da yapmaları gerekenler konusunda yeterli eğitim ve bilgiye sahip olmalıdırlar.

Unutulmamalıdır ki hemen her durumda çocuğun aşı ile korunulabilir hastalıklara yakalanma ve bu hastalığa bağlı nedenlerle ölme ya da sakat kalma olasılığı, aşılama ile oluşabilecek istenmeyen etkilerin görülme olasılığı ile karşılaştırılamayacak kadar fazladır.

Bununla birlikte aşılama sonrası gelişen istenmeyen etkiler, ebeveynleri çocuklarının daha sonraki aşılarını yaptırmamaya yöneltebilmekte ve eksik aşılı çocukların aşı ile korunulabilir hastalıklara yakalanmasına, ciddi şekilde hasta olmasına ve hatta ölümüne neden olabilmektedir. Bu nedenle aşıya bağlı istenmeyen etki izleme sistemi halkın bağışıklama programına olan güveninin korunması açısından da önem taşımaktadır.

ASİE izleme sisteminin temel amacı aşılama hizmetinin kalitesini iyileştirmek ve aşılamanın kabul edilebilirliğini arttırmaktır. Bu amaca ulaşmada uygulanacak stratejiler:

1. Meydana gelen istenmeyen olguları düzenli olarak izlemek, analiz etmek ve yorumlamak,
2. Ciddi istenmeyen etkiler görüldüğünde bunların aşıya bağlı olup olmadığını ortaya koymak,
3. Program uygulama hatalarına neden olan sorunlara müdahale etmek,
4. Aşı yan etkilerinde beklenenin üzerinde bir yükseliş görülürse müdahale etmek,
5. Müdahaleler ve uygun iletişim kanalları ile halkın aşılama programına güvenini sağlamak

olarak belirlenmiştir.

ASİE izleme sistemi, GBP kapsamında uygulanan aşıların (özel aşılar dahil) uygulanması sonrası gelişen istenmeyen etkilerin bildirimini kapsamaktadır. Ayrıca rutin uygulamaya çeşitli nedenlerle eklenebilecek diğer aşıların uygulanması sonrası gelişebilecek istenmeyen etkilerin izlemi de bu sistem kapsamına alınacaktır.

İstenmeyen etkiler bazı vakalarda aşının kendisine, bazılarında ise aşının uygulanması sırasındaki hatalara bağlı olabileceği gibi, aşı ya da uygulama ile ilgisiz de olabilir. Bu nedenle ASİE'ler beş grupta toplanmaktadır:

A. Aşı yan etkisi
B. Program uygulama hataları (Aşının üretim, dağıtım ve uygulanması sırasında ortaya çıkabilecek hatalar)
C. Enjeksiyon reaksiyonu
D. Rastlantısal
E. Bilinmeyen

Ciddi ASİE: Ölüm, sakatlık, konjenital anomali ile sonuçlanan veya hastanede yatma gerektiren ASİE' dir.

ASİE'lerin saptanması ve bildirimi sağlık personeli, aileler ve toplumun diğer üyeleri tarafından yapılabilir. Aile veya hekim dışı sağlık personelinin ASİE'den şüphelendiği durumlarda değerlendirme hekim tarafından yapılır. Hekim dışı personel bu tip bir vaka ile karşılaştığında birlikte çalıştığı hekime haber verir ve vaka birlikte değerlendirilir. Tüm sağlık çalışanları ASİE'leri tanıyabilecek şekilde vaka tanımlarını ve ne yapılması gerektiğini bilmelidir.

Aşı yapan personel, aileler ve toplumun diğer üyelerini aşılama sonrası ne tür reaksiyonlar görülebileceği ve hangi durumlarda bebek/çocuklarını bir sağlık kuruluşuna getirmeleri gerektiği konularında bilgilendirmelidir.

ASİE İzleme Sistemi kapsamında bildirilmesi gereken istenmeyen etkiler

ASİE İzleme Sistemine dahil olan ve Aşı Sonrası İstenmeyen Etki Bildirim ve İnceleme Formu (Ek-4) doldurularak bildirimi yapılacak olan ASİE'ler Ek-5'de gösterilmiştir.

ASİE ile karşılaşan sağlık personeli, hekim tarafından değerlendirilen ve ASİE İzleme Sistemi'ne dahil olan ve bildirilmesi gereken her ASİE vakası için bir ASİE İnceleme ve Bildirim Formu doldurur. Vakanın sahadaki incelemesinin yapılabilmesi için 24 saat içinde İl ASİE Sorumlusuna haber verip formun bir kopyasını iletir. ASİE vakası ciddi ise, kümelenme var ise ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan bir durum ise acil olarak İl ASİE İzlem Sorumlusuna haber verecektir.

İl ASİE İzlem Sorumlusu;

Her ilde İl ASİE İzlem Sorumlusu belirlenecektir. İl Sağlık Müdürlüğünde Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü, İl ASİE İzlem Sorumlusudur. Ancak gerekli durumlarda başka bir hekim de görevlendirilebilir. Ciddi, kümelenme ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan durumların araştırılması ve değerlendirilmesi amacıyla İl ASİE Danışma Kurulu oluşturulur.

İl ASİE İzlem Sorumlusu;

a) Hekimler tarafından bildirilen vakaların ASİE İnceleme ve Bildirim Formundaki eksik kısımların tamamlanmasını sağlar.

b) Ciddi, kümelenme ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan durumlarda acil olarak Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile temasa geçer ve birlikte durum değerlendirmesi yaparak duruma uygun tedbirleri alır.

c) ASİE vakası bildirildiğinde vakit kaybetmeden araştırma başlatır. Bildirimi yapılan ASİE vakası ciddi, kümelenme ya da toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propaganda nedeni olan bir durum ise İl ASİE Danışma Kurulu ile birlikte değerlendirmesini yapar. Vaka araştırması sonucunda saptanan ASİE vakasının nedenini İl ASİE Danışma Kurulu ile birlikte belirler, sınıflamasını yapar ve rapor hazırlar. Vaka Araştırma Raporunu varsa hastane dosyası, ASİE Bildirim ve İnceleme Formu ile birlikte bir örnek ilde kalacak şekilde Bakanlığa gönderir.

ASİE İzleme Sistemi ile ilgili ayrıntılı düzenleme ilgili daimi genelge kapsamında yapılır.

L-) GBP HASTALIK PROGRAMLARI

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında takip edilen hastalıklara özel hastalık kontrol programları:

- Polio Eradikasyon Programı
- Kızamık Eliminasyon Programı
- Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı
- Hepatit B Kontrol Programı
- Diğer Hastalık Kontrol Programları:
  - Difteri (Difteri hastalığının kontrolü için saha rehberi kapsamında yürütülmektedir)
  - Boğmaca (Boğmaca hastalığının kontrolü için saha rehberi kapsamında yürütülmektedir)
  - Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromu
  - Kabakulak
  - Hemofilus influenza tip b
  - Tüberküloz (Verem Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir).
  - Streptokokus pnömoniya'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıklar

POLİO ERADİKASYON PROGRAMI

1988 yılında Dünya Sağlık Asamblesinde alınan karara uygun olarak, Ülkemizde de polio eradikasyonu hedefi benimsenmiş ve bu doğrultuda hazırlanan Polio Eradikasyonu Programı (PEP) 1989 yılı sonunda başlatılmıştır.

Programın amacı, vahşi polio virüsü ile oluşan tüm poliomyelit vakalarını ortadan kaldırmak ve poliovirüsünü eradike etmektir. Poliomyelitin eradikasyonu hedefine ulaşabilmek için belirlenen stratejiler:

- Rutin aşılama hizmetleri kapsamında 0 yaşa uygulanan üç doz polio aşısı ile yüksek aşılama düzeylerine ulaşmak ve bu hızların devamlılığını sağlamak,
- Ortaya çıkan her Akut Flask Paralizi (AFP) vakasını inceleyerek klinik, laboratuvar ve epidemiyolojik araştırmalar ile bunun polio vakası olup olmadığını ortaya çıkarmak; ayrıca vaka saptanmadığı zamanlarda da bunu belgelemek üzere aktif vaka araştırması yapmak,
- Rutin aşılamalara ilaveten destek aşılama aktiviteleri (Ulusal Aşı Günleri, Çocuk Felci Aşı Günleri ve Mop-up) gerçekleştirmektir.

Türkiye'de poliomyelit hastalığı artık görülmemekle birlikte AFP sürveyansının halen devam etmesi gerekmektedir. Türkiye artık importasyon riski altında, daha da önemlisi importasyon sonrası yayılım riski altındadır. Çalışmalar ilgili Daimi Genelge ve saha rehberlerine göre yürütülmelidir.

KIZAMIK ELİMİNASYON PROGRAMI

Kızamık hastalık yükünü küresel düzeyde azaltmak amacı ile 1989 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde ve 1990 yılında Dünya Çocuk Zirvesi'nde bazı hedefler belirlenmiş ve aşılama öncesi döneme göre kızamık mortalitesinin % 95 ve morbiditesinin %90 azaltılması hedeflenmiştir. Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü Amerika Bölgesi'nde (AMRO, PAHO) 2000, Avrupa Bölgesi'nde (EURO) 2010 ve Doğu Akdeniz Bölgesi'nde (EMRO) 2010 yılına kadar kızamık eliminasyonu hedeflenmiştir.

Türkiye'de Kızamık Eliminasyonu Ulusal Faaliyet Planı (2002 – 2010)

Planın amacı Türkiye'de Kızamık hastalığını elimine etmek ve bu düzeyi sürdürmektir. Bu amaca ulaşma yolunda belirlenen hedefler:

- 2010 yılına kadar Türkiye'de yerli virüs geçişini durdurmak.
- Ülkemize kızamık importasyonu sonucu gelen virüslerin yerleşmesini engellemek.
- Kızamığa bağlı ölümleri engellemektir.

Eliminasyon Programı Stratejileri:

1. Bağışıklama
   - Rutin: tüm bölgelerde her iki dozda da ≥%95'e ulaşmak
   - 9 ay – 14 yaş grubuna ek bir doz kızamık aşısı uygulaması, Kızamık Aşı Günleri (KAG), 2003-2005 yılları arasında gerçekleştirilmiştir.
   - KAG sırasında tespit edilen 0-59 ay (5 yaş altı) eksik aşalı çocukların diğer rutin aşılarının tamamlanması (DBT, OPV, Hepatit-B, BCG)
   - Sağlık Ocağı düzeyinde aşılama hızı %95'e ulaşmamış yerlerde kapı kapı dolaşarak eksik aşılıları aşılamak (Mop-up)
2. Politik kararlılık
3. Sürveyans
4. Sosyal mobilizasyon

MATERNAL VE NEONATAL TETANOZ (MNT) ELİMİNASYON PROGRAMI

Bu programda amaç Türkiye'de 2007 yılı sonuna kadar Maternal Tetanoz (MT) ve Neonatal Tetanozun (NT) ve bunlara bağlı ölümlerin elimine edilmesi ve bu düzeyin sürdürülmesidir. Hedef, her bölgede 1000 canlı doğumda 1'in altında NT vakasının görülmesi ve MT'un hiç görülmemesi ve bu durumun devamlılığının sağlanmasıdır. Hedefler **aşılama, temiz doğum, izlem** ve **sürveyans** olmak üzere 4 ana başlık altında ele alınmıştır.

1. Aşılama

A. Aşama–1: Eliminasyonun Sağlanması (2006–2007)

a. Tüm gebelerin en az %80'ini takvime uygun olarak aşılı hale getirmek ve bebeklerin korunmasını sağlamak.

b. 2007 yılı sonuna kadar MNT açısından yüksek riskli bölgelerde destek aşılama aktiviteleri ile MNT'nin hızla elimine edilmesi için doğurganlık yaş grubu (15–49 yaş) kadınların en az %80'inin primer immünizasyonunu sağlamak (Tetanoz Aşı Günleri). 2006-2007 yıllarında gerçekleştirilmiştir.

c. Okul döneminde yapılan Td aşılamasında en az %90 aşılama hızına ulaşmak.

B. Aşama–2: Eliminasyonun Sürdürülmesi (2007-)

a. Tüm bölgelerde gebe aşılamaları hızını en az %80 olacak şekilde sürdürmek

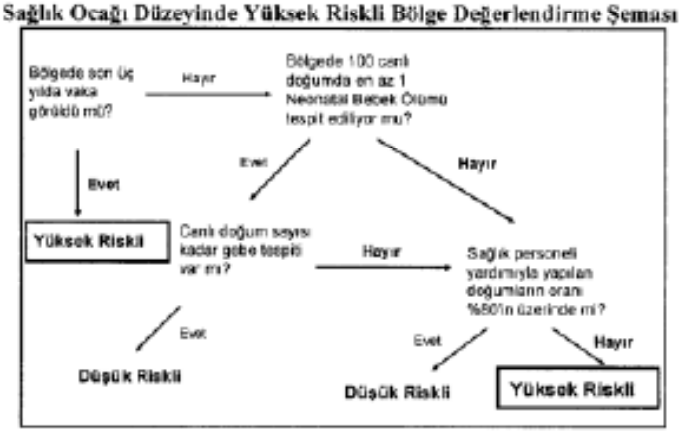
b. Yüksek Riskli Bölge (YRB) değerlendirmesi güncel tutularak, bölgedeki 15–49 yaş grubu kadınların primer immünizasyonunu sağlamak.

c. YRB tanımlaması alan bölgelerde nüfusa yeni eklenen 15–49 yaş grubu kadınları primer immünizasyona almak.

d. Tüm bölgelerde, 1 yaş altı çocukların en az %90'ının üç doz Tetanoz içeren aşı ile primer immünizasyonunu ve ayrıca aşıya devamsızlık hızının %10'un altında olmasını sağlamak.

e. Okul Td aşılamalarını en az %90 hızında sürdürmek.

Sağlık Ocağı Düzeyinde Yüksek Riskli Bölge Değerlendirme Şeması



2. Temiz Doğum

Temiz doğum aktivitelerini yaygınlaştırmak.

3. İzlem

Gebe izlemleri ile gebe tespit hızının %80'e ve gebe başına izlem sayısının 4'e ulaşmasını sağlamak.

4. Sürveyans

a. Neonatal Bebek Ölümlerinin en az %80'ini tespit ederek tamamının NT açısından incelenmesini sağlamak,
b. Belirlenen merkezlere MNT aktif sürveyans ziyaret yüzdesinin en az %80 olmasını sağlamak,
c. "Sıfır vaka bildirimi" yapan sağlık kuruluşlarının yüzdesini en az %80 düzeyine çıkarmak,
d. Bildirilen tüm MNT vakaları için vaka incelemesi yapmak,
e. Hastane kayıtlarının yılda bir kez MNT vakaları açısından taranmasını sağlamak.

Program yayınlanan rehber doğrultusunda yürütülmektedir.

HEPATİT B KONTROL PROGRAMI

Hepatit B virüs enfeksiyonunun en ciddi sonuçları (örn: siroz, karaciğer kanseri) kronik Hepatit B virüs enfeksiyonu olan kişilerde görülür. Aynı zamanda bu kişiler yeni enfeksiyonların oluşmasında rezervuar görevi görürler. Bu nedenlerle Hepatit B Kontrol Programının temel amacı; kronik hepatit B virüs enfeksiyonunun önlenerek, Hepatit B virüs enfeksiyonu ile ilişkili kronik karaciğer hastalığı, siroz ve hepatosellüler kanser insidansını azaltmaktır.

HEDEF

2010 yılına kadar 5 yaş altı çocuklarda Hepatit B hastalığı insidansını en az yüz binde 1'in altına düşürmektir.

STRATEJİLER

1. Rutin bebek aşılaması; Tüm bölgelerde, 0 yaş grubu Hep B aşısı 3. dozda %95 aşılama hızına ulaşmak.

   Kronik Hepatit B enfeksiyonu özellikle bebek ve erken çocukluk döneminde gelişir. Bu nedenle rutin infant aşılaması yüksek öncelikli stratejilerdendir. Ayrıca rutin aşılama adolesan ve yetişkin dönemde enfeksiyonun oluşmasını önlemek için de gereklidir.
2. Perinatal Hepatit B virus bulaşının engellenmesi;
   - Doğumda uygulanan Hep B aşısı 1. dozunu takip etmek
   - Doğumdan sonra ilk 72 saatte, tercihen ilk 24 saatte uygulanan Hep B aşısı 1. dozda %90 aşılama hızına ulaşmak

   Perinatal Hepatit B virus bulaşının engellenmesi için Hep B aşısının ilk dozu doğumdan sonra en yakın zamanda, tercihen ilk 24 saat içinde yapılmalıdır.
3. Büyük yaş gruplarının catch-up (yakalama) aşılaması;
   - İlköğretime devam eden adolesan yaş grubu aşılamalarında Hep B aşısı 3. dozu için %95 hızına ulaşmak
   - Risk grubu aşılamaları: Sağlık kurumlarına başvuruları durumunda aşağıda belirtilen risk gruplarına aşı uygulaması yapılır.

   - Hasta ve hasta çıkartıları ile teması bulunan tüm sağlık personeli,
   - Sağlık çalışanlarının yetiştirildiği tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, sağlık meslek yüksekokulları vs. öğrencileri,
   - Hemodiyaliz hastaları,
   - Sık kan ve kan ürünü kullanmak zorunda kalanlar,
   - Damar yoluyla uyuşturucu kullananlar,

- Hepatit B taşıyıcısı ile aile içi temaslılardan aşısız olanlar,
- Çok sayıda cinsel eşi olanlar ve para karşılığı cinsel ilişkide bulunanlar,
- Homoseksüeller,
- Hepatit B dışında kronik karaciğer hastalığı olanlar,
- Cezaevleri ve ıslahevlerinde olanlar,
- Endemik bölgelere seyahat edenler,
- Berberler-kuaförler, manikür-pedikürcüler
- Zihinsel özürlü bakımevlerinde bulunanlar,
- Yetiştirme yurtlarında bulunan kişiler,
- İtfaiye personeli,
- Askerler (yüksek risk altındakiler),
- Polis memurları (yüksek risk altındakiler),
- Kazalarda ve afetlerde ilk yardım uygulayan kişiler,
- Bu risk gruplarının dışında, hekimin yüksek risk nedeniyle aşı yapılmasını uygun bulduğu kişilere sağlık kuruluşlarında aşı uygulaması yapılmalıdır.

Ekler:

1. GBP kapsamında kullanılan formlar
2. Aşı uygulama teknikleri
3. Aşı ihtiyacı belirlemeye yönelik örnekler, buzdolabı ısısının takibi
4. ASİE İnceleme ve Bildirim Formu
5. İzleme sistemine dahil olan ASİE'ler

6.3.17. Polio İmportasyon Planı Genelgesi (2002/67)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

Sayı: B100TSH0110005
Konu: Polio importasyon planı genelgesi

05.07.2002 / 6191

GENELGE
2002/67

Hastalık morbidite ve mortalite hızlarını düşürmek ve salgınları kontrol etmek amacıyla, Dünya'da hastalık kontrol programları başlatılmış ve Global Poliomyelit Eradikasyonu Programı böylece gündeme gelmiştir. 1988 yılında 41. Dünya Sağlık Asamblesi'nde, tüm dünyadan poliomyelitin eradikasyonu hedeflenmiştir. O zamandan bu yana belirgin gelişmeler olmuştur. Türkiye'nin de dahil olduğu Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nin vahşi virüse bağlı son yerli poliomyelit vakası 1998 yılında saptanmıştır. Avrupa Bölgesi 21 Haziran 2002 tarihinde "polio'dan arındırılmış bölge" olarak belgelendirilmiştir.

Türkiye'de 1989'da yürütülmeye başlanan Poliomyelit Eradikasyon Programı (PEP), hedefe ulaşma doğrultusunda sürekli bir gelişme göstermiştir. Türkiye'de son vahşi poliovirüs 26 Kasım 1998'de paralizisi başlayan bir vakadan izole edilmiştir. **Ancak dünyadan poliomyelit tamamen eradike edilinceye kadar ülkemize de importasyon tehlikesi vardır.** 2001 yılında Avrupa Bölgesinden Bulgaristan ve Gürcistan'da görülen Kuzey Hindistan kökenli importe vahşi poliovirüs izolasyonları, tüm dünyada poliomyelit eradike edilene kadar tehlikenin devam ettiğinin kanıtıdır. Olası bir importasyonu engellemek amacıyla tüm bölgelerde ve yerleşim birimlerinde 0 yaş grubunda OPV3 aşılama oranlarında en az %90'a ulaşmak temel stratejidir. Bu aşı oranına ulaşamayan veya bu oranın devamlılığını sağlayamayan yerleşim birimlerinde yürütülecek destek aşılama aktiviteleri ile olası importasyona karşı önlem alınmış olacaktır. İmporte bir poliomyelit vakası olması durumunda vakanın erken tespiti ve zamanında uygun müdahalelerle virüsün yayılması önlenebilir.

Bu daimi genelge; Türkiye'nin poliomyelitden arındırılmış durumunu sürdürmek ve olası bir vahşi poliovirüs importasyonunun erken tespitine ve etkin aşılama cevabı ile kontrol altına alınmasına hazırlıklı olmak amacıyla düzenlenmiştir.

Yürütülecek çalışmaların ekteki plana göre düzenlenmesi hususunda gereğini rica ederim.

Ekl: İmportasyon planı (9 sayfa)

Doç.Dr. Osman DURMUŞ
Bakan

DAĞITIM
A PLANI

DAİMİ GENELGE 1

VAHŞİ POLİOVİRÜS İMPORTASYONUNUN ENGELLENMESİ VE POLİOMYELİTTEN ARINDIRILMIŞ DURUMUN DEVAMI İÇİN ULUSAL FAALİYET PLANI

Genişletilmiş Bağışıklama Programının temel ilkesi, hastalık riskinin en yüksek olduğu dönemden önce, çocukları aşı ile korunulabilir hastalıklara karşı bağışık kılarak, bu hastalıklara bağlı morbidite ve mortalite hızlarını düşürmek, böylece çocuk ölümleri ve sakatlıklarını azaltmaktır. Hastalık morbidite ve mortalite hızlarını düşürmek ve salgınları kontrol etmek amacıyla, Dünya'da hastalık kontrol programları başlatılmış ve Global Poliomyelit Eradikasyonu Programı böylece gündeme gelmiştir. 1988 yılında 41. Dünya Sağlık Asamblesi'nde, tüm dünyadan poliomyelitin eradikasyonu hedeflenmiştir. O zamandan bu yana belirgin gelişmeler olmuştur. Son yerli poliomyelit vakası, Amerika kıtasında 1991 yılında, Batı Pasifik bölgesinde 1997 yılında saptanmıştır. Türkiye'nin de dahil olduğu Avrupa Bölgesinin son yerli poliomyelit vakası 1998 yılında Ağrı ilinde saptanmıştır.Avrupa Bölgesi 21 Haziran 2002 tarihinde "polio'dan arındırılmış bölge " olarak belgelendirilmiştir.

Poliomyelitin eradikasyonuna ulaştıracak program stratejileri ise şöyle belirlenmiştir:

- Rutin aşılama hizmetlerinin geliştirilmesi ve aşılama oranlarının her bölgede %90'ın üzerine çıkarılarak devam ettirilmesi,
- Rutin aşılama çalışmalarına ek olarak Ulusal Aşı Günleri düzenlenmesi,
- Akut flask paralizi(AFP) ve vahşi poliovirüs sürveyansının sağlanması,
- Gerek görülen yerlerde Mopping-up aşılamaları düzenlenmesi.

Türkiye'de 1989'da yürütülmeye başlanan Poliomyelit Eradikasyon Programı (PEP), hedefe ulaşma doğrultusunda sürekli bir gelişme göstermiştir. Türkiye'de son vahşi poliovirüs 26 Kasım 1998'de paralizisi başlayan bir vakadan izole edilmiştir. **Ancak dünyadan poliomyelit tamamen eradike edilinceye kadar ülkemize de importasyon tehlikesi vardır.** 2001 yılında Avrupa Bölgesinden Bulgaristan ve Gürcistan'da görülen Kuzey Hindistan kökenli importe vahşi poliovirüs izolasyonları tehlikenin devam ettiğinin kanıtıdır. Her iki ülkede de izole edilen virüsler 3 doz OPV ile aşıları tamamlanmamış çocuklarda tespit edilmiştir. Olası bir importasyonu engellemek amacıyla tüm bölgelerde ve yerleşim birimlerinde 0 yaş grubunda OPV3 aşılama oranlarında en az %90'a ulaşmak temel stratejidir. Bu aşı oranına ulaşamayan veya bu oranın devamlılığını sağlayamayan yerleşim birimlerinde yürütülecek destek aşılama aktiviteleri ile olası importasyona karşı önlem alınmış olacaktır. İmporte bir poliomyelit vakası olması durumunda vakanın erken tespiti ve zamanında uygun müdahalelerle virüsün yayılması önlenebilir.

Bu plan; Türkiye'nin poliomyelitden arındırılmış durumunu sürdürmek ve olası bir vahşi poliovirüs importasyonunun erken tespitine ve etkin aşılama cevabı ile kontrol altına alınmasına hazırlıklı olmak amacıyla hazırlanmıştır.

TANIMLAR:

a-İmporte poliomyelit vakası/virüsü:

- Paralizi başlangıcı ülke içinde veya dışında olan ve
- Vahşi virüsle Türkiye dışında karşılaşmış veya poliomyelitin görüldüğü bir ülkeye yakın zamanda seyahat hikayesi veren bir kişi ile teması olan vakadır.

- Böyle bir vakanın laboratuvar olarak konfirmasyonu gereklidir.

Ayrıca diğer hastalıklar veya sağlam çocuk taramaları gibi nedenlerle alınan numunelerde de vahşi poliovirüs üretilebilir. Her iki durumda da genetik inceleme ile tespit edilen virüsün kökeni belirlenerek importasyon kesinleştirilir.

b-Yerli poliomyelit vakası/virüsü:

- Vahşi virüs ile Türkiye'de karşılaşmış olan ve
- Enfeksiyonun kuluçka dönemi içinde kendisi veya temaslısının poliomyelitin görüldüğü bir ülkeye seyahat hikayesi olmayan vakadır.
- Böyle bir vakanın laboratuvar olarak konfirmasyonu gereklidir.

Ayrıca diğer hastalıklar veya sağlam çocuk taramaları gibi nedenlerle alınan numunelerde de vahşi poliovirüs üretilebilir. Her iki durumda da genetik inceleme ile tespit edilen virüsün kökeni belirlenerek yerli virüs olduğu kesinleştirilir.

c-Aşı türevi poliovirüs (Vaccine-Derived Poliovirus(VDPV)) ve buna bağlı ortaya çıkan vakalar:

Moleküler özellikleri aşı virüsü ve vahşi virüsten farklı, vahşi virüs benzeri nörovirülans ve bulaştırıcılık özellikleri kazanmış virüslere bağlı ortaya çıkan vakalardır. Bu tür vakaların en önemli nedeni rutin aşı oranlarının düşüklüğüdür. Aşı virüsü kişiden kişiye yayılmakta, nörovirulansı ve bulaştırıcılık özelliği artmaktadır. Ekim 2000 tarihindeki Hispaniola salgınından sonra laboratuvarda üretilen poliovirüsler, genetik dizilim (sekanslama) yolu ile incelenmeye başlanmıştır. Genetik dizilim sonuçlarına göre Sabin aşı virüsünden %1'den az farklılık gösteren sonuçlar Sabin-like (Aşı virüsü) olarak, %1-%15 farklılık gösteren sonuçlar aşı türevi polio virüs (VDPV) olarak ve %15'den fazla farklılık gösteren virüsler de vahşi virüs olarak tanımlanmıştır. **Aşı türevi poliovirüs, vahşi poliovirüse benzer özellikler gösterdiğinden saptanması durumunda yapılacak aktiviteler aynıdır.** Aşı türevi virüslere bağlı ortaya çıkan salgınlar da OPV aşısının uygulanması ile kontrol altına alınabilmektedir.

d-Sıcak AFP vakası (Sıcak vaka):

- 15 yaş altındaki AFP vakalarında risk faktörlerinden en az birisinin bulunması;
  - Poliomyelit benzeri klinik tablosu (ateş, ani paralizi, asimetri, extremite tutulumu vs.) olan veya,
  - 3 dozdan az OPV aşısı almış veya,
  - Vakanın kendisinin veya temaslılarının poliomyelitin endemik olduğu bir ülkeye seyahat öyküsü bulunan veya,
  - Vahşi poliovirüsün son dönemde görüldüğü bölgelere komşuluğu olan yüksek riskli bölgelerden bildirilen vakaları **sıcak AFP vakası** denir.
- Herhangi bir yaştaki kişide poliomyelit benzeri klinik tablonun (ateş, ani paralizi, asimetri, extremite tutulumu vs.) bulunması ve klinisyenin poliomyelitten şüphelenmesi durumu da **sıcak AFP vakası** olarak değerlendirilir.
- Yukarıda sayılan risk faktörlerinden herhangi birini taşıyan bir kişiden **paralizisi olmasa bile** poliovirüs izole edilmesi durumuna **sıcak vaka** denir.

e- Poliomyelit açısından yüksek riskli bölge:

- 0 yaş grubu OPV3 aşı oranı %80'in altında kalan bölgeler
- AFP sürveyans göstergeleri hedefin altında kalan bölgeler

- Poliomyelit epidemiyolojisi ve vahşi virüs yayılımı dikkate alındığında risk altında olduğu düşünülen bölgeler:
  - Kötü alt yapı koşullarına sahip yöreler (gecekondu bölgeleri gibi),
  - Vahşi poliovirüsün son dönemde görüldüğü bölgeler ve onlara komşu bölgeler,
  - Göç alan ve nüfus hareketlerinin yoğun olduğu yöreler (tarım işçisi, göçerler, mülteci, kaçak giriş, sınır ticareti olan alanlar, liman vs giriş kapısı olan alanlar)

f-Yüksek kaliteli AFP sürveyans sistemi göstergeleri:

- Yılda, 15 yaş altındaki her 100.000 nüfus için poliomyelit dışı nedenlere bağlı en az 1 AFP vakası saptanmalıdır.
- AFP vakalarının dağılımı 15 yaş altı nüfusun dağılımı ile paralel olmalıdır.
- Vakaların en az %80'i bildirimden sonra 48 saat içinde incelenmelidir.
- AFP vakalarının en az %80'inden uygun numune alınmış olmalıdır (Paralizinin başlangıcından itibaren ilk 14 gün içinde, en az 24 saat aralıkla 2 numune alınmalıdır).
- Alınan numunelerin en az %80'i en geç 72 saat içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.
- Numuneler laboratuvara ulaştıktan sonra izolasyon ve tiplendirme de dahil olmak üzere en az %80'inin sonuçları 28 gün içinde elde edilmelidir.
- Paralizi başlama tarihinden sonra 60 gün içinde poliovirüs izolatlarının en az %80'inin genetik sekanslaması sonuçlandırılmalıdır.
- Vakaların en az %80'inin son sınıflaması 90 gün içinde tamamlanmalıdır.
- AFP vakalarından alınarak laboratuvarlara ulaşan numuneler ayda en az iki kez bölge referans laboratuvara gönderilmelidir.
- Sıcak vakalardan alınan örnekler hiç bekletilmeden bölge referans laboratuvarına gönderilmelidir
- Herhangi bir kaynaktan elde edilen poliovirüs izolatları intratipik ayrım için hiç bekletilmeden bölge referans laboratuvarına gönderilmelidir.
- Haftalık sıfır vaka bildirimleri ve hastane ziyaretleri şeklinde gerçekleşen aktif sürveyans çalışmalarında il düzeyinde en az %80 oranına ulaşılmalıdır
- Sıcak vaka tanımına uyan vakaların incelenmesi ve takibine öncelik verilmelidir.

POLİOMYELİTTEN ARINDIRILMIŞ DURUMUN DEVAMI VE İMPORTASYONUN ENGELLENMESİ

a-Rutin aşılama hizmetleri:

- 0 yaş grubunda OPV3 aşı oranlarında, ülke ve İl düzeyinde en az %90'a ulaşılmalı ve her yerleşim biriminde en az %80 olmalıdır. Aşı oranları aylık olarak izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
- Yüksek riskli bölgelerin aşılama oranlarının yükseltilmesine ve yakın takibine önem verilmelidir.

b-Destek aşılama çalışmaları:

- Poliomyelit açısından yüksek riskli bölgelerde destek aşılama çalışmalarına (sNIDs ve mop-up) devam edilerek bireysel ve toplumsal bağışıklık yüksek düzeyde tutulmalıdır.
- Yürütülecek destek aşılama çalışmalarında (sNIDs ve mop-up) yüksek aşılama oranlarına ulaşılmalı ve aşısız çocuk kalmamalıdır.

- Sınır kapılarında aşılama: Özellikle vahşi poliovirüs dolaşımının olduğu ülkelerden, ülkemize olan girişlerin gerçekleştiği sınır kapılarında Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü birimleri ile işbirliği içinde 0-59 ay çocukların aşılanma durumları sorgulanmalı ve eksik aşılı 0-59 aylık çocuklara bir doz OPV uygulanmalıdır.
- İl Sağlık Müdürlükleri mülteci olarak veya kaçak girişle ülkemize giriş yapan özellikle 0-59 aylık çocuklara bir doz OPV uygulamalı ve rutin aşılama şemasına göre eksik aşılarını tamamlamalıdır.

OLASI İMPORTE VAHŞİ POLİOVİRÜS VE AŞI TÜREVİ POLİOVİRÜS TESPİTİ VE İZLENMESİ

Olası importe vahşi poliovirüs veya aşı türevi poliovirüslerin dolaşımının erken tespiti ve izlenmesi için, laboratuvar incelemelerini de içeren **yüksek kaliteli AFP sürveyans sistemi** çok önemlidir.

Tüm iller 2002 yılı sonuna kadar yüksek kaliteli AFP sürveyans sistemi göstergelerine ulaşmalı ve bu durumun devamlılığını sağlamalıdır. İmportasyon açısından, vahşi poliovirüs görülen ülkelere komşu illerin ve nüfus hareketlerinin yoğun olduğu büyük illerin daha fazla risk altında olduğu unutulmamalıdır. Tüm iller 2002 yılında yukarıdaki tanıma uyan yüksek riskli bölgelerini belirlemelidirler.

YAPILACAK AKTİVİTELER:

1. SICAK VAKA DURUMU:

Tanım:

- 15 yaş altındaki AFP vakalarında risk faktörlerinden en az birisinin bulunması;
  - Poliomyelit benzeri klinik tablosu (ateş, ani paralizi, asimetri, extremite tutulumu vs.) olan veya,
  - 3 dozdan az OPV aşısı almış veya,
  - Vakanın kendisinin veya temaslılarının poliomyelitin endemik olduğu bir ülkeye seyahat öyküsü bulunan veya,
  - Vahşi poliovirüsün son dönemde görüldüğü bölgelere komşuluğu olan yüksek riskli bölgelerden bildirilen vakalara **sıcak AFP vakası** denir.
- Herhangi bir yaştaki kişide poliomyelit benzeri klinik tablonun (ateş, ani paralizi, asimetri, extremite tutulumu vs.) bulunması ve klinisyenin poliomyelitten şüphelenmesi durumu da **sıcak AFP vakası** olarak değerlendirilir.
- Yukarıda sayılan risk faktörlerinden herhangi birini taşıyan bir kişiden **paralizisi olmasa bile** poliovirüs izole edilmesi durumuna **sıcak vaka** denir. Bu tür vakalarda yapılacak aktiviteler sıcak AFP vakası ile aynıdır.

Yapılacak Aktiviteler:

İl PEP Sorumlusu :

- Yukarıda verilen tanım kullanılarak **belirlenen AFP vakasının sıcak vaka olup olmadığına karar verecek** ve sıcak vakalar hızla incelenecek ve sonuçlandırılacaktır.

- Sıcak vaka saptanması halinde Vaka Bildirim Formu derhal Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne (TSHGM) faks ile gönderilecek ve telefon ile de bildirim teyid edilecektir.
- Sıcak vakalarda, vakanın yanı sıra en az 5 temaslısından da numune alınacak, numuneler derhal laboratuvara gönderilecek, bildirim ve laboratuvar formunda vakanın **sıcak vaka** olduğu belirtilecektir.
- Sıcak vakadan ve temaslılarından numune alındıktan sonra vakanın yakın temaslılarının aşılanma durumları hızla gözden geçirilecek, vaka ve aşısız/eksik aşılı temaslılarına OPV aşısı yapılacaktır.
- Eğer vakanın bulunduğu bölgede rutin aşı oranı %80'in altında ise 0-59 ay grubundaki çocukların eksik aşılarını tamamlamaya yönelik, bölge çevresini de içeren, rutin aşılama çalışmaları başlatılacaktır.

TSHGM ve Laboratuvarlar :

- Sıcak vaka ile ilgili bildirim TSHGM tarafından en kısa sürede DSÖ'ne de iletilecektir.
- İllerden gelen sıcak vakalara ve bunların temaslılarına ait numuneler Ulusal Laboratuvarlarda öncelikle incelemeye alınacak ve eş zamanlı olarak incelenmek üzere Bölge Referans Laboratuvarına hiç bekletilmeden gönderilecektir. Laboratuvarlardaki numune analizi sonuçları hiç bekletilmeden Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bildirilecektir.

2. POLİOVİRÜS ÜREMİŞ SICAK AFP VAKASI DURUMU:

Tanım: Bu vakalar herhangi bir yaşta belirlenen ve poliovirüs izole edilen ama henüz intra tipik ayrımı tamamlanmamış sıcak AFP vakalarıdır.

Yapılacak Aktiviteler:

TSHGM ve Laboratuvarlar :

- Bu vakaların laboratuvar sonuçları (poliovirüs izolasyonu sonrası ve intratipik ayrım aşaması sürerken) laboratuvarlar tarafından 24 saat içinde TSHGM'ne ve oradan da en kısa sürede İl PEP sorumlusu ve DSÖ'ne bildirilecektir.
- Eğer daha önce alınmamışsa vakanın temaslılarından alınan numuneler öncelikle incelemeye başlanılacak ve eş zamanlı olarak hiç bekletilmeden Bölge Referans Laboratuvarı'na gönderilecektir.

İl PEP Sorumlusu :

- Vaka ve temaslılarının çevresini de içeren ayrıntılı bir inceleme ile başka AFP vakası olup olmadığı araştırılacaktır.
- Eğer daha önce alınmamışsa vakanın en az 5 yakın temaslısından aşılama öncesi numuneler alınacaktır. Alınan numuneler hiç bekletilmeden laboratuvara iletilecektir.
- Vaka ve yakın temaslıları önceki aşılanma durumlarına bakılmaksızın tek doz aşı ile aşılanacaktır.
- 48 saat içinde paralitik poliomyelit enfeksiyonunu içeren güçlendirilmiş aktif sürveyans çalışması başlatılacaktır.
- Klinisyenler ve laboratuvarlar durum hakkında bilgilendirilecektir.
- İl düzeyinde öncelikli hastanelerden günlük AFP raporu istenecektir.

- Öncelikli hastanelerde 5 yaş altı çocuklarda (yüksek riskli bölgelerden başvuranlar veya hastaneye yatırılan çocuklar gibi) veya sağlıklı çocuklarda gaita araştırması ve çevresel sürveyans düzenlenmesi TSHGM ile değerlendirilecektir.
  Güçlendirilmiş aktif surveyans çalışmaları intratipik ayrım ile vahşi virüs olmadığı gösterilene kadar sürdürülecektir.
- Risk altındaki populasyon ve vakanın bulunduğu bölgenin çevresini de kapsayan alanın aşı oranları TSHGM ile hızla gözden geçirilecek ve gerekli olan bölgelerde belirlenen yaş grubundaki çocuklara mop-up stratejisi ile ev ev gezilerek aşılama çalışması yürütülecektir.

3. VAHŞİ VİRÜS İZOLASYONU DURUMU:

Tanım: Olası poliomyelit vakasından (paralitik veya non paralitik) intra tipik inceleme ile vahşi virüs olduğunun gösterilmesi durumudur. Aşı türevi poliovirüs, vahşi poliovirüse benzer özellikler gösterdiğinden saptanması durumunda yapılacak aktiviteler aynıdır.

Bir vahşi poliovirüsün izole edilmesi ulusal bir acil durum olarak değerlendirilecektir.

Böyle bir durum gerçekleştiğinde laboratuvar tarafından 24 saat içinde TSHGM'lüğü haberdar edilecek ve TSHGM tarafından en geç 24 saat içinde tüm iller ve DSÖ bilgilendirilecektir.

Her vahşi poliovirüs izolasyonu derhal araştırılacaktır. Virüsün kaynağının tespiti amacıyla derhal tam bir klinik, virolojik ve epidemiyolojik araştırma başlatılacaktır. Vaka araştırması, kişinin veya temaslısının virüsle endemik bir ülkede karşılaşıp karşılaşmadığını ortaya çıkarmak amacıyla tüm seyahat ve temas öyküsünü, ilgili diğer bilgileri ve epidemiyolojik verileri kapsayacak şekilde olacaktır. Bölge referans laboratuvarında genetik inceleme yoluyla virüsün coğrafik kökeni belirlenecektir.

48 saat içinde **güçlendirilmiş aktif surveyans** çalışmaları paralitik ve non paralitik vakaları da kapsayacak şekilde başlatılacaktır.

Bu kapsamda;

a) Klinisyenler ve laboratuvarlar durum hakkında bilgilendirilip aktif sürveyans çalışmasına dahil edilecektir.
b) Ulusal düzeyde öncelikli hastanelerden günlük AFP bildirimi başlatılacaktır.
c) Öncelikli hastanelerde, 5 yaş altı çocuklarda, yüksek riskli bölgelerden başvuran çocukları ve hastaneye yatırılan çocukları kapsayan gaita araştırmaları yürütülecektir. Araştırmanın boyutu veriler ışığında belirli bölgelerden ulusal düzeye kadar değişebilir.
d) Sağlam çocuklarda gaita araştırması ve gerekli görülürse serolojik araştırma planlanacaktır.
e) Gerekli görüldüğü takdirde yüksek riskli alanlarda çevresel sürveyans çalışması yürütülecektir.

Güçlendirilmiş aktif surveyans aktiviteleri vahşi virüs dolaşımının durduğu belgelenene kadar devam edecektir.

Geriye dönük vaka araştırması yapılacaktır.

a) Vaka çıkan alanda, ona komşu illerde, yüksek riskli bölgelerde ve gruplarda sahada geriye dönük vaka sorgulaması yürütülecektir.
b) Geçmiş 6-12 ayı kapsayacak şekilde öncelikli hastanelerde geriye dönük kayıt incelemesi yapılacaktır.

c) Laboratuvarlar son dönemdeki tiplendirilmemiş enterovirüsler ve incelemesi devam eden gaita virüslerinin incelenmesini bir an önce sonlandıracaktır.

Risk altındaki bölge ve grupların aşılama oranları hızla gözden geçirilecek ve mop-up, SNID veya UAG boyutunda destek aşılama çalışması yürütülecektir. Vakanın epidemiyolojik durumuna göre en az 5 yaş altı grubu kapsayacak şekilde çocukların önceki aşılanma durumuna bakılmaksızın aşılama yapılacaktır.Aşılama cevabının boyutuna vaka/vakaların epidemiyolojik verileri değerlendirilerek karar verilecektir.

Laboratuvarda polio virüslerin kontrolü ve yok edilmesi (containment) Ulusal faaliyet planı yeniden gözden geçirilecektir.

Kapsamlı bir araştırmadan sonra, vakalar importe ve yerli olarak sınıflandırılacaktır. Eğer genetik inceleme verileri virüsün başka bir ülkede dolaşan virüs olduğunu gösterirse virüs **importe** olarak kabul edilecektir. Eğer genetik inceleme verileri virüsün ilk kez saptanan bir genotip veya ülkede daha önce de varolan virüs olduğunu gösterirse, bunun tersini ispatlayacak inandırıcı epidemiyolojik kanıt ve bölgede yüksek kaliteli AFP sürveyansı olmadıkça virüs **yerli** olarak kabul edilecektir.

Yapılacak Aktiviteler:

3.a ULUSAL DÜZEYDEKİ AKTİVİTELER

- Ulusal düzeyde aktivitelere karar verecek olan Merkez Koordinasyon Ekibi (Ulusal Sertifikasyon Komitesi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, Merkez Aşılama ve Sürveyans Ekibi, Laboratuvar Ekibi) derhal toplanacaktır. Koordinasyon ve değerlendirme toplantılarına haftalık olarak devam edilecektir.
- DSÖ derhal bilgilendirilecektir.
- Tüm iller vahşi poliovirüs tespit edildiği anda derhal bilgilendirilecektir.
- Bünyesinde sağlık kuruluşu bulunan diğer kurum ve kuruluşlar merkezi düzeyde bilgilendirilecektir.
- Ulusal düzeyde kurulmuş olan Ekip, güçlendirilmiş sürveyans, aşılama cevabının boyutu ve dolaşımın durdurulduğunun belgelendirilmesi ile ilgili çalışmaları DSÖ ile koordineli olarak yürütecektir.
- Vaka çıkan il ve çevresi ve gerekirse diğer illerde yürütülecek geniş kapsamlı aşılama çalışmasının (mop-up, sNID, UAG) boyutunu epidemiyolojik verilere göre belirleyecektir.
- Dolaşımın durdurulduğunun belgelenmesine yönelik sürveyans çalışmaları planlanacak, uygulanacak ve değerlendirilecektir.
- Planlanan ve yürütülen çalışmalarla ilgili DSÖ'ne bilgi verilecektir.

3.b VAKA ÇIKAN İL VE ÇEVRE İLLERDE YÜRÜTÜLECEK AKTİVİTELER

- İlde yapılacak çalışmaları düzenlemek üzere Vali başkanlığında İl Sağlık Müdürü, ilgili Müdür Yardımcısı, Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü, İl PEP Sorumlusu ve ilgili tıp uzmanlarının katılımı ile Koordinasyon Grubu kurulacaktır.
- Vahşi poliovirüs tespit edildiği ve başka vakalar da çıkabileceği konusunda ildeki tüm Sağlık Personeli ve Sağlık Kuruluşları bilgilendirilecektir.

- Planlanan ve yürütülen faaliyetlerle ilgili ilçelerden günlük rapor alınacak ve Bakanlık merkezine günlük olarak iletilecektir. Merkez ekibin belirleyeceği tarihten sonra günlük raporlar haftalık olarak bildirilecektir.
- AFP vakalarının aktif araştırılması için derhal **güçlendirilmiş aktif sürveyansa** başlanacaktır.
- AFP vakalarının tespitine yönelik **sahada aktif vaka araştırmasına** başlanılacaktır
- Aşılama çalışmalarına başlamadan önce vakanın ev halkı ve yakın temaslılarından gaita numuneleri alınacaktır.
- Derhal salgın kontrol önlemi olarak aşılama cevabı başlatılacaktır. Aşılama tek doz olarak en az bir il düzeyinde (vakayı çevreleyen ilçeler) geniş kapsamlı, 5 yaş altındaki tüm çocukları kapsayacak şekilde hemen gerçekleştirilecektir. Yaş sınırı epidemiyolojik bulgulara göre yükseltilebilir. Ulusal düzeyde planlanacak aşılama cevabının (mop-up, sNID, UAG) planlanıp başlatılması ile de aynı bölgelerde aşısız çocuk kalmayacak şekilde 2 tur halinde tekrar aşılama yapılacaktır.
- Olası virüs dolaşımının tespitine yönelik ek surveyans çalışmaları ve aşılama sonrası dolaşımın durduğunun belgelenmesine yönelik faaliyetler merkez ekiple koordineli bir şekilde yürütülecektir.

3.e VAKANIN SAPTANDIĞI BÖLGE İLE KOMŞULUĞU OLMAYAN DİĞER İLLERDE YÜRÜTÜLECEK AKTİVİTELER

- Sağlık Müdürlüğü düzeyinde Sağlık Müdürü, ilgili Müdür Yardımcısı, Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü, İl PEP sorumlusu ve ilgili tıp uzmanlarının katılımı ile bir Koordinasyon Grubu oluşturulacaktır.
- İl yöneticileri konu hakkında bilgilendirilecektir.
- Ülkemizde Vahşi poliovirüs tespit edildiği ve başka vakalar da çıkabileceği konusunda İldeki tüm Sağlık Kuruluşları ve Sağlık Personeli bilgilendirilecektir.
- Rutin saha çalışması yürüten sağlık personeli, sahada AFP vakalarının aranması konusunda uyarılacaktır.
- Özellikle sıcak vaka tanımına uyan vakaların hızla incelenmesi ve vaka ve temaslılarından alınan numunelerin laboratuvara derhal ulaştırılması sağlanacaktır.
- Aktif sürveyans çalışmaları güçlendirilerek devam edecektir.
- Merkez ekiple koordineli olarak aşılama cevabının gerekliliği ve boyutu belirlenecektir.
- İlde planlanan ve yürütülen faaliyetlerle ilgili olarak haftalık faaliyet raporları Bakanlık merkezine bildirilecektir.
- Sağlık Ocakları düzeyinde eksik aşılı çocuklar belirlenecek ve aşılanmaları sağlanacaktır.
- Olası virüs dolaşımının tespitine yönelik ek surveyans çalışmaları (sağlam çocuk taraması, çevresel sürveyans vb.) merkez surveyans ekibi ile koordineli olarak yürütülecektir.
- Ulusal düzeyde veya belirli illerde ek surveyans aktiviteleri (çevresel surveyans, sağlam çocuk taraması, serolojik araştırma gibi) yapılması planlanırsa bu aktivitelerin illerindeki koordinasyonu ve uygulanmasını sağlayacaklardır.
- Ulusal düzeyde planlanacak 2 turlu aşılama cevabı (mop-up, sNID, UAG) ile ilgili uygulamanın aşısız çocuk kalmayacak şekilde yürütülmesi sağlanacaktır.

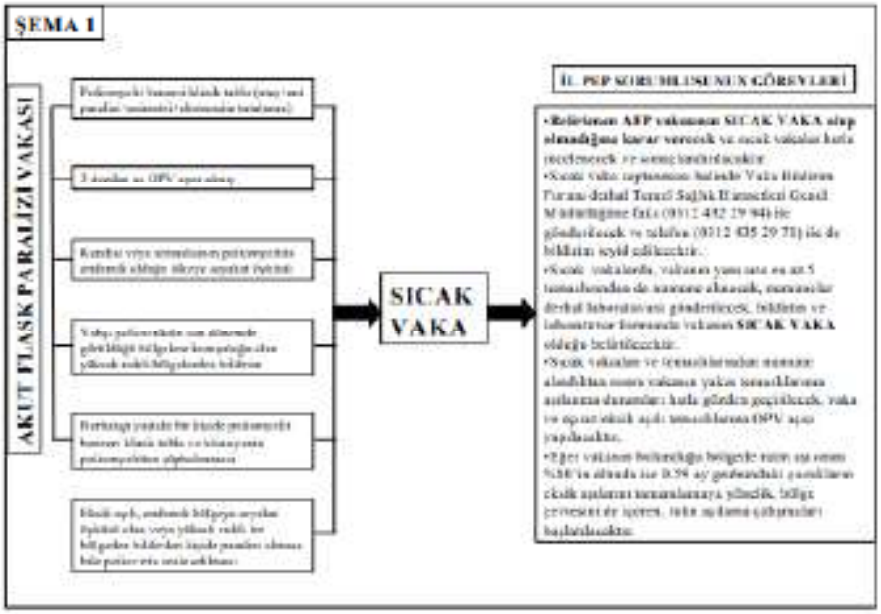
DESTEK AŞILAMA CEVABININ BOYUTU:

Herhangi bir vahşi poliovirüs tespiti derhal geniş kapsamlı destek aşılama ile cevaplanacaktır. Hedef nüfus ve aşılama cevabının büyüklüğü;

- Devam eden virüs dolaşımının kanıtlarına,
- Dolaşımın yaygınlığına,
- Genel populasyonda veya aşısız belli bir grupta ortaya çıkmasına,
- Yaygın dolaşım potansiyeline (altyapı koşullarının kötü olduğu yerler, kalabalık kentsel bölgeler ve bağışıklama oranlarının düşük olduğu alanlarda poliovirüsün hızlı yayılım potansiyeli fazladır),
- Lokal veya uzak yayılıma
- Vakanın epidemiyolojik özelliğine göre belirlenecektir.
- Yüksek riskli bölgelere öncelik verilerek ve ev ev dolaşılacak şekilde detaylı planlama yapılacaktır.

GEREKLİ DOKÜMANTASYON:

Merkez Koordinasyon Ekibi tarafından belirlenen güçlendirilmiş sürveyans aktiviteleri Ulusal Sertifikasyon Komitesi tarafından dolaşımın durduğu belgelenene kadar sürdürülecektir. Bir vahşi poliovirüsün tespit edilmesi ulusal bir acil durum olarak değerlendirildiğinden, detaylı ve kapsamlı bir dokümantasyon hazırlanarak epidemiyolojik zemin, laboratuvar sonuçlarını da içeren vaka araştırma bulguları, aşılama cevabının tanımlanması ve güçlendirilmiş sürveyans sonuçları anlatılmalıdır. Uzmanlar grubu koordinasyonu ile hazırlanan son rapor Sağlık Bakanına ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürüne sunulacaktır. Konu hakkında DSÖ de bilgilendirilecektir.



DAİMİ GENELGE

DAİMİ GENELGE

6.3.18. Bulaşıcı Hastalıklar ile Mücadele Rehberi Genelgesi (2018/22)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 13588366
Konu : Bulaşıcı Hastalıklar İle Mücadele Rehberi

GENELGE
2018/22

İlgi : 21/06/2017 tarihli ve 2017/11 sayılı Genelge.

Bulaşıcı hastalıklar, halk sağlığını etkileyen, zamanında müdahale edilmediğinde istenmeyen sosyal ve ekonomik sonuçları da olan hastalıklardır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de değişen çevre ve iklim koşulları, bölgesel düzeyde değişen hijyen uygulamaları, gıda işleme uygulamaları, alt yapı sorunları gibi birçok faktör, solunum yoluyla bulaşan enfeksiyonlar, su ve gıda kaynaklı enfeksiyonlar, zoonotik ve vektörel enfeksiyonlar gibi geniş bir yelpazede bulaşıcı hastalıkların ve salgınların ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Bulaşıcı hastalıklara hazırlıklı olma ve bulaşıcı hastalıkların erken tespiti ile müdahale ve kontrol önlemlerinin alınması aşamalarında İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılacak çalışmalara yol gösterici olması amacıyla hazırlanan "Bulaşıcı Hastalıklar İle Mücadele Rehberi" yeniden güncellenmiştir.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında evvelce yayımlanmış bulunan ilgi (2017/11 sayılı) Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bu kapsamda işbu Genelge ekinde yayımlanmış olup Genel Müdürlüğümüz https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/genelgeler.html adresinde yer alan "Bulaşıcı Hastalıklar İle Mücadele Rehberi"nin tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına tebliği ile il düzeyinde uygulamaların mezkur Rehber'e uygun olarak yürütülmesi hususunda;

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Emine ALP MEŞE
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Ek: Bulaşıcı Hastalıklar İle Mücadele Rehberi (85 Sayfa)

6.3.19. Kutanöz Leishmaniasis Genelgesi (2003/126)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

SAYI :B100TSH0110002
KONU : Kutanöz Leishmaniasis

24.10.2003 16130

GENELGE
2003/126

İLGİ: 25.06.1996 tarihli ve B100TSH0110002/6078 sayılı Genelgemiz.

Bilindiği gibi Leishmaniasis, *Leishmania* cinsi paraziller ile enfekte dişi kum sineklerinin (Tatarcık, Phlebotomus) kan emmesi sırasında insanlara bulaştırdığı bir hastalıktır. İnsanlarda üç tip klinik tablo ile seyreden hastalığın Ülkemizde en çok görülen şekli Kutanöz Leishmaniais (KL) olup, Şanlıurfa, Osmaniye, Adana, Hatay, Kahramanmaraş ve Mersin illerimizde endemik olarak görülmektedir.

Malûm olduğu üzere, KL ile ilgili tanı ve tedavi kriterleri ile vektör ve çevreye yönelik hizmetler ilgi genelgemiz ve ekinde gönderilen Kutanöz Leishmaniosis Kontrol Programı kapsamında verilen bilgiler çerçevesinde yürütülmektedir.

Ancak, ortaya çıkan bir takım gelişmeler ve bu gelişmeler neticesinde yapılan değerlendirmeler, ilgi genelgemiz çerçevesinde yürütülen hizmetlere ilişkin yeni bir mütalâanın gerekliliğini ortaya koymuştur.

Bu meyanda, yeniden değerlendirilen, KL olgularında tanı ve tedavide yaklaşım ilkeleri ekte gönderilmektedir.

Bu nedenle, KL ile ilgili hizmetlerin ilişikteki bilgiler çerçevesinden yürütülmesi ve ilgi genelgemizin iptal edildiği hususlarında bilgilerinizi, keyfiyetin gereği için de ilgililere emirlerinizi rica ederim.

EK: Kutanöz Leishmaniasis Olgularında
Tanı ve Tedavide Yaklaşım (3 sf.)

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

DAĞITIM:
A Planı

DAİMİ GENELGE

KUTANÖZ LEİSHMANİASİS OLGULARINDA TANI VE TEDAVİDE YAKLAŞIM

1. Kutanöz Leishmaniasis (KL) Olgularında Klinik Yaklaşım

KL düşünülen lezyonların klinik özellikleri:

- Genellikle vücudun giysi ile örtülmeyen açık olan kısımlarındaki deriye lokalize,
- Uzun süredir (en az 1 ay) iyileşmeyen,
- Sekonder olarak bakterilerle infekte olmadıkça ağrısız,
- Eritemli papül, nodül, nodülo-ülseratif, plak, ülsere plak şeklinde,
- Ülserleşmiş lezyonların üzerinde alta sıkıca yapışık krutlu, kenarları lastik silgi kıvamında endurasyon gösteren (merkezinde krateri olan volkan biçiminde) lezyon.
- Lezyonlar, yaz aylarında ve geceleri aktif olan tatarcık (*Phlebotomus*) sineğinin beslenmek için kan emdiği deri bölgesinde, 4-8 aylık inkübasyon döneminden sonra ortaya çıkan, ağrısız, eritemli bir papül şeklinde başlar. Lezyon, 1-2 ay içerisinde büyüyerek 1-2 cm çaplı nodüle dönüşür. Nodüler lezyon zaman içerisinde merkezden ülserleşerek krutla kaplanır. Tedavisiz olgularda lezyon doğal seyri genellikle 1-1,5 yıllık süreç içinde ömür boyu süren depresif skar bırakarak iyileşir. İyileşmeden sonra kişiyi ömür boyu reinfeksiyonlara karşı koruyan doğal bir bağışıklık gelişir.
- Non-endemik bölgelerde de yukarıdaki klinik tanımlamaya uyan lezyona sahip olgularda, özellikle yaz aylarında endemik bölgelere (Örneğin, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Akdeniz Bölgelerine) seyahat öyküsü açısından ayrıntılı anamnez alınmalıdır.

2. KL Olgularında Laboratuar Yaklaşımı

- KL klinik tanısıyla uyumlu her olgu parazitolojik olarak doğrulanmalıdır.
- Parazitolojik olarak doğrulama, en sık *direk mikroskobik bakı (smear)* veya *kültür* yöntemleri ile yapılır.

Direkt Mikroskopik Bakıda kullanılacak materyalin elde edilmesi:

- Lezyon % 70 'lik alkol ile iyice temizlenir.
- Lezyon kenarı iki parmak arasında sıkılır ve bir bistüri (tercihen 15 numaralı bistüri) ile yaklaşık 0.5 cm uzunluğunda ve 2-3 mm derinliğinde bir insizyon yapılır.
- Gazlı bez yardımı ile insizyon üzerindeki kan damlası alınır, bu süre içerisinde lezyon kenarına iki parmak ile yapılan basıya devam edilerek kanama önlenir. Bistüri ucu ile insizyonun iç kısmına insizyona dik olacak şekilde kazıma işlemi yapılır ve mümkün olduğunca kansız seröz bir materyal elde edilmeye çalışılır.
- Elde edilen bu materyal lam üzerine nazikçe yayılır. Ardından fikse edilen materyal Giemsa ile boyanır. Boyama sonrasında mikroskobik inceleme 100'lük immersiyon objektifi ile dikkatli bir şekilde yapılır.
- Hücre içerisinde veya dışarısında *Leishmania* amastigot şekillerinin görülmesi ile parazitolojik tanı konur.

Yukarıdaki klinik ve laboratuvar araştırmalarla etken gösterilerek kesin tanı konulamazsa, KL şüphesinin ortadan kaldırılması ve diğer deri hastalıkları ile ayırıcı tanısının yapılabilmesi için dermatoloji uzmanının bulunduğu bir merkeze hastanın yönlendirilmesi uygundur.

Etkenin doğrudan gösterilemediği olgularda, tek başına histopatolojik bulgulara dayanılarak tanı ve tedaviye gidilmesi sakıncalıdır. Parazitolojik doğrulamanın yapılamadığı olguların, bir dermatoloji kliniğinde yeniden değerlendirilmesi uygundur.

3. Tanısı Parazitolojik Olarak Doğrulanmış Olgularda Tedavi Yaklaşımı

Tanısı parazitolojik olarak doğrulanmış bütün olgular tedaviye alınmalıdır. Ancak baş boyun bölgesi dışında, çapı 1cm'den küçük ve tek olan lezyonlar, gelişiminin belli aralıklarla takip edilmesi kaydıyla tedavisiz bırakılabilirler.

Gebe ya da emzirenlerde antimon tedavisinin güvenirliliği ile ilgili yeterli bir bilgi bulunmadığından, sistemik veya intralezyonel tedavi önerilmemektedir.

3.1. İntralezyonel enjeksiyon tedavisi gerektiren olgular

- Aşağıda belirtilen sistemik antimon tedavisi endikasyonu gerektiren olguların dışında kalanların tamamına intralezyonel enjeksiyon tedavisi uygulanabilir.
- Belirgin kardiyak, renal, hepatik ve hematolojik hastalığı bulunan olgularda intralezyonel enjeksiyon tedavisi tercih edilmelidir.

3.2. Sistemik antimon tedavisi gerektiren olgular

- Mukozal ve yarı mukozal tutulumu olan tüm olgular,
- Lokalizasyon itibariyle iyileştiğinde fonksiyon bozukluğuna yol açma riskine sahip lezyonu olan olgular (Örneğin eklem bölgelerine veya göz kapağı gibi alanlara yerleşmiş olanlar.),
- Burun ve kulak sayvanı gibi altında kıkırdaklı dokunun bulunduğu deri bölgelerinde gelişmiş ülsere ve enflamatuvar lezyonlu olgular,
- Yukarıda belirtilen bölgeler dışında yerleşmiş çapı 5 cm'nin üzerinde olan enflamatuvar ve/veya ülsere lezyonlu olgular,
- Rezidivan (nüksü) ya da kronik (süresi 2 yıldan uzun) formda lezyonu bulunan olgular,
- Yara iyileşmesini geciktiren kronik (Diabetes mellitus gibi) veya immun yetmezlikle seyreden hastalığı olan ya da immun supresif tedavi alan olgular,
- Multiple lezyonlu (Ondan fazla) olgular.

4. Tedavi Uygulamaları

4. 1.Sistemik Tedavi

Beş değerlikli antimon (**Sb^V**), 10-20 mg/kg/gün (tek dozda uygulanır) 12-15 gün süreyle parenteral olarak uygulanır.

Pentostam® (sodyum stiboglukonat) ticari preparatının 1 ml'sinde 100 mg'a eşdeğer Sb^V bulunurken, Glucantime® (meglumine antimonate) ticari preparatının 1 ml'sinde 85 mg'a eşdeğer Sb^V bulunmaktadır. Glucantime® IM **derin enjeksiyon şeklinde**, Pentostam® IM veya IV uygulanabilir. IV uygulama beş dakika içerisinde yavaş infüzyon şeklinde olmalıdır. Birinci kür tedaviden sonra 1 ay ara verilir ve lezyon bu süre sonunda tekrar değerlendirilir; gerekirse ikinci kür tedavi uygulanabilir.

4. 2. İntralezyonel Tedavi

İnsülin enjektörü veya tüberkulin enjektörü ile uygulanır. İlaç doğrudan enjektöre çekilir. İlaç lezyonun içine intradermal olarak, lezyon tamamen beyazlaşana kadar enjekte edilir. Subkutan dokuya veya damar içerisine kaçırmadan uygulanmalıdır. Kullanılacak optimal doz lezyonun tamamını beyazlatan dozdur. Büyük lezyonlarda, lezyonun tamamını beyazlatabilmek için birden fazla noktadan enjeksiyon yapılması gerekebilir. Lezyon ülsere ise, ilacın dışarı kaçmasını önlemek için enjeksiyon ülser kenarına, ülsere paralel olarak uygulanır.

Haftada 1 veya 2 kez olmak üzere toplam 5 doz enjeksiyon genellikle yeterlidir. Bu tedavinin tamamlanmasından 1 ay sonra yapılan kontrollerde lezyonda tam iyileşme sağlanamamış ise ikinci kür tedavi uygulanabilir. Tedavisi tamamlanan olguların, relapslar açısından üç ayda bir, bir yıl süreyle kontrol edilmesi uygundur.

Tedaviye yanıtın alınamadığı olguların *dermatoloji uzmanının* bulunduğu bir merkeze sevk edilmesi önerilir.

5. Kontrol Önlemleri:

- Çalışma amaçlı kitlesel yer değiştirmelerde (Örneğin mevsimsel işçiler), gidilen yerdeki il sağlık müdürlüğü tarafından, kişilerin şark çıbanı açısından kontrolden geçirilmesi, şüpheli olguların incelemesinin yapılması ve gerekirse tedaviye alınması,
- İnce delikli cibinlik veya insektisitli cibinlik kullanımının teşvik edilmesi,
- Ev ve hayvan barınaklarının fiziksel koşullarının iyileştirilmesi (ahırların sıvanması ve kireçle badana yapılması, kalıcı insektisit uygulanması),
- Hastalığın görüldüğü illerde şark çıbanı merkezleri oluşturulması ve buralarda çalışan sağlık personelinin teorik ve pratik eğitimlerinin yapılması; ayrıca, bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması,
- Halk eğitimlerinin yapılması,
- Tatarcığın yaşama alanlarının ıslahına ilişkin çalışmalar yapılması,
- İlgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapılması ve diğer kurumların da konuya gereken hassasiyeti göstermelerinin sağlanması gerekmektedir.

6.3.20. Aşı ile Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansı Genelgesi (2016/23)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 21001706
Konu : Aşı İle Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansı Genelgesi

GENELGE
2016/23

İnvaziv bakteriyel hastalıklar menenjit, bakteriyemi ya da sepsis, epiglotit, bakteriyeminin eşlik ettiği pnömoni, septik artrit, osteomiyelit, perikardit ve selülit olarak tanımlanmaktadır. Halen, invaziv bakteriyel hastalıklara neden olan üç etken için (*Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae tip b*) aşı bulunmaktadır.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP); Hemofilus influenza tip b'ye (Hib) bağlı hastalıklar ile Streptokokus pnömoniye'ye bağlı invaziv pnömokokal hastalıkların morbidite ve mortalitesinin azaltılarak kontrol altına alınması amacıyla yürütülen bağışıklama hizmetlerini de içermektedir. Ülkemizde, Hib aşısı uygulamasına, 25 Aralık 2006 tarihinde, 25 Ekim 2006 tarihinden itibaren doğan çocuklara uygulanmak üzere başlanmıştır. Nisan 2004 tarihinden itibaren doğan çocuklara Mart 2008-Haziran 2009 tarihleri arasında yakalama aşılaması yapılmıştır. Aşı, Ocak 2008 tarihinden itibaren DaBT-İPA-Hib aşısı şeklinde uygulanmaktadır. Konjuge pnömokok aşısı (KPA) 7 bileşenli olarak, Mayıs 2008 tarihinden itibaren doğan çocuklara Kasım 2008 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Nisan 2011 tarihinde 13 bileşenli KPA uygulamasına geçilmiştir.

S.pneumoniae ve *H. influenzae tip b*'ye bağlı invaziv hastalıkların kontrolü programının amacı *S. pneumoniae* ve Hib'e bağlı invaziv bakteriyel hastalıkların kontrolünün sağlanması, bu hastalıklara bağlı ölüm ve sakatlıkların engellenmesi olarak belirlenmiştir. Hedef, *S. pneumoniae* ve Hib'e bağlı invaziv bakteriyel hastalıkların insidansının belirlenmesi ve aşılama ile diğer önlemlere bağlı hastalık insidansında azalmanın izlenmesidir. Bağışıklama, politik kararlılık, sosyal mobilizasyon ve diğer destekleyici çalışmaların yanısıra sürveyansın yürütülmesi de temel program stratejileri arasında yer almaktadır.

Ülkemizde meningokokal hastalıklara yönelik vaka bazlı sürveyans, temaslı takibi ve kontrol önlemleri çalışmaları yürütülmektedir. Meningokok aşısı; GBP kapsamında yer almamakla birlikte, seyahat sağlığı kapsamında vakaların endemik olarak görüldüğü ülkelere girişte zorunlu uygulamalar arasında yer almakta olup Suudi Arabistan tarafından da Hac ve Umre ziyaretçileri için yaptırılması zorunlu kılınmaktadır. Ayrıca yüksek risk altında olmaları nedeniyle silah altına alınan er ve erbaşları da uygulanmaktadır.

Aşı İle Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansı programı kapsamında; menenjit, sepsis ve bakteriyeminin eşlik ettiği pnömoniyi içeren invaziv meningokokal hastalık, invaziv *H.influenza* hastalıkları ve invaziv Pnömokokal hastalıkları bulunmaktadır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 21001706
Konu : Aşı İle Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansı Genelgesi

1) Aşı İle Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansının amaçları:

a) İnvaziv bakteriyel hastalık düzeyini ulusal düzeyde tahmin etmek.

b) *H. influenzae, S. pneumoniae* ve *N. meningitidis* nedeniyle oluşan invaziv bakteriyel hastalık düzeyini ulusal düzeyde tahmin etmek.

c) *H. influenzae, S. pneumoniae* ve *N. meningitidis*'in neden olduğu invaziv hastalıklarda mevcut serogrup/serotip dağılımını ve zaman içindeki değişimini takip etmek.

d) Gerektiğinde invaziv izolatlar arasında klonal ilişki ortaya konularak vakalar arasındaki epidemiyolojik bağlantıyı saptamak.

e) Antibiyotik direncinde zaman içerisinde olabilecek değişimi izlemek.

f) GIBP kapsamında mevcut ve yeni aşıların kullanımına veya değişimine ilişkin kanıta dayalı karar vermek için ön bilgi sağlamak.

g) Bağışıklama programının ve aşıların etkinliğini hastalık düzeylerindeki ve serotiplerdeki değişimleri izleyerek değerlendirmek.

h) Ülkemiz için daha etkin olabilecek aşı formülasyonlarının oluşturulmasına katkıda bulunmak ve aşılama politikalarına yardımcı olmak.

i) İnvaziv meningokokal hastalık ve invaziv *H.influenza* vakaları ile temas eden kişilerin ve kümelenme durumunun belirlenmesi ve riskli kişilere yönelik kontrol önlemlerinin alınmasını sağlamak,

j) İnvaziv pnömokokal hastalık vakalarının kümelenme durumunun belirlenmesi ve gerektiğinde kontrol önlemlerinin alınmasını sağlamak olarak belirlenmiştir.

2) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların ülke genelindeki bildirimi Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi (2015/18) kapsamında yürütülmektedir. Aşı ile Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıkların Sürveyansı kapsamında yer alan hastalıkların bildirimi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından yayınlanan Aşı ile Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıkların Sürveyansı Rehberi'ne uygun olarak ulusal sürveyans yanı sıra belirlenmiş illerde toplum temelli aktif sürveyans ile yapılacaktır.

a) Ulusal sürveyans kapsamında:

- Ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurumlarından vaka sınıflaması şüpheli, olası, kesin olan invaziv meningokokal hastalıkların bildirimi.
- Ülke genelinde hizmet veren tüm yataklı tedavi kurum ve kuruluşlarından vaka sınıflaması kesin olan invaziv pnömokokal hastalıklar ile invaziv *H.influenza* hastalıklarının bildirimi.

b) Toplum temelli aktif sürveyans kapsamında:

Ankara, Bursa, Samsun, Gaziantep ve İzmir illerinin merkez ilçelerindeki belirlenmiş olan hastanelerden, vaka sınıflaması şüpheli, olası, kesin olan invaziv meningokokal hastalıklar, invaziv pnömokokal hastalıklar ile invaziv *H.influenza* hastalıklarının bildirimi yapılacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

K-Q
TSE-ISO-EN
9000

Sayı : 21001706
Konu : Aşı İle Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansı Genelgesi

3) Ulusal sürveyans kapsamında kesin invaziv meningokokal, invaziv pnömokokal hastalıklar ile invaziv *H.influenza* hastalıklarında saptanan izolatlar Halk Sağlığı Müdürlükleri(HSM) tarafından kargo veya kurye ile THSK Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığına (MRLDB) gönderilecektir.

4) Toplum temelli aktif sürveyans kapsamında olası bakteriyel menenjit, olası meningokokal menenjit, olası meningokokal sepsis hastalıklarından alınan klinik örneklere yönelik laboratuvar çalışması yapılamıyor ise örnekler, HSM tarafından THSK tarafından yetkilendirilmiş Halk Sağlığı Laboratuvarına gönderilecektir. Yatıklı tedavi kurumları ile halk sağlığı laboratuvarlarında elde edilen izolatlar ve moleküler tabanlı yöntemlerde üçlü patojen araştırmasında pozitif tespit edilen klinik örnekler HSM tarafından THSK MRLDB'ye gönderilecektir.

5) Aşı ile Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıkların Sürveyansı kapsamında yürütülecek çalışmalarda kullanılmak üzere hazırlanan Rehber Genelgemiz ekinde yer almaktadır.

Aşı ile Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıkların Sürveyansı Rehberi'nin tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına tebliği ile il düzeyinde uygulamaların mezkur Rehbere uygun olarak yürütülmesi hususunda bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

Ek: Aşı ile Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıkların Sürveyansı Rehberi (....sayfa)

Dağıtım
81 İl Valiliğine
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

6.3.21. Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi (2015/18)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 13588366
Konu : Bulaşıcı Hastalıkların
İhbar ve Bildirim Sistemi

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - THSK
BULAŞICI HASTALIKLAR DAİRE BAŞKANLIĞI
23/10/2015 23:27 / 13588366 / 010.05.99 / 051
0001459714 2

GENELGE
2015/.. 18...

Dünyada eski çağlardan günümüze kadar bulaşıcı hastalıklar, sık ve yaygın görülmesi, ölümlere, başka hastalıklara ya da sakatlıklara yol açması, iş gücü ve maddi kayıplara sebep olması dolayısıyla ile her zaman ülkelerin öncelikleri arasında yer almış ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, koruma ve kontrol önlemlerinin alınması için birçok çalışmalar yapılmıştır. Ticaret, turizm gibi sebeplerle gerek ülke içinde gerekse ülkelerarası seyahatlerin artması nedeniyle bulaşıcı hastalıkların ilk ortaya çıktığı bölge veya ülke ile sınırlı kalmayıp kolaylıkla ve hızlı bir şekilde yayıldığı dikkate alındığında, bulaşıcı hastalıklara karşı koruma ve kontrol önlemlerinin alınması zorunluluğu artarak devam etmektedir.

Ülkemizde, bulaşıcı hastalıkların mortalitesi ve morbiditesinin azaltılması amacı ile oluşturulan bulaşıcı hastalıkların sürveyansı sistemi kapsamında, sağlık politikalarının belirlenmesi, hastalıklara ait kontrol programlarının oluşturulması, programların izlenmesi ve gerektiğinde yeni düzenlemeler yapılması amacı ile kullanılan temel veri kaynaklarının en önemlilerinden biri bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirimi ile elde edilen bilgilerdir.

Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirimi ile alakalı olarak Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği 30/05/2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Daha sonra mevcut yönetmelikte yer alan ve hastalıkların bildirimlerinde kullanılan standart vaka tanımlarında güncelleme yapılarak mezkur yönetmelik değişikliği 02/04/2011 tarihli ve 27891 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

Bulaşıcı hastalıkların halk sağlığı açısından tehdit oluşturma özellikleri olması ve bu tehditlerin erkenden saptanarak gerekli koruma ve kontrol önlemlerinin alınabilmesi amacı ile hastalık ihbar ve bildirimlerinin tanı koyan tüm hekimler tarafından yapılması gerekmektedir.

Bulaşıcı hastalıkların ihbar ve bildirimi konusunda sağlık bilgi sistemlerine yönelik çalışmalar halen devam etmekte olup, bu süreç içerisinde bulaşıcı hastalıkların ihbar ve bildirimi aşağıdaki hususlara göre yapılacaktır;

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 13588366
Konu : Bulaşıcı Hastalıkların
İhbar ve Bildirim Sistemi

1) Bildirimi zorunlu bir bulaşıcı hastalığın ihbarı ve bildiriminden sağlık hizmeti veren bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişiler sorumludur.

2) Ülke genelinde hizmet veren üniversiteler de dâhil olmak üzere tüm yataklı tedavi kurumlarında bulaşıcı hastalıkların takibi ve bildirimlerinden sorumlu sürveyans sorumlusu belirlenecektir. Yataklı tedavi kurumlarının büyüklüğüne göre sürveyans sorumlusuna yardımcı olmak üzere personel görevlendirilecektir. Görev alacak kişiler sağlık personeli arasından belirlenecek ve başhekim yardımcısına bağlı olarak hizmet verecektir. Kurum ve kuruluşlar tarafından konu ile ilgili kişilerin isimleri ve bu isimlerin değişiklikleri halk sağlığı müdürlüğüne (Müdürlük/HSM) bildirilecektir.

3) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Kurum) tarafından, belirlenen bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklara ait standart vaka tanımları ve tanı kriterleri, hastalıkların gruplandırılması, sürveyans gerekçeleri ve sürveyans şekli, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi ile yayımlanacak olup bu rehbere göre iş ve işlemler tesis edilecektir.

4) Sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan hastane bilgi yönetim sistemi ve aile hekimliği bilgi sistemi gibi yazılım programlarında, bulaşıcı hastalık bildirim ekranına (Form-014 - Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Formu (Ek-1)) hastanın kimlik bilgileri, kayıtlı ikamet adresi bilgisi, hastalığa ait bilgilerden hastalık adı ve hastalık kodu ile bildirim yapan kurum ve kişi bilgilerinin tam olarak gelmesi sağlanacaktır. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tanısı koyan her hekim tarafından, hastalığın bildiriminin yapılması için bu bildirim ekranında bulunan boş alanlara ait bilgiler girilecektir.

5) Aile hekimleri tarafından yazılım programında bulunan bulaşıcı hastalık bildirim ekranında yer alan bilgiler doldurulacak ve Sağlık Bilgi Sistemlerine günlük olarak gönderilecektir.

6) Diğer sağlık kurum kuruluşlarında görev yapmakta olan hekimler tarafından ise yazılım programında bulunan bulaşıcı hastalık bildirim ekranında yer alan bilgiler doldurulacak, sonrasında Form-014 çıktısı alınacaktır. Bu Form-014'lere ait çıktılar sağlık kurum ve kuruluşları tarafından, sağlık kurumunun bulunduğu ilçedeki Toplum Sağlığı Merkezine (TSM) günlük olarak gönderilecektir. Ayrıca bu sağlık kurum ve kuruluşları günlük olarak Sağlık Bilgi Sistemlerine veri gönderimine de devam edeceklerdir.

7) Aile hekimlerinden elektronik ortamda yapılan bulaşıcı hastalık bildirimlerinin Sağlık Bilgi Sistemleri aracılığı ile TSM tarafından görülmesi sağlanacaktır.

8) Bildirimi yapılan hastalıklara ait raporların Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) içinde görülmesi sağlanacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 13588366
Konu : Bulaşıcı Hastalıkların
İhbar ve Bildirim Sistemi

9) Form-014 veya Sağlık Bilgi Sistemlerinden alınan bildirimler ayrıca kişinin ikamet ettiği bölgedeki TSM'ye gönderilmeyecektir.

10) TSİM'de yer alan veriler, TSM ve HSM tarafından kontrol edilecek ve analizleri yapılacaktır.

11) THSK ilgili Daire Başkanlıkları tarafından raporlamalar değerlendirilecektir.

12) Kurum tarafından sentinel ve sendromik sürveyans kapsamında değerlendirilen akut bağırsak enfeksiyonu, makülopapüler döküntülü hastalıklar, akut flask paralizi, maternal neonatal tetanoz ve influenza gibi bazı özel hastalıklar ve sendromlar için özel sürveyanslar yürütülmektedir. Bu hastalıklara ait bildirimler, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi ve ayrıca yayınlanan ilgili mevzuatlar çerçevesinde yapılacaktır.

13) İhbar ve bildirim sistemi kapsamında bulaşıcı hastalıklar ve etkenler Ek-2'deki tanımlanan dört grup halinde takip edilecektir. Bu gruplar;

a) A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar,

b) B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar,

c) C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar,

d) D Grubu Bildirimi Zorunlu Etkenler,

A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar; ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından bildirimi yapılacak hastalıkları kapsar. Hastalığın bildirimi yukarıda belirtilen usuller ve Ek-3'deki akış sistemi çerçevesinde yapılacaktır.

B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar, uluslararası bildirimi zorunlu olan hastalıkları ve durumları kapsar. Ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından yapılacak hastalığın bildirimi yukarıda belirtilen usuller ve Ek-4'deki akış sistemi çerçevesinde yapılacaktır. Bu grupta yer alan hastalıklarda ayrıca aşağıdaki esaslara uyulacaktır.

a) Bu hastalıklar tespit edildiği anda, tek vaka görülmesi durumunda dahi, ivedilikle, en hızlı iletişim araçları kullanılarak, direkt olarak Müdürlüğe İHBAR edilecektir. Müdürlük tarafından da en hızlı iletişim araçları kullanılarak Kurum'a bildirilecektir.

b) Bu hastalıklar için, Kurum tarafından uluslararası bildirim yapılacaktır.

c) Hastalık ile ilgili olarak Kurum ve/veya Müdürlük kanalı ile inceleme başlatılacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 13588366
Konu : Bulaşıcı Hastalıkların
İhbar ve Bildirim Sistemi

C Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıklar, yataklı tedavi kurumları tarafından bildirimi yapılacak hastalıkları kapsar. Hastalığın bildirimi yukarıda yer alan esaslar ve Ek-5'de yer alan akış şeması çerçevesinde yapılacaktır.

D Grubu Bildirimi Zorunlu Etkenler, tanı koyma kapasitesine sahip veya sentinel laboratuvarlar tarafından tespit edilen etkenleri kapsar. Laboratuvarlardan enfeksiyöz etkenin bildirimi aşağıda yer alan esaslar ve Ek-6'da yer alan akış şeması çerçevesinde yapılacaktır.

a) Etkenin bildirimi; laboratuvarlarda görevli hekimler tarafından Form-014D "Grup D – Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi" (Ek-7) doldurularak, sağlık kurum ve kuruluşlarının sürveyans sorumlusuna günlük olarak gönderilecektir.

b) Sağlık kurumunun sürveyans sorumlusu tarafından, Form-014D'ler, günlük olarak TSM'ye gönderilecektir.

c) TSM'ler tarafından, Form-014D'lerin, aynı gün, Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) içinde bulunan Form-014D Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Etken Bildirim Formu sayfasına kayıt edilecektir.

ç) TSİM tarafından bildirimlerin yaş, cinsiyet, ikamet adresi, bildirim yapan kuruluş, hastalık etkeni dağılımına ait raporlaması günlük olarak yapılacaktır.

d) TSİM'de yer alan veriler, TSM ve HSM tarafından kontrol edilecek ve analizleri yapılacaktır.

e) THSK ilgili Daire Başkanlıkları tarafından raporlamalar değerlendirilecektir.

14) B grubunda yer alan hastalıkların dışındaki herhangi bir bulaşıcı hastalık ya da durumun halk sağlığı tehdidi oluşturma riski ve uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumları Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği ekinde yer alan karar aracı kullanılarak değerlendirilecek ve sonrasında Kurum tarafından uluslararası bildirimine karar verilecektir (Ek-8).

15) Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberinde belirlenen İHBARI gereken hastalıklar tespit edildiğinde, derhal bütün sağlık kurum ve kuruluşları tarafından, en hızlı şekilde telefon, fax gibi iletişim araçları ile TSM'ye derhal ihbarı yapılacaktır. Bu ihbardan sonra yukarıda yer alan esaslar çerçevesinde hastalık bildirimleri yapılacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 13588366
Konu : Bulaşıcı Hastalıkların
İhbar ve Bildirim Sistemi

16) Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberinde belirtilen hastalıklar için, hastalığın etkeninin, kaynağının tespit edilmesi ve yayılımının engellenmesi amacı ile TSM tarafından filyasyon çalışmalarına başlanacaktır.

17) Gerekli durumlarda filyasyon çalışmalarına aile hekimleri ve halk sağlığı müdürlükleri de katılacaktır.

18) İhbar ve bildirim sistemi uygulanırken, dünyada yaşanan gelişmeler doğrultusunda güncellenen bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar listesi ve standart vaka tanımları esas alınacaktır.

Bu Genelge'nin ekleri ile birlikte tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına tebliği ile il düzeyinde uygulamaların Genelge'ye uygun olarak yürütülmesi hususunda;

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

Ek:
1- Form-014 (1 sayfa)
2- Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık Grupları (1 sayfa)
3- A Grubu Hastalıklara Ait Bildirim Akış Şeması (1 sayfa)
4- B Grubu Hastalıklara Ait Bildirim Akış Şeması (1 sayfa)
5- C Grubu Hastalıklara Ait Bildirim Akış Şeması (1 sayfa)
6- D Grubu Hastalıklara Ait Bildirim Akış Şeması (1 sayfa)
7- Form-014D (1 sayfa)
8- Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumları Belirlemede Kullanılan Karar Aracı (1 sayfa)

6.3.22. Tüberkülozlu Hastalarda HIV Testi Sonuçlarının Muhafazası Genelgesi (2011/47)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Daire
Bşk.Epidemiyolojik Değerlendirme ve
22 Temmuz 2011 11:42:41 /2592
11121363

Sayı : B.10.0.VSD.0.00.00.07-427
Konu: Tüberkülozlu Hastalarda HIV Testi Sonuçlarının Muhafazası

GENELGE
2011/47

Tüberkülozlu hastalarda tüberküloz-HIV birlikteliğinin olup olmadığını saptayarak, hasta için en uygun tedavi rejiminin belirlenmesi ve iki hastalık arasındaki etkileşmenin en aza indirgenmesini sağlamak amacıyla 04.03.2011 tarihli ve 2011/14 sayılı "Tüberkülozlu Hastalarda HIV Tanı Testi Yapılması" konulu genelge ile 01.03.2011 tarihinden itibaren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında tüberküloz tanısı alan hastalara HIV-ELISA tanı testi yapılması istenmişti.

Bahsi geçen genelgede "HIV testi sonuçlarının (pozitif ya da negatif) verem savaşı dispanserinde gizlilik ilkelerine uygun şekilde kayıt altına alınması ve hastanın kişisel dosyasında muhafaza edilmesi sağlanmalıdır." denmektedir.

Yapılan değerlendirmeler sonucunda verem savaşı dispanserlerinde hasta dosyalarının muhafaza edildiği arşivlerde gizlilik koşullarının sağlanmasının güç olabileceği düşünülmüş olup ilgili madde aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir:

- HIV(+) tespit edilen tüberküloz hasta bilgileri İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğünde gizlilik ilkelerine uygun şekilde muhafaza edilecektir. HIV testinin negatif tespit edildiği durumlarda ise test sonuçları dispanserdeki hasta dosyasında saklanacaktır.

Konunun ilgili birimlere iletilmesi ve çalışmaların titizlikle sürdürülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
Gereği
81 İl Valiliği

6.3.23. Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı Genelgesi (2001/34)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110001 01/05/2001
Konu : Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı
Kontrol Programı

GENELGE- 2001/34

İlgi : 30.05.1996 tarih ve 6076 Sayılı Daimi Genelge

Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı, günümüzde özellikle turizm sektöründe ciddi sorunlara yol açan bir hastalıktır. Bu hastalık için Avrupa ülkeleri için bir haberleşme ağı kurulmuş olup, ülkemiz de bu ağın içinde yer almaktadır. 1996 yılında yayınlanan İlgi'de belirtilen genelge doğrultusunda Lejyoner hastalığına yönelik çalışmalar, bilimsel gelişmeler göz önüne alınarak ekte gönderilen "Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı" çerçevesinde yeniden düzenlenmiştir.

Ekte gönderilen "Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı" göz önüne alınarak, özellikle hastanelere öncelik vererek vaka sürveyansı çalışmalarını, İl Turizm Müdürlükleri ile işbirliği içinde Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü ve Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlükleri sorumluluğunda çevresel sürveyans çalışmalarını düzenlemeniz gerekmektedir.

İlgi'de belirtilen 30.05.1996 tarih ve 6076 sayılı Daimi Genelge, bu genelge ile yürürlükten kaldırılmış olup, ekte gönderilen "Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı"nın il düzeyindeki bütün sağlık kuruluşlarında dağıtımının yapılması ve personel eğitimlerinde göz önüne alınması hususunda bilgi ve gereğini önemle rica ederim.

Doç. Dr. Osman DURMUŞ
Sağlık Bakanı

EK : Kontrol Programı (23) sayfa

A PLANI

SEYAHAT İLİŞKİLİ LEJYONER HASTALIĞI

KONTROL PROGRAMI

A. GENEL BİLGİLER :

Lejyoner hastalığı (Legionnaires' Disease), ilk olarak 1976 yılında Philadelphia'da Amerikan Lejyon Kongresi sırasında, otelde kalmakta olan kongre katılımcıları arasında patlak veren bir pnömoni salgınının ardından tanımlandı. Toplam 221 kişinin etkilendiği bu salgında, 34 kişi hayatını kaybetti. Salgın etkeni, CDC (A.B.D. Hastalık Kontrol Merkezi)'nin aylarca süren yoğun çalışmaları sonucu, ölen hastaların akciğer otopsilerinden izole edildi. Etken, o güne kadar tanınmayan yeni bir gram negatif bir bakteriydi ve salgın yaptığı grup ve enfeksiyonun geliştiği sistem göz önüne alınarak ***Legionella pneumophila*** olarak adlandırıldı. Daha sonra yapılan geriye dönük araştırmalar, bu salgının ilk olmadığı, değişik zamanlarda otellerde ve *hastane enfeksiyonu* şeklinde hastanelerde salgınlar yaptığı gösterilmiştir.

Mikroorganizmanın özellikleri : Doğada oldukça yaygın olarak bulunan, ancak laboratuarlarda üretilmeleri için özel şartlar gereken bu bakterilerin 40'dan fazla türü tanımlanmış ve bu türlerin yaklaşık 20 kadarının insanlarda hastalık yapabilme yeteneğinde olduğu kanıtlanmıştır. Ancak klinikte en sık enfeksiyona neden olan tür *L. pneumophila*'dır ve olguların % 80-85'inden sorumlu olduğu bilinmektedir.

Klinik özellikleri : İnsanlarda Legionella enfeksiyonları farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilmektedir. Ayrıca sınıflandırmalarda bulaşma ve enfeksiyona kaynak olan odaklar da dikkate alınmaktadır. Buna göre;

İnsanlarda Legionella Enfeksiyonları

- **1. Pontiac Ateşi**
- **2. Lejyoner Hastalığı veya Legionella Pnömonisi**
  - **a. Hastane Kaynaklı Lejyoner Hastalığı**
  - **b. Toplumdan Edinilmiş Lejyoner Hastalığı**
    - **SEYAHAT İLİŞKİLİ LEJYONER HASTALIĞI**
    - **Diğer Yaşam Alanlarından Kaynaklanan Lejyoner Hastalığı**

Lejyoner hastalığındaki belirgin klinik özellik *pnömoni*dir. Etkene maruz kalınmasından 2-10 gün içinde, klinik tablo ortaya çıkar. Yüksek ateş (>38,5^{0}C), başağrısı ve myalji, ilk semptomlar olarak görülür. Sonrasında gelişen pnömoni ve plöreziye göğüs ağrısı eşlik edebilir. Olguların 1/3'ünde gastroenterit ve kusma gibi bulgular, % 50'sinde mental veya nörolojik bulgular ortaya çıkar. Hastalar genellikle 3-6 gün içinde hastanelere başvururlar ve % 15-20'si ölümle sonuçlanır.

Epidemiyoloji : Legionellaların enfeksiyon zinciri **dört halka**dan oluşmaktadır. Bunlar;

1. Legionella cinsi bakterilerin **doğal ortamı** (nehirler, göller, termal sular, çamurlar ve kaynak suları).

2. Bakterilerin üreyerek yüksek konsantrasyonlara çıkmasını sağlayacak **genişletme faktörleri**nin bulunması. Doğal ortamda az sayıda bulunan bu bakteriler, binaların su sistemlerinde uygun alan ve faktörleri bulduğunda hızla çoğalırlar. Bu faktörler ve alanlar;

air-condition sistemi soğutma kuleleri,
ısıları yaklaşık 45^{0}C olan sıcak su tankları,
su yumuşatma tankları,
duş başlıkları ve sıcak su muslukları,
su tesisatında yaygın şekilde bulunabilen biofilm katmanları,
hastanelerdeki solunum terapi ekipmanları,

3. Bakterilerin duyarlı konağa ulaşmasını sağlayan **aracı mekanizmalar** üçüncü halkadır. Legionella bakterisi, ürediği ana rezervuardan su ile taşınır, suyun aerosolize olması ile solunum yolundan veya doğrudan aspirasyon ile insanlara geçer. Hastalığın insandan insana direkt bulaştığı gösterilememiştir.

4. Enfeksiyon zincirindeki son halka ise **duyarlı konak** varlığıdır. Legionellaların solunum yolu ile alınmış olması, hastalığın her zaman ortaya çıkacağı anlamına gelmez. Sağlıklı ve bağışıklık sisteminde sorunu olmayan çocuklarda ve erişkinlerde enfeksiyon gelişmemektedir. Duyarlı popülasyonu tanımlayan risk faktörleri;

- ***50 yaştan büyük ve erkek olma***
- ***Sigara kullanmak (>1 paket/gün)***
- ***Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olmak***
- ***Alkol kullanmak (>35cc/gün)***
- ***Bağışıklık sistemini baskılayan herhangi bir hastalığı olmak veya immüno supresyona neden olacak ilaç kullanmak veya kanser tedavisi görmek.***

Özetlemek gerekirse; Legionella enfeksiyonlarının ortaya çıkması için bakterilerin bulunduğu çevresel bir kaynak, bu bakteriyi çoğaltarak duyarlı popülasyona ulaştırabilecek ara mekanizmalar ve duyarlı bir popülasyonun varlığı gereklidir.

B. SÜRVEYANS

Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı sürveyansı, **vaka ve çevresel sürveyans** olmak üzere iki bölümde yapılır. Bilinen bir vaka olmadan, çevresel sürveyans yapmak, akılcı bir yaklaşım olmadığı gibi, kaynakları israf etmekten ve zaman kaybından öteye gidemez.

- Vaka Sürveyansı :

Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığına yönelik yürütülen programların temel amacı, vaka bulmaktır. Bu amaçla, bir ***standart vaka tanımı*** kullanılmalıdır. Böyle bir tanımın kullanılması, bildirimlerin niteliği ve olası salgınların fark edilmesi açısından çok önemlidir. Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı için Dünya Sağlık Örgütü tarafından da kabul edilmiş olan ve bu program kapsamında kullanılacak standart vaka tanımı aşağıdaki gibidir.

Standart Vaka Tanımı :

Klinik tanımlama : *Klinik incelemede pnömoniye ait fokal bulgularla ve/veya radyolojik olarak pnömoni bulgusuyla birlikte, akut alt solunum yolu enfeksiyonu ile karakterize bir hastalık.*

Tanı için laboratuar kriterleri :

Destekleyici laboratuar kriterleri :

1. *Solunum yolu sekresyonlarında veya akciğer dokusunda monoklonal reajenlerin kullanıldığı Direkt Floresan Antikor (DFA) yöntemi ile organizmanın boyanarak gösterilmesi.*
2. *Legionella pneumophila SG1 dışındaki diğer Legionella türlerine karşı serolojik bir test kullanarak, serum antikor titrelerinin 4 kat veya daha fazla arttığının gösterilmesi.*

Doğrulayıcı laboratuar kriterleri :

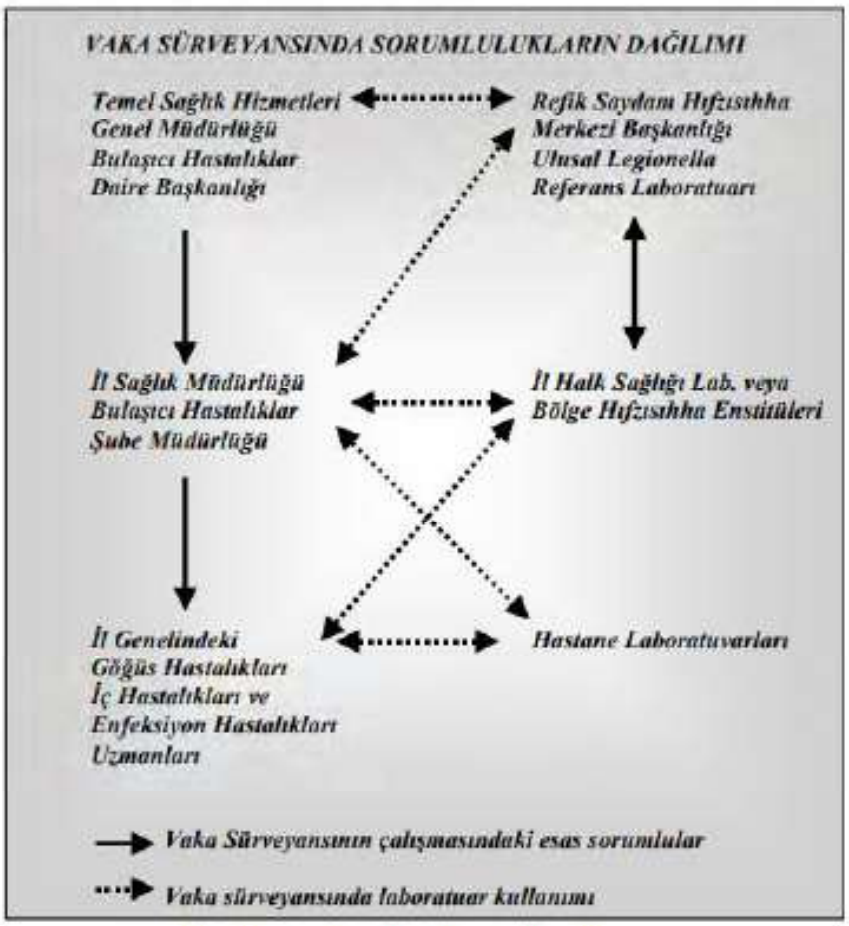
1. *Balgam, pleural sıvı, akciğer dokusu, kan veya normalde steril olan diğer vücut sıvılarından birinden* ***kültür yöntemi*** *ile bakterinin izolasyonu.*
2. *İdrarda L. pneumophila SG1 için spesifik antijen saptanması.*
3. *İndirekt Floresan Antikor (IFA) veya ELISA yöntemi ile L. pneumophila SG1 için spesifik serum antikor titrelerinin 4 kat arttığının gösterilmesi.*

Vaka Sınıflandırması :

Olası Vaka : *Destekleyici laboratuar kriterlerinden birinin varlığı ile birlikte klinik tanımlamaya uygun vaka.*

Kesin Vaka : *Doğrulayıcı laboratuar kriterlerinden birinin varlığı ile birlikte klinik tanımlamaya uygun vaka.*

Yukarıda belirtilen Standart Vaka Tanımına uyan vakaları bildirmekten bütün hekimler sorumludur. Ancak, hastalığın klinik seyri, olguların genellikle yataklı tedavi kurumlarına başvurmasını gerektirecek kadar ağır olduğu ve hastaların da öncelikle Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları ve Enfeksiyon Hastalıkları kliniklerince izlenecekleri göz önüne alınarak, vaka aramasının bu kliniklerde rutin olarak sürdürülmesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle **vaka sürveyansında sorumlulukların dağılımı** aşağıdaki gibi olacaktır.



Vakaların laboratuar incelemesinde ilk başvurulacak metod ***"İdrarda Üriner Antijen Saptanması"*** olmalıdır. Ayrıca daha sonra doğrulama amaçlı olarak kültür çalışması ve serolojik inceleme için örnek alınmalıdır. Bu örneklerin alınması için gerekli açıklamalar aşağıdadır:

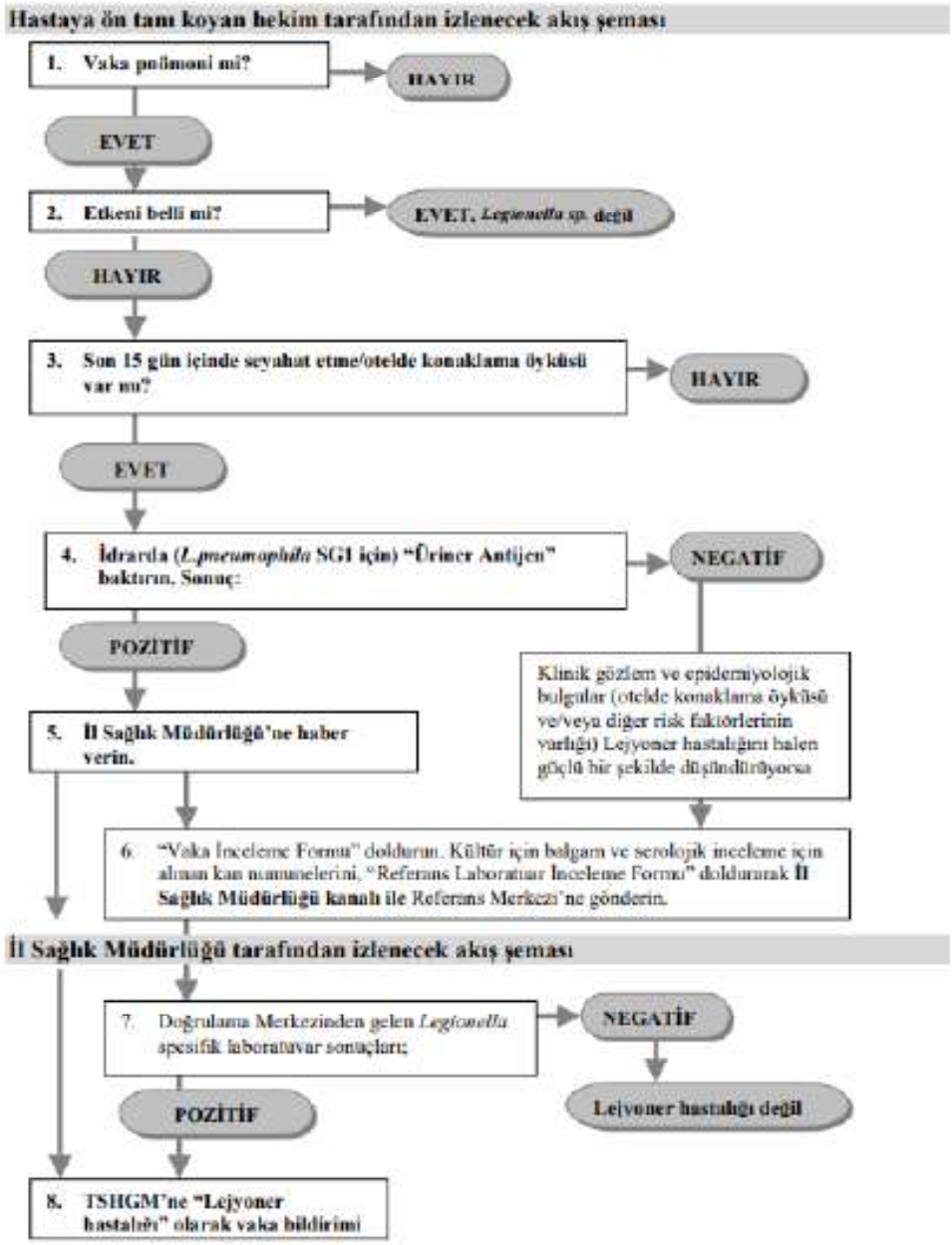
İdrar örneği; İdrarda üriner antijen varlığının gösterilmesi, L. Pneomophila SG1'in neden olduğu Lejyoner hastalığının kesin tanısı için yeterlidir. Bu test için hastadan steril şartlarda, ağzı burgu kapaklı bir tüpe alınacak olan 2-3 cc. idrar yeterli olacaktır. Alınan örneğin, soğuk zincir şartlarında, 48 saat içinde laboratuara gönderilmelidir.

Balgam örneği; Derin bir inspirium ve ardından öksürük ile çıkarılmış balgam olmalıdır. Taşıma esnasında dökülmemesi için balgam; steril, geniş ağızlı ve burgu kapaklı plastik bir kutuya alınmalıdır. En geç 48 saat içinde, soğuk zincir ile laboratuara iletilmelidir.

Diğer solunum yolu örnekleri; kesin tanı açısından çok değerli olan kültür çalışmasının yapılabilmesi için kimi zaman balgam çıkaramayan olgulardan trans-trakeal aspirasyon sıvısı (TTA), bronko-alveoler lavaj (BAL) sıvısı, bronşial yıkama sıvısı, plevral sıvı ve akciğer biyopsi materyali de incelenir. Örnekler alınırken hatırlanması gereken en önemli nokta; sodyumun Legionella bakterisi üzerindeki inhibitör etkisi nedeniyle **serum fizyolojik kullanılmaması**, yerine **distile su** kullanılmasıdır. Örneklerin aynı şekilde, 48 saat içinde soğuk zincir ile laboratuara iletilmesi sağlanmalıdır.

Serum örneği; hastadan sitratsız olarak alınan kan, steril şartlarda ayrıldıktan sonra serum kısmı ağzı sıkıca kapalı bir tüp içinde, 48 saat içinde, soğuk zincir ile laboratuara gönderilmelidir. Serumun ayrılamadığı durumlarda kan örneği de gönderilebilir ancak hemoliz olmamasına dikkat edilmelidir. İncelemeler için 1-2 cc. serum yeterlidir. Kesin tanı için çift serum örneğinde titre artışının gösterilmesi önemli olduğundan 4-6 hafta sonra yeniden serum alınmalı ve incelenmelidir.

Vaka tespitinde yalnızca klinik tanımlama göz önüne alındığında, bütün pnömoni olgularının potansiyel olarak Lejyoner Hastalığı yönünden değerlendirilmesi gerektiği gibi bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Böyle bir durum hastalık için yürütülen Kontrol Programını işlemez hale getirebilir. Bu nedenle vaka araştırmasında Klinik tanımlama ile hastalığın epidemiyolojik özellikleri beraber sorgulanmalı ve uyumlu olan vakalar laboratuar incelemesine alınmalıdır. **Vaka bildirimi, sorgulaması ve izleminde aşağıdaki akış şeması dikkate alınmalıdır.**


Hastaya ön tanı koyan hekim tarafından izlenecek akış şeması
1. Vaka pnömoni mi?
HAYIR
EVET
2. Etkeni belli mi?
EVET, Legionella sp. değil
HAYIR
3. Son 15 gün içinde seyahat etme/otelde konaklama öyküsü var mı?
HAYIR
EVET
4. İdrarda (L.pneumophila SG1 için) "Üriner Antijen" baktırın. Sonuç:
NEGATİF
POZİTİF
Klinik gözlem ve epidemiyolojik bulgular (otelde konaklama öyküsü ve/veya diğer risk faktörlerinin varlığı) Lejyoner hastalığını halen güçlü bir şekilde düşündürüyorsa
5. İl Sağlık Müdürlüğü'ne haber verin.
6. "Vaka İnceleme Formu" doldurun. Kültür için balgam ve serolojik inceleme için alınan kan numunelerini, "Referans Laboratuar İnceleme Formu" doldurarak İl Sağlık Müdürlüğü kanalı ile Referans Merkezi'ne gönderin.
İl Sağlık Müdürlüğü tarafından izlenecek akış şeması
7. Doğrulama Merkezinden gelen Legionella spesifik laboratuvar sonuçları;
NEGATİF
Lejyoner hastalığı değil
POZİTİF
8. TSHGM'ne "Lejyoner hastalığı" olarak vaka bildirimi

Vaka tespiti, numune alımı ile beraber yürütülmesi gereken en önemli çalışma ***"Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı Vaka İnceleme Formu"***nun doldurulması ve sonuçlandırılmasıdır. Bu form ve kullanılışı ile ilgili açıklamalar, *Ek 1*'de, ***"Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı Referans Laboratuar İnceleme Formu"*** *Ek 2*'de verilmiştir.

- Çevresel Sürveyans :

Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı kapsamında yapılacak olan çevresel sürveyans, vaka sürveyansını desteklemeye yönelik bir çalışmadır. Bu amaçla vaka bildirilen konaklama tesislerinde yapılması gereken çalışmalar aşağıda açıklanmaktadır. Bu çalışmalar, İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü ve Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürlüğü tarafından ortaklaşa yürütülecektir.

Vaka ihbar edilen konaklama tesisine ilk gidişte sırası ile yapılması gereken işlemler :

1. Konaklama tesisisinde su sisteminin değerlendirilmesini yapabilmek için gerekli olan "Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı için Otel Su Sistemi Risk Değerlendirme Formu"nu doldurun. (Ek 3)

2. Konaklama tesisi su sistemini temsil eder nitelikte Ek 4'de verilen "Su Örnekleri Alma Talimatı"na uygun olarak örnekleri alın ve Ek 5'de verilen "Su Örnekleri Kayıt Formu"nu doldurarak, laboratuara gönderin.

3. Bütün sıcak su tanklarındaki suyun ısısı 70^0C'a kadar çıkarılmasını (heating) ve en az 24 saat süre ile bu düzey korunmasını sağlayın.

4. Bütün sıcak su muslukları ve duş başlıklarından en az 30 dakika süre ile suyun akıtılmasını sağlayın (flushing); bu şekilde musluktan akan suyun sıcaklığı en az 60^0C olmalıdır, çünkü bu sıcaklık musluk ve duş başlıklarında yerleşmiş legionellaların öldürülebilmesi için ancak yeterli bir sıcaklıktır.

5. En az 24 saat süre ile musluklardan akan sıcak su ısısı 60^0C'ın üstünde tutulmasını sağlayın. Alternatif olarak sıcak ve soğuk su sisteminin tümünde serbest rezidüel klor miktarı en az 3 ppm olacak şekilde hiperklorinasyon yapılır; en az 24 saat süre ile bu düzey korunur.

6. Acilen sistemdeki ölü boşluklar, tıkanıklıkların saptanmasını ve bunların iptal edilmesini sağlayın. Bunların yapılması tadilat gerektiriyorsa çalışmalar sezon dışına bırakılır; akut dönemde tesisatta ani değişikliklerden kaçınılmalıdır; her tadilat sonrası sistem devreye sokulurken yine yukarıdaki önlemlerin alınması gerekliliği hatırlanmalıdır.

7. Varsa, musluk ağzı filtrelerinin iptal edilmesini, duş başlıklarında oluşan kireç katmanlarının kireç çözücü ajanlarla rejenere edilmesini sağlayın.

8. Air-conditioning sisteminin kullanımının **hemen** durdurulmasını sağlayın.

9. Soğutma kuleleri tümü ile boşaltılır, bütün tortu ve kirlilik uzaklaştırılır, iç yüzeyler temizlenir ve dezenfeksiyonu sağlanır,gerekli tamirat yapılır ve sediment birikimini önleyecek etkili apareyler takılır. Sistem yeniden kullanıma sokulurken etkili biyosidler (quarterner ammonium bileşikleri v.b. dezenfektanlar) uygulanır.

Gerek su sıcaklığının arttırılması, gerekse hiperklorinasyon o sırada tesiste bulunanlar açısından riskli ve rahatsızlık verici çalışmalardır. Otel işletmesi, ***suyun sıcaklığının yanıklara yol açabileceği*** *hususunda müşterilerini uyarmalı,* ***yoğun klor kokusu*** *hakkında bilgi vermelidir.*

Özellikle vaka yada salgın ihbarı durumlarında otel işletmesinin endişeye ve hatta paniğe kapıldığı; bu nedenle henüz kaynak araştırması için su örneklemesi yapılmamışken dezenfeksiyon çalışmalarının uygulandığı gözlenmiştir. Bu, ***epidemiyolojik açıdan önemli bir bilgiyi*** *-legionella bakterisinin sistemde kolonize olup olmadığına dair bilgiyi- kaybetmemize neden olmaktadır. Vaka veya salgının, ihbar edilen otel ile bağlantılı olduğuna dair güçlü bir kanaat varsa laboratuar bulgusunun menfi çıkması bunu değiştirmez; tam tersine laboratuar sonucunun güvenirliği hakkında kuşku doğurur veya ihbar üzerine su örneklerine müdahale edildiği akla gelir. Bu nedenle sonucu yanıltıcı çabalardan kaçınılmalı, sürveyansa yardımcı olunmalıdır.*

10. Konaklama tesisinde bu çalışmaları yerine getirdikten sonra, Ek 6'da verilen "Legionella Bakterisinin Tesislere Yerleşmesini Engelemek İçin Alınacak Rutin Önlemler Listesi ve Taahhütnamesi" işletme sorumlusuna verilir ve 15 gün sonra yapılacak inceleme sırasında Taahhütnamenin imzalı olarak geri alınacağı bildirilir.

Vaka ihbar edilen konaklama tesisine ikinci gidişte sırası ile yapılması gereken işlemler :

1. Ek 6'da verilen "Legionella Bakterisinin Tesislere Yerleşmesini Engelemek İçin Alınacak Rutin Önlemler Listesi ve Taahhütnamesi"nin yerine getirilip, getirilmediğini kontrol edin.

2. Konu ile ilgili bir rapor düzenleyin. Raporun ekine, otel yetkililerinin imzaladığı taahhütnameyi ekleyerek, Sağlık Bakanlığı'na *acele* gönderin. Unutulmaması ve özen gösterilmesi gereken en önemli nokta, **yapılan çevresel sürveyans çalışmalarının il düzeyinde bildirim tarihinden itibaren en geç 21 gün içinde tamamlanması gerektiğidir. Bakanlığa gönderilmesi gereken formlar,** *Otel Su Sistemi Risk Değerlendirme Formu, Çevresel Sürveyans Sonuç Raporu ve Otel Sorumlusu tarafından imzalanan Legionella Bakterisinin Tesislere Yerleşmesini Engelemek İçin Alınacak Rutin Önlemleri Uygulayacağına Dair Taahhütname* olmalıdır.

Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığına yönelik yapılması gerekenler, vaka bildirimi temeline dayanmaktadır. **Vaka bildirimi yapılmayan konaklama tesislerine yönelik olarak su analizi esaslı çalışmalar yapılmayacaktır.** Fakat bu tesislerin de Lejyoner hastalığına yönelik belirli çalışmaları yürütmesi gerekmektedir. Bu çalışmalar Ek 7'de verilmiştir.

- Laboratuar Hizmetleri :

Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı kapsamında, yapılacak olan laboratuar hizmetlerinin nerelerde verileceği açıklanması gereken önemli bir konudur. Laboratuar hizmetlerini vaka için ve çevresel sürveyans için diye iki bölümde incelemek gerekir.

Vaka Sürveyansında Laboratuar Hizmetleri; vakaların genellikle hastanelerde tespiti mümkün olacağından, *her il Devlet Hastanesi ve Araştırma Hastaneleri teşhiste gerekli olan laboratuar kitlerini kendi döner sermayeleri kapsamında temin edeceklerdir. Ayrıca bunun temin edilememesi durumlarında vaka teşhisi için Bölge Hıfzısıhha Enstitüleri kullanılacaktır. Bölge Hıfzısıhha Enstitüleri de Laboratuar kitlerini kendi döner sermayeleri kapsamında temin edeceklerdir.* ***Vakaların teşhisi ve tedavileri de sahip oldukları sosyal güvenlik sistemi kapsamında karşılanacaktır.***

Vakaların teşhisi için hastanelerde bulundurulması gereken test LEGİONELLA ÜRİNER ANTİJEN KİTİ OLAN, KART TEST OLARAK BİLİNEN IMMUNOCHROMOTORAPHIC TEST'dir. Bu test yaklaşık 15 dakika içinde sonuç vermektedir.

Vaka sürveyansında doğrulayıcı analizler için **referans merkezi, Ankara Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Legionella Referans Laboratuarıdır.** Bu laboratuara gönderilecek numuneler İl Sağlık Müdürlüğü kanalı ile gönderilecek ve ücret ödenmeyecektir.

Çevresel Sürveyansda Laboratuar Hizmetleri ; vaka çıkan konaklama tesislerinden ilk ziyaret esnasında alınan su örnekleri Ankara Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Legionella Referans Laboratuarı, İstanbul, İzmir ve Antalya Bölge Hıfzısıhha Enstitüsü Laboratuarları ve Muğla İl Halk Sağlığı Laboratuarı tarafından incelenecektir. Konaklama tesisinin bulunduğu il, yukarıdaki illerden başka bir il ise, kendisine en yakın olan ismi sayılan laboratuarlardan birinden yararlanacaktır. Konaklama tesislerinden su örnekleri İl Sağlık Müdürlüğü Çevre Sağlığı ve Gıda Kontrol Şube Müdürlüğü tarafından alınacak ve laboratuara götürülecektir. **Laboratuarlar vaka bildirilen konaklama tesislerinden çevresel sürveyans için alınan ilk su örneklerinin incelenmesi için kesinlikle ücret talep etmeyeceklerdir. Konaklama tesislerinin şahsi başvuruları ve vaka çıkan konaklama tesislerinden alınacak ikinci ve daha sonraki incelemeler için, konaklama tesisi işletmecisi bütün masrafları karşılayacaktır.**

Çevresel sürveyans için alınan su örneklerinin incelenmesinde herhangi bir aksama veya sorun olduğu taktirde **referans merkezi, Ankara Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Legionella Referans Laboratuarıdır.** Bu laboratuarda yapılacak referans çalışmaların masraflarının tamamı konaklama tesisinin işletmecisi tarafından karşılanacaktır.

6.3.24. Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıkların Önlenmesi Genelgesi (2002/109)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı: B100TSH0110000 — 16.10.02
Konu: Kan Yoluyla Bulaşan Hastalıkların Önlenmesi — 15559

.....VALİLİĞİNE
(Halk Sağlık Müdürlüğü)

GENELGE
2002/109

Ülkemizde erkek berberlerinde, kadın kuaförlerinde ve manikür-pediktür salonlarındaki yanlış ve bilinçsiz uygulamalar kan yolu ile bulaşan (Hepatit B, Hepatit C,HIV/AIDS enfeksiyonu,....) bir takım hastalıkların kişiden kişiye bulaşmasına, dolayısı ile bu hastalıkların yayılmasına ve kontrolünün zorlaşmasına neden olmaktadır.

Erkek berberlerinde kullanılan tıraş bıçakları, usturalar, tıraş sonrasında kullanılan kan taşı denilen Potasyum Aliminyum Sülfat Kal(SO4)'dan oluşan çubuk şeklindeki maddeler, kadın kuaförlerinde manikür ve pedikürde kullanılan araç ve gereçler ile cilt, tırnak ve saçı temas eden her nevi sarf malzemesinin tek kullanımlık olması ya da ortak kullanıma açık olup tek kullanımlık olmayan makas ve cımbız gibi aletler ile manikür-pedikür araç ve gereçlerinin sterilize edilerek kişiye özel hazırlanması gerekmektedir.

Uygulamalar sırasında, bir önceki kişinin kanının bulaştığı araç, gereç ya da kan taşı, ponza taşı gibi diğer sarf malzemelerinin, bir sonraki kişide de kullanılması kan yoluyla bulaşan hastalığın da bir kişiden diğerine bulaşmasına neden olacaktır. Çok az miktarda dahi olsa kan bulaşan araç, gereç ya da madde bir daha kullanıldığında hastalık bulaşmasına neden olabilir. Bu nedenle,

1- Erkek berberlerinde mutlak suretle her kişi için tıraş bıçağı değiştirilmeli veya tek kullanımlık tıraş bıçağı kullanılmalıdır.
2- Tıraş sonrasında kanamayı durdurma amaçlı kullanılan kantaşı maddesi, eğer mutlaka kullanılması gerekiyorsa tek kullanımlık tablet şeklindeki formu kullanılmalıdır, yoksa kullanılmamalıdır.
3- Ortak kullanıma açık olan makas veya diğer kesici aletlerin, her kullanımdan sonra mutlak suretle 1/10 oranında sulandırılan çamaşır suyu (%10 sodyum hipoklorid içeren) içerisinde 20 dakika bekletilmesi suretiyle dezenfeksiyonu ya da sterilizasyonu sağlanmalıdır.
4- Dövme uygulamalarında kullanılan iğneler ile kadın kuaförlerinde kullanılan veya ortak kullanıma açık olan makas, cımbız, manikür ve pediktür setleri her kullanımdan sonra yıkanarak temizlendikten sonra mutlaka sterilize edilmeli, kapalı olarak uygun bir yerde kullanıma hazır olarak bekletilmelidir.
5- Kadın kuaförlerinde kullanılan ağda malzemeleri her kişi için, kişiye özel tek kullanımlık olarak hazırlanmalı ve daha sonra atılmalıdır.
6- Bu işlemler sırasında aletlerin temizliğinden sorumlu olan kişi mutlaka tek kullanımlık eldiven kullanmalıdır.

Kan yoluyla bulaşan hastalıkların kontrol altına alınması, kişiden kişiye bulaşmasının önlenmesi, bu tür hizmet veren yerlerde çalışan personelin konu ile ilgili olarak bilgilendirilmesi ve bu tür yerlerden hizmet alan kişilerin bilinçlendirilmesi için konu ile ilgili gereken hassasiyetin gösterilmesi özel bir önem arz etmektedir.

Konunun önemi dolayısıyla, bu tür yerlerde çalışan personelin kan yolu ile bulaşan hastalıklar ve bu tür hastalıklardan korunma konusunda eğitilmesi, bu tür yerlere giden müşterilerin bilinçlendirilmesi ve bu tür yerlerin periyodik olarak mevzuata uygun şekilde denetlenmesi hususunda gereken hassasiyetin gösterilmesini rica ederim.

Doç. Dr. Sefer AYCAN
Bakan a.
Müsteşar

Dağıtım:
A Planı

6.3.25. Eliza Tetkikleri Genelgesi

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Th. B1007HG0100004/3120/

Konu : Eliza tetkikleri hk.

ANKARA

ANKARA
9.1.1992

15.01.92* 0405

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE

ELİZA tetkikleri konusundaki 9.1.1992 gün ve 3045 sayılı Genelgeniz ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz ederim.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Tarih 15 OCAK 1992
Sayı 277

Op.Dr.Tevfik.A.AKINCIOĞLU
Genel Müdür

EKİ: 2 sayfa

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

19

Th. 010071E0100004-3120 / 1065

Konu : Eliza tetkikleri-Hk.

ANKARA
9.7.1992

.....VALİLİĞİNE

Günümüzde, özellikle birçok dış ülkede hızla yayılma etkisi gösteren ve henüz tedavisi de bulunamayan AIDS hastalığı, bir tedbir alınmaması ve tespitlerin zamanında yapılmaması halinde, dünyada olduğu gibi ülkemizi de ciddi bir sağlık sorunuyla karşı karşıya bırakacaktır.

AIDS'li vakalar, genellikle klinik belirtileri ortaya çıkmış olanlarda ve şüpheli şahıslarda yaptırılan ELİZA testi ile saptanmaktadır. Halbuki sağlıklı görünümde olup AIDS virüsü taşıyan birçok kişi mevcuttur. Buda hem kendileri hem de toplum için büyük bir tehlikedir.

Bu nedenle Bakanlığımızca özellikle turizm yönünden hareketli olan bölge ve İllerde olmak üzere pilot uygulama ile sondajlama ve tarama niteliğinde aşağıda belirtildiği şekilde bir çalışma yapılmasına gerek duyulmuştur.

a) Hastanelerimize ayaktan muayene ve tedavi için müracaat edenlerle, yatarak tedavi görecek hastalardan istenecek kan tetkiklerinde Eliza testi rutin olarak yaptırılacaktır. (Dış polikliniğine çekim ve cerrahi müdahale için gelenler dahil)

b)Eliza testi sayısı ve müsbet olanlar aylık periodlarla muntazam olarak İl Sağlık Müdürlüklerine bildirilecek ve Bakanlığımıza gönderilecektir.

c) Pilot uygulama Ankara-İstanbul-İzmir-Antalya illeri başta olmak üzere Orta ve Doğu Karadeniz, Trakya, Marmara, Ege ve Akdeniz bölgelerinde turizmin hareketli olduğu illerimizde yapılacaktır.

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Th.

ANKARA

Konu : .....

.....

-2-

d) Döner sermayesi olup Eliza cihazı olmıyan hastaneler en kısa zamanda döner sermayeden temin edecekler. Döner Sermayesi ve cihazı olmıyanlar Bakanlığımızdan talep edeceklerdir.

e) İl Sağlık Müdürlükleri ve Baştabibler uygulamayı tatbik ve takipten sorumludurlar.

Gereğini rica ederim.

Dr.Yıldırım AKTUNA
BAKAN

DAĞITIM:

19 İl Valiliklerine

Ek'li listedeki Devlet Hast.

Baştabibliklerine(İvediliğinden)

Merkez Daireler-Şubeler

PİLOT BÖLGE OLARAK UYGULANACAK İLLER

Adana İli	ve İlçeleri	Devlet Hastaneleri		Baştabibliklerine
İçel	"	"	"	
Antalya	"	"	"	
Muğla	"	"	"	
Aydın	"	"	"	
İzmir	"	"	"	
Balıkesir	"	"	"	
Çanakkale	"	"	"	
Tekirdağ	"	"	"	
Edirne	"	"	"	
Kırklareli	"	"	"	
İstanbul	"	"	"	
Ankara	"	"	"	
Samsun	"	"	"	
Ordu	"	"	"	
Giresun	"	"	"	
Trabzon	"	"	"	
Rize	"	"	"	
Artvin	"	"	"	

6.3.26. Akkız İmmun Yetersizliği Sendromu Genelgesi

SAGLIK VE SOSYAL YARDIM
BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel
Müdürlüğü

Ekil

Th.II-Şb.Md.5590-5687

ANKARA
18 Agustos 1983

Konu:Acquired Immune
Deficiency Syndrome
(Akkiz İmmun Yetersizlik
Sendromu)

.....VALİLİĞİNE

Memleketinizde AIDS olguları saptanmamıştır. AIDS'in görüldüğü Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Ülkeleri ile sıkı ilişkilerimiz olması nedeniyle uyanık bulunmamız gerekir.

AIDS yeni tarif edilmiş bir sendrom olup etkeni henüz saptanmamıştır. Muhtemel etken bir virus olarak düşünülmektedir. Çok yakın temas (cinsel) ve kan ve kan ürünleri-kullanımı ile geçmektedir (Hepatit B benzeri).

Bu hastalık kişinin hücresel direncini kırmaktadır. Burada bilhassa T lenfosit subpopulasyonları etkilenmektedir. Bunun sonucunda da hastalarda non-spesifik bulgular yanında halsizlik, sebepsiz kilo kaybı, ateş, yaygın lenfadenomegali, uzun süreli ishal, öksürük, menenjit, pnömoni, ensefalit, oral ve intestinal kandidiazis, herpes zoster v.b. gibi ağır enfeksiyonlar oluşmakta veya kaposi sarkomu, lenfoma v.b. gibi malign oluşumlar meydana çıkmaktadır. Prognoz kötü olup yeterli bir tedavisi yoktur. Tartışmalı olmakla beraber kortikosteroidlerin kullanılması denenmektedir. Kesin tanı için (etkene yönelik) elinizde herhangi bir laboratuvar testi yoktur. Hücresel direncin laboratuvar testleri ile tamamiyle bozulduğu saptanır. Kuluçka süresi uzun olup 6 ay ile 3 yıl arasında değişmektedir. Portörlüğü saptayacak bir laboratuvar testi de yoktur. Asya memleketlerinde ve Çin'de bugüne kadar rastlanmamıştır. Genetik dispozisyon da düşünülmektedir.

(.%..)

-2-

Hastalık nedeni kesinleşmediği için korunmada gerekli etkin tedbirler bu gün için kesinlikle bilinmemektedir. Bununla beraber kan ve kan ürünleri ile de geçmesi nedeni ile aşağıdaki önlemler önerilmektedir.

1-Kan ve kan ürünlerinin sağlanmasında milli imkânların gerektirdiği üst düzeye erişilmeli, milli yeterlilik sağlanmalıdır.

a)Bu suretle dış Ülkelerden kan ve bilhassa kan ürünlerinin Faktör VIII, antihemofilik globulin, fibrinojen, çeşitli immunoglobulinler (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Su çiçeği, Tetanos, Hepatit B v.b.) ithallerinde azami titizlik gösterilmelidir.

b)AIDS olgularının çok görüldüğü Avrupa Devletleri ve Amerika Birleşik Devletlerinden yapılacak ithalatta Milli Kan Bankaları veya Milli Kan Merkezlerinden temin yoluna gidilmelidir.

c)Alınacak kan ürünlerinde plazma orijininin etikette yazılmış olmasına dikkat edilmelidir. İmal eden ülke plazmayı ithal yoluyla temin etmişse bu ürünler alınmamalıdır.

2-Donör seçiminde azami dikkat gösterilmelidir.

a)Kan transfüzyonu ve kan ürünleri imâli için seçilecek donörlerde AIDS'e karşı korunmada (diğer donör olma şartları yanında):

I-Gönüllü donörden kan alınması esas olmalıdır. Bu mümkün olmadığı hallerde paralı alıma gidilmelidir.

II-Paralı alınmış kanlardan tercihen kan ürünleri imali cihetine gidilmemelidir.

b)AIDS konusunda donörlerde dikkat edilmesi gereken hususlar: Eğer bir donörde;

I-İleri derecede gece terlemesi,

II-Sebebi bilinmeyen ateş,

III-Sebebsiz kilo kaybı,

IV-Halsizlik,

V-Jeneralize Lenfoadenomegali (1 aydan fazla süreli),

(.%..)

-3-

VI-Uzun süreli ishal (1 haftayı aşkın süredir),

VII-Uzun süreli öksürük (2 haftadan ziyade), gibi bulgular mevcut ise AIDS için şüpheli kabul edilerek, bu kişilerden kan alınmamalıdır.

c)İlâç alışkanlığı olanlardan (Zerk yolu ile ilâç kullananlar) kan alınmamalıdır.

d)Genelevlerde, Bar ve Pavyonlarda çalışanlardan kan alınmamalıdır.

e)Avrupa, Afrika ve Arap Memleketlerinde uzun süre kalmış işçilerimizden, yurda dönüşlerinden en az 3 yıl geçmeden kan alınmamalıdır.

f)Plazma ve plazma ürünleri imâl eden müesseseler bu konuda da sık sık ve etkin bir şekilde teknik ve idarî denetime tabi tutulmalıdır.

3-Kan ve kan ürünlerinin kullanılmalarında endikasyonda azami titizlik gösterilmelidir.

a)Bu amaçla kan transfüzyonu indikasyonları konusunda eğitime önem verilmelidir.

I-Bu şekilde kan israfı önlenecektir.

II-Memleketimiz şartlarında pekçok hastalığın (sıtma, sifiliz, sitomegalovirus enfeksiyonu ve hepatit B, v.b.) bulaşması azalacaktır.

III-AIDS'in bulaşma olasılığı azalacaktır.

4-Kan transfüzyonu ve bu meyanda bilhassa AIDS konusunda da doktorlarımızın uyarılması yerinde olacaktır.

(.%..)

5-Gazete ve mecmualarda konu ile ilgili açıklayıcı yayınlar yapılmaktadır. Bu yayınların ayrıca konuya dikkat çekici niteliği nedeniyle yararlı olabileceği düşünülmektedir.

6-AIDS şüpheli olgular detaylı olarak derhal Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bildirilmelidir.

Bilgilerinizi ve ilgililere duyurulması için gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Kaya KILIÇTURGAY
BAKAN

DAĞITIM:

Gereği için:
1-Valilikler
2-Üniversite Tıp Fakülteleri Dekanlıkları
3-Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı
4-Yataklı Tedavi Kurumları Kan Merkezleri
5-Sosyal Sigortalar Kurumu Kan Merkezleri
6-Kızılay Kan Merkezleri

Bilgi için:
1-Başbakanlık
2-Bakanlıklar
3-Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü
4-Kızılay Genel Merkezi
5-Merkez Daireler ve Şubeler

6.3.27. Kuduzla Mücadele ve Profilaksi Uygulamaları Genelgesi (2019/04)

T. C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 10712557-136.99
Konu : Kuduzla Mücadele ve Profilaksi Uygulamaları

GENELGE
2019/04

Kuduz, insan sağlığını tehdit eden ve klinik belirtiler geliştikten sonra geriye dönüşü mümkün olmayan ve dramatik bir şekilde ölümle sonuçlanan zoonotik hastalıktır. Bu sebeple, gerek kuduz riskli temas öncesi, gerekse kuduz riskli temas sonrası doğru profilaksi uygulamalarının gerçekleştirilmesi oldukça önemlidir. Kuduz hastalığı ölümcül bir hastalık olması nedeniyle, kuduz riskli temaslılarda aşılamanın gerekliliği konusunda kişilerin detaylı bir şekilde bilgilendirilmesi elzemdir.

Ülkemizde kuduz ve kuduz riskli temas, bildirimi zorunlu hastalıklar listesinde yer almaktadır. 30/05/2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği" ile vaka tanımları ve bildirimi düzenlenmiştir.

Bu kapsamda, kuduz vakaları ile kuduz riskli temaslıların yaklaşım, profilaksi uygulamaları ve bildirimlere ilişkin usul ve esaslarda aşağıdaki hususlara göre işlem tesis edilmelidir:

1) Kuduz vakaları ile Kuduz riskli temaslılara yaklaşım ve kuduz profilaksi uygulamaları Ek 1'deki Kuduz Profilaksi Rehberi'nde belirtilen usul ve esaslara göre yapılacaktır.

2) Kuduz Profilaksi Rehberi konusunda ilgili personele eğitimler verilecek ve bu eğitimlerin hızlı bir şekilde tamamlanması sağlanacaktır. Kuduz riskli temas değerlendirmesi yapan sağlık personeline her yıl düzenli olarak ayrıca yenileme eğitimleri yapılacak, yıl sonunda düzenlenen eğitimler ve eğitim alan kişiler ile ilgili bilgiler Bakanlığımıza gönderilecektir.

3) Halkın hastalık ile ilgili bilgilerini arttırmaya yönelik Bakanlığımızca hazırlanan materyaller kullanılarak farkındalık çalışmaları yürütülecektir.

4) İl sağlık müdürlüklerince kuduz riskli teması olan kişilerin değerlendirileceği ve gerekli profilaksi uygulamalarının yapılacağı "Kuduz Aşı Uygulama Merkezleri" oluşturulacaktır. Kuduz Aşı Uygulama Merkezlerinin öncelikle ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında oluşturulması esastır. Kuduz Aşı Uygulama Merkezlerinin sayısı ve lokalizasyonu ilin büyüklüğü, coğrafik durumu, nüfus yoğunluğu gibi durumlar dikkate alınarak belirlenecektir. Bu merkezlere ilişkin güncel bilgilere il sağlık müdürlüklerinin internet sayfalarında yer verilecektir. Kuduz Aşı Uygulama Merkezleri konusunda halk bilgilendirmesi yapılacaktır.

5) Mesleki veya diğer nedenlerle kuduz ile karşılaşma riski artmış olan kişilere temas öncesi profilaksi uygulamasının önemi hakkında bilinçlendirme çalışmaları yapılacaktır.

6) Kuduz riskli temas nedeniyle profilaksiye alınan kişiler, hastalığın ciddiyeti ve aşı gerekliliği konusunda bilgilendirilecek ve Ek 2'de yer alan Kuduz Bilgilendirme Formu iki nüsha halinde düzenlenerek imza altına alınacaktır. Bu formun bir nüshası kişiye ya da yasal temsilcisine aşı kartı ile birlikte verilecek diğer nüshası aşı uygulanan sağlık kuruluşunda muhafaza edilecektir.

7) Kuduz aşısı takvimine uyum göstermeyenlere ulaşılarak aşılarını yaptırmaları için merkezlere davet edilecektir. Kişilerin aşılarını başka bir ilde yaptırdıklarını beyan etmeleri durumunda ilgili il sağlık müdürlüğüne bilgi verilecektir.

8) Kuduz riskli teması maruz kalarak ülkemizde kuduz profilaksisine alınan, ancak aşıları tamamlanmadan yurt dışına çıkacağını beyan eden kişilerle ilgili olarak ekte yer alan yabancı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

uyruklular için Kuduz Bilgilendirme Formu (Almanca, Fransızca, İngilizce, Rusça, Arapça şeklinde oluşturulan Formlar) iki nüsha halinde düzenlenip imza altına alınarak formun bir nüshası kişiye ya da yasal temsilcisine Kuduz Aşı Takip Kartı (Ek 3) ile birlikte verilecektir. Kuduz riskli temaslı kişilerle ilgili yurtdışı bildirime yönelik herhangi bir işlem yapılmayacaktır.

9) Kuduz riskli temas bildirimlerindeki mevcut uygulamalara yeni elektronik sisteme geçiş sağlanana kadar devam edilecek olup bu kapsamda kuduz riskli temas bildirimi ve takibini ilk profilaksi uygulamasının yapıldığı sağlık kuruluşu yapacaktır. Bu kapsamda, kuduz riskli temasa maruz kalan her kişi için Ek 4'te yer alan "Kuduz Riskli Temas Vaka İnceleme Formu" doldurulacaktır.

10) Her ayın sonunda tedavisi tamamlanmış olanlar Ek 5'teki Kuduz Riskli Temas Aylık İzlem Formu ile Temel Sağlık İstatistik Modülü (TSİM) üzerinden Bakanlığımıza bildirilecektir.

11) Kuduz aşısı ve immunglobulin uygulamasına bağlı olarak gelişen istenmeyen etkilerde 2009/18 sayılı Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi doğrultusunda hareket edilecektir.

12) Olası kuduz vakaları en geç 24 saat içinde il sağlık müdürlüğüne telefon, faks gibi araçlarla ihbar edilecek, il sağlık müdürlüğü tarafından da en kısa sürede Bakanlığımız Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığına bildirim yapılacaktır. Olası kuduz vakaları ile ilgili derhal sürveyans çalışmalarına başlanacaktır.

13) Kuduz hastalığından şüphelenilmesi durumunda kesin tanının konulabilmesi için laboratuvar doğrulamasının yapılması gerekmektedir. Bu sebeple, kuduz şüphesi ile takip edilen ve/veya ölen insanlardan "Kuduz Profilaksi Rehberi"nde belirtilen şekilde numuneler alınacak ve laboratuvar tanısı için belirlenmiş referans laboratuvara ulaştırılacaktır. Numuneler biyogüvenlik önlemleri altında ve soğuk zincir şartlarında en seri şekilde nakledilecektir.

14) Kesin kuduz vakalarına dair hasta dosyası, laboratuvar sonuçları, profilaksi uygulanmışsa uygulamalara dair bilgileri içeren inceleme raporu Bakanlığımıza gönderilecektir.

15) İnsan ve hayvan kuduz vakasının tespit edilmesi durumunda filyasyon çalışmalarının iyeditikle gerçekleştirilmesi ve raporlanması, bunun dışındaki kuduz riskli temaslılarda;

a) Bölgenin coğrafik konumu ve ulaşım durumu,
b) Bölgede kuduz mihrakı bulunma durumu,
c) Birden fazla kuduz riskli temaslının bulunması,
d) Yaban hayvan kaynaklı kuduz riskli temasın olması vb.

durumlar göz önüne alınarak vaka bazında değerlendirme yapılıp filyasyon çalışmalarının başlatılması sağlanacaktır. Bu çalışmalarda enfeksiyon hastalıkları uzmanından da destek alınacaktır.

16) Çocuklarda görülen kuduz riskli temasların tercihan Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları kliniklerinde veya Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniklerinde değerlendirilmesi, başta acil haller olmak üzere ihtiyaç duyulan hallerde hastaların yaş kısıtlaması olmaksızın çocuk veya erişkin branş hekimi tarafından değerlendirilmesi sağlanacaktır.

17) Kuduz riskli temasa sebep olan hayvanların müşahede altına alınarak müşahede sonundaki sağlık durumlarının bildirilmesi amacıyla İl/İlçe Tarım ve Orman Müdürlüklerine durum yeni elektronik bildirim sistemi kurulana kadar yazılı olarak bildirilmeye devam edilecektir. Bu konudaki yazışmalar kuduz riskli temas sonrası başvurunun yapıldığı ve profilaksi şemasının planlandığı sağlık kuruluşu tarafından yapılacaktır.

18) Riskli temas bildirilirken İl/İlçe Tarım ve Orman Müdürlüklerinden profilaksi yaklaşımına yön vermesi bakımından müşahede sonucunun bildirilmesi özellikle talep edilecektir.

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

19) Evcil, sahipsiz ve yabanı hayvanlarda; kuduzdan korunma amaçlı önlemler, koruyucu uygulamalar, hastalık bildirimi ve takibi, alınacak önlemler, aşılama, aşılı hayvanların tanımlanması, hastalıktan korunma ve hastalık ile mücadele çalışmalarında görev ve sorumluluklar Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından 18/01/2012 tarihli ve 28177 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Kuduz Hastalığından Korunma ve Kuduz Hastalığı İle Mücadele Yönetmeliği" ile belirlenmiştir. Bu konuda Tarım ve Orman Bakanlığı'nın İl ve İlçe teşkilatlarıyla sürekli koordinasyon içerisinde çalışılacaktır.

20) Sahipsiz hayvanların aşılanması, işaretlenmesi ve rehabilitasyonu ile ilgili düzenlemeler ise 5199 sayılı Hayvanları Koruma Kanunu ile 12/05/2006 tarihli ve 26166 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Hayvanların Korunmasına Dair Uygulama Yönetmeliği ile yapılmıştır. Bu kapsamda kuduz hastalığı başta olmak üzere bütün zoonotik hastalıkların kontrolü amacıyla yasal düzenlemelerle verilen sorumluluklar kapsamında ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde hastalıkla mücadele çalışmaları sürdürülecektir.

Kuduzla Mücadele ve Profilaksi Uygulamaları ile ilgili 12/11/2014 tarihli ve 2014/30 sayılı Genelge ve ekleri yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerinizi ve bu Genelge'nin ekleri ile birlikte tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına tebliği ile il düzeyinde uygulamaların Genelgeye uygun olarak yürütülmesi hususunda;

Gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Emine ALP MEŞE
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Ekler:
1- Kuduz Profilaksi Rehberi (43 sayfa)
2- Kuduz Bilgilendirme Formu
3- Kuduz Aşı Takip Kartı
4- Kuduz Riskli Temas Vaka İnceleme Formu
5- Kuduz Riskli Temas Aylık İzlem Formu

Dağıtım:
Gereği:
A Planı

6.3.28. Sıtma Hastalığı ile Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi Genelgesi (2016/2)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

TBSK ZOONOTİK VE VEKTÖREL HASTALIKLAR DAİRE BAŞKANLIĞI - TBSK ZOONOTİK SITMA VE LEİSHMANİASİS KONTROLÜ BİRİMİ
17/02/2016 17:07 / 10712557 / 136.99 / 141
0001942841

Sayı : 10712557-136
Konu : Sıtma Hastalığı İle Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi

GENELGE
2016/2

Bilindiği üzere ülkemizde sıtma hizmetleri, 7402 sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname çerçevesinde yürütülmektedir.

Sıtma, enfekte dişi *Anofel* türü sivrisineklerinin sokmasıyla insanlara bulaşan *Plasmodium* parazitlerinin neden olduğu bir hastalıktır. Ülkemizde sıtma geçmişte yaygın görülen bir hastalık iken yürütülen başarılı çalışmalar neticesinde son yıllarda sıtmanın görülme sıklığı azalmıştır. Halen nüks ve yurtdışından gelen vakaların sebep olduğu vakalar ile yurtdışı kaynaklı sıtma vakaları tespit edilmektedir. Ancak ülkemizde sıtma etkenini nakleden *Anofel* türlerinin bulunması, iklim ve çevresel faktörler, büyük nüfus hareketleri, sıtma endemik ülkelere seyahat edenlerin sayısının ve bu ülkelerle ticaret ilişkilerinin artması, yurtdışı kaynaklı sıtma vakalarının artması, düzensiz göçmenler, ülkemizin sıtmanın yayılabileceği subtropikal bölgede yer alması ve iklim değişikliğine bağlı ortalama hava sıcaklıklarında gözlenen artışlar nedeniyle sıtma riski halen devam etmektedir.

Ülkemizde yerli sıtma bulaşının başlamasının önüne geçilmesi için Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Şubesi koordinesinde, aşağıdaki iş ve işlemler ilgili birimlerce yerine getirilecektir.

1) Sürveyans ve önleme çalışmaları;

a) Ülkemizde, halen sıtma endemik ülkelere seyahat edenler, mülteciler, göçmenler, sıtma salgının görüldüğü bölgeden gelenler, mevsimlik işçiler, misafirler ile son üç yıl içerisinde sıtma tanısı alıp tedavisi yapılan hastalar ve bu kişilerle aynı ortamda bulunan (aile bireyleri, iş arkadaşları vb.) kişiler risk gruplarını oluşturmaktadır. Bu nedenle sıtma teşhis ve tedavisi ile hastalık geçişinin önlenmesinde en önemli yöntem olan sürveyans çalışmalarının mülteciler, göçmenler, mevsimlik tarım işçileri, misafirlerde ve bilinmesi durumunda sıtma endemik ülkelere seyahat edenlerde etkin ve düzenli bir şekilde yürütülmesi, sıtma tanısı alıp tedavisi yapılan hastalar ve bu kişilerle aynı ortamda bulunanların ek-1'deki "Sıtma Bilgilendirme Formu" ile takiplerinin yapılması sağlanacaktır.

b) Sürveyans çalışmaları kapsamında aylık olarak risk gruplarına ulaşılarak o anda ateşli olan veya son bir hafta içinde ateş geçirmiş olanlardan (aktif sürveyans) ve herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvuran ateşli olan veya son bir hafta içinde ateş geçirmişlerden (pasif sürveyans) kan yayması alınarak sıtma açısından değerlendirilmesi sağlanacaktır.

c) Bahsi geçen sıtma sürveyans hizmetleri ilgili sağlık kuruluşlarında sağlık personeli (doktor, hemşire, sağlık memuru, laboratuvar teknisyeni, biyolog, ebe vb.) tarafından yürütülecek ve yapılan çalışmalar aylık olarak ek-2 deki "Aylık Sıtma Çalışmaları Formu" ile Kurumumuz Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığına gönderilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 10712557-136
Konu : Sıtma Hastalığı İle Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi

ç) Mülteciler, göçmenler ve ülkeye izinsiz giren kişilerin sıtma açısından değerlendirilmesinde il emniyet müdürlükleri ile işbirliği yapılarak kişiler tespit edilecektir.

d) Koruma amaçlı ilaç kullananlar dahil olmak üzere sıtma riskli bölgelerde bulunmuş ve ateşi olan veya son bir hafta içinde ateş geçirmişlerin başvuru sebebine bakılmaksızın sıtma açısından değerlendirilmesi sağlanacaktır. Bu kişilerin ilk değerlendirmelerinde sıtma tespit edilmemiş ise, kişiler hastalık hakkında bilgilendirilecek ve *P. falciparum* sıtması endemik ülkelerden gelenler 1 yıl, *P. vivax* endemik ülkelerden gelenler ise 3 yıl süreyle risk gruplarına dahil edilerek sıtma bilgilendirme formu ile takipleri yapılacaktır.

e) Sıtma riskli ülkelere seyahat edeceklerin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurdukları durumlarda ülkemizden ayrılmadan en az 15 gün önce Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'ne bağlı seyahat sağlığı merkezlerine yönlendirilerek sıtma ve korunma yöntemleri hakkında bilgi almaları ve gerekli durumlarda ücretsiz olarak verilen koruma amaçlı ilaç kullanmaları konusunda bilgilendirilmeleri sağlanacaktır.

f) Sıtma endemik ülkelerde ticari faaliyet yürüten kuruluşlar ve sektör temsilcileri (turizm, inşaat vb.) ile irtibata geçilerek, bu kuruluşlar hastalık ve korunma önlemleri konusunda bilgilendirilecek, çalışanlarının hastalıktan korunmasını sağlamaları hususunda sorumlulukları hatırlatılacaktır.

2) Tanı ve laboratuvar hizmetleri;

a) Sıtma tanısı, Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği çerçevesinde tüm sağlık kuruluşlarında konulabilecek ve söz konusu mevzuata göre bildirimi yapılacaktır. Ancak yurtdışı bağlantılı olmayan tüm sıtma vakalarının tanısı Halk Sağlığı Laboratuvarları ve Ulusal Sıtma Referans Laboratuvarı (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı Ulusal Paraziter Hastalıklar Referans Laboratuvarı) tarafından doğrulanacaktır.

b) İl genelinde sürveyans çalışmaları kapsamında alınan kan yaymalarının günlük olarak Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Şube Müdürlüğü koordinasyonunda usul ve esaslara uygun olarak (form, kayıt, barkod vb.) Halk Sağlığı Laboratuvarına teslim edilmesi sağlanacak ve laboratuvar tarafından değerlendirilecektir. Sıtma hizmetlerinin kesintisiz sunulması gerektiğinden hafta sonu, mesai sonrası ve resmi tatil günlerinde sıtma hizmetlerinin yürütülmesinin esasları Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından düzenlenecektir.

c) Halk Sağlığı Laboratuvarı tarafından sıtma paraziti pozitif bulunması halinde Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Şube Müdürlüğüne derhal bildirim yapılacaktır.

ç) L2 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarları tarafından, sıtma paraziti pozitif bulunan kan yaymalarının tümü ile negatif bulunanların %20'si, bağlı olunan L1 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarına.

L1 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarları tarafından sıtma paraziti pozitif yaymaların tümü ile L2 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarlarından gelenler ve illerindeki sıtma paraziti negatif bulunan yaymaların toplamının %20'si ise Ulusal Sıtma Referans Laboratuvarına takip eden ayın ilk 5 günü içerisinde gönderilecektir.

Sıtma laboratuvar çalışmaları ile ilgili ek-3'de yer alan "Halk Sağlığı Laboratuvarı Aylık Formu" L1 ve L2 Laboratuvarları tarafından doldurularak Kurumumuz Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığına gönderilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 10712557-136
Konu : Sıtma Hastalığı İle Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi

3) Tedavi ve vaka yönetimi;

a) Son üç yıl içerisinde sıtma endemik bölgede bulunmayan veya herhangi bir yurtdışı kaynaklı sıtma vakası ile ilişkili olmayan (**yerli vaka olma olasılığı olan**) kişilerde sıtma paraziti tespit edilmesi halinde derhal Kurumumuz Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığına bildirilecektir.

Böyle bir sıtma vakası saptanması durumunda sağlık personeli tarafından 2 (iki) adet rodajlı lama hazırlanan yayma preparatları ile vakumlu EDTA'lı tüpe (mor kapaklı) usulüne uygun şekilde alınan venöz kan örnekleri, isim listesi ile beraber soğuk zincir kurallarına göre ve lam taşıma kutuları içerisinde Ulusal Sıtma Referans Laboratuvarına gönderilecek ve hemen tedavisine başlanacaktır.

b) Yurtdışı kaynaklı sıtma vakası tespit edilmesi halinde:

1) Vakanın tedavisine en geç 24 saat içinde başlanacaktır.

2) Vakaların mümkün olduğunca sağlık kuruluşlarına yatırılarak tedavilerinin yapılması sağlanacak, komplike olmayan vakalarda hastanın yatarak tedaviyi kabul etmemesi durumunda sağlık personeli tarafından gözetimli tedavi esasları uygulanacak, komplike vakalarda (serebral sıtma, pulmoner ödem, organ yetmezliği, Glikoz 6 fosfat dehidrogenaz eksikliği, kronik hastalık varlığı vb.) ise hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi sağlanacaktır.

3) Kişinin ülkemize döndükten sonra aynı ortamda bulunduğu (ailesi, iş arkadaşları vb.) ve yurtdışına beraber gittiği kişilerden kan yaymaları alınmak suretiyle sıtma taraması yapılması sağlanacaktır. Bu kişilerden bir ay içerisinde ilden ayrılanlar varsa gittikleri yer hakkında detaylı bilgi toplanarak ilgili halk sağlığı müdürlüğü ile irtibata geçilecektir.

c) Sıtma vakasının tedavisi tamamlandıktan 15 gün sonra parazitolojik inceleme için yayma yapılacak, pozitif bulunması halinde tedavinin yeniden düzenlenmesi sağlanacaktır. Kontrol kanı alınamaması halinde sebebine yönelik açıklamayı içeren bir tutanak ile bu durum kayıt altına alınacaktır.

ç) Tespit edilen her bir vakanın detaylı epidemiyolojik incelemesi yapılacak, enfeksiyon orjini ve parazit türü dikkatlice sınıflandırılacak ve Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Şube Müdürlüğü tarafından ek-4'teki "Sıtma Epidemiyolojik İnceleme Formu" eksiksiz olarak doldurularak aylık olarak Kurumumuz Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığına gönderilecektir.

d) Sıtma tedavi ilaçlarının, etiketinde belirtilen saklama koşullarına uygun olarak depolanması sağlanacaktır. Ayrıca ilin büyüklüğüne ve yıllık ortalama tespit edilen vaka sayısına göre asgari stok yönetimi sağlanacaktır. Sıtma tedavi ilaçlarının temin ve depolanmasından sorumlu en az bir sağlık personeli belirlenecek ve ildeki tüm sağlık kuruluşlarına bu kişinin irtibat bilgileri bildirilecektir. Tedavi ilacı ile diğer malzemelere ilişkin olarak Ek-5'teki "Sıtma Tedavi İlacı Stok Durumu Formu" doldurularak ihtiyaç belirlenerek aylık olarak Kurumumuz Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığına gönderilecektir.

e) Sıtma ilaçlarının, talep eden sağlık kuruluşuna ivedilikle temin edilebilmesi hususunda gerekli düzenlemeler yapılacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 10712557-136
Konu : Sıtma Hastalığı İle Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi

4) Vektör kontrol çalışmaları:

a) Başta sıtma ve leishmaniasis olmak üzere batı nil virüsü ateşi, tatarcık ateşi, deng ateşi, chikungunya gibi bütün sivrisinek ve tatarcıkla bulaşan hastalıkların vektör mücadelesi ortak olarak yürütülecek, planlamalarda ildeki vektörle bulaşan hastalık riskleri ve insidansları göz önünde bulundurulacaktır.

b) Vektör kontrol çalışmalarında; halkın bilgilendirilmesi, çevre düzenlemesi, yapay üreme alanlarının azaltılması, *Gambusia affinis* türü balıklar gibi sivrisineklerin doğal düşmanlarının kullanılması, biyosidal ürünlerin kullanılması gibi farklı yöntemler, bir plan dahilinde ilgili sektörlerle işbirliği içerisinde uygulanacaktır.

c) Biyosidal ürün uygulamaları, "Biyosidal Ürünler Yönetmeliği" kapsamında Kurumumuzca ruhsatlandırılmış ürünler kullanılarak "Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde yapılacaktır.

ç) Biyosidal ürün uygulamaları, mevsim, iklim ve coğrafi koşullar, vektör üreme alanları, ürünlerin ve uygulama alanının özellikleri gibi hususlar göz önüne alınarak ürün etiket bilgileri doğrultusunda usulüne uygun olarak yapılacaktır.

d) 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu çerçevesinde gerekli koruyucu ekipmanların, biyosidal ürün uygulayıcılarına ivedilikle temin edilerek kullanılması sağlanacaktır.

e) Biyosidal ürün uygulamaları esnasında ve sonrasında çevredeki canlıların zarar görmemesi için gerekli tedbirler alınacaktır.

f) Biyosidal ürün uygulanmasında kullanılan araç ve gereçlerin herhangi bir kazaya sebebiyet vermemesi ve diğer tıbbi malzemeleri kirletmemeleri amacıyla ayrı bir depolama alanı kullanılacaktır.

g) Biyosidal ürün uygulanmasında kullanılan cihazların bakımlarına özen gösterilecek, kullanılmaz durumda olan cihazların envanterden çıkarılması için gerekli işlemler yapılacak, ekipman, ürün ve cihaz talepleri gerekçesi ile birlikte Kurumumuza bildirilecektir.

h) Çeltik Komisyonu bulunan il ve ilçelerde, bu konudaki kanun, yönetmelik ve protokolün etkin bir şekilde uygulanması sağlanacak ve bütçe harcamalarının amacına uygun, etkin ve verimli kullanılmasına özen gösterilecektir.

i) Hizmetlerin yürütülmesinde, Kurumumuz ile diğer gerçek ve tüzel kişiler arasında imzalanan protokollerde yer alan Kurumumuz yükümlülüklerine uygun hareket edilecektir.

j) Personel ve aracın hizmet alım yoluyla temin edildiği durumlarda da (c) ve (d) bentlerindeki hususlar uygulanacaktır.

k) Sıtma çalışmalarında görevli işçilerin özlük ve personel kayıtlarının titizlikle tutulması ile izinlerini düzenli olarak kullanmaları sağlanacaktır. İşçilerin izne ayrılmalarına ve tekrar işe başlamalarına ilişkin tutanak tanzim edilecek ve işçilere imzalatılarak özlük dosyalarında muhafaza edilecektir.

l) Ek-6'daki "Vektör Kontrolü Malzeme Formu" aylık olarak takip eden ayın en geç 5'ine kadar doldurularak Kurumumuz Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığına gönderilecektir. Vektör kontrolü malzeme formunun ilde vektör mücadelesini planlayan ve uygulayan personel tarafından doldurulması esastır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 10712557-136
Konu : Sıtma Hastalığı İle Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi

Bilgilerini ve işbu Genelge'nin iliniz dahilindeki kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarına ve diğer ilgili kuruluşlar ile sektör temsilcilerine bildirilmesini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

EKLER:
Ek -1- Sıtma Bilgilendirme Formu
Ek -2- Aylık Sıtma Çalışmaları
Ek -3- Halk Sağlığı Laboratuvarı Aylık Formu
Ek -4- Sıtma Epidemiyolojik İnceleme Formu
Ek -5- Sıtma Tedavi İlacı Stok Durumu
Ek -6- Vektör Kontrol Malzeme Formu

DAĞITIM:
Gereği
A Planı

6.3.29. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Genelgesi (2004/46)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

SAYI : B100TSH0110002
KONU : Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi

31.03.04. 05367

GENELGE
2004/46

İLGİ: 30.12.2003 tarihli ve B100TSH0110002/20409 sayılı genelge.

İki bin iki yılının bahar ve yaz aylarında bazı illerimizin özellikle kırsal kesiminde bulunan vatandaşlarımızda görülen ve 2003 yılının yine aynı dönemlerinde tekrar ortaya çıkan vakalarla ilgili olarak Bakanlığımızca yapılan çalışmalar sonucunda belirlenen Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi'ne ait klinik tanımlama, vaka tanımları ile bu vakalarda yapılması gereken işlemlerle ilgili öneriler yapılmış, ayrıca, hastalığa ait bilgi notu ile vaka takip çizelgesi hazırlanarak ilgi genelge ile gönderilmiştir.

Malûmları olduğu üzere, enfeksiyon hastalıklarından korunmanın en önemli basamaklarından birisi de iyi bir vaka yönetimi ve ilgili birimlerin üzerine düşen görevleri titizlikle yapmasıdır. Bunun yanı sıra, nozokomiyal enfeksiyon riski olan hastalıklarda, sağlık çalışanlarının ve hasta ile teması olanların korunması da büyük önem arz etmektedir.

Bu nedenle, nozokomiyal enfeksiyon riski bulunan Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi'nde, iyi bir vaka yönetiminin gerçekleşebilmesi için sağlık kuruluşlarınca yapılması gereken çalışmalar ve nozokomiyal enfeksiyonlara karşı sağlık çalışanlarının alması gereken önlemler ile hasta yakınlarının korunmalarına ilişkin bilgilerin yer aldığı doküman ilişikte gönderilmektedir.

Söz konusu dokümanın bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına ulaştırılmasının sağlanması ile ilişikte verilen bilgiler çerçevesinde konuya hassasiyetle yaklaşılarak gereğinin yapılması hususlarında bilgilerinizi ve keyfiyetin icabı için ilgililere emirlerinizi arz ve rica ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Bakan a.
Müsteşar

EK : KKKA'de Vaka Yönetimi ve İzolâsyon Önlemleri (7 sf.)

DAĞITIM :
A Planı

DAİMİ GENELGE

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİNDE VAKA YÖNETİMİ VE İZOLÂSYON ÖNLEMLERİ

1. GİRİŞ

Viral kanamalı ateşler, fatalitesi çok yüksek olan zoonoz karakterli viral hastalıklardır. Bu hastalıkları önemli kılan hususlardan birisi de hastaların enfekte dokularına veya vücut sıvılarına bir temasın olması halinde bulaşabilmenin söz konusu olması nedeniyle, hasta yakınlarının ve hastahane çalışanlarının korunmasıdır. Başta Afrika ülkeleri olmak üzere, dünyanın değişik ülkelerinde görülen viral kanamalı ateşlerde oldukça önemli sayıda hastahane çalışanının hastalandığı bildirilmektedir. Bu nedenledir ki, viral kanamalı ateşler "vaka yönetimi"nin eksiksiz yapılması "izolâsyon önlemleri"nin ise hassasiyetle uygulanması gereken hastalık gruplarındandır. Bu grup hastalıklardan ülkemiz için önem arz edeni hiç şüphesiz Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)'dir.

Bilindiği gibi, 2002 ve 2003 yıllarının Bahar ve Yaz aylarında bazı illerimizde aynı klinik tablo ile seyreden birtakım vakaların varlığı Bakanlığımıza bildirilmiş, Bakanlığımızca yapılan epidemiyolojik incelemeler ve değerlendirmeler neticesinde hastalığın KKKA olduğu belirlenmiştir.

Hastalığın KKKA olduğunun belirlenmesinden sonra, Bakanlığımızca *klinik tanımlama, vaka tanımı ve vakalara yaklaşım önerileri, Kırım-Kongo Vaka Takip Çizelgesi* ve sağlık çalışanlarına yönelik bilgi dokümanı hazırlanarak 30.12.2003 tarihli ve B100TSH0110002/20409 sayılı genelge vasıtasıyla ilgililerine bildirilmiştir.

Genel olarak zoonoz hastalıklarla mücadelenin sektörler arası iş birliğini gerektiren bir durum olduğu herkesin malûmudur. Zoonozlar, ilgili kurum ve kuruluşlardan vatandaşın ilgisine ve bilincine kadar geniş bir yelpazede değerlendirilmesi gereken hastalıklardır. Bu meyanda, KKKA'da bunlardan birisidir.

KKKA'daki vaka yönetimi ve salgın kontrolü ile ilgili çalışmalarda il sağlık müdürlükleri, hastahaneler ve tarım il müdürlüklerince yapılması lâzım gelen görevler mevcuttur. Özellikle izolâsyon önlemleri çok büyük öneme sahiptir.

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİNCE YAPILMASI GEREKEN ÇALIŞMALAR

Bütün enfeksiyon hastalıklarının kontrolünde korunma ve izolâsyon önlemleri büyük öneme sahiptir. Ancak, doğrudan veya dolaylı olarak çok hızlı bir şekilde bulaşabilen ve bugün için tam olarak etkili bir ilâcı bulunmayan viral hastalıklarda korunma ve izolâsyon önlemleri daha da önemlidir.

Bu nedenle, il sağlık müdürlükleri KKKA'nın kontrolü açısından aşağıda belirtilen hususlara titizlikle riayet etmelidir.

- ✓ Bakanlığımızca hazırlanarak gönderilen 30.12.2003 tarihli ve B100TSH0110002/20409 sayılı genelge bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile tarım il müdürlüklerine ulaştırılmalıdır.
- ✓ Konuya ilişkin olarak başta sağlık grup başkanları olmak üzere sağlık ocaklarında çalışan bütün sağlık personelinin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Özellikle kırsal kesimde yaşayanlar başta olmak üzere, halkın hastalık hakkında bilgilenmesi ve bilinçlenmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Hastalığın ortaya çıkabileceği bahar ve yaz aylarında, hastahane yöneticileri ile sıkı temas halinde, hastahane çalışanları bilgilendirilmeli, KKKA hastalarının veya bu hastalıktan şüpheli olanların izolâsyonları ile hasta ile ilişkisi olanların korunmalarına ilişkin bilgiler verilmeli ve konu hakkında gerekli bilincin oluşması sağlanmalıdır.
- ✓ Hastalığın nozokomiyal enfeksiyon riski bulunmasından dolayı, hastalarla teması söz konusu olabilecek sağlık personelinin korunması için gerekli olan üniversal önlemlere ait malzemeler ilgililerine eksiksiz olarak tedarik ettirilmelidir.
- ✓ İlgili kurum ve kuruluşlarla gerekli iş birliği sağlanmalı, vaka takipleri ve hastaların transferleri titizlikle takip edilmelidir.
- ✓ KKKA nedenli bir ölüm olması halinde, gerekli korunma önlemlerinin alınmasından sonra yıkama işlemlerinin hastahanede yapılması sağlanmalı, tabutlanarak mühürlenmeli ve bundan sonra tabut hiç açılmadan defin işlemleri yapılmalıdır. Tabutun açılmamasının sağlanması amacıyla gerekli önlemler alınmalı, icap ederse bir kişi defin işlemi sonlanana kadar görevlendirilmelidir; ya da cenazenin defnedileceği yerde sağlık ocağı veya sağlık evi mevcutsa burada çalışanlara bu görev verilmelidir.
- ✓ Bütün zoonoz hastalıklarda olduğu gibi, KKKA'da da Bakanlığımızın ilgili birimi ile sürekli irtibat halinde olunmalı ve verilen talimatlara titizlikle uyulmalıdır.

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

3. HASTAHANELERİN YAPMASI GEREKEN ÇALIŞMALAR

- ✓ KKKA'ya ilişkin değerlendirmelerin, Bakanlıkça hazırlanarak il sağlık müdürlüklerine gönderilen dokümanlar ve bilgiler çerçevesinde yapılması sağlanmalıdır.
- ✓ KKKA vaka tanımlarına uyan hastalar için uygun hasta odaları hazırlanmalıdır.
- ✓ KKKA konusunda, hastahane çalışanlarının eğitimleri ve enfeksiyon kontrolü için bir ekip oluşturulmalıdır.
- ✓ Hastahane çalışanlarının (hekim, hemşire, laboratuvar teknisyeni, temizlikçi vb.) konuya ilişkin olarak bilgilenmesi ve bilinçlenmesi sağlanmalıdır.
- ✓ KKKA hastası veya şüpheli bir vakanın varlığı söz konusu olursa, gerekli yerlere uyarıcı levhalar asılmalı, hasta yanına giriş çıkışlar sınırlandırılmalıdır. Hasta ziyaretçilerinin hasta ile teması önlenmeli, gerekirse kontrollü ziyarete izin verilmelidir.
- ✓ Üniversal korunma önlemleri için gerekli olan malzemeler (eldiven, maske, gözlük, önlük vb.) eksiksiz olarak tedarik edilmeli ve sürekli olarak hastalara müdahale edenlerin veya laboratuvar çalışanlarının kullanabileceği şekilde hazır bulundurulmalıdır.
- ✓ KKKA vakalarının il sağlık müdürlüklerine bildirimlerinde gerekli hassasiyet gösterilmelidir.
- ✓ Hasta odalarının, hastanın kullandığı malzemelerin ve hastaya ait dışkı, idrar ve vücut sıvılarının uygun şekilde bertaraf edilmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Hastaların, gerek hastahane içi gerekse hastahane dışı nakillerinde gerekli önlemler alınmalı ve bu nakilleri yapacak olanlar uyarılmalıdır.
- ✓ KKKA'dan vefat edenlerle ilgili olarak, gerekli korunma önlemlerinin alınmasından sonra cenaze usulüne uygun olarak yıkanmalı, kefenlenmeli ve durumdan il sağlık müdürlükleri haberdar edilmelidir.

4. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARININ YAPMASI GEREKEN ÇALIŞMALAR

- ✓ KKKA'ya ilişkin eğitimleri, Bakanlıkça hazırlanarak il sağlık müdürlüklerine gönderilen dokümanlar ve bilgiler çerçevesinde sürdürmelidir.
- ✓ Sorumluluk alanında bulunan insanların, başta hastalıktan korunma önlemleri olmak üzere, konu hakkında bilgi sahibi olmaları ve yeterli bilince ulaşmaları sağlanmalıdır.

- ✓ Sağlık kuruluşu çalışanları KKKA şüpheli vakalara yaklaşımlar hususunda bilgilendirilmeli ve bu hastalara müdahale ederken korunma için gerekli malzemeler bulundurulmalıdır.
- ✓ KKKA şüpheli vakaların hiç vakit geçirmeden uygun bir şekilde hastahaneye sevk edilmeleri sağlanmalıdır.
- ✓ Sorumluluk alanındaki insanlarda, böyle hastaların olup olmadığı sürekli olarak takip edilmelidir.

5. KKKA'DA İZOLÂSYON ÖNLEMLERİ VE DEZENFEKSİYON

Viral kanamalı ateşlerde mümkün olduğu kadar tek kullanımlık malzemelerin bulundurulmasına ve kullanılmasına önem verilmeli, enfekte atıklar ve tekrar kullanılmayacak olan malzemeler yakılarak imha edilmelidir.

Viral kanamalı ateşlerde ve bu meyanda da KKKA'daki izolâsyon önlemlerinin başlıcalarını *ellerin yıkanması, hastaların ayrılması, koruyucu elbiselerin giyilmesi, iğne ve şırıngalar ile hastaya ait kan, dışkı, idrar vb. materyallerin güvenli bir şekilde bertaraf edilmesi ve ölenlerin kontrollü bir şekilde definlerinin sağlanması* oluşturmaktadır.

KKKA'da dezenfeksiyon işlemlerinde günlük olarak hazırlanan çamaşır suyu çözeltileri, sabun, deterjanlar ve su kullanılabilmektedir. Bunlar hem ucuz ve kolay bulunabilir hem de KKKA etkeni virüsler için etkili maddelerdir. Ayrıca, klorhekzidin veya iyot bileşikleri de antiseptik amaçlı olarak uygulanabilir. Bunun yanı sıra, ellerin dekontaminasyonunda, klorhekzidinli % 70'lik izopropil alkol de kullanılabilmektedir.

Çamaşır suyundan dezenfeksiyon amacıyla çözelti hazırlamak için, piyasada bulunabilen ve % 5 klor içeren hazır ürünler kullanılabilir. Bu ürünlerden *1/10 (1 birim % 5'lik çamaşır suyu, 9 birim su) ve 1/100 (1 birim % 5'lik çamaşır suyu, 99 birim su ya da 1 birim 1/10'luk hazırlanan çözeltiden alınıp 9 birim suya ilâve edilerek hazırlanabilir) hesabıyla iki ayrı çözelti hazırlanır. Çözeltiler günlük olarak hazırlanıp kullanılmalıdır.*

İlk çözelti daha yoğun (% 0,5 klor içerir) olup, hasta nakli yapılan araçların dezenfeksiyonunda, hastaya ait vücut sıvılarının, idrarın ve gaitanın bertaraf edilmesinde -bu materyaller çamaşır suyu çözeltisiyle 5 dakika muamele edildikten sonra tuvalete dökülmelidir- ve cesetlerin yıkanmasından sonra ceset dezenfeksiyonu amacıyla kullanılır. Hazırlanan çözelti tahriş edici olduğundan gözlere ve deriye teması önlenmelidir.

İkinci hazırlanan çözeltinin yoğunluğu ise daha düşüktür (% 0,05). Bu nedenle, dezenfeksiyon gereken yüzeylerin, tıbbî malzemelerin, hastaya ait malzemelerin (yatak gibi), tekrar kullanılabilir korunma malzemelerinin (elbise, eldiven, çizme, termometre, stetoskop vb.) dezenfeksiyonunda kullanılabilmektedir.

Uygun ortam mevcutsa sterilizasyon da yapılabilir. Bu amaçla otoklav kullanılabilirken, uygun malzemelerin kaynayan suda 20 dakika muamele edilmesi de virüslerin ölmesi için yeterli olmaktadır.

Yüzeylerin veya hastaya müdahale sırasında kullanılan malzemelerin temizliklerinde sabunlu veya diğer temizlik deterjanları ile hazırlanmış sular kullanılabilmektedir.

Verilen bilgiler çerçevesinde, gerekli birtakım dezenfeksiyon işlemleri aşağıda verilmiştir.

5.1. Eldivenlerin dezenfeksiyonu: KKKA hastalarına müdahale sırasında kullanılan eldivenlerin tekrar kullanımı uygun görülmemektedir. Ancak, eldiven bulmanın zor olduğu durumlarda, eldivenler iyice temizlendikten sonra kullanılabilmektedir.

Eldivenlerin temizlenmesi gerektiğinde, yıkayacak olan kişi, ellerine kalın bir eldiven takmalı ve plâstik materyalden yapılı koruyucu bir elbise giymelidir. Kirli eldivenler, yeni hazırlanmış deterjanlı su bulunan kovaya atılarak iyice yıkanmalı ve sonra temiz su ile durulanmalıdır. Eldivenlerin içine su doldurularak delik olup olmadığı kontrol edilmelidir. Delik olan eldivenler atılmalı ve yıkanan eldivenler havada kurumaya bırakılmalıdır.

Eldivenlerin elde takılı iken temizlenmesi gerektiğinde, kirli eldivenler sabunlu su ile iyice yıkanır ve 1/100 oranında hazırlanan çamaşır suyu çözeltisine bir dakika daldırılır. Sonra havada ya da kâğıt havlu ile kurutularak kullanılabilir.

5.2. Tıbbî malzemelerin dezenfeksiyonu: KKKA hastalarında kullanılan termometreler, 1/100'lük hazırlanan çözelti ile ıslatılmış kâğıt havlu veya temiz bezle silinir; ya da termometre yine aynı çözeltide 10 dakika bekletilerek dezenfekte edilebilir. Daha sonra havada kurumaya bırakılır.

Ayrıca, termometreler % 70'lik izopropil alkolle ıslatılmış temiz bez veya kâğıt havlu ile silinir ve 30 saniye ıslak beze sarılı olarak tutulur. Sonra havada kurumaya bırakılır.

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Stetoskopların metal parçaları da yine % 70'lik izopropil alkolle ıslatılmış temiz bez veya kâğıt havlu ile silinir ve 30 saniye ıslak beze sarılı bir şekilde tutularak ya da 1/100'lük çamaşır suyu çözeltisi ile ıslatılmış kâğıt havlu veya temiz bir bez ile silinmek suretiyle dezenfekte edilebilmektedir.

5.3. **Hastanın kullandığı malzemelerin dezenfeksiyonu:** Hastanın kullandığı yemek kapları, kaşık ve çatal gibi malzemeler öncelikle deterjanlı sularla yıkandıktan sonra 1/100'lük olarak hazırlanan çamaşır suyu çözeltilerinden geçirilerek dezenfekte edilirler.

Hastanın kullandığı lâzımlık (sürgü, ördek) gibi malzemeler var ise, bunun içine 1/10'luk çözelti eklendikten sonra içerik tuvalete dökülür. Tuvaletlerin dezenfeksiyonları da sürekli olarak yapılmalıdır.

5.4. **Yere dökülen enfekte materyallerin uzaklaştırılması ve dökülen yerin dezenfeksiyonu:** Yerlere dökülen enfekte kan veya vücut sıvılarının üzerlerine, enfekte materyalin miktarı fazla ise 1/10'luk, fazla değil ise 1/100'lük çamaşır suyu çözeltilerinden dökülür ve en az 15 dakika beklenip, 1/100'lük çamaşır suyu çözeltisi ile ıslatılmış bir bez yardımıyla enfekte materyal alınır ve tek kullanımlık çöp kutularına atılır. Sonra, enfekte materyalin alındığı yüzey sabunlu veya deterjanlı sularla yıkanır.

5.5. **Enfekte duvar ve yüzeylerin temizliği:** Enfekte yüzeyler, çamaşır suyunun 1/100 oranıyla hazırlanmış çözeltileri ile silinir. Daha sonra bütün yüzeyler sabunlu veya deterjanlı sularla yıkanır.

5.6. **Koruyucu elbiselerin ve hasta yataklarının dezenfeksiyonu:** KKKA hastalarına yapılan uygulamalar sırasında kullanılan koruyucu elbiseler ve hasta yatakları çamaşır suyunun 1/100'lük çözeltisinde 30 dakika iyice yıkanır, sonra sabunlu sularla temizlenir. Ancak, hastanın kullandığı şilte veya döşeklerin 1/10'luk çözelti ile iyice ıslatılması, sonra sabunlu su ile yıkanması ve güneşte birkaç gün kurutulması gerekmektedir.

5.7. **Konvalesan dönemde dezenfeksiyon ve izolâsyon:** Viral kanamalı ateşlerde, konvalesan dönemin altıncı haftasına kadar, idrarla virüsün atılmaya devam edebileceği bildirilmektedir. Bu nedenle, idrarın 1/10'luk çamaşır sulu çözeltilerle 5 dakika muameleye tabi tutulduktan sonra tuvalete dökülmesi ve tuvaletlerin iyice dezenfekte edilmesi gerekmektedir.

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

6. ENFEKTE MATERYALE MARUZİYET DURUMUNDA YAKLAŞIM

KKKA'lı hastalara yapılan uygulamalar sırasında kazara iğne batması söz konusu olursa, iğnenin battığı yere % 70'lik alkol 20-30 saniye uygulanır, sonra sabunlu su ile yıkanır. Hızlı akan su altında 20-30 saniye kadar tutulur.

Hastanın kan ve vücut sıvılarına yine kazara bir temas olması halinde, enfekte materyale maruz kalan bölge sabunlu su ile iyice yıkanır. Şayet göze enfekte materyal sıçraması söz konusu olursa, bu durumda göz temiz su ile iyice yıkanmalıdır.

Ayrıca, enfekte materyale maruz kalan kişi, ateş ve diğer belirtiler yönünden iki hafta süreyle takip edilmeli ve ateş günde iki defa ölçülmelidir. Ateşin 38,5 °C veya üzerinde olması halinde gerekli müdahaleler yapılmalıdır.

7. CENAZELERİN HAZIRLANMASI VE GÖMÜLMESİNDE YAKLAŞIM

KKKA'ya bağlı ölümlerde de birtakım önlemlerin alınması icap etmekte olduğundan, gerekli işlemlerin hastahanelerde yapılması daha akılcı olarak görülmektedir.

Cenazeyi hazırlayacak olan kişi öncelikle kendisi için koruyucu önlemleri(plâstik önlük, kalın eldiven, maske, gözlük vb.) almalıdır.

Ceset yıkandıktan sonra 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile spreylenmeli, varsa ceset torbasına konarak kapatılmalı ve 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile tekrar spreylenmelidir.

Ceset torbası mevcut değilse, ceset yıkandıktan sonra yine 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile spreylenmeli, iki katlı pamuklu bir bez ile sarılmalı ve 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile tekrar muamele edilmelidir. Daha sonra plâstik bir malzeme ile sarılan ceset, tekrar aynı çözeltinin sprey şeklinde uygulanmasından sonra, tabutlanmalı ve mühürlenmelidir. Cesedin yıkanmasından sonra, yıkamanın yapıldığı bütün yüzeylerin 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile dezenfeksiyonu yapılmalıdır.

Cenazelerin taşınması sırasında, taşıma işlemini yapanlara da gerekli koruyucu önlemlerin aldırılması sağlanmalıdır. Tabutun açılmasına müsaade edilmemeli ve gerekirse bir görevli eşliğinde defin işlemlerinin gerçekleşmesi sağlanmalı ve yapılanların gerekçesi vefat eden kişinin yakınlarına anlatılmalıdır. Mezarın derinliği en az 2 metre olmalı ve cenazeler tabutla gömülmelidir.

Defin işlemleri sonrasında cenaze naklinde kullanılan araç da 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile yıkanmalı ve bu çözeltiye 10 dakika maruz bırakılmalıdır. Sonra araba, çözeltinin koroziv etkisi nedeniyle, iyice durulanmalı ve havada kurumaya bırakılmalıdır.

6.3.30. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Genelgesi (2005/40)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110002
Konu : Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi 3580 11-03-2005

GENELGE
2005 / 40

İlgi : a) 30/12/2003 tarihli ve B100TSH0110002/20 409 sayılı genelge.
b) 31/03/2004 tarihli ve B100TSH0110002/5367 (2004/46) sayılı genelge.
c) 06/08/2004 tarihli ve B100TSH0110002/12 875 sayılı genelge.

Bilindiği gibi, 2002 ve 2003 yıllarının Bahar ve Yaz aylarında bazı illerimizin özellikle kırsal kesimlerinde görülen hastalığın, Bakanlığımızın yaptığı çalışmalar neticesinde Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) olduğu anlaşılmış olup, 2004 yılının yine aynı dönemlerinde epidemik bir seyir arz eden söz konusu hastalıkla ilgili olarak Bakanlığımızın eş güdümünde, sağlık personelinin ve halkın bilgilendirilmesi ile bilinçlendirilmesine yönelik eğitimler, hastalığın tanısı ve tedavisine yönelik hizmetler, veka kontrol çalışmaları, ilgili kurum ve kuruluşlarla koordinasyon gibi hizmetler büyük ölçüde gerçekleştirilmiştir.

KKKA ile ilgili olarak elde edilen bilimsel veriler değerlendirildiğinde :

- ✓ 2002 ve 2003 yıllarında ulaşılabilen 150 KKKA pozitif vak'ası bulunduğu ve bunlardan 6'sının öldüğü,
- ✓ Hastalıkla ilgili sürveyans sisteminin kurulduğu 2004 yılında ise 249 KKKA pozitif vak'ası olduğu, bunlardan 13'ünün öldüğü,
- ✓ Ölenlerin kahir ekseriyetinin yaşlı kişiler olduğu,
- ✓ Hastalığın 2004 yılına ait fatalite hızının % 5,22 düzeyinde bulunduğu; bilimsel kaynaklarda oldukça yüksek fatalite hızı verilen hastalığın, ülkemizdeki fatalitesinin nispeten düşük olmasında, hastalara sağlanan bakım ve destek hizmetlerinin etkili olduğu,
- ✓ Hastalanan kişilerin tamamına yakınının epidemiyolojik hikâyesinde, kırsal kesimde yaşama veya son iki hafta içinde kırsal alan ziyaretlerinin bulunduğu,
- ✓ Bilimsel kaynaklarda KKKA'da kullanılabileceğine ilişkin bilgilerin yer aldığı ribavirinle ilgili olarak yine Bakanlığımızın eş güdümünde yapılan ilmî çalışmalarda, oral ribavirinin sağ kalım üzerine bir etkisinin gösterilemediği,
- ✓ Hastalıktan korunmada temel esasın, halkın bilgilenmesi ve bilinçlenmesinden geçtiği,
- ✓ KKKA epidemisinin 2005 yılının yine Bahar ve Yaz aylarında görülebileceği merkezinde bilgilere ulaşılmıştır.

1 / 2

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110002
Konu : Kırım Kongo Kanamalı Ateşi

Bu nedenle :

- ✓ KKKA'ya ilişkin bütün uygulamaların, ilgi genelgeler muvacehesinde yapılmasına devam edilmesi; bütün alanlarda olduğu gibi bu konuda da Bakanlığımızın ilgili birimleri ile sürekli irtibat halinde olunması,
- ✓ Önceki yıllarda yapılan, sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimleri, halkın bilgilenmesi ve bilinçlenmesi (broşürlerle) ile hastaların yakından takibi gibi çalışmalara hız verilerek devam edilmesi (vak'alara ait formların ilgi genelgelerde belirtildiği gibi eksiksiz doldurularak gönderilmesi, hastaların akıbetlerinin bildirilmesi gibi),
- ✓ Hastalığın, bildirimi mecburî hastalıklar listesine alınmasından ötürü (Grup C Hastalıklar Listesi, Akut Hemorajik Ateş Sendromu) bildirimlerin bu kanalla da yapılmasının sağlanması,
- ✓ Kamuoyunun doğru bir şekilde bilgilenmesi ve bilinçlenmesi amacıyla yazılı ve görüntülü medyanın kullanılmasının yerinde bir hareket olacağı,
- ✓ Bu konuda Bakanlığımızın eş güdümünde yapılan bilimsel çalışmalar sonucu elde edilen veriler ışığında gerekli değerlendirmelerin yapılması,
- ✓ Hastalığın kontrolüne yönelik yapılabilecek mücadelede (hayvanlarda kene mücadelesi, halkın bilgilenmesi ve bilinçlenmesi gibi) ilgili kurumlarla iş birliğinin sağlanmasının icap ettiği hususlarında bilgilerinizi, keyfiyetin, başta sağlık kurum ve kuruluşları olmak üzere, bütün muhataplarına tebliği için de ilgililere emirlerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM :
81 İl Valiliğine

6.3.31. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Genelgesi (2006/81)

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

K-Q
TSE-ISO-EN
9000

Sayı : B100TSH0110002-104-02-01

Konu : Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi

14.07.06 11494

GENELGE
(2006/81)

İlgi: a) 30/12/2003 tarihli ve B100TSH0110002/20 409 sayılı genelge.
b) 31/03/2004 tarihli ve B100TSH0110002/5367 (2004/46) sayılı genelge.
c) 06/08/2004 tarihli ve B100TSH0110002/12 875 sayılı yazı.
ç) 11/03/2005 tarihli ve B100TSH0110002/3580 (2005/40) sayılı genelge.
d) 10/03/2006 tarihli ve B100TSH0110002/3079 sayılı yazı.

Ülkemizde 2002 yılından beri görülmeye başlayan ve önemli bir halk sağlığı problemi olan Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) ile ilgili bütün uygulamaların ilgi genelge ve yazılar çerçevesinde yapıldığı malumunuzdur.

Hastalıkla mücadele kapsamında başarılı birçok çalışma Bakanlığımızın eş güdümünde gerçekleştirilmiştir. Ancak, uygulamada zaman zaman aşağıda belirtilen aksaklık ve olumsuzluklarla da karşılaşılmaktadır.

Belirlenen aksaklıklar genel olarak:

- ✓ İlgi (a) yazı ekinde örneği ve doldurma talimatı yer alan Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Vaka Bildirim Çizelgesi'nin yapılan vaka tanımları çerçevesinde doğru ve okunaklı olarak doldurulmadığı, epi numaralarının yazılmadığı ve birer nüshalarının Bakanlığımıza ulaştırılmadığı,
- ✓ Her ay sonunda Bakanlığımıza bildirilmesi gereken kesin KKKA vaka ve ölüm ismallerinin gönderilmediği,
- ✓ Kan ve serum örneklerinin, biyogüvenlik önlemleri alınmadan uygun olmayan şartlarda, bazen de hasta sahipleri ile laboratuvara yollandığı,
- ✓ Hastalara ait ikinci numunelerin alınmasında gerekli titizliğin gösterilmediği; ancak, şikâyeti olmayan kişilerden "temaslı" diye bahsedilerek numune alındığı ve laboratuvara gönderildiği şeklindedir.

KKKA vakalarının ve epideminin doğru bir şekilde izlenmesi yanında, gerekli kontrol ve korunma önlemlerinin alınması için söz konusu aksaklıkların giderilmesinin önemi bilgileriniz dâhilindedir.

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110002-104-02-01

Konu : Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi

Diğer taraftan, KKKA ile ilgili hususlar Bilimsel Danışma Kurulunda da görüşülmüş ve değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmelere göre:

- Hastalığın bulaşmasında birinci derecede sorumlu olan kenelerin son konaklarının özellikle sığırlar başta olmak üzere, memeli çiftlik hayvanları olması dolayısıyla, bu hayvanlarda kene mücadelesinin ilgili kurum ve kuruluşların yönlendirmeleriyle yapılmasının faydalı olacağı,
- Vücuda yapışan kenelerin bir cımbız yardımıyla vücuttan uzaklaştırılması kolay bir işlem olduğundan, vatandaşların keneleri çıkarmak üzere sağlık kuruluşlarına başvurmalarına gerek bulunmadığı; ancak, sağlık kuruluşuna müracaat edenlere de icap eden yardımın yapılması gerektiği,
- Vücuda yapışan kenenin cerrahi müdahale ile çıkarılmasının yanlış olduğu, bu uygulamada bazı sakıncaların bulunduğu,
- Vücudundan kene alınan vatandaşların hastaneye yatırılmasına ve tahlil yapılmasına gerek olmadığı; kenenin çıkarıldığı yere antiseptik uygulanmasının uygun olduğu,
- Vatandaşların kendilerini 10 gün süreyle izlemeleri; ani başlayan ateş, baş ağrısı, yoğun halsizlik, bulantı ve kusma gibi şikâyetlerinin olması hâlinde sağlık kuruluşuna müracaat etmelerinin daha uygun olduğu,
- Elde ettiğimiz tecrübeler, kenenin vücuttan uzaklaştırılması için eğri uçlu penslerin daha uygun olduğunu gösterdiğinden (www.kirim-kongo.saglik.gov.tr), ilgili bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında böyle bir pensin bulundurulmasında yarar görüldüğü,
- Kene varlığını kontrol altına almak amacıyla çevreye yönelik ilaçlama yapılmasının şimdilik gereksiz olduğu; park ve mesire yerleri gibi sınırlı alanlarda ilaçlama yapılmak istenirse, çok yoğun kene varlığı olması durumunda, çevreye ve halk sağlığına yönelik etkileri iyi bilinen insektisitlerle uzmanların kontrolünde yapılmasının temini,
- KKKA'da uygulanabilecek etkin bir aşı ile tedavide kullanılabilecek etkili bir ilacın bulunmamasından ötürü, hastalıktan korunmada esası kişisel korunma önlemlerinin oluşturduğu,
- Uygulanabilir kişisel korunma önlemlerinin ise:
  - ✓ Kırsal alan ziyaretlerinde mümkün olduğunca vücutta açık kısım kalmamasına özen gösterilmesi, kenelerin daha kolay fark edilmesi amacıyla açık renkli elbiselerin tercih edilmesi,

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110002-104-02-01

Konu : Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi

- ✓ Kenelerin vücuda girebileceği yerlerin kapatılması (örneğin pantolon paçalarının çorap içine alınması, çizme giyilmesi),
- ✓ Vücudun açık yerlerine repellent veya böceksavar olarak bilinen böcekleri uzaklaştırıcı ilaçların sürülmesi; bunun yanı sıra, uygun kalıcı insektisitlerin de elbiselere emdirilerek kullanılmasında yarar olduğu,
- ✓ Zaman zaman vücudun kene yönünden muayenesi, kene varsa bir cımbız yardımıyla patlatmadan ve koparmadan çıkarılması; kenenin çıkarıldığı yere antiseptiklerin uygulanması,
- ✓ Vücuttan uzaklaştırılan kenenin çamaşır suyu, alkol veya insektisit vb. içine atılarak öldürülmesi,
- ✓ Kenelerin hiçbir şekilde elle patlatılmaması ve öldürülmemesi,
- ✓ Ayrıca, keneleri vücuttan uzaklaştırmak amacıyla, gazyağı ve kolonya gibi kimyasal maddeleri dökmek veya yanan sigarayı ve kibriti keneye değdirmek gibi yöntemlere başvurulmaması olduğu; bu sebeple de toplumun ve sağlık çalışanlarının eğitimlerine devam edilmesi yönünde kanaat hâsıl olmuştur.

Keyfiyete ilişkin olarak bilgilerinizi, yukarıda belirtilen konular ile halkın ve sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine yönelik çalışmaların Bakanlığımız tarafından gönderilen eğitim materyalleri çerçevesinde yapılmasının temini yanında, genelgemizin ilgili bütün kurum ve kuruluşlara da ulaştırılmasının sağlanması hususlarında ilgililere emirlerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:

81 İl Valiliğine

6.3.32. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Genelgesi (2008/52)

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110002-104-02-01 /21767
Konu : Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi

09.07.2008

GENELGE
(2008/ 52)

İlgi: a) 30/12/2003 tarihli ve B100TSH0110002/20409 sayılı yazımız.
b) 31/03/2004 tarihli ve B100TSH0110002/5367 (2004/46) sayılı daimi genelgemiz.
c) 28/04/2008 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/13259 sayılı yazımız.

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı, ülkemizde hava sıcaklıklarının artmasıyla paralel şekilde Nisan-Eylül döneminde halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. KKKA hastalığının erken teşhisi, tedavisi ve korunma önlemleri konusunda ilgi yazı ve genelgelerle çeşitli düzenlemeler yapılmış olup sağlık idarecilerinin ve sağlık çalışanlarının konuya gerekli hassasiyeti göstermeleri, hizmet içi eğitimlerde sürekliliğin sağlanması, vaka takiplerinde ve izolasyon önlemlerinin alınmasında titiz davranılması büyük önem taşımaktadır.

Bu sebeple KKKA şüpheli vakaların erken teşhis ve tedavilerini sağlamak ve personele bulaşma riskini azaltmak amacıyla aşağıdaki hususlara uyulacaktır.

1. Endemik bölgede yaşayan ve/veya endemik bölgeyi son iki hafta içinde ziyaret eden ve/veya kene tutunması olan kişilerde:
   a. Sadece kene tutunması olan ve klinik belirti/bulgusu olmayan kişiler 10 gün süre ile klinik belirti ve bulgular açısından takip edilecektir.
   b. Ani başlayan ateş, baş ağrısı, aşırı halsizlik, kas ve eklem ağrıları, karın ağrısı, ishal ve kanama şikâyetlerinin biri veya birkaçı ile sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran hastalarda kırsal bölgede yaşama veya son 2 hafta içinde kırsal alan ziyaretinin olup olmadığı, hayvan yetiştiriciliği ile meşguliyeti ve çevresinde KKKA hastasının bulunup bulunmadığı mutlaka sorgulanmalıdır.
   c. Bu tür vakalara, tam kan sayımı yapılacak, trombosit sayısı: 150 000/mm^3'den düşük ve/veya lökosit sayısı: 4000/mm^3'den düşük ise ikinci basamak sağlık kuruluşlarına gecikmeksizin sevk edilecektir.

2. KKKA ön tanısıyla ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilen hastalar için,
   a. Mutlaka ALT, AST, LDH ve CK testleri yapılacak, takip ve tedavi buna göre planlanacaktır.

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110002-104-02-01
Konu : Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi

b. KKKA kesin tanısı amacıyla hastalardan alınan kan örnekleri biyogüvenlik önlemleri ve soğuk zincir kurallarına uygun şekilde Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığına gönderilecek ve ilgili formlar tam olarak doldurulacaktır.

c. Eşlik eden başka bir hastalığı olanlar (Diyabet, Kronik Böbrek Yetersizliği, KOAH, Hematolojik Hastalıklar), 60 yaşın üstündeki hastalar, klinik durumu hızla bozulan (peteşi, ekimoz, diş eti kanaması, burun kanaması vb. ortaya çıkan), şuur bulanıklığı olan, aPTT testi uzamış bulunan, trombosit sayısı hızla azalan veya 50 000/mm^3'ün altında olan hastalar ile takip eden hekimin sevk edilmesini uygun gördüğü hastalar 3. basamak sağlık kuruluşuna sevk edilebilecektir (Ek-1).

3. Ayrıca, KKKA'da vaka yönetimi ve izolasyon önlemleri konusunda ilgi (b) genelge ve ekinde belirtilen hususlara uyulacaktır.

4. Bu kapsamda; hastanelerde vaka tanımlarına uyan hastalar için enfeksiyon kontrol ekibi kontrolünde uygun hasta odaları hazırlanacak, hastanın izolasyonu sağlanacak, hasta yanına giriş ve çıkışlar sınırlandırılacak, hasta ziyaretçilerinin hasta ile teması önlenecek ve gerekli yerlere uyarıcı levhalar asılacaktır.

5. Hastayla teması söz konusu olan acil servis personeli, hasta izlemi ve bakımında görevli sağlık çalışanları, hastabakıcılar, temizlikçiler ve cenaze hazırlama bölümü çalışanlarına hastalığın bulaşma yolları ve alınması gereken önlemler konusunda eğitim verilecektir.

6. Hasta ile teması olan personelin eldiven, cerrahi maske, gözlük ve koruyucu önlük kullanımı gibi bariyer önlemlerini almaları sağlanacaktır.

7. Hastaya yapılacak resusitasyon ve/veya cerrahi müdahaleler ve entübasyon, bronkoskopi gibi girişimler sırasında kan ve diğer vücut sıvılarının sıçrayabileceği veya solunabileceği durumlarda N95 türü maskeler kullanılacaktır. Hastanın bulunduğu odaya girip çıkanların cerrahi maske takmaları yeterlidir.

8. Hastaya yapılan müdahaleler sırasında kullanılan iğne uçları kılıfına geçirilmeden atık kutularında biriktirilerek imha edilecektir.

9. Korunma önlemleri için gerekli olan malzemeler Sağlık Kurum ve Kuruluşları tarafından eksiksiz olarak tedarik edilecek ve hastaya müdahale edenlerin ve laboratuar çalışanlarının kullanmaları sağlanacaktır.

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

K-Q
TSE-ISO-EN
9010

Sayı : B100TSH0110002-104-02-01
Konu : Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi

10. Hasta odalarının ve hastanın kullandığı malzemelerin dezenfeksiyonu ile hastanın dışkısı, idrarı ve diğer vücut sıvılarının bertarafı usulüne uygun olarak yapılacak, hasta nakillerinde gerekli önlemlerin alınması sağlanacak, hasta nakil araçları uygun şekilde dezenfekte edilecek ve hasta nakli yapan görevliler hastalık hakkında bilgilendirilecektir.

11. Sağlık personeli herhangi bir riskli temas durumunda Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanına yönlendirilecektir.

12. Bunun yanı sıra, Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarındaki tüm çalışanların KKKA şüpheli vakalara yaklaşım konusundaki eğitimleri devam edecek, bu hastalara müdahale ederken standart korunma önlemlerinin alınması sağlanacaktır. Bu amaçla Sağlık Müdürlükleri tarafından yeterli miktarda koruyucu malzeme temin edilmeye devam edilecektir.

13. Hasta ve hasta yakınlarına KKKA hastalığı, bulaşma yolları ve korunma tedbirleri konusunda bilgi verilecektir.

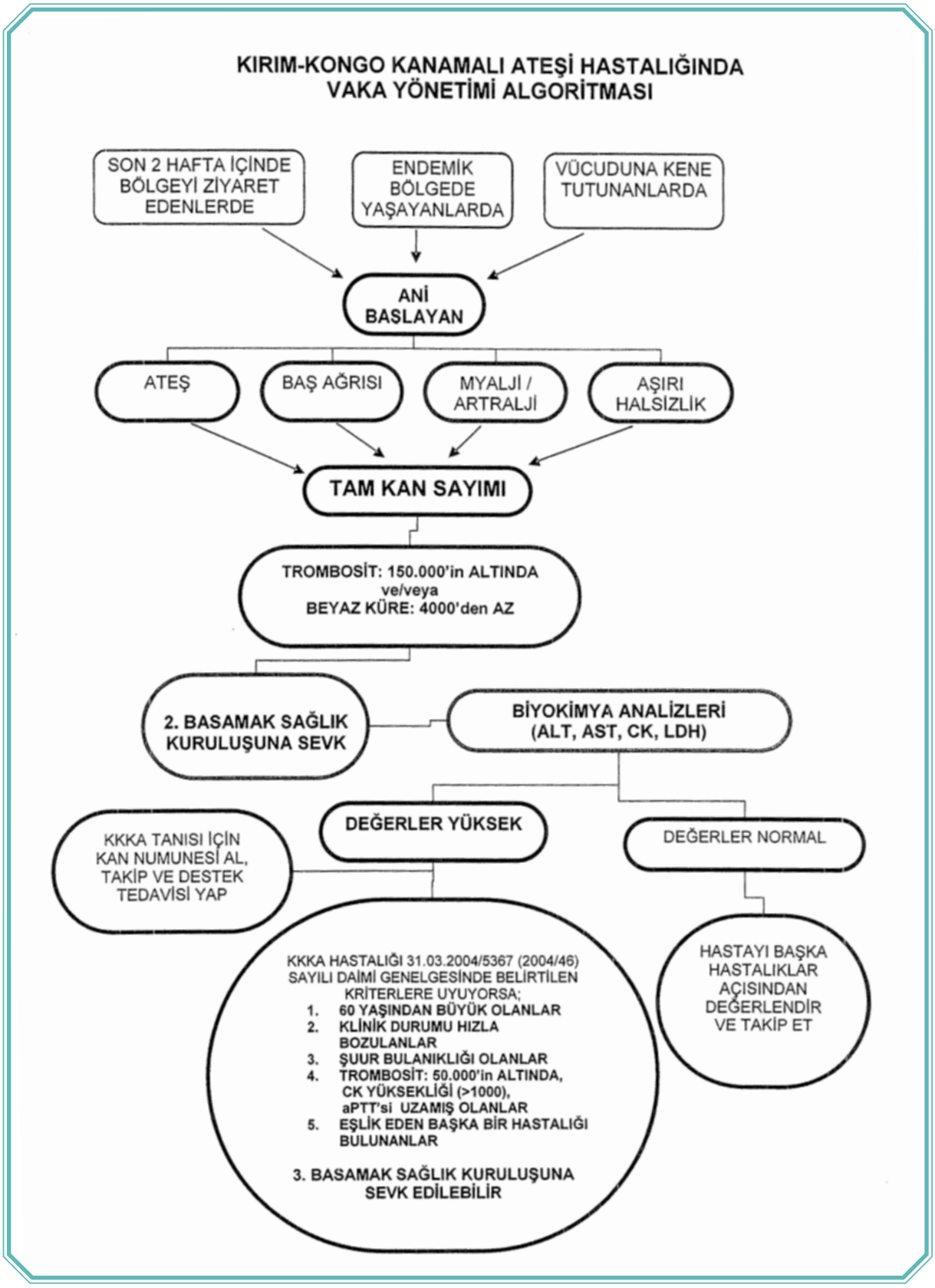
14. KKKA hastalığından korunma yolları ve hastalıktan şüphelenilmesi durumunda yapılması gereken işlemler konusunda toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacıyla yürütülen eğitim çalışmalarına arttırılarak devam edilecekir.

Belirtilen bu hususlara titizlikle uyulması, Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi hastalığıyla ilgili bütün uygulamaların Bakanlığımızca yayımlanan genelge ve talimatlar doğrultusunda yürütülmesi hususlarında bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

EK:
1- Vaka yönetimi algoritması

DAĞITIM:
81 İl Valiliğine


KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİ HASTALIĞINDA
VAKA YÖNETİMİ ALGORİTMASI
SON 2 HAFTA İÇİNDE BÖLGEYİ ZİYARET EDENLERDE
ENDEMİK BÖLGEDE YAŞAYANLARDA
VÜCUDUNA KENE TUTUNANLARDA
ANİ BAŞLAYAN
ATEŞ
BAŞ AĞRISI
MYALJİ / ARTRALJİ
AŞIRI HALSİZLİK
TAM KAN SAYIMI
TROMBOSİT: 150.000'in ALTINDA
ve/veya
BEYAZ KÜRE: 4000'den AZ
2. BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA SEVK
BİYOKİMYA ANALİZLERİ
(ALT, AST, CK, LDH)
DEĞERLER YÜKSEK
DEĞERLER NORMAL
KKKA TANISI İÇİN KAN NUMUNESİ AL, TAKİP VE DESTEK TEDAVİSİ YAP
KKKA HASTALIĞI 31.03.2004/5367 (2004/46) SAYILI DAİMİ GENELGESİNDE BELİRTİLEN KRİTERLERE UYUYORSA;
1. 60 YAŞINDAN BÜYÜK OLANLAR
2. KLİNİK DURUMU HIZLA BOZULANLAR
3. ŞUUR BULANIKLIĞI OLANLAR
4. TROMBOSİT: 50.000'in ALTINDA, CK YÜKSEKLİĞİ (>1000), aPTT'si UZAMIŞ OLANLAR
5. EŞLİK EDEN BAŞKA BİR HASTALIĞI BULUNANLAR
3. BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA SEVK EDİLEBİLİR
HASTAYI BAŞKA HASTALIKLAR AÇISINDAN DEĞERLENDİR VE TAKİP ET

6.3.33. Şarbon Antiserumu Genelgesi (2005/87)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110002
Konu : Şarbon Antiserumu

26.05.05 7615

GENELGE
(2005/87)

Bakanlığımız, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı tarafından üretilen ve ülkemizde şarbon hastalığı tedavisinde çok az da olsa bazı vak'alarda kullanılan hayvan kaynaklı şarbon antiserumu uygulaması, son bilimsel gelişmeler doğrultusunda yeniden değerlendirilmiş olup, Makamın 13/05/2005 tarihli ve B100TSH0110002/5000 sayılı sureti ilişik Olurlarına müsteniden, söz konusu uygulamaya son verildiği hususlarında bilgilerinizi, keyfiyetten bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının haberdar edilmesi için de ilgililere emirlerinizi arz ve rica ederim.

EK : Makam Onayı (1 sayfa)

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM :
A Planı

DAİMÎ GENELGE

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B10OTSH0110002
Konu : Şarbon Antiserumu

13.05.05 * 5060

BAKANLIK MAKAMINA

Ülkemizde, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı tarafından üretilen ve şarbon hastalığı tedavisinde çok az da olsa bazı vak'alarda kullanıldığı bildirilen hayvan kaynaklı şarbon antiserumunun, tedavideki yerinin ne olduğu konusunda ilgili kurumlar ile uzmanların fikirlerine başvurulmuş olup, tarafımıza ulaşan görüşlerin değerlendirilmesi neticesinde ;

- ✓ İnsan şarbonunda antiserum uygulamasının, 1960'lı yıllardan beri batı dünyasında terk edildiği,
- ✓ Dünya Sağlık Teşkilâtı tarafından hazırlanan "Guidelines for the Surveillance and Control of Anthrax in Humans and Animals WHO/EMC/ZDI/98.6" adlı kılavuzda da tedavide antibakteriyel şarbon antiserumunun önerilmediği,
- ✓ Sadece sistemik şarbon olgularının tedavisinde, aşılanmış insanlardan hazırlanan spesifik antitoksik human gammaglobulinin, antimikrobiyel tedavi ile birlikte verilmesi konusunda görüş birliğinin bulunduğu, ancak, dünyada da henüz bu antiserumu hazırlayıp kullanmını sürekli kılan bir ülkenin bulunmadığı,
- ✓ *Bacillus anthracis*'in biyolojik silah olarak da kullanılabilme potansiyelinin olması keyfiyetinden ötürü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığında şarbonla ilgili her türlü çalışmayı yapabilecek bir laboratuvar kurulmasını uygun olacağı kanaatine varılmıştır.

Bu nedenle, şarbon hastalığının tedavisinde antiserum kullanımının uygulamadan kaldırılması ve dolayısıyla da hayvan kaynaklı şarbon antiserumu üretimine son verilmesi hususlarında takdir ve tensiplerinizi arz ederim.

Uzm. Dr. Mehmet UĞURLU
Genel Müdür

Uygun Görüşle Arz Ederim
/ /2005

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Müsteşar

OLUR
/2005

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

6.3.34. Tularemi Genelgesi (2005/61)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110002

Konu : Tularemi

11 / 04 / 2005 5103

GENELGE
(2005 / 61)

Tularemi, tavşan ateşi veya avcı hastalığı gibi isimlerle de bilinen, virülansı hayli yüksek olan *Francisella tularensis* adlı bakterinin meydana getirdiği bir zoonozdur. Hastalığa neden olan bakterinin doğal saklayıcısı çoğunlukla kemirici hayvanlar olup, hastalığın insanlara bulaşmasında, enfekte hayvanların idrar, dışkı, kan ve organlarının deri, mukoza veya konjunktivaya direkt teması ile kontamine olmuş gıdaların yenmesi ve suların içilmesi önemli rol oynamaktadır. Hastalık, enfekte av hayvanlarının yüzülmesi, etlerinin parçalanması veya bu hayvanlara ait etlerin çiğ ya da iyi pişirilmeden yenmesiyle bulaşabileceği gibi etkeni taşıyan kene ve kan emici sineklerin insanları ısırması ile de bulaşma söz konusu olabilmektedir.

Tularemi, klinik olarak *ülseroglandüler, glandüler, oküloglandüler, orofaringeal, tifoidal* ve *pnömonik tularemi* şeklinde görülen bir hastalıktır. Zaman zaman değişik illerde *orofaringeal* ve *oküloglandüler* formlarda epidemik bir seyir arz eden tulareminin, ülkemizdeki bulaşma kaynağı konusundaki genel kanaat, kontaminasyonlar açısından izolâsyonu tam olarak sağlanamamış, hayvanların kolayca kirletebileceği, yeterli klorlama yapılamamış ya da klorlamada sürekliliğin sağlanamadığı kaynak ve depolardan su içilmesi merkezindedir.

Bu cümleden olmak üzere :

- ✓ Özellikle kırsal kesimlerde bulunan içme ve kullanma sularına ait kaynak, kanal, boru ve depoların, kontaminasyonları önleyecek şekilde ıslahının sağlanması hususunda ilgili kurum ve kuruluşlarla icap eden iş birliğinin gerçekleştirilmesi,
- ✓ İçme ve kullanma sularının klorlanması ile klorlama işlemlerinde sürekliliğin sağlanması,
- ✓ Kaynağı belirsiz veya yeterince klorlama yapıldığından emin olunmayan suların kaynatılarak içilmesi, suların ferdi dezenfeksiyonu ile özellikle av hayvanlarının yüzülmesi ve parçalanması esnasında eldiven kullanılması, bu hayvanlara ait etlerin iyice pişirilerek yenmesi, meyve ve sebzelerin bol su ile iyice yıkandıktan sonra tüketilmesi gibi konularda halkın bilgilenmesine ve bilinçlendirilmesine yönelik eğitim verilmesi,

1 / 2

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110002

Konu : Tularemi

- ✓ Hastalığın görüldüğü, kuşkulu vak'aların bulunduğu ya da tularemi pozitif vak'alarla epidemiyolojik ilişkisi olan yerleşim yerlerinde inceleme ve taramalar yapılarak hastaların bulunup tedavi edilmelerinin temin edilmesiyle,
- ✓ Vak'a bildirimlerinin, mer'i mevzuatı muvacehesinde yapılması icap etmektedir.

Bunların yanı sıra, yapılan incelemeler ve değerlendirmeler ile Bakanlığınıza ulaşan bilgiler, tulareminin çok fazla bilinen bir hastalık olmamasından dolayı ayırıcı tanılarda fazla akla getirilemediği, bundan ötürü de tanı ve tedavinin zamanında gerçekleştirilemeyişine bağlı birtakım problemlerin bulunduğu şeklindedir.

Bu nedenle :

- ✓ Beta-laktam antibiyotik tedavisine cevap vermeyen tonsillofarenjit vak'aları,
- ✓ Boyunda lenfadenopatisi (LAP) olan vak'alar ile,
- ✓ LAP yanında konjunktiviti bulunan vak'alarda tularemi de düşünülmeli ve ayırıcı tanıda bu bilgiler dikkate alınmalıdır.

Konuya ilişkin olarak bilgilerinizi; keyfiyetin, İlinizdeki bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile diğer muhataplarına ulaştırılmasının sağlanması hususlarında da ilgililere emirlerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM :

81 İl Valiliğine

6.3.35. Trişinelloz Genelgesi (2004/28)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

SAYI : **B100TSH0110002**
KONU : Trişinelloz

05.03.2004 03557

GENELGE
2004 / 28

Hayvanlardan insanlara geçen ve zoonozlar olarak bilinen hastalıkların iki yüzün üzerinde olduğu Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından bildirilmekte ve bu hastalıklara yenileri eklenerek sayıları sürekli artmaktadır. Hatalı beslenme alışkanlıkları, alt yapı eksiklikleri, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel düzeydeki problemler nedeniyle ülkemizde de oldukça önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam eden zoonoz hastalıkların oldukça önemli bir kısmını ise zoonoz parazitozlar oluşturmaktadır. Son zamanlarda ciddî bir epidemi şeklinde ortaya çıkarak bu halkaya eklenen trişinelloz hastalığı da ülkemizdeki parazit ve gıda kaynaklı zoonozlardan birisi olmuştur.

Bakanlığımızca, trişinelloz epidemisi durumunda gerek vaka yönetiminin uygun bir şekilde sağlanması gerekse vakalara zamanında müdahale edilerek doğru bir şekilde tedaviye alınması amacıyla "Trişinelloz Vakalarında Yaklaşım" adlı doküman ile "Trişinelloz Vaka Bildirim Çizelgesi" hazırlanarak ilişikte sunulmuştur.

Bu nedenle, trişinelloz vakalarında ilişikte gönderilen bilgiler doğrultusunda hareket edilmesi, söz konusu bilgilerin bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına ulaştırılmasının sağlanması, konuya ilişkin olarak halkın bilgilenmesi ve bilinçlenmesine yönelik çalışmaların yapılması, gıda denetimlerinin titizlikle yapılmasının sağlanması hususlarında bilgilerinizi ve keyfiyetin gereği için ilgililere emirlerinizi arz ve rica ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Bakan a.
Müsteşar

EKLER:

EK-1. Trişinelloz Vakalarında Yaklaşım (9 sf.)
Ek-2. Trişinelloz Vaka Bildirim Çizelgesi (1 sf.)

DAĞITIM:
A Planı

DAİMÎ GENELGE

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

TRİŞİNELLOZİS VAKALARINDA YAKLAŞIM

1. Giriş

Parazit hastalıkları, dünyanın bir çok yerinde olduğu gibi ülkemizde de gerek sosyo-kültürel gerekse sosyo-ekonomik düzeylerdeki yetersizlik nedeniyle hâlâ önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Ülkemizin ılıman bir iklim kuşağında yer almasının getirdiği iklim yapısı da parazit hastalıkları için uygun bir ortam oluşturmaktadır. Bunlara denetlemelerdeki yetersizlikler, kısa yoldan çok kazanç elde etmek isteyen birtakım kişilerin kötü niyetleri ve toplumun yanlış beslenme alışkanlıkları da eklendiğinde, mevcut parazit hastalıklarına yenilerinin ilâvesi ile halkın sağlığına yönelik tehditler artmaktadır.

Bu hastalıklardan birisi de ülkemizde bu zamana kadar bir epidemisi görülmeyen trişinellozistir.

Trişinellozis (Trichinellosis) -hastalık aynı zamanda Trişinozis (Trichinosis) olarak da bilinir- *Trichinella spiralis, T. nativa, T. pseudospiralis, T. britovi, T. nelsoni, T. papuae, T. murrelli* ve *T. zimbabwensis* gibi nematod larvalarının neden olduğu gıda kaynaklı zoonoz bir parazit enfeksiyonudur. Larvalarının kaslara yerleşmesinden dolayı *Trichinella* türleri "doku nematodları" olarak adlandırılmaktadır.

2. Bulaşma ve Epidemiyoloji

Trişinellozis, esas olarak enfekte domuz etlerinin çiğ veya az pişmiş olarak tüketilmesi ile olmaktadır; ancak, ayı, at, köpek, tilki vb. hayvanların *Trichinella* larvaları ile enfekte etlerinin çiğ veya az pişmiş olarak yenmesi sonucu da bir bulaşma söz konusudur.

Bu hayvanlara ait etleri ya da et ürünlerini çiğ veya az pişmiş olarak yeme alışkanlığı olan toplumlarda her zaman epidemilerin olabileceği aşikârdır. Nitekim, değişik bilimsel kaynaklar bir çok trişinellozis epidemisini bildirmiştir.

Trichinella, konak zinciri domuz-domuz-domuz şeklinde olan bir parazit olarak bilinmekle birlikte, hayvanlar arasındaki leş yeme, birbirini yeme veya hayvanlara enfekte etlerin çiğ olarak verilmesi sonucu parazitler diğer hayvanları da enfekte edebilmektedir. İnsanlar da hatalı beslenme alışkanlıkları yüzünden bu zincirdeki yerlerini almaktadırlar.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

İnsanlar tarafından çiğ veya az pişmiş etlerle alınan kist içindeki *Trichinella*, kistin midede erimesi sonucu açığa çıkar. İnce bağırsaklara geçen larvalar 36 saat içinde erişkin hale gelir ve çiftleşerek larva doğurmaya başlar; her dişi yaklaşık olarak 4- 16 hafta boyunca hareketli 1500 civarında larva doğurur. Doğan larvalar ince bağırsak mukozasına saldırır; ayrıca, bağırsaklardaki lenf veya mezenterik venüller vasıtasıyla kana geçer ve tüm vücuda yayılır. Larvalar, çiğneme kasları, dil, diyafram, boyun, kaburga kasları, biseps ve gastroknemius kasları, kalp kası ve gırtlaktaki çizgili kaslara yerleşerek kistleşir. Bu kistler, 6-8 ay sonra kalsifikasyona uğrar; kalsifikasyon genellikle 1 yılda tamamlanır. Larvalar kasların dışında beyin dokusuna da yerleşebilir.

Trişinelloziste, değişik *Trichinella* türlerine ait ölüm vakalarının varlığı da söz konusudur. *T. spiralis*, *T. nativa*, *T. pseudospiralis*, *T. murrelli* ve *T. nelsoni* kaynaklı ölüm vakaları bildirilirken, *T. britovi* kaynaklı ölüm vakası bildirimi mevcut değildir.

Trişinelloziste insandan insana bulaşma olmamaktadır; ancak, transplâsental bulaşmanın olabileceği belirtilmektedir. Transplâsental bulaşma domuzlar için söz konusu değildir.

Trişinellozis enfeksiyonunun parsiyel immünite ile sonuçlandığı bildirilmektedir.

Trichinella türlerinin patojeniteleri, dünyadaki dağılımları vb. konularda bazı farklılıkları bulunmakta olup, bununla ilgili bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Tablo 1. Trichinella Türlerine Ait Bazı Özellikler

Trichinella Türleri	Dağılım	Siklus	Saklayıcısı	Enfektivite (İnsan)	Patojenite (İnsan)	Kuluçka Dönemi	Dondurma İşlemine Dayanıklılık
T. spiralis	Bütün dünya	Domestik-silvatik	Domuz, fare, at	Yüksek	Yüksek	Kısa	Dirençli değil
T. pseudospiralis	Bütün dünya	Silvatik, nadiren domestik	Kuş, rakun, kemiriciler	Orta	Yüksek	Kısa	Dirençli değil
T. nativa	Kuzey Kutbu	Silvatik	Kutup ayısı, mors, balina, fok balığı, sincap, kurt, tilki, at	Yüksek	Orta	Uzun	Dirençli
T. nelsoni	Ekvatoral Afrika ve Güney Avrupa	Silvatik	Çalı domuzu, Afrika yaban domuzu, aslan, leopar, çita, sırtlan	Yüksek	Düşük	Uzun	Dirençli değil
T. britovi	Kuzey kutbunun ılıman bölgeleri	Silvatik, nadiren domestik	Tilki, kurt, ayı, at, yabanî domuzlar	Orta	Orta	Uzun	Orta düzeyde direnç
T. papuae	Papua Yeni Gine	Silvatik	Yaban domuzu, timsah		Hafif-orta		Dirençli değil
T. murrelli	Amerika Birleşik Devletleri	Silvatik	Tilki, ayı, rakun, at, vaşak		Orta-yüksek	Uzun	Dirençli değil
T. zimbabwensis	Zimbabwe	Silvatik	Nil timsahı				

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

3. Klinik

Hastalık, alınan larva sayısı ve *Trichinella* türü yanında hastanın immünitesi, yaşı ve etkilenen organlarla doğru orantılı olarak hafif bir formdan öldürücü olabilecek bir tabloya kadar farklı klinik seyirler gösterebilir. Örneğin, 10 larvadan az larva alımı ile hastalık abortif seyrederken, 10 larva alımı ile subklinik, 50-500 larva alımı ile orta düzeyde, 1000 veya üzeri larva alımında ise çok ciddî (ölümcül) seyredebilmektedir. Çoğunlukla vakaların büyük bir kısmı asemptomatik olarak geliştiğinden, genelde tanı konulamayabilir. Düşük dozdaki larva enfeksiyonları gribal enfeksiyon benzeri bir tablo şeklinde görülebilir.

Hastalığının kuluçka süresi genel olarak 5-45 gün olarak bilinmektedir; ancak, ortalama 2 hafta olabileceği ifade edilmektedir. Ciddî ve orta dereceli enfeksiyonlarda kuluçka süresi 7 günden az olabilirken, ılımlı ve orta dereceli enfeksiyonlarla abortif formlarda bu süre 14-50 gün civarında seyredebilmektedir.

Hastalık, larvaların sindirim sistemindeki faaliyetleri, kaslara göçü, penetrasyonu ve ankiste olmasına bağlı olarak değişik klinik seyirler gösterdiğinden, klinik bulguları üç grupta sınıflandırmak mümkündür.

3.1. Gastrointestinal bulgular: Çiğ veya az pişmiş *Trichinella* larvaları ile enfekte etlerin yenmesinden sonra 1-2 gün içinde *ateş, ishal, karın ağrısı, genel kırgınlık, bulantı* ve bazen de *kusma* ile ortaya çıkan erken bulgular şeklinde gelişebilir. İshalde kan yoktur ve ishal günde 10-15 kez olabilir.

3.2. Sistemik bulgular: Hastalığın bu safhası muskuler veya parenteral dönem şeklinde de ifade edilmekte olup, *Trichinella* larvalarının göçü ve çizgili kaslara penetrasyonu sırasında ortaya çıkabilen bulgularla seyreder. Genel olarak 5-15 gün içinde *ateş* (ağır kas invazyonlarında 40-41 °C'ye kadar çıkabilir ve 3 hafta kadar devam edebilir), *kas ağrısı, kaslarda hassasiyet, yüzde ve göz çevresinde ödem, gözde kızarıklık/kanama, şiddetli halsizlik, döküntü, nefes almada, yutmada ve çiğnemede güçlük, öksürük, terleme, tırnak yataklarında ve retinada kanama* şeklinde seyreder.

3.3. Konvelasan (Kronik) dönem bulguları: Genellikle enfeksiyondan 3 hafta sonraki dönem olup, bu dönemin ikinci aylarında değişik sistemlere ait çok ciddî bulgular ortaya çıkabilir. Bu bulgular *kas ağrısı, genel kırgınlık, kalıcı kas paralizileri, nörolojik* ve *metabolik bulgular* ile *dolaşım sistemine ait problemlerin* ortaya çıkması şeklinde görülebilir. Tedavi edilmeyen vakalarda ölüm daha çok 4. ve 8. haftalarda kardiyak (konjestif kalp yetmezliği gibi) ve nörolojik (menenjit, ensefalit gibi) problemlere bağlı olarak görülebilmektedir.

Larvaların kaslara yerleşmesinden 10 yıl sonra kaslarda güçsüzlük, konjonktivit ve koordinasyon bozukluğuna yol açabildiği, serumda IgG belirlenebildiği, hatta herhangi bir belirti vermeden enfeksiyondan 39 yıl sonra kaslarda canlı larvalara rastlanabildiği belirtilmektedir.

4. Tanı ve Laboratuvar Bulguları

Parazit hastalıklarında eozinofili önemli bulgulardan biridir. Trişinelloziste de % 20 düzeylerinde bir eozinofili görülebilir; bu değer sıklıkla % 50'lerin üzerine de çıkabilmekte, hatta bazen % 90'ları bulabilmektedir. Eozinofili genel olarak larvaların göçü sırasında ortaya çıkabilen önemli bir laboratuvar bulgusudur. Kreatinfosfokinaz (CPK) ve laktat dehidrojenaz (LDH) gibi kas enzimlerinde bir yükselme görülebilmektedir. Özellikle CPK yüksekliği vakaların % 75-90'ında görülebilmekte ve enfeksiyondan 2-5 hafta sonra ortaya çıkabilmektedir.

Tanıda, klinik belirtilerin yanı sıra laboratuvar bulgularından eozinofili ile serolojik testler ve kas biyopsileri önemli yer tutar. Bunların yanı sıra nadir de olsa kan ve beyin omurilik sıvısı gibi vücut sıvılarında larva, hastanın ishali varsa dışkıda erişkin *Trichinella* veya larvası bulunabilir. Larvaların oldukça enfektif oldukları unutulmamalıdır.

4.1. Histopatolojik tanı: Kas biyopsisi (gastroknemius, deltoid ve biseps kaslarından biyopsi örneği alınabilir) ile alınan örnekte kas içinde kistleşmiş *Trichinella* larvalarının gösterilmesi şeklindedir. Kas biyopsileri enfeksiyondan en erken 10 gün sonra alınabilir; ancak, genelde pozitif sonuçlar hastalığın başlangıcından 2-3 hafta sonra alınan kas biyopsilerinden elde edilebilir.

4.2. Serolojik tanı: Larvaların alınmasını takiben genelde iki hafta sonra ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) yöntemi ile parazite spesifik IgG'ler belirlenebilir.

4.3. Ayırıcı tanı: Trişinellozisteki bulguların polinörit, akut anteriör poliomyelit, myastenia gravis, menenjit, ensefalit, dermatomyozit, poliarthritis nodosa, akut glomerülonefrit, leptospirosis ile bir çok bakteriyel, viral ve parazit enfeksiyonunu, toksik veya allerjik reaksiyonları taklit edebileceği, bu nedenle de ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gerektiği bilinmelidir.

Ayrıca, aynı kaynaktan çiğ veya az pişmiş enfekte etleri yiyen birden fazla kişi olabileceğinden, gıda kaynaklı enfeksiyonların da ayırıcı tanıda unutulmaması gerekmektedir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yukarıda verilen bilgiler ışığında trişinellozisteki vaka tanımları Tablo 2'de verilmiştir. Ayrıca, vakalara sistemli bir yaklaşımı sağlamak ve özellikle bir epidemi durumunda tanıyı kolaylaştırmak amacıyla tanımlanan vakalar şekil üzerinde (Şekil 1) sunulmuştur.

Tablo 2. Trişinellozis Vaka Tanımları

5. Vaka Tanımları

5.1. Şüpheli vaka:

Ateş, ishal, bulantı, karın ağrısı, myalji, yüzde / göz çevresinde ödemi olan vaka.

5.2. Olası vaka:

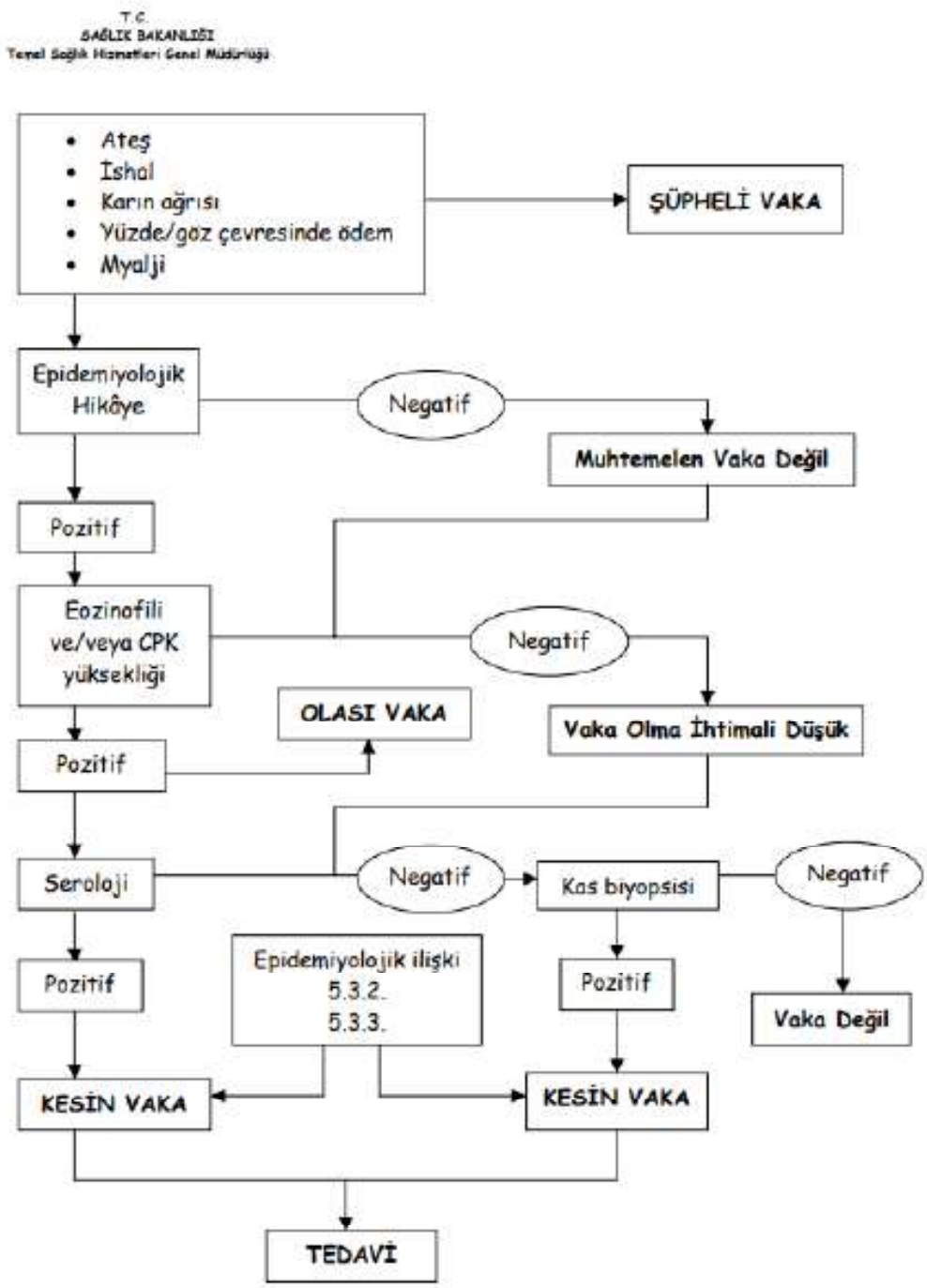
Son 50 gün içinde başta domuz eti olmak üzere, menşei belli olmayan çiğ veya az pişmiş et yeme hikâyesi ile eozinofili bulgusu ve / veya CPK yüksekliği olan şüpheli vaka.

5.3. Kesin vaka:

5.3.1. Yukarıda verilen serolojik ve histopatolojik tanı kriterlerinden biri ile doğrulanmış vaka,

5.3.2. Hastalığa ait belirtilerin görüldüğü ve hastanın yediği etlerde *Trichinella* larvalarının belirlendiği vaka,

5.3.3. Hastalığa ait belirtilerin görüldüğü ve aynı kaynaktan şüpheli etleri yiyen kişilerden birisinde doğrulanmış vaka.



Şekil 1. Trişinellozis Vakalarında Tanı Yaklaşımı

6. Tedavi

Trişinellozis tedavi edilebilen gıda kaynaklı zoonoz bir parazitozdur. Ancak, hastalık genelde kaslara yerleştikten sonra tanındığından, bu durumlarda daha çok destek tedavisi ön plâna çıkmaktadır. Genel durumu iyi olmayan hastaların tedavileri yatırılarak sürdürülmelidir.

Tedavide antihelmintik olarak benzimidazol grubu ilâçlar kullanılmaktadır; bunlar, tiyabendazol, mebendazol ve albendazoldür. Klinik değerlendirmeler yapıldıktan sonra söz konusu ilâçlar, trişinellozisin değişik safhalarında kullanılabilirler. Endikasyonu uygun görülürse, kontrollü olarak, glukokortikoidler de kullanılabilmektedir.

Her üç ilâç da gebelikteki kullanımları açısında güvenlik düzeyi "C" olan ilâçlardır.

6.1. Mebendazol

Mebendazolün trişinellozisteki dozu, İtalya'da bulunan Uluslararası *Trichinella* Rereferans Merkezi uzmanları tarafından 25 mg/kg miktarındaki günlük dozun 3-4'e bölünerek iki hafta süreyle verilmesi, ciddî enfeksiyonlarda ise 5 gün sonra tedavinin tekrarlanması şeklinde önerilmektedir. Enfeksiyonun birinci haftasından önce tedaviye başlanması söz konusu ise günlük doz 15 mg/kg olarak ayarlanabilmektedir.

Trişinellozisteki, diğer bilimsel kaynaklarda verilen veya uzmanlarca önerilen mebendazol kullanımları ise:

- Hastalığın akut döneminde (gastrointestinal dönem) günde 200-400 mg dozunda 3-5 gün süreyle verildikten sonra, dozun 400-500 mg/gün şeklinde düzenlenerek 10 gün verilmesi,
- Günde iki kez 100 mg miktarında 3 gün verilmesini takiben, 3-4 hafta içinde bir iyileşme olmazsa aynı uygulamanın tekrarlanması,
- Bir diğer seçenek ise 200 mg mebendazolün 5 gün süreyle verilmesi şeklindedir.

Yan etki olarak aşırı duyarlılık olabileceğinin bildirildiği mebendazolün gebelikte kullanımı ile ilgili bilgiler henüz saptanmamıştır. Karaciğer problemi olan hastalarda gerekli doz ayarlaması yapılmalıdır. Ayrıca, iki yaşın altındaki çocuklara mebendazol verilmez, bu yaşın üzerindeki çocuklara erişkin dozu uygulanır.

Karbamazepin ve fenitoin, mebendazolün metabolize olmasını artırarak etkisini azaltabilirken, simetidinde durum bunun tersinedir.

6.2. Albendazol

Albendazolün trişinelloziste kullanımı, yine Uluslararası *Trichinella* Rereferans Merkezi uzmanları tarafından, 20 mg/kg'lık günlük dozun, 3-4'e bölünerek iki hafta süreyle verilmesi, ciddî enfeksiyonlarda ise 5 gün sonra tedavinin tekrarlanması önerilmektedir. Tedaviye enfeksiyonun birinci haftasından önce başlanması söz konusu ise günlük dozun 15 mg/kg olarak ayarlanabileceği belirtilmektedir.

Trişinellozis tedavisinde albendazolün kullanımı ile ilgili diğer öneriler ise:

- Albendazol 400 mg miktarında verilip, tedavi sağlanamazsa 2 hafta sonra doz tekrarının yapılması, iki yaşın üzerindeki çocuklarda ilâcın dozunun erişkinlerde olduğu gibi uygulanması, ancak, iki yaşın altındaki çocuklarda 200 mg miktarında tek doz olarak verilmesi ve enfeksiyonun tedavisinin sağlanamadığı durumlarda aynı dozun tekrarlanması,
- Gebeler hariç, erişkinlerde 400 mg/gün miktarında 3 gün süreyle; çocuklarda ise 5 mg/kg miktarında 4 gün süreyle verilmesi,
- Yine klinik değerlendirmeler ışığında uygulanabilecek bir diğer seçenek de 400-800 mg/gün'lük albendazolün 10 gün süreyle verilmesi şeklindedir.

Albendazolün aşırı duyarlılığa yol açabileceği belirtilmektedir.

Karbamazepin, albendazolün etkisini azaltabilirken, dekzametazon, simetidin ve prazikuantel toksisitesini artırabilmektedir.

6.3. Tiyabendazol

Trişinellozis vakalarında tiyabendazolün yetişkinlerdeki kullanımı -yan ekilerinden dolayı uzun süreli kullanımlar problemli olabilmektedir- 50 mg/kg miktarındaki günlük dozun ikiye bölünerek verilmesi şeklindedir; günlük doz 3 gramı geçmemelidir. Çocuklardaki tiyabendazol kullanımı ise, 15 kg'ın üzerinde olanlara yetişkinlerde olduğu gibidir. Bu ağırlığın altındakilerde kullanımla ilgili bilgiler henüz yeterli değildir.

Tiyabendazol aşırı duyarlılığa yol açabilirken, serum teofilin düzeyini artırarak bunun toksisitesini artırabilmektedir.

6.4. Steroid kullanımı

Trişinelloziste ateşin ve larvaların kaslara yerleşmesi sonucu gelişen olumsuzlukların yatıştırılması açısından ya da başka amaçlarla steroid kullanımı gerekebilmektedir.

Bu amaçla trişinelloziste 5 mg/kg/gün miktarında mebendazol ile 40-60 mg/gün dozunda prednizolon ya da 400-800 mg/gün miktarında albendazol ile yine aynı dozda prednizolon birlikte verilebilir.

Fransa'da meydana gelen epidemide vakaların tedavileri 800 mg/gün miktarındaki albendazol ile 30 mg/gün miktarındaki prednizonun kombine edilerek 3 gün süreyle verilmesi şeklinde plânlanmıştır.

Genel olarak prednizolon 30-60 mg/gün miktarında endikasyonu uygun görülürse kullanılabilmektedir.

Orta ve daha düşük düzeydeki enfeksiyonlarda da gerektiğinde steroid kullanılabilir; ateş olduğunda ve allerjik bulgular azaldığında steroid verilmesi durdurulmalıdır. Ancak, steroid tedavisinin bağırsaklardaki erişkin *Trichinella*ların atılımını engellediğinin de ifade edildiği unutulmamalıdır.

7. Korunma ve Kontrol

Her enfeksiyon hastalığında olduğu gibi trişinelloziste de esas olan korunma olup, basit bazı önlemlerin alınması ve birtakım alışkanlıklara son verilmesi ile korunma sağlanmaktadır. Etlerin çiğ veya az pişmiş olarak yenmesi sonucunda trişinellozis haricinde başka hastalıkların da bulaşabileceği unutulmamalıdır.

Ayrıca, değişik ülkelerde görülen epidemiler ve yapılan deneysel çalışmalar hastalığın sadece domuzlar veya yukarıda adı geçen hayvanlarda değil, herbivor (ot yiyen) bir çok hayvanda da görülebileceğini göstermektedir.

Trişinellozisten korunma önlemlerinin başlıcaları şunlardır:

- Kaynağı belirsiz, üretim izni olmayan ve etiketinde gerekli bilgilerin yer almadığı ürünler tüketilmemeli, halkın bu konuda bilgilenmesi ve bilinçlenmesi sağlanmalıdır.
- Domuz ve av etleri başta olmak üzere hiçbir hayvansal ürün çiğ veya az pişmiş olarak yenmemelidir. Etler, iç ısıları 71 °C olacak şekilde en az 3 dakika veya renkleri pembeden griye dönene kadar pişirildikten sonra tüketilmelidir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

- Etler, iç ısıları -15 °C olacak şekilde (15 cm'den az kalınlıkta parçalanan etler için) 3 hafta dondurulduktan sonra tüketime sunulmalıdır. Etin parça kalınlığı arttıkça bekletme süresi de artmaktadır. Örneğin, kalınlığı 69 cm'e kadar olan etlerin bekletme süreleri -15 °C'de 4 haftadır.

  Etlerin dondurulma dereceleri -15 °C'yi geçtikçe de bekletme süreleri azalmaktadır. Örneğin, bu süre -23 °C'de 10 gün, -29 °C'de ise 6 gün olmaktadır. Ancak, *T. nativa*nın dondurma işlemine karşı dayanıklı olduğunun ve bir yıl kadar hatta daha fazla bir süre canlılığını devam ettirebileceğinin de unutulmaması gerekmektedir. Bu durumda en akılcı yolun, etlerin uygun ısılarda pişirildikten sonra tüketilmesi olduğu görülmektedir.
- Etlerin tuzlama, dumanlama, kurutma ve mikrodalga gibi yöntemlerle muameleye tabi tutulması veya baharatların eklenmesi ile parazitlerin tahrip olmayacağı ve enfektivitelerini devam ettirecekleri de akıldan çıkarılmamalıdır.
- Etlerin gama radrasyonla sterilize edilmesi ile *Trichinella* larvalarının tahrip olduğu bildirilmektedir; ancak, radyasyon etin kalitesini ve kokusunu da etkilemektedir.
- İnsan tüketimine sunulacak gıdalarla ilgili olarak "*çiftlikten sofraya gıda güvenliği*" kapsamında işletmelerde GMP (Good Manufacturing Practise, İyi Üretim Uygulamaları) ve HACCP (Hazard Analyses Critical Control Point, Kritik Kontrol Noktalarında Tehlike Analizi) sisteminin uygulanması sağlanmalıdır. Bu anlamda öncelikle domuzların yetiştirilmesinden, insanların tüketimine sunulmasına kadar bütün safhalarda gerekli bütün hukukî zeminler oluşturularak titizlikle uygulanmalı, çiftlikler, hayvanların enfekte olmasına müsaade etmeyecek şekilde kurulmalı ve hayvansal gıdalar haşlandıktan sonra domuzlara verilmelidir.
- Gıda, halk sağlığını doğrudan ilgilendiren önemli bir mevzu olduğundan, gıda üretim ve satış yerlerindeki denetimlerde hassasiyet gösterilerek halkın sağlığıyla oynanmasına fırsat verilmemelidir.
- Av etleri ile ilgili mevzuat hazırlanarak uygulanması sağlanmalı ve gerekli kontroller yapıldıktan sonra av etlerinin tüketime sunulmasına müsaade edilmelidir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

...../...../ 200

TRİŞİNELLOZİS VAKA BİLDİRİM ÇİZELGESİ

Kurum :.....

İli: .....
Epi Numarası: .....

1. HASTA BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı	
Cinsiyeti	
Doğum Tarihi / Yaşı	
Mesleği	
Adresi	
Telefonu	
Şikâyetlerin Başladığı Tarih	
Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi	

2. HASTANIN ŞİKÂYETLERİ

- □ Ateş
- □ İshal
- □ Karın ağrısı
- □ Bulantı
- □ Kusma
- □ Kırgınlık
- □ Kaslarda ağrı / hassasiyet
- □ Göz çevresinde / yüzde ödem
- □ Gözde kızarıklık / kanama
- □ Döküntü
- □ Nefes alma güçlüğü
- □ Öksürük
- □ Terleme
- □ Retinada kanama
- □ Tırnak yataklarında kanama
- □ Paralizi
- □ Diğer : .....

3. TANI VE LABORATUVAR BULGULARI

3.1. Hastaya Ait Laboratuvar Bulguları

Eozinofili	:	□ Var	□ Yok	**Eozinofil**	: %.....
Seroloji	:	□ Pozitif	□ Negatif	**CPK**	: .....
Histopatoloji	:	□ Pozitif	□ Negatif	**LDH**	: .....

3.2. Şüpheli Et Numunelerine Ait Laboratuvar Bulguları

Serolojik analiz sonucu : .....
Histopatoloji : □ Pozitif □ Negatif

4. ÇİĞ VEYA AZ PİŞMİŞ ET / ET ÜRÜNLERİ YEME HİKÂYESİ

- □ Domuz eti (Ürün çeşidi : .....)
- □ Av eti (Hayvanın türü : .....)
- □ Kaynağı belli olmayan et (Ürün çeşidi : .....)

a) Şüpheli et / et ürününün yenme tarihi : .....
b) Şüpheli et / et ürününün yendiği veya alındığı yerin adres bilgileri : .....

5. YAPILAN TEDAVİ (Belirtiniz) : .....

6. SONUÇ □ Salah □ Şifa □ Eks

Muayene Eden Hekimin:
Adı ve Soyadı :
İmzası :

TRİŞİNELLOZİS VAKA BİLDİRİM ÇİZELGESİ DOLDURMA TALİMATI

1. Trişinellozis şüpheli vakalarla ilgili bilgiler Çizelgede eksik kalmayacak şekilde doldurulur.
2. Hastalardan 5 ml kan alınarak serumu ayrılır ve Çizelge ile birlikte derhal İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir.
3. İl Sağlık Müdürlüğü de her vaka için bir epi numarası vererek (Epi Nu: İl Trafik kodu / Vakanın görüldüğü yıl / Vaka sırası, örneğin 06/2004/1 gibi) Çizelgenin bir nüshasını Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne, serum ile birlikte bir nüshasını da Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı (RSHMB) Parazitoloji Laboratuvarına gönderir.
4. RSHMB analiz sonuçlarını, numunenin geldiği İl Sağlık Müdürlüğüne hemen bildirir.
5. İl Sağlık Müdürlükleri aylık olarak pozitif vakaların bildirimlerini Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne yapacaktır.

6.3.36. Tüberküloz Aktif Sürveyansı Genelgesi (2014/31)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 60949272-134
Konu: Tüberküloz Aktif Sürveyansı

GENELGE
2014/31

Bilindiği üzere, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 115 inci maddesi ile 30.05.2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği'nin 10 uncu maddesi gereğince tüberküloz (TB) hastalığının bildirimi zorunludur. 22.02.2012 tarihli ve 28212 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Ulusal Tüberküloz Tanı Laboratuvarları Ağı Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ'e göre laboratuvarlarda tespit edilen TB vakalarının da bildirilmesi gerekmektedir.

Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı'nın (UTP) başarıyla yürütülebilmesi için tüberküloz hastalarının bildiriminin eksiksiz yapılması ve Toplum Sağlığı Merkezi Verem Savaşı Dispanseri Birimlerine (VSD) kayıt edilmesi gerekmektedir. Hastaların Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı'nda kayıtlı olması ile doğru tedaviye başlanması, tedavinin başarıyla tamamlanması ve hasta bilgilerinin standart olarak raporlanması mümkün olacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü, TB olgu hızı yüz binde 20'nin altında olan ve son 5 yılda olgu hızı düşme trendinde olan ülkelerin TB eliminasyon fazında olduğunu kabul etmektedir. Ülkemizin 2013 yılı TB olgu hızı yüz binde 17,5 ve son 5 yılda olgu hızı düşme trendinde olduğundan eliminasyon fazına girilmiş durumdadır. TB eliminasyon fazında olan ülkelerin kontrol programlarını TB eliminasyonunu hedefleyecek şekilde düzenlemeleri gerekliliği. Bu kapsamda TB sürveyansını güçlendirerek kamu/özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında tanı konulan tüm TB olgularının bildirimi ve bu sayede kayıtsız verem hastası kalmamasını sağlamak amacıyla Ankara, İzmir, Samsun, Van, Yozgat ve Zonguldak İllerinde yürütülen tüberküloz aktif sürveyansının ülke genelinde uygulanmasına karar verilmiştir.

İllerdeki aktif sürveyans programına tüberküloz tanı ve tedavi hizmeti veren tüm kamu/özel hastane ve laboratuvarlar dâhil edilecek olup halk sağlığı müdürlüklerince ilgili müdür yardımcısı, bulaşıcı hastalık kontrol programları şube müdürü, tüberküloz il koordinatörü ve ilgili kurumların yetkilileri ile oluşturulacak aktif sürveyans komisyonu ile çalışmalar aksatılmadan sürdürülecektir. Aktif sürveyans kapsamında illerde yapılacak çalışmalar Ek-1'de yer alan çalışma planında ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Çalışma planı doğrultusunda İlinizde tüberküloz aktif sürveyans çalışmalarının başlatılması, yürütülmesi ve her yılın sonunda, Ek-2'de yer alan "Aktif Sürveyans Çalışma Raporu"nun hazırlanarak Başkanlığımıza iletilmesi hususlarında bilgilerini ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müşavir

EK-1 Çalışma Planı (5 sayfa)
EK-2 Rapor taslağı (4 sayfa)

DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliği
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Bilgi:
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

6.3.37. Verem Savaşı Hizmetleri Genelgesi (2011/65)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Daire Bşk.İdari ve Mali İşler Şube Müd. İdari İşler Birimi
27 Aralık 2011 10:06:57 /4334
12953462

Sayı : B.10.0.VSD.0.00.00.09-010-06/
Konu : Verem Savaşı Hizmetleri

GENELGE
2011/..65

..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Bakanlık Makamının 14/05/2009 tarihli ve 1997 sayılı Onayı ile yürürlüğe konulan "Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığınca Oluşturulacak Danışma Kurullarının Kuruluş ve Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge" hükümleri gereği oluşturulan Bilimsel Danışma Kurulunun tavsiye niteliğindeki kararları doğrultusunda;

1-Ülkemizde tüberküloz kontrolünde DSÖ' nün benimsediği Tüberkülozu Durdurma Stratejisi ve Uluslararası Tüberküloz Bakım Standartları (UTBS) esas alınarak her bireyin en iyi korunma önlemlerinden ve her tüberküloz hastasının tanı ve tedaviden yararlanmasını sağlamak üzere hazırlanan "Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi"nin uygulamaya konulması uygun görülmüştür.

İliniz sağlık kurum ve kuruluşlarına bahse konu rehberin dağıtılması, tüberküloz tanısı ve tedavisi ile ilgili uygulamalarda rehberde belirtilen hususlara titizlikle uyulması gerekmektedir.

2-Tüberkülozu Durdurma Stratejisi ve Uluslararası Tüberküloz Bakım Standartları kapsamında hasta ve hasta yakınlarının tüberküloz hastalığı, tedavisi ve kontrolü ile ilgili konularda bilgilendirilmesine yönelik "Tüberküloz Hastası ve Hasta Yakınları Bilgilendirme Rehberi" ile "Tüberküloz Hasta ve Hasta Yakınları Bilgilendirilmiş Onam Formu" hazırlanmış ve uygulamaya konulması uygun görülmüştür.

Başta verem savaşı dispanserleri olmak üzere; birinci, ikinci ve üçüncü basamak kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında tüberküloz tanısı almış olan tüm hastalara tedavi başlandığında rehberin verilmesi, bilgilendirme formunun tüberküloz hastaları ve yakınlarına okunarak bilgilendirme yapılması, bilgilendirmenin yapıldığına ve bu tedaviyi uygulayacağına dair hasta veya yakının formun onaylatılması, rehberi almamış/alamamış olanlara rehberin dispanserde verilmesi gerekmektedir.

3-İl sağlık müdürlüklerinin sorumluluğu ve koordinasyonunda il düzeyinde yürütülen tüberküloz kontrol programı kapsamında uygulamaların izlenmesi, değerlendirilmesi ve eksikliklerin saptanması, izlemlere dayanan tespitlere yönelik yerinde eğitim yapılması amacıyla çalışmalar yapılacaktır. İzleme ve değerlendirme faaliyetlerine ilişkin raporlar merkez teşkilatında ilgili birimlerce değerlendirildikten sonra ilgili ilin sağlık müdürlüğüne rapor edilecektir.

İl sağlık müdürlükleri; Bakanlık izleme ve değerlendirme ekibinin ziyareti kapsamında yürütülen çalışmaların hızlı ve etkin yürütülmesinde tüm imkânları sağlamaktan, izleme ve değerlendirmeler sonucunda Bakanlık ilgilileri tarafından hazırlanacak rapor gereklerini yerine getirmekten, "Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi", "Tüberküloz Hastası ve Hasta Yakınları Bilgilendirme Rehberi" ve "Tüberküloz Hasta ve Hasta Yakınları Bilgilendirilmiş Onam Formu" ile ilgili uygulamaların takibinden sorumludurlar.

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müşteşar

DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliğine (Sağlık Müdürlüğü)

6.3.38. Tüberkülozlu Hastalarda HIV Tanı Testi Yapılması Genelgesi (2011/14)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Daire
Bşk.Epidemiyolojik Değerlendirme v
04 Mart 2011 10:36:55 /794
9838522

Sayı : B.10.0.VSD.0.00.00.07-427
Konu: Tüberkülozlu Hastalarda HIV Tanı Testi Yapılması

..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

GENELGE
2011/14

Başkanlığımızca oluşturulan "Laboratuvar Hizmetleri Danışma Kurulu"nun 07.07.2009 tarihli toplantısında, tüberküloz (TB) tanısı konmuş hastaların 'İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü' (HIV) taşıyıp taşımadıklarının saptanması amacıyla, HIV tanı testi yapılması hususunda tavsiye niteliğinde karar alınmıştır. Tüberkülozda görülen direnç sorunu, antiretroviral-antitüberküloz ilaç etkileşimi, ilaç toksisitesi, tedavide artan ilaç sayısı nedeniyle tedaviye uyumun güçleşmesi ve artan mortalite, tüberküloz-HIV koinfeksiyonu olan olgularda başlıca sorunlardır. Bu doğrultuda tüberküloz-HIV koinfeksiyonunun önlenmesi için HIV ile infekte olgular erken saptanmalı ve uygun tedavisi yapılmalıdır. Bu uygulama, tüberkülozlu hastalarda tüberküloz-HIV birlikteliğinin olup olmadığını saptayarak, hasta için en uygun tedavi rejiminin belirlenmesi sağlanacak ve her iki hastalık arasındaki etkileşmenin en aza indirgenmesi sağlanmış olacaktır.

Bu kapsamda; 01.03.2011 tarihinden itibaren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında tüberküloz tanısı alan hastalara, ilgili hekim tarafından **Ek.1**'de yer alan bilgi notu doğrultusunda bilgilendirme yapıldıktan sonra, **Ek.2**'de yer alan form ile onam alınarak HIV-ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) tanı testi yapılacaktır.

Verem savaşı dispanserleri tarafından yaptırılacak testler İl Sağlık Müdürlükleri tarafından kurulmuş olan merkez laboratuvarları, halk sağlığı laboratuvarları, İl Sağlık Müdürlüklerinin laboratuvar hizmeti aldığı hastaneler vb. kurum ve kuruluşlarda yaptırılacaktır. Tüberküloz tanısının 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında konulduğu durumlarda HIV-ELISA tanı testleri ilgili kuruluşun laboratuvar imkanları ile yapılacak ve sonuçları (pozitif ya da negatif) İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilecektir. İl Sağlık Müdürlüğü sonuçları hasta dosyasında muhafaza edilmek üzere ilgili verem savaşı dispanserine iletecektir. Bu doğrultuda;

1. Bulaşıcı hastalıklara ait tetkiklerin çalışılması ve sonucunun bildirimi hususunda; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün belirlediği esas ve usüllere uyulması sağlanmalı, tetkikler hastanın etik ve kanuni haklarına, hastanın mahremiyetine yüksek düzeyde özen gösterilerek, gizlilik ilkelerine uygun şekilde çalışılmalıdır.
2. Uygulanan ELISA testi sonucunda HIV seropozitifliği saptanması durumunda, hastaya ikinci kez ELISA testi yapılır. Bu testin de pozitif bulunması halinde tanının kesinleştirilmesini sağlamak üzere İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü ile işbirliği ile hastaya **Ek.3**'de yer alan doğrulama merkezlerinde "Western Blot" tekniği ile doğrulama testleri yapılması sağlanır.
3. Pozitif olarak doğrulanan sonuçlar, HIV-AIDS bildirim formları olan D–86-A ve D–86-B (Ek.4a, 4b) ile, hasta mahremiyetine azami dikkat gösterilecek şekilde; hasta bilgileri kodlanarak ve kapalı bir zarf içerisinde, İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlükleri'ne bildirilmelidir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

Sayı : B.10.0.VSD.0.00.00.07-427
Konu: Tüberkülozlu Hastalarda HIV
Tanı Testi Yapılması

4. Yapılan çalışmalarda Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi, Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi'nde belirtilen kurallara uyulmalıdır (Ek.5).
5. Doğrulama testi sonucunda HIV tanısı kesinleşen hasta, konu ile ilgili bilgilendirme yapılıp; ileri danışmanlık hizmetlerini almak, tetkik ve tedavileri yapılmak üzere konu ile ilgili **enfeksiyon hastalıkları uzmanı** olan bir merkeze sevk edilmelidir.
6. HIV testi sonuçlarının (pozitif ya da negatif) verem savaşı dispanserinde gizlilik ilkelerine uygun şekilde kayıt altına alınması ve hastanın kişisel dosyasında muhafaza edilmesi sağlanmalıdır.

Söz konusu uygulamanın yürütülmesinde İl Sağlık Müdürlükleri birinci derecede sorumlu olup, bu konudaki çalışmaların titizlikle sürdürülmesi hususunda;
Bilgilerinizi ve gereğinin yapılmasını önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

EKLER:

1- Hekimlere Yönelik Bilgilendirme Notu (1sf.)
2- Bilgilendirilmiş Onam Formu (1sf.)
3- Doğrulama Merkezleri Listesi (1sf.)
4- a) D–86-A Vakalar İçin Kişisel Bilgi Formu
b) D–86-B Taşıyıcılar İçin Kişisel Bilgi Formu
5- Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi, Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi (CD)

DAĞITIM:
Gereği
81 İl Valiliği

6.3.39. Verem Savaşı Dispanserleri Genelgesi (2010/74)

FAX TEYİDİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaş Daire Bşk.Saha
Hizmetleri ve İkmal Şube Müdürlüğü
20 Ekim 2010 10:53:33 /3592
8395305

Sayı : B.10.0.VSD.0.00.00.06 –010/06-
Konu : Verem Savaşı Dispanserleri

GENELGE
2010/74

..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Verem savaşı hizmetleri; Bakanlığımıza ait ya da verem savaşı derneklerince yapılarak verem savaşı hizmetlerinde kullanılmak üzere tahsis edilen mülkiyeti derneklere ait binalarda, 5368 sayılı Verem savaşı Hakkında Kanun ve 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname çerçevesinde **20/12/2001 tarihli ve 8597 sayılı Bakanlık makamının Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergeye** göre verem savaşı dispanserleri tarafından yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığı İmza Yetkileri Yönergesinin **"Müsteşar Tarafından Onaylanacak İşlemler"** başlığı altında yer alan "9.20 – Merkez ve taşra teşkilatında yer alan sağlık kurumu ve kuruluşların ve hizmet birimlerinin kurulması, yerinin ve adının değiştirilmesine ilişkin onayların" Müsteşar tarafından onaylanacağı ifade edilmiştir.

Bu kapsamda, verem savaşı dispanserlerinin açılması, kapanması, yer değiştirmesi ve tahsisine ilişkin iş ve işlemler Verem Savaşı Dairesi Başkanlığının izni olmadan ve makam onayı alınmadan yapılmamalıdır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM
Gereği:
81 İl Valiliklerine

6.3.40. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Tüberküloz Şüpheli Bireylerden Balgam Toplanması Genelgesi (2009/52)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

Sayı : B.10.0.VSD.0.00.00.06-410/3710 31.08.2009
Konu : Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Tüberküloz Şüpheli Bireylerden Balgam Toplanması.

GENELGE
2009/52

.....VALİLİĞİNE
(Sağlık Müdürlüğü)

Tüberküloz, solunum yoluyla kolay bulaştığı ve kontrolü güç olduğu için dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli halk sağlığı sorunlarından biri olmaya devam etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından Tüberküloz mücadelesinde önerilen metot; Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi olup, Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi'nin bileşenleri; bakteriyoloji ile vaka bulma, doğrudan gözetimli ve standart kısa süreli anti-tüberküloz ilaç rejimleri, etkin bir ilaç ikmali ile yönetimi ve izleme-değerlendirme sisteriyle etkili ölçümünden oluşmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, taşrada Verem Savaşı Dispanseri laboratuvarlarının (Seviye 1 Tüberküloz Laboratuvarları) oluşturulmasını ve bu kuruluşa diğer sağlık kuruluşlarından balgam toplanmasını önermektedir. Bu nedenle; Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi'nin önemli bir parçası olan bakteriyolojik tanı etkinliğini artırmak için, birinci basamak sağlık kuruluşlarından da tüberküloz şüpheli bireylerden balgam toplanması ve toplanan balgam örneklerine bakteriyolojik tetkiklerin yapılması gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarından dispanser laboratuvarlarına balgam örneklerinin sistemli ve düzenli olarak naklinin sağlanması ile hastalık şüpheli bireylerden tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarından örnek toplanması ve laboratuvarlarda gerekli tetkiklerin yapılması sağlanacak, hastalığın erken tanı ve tedavisi ile toplumun diğer bireylerine hastalığın bulaşması engellenecektir.

"Üç haftadan uzun süren öksürük, balgam çıkarma ile birlikte gece terlemesi, ateş, yorgunluk, halsizlik, iştahsızlık ve kısa sürede aşırı kilo kaybı" gibi belirtilerden biri veya birkaçı ile verem savaşı dispanserleri veya birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran tüberküloz ön tanısı konulmuş kişilerden alınan balgam numuneleri, bu genelge ile

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

belirlenmiş usul ve esaslar doğrultusunda Seviye 1 Tüberküloz Laboratuvarlarına nakledilecektir.

Bu amaçla;

1. Tüberküloz şüpheli bireylerden Ek-1'de yer alan kriterlere uygun balgam örneği alınacak ve alınan balgamın tetkik talebi Ek-2'de örneği verilen "Örnek Analiz Fişi" ile yapılacaktır,

2. Balgamların Ek-3'te yer alan kriterlere uygun koşullarda saklanması sağlanacaktır,

3. Toplanan balgamların Verem Savaşı Dispanseri laboratuvarlarında Ek-4'te yer alan kriterlere uygun kabulü sağlanacaktır,

4. Toplanan balgamlara Verem Savaşı Dispanseri laboratuvarlarında direkt yayma (balgamdan direkt lam üzerine sürüntü) yapılıp, bunun Erlich-Ziehl-Neelsen (EZN) yöntemiyle boyanması ile mikroskobik muayenenin 24 saatten önce yapılması sağlanacaktır,

5. Verem Savaşı Dispanseri laboratuvarında yayma pozitifliği saptanan kişinin bu sonucu, Ek-2'de örneği verilen "Örnek Analiz Fişi" ile birlikte ve telefonla aynı gün içinde balgamın verildiği sağlık kuruluşuna bildirilecektir,

6. Balgam örneğinin direk yayma ve boyamadan sonra; kültür ve ilaç duyarlılık testi yapılmak üzere, en kısa sürede (24 saat içerisinde), Ek-5'de'ki her il için belirlenen bölge tüberküloz laboratuvarına nakledilmesi sağlanacaktır,

7. Hastaların ve sağlık çalışanlarının balgam alınması, kabulu ve nakli hususunda Ek-6'de yer alan biyogüvenlik ilkelerine uyması sağlanacaktır,

8. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından toplanan balgamların naklinde Ek-7'de belirtilen kriterlere uygun malzemeler kullanılacak ve belirlenen ilkelere uyulacaktır,

9. Toplanan balgamların, Verem Savaşı Dispanseri laboratuvarına ulaştırılması hususunda Ek-8'de belirlenen lojistik destek sağlanacaktır,

10. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından balgamların taşınması sırasında Ek-9'da örneği verilen "Numune Nakil Kayıt Defteri" kullanılacaktır,

11. Verem Savaşı Dispanseri laboratuvarlarında tetkikin yapılıp sonucun ilgili birinci basamak sağlık kuruluşlarına bildirilmesi konusunda sorumlu olacak personel görevlendirilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmuş tüberküloz şüpheli kişilerden balgam örneklerinin Verem Savaşı Dispanseri laboratuvarına ulaştırılması ile ilgili usul ve esasları belirleyen bu genelgenin yürütülmesi ve il içi koordinasyonun sağlanmasından İl Sağlık Müdürlükleri birinci derecede sorumludurlar.

Gereğinin yapılmasını rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

EKLER:
1. Balgam Toplama Kriterleri (2 sayfa)
2. Örnek Analiz Fişi (1 sayfa)
3. Laboratuvarda Balgam Saklama Kriterleri (1 sayfa)
4. Laboratuvara Balgam Kabul Kriterleri (1 sayfa)
5. Bölge Tüberküloz Laboratuarları (1 sayfa)
6. Biyogüvenlik İlkeleri (2 sayfa)
7. Balgam Örneğinin Nakli İle İlgili Malzemeler ve Dikkat Edilmesi Gereken İlkeler (2 sayfa)
8. Lojistik İşleyişle İlgili Faaliyetler (1 sayfa)
9. Numune Nakil Kayıt Defteri (1 sayfa)

DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliğine

6.3.41. Doğrudan Gözetimli Tedavi Genelgesi (2009/51)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Daire Bşk.lığı
Hizmetleri Şube Müdürlüğü
28 Ağustos 2009 10:44:32 /3696

Sayı : B.10.0.VSD.0.00.00.06-010/
Konu : Doğrudan Gözetimli Tedavi

.....VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

GENELGE
2009/51

İlgi: 2006/78 tarih ve 857 sayılı genelgemiz.

İlgi genelge ile verem kontrol programında belirlenen ülke hedeflerine ulaşmak üzere Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisinin ülke genelinde uygulanmasına geçilmiş ve bu konuda başta İl Sağlık Müdürlükleri olmak üzere tüm sağlık kuruluşlarının her düzeyde üzerine düşen görevleri eksiksiz yerine getirmesi istenmiştir.

Geçen bu süre içerisinde illerde yapılan faaliyetler Bakanlığımız tarafından titizlikle takip edilmekte olup, karşılaşılan sorunlar ve hizmetin ifası sırasında yaşanılan aksaklıkların giderilmesi amacıyla illerde Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) çalışmalarının İl Sağlık Müdürlükleri tarafından, Verem Savaşı İl Koordinatörleri ile birlikte hassasiyetle gözden geçirilmesi gerekmektedir.

İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi ve Verem Savaşı İl Koordinatörü; birlikte DGT'nin uygulanmasında aktif rol alarak düzenli denetimlerde bulunacaktır. Ayrıca Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı tarafından oluşturulacak "Verem Savaşı İzleme ve Değerlendirme Ekipleri" tarafından illere ziyaret yapılacak ve il düzeyinde yapılan DGT uygulamaları ile bunlarla ilgili kayıtlar kontrol edilecektir.

Uygulamaya esas olmak üzere;

1. Verem hastasına DGT uygulanması işleyişinden, hastanın ikamet ettiği ilin İl Sağlık Müdürlüğü sorumludur.

2. DGT'de en iyi gözetimcinin bir sağlık personeli olması gerektiği ilkesinden hareketle verem hastasının tedavisinde ildeki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan her sağlık personeli gözetimci olmak üzere görevlendirilebilecektir.

3. DGT'nin uygulanma kayıtlarının tutulması ve raporlanması işlerini İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi yürütür.

4. DGT'nın planlanması;

a. Aile hekimliğine geçilmeyen illerde; verem hastasının dispansere kaydı sırasında DGT uygulaması hakkında bilgi verildikten sonra dispanser doktorunca veya birden fazla doktor olan dispanserlerde sorumlu doktor tarafınca görevlendirilen dispanser

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

doktoru, hasta ve ailesiyle görüşerek; hastanın yaşı, genel durumu, çalışma hayatı ve sosyal durumu dikkate alınarak ne zaman, kim tarafından (DGT gözetmeni) nerede en uygun DGT uygulaması yapılacağı kararlaştırılır. Sonra EK-1'de yer alan "Tüberkülozlu Hasta ve DGT Bilgi Formu" doldurularak aynı gün İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesine bildirir.

b. Aile hekimliğine geçilen illerde; verem hastasının dispansere kaydı sonrasında dispanser doktoru, hastayı ilgili aile hekimine yönlendirir. Aile hekimi, hastaya DGT uygulaması hakkında bilgi verdikten sonra hasta ve ailesiyle görüşerek; hastanın yaşı, genel durumu, çalışma hayatı ve sosyal durumu dikkate alınarak ne zaman, kim tarafından (DGT gözetmeni) ve nerede en uygun DGT uygulaması yapılacağı kararlaştırılır. Sonra EK-1'de yer alan "Tüberkülozlu Hasta ve DGT Bilgi Formu" doldurularak aynı gün ilgili Verem Savaşı Dispanserine ve İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesine bildirir.

5. Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinde, gönderilen "Tüberkülozlu Hasta ve DGT Bilgi Formu" elektronik ortamda kaydedilir.

6. Tedavi boyunca DGT uygulama detaylarındaki değişiklerde ve DGT gözetmeni değişikliğinde aynı gün içerisinde EK-1 ile ilgili yerlere bildirimi yapılır.

7. Hasta için VSD'de hazırlanan ilaçlar ve EK-2'de yer alan "Aylık DGT İzlem Cetveli" DGT gözetmenine ulaştırılır. İlaçlar ve izlem cetveli gözetmende kalır, hastaya teslim edilmez.

8. Verem hastası, DGT gözetmeni eşliğinde günlük ilaçlarını içer ve "Aylık DGT İzlem Cetveli"ne hasta ve DGT gözetmeni tarafından günlük imzalar atılır ve ilaç içirilen yer ve saat yazılır.

9. DGT gözetmeni, hastanın tedaviye uyumuna destek olur. Hastaya ilaçların içirilemediği gün ilgili aile hekimine ve VSD'ne durumu bildirir. İlgili aile hekimi veya dispanser hekimi tarafından tedavisi amacıyla uygulanan DGT'nin gerekliği olduğu hususunda hastanın ikna edilmesi sağlamalıdır.

10. Hastanın kontrolleri VSD tarafından yapılarak kaydedilir. Tedavideki değişiklik yapıldığında veya tedavi sona erdirildiğinde VSD tarafından aynı gün içerisinde Bulaşıcı Hastalıklar Şubesine ve aile hekimliği uygulanan illerde aile hekimine durum bildirilir.

11. Verem Savaşı İl Koordinatörü, her ayın ikinci haftasında bir önceki ayda tedavi gören verem hastalarının DGT bilgilerini EK-3'teki "Aylık DGT Durumu Çizelgesi" ile Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı'na gönderir.

12. Verem Savaşı İl Koordinatörü, hastalara DGT uygulanması için yukarıda yazılı olan sistemin kurulmasında, standartların belirlenmesi, eğitimlerin verilmesi ve izleme-değerlendirme çalışmalarında İl Sağlık Müdürlüğüne danışmanlık yapar. Uygulamada karşılaşılan sorunların çözümüne yardımcı olur.

../..

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

13. İl Sağlık Müdürlüğü, ildeki DGT uygulamasını kontrol etmek amacıyla haberli veyahut habersiz izleme ve değerlendirme çalışmalarını yürütür. Tespit edilen aksaklıkların hızla çözümlenmesini sağlar.

Doğrudan Gözetimli Tedavi uygulamasının başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi ve devamlılığın sağlanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakanın
Müsteşarı

EK: Form (3 adet, 3 sayfa)

DAĞITIM: 81 İl Valiliğine

6.3.42. Doğrudan Gözetimli Tedavi Uygulaması Genelgesi (2006/78)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

06 temmuz 2006

Sayı : B.10.0.VSD.0.00.00.00.410/ 857
Konu : Doğrudan Gözetimli Tedavi uygulaması

ANKARA

.... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)
GENELGE
2006 / 78

Verem hastalığı, hem dünya hem de ülkemiz için ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2006 Küresel Tüberküloz Raporundaki verilere göre; dünyada her yıl yaklaşık 9 milyon yeni verem hastasının ortaya çıktığı ve 1,7 milyon hastanın verem sebebiyle öldüğü bilinmektedir. Ülkemizde 2005 yılı içinde belirlenen yeni verem hastası sayısı 18.789'dur.

Son yıllarda ülkemizde veremin kontrolü ile ilgili faaliyetlerin başarıyla yürütülmesi neticesinde, verem hastalarının erken dönemde teşhisi ile daha çok hasta kayıt altına alınmıştır. Bununla birlikte hastalığın doğası gereği verem mücadelesinin aksatılmadan sürdürülmesi gerekmektedir. Amacımız "veremsiz bir Türkiye" hedefine, dünyanın pek çok bölgesinden daha önce ulaşmaktır.

Verem hastaları 6–8 ay süren uzun tedavilerinin ilk birkaç haftasında hızla iyileşmeye başlamaları sebebiyle tedavilerini yarım bırakabilmektedir. Böyle hastalarda nüks, çok ilaca dirençlilik, kronikleşme gibi istenmeyen sonuçlar yanında toplum içinde bulaş kaynağı olarak yaşamaları söz konusu olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından verem kontrol programı için önerilen yöntem "**Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)**"dir. DGT, verem hastasının tüm tedavisi boyunca ilaçlarının her dozunu bir görevli ya da sorumlu kişinin gözetiminde içmesi ve bu durumun kaydedilmesi esasına dayanmakta, bu yöntem sayesinde tedavi başarı ile tamamlanmaktadır.

Verem Kontrol Programında belirlenen ülke hedeflerimize ulaşabilmek için bazı illerimizde pilot uygulaması yapılan **Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisinin** ülke genelinde uygulamasına geçilmiştir. Bu stratejinin uygulanmasında, tüm sağlık kuruluşlarının her düzeyde üzerine düşen görevleri eksiksiz yerine getirmesi gereklidir.

İl Sağlık Müdürlükleri, il düzeyinde verem kontrolü hizmetlerinden birinci derecede sorumlu olarak; DGT'nin planlama, uygulama ve denetimini yapacaklardır. Bulaşıcı Hastalıklar Şubelerinde İl Verem Kontrol Birimi oluşturulacak, bu birimlerde ve Verem Savaşı Dispanserlerinde yeterli sayıda personel görevlendirilecektir. Birinci Basamak Sağlık kuruluşlarından Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinin DGT uygulanmasına entegrasyonu ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının DGT uygulamasına katılımı sağlanacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı

Sayı : B.10.0.VSD.0.00.00.00-410/ **ANKARA**
Konu : Doğrudan Gözetimli Tedavi uygulaması

DGT uygulamasının hedefine ulaşması için Verem İl Koordinatörleri sorumluluğunda DGT İl Eğitim ve Denetleme Ekipleri oluşturulacak, bu konuda Üniversitelerin de desteği alınacaktır.

İl düzeyinde teşhis edilen ve DGT uygulamasına alınan tüm hastaların kayıtları elektronik ortamda tutulacaktır. Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlar, özel ve askeri kurumlar ile üniversite hastanelerinin bildirimleri İl Sağlık Müdürlüğü Verem Kontrol Biriminde toplanarak; il içi hastalar ildeki Verem Savaşı Dispanserlerine, il dışı hastalar ise ilgili İl Sağlık Müdürlüklerine bildirilecektir.

DGT uygulamasının başarılı olabilmesi için ilaç, donanım, iletişim ve ulaşım araçları, bilgisayar, basılı malzemeler vb. lojistik ve laboratuvar desteğinin kesintisiz olarak temini gerektiğinden, bu hususlar İl Sağlık Müdürlüklerince takip edilecek ve eksikliklere mahal verilmeyecektir.

Sağlık Bakanlığı verem kontrol politikasına uygun olarak il düzeyinde DGT hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi amacıyla; İl Sağlık Müdürü başkanlığında, Tüberküloz İl Koordinatörü, Verem Savaş Dispanserleri Başhekimleri, Sağlık Grup Başkanları, Kamu, Özel, Askeri ve Tıp Fakültesi Hastanesi temsilcileri, Belediye temsilcileri, Eczacılar Odası Başkanı, Sivil Toplum Örgütleri temsilcileri ve katkıda bulunacak diğer katılımcılar ile **"İl Verem Kontrol Kurulu"** oluşturulacaktır.

İl Sağlık Müdürlüğünce **"Yıllık İl DGT Strateji Planı"** Kurul görüşlerine bağlı olarak hazırlanacak, Yıllık İl DGT Planına göre uygulamalar 3 aylık değerlendirmelerle Bakanlığa sunulacaktır.

Verem kontrol hedeflerimize ulaşmada önemli bir aşama olan Doğrudan Gözetimli Tedavi uygulamasının her düzeyde başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için, bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
81 İl Valiliğine

6.3.43. Mobil Tarama Ekipleri Genelgesi (2025/7)

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
8.07.2025 15:00:42 E-11045126-010.06-281439180
281439180

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : Z-11045126-010.06-
Konu : Mobil Tarama Ekipleri

GENELGE
2025/7

Bilindiği üzere, Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı kapsamında yüksek riskli gruplarda aktif taramalara ilişkin usul ve esaslar Bakanlığımızın 2006/61 sayılı Mobil Tarama Ekipleri Genelgesi çerçevesinde yürütülmektedir. Ancak söz konusu Genelgenin yayımlanmasının üzerinden geçen zaman ve sahadan gelen talepler neticesinde konunun tekrar değerlendirilmesi gerekmiştir.

Bu kapsamda, mobil tarama ekiplerinin oluşumu ve çalışma usullerine ilişkin hususlar aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

A- Mobil tarama ekiplerinin yapılanması:

1. Mobil tarama ekibi (MTE), tüberküloz kontrol faaliyetleri kapsamında risk gruplarında radyolojik tüberküloz tarama faaliyetlerini ücretsiz yürütür.

2. MTE, mevzuat gereği ücretsiz olarak yapılması gereken risk grupları taramaları dışında, ücreti mukabilinde organize topluluk taramaları yapabilir ve il sağlık müdürlüğünün uygun birimi tarafından döner sermaye makbuzu kesebilir. MTE'ler öncelikle indeks vaka ve yıllık tarama programlarından sorumlu olup, organize topluluk taramalarını (Fabrikalar, oteller, özel kurum ve kuruluşlar vb.) risk grupları taramasından arta kalan zamanlarda yapabilir. Organize topluluk taramaları yapılırken, indeks vaka bildirimi olması durumunda acil ve öncelikli olarak indeks vakaya müdahale edilir.

3. Mobil tarama ekipleri; 20 ilde (Adana, Kayseri, Eskişehir, Samsun, İzmir, İstanbul, Bursa, Antalya, Trabzon, Erzurum, Diyarbakır, Edirne, Aydın, Muş, Konya, Sakarya, Van, Gaziantep, Ankara, Şanlıurfa) il sağlık müdürlüklerine bağlı olarak görev yapar.

4. Mobil tarama ekibi bulunan il sağlık müdürlüklerinin sorumluluk bölgeleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

4.1. Adana Mobil Tarama Ekibi: Adana, Hatay, Mersin, Osmaniye
4.2. Kayseri Mobil Tarama Ekibi: Kayseri, Kırşehir, Nevşehir, Sivas, Yozgat
4.3. Eskişehir Mobil Tarama Ekibi: Eskişehir, Bolu, Zonguldak, Bartın, Karabük
4.4. Samsun Mobil Tarama Ekibi: Samsun, Amasya, Çorum, Kastamonu, Sinop, Tokat
4.5. İzmir Mobil Tarama Ekibi: İzmir, Manisa, Uşak
4.6. İstanbul Mobil Tarama Ekibi: İstanbul
4.7. Bursa Mobil Tarama Ekibi: Bursa, Balıkesir, Çanakkale, Kütahya, Bilecik, Yalova, Kocaeli
4.8. Antalya Mobil Tarama Ekibi: Antalya, Burdur, Isparta
4.9. Trabzon Mobil Tarama Ekibi: Trabzon, Artvin, Bayburt, Gümüşhane, Giresun, Rize, Ordu
4.10. Erzurum Mobil Tarama Ekibi: Erzurum, Erzincan, Kars, Tunceli, Ardahan, Iğdır
4.11. Diyarbakır Mobil Tarama Ekibi: Diyarbakır, Batman, Elazığ, Mardin, Şırnak, Siirt
4.12. Edirne Mobil Tarama Ekibi: Edirne, Kırklareli, Tekirdağ
4.13. Muş Mobil Tarama Ekibi: Muş, Bingöl
4.14. Konya Mobil Tarama Ekibi: Konya, Karaman, Niğde, Aksaray, Afyonkarahisar
4.15. Sakarya Mobil Tarama Ekibi: Sakarya, Düzce
4.16. Van Mobil Tarama Ekibi: Van, Ağrı, Hakkâri, Bitlis
4.17. Ankara Mobil Tarama Ekibi: Ankara, Çankırı, Kırıkkale
4.18. Aydın Mobil Tarama Ekibi: Aydın, Muğla, Denizli

1

4.19. Gaziantep Mobil Tarama Ekibi: Gaziantep, Kilis, Kahramanmaraş

4.20. Şanlıurfa Mobil Tarama Ekibi: Adıyaman, Malatya, Şanlıurfa

5. MTE'ler sorumluluk bölgesi dışında çalışabilmek için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden onay alır.

6. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünce il sağlık müdürlüğünün talebiyle veya doğrudan yeni bir mobil tarama ekibi kurulabilir.

6.1. Mobil tarama ekibi kurulmasını isteyen il sağlık müdürlüğü aşağıda belirtilen iş ve işlemleri yürütür:

6.1.1. MTE kurulmasını isteyen il sağlık müdürlüğü; iş yükü ve kapasite ile ilgili bir rapor hazırlar. Bu raporda; ilinde bulunan risk gruplarını tespit eder, ekip kurma gerekçesinden bahseder, hizmetle ilgili personel ve ekipman planlamasını yapar. Ön olur için raporu Bakanlığa gönderir.

6.1.2. Bakanlığın ön olur vermesi halinde, il sağlık müdürlüğü mobil tarama ekibinde kullanılması planlanan araç, röntgen cihazı ve ekipmanlarının tedarikini yapar ve röntgen cihazı için Nükleer Düzenleme Kurumundan (NDK) lisans belgesini alır.

6.1.3. Mobil tarama ekibi kurulması için Valilik onayı alır.

6.1.4. Resmi yazı (Ekinde; personel durumu, araç plakası, cihaz durumu, NDK tarafından düzenlenen sertifikaları, rapor ve Valilik oluru olmalıdır) ile Bakanlığa kesin olur için müracaat eder.

6.2. Bakanlık başvuruyu değerlendirir. Bakanlık başvuruyu uygun kabul ederse; mobil tarama ekibinin çalışacağı sorumluluk bölgesini belirler, elektronik sistemde mobil tarama ekibini tanımlar ve taleple ilgili sonucu ilgili il sağlık müdürlüğüne resmi yazı ile bildirir.

6.3. Talebi uygun görülen il sağlık müdürlüğü;

6.3.1. Bakanlıkça elektronik sisteme tanımlanan mobil tarama ekibi ile ilgili "Ekip Bilgileri"ni günceller.

6.3.2. Ekip üyelerini ve ekip sorumlularını belirler. Ekip sorumlusu için Müdürlükten görevlendirme onayı alır. Elektronik sisteme mobil taramanın "Ekip Üyelerini ve Ekip Sorumlusunu" tanımlar.

6.3.3. Sorumluluk sahasına giren ilgili müdürlüklerle beraber, sorumluluk bölgesindeki illerde bulunan risk gruplarını belirler, yıllık tarama programını hazırlar ve tüberkülozla ilgili kullanılan elektronik sistemde "Tarama Programı Listesi"ne kayıt eder.

6.4. Kayıtları tamamlanan mobil tarama ekibi Bakanlığın gönderdiği olur tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde tarama faaliyetlerine başlar.

6.5. MTE'nin güçlendirilmesi amacıyla ek araç alımlarında Bakanlıktan yeniden olur alınmasına gerek yoktur. Bakanlığa; yeni araç, ekipmanlar ve çalışacak personelle ilgili bildirim yapılması yeterlidir.

7. MTE bulunan il sağlık müdürlüğü, kendi ili ve sorumluluk bölgesindeki illerde tüberküloz kontrolüne yönelik yapılan mobil tarama faaliyetlerinin yürütülmesinden sorumludur.

8. Mobil tarama ekibi olmayan iller; illerine tarama için gelen MTE'lere kalacak yer ve program organizasyonu ile ilgili ihtiyaçlarına destek verir.

9. MTE faaliyetlerinin il genelinde yürütülmesinden il sağlık müdürü adına tüberküloz il koordinatörü sorumludur. Tüberküloz il koordinatörü belli olmadığı durumlarda, -varsa- tüberküloz birim sorumlusu veya bulaşıcı hastalıklardan sorumlu birim sorumlusu, halk sağlığı hizmetleri başkanı ve il sağlık müdürü sorumludur.

Taramaya giden MTE; il sağlık müdürlüğünce görevlendirilmiş en az bir şoför, bir tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, ihtiyaca binaen bir sağlık personelinden oluşur. MTE faaliyetlerinin bu ekip tarafından yürütülmesi esastır. MTE il sağlık müdürlüğü; ilgili personelin raporlu vb. olması, taramaya gidilecek kurumun niteliği (toplama kampı, çadır kent vb.), taranacak kurum ve/veya kişi sayısının fazla olması, görev süresinin uzun olması gibi sebeplerden dolayı taramaya gidilen illerden hekim, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri veya sağlık personeli görevlendirilmesini talep edebilir. Taramaya gidilen ilin sağlık müdürlüğü personeli resmi yazı ile görevlendirir. Görevlendirilen personel, elektronik sisteme tanımlanabilmesi için bir MTE'nin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğüne bildirilir.

10. Birden fazla mobil tarama aracı olan illerde, her mobil tarama aracı için ayrı bir ekip sorumlusu resmi yazı ile görevlendirilir ve kendisine tebliğ edilir. Ekip sorumlusu; mobil tarama

ekibindeki personelin çalışma düzeninden, araç ve cihazların mevcut durumu, periyodik bakımlarının takibi ile koordinesinden, tarama sonuçlarının ve Bakanlıkça belirlenen verilerin elektronik sisteme girilmesinden, güncellenmesinden, arşiv oluşturulmasından, dönemsel ve yıllık çalışma sonuçlarının tüberküloz il koordinatörü ile birlikte düzenlenmesinden sorumludur. Ekip sorumlusu ihtiyaca binaen MTE ile birlikte tarama faaliyetlerine katılabilir.

11. İl dışında yapılacak taramalarda, hekim görevlendirmesi gereken durumlarda; taramaya gidilen ilin il sağlık müdürlüğü tarafından hekim görevlendirilir. MTE'nin yaptığı çalışmaların kayıtlarının tutulması, analiz ve değerlendirmelerinin yapılması için ekibin konuşlandırıldığı merkezde istatistik çalışmalarını yürütebilecek bir personel görevlendirilebilir. Tüberküloz il koordinatörü tarafından MTE'de görevlendirilen personel bilgileri elektronik sistemde tutulur ve güncellenir.

12. MTE'de bir araç, bir dijital röntgen cihazı, sarf malzemeleri ve personeli koruyucu malzemelerle birlikte röntgen çekimi yapacak her personelin kendine ait dozimetresi bulunmalıdır.

13. İl sağlık müdürlüğü, MTE'de görevli personelin iş güvenliği ve iş sağlığı ile ilgili gerekli tedbirleri alır.

14. MTE'ye ait araç ve cihazların her türlü idamesinden (tamir, bakım, sigorta, sarf malzemesi, kalibrasyon vb.) MTE'nin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğü sorumludur. İl dışı taramalarda mücbir sebeplerle ortaya çıkan durumlarda göreve gidilen ilin il sağlık müdürlüğü tarafından MTE'nin ihtiyaçları karşılanır.

15. MTE; sorumluluk sahasındaki illerde yaptığı taramalarla ilgili film ve dokümanları, tarama listelerini ve diğer bilgi ve belgelerin ilgili tüberküloz il koordinatörüne tesliminden sorumludur.

16. İllerin risk gruplarına yönelik yıllık tarama programının hazırlanmasında aşağıda belirtilen iş ve işlemler yürütülür;

16.1. Her il sağlık müdürlüğü, kendi ilindeki yıllık taranacak risk gruplarını kontrol eder ve günceller. Güncellenen risk grubu listesini en geç aralık ayının son haftasında olacak şekilde sorumluluk bölgesine girdiği MTE'nin il sağlık müdürlüğüne gönderir.

16.2. MTE'si olan ilin tüberküloz il koordinatörü tarafından, sorumluluk bölgesinden gelen risk grubu listeleri tek liste haline getirilir. MTE'ye ait "Yıllık Tarama Programı"nı elektronik sistemde "Tarama Programı Listesi"ne kayıt eder.

16.3. MTE'si olan il sağlık müdürlüğü, yıllık tarama programını en geç ocak ayının ikinci haftasına kadar tamamlayarak elektronik sisteme kayıt eder. Ocak ayının ikinci haftası itibari ile oluşturulan Yıllık Tarama Programı çıktıları alınır. Sistemdeki Yıllık Tarama Programı formunda belirlenmiş ilgililere imzalatılır ve tüberküloz il koordinatörlüğünde süresiz arşivlenir.

17. MTE'lerin risk grupları ve temaslı taramalarında çalışma prensipleri: Belirlenen risk gruplarına yılda en az bir kez tarama yapılır. Gerekli durumlarda tarama yılda iki ya da daha fazla sayıda yapılabilir.

17.1. Taranacak kurumun bulunduğu ilin koordinatörü, tarama programı ile ilgili kuruma bilgi verir. MTE gelmeden önce taramaya gidilecek kurumdan taranacak kişi ve personel listesini talep eder.

17.2. Koordinatör tarafından taramaya gidilecek kurumla ilgili randevu alınır ve MTE'ye bildirilir.

17.3. MTE taramaya gitmeden önce kurumu arayarak tarama listesini talep edebilir.

18. Sorumluluk bölgesindeki illerin ve rutin taranan kişi sayısının fazla olması, elde verilerin yüksek güvenlik önceliği bulunması sebebiyle MTE tarafından yürütülecek değerlendirme ve arşivleme çalışmalarında ihtiyaç duyulan muhafaza ve mahremiyetin sağlanabilmesi için il sağlık müdürlüğü veya merkez verem savaşı dispanseri biriminde MTE için bir oda tahsis edilebilir. İl sağlık müdürlüğünce MTE odasında personel sirkülasyonunun kontrolü, veri girişi ve kesintisiz iletişimin sağlanabilmesi için kilitli kapı, bilgisayar, internet, telefon gibi ihtiyaç duyulan büro araç, gereç ve ekipmanların bulunması sağlanır.

B- Risk grupları ve risk gruplarına yaklaşım:

Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberine göre; ceza infaz kurumlarında bulunanlar tüberküloz için risk grubunu oluşturur. Bu kurumlar yılda en az bir kez düzenli olarak (rutin tarama) taranmalıdır.

Tüberküloz için risk grubu oluşturduğu düşünülen ancak yıllık tarama programına dahil edilmeyen diğer topluluklar ise tüberküloz hasta temaslıları, sağlık çalışanları, bağışıklığı baskılanan kişiler, yaşlıların toplu yaşadığı kurumlar, yatılı rehabilitasyon ve bakımevleri, evsizler ve göçmenlerdir. Mobil tarama ekipleri, toplu yaşam alanlarındaki yaşlıların bulunduğu yatılı kurumlar (bakımevleri, huzurevleri), diğer yatılı rehabilitasyon ve bakımevleri, tüberküloz temaslı taramaları, göçmenler vb. toplu yaşam alanlarında tüberküloz hastası tespit edilmesi durumunda diğer grupların taramalarını da yapabilir. Risk grupları Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberine göre güncellenebilir.

Tüberküloz hasta temaslıları ve evsizler verem savaşı dispanserince taranmaktadır. Ancak taranacak kişi sayısının yüksek olması durumunda; MTE'nin temaslı taramasına dâhil edilmesine, tarama yapılacak ilin verem savaş dispanseri hekimi, il koordinatörü ve MTE'nin bağlı olduğu ilin tüberküloz koordinatörü birlikte karar verir.

Sağlık çalışanlarının taramaları kendi sağlık kuruluşlarınca yapılır. Bağışıklığı baskılanan risk gruplarındaki kişilerin taramaları hastanın takibini yapan hastanenin hekimi tarafından yapılır.

C- MTE faaliyetlerinde sorumluluklar:

MTE personeli: Ekipte görevlendirilen şoför ve sağlık personelidir.

MTE sorumlusu: Mobil tarama ekibinin görev ifa ettiği yerdeki uygulamalardan ve ekip çalışmalarının kesintisiz yürütülmesiyle ilgili teknik ve idari işlerden sorumludur. Ekip sorumlusu tüberküloz il koordinatörüne bağlı olarak çalışır. Ekip sorumlusunun görevleri; il koordinatörünce yürütülen yıllık tarama programı kesinleşince elektronik sisteme tanımlanmasından, planlanan taramaların sonuçlarının, cihaz ve araçlarla ilgili verilerin elektronik sisteme girilmesinden, ihtiyaç halinde şüpheli kişilerin sisteme kayıt edilmesinden, mobil tarama ekibindeki diğer personelin kayıtlarının güncel tutulmasından ve personelin çalışma düzeninden sorumludur. Araçta kullanılan röntgen cihazının NDK *(Nükleer Düzenleme Kurumu)* lisans belgesi ve vize durumunu takip eder ve güncel bilgilerini elektronik sisteme girer. Elektronik sistemin ilgili modülü tarafından gönderilen uyarıları, tüberküloz il koordinatörünün talimatları doğrultusunda sonuçlandırır. Araç ve cihazların mevcut durumu, periyodik bakımlarının takibi ile ilgili iş ve işlemleri Müdürlükle koordineli bir şekilde yürütür. Mobil tarama çalışmalarıyla ilgili dokümanların eksiksiz/tam doldurulması ve çalışmalarla ilgili arşivin oluşturulmasından sorumludur. Tüberküloz il koordinatörünün talimatları doğrultusunda dönemsel ve yıllık istatistiki çalışma sonuçlarını düzenler ve değerlendirir.

Röntgen filmlerini değerlendiren hekim: Röntgen filmlerini tüberküloz yönünden ve film üzerinden değerlendirir. Temaslı taraması ve rutin taramalarda şüpheli olarak tespit ettiği kişileri tüberküloz için kullanılan elektronik sisteme T.C. kimlik numaralarını kullanarak kayıt eder. Rutin taramada ise incelediği röntgen filminde tüberküloz dışı patoloji tespit ettiklerini de ayrıca T.C. kimlik numarasıyla birlikte belirler. Tarama sonuçlarını; tüberküloz şüpheli kişileri ve tüberküloz dışı patoloji saptanan kişilerin listesini, resmi yazı ve eposta ile il sağlık müdürlüğüne gönderir.

Tüberküloz il koordinatörü: Mobil tarama ekibi ile ilgili tüm iş ve işleyişten; halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkana ve il sağlık müdürüne karşı sorumludur. Mobil tarama ekibinde görevlendirilen personelin yıllık ve idari izinleri ile ilgili iş ve işlemler tüberküloz il koordinatörüne bağlı olarak yürütülür. Tüberküloz il koordinatörü MTE ile ilgili iş ve işlemleri Halk Sağlığı Başkanına bağlı olarak yürütür. Tüberküloz il koordinatörleri kendisine yazılı olarak bildirilen tüberküloz şüpheli kişi listesini tüberküloz olup olmadığının kesinleştirilmesi amacıyla ileri tetkikleri yapılmak üzere ilgili kuruma yazılı olarak bildirir. Yazının ekinde tüberküloz dışı patoloji tespit edilen kişilerin listesini yeniden değerlendirilmesi amacıyla ilgili kuruma gönderilir.

Sorumluluk bölgesindeki tüberküloz il koordinatörleri: İlindeki risk gruplarını takip eder, yıllık tarama programında taranacak kurum envanterlerini günceller ve randevu-faaliyet takvimlerini ilgili kurumlarla görüşür. Tüberküloz şüpheli kişileri elektronik sisteme zamanında girer, girilmesini sağlar. Tüberküloz şüpheli kişilerin kesin tanı almalarını sağlamak amacıyla süreci takip eder ve sonlandırır. İline gelen MTE ile ilgili tarama çalışmalarını başından sonuna kadar takip eder, ilgili kurum ve kuruluşlarla koordinasyon çalışmalarını yürütür.

Tüberküloz birim sorumlusu veya bulaşıcı hastalıklar birim sorumlusu: Tüberküloz il koordinatörü olmadığı durumlarda mobil tarama ekibinden sorumludur.

Halk sağlığı başkanı: MTE personeli, aracı, cihazı ve tüberküloz taraması ile ilgili yürütülen sistemin il düzeyinde ve iller arası kesintisiz işleyişinden sorumludur.

MTE'nin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğü: Mobil tarama hizmetlerinde aksaklıkların yaşanmaması ve personel güvenliği için il sağlık müdürlüğüne tahsis edilen mobil tarama araçlarının, dijital röntgen cihazlarının ve diğer cihazların servis bakımlarının ve kalibrasyonlarının düzenli olarak yapılması ve devamlılığını sağlar. Röntgen filmlerinin en az iki hekim tarafından değerlendirilmesi için hekim görevlendirir, filmlerin zamanında değerlendirilmesini sağlar. MTE aracı için il içinde güvenli park yeri oluşturur, güvenliğini sağlar. Dolayısıyla il sağlık müdürlüğü MTE tarafından kullanılan hizmet aracı ve cihazların asıl sahibi ve sorumlusudur.

Sorumluluk bölgesindeki (Mobil Tarama Aracı Olmayan) il sağlık müdürlüğü: MTE'nin tarama yapacağı kurum/kuruluşlarla ilgili resmi prosedürleri yürütür. Kendi ili ile ilgili yıllık tarama programı çalışmalarının gerçekleştirilmesini sağlamak için tedbir alır. İlgili personel tarafından taramada çekilen filmlerin okunmasını, sisteme girilmesini ve şüpheli kişinin kesin tanı alması ilgili süreci takip eder ve tamamlanmasını sağlar. MTE'nin kullandığı tarama aracının güvenliğini sağlar. Bölgesine gelen MTE'yi ihtiyaç duyulan her türlü idari ve teknik konularda destekler.

Verem savaş dernekleri: Derneklere ait tarama aracı ve ekipleri çalışmalarını bu Genelgeye uygun olarak yürütür. Bu amaçla derneğin bulunduğu ilin il sağlık müdürlüğüyle dernek arasında protokol imzalanır. Protokolde dernek tarafından işletilen tarama aracı ve personelinin bu Genelgeye uygun faaliyet göstereceği, Müdürlükçe yıllık tarama programı kapsamına alınan tüberküloz risk gruplarıyla ilgili çalışmaları ücretsiz yürüteceği ve tüberkülozla ilgili tarama çalışmalarını yalnızca protokol imzaladıkları il sağlık müdürlüğü sınırları içinde gerçekleştirebilecekleri özellikle belirtilir. Protokol imzalandıktan sonra dernek tarama aracı elektronik sisteme, araç özellikleri ve çalışan personeliyle birlikte kayıt edilir. Yıllık tarama programı veya temaslı taramaları ile ilgili yürüttükleri çalışmaların kayıtları, takibi ve sonuçları elektronik sistem üzerinden yürütülür. Dernek tarama ekibi ve araçları yıllık tarama programı kapsamında idari sevk ve uygulama direktiflerini tüberküloz il koordinatöründen alır.

Mobil tarama araçlarına giydirilen yazılarda; Kurumsal Kimlik Kılavuzunda yayınlanan "Bakanlık-Genel Müdürlükler" bölümündeki Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ortalı logosu kullanılacaktır. Logonun altında, MTE'nin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğünün adı ve "Mobil Tarama Aracı" ibaresi Ek-1'de belirtilen şekilde bulunmalıdır. Kişisel verilerin korunmasını sağlamak için tarama aracı üzerinde tüberkülozla ilgili herhangi bir sembol, işaret kullanılmamalıdır.

Ç- Mobil tarama faaliyetlerinin yürütülmesi:

Yıllık tarama programı gereği her tüberküloz il koordinatörü ilindeki risk gruplarını listeler, tahmini taranacak hedef kitle sayısını belirler. Güncellediği risk grupları listesini her yıl aralık ayının son haftasına kadar MTE'si olan tüberküloz il koordinatörüne gönderir. MTE'si olan tüberküloz il koordinatörü her yıl ocak ayının ikinci haftasına kadar bir yıl boyunca yapacağı yıllık çalışma planını ilgili tüberküloz il koordinatörüyle birlikte oluşturur. Yıllık çalışma programını tüberküloz için kullanılan elektronik sisteme girer.

İlinde MTE bulunan tüberküloz il koordinatörleri; MTE faaliyetlerinin elektronik sisteme girilmesinden, ekip bilgilerinin güncellenmesinden ve değerlendirme yapıldıktan sonra şüpheli olarak tespit edilen kişilerin T.C. kimlik numaralarının elektronik sisteme girilmesinden esas olarak sorumludur.

Programın yürütülmesinde esas sorumluluk MTE'lere ait olmakla birlikte; filmlerin, şüpheli hastaların değerlendirilmesi ve takibinden her ilin kendisi sorumludur. Bunun yanı sıra tüberkülozdan şüphe edilen kişinin ileri tanı, tetkik ve muayenelerinin yapılmasından ve konuyla ilgili iş ve işlemlerin yürütülmesinden her ilin kendisi sorumludur.

Taranacak kurumun bulunduğu ilin koordinatörü veya MTE, tarama programı ile ilgili kuruma bilgi verir. MTE gelmeden önce taramaya gidilecek kurumdan taranacak kişi ve personel listesini talep eder. İşlemleri tarama listesi üzerinden yürütülür.

MTE; çekimleri tamamlanan röntgen filmlerini ve taranan kişi listesini değerlendirmek üzere tarama yapılan ilin il koordinatörüne tutanak karşılığında teslim eder. MTE, tarama için gittiği ilden dönüş yaptıktan sonra "tarama verileri"ni 5 (beş) iş günü içinde elektronik sisteme girer. Tüberküloz

şüphelilerin T.C. kimlik numaralarının sisteme girişleri, MTE'nin tarama verilerini girdikten sonra mümkündür. Bu sebeple temaslı taramalarında taramayı takip eden azami 1 (bir) iş günü içinde tarama verileri girilir. Tarama verileri elektronik sisteme girilirken taramayı yapan MTE personelinin tamamı sisteme kayıt edilmelidir.

Röntgen filmlerini en az iki hekim ayrı ayrı değerlendirir. Hekimler röntgen filmlerini tüberküloz yönünden ve film üzerinden değerlendirir. Temaslı taraması ve rutin taramalarda şüpheli olarak tespit ettiği kişileri tüberküloz için kullanılan elektronik sisteme T.C. kimlik numaralarını kullanarak kayıt eder. Rutin taramada ise incelediği röntgen filminde tüberküloz dışı patoloji tespit ettiklerini de ayrıca T.C. Kimlik numarasıyla birlikte belirler. Tarama sonuçlarını; tüberküloz şüpheli kişileri ve tüberküloz dışı patoloji saptanan kişilerin listesini ve filmlerini, resmi yazı ve eposta ile il sağlık müdürlüğüne gönderir. MTE tarafından değerlendirilmek üzere teslim edilen röntgen filmleri, MTE tarafından tarama verileri sisteme girildikten sonra azami 5 (beş) iş günü içinde değerlendirilerek sonuç ve şüpheli kişiler elektronik sisteme girilir. Şüpheli kişilerin elektronik sisteme girişinden filmi değerlendiren hekimler ve TB il koordinatörü sorumludur.

Tarama, indeks vaka için yapılan bir tarama ise (temaslı taraması) ilgili verem savaşı dispanseri hekimi tarafından filmlerin değerlendirmesi 24 saat içinde tamamlanarak, tarama sonucu ve şüpheli kişilerin bilgileri elektronik sisteme girilmiş olmalıdır. Şüpheli olarak tespit edilen kişiler değerlendirmeyi yapan hekim tarafından kendi il koordinatörüne 24 saat içinde önce telefon, e-posta ve devamında resmi yazı ile bildirilir. Değerlendirmeyi yapan hekim tüberküloz şüpheli kişilerin bildirimini yapar.

Sisteme şüpheli kişi olarak kayıt edilen ancak adres değişikliği vb. sebeplerden dolayı ulaşılamayan kişilere (cezaevinden tahliye olmuş ve sadece gittiği il bilinen kişiler gibi) kesin tanı konulamamaktadır. Bu sebeple ulaşılamayan şüpheli kişilerin illerine de mutlaka bildirim yapılır. Bildirim TB il koordinatörü tarafından il sağlık müdürlüğü marifetiyle; şüpheli kişinin gittiği tespit edilen ilin sağlık müdürlüğüne (gereği için) ve bölgeden sorumlu mobil tarama ekibinin il sağlık müdürlüğüne (bilgi için) resmi yazı ile yapılır.

TB şüphelinin/hastanın bulunduğu şehrin il sağlık müdürlüğü, şüpheli kişinin kesin tanı alması için (Tüberküloz Var/Yok) cezaevinden sorumlu olan aile hekimine resmi yazı ile bildirim yapar. Cezaevindeki aile hekimi, hastanın kesin tanı alması için bir an önce hastaneye sevk edilmesini, muayene ve tetkiklerinin yaptırılması gibi iş ve işleri takip eder, kurumda enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınmasını sağlar. Aile hekimi şüpheli kişinin sonucunu il sağlık müdürlüğüne bildirir. İl sağlık müdürlüğü, şüpheli kişilerin kesin tanı almaları için takibinden ve sonuçlandırılmasından sorumludur.

MTE, herhangi bir sebeple taramayı yapamazsa veya başlayan bir çalışma tamamlanamazsa, MTE ekibi iki nüsha halinde tutanak tutar. Tutanakta; taranamayan kurumun resmi/tam adı, çalışmanın yapılamamasının sebepleri, tarih ve varsa ispat için ihtiyaç duyulan ek bilgi ve belgeler, MTE ekibinin imzaları olmalıdır. MTE tutanağın birini kendi il sağlık müdürlüğüne gönderir. Diğerini kendisi arşivler ve elektronik sisteme taratarak yükler. MTE'nin il sağlık müdürlüğü; tarama yapılamayan kurumun bulunduğu il sağlık müdürlüğüne resmi yazı ile bilgi verir.

Tarama yapılamayan Kurumun bulunduğu il sağlık müdürlüğü, bahse konu kurumun taranmadığını valiliğe ve ilgili kuruma resmi yazıyla bildirir. Yeniden yapılacak tarama faaliyeti, MTE'nin yıllık tarama programının uygunluk durumuna göre yeniden planlanır.

D- Arşiv hizmetleri

Mobil tarama ekipleri, her bir tarama programı için ayrı bir dosya oluşturur. Her dosyanın sırt ve ön taraflarındaki etiketlerde 'Taramanın Yapıldığı Kurumun Adı', 'Taramanın Gerçekleşme Tarihi', sistem tarafından tarama programına verilen 'Tarama No' yazılır. Dosyanın oluşturulduğu tarama ile ilgili bütün dokümanlar (tutanaklar, listeler, görevlendirmeler vb.), çıktısı alınan sisteme kayıtlı tarama verisi ile taramada çekilen röntgen filmleri CD/DVD, Harici bellek, internet üzerinden PACS kurulumu vb.ne kayıt edilerek dosyaya konulmalıdır. Tarama programlarının dosyaları, arşiv mevzuatına uygun ortamlarda süresiz saklanır.

MTE kendi oluşturacağı arşivde; taradığı kurumlarla ilgili çekilen filmleri, kullanılan detaylı listeleri, tutanakları, dokümanları ve diğer kayıtları süresiz saklar. Taramalarla direkt ilgili bilgi ve

belgeler, hem kişisel bilgilerin korunması hem de yüksek güvenlik kaygıları göz önünde bulundurularak "gizli belge" niteliğine haiz olarak arşivlenir. MTE'si olan il sağlık müdürlüğü, bu kriterleri göz önüne alarak, MTE'ler için mevzuatına uygun arşiv oluşturur. Taranan kişilerin tarama yapılan kurumun çalışanı mı yoksa kurumda kalan kişiler mi olduğu listelerde belirtilir.

MTE, tüberküloz için kullanılan elektronik sistemden; Yıllık Tarama Programı, Mobil Tarama Ekibi Personel ve Ekipman Bilgileri, Tarama Sonuç Raporu, Tüberküloz Şüpheli ve Hasta Dağılım Formu, Taraması Yapılmayan Kurumların Listesi, TB Şüpheli Kişi Olarak Belirlenen Kişilerin Listesi ve Temaslı Taramaları Şüpheli ve Hasta Dağılım Raporu'nu iki dönem halinde raporlar. Bu kapsamda; 1. Dönem (1 Ocak-30 Haziran) çalışmalarını temmuz ayının ilk haftasının son iş günü mesai bitimine kadar çıktı alarak imzalatır. 2. Dönem çalışmalarını (1 Temmuz-31 Aralık) ocak ayının ilk haftasının son iş günü mesai bitimine kadar çıktı alarak imzalatır. Formların imzalı son hali taranarak İSM üzerinden DYS ile Tüberküloz Dairesi Başkanlığına gönderilir. Formlar MTE ve İSM tarafından arşivlenir.

E- Askeri birliklerin taranması:

Askeri birlikler TB risk gruplarından çıkarılmış olup rutin taramalar içinde yer almayacaktır. Ancak askeri birlikte tüberküloz hastası çıkması durumunda, MTE ilgili askeri birlikte ücretsiz temaslı taraması yapabilecektir.

Bunun dışında askeri birliklerden rutin tarama talebi gelmesi halinde; MTE'nin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğü ile ilgili askeri birlik arasında protokol imzalanmış olması şartıyla rutin tarama yapılabilecektir.

Protokol yapılırken; Röntgen çekimlerinin nerede, ne zaman, kimler tarafından yapılacağı, gerekli izinlerin ve koordinasyonun nasıl sağlanacağı, filmlerle ilgili yapılacak değerlendirmelerin yalnızca "kişilerde P-A Akciğer grafisinde aktif spesifik lezyon olup olmadığını gösteren değerlendirmeyi kapsadığı", kişinin askerliğe elverişli veya göreve uygun sağlık durumu olduğunu gösterir belge yerine geçmeyeceği, tarama sonrasında çekilen filmlerin kimlere teslim edileceği, değerlendirme sonuçlarının elektronik kayıt sistemine girilmesi için il koordinatörüyle kimlerin irtibata geçeceği, hizmetlerin ücretlendirmesinde Sağlık Bakanlığınca yayımlanan ücretlendirme rehberleri veya SUT'un esas alınacağı hususlar açık olarak belirtilmelidir.

F- Elektronik sistemde takip

Elektronik sistem, Halk Sağlığı Bilgi Sistemi altında yer alan Ulusal Tüberküloz Sistemi içindeki mobil tarama adındaki modüldür. MTE'lerin bütün envanter, personel ve tarama faaliyetleri ile ilgili bilgiler mobil tarama modülüne kayıt edilir.

MTE'si olan iller, "Tarama Programı Listesi"ni hazırlar. Tarama Programı Listesine taramanın yapılıp yapılmadığı ile ilgili veriyi girer. Tarama Programı Listesi, "tarama verisi" kısmına gerçekleşen taramayla ilgili toplam tarama sayılarının kadın/erkek ve yaş grubu dağılımına göre, görevlendirme bitim tarihinden sonra 5 (beş) iş günü içinde, temaslı taramalarında ise taramayı takip eden 1 (bir) iş günü içinde sisteme girer.

MTE'si olmayan iller; filmleri değerlendirir, Tarama Programı Listesinde şüpheli var-şüpheli yok veya filmler okunamadı şeklinde veri girer. "Filmler Okunamadı" seçeneği girilmişse; bununla ilgili gerekçeli açıklama yazılması ve doküman eklenmesi zorunludur. "Şüpheli" var ise filmleri değerlendiren hekim tarafından MTE'nin tarama verisini girdiği tarih itibari ile en geç 5 (beş) iş günü içinde ilgili "Tarama Programı Listesi"ne şüpheli kişiler eklenmelidir. Sisteme sadece "şüpheli" kişilerin T.C. Kimlik numaraları girilir. Taranan bütün kişilerin T.C. Kimlik numaraları girilmez. Ancak MTE, taramalarla ilgili veri girerken; "Tarama Veri Girişi" altında bulunan Dosya Yükle seçeneği kullanılarak, yapılan taramalara ilişkin "Taranan Kişi Listesi"ni PDF, Word veya Excel formatta elektronik sisteme yükler.

Taramalarda çekilen röntgen filmleri değerlendirilip, şüpheli kişi sisteme tanıtıldıktan sonra şüpheli kişilerin listesi ve sonradan kesin tanı alan kişilerin listesi 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ile ikincil düzenlemelere riayet edilerek resmi yazı ile MTE'nin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğüne bildirilir. Şüpheli olarak eklenen kişilerin "tüberküloz durumu" TB var veya TB yok şeklinde işaretlenerek tarama sonuçlandırılır. Şüpheli kişi tanımlaması tamamen

klinik bir tanılama olup, şüpheli kişinin Mobil Tarama Modülüne girilmesi/tanımlanması, şüphelinin durum takibi ve sonuçlarının girilmesi işlemleri hekim tarafından yapılır.

MTE'nin tüberküloz il koordinatörü; yapılan taramaların ekip sorumlusu tarafından mobil tarama modülüne zamanında ve eksiksiz girilip girilmediğini takip eder. Bu süre MTE'nin görevlendirme bitim tarihinden itibaren 5 (beş) iş günüdür. Tüberküloz şüphelisi kişi 24 saat içinde elektronik sisteme girilir.

Yanlışlıkla girilen tarama programları, düzeltme talepleri gibi sistemle ilgili talepler yazılım destek sistemi üzerinden iletilir. Ekip sorumlularının sisteme tanımlanması veya sisteme kayıtlı ekip sorumlusunun değişimi resmi yazı ile Tüberküloz Dairesi Başkanlığından talep edilir.

Yıllık taramalarda veya temaslı taramalarında çekilen röntgen filmlerinin sonuçları zamanında değerlendirilmediği ve/veya sisteme girilmediği tespit edildiğinde; MTE TB İl Koordinatörü, taramayı değerlendirecek kurumun il koordinatörünü resmi il koordinatörlük e-postası üzerinden mesaj atarak uyarır. Resmi e-postaya verilen cevabi mesajda tarama sonucunun sisteme neden girilemediği hakkında açıklayıcı bilgi verilmelidir. Tarama sonucunun sisteme girilmesi 15 gün geciktiğinde ise MTE olan il sağlık müdürlüğünce; gereğinin yapılması için ilgili il sağlık müdürlüğüne, bilgi için Bakanlığa resmi yazı gönderilir. Resmi yazının ekinde MTE'nin TB İl Koordinatörü tarafından gönderilen uyarı mesajı, varsa gelen cevabi mesaj bulunmalıdır.

Bakanlık tarafından istenmediği sürece MTE'nin yıllık planları ve yürüttükleri faaliyetler resmi yazı ile gönderilmeyecektir. Bu sebeple il sağlık müdürlükleri yukarıda belirtilen hususlara uygun olacak şekilde tüberküloz için kullanılan elektronik sistemi kullanmalıdır. E-posta yazışmaları ise mutlaka kurumsal hesaplar üzerinden yapılmalıdır.

Yapılan tüm çalışmalarda kişisel verilerin korunması ve gizliliğinin sağlanması esastır.

Bu kapsamda; 2006/61 sayılı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır. Mobil tarama ekiplerinin oluşumu ile çalışma usul ve esaslarının belirlenen kurallara göre yürütülmesine dair azami dikkat ve özenin gösterilmesi ile gerekli önlemlerin alınması hususunda;

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek:
1- Araç Giydirme Örneği (1 sayfa)
2- Arşivlenecek Dijital Raporlar (7 sayfa)
3- İş Akış Şeması

Dağıtım:
Gereği:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
A PLANI (Bağlı ve İlgili Kuruluşlar Hariç)

6.3.44. İllerde Tüberküloz Kontrolü Genelgesi (2005/88)

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Verem Savaşı Daire Başkanlığı

26 Mayıs 2005

Sayı : B100VSD0000071- 9710/5498 **ANKARA**
Konu : İllerde Tüberküloz Kontrolü

GENELGE

2005/88

Dünya Sağlık Örgütü'nün hesaplamalarına göre Dünya'da her yıl 8 milyon kişi tüberküloza yakalanmakta ve 2 milyon kişi bu nedenle hayatını kaybetmektedir. Bu rakamlar hastalığın daha uzun yıllar Dünya için tehdit oluşturacağına işaret etmektedir.

Türkiye'de yıllık tüberküloz (TB) görülme sıklığı yüzbinde 25 civarında olup, bu rakam Dünya genelindeki yüzbinde 130 civarında olan TB insidansının altındadır. Bu veriye göre ülkemiz bu hastalığın orta sıklıkta görüldüğü ülkeler içinde yer almaktadır.

Yurdumuzda tüberkülozun durumunu belirleyen kriterleri incelediğimizde şunlar görülmektedir: Tedavi başarı oranı %78'den %83'e ulaşmıştır. Ancak bunun en az %85 seviyesine çıkarılması gerekmektedir. Bakteriyolojik muayene yapılan tüberkülozlu hasta oranı %35'den %67'ye yükselmiştir. Ancak bu oranın %85-90 gibi bir seviyeye ulaşması gerekmektedir. Primer ilaç direnci %3 civarındadır ve uzun süreli bir mücadele ile bu oranın da düşürülmesi gereklidir.

Tüberküloz kontrolünde belirlenen hedeflere ulaşabilmek için:

1- Her seviyede sağlık kuruluşunda hastalıkla mücadele konusunda duyarlı olunması, "Tüberküloz Kontrol Programı"na katkıda bulunulması ve toplumun bu konuda duyarlı hale getirilmesi ve bilinçlendirilmesi;

2- Sağlık ocakları ve diğer "I. Basamak Sağlık Kuruluşları"na başvuranlar içinde semptomu olanların değerlendirilerek tüberküloz olabileceği düşünülenlerin kesin tanı amacıyla verem savaşı dispanserlerine veya göğüs hastalıkları hastanelerine gönderilmesi; bu birimlerden gelen neticelerin dikkatle takip edilmesi;

3- Sağlık ocaklarının bu hastaların tedavileri süresince, verem savaşı dispanserleri ile koordineli bir şekilde, hastaların takipleri ve ilaçlarını gözetim altında kullanmaları konusunda da azami derecede yardımcı olmaları;

4- "Verem Savaşı Dispanserleri"nin temel görevleri olan tüberküloz tanısının (bakteriyolojik muayeneye dayandırarak) konulması, diğer sağlık kurumlarından bildirimi yapılan hastaların ikamet ettikleri yerlerin bulunarak kendilerinin ve yakın çevresindeki temaslıların araştırılması, tüberküloz tanısı alan hastaların tedavilerinin yakın kontrol altında yapılması, aile bireylerinin periyodik kontrollerinin

gerçekleştirilmesi, tüberkülozlu hastaların tedavilerini aksatmalarının önlemek amacıyla "gözetim altında tedavi planlaması" yapılması, "sağlık ocakları ve hastaneler" ile işbirliği içinde çalışılması, hastalanma ihtimali yüksek olan kişilere koruyucu ilaç tedavisinin uygulanması;

5- İhtiyacı olan veremli hastalara yardım yapabilecek; tüm sosyal dayanışma kuruluşları ile işbirliği yapılması;

6- Her sağlık ünitesinde tespit edilen veremli hastaların bildirimi 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 113-114-115-116 maddelerine göre zorunlu olup, bu bildirimlerin yapılmaması durumunda ilgililerin uyarılarak gerektiğinde bildirim yapmayanlar hakkında yasal işlem uygulanması;

7- İllerimizde İl Sağlık Müdürü , Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü, İl Tüberküloz Koordinatörü, varsa Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Üniversite temsilcilerinden oluşan bir kurulun her 3 ayda bir toplanarak tüberküloz mücadelesi için yürütülen hizmetlerin değerlendirmesi ve sonucun bir rapor ile Sağlık Bakanlığı'na bildirilmesi;

8- Bölge Tüberküloz Laboratuvarı olan illerde bu laboratuvarların personel eksikliklerinin giderilerek çalışma kapasitesinin arttırılması;

9- Bu laboratuarların olmadığı yerlerde illerdeki Hıfzıssıhha Laboratuvarları veya Halk Sağlığı Laboratuvarlarının tüberküloz kültürü yapabilecek duruma getirilmesi;

10- Verem Savaşı Dispanserindeki personel sayısının görülen hizmeti aksatmayacak seviyede olmasının sağlanması;

11- Klinik ve bakteriyolojik durumları nedeniyle Göğüs Hastalıkları Hastanelerinde yatarak tedavisi gereken hastaların tedavilerinin yapılması konusunda gerekli titizliğin gösterilmesi gerekmektedir.

Bu hususlara azami derecede dikkat edilerek neticeden bilgi verilmesini önemle rica ederim.

Dr.

Uz. Dr. Cihanser EREL
Müsteşar V.

DAĞITIM:
A Planı

6.3.45. Tütün Kontrolü Uygulamaları Genelgesi (2015/6)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 86696344/010.06
Konu: Tütün Kontrolü Uygulamaları

GENELGE
2015/6

Tütün kullanımı, birçok sağlık sorununa yol açan, önlenebilir hastalık ve ölüm sebepleri arasında en önde gelen risk faktörüdür. Maruz kalanların normal yaşam süresini kısaltarak erken ölümüne yol açan tütün ürünü kullanımı, halen dünya genelinde her 10 ölümden bir tanesinin sebebidir. Tütün mamulleri, kullanan kişinin sağlığına ve bütçesine zarar verdiği gibi çevresindeki kişilerin de olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır.

Buna rağmen dünya genelinde tütün kullanımı yaygın şekilde devam etmektedir. Günümüzde, % 80'i gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, dünyada yaklaşık 1,3 milyar kişi tütün mamulü kullanmaktadır.

Dünyada yılda yaklaşık 6 milyon kişi tütün kullanımının neden olduğu sağlık sorunları yüzünden hayatını kaybetmekte, ülkemizde ise en az 100.000 kişi tütüne bağlı hastalıklar nedeniyle kaybedilmektedir. Bilimsel veriler kapalı ortamda sigara dumanına maruz kalmanın sigara içmeyen insanlarda kalp krizi ve kanser gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açtığını ve bu konuda hiçbir güvenli aralığın olmadığını ortaya koymaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre, 700 milyon çocuk yani dünyadaki çocukların yarısı sigara dumanına maruz kalmaktadır. Her yıl dünyada 600 binin üzerinde kişi kendisi kullanmadığı halde başkasının sigara dumanına maruz kalması sonucunda hayatını kaybetmektedir.

Bu kadar zararlı ve tehlikeli bir ürüne karşı elbette kapsamlı ve etkin bir mücadele gerekmektedir. Bu hızlı ilerlemeyi durdurabilmek, tütün kullanımına bağlı hastalık ve ölümleri azaltmak amacıyla tütünle mücadelede ilk uluslararası anlaşma olan **"Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)"** 28 Nisan 2004 tarihinde ülkemiz tarafından imzalanmıştır.

Ülkemizdeki tütün kontrolü çalışmalarına yön vermek amacıyla, TKÇS hükümlerini temel alarak hazırlanmış olan **"Ulusal Tütün Kontrol Programı"**, 2006/29 sayılı Başbakanlık Genelgesi ekinde yayımlanmıştır. Yayımlanan program ve 2008-2012 yıllarını kapsayan eylem planı ile tütünle mücadelede önemli başarılar elde edilmiştir. Yürütülen çalışmalar sonucunda **2008** yılında **% 31,2** olan ülke genelindeki sigara kullanımı oranının **2012** yılında **% 27,1'e** düştüğü görülmüştür.

Bu başarının artarak devam etmesi ve daha fazla insanımızı sigaranın zararlarından koruyabilmek için Eylem Planında yer alan hedef, strateji ve faaliyetler günümüz şartları da göz önünde bulundurularak 2015-2018 yıllarını kapsayacak şekilde güncellenmiş ve 27 Ocak 2015 tarihli ve 29249 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan **2015/1 sayılı Başbakanlık Genelgesi** ile uygulamaya girmiştir.

Genelge ile Eylem Planının Sağlık Bakanlığı tarafından ilgili kurumlara gönderilmesi ve Bakanlığın internet adresinde yayımlanması uygun görülmüştür. Ayrıca Eylem Planında çeşitli kurum ve kuruluşların konuya ilişkin görev ve sorumluluklarının belirlendiği ve yerine getirilmesi gereken görevler konusunda ve eylem planının uygulanması sürecinde ihtiyaç duyulacak her türlü bilginin Sağlık Bakanlığınca sağlanacağı; Bakanlığın bilgilendirme, işbirliği ve koordinasyon toplantıları düzenleyeceği ve uygulamaları yakından takip edeceği belirtilmiştir.

Bu kapsamda Bakanlığımız koordinasyonunda ilgili bakanlıklar, üniversiteler, medya ve sivil toplum kuruluşları temsilcileri tarafından hazırlanmış ve Bakanlığımızın "www.saglik.gov.tr" internet adresinde yayımlanmış olan "Ulusal Tütün Kontrolü Programı Eylem Planı 2015-2018" bu web adresinden temin edilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Ülkemizin tütün kontrolü alanındaki dünya liderliğinin kesintisiz olarak sürdürülmesi ve uygulamalarımızın diğer ülkelere örnek olmaya devam etmesi açısından; ekte sunulan eylem planında yer alan hususların ivedilikle uygulamaya geçmesi, özellikle tütün dumanından pasif etkilenimin önlenmesine yönelik faaliyetlerin hassasiyetle yerine getirilmesi büyük önem arz etmektedir.

Bu kapsamda;

1) 4207 sayılı Kanun kapsamında yapılan denetimlerin güçlendirilmesi için mahalli mülki amirler başkanlığında toplanan Tütün Kontrol Kurulları bünyesindeki denetim ekiplerinin ihtiyaç duyacağı her türlü personel ve lojistik desteğin imkanlar dahilinde sağlanması,

2) 4207 sayılı Kanun hükümlerine uyum sağlanması noktasında kapalı alanlarda tütün mamulü tüketilmesine hiçbir şekilde müsaade edilmemesi, kamu kurumlarında ihlalin yaşanması halinde ilgililer hakkında gerekli idari işlemlerin derhal uygulanması, özel hukuk kişilerine ait yerlerde ise 155, 156 ve 184 nolu telefon numaralarına gerekli bildirimlerin yapılmasına yönelik duyurunun tüm personelinize yapılmasının sağlanması,

3) Kamu kurum ve kuruluşlarımızın topluma örnek teşkil edecek şekilde kendilerine ait açık alanların yalnızca belirlenmiş yerlerinde tütün mamulü tüketimine müsaade etmeleri, bu alanların toplam açık alana oranının % 30'dan fazla olmaması ve giriş kapısından en az 10 metre mesafede olmasına riayet ederek, Dumansız Kampüs uygulamalarının yaygınlaştırılması,

4) Kamuya açık çocuk parkı gibi temelde çocukların faydalandığı tüm açık alanlarda ve yürüyüş yolu, aletli egzersiz yapılan kısımlar gibi vatandaşların spor yapmaları için kurumlarca oluşturulmuş alanlarda tütün ve tütün ürünü kullanımının önlenmesine yönelik çalışmaların yapılması,

5) Havaalanı, otobüs terminali, tren garı, alışveriş merkezi, sinema, tiyatro, sağlık kurum ve kuruluşları gibi insanların yoğun olarak kullandıkları ve toplu halde giriş çıkışın olduğu kapalı alan mahiyetindeki yerlerin giriş kapılarına asgari 5 metre mesafede olacak şekilde tütün ve tütün ürünlerinin tüketilmesinin önlenmesi,

6) Kamu kurum ve kuruluşlarımızda halk sağlığı müdürlüklerimizle koordineli olarak sigara bırakma kampanyaları düzenlenip, sigara bırakmanın teşvik edilmesi ve çalışanlarının hiçbirinin sigara içmediği işyerlerinin özendirilmesi,

Hususlarında bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Bakan

DAĞITIM:
Gereği
A Planı

6.3.46. 4207 Sayılı Kanun Hükümlerinin Uygulanması Genelgesi (2009/44)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı: B.10.0.TSH.027.01/
Konu: 4207 sayılı Kanun Hükümlerinin Uygulanması

GENELGE
2009 / 44

Tütün kullanımı, çok yaygın bir bağımlılık çeşidi olmasının yanı sıra, tütün ve dumanında bulunan maddelerin insan sağlığı üzerine yaptığı olumsuz etkiler nedeniyle dünyanın ve ülkemizin en önemli ve önlenebilir halk sağlığı sorunlarından biridir.
Tütün ve tütün ürünleriyle mücadele çalışmalarına yön vermek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" hazırlanmış ve ülkemizin de içinde yer aldığı 165 ülke bu sözleşmeye taraf olmuştur. Bakanlığımız koordinatörlüğünde hazırlanan Ulusal Tütün Kontrol Programı 7 Ekim 2006 tarihli ve 26312 sayılı Resmi Gazetede 2006/29 sayılı Başbakanlık Genelgesi ekinde yayımlanmıştır.

Diğer taraftan 4207 sayılı Kanunda değişiklik öngören 5727 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" 19.01.2008 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Kanunun amacı; kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından korumak ve herkesin temiz hava solumasını sağlamaktır. Kanun ile birçok kurum ve kuruluşa yükümlülükler getirilmiş olup uygulama açısından Bakanlığımızın büyük sorumlulukları bulunmaktadır.
Mezkûr Kanunun özel hukuk kişilerine ait kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde ve lokantalarda tütün ürünleri tüketilmemesine yönelik düzenlemeleri 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girecek olup diğer hükümler 19 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir.
Bu kapsamda yerel düzeyde Kanun hükümlerine yönelik uygulamalarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve koordinasyonu ile ilgili yapılması gereken çalışmalara ilişkin 2008/66 sayılı Genelgemiz yayımlanmıştır. Ancak 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girecek yeni hükümler nedeni ile mezkûr Genelgemizde bazı yeni düzenlemelere ihtiyaç duyulmuştur.

Tütün kontrol çalışmalarının il düzeyinde yürütülmesi sırasında uyulması gereken ilkeleri içeren "Uygulama Rehberi" Bakanlığımızca hazırlanmış olup, mezkûr rehber Ek'te yer almaktadır. Bu çerçevede 2007/38 ve 2008/66 sayılı Genelgelerimiz yürürlükten kaldırılmış olup, 19 Temmuz 2009 tarihi itibarıyla bu Genelgemiz ve Ek'indeki uygulama rehberi hükümleri uygulanacaktır.

Kanun hükümlerine yönelik uygulamaların izlenmesi, değerlendirilmesi ve koordinasyonuna yönelik yapılacak çalışmalarda Ek'te yer alan, ayrıca www.saglik.gov.tr ve www.havanikoru.org.tr adreslerinden de ulaşılabilen Uygulama Rehberinde belirtilen hususlara titizlikle riayet edilmesi, rehberin ilinizdeki tüm kamu kurum ve kuruluşlarına, belediyelere, üniversitelere, sivil toplum ve yerel medya kuruluşlarına dağıtılması ve özel işletmelere duyurulması bakımından gereken hassasiyetin gösterilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar V.

EK: Uygulama Rehberi (32 sayfa)
DAĞITIM
A Planı

6.3.47. Ruh Hastalarının Sevk ve Takipleri Genelgesi (2005/155)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0140003-010.06
Konu : Ruh Hastalarının Sevk ve Takipleri

13.10.2005

GENELGE
2005/155

İLGİ: a) 03.10.1991 tarihli ve 12175 sayılı Genelge,
b) 28.06.2004 tarihli ve 10719 sayılı Genelge.

I- Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Önemi: Ruhsal bozukluklar, genel sağlık hizmetleri çerçevesinde dünyada olduğu gibi Ülkemizde de önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ruhsal bozuklukların birey, aile ve toplum açısından problemlere neden olduğu, beraberinde yaşam kalitesini düşüren başkaca rahatsızlıkları içerdiği ve bu rahatsızlıkların somut olmayan, soyut kavramlar içerisinde yer aldığı görülmektedir. Bu durumlar ise, ruh sağlığının iyileştirilmesini ve iyileştirme yönünde verilen hizmetlerin verimliliğini ve sürdürülebilirliğini güçleştirmektedir.

Ruh sağlığı; sosyal uyum ile içinde yaşanılan çevreye, sosyal yatırımlara ve ekonomik gelişmelere katkıda bulunan üretkenliğin, huzurun ve istikrarın vazgeçilmez bir parçasıdır. Ruh sağlığını teşvik edecek etkili planlar geliştirilmesi ve uygulanması, ruh sağlığı iyi ve üretken bir toplum inşa etmek için esastır.

Bireysel anlamda ruh sağlığının iyi olması aynı zamanda, toplumsal ruh sağlığı ve yaşam tarzlarının yükselmesinde çok önemlidir. Ruh sağlığının korunması ve/veya tedavisinin teşvik edilmesi, bireyin yaşam kalitesini yükseltmekte ve bununla birlikte, ruh sağlığı sorunları olan insanlar ile toplum sağlığının ruhsal yönden de iyilik halinde olmasını temin etmektedir.

Sosyal, psikolojik, biyolojik ve çevresel faktörler, insanların ruhsal yapıları üzerinde potansiyel risk oluşturmaktadır. Bu bağlamda, hassasiyetleri ve ihtiyaçları göz önüne alınarak bilhassa gençlere ve yaşlılara yönelik olarak, ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruh sağlığının sorunlarının önlenmesi ve tedavi edilmesi ile ilgili faaliyetlere öncelik verilmelidir. Özellikle, çocukluk döneminde karşılaşılan ruhsal bozukluklar, yetişkin ruh sağlığı bozukluklarının önemli habercileridir. Bu yüzden, çocukların ve ergenlerin ruh sağlığını desteklemek, yetişkin ve yaşlılık döneminde bireyler, toplumlar ve sağlık sistemleri için uzun dönemde yararlar sağlayacak stratejik yatırımlar olarak görülmelidir.

II- Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Sevkler: Dünyanın pek çok ülkesinde, ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde ve yaygın ruh sağlığı sorunlarına yardım konusunda, pratisyen hekimler ve birinci basamak sağlık çalışanları ilk ve temel kaynak olarak görülmektedir.

Toplumdaki ruh sağlığı sorunları olan kişileri teşhis ve tedavi etmek yönünden pratisyen hekimler ve birinci basamak sağlık çalışanlarının kapasiteleri ve yeterliliklerinin geliştirilmesinde, gerekirse ikinci basamak ruh sağlığı hizmetleri ağının bir parçası gibi desteklenmeleri ve eğitimleri zorunludur.

Bu arada, ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yürütülmesinin haricinde, ruhsal hastalıkların tedavisi ve dolayısıyla, ruhsal yönden hasta olanların yatırılarak hastane ortamında iyileştirilmesinin önemi de büyüktür.

Bu itibarla; Bakanlığımızca yürütülmekte olan ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi çalışmalarının bir bölümü olarak ruh hastalarının bulundukları yerlerde tedavi ve kontrolleri ile bu konuda özel dal hastaneleri olarak ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerine sevkleri ve hastaneden çıkışlarında ayaktan takipleri konusunda yeniden düzenleme yapılması ihtiyacı ortaya çıkmıştır.

Bu cümleden olarak;

1) Ruhsal problemi bulunan hastaların öncelikle kendi illerinde teşhis, tedavi ve rehabilitasyonları sağlanacaktır.

2) Sevkinde zorunluluk görülen hastaların bulundukları illerden bölge hastanelerine sevklerinde EK-1'deki bölgelendirme sistemi esas alınmak suretiyle, iller öncelikle kendi bölge hastanelerine hasta sevk ederek gereksiz sevkleri ve yığılmaları engelleyeceklerdir.

3) Hasta sevklerinde bu hastaların çoğunluğunun vesayet altında olması sebebiyle, 22.11.2001 tarih ve 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nun vesayet ile ilgili olarak aşağıda da bir kısmına yer verilen düzenlemeler doğrultusunda hareket edilecektir.

4) (RS 10) ile sevk edilen hastalarla ilgili olarak, il müdürlüklerince takiplerin yapılacağı ilgili sağlık kuruluşlarının listesi önceden bölge hastanelerine bildirilecek; il müdürlüğü ile konuyla ilgili bilgi akışı kesintisiz olarak sağlanacak ve takibin yapılacağı sağlık ocağı, hastane mutlak suretle formda belirtilecektir.

5) Hastaların hastaneden çıkışlarında geldikleri il sağlık müdürlüklerine ayaktan tedavi, takip ve kontrolleri amacıyla özellikle (RS 20) formu, ilgili bölge hastanesince doldurularak il müdürlüklerine mutlak suretle gönderilmesi sağlanacaktır.

6) İl içindeki kronik hastaların il müdürlüklerince profilinin çıkartılması ile takiplerinin düzenli olması sağlanacak, ikame tedavileri izleme ve kontrolleri bağlı bulunduğu sağlık ocağı ve ilgili hastanece (RS 30) kullanılarak konunun hassasiyetine binaen il müdürlüğü ile sürekli koordinasyon halinde yürütülecektir. (RS 30) bilgilerinin ayrıca aylık olarak il müdürlüğüne gönderilmesi sağlanacaktır.

7) (RS 40) formunun doldurulmasında tanı gruplamaları, yaş gruplamaları, eğitim durumu, tedavi süresi, cinsiyet ayırımının (intihar girişimi dahil) sağlıklı yapılması ve yıl içinde altışar aylık iki dönem şeklinde Temel Sağlık İstatistik Modülü Çalışması kapsamında (TSİM); işlerlik içerisinde ise elektronik ortamda, değil ise normal yoldan herhangi bir gecikmeye neden olmaksızın Bakanlığımıza gönderilecektir. Ayrıca bu konuyla ilgili personelin eğitimi il müdürlüklerince düzenli olarak sağlanacaktır.

8) (RS 50) formu ile ilgili olarak, Ek-1'de gösterilen beş bölge hastanesince verilerin karşılaştırılması açısından tanımlanan form düzenli olarak doldurulup, altışar aylık iki dönem şeklinde Bakanlığımıza intikali sağlanacaktır.

9) Bulunduğu ilden bölge hastanesine sevk edilen ancak, kendi imkanlarıyla intikalini sağlayan hasta veya yakınlarından, ilgili bölge hastanesince mutlaka (RS 10) formu alınacaktır. Ayrıca; kendiliğinden kendi bölge hastanesi veya diğer bölgelerden herhangi birine başvuran hastaların tedavilerini müteakiben (RS 20) formu ile anılan bölge hastanelerince illerine gönderilmeleri sağlanacaktır. İl müdürlüklerince de, (RS 40) formu düzenlenirken bu hastaların (RS 10 ile giden, RS 20 ile gelen) grubunun içerisinde değerlendirilmeleri temin edilecektir.

10) Daha önce bölge hastanesinde yatarak tedavi görmüş ve iline gönderilmiş hastaların, kontrol amacıyla tekrar bölge hastanesine başvurması halinde beraberlerinde tekrar (RS 20) formu ile

iline gönderilmesi, ilgili hastanın tedavisinin değişebileceği noktasından hareketle yerinde olacaktır. İl müdürlüklerinin bu hususa dikkat ederek söz edilen durumlarda mükerrerliğin önlenmesi amacıyla, (RS 20) bilgilerinin (RS 40)a aktarılmamasına özen gösterilecektir.

11) Bölgeden bölgeye gönderilen hastaların tedavilerinden sonra illerine gönderildiklerinde ilgili bölge hastanesince (RS 20) formu ile gönderilmeleri sağlanacak, (RS 40) formu doldurulurken bu hususa titizlik gösterilecek ve mükerrerlikler engellenecektir.

12) Formlarda tanı kodu olarak ICD-10 kodlama sistemi kapsamında "mental bozukluklar" başlığı adı altındaki kodlar ile "kasten kendine zarar verme" ana kodu kullanılacaktır. Sevk zinciri dahilinde hekimlerce belirlenen tanının karşılığı olan tali kodlar, (RS 40) ve (RS 50) düzenlenirken söz konusu tali kodu içeren ana kod başlıkları altında toplanarak formlara aktarılacaktır. Bu bağlamda kullanılacak olan liste, EK-2'de yer almaktadır.

III- Ruh Sağlığı Bozuk Olan Şahıslarla İlgili Olarak Dikkate Alınması Gereken Mevzuat: Yukarıda bahsedilen ve ruh hastalarının sevklerinde uyulması gereken usûl haricinde, uygulamada hasta sevki, tedavisi, sağlık kurumundan taburcu edilmesi ve görevlilerin hastalarla ilgili bazı sorumlulukları gibi hususlarda tereddüt veya herhangi bir problem ile karşılaşılmaması bakımından bilinmesi gereken ilgili diğer mevzuat hükümlerine aşağıda yer verilmiştir:

1) 22.11.2001 kabul tarihli ve 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu: Bu Kanun'un 405 inci maddesinde, "Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her erginin kısıtlanacağı (vesayet altına alınacağı); görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idarî makamların, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorunda oldukları" hükme bağlanmıştır.

Kanun'un 409 uncu maddenin ikinci fıkrasında, "Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlamaya ancak resmî sağlık kurulu raporu üzerine karar verilir. Hâkim, karar vermeden önce, kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir."; 474 üncü maddesinde ise, "Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı yüzünden kısıtlanmış olan kişi üzerindeki vesayetin kaldırılmasına, ancak kısıtlama sebebinin ortadan kalkmış olduğunun resmî sağlık kurulu raporu ile belirlenmesi hâlinde karar verilebilir." hükümleri getirilmiştir.

Kanun'un 397 nci maddesinde, "vesayet makamının, sulh hukuk mahkemesi olduğu"; 462 nci maddesinin (13) numaralı bendinde, "Vesayet altındaki kişinin bir eğitim, bakım veya sağlık kurumuna yerleştirilmesinin, vesayet makamının iznine bağlı bulunduğu" düzenlenmiştir.

Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması konusunda Kanun'un 432 ilâ 437 nci maddelerinde düzenleme getirilmiştir. Kanun'un 432 nci maddesinde, "Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişinin, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kurumu yerleştirileceği veya alıkonulabileceği; görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlilerinin, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorunda oldukları" yönünde hükme yer verilerek, devamı maddelerinde bu konuda yapılacak iş ve işlemlere dair hükümler sevk edilmiştir.

Türk Medeni Kanunu'nun 446 nci ve 447 nci maddelerinde "küçükler" ve "kısıtlılar" bakımından, "küçüklerin, koruma amacıyla bir kurumu yerleştirilmesine vasinin başvurusu üzerine vesayet makamının veya gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde bizzat vasinin karar vereceği ve durumu derhal vesayet makamına bildireceği"; "kısıtlının korunması için gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde vasinin, koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasına ilişkin hükümlere göre kısıtlıyı bir kurumu yerleştirebileceği veya orada alıkoyabileceği ve durumu derhal vesayet makamına bildireceği" yönünde hükümler getirilerek vasinin görevleri gösterilmiştir.

Türk Medeni Kanunu'nun yukarıda yer verilen ve ilgili diğer hükümleri dikkate alınarak;

a) Vesayet altındaki küçüğün veya kısıtlının bir sağlık kurumunda ayaktan veya yatırılarak tedavilerinin yapılabilmesi için, yerleşim yerlerindeki vesayet makamlarının bu yönde izninin olup olmadığına bakılması;

b) Vesayet makamının tedavi amacıyla böyle bir izninin olmaması halinde, vasinin öncelikle vesayet makamından izin almasının sağlanması;

c) Tedavi amaçlı olarak getirilen hastanın sağlık durumu, kendileri ve/veya çevreleri için zarar verecek halde ise, vasinin bizzat yatış işlemlerini yapabileceği ve fakat, yatış işleminin vesayet makamına bildirilip bildirilmediğinin sağlık kurumu tarafından takip edilmesi;

d) Vesayet altında olmamakla birlikte, akıl hastalığı veya akıl zayıflığı olan ve tedavisi veya korunması gerektiğine, sağlık kurum veya kuruluşunda görev yapan tabip tarafından tıbben kanaat getirilen küçük veya ergin kişinin bu durumunun görev yapılan kurum veya kuruluşça derhal, hastaların bulundukları veya ikamet ettikleri yerin vesayet makamına bildirilmesi;
gerekmektedir.

2) Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderleri: 18.06.1992 kabul tarihli ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilmek Suretiyle Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun'un 1 inci maddesinde Kanun'un amacı, "Hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmeti giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan vatandaşların giderlerinin genel sağlık sigortası uygulamasına geçinceye kadar devlet tarafından karşılanmasının güvence altına alınması" olarak belirtilmiştir.

Ayrıca, 29.05.1986 kabul tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu'nun 2 nci maddesi uyarınca Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, "fakru zaruret içinde ve muhtaç durumda bulunan, kanunla kurulu sosyal güvenlik kurumlarına tabi olmayan kişilerin reçete giderlerinin karşılandığı ve aynî yardımlarının verildiği bir fon" olarak kabul edilmektedir.

Buna göre, ödeme gücü olmayan ve fakat, ruhsal bozukluğu bulunan hastaların tedavi giderlerinin, yukarıda zikredilen 3816 sayılı ve 3294 sayılı Kanunların hükümleri çerçevesinde karşılanması gerekmektedir.

3) Ruhsal Problemi Olan Hastaların Sevklerinin Kolluk Kuvvetleri Yardımıyla Gerçekleştirilmesi: 25.04.1938 tarih ve 3890 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Polis Vazife ve Salahiyet Nizamnâmesi'nin 24 üncü maddesinde, "Sevklerine lüzum görülen delilerin başkalarına saldırmaları ihtimali mevcut ise bu takdirde sevk işinden mesul olmamak ve yalnız saldırmaya mani olmak üzere sevk işi polis refakatinde yapılır." hükmüne yer verilmiştir.

17.12.1983 tarih ve 18254 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Jandarma Teşkilatı Görev ve Yetkileri Yönetmeliği'nin 52 nci maddesinde de, "Sevkleri gerekli görülen delilerin başkalarına saldırma ihtimali varsa, sevkten sorumlu olmamak ve yalnızca saldırıya engel olmak görevi; polis teşkilatı olmayan yerlerde jandarma iç güvenlik makamlarınca yerine getirilir." hükmüne yer verilmiştir.

Buna göre, ruhsal bozukluğu olan ve başkalarına saldırma ihtimali bulunan hastaların sevklerinde, polis teşkilatının yetkili olduğu yerlerde polis; jandarma teşkilatının yetki sahasında olan yerlerde jandarma desteği, sevk iş ve işlemlerinden sorumlu olmamaları ve sadece hastaya ve sevk sırasında görevli olan sağlık personeline refakat etmeleri şartıyla alınabilir.

IV- Hastaların Sevkleri Sırasında Görevli Olanlara Harcırah Ödenmesi: Bölge hastanelerine ruhsal bozukluğu olan hastaların sevk işlemlerinde görevlendirilecek olan personelin (polis, jandarma, sağlık memuru gibi) yolluk ve yevmiyelerinin, 6245 sayılı Harcırah Kanun hükümlerine göre hizmetin tahakkuk ettiği kurumun bütçesinden ve (15.01.30.62.07.2.1.1.03.3.1.01) program kodundan ödenmesi gerekmektedir.

V- a) Bakanlığımıza gönderilen RS form verilerinde dönemsel olarak bütünlüğün sağlanabilmesi amacıyla, 2005 yılı ikinci yarısında illerden gönderilecek olan (RS 40) ve (RS 50) verilerinin yeni ve eski form şeklinde birlikte gönderilmesi, 01/01/2006 tarihinden itibaren de yeni formların kullanılması gerekmektedir.

b) Uygulamanın bu Genelge'de belirtilen esaslar doğrultusunda yapılması ve ilinizdeki bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına duyurulması;

c) İlgide kayıtlı Genelgelerin yürürlükten kaldırıldığı;

hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Necdet ÜNÜVAR
Bakan a.
Müsteşar

EKLER:
EK-1 Bölgelendirme Listesi (1 sayfa)
EK-2 ICD 10 Kodları (4 sayfa)
EK-3 RS Formları Hakkında Açıklamalar (3 sayfa)
EK-4 RS Formları (10, 20, 30, 40, 50) (5 sayfa)

DAĞITIM:
A Planı

6.3.48. Ruh Hastalarının Sevk ve Takiplerinde Yapılacak İş ve İşlemler Genelgesi (2014/02)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 23859870 -
Konu : Genelge Değişikliği

GENELGE
2014/02

İlgi : 13.10.2005 tarihli ve 14160 sayılı 2005/155 No'lu Genelge

Bilindiği üzere, ruh hastalarının sevk ve takiplerinde yapılacak iş ve işlemler ilgi Genelge ile düzenlenmiş idi. Bakanlığımızın yeniden yapılandırılması nedeniyle mezkur Genelge'de değişiklik yapma ihtiyacı ortaya çıkmıştır.

Bu çerçevede ilgi Genelge'nin "II- Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Sevkler" bölümü aşağıdaki şekilde değiştirilmiş, "V inci bölümünün a) bendi" ise yürürlükten kaldırılmıştır.

" **II- Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Sevkler:**

1) Bilindiği üzere toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri uygulamasında ruh sağlığı hizmetlerinin bölgesel hastanelerde değil, toplum içinde yaygınlaştırılan sağlık kuruluşlarında ve hastanın yaşadığı ortamda yapılabilmesi esastır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında yer aldığı üzere psikiyatri kliniklerinin genel hastaneler içinde yer alması ve toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurularak yaygınlaştırılması planlanmıştır. Müşga Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2004/126 no'lu Genelgesi ile; her il ve büyük ilçe devlet hastanelerinde 5 yataktan başlamak üzere akut psikiyatrik bakım için uygun psikiyatri servislerinin oluşturulmasına karar verilmiştir. Bu hususlarda gerekli uygulamalar yapılacaktır.

2) Diğer hastalıklarda olduğu gibi ruh hastalıklarında da hastaların bulundukları yerleşim yerinde teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanması esastır. Dolayısıyla hasta sevklerine, ancak hastanın bulunduğu yerde tedavi imkanı olmaması durumunda son seçenek olarak başvurulacaktır.

3) Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar, kendilerine ve çevrelerine zarar verme riskinin yüksek olduğu hastalığın alevlenme dönemlerinde "psikiyatrik acil durum" olarak değerlendirilecek ve bu durumlarda hastaların acil yardım hizmetlerinden faydalandırılmaları sağlanacaktır.

4) Psikiyatrik acil durumlarda sahadan hastaneye hasta sevki 112 Acil Sağlık Hizmetleri tarafından yapılacaktır.

5) Acil ve zorunlu hallerde hastaların başka bir hastaneye veya başka bir ile sevk edilmesi gerekiyorsa, hastaneye ait ambulans veya hasta nakil aracıyla sevk işlemi gerçekleştirilecektir.

6) Süreçte hizmetin aksamaması bakımından, kamu hastane birlikleri tarafından gerekli altyapı oluşturulunçaya ve sonucunda tekrar bir talimat verilinceye kadar sevkinde zorunluluk görülen hastalar, öncelikle genel sekreterlik bünyesindeki diğer hastanelere, bunlarda yer bulunmaması halinde bağlı olunan bölge hastanesine (Ek1) veya en yakın ildeki hastaneye sevk edilerek gereksiz sevkler ve yığılmalar engellenecektir.

7) Sevkinde zorunluluk görülen hastalar, ilk tıbbi müdahalesi yapılıp mümkün ölçüde stabilizasyonu ve sedasyonu sağlanarak sevk edilecektir. Sevk işleminden önce, hastanın sevk edileceği hastanenin bulunması konusunda 112 Komuta Kontrol Merkezince destek verilecektir. Hastanın sağlığı ve güvenliği açısından, sevk sırasında hastaya uygulanabilecek tıbbi işlemler hakkında nakil ekibine bilgi verilecek, acil serviste yapılan tıbbi işlemlerin ve önerilerin yer aldığı epikriz teslim edilecektir.

8) Başka bir sağlık kuruluşuna sevkini kabul etmeyen hastalarla alakalı olarak Genelge'nin III üncü bölümünde belirtilen mevzuat hükümleri doğrultusunda hareket edilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 23859870 -
Konu : Genelge Değişikliği

9) Tüm bu süreçlerde hastanın il içi veya il dışı sevkinin ivedilikle yapılmasının sağlanması amacıyla kolluk kuvvetlerinin ve sağlık görevlilerinin görevlendirilmelerine ilişkin gerekli tedbirler (haftalık veya aylık onay alınması vs.) alınacaktır.

10) (RS 10) formları, hastanın sevkini yapan hekim ve başhekimlikçe imzalanacaktır. Bir örneği hastane idaresince saklanacaktır. Aylık olarak toplanan formlar bir sonraki ayın 1'i ile 5'i arasında halk sağlığı müdürlüğü ruh sağlığı programları birimine gönderilecektir.

11) (RS 20) formları, sevk ile gelen hastaların hastaneden çıkışlarında ayaktan tedavi, takip ve kontrolleri amacıyla, ilgili hastane tarafından doldurularak bir nüshası, yaşadıkları ilin halk sağlığı müdürlüklerine iletilmek üzere ekten hastaya verilecektir. Diğer nüsha, bir sonraki ayın 1'i ile 5'i arasında hastanın yaşadığı ilin halk sağlığı müdürlüğüne gönderilecektir. Ruh sağlığı programları birimlerinde hastanın takip edileceği Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) ve Aile Sağlığı Merkezi (ASM) belirlenerek, ilgili TRSM ve ASM' ye hastanın takip ve tedavisi için resmi yazı yazılacaktır.

12) (RS 30) formları, halk sağlığı müdürlüğü ruh sağlığı şubeleri tarafından doldurularak, altışar aylık iki dönem şeklinde Bakanlığımıza gönderilecektir. Bu formda hastanın aile hekimi, TRSM ya da ikinci basamak sağlık kuruluşu ile bağlantısının sağlandığına dair bilgi de yer alacaktır. Ayrıca bu konuyla ilgili personelin eğitimi halk sağlığı müdürlüklerince düzenli olarak sağlanacaktır.

13) Formlarda tanı kodu olarak ICD-10 kodlama sistemi kapsamında "mental bozukluklar" başlığı altındaki ana kodlar kullanılacaktır. Bu bağlamda kullanılacak olan liste EK-2' de yer almaktadır."

Ayrıca ilgi Genelge'nin EK-4 ünde yer alan RS Formları ilişikteki şekilde değiştirilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

EK: RS Formları (10,20,30) (4 Sayfa)

DAĞITIM:
81 İl Valiliği -İl Sağlık Müdürlükleri,
-Halk Sağlığı Müdürlükleri,
-Kamu Hastaneleri Birlikleri

6.3.49. Yenidoğanlarda K Vitamini Uygulaması Genelgesi (2021/11)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-010.06.02
Konu : Yenidoğanlarda K Vitamini Uygulaması

GENELGE
2021/11

Yenidoğan sağlığında öncelikli konular olan; doğum öncesi bakımın nitelik ve nicelik olarak düzeltilmesi, her doğum için sağlıklı ve güvenli koşulların sağlanması, doğum sırasında ve erken yenidoğan döneminde optimal yaklaşımın sağlanması, yüksek riskli gebe ve yenidoğanın tanınması uygun bakım ve sevk zincirinin sağlanması önem taşımaktadır.

Yenidoğan döneminde karşılaşılan sorunlardan biri olan Yenidoğanın Hemorajik Hastalığı, K vitamini eksikliği sonucu ortaya çıkan bir tablodur. Yenidoğan beheklere doğumu takiben yapılacak K vitamini, bu vitaminin eksikliğine bağlı kanamaları önleyecektir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, doğum sonrası tüm yenidoğanlara K vitamini uygulamasının sağlanması, personelin bilgilendirilmesi ve doğru uygulamaların sürdürülmesi önem arz etmektedir.

Bu kapsamda yapılacak çalışmalarda aşağıdaki hususlara riayet edilecektir.

1) Tüm yenidoğanlara doğumun ardından doğum salonunda yapılacaktır.

2) Yenidoğan proflaksisinde genel uygulama dozu 1 mg intramuskülleri (IM) şeklindedir. Bebek doğum ağırlığı 1500 gramın altında ise doz 0,5 mg IM olarak yapılacaktır.

3) K vitamininin hazırlanması ve uygulanması sırasında yürürlükte bulunan hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili mevzuatta belirtilen usul ve esaslara uyulacaktır.

4) Her bebek için ayrı ampul açılacaktır.

5) K vitamini ışıktan etkilendiği için kullanımdan hemen önce enjektöre çekilmeli, önceden hazırlanıp bekletilmemelidir.

6) K vitamini ampullerinin, görünüm bakımından benzer ampuller ile ilaç tepsisinde yan yana durması önlenecektir.

7) K vitamininin temini ve sürekliliğinin sağlanması sorumluluğu sağlık kuruluşlarının yönetimindedir.

8) İl sağlık müdürlükleri sağlık kuruluşlarında sürekli K vitamini bulunma durumunu kontrol edecektir.

9) Ailelerin uygulamayı reddetmesi durumunda öncelikle bilgilendirme yapılacak, ailenin kararını değiştirmemesi halinde ekte yer alan form doldurularak imza altına alınacak hasta dosyasında muhafaza edilecektir. Ayrıca formun bir kopyası aileye verilecek, bir kopyası da resmi yazı ile il sağlık müdürlüğüne iletilecektir.

10) Aile tarafından uygulamanın reddedildiği durumda bebekte sekel ya da ölüm tespit edilirse konu, il sağlık müdürlüğü tarafından adli makamlara intikal ettirilecektir.

11) 18/03/2010 tarih ve 2010/17 sayılı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Konu ile ilgili olarak doğum yapılan tüm sağlık kuruluşlarının bilgilendirilmesi ve uygulamanın devamlılığının sağlanması için gerekli çalışmaların yürütülmesi hususlarında;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Tolga TOLUNAY
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

EKLER:
1- K Vitamini Uygulaması Ebeveyn Bilgilendirme ve Ret Formu (1 sayfa)

DAĞITIM:
A PLANI

6.3.50. Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Programları Genelgesi (2021/10)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668- 010.06.02
Konu : Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Programları

GENELGE
2021/10

Özellikle doğumu izleyen ilk 36 aylık dönemde büyüme ve gelişme çok hızlı olup bebek ve küçük çocukların beslenme durumu, çocuğun daha sonraki fiziksel, immünolojik, zihinsel ve sosyal gelişimi açısından büyük önem taşır. Bu dönemde alınan besinlerin protein, enerji, vitamin ve mineral içeriğinin yetersiz olması büyüme ve gelişmenin bozulmasına neden olabilmektedir. Bebek ve çocuklarda beslenme bozukluklarını ve buna bağlı oluşan morbidite ve mortaliteyi önlemek amacıyla Bakanlığımızca "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı" ve "Tamamlayıcı Beslenme Programı" yürütülmektedir. Programların temel amacı; bebeklerin doğumdan hemen sonra emzirilmeye başlatılması, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve 6 aydan sonra uygun tamamlayıcı besinlerle beraber emzirmenin 2 yaş ve sonrasına kadar sürdürülmesidir. Bu şekilde tüm bebeklerin yaşama sağlıklı başlaması ve programın temelini oluşturan "Başarılı Emzirme İçin 10 Adım" stratejisinin tüm sağlık birimlerinde uygulanması sağlanacaktır.

Bu çerçevede Programın etkin biçimde uygulanabilmesi için aşağıdaki hususlara riayet edilecektir.

1) Program, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü web sayfasında güncel olarak yer alan "Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Programları Uygulama Rehberi" doğrultusunda yürütülecektir.

2) Program çalışmaları il sağlık müdürlüğü tarafından, halk sağlığı, kamu hastaneleri, sağlık hizmetleri vb. ilgili tüm birimlerin katılımı ile yürütülecektir.

3) Bebek ve çocuklara hizmet sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşları program kapsamındadır.

4) İl sağlık müdürlükleri;

a) Program sorumlusu sağlık hizmet sınıfından (ebe, hemşire, doktor, diyetisyen) olmak kaydıyla yeteri kadar personeli görevlendirecektir.

b) İldeki sağlık personelinin anne sütü ile ilgili güncel emzirme danışmanlığı eğitimi ihtiyacını belirleyecek, planlama yapacak ve eğitimci desteği sağlayacaktır.

c) İl genelinde hastaneler, toplum sağlığı merkezleri ve bağlı birimleri ile aile hekimliği birimlerinin ek 1 de yer alan Beslenme Programları Uygulama Rehberi doğrultusunda uygulamalarını düzenlemelerine yardımcı ve destek olarak bebek dostu olmasını ve sürdürmesini sağlayacaktır.

ç) İl genelinde "Bebek Formüllerinin Dağıtımı ve Pazarlanması İle İlgili Uluslararası Yasa" ya uyulması ve bu konuda gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacaktır.

d) Program göstergelerini izleyecek, değerlendirecek ve uygulayıcılara geri bildirim verecektir.

e) Bebek dostu sağlık kuruluşlarının yıllık değerlendirmelerini gerçekleştirerek, belirlenen dönemlerde Bakanlığa bilgi aktarmaktır.

f) Program kapsamında emzirmeyi teşvik edici uygulamaları hayata geçirecek, tamamlayıcı beslenmeye geçiş ve doğru bebek beslenmesi uygulamaları konularında halk eğitimleri ve farkındalık çalışmaları düzenleyecektir.

g) Acil ve afet durumlarında il genelinde bebek ve küçük çocuk beslenme ürünlerinin bağışları ve dağıtımlarını kontrol edecektir.

5) Doğum yapılan sağlık kuruluşları;

a) Kuruluşun bebek dostu olmasını sağlamak amacıyla "Başarılı Emzirmede 10 Adım Stratejisi" çerçevesinde bebek dostu uygulamalarını hayata geçirecek ve söz konusu uygulamaların sürekliliğini sağlayacaktır.

b) Bunun için gerekli olan eğitim çalışmalarını planlayıp gerçekleştirecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Programları

c) Yıllık 1000 ve üzeri doğum yapılan tüm sağlık kuruluşları, ailelerin emzirme ile ilgili soru ve sorunlarını çözme konusunda hizmet alabilmeleri için yetkin sağlık profesyoneli istihdam edilen "Emzirme Destek" (Laktasyon - Relaktasyon) birimlerinin kurulmasını sağlayacaktır.

ç) Anneler için "Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Programları Uygulama Rehberi"nde belirtilen özelliklerde emzirme odası/odaları bulunmasını sağlayacaktır.

d) Bebeğin anne sütü dışındaki besinlerle beslenmesini teşvik eden tanıtım çaba ve materyallerinden korunması için tedbirler alacak, Uluslararası Yasaya uyulmasını ve gereklerinin yerine getirilmesini sağlayacaktır.

e) Anne hastanede yattığı sürece ve taburculuk öncesi, bebeklerin emme durumunu değerlendirmek üzere personel görevlendirerek, her bebek için emzirmenin değerlendirilmesi ve emzirme ile ilgili bireysel danışmanlık hizmeti verilmesini sağlayacaktır.

f) Çalışmalara dair kayıtları titizlikle tutarak bu kayıtları değerlendirmeler sırasında il sağlık müdürlüğü ve Ulusal Değerlendirme Ekiplerine ibraz edecektir.

6) Aile hekimliği birimleri;

a) Aile hekimliği biriminin bebek dostu olmasını sağlamak üzere "Başarılı Emzirmede 10 Adım Stratejisi" çerçevesinde bebek dostu uygulamalarını hayata geçirecek ve söz konusu uygulamaların sürekliliğini sağlayacaktır.

b) Bebeğin anne sütü dışındaki besinlerle beslenmesini teşvik eden tanıtım çaba ve materyallerinden korunması için tedbirler alacak, Uluslararası Yasaya uyulmasını ve gereklerinin yerine getirilmesini sağlayacaktır.

c) Nüfusuna kayıtlı olan bebek ve çocukların büyüme ile gelişmelerini ve beslenme biçimlerini her izlemde değerlendirecek, bebek ve küçük çocuk beslenmesi ile ilgili bireysel danışmanlık hizmeti verilmesini sağlayacaktır.

ç) Bebek beslenmesi ile ilgili mevcut bilgi sistemleri üzerinden istenen verileri eksiksiz ve doğru olarak kaydedecektir.

Bilgilerini ve yukarıda esasları belirtilen konuların ilinizde genelgenin yayınlanma tarihinden itibaren titizlikle uygulanması hususunda ilgililere emirlerinizi önemle rica ederim.

Doç. Dr. Polat TOLUNAY
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

EKLER: 1) Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Programları Uygulama Rehberi (31 Sayfa)

DAĞITIM: A Planı

6.3.51. Çocuklara Yönelik Mikrobesin Destek Programları Genelgesi (2020/03)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668- 010-06-02
Konu : Çocuklara yönelik mikrobesin destek programları

GENELGE
2020/03

Beslenme sorunlarından en çok etkilenen yaş grubu bebekler ve 5 yaş altı çocuklardır. Özellikle doğumu izleyen ilk 36 aylık dönemde büyüme ve gelişme çok hızlı olduğundan, bebek ve küçük çocukların beslenme durumu, çocuğun daha sonraki fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimi açısından büyük önem taşır. Bu dönemde karşımıza çıkabilecek olan büyüme ve gelişme bozuklukları protein, enerji, vitamin ve mineral eksikliğinin neden olduğu beslenme yetersizliklerinden kaynaklanan önlenebilir durumlardır.

Bakanlığımızca ülke düzeyinde, doğan bebeklerin doğumdan sonra hemen emzirilmeye başlatılması, ilk 6 ay "sadece" anne sütü verilmesi, 6. aydan sonra da uygun ve yeterli miktardaki ek besinlerle beraber emzirmenin sürdürülmesi, toplumun demir ve D-vitamini eksikliği konusunda bilinçlendirilmesi ile birlikte demir yetersizliği anemisinin önlenmesi amacıyla "Demir Gibi Türkiye Programı" ve D vitamini eksikliklerinin önlenmesi için "Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Programı" yürütülmektedir.

Programların yürütülmesi sırasında aşağıdaki hususlara riayet edilecektir:

1) Adı geçen programlara ilişkin uygulama rehberleri ve akış şemaları Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzün web sayfasında güncel olarak yer almakta olup programlar buradan takip edilecektir.

2) İl sağlık müdürlükleri;

a) Bakanlığımızca temin edilerek illere gönderilen Demir ve D vitamini preparatlarının usulüne ve yönetmeliklere uygun olarak depolama, taşıma ve dağıtımını sağlayacaktır. Bunun için yeterli sayıda personel görevlendirecektir.

b) İldeki Demir ve D vitamini preparatlarının stok durumunu Ocak-Temmuz aylarında olmak üzere 6 aylık dönemler halinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne bildirecektir.

c) Öngörülemeyen sebeplerle Bakanlıkça stok ikmali sağlanamadığı durumlarda Demir ve D vitamini preparatları döner sermaye gibi yerel kaynaklarla temin edilecektir.

ç) Aile hekimlerinin eğitim ve malzeme ihtiyaçlarını belirleyecek ve karşılayacaktır.

d) Program göstergelerini sistem üzerinden ve iş başında izleyecek, değerlendirecek ve uygulayıcıları geri bildirim verecektir.

3) Aile hekimi tarafından:

a) Tüm bebeklere rehberde belirtildiği biçimde doğumdan hemen sonra D vitamini, terminde doğan bebeklere 4. ayda, prematüre doğan bebeklere ise 2. ayda proflaktik demir desteği başlanacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Çocukları yönelik mikrobesin destek programları

b) Ailelere demir eksikliği, D vitamini eksikliği ve olumsuz sonuçları hakkında bilgi verilecek, preparatların nasıl kullanılacağı ve olası etkileri detaylı olarak anlatılacak, bebeğe ilgili preperatların kullanıldığı yakından takip edilecektir.

c) Demir eksikliği anemisi olan bebeklere rehber doğrultusunda tedavi dozu verilecektir.

ç) Demir eksikliği açısından, bebekler 9. ay izleminde, çocuklar ise 16. izleminde (5 yaş) hemoglobin ve hematokrit değerleri bakılarak değerlendirilecektir.

d) Demir ve D vitamini desteklerinin 1(bir) yaşa kadar sürdürülmesi sağlanacaktır.

e) Sevki gereken bebeklerin tanı ve tedavisi ile ilgili süreçler yakından takip edilecektir.

f) Demir ve D vitamini preparatlarının lojistiği hassasiyetle takip edilecek, ihtiyaçlar il/ilçe sağlık müdürlüğüne zamanında bildirilecektir.

g) Bebeklerin Demir ve D vitamini desteğine ilişkin süreçler ve kullanılan preparatlara ilişkin lojistik bilgileri Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) kaydedilecektir.

4) 2004/21 sayılı Genelge ve 2005/71 sayılı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yukarıdaki talimatların ilinizdeki tüm sağlık kurum ve kuruluşları ile ilgili sağlık personeline tebliğ edilmesi, herhangi bir aksamaya mahal vermeksizin uygulamanın sürekliliğinin sağlanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Emine ALP MEŞE
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

DAĞITIM:
A PLANI

6.3.52. Ulusal Görme Taraması Programı Genelgesi (2019/17)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Ulusal Görme Taraması Programı

GENELGE
2019/17

Ülkemizde çocukluk çağında sık görülen sağlık sorunlarının erken taranması ve gerekli tedavilerinin sağlanabilmesi amacıyla çeşitli tarama programları yürütülmektedir. Yenidoğan, okul öncesi ve okul çağı çocuklarda sık görülen görme kusurlarına yönelik tarama programı da bu programlar arasına dahil edilmiştir.

Bu kapsamda Ulusal Görme Taraması programının yürütülmesi esnasında aşağıdaki hususlara riayet edilecektir:

1) "Ulusal Görme Taraması Uygulama Rehberi" Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzün web sayfasında güncel olarak yer almakta olup, program buradan takip edilecektir.

2) Tarama programı kapsamında; bebeklere 0-3 aylar arasında, çocuklara 36-48 aylar arasında ve 6 yaş ya da 7 yaşta (çocuğun ilköğretim 1. sınıfa başlayacağı yıl) görme taraması yapılacaktır.

3) 32 hafta ve altındaki tüm prematüreler ve 1500 gram ve altında doğan tüm bebekler 4. haftada prematüre retinopatisi (ROP) açısından değerlendirilmek üzere göz muayenesi için sevk edilecektir.

4) Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından kendilerine kayıtlı bebeklere/çocuklara;

a) 0-3 aylık bebeklerin, bebek izlemlerinde 6. izlemi olan 3. ay izlemının sonuna kadar göz taraması yapılacaktır. Tarama; aile hekimi tarafından risk faktörleri açısından sorgulama, görme muayenesi, kırmızı refle testinin yapılması şeklindedir. Bebekler, pozitif muayene bulgusu ya da risk faktörlerinden herhangi birinin varlığı durumunda, ileri tetkik ve muayene için göz hastalıkları uzmanına sevk edilecektir.

b) 36-48 aylık çocukların, çocuk izlemlerinde 5. izlemi içerisinde görme taraması yapılacaktır. Taramada; aile hekimleri tarafından risk faktörleri açısından sorgulama, görme muayenesi, kırmızı refle testi ve aile sağlığı çalışanları tarafından da Lea Sembol Testi yapılacaktır. Çocuklar, pozitif muayene bulgusu ya da risk faktörlerinden herhangi birinin varlığı durumunda ileri tetkik ve muayene için göz hastalıkları uzmanına sevk edilecektir.

c) Çocukların 6 yaş ya da 7 yaş izlemleri içerisinde (çocuğun ilköğretim 1. sınıfa başlayacağı yıl) görme taraması yapılacaktır. Taramada; aile hekimleri tarafından risk faktörleri açısından sorgulama, görme muayenesi, kırmızı refle testi ve aile sağlığı çalışanları tarafından da Lea Sembol Testi yapılacaktır. Çocuklar, pozitif muayene bulgusu ya da risk faktörlerinden herhangi birinin varlığı durumunda ileri tetkik ve muayene için göz hastalıkları uzmanına sevk edilecektir.

ç) Bebek veya çocukların bu tanı ve tedavisine yönelik ilgili süreçler aile hekimince takip edilecektir.

d) Sonuçlar Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) kaydedilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Ulusal Görme Taraması Programı

5) İl sağlık müdürlükleri;

a) Aile hekimlerinin eğitim ihtiyaçlarını belirleyecek ve eğitimlerini düzenleyecektir.

b) Göz hastalıkları ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarını programın içeriği ile ilgili güncel olarak bilgilendirecektir.

c) Vakaların uygun yönetimi için sağlık kuruluşları arasında koordinasyonu sağlayacaktır.

ç) Program göstergelerini izleyecek, değerlendirecek ve uygulayıcılara geri bildirim verecektir.

6) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarınca;

a) Taramadan sevk edilen bebek ve çocukların tetkik ve gereğinde tedavileri planlanacaktır.

b) Sonucundan aile hekimine bilgi verilecektir.

Görme taraması programının tüm sağlık kuruluşlarında yukarıda belirtilen şekilde uygulanmasının sağlanması ve program çalışmalarının hassasiyetle yürütülmesi hususlarında;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Emine ALP MEŞE
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

DAĞITIM:
A Planı

6.3.53. Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı Genelgesi (2019/13)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı

GENELGE
2019 / 13

Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) kalça ekleminin stabil olmayışından, tam çıkığa kadar çok farklı şekillerde karşılaşılabilen bir ortopedik sorundur. GKD'nin çok büyük bir bölümü, erken tanı ile olgunun ilerideki hayatına olumsuz hiçbir etkisi kalmayacak şekilde, tam olarak tedavi edilebilir. GKD'nin ülkemizdeki görülme sıklığının 1000 canlı doğumda yaklaşık 5 ile 10 arasında olduğu öngörülmektedir. Bu da her yıl tedavi edilmediği takdirde sakat kalma olasılığı olan yaklaşık 6-12 bin yenidoğanımız ile karşılaşıldığı anlamına gelmektedir. Uygun tedavi edilmediğinde GKD'li bireyler toplumda toplam sağlıklı yaşam günü ortalamasının düşmesine, sosyal güvenlik kurumu yükünün artmasına ve ciddi iş gücü kayıplarına neden olmaktadır.

GKD Tarama Programı ile tüm bebeklerin kalça çıkığı açısından değerlendirilmesi, tedavi gerektiren olgularda erken ve uygun tedavilerinin başlatılması, kalça çıkığı için yapılacak cerrahi tedavi sayısı ve muhtemel komplikasyonların en aza indirilmesi amaçlanmaktadır.

Bu kapsamda tarama programının yürütülmesinde aşağıdaki hususlara riayet edilecektir.

1) GKD Tarama Programı Uygulama Rehberi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzün web sayfasında güncel olarak yer almakta olup program bundan takip edilecektir.

2) Doğumdan hemen sonra, taburculuk öncesi aileler GKD konusunda bilgilendirilecek ve yenidoğan hekim tarafından değerlendirilerek gerekli hallerde kalça ultrasonografisi yapılması sağlanacaktır.

3) Aile hekimi tarafından;

a) Tüm bebeklerin, 4. izleminde (41. gün izlemi) GKD açısından fizik muayenesi yapılacak ve risk faktörleri sorgulanacaktır.

b) Pozitif muayene bulgusu ya da risk faktörlerinden herhangi biri var ise ileri tetkik ve muayene için ortopedi veya pediatri kliniğine sevk işlemi yapılacaktır.

c) Bebeğin tanı ve tedavisi ile ilgili süreçler aile hekimince takip edilecektir.

d) Sonuçlar Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) kaydedilecektir.

4) İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarınca;

a) Ortopedi ya da pediatri kliniklerince muayene edilerek, bebeğin kalça ultrasonografisinin eğitim almış ortopedist ya da radyolog tarafından yapılması sağlanacaktır.

b) Radyolojik inceleme sonucunun ortopedi kliniğince değerlendirilmesinin ardından tanı ve tedavisi planlanacaktır.

c) Sonucundan aile hekimine bilgi verilecektir.

5) Bebeklerin 4. izleminde taraması yapılarak, bebek üç aylık olana dek sevk edilen olguların radyolojik ve klinik değerlendirmeleri tamamlanacak ve gereken olgularda tedaviye başlanmış olacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı

6) İl sağlık müdürlükleri;

a) Aile hekimlerinin eğitim ihtiyaçlarını belirleyecek ve eğitimlerini düzenleyecektir.

b) Ortopedi, pediatri ve radyoloji uzmanlarını programın içeriği ile ilgili güncel olarak bilgilendirecektir.

c) Vakaların uygun yönetimi için sağlık kuruluşları arasında koordinasyonu sağlayacaktır.

d) Program göstergelerini izleyecek, değerlendirecek ve uygulayıcıları geri bildirim verecektir.

7) 03/07/2013 tarih ve 2013/4 sayılı mülga Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca yayımlanan Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

GKD Tarama Programının tüm sağlık kuruluşlarında yukarıda belirtilen şekilde uygulanmasının sağlanması ve program çalışmalarının hassasiyetle yürütülmesi hususlarında;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Emine ALP MEŞE
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

DAĞITIM:
A PLANI

6.3.54. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri Genelgesi (2019/12)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - BEBEK ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI DAİRESİ BAŞKANLIĞI

Sayı : 67414668-
Konu : Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri

GENELGE
2019/..12

Doğumdan itibaren bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemi boyunca geçen sürede sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, sağlık hizmetlerinden faydalanma, bu hizmetlerin kalitesi ve hizmet sunumunda aynı ölçütlere uyulması, bebek ve çocuk ölümlerini önlemenin yanı sıra, bebeklerin sağlıklı gelişimlerini sağlamada ve sağlıklı bir toplum yapılanmasında son derece önemlidir. Bu amaçla bebeklikten ergenliğe standart bir hizmetin sunumu için Bakanlığımızca Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri geliştirilmiştir.

Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri; bebeğe doğum sonrası bakımla başlayan, bebek ve çocuğun büyümesi ve gelişimindeki önemli basamaklarda en uygun yaklaşımı sağlayacak olan hizmetlerin verilmesinde kullanılır. İzlem dönemine uygun olarak tüm bebek, çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi, varsa sorunların tespiti, soruna yaklaşım, rutin uygulamalar gibi konuları içeren izlemler ile sağlık sorunlarının yarattığı diğer olumsuzlukların zamanında giderilmesine yönelik bütüncül bir yaklaşım sağlanır.

Bu kapsamda yapılacak çalışmalarda aşağıdaki hususlara riayet edilecektir.

1) Doğan tüm bebekler sağlık kuruluşlarınca kayıt altına alınacaktır.

2) İzlemlerde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzün web sayfasında güncel hali yer alan Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri kullanılacaktır.

3) Tüm bebek, çocuk ve ergenler protokolde belirtilen dönemlerde, döneme özel belirlenmiş işlem basamakları kullanılarak değerlendirilecektir. Protokolde belirtilen dönemler bebek, çocuk ve ergene yapılması zorunlu asgari izlem dönemleridir. Sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmesi halinde bu izlemlere ek olarak yeni izlemler eklenebilir.

Zorunlu asgari izlem dönemleri ve aralıkları aşağıda yer almaktadır;

Bebek İzlem:

1. izlem: Doğumda (hastanede)
2. izlem: Doğumdan sonraki ilk hafta içinde yenidoğanın izlemi (1.-10. gün arası)
3. izlem: 15. gün (11.- 29. gün arası)
4. izlem: 41. gün (30.- 59. gün arası)
5. izlem: 2. ay (60.- 89. gün arası)
6. izlem: 3. ay (90.- 115. gün arası)
7. izlem: 4. ay (120.-150. gün arası)
8. izlem: 6. ay (180.-210. gün arası)
9. izlem: 9. ay (250.-290. gün arası)

Çocuk izlem:

1. izlem: 12. ay (365. gün-394. gün arası)
2. izlem: 18. ay (17.-19. ay) - (481. gün- 570. gün arası)
3. izlem: 24. ay (23.-25. ay) - (661. gün- 760. gün arası)
4. izlem: 30. ay (29.-31. ay) - (841. gün- 930. gün arası)
5. izlem: 36. ay (35.-37. ay) - (1021. gün-1110. gün arası)
6. izlem: 48. ay (45.-51. ay) - (1321. gün-1530. gün arası)
7. izlem: 60. ay (57.-63. ay) - (1681. gün-1890. gün arası)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri

4) Doğum yapılan tüm sağlık kuruluşları 1. izlemin (yenidoğan izlemi) protokoller çerçevesinde gerçekleştirilmesinden sorumludur.

5) Aile hekimleri, bebek, çocuk izlemlerinden ve 6-19 yaş aralığındaki yılda 1 kez yapılacak izlemlerin tamamından sorumludur.

6) Bebek, çocuk ve ergenlere yönelik sağlık hizmeti sunan tüm sağlık kuruluşlarında da (kamu, özel hastane, üniversite hastanesi, muayenehane vb.) izlemler protokoller kapsamında, dönemine uygun olarak yapılacaktır.

7) İzlem sırasında daha üst basamağı ilgilendirdiği düşünülen bir problem tespit edildiğinde sevk edilerek, sonucu takip edilecektir.

8) Yapılan izlemlere dair bilgilerin girişi, izlemi gerçekleştiren sağlık kuruluşu tarafından mevcutta kullanılan bilgi sistemlerine yapılacaktır.

9) 05/06/2008 tarih ve 2008/45 sayılı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yukarıdaki hususların ilinizdeki tüm sağlık kurum ve kuruluşları ile tüm sağlık personeline tebliğ edilmesi, uygulamanın sürekliliğinin sağlanması, izlem protokolleri konusunda ihtiyaç duyulan hizmet içi eğitimlerin gerçekleştirilmesi hususlarında;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Emine ALP MESE
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

DAĞITIM:
A PLANI

6.3.55. Bebek Ölümleri İzleme Sistemi Genelgesi (2018/7)

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - ANNE ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI DAİRESİ BAŞKANLIĞI
00865652493

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Bebek Ölümleri İzleme Sistemi

GENELGE
2018/7

Ülkemizde uygulamakta olduğumuz Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürütülüğümüz programlar sonucunda gerek anne gerekse bebek ölümlerinde önceki yıllarla kıyaslanamayacak ölçüde büyük başarılar elde edilmiş, bebek ölüm hızı binde 10'un altına düşürülmüştür. Bu rakamları daha aşağı seviyelere düşürebilmek için her bir bebek ölümünü izleyerek nedenini ortaya çıkarmak ve aynı nedenlerle oluşabilecek ölümleri önlemek amacıyla kayıt ve bildirim sistemi uygulamaya konulmuş olup ülkemizde gerçekleşen perinatal ve bebek ölümlerinin tespiti ve incelemeleri bu kapsamda yapılmaktadır.

Bu çerçevede tespit ve incelemeler aşağıdaki usul ve esaslara göre yürütülecektir.

1) Bildirim kriterleri;

Bildirim ve incelemesi yapılacak vakalar;

a) "22 hafta ve üzeri veya 500 gram ve üzeri" "ölü doğumlar",

b) Gebelik süresi ve doğum ağırlığından bağımsız olarak canlı doğup 0-364 (dâhil) gün içerisinde ölen bebekler,

c) Kurul kararıyla gerçekleştirilen gebelik tahliyelerinden, (b) ve (c) bendinde belirtilen kriterlerde olan vakalar,

Bildirimi Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) mevzuatı kapsamında yapılacak, ancak incelenmeyecek vakalar;

a) 1-4 yaş çocuk ölümleri (365-1825 gün)

2) Bildirim şekli;

Bildirimler ölümün gerçekleştiği il tarafından yapılacaktır. Bildirimler Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) mevzuatı çerçevesinde ölümün gerçekleştiği 3 (üç) iş günü içinde ilgili sağlık kuruluşunca ÖBS'ye girilecek ayrıca aynı süre içinde Ek-1 de yer alan Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu ile de il sağlık müdürlüğüne (İSM) gönderilecektir.

3) İzleme sistemi sorumluları ve görevleri;

a) Her ilde bir "İl Bebek Ölümlerini İzleme Sorumlusu" belirlenecek olup (Halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkan yardımcısı ya da çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı birim sorumlusunun görevlendirilmesi tercih edilmelidir), sistemin yürütme ve sekretarya işlemlerinden sorumlu olacaktır.

b) Ayrıca sistemin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi amacıyla İSM tarafından biri hekim olmak üzere yeterli sayıda personel bu konuda çalışmak üzere görevlendirilecektir. Görevlendirilen hekim, Bebek Ölümleri İnceleme Kurulunun her toplantısına katılım sağlayacak, incelemeleri tamamlanarak ÖBS arayüzüne girişi yapılan inceleme sonuçlarının kontrol ve onaylama işlemlerini yapacaktır.

c) Her ilçede, ilçe sağlık müdürü ya da toplum sağlığı merkezi (TSM) başkanı Bebek Ölümleri İnceleme Kurulu tarafından yapılacak değerlendirmede kullanılacak olan ve Ek-1'de yer

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Bebek Ölümleri İzleme Sistemi

alan Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu, gebe ve bebeğin birinci basamakta gerçekleştirilen izlem ve işlemleri, ailenin sosyo-ekonomik durumuna dair bilgiler ile İSM'ce talep edilecek diğer belge ve bilgileri en kısa sürede temin edip göndermekle/gönderilmesini sağlamakla yükümlüdür. Ayrıca bölgesinde, sağlık kuruluşu dışında (evde, yolda v.b.) meydana gelen ölüm olması halinde Ek-4'te yer alan Sözel Otopsi Formunun hazırlanıp gönderilmesini sağlayacaktır.

c) Aile hekimleri sorumlu oldukları nüfusta perinatal ve bebek ölümü olduğunda Ek-1'de yer alan Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formunu Ek-2'de yer alan doldurma kılavuzundan yararlanarak dolduracaktır. Form ile birlikte gebe ve bebeğin birinci basamakta gerçekleştirilen izlem ve işlemlerini, ailenin sosyo-ekonomik-kültürel durumuna dair bilgileri ve İSM'ce talep edilecek diğer belge ve bilgileri en kısa sürede temin edip bağlı bulunduğu ilçe sağlık müdürlüğüne ya da TSM'ye gönderecektir.

d) Bakanlığımıza bağlı her hastanede "Bebek Ölümleri İzleme Sorumlusu" olarak bir personel belirlenecektir. Bu personelce, ölümün gerçekleştiği 3 (üç) iş günü içinde, ölümü tespit eden hekim tarafından Ek-2'de yer alan kılavuzundan yararlanılarak doldurulan Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu ile bebek ve gebenin hastanede yatışlarına dair epikriz formu İSM'ye bildirilecektir. Ayrıca İSM'ce talep edilebilecek ek bilgi ve belgeler de ivedilikle gönderilecektir. Ölü doğum ve bebek ölümü ayrımının doğru yapılabilmesi için özellikle aynı gün içinde gerçekleşen ölümlerde, doğum ve ölüm saati ile ölüm nedenlerinin, hem Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formunda hem de ÖBS'ne girişlerde doğru şekilde girilmesine azami dikkat edilecektir. Yenidoğan epikriz formu olarak Ek-6 kullanılacaktır.

e) 112 acil sağlık hizmet birimleri, sevk sırasında meydana gelen ölü doğum ve bebek ölümlerini Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formunu doldurarak, bebeğe ait kayıtlarla birlikte İSM'ye bildirecektir.

f) Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mesul müdür, muayenehanelerde ise hekim, bebek ölümlerini yukarıda anılan formlarla bildirmek, yatış ve izlemlere dair dokümanlarla talep edilen belgeleri göndermekle yükümlüdür.

g) Üniversite hastanelerinde başhekimlik, bebek ölümlerini bildirmek ve incelenmesi gereken belgeleri İSM'ye bildirmekle yükümlüdür.

ğ) ÖBS'de hem ölümün gerçekleştiği il'e, hem de ikamet edilen il'e göre vakalar görülebildiğinden, ikamet edilen il tarafından vakaya ait birinci basamak kayıtlarıyla birlikte Bebek Ölümleri İnceleme Kurulunun ihtiyaç duyabileceği gebeliğe, doğuma, varsa sevke ve bebeğe ait mevcut tüm bilgi ve belgeler ivedilikle ölümün gerçekleştiği ile bildirilecek, ayrıca başka belgeye ihtiyaç duyulursa da en kısa sürede bildirilecektir.

h) Ayrıca ikamet edilen il tarafından, başka ilde olduğu ve ÖBS'de yer almadığı tespit edilen vakalarda; ölüm yeri netleştirildikten sonra ölümün gerçekleştiği il'e Bebek Ölümleri İnceleme Kurulunun ihtiyaç duyacağı tüm bilgi ve belgeler ile ölümün gerçekleştiği ilin kurumlarında ölümü tespit edebilmeleri için gerekli bilgiler (bebeğin, annenin ve babanın adı-soyadı, TC kimlik numarası, bebeğin doğum tarihi, bebeğin ölüm tarihi, ölüm yeri, ölümün gerçekleştiği kurumun adı vb) gönderilecektir.

ı) Ölümün gerçekleştiği ve incelemeyi yapan il, Bebek Ölümleri İnceleme Kurulunun değerlendirmesinin ardından tespit ettiği durumları ve kararlarını bebeğin ikamet ettiği il'e de bildirecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668
Konu : Bebek Ölümleri İzleme Sistemi

i) Sahada tespit edilen perinatal ve bebek ölümlerinin ÖBS'de olup olmadığının kontrolü ile Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğünce bildirilerek ÖBS'de raporlanan vakaların tespit ve incelemeleri il bebek ölümleri izleme sorumlusu tarafından takip edilecektir. ÖBS'de olmayan vakalar, İSM istatistik ve bilgi işlem birimine bildirilecek olup, sisteme kaydının yapturılması bu birimce sağlanacaktır.

4) İnceleme;

Perinatal ve bebek ölümlerinin incelemesi ölümün gerçekleştiği il tarafından yapılacaktır. Ancak başka bir il'e tedavisi için sevk edilen ve yolda ölerek, gönderilen kurumu ex dahil olarak gelen ölü doğum ve bebek ölümlerinde bildirim ve incelemeler ikamet edilen il tarafından yapılacaktır.

Sistemin kontrolü ve yürütülmesinden İSM sorumludur. Her ilde Bebek Ölümleri İnceleme Kurulu oluşturulacak ve bu kurul aşağıdaki üyelerden oluşacaktır;

A) İl ve üzeri illerde;

İl sağlık müdürü veya halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkan başkanlığında;

a) Çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinden sorumlu birim sorumlusu,

b) Sistem girişlerini kontrol ederek onaylayacak olan İSM bünyesinde yetkilendirilmiş bir hekim,

c) Kamu hastaneleri hizmetlerinden sorumlu başkanlıktan bir kişi (tercihen varsa hastane hizmetleri birimi sorumlusu)

ç) Sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanlıktan bir kişi (tercihen özel teşhis tedavi merkezleri ya da özel yataklı birimi sorumlusu)

d) Acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanlıktan bir kişi (tercihen acil sağlık hizmetleri birimi sorumlusu)

e) Halk sağlığı hizmetleri başkanlığı aile hekimliği birimi sorumlusu

f) Halk sağlığı hizmetleri başkanlığı toplum sağlığı birimi sorumlusu

g) En az 1 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı (En fazla 3 uzman görevlendirilmeli ve varsa bu uzmanlardan biri üniversite, biri özel sektörde görev yapan hekimler arasından seçilmelidir)

ğ) Halk sağlığı hizmetleri başkanlığı izleme, değerlendirme ve istatistik birimi sorumlusu

h) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı

ı) Aile sağlığı merkezinde görev yapan 1 aile hekiminden oluşturulacaktır.

i) Gerek görüldüğü hallerde Kurul Başkanı ihtiyaç duyulan uzmanlık dallarından hekimleri ve İSM birimlerini davet edebilir.

j) Gerek görüldüğü hallerde Kurul, incelemesini yaptığı vaka ile ilgili olan sağlık personelini davet edebilir.

k) İlde üniversite varsa ilgili anabilim dallarından katılım sağlanabilir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Bebek Ölümleri İzleme Sistemi

B) İ2-İ5 illerinde;

İl sağlık müdürü veya halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkan veya görevlendireceği başkan yardımcısı başkanlığında; (A) bendinde sayılan Kurul üyeleri ile toplanır. İhtiyaç duyulan hallerde birden fazla Bebek Ölümleri İnceleme Kurulu kurulabilir.

C) İ1 illerinde;

İlçe sağlık müdürü başkanlığında; (A) bendinde yer alan Kurul üyelerinin ilçe sağlık müdürlüğü düzeyinde temsilcileri ile Bebek Ölümleri İlçe İnceleme Kurulları kurulur.

Oluşturulan bu kurulların çalışmaları 3 ayda bir il sağlık müdürü veya halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkan veya görevlendireceği başkan yardımcısı başkanlığında, (A) bendinde yer alan üyelerle oluşturulan Bebek Ölümleri İnceleme Kurulunda değerlendirilir.

Perinatal ve bebek ölümleri ile ilgili inceleme dışında kalan tüm iş ve işlemler İSM'ce yürütülecektir. Bu incelemelerin sonuçlarının sisteme giriş ve kontrolleri (3-b) bendinde belirtilen İSM personelince yapılır.

5) Bebek ölümleri inceleme kurulunun çalışma şekli ve dikkat edilecek hususlar;

a) Kurul, en az ayda bir kez toplanacak ve her ölü doğum ile bebek ölümü kurulda ayrı ayrı incelenerek tüm vakaların incelemeleri takip eden ayın sonunda tamamlanacaktır.

b) İlde gerçekleşen tüm ölü doğum ve bebek ölümleri, temin edilen belgelerle birlikte Ek-3'de yer alan Bebek Ölümleri İnceleme Kurulu Çalışma Formuna uygun olarak incelenerek kurulca inceleme esnasında doldurulacaktır. Ayrıca her vakada bu formun ilk sayfası kurul üyelerince paraflanacaktır. İncelemelerde Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formunda yer alan bilgiler kontrol edilerek eksik ve hatalı bilgiler düzeltilecektir.

c) Bebek ölümlerinin değerlendirilmesinde; izlemler (gebe-bebek), doğum süreci, ölüme götüren süreçte daha önceki hastane yatışları, sağlık personeli muayeneleri ve yapılan işlemler, sosyal faktörler, ölüm nedenleri ve önlenebilirlik durumu ayrıntılı olarak incelenecektir. Her vaka için ölüm nedenleri ile önlenebilirlik durumu mutlaka karara varılacaktır. Ölümün önlenebilirlik durumunun belirlenmesi, hangi aşamada daha çok sorun yaşandığının tespit edilmesi ve bu alana özel müdahalelerin belirlenebilmesi için son derece önemlidir.

ç) Ölü doğumlarda ise gebe izlem, doğum süreci, musere ölü doğum ve taze ölü doğum ayrımının yapılması ile taze ölü doğumlarda resusitasyon uygulanıp uygulanmadığı ve teslisitasyonun yeterliliğinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

d) Kurul vakaların incelenmesi sonucunda; sorun ve aksaklıkların giderilmesi için, ilde tespit ettiği sorunlar ve çözüm önerilerine dair bir rapor hazırlayarak il sağlık müdürüne sunacaktır.

e) Ayrıca Kurul, sorun ve aksaklıklar için, gerek gördüğü hallerde ayrıntılı inceleme, gerekli işlemlerin ve müdahalelerin yapılmasını önerecektir. Konuyla ilgili il sağlık müdürü tarafından da uygun görülecek yasal işlemler uygulanacak ve uygulanan işlemler Bakanlığımıza da bildirilecektir.

f) Kurul üyesi olarak seçilen personelin İSM'ce belirlenen tarihlerde görevlendirilmesi için görev yaptığı kurum tarafından gereken kolaylık gösterilecek ve personelin bu görevinden dolayı kurulda geçirdiği süre için çalıştıkları kurumun ortalamasından ek ödeme yapılması sağlanacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Bebek Ölümleri İzleme Sistemi

g) Kurul toplantısı sonucunda Ek-5'de yer alan Bebek Ölümleri İnceleme Kurul Kararı Formu doldurularak imza altına alınacak, kurul üyelerince paraflanan çalışma formlarının ilk sayfaları bu forma eklenecektir. Kurul kararı formları ve kurulda incelenen belgeler İSM'ce muhafaza edilecektir. Bakanlık tarafından talep edilmesi halinde bir örneği ibraz edilecektir.

6) İl değerlendirme kurulu üyeleri ve görevi;

a) İl sağlık müdürü başkanlığında, halk sağlığı hizmetleri, kamu hastaneleri hizmetleri, sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanların katılımı ile varsa tıp fakültesi dekanı/dekanları ve kurul başkanının uygun göreceği kişi ve birimlerin davet edilmesiyle yılda bir kez toplanacaktır.

b) Bir önceki yıl verileri de göz önünde bulundurarak, ilde tespit edilen sorunlar değerlendirilecek, ilde alınması gereken tedbirler ve müdahale yöntemleri belirlenerek uygulanacaktır.

c) Toplantı sonucunda oluşturulacak raporlar, Bakanlığımız Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilecektir. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünce yapılacak değerlendirme sonucunda alınması gereken tedbirler, ilgili Bakanlığımız birimlerine bildirilecek ve ilgili birimlerce de gerekli düzenleme ve tedbirler uygulanacaktır.

7) Veri girişi ve Bakanlığa bildirimler;

a) Bebek ölümleri inceleme kurullarınca incelemeleri tamamlanan vakaların bildirim ve veri girişleri, ÖBS üzerinden, kullanıcı tanımlaması yapılan İSM personeli tarafından her ayın sonunda gerçekleştirilecektir.

b) İncelemesi tamamlanıp sistem üzerinden veri girişi yapılan vakalar İSM bünyesinde yetkilendirilmiş hekim tarafından 5 (beş) iş günü içinde kontrol edilerek onaylanacaktır. Onaylama işlemlerinin ardından vakalar kesinlik kazanacak, değerlendirme ve hesaplamalarda bu veri kullanılacaktır.

c) Otopsiye gönderilen vakalarda, otopsi raporları temin edilerek sonucunun sisteme girişi sağlanacaktır.

8) Sonuçların analizi ve duyurulması;

a) ÖBS üzerinden kaydı yapılan verilerin analizi aylık olarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yapılacaktır.

b) Gerek görülen hallerde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından inceleme dosyaları ilden talep edilerek incelenebilecektir.

c) Mortalite ölçütlerinin hesaplanması ikamet edilen ile göre yapılacaktır. İller arasında vakanın ikamet ettiği yer ile ilgili uyuşmazlık olduğu durumlarda ölümün gerçekleştiği tarihte hangi ilin aile hekimliği birimine kayıtlı ise o ilin ölümü olarak kabul edilecektir.

ç) Ölümlerin ülke, bölge ve il düzeyinde yorumlanmasında veya performans değerlendirmelerinde, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yıllık olarak açıklanarak Bakanlık merkez ve taşra birimleriyle paylaşılan bebek ve çocuk ölüm hızları kullanılacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 67414668-
Konu : Bebek Ölümleri İzleme Sistemi

9) Bakanlığımızca yayımlanan 2009/31 sayılı Genelge ile 2014/6 sayılı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerinizi ve yukarıda yer alan usul ve esasların iliniz genelindeki tüm sağlık kurum/ kuruluşlarına duyurularak titizlikle uygulanması hususunda ilgililere emirlerinizi önemle rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

EKLER:
1- Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu (2 sayfa)
2- Doldurma Kılavuzu (3 sayfa)
3- Bebek Ölümleri İnceleme Kurulu Çalışma Formu (7 sayfa)
4- Sözel Otopsi Formu (8 sayfa)
5- Bebek Ölümleri İnceleme Kurul Kararı Formu (1 sayfa)
6- Yenidoğan Epikriz Formu (7 sayfa)

DAĞITIM:
Gereği:
A Planı

6.3.56. Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberleri Genelgesi (2014/9)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 57536863/231.01
Konu: Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberleri

GENELGE
2014/ 9

Gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, sağlık hizmetlerinden etkin faydalanma, bu hizmetlerin kalitesinin artırılması ve hizmet sunan sağlık kurumları arasında etkili sevk sisteminin bulunması anne ve yenidoğan ölümlerini önlemede önemlidir. Anne ölümlerinin önlenmesine yönelik ulusal planlarımızda; doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılması hedellenmiştir.

Doğum öncesi bakım, doğum sonrası bakım hizmetlerinde niteliğin artırılması, standartlar sağlanması amacı ile 2008/13 sayılı genelge ile uygulamaya konulan *Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi* ve 2008/80 sayılı genelge ile uygulamaya konulan *Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberinin* ulusal ve uluslar arası güncel literatür bilgileri ışığında Bilim Komisyonları tarafından gözden geçirilerek ikinci revizyonları gerçekleştirilmiştir.

Anne ve bebek sağlığını korumak ve anne ölümlerini en aza indirmek için Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre izlenen her gebenin doğumunun hastanede gerçekleştirilmesi, doğum sonrası komplikasyon gelişmeyen vakalar için normal doğumdan sonra en az 24 saat, sezaryen ile doğumdan sonra ise en az 48 saat lohusa ve yeni doğanın hastanede izlenmesi sağlanmalıdır. Lohusanın izlemi doğum sonu ilk 24-48 saatte hastanede, taburcu olduktan sonra doğum sonu 42. güne kadar sağlık kuruluşunda veya evde gerçekleştirilmelidir.

Revize edilmiş olan yönetim rehberlerinin ilinizdeki doğum öncesi bakım, doğum sonu bakım hizmeti veren tüm sağlık kuruluşlarına ve personeline tebliğ edilerek uygulamaya konulması konusunda ilgililere emirlerinizi önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat HOSUN
Bakan a.
Müsteşar

EKLER:
1- Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (44 Sayfa)
2- Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (56 Sayfa)

DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)
(İl Halk Sağlığı Müdürlüğü)
(İl Kamu Hastane Birliği)

Bilgi:
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

6.3.57. Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi (2014/7)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 67414668-
Konu : Yenidoğan Tarama Programı

..... VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

GENELGE
2014/ 7

Ülkemizde yılda yaklaşık 1.270.000 bebek doğmakta ve bu bebeklerin binde 7,4'ü bir yaşına gelmeden ölmektedir. Ülkemizde bebek ve çocuk ölümünü önlemeye yönelik yürütülen çalışmalar sonucunda yıllar içinde çocuk ölümleri azalmış, çocuk sağlığını tehdit eden diğer sorunlar öne çıkmıştır. Bu hastalıklardan korunulabilir olanların yaratacağı olumsuzlukları önlemek de artık çocuk sağlığı konusunda öncelikli sağlık hizmetlerinden biridir. Yenidoğan Tarama Programı içinde yer alan konjenital hipotiroidi, fenilketonüri ve biyotinidaz eksikliği hastalıklarının taraması, bu kapsamdaki koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemlilerindendir.

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Yenidoğan Tarama Programı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Programlar ve Kanser Başkan Yardımcılığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı koordinatörlüğünde yürütülmektedir. Bu görev kapsamında her bebeğin taranması, tarama sonuçlarına göre bebeklerin ilgili kliniğe yönlendirilmelerinin takibi ve programın izleme ve değerlendirilmesi ile sürdürülebilirliğin sağlanması yer almaktadır.

Halk Sağlığı Müdürlükleri, bebeklerin doğumlarından itibaren uygun şartlarda, özel filtre kâğıtları ile topuk kanı örneklerini almak, web uygulamasına alınan kan örneklerinin girişini yapmak, mükerrer numunelerin ve tekrar numunelerin zamanında eksiksiz olarak alınmasını, kan örneklerinin Yenidoğan Tarama Laboratuvarlarına en kısa zamanda ulaştırılmasını sağlamak, tarama sonuçları internet ortamında açıklanır açıklanmaz sonuçları hastalık yönünden şüpheli çıkan bebeklerin web sayfasındaki talimatlar doğrultusunda ilgili kliniklere sevkini gerçekleştirmek, ilgili klinik tarafından verilen tanıları ve sonuçlarını web uygulamasındaki klinik tanı girişlerini kullanarak kaydetmek ve bu bebeklerin takip edilmesini sağlamakla yükümlüdür.

Söz konusu bu çalışmaların yürütülmesi sırasında karşılaşılan problemlerin çözülebilmesi için aşağıdaki hususlara azami dikkat gösterilmesi gerekmektedir:

1. Tarama programı kapsamında doğan her bebekten doğumu takiben 48 saat sonra (oral beslenmenin ardından) topuk kanı örneği alınması esastır. Ancak mümkün olduğunca çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için sağlık kurumlarında doğan bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda topuk kanı örneği alınmalı, eğer bu örnek bebek

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 67414668-
Konu : Yenidoğan Tarama Programı

yeterince oral beslenmeden alınmışsa hastaya ilk hafta içinde aile hekimlerine ya da en yakın sağlık kurumuna başvurarak yeni topuk kanı örneği aldırması gerektiği söylenmelidir.

2. Birinci basamak (ASM, TSM) hizmetlerinden faydalanmak üzere gelen her yeni doğan bebeğin, daha önce hastanede topuk kanı alınıp alınmadığı, alındı ise ne zaman alındığı ve kan alımı öncesi bebeğin beslenip beslenmediği yönünden ayrıntılı olarak sorgulanması gerekmektedir. Daha önce topuk kanı alınmadıysa veya topuk kanı bebekten 48 saat dolmadan ya da emzirilmeden önce alındıysa mutlaka mükerrer kan örneği alınmalıdır. Bebeklerden sadece bir kez mükerrer kan örneği alınmalıdır.

3. Yenidoğan servislerinde yatırılarak izlenen hasta bebeklerden tarama için ilk 48 saat içinde topuk kanı örneğin alınmalı ve web sistemine girişleri yapılmalıdır. Bebek oral beslenmeye geçtikten 48 saat sonra mutlaka mükerrer numunesinin alınması sağlanmalıdır. Nakli söz konusu olan bebeklerin topuk kanı örneğinin alındığının hastaneden verilen çıkış özetinde belirtilmesi gerekmektedir. Hasta bebeğin nakledildiği hastanede önce çıkış özeti kontrol edilmeli, topuk kanı örneğinin alındığına dair bir ibare yoksa mutlaka tarama için topuk kanı örneği alınmalı ve bebek hastaneden taburcu edilirken çıkış özetinde örnek alındığı belirtilmelidir.

4. Bebeklerden mükerrer veya yeni numune alınırken dikkat edilmesi gereken en önemli husus numunenin 48 saatlik oral beslenmeyi takiben alınmasıdır.

5. Bebek hastaneden ayrılırken henüz 48 saatlik oral beslenme süresi dolmamışsa mutlaka uygun zamanda mükerrer numune alınmalıdır. Mükerrer numunede test sonuçları "normal" ise başka topuk kanı örneği alınmamalıdır.7 gün içerisinde mükerrer numunenin gönderilmesi zorunludur.

6. 48 saatlik oral beslenmeyi takiben alınan numunelerde test sonuçları "normal" ise tekrar topuk kanı örneği alınmamalıdır. Yeni numunede test sonucu "şüpheli" çıkmış ise tekrar kan örneği alınarak şüpheli olan test için "tekrar numune" girişi yapılmalıdır.

7. Tekrar numuneden sonra kan alınmamalıdır. Web sisteminde yayınlanan uyarılar doğrultusunda hareket edilmelidir.

8. 48 saatlik oral beslenmeyi takiben alınan numunelerden sonra mükerrer kan örneği alınmamalıdır.

9. Web sistemi ilk mükerrer numune ve tekrar numune dışında hiçbir numune türünü kabul etmeyeceğinden web sisteminde yayınlanan uyarılar doğrultusunda hareket edilmelidir.

10 Web sisteminde kaydına izin verilmeyen ve herhangi bir nedenle bebekten fazladan alınmış olan numunelerin laboratuara gönderilmeyerek tutanakla imha edilmesi gerekmektedir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 67414668-
Konu : Yenidoğan Tarama Programı

11. Aynı kargoda bir bebeğe ait iki kan numunesi gönderilmemelidir. Bu numunelerden uygun zaman aralığında ve uygun biçimde alınan numune tarama birimine gönderilip, diğeri tutanak tutularak imha edilmelidir.

12. Web sistemine girişi yapılan ancak tarama laboratuarına gönderilmeyerek imha edilen 48 saatlik numuneler mutlaka sisteminden düşürülmelidir.

13. Numuneler laboratuvara gönderilirken türlerine göre (48 saatlik numune, mükerrer numune, yeni numune, tekrar numune, uygunsuza tekrar numune vb.) ayrılarak, ayrı ayrı zarflarda ve zarfın üzerine numune türü yazılarak gönderilmelidir.

14. Laboratuvara gönderilecek numunelerin en fazla 100 kan örneği içerecek paketler halinde, paket lastikleri ile desteklenerek, zarflara veya kilitli poşetlere daha sonra da kargo poşetine konularak gönderilmesi esastır.

15. Kan alımı ile kayıt arasında geçen sürede kan örneklerinin saklanma şartları analiz sonucunu etkileyebilmekte olup uygun kan alma ve saklama ortamı sağlanmalıdır. Alınan kan numunelerinin sağlık kuruluşlarından toplanması ve tarama merkezlerine gönderilinceye kadar kilitli naylon torbalar içinde buzdolabında (2-8 °C'de) saklanması gereklidir.

16. Laboratuarda tüm kayıt işlemleri barkod üzerinden yapılmaktadır. Barkodlar, numune kâğıdı üzerinde işaretli alanlara yapıştırılmalıdır. Barkodlar numunelerin üzerine, kâğıdı veya birden çok sayfayı ve bilgileri kapatacak şekilde yapıştırılmamalıdır. Barkod bilgileri ile numune kâğıdı üzerindeki bilgilerin uyumlu olduğu mutlaka kontrol edilmelidir.

17. Hatalı kayıtların önüne geçmek için özellikle annenin T.C. Kimlik Numarası başta olmak üzere bebeğe ulaşmak için gerekli zorunlu alanların tümünün eksiksiz ve doğru (mümkünse nüfus cüzdanından kontrol edilerek) doldurulmasına dikkat edilmelidir. Numunelerin web sistemine girişleri yapılırken sistem, anne TC. Kimlik numarası için otomatik olarak Mernis sorgulaması yapmaktadır. Aşırı sistem yoğunluklarının yaşandığı durumlarda Mernis sorgulaması birkaç dakika bekledikten sonra manuel olarak yapılmalıdır. Mernis sorgulaması yapıldıktan sonra ekrandaki bilgiler ile numune kâğıdı üzerindeki bilgilerin uyumlu olup olmadığı mutlaka kontrol edilmelidir.

18. Web uygulamasına kayıt ve onay yapılmadan gönderilen numuneler laboratuar çalışmalarının gecikmesine neden olmaktadır. Bu sebeple numuneler sisteme girildikten sonra onay işleminin gerçekleştirilmesi ve onay yapıldıktan sonra numunelerle onay listesindeki numune sayısının karşılaştırılması gerekmektedir.

19. Program kapsamında yapılan çalışmalarda laboratuvarla uyumlu hale getirilen ve ekte yer alan akış şemaları esas alınmalı, il düzeyinde başka bir düzenleme yapılmamalıdır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 67414668
Konu : Yenidoğan Tarama Programı

20. Sonucu şüpheli çıkan bebeklerin sevk işlemleri yapılırken ekte yer alan ve her hastalık için ayrı hazırlanmış olan sevk formları ve Yenidoğan Tarama Programı Web uygulamasında yer alan laboratuar sonucunu içeren çıktı kullanılmalıdır.

21. Tarama sonucunda hastalık yönünden şüpheli çıkan bebekler, aksi talimat olmadığı sürece ekte gönderilen revize akış şemaları uyarınca yönlendirilmeli, sonuçları web uygulamasındaki klinik tanı girişine yine ekte gönderilen "Ulusal Yenidoğan Tarama Programı Yazılımı Kullanım Kılavuzu"nda belirtildiği biçimde kaydedilmelidir. Bu aşamada gecikmelere yol açılmaması için tanı kodları mutlaka belirlenen zaman dilimleri içerisinde girilmelidir. Tanı kodu olarak "Tanılama sürecinde" seçildiğinde en geç 3 ay içerisinde bebeğin kesin tanısı sisteme girilmelidir.

Yenidoğan Tarama Programı'nın sağlıklı şekilde yürütülmesi için yukarıda belirtilen hususlara dikkat edilerek genelge ve eklerinin tüm sağlık kuruluşlarına (resmi ve özel) duyurulması hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

EKLER:
1. Akış Şemaları (3 sayfa)
2. Sevk formları (5 sayfa)
3. Pediatrik Endokrinoloji Uzmanları Danışman Listesi (5 sayfa)
4. Pediatrik Beslenme ve Metabolizma Klinikleri (1 sayfa)
5. Ulusal Yenidoğan Tarama Programı Yazılımı Kullanım Kılavuzu (19 sayfa)

DAĞITIM:
Gereği: 81 İl Valiliği
Bilgi: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

NTP HSYS Geçiş (2014/7 sayılı Genelge'ye ilişkin Değişiklik-1)

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
HSGM ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI DAİRESİ BAŞKANLIĞI
7.04.2022 11:28:59 E-67414668-234.01.02-349
162854918

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

K-Q TSE-ISO-EN 9000 IQNet CERTIFICATE

Sayı : E-67414668-234.01.02
Konu : NTP HSYS Geçiş

VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi: 18.03.2022 tarih ve E-67414668-234.01.02-289 sayılı yazımız.

Hâlihazırda Yenidoğan Tarama Programının yürütülmekte olduğu NTP web uygulamasının, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünce Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) içinde yeniden geliştirildiği ve 11.04.2022 tarihi itibari ile yeni sisteme geçilmesinin öngörüldüğü ilgi yazı ile tarafınıza iletilerek, söz konusu yazıda belirtildiği şekilde mevcut NTP web uygulamasını kullanan ve kullanacak olan tüm personelin yeni geliştirilen NTP web uygulamasına tanımlanması talep edilmiştir. Bu kapsamda talep edilen işlemlerin tarafınızca tesis edilmiş olması gerekmektedir.

22.09.2020 tarihinden itibaren Genel Müdürlüğümüzce pilot iller ile birlikte HSYS içerisinde yeniden geliştirilen NTP web uygulaması için test çalışması yürütülmüş ve pilot illerce topuk kanı örnekleri her iki sisteme kaydedilmiştir. 11.04.2022 tarihi itibariyle söz konusu uygulama ulusal olarak kullanılmaya başlanacak, herhangi bir sorun yaşanmaması durumunda 25.04.2022 tarihinde mevcut NTP web uygulaması kullanıma kapatılarak Yenidoğan Tarama Programı, yeni geliştirilen NTP web uygulaması üzerinden yürütülecektir. Takvim ile ilgili bir değişiklik olması halinde tarafınıza bilgi verilecektir. Bu kapsamda;

- NTP web uygulamasının ilgili diğer sistemlerle entegrasyonunun sağlanabilmesi için HSYS içerisinde yeniden geliştirilmiş olsa da, Yenidoğan Tarama Programının yürütülmesi ile ilgili esaslarda herhangi bir değişiklik bulunmamaktadır.
- 11.04.2022 tarihi itibariyle tüm topuk kanı örnekleri kayıt yapılan kurumlarca (İSM, İlçe SM, TSM, Göçmen Sağlığı, Hastane) hem mevcut NTP web uygulamasına hem de yeni geliştirilen NTP web uygulamasına kaydedilecektir.
- Yeni geliştirilen NTP web uygulamasına ait kullanım kılavuzu ek 1'de tarafınıza iletilmektedir. Eğitim videolarına ise aşağıdaki linklerden erişim sağlanabilmektedir.
  - NTP Modülü İSM Rolü Kayıt/Tarama İşlemleri: https://youtu.be/Y5NVw47xF4Y
  - NTP Modülü İSM Rolü Liste Raporları: https://youtu.be/c9phZtw8uHE
  - NTP Modülü İSM Rolü Yenidoğan Numune Kaydı: https://youtu.be/EG3vybd4ps8
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünce mevcut NTP web uygulamasındaki tüm numunelerin yeni uygulamaya aktarımı tamamlandığından, 11.04.2022 tarihinden itibaren geriye dönük bir aktarım olmayacaktır. Bu nedenle belirtilen tarihten itibaren tüm topuk kanı örneklerinin eş zamanlı olarak her iki uygulamaya kaydedilmesi önem arz etmektedir.
- Her ne kadar Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünce veri aktarımı tamamlanmış olsa da, olası bir eksik ya da hatalı verinin tespit edilmesi durumunda ivedilikle tarafımıza bilgi verilmesi gerekmektedir.

- Yeni geliştirilen NTP web uygulamasında numune türlerinin isimleri değiştirilmiş olup, bundan sonraki süreçte 48 Saatlik Numune = İlk Numune (0-2 Gün), Mükerrer Numune = İkinci Numune ve Yeni Numune = İlk Numune (3+Gün) şeklinde kullanılacaktır.
- 11.04.2022 tarihi itibariyle gönderim onayı alındıktan sonra kaydedilen bilgilerin düzeltilmesi/değiştirilmesi ihtiyacının doğması halinde bu işlemler için tüm talepler Yazılım Destek Sistemi (https://yazilimdestek.saglik.gov.tr) üzerinden yapılacaktır. Mevcut NTP uygulamasından ya da e-posta ile yapılan talepler işleme alınmayacaktır.
- Tüm talepler için ek 2'de yer alan tutanağın doldurularak sisteme yüklenmesi gerekmektedir. Belirtilen belgenin olmaması durumunda talep işleme alınmayacaktır.
- Uygun şekilde yapılan talepler doğrultusunda hem mevcut NTP web uygulamasında hem de yeni geliştirilen NTP uygulamasında gerekli düzeltmeler tarafımızca yapılacaktır.
- Program kapsamında reddedilen tüm işlemler ve tüm çabalara rağmen ulaşılamayan bebekler için elinizde mevcut olan belgeler doğrultusunda yeni geliştirilen NTP web uygulamasına "Diğer Sonuç" kısmından "Bebeğe Ulaşılamıyor, Onam Belgesi ile Aile Kan Vermeyi Reddetti ve Aile Sevki Kabul Etmiyor" sonuçlarından uygun olan işlenmeli ve bu belgeler tarafınızca muhafaza edilmelidir. Konu ile ilgili Genel Müdürlüğümüze resmi yazı ile bildirim yapılmasına gerek bulunmamaktadır.

Yukarıda belirtilen çerçevede gereken düzenlemelerin yapılması ve ilgililere tebliği hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Fatih KARA
Bakan a.
Genel Müdür

Ekler:
1- Yenidoğan Tarama Programı Kullanım Kılavuzu 2022 (46 sayfa)
2- Tutanak Örneği (1 sayfa)

Dağıtım: 81 İl Valiliğine

Yenidoğan SMA Taraması (2014/7 sayılı Genelge'ye ilişkin Değişiklik-2)

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HSGM ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI DAİRESİ BAŞKANLIĞI
11/05/2022 11:19 - E-67414668 - 234.01.02 - 463
00164676696

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

K-Q TSE-ISO-EN 9000 IQNet CERTIFICATE

Sayı : E-67414668-234.01.02
Konu : Yenidoğan SMA Taraması

..... VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilindiği üzere, Aralık 2006 tarihinden itibaren ülkemizde Ulusal Yenidoğan Tarama Programı yürütülmekte ve bu amaçla Fenilketonüri, Konjenital Hipotiroidi, Biyotinidaz Eksikliği, Kistik Fibrozis ve Konjenital Adrenal Hiperplazi olmak üzere beş hastalığın taraması yapılmaktadır. Sayın Bakanımızın talimatı ile Spinal Müsküler Atrofi (SMA) de tarama paneline eklenmiştir. 09.05.2022 tarihi itibariyle SMA taraması için analizlere başlanacaktır.

Söz konusu taramanın sağlıklı yürütülebilmesi için aşağıda yer alan hususlara azami dikkat edilmesi gerekmektedir:

1- SMA taraması için halihazırda tarama programında kullanılmakta olan numune kâğıtlarının revize edildiği bilgisi, yeni numune kağıtlarının kullanımı, topuk kanı örneklerinin alımı ve Yenidoğan Tarama Programı (NTP) web uygulamasına kaydedilmesi ile ilgili talimatlar 26.04.2022 tarih ve E-67414668-234.01.02-419 yazıyla iletilmiştir. Kontaminasyonun önlenmesi için topuk kanı örneklerinin talimatlara uygun olarak alınması ve söz konusu uygulamaya kaydedilmesi gerekmektedir.

2- SMA için analizlerin moleküler yöntemle yapılacağı ve tarama sonucu pozitif saptanan bebeklere tedavi başlanacağından; numune kağıdındaki ilgili bölümlerin eksiksiz, doğru ve okunaklı bir şekilde doldurulması, topuk kanı örneklerinin de aynı şekilde NTP web uygulamasına kaydedilmesi önem taşımaktadır. Buna bağlı olarak oluşacak herhangi bir sorun, hukuki sorumluluk doğuracaktır.

3- SMA tedavisinde hastalığın erken tanınması ve tedavinin erken başlanması hastalığın gidişatını belirleyeceğinden, SMA için analiz çalışması "İlk numune (0-2 Gün)" numunelerinde yapılacaktır. Bu nedenle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmekte olanlar dahil, tüm yenidoğanlardan "İlk numune (0-2 Gün)" numunesinin alınması ve NTP web uygulamasına kaydedilmesi gerekmektedir.

4- "İlk numune (0-2 Gün)" numunelerinin analizinde yeterli miktarda DNA'nın elde edilemediği durumlarda NTP web uygulamasına "Uygunsuz Numune" uyarısı verecektir. Bu durumda SMA analizi için bebekten, bağlı bulunduğu aile hekimliği birimince, mevcut numune kağıtları kullanılarak iki halkalık (gode) bir kan örneği (uygunsuza geribildirim numunesi) daha alınacak ve kan kuruduktan sonra kilitli poşete konularak gerekli işlemlerin tesis edilmesi için ilgili birime iletilecektir.

5- "İlk numune (0-2 Gün)" numunelerinin analizleri esnasında SMA ile birlikte diğer testler için de numunenin "Uygunsuz Numune" olması durumunda, bebeğin bağlı bulunduğu aile hekimliği birimince bebekten "İkinci Numune" ile birlikte SMA analizi için iki halkalık (gode) bir topuk kanı örneği daha alınacaktır. Bu örneklerin alımı esnasında mevcut numune kağıtları kullanılacaktır.

6- Bebekten "İlk numune (0-2 Gün)" numunesinin alınmadığı durumlarda ise bebeğin bağlı bulunduğu aile hekimliği birimince "İlk Numune (3+Gün) numunesi" ile birlikte yukarıda belirtildiği şekilde SMA analizi için bir kan örneği daha alınacaktır.

7- Tarama laboratuvarı tarafından çalışılarak sonucu pozitif bulunan bebeklerde NTP web uygulaması "SMA İçin İlgili Kliniğine Sevk Ediniz" uyarısı verecektir.

8- "SMA İçin İlgili Kliniğine Sevk Ediniz" uyarısı verilen bebekler ek 1'de yer alan hastanelere yönlendirilecektir. İlinizde ilgili merkezin bulunmaması halinde söz konusu bebekler, ek 1'de yer alan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: d387cbe3-bf0a-4664-8376-fa28e7fa4c98 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

hastanelerden ilinize en yakın ya da ailenin tercih ettiği bir ildekine yönlendirilmelidir.

9- Yönlendirme öncesi bağlı bulundukları aile hekimince yüz yüze görüşmeye davet edilen anne/babaya, ek 2'de iletilen "Bilgilendirme Broşürü" doğrultusunda gerekli bilgilendirme yapılacak, broşürde yer alan bilgilendirme sayfasının aileye verilecek, aile bilgilendirme beyanı doldurtularak imzalatılacak ve 5 yıl süreyle saklanacaktır. Aile hekimi randevu için ÇEKÜS birimi tarafından aileye ulaşılacağı bilgisini aileye iletecektir.

10- SMA taraması kapsamında tarama laboratuvarı tarafından çalışılarak sonucu pozitif bulunan bebeklerin ivedilikle ilgili merkezlere yönlendirilmeleri gerektiğinden, yönlendirme öncesinde randevularının alınması gerekmektedir. Randevu işlemleri Müdürlüğünüz ÇEKÜS Birimi tarafından yürütülecek, ek 1'de yer alan hastanelerdeki ilgili kişiler ile iletişime geçilerek bebek için "Pediatrik Nörololoji Polikliniği" randevusu, ek 3'te yer alan akış şemasındaki işlem basamaklarına uyularak alınacaktır. Randevu uyarının hemen ardından alınacak, ilgili hastane tarafından da 3 (üç) iş günü içerisinde bebeğe randevu verilecektir.

11- Tarama kapsamında pediatrik nöroloji uzmanlarına yönlendirilen bebeklere yönelik iş ve işlemler Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce hazırlanan klinik kılavuza uygun olarak yürütülecektir. Pediatrik nöroloji uzmanlarınca bebeklerin tarama sonuçları NTP web uygulaması ve e-nabız üzerinden görülecek ve bebeklerin klinik sonuçları NTP web uygulamasına girilecektir.

12- SMA hastalığının taramasında, taranan diğer 5 hastalıkta olduğu gibi laboratuvarla uyumlu hale getirilen ve ek 4'de yer alan akış şeması doğrultusunda hareket edilecek, il düzeyinde başka bir düzenleme yapılmayacaktır.

13- Müdürlüğünüz; program kapsamında taranan diğer 5 hastalıkta olduğu gibi, SMA hastalığının taramasında da NTP web uygulamasını günlük olarak takip etmek ve gereken iş ve işlemleri yürütmekle yükümlüdür.

14- NTP web uygulamasının AHBS ile entegrasyonu tamamlandığından SMS uygulaması sonlandırılmış olup, aile hekimleri de uygulamayı günlük olarak takip etmek ve kendilerine kayıtlı bebekler için NTP kapsamında, sistemlerinde yer alan uyarılar doğrultusunda gereken iş ve işlemleri yürütmekle yükümlüdür.

Tarama programının yukarıda bahsedilen çerçevede yürütülmesinin sağlanması için ilgililere tebliğini ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Tolga TOLUNAY
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

EKLER:
1-Sevk Merkezleri ve İletişim Bilgileri Listesi (Dosya)
2-SMA Bilgilendirme Broşürü (2 sayfa)
3-SMA Pozitif Tarama Sonucu İdari Akış Şeması (2 sayfa)
4-NTP SMA Taraması Akış Şeması (1 sayfa)

DAĞITIM:

Gereği:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğüne
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne

6.3.58. Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi (2014/27)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 67414668-
Konu : Yenidoğan İşitme Tarama Programı

…….. VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)
GENELGE
2014/ 27

Ülkemizde yılda yaklaşık 1.290.000 bebek doğmakta ve her bin bebekten 2-3'ü ileri derecede işitme kaybı ile dünyaya gelmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde kalan bebeklerde bu oran yüzde 4'e yükselmektedir. Çocukluk döneminde geçirilen hastalıklar, kulak enfeksiyonları, kazalar ve kullanılan bazı ilaçlar nedeniyle bu oran % 6'ya kadar çıkmaktadır. Buna göre ülkemizde yıllık 1800 yenidoğanın kohlear implanttan fayda görecek işitme kaybı ile doğduğu tahmin edilmektedir. Eğer bu bebek ve çocuklarda işitme kaybı zamanında teşhis edilmez ve erken rehabilitasyon programlarına alınmazlarsa, psikolojik ve sosyal gelişmeleri yetersiz olur ve ilerleyen yıllarda eğitim ve sosyal uyum açısından yaş ve zekaca yaşıtları olan çocuklardan geri kalırlar. Bu durumda da, çocuk sadece 'işitme kaybı olan bir birey' olmaktan çıkar ve 'psikolojik sorunları olan, sosyal hayatla uyumsuz bir kişi' haline gelir; toplumda üretken bir birey olarak yerini alamaz ve hayatı boyunca özel desteğe ihtiyaç duyan biri durumuna düşer.

Doğumevleri, birçok devlet hastanemiz, üniversite hastanelerimiz ve özel hastanelerimizin çoğunda, bebeğin doğduğu ilk günlerde uygulanabilen; basit, ucuz ve uygulaması çok kolay testler ile yenidoğan döneminde işitme kaybı teşhis edilebilmektedir. Bu önemli halk sağlığı sorununun çözümü için Bakanlığımız ülke düzeyinde; doğum yapılan tüm hastanelerimizde Yenidoğan İşitme Taraması Programı'nı başlatmıştır.

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Yenidoğan İşitme Tarama Programı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı koordinatörlüğünde yürütülmektedir. Bu görev kapsamında her bebeğin taranması, tarama sonuçlarına göre bebeklerin ilgili merkezlere yönlendirilmelerinin takibi ve programın izleme ve değerlendirilmesi ile sürdürülebilirliğinin sağlanması yer almaktadır.

Halk Sağlığı Müdürlükleri; bebeklerin doğumlarından itibaren uygun şartlarda, işitme taramalarının yapılması, web uygulamasına verilerin girişinin sağlanması, tarama sonucu şüpheli çıkan bebeklerin ilgili merkezlere sevkinin takibi, ilgili merkezlerce girilen veriler doğrultusunda il düzeyinde bu bebeklerin takip edilmesini sağlamakla yükümlüdür.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 67414668-
Konu : Yenidoğan Tarama Programı

Söz konusu bu çalışmaların yürütülmesi sırasında karşılaşılabilecek problemlerin çözülebilmesi için aşağıdaki hususlara azami dikkat gösterilmesi gerekmektedir:

1. Tarama programı kapsamında doğan her bebeğe, doğumu takiben 72 saat içinde ilk işitme taraması testinin yapılması esastır. Ancak 72 saatten önce taburcu olma durumlarında, mümkün olduğunca çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için sağlık kurumlarında doğan bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda tarama testi yapılmalı, eğer sorun varsa akış şemasına uygun olarak işlemlerin yürütülmesi gerekmektedir.
2. Tüm riskli bebeklerde tarama için ilgili akış şemalarına uyulması ve web sistemine girişlerinin yapılması sağlanmalı ve takipleri yapılmalıdır. Yenidoğan yoğun bakım servislerinde yatarak tedavi edilen bebeklerde özellikle bu duruma dikkat edilmelidir.
3. Tarama programı kapsamında yenidoğan bebeklerin ilk 1 ayda tarama testlerinin tekrarlarla birlikte tümünün, ilk 3 ay içinde tanı testlerinin tamamlanması ve 6. aya kadar da tanı sonrası cihazlama ve rehabilitasyonlarına başlanması gerekmektedir. Testlerden kalan bebekler zaman kaybetmeden mutlaka referans merkezlere yönlendirilmelidir. İllerde merkezlerin belirtilen sürelere uyumlarının takibinin yapılması önem arz etmektedir. Tüm bu işlemlerin web sistemi üzerinden takibi ve yayımlanan uyarılar doğrultusunda hareket edilmesi sağlanmalıdır.
4. Programın Kurumumuz düzeyinde izlenmesi ve değerlendirilmesi, web tabanlı program üzerinden yapılmaktadır. Web sayfası dışında form v.b. araçlarla veri toplanmayacaktır.
5. Ekte gönderilmekte olan 'Yenidoğan İşitme Taraması Uygulama Rehberi' incelenerek tarama yapılan tüm kurumların, tarama protokolüne uyumları takip edilmelidir.
6. Taramadan kalan bebeklerin ilgili merkezlere sevk edilmesi ve sevk işleminin "Yenidoğan İşitme Tarama Web Uygulamasına" kayıt edilmesi sağlanmalıdır. Sevk edilen bebek sayısı programın izlenmesinde önemli bir kriterdir.
7. Halk Sağlığı Müdürlüklerinde Yenidoğan İşitme Taraması programından sorumlu kişi Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser/ÇEKÜS Şube Müdürüdür.
8. Doğum yapılan hastanelerde "İşitme Taraması Üniteleri"nin yapılandırılması, Tarama Ünitesi'nde dönüşümlü olarak çalışmak üzere en az 2 sağlık personeli; odyometrist veya ebe veya hemşire veya sağlık memurundan oluşan tarama ekibi ve bu işten sorumlu 1 hekimin hastane yönetimince görevlendirilmesi, eğitimlerinin ise Halk Sağlığı Müdürlüklerince verilmesi, sonrasında da katılım belgesi düzenlenmesi gerekmektedir. Ünitelerde devamlı olarak en az 1 sağlık personeli (odyometrist, ebe, hemşire, sağlık memuru) bulundurulması zorunludur.
9. Halk Sağlığı Müdürlüklerince kendi illerinde bulunan merkezlerle iletişim (elektronik posta ve telefon) bilgileri paylaşılmalı ve merkezlerin tüm sorunları önce il düzeyinde değerlendirilmelidir. Sonrasında ilgili ilin Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı ile iletişime geçilmesi programın sistemli ve sağlıklı bir şekilde yürütülmesi için önemlidir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 67414668-
Konu : Yenidoğan Tarama Programı

10. Aile hekimliği hizmetlerinden faydalanmak üzere gelen her yeni doğan bebeğe, aile hekimi tarafından, doğum sonrası taburcu olmadan hastanede işitme taraması yapılıp yapılmadığı, yapıldı ise sonucunun ne olduğunun ayrıntılı olarak sorgulanması gerekmektedir. Daha önce işitme taraması yapılmadıysa veya bebek testten kaldıysa mutlaka ilgili merkezlere yönlendirilmeli ve sonrasında takipleri yapılmalıdır.
11. Yenidoğana yapılan tarama testleri, SGK tarafından doğum paketi içerisinde sağlık kuruluşlarına ödenmektedir.
12. Yenidoğan İşitme Tarama Ünitelerinde, tarama testlerinde kullanılan cihazların bakımı, kalibrasyonu bünyesinde bulunduğu tarama veya referans merkezleri tarafından yaptırılacaktır.
13. Yenidoğan İşitme Tarama Programının ilde yürütülmesinden Halk Sağlığı Müdürlüğü koordinasyonunda İl Sağlık Müdürlüğü, ve Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği sorumludur. Programın izleme ve değerlendirilmesi Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından yapılır.

Yenidoğan İşitme Tarama Programı'nın sağlıklı şekilde yürütülmesi için yukarıda belirtilen hususlara dikkat edilerek genelge ve eklerinin tüm sağlık kuruluşlarına (resmi ve özel) duyurulması hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

EKLER:
1. Yenidoğan İşitme Taraması Uygulama Rehberi (13 sayfa)
2. Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Programı Yazılımı Kullanım Kılavuzu (http://isitmetarama.saglik.gov.tr)

DAĞITIM:
Gereği: 81 İl Valiliği

Bilgi: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

6.3.59. Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Uygulamaları Genelgesi (2020/4)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 57536863
Konu: Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Uygulamaları

GENELGE
2020/ 4

Anne ve bebek sağlığı açısından ciddi bir tehdit olan aneminin ve eksikliği yaygın olarak gözlenen D vitamini yetersizliğinin önlenebilmesi amacıyla Gebelere Demir Destek Programı ile Gebelere D vitamini Destek Programı uygulanmaktadır.

Buna göre gebelere demir ve D vitamini destek programı aşağıdaki şekilde yürütülecektir.

1) Uygulanmaması gereken durumlar hariç ayrım yapılmaksızın tespit edilen her gebeye demir ve D vitamini desteği yapılması gerekmektedir.

2) Programlara ilişkin bilgiler, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzün web sayfasında bulunan güncel Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ve Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde yer almaktadır.

3) Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde demir ve D vitamini desteği; sosyal güvencesi olanlara preparatlar reçete edilerek, sosyal güvencesi olmayanlara ise yerel kaynaklardan (döner sermaye gibi) alım yapılarak temin edilecektir.

4) Demir desteğinde;

a) Günlük 40-60 mg elementer demir verilecektir. Uygulamada Kalsiyum, Magnezyum gibi demir emilimini engelleyen maddeleri içermeyen preparatlar tercih edilecektir.

b) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzün web sayfasında yer alan güncel Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ve Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne uygun olarak, demir desteği uygulaması; gebeliğin 4. ayının başından (ikinci trimestr) itibaren gebelik süresince 6 ay ve doğum sonrası 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süreyle yapılacaktır.

c) Klinik ve/veya laboratuvar olarak anemi tespit edilen gebeler ve anneler Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi ve Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde belirtilen anemi tedavi protokolü uygulanarak izlenecek, anemi bulguları devam ederse aile hekimi tarafından ilgili hastaneye sevk edilecektir.

5) D vitamini desteğinde;

a) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzün web sayfasında yer alan güncel Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ve Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne uygun olarak, 12. haftadan itibaren gebelik süresince 6 ay ve doğum sonrası 6 ay olmak üzere toplam 12 ay süreyle, annelere D vitamini desteği uygulanacaktır.

b) Doğum öncesi ve doğumdan sonraki dönemde kullanılacak D vitamini dozu; günlük tek doz 1200 IU (9 damla) olmalıdır.

6) Demir ve D vitamini destek uygulamasının sürdürülebilirliğini teşvik etmek üzere, gebelere sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzün web sayfasında yer alan güncel Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ve Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre il sağlık müdürlüğünce planlanarak yapılacaktır.

7) Demir ve D vitamini desteği sağlanan gebeye/anneye ilişkin verilerin sağlık bilgi sistemlerine girişi yapılacak ve il düzeyinde verilerin takip edilmesi il sağlık müdürlüğünün sorumluluğunda olacaktır. Bakanlığımızca programın takibinde mevcut bilgi sistemleri kullanılacaktır.

8) 2007/6 sayılı Genelge ile 2011/34 sayılı Genelgeler yürürlükten kaldırılmıştır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 57536863
Konu: Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Uygulamaları

Yukarıdaki talimatların ilinizdeki tüm sağlık kurum ve kuruluşları ile ilgili sağlık personeline tebliğ edilmesi, herhangi bir aksamaya mahal vermeksizin uygulamanın sürekliliğinin sağlanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Emine ALPMEŞE
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

Dağıtım:
A Planı

6.3.60. Anne Dostu Hastane Genelgesi (2018/27)

Sayı : 57536863/010.06.02
Konu : Anne Dostu Hastane

GENELGE

2018/ 27

Ülkemizde yaklaşık her yıl yaklaşık 1,5 milyon gebelik ve 1,3 milyon doğum olmaktadır. Gebe ve lohusaların yüzde 98'i en az 1 kez bakım hizmeti almakta, doğumların yüzde 99'u hastanelerde gerçekleşmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yenilenen hastanelerde tek kişilik odalarda doğum imkânı sağlanmıştır. Anne sağlığı hizmetlerinde sağlanan niceliksel gelişmeler yanında hizmetlerin niteliğinin geliştirilmesine de ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla anne sağlığı ve doğum hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine yönelik olarak çalışmalar yapılmaktadır. Bu doğrultuda doğumun ideal koşullarda en az müdahale ile normal olarak gerçekleşmesinin sağlanması hedeflenmektedir.
Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 41. Maddesi gereğince Devlet'in ailenin huzur ve refahı ile anne ve çocuğun korunmasını sağlama ödevi bulunmaktadır. Bunun yanı sıra insan hakları, kadın hakları, çocuk hakları, hasta hakları ve tıp etiğinin temel prensipleri kapsamında; anne güvenliği ve mahremiyetini de dikkate alarak takiplerinin ve doğumlarının gerçekleştirileceği ideal ortamların oluşturması gerekmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daireси Başkanlığı tarafından yukarıda bahsi geçen hedefler doğrultusunda Anne Dostu Hastane Programı geliştirilmiş ve belirli standartları karşılayan hastanelere "Anne Dostu Hastane" unvanı verilmesine ve sertifikalandırılmasına başlanmıştır.

Anne Dostu Hastane Programı'nın uygulanmasına yönelik ulusal kriterler şunlardır:

1. Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır.
2. Gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası süreçlerde gerekli danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.
3. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmetleri Bakanlık mevzuatları ile belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.
4. Mahremiyet gereksinimleri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.
5. Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.
6. Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.
7. Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır.
8. Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.
9. Hizmet sunanların bilgi ve becerı kapasitesini güçlendirmeye yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.
10. Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklarla analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.

Sayı : 57536863/010.06.02
Konu : Anne Dostu Hastane

Bu kriterler doğrultusunda anne dostu hastane sertifikası almak isteyen hastanelerin izleyeceği adımlar aşağıda belirtilmiştir.

1. **Tüm Aday Hastanelerin Başvurusu İçin:**
   1.1. Anne Dostu Hastane unvanı almak isteyen hastane bazı temel tanımlayıcı özelliklerin belirtilmesini sağlayan "Hastane Bilgi Formu" (Form 1) nu doldurarak resmi yazı ile bağlı olduğu il sağlık müdürlüğüne başvurur.
   1.2. İl sağlık müdürlüğü program kapsamında bağlı olduğu koordinatör il sağlık müdürlüğüne başvuruyu iletir.
   1.3. Koordinatör il sağlık müdürlüğü de başvuruyu Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bilgi için gönderir.

2. **Tüm Aday Hastanelerin Eğitim Süreci:**
   2.1. Aday hastanenin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğü program için belirlenen ait olduğu bölgenin koordinatör il sağlık müdürlüğü ile işbirliği içerisinde hastanenin personel eğitimlerini katılımcı yoğunluğuna göre turlar halinde planlar.
   2.2. Eğitimi aday hastanenin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğünün yapması öncelikli olup personel yetersizliği olması durumunda koordinatör il sağlık müdürlüğünce destek verilir.
   2.3. Eğitim Anne Dostu Hastane Eğitimci ve Değerlendirmeci Eğitimi almış personeller tarafından verilir.
   2.4. Eğitim dokümanı olarak Anne Dostu Hastane Eğitimci Rehberi kullanılır.
   2.5. Eğitime kadın hastalıkları ve doğum servisi, doğum ünitesi, anestezi bölümü, çocuk hastalıkları ve yenidoğan bölümü ve acil bölümünde çalışan personel ile hastane yönetiminin tamamının katılımı gereklidir.
   2.6. Eğitim sonunda katılımcılara Anne Dostu Hastane Eğitimci Rehberi'nde yer alan Anne Dostu Hastane Personel Eğitimi Katılım Belgesi düzenlenip verilir.
   2.7. Anne Dostu Hastane Personel Eğitimi Katılım Belgesi numarasını; Anne Dostu Hastane Program Numarası ile başlanır, il trafik kodu ve numara verilerek devam edilir. (Örnek: 231.01.05- il trafik kodu-0001)
   2.8. Diğer bölümlerde çalışan hastane personeline Anne Dostu Hastane Kriterleri ile ilgili eğitim hastane tarafından hizmet içi eğitim kapsamında verilir.
   2.9. Eğitimler tamamlandıktan en az 1 ay sonra koordinatör il sağlık müdürlüğü tarafından değerlendirme planlanır.

3. **Değerlendirme Ekibi;**
   3.1. Koordinatör il sağlık müdürlüğü kendine bağlı illerden değerlendirme ekibi oluşturur. Değerlendirme ekibi en az 5 (beş) kişiden oluşur ve ekipte Anne Dostu Hastane Eğitimci ve Değerlendirmeci Eğitimi almış;

Sayı : 57536863/010.06.02
Konu : Anne Dostu Hastane

- Mutlaka 1 (bir) kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekim
- Doktor/ebe/hemşire
- Diğer personel bulunur

3.2. Aday hastanenin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğü personeli değerlendirme ekibinde görev alamaz.

3.3. Değerlendirme Ekip Sorumlusu; Koordinatör il sağlık müdürlüğü tarafından belirlenir. Mutlaka kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olmalıdır. Ekip sorumlusu; değerlendirme görev paylaşımı, formların tam ve eksiksiz doldurulması ile değerlendirme sonunda ekiple birlikte hesaplamaların, "Değerlendirme Raporu ve Önerileri Formu" nun hazırlanmasından sorumludur.

3.4. Değerlendirme ekip sekreteryası; Koordinatör il sağlık müdürlüğü tarafından belirlenir. Değerlendirmede kullanılan formların hazırlanması ve değerlendirme dosyasının, "Değerlendirme Raporu ve Önerileri Formu" nun ilgili birimlere gönderilmesinden sorumludur.

3.5. Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler; Doğum Ünitesi Standartlarını Değerlendirme ve İzleme Formu (Form 2), Anne Dostu Hastane Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu (Form 5) ile Sağlık Personeli Görüşme Formu' nun (Form 4) (kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ve başhekim yardımcısı ile yapılan görüşmelerde) doldurulmasından sorumludur.

3.6. Doktor/ebe/hemşireler; Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu (Form 3) ve Sağlık Personeli Görüşme Formu' nun (Form 4) (ebe/hemşireler ile yapılan görüşmelerde) doldurulmasından sorumludur.

3.7. Diğer Ekip Üyeleri; kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile birlikte Doğum Ünitesi Standartlarını Değerlendirme ve İzleme Formu (Form 2), Anne Dostu Hastane Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu' nun (Form 5) doldurulmasından sorumludur.

3.8. Tüm ekip üyeleri belirtilen sorumluluklara ek olarak formların doldurulması sonrasında hep birlikte Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formu' na (Form 6) diğer formların aktarılarak puan hesaplamasının yapılmasından sorumludur.

3.9. Tüm ekip üyeleri hesaplamalar tamamlandıktan sonra Anne Dostu Hastane Değerlendirme Raporu (Form 7) ve Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri Formu' nun (Form 8) hazırlanmasından sorumludur.

4. Değerlendirme Süreci;

4.1. Değerlendirme sırasında kullanılacak doküman "Anne Dostu Hastane Değerlendirmeci Rehberi" dir. Rehber doğrultusunda formlar doldurularak puanlanır.

4.2. Doğum Ünitesi Standartları Değerlendirme ve İzleme Formu (Form 2) doldurulur, puanlanır. Formdan en az 70 puan ve üzeri alınması gereklidir.

4.3. Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu (Form 3) açıklamalar doğrultusunda doldurulur ve özetlenir. Formdaki toplam cevaplardan en az % 70 ve üzeri alması gereklidir.

4.4. Sağlık Personeli Görüşme Formu (Form 4) açıklamalar doğrultusunda doldurulur ve özetlenir. Formdaki toplam cevaplardan en az % 70 ve üzeri alması gereklidir.

Sayı : 57536863/010.06.02
Konu : Anne Dostu Hastane

4.5. Anne Dostu Hastane Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu (Form 5) doldurulur.

4.6. Değerlendirme ekibi tarafından doldurulan formlar Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formu' na (Form 6) aktarılarak puanlanır. Hastanenin bu formdaki her bölümden 10 puan üzerinden en az 7 puan alması ve toplamda en az 70 puan alması gereklidir.

4.7. Değerlendirmede kullanılan formlarda geçen zorunlu kriterlerin %100'ünün karşılanması gereklidir.

4.8. Değerlendirme sonunda Anne Dostu Hastane Değerlendirme Raporu (Form 7) ve Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri Formu (Form 8) doldurulur.

4.9. Değerlendirmede kullanılan her bir form için yeterli puanların alınamaması ve/veya zorunlu kriterlerden birinin bile karşılanamıyor olması durumunda tespit edilen eksiklikler Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri Formu (Form 8)'nda belirtilerek hastaneye hazırlık için en fazla 6 ay süre verilir.

4.10. Değerlendirme ekip sekretaryası tarafından değerlendirmede kullanılan tüm formlar dosyalanarak resmi yazı ile koordinatör il sağlık müdürlüğüne gönderilir.

4.11. Unvan almaya hak kazanan hastanelere koordinatör il sağlık müdürlüğü tarafından en fazla 15 gün içerisinde "Anne Dostu Hastane Sertifikası" düzenlenerek hastaneye verilir.

4.12. Anne Dostu Hastane Sertifikası Belge Numarası' na Anne Dostu Hastane Program Numarası ile başlanır, il trafik kodu ve numara verilerek devam edilir. (Örnek 231.01.05 - il trafik kodu-001)

5. **Unvan Alan Hastanelerin Takip Eden Değerlendirmeleri;**

5.1. Anne Dostu Hastane Unvanı alan hastanelerde programın işlerliğinin kontrolü ve hizmet kalitesinin devamlılığının sağlanması amacıyla yılda bir kez Koordinatör İl sağlık müdürlüğü tarafından değerlendirme planlanır.

5.2. Unvan alan hastanelerin takip eden değerlendirmelerinin planlanmasında ilk değerlendirmede kı adımlar geçerlidir.

5.3. Tüm formlar doldurup puanlanır. Bir önceki değerlendirmede hastane yönetimine sunulmuş olan Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri Formu (Form 8)'ndaki maddelerin hastane tarafından gerçekleştirilme durumu değerlendirilir.

Tüm bu çalışmalar sonucunda koordinatör il sağlık müdürlüğü tarafından;

"Anne Dostu Hastane" unvanı almak için başvuran ve unvan almaya hak kazanmış hastanelerin her biri için ayrı ayrı olmak üzere dosya tutularak unvan alan hastanelerin yıllık değerlendirme sonuçları da dosyaya eklenir.

Geçmiş aya ait Anne Dostu Hastane Aylık Çalışma Raporu (Form 9) her ayın 10'una kadar "Geregi" için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı'na, "Bilgi" için hastanenin bağlı bulunduğu kurumu göre Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne veya Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne gönderilir.

Sayı : 57536863/010.06.02
Konu : Anne Dostu Hastane

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı programa ilişkin her ay illerden gelen verileri toplayarak yıllık olarak resmi web sayfası üzerinden yayımlar.

Anne Dostu Hastane Programı'nın ülke genelinde yürütülmesi, bu amaçla yukarıda yer alan usûl ve esasların iliniz genelindeki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına duyurularak, titizlikle uygulanması hususunda;

Gereğini ve ilgililere emirlerinizi önemle rica ederim.

Prof. Dr. Emine ALP MEŞE
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

EKLER:

1. Anne Dostu Hastane Katılımcı Rehberi
2. Anne Dostu Hastane Eğitimci Rehberi
3. Anne Dostu Hastane Değerlendirmeci Rehberi
4. Koordinatör İl Sağlık Müdürlükleri ve Kapsamındaki İl Sağlık Müdürlükleri Listesi
5. Hastane Bilgi Formu (Form 1)
6. Doğum Ünitesi Standartlarını İzleme ve Değerlendirme Formu (Form 2)
7. Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu (Form 3)
8. Sağlık Personeli Görüşme Formu (Form 4)
9. Anne Dostu Hastane Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu (Form 5)
10. Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formu (Form 6)
11. Anne Dostu Hastane Değerlendirme Raporu (Form 7)
12. Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri Formu (Form 8)
13. Anne Dostu Hastane Aylık Bildirim Formu (Form 9)
14. Hastanelere verilecek Anne Dostu Hastane Sertifika örneği

DAĞITIM:

Gereği:
A Planı

Bilgi:
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

6.3.61. Evlilik Öncesi Danışmanlık Genelgesi (2014/24)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı: 57536863/233/02
Konu: Evlilik Öncesi Danışmanlık

GENELGE
2014/...

Aile, toplumun temeli ve çekirdeğidir. Sağlıklı nesillerin yetiştirildiği bir ocak, sevgi, saygı, sadakat ve güven ortamının tesis edildiği bir müessese, karşılıklı hak ve ödevlere sahip bireylerin oluşturduğu bir yuvadır. Sağlıklı nesiller bu yuvalarda yetişir. Aile ne kadar sağlam ve sağlıklı temellere oturur ise, toplum da o nispette sağlam ve sağlıklı olur. Evlilik toplumun sağlıklı idamesinde çok önemli bir kurumdur ve kanunlarla korunmuştur.

Bilindiği üzere, 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nun 136 ncı ve 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 122 nci maddeleri gereğince evlenecek kişilerin evlenmeye engel hastalıklarının bulunmadığı hususunda sağlık raporu almaları mecburidir.

Sağlık raporu almak üzere sağlık kurum veya kuruluşuna başvuran kişilere; güvenli annelik, bulaşıcı hastalıklar, genetik geçişli hastalıklar ve gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili danışmanlık hizmeti verilerek üreme sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi bakımından bu durum bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri ile kişilerin sağlık okuryazarlığı geliştirilerek sağlığa yönelik risklerin erken tespiti, tedavisi yapılarak gerekli önlemlerin alınması sağlanacaktır.

Bu itibarla;

1- Evlenecek çiftlere evlilik öncesi danışmanlık hizmeti "Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi" (Ek-1) kapsamında sağlık personelince sunulacaktır.

2- Evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin eş adaylarına birlikte verilmesi esastır. Ancak zorunlu hallerde (farklı ülkelerde veya şehirlerde bulunma, ağır hastalık vb.) ayrı ayrı olarak da danışmanlık hizmeti verilebilir.

3- Evlilik öncesi danışmanlık hizmeti sunulduktan sonra kişilere "Evliliğe Sağlıklı Başlangıç" (Ek-2) dokümanı ile konuyla ilgili broşürler verilecektir.

4- Evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri ile ilgili veri akış sisteminin "Bilgi Sistemlerine" entegrasyonu sağlanana kadar veriler "Evlilik Öncesi Danışmanlık Formu" (Ek-3) ile sağlık raporu düzenleyen kurum ve kuruluşlarca ayda bir Toplum Sağlığı Merkezine, Toplum Sağlığı Merkezince de ayda bir İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne, İl Halk Sağlığı Müdürlüğünce de 3 ayda bir icmali alınarak Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığına bildirilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Dağıtımı Genelge'nin ekleri ile birlikte ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarına tebliğini ve il düzeyinde yapılacak uygulamaların Genelgeye uygun olarak yürütülmesi hususunda gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

EKLER:
1) Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi (122 Sayfa)
2) Evliliğe Sağlıklı Başlangıç Dokümanı (66 Sayfa)
3) Evlilik Öncesi Danışmanlık Formu (1 Sayfa)

DAĞITIM:

Gereği
81 İl Halk Sağlığı Müdürlüğü

Bilgi
81 İl Sağlık Müdürlüğü
81 İl Kamu Hastane Birliği

6.3.62. Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi (2014/16)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 57536863/231.01.03
Konu : Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi

GENELGE
2014/46

Gebelik ve doğum doğal bir süreç olmakla birlikte tüm gebeliklerin % 5-20'sinde potansiyel olarak hayatı tehdit eden ve profesyonel müdahale gerektiren bir komplikasyon gelişebilmekte ve majör obstetrik bir girişime gerek duyulmaktadır. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gelişen komplikasyonların çoğu önceden tahmin edilemez ve önlenemez olmakla birlikte etkin bir tedavi ile anne mortalite ve morbiditesi önemli ölçüde azaltılabilmektedir.

Acil obstetrik komplikasyonların etkin yönetimi; eğitimli, becerileri geliştirilmiş sağlık personeli tarafından, asgari standartların belirlendiği kılavuzlar doğrultusunda, etkili sevk sistemi ve güvenli kan nakli hizmetleri ile sağlanabilir. Önlenebilir nedenlerle meydana gelen anne ölümlerini azaltmak için harcanacak çabaların odağında mutlaka acil obstetrik bakım hizmetlerine ulaşılabilirlik olmalıdır.

Bakanlığımız tarafından anne ölüm nedenlerine yönelik olarak halkın bilgilendirilmesi, ulaşımın sağlanması ve sağlık personelinin bilgi ve beceri kapasitesinin arttırılması çalışmaları büyük bir titizlikle yürütülmektedir. Bu kapsamda; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek acil durumlarda sağlık bakım sisteminde farklı seviyelerdeki hayat kurtarıcı hizmetlerin standardize edilerek verilmesi ve hizmet kapasitesinin iyileştirilmesi amacıyla 2009/5 sayılı genelge ile uygulamaya konulan Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberinin bilim komisyonu tarafından kanıta dayalı tıp uygulamaları doğrultusunda revizyonu gerçekleştirilmiştir.

Revize edilmiş olan "Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi"nin, uygulamada birlikteliği sağlamak ve sağlık hizmet sunucularına klinik pratiklerinde yol gösterici olması amacı ile ilinizdeki doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmeti veren tüm sağlık kuruluşlarına ve personeline tebliğ edilerek uygulamaya konulması konusunda ilgililere emirlerinizi önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TÜSÜN
Bakan a.
Müsteşar

6.3.63. Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi Genelgesi (2014/10)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sayı : 57536863/ 231.01.06
Konu: Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi

GENELGE
2014/10

Bakanlığımız anne mortalite ve morbiditesini önlemeye yönelik bir dizi program yürütmektedir. Uygulanan programlar neticesinde 2007 yılında yüz binde 64 olan anne ölüm oranı, 2012 yılında yüz binde 15,4'e düşürülmüştür. Amacımız önlenebilir nedenlerle meydana gelen anne ölümlerini önlemektir.

Bakanlığımız tarafından "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında 2007 yılında başlatılan Anne Ölümleri İzleme ve Önleme Programı ile Ülke genelinde meydana gelen anne ölümleri değerlendirilmekte, ölüm nedenleri analiz edilmektedir. Gebelik sürecinin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi, anne ölümlerinin engellenmesi için Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi ve bu süreçte meydana gelebilecek acil durumların yönetilebilmesi için de Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi hazırlanmıştı.

Gebeliği olumsuz etkileyebilecek riskler gebelik sürecinde ortaya çıkabileceği gibi gebelik öncesi dönemde de olabilmekte ve gebelikle ağırlaşarak anne ölümüyle sonuçlanabilmektedir. Ayrıca 15-49 yaş kadın ve gebe izleminde risk değerlendirmesi yapılması, gerekli tedavinin planlanması açısından çok önemlidir. Önlenebilir anne ölümüne neden olan riskli durumların tespit edilmesi ve yönetilmesine ilişkin Bakanlığımızca "Riskli Gebeliklerin Önlenmesi Programı" başlatılmıştır. Program kapsamında, oluşturulan bilim komisyonunca risklerin yönetimine ilişkin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde yapılması gerekenleri içerecek şekilde *"Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi"* hazırlanmıştır. Hazırlanan rehber: Gebelikte Venöz Tromboembolizm Yönetimi Rehberi, Gebelik ve Kardiyovasküler Hastalıklar Yönetim Rehberi, Diyabetik Gebe Yönetim Rehberi, Astımlı Gebe Yönetim Rehberi ve güncellenen Epilepsili Gebe Yönetim Rehberinden oluşmaktadır.

Genelge ekinde yer alan *"Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi"*nin; 15-49 yaş kadın izlemi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım hizmetleri sunan tüm sağlık kuruluşlarına ve personeline tebliğ edilerek uygulamaya konulması konusunda ilgililere emirlerinizi önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

6.3.64. Üreme Sağlığı Hizmet İçi Eğitimler Hakkında Genelgesi (2010/83)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Sayı : B100AÇS0120000-010-00
Konu : Üreme Sağlığı Hizmet İçi Eğitimler Hk.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AÇSAP Yazı İşleri Ve Evrak Şube Müd.
24 Aralık 2010 17:31:06 /7853
9049511

VALİLİĞİNE

GENELGE
2010/ 83

Bilindiği üzere anne ve bebekler sağlık hizmetleri açısından risk altında bulunan ve öncelik tanınması gereken iki önemli grubu oluşturmaktadır. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin temel izleme göstergeleri olan anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı, sağlanan olumlu gelişmelere rağmen gelişmiş ülkelerin düzeyine çekilememiştir.

Anne ölüm oranı, perinatal, bebek ölüm hızlarının düşürülmesi, maternal morbiditenin azaltılması amacıyla rutin hizmetler ülke genelinde sürdürülmekte olup öncelikli müdahale alanlarına yönelik programlar yürütülmektedir. Kahire'de 1994 yılında yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı sonrasında ülkemizin de resmen kabul etmiş olduğu ülke eylem planları uyarınca, sağlık kuruluşlarında nitelikli ve bütüncül yaklaşımla üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimin sağlanmasını hedeflemiştir.

Dünya Sağlık Örgütünün 2008 yılı raporu Almo-Ata deklarasyonunu tekrar gündeme getirerek eşitsizliklerin giderilmesinde, hizmet sunumunun iyileştirilmesinde başta eğitim olmak üzere tüm ilkelerin gözden geçirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Bu doğrultuda üreme sağlığı hizmetlerinde hizmet sunum kalitesinin artırılması için, sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyini yükseltmeye yönelik hizmet içi eğitimler yapılmaktadır.

Hizmet İçi Eğitimlerin kurumsallaşması ve sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, Ülke genelinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Merkezleri, hizmet sunum kapasiteleri genişletilerek Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi (ÜSEM) olarak hizmet sunmaya başlamıştır. Bu merkezlerden personel ve fizik altyapısı güçlü olan 14'ü de Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezi (ÜSBEM) olarak makamın 25.09.2006 gün ve 1557 sayılı Oluru ile faaliyet göstermeye devam etmektedir.

Üreme Sağlığı Eğitim Merkezinde; biri doktor olmak üzere en az üç üreme sağlığı eğitimcisi görev almaktadır. Rutin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması hizmetlerinin yanı sıra illerinde hizmet sunan sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerini gerçekleştirmektedir. Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezinde; ikisi doktor olmak üzere en az beş üreme sağlığı eğitimcisi görev almakta ve ÜSEM'lerin sundukları hizmetlerin yanı sıra bölgelerindeki ÜSEM'lere eğitimci de yetiştirmektedir.

Anne ve bebek ölümlerinin önlenmesinde nitelikli hizmet sunumunun sağlanması önemli bir yer tutmaktadır. Bu amaçla Genel Müdürlüğümüzün yürütmüş olduğu tüm hizmet içi eğitimlere hizmet sunan sağlık personelinin katılması için emirlerinizi önemle rica ederim.

Prof.Dr.Nihat TOSUN

6.3.65. Anne Ölümleri Genelgesi (2008/29)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0130000- 12245 16/04/2008
Konu: Anne Ölümleri

GENELGE
2008/29

Anne ve bebek ölümlerini azaltmak için yürütülen ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, rutin sağlık hizmetlerinin yanında özel programlarla desteklenmekte ve ulusal sağlık politikalarının en önemli ayaklarından birini oluşturmaktadır. Tüm çabalara rağmen, sonradan değerlendirildiğinde alınabilecek basit tedbirler ile önlenebilir olan birçok risk günümüzde halen büyük sorunlar olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ülke genelinde, kimi yıllar çok daha ağır olmakla birlikte, bazı bölgelerimizde kış aylarının olumsuz hava koşulları nedeniyle ulaşım imkansız hale gelmektedir. Birçok kamu kurum ve kuruluşu bu olumsuz koşullarda hizmetini sürdürmek üzere maddi ve manevi çok değerli çabaları ortaya koymaktadırlar. Ancak buna rağmen bazı yerleşim merkezleri ile ulaşım zaman zaman sağlanamamaktadır. Elverişsiz hava şartları nedeniyle en değerli varlıklarımız olan annelerin sağlıklarını tehdit edebilecek olan bu koşulların, alınacak çok basit tedbirler ile ortadan kaldırılabilmesi mümkündür.

Alınan tüm tedbirlere rağmen kimi zaman doğum eylemi yaklaşmış ya da başlamış olan annelerimizin, ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarına ulaşması mümkün olmamaktadır. İl sağlık müdürlükleri olarak, ulaşım ve hava şartları yönünden elverişsiz yerleşim merkezlerinde ikamet eden gebelerin, muhtemel doğum tarihleri yaklaştığında daha elverişli yerleşim merkezlerine nakledilmeleri ve buralarda konaklamalarının sağlanması ile ilgili bir eylem planı hazırlamaları gerekmektedir.

Bu eylem planı doğrultusunda iliniz bünyesinde Müdürlüğünüz ile ilgili diğer kamu kurum ve kuruluşları arasında gerekli koordinasyon ve işbirliği sağlanarak, il ve ilçe Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları imkanları ilgili mevzuat doğrultusunda bu plana da destek verecek şekilde yapılandırılmalıdır. Ayrıca acil hastalara yönelik müdahalelerde elverişsiz hava koşulları nedeniyle yaşanan güçlüklerde ve yol açma çalışmalarında bu

hastaların bulunduğu mahallere öncelik verilmesi ve bu çalışmalarda bulunan kamu kurum ve kuruluşların imkanlarını bu mahallere yönlendirmesi konusunda gerekli koordinasyonun sağlanması hususlarında gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Orhan Fevzi GÜMRÜKÇÜOĞLU
Bakan a.
Müsteşar

Dağıtım :

Gereği :
81 il Valiliği

Bilgi :
Teftiş Kurulu Başkanlığı
Hukuk Müşavirliği

6.3.66. Anne Ölümleri Veri Sistemi Genelgesi (2007/27)

TC.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Sayı : B100AÇS0110000- 010-06.01-1397 05 NİSAN 2007
Konu : Anne Ölümleri Veri Sistemi

..... VALİLİĞİNE
GENELGE
2007/27

Gebelik süresince, doğum arasında ve sonrasında sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bu hizmetlerin kalitesi ile daha geniş çerçevedan bakıldığında kadının eğitimi, toplumsal cinsiyet eşitliği ve sosyal koşullar anne ölümlülüğü ile ilişkilidir. Bu özelliği ile anne ölümlerinin seviyesi çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak kullanılmaktadır. Anne ölümleri gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen kadın ölümlerini kapsamaktadır.

Birçok ülkede ve ülkemizde anne ölümleri ile ilgili veri toplamada sıkıntılar yaşanmaktadır. Dolayısı ile bu konudaki göstergelerin hesaplanması için farklı ve yenilikçi yaklaşımlara ihtiyaç vardır.

2005-2006 yılları arasında bir yıllık süreçte gerçekleştirilen Ulusal Anne Ölümleri Çalışması mevcut duruma ilişkin doğru veriyi sağlayarak anne ölümleri ile ilgili mevcut bilgi eksikliğini kapatmıştır. Projenin sonuçları, ülkemizdeki mevcut ölüm kayıt sistemlerini değerlendirmiş ve yeni bir ölüm kayıt sistemi için öneriler ve yöntemler geliştirmiştir.

Bu çerçevede oluşturulan yeni Anne Ölümleri Veri Sistemi kapsamında:

1. Toplanacak ölüm verileri, ülke genelinde gerçekleşen tüm anne ölümlerini kapsayacaktır.

2. Bakanlığımızda "Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyonu" ve "Merkez İnceleme Komisyonu" oluşturulacaktır (Bkz.Ek.1).

3. Her ilde de "İl Anne Ölümlerini Tespit ve Önleme Birimi"ve "İl İnceleme Komisyonu" oluşturulacaktır (Bkz.Ek.1).

4. Her Sağlık Grup Başkanlığı ve Sağlık Ocağında programın yürütülmesinden sorumlu bir sağlık personeli program sorumlusu (Anne Ölümleri Veri Sistemi Birim Sorumlusu) olacaktır.

5. Sağlık Ocağı bulunmayan belde, köy vb. yerleşim merkezlerinde ölümler,bilindiği üzere yasa gereğince Köy Muhtarı tarafından bildirilmektedir. Program çerçevesinde 12-50 yaş anne ölümlerini içerisine alan gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen tüm kadın ölümleri de muhtarlar tarafından kayıt altına alınacaktır. Köyün bağlı olduğu Sağlık Ocağında programın yürütülmesinden sorumlu sağlık personeli, her ay Sağlık Ocağına

Sayı : B100AÇS0110000-
Konu : Anne Ölümleri Veri Sistemi

bağlı tüm köyleri dolaşarak muhtarlardan bu bildirimleri alacaktır. Bu dönem zarfında anne ölümü olmamış ise bu husus tutanakla kayıt altına alınacaktır.

6. Her Sağlık Ocağı tarafından kendi sahasındaki 12-50 yaş anne ölümlerini içerisine alan gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen tüm kadın ölümleri tespit edilecek ve "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" (Ek.6) doldurularak her ay bağlı oldukları Sağlık Grup Başkanlıklarına, aylık periyotlarla elde ettikleri muhtarlık bildirimleri, Anne Ölümü Defin Listesi (Ek.2), Anne Ölümü Defin Bildirim Formu (Ek.3) ile birlikte gönderilecektir. Ölüm olsun ya da olmasın bildirim mutlak surette yapılacaktır.

7. Defin ruhsatı Belediye Tabipliklerince verilen yerleşim yerlerinde bildirim, ilgili Belediye Tabibi tarafından aylık periyotlarla Sağlık Grup Başkanlıklarına "Anne Ölümü Defin Listesi" ve "Anne Ölümü Defin Bildirim Formu" düzenlenerek yapılacaktır. Sağlık Grup Başkanlığı Program Sorumlusu aylık periyotta bu bildirimleri Belediye Tabipliğinden sağlamak zorundadır. Aylık periyotta gebeliğe bağlı ölüm olsun yada olmasın rapor düzenlenecek ve Sağlık Grup Başkanlıklarına bildirim yapılacaktır.

8. Sağlık Grup Başkanlıkları, ilçe Jandarma teşkilatından o ay meydana gelen ölümlerin listelerini temin edecektir.

9. Sağlık Grup Başkanlıkları, kendisine bağlı Sağlık Ocaklarından, muhtarlardan ve Belediye Tabipliklerinden her ay sağladıkları, anne ölümlerini içerisine alan gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen tüm kadın ölümlerinin yer aldığı, "Anne Ölümü Defin Listesi", "Anne Ölümü Defin Bildirim Formu" , "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" ve raporlarını her ay düzenli olarak İl Sağlık Müdürlüğüne göndereceklerdir.

10. İldeki tüm kamu veya özel sağlık kuruluşları (poliklinikler, tıp merkezleri, özel hastaneler, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri vb.) o ay içerisinde kendi kuruluşlarında meydana gelen anne ölümlerini içerisine alan gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen tüm kadın ölümlerini İl Sağlık Müdürlüklerine "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" ile bildireceklerdir.

11. 112 Hizmet Birimleri de her ay İl Sağlık Müdürlüklerine sevk sırasında meydana gelen anne ölümlerini içerisine alan gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen tüm kadın ölümlerini "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" ile bildireceklerdir.

12. İl Program Sorumlusu ayda bir kez, ilde mevcut doğum hizmeti veren tüm ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını ziyaret edecek, kadın hastalıkları ve doğum kliniği, doğumhane, ameliyathane, acil servis (Anne ölümü gerçekleşmiş başka uzmanlık dalı

Sayı : B100AÇS0110000-
Konu : Anne Ölümleri Veri Sistemi

servisleri de sorgulanarak) kayıtlarını inceleyerek o kuruluştaki 12-50 yaş anne ölümlerini içerisine alan gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen tüm kadın ölümlerini tespit edip, kayıt altına alarak, ölüm olsun ya da olmasın kuruluş başhekimi ile birlikte tutanak tutarak imza altına alacaktır.

Ölümlerin Değerlendirilmesi:

13. Sağlık Grup Başkanlıkları, ildeki tüm kamu veya özel sağlık kuruluşları (poliklinikler, tıp merkezleri, özel hastaneler, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri vb.), 112 Hizmet Birimlerince bildirilen ölümler İl Anne Ölümleri Tespit ve Önleme Biriminde değerlendirilecektir.

14. İl Anne Ölümleri Tespit ve Önleme Birimi ildeki tüm ölüm bildirimlerinin toplanması, birbirleri ile karşılaştırılması, hastane ölümleri için ilgili hastane araştırmasının yapılarak "Anne Ölümü Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu" (Ek.5)'nun doldurulması, eğer ölüm evde gerçekleşmiş veya hastane araştırmasında tatminkar sonuca ulaşılamamış ise adrese gidilerek "Anne Ölümü Soru Kağıdı" (Ek.4) (sözel otopsi) ile eksik bilgilerin tamamlanmasını sağlayacaktır.

15. Toplanan ölümler ile ilgili olarak her ay İl İnceleme Komisyonu toplanacak, ilde o ay meydana gelen anne ölümlerini içerisine alan gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen tüm kadın ölümleri, ölüm nedenleri belirlenmek üzere görüşülecektir. Komisyon üyeleri tarafından imza altına alınan "İl Anne Ölümleri Komisyon Raporu" ile birlikte meydana gelen ölümlere ait "Anne Ölümü Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu", "Anne Ölümü Soru Kağıdı" (sözel otopsi), "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" her anne ölümüne bir kod numarası verilmiş olarak (Bkz.Ek.1) ve hasta dosyalarının sureti, aylık hastane ziyaret tutanakları ile birlikte takip eden her ayın 15'ine kadar Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğüne gönderilecektir.

16. Sağlık Bakanlığı Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyonunda, her ay illerden gelen anne ölümlerini içerisine alan gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen tüm kadın ölümleri ismi gizli kalmak koşulu ile kod numarası ile değerlendirilecek, nedenlerine ve üç gecikme modeline göre gebeliğe bağlı ölümler ile anne ölümleri sınıflandırılacaktır. Nedenleri tam olarak belirlenemeyen ölümler, hastane, hekim ve anne adı gizli kalmak üzere kod numarası ile Merkez İnceleme Komisyonunda üç ayda bir görüşülecektir.

17. İl Sağlık Müdürlüğünde toplanan veriler her ay Temel Sağlık İstatistik Modülünde (TSİM) yer alan "Anne Ölümü İl Bildirim Formu"na kaydedilecektir.

18. Anne Ölümleri Veri Sistemi 1.Ocak.2007 tarihinden itibaren uygulanacaktır.

19. İl düzeyinde hizmetin gerektiği şekilde planlanması ve uygulanması İl Sağlık Müdürlüğünün sorumluluğundadır.

Sayı : B100AÇS0110000-
Konu : Anne Ölümleri Veri Sistemi

20. Bu genelgenin yürürlüğe girmesi ile 2002/99 sayılı genelge uygulamadan kaldırılmıştır.

Yukarıda belirtilen konuların ilinizde titizlikle uygulanması hususunda ilgililere emirlerinizi önemle rica ederim.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Müsteşar

Dağıtım: 81 İl Valiliği

Ekler :
1. İllerde Anne Ölümleri Veri Sistemi Yürütülmesine İlişkin Usul ve Esaslar
2. Anne Ölümü Defin Listesi
3. Anne Ölümü Defin Bildirim Formu
4. Anne Ölümü Soru Kağıdı
5. Anne Ölümü Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu
6. Anne Ölümü İl Bildirim Formu

6.3.67. 2007/27 sayılı Genelgeye Ek Genelge (2007/57)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Sayı : B100AÇS0120000-010.06.01/2853
Konu : 2007/27 sayılı Genelgeye
Ek Genelge

1 TEM 2007

..... VALİLİĞİNE
GENELGE
2007/..57

Ülkemizdeki mevcut anne ölüm kayıt sistemleri değerlendirilmiş ve yeni bir ölüm kayıt sistemi için öneriler ve yöntemler geliştirilerek 2007/27 sayılı genelge ile "Anne Ölümleri Veri Sistemi" 05.04.2007 tarihinden itibaren 81 ilde uygulanmaya başlanmıştır. Ancak uygulama sırasında illerde yaşanan aksaklıklar nedeni ile ek bir genelgenin yayınlanmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Bu çerçevede Anne Ölümleri Veri Sistemi kapsamında:

1. Defin ruhsatı vermeye yetkili birimler tarafından doldurulan (belediye tabiplikleri, sağlık ocakları, muhtarlar vb.) "Anne Ölümü Defin Listesi"nde, 12-50 Yaş Arası Toplam Kadın Defin Sayısının belirtilmesi gerekmektedir. "Anne Ölümü İl Bildirim Formu"nda İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ilgili satıra yazılacak 12-50 Yaş Grubu Kadın Ölümlerinin Toplam Sayısı , her yerleşim biriminden gönderilen "Anne Ölümü Defin Listesi"nde belirtilen 12-50 Yaş Arası Toplam Kadın Defin Sayısının toplamı olacaktır.

2. "Anne Ölümü Defin Listesi"nde yer alan anne ölümüne ait "Anne Ölümü Defin Bildirim Formu", "Anne Ölümü Defin Listesi"ni dolduran defin ruhsatı vermeye yetkili birim tarafından doldurulacaktır.

3. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ve 112 acil hizmet birimleri, aylık bildirimlerde "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" nun sadece ikinci bölümünü dolduracaklardır.

4. İl Sağlık Müdürlükleri tarafından ay sonunda "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" nun düzenlenmesi sırasında bildirim yapan köy muhtarlığı sayısı, köy muhtarlıkları tarafından (belde belediyeleri köy muhtarlıklarını içerecek şekilde) ve kırsalda defin ruhsatı veren köy sağlık ocakları tarafından düzenlenen "Anne Ölümü Defin Listeleri"nin sayımı ile belirlenecektir.

   Aynı şekilde bildirim yapan ilçe sayısı, defin ruhsatı vermeye yetkili ilçe sorumluları (belediye tabiplikleri, adli tıp birimi vb.) tarafından düzenlenen "Anne Ölümü Defin Listeleri"ndeki ilçe isimlerinin sayımı ile belirlenecektir.

5. İl Sağlık Müdürlükleri tarafından ay sonunda "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" nun düzenlenmesinin ardından , TSİM (Temel Sağlık İstatistik Modülü)' de ile ait ilgili bölüme bu verilerin girişi yapılacaktır. Veri girişi yapıldıktan sonra o ay içerisinde anne ölümü olmasa dahi "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" nun bildirim yapan yerleşim yerlerinin ve 12-50 Yaş Arası Toplam Kadın Defin Sayısının yazılacağı birinci bölümü doldurulacak , İl Veri Sorumlusunun formun alt köşesini imzalamasının ardından ilgili formun gönderilmesi ile bildirim yapılacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Sayı : B100AÇS0120000-010.06.01 / 2853 — 1 TEM 2007
Konu : 2007/27 sayılı Genelgeye
Ek Genelge

6. "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" nun TSİM'e veri girişi sırasında anne adı soyadı, , il, ilçe vb. ile ilgili kod, sistem tarafından oluşturulacağı için, "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" nda yer alan İl Sağlık Müdürlükleri tarafından kodlanması gereken sütun başlıkları ile ilgili kodlamaya gerek kalmamıştır. Bu bölümlerin ad-soyad, il, ilçe adlarının yazılarak doldurulması yeterlidir.

7. İl Program Sorumlusunun ayda bir kez, ilde mevcut doğum hizmeti veren tüm ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yapacağı ziyaretlerle ilgili görevi, ilçe hastaneleri için "Sağlık Grup Başkanlığı Anne Ölümleri Veri Sistemi Birim Sorumlusu " tarafından yerine getirilebilir.

8. İl İnceleme Komisyonları oluşturularak, illerde meydana gelen anne ölümleri incelenmeye başlanmıştır. İl İnceleme Komisyonlarının raporlarının elektronik ortamda yazılması ve içeriğinde aşağıdaki maddelerin yer alması gerekmektedir:
- İlin adının yazılı olduğu antetli başlık,
-Annenin özgeçmiş özeti,
-Annenin gebelik izlemlerinin yapıldığı kuruluşlardaki izlem kartlarındaki bilgi özeti,
-Annenin ilk başvurduğu sağlık kuruluşundan ölümün gerçekleştiği yere kadar almış olduğu tüm cerrahi ve medikal tedaviler, sevk koşulları ve sevk esnasında uygulanan müdahalelerin özeti,
-Anneyi gören tüm hekimlerin istediği tetkik ve verdiği konsültasyonların sonucuna göre uygulanan tedavilerin özeti,
-Anneyi gören tüm sağlık kuruluşlarına ait detaylı epikrizlerin özeti,
-İl İnceleme komisyonunca karara bağlanan muhtemel ölüm sebebinin eldeki bulgularla desteklenmesi, ICD 10 sınıflamasına göre kodlanması.

9. Anne ölümü bildirimi yapılır iken, doğrudan ve dolaylı anne ölümleri ile birlikte gebeliğe bağlı ölümler içerisinde kabul edilen tesadüfi nedenlerle meydana gelen ölümler de (trafik kazası, cinayet vb.) bildirilecektir.

10. Annenin ikamet ettiği veya ölümünün gerçekleştiği illerin ikisi tarafından da ölümün tespit edilmesi halinde bildirim iki il tarafından da yapılacaktır. Ancak genelgeye ilişkin formların doldurulması, hastane incelemesi, il inceleme komisyon raporunun hazırlanması ve bunların detaylı bildirimi ölümün gerçekleştiği il tarafından yapılacaktır (ETF kayıtları ve izlem bilgileri ikamet ettiği ilden istenerek vb.).

11. Bu genelgenin yürürlüğe girmesi ile 2002/99 sayılı genelge uygulamadan kaldırıldığından daha önceden kullanılmakta olan "Anne Ölümü Kayıt Bildirim Formu" artık düzenlenmeyecek bunun yerine "Anne Ölümü İl Bildirim Formu" kullanılacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Sayı : B100AÇS0120000-010.06.01/2853
Konu : 2007/27 sayılı Genelgeye
Ek Genelge

01 TEM 2007

Yukarıda belirtilen konuların ilinizde titizlikle uygulanması hususunda ilgililere emirlerinizi önemle rica ederim.

Uz. Dr. Orhan F. GÜMRÜKÇÜOĞLU
Bakan a.
Müsteşar V.

6.3.68. Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Şeker ve Tuz Kullanımı ile İlgili Düzenleme Genelgesi (2014/4)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı: 92148377/322
Konu: Kamu Kurum ve Kuruluşlarında
Şeker ve Tuz Kullanımı İle İlgili Düzenleme

GENELGE
2014/..4..

Dünyada en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen bulaşıcı olmayan hastalıklar, ülkemizde her geçen gün sayısı hızla artan ölümlerin de başlıca nedenlerindendir. Erken ölümlere yol açan ve kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmada önleyici yaklaşımların geliştirilmesi zorunludur.

Değiştirilebilir temel risk faktörlerinden olan yetersiz ve dengesiz beslenmenin önlenmesi bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmada güncel stratejilerden birini oluşturmaktadır. Toplumdaki bireylerin aşırı şeker ve tuz tüketiminin de yer aldığı beslenme bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu yönde değiştirecek faaliyetler bu stratejilerin kapsamındadır.

Aşırı şeker ve tuz tüketimi değiştirilebilir bir sağlıksız beslenme uygulamasıdır. Özellikle oluşumunda aşırı şeker ve tuz tüketiminin önemli bir etken olduğu obezite, diyabet, hipertansiyon ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde birinci sırada yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün son yayınlarında bulaşıcı olmayan hastalıkların ve diş çürüklerinin önlenmesinde günlük şeker alımının, günlük kalori ihtiyacının yüzde 5'ine indirilmesi gerektiğine dikkat çekilmektedir. Ayrıca ülkemizde yapılan bilimsel çalışmalarda tuz tüketiminin Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği değerin yaklaşık üç katı kadar olduğu gösterilmiştir.

Bu nedenlerle halk sağlığının korunması ve hastalıkların oluşumunun önlenmesinde çok paydaşlı bir yaklaşım ile toplumumuzda aşırı şeker ve tuz tüketiminin kademeli olarak önerilen seviyelere düşürülmesi için 29 Eylül 2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmi Gazete'de Başbakanlık Genelgesi olarak da yayımlanan "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" ve "Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı" yürütülmektedir.

Bu çerçevede ilinizdeki tüm kamu kurum ve kuruluşlarında;

1. Çay, kahve vb. ikramlarda ve kafe, kantin, lokanta, çay ocağı gibi yerlerde çay şekerinin tek şeker olarak ve mümkünse hijyen açısından ambalajlı şekilde sunulması,

2. Yemekhane, lokanta vb. hizmetlerde masalardan tuzlukların kaldırılması, dileyenlerin tuz almak için ayrı bir yerde mümkünse 0,5-1 gr'lık kağıt poşetler halinde bulundurulan tuzu alarak kullanmalarının sağlanması,

Ayrıca toplumda konu ile ilgili farkındalık ve bilgilendirme çalışmaları yapılarak özel sektörün de gönüllülük esası ile bu çalışmalara katılımının sağlanması hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Bakan

Dağıtım:
81 İl Valiliğine

6.3.69. Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) Genelgesi (2021/7)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : E-96867468-773.99
Konu : Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS)

GENELGE
2021 / 7

Ülkemizde ölümle ilgili iş ve işlemler, Mezarlık Yerlerinin İnşaatı ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmelik çerçevesinde ilgili kurumlarca yürütülmektedir. Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) https://obs.saglik.gov.tr adresinde hizmete sunulmuş olup ülke genelinde kullanılmaktadır.

İlgili Yönetmelikte belirtilen tüm taraflar (belediyeler, sağlık kurum ve kuruluşları vb.) e-imza, mobil imza veya e-devlet şifresi ile kendilerine tanımlanan yetki çerçevesinde ÖBS'yi kullanabilmektedir. Sistemin devamlılığı için ilgili kurumların merkez ve taşra teşkilatlarının işbirliği, bilgi paylaşımı ve desteği önem arz etmektedir. İllerde ÖBS 'nin işleyişinden il sağlık müdürü bizzat sorumludur. Ölüm belgeleme ve bildirim sürecine dair iş ve işlemler aşağıdaki şekilde yürütülür:

1) Ölüm, sağlık kurumlarında gerçekleşmiş ise ölümle ilgili bilgiler bu kurumdaki görevli hekim tarafından ÖBS'ye kaydedilir. Ölen kişi için düzenlenen ve elektronik olarak imzalanan ölüm belgesinin ihtiyaç duyulan sayıda nüshası sistemden alınır ve defin işlemleri için ölenin yakınlarına verilir.

2) Ölüm, sağlık kurumları dışında (ev, otel, yurt gibi toplu yaşam alanları, bakımevleri, işyeri vb.) gerçekleşmiş ise ölüm belgesi düzenleme ile ilgili işlemler, belediye hekimlerinin asli görevi olduğundan belediye hekimleri tarafından (belediyenin sözleşme ile hizmet aldığı hekimler belediye hekimi olarak değerlendirilir) birinci maddede belirtildiği şekilde yerine getirilir. Bu görev belediye tarafından karşılanamıyor ise:

a) Mesai saatleri içerisinde ölüm belgesi düzenleme ile ilgili işlemler, öncelikle ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi hekimi, yoksa aile hekimi tarafından birinci maddede belirtildiği şekilde yapılır.

b) Mesai saatleri dışında ölüm belgesi düzenleme ile ilgili işlemler ise il sağlık müdürlüklerince ilin tamamı bu hizmeti alacak şekilde yakın ilçeler birleştirilerek adli/defin nöbet planı yapılmak suretiyle yerine getirilir. İhtiyaç olan yerlerde nöbet planı her ilçe için ayrı olarak yapılabilir. Nöbet planlaması mümkün olduğunca adli hizmet nöbeti ile birleştirilerek yapılır. Adli Tıp Kurumunun doğrudan hizmet verdiği yerlerde hekimlere ayrıca adli nöbet (yerinde ölü muayenesi) görevi verilmez. Belediyelerce 24 saat esasına göre hizmet verilen yerlerde ayrıca nöbet planı yapılmaz.

c) Ölüm belgeleme işlemleri, belediye başkanı ve başkan yardımcısı hariç tüm belediye hekimleri, entegre ilçe devlet hastanesi (E2, E1)/ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi hekimleri ve aile hekimlerinin

dahil edildiği aylık nöbet listesi ile il sağlık müdürlüğü tarafından yürütülür. Nüfusu 30.000'in üzerinde olan ilçelerde ilçe sağlık müdürleri nöbete dâhil edilmez.

ç) Mesai dışında tutulan nöbetler için izin verilmesi veya ücret ödenmesi hususunda kurumların kendi mevzuatına göre hareket edilir. Bu çerçevede entegre ilçe devlet hastanesi (E2, E3)/ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi hekimlerine, aile hekimlerine (entegre sağlık merkezinde görevli aile hekimleri hariç) ve şoförlere 657 sayılı Kanunun Ek 33 üncü maddesine göre icap nöbet ücreti ödenir.

d) İl sağlık müdürlükleri ve belediyeler, nöbet tutan personeli için nöbet sürecince taşınabilir internet bağlantılı bilgisayar ve gerekli belgelerin çıktısını alabilecek bir yazıcı ile şoförlü araç bulundurur.

3) Ölüm belgesi, ölüm bildirim tarihinden itibaren 3 (üç) günü geçmemek üzere kontrolör hekim tarafından onaylanarak imzalanır ve tüm işlemler en geç 10 (on) gün içerisinde tamamlanır. Kontrolör hekimler tarafından ölümlerin belirtilen süre içerisinde incelenmesi ve elektronik olarak onaylanması süreci il sağlık müdürlükleri tarafından titizlikle takip edilir. İncelenen ölüm belgesi, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün ilgili birimlerine otomatik olarak iletilir ve elektronik tescil sürecinin Bakanlığımız tarafından yapılan kısmı tamamlanır.

4) ÖBS'ye sehven veya hatalı kimlik bilgileriyle giriş yapılan ancak henüz tescile gönderilmeyen belgeler için silme talebi belgeyi dolduran hekim tarafından yapılır ve silme işlemlerine dair sorumluluk belgeyi dolduran hekime aittir.

5) Belgeyi dolduran hekim, tescil için iletilmiş olan ölüm belgesindeki nüfus işlemlerini etkileyen yanlış bilgileri düzeltmekle de yükümlüdür. Düzeltme işlemi için resmi yazıyla hekimin kurumu tarafından il/ilçedeki nüfus müdürlüklerine hatalı kayıt bildirimi yapılır. Doğru bilgileri içeren ölüm belgesi sisteme kaydedilir. İptali talep edilen ölüm belgesi sistem üzerinden il sağlık müdürlüklerine iletilir.

6) T.C. Kimlik numarası (99 ile başlayanlar dahil) olanlar hariç, ölüm belgelerinin fiziki çıktısı ve varsa ölen kişiye ait nüfus cüzdanı ile birlikte il/ilçedeki nüfus müdürlüklerine en geç 10 gün içerisinde resmi yazı ile bildirilir.

7) ÖBS'de, nüfus kayıtlarını etkilemeyen değişiklik yapma ihtiyacı doğduğunda, hekim tarafından elektronik ortamda ÖBS üzerinden ölüm belgesinin iadesi talep edilir. Hekim tarafından belge yeniden düzenlenir. Bu durumda, hukuki süreçlerde kullanılabilecek şekilde değişikliğe kanıt oluşturabilecek her türlü kaydın (tutanak, rapor ve laboratuvar tetkikleri vb.) bulundurulması sorumluluğu hastane idaresine ve hekime aittir.

8) Bir (1) yaş altı ölümlerin bildirimleri ve sisteme kayıtlarında 2018/7 sayılı "Bebek Ölümleri İzleme Sistemi Genelgesi" hükümleri doğrultusunda hareket edilir ve ÖBS'ye kayıt işlemleri diğer yaş gruplarında yapıldığı şekilde uygulanır. Bebek ölümlerinde bebek T.C. kimlik numarası mevcut ise elektronik olarak tescil işlemi yapılır. T.C. kimlik numarası olmayan bebek ölümlerinde ölüm belgesi fiziki olarak il/ilçe nüfus müdürlüğüne tescil yapılmak üzere resmi yazı ile bildirilir. Ölü doğumlarda tescil işlemi yapılmaz.

9) Hekim tarafından ölümün adli olay olarak şüphe durumunda, ÖBS'ye bu şekilde kaydedilir ve adli

olay bildirimi yapılır. Adli tıp görevini ifa etmekle yükümlü hekim tarafından ilgili ölüm belgesinin değiştirilerek güncelleanesi mümkündür.

10) Adli olaylarda ölen kişinin yakınlarına herhangi bir belge verilmez, ölüm belgesi adli mercilerden ıslak imzalı olarak alınır.

11) İl sağlık müdürlüğünce ölüm belgesinin teknik kontrolü ve onaylanmasında;

a) Güncel ICD kodlamaları ve ölüm nedeni belgelenmesine dair eğitim almış yeterli sayıda hekim görevlendirilerek ölüm belgelerinin kontrolü sağlanır. Kontrolör hekim asil ve yedek olmak üzere belirlenir.

b) ÖBS'ye kaydedilen her ölüm belgesi, teknik doğruluğu açısından il sağlık müdürlüğü tarafından bu işle görevlendirilen hekim tarafından kontrol edilir. Gerektiğinde ölüm belgesi, bilgilerin düzeltilmesi için kaydı yapan hekime iade edilir.

c) Ölüm belgesinin iade aşamasında iki durum söz konusudur; "Ölüm belgesinin iadesi ile birlikte tescile göndermek ister misiniz?" ibaresi "Evet" seçilmesi durumunda belgeyi düzenleyen hekim sadece güncellemeye açık alanlar üzerinde değişiklik yapabilecek, "Hayır" seçilmesi durumunda tescil işlemi yapılmayacak ve belgeyi düzenleyen hekim tüm bilgiler üzerinde değişiklik yapabilecektir.

ç) Tescile gönderilmiş iade edilen ölüm belgelerinde; ölümün meydana geldiği adres, ölümü belgeleyen kurum, kişi demografi bilgileri, daimi ikametgâh bilgileri, geri alınan nüfus cüzdanı bilgileri, ölüm tarihi, saati, dakikası ve dolduran yetkilinin bilgileri dışındaki kısımlar güncellemeye açık olacaktır.

d) İade edilen belge, belgeyi dolduran hekim tarafından en geç bir iş günü içerisinde düzeltilerek güncellenir.

e) Hekimin herhangi bir nedenle görevden ayrılması, ölümü veya emekli olması durumunda iadede bekleyen belgeler, kontrol hekim tarafından mevcut haliyle onaylanarak işlemleri tamamlanır.

f) Hekim tarafından son hali verilen ve kontrolör hekim tarafından da kontrol edilmiş belgeler TÜİK'e, daha önce tescil için gönderilmemiş ise Merkezi Nüfus İdaresi Sistemine (MERNİS) web servis aracılığıyla bildirilir.

12) Genel hükümler;

a) ÖBS'ye dair mevzuat, adli nöbetler, anne ölümleri, bebek ölümleri ve ölüm nedenlerine yönelik iş ve işlemler Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından; yazılım, kullanıcı işlemleri vb. bilgi sistemleriyle ilgili iş ve işlemler Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü koordinasyonunda Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülür.

b) Uygulamaya ilişkin her türlü kişisel bilgilerin gizliliği esastır. Bu kapsamda sisteme giriş yapacak olan kişiler, kaydı bulunan kişi bilgilerinin amaç dışı kullanımını engelleyecek tedbirleri almakla, kişisel haklara ve mahremiyete riayet etmekle yükümlüdür.

c) Ölen kişiye ait ölüm belgesi, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmeliğin 11 inci maddesi kapsamında mirasçıları dışında hiçbir kişi, kurum ve kuruluşa verilemez.

ç) Ölümle ilgili belgenin düzenlenmesine dair işlemler gecikmeye sebebiyet verilmeksizin ÖBS' de yapılır.

d) Ölüm belgeleri hekim tarafından doldurulur. Ancak doğal afet vb. mücbir hallere bağlı olarak nöbetçi hekimin müteveffaya ulaşamaması halinde mahalli mülki idari amirden izin almak kaydıyla hekim dışı ölüm belgesi düzenleme yetkilisi tarafından ölüm nedeni yazılmaksızın ölüm belgesi düzenlenir. Bu halde verilen belge, il sağlık müdürlüğüne ulaştığında kontrolör hekim tarafından ÖBS'ye kaydedilir.

e) İl sağlık müdürlükleri tarafından her ilde vatandaşların sağlık kurumu dışındaki ölüm olaylarını bildirecekleri bir telefon numarası belirlenir, 7 gün 24 saat esasıyla ulaşılabilir olan bu telefon numarası vatandaşlara ve bütün yöneticilere (muhtarlar dâhil) duyurulur.

f) ÖBS, cenazenin nakline ilişkin belgelerin (yol izni belgesi, geçiş izni belgesi) düzenlenmesine de uygun olup ihtiyaç hâsıl olması durumunda söz konusu belgelerin birer örnekleri alınır ve ilgililere verilir.

g) Kayıt sürecine ilişkin diğer hususlar ÖBS 'de yer alan yardım dokümanında ayrıntılı olarak açıklanmış olup işlemler söz konusu dokümana göre yürütülür. Gerekli görülen duyurular, güncelleme işlemleri ve yeni talepler ÖBS üzerinden bildirilir.

h) Konuya ilişkin destek hizmetleri, ÖBS web sayfasında ilan edilen telefon numaraları ile yazılım destek sistemi olan https://yazilimdestek.saglik.gov.tr/ ve hsgm.obs@saglik.gov.tr e-posta adresleri üzerinden sunulmaktadır.

13) Mülga Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayımlanan 26/12/2012 tarihli ve 2012/5 sayılı Genelge ile 26/09/2016 tarihli ve E.990 sayılı "Ölüm Belgesi Düzenleme ve Adli Nöbet İşlemleri" konulu genel yazı yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerini ve bu Genelge'nin tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına tebliği ile il düzeyinde uygulamaların Genelge 'ye uygun olarak yürütülmesini rica ederim.

Doç. Dr. Tolga TOLUNAY
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

DAĞITIM:

Gereği
A Planı

Bilgi
Türkiye İstatistik Kurumuna
Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğüne

6.3.70. Kontrol Programı Genelgesi (2018/25)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 96867468-045.99
Konu: Kontrol Programı

GENELGE

2018/25

Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler ile beklenen yaşam süresi artış göstermiştir. Yaşam süresinin uzaması istenen bir şey olmakla birlikte, beraberinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların görülme sıklığında da artış meydana gelmiştir. Bu hastalıklarda sürveyansın iyileştirilmesi, korunma ve kontrolde ülke odaklı önceliklerin belirlenmesi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde tedavi hizmeti kalitesinin arttırılması ve bu alanda çalışan sağlık personelinin eğitiminin iyileştirilmesi önem arz etmektedir.

Bakanlığımızca kronik hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele amacıyla "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı, Türkiye Kan ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı" uygulamaya konulmuş ve yürütülmektedir.

Söz konusu kontrol programlarının ülke genelinde uygulanması ve eylem planlarında yer alan aktivitelerin yerine getirilmesi, desteklenmesi ve koordinasyonunun sağlanması amacıyla her kontrol programı için 81 ilimizde İl kurulları oluşturulması ihtiyacı hasıl olmuştur.

Bu çerçevede:

1) İl Kurulu; İl sağlık müdürü veya halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkanın başkanlığında, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlar birim sorumlusu, tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler birim sorumlusu, aile hekimliği eğitim ve geliştirme birim sorumlusu, toplum sağlığı hizmetleri birim sorumlusu, çalışan sağlığı birim sorumlusu gerekli görülmesi halinde konu ile ilgili diğer yetkililerin ve her kontrol programının içinde belirtilen paydaşların İl teşkilatının temsilcileriyle oluşur.

2) İl kurulunun görevi, her ilin kendi içinde her kontrol programının eylem planı aktivitelerinin desteklenmesi ve koordinasyonunu sağlanması için eylem planı kapsamında Yürütme Komitesi tarafından onaylanan etkinlikleri uygulamak ve denetlemektir.

3) İl Kurulu her kontrol programı için belirlenen yer ve sıklık aln ayda bir kez salt çoğunlukla toplanır. Başkan ihtiyaç halinde kurul üyelerini her zaman toplantıya çağırabilir, oylamalar açık oyla yapılır. Kararlar oy çoğunluğuyla ile alınır, çekimser kalınamaz, eşitlik halinde ise başkanın taraf olduğu görüş uygulanır.

4) İl kurulunun sekretarya hizmetleri bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlar birimi tarafından yürütülecektir.

5) Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaşlı sağlığı hizmetleri kapsamında yapılacak İl kurullarının toplantı tarihi, gündemi ve yeri belirlenirken her İl, İl kurullarını her bir program için ayrı zamanlarda ya da aynı gün olmak üzere toplayabilir.

6) İllerde yapılan çalışmaların özet raporu her bir program için yılsonunda resmi yazı ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilecektir.

7) Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programına ilişkin 2009/39 tarihli Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Emine ALPMEŞE
Bakan
Bakan Yardımcısı

DAĞITIM:
81 İl Valliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

6.3.71. Su Kesintisinde Alınacak Tedbirler Genelgesi (2007/67)

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.TSH.0.10.00.04
Konu: Su kesintisinde alınacak tedbirler

20862 08.08.07

.....VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)
GENELGE /67

Kuraklık kaynaklı su sıkıntısı, özellikle içme ve kullanma sularının tasarruflu, etkin ve sağlığı olumsuz yönde etkilemeyecek şekilde tüketimini gerekli kılmaktadır. İçme ve kullanma suları insan ve toplum sağlığını doğrudan etkileyen önemli etmenlerin başında gelmektedir.

İçme ve kullanma suları güvenli ve temiz olmalı, toplum suya kolayca ulaşabilmeli ve bu husus süreklilik arz etmelidir. Yeterli içme ve kullanma suyu temini aslen yerel yönetimlerin görevi olmakla birlikte toplumun tamamını ilgilendiren sorumluluklar da söz konusudur.

Muhtemel sorunların tanımlanarak çözümü için sorumlulukların bilinçli bir yaklaşımla benimsenmesi ve ilgili tüm kurum ve kuruluşlarla gerekli koordinasyonun sağlanarak işbirliği içinde çalışması, yaşanabilecek sorunların zamanında önlenmesi bakımından son derece önemlidir.

Toplum sağlığının korunması ve su kesintilerinin herhangi bir sağlık sorununa yol açmaması için yerel yönetimler, vatandaşlar ve ilgili kurum ve kuruluşlarca alınması gereken tedbirler ve dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıda belirtilmektedir.

A-Sağlık Müdürlüklerince Alınması Gereken Tedbirler

1. Sağlık Müdürlüklerinde ilgili sağlık müdür yardımcısı başkanlığında, gıda ve çevre kontrol şube müdürü, bulaşıcı hastalıklar şube müdürü, sağlık ocakları şube müdüründen oluşan bir izleme değerlendirme birimi oluşturularak gelişmelerle yapılan çalışmalar günlük/haftalık değerlendirilmelidir (su ve besinlerle bulaşan hastalık sürveyansı).
2. Bütün yerleşim yerlerinin su ve kanalizasyon sistemlerini ayrı ayrı renkte, kaynak, depo girişi ve çıkışı, klorlama noktaları ve şebekeye katılan kuyu veya ilave kaynak varsa bunları da gösteren ve ilgili yerel yönetimler tarafından hazırlanan krokiler, İl Sağlık Müdürlüğü / Sağlık Grup Başkanlığında da bulunmalıdır.
3. Yerleşim yerlerinde sorumlu sağlık birimlerince içme ve kullanma suyu sağlayan su kaynaklarının özellikle bakteriyolojik yönden kontrolü için yeterli sayıda odak noktalar belirlenmelidir. Bu odak noktalar belirlenirken kaynak, depo girişi ve çıkışı, şebekenin kanalizasyon sistemine yakın geçtiği noktalar, şebekeye ilave, kuyu, baraj vb gibi bir su kaynağı, şebeke sistemindeki muhtemel zayıflıklar ve toplu su kullanımının olduğu yerler (okul, hastane, toplu çalışılan yerler, gıda üretim yerleri ve yemek fabrikaları vb. gibi) dikkate alınmalıdır.

1

KQ
TSE-ISO-EN
9000

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.TSH.0.10.00.04
Konu: Su kesintisinde alınacak tedbirler

Odak belirleme işlemi yerel yönetimlerle birlikte yapılmalıdır. Belirlenen odak noktalardan Sağlık teşkilatınca haftalık bakteriyolojik numune alınmalı (gerektiğinde bu süre kısaltılabilir), suda bakiye klor ölçümü ise günlük olarak yapılmalıdır.

4. Yapılan kontrollerde kirli bulunan içme ve kullanma sularının kirlilik nedenleri araştırılmalı, kirlilik odak noktaları tespit edilerek izale edilmeli, kirlilik giderilinceye kadar bu su kaynaklarının kullanımına engel olunmalı, gerektiğinde bu durum mahalli yayın organları ile halka duyurulmalıdır.
5. Mahalle aralarında kuyu, tanker, bidon v.b. kaynaklardan sağlanan niteliği belirsiz içme suyu satışlarına engel olmak için gerekli denetimler yapılmalıdır.
6. Hastaneler, çocuk ve yaşlı bakım evleri ve tüm okulların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, tankerle taşınan içme ve kullanma suyunun bakiye klor ölçümleri ve bakteriyolojik analizler düzenli olarak yapılmalıdır. Su örnekleri bina su tesisatını temsil edecek şekilde alınmalıdır.
7. Yemek fabrikaları ve lokantalar dahil olmak üzere tüm toplu beslenme hizmeti sunan işletmelerin içme ve kullanma suları ile su depoları bakteriyolojik olarak izlenmelidir. Buralarda çalışanlar ishalli hastalıklar açısından takip edilmelidir.
8. Yüzme havuzları su kirliliği yönünden izlenmeli, gerekli önlemler alınmalıdır.
9. Kişisel hijyen ve el yıkama konularında halka yönelik bilgilendirme faaliyetleri artırılmalıdır.
10. Ambalajlı su işletmelerinin denetimleri sıklaştırılmalıdır. Damacanaların yıkama suları denetlenmelidir.
11. Buz imalathanelerinin özellikle su kaynağı olmak üzere denetimi sıklaştırılmalıdır.
12. Belediyelerin eğitim talepleri değerlendirilerek gerekli destek yapılmalı, gereğinde Bakanlık Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden teknik destek istenmelidir.
13. Gıda işleme yerleri, toplu beslenme yerlerinin denetimi arttırılmalıdır.
14. Sağlık personelinin su yokluğunda ortaya çıkma ihtimali olan bulaşıcı hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyini artıracak ve hatırlamalarına yardımcı olacak eğitim çalışmaları yapılmalıdır.
15. 19.05.2007 tarihli ve 9422 sayılı yazı ile sürdürülen "Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklar Haftalık Sürveyans Çalışması" kapsamında toplanan bilgiler düzenli olarak il düzeyinde değerlendirilmeli, gerekirse riskli bölgelerden günlük bildirimler alınmalıdır.
16. Bulaşıcı hastalıkların tespitinde en önemli basamak olan laboratuvarların, su ile bulaşan hastalıkların tanısı konusunda teknik ve lojistik ihtiyaçları karşılanmalı ve olabilecek hastalık artışlarına göre çalışma planı hazırlanmalıdır.
17. Konuyla ilgili acil eylem planı hazırlanarak, Bakanlığımıza gönderilmelidir.
18. 17.02.2006 tarih ve 2006/23 sayılı Genelgemiz göz önünc alınarak olası salgın durumları hemen incelemeye alınmalıdır.

K.Q
TSE-ISO-EN
9000

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.TSH.0.10.00.04
Konu: Su kesintisinde alınacak tedbirler

B-Yerel Yönetimlerce Alınması Gereken Tedbirler

1. Öncelikle mümkün olduğunca su kesintisine gidilmemesi için tüm alternatifler değerlendirilmeli ve zamanında tedbir alınmalıdır.
2. Su kesintisi zorunlu ise uzun süreli kesintilerden kaçınılmalıdır. Zorunluluk halindeki bir günü aşan kesintilerde gerekli tedbirler alınmalıdır.
3. Herhangi bir salgın hastalık ortaya çıkması durumunda, sağlık teşkilatının talebi üzerine su kesintisine son verilmelidir.
4. Kesinti planlaması da dahil olmak üzere su kesintilerinin her aşamasında ve su dağıtım sisteminde arıza olması halinde, sağlık müdürlükleri ile koordinasyon sağlanmalıdır.
5. Normal şartlarda şebeke sularındaki serbest klor miktarı 0.5 ppm (mg/L) olmalıdır. Ancak, su kesintilerinin yaşandığı yerlerde süper klorlama yapılmak suretiyle bu miktar 1 ppm (mg/L)'e çıkarılmalıdır.
6. Kesinti süresince kontroller sıklaştırılmalı, suyun bakteriyolojik analizleri, serbest klor ölçümleri aksatılmadan yapılmalıdır. Klorlama cihazlarının periyodik bakımlarının yapılarak sürekliliği sağlanmalı ve sistem muhtemel arızalara karşı yedeklenmelidir.
7. Su depolarının periyodik bakım, temizlik ve dezenfeksiyonu ihmal edilmemeli, tüm işler için konunun eğitimini almış personel istihdamı sağlanmalıdır.
8. Su ile bulaşan bulaşıcı ve salgın hastalıklara zamanında ve etkin bir şekilde müdahale etmek için, su şebeke sisteminin kaynak, depo, isale hattı, klorlama üniteleri ile kanalizasyon şebekesi bilgilerini içeren plan ve krokileri yerel yönetimlerce hazır bulundurulmalı ve bunların bir örneği sağlık teşkilatı yetkililerine de verilmelidir.
9. Arıza durumunda, bakım onarım yapılırken iyi planlama yapılmalı, onarım yapılan şebeke bölümü 10 ppm klor içeren suyla 20 dakika dezenfekte edildikten ve bu yüksek klorlu su geri çekilip 1ppm klor içeren suyla durulandıktan sonra şebekeye bağlanmalıdır.
10. Okul, hastane, otel, cami, resmi binalar vb. yerlerin su depolarının bakımı, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu konusunda ilgililere yardımcı olunmalıdır.
11. Depo temizliği ve dezenfeksiyonu konusunda hizmet sunmak isteyen özel kuruluşlar, sağlık teşkilatının görüşleri alınarak ruhsatlandırılmalı, verilen hizmetin kontrol ve denetimi sağlık teşkilatı ile koordineli olarak yapılmalıdır.
12. Kuyu sularından yararlanılan bölgelerde kuyular kayıt altına alınmalı, bu kayıtlar için DSİ ve il özel idarelerince verilen kuyu ruhsatları esas alınmalı, ruhsatsız kuyu kullanımına müsaade edilmemelidir. Kuyu suları doğrudan içme suyu olarak kullanılmamalı, bu sular hiçbir şekilde şebeke suyuna bağlanmamalıdır.
13. Ticari kuruluşlarca tankerlerle içme suyu satışı yasak olmakla birlikte, yerel yönetimler ve yetkilendirdikleri kuruluşlarca gerektiğinde hastaneler, çocuk ve yaşlı bakım evleri ve ilköğretim okullarının ihtiyaçları karşılanabilir.

2

K-Q
TSE-ISO-EN
9000

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.TSH.0.10.00.04
Konu: Su kesintisinde alınacak tedbirler

Şebeke suyunun teknik olarak verilemediği bölgelere de Sağlık Müdürlükleri ile koordinasyon sağlanması kaydıyla tankerle su ikmali yapılabilir. Ancak, tankerle içme ve kullanma suyu temininde belirlenen kurallara titizlikle uyulmalıdır. Bu iş için kullanılan tankerler yerel yönetimlerce ruhsatlandırılmış olmalı ve başka amaçlar için kullanılmamalıdır. İçme ve kullanma suyu tankerlerinin dolum noktaları sağlık teşkilatına bildirilmelidir. Tankerlerdeki bakiye klor oranı 1 ppm olmalıdır.

14. Sulama amaçlı kullanılan tankerlerle içme ve kullanma suyu taşınmamalıdır. Bu tankerler üzerine İÇİLMEZ ibaresi yazılmalıdır.
15. Genel amaçlı kullanılan tuvaletlerin zemin, tuvalet taşı ve klozetleri % 2'lik sodyum hipoklorit solüsyonu (2 lt. çamaşır suyu + 8 lt su karışımı) ile temizlenmesi ve bu yerlerde el temizliği için katkısız sıvı sabun kullanılması sağlanmalıdır.
16. Atık sularla kirlenen dere ve çayların sulama suyu olarak kullanımı önlenmelidir.
17. Mahalle çeşmeleri gibi dezenfeksiyon işleminin yapılamadığı, ancak biyolojik veya kimyasal kirlilik tespit edilmiş suların tüketimi engellenmelidir. Bu gibi yerlerde "İÇİLMEZ" ibareli tabela veya levha asılmalı, tarihi veya kültürel niteliği bulunmayıp ıslahı da mümkün olmayan çeşmeler yıkılmalıdır.
18. Açıkta satılan her türlü gıda satışı engellenmelidir.
19. Sebze ve meyvelerin pazaryerlerindeki durgun sularla yıkanması engellenmelidir. Pazaryerlerinde denetim sıklaştırılmalı, zabıtalar bu denetimle ilgili olarak eğitilmeli, toplum bireyleri bilgilendirilmelidir.
20. Göl, gölet, şelale, fıskiye gibi rekreasyon amaçlı olarak kullanılan havuzların dezenfeksiyonu ile ilgili gerekli önlemler alınmalıdır.
21. Kullanılacak tüm dezenfektan maddelerin Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış olmasına dikkat edilmelidir.
22. Buz imalathanelerinin su kaynağı ve teknolojisi denetlenmelidir.
23. İlgili belediye personelinin hijyen ve dezenfeksiyonla ilgili bilgi açıkları varsa il sağlık teşkilatı ile işbirliği yapılarak eğitimleri sağlanmalıdır.

C-Halkımızın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar

1. Bina ve konutlarda kullanılan su depolarından temizliği yapılmamış olanlar hemen, daha sonra da belirli periyotlarla (kesinti olduğu dönemlerde 3 ayda bir, diğer dönemlerde 6 ayda bir) temizlenmeli ve bakımları yapılarak dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.
2. Kesinti olmadığı zamanlarda da suyun depodan kullanımı sağlanmalıdır.
3. Mahalle aralarında kuyu, tanker, bidon v.b. kaynaklardan içme suyu temin edilmemelidir.

K-Q
TSE-ISO-EN
9000

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.TSH.0.10.00.04
Konu: Su kesintisinde alınacak tedbirler

4. Evlerde ihtiyaç fazlası su depolanmamalıdır. Depolanan veya saklanan sular ağzı kapalı temiz kaplarda ve güneş görmeyen serin yerde muhafaza edilmelidir. Sular gelse bile öncelikle depolanmış sular tüketilmeli, geniş kapaklı musluklu bidonlar tercih edilmeli, temizliği sürekli kontrol edilmelidir.
5. Kesinti sonrasında şebekeye verilecek su berraklaşıncaya kadar 3-5 dakika akıtılmalı, akıtılan suyun israf edilmemesi için tuvalet vb. yerlerin temizliğinde kullanılmalıdır.
6. Kesinti süresince şebeke suyu içme amaçlı kullanılacak ise tercihen 1-2 dakika kaynatılıp, soğutularak kullanılmalıdır.
7. Beslenme amacı ile evlere giren ve çiğ tüketilen her türlü sebze ve meyvenin yıkandıktan sonra %1'lik klor solüsyonundan *1 lt suya 20-30 damla damlatılarak 30 dakika bekletilmelidir. (**%1'lik klor solüsyonu** 1 bardak çamaşır suyunun üzerine 9 bardak normal su konularak kolayca hazırlanır. Ancak dikkat edilmesi gereken nokta kullanılan çamaşır suyu herhangi bir katkı maddesi içermemesi ve %10 aktif klor "sodyum hipoklorit" içermelidir. Konuyla ilgili güçlüklerde en yakın sağlık kuruluşuna başvurularak bilgi alınmalıdır.)*
8. Ambalajlı su (pet, bardak, cam şişe ve damacana) kullanılacaksa Sağlık Bakanlığından ruhsatlı olmasına dikkat edilmelidir.
9. Damacanalardan su almak için kullanılan pompalar, 15 günde bir %1'lik klorlu su içerisinde 30 dakika bekletilmeli ve içerisinden %1'lik klor solüsyonu geçirilmelidir.
10. Evde depolanmış sularda bebeklerin ve çocukların boğulma tehlikesine karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.
11. Kişisel temizliğe özellikle el temizliğine mutlaka dikkat edilmelidir.
12. Sahteliğinden şüphelenilen ambalajlı sular ile ilgili şikayetler Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Bakanlığının 184 nolu telefon hattına iletilmelidir.
13. Kesinti, arıza, açıkta su satılması, su depoları ve diğer hususlar ise belediyelerin ilgili birimlerine iletilmelidir.
14. Görülebilecek ishal vakalarında mutlaka en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.
15. Kaynağı bilinmeyen buzların kullanılmasından ve tüketilmesinden kaçınılmalıdır.
16. Özellikle su kesintilerinin hemen sonrasında kullanılan sularla banyo yaparken duş kullanılmamalı, dökme tarzı banyo yapılmalıdır.

K-Q
TSE-ISO-EN
9001

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.TSH.0.10.00.04
Konu: Su kesintisinde alınacak tedbirler

Bilginizi, yukarıda belirtilen konulara ilişkin olarak ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde gereken tedbirlerin alınması ve halka gereken duyuruların yapılması hususlarında gereğini önemle rica ederim.

Uzm. Dr. O.Fevzi GÜMRÜKÇÜOĞLU
Bakan a.
Müsteşar V.

Dağıtım:

Gereği :

81 İl Valiliğine

Bilgi:

Başbakanlık, Adalet Bakanlığı, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığı, Dışişleri Bakanlığı, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı,Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı

6.3.72. Aşırı Sıcaklarda Alınması Gereken Önlemler Genelgesi (2007/52)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı :B.10.0.TSH.0.10.00.02 14927 25.06.07
Konu : Aşırı Sıcaklar

GENELGE
2007/52

.....VALİLİĞİNE

Hava sıcaklığında olabilecek artışın, nemdeki artışla birlikte daha fazla etkili olacağı, gerekli önlemler alınmadığı takdirde insan sağlığını olumsuz etkileyebileceği, bu durumda özellikle dört yaşından küçük çocuklar, yalnız yaşayanlar, özürlüler, bakıma ihtiyacı olanlar, gebeler, 65 yaş ve üzeri yaşlılar, aşırı kilolular, açık alanda çalışanlar, kronik hastalığı olanlar (şeker hastalığı, kalp-damar hastalıkları, beyin-damar hastalıkları, psikolojik hastalıklar, kronik solunum sistemi hastalıkları, karaciğer hastalıkları, böbrek hastalıkları), sürekli ilaç (özellikle tansiyon düşürücü, idrar söktürücü, depresyon ve uyku ilaçları) kullananların, alkol ve madde bağımlılarının etkilenebileceği bilinmektedir.

2003/65 sayılı genelgemizde yaz mevsimi ile artan hava sıcaklığı ve güneşin olumsuz etkilerinden korunmak için alınması gereken tedbirlere ilişkin hususlara dikkat çekilmiş olmakla birlikte bu konu ile ilgili güncel olarak hazırlanmış olan Aşırı Sıcaklarda Alınması Gereken Önlemler konulu doküman yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bu doğrultuda;

1-) Valiliğinizce konunun İl Hıfzıssıhha Kurulunda değerlendirilmesi ve iliniz sınırında gereken tüm tedbirlerin alınması, yazımız ekindeki dokümanlarda da bahsedildiği üzere, ilk etapta kronik hastalığı olanlar, açık alanda çalışanlar, özürlüler ve hamileler çalışma şartları açısından ayrıca değerlendirilerek gerekirse kanuni şartlar çerçevesinde izinli sayılmaları;

2-) Hissedilen sıcaklık değerlerinin hesaplanmasında Bakanlığımız web sayfasındaki bilgilerin kullanılabileceği, sıcaklık değerlerinin hayatın genelini olumsuz etkilemesi durumunda ise diğer kamu görevlileri için de çalışma şartlarının yeniden düzenlenmesi,

3-) Aşırı sıcaklar nedeniyle oluşabilecek sağlık sorunlarına müdahale için iliniz genelindeki tüm sağlık tesislerinde gereken tedbirlerin alınması,

4-) Özellikle yukarıda yer verilen risk gruplarından kronik hastalığı bulunanlar ile yalnız yaşayan yaşlıların ve bakıma ihtiyacı olanların yaşadıkları mekânda ziyaret edilerek konuyla ilgili olarak bilgilendirilmeleri ve gerekli kontrollerin yapılması, danışma hattı olarak SABİM'in 184 numaralı telefonunun kullanılması,

5-) Sıcak hava dalgası dönemlerinde hayatı olumsuz etkileyebilecek elektrik ve su kesintilerinin yaşanmaması için gerekli tedbirlerin alınması,

6-) Ekteki döküman çerçevesinde, iliniz genelinde bulunan basın-yayın organları (TV, Radyo, Gazete, vs.) ile işbirliği içerisinde, konunun uzmanı kişiler tarafından aşırı güneş ve sıcaktan korunma yollarına ilişkin eğitici, uyarıcı bilgiler verilmesi amacıyla eğitim programları ve eğitici materyaller hazırlanarak halkın bilinçlendirilmesi hususlarında bilginizi ve gereğini önemle rica ederim.

Uzm. Dr. Orhan F. GÜMRÜKÇÜOĞLU
Bakan a.
Müsteşar V.

EKLER:
EK-1 : Döküman (3 sayfa)

DAĞITIM:
81 İl Valiliğine

AŞIRI SICAKLARDA ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER

Aşırı sıcaklar çeşitli sağlık problemlerini de beraberinde getirmektedir. Sıcaklık ve nem artışına bağlı olarak vücut ısısı artmakta ve metabolizma bu yeni duruma uyum sağlamaya çalışmaktadır. Normalde terleme ile vücut ısısı dengede tutulmaya çalışılır. Ancak aşırı sıcaklarda sadece terleyerek vücut ısısı dengede tutulamaz. Yaşlılar, bebekler ve kronik hastalığı olanlarda terleme mekanizması ile vücut ısısının dengede tutulması her zaman mümkün olmayabilir. Yine ortamdaki nem oranı yüksekse terleme suretiyle vücut ısısı yeterli düzeyde düşmeyebilir. Ayrıca şişmanlık, herhangi bir hastalığa bağlı yüksek ateş, aşırı sıvı kaybı (dehidratasyon), kalp hastalığı, ruh ve sinir hastalığı, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ile tedavi amaçlı bazı ilaçların (tansiyon düşürücüler, idrar söktürücüler vb.) kullanımı da sıcak havalarda terlemeyi etkileyen diğer faktörlerdendir. Bu gibi durumlarda yükselen vücut ısısı beyin ve diğer hayati organlarda hasara yol açabilir.

Aşırı sıcaklardan en çok etkilenen gruplar:

- Dört yaşından küçük çocuklar,
- Yalnız yaşayan 65 yaş ve üzerindeki yaşlılar,
- Bakıma ihtiyacı olanlar,
- Hamileler,
- Aşırı kilolular,
- Açık alanda çalışanlar,
- Kronik hastalığı (şeker hastalığı, kalp-damar hastalıkları, beyin-damar hastalıkları, psikolojik hastalıklar, kronik solunum sistemi hastalıkları, karaciğer hastalıkları, böbrek hastalıkları) olanlar
- Sürekli ilaç (özellikle tansiyon düşürücü, idrar söktürücü, depresyon ve uyku ilaçları) kullanan kişiler,
- Sokak çocukları ve evsizlerdir.

Özellikle kronik hastalığı bulunan ve yalnız yaşayan yaşlılar en çok risk taşıyan gruptur.

AŞIRI SICAKLARDAN KORUNMA TEDBİRLERİ

A. Genel Korunma

- Günün en sıcak saatlerinde (10.00-16.00) mecbur kalınmadıkça dışarı çıkılmamalıdır.
- Dışarıda bulunulduğunda açık renkli, hafif, bol ve sıkı dokunmuş kumaşlardan yapılan giysiler tercih edilmeli; geniş kenarlı ve hava delikleri olan şapka giyilmeli ve güneşin zararlı ışınlarından koruyan güneş gözlüğü kullanılmalıdır.
- Dışarıda çalışması gerekenler mümkün oldukça güneş altında korunmasız kalmamaya, aşırı hareketlerden kaçınmaya, sık sık tuz içeren sulu gıdalar almaya dikkat etmelidirler.
- Güneş ışınlarının dik geldiği saatlerde (10.00-16.00) denize girilmemeli ve güneşlenilmemelidir. Bu saatlerin dışında denize girmek isteyenler güneşten koruyucu krem (en az 15 koruma faktörlü) kullanmalı, şapka ve gözlük gibi gerekli koruyucu önlemleri almalı ve uzun süre kesintisiz güneşlenmemelidir.
- Yoğun fizik aktivite Spor yapmak için sabah ve akşam saatleri tercih edilmeli, her bir saatlik spor için en az 2-4 bardak sıvı alınmalıdır. Ağır fizik aktivitelerden kaçınılmalıdır.

- Risk altındaki yetişkinler ve yaşlılar, günde en az iki kez güneş veya sıcak çarpması yönünden izlenmelidir. Bebekler ise bu açıdan daha sık izlenmelidir.
- Bebek, çocuk, engelliler ve hayvanlar kapalı ve park etmiş araçlarda kesinlikle bırakılmamalıdır. Araçların iç ısıları, klima olsa dahi park edildikten çok kısa süre sonra yükselmektedir. Araç terk edilirken herkesin dışarı çıktığından emin olunmalıdır.
- Kapalı alanlar iyi havalandırılmalıdır.
- Güneş gören pencereler perde vb. güneşliklerle gölgelendirilmelidir.
- Vücut ısısının yükselmemesi için sık sık duş alınmalı; bunun mümkün olmadığı durumlarda ayaklar, eller, yüz ve ense soğuk suyla ıslatılmalı veya silinmelidir.

B. Beslenme ve Sıvı Alımı

- Susuzluk hissi olmasa bile her gün en az 2-2.5 litre (12-14 su bardağı) sıvı tüketilmelidir.
- Kahvaltıda az yağlı peynirler, zeytin ve taze sebzeler bulunmalı, kafein içeren içecekler yerine de süt, meyve suyu, ıhlamur ve kuşburnu gibi bitki çayları tercih edilmelidir.
- Yağlı besinlerin ve yağda kızartmaların tüketiminden kaçınılmalı; yemeklerde bitkisel sıvı yağlar kullanılmalıdır. Yemekleri pişirirken kızartma ve kavurma yerine haşlama, ızgara, kendi suyunda veya az suda pişirme gibi sağlıklı pişirme yöntemleri uygulanmalıdır.
- Vücut direncini artırmak ve vücudun yeterli miktarda vitamin ve mineral almasını sağlamak için bol miktarda sebze ve meyve tüketilmelidir.
- Terleme ile artan sıvı ve mineral kaybının önlenmesi için her zamankinden daha fazla miktarlarda sıvı alınmalıdır.
- Sıvı alımında su içmek esas olmakla beraber, su dışı sıvı alımında kahve, çay ve gazlı içecekler yerine süt, ayran ve meyve suyu gibi içecekler tercih edilmelidir. Eğer doktor tarafından sıvı alımı kısıtlanmış veya idrar söktürücü ilaç kullanılması söz konusu ise ilgili doktora başvurmak gerekir.
- Mide kramplarına neden olabileceği için çok soğuk ve buzlu içecekler tercih edilmemelidir.
- Kafein, alkol ve fazla miktarda şeker içeren içecekler vücuttan daha fazla sıvı kaybına yol açtığı için tüketilmemelidir.
- Dışarıda ve açıkta satılan yiyeceklerin, tüketiminden kaçınılmalı, çabuk bozulma riski olan besinler (et, yumurta, süt, balık vb.) açıkta bekletilmemeli, besinlerin hazırlanması ve pişirilmesi aşamalarında hijyen kurallarına özen gösterilmelidir.

AŞIRI SICAKLARIN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

a) **Güneş veya Sıcak Çarpması:** Aşırı sıcağa maruz kalma sonucu beden ısısını ayarlayan terleme mekanizmasının bozulmasına bağlı olarak vücut ısısının düşürülememesi ile karakterize bir tablodur. Vücut ısısı 10-15 dakika içerisinde 40-41°C üstüne çıkabilir. Güneş veya sıcak çarpması acil olarak tedavi edilmezse kalıcı hasara veya ölüme neden olabilir. Bilinç kaybından önce tedaviye başlanması durumunda iyileşme şansı oldukça yüksektir.
Kişinin ateşi 39.4°C üzerindedir, deri kuru, kırmızı ve sıcaktır, terleme yoktur, bulantı kusma, baş ağrısı, baş dönmesi, göz çukurlarının belirginleşmesi ve görme netliğinin bozulması ile komaya kadar gidebilen şuur bulanıklığı veya kaybı vardır.
İlk yardımda; kişi hemen serin ve hava akımı olan bir yere alınmalı, sıkı giysileri gevşetilmeli, soğuk su veya soğutucularla (vantilatör, klima vb.) soğutulmaya çalışılmalı, kesinlikle içmesi için sıvı verilmemeli ve en yakın sağlık kuruluşuna götürülmelidir. Gerekli durumlarda hava yolu açılmalı ve suni solunum yapılmalıdır.

b) **Sıcak Bitkinliği:** Uzun süre aşırı sıcağa maruz kalma ve yeterli miktarda sıvı almamaya bağlı su ve mineral kaybıyla meydana gelir. Daha sıklıkla yaşlılarda, yüksek tansiyonu olanlarda ve güneş altında çalışanlarda görülür. Aşırı terleme, yorgunluk, halsizlik, bayılma hissi, nabız hızlanması, ateş yükselmesi belirtileriyle kendini gösterir. Deri soğuk ve nemlidir, nabız hızlı ve zayıftır, solunum hızlı ve yüzeysel, şuur açıktır. Güneş çarpmasının daha hafif şekli olup hayati tehlike yoktur.

İlkyardım; uygun ve zamanında yapılırsa genel durum hızla düzelir. Serin bir yerde istirahata alınan hastanın giysileri gevşetilip, sırt üstü yatırılarak bacakları yükseltilir. Islak havlu veya bezle serinletilmeye çalışılır. Bol miktarda sıvı verilir, özellikle de tuzlu ayran içirilir. Yaklaşık 1 saat içerisinde kişinin genel durumu düzelmezse mutlaka sağlık kuruluşuna başvurulması gerekir.

c) **Sıcak krampları:** Aşırı aktivite sonucunda terlemeye bağlı olarak vücutta hızlı bir su ve tuz kaybı meydana gelir. Düşük tuz seviyeleri kaslarda sıcak kramplarına neden olabilir. Sıcak krampları aynı zamanda sıcak bitkinliğinin belirtilerinden birisidir. Genellikle karın, bacak ve kol kaslarının fiziksel aktivite sırasında ağrılı spazmlarıyla meydana gelir.

Sıcak krampları için tıbbi tedaviye gerek yoktur, kişinin yaptığı aktivite durdurulmalı sakin ve serin bir yerde oturtulmalıdır, meyve suyu veya mineralli içecekler içirilmelidir. Kramp meydana geldikten sonra en az birkaç saat fiziksel aktivitede bulunulmamalı, bir saat içerisinde geçmezse en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

d) **Güneş Yanıkları:** Deriye hasar vereceği için güneş yanıklarından kaçınılmalıdır. Uzun süreli güneş ışığına maruz kalmakla meydana gelir. Deri kızarık, ağrılı ve aşırı derecede sıcaktır. Eğer etkilenen kişide ateş, bül (su toplanması) ve şiddetli ağrı varsa veya 1 yaşından küçükse en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. Güneş yanığından korunmak için güneş ışığına maruz kalmaktan kaçınılmalı, güneş yanığı olan yerler soğuk su ile silinmeli, etkilenmiş bölgelere nemlendirici tıbbi losyon sürülmelidir. Yağ, salça, yoğurt ve diş macunu vb. maddeler kesinlikle sürülmemeli, büller patlatılmamalıdır.

e) **Sıcak Döküntüsü (İsilik):** Sıcak ve nemli havalarda aşırı terlemeye bağlı olarak derinin tahrişidir. Her yaşta görülmekle birlikte sıklıkla bebeklerde görülür. Küçük kızarıklıklar şeklindedir. Sıklıkla boyun, göğüs, dirsek iç yüzü gibi kıvrım yerlerinde görülür. Kızarık bölgeler kuru tutulmalı, daha serin ve daha az nemli ortam sağlanmalıdır.

f) **Güneşin Geç Dönem Etkileri:** Güneş ışınlarının sağlık üzerine oldukça önemli olumlu etkileri mevcuttur. Uzun süre maruz kalındığında olumsuz etkiler de ortaya çıkabilir. Ciltte erken yaşlanma, gözde katarakt gelişimi, deri kanseri ve güneş lekelerinin ortaya çıkması bu olumsuz etkilerindendir.

6.3.73. Kiralar ve Abonelikler Genelgesi (2012/02)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - THSK
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI
PLANLAMA VE ORGANİZASYON DAİRE
BAŞKANLIĞI
23.05.2012 - 15100,04 -
B.10.1.HSK.0.09.00.00/756.02/333
00335764

Sayı : B.10.1.HSK.0.09.00.00-
Konu : Kiralar ve Abonelikler

..... VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

GENELGE 2012/02

Bilindiği üzere ülkemiz genelinde hizmet veren aile sağlığı merkezlerinin büyük çoğunluğu kamu kurumlarından kiralanmış binalarda faaliyetlerini sürdürmektedir. Söz konusu binalardaki kira, elektrik, su, telefon, internet, doğalgaz vb. giderlerin "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği" ve "Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümlerine istinaden aile hekimlerince karşılanması ve aboneliklerin kendi adlarına yenilenmesi gerekmektedir.

Bu çerçevede;

1) Müstakil aile sağlığı merkezi binalarında halen Müdürlük üzerine abonelik varsa bunların iptal edilerek aile hekimleri adına yenilenmesi,

2) Entegre hastane, toplum sağlığı merkezi veya başka amaçlar için ortak kullanılan binalarda, mümkünse aboneliklerin ayrılması; hizmetin gereği ve altyapı gibi nedenlerle aboneliklerin ayrılmasının mümkün olmadığı hallerde ise elektrik, su, doğalgaz, gibi işletme giderlerinin kullanım alanı ve kullanım zamanı gibi faktörler dikkate alınarak ilgili aile hekimlerinden tahsil edilmesi,

3) Abonelikleri Müdürlüğe ait binalarda aile hekimlerinin payına düşen kısmın zamanında ödenmemesi halinde doğacak gecikme zammı, faiz vb. her türlü giderin yukarıda bahsi geçen ödemelere ilişkin yönetmeliğin 16. Maddesinin (c) fıkrasına istinaden aile hekimlerine yapılacak ödemelerden kesilmesi,

4) Geçmiş dönemlere ilişkin olarak aile hekimlerince ödenmesi gerekirken ödenmemiş olan veya ödemesi Bakanlığımızca yapılan işletme giderlerinin tahsilâtı için gerekli işlemlerin başlatılması,

5) Müdürlüğe ait veya tahsisli binaları kullandığı halde kira sözleşmesi imzalamayan ya da kira sözleşmesi imzaladığı halde kira bedellerini ödemeyen aile hekimleri hakkında ilgili Yönetmelik hükümleri doğrultusunda işlem tesis edilmesi,

6) Aile hekimliği mevzuatı çerçevesinde, aile hekimliği ücretinden yapılacak kesintilerden (taşınır, taşınmaz kira bedelleri, elektrik, su, doğalgaz vb.) döner sermayeye gelir kaydı gerekenlerin her ayın en geç 25'ine kadar ilgili halk sağlığı müdürlüğü döner sermaye hesabına aktarılması

gerekmektedir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : B.10.1.HSK.0.09.00.00-
Konu : Kiralar ve Aboneliklerr

Aile hekimleri ile yapılacak hizmet ve kira sözleşmelerinde söz konusu hususlara dikkat edilmesi ve aile hekimleri tarafından aile sağlığı merkezi olarak kullanılmak üzere şahıs ve diğer kurumlardan kiralanan binalardaki kira, abonelikler ve tüm işletme giderlerinin bu binada çalışan aile hekimlerine ait olduğunun ilgililere duyurulması hususlarında;

Bilginizi ve gereğini önemle rica ederim.

Yrd. Doç.Dr. Mustafa AKSOY
Kurum Başkanı

DAĞITIM:
81 İl Valiliğine

6.3.74. Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar Genelgesi (2005/143)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.TSH.013.003 - 13292
Konu : Adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinde uyulacak esaslar

22.09.2005

GENELGE
2005 /143

İlgi: 20.09.2000 tarihli ve B100TSH0130000-13243 (2000/93) sayılı Genelge.

Bilindiği üzere, Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarında adli tabiplik hizmetleri hâlen ilgi Genelgede belirtilen esaslar çerçevesinde yürütülmektedir. Ancak, 01.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) ile 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) ve bu Kanuna dayanarak çıkartılan bazı yönetmelikler doğrultusunda, adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili konuların yeniden düzenlenmesi gereği ortaya çıkmıştır.

Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında adli tabiplik hizmetleri aşağıda açıklanan düzenlemeler çerçevesinde yürütülecektir.

I. ADLİ TABİPLİK HİZMETLERİNİN KAPSAMI VE YASAL ÇERÇEVE

Kapsam

1.1. Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarınca yürütülen adli tabiplik hizmetleri esas olarak *travmaya bağlı adli vakaların değerlendirilmesi* ve *bunlara ait adli raporların düzenlenmesi* ile *adli ölü muayenesi* ve *otopsi işlemleridir*. Kimlik tespiti, cinsel saldırı olgularının değerlendirilmesi, yaş tayini, maluliyet değerlendirmesi, ceza ehliyeti ve hukuki ehliyet tespiti ile kişinin işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama (farik ve mümeyyizlik) ve/veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişip gelişmediğinin değerlendirilmesi gibi hizmetler de bu kapsamdadır.

Muayene ve rapor düzenleme yetkisi

1.2. 1219 sayılı Tababet ve Şıtabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da, kişilerin bedeni ve akli durumu hakkında rapor tanzimine sadece bu Kanuna göre meslek icrası hakkına sahip tabipler yetkili kılınmış olup (Madde 13), mahkemelerce bilirkişilik için başvurulacak tabiplerin de bu özelliğe sahip olması gerektiği hükmü yer almaktadır (Madde 11).

Aynı şekilde, CMK'da adli tabiplik hizmetleriyle ilgili muhtelif maddelerde, bu işlemlerin sadece tabipler veya sağlık mesleği mensuplarınca yapılacağı hükme bağlanmıştır.

Bilirkişi olarak adli tabibin yükümlülükleri ve yetkileri

1.3. Adli tabiplik hizmeti aslen bir *bilirkişilik* hizmeti olup, görevin icrasında CMK'nın bilirkişilik ile ilgili hükümleri geçerlidir (CMK, Madde 62-73). Buna göre,

a) Bilirkişiler, hâkimler veya mahkemeler ile soruşturma evresinde Cumhuriyet savcısı tarafından belirlenir. Kanunların belirli konularda görevlendirdiği resmî bilirkişiler öncelikle atanırlar.

b) Resmî bilirkişilikle görevlendirilmiş olanlar, bilirkişilik görevini kabul etmekle yükümlü olup, usulünce çağrıldığı halde yasal bir sebep olmaksızın gelmeyen veya görüş bildirmekten çekinen bilirkişiler hakkında disiplin hapsi cezası uygulanır.

c) Bilirkişi olarak görevlendirilen tabip, görevini yerine getirirken zorunlu saydığı sorular, mağdur, şüpheli veya sanığa yöneltebilir. Ayrıca, görevini yerine getirmek amacıyla bilgi edinmek için şüpheli veya sanık dışındaki kimselerin de bilgilerine başvurabilir.

d) Mahkeme, her zaman bilirkişinin duruşmada dinlenmesine karar verebileceği gibi, ilgililerden birinin istemesi halinde de açıklamalarda bulunmak üzere duruşmaya çağırabilir.

Adli tabiplik hizmetlerinde resmî bilirkişilik yetkisi

1.4. Adli tabiplik hizmetleri esasen ve öncelikle Adli Tıp Kurumu'na bağlı birimlerce yürütülmek durumundadır. Mahkemeler ile hâkimlikler ve Cumhuriyet savcılıkları tarafından gönderilen adli tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirmek üzere, 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu ile Adalet Bakanlığı'na bağlı Adli Tıp Kurumu tesis edilmiş olup; bu Kuruma bağlı şube müdürlükleri, kurulu bulundukları yerlerde adli tıp hizmetlerini yerine getirmekle yükümlü kılınmışlardır. Diğer yandan, sözü edilen Kanunun 31'inci maddesi gereğince yüksek öğretim kurumlarının/üniversitelerin adli tıpla ilgili bölüm veya bilimlerinde çalışan uzmanlar, adli olaylarda resmî bilirkişi sayılmışlardır.

Keza, adli tabiplik hizmetleri, Adli Tıp Kurumu Kanunu'nun ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 10'uncu maddelerine istinaden büyük ölçüde Sağlık Bakanlığı kuruluşlarınca da yerine getirilmektedir.

Adli vakaların muayenesinde ve rapor tanziminde yasal çerçeve

1.5. Adli vakaların muayenesi ve rapor tanziminde dikkat edilecek hususlar bu Genelgenin ilgili kısımlarında yer verilmekle beraber, dikkate alınması gereken mevzuat aşağıda sıralanmıştır:

a) Adli tabiplik hizmeti -yukarıda da belirtildiği üzere- bir *bilirkişilik* hizmeti olup, bu hizmetin yürütülmesinde CMK'nın Bilirkişi İncelemesi başlıklı bölümünde yer alan hususlar dikkate alınmalıdır.

b) *Şüpheli veya sanık ile mağdur ve diğer kişilerin beden muayenesi, bu kişilerin vücudundan örnek alınması ve bu numuneler üzerinde yapılacak moleküler genetik incelemelerle ilgili hususlar,* CMK'nın Gözlem Altına Alınma, Muayene, Keşif ve Otopsi başlıklı bölümündeki 75 ilâ 81'inci maddelerinde ve bu Kanuna göre çıkarılıp 01.06.2005 tarihli ve 25832 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik'te yer almaktadır.

c) *Zor kullanılarak yakalanan veya yakalanıp gözaltına alınan kişilerin sağlık kontrolü ile ilgili hususlar,* CMK'nın 99'uncu maddesine istinaden çıkarılıp, 01.06.2005 tarihli ve 25832 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği'nin Sağlık Kontrolü başlıklı 9'uncu maddesinde yer almaktadır.

d) Adli tabiplik hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi gereken *ölünün kimliğini belirleme ve adli muayene* CMK'nın 86'ncı, *otopsi* 87'nci, *yeni doğan cesedinin adli muayenesi veya otopsi* 88'inci, *zehirlenme şüphesi üzerine yapılacak işlem* 89'uncu, bir *şüpheli ölüm vakası durumunda yapılacak işlem* 159'uncu madde hükümlerine göre yapılmalıdır.

2. HİZMETİN İL İÇİ DÜZENLENMESİ: İL SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİNCE YAPILACAK İŞLEMLER VE ALINACAK TEDBİRLER

2.1. Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarınca verilecek adli tabiplik hizmetleriyle ilgili idari düzenlemeler, ilde Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na bağlı birim ve/veya yüksek öğretim kurumlarının adli tıpla ilgili bölüm veya birimlerinin bulunup bulunmaması, il nüfusu ve iş yükü dikkate alınarak, il sağlık müdürlüklerince yapılacaktır. Bu amaçla, *adli tabiplik hizmetlerinin düzenlenmesine ve izlenmesine yönelik olarak, sağlık müdürlükleri bünyesinde bir birim oluşturulacak veya mevcut şubelerden birisi görevlendirilecektir.*

2.2. Adli tabiplik hizmetlerinin ne şekilde sunulacağı, yapılacak düzenlemeler ve alınacak tedbirler, ildeki adli makamlar ve varsa sözü edilen kurum yetkilileri ile görüşülüp, aşağıda belirtilen ilkeler doğrultusunda kamrlaştırılacaktır:

a) Hizmet planlaması, ildeki adli teşkilat yapılanması da dikkate alınarak büyükşehir belediyesi statüsündeki il merkezleri, diğer il merkezleri ve ilçe düzeyinde ayrı ayrı yapılacaktır.

b) Adli tıp hizmetleri, Adli Tıp Kurumu'na bağlı birimler ve adli tıp anabilim dalı olan üniversitelerin bulunduğu il ve ilçe merkezlerinde, bütünüyle bu kurumlar tarafından veya bunların yanısıra Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşları tarafından desteklenerek birlikte yürütülecek; bu kurumların bulunmadığı yerlerde ise bütünüyle Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarınca yerine getirilecektir.

c) Yerleşim biriminde *yataklı tedavi kurumları varsa*, bu hizmetlerin aksatılmadan yürütülmesi amacıyla, *mesai saatleri içi ve dışı için ayrı ayrı planlama yapılmak üzere*, yeterince yataklı tedavi kurumu ve sağlık ocağı görevlendirilecektir. Birden fazla sağlık kuruluşunun bulunduğu yerleşim birimlerinde, görevlendirilecek kuruluş sayısı, iş-yükü ve ulaşım imkânları dikkate alınarak tespit edilecektir. Birden fazla sağlık kuruluşunun görevlendirilmesi durumunda, adli travmatoloji vakalarının muayenesi ile rapor tanzimi, gerektiğinde otopsi hizmeti ve diğer hizmetler için, bu kurumlar arasındaki işbölümü açık bir şekilde belirlenecektir.

Bakanlığımıza bağlı yataklı tedavi kurumlarının bulunmadığı yerleşim birimlerinde, mesai saatleri içinde ve dışında bu hizmetler sağlık ocaklarınca yürütülecektir.

d) *Mesai saatleri dışında, adli vakaların muayenesi ile rapor tanzimi* gibi hizmetlerin, varsa 24 saat hizmet veren ve tanı-tedavi imkânları en geniş ve merkezî konumdaki bir sağlık kuruluşunca/kuruluşlarınca yerine getirilmesi şeklinde düzenleme yapılacak; *otopsi hizmetleri* için ise icapçı personel görevlendirmesi esas olacaktır.

e) Yataklı tedavi kurumlarında adli tabiplik hizmetleri, varsa adli tıp uzmanlarının sorumluğu altında yürütülecek; yoksa, acil servis veya başhekimlikçe belirlenecek başkaca bir birim, bu hizmetlerden birinci derecede sorumlu olmak üzere görevlendirilecektir. Yataklı tedavi kurumlarındaki adli tabiplik hizmetlerinin, bağlı semt polikliniği ve benzeri uç birimlerde değil, kuruluşun ana hizmet binasında verilmesi esastır.

f) Adli tabiplik hizmeti veren sağlık kuruluşları, personel ve hizmetin gerektirdiği diğer hususlarda desteklenecektir.

g) Adli tabiplik hizmeti verecek sağlık kuruluşları ile gerektiğinde otopsi hizmeti verecek icapçı personelin ad, soyad ve iletişim bilgilerini içeren listeler, mesai saatleri içi ve dışı için ayrı ayrı bilgi ihtiva etmek üzere ve aylık olarak düzenlenecek ve Cumhuriyet başsavcılıklarına gönderilecektir.

3. ADLİ VAKALARIN MUAYENESİ VE RAPOR TANZİMİ 3.1. ORTAK HÜKÜMLER

Yasal çerçeve

3.1.1. Adli vakalar iki kategoride ele alınacak,

a) Bir suça ilişkin olarak şüpheli veya sanık ile mağdur ve diğer kişilerin beden muayenesi, bu kişilerin vücudundan örnek alınması ve muayene sonucunda rapor tanzimi, CMK'nın yukarıda sözü edilen maddelerinde ve bu Kanuna istinaden çıkarılan *Ceza Muhakemesinde Beden Muayeneri, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelikte* yer alan hükümlere göre,

b) Kolluk kuvvetlerince zor kullanılarak yakalanan veya yakalanıp gözaltına alınan kişilerin sağlık kontrolü ve rapor tanzimi *Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği*'nin Sağlık Kontrolü başlıklı 9'uncu maddesinde yer alan hükümlere göre yapılacaktır.

3.1.2. Bunların yanında, adli vakaların muayenesinde tıbbi deontoloji kurallarına titizlikle uyulacaktır.

Adli vakaların yetkili resmi mercilerce gönderilme zorunluluğu

3.1.3. Adli muayene ve sonucunda rapor tanzimi işleminin, yetkili bir resmi makamın usulünce talebi üzerine yapılması esastır. Bu çerçevede, muayene ve sonucunda rapor tanzimi için adli vaka olarak tabibe gönderilen kişinin gönderilme işleminin, Kanunda belirtilen adli makamlarca yapılması gerekir. Muayene ve rapor tanzimi isteme yetkisi, olayın mahiyeti (yakalama, gözaltına alma, soruşturma veya kovuşturma), muayenesi istenilen kişinin sanık, şüpheli veya mağdur olması ve yapılması istenen tıbbi işleme göre değişmektedir.

3.1.4. *Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik* kapsamındaki vakalarda,

a) *Şüpheli veya sanık* üzerinde *iç beden muayenesi* yapılabilmesi ya da vücudundan kan veya benzeri biyolojik örneklerle saç, tırnak veya tükrük gibi örneklerin alınabilmesi için, hâkim, mahkeme veya gecikmesinde sakınca bulunan hallerde Cumhuriyet savcısının karar ve istemi gerekir. Cinsel organlar ve anüs bölgesinde yapılacak muayeneler de iç beden muayenesi kapsamında değerlendirilecektir. *Şüpheli veya sanık* üzerinde *dış beden muayenesi*, hâkim, mahkeme veya Cumhuriyet savcısı ile emrindeki adli kolluk görevlilerinin talebiyle yapılabilir.

b) *Mağdurun* vücudu üzerinde dış ve iç beden muayenesi yapılabilmesi ya da kan veya benzeri biyolojik örneklerle saç, tırnak veya tükrük gibi örneklerin alınabilmesi için, hâkim, mahkeme veya gecikmesinde sakınca bulunan hallerde Cumhuriyet savcısının karar ve istemi gerekir.

c) *Genital muayene taleplerinde* mutlaka hâkim, mahkeme veya gecikmesinde sakınca bulunan hallerde Cumhuriyet savcısının karar aranacaktır.

d) *Çocuğun soybağının araştırılması* amacıyla yapılacak işlemler için, hâkim veya mahkeme kararı veya gecikmesinde sakınca bulunan hallerde Cumhuriyet savcısının karar gerekir.

e) Suçun aydınlatılmasını sağlamak amacıyla *şüpheli, sanık veya diğer kişilerin kendi rızaları ile başvuruları halinde*, soruşturma safhasında Cumhuriyet savcısının, kovuşturma aşamasında hâkim veya mahkeme kararı ile tıbbi muayeneleri yapılabilir ya da vücutlarından örnek alınabilir.

3.1.5. *Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği*'nde belirtilen hallerde yakalanan kişinin gözaltına alınacak olması veya zor kullanılarak yakalanması durumunda tabipçe yapılması öngörülen sağlık kontrolü, Cumhuriyet savcısı ile emrindeki adli kolluk görevlilerinin talebiyle yapılacaktır.

Muayene yapmaya ve rapor tanzimine yetkili kişiler

3.1.6. Adli vakaların muayenesi ve rapor tanzimi işlemi, mutlaka tabiplik yapma yetkisine sahip kişilerce ve muayeneyi yapanın çalıştığı kurumun bu işe uygun bir mekânında yapılacaktır.

CMK doğrultusunda (Madde 77) kadın muayenesi, istemi halinde ve olanaklar elverdiğinde bir kadın tabip tarafından yapılacaktır. Muayene edilecek kadının talebine rağmen bir kadın tabibin bulunmasına olanakların elvermediği durumlarda, muayene sırasında tabip ile birlikte bir başka kadın sağlık mesleği personelinin bulundurulmasına özen gösterilecektir.

Fizik kimliğin tespiti açısından, kişinin ağzındaki dişlerin incelenmesi ve diş izlerinin alınması diş tabibi tarafından yapılacaktır.

Kişilerin dış beden muayenesi kapsamında değerlendirilebilecek tıbbi görüntüleme, laboratuvar tetkikleri ve benzeri işlemler, tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir yetkili kişi tarafından da yapılabilir.

Adli vakaların işlem önceliği

3.1.7. Sağlık kuruluşlarında, acil vakalar hariç olmak üzere, adli vakaların muayenesine ve rapor tanzimine öncelik tanınacaktır.

3.1.8. Adli vakaların muayene ve rapor tanzimi işlemlerinin CMK (Madde 332) doğrultusunda en geç 10 gün içinde sonuçlandırılarak gönderen adli makama bildirilmesi gerekmektedir. Muayene sonucunda düzenlenen raporun ilgili adli makama en kısa sürede gönderilmesi esas olmakla beraber, tanıya yönelik tetkik işlemlerin uzaması ve bu sürenin aşılması söz konusu ise, aynı süre içinde durum gerekçeleri ile birlikte ilgili adli makama bildirilecektir.

Tabibin bilirkişi olarak davete icap zorunluluğu, ilk değerlendirme ve sevk durumu

3.1.9. Cumhuriyet savcısı, hâkim veya mahkeme tarafından adli vakanın muayenesi talep edilen sağlık kuruluşunda görevli tabip, CMK kapsamında resmi bilirkişi olarak bu görevi kabul etmek zorundadır.

3.1.10. Vaka değerlendirilerek, tespit edilen bulgular ışığında mümkünse rapor düzenlenmesi yoluna gidilecektir. Ancak, canlı adli vakaların veya cesetlerin muayenesi sonucunda, vakanın olanakları daha fazla olan bir kuruluşa sevk edilmesi, bazı uzmanlardan konsültasyon istenmesi, bir adli tıp uzmanına, Adli Tıp Kurumu veya üniversitelerin adli tıp ile ilgili bölüm veya birimlerine gönderilmesi gerekebilir. Böyle bir durumda bilirkişi sıfatı ile tabip, kendisini görevlendiren Cumhuriyet savcısı, hâkim veya mahkemeye durumu gerekçeli olarak anlatacak veya rapor edecektir. Cumhuriyet savcısı veya mahkeme ya da hâkimin bu görüşü kabul etmemesi halinde, yasal zorunluluk olarak adli makamların talebi doğrultusunda hareket edilecek; ancak, vakanın sevk edilmesinin daha uygun olacağı yönündeki bilirkişi görüşünün raporda yer alması sağlanacaktır.

3.1.11. Adli vakanın şevki durumunda, bu Genelgenin Adli Raporların Düzenlenmesi başlıklı bölümündeki şevkle ilgili hususlara uyulacaktır.

Adli vakalarda tıbbi gerekliliklerle yapılması gerekli muayene ve tedaviler

3.1.12. Adli vakalarda, kişinin sağlık durumunun gerekliliklerine göre, kişinin hayatını ve sağlığını korumaya yönelik olarak, Cumhuriyet savcısı veya hâkim kararı aranmaksızın tıbbi muayene ve tedavi amaçlı müdahaleler yapılabilir. Ancak, bu muayene ve müdahaleler sırasında, suç delillerinin kaybolmamasına özen gösterilecektir.

3.2. ADLİ VAKALARIN MUAYENESİ

Kimlik Tespiti

3.2.1. Muayene edilmek üzere getirilen kişinin resmi evrakta belirtilen kişi olup olmadığına dikkat edilecek; kişinin kimliği konusunda şüpheye düşülmesi halinde durum derhal Cumhuriyet başsavcılığına bildirilecektir. Kişinin kimliğinin kontrolünde, yasal olarak geçerli bir kimlik belgesi ibrazı esastır. Böyle bir belge ibraz edilememesi halinde, durum raporda belirtilecek ve tıbbi kimlik bilgileri yazılacaktır.

Muayene edilenin bilgilendirilmesi

3.2.2. Muayene edilenin, tabip tarafından muayene ve yapılacak işlemler konusunda bilgilendirilmesi esastır. İlgilinin, buna rağmen muayene yapılmasına ve vücudundan örnek alınmasına rıza göstermemesi halinde, bu durum tutanakla tespit edilerek ilgili adli makama bildirilecek ve gerekli tedbirlerin alınması istenecektir.

Kişilerin sağlığına zarar vermeme

3.2.3. Adli vakalarda muayeneye getirilen kişinin üzerinde beden muayenesi yapılabilmesi ya da vücudundan kan veya benzeri biyolojik örneklerle saç, tırnak veya tükrük gibi örneklerin alınabilmesi için müdahalenin, kişinin sağlığına açıkça ve öngörülebilir zarar verme tehlikesinin bulunmamasına dikkat edilecektir.

Muayenede dikkat edilecek hususlar ve muayene koşulları

3.2.4. Adli vakaların muayenesi ve muayene koşulları ile ilgili olarak uyulacak hususlar şunlardır:

a) Adli vaka olarak sevkedilen kişi, tabip tarafından bizzat görülecek ve muayene edilecektir. Başkasının ifadesine dayanılarak rapor tanzim edilmeyecektir.

b) Muayene ve tetkikler sırasında temel insan hak ve hürriyetleri ile mahremiyete saygı kurallarına mutlaka uyulacaktır.

c) Muayenenin diğer kişilerin göremeyeceği ve duyamayacağı bir ortamda yapılması, muayene esnasında tabip ile muayene edilen kişinin yalnız kalmaları ve muayenenin hekim-hasta ilişkileri çerçevesinde gerçekleştirilmesi esastır. Gözaltı işlemi nedeniyle yapılan muayenelerde buna özellikle dikkat edilecek; diğer muayenelerde tabibin gerek görmesi halinde bir sağlık mesleği mensubu personel muayene ortamında hazır bulundurulabilecektir.

Ancak tabip, kişisel güvenlik endişesi ile muayenenin kolluk görevlisinin gözetiminde yapılmasını isteyebilir. Bu durumda, tabibin isteği belgelendirilerek yerine getirilecektir.

Muayenenin kolluk görevlisinin gözetiminde yapılması ve muayene edilenin talebi halinde, müdafii de -muayenede gecikmeye neden olmamak kaydıyla- muayene sırasında hazır bulunabilecektir.

d) Muayene edilecek kişi kadınsa ve talebine rağmen bir kadın tabibin bulunması mümkün olmamışsa, tabip ile birlikte bir başka kadın sağlık mesleği mensubu personel muayene ortamında bulundurulacaktır.

e) Muayene, kişinin bütün vücudu üzerinde yapılmalıdır. Rapor yazımında yardımcı olmak üzere, muayene bulguları kısaca not alınmalıdır.

f) Muayeneyi yapan tabip, bütün adli vakalarda ve özellikle gözaltına alınmış kişilerin muayenesi esnasında TCK'da yer alan işkence (Madde 94), neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence (Madde 95) ve eziyet (Madde 96) suçlarının işlendiği yolunda herhangi bir bulguya rastlaması halinde, durumu derhâl Cumhuriyet savcısına bildirecektir. Bu durumda Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmeliğin 7'nci ve 8'inci maddesine göre işlem yapılacaktır.

g) Adli vakalarda, suçun aydınlatılmasına katkıda bulunabilecek delil ihtiva etmesi muhtemel elbise ve benzeri materyalin saklanması için gerekli tedbirler alınmalı veya tedbirlerin alınması hususu kolluk kuvvetlerine hatırlatılmalıdır.

Numune alınması ve iletilmesi

3.2.5. Muayene edilen kişinin bedeninden numune alınması gerekiyorsa, bu işlem usulünce yapılacak; alınan numunelerin kurum içi veya başka bir kuruma gönderilmesi sırasında örneklerin değiştirilmemesi ve dış koşullardan etkilenip bozulmaması için gerekli önlemler alınacaktır.

3.3. ADLİ RAPORLARIN DÜZENLENMESİ

Raporların tanziminde dikkat edilecek hususlar

3.3.1. Raporların tanziminde aşağıdaki hususlara titizlikle dikkat edilecektir:

a) Adli raporlar, bütünüyle muayeneyi yapan tabibin tespit ettiği objektif bulgulara, konsültasyonlar ve tetkik sonuçlarının incelenmesi ile mesleki bilgileri ışığında yapacağı değerlendirmelere dayanmalıdır ve tarafsız olmalıdır.

b) Adli raporlar, kesinlikle resmi makamların istek yazısının altına yazılmamak, ayrı bir rapor olarak düzenlenmelidir.

c) Raporlar el yazısı ile tanzim edilebileceği gibi, daktilo veya bilgisayar çıktısı şeklinde de olabilir. El yazısı kullanılmışsa okunaklı olmalıdır. Özellikle sonuç kısmında anlaşılır ve sade bir dil kullanılmalıdır. Kelimeler, özellikle tıbbi terimler, kısaltma yapılmadan tam olarak yazılmalıdır.

d) Adli rapor formları eksiksiz olarak doldurulmak; olayın öyküsü, kişiye ait özgeçmiş ve fizik muayene bulguları, muayene tarihi ile saati ve varsa yapılan konsültasyon değerlendirmeleri açıkça belirtilmelidir. Raporda, saptanan bulguları, varsa travmatik lezyonlara ve yapılmışsa tetkik sonuçlarına ayrıntılı olarak yer verilmelidir. Adli değerlendirmede "yaşamsal tehlike" kararı verildi ise, karara dayanak teşkil eden bulgular raporun sonuç kısmında mutlaka belirtilmelidir. Adli makamlar tarafından sorulan sorular muhakkak cevaplanmalıdır. Sorulmamış olmakla birlikte adli soruşturmanın boyutunu etkileyebilecek durumlar da rapora yazılmalıdır.

e) Muayenesi yapılan kişinin alkollü olup olmadığı dikkate alınmalı; tabipçe gerekli görülmesi, adli makamın veya kolluğun talebi halinde kişinin alkollü olup olmadığı usulünce tespit edilerek sonucuna raporda yer verilmelidir.

f) Raporun ilk sayfasında sağlık kuruluşunun ismi; raporun her sayfasında muayene edilen kişinin adı, soyadı ve raporu düzenleyen tabibin parafı veya imzası; raporun sonunda okunaklı olarak raporu düzenleyen tabibin adı, soyadı, diploma numarası ve imzası ile kurumun adı ve okunaklı olarak kurum mührü bulunmalıdır.

g) Adli kanıt niteliği taşıyan tetkik sonuçları ve grafilerin aslı, muayene edilen kişinin kendisine verilmemeli ve ilgili mevzuatta belirtilen süreyle arşivde saklanmalıdır. Bu materyallerin, özellikle grafilerin üzerinde muayene edilenin adı, soyadı ve kayıt numarası silinmeyecek ve değiştirilmeyecek şekilde yer almalıdır.

Adli vakanın bir başka sağlık kuruluşuna sevk edilmesi durumunda veya tetkik sonuçları ile tıbbi belgelerin düzenlenen adli raporun ekinde yer alması gerektiğinde, bu belgeler asıl belge niteliğinde değilse, örnekler "aslı gibidir" ibaresi konularak onaylanmalıdır.

Muayene edilen kişinin, tetkik sonuçlarının veya çekilen grafilerin kendisine verilmesini talep etmesi halinde, asıl belgeler ve grafiler sağlık kuruluşunda korunmak kaydıyla, kişiye bu tetkik sonucu veya mümkünse grafilerin bir örneği verilmelidir.

h) Adli vaka bir başka sağlık kuruluşundan sevk edilerek gelmişse, gönderen kuruluşça düzenlenen geçici rapor incelenmeli; ancak, sevk edilen kurumca yapılan işlemler ve değerlendirmeler geçici rapor üzerinde değil ayrı bir rapor olarak tanzim edilmelidir.

h) Tespit edilen bulgular ışığında mümkünse kesin rapor düzenlenmesi yoluna gidilmelidir. Ancak, mevcut muayene ve laboratuvar bulguları kişi hakkında kesin rapor düzenlemek için yeterli değilse, ayrıntılı *geçici rapor/durumu bildirir rapor* düzenlenerek muayenesi ve kesin rapor düzenlenmesi için hastanın bir üst sağlık kuruluşuna şevki yapılmalıdır. Vakanın sevk edilmesi durumunda, düzenlenen geçici raporun bir nüshasının sağlık kuruluşunda saklanması ihmal edilmemelidir.

i) Düzenlenen raporlar adli rapor kayıt defterine, raporun sonuç kısmındaki değerlendirmeler yer alacak şekilde kaydedilmelidir.

Yeni TCK'ya göre adli raporların tanzimi

3.3.2. Yeni TCK, *adli travmatoloji* açısından eski TCK'ya göre kısmen farklı tanımlar getirmekte olup; bu durum, adli raporların düzenlenmesinde kısa vadede sorunlar yaşanmasına neden olabilir. Bu nedenle, adli tabiplik hizmeti veren personele yeni TCK'ya göre adli vakaların değerlendirilmesi ve rapor tanziminde yol gösterici olmak ve ayrıntılı bilgi vermek üzere hazırlanan ve rapor örnekleri de ihtiva eden bir rehber (Yeni TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ve Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber) Ek 1'de gönderilmektedir.

Rehberde ayrıntılı şekilde anlatılmakla beraber, yeni TCK'ya göre raporların tanziminde ortaya çıkan farklılıklar aşağıda özetle belirtilmiş olup; raporların artık bu hususlar doğrultusunda düzenlenmesine dikkat edilmelidir:

a) Yeni TCK'da tanımlanan yaralama suçlarının büyük kısmı eski TCK'da yer alanlarla benzer veya karşılaştırılabilir nitelikte iken, bazı suçlar ise eski TCK'da yer almayan tamamen yeni tanımlamalardır. Bunlar, yeni TCK'nın 86'ncı maddesinin ikinci fıkrasında sözü edilen *basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma* ve 87'nci maddesinin üçüncü fıkrasında sözü edilen *vücutta kemik kırılmasına neden olan yaralamada*. Eski TCK'da yer alan *mutad iştigale devam edememe/mutad iştigalden mahrumiyet* kavramı ise yeni TCK'da yer almamaktadır. Eski TCK'da yer alan kavramların büyük kısmı yeni TCK'da Türkçeleştirilerek korunmuştur. Mesela, hayati tehlike, *yaşamı tehlikeye sokan durum*; çehrede sabit eser, *yüzde sabit iz*; uzuv zaafı, *organlardan veya duyulardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması* şeklinde yer almaktadır.

b) Yeni TCK'da tanımlanan *basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma*, Kanunda öngörülen en hafif yaralama suçunu oluşturmaktadır. 87'nci maddenin birinci ve ikinci fıkrası *kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış hallerini* içermekte olup; üçüncü fıkrada, *kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması* haline ilişkin ayrı bir düzenleme yapılmıştır.

c) Özetle, adli raporlarda, varsa travmanın sonucu artık *mutad iştigale devam edememe/mutad iştigalden mahrumiyet/iş ve güçten geri kalma* şeklinde tanımlanmayacak; bunun yerine *basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikte olduğu/olmadığı* değerlendirmesi yapılacak; *yaşam tehlikeye sokan bir durum olup olmadığına* mutlaka yer verilecek; ayrıca, saptanmışsa *yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış diğer halleri* ayrı ayrı belirtilecektir. Keza, *kemik kırığı* saptanmışsa tanımlanacak ve hayati fonksiyonlara etkisi belirtilecek; birden fazla kırık varsa skorlama yapılarak ağırlığı hesaplanacaktır. Bütün bu durumlara ilişkin ayrıntılı bilgi Rehberde yer almaktadır.

Kullanılacak adli rapor formları

3.3.3. Adli rapor tanziminde Ek 2'de yer alan formlar kullanılacaktır. Bu formların düzenlenmesinde yukarıda belirtilen hususlara titizlikle riayet edilecektir.

Rapor tanziminde sağlık müdürlüğü tarafından ikdeki ihtiyaç miktarına göre topluca bastırılan formlar kullanılabileceği gibi, raporlar sağlık kuruluşlarınca bilgisayar çıktısı şeklinde de düzenlenebilecektir.

Raporların tanzimi ve adli makamlara iletilmesi

3.3.4. Adli raporlar üç nüsha olarak düzenlenecektir. Her bir nüshanın verileceği merci, vakanın *Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik* veya *Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği* kapsamında olmasına göre farklılık arzetmekte olup; muayene için getirilen kişinin hangi kapsamda olduğu sevk evrakında belirtilmemişse getiren kolluk kuvvetinden sorularak öğrenilecek ve raporun dağıtımı şu şekilde yapılacaktır:

a) Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik kapsamında bir suça ilişkin olarak şüpheli veya sanık ile mağdur ve diğer kişilerin beden muayenesi, bu kişilerin vücudundan örnek alınması ve muayene sonucunda rapor tanzimi isteniyorsa, raporun bir nüshası sağlık kuruluşunda kalacak, muayene sonrasında hemen rapor tanzim edilmesi mümkün ise iki nüshası kapalı ve mühürlü zarf içerisinde ilgili hâkimliğe, mahkemeye veya Cumhuriyet başsavcılığına iletilmek üzere getiren kolluk görevlisine teslim edilecek, ileri tetkik ve benzeri nedenlerle hemen rapor tanzimi mümkün değilse raporun iki nüshası kapalı ve mühürlü bir zarf içinde sağlık kuruluşunca ilgili adli makama en kısa sürede iletilecektir.

b) Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği kapsamında, kolluk kuvvetlerince zor kullanılarak yakalanan veya yakalanıp gözaltına alınan kişilerin sağlık kontrolü amacıyla muayene ve rapor tanzimi istenmesi durumunda,

- *Yakalama veya nezarethaneye giriş durumu sözkonusu ise,* raporun bir nüshası sağlık kuruluşunda alıkonacak, ikinci nüshası gözaltına alınan kişiye, üçüncü nüshası ise soruşturma dosyasına eklenmek üzere ilgili kolluk görevlisine verilecektir.
- *Gözaltı süresinin uzatılması veya yer değişikliği ya da nezarethaneden çıkış sözkonusu ise,* raporun bir nüshası sağlık kuruluşunda saklanacak, iki nüshası ise raporu düzenleyen sağlık kuruluşunca kapalı ve mühürlü zarf içerisinde ilgili Cumhuriyet başsavcılığına en seri şekilde gönderilecektir. Bu raporların gönderilme şekli ve sıklığı sağlık kuruluşunun iş yükü, yerleşim biriminin büyüklüğü ve ulaşım imkânları dikkate alınarak şu vasıtalarla yapılabilir: Sağlık kuruluşunca görevlendirilecek bir personel, taahhütlü posta veya APS, imkânlar varsa Elektronik İmza Kanunu uygulaması esaslarına göre elektronik ortamda.

3.3.5. Raporların düzenlenmesinde ve adli makamlara gönderilmesinde gizlilik kurallarına uyulacak ve bu amaçla gerekli tedbirler alınacaktır.

3.3.6. Sağlık kuruluşunda saklanması gereken rapor nüshalarının korunması için ilgili mevzuata göre gerekli tedbirler alınacaktır.

4. ÖLÜ KİMLİĞİNİ BELİRLEME, OTOPSİ VE ÖLÜ MUAYENESİ

4.1. Adli tabiplik hizmeti kapsamında tabipler, Cumhuriyet savcılarınca CMK'nın 86'ncı maddesine göre *ölü kimliğini belirlemek ve adli muayene yapmak*, 87'nci maddesine göre *otopsi yapmak*, 88'inci maddesine göre *yeni doğanın cesedinin adli muayenesini veya otopsisini yapmak* ve 89'uncu maddesine göre de *zehirlenme şüphesi üzerine inceleme yapmak* üzere görevlendirilebilir. Bu durumlarda CMK'nın sözü edilen maddeleri ile meslekî ve adli tabiplik bilgilerine göre işlem yapılacaktır.

4.2. Umumî Hıfzıssıhha Kanunu'nda, cenazelerin demi için defin ruhsatı düzenlenmesi zorunlu kılınmıştır (Madde 215-218). Bu doğrultuda, ölü muayenesi ve defin ruhsatı düzenlenmesi işlemi aşağıdaki esaslara göre yapılacaktır:

a) Ölünün muayenesi ve defin ruhsatı düzenleme işleminin, belediye tabibinin bulunduğu yerleşim yerlerinde, varsa bu tabiplerce yapılması esastır. Belediye tabibinin olmadığı yerlerde bu işlem, ölüm olayı kişinin bağlı bulunduğu sağlık ocağı bölgesinde meydana gelmişse ilgili sağlık ocağı tabibince; değilse o yerleşim biriminde otopsi hizmeti vermek üzere görevlendirilmiş tabiplerce yerine getirilecektir. Sağlık ocağı bulunmayan beldelerde ve köylerde Kanunda belirtilen esaslara göre Valilikçe belirlenmiş ve ilan olunmuş görevlilerce ölülerin muayenesinden sonra defin ruhsatı verilebilecektir. Vatandaşların bu konuda mağdur edilmemesi için, adlî tabiplik hizmetleri kapsamında sağlık müdürlüklerince gerekli düzenlemeler yapılacak ve önlemler alınacaktır.

b) Resmî tabiplerce tasdik edilmek şartıyla, ölüme sebep olan hastalık esnasında tedavi eden tabip tarafından ve ölüm olayı hastanede meydana gelmişse bu kurum tarafından da defin ruhsatı düzenlenebilir.

c) Ölüm olayının adlî yönü olduğu veya bir bulaşıcı hastalık sonucu meydana geldiği düşünülüyorsa, ilgili adlî makamlar veya mahallî sağlık idaresi haberdar edilecektir.

5. MUHTELİF HUSUSLAR

Adlî tabiplik hizmetleri ile ilgili mevzuat derlemesi

5.1. Bu Genelge ile adlî tabiplik hizmetlerinin sunumunda uyulacak genel ilkelerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Yol gösterici olması düşüncesiyle, adlî tabiplik hizmetleriyle doğrudan ilgili bir mevzuat derlemesi Ek 3'de gönderilmektedir.

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirme mecburiyeti

5.2. TCK'da (Madde 280) sağlık mesleği mensupları (tabipler, diş tabipleri, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler), görevlerini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmaları durumunda, bunu yetkili makamlara gecikmeksizin bildirmekle yükümlü kılınmıştır. Bu nedenle tabipler, adlî vaka olarak değerlendirilebilecek yaralanma ve benzeri durumları, ihbaren adlî makamlara bildirmek ve adlî makamlarca gerekli görülürse bu Genelge hükümlerine göre işlem yapmak durumundadır.

Bilirkişi tabiplerin mahkemeye çağrılması

5.3. CMK'ya göre (Madde 214) tabipler, muayene ettikleri ve rapor düzenledikleri adlî vakalar hususunda açıklamada bulunmak üzere mahkemeye çağrılabilir. Bu durumda ilgili tabibin görüş bildirmek üzere mahkemeye gitmesine bağlı bulunduğu sağlık kuruluşunun idaresince müsaade edilecektir.

Mahkûmların muayenesi

5.4. *Mahkûmların sağlık muayeneleri* sıklıkla adlî vakaların muayenesi ile karıştırılmakta olup, mahkûmların gerek herhangi bir hastalık durumunda muayene işlemleri ve gerekse adlî vaka olarak muayeneleri kendi özel mevzuat hükümlerine göre yapılacaktır.

6. YÜRÜRLÜKTEN KALDIRILAN MEVZUAT

20.09.2000 tarihli ve B100TSH0130000-13243 (2000/93) sayılı Genelge ile 20.12.2001 tarihli ve B100TSH01300002-8597 sayılı Makam oluru ile yürürlüğe giren Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'nin Adlî Hekimlik Hizmetleri başlıklı 106'ncı maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

İlinizdeki adli tıp hizmetlerinin, bu Genelgede belirtilen hususlar dikkate alınarak ve insan haysiyeti ile temel hak ve hürriyetlerin mahiyetine uygun olarak yürütülmesini; böylelikle bu hizmet ile ilgili olarak ulusal ve uluslararası yargı kuruluşları ve diğer kuruluşlar nezdinde oluşabilecek problemlere ve sağlık personeli hakkında ileri sürülebilecek haksız ithamlara mahal verilmemesini; getirilen düzenlemelerin adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan tüm kurum ve kuruluş sorumlularına ve uygulayıcılarına tebliğini ve söz konusu düzenlemelerin aciliyet ve hassasiyetle uygulamaya konulmasını önemle rica ederim.

Prof.Dr.Recep AKDAĞ
Bakan

EKLER:

1) Yeni TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ve Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber (18 sayfa)
2) Adli Rapor Formları (Açıklamalar dâhil 20 sayfa)
3) Adli Tabiplik Hizmetleri İle Doğrudan İlgili Mevzuat (13 sayfa)

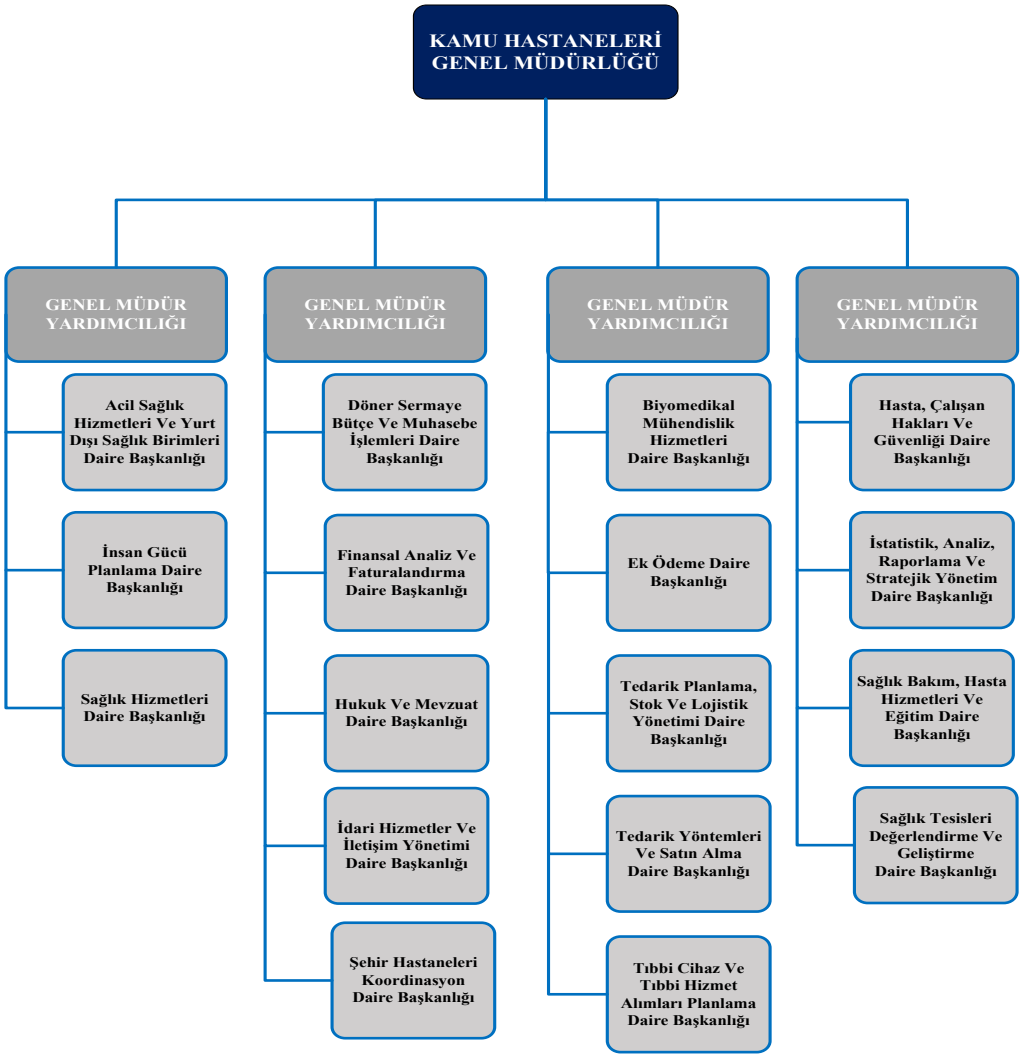
DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

7 KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

7. KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

7.1 TEŞKİLAT ŞEMASI



Şekil 8: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması

Kurumsal Web Adresi	Kurumsal e-posta Adresi	Kurumsal Telefon
https://khgm.saglik.gov.tr/	khgm.iletisim@saglik.gov.tr	0 312 565 00 00- 01

7.2 YÖNERGELER

7.2.1. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Kapsamında Sağlık Bakanlığında Görev Yapan Sözleşmeli Personel Ek Ödeme Yönergesi

663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Kapsamında Sağlık Bakanlığında Görev Yapan Sözleşmeli Personel Ek Ödeme Yönergesi

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam
MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 42 nci maddesi uyarınca sözleşmeli statüde istihdam edilen personele döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemektir.

Dayanak
MADDE 2- (1) Bu Yönerge, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 42 nci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar
MADDE 3- (1) Bu Yönergede geçen;
a) (Mülga: Makam Onayı 26/11/2025 - E-11045126-010.04-296331116)
b) Aktif çalışılan gün katsayısı: O dönem içindeki toplam gün sayısından çalışılmayan günlerin çıkarılması sonucu bulunan çalışılan gün sayısının, o dönem içindeki toplam gün sayısına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı,
c) Bakan: Sağlık Bakanını,
ç) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
d) Bölge gelişmişlik katsayısı: Müdürlükler için Ek-3, ilçe sağlık müdürlükleri ve sağlık tesisleri için Ek-4 sayılı tabloda yer alan katsayıyı,
e) Çalışılmayan günler: Resmî tatil günleri ile görevi sırasında veya görevinden dolayı Bakanlıkça ilan edilmiş bulaşıcı ve salgın hastalığa yakalanan, kazaya, yaralanmaya veya saldırıya uğrayanların bu durumlarını sağlık raporuyla belgelendirmesi ve amirince onaylanması halinde kullandıkları hastalık izin süreleri haricindeki tüm çalışılmayan günleri,
f) Hizmet sınıfı katsayısı: Bakanlığa bağlı sağlık tesisleri için 6 ncı maddede belirtilen şekilde hesaplanan katsayıyı,
g) İl grubu katsayısı: Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre toplam il nüfusuna karşılık gelen Ek-6 sayılı tabloda yer alan katsayıyı,
ğ) İlçe grubu katsayısı: Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre toplam ilçe nüfusuna karşılık gelen Ek-7 sayılı tabloda yer alan katsayıyı,
h) (Mülga: Makam Onayı 26/11/2025 - E-11045126-010.04-296331116)
ı) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,
i) İl Sağlık Müdürlüğü Birimleri: İlçe sağlık müdürlükleri, il ambulans servisi başhekimliklerini,
j) Müdürlük katsayısı: İl/ilçe grubu katsayısının % 80'i ile il/ilçe bölge gelişmişlik katsayısının % 20'sinin toplamından oluşan katsayıyı,
k) Ödeme dönemi: Bir yıl içerisinde döner sermaye ek ödemesinin yapılacağı aylık dönemleri,
l) Sağlık tesisi: Üniversiteler ile birlikte kullanılan hastaneler de dâhil olmak üzere Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı merkezleri ile diş hastanelerini,

m) (Mülga: Makam Onayı 26/11/2025 - E-11045126-010.04-296331116)

n) Sağlık tesisi katsayısı: Hizmet sınıfı katsayısının **(Değişik: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** %80'i, sağlık tesisi bölge gelişmişlik katsayısının % 20'sinin toplamından oluşan katsayıyı,

o) Sözleşmeli personel: 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 42 nci maddesi uyarınca sözleşmeli statüde istihdam edilen personeli,

ö) Tavan ek ödeme tutarı: Ek-1 sayılı tabloda yer alan tavan ek ödeme oranlarının 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasına göre belirlenen tavan ücret ile çarpımı sonucu bulunan tutarı,

p) TDMS: Tek Düzen Muhasebe Sistemini,

r) **(Mülga: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)**

s) Unvan katsayısı: Ek-2 sayılı tabloda yer alan katsayıyı,

ş) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** Finansal karne katsayısı: Sağlık tesislerinin finansal puanlarına karşılık gelen katsayıyı,

(t) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** GÖREN: Sağlık hizmetlerinin etkinliğini, verimliliğini ve kalitesini artırmayı hedefleyen; vatandaşın ve sağlık çalışanlarının memnuniyetini esas alan izleme ve değerlendirme sistemini,

(u) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** İl değerlendirme doğruluk katsayısı: İl sağlık müdürlüğü tarafından sağlık tesisi değerlendirme standartlarına göre yapılan il değerlendirmesi ile Bakanlık merkezi değerlendirmesi arasındaki puan sapmasına göre belirlenen katsayıyı,

(ü) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** İl Sağlık Müdürlüğü Performans Katsayısı: Brüt ek ödeme tutarının hesaplanmasında kullanılan GÖREN İl Sağlık Müdürlüğü puan katsayısı ile il değerlendirme doğruluk katsayısının çarpımı sonucu oluşan katsayıyı,

(v) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** Kalite veya akreditasyon puan katsayısı: Bakanlık ilgili birimleri tarafından yapılan kalite değerlendirmesi veya akreditasyon denetimi sonucuna karşılık gelen katsayıyı,

(y) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** Nihai sağlık tesisi değerlendirme puanı katsayısı: Nihai sağlık tesisi değerlendirme puanına karşılık gelen katsayıyı,

(z) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** Sağlık tesisi performans katsayısı: Brüt ek ödeme tutarının hesaplanmasında kullanılan nihai sağlık tesisi değerlendirme puanı katsayısı, kalite veya akreditasyon puan katsayısı ile finansal karne katsayısının çarpımı sonucu oluşan katsayıyı,

aa) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** SİNA: Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler,"

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Sözleşmeli Olarak Görev Yapan Personele Yapılacak Ek Ödemenin Tespitine İlişkin Usul ve Esaslar

Temel esaslar

MADDE 4- (1) Sözleşmeli personelden İl Sağlık Müdürü, İlçe Sağlık Müdürü, Başkan, Başkan Yardımcısı, 112 İl Ambulans Servisi Başhekimi ve Başhekim Yardımcısı ile Uzman olarak istihdam edilen personele müdürlük döner sermaye bütçesinden, diğer sözleşmeli personele ise bağlı bulunduğu sağlık tesisinin döner sermaye bütçesinden ek ödeme yapılır.

(2) 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Kanunun ek 3 üncü maddesi uyarınca yapılan ek ödeme brüt tutarı bu Yönerge uyarınca aynı aya ilişkin olarak yapılacak ek ödeme brüt tutarından mahsup edilir.

(3) **(Değişik: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** Sözleşmeli personel sözleşme imzaladığı müdürlük, ilçe sağlık müdürlüğü veya sağlık tesisi dışında görevlendirilemez. Ancak, il sağlık müdürü, ilçe sağlık müdürü ve başhekim olarak görev yapanlar dışındaki sözleşmeli personel, ihtiyaç halinde Bakanlığın ve bağlı kuruluşlarının merkez

teşkilatında daire başkanı ve daha üst yönetici kadrolarında süreli olarak görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilen personele sözleşme imzaladıkları müdürlük veya sağlık tesisinden bu Yönergenin 8 inci maddesinde belirtilen esaslar çerçevesinde ek ödeme yapılır. Söz konusu personelin ek ödeme hesaplamasında müdürlük katsayısı, sağlık tesisi katsayısı dikkate alınmaz. Performans katsayısı olarak personelin sözleşme imzaladığı pozisyona göre İl Sağlık Müdürlüğü Performans Katsayısı ortalaması veya Sağlık Tesisi Performans Katsayısı ortalaması baz alınır. Türkiye ortalaması hesaplanmadığı dönemlerde katsayı "1" olarak uygulanır.

(4) Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, izlenmesi ve bu kapsamda eğitim ve proje çalışmaları için, yılda toplam otuz günü geçmemek üzere görevlendirilenlere yapılacak ek ödemelerin belirlenmesinde, görevlendirildikleri ve fiilen görev yaptıkları günler için aktif çalışılan gün katsayısı dikkate alınmaz.

(5) Her bir müdürlük için istihdam edilecek programcı/çözümleyici ve bilişim uzmanı sayıları toplamı Ek-5 sayılı tabloda yer almaktadır.

(6) Ek ödeme yapılabilecek uzman (muhasebe yetkilisi) ile uzman (muhasebe) sayısı İstanbul için 6'yı, Ankara için 3'ü, İzmir için 2'yi ve diğer iller için 1'i geçemez. Bu sayılarda, il müdürlüklerinin muhasebe hizmetlerinin Bakanlıkça yürütülmesi halinde, ihtiyaca göre her il için 1'i geçmemek kaydıyla artış yapılabilir.

(7) **(Mülga: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)**

(8) Ek-4 sayılı tabloda katsayısı bulunmayan ilçe müdürlükleri ve sağlık tesisleri için bulunduğu ilin il bölge gelişmişlik katsayısı esas alınır.

(9) **(Mülga: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)**

(10) Aynı yerleşke içinde birden fazla hastanenin müşterek yönetimini üstlenen koordinatör başhekimler (Profesör, Doçent, Eğitim Görevlisi-Hekim), koordinatör başhekimlikte görev yapan başhekim yardımcıları (Uzman Hekim, Hekim*, Hekim) ve koordinatör başhekimlikte görev yapan idari ve mali işler müdürü için Ek-2 sayılı tablodaki katsayılar uygulanır.

(11) Doğal afet, savaş, salgın hastalık, seferberlik, yangın vb. olağanüstü hâllere hizmet sunumunu aksatacak düzeyde maruz kalan İl Sağlık Müdürlüğü ve birimleri ile sağlık tesislerinde olağanüstü halin meydana geldiği tarihten itibaren Bakanlığın kararıyla 6 (altı) aya kadar lüzumu halinde ise bu süre Bakan Onayı ile 1 (bir) yıla kadar uzatılmak üzere **(Değişik: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** müdürlük/sağlık tesisi katsayısı "0,95" ve İl Sağlık Müdürlüğü Performans Katsayısı/Sağlık Tesisi Performans Katsayısı "1,10" katsayısına kadar uygulanabilir. Hizmete yeni açılan sağlık tesislerinde ise Müdürlüğün kararıyla sağlık tesisinin hizmete açıldığı tarihten itibaren 6 (altı) ayı geçmemek üzere sağlık tesisi katsayısı "0,95" olarak esas alınır ve Sağlık Tesisi Performans Katsayısı dikkate alınmaz.

(12) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** Ek ödeme hesaplamasına esas performans katsayıları EK-8'de yer almaktadır. EK-8'de yer alan puan ve katsayıların her biri Bakanlık politikalarına göre Bakan onayıyla %6'ya kadar artırılabilir veya azaltılabilir.

(13) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** İlgili dönemde İl Sağlık Müdürlüğü Performans Katsayısı veya Sağlık Tesisi Performans Katsayısına esas EK-8'de yer alan parametrelerden puanı oluşmayan parametrelerin katsayısı "1" kabul edilir.

(14) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** EK-8'de yer alan parametre ve katsayıların kapsamı, yürürlük tarihi, hesaplanması, etki zamanı ve geçerlilik süresi gibi hususlar Bakanlıkça çıkarılacak usul ve esaslara göre belirlenir.

(15) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** Sözleşmeli yöneticilerde ilgili birime veya pozisyona ilk defa sözleşme imzalayan yöneticilerin ilk 4 aylık ek ödeme hesaplamasında performans katsayısı "1" olarak kabul edilir.

(16) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** Tahakkuk tutar aralıkları Bakan onayıyla %300'e kadar artırılabilir.

(17) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** Uzman pozisyonunda görev yapan personelin brüt ek ödeme tutarının hesaplamasında İl Sağlık Müdürlüğü Performans Katsayısı bir çarpan olarak kullanılmaz.

(18) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** EK-8'de yer alan

il değerlendirme doğruluk durumu parametresinde yer alan %15 sapma oranı Bakan onayıyla %10'a kadar düşürülebilir."

Müdürlük katsayısının hesaplanması

MADDE 5- (1) İl/ilçe grubu katsayısının %80'i ile il/ilçe bölge gelişmişlik katsayısının %20'sinin toplanması sureti ile müdürlük katsayısı tespit edilir.

İl Sağlık Müdürlüğü katsayısı= (il grubu katsayısı X 0,80) + (il bölge gelişmişlik katsayısı X 0,20)

İlçe Sağlık Müdürlüğü katsayısı= (ilçe grubu katsayısı X 0,80) + (ilçe bölge gelişmişlik katsayısı X 0,20)

Sağlık tesisi katsayısının hesaplanması

MADDE 6- (1) Bakanlığa bağlı sağlık tesisleri için belirlenmiş olan hizmet sınıfı katsayısının **(Değişik: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** %80'i ile sağlık tesisi bölge gelişmişlik katsayısının %20'sinin toplanması sureti ile sağlık tesisi katsayısı tespit edilir.

Sağlık Tesisi Katsayısı= (Hizmet sınıfı katsayısı X 0,80) + (Sağlık tesisi bölge gelişmişlik katsayısı X 0,20)

(2) **(Mülga: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)**

(3) İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin hizmet sınıfı katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır.

a) Sağlık Tesisi Rol Katsayısı

İlgili sağlık tesisinin, Bakanlık tarafından tescil edilen rol grubuna aşağıdaki tabloda karşılık gelen katsayı, o dönem için sağlık tesisi rol katsayısı olarak esas alınır.

Rol Grupları	Rol Katsayısı
EI	**0,85**
D	**0,88**
C	**0,91**
B	**0,94**
AII ve AII Dal	**0,97**
AI ve AI Dal	**1,00**

b) Sağlık Tesisi Yatak Kapasite Kullanımı Katsayısı

İlgili sağlık tesisinin, Bakanlık tarafından tescil edilen yatak sayısı ile **(Değişik İbare: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** SİNA'dan alınan yatak doluluk oranı verisi kullanılarak yatak kapasite kullanımı verisi hesaplanır ve tabloda bu veriye karşılık gelen katsayı o dönem için sağlık tesisi yatak kapasite kullanımı katsayısı olarak esas alınır.

Yatak Kapasite Kullanımı = Yatak Doluluk Oranı X Yatak Sayısı

Yatak Kapasite Kullanımı*	Yatak Kapasite Kullanımı Katsayısı
0 – 10	**0,85**
11 – 25	**0,88**
26 – 75	**0,91**
76 – 150	**0,94**
151 – 300	**0,97**
301 +	**1,00**

***Yatak Kapasite Kullanımının ondalık sayı olarak çıkması halinde matematiksel olarak en yakın tam sayıya yuvarlanır.**

c) Sağlık Tesisi Tahakkuk Verisi Katsayısı

Sağlık tesisinin ilgili dönem için TDMS'den alınan A2 Raporunda yer alan "ek ödemeye esas gelirler" tutarının, Tahakkuk Tutarı Aralığına karşılık gelen katsayısı o dönem için Sağlık Tesisi Tahakkuk Verisi Katsayısı olarak esas alınır.

(Değişik- Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116) Tahakkuk Tutarı Aralığı* (TL)	Sağlık Tesisi Tahakkuk Verisi Katsayısı
0 –3.000.000	**0,85**
3.000.001 – 8.000.000	**0,89**
8.000.001 – 20.000.000	**0,93**
20.000.001 – 50.000.000	**0,97**
50.000.001 +	**1,00**

***Tahakkuk tutarının kuruşlu olarak çıkması halinde matematiksel olarak en yakın tam sayıya yuvarlanır.**

ç) İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin hizmet sınıfı katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

Hizmet Sınıfı Katsayısı = (Sağlık Tesisi Rol Katsayısı + Sağlık Tesisi Yatak Kapasite Kullanımı Katsayısı + Sağlık Tesisi Tahakkuk Verisi Katsayısı) / 3

(4) Ağız ve diş sağlığı merkezleri ile diş hastanelerinde hizmet sınıfı katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır.

a) ADSM/ Diş Hastanesi Rol Katsayısı

İlgili ADSM/Diş Hastanesinin, Bakanlık tarafından tescil edilen rol grubuna aşağıdaki tabloda karşılık gelen katsayı, o dönem için ADSM/Diş Hastanesi rol katsayısı olarak esas alınır.

Rol Grupları	Rol Katsayısı

D	**0,85**
C	**0,90**
B	**0,95**

b) ADSM/Diş Hastanesi Tahakkuk Verisi Katsayısı

ADSM/Diş Hastanesinin ilgili dönem için TDMS'den alınan A2 Raporunda yer alan "ek ödemeye esas gelirler" tutarının, Tahakkuk Tutarı Aralığına karşılık gelen katsayısı o dönem için ADSM/Diş Hastanesi Tahakkuk Verisi Katsayısı olarak esas alınır.

(Değişik: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116) Tahakkuk Tutarı Aralığı* (TL)	**ADSM/Diş Hastanesi Tahakkuk Verisi Katsayısı**
0 – 7.000.000	**0,85**
7.000.001 – 13.000.000	**0,90**
13.000.001 +	**0,95**

***Tahakkuk tutarının kuruşlu olarak çıkması halinde matematiksel olarak en yakın tam sayıya yuvarlanır.**

ADSM/Diş Hastanesi Hizmet Sınıfı Katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

ADSM/Diş Hastanesi Hizmet Sınıfı Katsayısı = (Rol Katsayısı + Tahakkuk Verisi Katsayısı) /2

Acil servis etkinlik katsayısının hesaplanması

MADDE 7– (Mülga: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)

Ek ödeme tutarının hesaplanması

MADDE 8 – (1) Müdürlük ve ilçe sağlık müdürlüklerinde sözleşmeli olarak görev yapan (112 İl Ambulans Servisi Başhekimi ve Başhekim Yardımcısı dahil) personelin ek ödemesi aşağıdaki şekilde hesaplanır.

Brüt Ek Ödeme Tutarı = Tavan ek ödeme tutarı X unvan katsayısı X müdürlük katsayısı X aktif çalışılan gün katsayısı **(Değişik: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** X İl Sağlık Müdürlüğü Performans Katsayısı (GÖREN İl Sağlık Müdürlüğü puan katsayısı X İl değerlendirme doğruluk katsayısı)

(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116) Uzman pozisyonunda görev yapan personelin brüt ek ödeme tutarının hesaplamasında İl Sağlık Müdürlüğü Performans Katsayısı bir çarpan olarak kullanılmaz.

(2) **(Değişik: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** Sağlık tesislerinde sözleşmeli olarak görev yapan personelin ek ödemesi aşağıdaki şekilde hesaplanır.

Brüt Ek Ödeme Tutarı = Tavan ek ödeme tutarı X unvan katsayısı X sağlık tesisi katsayısı X aktif çalışılan gün katsayısı X Sağlık Tesisi Performans Katsayısı (nihai sağlık tesisi değerlendirme puanı katsayısı X kalite veya akreditasyon puan katsayısı X finansal karne katsayısı)

Şehir Hastanelerinde Koordinatör Başhekimliklerde sözleşmeli olarak görev yapan personelin ek ödemesi aşağıdaki şekilde hesaplanır.

Brüt Ek Ödeme Tutarı = Tavan ek ödeme tutarı X unvan katsayısı X sağlık tesisi katsayısı X aktif çalışılan gün katsayısı X (Koordinatörlüğe bağlı hastanelerin Sağlık Tesisi Performans Katsayısı toplamı/bağlı hastane sayısı)

Şehir hastanelerinde sağlık tesisi performans katsayısına esas parametrelerden koordinatör

başhekimlik düzeyinde hesaplanan parametrelere ait katsayılar koordinatörlük başhekimliğe bağlı hastanelerin her birinin değeri olarak kabul edilir.

(3) **(Mülga: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)**

(4) **(Ek: Makam Onayı 26/11/2025-E-11045126-010.04-296331116)** Performans Katsayısı 0,88'in altında ise 0,88, 1,18'in üstünde ise 1,18 değeri baz alınır. Hesaplamalar sonucunda brüt ek ödeme tutarı tavan ek ödeme tutarını aşması durumunda tavan ek ödeme tutarı baz alınarak ödeme yapılır.

(Ek: Makam Onayı 26/11/2025 - E-11045126-010.04-296331116) Ek ödemelerin muhasebeleştirilmesi

MADDE 8/A (1) İl sağlık müdürlüğü yönetici personelinin ek ödemesi ildeki bağlı tüm sağlık tesislerinin sağlık personeline ait ek ödemeye esas tahakkuklarının Bakanlık tarafından belirlenen tarih aralığında muhasebeleştirilmesi durumunda muhasebeleştirilir.

(2) Sağlık tesisi yöneticilerinin ek ödemesi sağlık tesisi personelinin ek ödemeye esas tahakkuklarının Bakanlık tarafından belirlenen tarih aralığında muhasebeleştirilmesi durumunda muhasebeleştirilir."

Yürürlükten kaldırma

MADDE 9 - (1) 29/03/2019 tarihli ve 122 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Kapsamında Sağlık Bakanlığında Görev Yapan Sözleşmeli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 10 – (1) Bu Yönerge Bakan tarafından onaylandığı tarihten itibaren yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 11 – (1) Bu Yönerge hükümlerini Bakan yürütür.

7.2.2. Sağlık Bakanlığı İhtiyaç Tespit, Planlama ve Stok Yönetimi Yönergesi

BAKAN YARDIMCILIĞI
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
5.11.2025 18:08:10 E-11045126-010.04-293812904
293812904

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Sağlık Bakanlığı İhtiyaç Tespit, Planlama ve Stok Yönetimi Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

Sağlık kuruluşları ile sağlık tesislerinin beşeri tıbbi ürün ve tıbbi sarf malzemelerine yönelik ihtiyaç tespiti, planlama, stok yönetimi ve taşınır işlemlerinde süreçlerin doğru, izlenebilir ve şeffaf yürütülmesi ile uygulama birliğinin sağlanması amacıyla hazırlanan ve ilişikte sunulan "Sağlık Bakanlığı İhtiyaç Tespit, Planlama ve Stok Yönetimi Yönergesi" taslağının yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2025

Dr. Öğr. Üyesi Halim ÖZÇEVİK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2025

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: Sağlık Bakanlığı İhtiyaç Tespit, Planlama ve Stok Yönetimi Yönergesi

SAĞLIK BAKANLIĞI İHTİYAÇ TESPİT, PLANLAMA VE STOK YÖNETİMİ YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Başlangıç Hükümleri

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramadan sürdürülmesini temin etmek, ihtiyaç tespit, planlama, tedarik, depolama, dağıtım ve stok yönetimi süreçlerinde uygulama birliği sağlamak, malzeme kaynaklarının etkin ve verimli kullanımını güvence altına almak, tedarik zinciri ve stok verilerinin şeffaf, ölçülebilir ve denetlenebilir şekilde yönetilmesini sağlamaktır.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, bağlı kuruluşları ve taşra teşkilatı birimlerini kapsar. Tüm taşra teşkilatı birimlerinde taşınırlara ilişkin ihtiyaç tespiti, stok yönetimi, planlama, malzeme devir ve taşınır kayıt işlemleri bu Yönerge hükümlerine göre yürütülür.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge; 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu, 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu, 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu, 10.10.2024 tarihli ve 32688 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Taşınır Mal Yönetmeliği, 04.01.2012 tarihli ve 28163 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği ile Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen,

a) Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS): Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kullanılan bilgi sistemini,

b) Asgari stok miktarı: Sağlık kuruluşları ve sağlık tesislerinin hizmeti aksatmayacak düzeyde belirlenen stok miktarını,

c) Azami stok miktarı: Beşeri tıbbi ürün ile tıbbi sarf mal ve malzemeleri için Bakanlığımız, il sağlık müdürlükleri, sağlık kuruluşları ve sağlık tesislerinde bulundurulmasına izin verilen üst sınır stok miktarını,

ç) Fiili stok düzeyi: Bakanlığımız, il sağlık müdürlükleri, sağlık kuruluşları ve sağlık tesisleri ambarlarında bulunan tüketim malzemeleri için fiili stoku gün cinsinden gösteren değeri, (Fiili stok tutarının günlük ortalama tüketim tutarına oranı ile hesaplanır.)

d) Günlük ortalama talep hızı: İlgili ambardan belirli bir sürede tüketime verilen toplam birim miktarın günlük ortalamasını, (Örneğin A ilacı için 12 adet/gün)

e) İhtiyaç fazlası miktar: İhtiyaca dönük olarak temin edildiği halde, çeşitli nedenlerle sağlık kuruluşunda veya sağlık tesisinde ihtiyaç duyulmayan veya ihtiyacı aşan miktarda bulunan, elden çıkarılmadığı takdirde atıl kalan veya sağlık kuruluşu ile sağlık tesisinin elinde kullanılmaz hale gelerek kamu zararına yol açacağı öngörülen malzemeleri,

f) İl stoku: Sağlık kuruluşları ve sağlık tesislerinin medikal ambarlarında bulunan beşeri tıbbi ürün ile tıbbi sarf mal ve malzemelerini,

g) Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS): Sağlık hizmeti sunucuları tarafından klinik, idari ya da yönetimsel amaçlarla kullanılan, gerektiğinde diğer bilgi yönetim sistemleri ile veri alışverişi yapabilen ve Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri olarak adlandırılan yazılımları,

ğ) Sağlık kuruluşu: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği kapsamındaki ilgili Başkanlıkların altında bulunan ve sağlık tesisleri haricinde sağlık hizmeti veren yerleri,

h) Sağlık tesisi: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerini,

ı) Stok: Tıbbi tetkik, tedavi, acil ve koruyucu sağlık hizmetlerini kesintiye uğratmadan sürdürmek için ambarlarda bulunan beşeri tıbbi ürünler ile tıbbi sarf mal ve malzemelerini,

i) Stok devir hızı: Stokların bir yıl veya hesaplanan dönem içerisindeki devir oranını, (Döneme ait tüketim tutarı ile mali yılın başındaki stok tutarının dönem sonu stok tutarı ortalamasına oranı formülü ile hesaplanır.)

[Tüketim Tutarı/ ((Dönem Başı Stok Tutarı + Dönem Sonu Stok Tutarı) / 2)]

j) Stok fazlası miktar: İlgili mal ve malzeme için azami stok miktarını aşan stok miktarını, (Stok Fazlası Miktar = Fiili Stok Miktarı- Azami Stok Miktarı formülü ile hesaplanır.)

k) Stratejik malzeme listesi: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen ve Ek-1 sayılı liste ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen ve Ek-2 sayılı listede yer alan, asgari ve azami stok miktarları belirlenen mal ve malzemeleri,

l) Talep değerlendirme komisyonu: İhtiyaç tespit komisyonları tarafından onaylanan ve Sağlık Market kapsamı dışında kalan ve temel malzeme listesinde yer almayan mal ve malzeme ihtiyaçlarını değerlendirmek amacıyla İl sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulan komisyonu,

m) Taşınır yönetim sistemi: Bakanlık tarafından belirlenen malzeme, envanter, taşınır işlem kayıtlarının tutulduğu Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi (MKYS), Stok Koordinasyon Sistemi ve benzeri bilgi sistemlerini,

n) Temel malzeme listesi: Sağlık hizmetlerinin sürekliliği için rutin olarak kullanılan, ürün çeşitliliği mümkün olduğunca azaltılmış ve etkin stok yönetimi için standardize edilmiş malzemeleri,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
İhtiyaç Tespit Ve Planlama İşlemleri

Stok yönetim birimleri

MADDE 5- (1) Beşeri tıbbi ürün ile tıbbi sarf malzemesi ve diğer sağlık hizmeti sunumuna yönelik tüketim malzemelerinin tedarik, depolama, dağıtım ve izleme süreçlerinin etkin, verimli ve izlenebilir şekilde yürütülmesi amacıyla il sağlık müdürlükleri bünyesinde, 7/11/2017 tarihli Bakan Oluru ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergenin Ek-1'inde yer alan il gruplarından İ9 hariç tüm illerde kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimi ve tüm illerde destek hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimi oluşturulur. İ9 il grubunda yer alan illerde kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı stok yönetim biriminin görevlerini destek hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimi yürütür.

(2) Acil sağlık hizmetleri başkanlığı ve halk sağlığı başkanlığı bulunan illerde, stok yönetiminden sorumlu en az bir personel görevlendirilir. Acil sağlık istasyonları, aile sağlığı merkezleri ve benzeri alt birimlerde görevli medikal ambar sorumlusundan gelen ilaç ve tıbbi sarf malzemesi talepleri ile stok devir bilgileri, ilgili başkanlıklarda görevlendirilen stok yönetim sorumluları tarafından destek hizmetleri başkanlığına bildirilir. Acil sağlık hizmetleri başkanlığı ve halk sağlığı başkanlıklarından destek hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimine en az bir personel görevlendirilir.

(3) Destek hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimi ve kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimleri:

a) İl genelinde ihtiyaç duyulan mal ve malzemelerin uygunluğunu ve ihtiyaç miktarlarının doğruluğunu değerlendirir.

b) İhtiyaçlar doğrultusunda bütçe yeterliliğini kontrol eder.

b) Stok fazlası ve ihtiyaç fazlası malzeme devir işlem taleplerinin taşınır yönetim sistemi (Stok Koordinasyon Sistemi) üzerinden yönetilmesini sağlar.

c) İhtiyaç planlama, tedarik, teslimat, uygunsuzluk, geri çekme ve blokaj süreçlerinin izlenmesini koordine eder.

ç) Sağlık Market ve diğer alım yöntemlerine ilişkin siparişlerin yönetimini ve kontrolünü sağlar, alım yöntemlerine dair analizleri üst yönetime raporlar.

d) Sağlık Market kapsamındaki mal muayene işlemlerinin, yayımlanan Sağlık Market Mal Muayene Kabul Kılavuzu doğrultusunda yürütülmesini sağlar.

e) Bakanlık tarafından yürütülen merkezi alımların sipariş süreçlerini yönetir ve kontrol eder.

f) İl içi ve iller arası malzeme devir işlemlerini koordine eder.

g) İl sağlık müdürlüğü, sağlık kuruluşu veya sağlık tesislerinin stok hareketlerini, taşınır yönetim sistemi, karar destek sistemleri ve diğer veri tabanları üzerinden analiz eder; stok, satın alma ve tüketim trend raporlarını hazırlayarak üst yönetime sunar.

ğ) Sağlık tesislerinde beş gün, acil sağlık kuruluşlarında otuz günden fazla toplu çıkış yapılan birimleri izler, yerinde değerlendirir ve raporlar. Ek-2'de yer alan stratejik malzemeler için bu süreler uygulanmaz. Bu malzemelerde stok hareketleri, kritik stok seviyesi dikkate alınarak altı aylık periyotlarla Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünce kontrol edilir.

h) Taşınır yönetim sistemi ve Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) entegrasyonunda envanter doğruluğunu denetler, veri bütünlüğünü sağlar.

ı) İl genelinde miat, tüketim, fiili stok, asgari, kritik ve azami stok seviyelerinin düzenli takibini yapar.

i) Son üç ayda hareket görmeyen malzemeleri tespit eder, ihtiyaç fazlası ürünlerin devri için gerekli kayıtları oluşturulmasını sağlar. Ek-2'de yer alan stratejik malzemeler için bu süreler uygulanmaz. Bu malzemelerde stok hareketleri, kritik stok seviyesi dikkate alınarak altı aylık periyotlarla Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünce kontrol edilir.

j) Hastaya özel alınan malzemelerde stok çıkışlarıyla fatura eşleşmelerini kontrol ederek fatura kaçağını önleyecek tedbirler alır.

k) Stok yönetimine ilişkin raporları üst yönetime iletir, farkındalık ve önlem geliştirme çalışmalarını yürütür.

l) Medikal ambar süreçlerinde Sağlık Tesisleri Değerlendirme Standartları ve Kurum Hedef Göstergeleri kriterlerini izler.

m) Gerektiğinde danışmanlık ve eğitim faaliyetleri düzenler.

Temel malzeme listelerinin oluşturulması

MADDE 6- (1) Her sağlık tesisinde yer alan ve ilgili başkanlıkları bünyesinde kurulacak olan ihtiyaç tespit komisyonları bütçe imkanlarını göz önünde bulundurarak kendi temel malzeme listesini hazırlar. Hazırlanan temel malzeme listelerini sağlık tesisleri kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimine, sağlık kuruluşları ise destek hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimine iletir.

(2) Kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimi ve destek hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimi gelen listeleri değerlendirerek talep değerlendirme komisyonuna iletir.

(3) Talep değerlendirme komisyonu gelen listeleri konsolide ederek yıllık il temel malzeme listesini oluşturur.

(4) Yıl içinde sağlık kuruluşları ve sağlık tesislerinde temel malzeme listesinde yer almayan mal ve malzemelerin listeye eklenebilmesi için, ilgili hekim veya klinisyen tarafından gerekçesi belirtilerek imzalanan talep formu, sağlık kuruluşu veya sağlık tesisinde bulunan medikal depo stok sorumlusuna iletilir. Medikal depo stok sorumlusu talebini sağlık tesisleri için kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimine, sağlık kuruluşları için destek

hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimine iletir. Stok yönetim birimleri talepleri değerlendirerek uygun görmesi durumunda talep değerlendirme komisyonuna sunar.

Azami stok miktarının belirlenmesi

MADDE 7- (1) İl sağlık müdürlükleri ile sağlık kuruluşları ve tesislerinde hizmet sunumu amacıyla tedarik edilen malzemeler için azami stok miktarı, altmış günlük ihtiyaç düzeyi olarak belirlenmiştir.

(2) Azami stok miktarı, ilgili malzemenin günlük ortalama tüketim miktarının altmış ile çarpılması suretiyle hesaplanır. Kurumlar, stoklarında en fazla altmış günlük ihtiyaca karşılık gelecek miktarda malzeme bulundurabilir.

(3) Yıllık ihtiyaç miktarları belirlenirken:

a) Yıllık ihtiyaç talepleri; alım periyotlarına bağlı olarak, bir önceki periyotta tüketilen miktarlar esas alınmak suretiyle taşınır yönetim sisteminden alınan veriler üzerinden hesaplanır.

b) Bu hesaplamada, olası artışlar ve hizmet genişlemeleri dikkate alınarak azami %20 oranında artış öngörülür.

c) Belirlenen oranın üzerinde alım yapılması gereken hallerde, Bakanlık tarafından belirlenen istisnai gerekçelerin bulunması ve bu gerekçelerin belgelendirilmesi zorunludur. Bunun dışında, belirlenen oranın aşılması durumunda alım yapılamaz.

(4) Taşınır kayıt yetkilileri, belirlenen yıllık ihtiyaç miktarlarını esas alarak taşınır yönetim sistemi ve HBYS minimum, kritik ve maksimum stok seviyelerini tanımlar, izler ve düzenli olarak günceller.

(5) Farmasötik eşdeğer (jenerik) ilaçlar ve bunlara bağlı ticari müstahzarlar, aynı etken madde grubu içinde birlikte değerlendirilir. Bu kapsamda yıllık ihtiyaç miktarları, grup bazında topluca belirlenir.

Stratejik malzemelerde stok miktarı

MADDE 8- (1) Stratejik malzeme listesinde yer alan mal ve malzemelerde stok bulundurulması zorunludur. Bu mal ve malzemelerde stokun sistem üzerinde görülmesi, izlenmesi ve erişilebilir olması gerekir.

(2) Stratejik malzemelere ilişkin asgari ve azami stok miktarları ile stok süreleri, hizmetin sürekliliğini sağlamak amacıyla genel stok yönetimi esaslarından ayrı olarak belirlenebilir.

(3) Ek-1 ve Ek-2'de yer alan stratejik malzeme listelerinde belirtilen asgari ve azami stok miktarları ile stok süreleri, ilgili genel müdürlük tarafından izlenir, takip edilir ve denetlenir.

(4) İl sağlık müdürlükleri ile sağlık kuruluşları ve sağlık tesisleri, stratejik malzeme stoklarını bu esaslara uygun biçimde yönetmek ve gerçekleşen stok verilerini sistem üzerinde güncel tutmakla, doksan günlük periyotlarla ilgili genel müdürlüğe bildirmekle yükümlüdür.

(5) Kritik stok sınırlarının altına düşülmesi veya azami stok süresinin aşılması hâlinde, gerekli tedbirlerin alınması amacıyla durum derhâl ilgili genel müdürlüğe rapor edilir.

Sağlık kuruluşu veya sağlık tesisi ihtiyaç tespit işlemleri

MADDE 9- (1) Sağlık Market kapsamında yer alan ürünlerin, sağlık kuruluşları veya sağlık tesisleri tarafından bütçe durumu dikkate alınarak Sağlık Market Sistemi üzerinden talep edilmesi zorunludur. İlgili ihtiyaç kaleminde yeterli bütçe olmaması durumunda ivedi olarak bütçe talebinde bulunulur.

(2) Devlet Malzeme Ofisi (DMO) ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından ürün bazında belirlenen alım periyotları, DMO Sağlık Market Sisteminde "Sağlık Market Uygulama Takvimi" adıyla yayımlanır. Tıbbi malzeme ve beşerî tıbbi ürünlere ilişkin talepler bu takvim esas alınarak yapılır.

(3) Sağlık Market kapsamında katalog, hastabaşı katalog veya ihale yöntemiyle temin edilen ürünlere ilişkin ihtiyaç tespit işlemleri, Sağlık Market Uygulama Takvimi dikkate alınarak yürütülür. İlgili başkanlıklarda ve sağlık kuruluşları ile sağlık tesislerinde ihtiyaç taleplerinin belirlenmesi amacıyla kurulan ihtiyaç tespit komisyonları mal ve malzeme taleplerini;

a) Hizmet gerekleri,
b) Kullanım sıklığı,
c) Bütçe imkanları,
ç) Bir önceki periyotta yer alan tüketim miktarları ile olası artış ve hizmet genişlemelerini dikkate alarak %20 oranını aşmayacak şekilde belirler veya değerlendirir.

(4) Sağlık Market talep giriş işlemleri, sağlık kuruluşları veya sağlık tesisleri tarafından Sağlık Market Sistemi üzerinden yetkilendirilmiş personel aracılığıyla gerçekleştirilir.

(5) Sağlık kuruluşları veya sağlık tesisleri tarafından Sağlık Market Sistemi üzerinden girilen talepler, kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimi tarafından kontrol edilir. Uygun bulunan talepler sistem üzerinden onaylanarak işleme alınır.

(6) Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Market kapsamında yapılacak taleplerin toplanması, muayene ve kabul işlemlerinin yürütülmesi, sipariş takibi, teslim alma ve benzeri süreçlere ilişkin uygulama talimatlarını; DMO ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan protokol ve DMO tarafından yayımlanıp güncellenen çerçeve sözleşmeler doğrultusunda hazırlar, günceller ve sahaya duyurur.

(7) Sağlık Market listelerinde yer almayan ve temel malzeme listesinde bulunan malzemelerin alım miktarları ihtiyaç tespit komisyonlarınca belirlenir.

(8) Belirlenen bu ihtiyaçlar sağlık tesisleri için kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı stok yönetim biriminin, sağlık kuruluşları için destek hizmetleri başkanlığı stok yönetim biriminin değerlendirmesine sunulur.

(9) Temel malzeme listesinde veya Sağlık Market alım listesinde yer almayan ve ilk defa temin edilecek malzemeler (örneğin yeni hekim atanması, hizmet kapasitesinin artışı vb. durumlarda) için azami otuz günlük stok miktarı belirlenir.

(10) İhtiyaç duyulan malzemeler öncelikle Stok Koordinasyon Sistemi üzerinden sorgulanır. Alternatif malzemeler de değerlendirilerek, mümkünse il stoklarında bulunan ürünler üzerinden "Stok Fazlası" veya "İhtiyaç Fazlası Devir" işlem türüyle karşılanır.

(11) İhtiyaç duyulan malzemelerin il stoklarından karşılanamaması durumunda, Stok Koordinasyon Sisteminde stok fazlası veya ihtiyaç fazlası olarak görülen malzemeler, devir yolu ile diğer il stoklarından temin edilir. Bu durumda kargo, kurulum, sarf karşılığı cihaz maliyeti ve diğer lojistik unsurlar dikkate alınarak tedarik süreci yürütülür.

(12) Sağlık Market kapsamında talep edilmesi zorunlu olan malzemelerde, ilgili taleplerin Sağlık Market sistemi üzerinden yapılmasına rağmen tedarik sürecinde aksaklık yaşanması durumunda, alım işlemleri Ek-3'te yer alan Alım İzni Algoritması hükümlerine göre yürütülür. İlgili alımlar, yalnızca algoritma kapsamında alınacak izin doğrultusunda gerçekleştirilebilir ve bu süreçlerin takibi kamu hastane hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimleri tarafından yapılır.

(13) Mücbir sebeplerde ihtiyaçların tespiti ve temini sürecinde genel hükümlerde belirtilen standart planlama ve onay prosedürleri uygulanmayabilir. İl sağlık müdürlükleri mücbir sebeplerin varlığı halinde, hizmetin kesintisiz sürdürülebilmesi için hızlı tedarik yöntemlerini, doğrudan temin veya acil alım prosedürlerini kullanabilir. Bu kapsamda yapılan tüm işlemler gerekçeleriyle birlikte kayıt altına alınır ve ilgili üst makamlara bildirilir.

İhtiyaç tespit komisyonu

MADDE 10- (1) İhtiyaç tespit komisyonu ilgili başkanlıklar ve sağlık tesisleri bünyesinde; beşeri tıbbi ürün ve tıbbi sarf malzemeleri yerinde, doğru ve etkin kullanımını sağlamak, hastaların tedavi sürelerini kısaltmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla faaliyet gösterir. Komisyon; hekimlerin branş bazında aynı işlem için talep ettikleri malzemenin stokta bulunması hâlinde, önceliğin sağlık kuruluşu veya tesisi stoklarından karşılanmasına yönelik rapor düzenler. Ayrıca bu kapsamda maliyet karşılaştırmaları yaparak, sağlık tesisleri arasında uygulama birliği sağlanması yönünde çalışmalar yürütür.

(2) Sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunulmasını teminen; rutin olarak tüketilen ürünlerin ihtiyaç planlaması, bir önceki yılın ve geçmiş yılların fiilî tüketim verileri ile Sağlık Market alım periyotları dikkate alınarak yapılır. Planlamalarda mevcut stok seviyeleri ile alternatif temin yöntemleri (bağış, diğer kurumlardan devir vb.) de göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılır.

(3) Ek-1 ve Ek-2'de yer alan stratejik malzeme listelerinde belirtilen malzemeler komisyon değerlendirmesi kapsamı dışında tutulur.

(4) İlgili başkanlık ihtiyaç tespit komisyonu;

a) İl sağlık müdürünün görevlendireceği ilgili başkan, başkan yardımcısının başkanlığında,

b) Taşınır kayıt yetkilileri veya varsa stok yönetim birimi sorumlusu yoksa medikal depo sorumlusu,

c) İhtiyaç duyulan malzemenin niteliğine göre teknik uzman üye olmak üzere en az üç kişiden oluşur. İ6, İ7, İ8 ve İ9 hizmet grubu illerde 112 başhekimi ihtiyaç tespit komisyonunun doğal üyesidir.

(5) Sağlık tesisi ihtiyaç tespit komisyonu;

a) Başhekim veya görevlendireceği başhekim yardımcısının başkanlığında,

b) Sağlık bakım hizmetleri müdürü ve idari ve mali hizmetler müdürü veya başhekimin görevlendireceği kişi,

c) Taşınır kayıt yetkilileri veya medikal depo sorumlusu olmak üzere en az üç kişiden oluşur.

(6) Komisyonlara, ihtiyaç duyulan malzemenin niteliğine göre (mal veya hizmet alımı durumuna bağlı olarak) ilgili idari üye, teknik uzman veya branş bazlı hekim temsilcisi de dâhil edilebilir.

Talep değerlendirme komisyonu

MADDE 11- (1) Bu komisyon, sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve mali açıdan dengeli biçimde bütçe imkanları dahilinde yürütülmesini temin etmeye yönelik kararlar almakla görevlidir.

(2) Talep değerlendirme komisyonu;

a) İl sağlık müdürü veya görevlendireceği kişinin başkanlığında,

b) İlgili başkan,

c) Kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimi personeli,

ç) Destek hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimi personeli,

d) Sağlık kuruluşları veya tesislerinden görevlendirilen mali, teknik veya klinik uzmanlardan olmak üzere en az beş kişiden oluşur.

(3) Komisyonun sekreterya işleri destek hizmetleri başkanlığınca yürütülür.

(4) Komisyon, kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimi ve destek hizmetleri stok yönetim birimlerinden gelen temel malzeme listesini konsolide ederek yıllık il temel malzeme listesini oluşturur.

(5) Sağlık market kapsamında olmayan ve temel malzeme listesinde yer almayan talepleri sistematik biçimde değerlendirir:

(a) Talebin uygun görülmesi halinde ihtiyaç öncelikle il içinden karşılanır. İl içinden tedarikin mümkün olmadığı hallerde il dışı devir işlem türü ile karşılanır. Devir yoluyla da karşılanamaması hâlinde, ilgili harcama birimine bilgi verilerek satın alma süreci başlatılır.

(b) Talebin uygun bulunmaması hâlinde, ilgili sağlık kuruluşuna veya sağlık tesisine kararın gerekçesi yazılı olarak iade edilir.

(c) Gerektiğinde ihtiyaçların merkezi veya bölgesel düzeyde temin edilmesine yönelik talepleri Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bildirir.

(6) Komisyon, talepleri incelerken kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde elde edilmesi ve kullanılmasını, hesap verilebilirliği ve malî saydamlığı sağlamak üzere;

a) Sağlık kuruluşu veya tesisinin geçmiş dönem tüketim verilerini,
b) Mevcut il stoku durumunu,
c) Devam eden sözleşmeler kapsamında temin edilebilecek ürünlerini,
ç) Hizmet kapasitesindeki değişiklikleri,
d) Geri ödeme kuralları ve mevzuat uygunluğunu,
e) Alternatif ürünler veya alternatif temin yöntemlerini,
f) İhtiyacın aciliyeti ve hizmet sunumuna etkisini,
g) Bütçe imkanlarının kontrol edilmesi,
ğ) İl sağlık müdürlüğünün mali durumu ve ödeme dengesini,
göz önünde bulundurur.

(7) Komisyon kararları, kayıt altına alınarak ilgili birimlere resmî yazı ile bildirilir ve uygulama süreci ilgili Stok Yönetim Birimi koordinasyonunda yürütülür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Malzeme Devirlerine İlişkin İşlemler

Genel hususlar

MADDE 12- (1) Malzeme devir işlemleri 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanununun 31 inci maddesi ile Hazine ve Maliye Bakanlığınca yayımlanan Harcama Yetkilileri Hakkında Genel Tebliğ hükümleri çerçevesinde, Bakanlığımızca devredilen harcama yetkilerine uygun olarak harcama yetkilileri tarafından yürütülür.

(2) İhtiyaç fazlası tüketim malzemeleri, öncelikle ilgili başkanlıkların stok yönetim birimleri koordinasyonunda aynı il sınırları içindeki sağlık kuruluşları veya tesislerinin kullanımına sunulur.

(3) İl içinde değerlendirilmesi mümkün olmayan malzemeler, il dışına devir işlemi yapılabilmesi amacıyla taşınır yönetim sistemi (MKYS) / İhtiyaç Fazlası Modülüne işlenerek Stok Koordinasyon Sistemi üzerinden yürütülür.

(4) Stok Koordinasyon Sisteminde, stok fazlası hesaplamaları taşınır yönetim sistemi tüketim verileri esas alınarak yapılır. Bu sisteme yansıyan stok fazlası malzemeler için sağlık tesisleri veya sağlık kuruluşları, sistem üzerinden devir talebinde bulunabilir.

(5) Devir talebi stok fazlası bulunan sağlık tesisi veya sağlık kuruluşu tarafından tüketim, stok düzeyi, miat ve Sağlık Market alım periyotları dikkate alınarak değerlendirilir.

(6) Talebin uygun bulunması halinde, ilgili başkanlık stok yönetim birimi koordinasyonunda sistem üzerinden devir işlemi gerçekleştirilir.

(7) Talebin reddedilmesi durumunda ise gerekçe taşınır yönetim sistemi (Stok Koordinasyon Sistemi) üzerinde açıkça belirtilir.

(8) Gerekçenin yeterliliğinin değerlendirilmesi Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü sorumluluğundadır.

(9) Bu süreçte tüm işlemler ayrıca resmi yazışma yapılmaksızın Stok Koordinasyon Sistemi üzerinden bildirilir ve yürütülür.

(10) İl içinden gelen talepler en geç üç iş günü, diğer illerden gelen talepler ise en geç beş iş günü içinde yanıtlanır.

İl sağlık müdürlüğü işletme birimleri arasında yapılacak devirler

MADDE 13- (1) İl sağlık müdürlüğü ve sağlık tesisleri veya sağlık kuruluşları arasında yapılan devirler ile sağlık kuruluşları ve sağlık tesislerinin birbirleri arasında yapılacak devirlerde;

a) "Stok Fazlası Devirler" dışındaki tüm devirler bedelsiz olarak gerçekleştirilir.

b) İhtiyaç fazlası malzemelerin devir işlemleri "Devir – İhtiyaç Fazlası Devir" işlem türüyle gerçekleştirilir.

c) Azami stok miktarını aşan malzemelerin devir işlemleri "Devir – Stok Fazlası Devir" işlem türüyle gerçekleştirilir.

ç) Stok fazlası veya ihtiyaç fazlası olmayan ancak Stok Yönetim Birimleri tarafından uygun görülen malzemelerin devir işlemlerinde;

1) Bedelli devirlerde devir yapan birim "Devir – Stok Fazlası Devir" çıkışı, devir alan birim ise "Devir – Stok Fazlası Devir Girişi" yapılır.

2) Bedelsiz devirlerde devir yapan birim "Devir – Diğer Birimlere Devir", devir alan birim "Devir Alınan" işlem türü kullanılır.

Farklı il sağlık müdürlükleri arasında yapılacak devirler

MADDE 14- (1) Farklı il sağlık müdürlükleri ve bunlara bağlı sağlık kuruluşları ve sağlık tesisleri arasında gerçekleştirilen devirlerde:

a) Stok fazlası devirler bedelli veya bedelsiz olarak yapılabilir.

b) İhtiyaç fazlası devirler ise sadece bedelsiz olarak gerçekleştirilecektir.

Bakanlığımız bağlı kuruluşlarına yapılacak devirler

MADDE 15- (1) Bakanlığımız bağlı kuruluşlarına yapılacak malzeme devirleri, imzalanacak protokoller çerçevesinde yürütülür.

(2) Bu işlemler taşınır yönetim sistemi üzerinde "Devir – Kurumlar Arası Devir Çıkışı" işlem türüyle kaydedilir.

Diğer kamu idareleri ve özel hukuk tüzel kişilerine yapılacak devirler

MADDE 16- (1) Taşınır Mal Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde, diğer kamu idarelerine yapılan devir işlemleri taşınır yönetim sistemi üzerinde "Devir – Diğer Kamu İdarelerine Devir Çıkışı" işlem türüyle kaydedilir.

(2) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün görev ve sorumluluk alanında yürütülen koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında temin edilen beşerî tıbbi ürünler ile tıbbi sarf mal ve malzemelerin kamu kurum ve kuruluşları ile özel sağlık kuruluşları ve üniversitelere sağlık hizmeti sunumuna yönelik olarak devrine ilişkin süreçler, ilgili mevzuatı gereğince Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından koordine edilir. Bu kapsamda yapılacak devir işlemleri, "Devir – Kurum Dışı Malzeme Çıkışı" işlem türü seçilerek Varlık İşlem Fişi düzenlenmek suretiyle gerçekleştirilir.

(3) Sınır ötesi sağlık hizmet sunumunda kullanılacak olan beşeri tıbbi ürün ile tıbbi sarf mal ve malzemeler "Hibe-Barış Gücü Çıkış" işlem türüyle Varlık İşlem Fişi düzenlenerek devredilir.

Devir işlemlerine ilişkin genel esaslar

MADDE 17- (1) Tüm devir işlemleri taşınır yönetim sistemi üzerinden elektronik ortamda yürütülür.

(2) Devirlerde malzemenin birim fiyatı, miadı, kargo maliyeti ve taşıma koşulları göz önünde bulundurulur.

(3) Devir alınan malzemelerin teslim alınması ve sisteme girişinin geciktirilmeden yapılması zorunludur.

(4) Kargo ücretleri, malzemeyi talep eden kurum veya tesis tarafından karşılanır. Bu amaçla sağlık tesislerinin bütçelerinde kargo giderleri için ödenek planlanır veya iz bedeli konularak aktarım yapılabilir.

(5) Devir işlemlerinde kayıt doğruluğu esastır. Taşınır kodu, barkod, edinim yılı, miat ve tanımı gibi bilgiler eksiksiz ve doğru biçimde girilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Taşınır Kayıt İşlemleri

Genel esaslar

MADDE 18- (1) İl sağlık müdürlükleri ile sağlık kuruluşları ve sağlık tesislerinde yapılan her türlü mal alımına (Sağlık Market alımları dâhil) ilişkin muayene, kabul ve kontrol işlemleri; Mal Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliği, DMO-Sağlık Bakanlığı Tedarik İş Birliği Protokolü ve Sağlık Market sürecine ilişkin yürürlükteki düzenlemeler esas alınarak Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge hükümleri çerçevesinde yetkilendirilmiş kişiler tarafından yürütülür.

(2) Sağlık Market kapsamında tedarik edilen beşeri tıbbi ürün ve tıbbi sarf malzeme alımlarına ait ihale sonuçları, Sağlık Market Uygulaması aracılığıyla il sağlık müdürlüğü ile sağlık kuruluşları ve sağlık tesisleri kullanıcılarına duyurulur.

(3) Sağlık Market sisteminin etkinliğini artırmak, tedarik ve muayene süreçlerinde karşılaşılan aksaklıkları gidermek, kaliteli ve güvenli ürünlerin teminini sağlamak amacıyla; muayene kabul, uygunsuz ürün bildirimi, muayene red ve sipariş iptali işlemleri, ilgili genel müdürlük tarafından yayımlanan Teslimat ve Muayene İşlemleri Kılavuzu ve bu kılavuzun güncellenmiş hükümleri doğrultusunda yürütülür.

İl sağlık müdürlüğü tarafından alımı ve muayene kabulü yapılan mallar

MADDE 19- (1) İl sağlık müdürlüğü tarafından alımı ve muayene kabulü yapılan ancak sağlık kuruluşu veya sağlık tesislerinin kullanımına sunulan malların taşınır kayıt işlemleri şu şekilde yürütülür:

a) Malzeme, il sağlık müdürlüğü taşınır kayıt yetkilileri tarafından Taşınır Mal Yönetmeliği'nin 15 inci maddesinin ikinci fıkrası uyarınca Varlık İşlem Fişi düzenlenir, giriş kaydı yapılır ve ambar stoklarına alınır.

b) Daha sonra malı talep eden sağlık kuruluşu veya sağlık tesisine "Devir – Diğer Birimlere Çıkış" hareket türüyle çıkış kaydedilir.

c) Teslim alan sağlık kuruluşu veya sağlık tesisindeki taşınır kayıt yetkilisi, aynı malzemeyi "Devir Alınan" hareket türüyle giriş kaydeder. Bu şekilde taşınır hareketleri sistem üzerinde eşleştirilmiş olur.

(2) Bu süreç tamamlandıktan sonra taşınırlar kullanıma veya tüketime verilebilir.

(3) Bu işlemlerin eksiksiz yürütülebilmesi için taşınır yönetim sistemi üzerinde "İl Sağlık Müdürlüğü Taşınır Ambarı" tanımlanır.

İl sağlık müdürlüğünce alımı yapılıp muayene kabulü sağlık kuruluşu veya sağlık tesisi tarafından yapılan mallar

MADDE 20- (1) İl sağlık müdürlüğünce alımı yapılan, ancak muayene ve kabul işlemleri sağlık kuruluşu veya tesisi tarafından gerçekleştirilen taşınırların kayıt işlemleri, ilgili mevzuat çerçevesinde yürütülür. Bu durumda;

a) Kabul işlemi yapılan sağlık kuruluşu veya sağlık tesisi, muayene kabul tutanağına dayanarak kendi sistemine giriş kaydı yapar.

b) İl sağlık müdürlüğü ise ödeme evrakına esas olmak üzere varlık işlem fişlerini düzenler.

c) Daha sonra, muayene kabulü yapan sağlık kuruluşu veya sağlık tesisine "Devir – Diğer Birimlere Çıkış" hareket türüyle çıkış kaydedilir.

d) Sağlık kuruluşu veya sağlık tesisindeki taşınır kayıt yetkilisi, devraldığı malzemeyi "Devir Alınan" hareket türüyle giriş kaydeder.

Taşınır işlemlerine ait diğer hususlar

MADDE 21- (1) Varlık işlem fişleri en geç beş iş günü içinde devir işlemi gerçekleştirilen kuruma gönderilir.

(2) Muayene ve kabul işlemleri Taşınır Mal Yönetmeliğinin 6 ncı maddesi uyarınca yürütülür. Ayrıca laboratuvar kitleri, endoprotezler gibi sonuç bazlı çalışılan taşınırlar geçici kabul ile alınabilir. Belirli bir kullanım süresinden sonra kesin kabul işlemi tamamlanır.

(3) Garanti ve sigorta kapsamındaki işlemler, Taşınır Mal Yönetmeliğinin 27 nci maddesi nin dördüncü fıkrası uyarınca yürütülür. Bu hükme göre;

a) İade edilen taşınır "Garanti veya Sigorta Kapsamında Çıkış",

b) Yeni gelen taşınır ise "Garanti veya Sigorta Kapsamında Giriş" işlem türüyle kaydedilir.

(4) Ayrıca, 27 nci maddenin beşinci fıkrası uyarınca miadı dolmak üzere olan taşınırların, fiyat farkı veya ek maliyet oluşmaksızın daha uzun miatlı ürünlerle değiştirilmesi mümkündür. Bu durumda;

a) Değiştirilen taşınır "Miat Uzatımı Çıkış",

b) Yenisi ise "Miat Uzatımı Giriş" işlem türüyle kaydedilir.

Hurdaya ayırma

MADDE 22- (1) Hurdaya ayırma ve imha işlemleri, Taşınır Mal Yönetmeliğinin 28 inci maddesi hükümlerine göre yürütülür.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Stok Yönetimi

Genel esaslar

MADDE 23- (1) Sağlık Market kapsamında alımı yapılacak malzemelere ilişkin Sağlık Market Sistemi üzerinden yapılan tüm işlemler Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Stok Yönetim Birimi tarafından yürütülür.

(2) Acil sağlık hizmetleri ile halk sağlığı hizmetlerinde sağlık market kapsamında yer alan mal ve malzemelerin taşınır işlemleri ile sağlık market kapsamı dışındaki malzemelerin tüm stok yönetim işlemlerini destek hizmetleri başkanlığı stok yönetim birimi yürütür.

(3) Mal ve malzemelerin en alt taşra birimlerine kadar izlenebilmesini sağlamak amacıyla, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen taşınır yönetim sisteminde acil sağlık istasyonları, aile sağlığı merkezleri ve benzeri alt birimler tanımlanır. Taşınır yönetim sistemi ile malzeme hareketleri, hiyerarşik kademe atlanmaksızın, tanımlanan sistem üzerinde belirlenen unsurlar aracılığıyla izlenir. Her bir birim, bağlı olduğu üst kademe stok yönetim birimine veri aktarımından sorumludur. İlgili başkanlıklar stok yönetim sürecini bünyesindeki stok yönetim sorumlusu ve bağlı oldukları stok yönetimi birimi ile koordineli biçimde çalışarak yürütmek zorundadır.

(4) Böylece il genelinde stok işlemlerinin tek merkezden izlenmesi, konsolide edilmesi ve koordine edilmesi bütüncül bir yapıda gerçekleştirilmiş olur.

Sağlık kuruluşu veya sağlık tesisi medikal ambar sorumlusunun görevleri

MADDE 24- (1) Sağlık kuruluşları veya sağlık tesislerinde görevli medikal ambar stok sorumlusu aşağıdaki görevleri yürütür:

a) Tüm stok hareketlerini taşınır yönetim sistemi ve HBYS/SBYS/ASOS üzerinden aktif biçimde yönetir.

b) İhtiyaç planlama, tedarik, teslimat, uygunsuzluk süreçlerine ilişkin işlemleri yürütür.

c) Sağlık Market ve diğer alım yöntemlerine ait siparişlerin kontrolünü sağlar, analiz sonuçlarını yöneticisine bildirir.

ç) Mal muayene işlemlerini Sağlık Market Mal Muayene Kabul Kılavuzuna uygun yürütür.

d) Beşeri tıbbi ürün ve tıbbi sarf malzemelerde karşılaşılan olumsuz olay bildirimlerini (Farmakovijilans/Materyovijilans) ilgili mevzuatına göre takip eder.

e) Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından yürütülen geri çekme/blokaj işlemlerinin takibini sağlar.

f) Beşeri tıbbi ürün ile tıbbi sarf mal ve malzemelerine ilişkin İlaç Takip Sistemi ve Ürün Takip Sistemi süreçlerini yürütür.

g) Sağlık tesislerinde beş gün, acil sağlık kuruluşlarında otuz günden fazla toplu çıkış yapılan birimleri izler, yerinde değerlendirir ve raporlar. Ek-2'de yer alan stratejik malzemeler için bu süre uygulanmaz. Bu malzemelerde stok hareketleri, kritik stok seviyesi dikkate alınarak altı aylık periyotlarla Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünce kontrol edilir.

ğ) Özellikli birimleri yerinde değerlendirir, bulguları raporlar.

h) Taşınır yönetim sistemi ile SBYS/HBYS/ASOS/AHBS veri doğruluğu ve sistem ile envanterin uyumunu sağlar.

ı) Miat, tüketim, fiili stok, asgari, kritik ve azami stok seviyelerini düzenli olarak takip eder.

i) Son üç ayda hareket görmeyen malzemeleri tespit eder, ihtiyaç fazlası ürünlerin devri için gerekli kayıtları oluşturur. Ek-2'de yer alan stratejik malzemeler için bu süre uygulanmaz. Bu malzemelerde stok hareketleri, kritik stok seviyesi dikkate alınarak altı aylık periyotlarla Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünce kontrol edilir.

j) Hastaya özel alınan malzemelerde stok çıkışlarıyla fatura eşleşmelerini kontrol ederek fatura kaçağını önler.

k) Stok yönetimiyle ilgili eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerine katılır veya düzenler.

l) Stok yönetimi göstergelerinin yerinde değerlendirilmesini sağlar.

Stok yönetimine ilişkin diğer hususlar

MADDE 25- (1) Stok yönetimi uygulamaları, stok yönetim birimleri ve il konsolide sorumluları tarafından yürütülür.

(2) Sağlık tesislerinde stok yönetimi; başhekimin başkanlığında, idari ve mali hizmetler müdürü, sorumlu eczacı, tıbbi sarf malzeme sorumlusu, sağlık bakım hizmetleri müdürü ve taşınır kayıt yetkililerinin koordinasyonunda yapılır.

(3) İdari ve mali işler müdürü, tesisin tüketime yönelik ihtiyaçlarının düzenli karşılanmasını ve stok kayıtlarının güncel tutulmasını sağlar.

(4) Sağlık bakım hizmetleri müdürü, kliniklerde beşeri tıbbi ürün ile tıbbi sarf mal ve malzemelerinin güvenli şekilde kullanımı, saklanması, korunması ve düzenli kaydının temin edilmesine ilişkin işlemlerin yürütülmesini sağlar. Ayrıca klinik veya servis depolarında son üç ay hareket görmeyen malzemelerin takiplerinin ve gerektiğinde ana ambara iadelerinin yapılmasını sağlar.

(5) Taşınır yönetim sistemi fiyat sorgulamaları düzenli yapılır, yaklaşık maliyet tespitine esas veriler güncel tutulur.

(6) Taşınır yönetim sistemi kayıtlarında taşınır kodu, barkod, edinme birimi, malzeme adı, miadı gibi bilgiler eksiksiz ve güncel tutulur.

Sağlık kuruluşu ve sağlık tesisi düzeyindeki uygulamalar

MADDE 26- (1) Klinik, servis, acil sağlık hizmetleri istasyonları ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile özellikli birimlerdeki ilaç ve sarf malzeme stokları medikal ambar sorumlusu tarafından düzenli takip edilir.

(2) Son üç ayda kullanılmayan mal ve malzemeler "İade Edilen" işlem türüyle ilgili deposuna gönderilir. Stratejik malzemelerde, iade süreci üç aylık süreyle sınırlandırılmaz. Bu malzemelerde stok hareketleri, kritik stok seviyesi dikkate alınarak düzenli aralıklarla gözden geçirilir. İade kararı, ilgili başkanlığın uygun görüşü alınarak verilir.

(3) Sağlık tesislerinin özellikli birimlerinde en fazla beş günlük stok bulundurulur.

(4) Uzak ambarlara (ek hizmet binası vb.) yapılacak malzeme çıkış işlemlerinde Başhekimin gerekçeli onayıyla 5 günlük süre aranmaksızın "Ambarlar Arası Devir" işlem türü ile çıkış yapılır.

(5) Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde malzeme çıkışları en fazla otuz günlük ihtiyacı kapsar.

Veri entegrasyonu ve sistem kullanımı

MADDE 27- (1) SBYS yazılımları, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilen kayıt ve tescil sistemi yazılımı standartlarıyla tam uyumlu çalışır.

(2) Verilerin taşınır yönetim sistemine iletimi en geç beş gün içinde yapılır.

Miat ve devir işlemleri

MADDE 28- (1) Miadına altı ay kalan taşınırlar (raf ömrü altı aydan kısa olanlar hariç) tüketilemeyecekse taşınır yönetim sistemi İhtiyaç Fazlası Modülüne kaydedilir.

(2) Stratejik malzemelere ilişkin devirler, ilgili genel müdürlüğün onayıyla yapılır.

(3) Stok fazlası olan ve miadına altı aydan az kalan (raf ömrü altı aydan kısa olanlar hariç) ve yüz yirmi gün stok hareketi görmeyen mal ve malzemelerin devirlerinin yapılması zorunludur.

Personel görevlendirmeleri

MADDE 29- (1) Taşınır kayıt yetkilileri, en az iki yıl tecrübeli personelden (beşeri tıbbi ürün ve tıbbi sarf malzeme depolarında eczacı, olmaması halinde sağlık personeli ve diğer medikal depolar için ilgili teknik personel, olmaması halinde sağlık personeli) seçilir.

(2) Tecrübeli personel bulunmaması durumunda idarecinin onayıyla görevlendirme yapılabilir.

(3) Görev değişikliği durumunda, devralacak personel önceden eğitilerek yetkin hale getirilir.

(4) Acil sağlık hizmetleri başkanlığı ve halk sağlığı başkanlıklarında sağlık kuruluşlarının stok yönetim işlemlerini takip edecek en az bir personel görevlendirilir.

Yürürlük

MADDE 30- (1) Bu Yönerge Bakan Oluru ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 31- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

7.2.3. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesine Dair Yönerge

SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI SAĞLIK TESİSLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE GELİŞTİRİLMESİNE DAİR YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Başlangıç Hükümleri

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi, memnuniyetin artırılması, faaliyetlerin koordine edilmesi, kalite ve verimliliğin artırılması suretiyle sağlık tesislerinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 1 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 362 nci ve 508 inci maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Daire Başkanlığı: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Tesisleri Değerlendirme ve Geliştirme Daire Başkanlığını,

c) Genel Müdürlük: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünü,

ç) GÖREN: Sağlık hizmetlerinin etkinliğini, verimliliğini ve kalitesini artırmak için Sağlığın Geliştirmesi Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan izleme ve değerlendirme sistemini,

d) İl değerlendirme komisyonu: Müdürlük bünyesinde kurulan ve ildeki sağlık tesislerinin sağlık tesisi değerlendirme standartlarını esas alarak yerinde değerlendirmeleri, faaliyetleri koordine eden ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapan komisyonu,

e) İl değerlendirme puanı (İDP): Müdürlükçe oluşturulan ekipler ile sağlık tesisi değerlendirme standartları esas alınarak yerinde yapılan değerlendirme sonucu oluşan puanı,

f) İl değerlendirme sorumlusu: Müdürlükte, kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı veya kamu hastaneleri ile ilgili iş ve işlemleri yürüten başkanlık bünyesinde il değerlendirme komisyonuna bağlı olarak görev yapan, sağlık tesisleri değerlendirmelerini yürüten ve koordine eden kişiyi,

g) İl değerlendirme toplantısı: Daire Başkanı başkanlığında il değerlendirme komisyonu ile yılda iki defa yapılan toplantıyı,

ğ) Komite değerlendirme puanı (KDP): Sağlık tesisi değerlendirme komitesi tarafından sağlık tesisi değerlendirme standartları esas alınarak yapılan öz değerlendirme sonucu oluşan puanı,

h) Kurum hedef gösterge puanı (KHGP): Sağlık Tesisleri Kurum Hedef Katsayısının Belirlenmesine İlişkin Yönergeye göre sağlık tesisi bazında hesaplanan puanı,

ı) Merkezi değerlendirme puanı (MDP): Genel Müdürlük tarafından görevlendirilen sağlık tesisi değerlendiricisi ekiplerince sağlık tesisi değerlendirme standartları esas alınarak yerinde yapılan değerlendirme sonucunda oluşan puanı,

i) Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü,

j) Nihai sağlık tesisi değerlendirme puanı (NSDP): Sağlık tesisi değerlendirme puanı ve kurum hedef gösterge puanının ağırlıklandırılması suretiyle oluşan puanı,

k) Nihai sağlık tesisi değerlendirme raporu: Sağlık tesisi değerlendirme rehberi, kurum hedef göstergeleri ve Bakanlığın diğer değerlendirme standartları sonucu oluşan raporu,

l) Sağlık tesisi: Bakanlığa bağlı ikinci veya üçüncü basamak sağlık tesisini,

m) Sağlık tesisi değerlendiricisi: Sağlık tesislerinde değerlendirme yapmak üzere Bakanlıkça görevlendirilen sağlık tesisi değerlendiricisi eğitimi almış kişiyi,

n) Sağlık tesisi değerlendirme komitesi: Sağlık tesisi bünyesinde kurulan, sağlık tesisinin

değerlendirmelerini gerçekleştiren, iyileştirmeye yönelik planlama ve düzenleme yapan komiteyi,

o) Sağlık tesisi değerlendirme puanı (SDP): Sağlık tesisi değerlendirme standartlarına göre sağlık tesisi değerlendirme komitesi, il değerlendirme komisyonu ve sağlık tesisi değerlendiricileri tarafından yapılan yerinde değerlendirme puanlarının ağırlıklandırılması sonucunda oluşan puanı,

ö) Sağlık tesisi değerlendirme raporu: Sağlı tesisi değerlendirme komitesi, il değerlendirme komisyonu ve sağlık tesisi değerlendiricileri tarafından sağlık tesisi değerlendirme standartlarına göre yapılan yerinde değerlendirmeler sonucu oluşan raporu,

p) Sağlık tesisi değerlendirme sistemi (SDS): Bakanlıkça kamu sağlık tesislerinin değerlendirmesinin, denetiminin ve izleme sürecinin yürütüldüğü elektronik sistemi,

r) Sağlık tesisi değerlendirme sorumlusu: Başhekim veya başhekim yardımcısına bağlı olarak sağlık tesisinde değerlendirmeler ile ilgili iş ve işlemleri yürüten kişiyi,

s) Sağlık tesisi değerlendirme standartları: Genel Müdürlük tarafından sağlık tesisi değerlendirme puanını belirlemek amacıyla sağlık tesisi türüne göre hazırlanan standart setlerini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Standartların Uygulanması ve Değerlendirme, Nihai Sağlık Tesisi Değerlendirme Puanı ve Raporu

Standartların uygulanması ve değerlendirme

MADDE 5- (1) Sağlık tesisinin uygulaması gereken sağlık tesisi standartları ve bunlara ilişkin veya sağlık tesisi yönetimine dair rehberler, gösterge setleri ile kontrol listeleri Genel Müdürlükçe hazırlanarak Bakanlığa ait kurumsal internet sitesinde yayımlanır.

(2) Genel Müdürlük, standart setleri, rehberler, gösterge setleri ve kontrol listelerinin etkinliğini artırmak amacıyla uygulamaya yönelik uzaktan ya da yüz yüze eğitim faaliyetleri düzenler veya düzenlenmesini sağlar.

(3) Sağlık tesisi değerlendirme standart setlerinin hazırlanması, değerlendirme süreci ve sağlık tesisi değerlendiricilerinin belirlenmesine ilişkin tüm iş ve işlemler Genel Müdürlükçe yürütülür.

(4) Standart setleri, rehberler, gösterge setleri ve kontrol listeleri olağanüstü durumlar hariç her yılın kasım ayında güncel ihtiyaçlar doğrultusunda, gerekliliği ve yeni ihtiyaçların belirlenmesi amacıyla Daire Başkanlığı tarafından sağlık tesisi ve bilimsel çalışmalardan geri bildirim alınarak gözden geçirilir. Güncelleme yapılması durumunda güncelleme bir sonraki yılın ocak ayı itibariyle yürürlüğe girer.

(5) Sağlık tesisi değerlendirme süreci aşağıda belirtilen şekilde yürütülür ve Genel Müdürlük tarafından tüm değerlendirme dönemlerinde ihtiyaçlar doğrultusunda değişiklik yapılabilir:

a) Sağlık tesisi değerlendirme komitesi tarafından iki ayda bir olacak şekilde sağlık tesisi değerlendirme standart seti esas alınarak öz değerlendirme yapılır, raporlanır ve puanlanır.

b) İl değerlendirme ekipleri tarafından dört ayda bir olacak şekilde sağlık tesisi değerlendirme standart seti esas alınarak yerinde değerlendirme yapılır, raporlanır ve puanlanır.

c) Daire Başkanlığınca görevlendirilen sağlık tesisi değerlendiricilerinden oluşturulan ekiplerle yılda bir defa sağlık tesisi değerlendirme standart seti esas alınarak yerinde değerlendirme yapılır, raporlanır ve puanlanır.

ç) Sağlık tesisi değerlendirme komitesi tarafından ocak, mart, mayıs, temmuz, eylül, kasım aylarında yapılmak üzere yılda 6 defa öz değerlendirme yapılır ve komite değerlendirme puanı oluşturulur. Müdürlük ekiplerince ise ocak, mayıs ve eylül aylarında il değerlendirmesi yapılır ve il değerlendirme puanı oluşturulur. Bakanlık, sistemin sürekliliği ve işleyişini takip etmek amacıyla belirlediği tarihlerde ve sağlık tesislerinde randomize merkezi değerlendirme yapabilir.

d) Sağlık tesisi değerlendirme puanı; yılda 3 dönemde (ocak-mayıs-eylül) oluşur. Her dönemde sağlık tesisi değerlendirme komitesinin son iki öz değerlendirme puanının ortalamasının %10'u ile ilgili dönemdeki değerlendirme puanın %90'ı alınarak sağlık tesisi değerlendirme puanı oluşur. Sağlık tesisi değerlendirme puanı bir sonraki puan hesaplama dönemine kadar geçerli olur. Bakanlık

tarafından merkezi değerlendirme yapılması durumunda belirlenen merkezi değerlendirme puanı sağlık tesisi değerlendirme puanı olarak kabul edilir ve bir sonraki puan hesaplama dönemine kadar geçerli olur.

e) Daire Başkanlığı tarafından yılda iki defa il değerlendirme komisyonu ile uzaktan çevrimiçi veya yerinde toplantılar düzenlenir. Bu toplantılara ilgili illerdeki tüm sağlık tesislerinin başhekim ve sağlık tesisi değerlendirme sorumluları katılır.

f) Genel Müdürlük strateji ve hedefleri doğrultusunda Daire Başkanlığı tarafından gerekli görülen durumlarda yerinde değerlendirme yapılır ve raporlanır.

g) Tüm raporlar SDS üzerinden gönderilir.

(6) Sağlık tesislerinin yerinde değerlendirmesi, sağlık tesisi değerlendirme standartları esas alınarak yapılır. Sağlık tesisi değerlendirme standartları ve bunlara ilişkin rehberler Genel Müdürlükçe hazırlanarak internet sayfasında yayınlanır, ihtiyaçlar göz önüne alınarak güncellenebilir ve gerekli değişiklikler yapılabilir.

(7) Yerinde sağlık tesisi değerlendirmesi için sağlık tesisi değerlendiricileri ile ekiplerin teşkili aşağıda belirtilen şekilde gerçekleştirilir.

a) Sağlık tesisi değerlendiricisi Bakanlık merkez teşkilatı, müdürlükler ve sağlık tesislerinde görev yapan personel arasından belirlenir. Yapılacak olan yerinde sağlık tesisi değerlendirmelerinde oluşturulan ekibe ilde görev yapan sağlık tesisi değerlendiricileri de dahil edilebilir.

b) Sağlık tesisi değerlendirme ekibi en az üç sağlık tesisi değerlendiricisinden oluşur. Ekip içinde sağlık tesisi değerlendirici adayı da yer alabilir. Değerlendirilecek sağlık tesisinin hizmet ve faaliyet alanına göre ekip ve sağlık tesisi değerlendiricilerinin sayısı belirlenir.

c) Değerlendirme ekipleri, sağlık tesisi değerlendiricileri ve Bakanlık merkez teşkilatından Genel Müdürlük onayı ile görevlendirilen kişilerden oluşturulur.

ç) Genel Müdürlükçe planlanan il değerlendirmelerinde ekipleri koordine eden ve değerlendirme sonucunu raporlayan bir ekip başkanı belirlenir.

d) Sağlık tesisi değerlendiricisi, mücbir sebepler ve yasal mazeretler dışında, Bakanlık tarafından yapılan görevlendirmeye belirlenen tarihlerde iştirak eder. Kişinin belirlenen tarihte görevine başlaması amacı ile bağlı bulunduğu amir tarafından gerekli işlemler tesis edilir.

e) Genel Müdürlük, sağlık tesisi değerlendiricisi kapasitesinin nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi için gerekli hizmet içi eğitim faaliyetleri ile değerlendirme dönemi öncesi ve sonrası bilgilendirme toplantılarını düzenler.

(8) Yerinde değerlendirme süreci aşağıda belirtilen şekilde yürütülür:

a) Genel Müdürlük veya değerlendirme esnasında sağlık tesisi değerlendiricisi tarafından istenen her türlü veri, kayıt, bilgi ve belge başhekimlik ve Müdürlük tarafından ivedilikle karşılanır.

b) Sağlık tesisi değerlendiricisi, hasta ve yakınlarının hak ve mahremiyetini gözeterek değerlendirmeye esas her türlü kayıt, bilgi, belge, düzenleme ve uygulamayı işleyişi aksatmadan değerlendirir. Başhekimlik, yerinde yapılacak değerlendirmelerde, ekibe göreve ilişkin her konuda yardımcı olur.

c) Sağlık tesisi değerlendirme ekibi, değerlendirme sırasında kayıtları ve uygulamaları sadece değerlendirerek raporlamakla sorumludur. Sağlık tesislerinin değerlendirilmesi sırasında edinilen her türlü bilgi, kayıt ve belge gizlilik esasları çerçevesinde olup Genel Müdürlüğün izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz.

ç) Sağlık tesisi değerlendirme ekibi tarafından başhekim, sağlık tesisi yöneticileri, sağlık tesisi değerlendirme komitesi ve sağlık tesisi değerlendirme sorumlusu katılımı ile toplantı yapılarak değerlendirme sonlandırılır.

Nihai sağlık tesisi değerlendirme puanı ve raporu

MADDE 6- (1) Sağlık tesisi değerlendirme standartları, sağlıkta kalite standartları setleri, sağlıkta akreditasyon standartları setleri, kurum hedef göstergeleri, GÖREN gösterge kartları, teftiş kurulu rehberi ve saha koordinatörlerinin değerlendirme sonuç raporları doğrultusunda sağlık tesisi tarafından gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanır.

(2) Daire Başkanlığı, il değerlendirme komisyonu ile yılda en az iki defa uzaktan ya da yerinde toplantı yaparak, planlanan iyileştirme faaliyetleri üzerinden ildeki tüm kamu hastanelerini değerlendirir.

(3) Sürecin yakından takibi ve hızlı ilerlemesi için Bakanlık ile il değerlendirme sorumlusu koordineli şekilde çalışır.

(4) Kamu sağlık tesislerinin düzenli aralıklarla yaptıkları iyileştirme çalışmaları takip edilerek nihai sağlık tesisi değerlendirme puanı ve raporu oluşturulur.

(5) Sağlık tesisi değerlendirme puanının %50'sinin ve kurum hedef gösterge puanının %50'sinin aritmetik toplamı nihai sağlık tesisi değerlendirme puanını oluşturur.

(6) Sağlıkta kalite değerlendirmeleri veya sağlıkta akreditasyon denetimleri sonucunda tespit edilen eksiklik/uygunsuzluklar, GÖREN gösterge kartlarındaki eksiklik/uygunsuzluklar ile teftiş kurulu ve saha koordinatörleri tarafından hazırlanan raporlarda yer alan eksiklik/uygunsuzlukların Bakanlıkça belirlenen sürelerde giderilip giderilmemesi durumuna göre bir nihai sağlık tesisi değerlendirme puanına tanımlama yapılır. Sağlıkta kalite değerlendirmeleri veya sağlıkta akreditasyon denetimleri sonucunda tespit edilen uygunsuzlukların belirlenen sürede tamamlanması durumunda A(+), tamamlanmaması durumunda ise A(-), saha koordinatörlerinin tespit ettiği uygunsuzlukların belirlenen sürede tamamlanması durumunda B(+), tamamlanmaması durumunda ise B(-), Teftiş Kurulunun tespit ettiği uygunsuzlukların belirlenen sürede tamamlanması durumunda C(+), tamamlanmaması durumunda ise C(-), GÖREN gösterge değerlendirmeleri sonucunda tespit edilen uygunsuzlukların belirlenen sürede tamamlanması durumunda D(+), tamamlanmaması durumunda ise D(-) şeklinde ifade edilir.

(7) Bakanlığın tüm değerlendirme denetim unsurlarının puan, rapor, iyileştirme çalışmaları Daire Başkanlığı tarafından oluşturulan SDS ile takip edilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Komisyon ve Komitenin Teşkili ve Görevleri

İl değerlendirme komisyonunun teşkili

MADDE 7- (1) İl genelinde sağlık tesislerinde gerçekleştirilen değerlendirme çalışmalarını koordine etmek, izlemek, değerlendirilmesini ve raporlanmasını sağlamak amacıyla il değerlendirme komisyonu oluşturulur.

(2) İl değerlendirme komisyonu, kamu hastane hizmetleri başkanı veya bulunmadığı illerde bu görevi yürüten ilgili başkanın başkanlığında, sağlık hizmetleri başkanı, destek hizmetleri başkanı, il değerlendirme sorumlusu, eczacı ve ilgili birim sorumluları olmak üzere tek sayı olacak şekilde toplanır.

(3) Birden fazla kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı bulunan illerde, il sağlık müdürünün kararı ile birden fazla komisyon kurulur. Bu durumda her başkan kendi sorumluluk bölgesi için komisyonun başkanıdır.

(4) İl değerlendirme komisyonuna ait bilgiler Genel Müdürlüğe bildirilir.

İl değerlendirme komisyonunun görevleri

MADDE 8- (1) İl değerlendirme komisyonunun görevleri şunlardır;

a) Yönergede belirlenen zaman dilimlerinde sağlık tesisi değerlendirme standartlarına göre değerlendirmeleri yaptırmak ve raporlamak,

b) İl değerlendirmelerini ilgili ayın ilk 20 günü içinde yapmak,

c) Sağlık tesislerinin değerlendirilmesine yönelik en az 3 en fazla 5 kişiden oluşan yetkin yönetici ve personellerden ekipler oluşturarak ildeki sağlık tesislerinin belirlenen zamanlarda değerlendirmesini yaptırmak,

ç) Sağlık tesisi değerlendirme komitesi tarafından gönderilen değerlendirme raporlarını incelemek ve uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmalarını takip etmek,

d) İl bünyesindeki sağlık tesislerinde değerlendirme puanlarını ve raporlarını geliştirmeye yönelik eğitim çalışmalarının planlanmasını ve yürütülmesini sağlamak,

e) Genel Müdürlük tarafından yılda iki defa yapılacak olan uzaktan çevrimiçi toplantılara katılmak, bu toplantıda alınan kararları hastanelere iletmek, alınan kararların uygulanmasını takip etmek.

İl değerlendirme sorumlusunun nitelikleri ve görevleri

MADDE 9- (1) İl değerlendirme sorumlusu, lisans düzeyinde yüksek öğrenim mezunu, kalite ve verimlilik alanında deneyimli, tercihen bilişim, raporlama ve veri analizi konusunda tecrübeye sahip sağlık personeli arasından müdürlüğün teklifi ve Genel Müdürlüğün onayı ile görevlendirilir.

(2) İl değerlendirme sorumlusu, ilde kamu hastane hizmetleri başkanına, bulunmadığı illerde bu görevi yürüten ilgili hizmet başkanına bağlı olarak çalışır.

(3) İl değerlendirme sorumlusu değerlendirme ve geliştirme birimi uzmanı ya da sorumlusu kişidir.

(4) İl değerlendirme sorumlusunun görevleri şunlardır;

a) Değerlendirme çalışmaları çerçevesinde yürütülen faaliyetlerin koordinasyonunu sağlamak, gerekli eğitimleri planlamak,

b) Belirlenen dönemlerde yapılan sağlık tesisi yerinde değerlendirme raporlarının bir sonraki ayın 20 sine kadar SDS'ye girişlerini kontrol etmek,

c) İl değerlendirme komisyonu toplantı sonuç raporlarını SDS üzerinden Bakanlığa göndermek,

ç) İl değerlendirme komisyonunun sekretarya hizmetlerini yerine getirmek.

(5) Birden fazla kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı bulunan illerde her bir başkanlık için bir il değerlendirme sorumlusu görevlendirilebilir.

Sağlık tesisi değerlendirme komitesinin teşkili

MADDE 10- (1) Sağlık tesisinde gerçekleştirilen değerlendirme çalışmalarını koordine etmek, izlemek, değerlendirmek ve raporlamak amacı ile başhekimlik tarafından sağlık tesisi değerlendirme komitesi oluşturulur.

(2) Sağlık tesisi değerlendirme komitesi; başhekim veya başhekim yardımcısı, idari ve mali işler müdürü veya müdür yardımcısı, sağlık bakım hizmetleri müdürü veya müdür yardımcısı ile dahili, cerrahi ve temel tıp branşlarından birer sorumlu, eğitim hemşiresi, istatistik birimi, bilgi yönetim birimi, klinik mühendislik hizmetleri birimi, eczacılık hizmetleri birimi, biyomedikal depo birimi, iş sağlığı güvenliği birimi, teknik servis atölyesi birimlerinde görevli sorumlu personel ve sağlık tesisi değerlendirme sorumlusundan oluşur. Kalite destek hizmetleri müdürü ve teknik hizmetler müdürü bulunan sağlık tesislerinde ilgili müdürler de komiteye dahil edilir. Gerekli durumlarda ilgili birim/alandan sorumlu personel komite toplantılarına katılım sağlar.

(3) Koordinatör başhekimlik bulunan şehir hastanelerinde, her kule başhekimliği için ayrı sağlık tesisi değerlendirme komitesi kurulur ve her bir kule için ayrı değerlendirme yapılır. Alınan puanların aritmetik ortalaması şehir hastanesi için sağlık tesisi değerlendirme puanını oluşturur.

(4) Sağlık tesisi değerlendirme komitesine ait bilgiler müdürlüğe bildirilir.

Sağlık tesisi değerlendirme komitesinin görevleri

MADDE 11- (1) Sağlık tesisi değerlendirme komitesinin görevleri şunlardır;

a) Bu Yönergede belirlenen zaman dilimlerinde sağlık tesisi değerlendirme standartlarına göre öz değerlendirme yapmak ve raporlamak,

b) Öz değerlendirmeleri ilgili ayın ilk 10 günü içinde yapmak,

c) Öz değerlendirmede tespit edilen eksiklikleri analiz ederek iyileştirme faaliyetlerinde bulunmak ve komisyona raporlamak,

ç) Kurum hedef göstergelerini hesaplamak ve kayıt altına almak,

d) Nihai sağlık tesisi değerlendirme puanı kapsamında yer alan değerlendirme parametreleri üzerinden eksiklikleri analiz ederek iyileştirme faaliyetlerinde bulunmak ve komisyona raporlamak,

e) Sağlıkta kalite standartları ve sağlıkta akreditasyon standartlarının uygulanması noktasında gerekli tedbirler almak ve takibini yapmak,

f) Değerlendirme çalışmaları kapsamında eğitim çalışmalarını planlamak ve yürütülmesini sağlamak,

g) Koordinatör başhekimliklerin bulunduğu şehir hastanelerinde, değerlendirme çalışmalarını koordine etmek amacı ile her başhekimlik için sağlık tesisi değerlendirme sorumlusu görevlendirmek.

Sağlık tesisi değerlendirme sorumlusunun nitelikleri ve görevleri

MADDE 12- (1) Sağlık tesisi değerlendirme sorumlusu, sağlık tesisinde tam zamanlı olarak görev yapan, kalite ve verimlilik alanında deneyimli, tercihen bilişim, raporlama ve veri analizi konusunda tecrübeye sahip sağlık çalışanı olmalıdır.

(2) Sağlık tesisinde görevli kalite direktörü sağlık tesisi değerlendirme sorumlusu olarak görevlendirilebilir.

(3) Sağlık tesisi değerlendirme sorumlusu başhekimliğin onayı ile görevlendirilir ve görevlendirilen personel müdürlüğe ve Bakanlığa bildirilir.

(4) Sağlık tesisi değerlendirme sorumlusunun görevleri şunlardır;

a) Belirlenen dönemlerde yapılan sağlık tesisi yerinde değerlendirme raporlarının bir sonraki ayın 10'una kadar SDS ye girişlerini kontrol etmek,

b) Komite toplantı raporlarını SDS üzerinden göndermek,

c) Birim çalışanları ve sorumlularına yönelik eğitim çalışmalarını planlamak ve yürütülmesini sağlamak,

ç) Birim sorumluları ile birlikte verinin sisteme girişini ve doğruluğunu takip ve kontrol etmek,

d) Sağlık tesisi değerlendirme komitesinin sekretarya hizmetlerini yerine getirmek,

e) Sağlık tesisi değerlendirme standartlarına göre öz değerlendirme planını hazırlamak ve komitenin onayına sunmak,

f) Sağlık tesisinin değerlendirme, iyileştirme ve geliştirme faaliyetlerini yürütmek.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Verilerin Bakanlık sistemine gönderilmesi

MADDE 13- (1) Sağlık tesisi ve müdürlük, sağlık tesisi değerlendirme standartları esas alınarak yapılan değerlendirmelere ait sonuçları kanıtları ile birlikte belirlenen süreler içinde Bakanlık sistemine gönderir.

(2) Sağlık tesisi kurum hedef göstergelerine ait veri ve sonuçlar hesaplamanın yapıldığı ayın sonuna kadar Bakanlık sistemine gönderir.

(3) Verilerin zamanında Bakanlığa gönderilmesinde ve verilerin doğruluğundan öncelikle sağlık tesisi değerlendirme komitesi sorumludur. İl değerlendirme komisyonu tarafından verilerin zamanında ve doğru gönderilmesi takip edilir.

Eğitim

MADDE 14- (1) Genel Müdürlük, sağlık tesisi değerlendiricilerinin nitelik olarak geliştirilmesi ile yetkinliklerinin artırılması için uzaktan veya yerinde eğitim faaliyetlerini düzenler.

(2) Sağlık tesisi ve müdürlük, yönetici ve ilgili personele yönelik eğitimler düzenler.

Muafiyet

MADDE 15- (1) Doğal afet, savaş, salgın hastalık, seferberlik gibi olağanüstü durumlara maruz kalan, taşınan veya yeni açılan sağlık tesislerinin değerlendirme muafiyeti Genel Müdürlük tarafından belirlenir.

Yürürlükten kaldırılan yönerge

MADDE 16- (1) 6/7/2018 tarihli ve E-31057445-44.9- 171 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 17- (1) Bu Yönerge, 1/6/2025 tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 18- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

7.2.4. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Kurum Hedef Katsayısının Belirlenmesine İlişkin Yönerge

SAĞLIK TESİSLERİ KURUM HEDEF KATSAYISININ BELİRLENMESİNE İLİŞKİN YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Başlangıç Hükümleri

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin ek ödeme miktarının belirlenmesinde çarpan olarak kullanılacak kurum hedef katsayısının tespitine yönelik usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 6/8/2024 tarihli ve 32624 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinin 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (o) bendine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Genel Müdürlük: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünü,

c) Gösterge: Genel Müdürlükçe öncelikli hizmet alanlarının iyileştirilmesine yönelik hazırlanmış ölçülebilir kriterleri,

ç) Gösterge puanı: Her bir göstergeye ait hedefin karşılanma durumuna göre alınabilecek puanı,

d) Hesaplama yöntemi: Göstergelere esas değerlerin hesaplama yöntemini,

e) İlgili dönem: Döner sermaye ek ödemesinin yapılacağı aylık dönemleri,

f) Kurum hedef gösterge puanı: Sağlık tesislerinin hesaplama yöntemi üzerinden yapılan hesaplama sonucu elde edilen puanı,

g) Kurum hedef katsayısı: Bakanlıkça sağlık tesislerinde dağıtımına karar verilen ek ödeme miktarının tesis başına belirlenmesinde çarpan olarak kullanılan ve ilgili birimin sağlık hizmet sunumu, finansal sürdürülebilirlik, çalışan ve hasta memnuniyeti gibi kriterler çerçevesinde belirlenen 1,0 ile 1,3 arasında değişen katsayıyı,

ğ) Sağlık tesisi: Birlikte kullanım kapsamındaki hastaneler de dahil olmak üzere Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Kurum Hedef Katsayısı Hesaplama Usul ve Esasları

Kurum hedef katsayısı hesaplama usul ve esasları

MADDE 5- (1) Kurum hedef katsayının hesaplanmasına ilişkin temel esaslar şunlardır:

a) Sağlık tesislerinin kurum hedef katsayısının hesaplanmasına esas teşkil eden göstergeleri, gösterge puanları ve hesaplama yöntemleri ile kurum hedef gösterge puanının karşılık geldiği kurum hedef katsayı tablosu Genel Müdürlük tarafından ilan edilir.

b) Kurum hedef gösterge puanı hesaplanmayan sağlık tesislerinin kurum hedef katsayısı 1,0 olarak kabul edilir.

c) Sağlık tesislerinin kurum hedef katsayıları Genel Müdürlük tarafından belirlenerek ilan edilir. Bu katsayı, Bakanlıkça sağlık tesislerinde dağıtımına karar verilen ek ödeme miktarının tesis başına belirlenmesinde çarpan olarak kullanılır.

ç) Kurum hedef katsayılarının hesaplamasında kullanılacak verilerin doğruluğundan sağlık tesisi başhekimi sorumludur. Başhekim, verilerin doğru ve eksiksiz bir şekilde Bakanlığa gönderimini sağlar.

d) Kurum hedef katsayısı bir önceki ayın verileri esas alınarak her ayın ilk 15 günü hesaplanır ve bir sonraki ay dağıtılacak ek ödemede kullanılır.

e) Genel Müdürlük göstergeleri düzenli aralıklarla gözden geçirir. İhtiyaç duyulan öncelikli hizmet alanlarına ve sağlık tesisine özgü yeni göstergeler belirleyebilir. Mevcut göstergeleri revize edebilir veya uygulamasını kaldırabilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Yürürlükten kaldırılan yönerge

MADDE 6- (1) 2/2/2023 tarihli ve E-32693113-010.04-208632646 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Tesisleri Kurum Hedef Katsayısının Belirlenmesine İlişkin Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 7- (1) Bu Yönerge, 1/6/2025 tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 8- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

7.2.5.Normal Doğum Teşvikine Yönelik Usul ve Esaslar

SAĞLIK TESİSLERİNDE NORMAL DOĞUMUN TEŞVİKİNE YÖNELİK USUL VE ESASLAR

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Usul ve Esasların amacı Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde, kadın hastalıkları ve doğum ana dal/yan dal uzmanları ve asistanları ile ebelere normal doğumun teşviki amacıyla yapılacak ek ödemelere ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Usul ve Esaslar, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini ve bu tesislerde görev yapan kadın hastalıkları ve doğum ana dal/yan dal uzmanları ve asistanları ile ebeleri kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Usul ve Esaslar, 6/8/2024 tarihli ve 32624 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinin 5 inci maddesinin sekizinci fıkrasına dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Usul ve Esaslarda geçen;

a) Asistan: 3/9/2022 tarihli ve 31942 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören ana dal/yan dal uzmanlık öğrencilerini,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) Kurum değerleri: Sağlık tesisinin ilgili ek ödeme dönemindeki primer sezaryen oranını ve normal doğum ortalamasını,

ç) Primer sezaryen oranı: A1 ve A1 dal hastaneleri için Bakanlıkça ilan edilen hedef değeri, diğer rol grupları için Bakanlıkça ilan edilen primer sezaryen oranını,

d) Sağlık tesisi: Birlikte kullanım kapsamındaki hastaneler de dahil olmak üzere ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan Bakanlığa bağlı kurumları,

e) Sağlık tesisi toplam normal doğum sayısı: İlgili ek ödeme dönemi içinde sağlık tesisinde gerçekleştirilen sezaryen hariç doğumların sayısını,

f) Tabip normal doğum oranı (TNDO): İlgili ek ödeme döneminde kadın hastalıkları ve doğum ana dal/yan dal uzmanları için ek ödemeye esas genel tıbbi işlemler içinde yer alan toplam normal doğum sayısının, toplam doğum sayısına bölümünü,

g) Tabip toplam doğum sayısı: İlgili ek ödeme dönemi içinde kadın hastalıkları ve doğum ana dal/yan dal uzmanları için ek ödemeye esas genel tıbbi işlemler içinde yer alan tüm doğumların sayısını,

ğ) Tabip toplam normal doğum sayısı: İlgili ek ödeme döneminde kadın hastalıkları ve doğum ana dal/yan dal uzmanları için ek ödemeye esas genel tıbbi işlemler içinde yer alan sezaryen hariç doğumların sayısını,

h) Türkiye normal doğum ortalaması: A1 ve A1 dal hastaneleri için Bakanlıkça ilan edilen hedef değeri, diğer rol grupları için Bakanlıkça ilan edilen normal doğum ortalamasını,

ifade eder.

Temel esaslar

MADDE 5- (1) Normal doğum teşvik ek puanının belirlenmesine ilişkin temel esaslar aşağıda belirtilmiştir:

a) Bu Usul ve Esaslar uyarınca öngörülen ek puanlar aktif çalışma gün katsayısı oranında verilir.

b) Sağlık tesisleri için ek ödemeye esas Türkiye normal doğum ortalaması ile primer sezaryen oranı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından yılda en az bir kez belirlenir ve ilan edilir. Belirtilen süre içinde ilan edilmemesi durumunda ilgili personel için normal doğum teşvik ek puanı hesaplaması yapılmaz.

c) Bu Usul ve Esaslar kapsamında verilen normal doğum teşvik ek puanı sağlık tesisi puan ortalamasını geçemez.

ç) Kurum değerlerinin primer sezaryen oranına eşit veya altında gerçekleşmesi ve Türkiye normal doğum ortalamasına eşit veya üstünde olması durumlarının birlikte sağlanması halinde ilgili personel için 6 ncı maddeye göre normal doğum teşvik ek puan hesaplaması yapılır.

d) Kurum değerlerinin belirlenen hedef aralığına ulaşması için Başhekim gerekli tedbirleri alır.

e) İnceleme heyeti, normal doğum teşvik ek puanına ilişkin gerekli inceleme ve kontrolleri yapar.

Normal doğum teşvik ek puanının belirlenmesi

MADDE 6- (1) Normal doğum teşvik ek puan hesaplamaları aşağıdaki şekilde yapılır:

a) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı (ana dal/yan dal) eğitim görevlisi, profesör, doçent, doktor öğretim üyesi, başasistan, uzman tabip için;

Normal doğum teşvik ek puanı; ilgili ek ödeme döneminde tabibin toplam normal doğum sayısının toplam doğum sayısına olan oranının, aşağıdaki tabloda sağlık tesisi puan ortalamasının belirlenen oranına karşılık gelen oranı esas alınarak belirlenir. (TNDO = Tabip toplam normal doğum sayısı / Tabip toplam doğum sayısı)

TNDO	Sağlık tesisi puan ortalaması üzerinden verilecek oran
% 55 ≤ (TNDO) ≤ 65	%60
% 65 < (TNDO) ≤ 75	%80
% 75 < (TNDO) ≤ 100	%100

b) Asistanlar (ana dal/yan dal) için;

İlgili ek ödeme döneminde kadın hastalıkları ve doğum/perinatoloji kliniğinde çalışan asistanlara sağlık tesisi puan ortalamasının %30'u oranında normal doğum teşvik ek puanı verilir. (Normal doğum teşvik ek puanı = Sağlık tesisi puan ortalaması x 0,30)

c) Ebeler için;

İlgili ek ödeme döneminde aşağıda belirtilen tıbbi hizmet sunum alanlarında fiilen görev yapan ebe unvanlı personele aşağıda belirlenen oranlarda normal doğum teşvik ek puanı verilir.

Tıbbi Hizmet Sunum Alanı	Sağlık tesisi puan ortalaması üzerinden verilecek oran
Doğumhane / Doğum salonu	%50
Travay Doğum Lohusa (TDL)	%50
Gebe okulu*	%20
* Gebe okulunda ek puan verilecek ebe sayısı, birinci ve ikinci satırda yer alan ebe sayısının % 5 ini geçemez.	

Yürürlük

MADDE 7- (1) Bu Usul ve Esaslar 1/1/2025 tarihinden geçerli olmak üzere Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 8- (1) Bu Usul ve Esasları Sağlık Bakanı yürütür.

7.2.6. Genel Tıbbi İşlemler Yönergesi

GENEL TIBBİ İŞLEMLER YÖNERGESİ

Amaç

Madde 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde görev yapan personelin genel tıbbi işlemlere esas ek ödeme tutarlarını belirleyen mesai içi ve mesai dışı net teşvik puanlarının tespiti amacıyla tabipler tarafından yapılan tıbbi işlemlerin tanımlanması ve bu işlemlere ilişkin puanların belirlenmesidir.

Kapsam

Madde 2- (1) Bu yönerge, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde görev yapan memurları, sözleşmeli personeli (663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 42 nci ve 45 inci maddesi uyarınca istihdam edilenler hariç), 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 38 inci maddesine göre sağlık tesislerinde görevlendirilen personel ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 9 uncu maddesi hükümleri çerçevesinde birlikte kullanım kapsamında hizmet sözleşmesi imzalanan üniversite personeli ve kadroları diğer kamu kurum ve kuruluşlarında bulunan ve haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler ile en az bir ay itibarıyla belirli bir süre için görevlendirilen sağlık personelini kapsar.

Dayanak

Madde 3- (1) Bu Yönerge, 06/08/2024 tarihli ve 32624 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinin 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (ğ) ve (ğğ) bendlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- (1) Bu Yönergede yer alan:

a) Genel tıbbi işlemler: Bakanlıkça belirlenen genel tıbbi işlemler puanına esas olan işlemleri,

b) Genel tıbbi işlemler puanı: Bakanlıkça belirlenen o dönem içinde genel tıbbi işlem yapanların her biri için mesai içi ve mesai dışı olmak üzere ayrı ayrı hesaplanan, genel tıbbi işlemler karşılığı elde edilen puanların toplamını,

c) Yönetmelik: 06/08/2024 tarihli ve 32624 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğini,

ifade eder.

Genel tıbbi işlemlerin temel esasları

Madde 5- (1) Genel tıbbi işlemler puanının hesaplanmasında Ek-1 sayılı Genel Tıbbi İşlemler Listesi ve Ek-2 sayılı Mesai Dışına Esas Tıbbi İşlemler Listesi esas alınır. Ek-2 sayılı listede yer alan işlemler için Ek-1 sayılı listede yer alan tanımlar, açıklamalar ve uygulama esasları geçerlidir.

(2) Ek-1 sayılı listede yer alan ve puanı 1500 ilâ 5000 arasında olan ameliyatların, ekip hâlinde yapılması durumunda birinci ve ikinci hekime, koordinatör hastane ekibi ile yapılan kalp ve damar cerrahisi ameliyatlarında ise koordinatör hastane ekibindeki her hekime yapılan işlemin puanı bölünmeden ayrı ayrı verilir. Ek-1 sayılı listede puanı 5000 ve üzeri olan ameliyatların puanları birinci ve ikinci hekime bölünmeden ayrı ayrı, üçüncü hekime ise puanın yarısı verilir. Bu fıkra kapsamındaki ameliyatlara yönelik anestezi uygulamalarının da ekip halinde yapılması durumunda birinci ve ikinci anestezi uzmanı hekime anestezi işlem puanı bölünmeden ayrı ayrı verilir.

(3) Ek-1 sayılı listede yer alan;

"701.031" kodlu "Kriyoablasyon, supraventriküler"

"701.041" kodlu "Kriyoablasyon, ventriküler"

"701.062" kodlu "Kriyobalon ile ablasyon, atrial fibrilasyon, pulmoner ven izolasyonu"

"701.063" kodlu "Kompleks haritalama yöntemiyle yapılan kriyoablasyon"

(Değişik- Bakanlık Onayı 13.01.2025 tarihli ve E-11045126-010.04-265384836 sayılı)

"701.064" kodlu "Kompleks haritalama eşliğinde radyofrekans ablasyon kataterı ile yapılan pulmoner ven izolasyonu ile atriyal fibrilasyon ablasyonu"

"701.065" kodlu "Kompleks haritalama eşliğinde radyofrekans katater ile yapılan sol atriyal taşikardi ablasyonu"

"701.066" kodlu "Ventriküler taşikardi nedeniyle mükerrer ICD şok varlığında kompleks haritalama eşliğinde radyofrekans ablasyon katateri ile endokardial ventriküler taşikardi ablasyonu"

"701.067" kodlu "Ventriküler taşikardi nedeniyle mükerrer ICD şok varlığında kompleks haritalama eşliğinde radyofrekans ablasyon katateri ile endokardial ablasyona ilavaten epikardial ventriküler taşikardi ablasyonu"

işlemlerinin ekip hâlinde yapılması durumunda birinci hekime puanın tamamı ikinci hekime ise puanın yarısı verilir.

(4) Aynı seansta birden fazla ameliyatın yapıldığı durumlarda;

a) Aynı kesiden yapılan ameliyatlarda puanı yüksek olan ameliyatın puanı tam, sonraki ameliyatların puanları ise her birinin % 30' u alınarak puanlandırılır.

b) Ayrı kesiden yapılan ameliyatlarda puanı yüksek olan ameliyatın puanı tam, sonraki ameliyatların puanları ise her birinin % 50'si alınarak puanlandırılır.

c) Yukarıdaki işlemler farklı branşlarda yapılmışsa, yüzdelik oranlarında yer alan rakamlara 25 ilave edilerek puanlandırılır.

(5) Mesai dışı çalışmada gerçekleştirilen işlemlerden; Ek-2 sayılı Mesai Dışına Esas Tıbbi İşlemler Listesinde yer alan işlemlerin işlem puanları için Ek-1 sayılı listede yer alan ilgili işlemlere ait işlem puanlarının 2,5 katı uygulanır. Ek-2 sayılı listede yer almayan işlemler için Ek-1 sayılı listede yer alan işlem puanları esas alınır, "Diş" başlığı altında yer alan işlem puanları ise %20 artırımlı uygulanır. Ek-1 sayılı Genel Tıbbi İşlemler Listesinde yer alan hekim muayeneleri ve raporlar başlığı altındaki işlemlerin açıklama sütununda yer alan MHRS artırımları yalnızca mesai içinde yapıldığı zaman uygulanır. Ek-1 sayılı Genel Tıbbi İşlemler Listesinde işlemlerin açıklama sütununda yer alan artırımlar ("Diş" başlığı altında yer alan işlemler hariç) mesai dışı hesaplamasında uygulanmaz. Ancak mesai dışı hesaplamalarda "520.007, 520.008, 520.009" kodlu ek puanlar ile hastanın geçmiş sağlık verileri HBYS üzerinden değerlendirildiğinde ilgili işlem koduna uygulanan 2 puan bu maddenin birinci cümlesindeki artırım yapılmadan eklenerek uygulanır.

(6) Ek-1 sayılı listede yer alan "2. Hekim Muayeneleri ve Raporlar" başlık altındaki işlemlerden "520.007, 520.008, 520.009" kodlu ek puanlar ile "hastanın geçmiş sağlık verileri HBYS üzerinden değerlendirildiğinde" ilgili işlem kodlarına eklenecek puanlar, söz konusu başlık altındaki diğer işlem kodlarının açıklama kısmındaki artırımlar yapıldıktan sonra eklenerek uygulanır.

(7) Evde sağlık hizmetleri kapsamında yapılan genel tıbbi işlem puanları %50 artırılarak uygulanır.

Yürürlükten kaldırılan Yönerge

Madde 6- (1) 13/10/2022 tarihli ve 1088 sayılı Genel Tıbbi İşlemler Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

Madde 7- (1) Bu Yönerge, 01/07/2024 tarihinden geçerli olmak üzere Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 8- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Ek:

Ek-1 Genel Tıbbi İşlemler Listesi

Ek-2 Mesai Dışına Esas Tıbbi İşlemler Listesi

Genel Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge – 1

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
13.01.2025 18:26:26 E-11045126-010.04-265384836
265384836

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Genel Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinin 4 inci maddesinin birinci fıkrasının (ğ) ve (ğğ) bentlerine dayanılarak hazırlanan ve ilişikte sunulan Genel Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge ve ekinin yürürlüğe konulması hususunu tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../202..

Hüseyin Kürşat KIRBIYIK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../202..

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek:
1- Genel Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge (1 sayfa)
2- Ek-1 (101 sayfa)

GENEL TIBBİ İŞLEMLER YÖNERGESİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNERGE

MADDE 1- 7/8/2024 tarihli ve E-49022165-020.250743936 sayılı Bakanlık Makam Oluru ile yürürlüğe konulan Genel Tıbbi İşlemler Yönergesinin 5 inci maddesinin üçüncü fıkrasına aşağıdaki bentler eklenmiştir.

""701.064" kodlu "Kompleks haritalama eşliğinde radyofrekans ablasyon katateri ile yapılan pulmoner ven izolasyonu ile atriyal fibrilasyon ablasyonu"

"701.065" kodlu "Kompleks haritalama eşliğinde radyofrekans katater ile yapılan sol atriyal taşikardi ablasyonu"

"701.066" kodlu "Ventriküler taşikardi nedeniyle mükerrer ICD şok varlığında kompleks haritalama eşliğinde radyofrekans ablasyon katateri ile endokardial ventriküler taşikardi ablasyonu"

"701.067" kodlu "Ventriküler taşikardi nedeniyle mükerrer ICD şok varlığında kompleks haritalama eşliğinde radyofrekans ablasyon katateri ile endokardial ablasyona ilavaten epikardial ventriküler taşikardi ablasyonu""

MADDE 2- Aynı Yönergenin Ek-1'i ekteki şekilde değiştirilmiştir.

MADDE 3- Bu Yönerge, 1/2/2025 tarihinden geçerli olmak üzere Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe girer.

MADDE 4- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Uz. Dr. Ahmet CEVİZ
Kamu Hastaneleri Genel Müdürü

Genel Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge – 2

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
14.07.2025 12:57:33 E-11045126-010.04-281994024
281994024

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2025 AİLE YILI

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Genel Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Genel Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge taslağı ilişikte sunulmuştur.

İlişikte sunulan nihai taslağın yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../7/2025

Dr. Öğr. Üyesi Halim ÖZÇEVİK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../7/2025

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek:
1- Genel Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge (1 sayfa)
2- Ek-1 Genel Tıbbi İşlemler Listesi Taslağı
3- Ek-2 Mesai Dışına Esas Tıbbi İşlemler Listesi Taslağı

GENEL TIBBİ İŞLEMLER YÖNERGESİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNERGE

MADDE 1- 7/8/2024 tarihli ve E-49022165-020.250743936 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğüne konulan Genel Tıbbi İşlemler Yönergesinin Ek-1 ve Ek-2 si ekteki şekilde değiştirilmiştir.

MADDE 2- Bu Yönerge 1/8/2025 tarihinden geçerli olmak üzere Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe girer.

MADDE 3- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

7.2.7. Özellikli Tıbbi İşlemler Yönergesi

ÖZELLİKLİ TIBBİ İŞLEMLER YÖNERGESİ

Amaç

Madde 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde görev yapan personelin özellikli tıbbi işlemlere esas ek ödeme tutarlarını belirleyen özellikli tıbbi işlemler net teşvik puanlarının tespiti amacıyla tabipler tarafından yapılan özellikli tıbbi işlemlerin tanımlanması ve bu işlemlere ilişkin puanların belirlenmesidir.

Kapsam

Madde 2- (1) Bu yönerge, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde görev yapan eğitim görevlisi, başasistan, uzman tabip ve uzman diş tabiplerini kapsar.

Dayanak

Madde 3- (1) Bu Yönerge, 06/08/2024 tarihli ve 32624 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinin 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (v) bendine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- (1) Bu Yönergede yer alan:

a) Özellikli tıbbi işlemler: Hazine ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile Bakanlıkça işlem ve puanları bölge veya il veya hastane bazında ayrı ayrı belirlenebilen özellikli tıbbi işlemler puanına esas işlemleri,

b) Özellikli tıbbi işlemler puanı: O dönem içinde özellikli tıbbi işlem yapanların her biri için ayrı ayrı hesaplanan özellikli tıbbi işlemler karşılığı elde edilen puanların toplamını,

c) Özellikli tıbbi işlemler tavan ek ödeme tutarı: Kanuna göre belirlenen ek ödeme matrahının, Yönetmeliğin Ek-1 sayılı listesinde özellikli tıbbi işlemler için belirlenmiş olan tavan ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutarı,

ç) Yönetmelik: 06/08/2024 tarihli ve 32624 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğini,

İfade eder.

Özellikli tıbbi işlemlerin temel esasları

Madde 5- (1) Özellikli tıbbi işlemler puanının hesaplanmasında ekli Özellikli Tıbbi İşlemler Listesi esas alınır.

(2) Aynı seansta birden fazla ameliyatın yapıldığı durumlarda;

a) Aynı kesiden yapılan ameliyatlarda puanı yüksek olan ameliyatın puanı tam, sonraki ameliyatların puanları ise her birinin % 30' u alınarak puanlandırılır.

b) Ayrı kesiden yapılan ameliyatlarda puanı yüksek olan ameliyatın puanı tam, sonraki ameliyatların puanları ise her birinin % 50'si alınarak puanlandırılır.

c) Yukarıdaki işlemler farklı branşlarda yapılmışsa, yüzdelik oranlarında yer alan rakamlara 25 ilave edilerek puanlandırılır.

(3) Özellikli Tıbbi İşlemler Listesinde yer alan (*) işaretli işlemler sadece konjenital skolyoz (ICD-10 kodu Q67.5, Q76.3 olan) cerrahisinde uygulandığında Özellikli Tıbbi İşlem olarak kabul edilir.

(4) Ekli listede yer alan ve puanı 1500 ilâ 5000 arasında olan ameliyatların, ekip hâlinde yapılması durumunda birinci ve ikinci hekime, koordinatör hastane ekibi ile yapılan kalp ve damar cerrahisi ameliyatlarında ise ekipteki her hekime yapılan işlemin puanı bölünmeden ayrı ayrı verilir. Puanı 5000 ve üzeri olan ameliyatların puanları birinci ve ikinci hekime

bölünmeden ayrı ayrı, üçüncü hekime ise puanın yarısı verilir. Bu fıkra kapsamındaki ameliyatlara yönelik anestezi uygulamalarının da ekip halinde yapılması durumunda birinci ve ikinci anestezi uzmanı hekime anestezi işlem puanı bölünmeden ayrı ayrı verilir.

(5) Ekli listede yer alan;

"802.740" kodlu "Beyin AVM embolizasyonu/AV fistül tedavileri"

"802.760" kodlu "Endovasküler serebral anevrizma tedavisi"

"802.891" kodlu "Akut inmede trombektomi"

işlemlerinin ekip hâlinde yapılması durumunda birinci hekime puanın tamamı ikinci hekime ise puanın yarısı verilir.

Özellikli tıbbi işlemlerin belirlenmesi

Madde 6- (1) Özellikli tıbbi işlemler listesindeki işlem sayısı 145 adet ile sınırlıdır.

(2) Özellikli tıbbi işlemlerin, Hazine ve Maliye Bakanlığı görüşü ile bu Yönergede belirlenen sayısı aşılmamak kaydıyla, işlem ve puanları bölge veya il veya hastane bazında ayrı ayrı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünce belirlenebilir.

(3) Değişiklikler bir (1) hafta içinde Hazine ve Maliye Bakanlığına gönderilir.

Yürürlükten kaldırılan Yönerge

Madde 7- (1) 13/10/2022 tarihli ve 1087 sayılı Özellikli Tıbbi İşlemler Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

Madde 8- (1) Bu Yönerge, 01/07/2024 tarihinden geçerli olmak üzere Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 9- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Ek- Özellikli Tıbbi İşlemler Listesi

Özellikli Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
14.07.2025 13:04:45 E-11045126-010.04-281994536

281994536

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2025 AİLE YILI

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Özellikli Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Özellikli Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge taslağı ilişikte sunulmuştur.

İlişikte sunulan nihai taslağın yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../7/2025

Dr. Öğr. Üyesi Halim ÖZÇEVİK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../7/2025

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek:
1- Özellikli Tıbbi İşlemler Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge (1 sayfa)
2- Ek-1 Özellikli Tıbbi İşlemler Listesi Taslağı

ÖZELLİKLİ TIBBİ İŞLEMLER YÖNERGESİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNERGE

MADDE 1- 7/8/2024 tarihli ve E-49022165-020-250744371 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Özellikli Tıbbi İşlemler Yönergesinin eki ekteki şekilde değiştirilmiştir.

MADDE 2- Bu Yönerge 1/8/2025 tarihinden geçerli olmak üzere Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe girer.

MADDE 3- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

7.2.8. Yurtdışı Sağlık Tesislerinde Personel Görevlendirilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ VE TURİZM DIŞI SAĞLIK
HİZMETLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
13/12/2018 14:50 - 97014916-903.07.03-1431

Sayı : 97014916-319
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Bakanlığımızca insani yardım amaçlı olarak hizmet vermek üzere Bangladeş'te kurulan Saltra Hastanesi, Somali'de işletilen Mogadişu Somali Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim Araştırma Hastanesi, Sudan'da işletilen Nyala Sudan Türkiye Eğitim Araştırma Hastanesi ve diğer ülkelerde açılacak olan hastanelerin ekteki yönergede belirtilen usul ve esaslar dahilinde işletilmesi hususlarını;

Takdir ve Tensiplerinizi arz ederim.

Prof. Dr. Rahmi KILIÇ
Genel Müdür

Uygun görüşle arz ederim.
.../ 12 / 2018

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan Yardımcısı

OLUR
...../ 12 / 2018

Uzm. Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

YURT DIŞI SAĞLIK TESİSLERİNDE PERSONEL GÖREVLENDİRİLMESİNE DAİR USUL VE ESASLAR HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- Bu Yönerge; Sağlık Bakanlığınca insani yardım amaçlı olarak hizmet verecek olan yurt dışı sağlık tesislerinde görevlendirilecek personelin tespitine, sağlık tesislerinin idari, mali ve diğer destekleyici iş ve işlemlerinin yürütülmesine ve bu konuda ülkeler arası koordinasyonun sağlanmasına yönelik olarak ilgili birimler arasındaki iş birliğine ilişkin usul ve esasların belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Kapsam

MADDE 2- Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığı tarafından yurt dışı sağlık tesislerinde görevlendirilecek personelin belirlenmesine ait kriterleri ve sağlık tesislerinin idari, mali ve lojistik iş ve işlemleri ile hastane işletmeciliği ve ülkeler arası koordinasyonun sağlanmasına yönelik olarak ilgili birimler arasındaki iş ve işlemlere ait koordinasyona ilişkin usul ve esasları kapsamaktadır.

Dayanak

MADDE 3- Bu Yönerge, 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 51 inci maddesi ile 1 numaralı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 362 nci ve 508 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- Bu Yönergede geçen;

a) ABDİGM : Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Genel Müdürlüğünü,
b) Bakanlık : Sağlık Bakanlığını,
c) KHGM : Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünü,
d) Komisyon : Yurtdışı Sağlık Tesisleri Görev Talep Değerlendirme Komisyonunu,
e) SPTS : Sağlık Personeli Takip Sistemini,
f) YHGM : Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Bakanlık Birimlerince Yapılacak İş ve İşlemler ile Koordinasyon

İş ve işlemler ile koordinasyon

MADDE 5- (1) Sağlık Bakanlığı ile sağlık hizmeti sunulacak ülke arasında imzalanacak ve sağlık hizmeti verilecek sağlık tesisindeki sağlık hizmetinin sürdürülmesine, verilen/verilecek hizmetlere yönelik ilave ve eksiltmelere, acil durumlardaki eylemlere ilişkin

iş ve işlemleri kapsayacak olan "Sağlık Tesisi İşletim Protokolü"nün hazırlanması ve uygulamaya konulmasına dair iş ve işlemler ABDİGM koordinasyonunda yürütülür.

(2) Yurt dışı sağlık tesislerinin işletilmesine yönelik idari, mali ve teknik faaliyetler ile sağlık tesisinin ihtiyacı olan personelin planlaması, başvurularının alınması ve belirlenmesi iş ve işlemleri KHGM tarafından yürütülür.

(3) Yurt dışı sağlık tesisinde görevlendirilmek üzere Komisyon tarafından belirlenen personelin halen görev yaptıkları kurumdaki hizmeti aksatıp aksatmayacağı hususu ile yurt dışı görevlendirilmelerine engel bir halin olup olmadığı hususunda YHGM'den görüş alınır.

(4) Yurt dışı sağlık tesislerindeki eğitim ve araştırma faaliyetleri Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve diğer üniversiteler arasında iş birliği sağlanarak yürütülür.

(5) Yurtdışı sağlık hizmeti verilen/verilecek ülkeler, Dışişleri Bakanlığı ve Türkiye'deki yabancı misyon temsilcilikleri ile yürütülecek faaliyetler ve ihtiyaç duyulan diplomatik hususların koordinasyonu ABDİGM tarafından yürütülür.

(6) Komisyon tarafından belirlenen personel listesi ile personelin görev yapacağı ülke tarafından talep edilen diploma, pasaport ve benzeri belgeler, KHGM tarafından tamamlanarak, ilgili ülke Sağlık Bakanlığına iletilmek üzere Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü'ne gönderilir.

(7) Yönetici pozisyonunda görev yapacak personele, ilgili ülkede göreve başlamadan önce KHGM ve ABDİGM tarafından hastanenin sunacağı hizmetlere yönelik eğitim verilir.

(8) Yurtdışına görevlendirilen personelin yurt dışından dönüşünü müteakiben, ayrılış ve başlayış işlemleri ile Üniversite personelinin muvafakat işlemleri siciline işlenmek üzere KHGM tarafından YHGM'ye iletilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Komisyonun Kurulması ve Görevleri

Komisyonun kurulması ve görevleri

MADDE 6– (1) Bu usul ve esaslar kapsamında yer alan sağlık tesislerinde görevlendirilecek personelin belirlenmesi için "Yurtdışı Sağlık Tesisleri Görev Talep Değerlendirme Komisyonu" kurulur.

(2) Komisyon, KHGM Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurtdışı Sağlık Birimleri Dairesi Başkanı, KHGM Döner Sermaye ve Bütçe Dairesi Başkanı ile YHGM ve ABDİGM tarafından belirlenecek birer Daire Başkanı olmak üzere toplam beş kişiden teşkil olunur. Komisyona KHGM Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurtdışı Sağlık Birimleri Dairesi Başkanlığından sorumlu Genel Müdür Yardımcısı başkanlık eder.

(3) Komisyonun sekretaryası KHGM Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurtdışı Sağlık Birimleri Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülür.

(4) Komisyon Başkanının toplantılara katılamadığı durumlarda Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurtdışı Sağlık Birimleri Dairesi Başkanı komisyona başkanlık eder.

(5) Komisyon tarafından, başvuranlardan işbu Yönergenin 7 nci maddesindeki görevlendirme kriterlerini taşıyan personel arasından değerlendirme yapılarak görevlendirilecek personele ait liste oluşturulur. Görevlendirilen personelin herhangi bir sebeple görevlendirildiği sağlık tesisine gitmemesi halinde yerine, başvurusu olan ve görevlendirme kriterlerini taşıyan aynı unvanlı diğer bir personel görevlendirilir.

(6) Acil personel ihtiyacı oluşması halinde başvurular üzerinden değerlendirme yapılarak yeni personel tespit edilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Görevlendirme Kriterleri, Başvuru Esasları ve Görevlendirme İşlemleri

Görevlendirme kriter ve esasları

MADDE 7- (1) Yurtdışı sağlık tesislerinde görevlendirilecek personelin;

a) Uzman tabip ve tabipler için aktif çalıştığı yerde unvan ve branşında tek olmaması,

b) Özellikli birimler (Acil Servis, Yoğun Bakım, Diyaliz, Ameliyathane vb.) için yapılacak görevlendirmelerde gerekli sertifika veya eğitim belgesine sahip olması,

c) Başvurmuş olduğu unvan/branşta fiilen en az üç yıl çalışıyor olması,

ç) 657 sayılı Devlet Memurları Kanunun 4/A maddesi kapsamında görev yapıyor olması,

d) Tabip ve uzman tabip dışı sağlık personelinin belirtilen kriterler çerçevesinde yoğun bakım ünitesi, ameliyathane, acil servis ve diyaliz ünitesi vb. özellikli birimlerde görevlendirme talep etmeleri halinde görev alacakları yıl içerisinde 40 yaşını, diğer sağlık hizmetleri sınıfı için 45 yaşını doldurmamış olması,

e) İlan metninde belirtilecek diğer müracaat şartlarını taşımaları,

gerekir.

(2) Yurt dışı sağlık tesislerinde ilk defa görevlendirilecek olanların taleplerine öncelik verilir.

(3) Görevlendirmeler için başvuranlar arasından kriterlere uygun personel bulunamaması durumunda, KHGM tarafından resen tespit edilen personel arasından komisyonca uygun görülenlerin görevlendirmesi yapılır.

(4) Gerekli görülmesi halinde komisyon marifetiyle ve komisyonca belirlenecek usul ve esaslar çerçevesinde yurt dışı görevlendirmelerine ilişkin mülakat yapılabilir.

Duyuru ve başvuru esasları

MADDE 8- (1) Yurtdışı sağlık tesislerinde görevlendirme yapılmasına ilişkin ilan ve diğer duyurular Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünün www.khgm.saglik.gov.tr adresinden yapılır.

(2) Müracaatlar ilan metninde belirlenen usul ve esaslara göre Sağlık Personeli Takip Sistemi (SPTS) üzerinden alınır.

(3) Görev almak isteyen personel tarafından, Sağlık Personeli Takip Sisteminde yer alan "Yurtdışı Sağlık Tesislerinde Görev Talep Formu"nu doldurularak, görev yaptığı kurumun en üst amirine onaylatılır. Onaylatılan evraklar elektronik ortama aktarılarak "pdf" formatında başvuru yapılan sayfaya yüklenerek başvuru kesinleştirilir.

(4) Başvuru dönemleri KHGM tarafından ilan edilir. Başvuru dönemleri dışında yapılan (yöneticiler, tabip, uzman tabipler ile diş tabibi ve uzman diş tabibi hariç) müracaatlar ile duyuru metninde belirtilen usul ve esaslara uygun olmayan başvurular değerlendirmeye alınmaz.

(5) Daha önce farklı görevler ile yurtdışında bulunup, görevini yerine getirmeme, disiplinsizlik, devleti temsil edememe gibi nedenlerle ve işbu Yönergenin 11 inci maddesine göre görevi sonlandırılan personel herhangi bir görev/unvan ayrımına bakılmaksızın yeniden görevlendirilemez.

(6) Usule uygun başvurular değerlendirilmek üzere Komisyona sunulur.

Görevlendirme süreleri

MADDE 9- (1) Görevlendirme süreleri; sağlık tesislerinin ihtiyaçları doğrultusunda sağlık tesisi ve unvan/branş bazında, sağlık hizmet sunumunu kesintiye uğratmayacak şekilde

ilgili ülke vize uygulamalarına dikkat edilerek uygun periyotlarda alınacak görev onayı ile belirlenir. İlgili ülke için Bakanlığın belirleyeceği toplam süre göz önünde bulundurularak personel iki dönemden fazla görevlendirilemez. Ancak Komisyonun uygun görmesi halinde yönetici, tabip ve uzman tabip, diş tabibi ve uzman diş tabibi olarak görevlendirilmiş personelin görev süreleri dönem ve süre şartı aranmaksızın uzatılabilir.

(2) Daha önce yurtdışı sağlık tesislerinde görev yapmış uzman tabip, tabip, diş hekimi ve uzman diş hekimi dışındaki personel için yeniden görevlendirme yapılmaz. Ancak, komisyonca bilgi ve tecrübesinden faydalanılacağına karar verilen personel, Bakanlıkça yeni açılan sağlık tesislerinin kurucu ekibinde görevlendirilebilir.

Yurtdışı görev onayının alınması

MADDE 10- Komisyonca oluşturulan personel listesi, KHGM tarafından görevlendirme başlangıç tarihinden makul süre önce ve eksiksiz bir şekilde ABDİGM'ye gönderilir. ABDİGM tarafından Bakanlık Oluru alınan personel listesi, gereği için KHGM'ye bildirilir.

Görevlendirmenin sonlandırılması

MADDE 11- (1) Personelin, sağlık tesisine ilişkin işbirliği ve koordinasyona gidilen ülkeler ile olan ikili ilişkileri olumsuz yönde etkilemesi, görevinin gereklerini yerine getirmemesi ile sağlık tesisindeki çalışma huzurunu bozucu ve benzeri disipline aykırı fiil ve tutumlarının tespit edilmesi hallerinde görevlendirmesi sonlandırılır.

(2) Görevi sonlandırılacak personel, ilgili yurtdışı sağlık tesisi yöneticisi tarafından ivedi bir şekilde KHGM'ye gerekçeleri ile birlikte yazılı olarak bildirilir. Konu, KHGM tarafından ABDİGM'ye yazılı olarak iletilir ve ABDİGM tarafından görev iptal onayı alınarak KHGM'ye bildirilir. Görevin sonlandırılmasının ivedilik gerektirdiği durumlarda hastane yöneticisi tarafından personel ivedi olarak Türkiye'ye gönderilir. Bilahare görev sonlandırma onayı ilişik kesme tarihinden geçerli olmak üzere alınır.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Disiplin ve mali hükümler

MADDE 12- (1) Görevlendirilen personele ilişkin mali iş ve işlemler 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 51 inci maddesinin ikinci fıkrasına ve genel hükümlere tabidir.

(2) Disiplin işlemleri, Bakanlık personelinin tabi olduğu mevzuata ve sağlık kurum ve kuruluşlarındaki uygulamalar da esas alınarak genel hükümlere göre yürütülür.

Yürürlük

MADDE 13- (1) Bu Yönerge Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 14- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

7.2.9. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

Sayı :31057445-
Konu :Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge

.../.../2018

BAKANLIK MAKAMINA

Bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerinin etkinlik ve verimliliğini değerlendirmek, problemleri kaynağında tespit edip çözüme kavuşturmak ve verimli hizmet sunumunu gerçekleştirmek amacıyla Genel Müdürlüğümüzce yerinde değerlendirme faaliyetleri yürütülmektedir. Bu kapsamda, Bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerinin yerinde değerlendirilmesinde usul ve esasların, gözden yapacak personelin ve yetkilerinin belirlenmesi amacı ile "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge" hazırlanmıştır.

Söz konusu yönergenin onaylanarak yürürlüğe konulması hususunu emir ve tensiplerinize arz ederim.

Prof. Dr. Murat ALPER
Genel Müdür

Uygun Görüşle Arz Ederim.
.../.../2018
Dr. Şuayip BİRİNCİ
Müsteşar Yardımcısı

Uygun Görüşle Arz Ederim.
.../.../2018
Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Müsteşar

OLUR
.../.../2018
Dr. Ahmet DEMİRCAN
Bakan

Ekler:
1-Yönerge Taslağı (5 sayfa)
2-Hastane Yerinde Değerlendirme Soru Listesi
3-Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Soru Listesi
4- Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Soru Listesi
5- ADSM/ADSH Soru Listesi

SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI SAĞLIK TESİSLERİNİN VERİMLİLİĞİNİN YERİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar

Amaç

MADDE 1 - (1) Bu Yönergenin amacı Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinin verimliliğinin ve sağlık hizmet sunumlarının yerinde değerlendirilmesidir.

Kapsam

MADDE 2 - (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3 - (1) Bu Yönerge 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararnamenin 25/A maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 - (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Değerlendirme Listesi: Genel Müdürlük tarafından hazırlanan sağlık tesislerinin değerlendirilmesinde kullanılacak olan ekte yer alan listeyi,

c) Ekip Başkanı: İl bazında değerlendirme yapan tüm ekiplerin başkanını,

ç) Ekip Sorumlusu: Sağlık tesisini değerlendirecek verimlilik gözlem ekibinin sorumlusunu,

d) Genel Müdürlük: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünü,

f) Genel Müdür: Kamu Hastaneleri Genel Müdürünü,

g) Sağlık Tesisi: Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini veren hastaneler ve bağlı birimlerini, ağız ve diş sağlığı hastaneleri ve merkezlerini,

ğ) Verimlilik Gözlemcisi: Bağlı sağlık tesislerini yerinde izleyip değerlendirmek üzere Bakanlık tarafından görevlendirilen kişiyi,

ı) Verimlilik Gözlem Ekibi: En az iki verimlilik gözlemcisinden oluşan ekibi,

i) Yıllık Değerlendirme Planı: Genel Müdürlük tarafından hazırlanan ve sağlık tesislerinin değerlendirilecekleri tarihleri gösteren planı, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Verimlilik Gözlem Ekiplerinin Oluşturulması

MADDE 5 - (1) Verimlilik gözlem ekipleri Bakanlık merkez teşkilatı ve Bakanlık taşra teşkilatında yer alan il sağlık müdürlükleri ve sağlık tesislerinde görev yapan personelden seçilir.

(2) Verimlilik gözlemci adayları, Genel Müdürlüğün hazırladığı gözlemci eğitimlerine katılır, eğitimde başarılı olmaları halinde Bakanlık onayı ile Verimlilik Gözlemcisi olarak görevlendirilir.

(3) Verimlilik Gözlem Ekibi en az iki kişiden oluşur. Değerlendirilecek sağlık tesisinin büyüklüğüne göre Genel Müdürlük, ekibin sayısını belirler.

(4) Genel Müdürlük tarafından görevlendirilen her ekibe bir sorumlu atanır, ekip sorumlularından biri ekip başkanı olarak belirlenir. Ekip başkanı, görevlendirilen ekipleri koordine eder ve yönlendirir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Verimlilik Gözlem Ekibinin Görevlendirilmesi

MADDE 6 - (1) Verimlilik gözlemcisi, gözlem ve değerlendirmelerini Kamu Hastaneleri Genel Müdürü ve Sağlık Bakanı adına yapar.

MADDE 7 - (1) Sağlık tesislerinde sunulan hizmetin gözlenmesi ve yerinde değerlendirilmesi yılda en az bir kez yapılır. Genel Müdürlüğün gerek duyduğu hallerde mükerrer değerlendirme yapılabilir.

(2) Genel Müdürlükçe tüm sağlık tesislerini kapsayacak şekilde yıllık değerlendirme planı yapılır ve gerekli görülen hallerde Genel Müdürün onayı ile yıllık planda değişiklikler yapılır.

(3) Verimlilik gözlem ekibinin ulaşım ve konaklama hizmetleri Genel Müdürlük tarafından görevlendirme zamanı öncesinde planlanır.

(4) Görev onayı alınan verimlilik gözlemcisinin, belgelenmiş bir mücbir sebep (Ölüm, hastalık ve mevzuatta belirtilen afet durumları vb.) dışında görev yaptığı kurumu veya kendisi tarafından görevi ertelenemez ve aksatılamaz.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Sağlık Tesislerinin Yerinde Değerlendirilmesi

MADDE 8 - (1) Verimlilik gözlem ekibi; görev emirlerindeki sağlık tesislerini Genel Müdürlük tarafından oluşturulan ve ekte belirtilen "Yerinde Değerlendirme Soru Listeleri" kapsamında değerlendirir.

(2) Verimlilik gözlem ekibi, değerlendirmek üzere gittiği sağlık tesisinde başhekim ve/veya başhekimin uygun gördüğü personelin katılımı ile bilgilendirme toplantısı yapar.

(3) Sağlık tesisi yönetimi gözlem ekibine göreve ilişkin her konuda yardımcı olur. Gözlemci, hasta ve yakınlarının hak ve mahremiyetini gözeterek görmek istediği her türlü kayıt, evrak, düzenleme ve uygulamayı işleyişi aksatmadan değerlendirme hakkına sahiptir.

(5) Değerlendirmeler esnasında, değerlendirilecek birimin sorumlusu ve yetkili personeli verimlilik gözlem ekibine eşlik eder. Değerlendirilen alanlara yönelik elde edilen bulgular gözlemciler tarafından kayıt edilir.

(6) Verimlilik gözlem ekibi, değerlendirme sırasında kayıtları ve uygulamaları yalnızca değerlendirir, müdahale etmez. Sağlık tesislerinin gözlemi sırasında edinilen her türlü bilgi, kayıt, doküman vb. gizlilik esasları çerçevesinde olup Genel Müdürlüğün izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz.

(7) Verimlilik gözlemcileri, değerlendirme sonuçlarını sağlık tesisinden ayrılmadan takip modülüne kaydeder.

BEŞİNCİ BÖLÜM
İtiraz ve Muafiyetlerin Değerlendirilmesi

MADDE 9 - (1) Takip modülüne kayıt edilen değerlendirme raporları, ilgili birimlerce kontrol edilerek Genel Müdürlükçe 15 (on beş) gün içinde onaylanır. Rapor onayını takiben değerlendirme sonuçları İl Sağlık Müdürlüklerine takip modülü üzerinden bildirilir.

(2) İl Sağlık Müdürlükleri değerlendirme sonuçlarının iletilmesini takiben 15 (on beş) gün içerisinde sonuçlara itiraz edebilir. İtirazlar EK-2 forma doldurularak İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Genel Müdürlüğe iletilir.

(3) İtirazlar Genel Müdürlük tarafından oluşturulan komisyon tarafından değerlendirilerek sonuçları İl Sağlık Müdürlüklerine bildirilir.

MADDE 10 - (1) Doğal afet, savaş, salgın hastalık, seferberlik gibi olağanüstü hâllere maruz kalan sağlık tesisleri ile taşınan, yeni açılan sağlık tesislerinin yerinde degerlendirme karan Genel Müdürlük tarafından verilir.

MADDE 11 İş bu yönergenin ekinde bulunan yerinde değerlendirme soru listelerinde ve itiraz formunda ihtiyaç duyulması halinde Genel Müdürün onayı ile gerekli değişiklikler yapılır.

ALTINCI BÖLÜM

Son Hükümler, Yürürlük ve Yürütme

Yürürlükten kaldırılan yönerge

MADDE 12 - (1) 26/12/2014 tarihli ve 376 sayılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 11 - (1) Bu Yönerge Bakan onayını müteakip yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 12 - (1) Bu Yönerge hükümlerini Genel Müdür yürütür.

EK-1 Yerinde Değerlendirme Soru Listeleri

EK-2 Yerinde Değerlendirme İtiraz Başvuru Forma

7.2.10. Özel Sağlık Kuruluşlarının Kamu Sağlık Tesislerinden Hizmet Alımına İlişkin Yönerge

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ KAMU SAĞLIK TESİSLERİNDEN HİZMET ALIMINA İLİŞKİN YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 - (1) Bu Yönerge'nin amacı; özel sağlık kuruluşlarının bünyesinde bulundurma zorunluluğu olmayan birimlere ilişkin hizmetler ile kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması, sağlık hizmetlerinin ülke geneline eşit ve hakkaniyetli dağılımı ilkesi çerçevesinde Bakanlığımızca planlamaya tabi tutulan hizmetlerin özel sağlık kuruluşlarının talebi üzerine Bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerince sunulabilmesi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 - (1) Bu Yönerge; Özel sağlık kuruluşları tarafından talep edilmesi ve İl Sağlık Müdürlüğü Özel Sağlık Kuruluşlarına Hizmet Satışı Değerlendirme Komisyonu'nca uygun görülmesi halinde, Ek-I'de yer alan hizmetlerin kamu sağlık tesislerinden temin edilebilmesine ilişkin düzenlemeleri kapsar.

Dayanak

MADDE 3 - (1) Bu Yönerge, 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun'un 3'üncü maddesine, Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 28'inci ve Ek 4'üncü maddesine, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'in 25'inci maddesine, dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 - (1) Bu Yönerge'de geçen;

a. Bakanlık : Sağlık Bakanlığı'nı,
b. Genel Müdürlük : Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nü,
c. Müdürlük : İl Sağlık Müdürlüğü'nü,
d. Özel Sağlık Kuruluşu: İlgili mevzuatı çerçevesinde ruhsatlandırılmış olan, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşlarını, Özel Hastaneleri, Özel Diyaliz Merkezlerini ve Özel Tıbbi Laboratuvarları,
e. Kamu Sağlık Tesisi : İlde Bakanlığımıza bağlı faaliyet gösteren ikinci ve üçüncü basamak hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezlerini, ağız ve diş sağlığı hastanelerini,
f. Genel Müdürlük Özel Sağlık Kuruluşlarına Hizmet Satışı Değerlendirme Komisyonu: Yönerge ekinde (Ek-1) yer almayan ancak yönerge kapsamındaki hizmetlere dâhil edilmesi amacıyla Müdürlüklerden gelen talepleri değerlendirmek üzere Genel Müdürlük bünyesinde oluşturulan Komisyonu,
g. Müdürlük Özel Sağlık Kuruluşlarına Hizmet Satışı Değerlendirme Komisyonu: Yönerge kapsamındaki hizmetlere yönelik olarak özel sağlık kuruluşlarından gelen talepleri değerlendirmek üzere Müdürlük bünyesinde oluşturulan Komisyonu,
h. Sözleşme: Yönerge çerçevesinde, özel sağlık kuruluşu ve kamu sağlık tesisi arasında hizmet sunumu şartlarını belirleyen, taraflarca imzalanmış hizmet akdini,
ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Genel Usul ve Esaslar

Kamu Sağlık Tesislerinden Talep Edilebilecek Hizmetler

MADDE 5 - (1) Özel sağlık kuruluşunun talebi üzerine, Yönerge ekinde (Ek-1) yer alan hizmetler kamu sağlık tesisleri tarafından sunulabilecektir.
(2) Ek-1'de belirtilen hizmetler dışında bir talep söz konusu olduğunda, Müdürlükçe talep değerlendirilir, uygun görülür ise talebin hizmet sunumu kapsamına alınıp alınmayacağı Genel Müdürlük görüşüne sunulur.

Özel Sağlık Kuruluşlarına Hizmet Satışı Değerlendirme Komisyonlarının Teşkili

MADDE 6 - (1) Müdürlük Özel Sağlık Kuruluşlarına Hizmet Satışı Değerlendirme Komisyonu, İl Sağlık Müdürü başkanlığında, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı, ilgili Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkan Yardımcısı, Sağlık Hizmetleri Başkanı ve ilgili sağlık tesisinin başhekimi olmak üzere 5 (beş) üyeden oluşur. Komisyon, İl Sağlık Müdürünün daveti üzerine müracaat tarihinden itibaren bir ay içerisinde eksiksiz olarak toplanır ve oy çokluğuyla karar alır. Komisyon kararları bir tutanakla tespit edilir ve Müdürlük bünyesinde tutulur.
(2) Genel Müdürlük Özel Sağlık Kuruluşlarına Hizmet Satışı Değerlendirme Komisyonu, Finansal Analiz ve Faturalandırma Dairesi Başkanlığının bağlı bulunduğu Genel Müdür Yardımcısının başkanlığında, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü temsilen 1 (bir) Daire Başkanı, Strateji Geliştirme Başkanlığını temsilen 1 (bir) Daire Başkanı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nden Finansal Analiz ve Faturalandırma Dairesi Başkanı, Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanı, Tedarik Yöntemleri ve Satın Alma Dairesi Başkanı, Tedarik Planlama Stok ve Lojistik Dairesi Başkanı, Hukuk ve Mevzuat Dairesi Başkanı ve Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Hizmet Alımları Planlama Dairesi Başkanı olmak üzere 9 (Dokuz) üyeden oluşur. Komisyon, başkanın daveti üzerine eksiksiz olarak toplanır ve oy çokluğuyla karar alır. Komisyonun sekretarya işlemlerini Finansal Analiz ve Faturalandırma Dairesi yürütür.
(3) Komisyon üyelerinin görevli, izinli vb. sebeplerle komisyona katılamaması halinde vekâlet eden kişi üye olarak katılır. Gerektiğinde alanında uzman personel komisyonlara davet edilir, uzman personel teknik görüşünü sunar ancak oy kullanamaz.

Özel Sağlık Kuruluşlarına Hizmet Sunum Süreci

MADDE 7 - (1) Özel sağlık kuruluşu, almak istediği hizmetlere ilişkin talebini ilgili kamu sağlık tesisine bildirir. Özel sağlık kuruluşu alacağı tahmini hizmet/işlem sayısını taleple birlikte kamu sağlık tesisine sunar.
(2) Kamu sağlık tesisi talebin uygunluğunu, hizmet sunum kapasitesi, atıl durumu gibi hususlar ile birlikte talebin kapsamını da dikkate alarak, değerlendirmeye tabi tutar. Uygun görülmesi halinde Müdürlüğün görüşüne sunar. Uygun görülmemiş ise gerekçeleri ile birlikte talepte bulunan özel sağlık kuruluşuna bilgi verilir.
(3) Sağlık tesisince uygunluk verilerek Müdürlüğe gönderilen talepler, Yönerge ekinde (Ek-1) yer alan hizmetler kapsamında ise Müdürlük Özel Sağlık Kuruluşlarına Hizmet Satışı Değerlendirme Komisyonu'nca karara bağlanır. Alınan karar kamu sağlık tesisine gönderilir.
(4) Sağlık tesisince uygunluk verilerek Müdürlüğe gönderilen talepler, Yönerge ekinde (Ek-1) yer alan hizmetler kapsamında değil ise Müdürlük Özel Sağlık Kuruluşlarına Hizmet Satışı Değerlendirme Komisyonu'nca değerlendirilir, uygun görülür ise talebin hizmet sunumu kapsamına alınıp alınmayacağı Genel Müdürlük görüşüne sunulur. Uygun görülmemiş ise gerekçeleri ile birlikte Kamu Sağlık Tesisine bilgi verilir.
(5) Müdürlükçe uygunluk verilerek Genel Müdürlük görüşüne sunulan Ek-1'de belirtilen hizmetler dışındaki talepler, Genel Müdürlük Özel Sağlık Kuruluşlarına Hizmet Satışı Değerlendirme Komisyonunca değerlendirilir. Komisyonca uygunluk verilmesi halinde tesis edilecek işlem hakkında ilgili İl Sağlık Müdürlüğüne bilgi verilir. Komisyonca uygunluk verilmemesi halinde de bilgilendirme yapılır.

(6) Müdürlük ve Genel Müdürlük düzeyinde uygun görülmüş olan talepler için, kamu sağlık tesisi tarafından özel sağlık kuruluşuna tebliğde bulunulur. Özel sağlık kuruluşu kararın tebliğ edilmesinden itibaren 10 (on) gün içerisinde ilgili kamu sağlık tesisine alacağı hizmetler için sözleşme imzalamak üzere müracaat eder.

Özel Sağlık Kuruluşu Tarafından Sunulacak Belgeler

Madde 8 - (1) Özel sağlık kuruluşu tarafından başvuru esnasında sunulacak belgeler şunlardır:

a. Özel sağlık kuruluşunun tesciline ilişkin Ticaret Sicil Gazetesinin Onaylı Sureti,
b. Ruhsatname ve Faaliyet İzin Belgesi,
c. İmza Sirküleri (Yetki Belgesi),

(2) Banka Kesin Teminat Mektubu (Türkiye'de yerleşik bir bankadan alınacak, vadesiz (süresiz) ve ilk talepte ödeme kaydını havi banka teminat mektubu) özel sağlık kuruluşu tarafından sözleşme esnasında sunulur. Özel sağlık kuruluşunun alacağı tahmini işlem/hizmet sayısı ile işlem/hizmet bedelinin çarpımı sonucu tahmini toplam bedel belirlenir, tahmini toplam bedelin % 6 (altı)'sı oranında tutar Banka Kesin Teminat Mektubu tutarı olarak tespit edilir. Ancak, sözleşme kapsamında verilen hizmetler çerçevesinde Kamu Sağlık Tesisine olan borç miktarının teminat tutarını aşması halinde Özel sağlık kuruluşu, teminat miktarını artırır ya da teminat tutarının üzerindeki miktarı fatura ödeme süresini beklemeksizin nakit olarak öder. Özel sağlık kuruluşu, teminat miktarını artırmaz ise veya teminat miktarı ile sağlık hizmeti sunumu karşılığı fatura miktarı arasındaki farkı nakden ödemez ise, sözleşme tek taraflı olarak feshedilir. Özel sağlık kuruluşundan tüm hak ve alacaklar defaten ödenmek üzere talep edilir. Özel sağlık kuruluşu, sözleşmenin bu çerçevede tek taraflı feshedilmesi halinde fesih tarihinden itibaren, 1 (bir) yıl süre ile kamu sağlık tesislerinden hizmet alamaz. Bu durumda olan özel sağlık kuruluşlarının listesi Müdürlüklerde güncel olarak bulundurulur ve süre takibi yapılır.

Hizmet Alımında Dikkat Edilecek Hususlar

MADDE 9 - (1) Özel sağlık kuruluşu tarafından, hastaya ve/veya yakınlarına tetkiklerin kamu sağlık tesisinde yapılacağına dair bilgi verilir.

(2) Tıbbi laboratuvar test hizmet alımlarında aşağıdakilere uyulması zorunludur:

a. Hastadan, laboratuvar testini talep eden özel sağlık kuruluşu tarafından numune alınmalıdır.

b. Numunelerin transferi; 25/09/2010 tarihli ve 27710 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Enfeksiyöz Madde ile Enfeksiyöz Tanı ve Klinik Örneği Taşıma Yönetmeliği'ne uygun olarak özel sağlık kuruluşu tarafından sağlanır. Numunenin transferinin sağlanması ve sonucunun alınması hasta/hasta yakınlarından istenilemez.

c. Tetkiki çalışan kamu sağlık tesisinin adı ve adresi tetkik sonuç raporunda yer alacaktır.

(3) Görüntüleme vb. hizmet alımlarında tüm hastaların transferi özel sağlık kuruluşu tarafından yapılacaktır.

(4) Total Parenteral Nutrisyon (TPN) hizmet alımında kamu sağlık tesisi tarafından hazırlanan Parenteral Nutrisyon Solüsyonunun transferi özel sağlık kuruluşu tarafından yapılacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Sözleşme Düzenlenmesi ve Mali Hususlar

Sözleşme Düzenlenmesi

MADDE 10 - (1) Bu Yönerge kapsamında sunulacak hizmetlere yönelik olarak taraflar arasında sözleşme düzenlenir. Her bir hizmet alımı için ayrı ayrı sözleşme düzenlenebileceği gibi, birden fazla hizmet alımı için ortak sözleşme düzenlenebilir.

(2) Sözleşme, özel sağlık kuruluşu yetkilisi ve kamu sağlık tesisi başhekimi tarafından imzalanır, il sağlık müdürü tarafından onaylanır.
(3) Sözleşmede; asgari olarak yönerge ekinde yer alan (Ek-2) tip sözleşme hükümleri yer almalıdır.
(4) Bildirimde bulunulmasına rağmen, özel sağlık kuruluşunun sözleşmeyi imzalamaması halinde, bir yıl süreyle kamu sağlık tesislerinden Yönerge kapsamında hizmet alamaz. Sözleşme imzalamayan özel sağlık kuruluşlarının listesi müdürlüklerde güncel olarak bulundurulur ve süre takibi yapılır.
(5) Sözleşme imzalanmasına rağmen özel sağlık kuruluşunca taahhüt edilen sayıda ya da hiç talepte bulunulmaması halinde, katlanılan giderlerin karşılanmasına yönelik olarak Banka Kesin Teminat Mektubu işleme alınarak sağlık tesisine gelir kaydedilir.
(6) Sözleşme kapsamında özel sağlık kuruluşlarından gelen hastalara, kamu sağlık tesislerinde ayrıcalık veya öncelik sırası tanınmaz.
(7) Kamu sağlık tesisinin, Ek-1'de yer alsa dahi, hizmet satın alma yoluyla sunmuş olduğu hizmetler bu yönerge kapsamı dışında olup sözleşmeye konu edilemez.

Fiyatlandırma

MADDE 11 - (1) Özel sağlık kuruluşları ile kamu sağlık tesislerinin aralarındaki alıma konu hizmetler, Bakanlık tarafından yayımlanan güncel "Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifelerine" göre fiyatlandırılır.

Faturalandırma ve Ödemeler

MADDE 12 - (1) Sunulan hizmetlerin bedeli, "Bakanlığımız Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifeleri" ndeki fiyatlar üzerinden hizmeti veren kamu sağlık tesisince, özel sağlık kuruluşu adına yanında parantez içerisinde hasta adı belirtilerek faturalandırılır veya kamu sağlık tesisi, özel sağlık kuruluşuna düzenlenen fatura ekine muayene edilen hastalarının adı soyadı, T.C. kimlik numaralarını belirten listeyi ekler.

(2) Sunulan hizmetlerin bedeli, hizmeti alan özel sağlık kuruluşu tarafından fatura tarihinden itibaren, en geç 30 (otuz) gün içerisinde ödenir.
(3) Sözleşmede, faturanın düzenlenmesi ile ilgili özel koşullar ve ödeme süresi belirtilir.

Uyuşmazlıkların Halli

MADDE 13 - (1) Bu yönerge kapsamında yapılan sözleşmeler çerçevesinde hizmet sunumuna yönelik uyuşmazlıklarda, taraflar arasında çözüm yoluna gidilir. Taraflar arasında çözüm sağlanamazsa Müdürlük Özel Sağlık Kuruluşlarına Hizmet Satışı Değerlendirme Komisyonu tarafından anlaşmazlık konusu değerlendirilir. Bu şekilde de halledilemeyen uyuşmazlıklarda ilgili ilin mahkemeleri ve icra daireleri yetkilidir.

Yürürlük

MADDE 14 - (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanı'nın onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 15 - (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

7.2.11.Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ve Hizmetler Hakkında Yönerge

DÖNER SERMAYE İŞLETMESİ KAPSAMINDA DESTEKLEYİCİ TALEBİ İLE YÜRÜTÜLECEK ÇALIŞMALAR VE HİZMETLER HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Başlangıç Hükümleri

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Bakanlık ve bağlı kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşları haricindeki gerçek ve tüzel kişilerce, sağlık hizmetleri dışında, sağlık tesisi içinde veya hizmetin gerektirdiği yerde, Bakanlıktan veya sağlık tesisinden talep edilecek bilimsel görüş, proje, araştırma, uygulama ve benzeri hizmetler ile ilgili usul ve esasları belirlemek ve bu kapsamda izin başvuruları ve mali hükümlere ilişkin hususları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, Bakanlığın merkez teşkilatı ile Bakanlığa bağlı sağlık tesislerini ve bünyelerinde görev yapan personeli kapsar.

(2) Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı (Sanayi Tezleri Projeleri - SANTEZ, Kalkınma Ajansları tarafından finansman desteği ile yapılan projeler gibi), Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (İleri Teknoloji Araştırma Projeleri gibi), Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) ile Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) Ar-Ge projeleri gibi kamu kurum ve kuruluşları tarafından desteklenen çalışmalar ve hizmetler bu Yönerge kapsamında değerlendirilmez.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge; 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5 inci maddesi ile 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 508 inci maddesine istinaden hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Araştırmacı: Sorumlu araştırmacının gözetimi ve denetimi altında, araştırmayla ilgili kritik yöntemlerin uygulanması veya araştırmayla ilgili önemli kararların alınması hususlarında sorumlu araştırmacı tarafından görevlendirilen hekim veya diş hekimini,

b) Araştırma bütçe formu: Destekleyiciler tarafından hazırlanan ve çalışmanın yürütüleceği merkezin, çalışmayı yapan kişilerin ve yapılacak işlemlerin bulunduğu dokümanı,

c) Çalışma: Proje, araştırma, uygulama ve benzeri hizmetleri,

ç) Çalışma ekibi: Çalışmanın yürütülmesinden sorumlu olan sorumlu araştırmacı, araştırmacı ve yardımcı araştırma personelini,

d) Destekleyici: Çalışmanın veya hizmetin başlatılmasından, yürütülmesinden ve finanse edilmesinden sorumlu olan kamu kurum ve kuruluşları haricindeki gerçek veya tüzel kişileri,

e) Genel Müdürlük: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünü,

f) İnceleme komisyonu: Bu Yönerge kapsamında çalışma başvurularını değerlendirmek üzere Genel Müdürlük bünyesinde teşkil edilen yapıyı,

g) Safi tutar: Destekleyici tarafından yapılan ödemeden kanuni kesintiler ve varsa sağlık tesisi giderleri düşüldükten sonra dağıtıma esas geliri,

ğ) Sağlık tesisi: Sağlık hizmeti sunmak üzere oluşturulan sağlık yapıları ile sağlık insan gücü, araç gereç ve tıbbi donanım şartlarını taşıyan, hizmet rolüne göre eğitim ve araştırma hizmeti de verebilen Bakanlık bünyesindeki ikinci ve üçüncü basamak tesislerini,

b) Sağlık tesisi bütçe formu: Destekleyiciler veya yasal temsilcisi tarafından hazırlanan ve EK-3'de örneği bulunan dokümanı,

ı) SHGM: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

i) Sorumlu araştırmacı: Araştırma konusu ile ilgili dalda uzmanlık veya doktora eğitimini tamamlamış olup ilgili merkezde araştırmanın yürütülmesinden sorumlu olan hekim veya diş hekimini,

j) TİTCK: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunu,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Talep Edilebilecek Çalışmalar ve Hizmetler ile Genel Esaslar

Talep edilebilecek hizmet veya çalışmalar

MADDE 5- (1) Döner sermaye işletmesi kapsamında destekleyiciler tarafından talep edilebilecek çalışmalar;

a) Klinik araştırmalar,

b) Gözlemsel çalışmalar,

c) Düşük riskli bilimsel çalışmalar,

ç) Piyasa arz sonrası çalışmaları,

d) Sağlıklı ve/veya hasta gönüllüler ve/veya verileri üzerinde yapılması planlanan geriye dönük arşiv taramaları, yaşam alışkanlıklarını değerlendirilme araştırmaları gibi insana hiçbir şekilde doğrudan müdahale edilmesini gerektirmeden müdahale içermeyen bilimsel çalışmalar,

e) Sağlık alanına evrensel veya ulusal ölçülerde katkı sağlaması beklenen bilimsel içerikli çalışma ve projeler,

gibi gelir getirici çalışmalardır.

(2) Döner sermaye işletmesi kapsamında destekleyiciler tarafından talep edilebilecek hizmetler;

a) Danışmanlık hizmeti,

b) Sağlık alanında verilebilecek kurs ve eğitim hizmeti,

c) Yazılı ve görsel medyada ticari amaçlı işlerde (video çekimi gibi) yer alınması,

ç) Kongre, seminer, sempozyum gibi yurtiçi ve yurtdışı bilimsel toplantılarda konuşmacı ve/veya oturum başkanı olarak görev alınması veya bildiri sunulması,

d) Bilimsel görüş verilmesi,

gibi gelir getirici hizmetlerdir.

Genel esaslar

MADDE 6- (1) Çalışmaların ve hizmetlerin, ilgili kurumların ana faaliyetlerini ve personelin görevini aksatmayacak şekilde yürütülmesi esastır. Birden fazla çalışmada görev alacak personelin görevini aksatmadığını ve yürüttüğü çalışma sayısını ibraz ederek ilgili sağlık tesisinin başhekiminden izin alınır.

(2) Çalışma yapılmak istenen sağlık tesisi, çalışmanın doğru ve güvenli bir şekilde gerçekleştirebilmesine imkân sağlayacak yeterli sayıda nitelikli personel ve yeterli olanakları sahip olmalıdır.

(3) Çalışma ekibi üyeleri çalışmayı belirlenen süre içerisinde ve uygun bir şekilde yürütmek ve tamamlamak için yeterli zamana sahip olmalıdır.

(4) Çalışma ile ilgili meri mevzuatta öngörülen etik kurul onayı, TİTCK, SHGM ve Genel Müdürlük izni gibi diğer onay ve izin başvurularının yapılması ve alınmasına ilişkin sorumluluk destekleyici ve varsa yasal temsilcisine aittir.

(5) Destekleyici ve varsa yasal temsilcisi, ilgili çalışma ve hizmet kapsamına giren bütün alanlardaki meri mevzuata uymakla yükümlüdür. Bu konuda doğacak anlaşmazlık ve hak ihlallerinden destekleyici ve varsa yasal temsilcisi sorumludur.

(6) Hizmet verecek kişilerin talep edilen konu ile ilgili alanda en az lisans eğitimi almış olması esastır. Hizmet verebilecek kişiler arasında konu ile ilgili kurs, eğitim veya sertifika aldığını belgelendirenler öncelikli olarak değerlendirilir.

(7) Destekleyiciler tarafından talep edilen hizmetin danışmanlık hizmeti kapsamına girip girmediği hususu; sağlık tesisine yapılacak başvurularda sağlık tesisi bünyesinde teşkil edilen bir komisyon marifetiyle, merkez teşkilata yapılacak başvurularda ise ana hizmet birim amirleri veya birim amirinin gerekli görmesi halinde bir komisyon marifetiyle yapılır.

(8) Hizmet verecek kişiler, hizmet kapsamında araç gereç ve laboratuvar gibi kurumun olanaklarını bağlı olduğu başhekim veya ana hizmet birimi amiri onayı olmadan kullanamaz.

(9) Bir çalışmada yer alan personel yürütülen çalışma konusuyla ilgili olarak aynı anda danışmanlık hizmeti veremez.

(10) Kongre, seminer, eğitim, konferans, video çekimi gibi faaliyetler, eğitici, konuşmacı, danışman, oturum başkanı veya benzeri bir hizmet veren kişilerin konuşmalarından ve bildirdikleri görüşlerden doğan sorumluluk kendisine ait olup kurumunu bağlamaz.

(11) Çalışma ekibi dışındaki sağlık tesisi çalışanlarına araştırma ile ilgili görevler verilmez.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
İzin Başvuruları

Sağlık tesisi sözleşmeleri

MADDE 7- (1) TİTCK ve SHGM'nin görev alanına giren konular ile ilgili alınan izne müteakiben destekleyici veya yasal temsilcisi tarafından ilgili sağlık tesisine çalışma sözleşmesi iletilir. Çalışmanın tanımı, gerekçesi, süresi, personelin araştırmadaki günlük çalışma süresi, kapsamı, kaç gönüllüyü içerdiği, bütçe ve personel dökümü, çalışma sürecinde yapılacak olan işlemler ve miktarları, destekleyici veya yasal temsilcisi ile sağlık tesisi arasında yapılacak sözleşmede yer alır. (EK-2)

(2) Sözleşmede; çalışmada görev alacak kişilerin adı soyadı ve ünvanları, çalışmadaki rol ve görevleri, çalışma grubunda yer alan personele yapılacak ödemelerle ilgili gelirin paylaşım oranları ve ödeme zamanına ilişkin bilgiler yer alır. Personel ödemelerinin toplam bütçesi belirtilir.

(3) Sağlık tesisinden alınacak hizmetler, hizmet miktarı ve her birinin hizmetin bütçe tutarı belirtilir. Bununla birlikte personel ödemeleri, sağlık tesisinden alınacak hizmetlerin toplam bütçesi ve varsa sair giderlere yönelik tutarlarının da olduğu çalışmanın bütününü kapsayan finansal tablo oluşturularak sağlık tesisi bütçe formu hazırlanır. (EK-3)

(4) Başhekim sorumlu araştırmacının ve personelin diğer sözleşmelerdeki çalışma süresi ile günlük çalışma sürelerini dikkate alarak sağlık tesisindeki görevlerini aksatmayacak şekilde birden fazla araştırmada görev almasına onay verebilir.

(5) Çalışmanın gizlilik gerektirdiği durumlarda, sözleşmede gizliliğe ve gizliliğin ihlali halinde tarafların yasal yükümlülüklerine ilişkin hususlara da yer verilir.

(6) Sağlık tesisi kendisine iletilen sözleşmeye ilişkin incelemesini 10 (on) iş günü içerisinde yapar ve varsa itiraz ettiği hususları destekleyiciye veya yasal temsilcisine bildirir.

(7) Sağlık tesisi ve destekleyici veya yasal temsilcisi arasında mutabık kalınan sözleşme taraflarca imzalanır. Birden fazla sağlık tesisinde yapılan çalışmalarda, her bir sağlık tesisi için ayrı sözleşme imzalanır.

(8) Sağlık tesisince uygun bulunan ve imzalanan sözleşme ile varsa diğer belgeler destekleyiciye bildirilir.

Klinik araştırma koordinasyon birimleri

MADDE 8- (1) Bakanlığa bağlı sağlık tesislerinde klinik araştırma koordinasyon birimleri kurulur.

(2) Koordinasyon birimleri;

a) Sağlık tesisinde yapılması planlanan çalışma ve hizmetlere dair ön fizibilite çalışması yapılması,

b) Yapılması planlanan çalışma başvurusu hakkında sağlık tesisi ve destekleyici veya varsa yasal temsilcisi arasında sözleşme imzalanması süreçlerinin koordine edilmesi,

c) Gerekli duyulması halinde yapılması planlanan çalışmalara ilişkin inceleme komisyonu ile koordinasyon sağlanması,

ç) Çalışma ve hizmetlerin başlatılması ve yürütülmesi süreçlerinde destekleyici ve varsa yasal temsilcisi ile sorumlu araştırmacı, etik kurul ve döner sermaye saymanlığı arasındaki koordinasyonun sağlanması,

ve benzeri iş ve işlemleri yürütür.

(3) Mükemmeliyet Merkezi oluşturulan sağlık tesislerinde koordinasyon birimi kurulmaz. Koordinasyon birimi ile ilgili iş ve işlemler mükemmeliyet merkezleri tarafından yürütülür.

(4) İlgili birimde görev alacak personelin iyi klinik uygulamaları konularında eğitim almış nitelikli sağlık meslek mensubu ve bu alanda çalışan diğer kişilerden olması esastır.

(5) Etik kurul üyeleri ilgili birimlerde görev alamaz.

(6) Destekleyici tarafından talep konusu belirlenmiş ancak sorumlu araştırmacısı, çalışma ekibi, protokolü ve bütçesi henüz belirlenmemiş çalışmalara ilişkin koordinasyon birimine başvuruda bulunulabilir. Bu talep ile değerlendirme ilgili çalışmanın sağlık tesisinde gerçekleştirilmesine dair ön fizibilite çalışması ile sınırlıdır. Bu talepler, birimin koordinasyonunda çalışma konusuyla ilgili klinikler ile birlikte değerlendirilir.

Çalışma izin başvuruları

MADDE 9- (1) Destekleyici veya yasal temsilcisi tarafından Bakanlığa bağlı sağlık tesislerinde 5 inci maddenin birinci fıkrasında belirtilen çalışmaların yapılabilmesi için dördüncü fıkrada belirtilen belgeler ile Genel Müdürlüğe başvuru yapılır.

(2) Başvurular, Genel Müdürlüğün görevlendireceği, konu ile ilgili tecrübeye sahip 5 (beş) asil, 2 (iki) yedek üyeden oluşan inceleme komisyonu tarafından başvuru belgelerinin tam olması durumunda 10 (on) iş günü içinde değerlendirilir ve uygun görülmesi halinde izin verilir.

(3) Başvuruların değerlendirilmesi, ilgili sağlık tesislerinden alınacak hizmetlere ilişkin bütçe incelemesini içerir. Bütçe incelemesi ile çalışma kapsamında sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması yapılarak sağlık tesisi bütçe formuna nihai şekli verilir.

(4) Genel Müdürlüğe sunulan izin başvurusu aşağıda belirtilen belgeleri içerir:

a) Destekleyicinin veya yasal temsilcisinin Genel Müdürlüğe hitaplı dilekçesi,

b) Sağlık tesisinin fiziki yapısı ile idari ve teknik kapasitesi doğrultusunda çalışmanın ilgili sağlık tesisinde yapılabileceğine dair sağlık tesisi başhekimin teyit yazısı,

c) Araştırma bütçe formu, sağlık tesisi bütçe formu ve sağlık tesisi sözleşmesi,

ç) Amaç, kapsam, yöntem gibi çalışma basamaklarının yer aldığı Türkçe protokol özeti,

d) TİTCK izni veya SHGM'nin görev alanına giren konularda SHGM'nin izni,

e) Etik kurul onayı,

f) Destekleyici veya yasal temsilcisinin ilgili personelinin iletişim bilgileri.

(5) Başvurunun değerlendirmeye alınabilmesi için tüm belgelerin eksiksiz olarak sunulması zorunludur. Değerlendirme sonucunda başvuru sahibinden dördüncü fıkrada belirtilen belgelerde düzeltme ve açıklama talep edilebilir. Destekleyici tarafından 7 (yedi) iş günü içerisinde tamamlanmayan başvurular iade edilir. Güncellenen başvuru, ikinci ve üçüncü fıkrada belirtilen usul ve esaslar doğrultusunda değerlendirilir.

(6) Devam eden çalışmalar için, çalışmaya yeni bir sağlık tesisinin eklenmesi planlandığında birinci fıkrada belirtilen usul ve esaslar ile Genel Müdürlüğe başvuruda bulunulur.

(7) Genel Müdürlük tarafından izin başvurularının değerlendirilmesi ve sağlık tesisi bütçe formuna nihai şeklinin verilmesi hizmetine karşılık olarak hizmet bedeli talep edilir. Bu ücret Genel Müdürlük tarafından belirlenir ve ilan edilir.

Genel Müdürlük inceleme komisyonu

MADDE 10- (1) İnceleme komisyonuna, Genel Müdürlük tarafından konuyla ilgili tecrübeye sahip Bakanlık merkez teşkilatı ve taşra teşkilatı bünyesindeki personel görevlendirilebilir. Komisyon üyelerinin görev süresi 6 ay ile 1 yıl arasındadır. Görev süresi biten üye yeniden görevlendirilebilir.

(2) Komisyon, Genel Müdürlük tarafından belirlenen ve önceden ilan edilen zamanlarda toplanır.

(3) Genel Müdürlük bünyesinde, gerek görülmesi halinde birden fazla inceleme komisyonu oluşturulur.

(4) Çalışma kapsamında sağlık tesislerinde verilecek hizmetlerin ücretlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi doğrultusunda incelenir. Klinik araştırma ve projelerde yer alan sağlık hizmetlerinin fiyatları, Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesinde yer alan fiyattan daha düşük olmaması koşuluyla, inceleme komisyonunca belirlenir.

(5) İnceleme komisyonunun çalışma usul ve esasları ile görev süreleri Genel Müdürlük tarafından belirlenir.

Merkez teşkilat çalışma izin başvuruları

MADDE 11- (1) Destekleyiciler tarafından Bakanlık merkez teşkilatında yapılması talep edilen çalışmalar için, çalışmanın kapsamı, bütçesi ve diğer gerekli bilgileri içeren belgeler ile ilgili Genel Müdürlüğe/Başkanlığa başvuru yapılır. İlgili birim tarafından değerlendirilen çalışma, Genel Müdürlük/Başkanlık onayına sunulur ve uygun görüldüğü takdirde izin verilir.

Hizmet izin başvuruları

MADDE 12- (1) 5 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen hizmet türlerini yapılabilmesi için;

a) Destekleyici veya yasal temsilcisi tarafından, hizmeti verecek sağlık tesislerinde görevli personel için ilgili sağlık tesisine, Bakanlık merkez teşkilatında görevli personel için ilgili Genel Müdürlüğe/Başkanlığa resmi yazı ile başvuru yapılır.

b) Başvuruda hizmetin tanımı ve kapsamı, yeri, süresi, tarihleri ile hizmet karşılığı ödenecek ücret belirtilir. Hizmet verecek kişilerin ve varsa diğer kişilerin görevlendirilmesi; kurumun ana faaliyetlerini aksatmayacak şekilde yürütülmesi kaydıyla, personelin çalıştığı sağlık tesisinin başhekimi, merkez teşkilatta görevli personel için Genel Müdür/Başkan tarafından yapılır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Mali Hükümler

Çalışma ve hizmetlerin geliri, gideri ve yasal kesintileri

MADDE 13- (1) Çalışma ve hizmetler için belirlenen toplam tutar, destekleyici tarafından Döner Sermaye İşletmesi hesabına veya vezneye yatırılır ve döner sermayeye gelir kaydedilir.

(2) Toplam tutardan;

a) Var ise, sağlık tesisince çalışma ile bağlantılı yapılan giderler,

b) Hazine payı,

c) 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun 18 inci maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi gereğince ayrılacak pay,

ç) Merkez hissesi,

gibi yasal kesintiler düşülerek safi tutar belirlenir.

(3) Yapılan sözleşmelerde çalışma ve hizmet karşılığında ödenen bedellerin iade edilmeyeceği belirtilir.

Ücretlendirme ile ilgili hususlar

MADDE 14- (1) **(Değişik: 20.03.2024 tarihli ve 239758327 sayılı Bakan Oluru)** Çalışma ve hizmetlerden elde edilen gelirin safi tutarının % 85'i ilgili personele ödenir. Çalışmalarda, ilgili personele ödenecek kısmın dağıtımı, EK-1'de belirtilen hususlara göre yapılır.[1]

(2) **(Değişik: 20.03.2024 tarihli ve 239758327 sayılı Bakan Oluru)** Çalışma ve hizmetlerden elde edilen gelirin safi tutarının %15'i ise ilgili kuruma gelir olarak kaydedilir.[2]

(3) Çalışma ekibinde birden fazla kişi bulunması durumunda çalışmalarda ilgili personele ödenecek kısmın dağıtım oranı, yaptıkları hizmetler, risk, emek, zaman ve katkı payı gibi unsurlar dikkate alınarak, sorumlu araştırmacı tarafından belirlenir ve sözleşmede belirtilir. İlgili sağlık tesisi başhekimi tarafından onaylanır.

(4) Çalışmayı ve hizmeti yürüten personele yapılacak ödeme; gelir tahsilatının yapıldığı tarihi izleyen bir ay içinde veya bedelin peşin tahsil edilmesi halinde gerçekleşme oranına bağlı olarak aylara bölünerek yapılabilir.

(5) Personele yapılan ödemelerde 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin ikinci fıkrasında öngörülen tavan sınırlamaları dikkate alınmaz. **(Mülga: 20.03.2024 tarihli ve 239758327 sayılı Bakan Oluru)** [3]

(6) Bu Yönerge kapsamında yapılan çalışma ve hizmetlerden elde edilen gelir, 209 sayılı kanunun 5 inci maddesin ikinci fıkrasına dayanılarak çıkarılan Ek Ödeme Yönetmeliği uyarınca tespit edilen dağıtılabilecek ek ödeme tutarı hesabına dahil edilmez.

(7) Bu tür çalışmaların yapıldığı Bakanlığa bağlı sağlık tesislerinde üniversiteler ile birlikte kullanımdakiler de dahil olmak üzere 209 sayılı Kanun ve diğer ilgili mevzuatı çerçevesinde ödeme yapılır.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Çalışmaların Yürütülmesi ile İlgili Esaslar

MADDE 15- (1) Mevzuatı uyarınca TİTCK iznine tabi çalışmalar, TİTCK izni veya SHGM'nin görev alanına giren konularda SHGM'nin izni alınmadan ilgili sağlık tesislerinde başlatılamaz.

(2) TİTCK izni veya SHGM'nin görev alanına giren konularda SHGM'nin iznine tabi çalışmalarda, sağlık tesisi ve destekleyici veya yasal temsilcisi arasında yapılacak sözleşme, ilgili çalışma TİTCK tarafından onaylandıktan sonra imzalanır.

(3) İlgili tüm izinlerin ve sözleşmelerin aslı veya onaylı sureti ilgili sağlık tesisinde çalışma dosyasında muhafaza edilir.

(4) TİTCK izni veya SHGM'nin görev alanına giren konularda SHGM'nin iznine tabi çalışmaların başlatılması, yürütülmesi, durdurulması veya sonlandırılması işlemleri, ilgili mevzuatına göre yapılır.

---

[1] 20.03.2024 tarihli ve 239758327 sayılı Bakan Oluru ile "% 65" ibaresi "% 85" olarak değiştirilmiş olup 01.03.2024 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe konulmuştur.

[2] 20.03.2024 tarihli ve 239758327 sayılı Bakan Oluru ile "% 35" ibaresi "% 15" olarak değiştirilmiş olup 01.03.2024 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe konulmuştur.

[3] 20.03.2024 tarihli ve 239758327 sayılı Bakan Oluru ile beşinci fıkrasının ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

ALTINCI BÖLÜM
Son Hükümler

Yürürlükten kaldırılan yönerge

MADDE 16- (1) 20.02.2013 tarihli ve 1488 sayılı Makam Oluru ile yürürlüğe giren Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

Mevcut çalışmalar ve hizmetler

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Bu Yönergenin yürürlük tarihinden önce başlatılmış ve devam eden çalışma ve hizmetler için çalışmada veya hizmetin kapsamında bir değişiklik yapılmadığı sürece, bu Yönerge hükümlerine göre yeni bir başvuru yapılmaz. Mevcut izin ve sözleşmeler geçerli olmaya devam eder.

Yürürlük

MADDE 17- (1) Bu Yönerge Bakan onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 18- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

EK-1: (Değişik: 20.03.2024 tarihli ve 239758327 sayılı Bakan Oluru) ÇALIŞMA TÜRLERİNE GÖRE HİZMET VEREN PERSONEL ARASINDA PAY DAĞITIM ORANLARI (%85)[4]

Çalışma/Hizmet Türleri			Pay Dağıtımına Esas Asgari Oran (%)
Klinik Araştırma Gözlemsel Çalışma Müdahalesiz Bilimsel Araştırma ve Projeler	Çalışma Ekibi	Sorumlu Araştırmacı	50
		Araştırmacı	25
		Araştırma Eczacısı	10
		Araştırma Hemşiresi	10
		Diğer Personel	5
Çalışma Dışı Etkinlikler: Danışmanlık, konuşmacı ve/veya oturum başkanlığı (kongre, seminer, eğitim, konferans, video çekimi gibi etkinliklerde) bilimsel görüş verilmesi, yazılı veya görsel medyada yer alınması gibi etkinlikler	Pay dağıtımı yer alan kişi sayıları dikkate alınarak yapılır.		

[4] 20.03.2024 tarihli ve 239758327 sayılı Bakan Oluru ile "% 65" ibaresi "% 85" olarak değiştirilmiş olup 01.03.2024 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe konulmuştur.

7.2.12. Bağlı ve Ek Sağlık Tesisleri ile Bölgesel Başkekimlikler Hakkında Yönerge

BAKAN YARDIMCILIĞI..
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
6.01.2026 11:21:57 E-11045126-010.04-300477995
300477995

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Bağlı ve Ek Sağlık Tesisleri ile Bölgesel Başhekimlikler Hakkında Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Bakanlığımıza bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesisleri tarafından sunulan poliklinik hizmetleri, günübirlik sağlık hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetlerine erişimin artırılması amacıyla açılan bağlı ve ek sağlık tesisleri ile sağlık hizmetinin daha verimli ve etkin sunumunu sağlamak üzere kurulan bölgesel başhekimliklerin hizmet standartları ile çalışma usul ve esaslarını belirlemek amacıyla hazırlanan Bağlı ve Ek Sağlık Tesisleri ile Bölgesel Başhekimlikler Hakkında Yönerge Taslağı ilişikte sunulmuştur.

İlişikte sunulan Taslağın yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
../../2025
Dr. Öğr. Üyesi Halim ÖZÇEVİK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2025
Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: Bağlı ve Ek Sağlık Tesisleri ile Bölgesel Başhekimlikler Hakkında Yönerge ve Ekleri

BAĞLI VE EK SAĞLIK TESİSLERİ İLE BÖLGESEL BAŞHEKİMLİKLER HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Başlangıç Hükümleri

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesisleri tarafından sunulan poliklinik hizmetleri, günübirlik sağlık hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetlerine erişimin artırılması amacıyla açılan bağlı ve ek sağlık tesisleri ile sağlık hizmetinin daha verimli ve etkin sunumunu sağlamak üzere kurulan bölgesel başhekimliklerin hizmet standartları ile çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge; 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa, 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 362 nci maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi ile 508 inci maddesine, 10/9/1982 tarihli ve 8/5319 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine ve 6/8/2024 tarihli ve 32624 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen,

a) Ana bina: İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin faaliyet gösterdiği kampüs sınırları içinde yer alan merkez binasını veya binalarını,

b) Bağlı sağlık tesisi: İdari bakımdan müstakil statüde olup mali bakımdan başka bir sağlık tesisine bağlanan sağlık tesislerini,

c) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

ç) Başhekim: Sağlık tesisinin başhekimini,

d) Bölgesel başhekim: Birden fazla sağlık tesisini yöneten başhekimi,

e) Bölgesel başhekimlik: Birden fazla sağlık tesisinin ortak yönetimini,

f) Ek ödeme mevzuatı: 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan ek ödeme ile ilgili mevzuatı,

g) Ek sağlık tesisi: Müstakil bir yönetimi olmayan ve sağlık tesislerinin yönetimi altında faaliyet gösteren semt polikliniği ve ek hizmet binalarını,

ğ) Genel Müdürlük: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünü,

h) İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu: 20/9/2019 tarihli ve 30894 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği kapsamında müdürlük tarafından oluşturulan komisyonu,

ı) MEDULA: Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından oluşturulan bütünleşik sistemi,

i) Merkez Komisyon: Genel Müdürlük bünyesinde ilgili daire başkanlığının bağlı olduğu genel müdür yardımcısı başkanlığında ilgili diğer daire başkanlarının katılımıyla oluşturulan komisyonu,

j) Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü,

k) Sağlık tesisleri: Bakanlığa bağlı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini,

l) İkinci basamak sağlık tesisi: İlgili mevzuatında tanımlanan ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verilen sağlık tesislerini,

2) Üçüncü basamak sağlık tesisi: İlgili mevzuatında tanımlanan ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip üst düzey sağlık tesislerini,

l) SBYS: Sağlık hizmeti sunucuları tarafından klinik, idari ya da yönetimsel amaçlarla kullanılan, gerektiğinde diğer bilgi yönetim sistemleri ile veri alışverişi yapabilen ve Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri olarak adlandırılan yazılımları,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Bağlı Sağlık Tesisi Statüsü Verilmesi ile İdari ve Mali İşleyişe İlişkin Genel Esaslar

Bağlı sağlık tesisi statüsü verilmesi

MADDE 5- (1) Kuruluş aşamasında olan veya faal durumdaki sağlık tesisleri, aynı ilin mülki idare sınırları içinde hizmet kapasitesi ve mali durumu uygun bir sağlık tesisine bağlanabilir. Bir sağlık tesisinin başka bir sağlık tesisine bağlanması Genel Müdürlük oluru ile gerçekleştirilir. Bağlı sağlık tesisi mali bakımdan bağlı, idari bakımdan ise müstakildir.

(2) Üçüncü basamak sağlık tesislerine bağlanan ancak eğitim statüsü olmayan sağlık tesisleri, Bakanlıkça tescil edilmiş olan mevcut hizmet rolüne uygun olarak faaliyet gösterir.

(3) Mali bağlanmanın sonuçları yıllık olarak müdürlük tarafından değerlendirilir. Bu değerlendirme neticesinde bağlı ve bağlanılan sağlık tesislerinin mali, stok, personel ve hizmet sunumu durumları dikkate alınarak hazırlanan analiz raporu ile birlikte bağlılığın devamına ilişkin görüş ve kanaatleri Genel Müdürlüğe gönderilir.

(4) Bağlı sağlık tesisi statüsü verilmesi kararı Genel Müdürlükçe doğrudan ya da müdürlüğün gerekçeli talebi üzerine Genel Müdürlük oluru ile gerçekleştirilebilir.

İdari işleyişe ilişkin genel esaslar

MADDE 6- (1) Bağlı sağlık tesisinin idaresinden bağlı sağlık tesisi başhekimi sorumludur. Ancak bağlı sağlık tesisinin mali iş ve işlemleri başhekimlerce koordinasyon ve iş birliği içinde yürütülür.

(2) Bağlı sağlık tesisi ve bağlanılan sağlık tesisi için ayrı kurum kodu kullanılır.

(3) Hizmet verilen nüfusun ihtiyaçlarına ve verilecek sağlık hizmetlerinin gereklerine göre bağlı sağlık tesisi ile bağlanılan sağlık tesisi arasında ihtiyaç duyulan uzmanlık dalı ve ünvanlarda uzman hekim ve diğer personel görevlendirmesi yapılabilir. Bu görevlendirme iki başhekimin görüşü veya talebi üzerine ilgili mevzuatı çerçevesinde müdürlükçe gerçekleştirilir.

(4) Kuruluş aşamasındaki bağlı sağlık tesisinin personel, donanım, tıbbi cihaz ve benzeri ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların giderilmesine yönelik planlamalar Bakanlıkça görevlendirilen kurucu başhekim tarafından yapılır.

(5) Bağlı ve bağlanılan sağlık tesislerinin başhekimlikleri birbirleriyle doğrudan yazışma yapabilir.

Mali hususlara ilişkin genel esaslar

MADDE 7- (1) Bağlı sağlık tesisinin muhasebe kayıt sistemi ve tüm mali sistemleri, bağlanılan sağlık tesisinin tek düzen muhasebe sistemi ile birleştirilir, bağlanılan sağlık tesisinin mali kurum kodu ve banka hesap numarası kullanılır. Mali konulardaki tüm iş ve işlemler bu kod ve banka hesabı üzerinden yürütülür. Bağlı sağlık tesisi bağlanılan sağlık tesisinin hizmet rolü ve statüsü üzerinden fatura tahakkuk ettirir. Bağlanılan sağlık tesisinin otomasyon sistemine entegrasyonu ile MEDULA bildirimi bu duruma uygun olarak yapılır.

(2) Bağlı sağlık tesisinin her türlü mal ve hizmet alımları ile yapım işleri bağlanılan sağlık tesisi başhekimliği tarafından yürütülür.

(3) Bakanlık tarafından gönderilen ödenekler, mali bakımdan bağlanılan sağlık tesisi başhekimliğine tahsis edilir.

(4) Döner sermaye kaynaklarından yapılacak mal ve hizmet alımları ile yapım işlerinin giderleri ve mevzuat gereği döner sermaye kaynaklarından yapılması zorunlu olan giderler ilgili mevzuatına uygun olarak bağlanılan sağlık tesisinin döner sermayesinden karşılanır.

(5) Bağlı sağlık tesisi bünyesinde gerçekleştirme işlemlerinin tamamlanması beklenilemeyecek ivedi veya zorunlu giderler için, kendisine verilen avans veya adına açılan kredilerle sınırlı olarak harcama yapmak üzere, harcama yetkilisi tarafından ilgili mevzuat çerçevesinde mutemet görevlendirilebilir.

Ek ödeme

MADDE 8- (1) Ek ödemeye ilişkin aşağıdaki hususlara uyulur:

a) Bağlı sağlık tesisi personeline, bağlanılan sağlık tesisi için ek ödeme mevzuatında öngörülen usul ve esaslar doğrultusunda bağlanılan sağlık tesisinin döner sermaye hesabında toplanan gelir üzerinden ek ödeme yapılır.

b) Üçüncü basamak sağlık tesisine bağlı olarak faaliyet gösteren bağlı sağlık tesisinde görev yapan hekim ve uzman hekimlerin ek ödemesi, bir kliniğe bağlı olmayan hekim ve uzman hekimler için öngörülen usul ve esaslar çerçevesinde hesaplanır. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji uzmanlarının ek ödemeleri Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinde yer alan personel dağılım cetveline ilişkin hüküm kapsamında, bağlı sağlık tesisi ve bağlanılan sağlık tesisi için ayrı ayrı değerlendirilir.

c) Bağlı sağlık tesisi ile bağlanılan sağlık tesisi arasında yapılan personel görevlendirmelerinde ilgili personele görevlendirildiği sağlık tesisinin statüsü üzerinden, görev süresi ve hizmete katkısı oranında ek ödeme yapılır. Tabiplerin yapacakları genel tıbbi işlemler görevlendirildikleri sağlık tesisinin puan hesaplamasına dahil edilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Ek Sağlık Tesisi Açılma Kriterleri, Ön İzin ve Açılış Onayı

Semt polikliniği açılması için gerekli kriterler

MADDE 9- (1) Semt polikliniği açılması için gerekli kriterler şunlardır:

a) Semt poliklinikleri, trafik yoğunluğu, hizmete erişimde uzaklık, toplu taşıma sorunları ve benzeri sebeplere bağlı olarak ana hizmet binasının bulunduğu kampüse ulaşım güçlüğü bulunan yerleşim merkezlerinde veya ana hizmet binasının fiziki şartlarının talebi karşılamakta yetersiz kaldığı durumlarda planlanır.

b) Semt polikliniği planlanan mahalde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunabilen Bakanlığa ait faal bir sağlık tesisinin bulunmaması esastır. Yapımı devam eden sağlık tesisi bulunması halinde ise inceleme ve değerlendirme komisyonu tarafından sağlık tesisinin fiziki gerçekleşmesi ve muhtemel açılış tarihine ilişkin raporu da göz önüne alınarak başhekimlikçe semt polikliniği açılma ihtiyacı değerlendirilir.

c) Sağlık tesisinin mevcut uzman hekim kadro ve sayısının semt polikliniğinde hizmet verebilecek yeterlilikte olması zorunludur. Semt polikliniği açılabilmesi için ilave kadro verilmez.

Ek hizmet binası açılması için gerekli kriterler

MADDE 10- (1) Ek hizmet binası açılması için gerekli kriterler şunlardır:

a) Sağlık tesisi ana binasında hizmet genişlemesine ihtiyaç duyulması halinde ek hizmet binası açılabilir.

b) Ek hizmet binasının sağlık tesisinin bulunduğu kampüs alanı içinde açılması esastır. Ancak ek hizmet binası, kampüs alanı içinde fiziki imkânın yeterli olmaması halinde ilin mülkî sınırları içinde olmak kaydıyla kampüs dışında da açılabilir.

c) Ek hizmet binasında günübirlik, ayaktan veya yatarak tanı ve tedavi hizmetleri sunulur. Kampüs içinde bulunan ek hizmet binalarında acil, ameliyathane, yoğun bakım, poliklinik ve özellikli hizmet alanları ortak olarak bir hastane binasında veya ayrı bir binada planlanabilir.

Başvuru usulü, ön izin ve açılış onayı

MADDE 11- (1) Yatırım programına girmiş olanlar hariç ek sağlık tesislerine ait talepler başhekimlikçe Ek-1 form doldurularak müdürlüğe yapılır.

(2) Müdürlüğe intikal eden başvurular, İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu tarafından ilgili kriterlere uygun olarak yerinde inceleme yapılmak suretiyle değerlendirilir ve Ek-2'de yer alan rapor düzenlenir. Raporun olumlu olması halinde, başvuru formu ve rapor Bakanlığa gönderilir. Uygun görülmeyen başvurular Bakanlığa gönderilmez ve gerekçesi belirtilerek ilgili başhekimliğe iade edilir.

(3) Bakanlığa gönderilen başvurular, Genel Müdürlükçe değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucu noksanlık bulunması halinde başvuru müdürlüğe iade edilir. Noksanlığı bulunmayan başvurular Merkez Komisyon tarafından değerlendirilir. Gerekli hallerde Bakanlığın ilgili diğer birimlerinden veya ilgili sağlık tesisinden temsilciler Merkez Komisyona davet edilebilir.

(4) Uygunluk kararı verilen ek sağlık tesisi için Genel Müdürlükçe ön izin verilir. Ön izin sonrası açılış için gerekli işlemler tamamlanarak hizmete hazır hale getirilen ek sağlık tesisine Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde açılış onayı verilir. Açılış onayı verilmeyen ek sağlık tesisinde sağlık hizmeti verilemez.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Ek Sağlık Tesislerinde Sunulacak Hizmetler ile Çalışma Usul ve Esasları

Ek sağlık tesislerinde sunulacak hizmetin kapsamı

MADDE 12- (1) Semt poliklinikleri, poliklinik hizmeti vermek üzere yapılandırılır. Semt polikliniğinin bağlı olduğu sağlık tesisi başhekimi tarafından ihtiyaçlar doğrultusunda belirlenen ve müdürlükçe de uygun görülen uzmanlık dallarında ayaktan muayene, tetkik, tahlil, teşhis ve tedavi hizmetleri verilir. İhtiyaç duyulması halinde ilgili çalışma alanında pratisyen hekim de görevlendirilebilir. Başhekimin uygun görmesi halinde mesai dışı poliklinik hizmeti verilebilir.

(2) Ek hizmet binalarında ayaktan veya yataklı tedavi gereken muayene, teşhis, tedavi, diyaliz, kemoterapi, radyoterapi, girişimsel, cerrahi ve benzeri işlemler ile rehabilitasyon ve ameliyat hizmetleri verilebilir. İhtiyaç duyulması halinde ilgili çalışma alanında pratisyen hekim de görevlendirilebilir.

Ek sağlık tesislerinin çalışma düzeni ve personel görevlendirilmesi

MADDE 13- (1) Ek sağlık tesisleri idari ve mali bakımdan ilgili başhekimliğe bağlı olarak faaliyet gösterir. Ek sağlık tesisinin sevk ve idaresini başhekimin görevlendireceği bir başhekim yardımcısı veya sorumlu hekim yürütür. Başhekim yardımcısı veya sorumlu hekim, personelin izin, nöbet ve çalışma programını planlar ve başhekimin oluru ile uygular.

(2) Ek sağlık tesisinde başhekim tarafından tıbbi, idari ve teknik hizmetler ile döner sermaye ve taşınır mal hizmetleri için yeterli sayı ve nitelikte personel görevlendirmesi yapılır.

(3) Ek sağlık tesisinde görevli personel, ilgili mevzuatta yer alan görev, yetki ve sorumlulukları çerçevesinde görev yapar.

Çalışma usul ve esasları

MADDE 14- (1) Üçüncü basamak sağlık tesislerine bağlı olarak açılan ek sağlık tesislerinde muayene, teşhis ve tedavi hizmetleri, ilgili klinik idari sorumlularının sevk ve idaresinde yürütülür.

(2) Tıbbi hizmet birimlerinde hizmetlerin düzenli, verimli ve aksatılmadan sunulması klinik idari sorumlusunun yetkisindedir.

(3) Ek sağlık tesislerinde, kliniklerin çalışma usul ve esasları, idari sorumlunun görüşü alınarak başhekim yardımcısının veya sorumlu hekimin teklifi üzerine başhekimlikçe belirlenir.

(4) Müdürlükler, semt polikliniklerine ait hizmet verilerini, personel durumu ve mali değerlendirme raporunu yıl sonunda Genel Müdürlüğe bildirir.

Kayıt ve arşiv

MADDE 15- (1) Ek sağlık tesislerine muayene, teşhis ve tedavi amacıyla başvuran hastalar ile ilgili olarak yapılan tıbbî işlemlere ilişkin kayıtların ilgili mevzuata uygun olarak düzenli bir şekilde tutulması zorunludur. Bu kayıtlar Bakanlık veri tabanlarına bağlı oldukları sağlık tesisinin verilerine

eklenerek ya da Bakanlık tarafından talep edildiğinde bağlı oldukları sağlık tesisi verisinden ayrılarak gönderilir.

(2) Sağlık tesisleri tarafından kayıt altına alınan kişisel sağlık verileri, 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve 3359 sayılı Kanunun ek 19 uncu maddesine uygun şekilde işlenir ve Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun şekilde merkezi sağlık veri sistemine aktarılır. Bakanlık tarafından kurulan kayıt ve bildirim sistemine ve Bakanlıkça yapılacak diğer iş ve işlemlere esas olmak üzere, istenen bilgi ve belgelerin Bakanlığa gönderilmesi zorunludur.

(3) Ek sağlık tesislerinde hasta kayıtları elektronik ortamda tutulur. Hastaların sağlık bilgilerine ait gerekli kayıtların elektronik ortamda saklanması ile değiştirilmesinin ve silinmesinin önlenmesi ve gizliliğin ihlal edilmemesi için fiziki, manyetik veya elektronik müdahalelere ve olası suistimallere karşı gerekli idari ve teknik tedbirler alınır. Elektronik ortamdaki veriler güvenli yedekleme sistemiyle düzenli olarak yedeklenir.

(4) Adlî vakalara ve adlî raporlara ait kayıtların gizliliği ve güvenliği açısından vakayı takip eden hekim haricinde vaka hakkında veri girişi veya adlî raporu tanzim eden hekimin onayından sonra raporda değişiklik yapılamaması için gerekli tedbirler alınır. Adlî vaka kayıtlarına idarenin yetkilendirdiği kişiler erişebilir. Adlî kayıt veya raporların resmî mercilerden istenmesi halinde sureti düzenlenerek tasdiklenir.

(5) Aşağıda sayılan veri paketlerinin e-Nabız Sistemine belirtilen sürede gönderilmesi zorunludur:

a) "(101) Hasta Kayıt" veri paketi oluştuğu anda kuyruk yapısına alınmadan e-Nabız Sistemine gönderilir.

b) "(102) Hizmet/İlaç/Malzeme Bilgisi Kayıt" veri paketi, işleme ait herhangi bir istem hekim tarafından gönderildiği andan itibaren en geç 10 dakika içinde e-Nabız Sistemine gönderilir.

c) "(103) Muayene Bilgisi Kayıt" veri paketi, hekim muayenesi bittiği anda e-Nabız Sistemine gönderilir.

ç) "(105) Laboratuvar Sonuç Kayıt" veri paketi, tetkik sonuçları onaylandığı anda e-Nabız Sistemine gönderilir.

d) "(106) Çıkış Bilgisi Kayıt" veri paketi, hasta taburcu olduğu anda e-Nabız Sistemine gönderilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Acil Hizmetler, Cerrahi Müdahale ve Girişimsel İşlemler, Sağlık Kurulu ve Hasta Yatış İşlemleri

Acil hizmetler

MADDE 16- (1) Ek sağlık tesislerinde ihtiyaç halinde acil sağlık hizmeti verilip verilmeyeceğine Bakanlıkça karar verilir. Bu takdirde acil sağlık hizmetlerinin hangi seviyede verileceği, acil sağlık hizmeti gerektiren uzmanlık dallarının mevcudu, ana binaya uzaklığı, acil başvuruların yoğunluğu, fiziki şartlar ve benzeri kriterler dikkate alınarak 13/9/2022 tarihli ve 31952 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde tanımlanan komisyon tarafından değerlendirilir. Bakanlıkça da uygun bulunması halinde Tebliğ hükümlerine göre acil servis oluşturulur ve acil servis Tebliğ hükümlerine uygun olarak hizmet verir.

Cerrahi müdahale ve girişimsel işlemler

MADDE 17- (1) Ek sağlık tesislerinde mevcut cerrahi uzmanlık dallarının gerektirdiği cerrahi müdahale ve girişimsel işlemler yapılabilir. Bu amaçla yeterli sayı, nitelikli personel ve tıbbi cihaz donanımı ile gerekli fiziki koşullar sağlanır.

Sağlık kurulu

MADDE 18- (1) Bağlı sağlık tesisleri ve ek hizmet binalarında, yeterli sayıda uzman hekimin bulunması halinde veya sağlık tesisinden uzman hekim davet edilmek suretiyle sağlık kurulu oluşturulabilir.

Hasta yatış işlemleri

MADDE 19- (1) Semt polikliniklerine başvuran ve yatırılmasına karar verilen hastaların yatış işlemleri yatışa karar veren uzman hekimin bağlı olduğu klinik veya ilgili sağlık birimi ile koordine edilerek yapılır.

(2) Yatış işlemine ait belgeler semt polikliniğinde ilgili hekim tarafından klinikle görüşülerek doldurulur. Hasta, yatışı yapan uzman hekimin bağlı olduğu kliniğe yatış teyidi alınmış olarak gönderilir. Hasta yatış işlemleri ilgili klinik tarafından yapılır.

(3) Bağlı sağlık tesisi ve ek hizmet binalarında yatırılarak sağlık hizmeti verilmesi gereken branşlardaki tanı, müşahede, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri 24 saat esasına dayalı olarak planlanır ve bu hastaların tedavileri yatışı yapılarak sağlanır.

ALTINCI BÖLÜM

Yönetimin Birleştirilmesine İlişkin Genel Esaslar ve Yürütülecek İşlemler

Yönetimin birleştirilmesine ilişkin genel esaslar

MADDE 20- (1) Bakanlıkça yapılan bölge merkezli sağlık planlamaları çerçevesinde belirlenen Bakanlığa ait birden fazla sağlık tesisinin bulunduğu il ve ilçelerde, sağlık tesislerinin tek başhekimlik çatısı altında hizmet vermesi ve mevcut sağlık kaynaklarının etkili ve verimli kullanılabilmesi için tek elden planlanması esastır.

(2) Bakanlık tarafından gerekli hallerde; hizmet sunum kapasitesi, bina, donanım, sağlık insan gücü ve gelir-gider dengesi daha iyi durumda olan hastane bünyesinde bir veya birden fazla sağlık tesisi için yönetimin birleştirilmesine karar verilebilir. Bakanlık oluru ile sağlık tesislerinin yönetimi idari ve mali bakımdan tek başhekimlik adı ve idaresi altında yürütülür.

(3) Birleştirilen sağlık tesisi ek hizmet binasına dönüşür ve kamu sağlık tesisi ruhsatı iptal edilir.

Yönetimin birleştirilmesine ilişkin kriterler

MADDE 21- (1) Birden fazla sağlık tesisinin yönetimin birleştirilmesinde, 8/3/2023 tarihli ve E-83913885-449-210946330 sayılı Bakan Oluru ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerinin Belirlenmesine İlişkin Kriterler ve Bakanlıkça yapılan bölge merkezli sağlık planlamaları ile aşağıdaki kriterler esas alınır:

a) Yerleşim yerindeki uzman hekim, hekim, yardımcı sağlık personeli ve diğer personel kapasitesinin birden fazla sağlık tesisine bölünerek görev yapılmasına bağlı olarak acil ve branş nöbet hizmetleri ile ameliyathane, yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım, doğumhane, yanık gibi kritik ve özellikli birimlerin etkili çalıştırılamaması,

b) Hasta yatış, cerrahi branş ve masa başına düşen ameliyat, yatak doluluk oranı ve benzeri verimlilik göstergelerinin düşük olması,

c) Mal ve hizmet alımlarına ilişkin maliyetlerin yüksek olması, sağlık tesislerine ait işletme giderlerinin gelirlerinden yüksek olması,

ç) Normal mesai sonrası yürütülen nöbet hizmetlerinin genel cerrahi, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları branşları başta olmak üzere, anesteziyoloji ve reanimasyon, beyin cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji ve benzeri uzmanlık dallarında 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak yürütülememesi,

d) Birden fazla sağlık tesisinin faaliyetine bağlı olarak kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve benzeri dal hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşım içinde sunumunun sağlanamaması ve bu branşlardaki uzman hekimlerin poliklinik ve acil sağlık hizmetlerine etkin katılımının sağlanamaması,

e) Yerleşim yerindeki sağlık tesislerinin mevcut araç-gereç, tıbbi donanım ve teknolojik imkânlarının tüm uzman hekimlerce en üst düzeyde ve koordineli bir şekilde kullanılamaması.

Birleştirme sonrası yürütülecek işlemler

MADDE 22- (1) Birleştirme oluru sonrasında yapılması gereken iş ve işlemler şunlardır:

a) Yönetimin birleştirilmesi, Bakanlık olurunda uygun görülen sağlık tesisinin yönetimi altında yapılır.

b) Bağlanılan sağlık tesisi başhekimliğince, ilgili müdürlüklere yönelik idari kadrolar belirlenir ve buna ilişkin işlemler süratle sonuçlandırılır.

c) Personel atamaları, bünyesinde birleştirmenin gerçekleştirildiği sağlık tesisine yapılarak sicil ve özlük işlemleri tekemmül ettirilir. Maaş, döner sermaye ek ödemeleri ve tahakkuk işlemleri birleştirilir ve bu işlemlerin Bakanlıkça uygun görülen sağlık tesisinin başhekimi tarafından yürütülmesi sağlanır.

ç) Yataklı servisler, yoğun bakım, yenidoğan, ameliyathaneler, acil servis, laboratuvar, görüntüleme birimleri, poliklinik hizmetleri, diyaliz ve benzeri birimlerde verilmekte olan tıbbi hizmetlerin, hizmetin sunumuna ve nitelikli personel mevcudunun bölünmesine mahal vermeksizin etkili ve tek elden planlanması sağlanır.

d) Birden fazla ek hizmet binası bulunan ve mesafe olarak birbirinden uzakta hizmet verecek olan birleştirilmiş sağlık tesisleri için hangi hizmetlerin, hangi bina ve alanlarda verileceği tespit edilerek buna ilişkin süreç planlaması yapılır ve mümkün olan en kısa sürede uygulamaya geçilir. Yeni uygulamalar hakkında halk bilgilendirilerek ulaşım ve yönlendirmelerin doğru şekilde sağlanması için tedbirler alınır.

e) Arşiv, ilaç, sarf, tıbbi cihaz ve demirbaşların sayım ve ayniyat devir ve birleştirme işlemleri yapılır:

1) İlaç, sarf, tıbbi cihaz ve demirbaşların sayım ve ayniyat devir ve birleştirme işlemleri 10/10/2024 tarihli ve 32688 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Taşınır Mal Yönetmeliği hükümlerine göre yürütülmelidir.

2) Taşınır Mal Yönetmeliğine göre gerçekleştirilen devir işleminden sonra bağlı hastane tarafından yapılacak her türlü taşınır işlemi bağlanılan hastanenin Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi kayıtlarında bağlı hastane adına oluşturulacak depolarda takip edilmelidir.

f) Muhasebe, saymanlık ve ödeme iş ve işlemleri birleştirilir.

g) Otomasyon sistemlerine ilişkin aşağıdaki hususlara uyulur:

1) Bağlı sağlık tesisinin daha önce anlaşmış olduğu SBYS hizmet sağlayıcısı ile bağlanılan sağlık tesisinin hizmet verdiği SBYS hizmet sağlayıcısı üzerinden veri aktarımı tam ve eksiksiz şekilde tamamlanır.

2) e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi'ne veri gönderimi, ek ödemeye ilişkin tüm işlemler ve MEDULA fatura işlemleri eski SBYS hizmeti sağlayıcısı tarafından tamamlanır ve yeni SBYS hizmet isağlayıcısı tarafından eksiksiz şekilde devam ettirilir.

3) Birleştirme işlemleri resmi olarak tamamlandıktan sonra sağlık tesislerinin tüm süreçleri rolü yüksek olan sağlık tesisinin SBYS hizmeti sağlayıcısı üzerinden yürütülür.

4) Faturalama ve ödeme gibi tüm işlemler eski SBYS hizmeti sağlayıcıları üzerinden gönderilir. Birleşme tarihinden sonraki hizmetlere ilişkin olarak veri gönderimi eski SBYS hizmeti sağlayıcıları üzerinden yapılmaz.

5) Birleşme öncesinde kurumlar tarafından kullanılan SBYS hizmeti sağlayıcıları geçmiş dönemlere ilişkin veri gönderimi de dahil tüm iş ve işlemlerini birleşme sonrası en fazla 90 gün içinde tamamlar.

6) Bakanlık sistemleri ile sağlanacak her türlü istatistiki veriler kurumların ilgili tarihte geçerli rollerine ve isimlerine göre oluşturulur ve ilgili ekranlarda verinin ait olduğu tarihteki statüsüne uygun olarak gösterim yapılır.

ğ) Birleşme sürecinde ek ödeme ve diğer mali işlemler birleşme öncesi hesaplamalara göre yapılır.

YEDİNCİ BÖLÜM
Bölgesel Başhekimlik

Bölgesel başhekimlik kurulması

MADDE 23- (1) Sağlık hizmetlerinin daha verimli ve etkin sunumunu sağlamak üzere, uygun görülen illerde Bakan onayı ile bölgesel başhekimlik kurulabilir. Aynı onayda mevcut sağlık tesislerinden hangilerinin bölgesel başhekimlik bünyesinde faaliyet göstereceği belirlenir.

(2) Bölgesel başhekim, il sağlık müdürünün teklifi ve Bakanlığın onayı ile atanır. Bölgesel başhekimlik bünyesindeki sağlık tesislerinden birinin başhekimi aynı usul ile bölgesel başhekim olarak da görevlendirilebilir.

(3) Bölgesel başhekimlik bünyesinde faaliyet gösterecek olan sağlık tesislerinin kurumsal kimlikleri korunur.

(4) Bölgesel başhekimlik bünyesinde bulunan sağlık tesisleri arasındaki personelin görev yerinin belirlenmesinde esas alınacak personel görev yeri cetveli her sağlık tesisi için ayrı ayrı hesaplanarak EKİP sistemine işlenir. Personelin görev yeri belirlemede esas alınacak oran kuruluş onaylarında belirlenir.

Bölgesel başhekimin görevleri

MADDE 24- (1) Bölgesel başhekim, yönetimindeki sağlık tesisleri ile ilgili olarak aşağıdaki görevleri yürütür:

a) Sağlık tesislerini belirlenen hedef, politika ve stratejiler ile ilgili mevzuata uygun şekilde yönetir.

b) Sağlık tesislerinde etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlar, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit eder ve bunların hastaneler arasında adil ve dengeli dağılımını sağlar.

c) Sağlık tesislerinin faaliyet ve işlemlerini denetler, yönetim sistemlerini ve süreçlerini değerlendirir ve etkililiğini gözetir; yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlar.

ç) Sağlık tesisleri arasında iyi yönetim ilkelerine uygun olarak koordinasyonu sağlar ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini yürütür.

d) Sağlık tesislerinin hizmet üretim kapasitesi, rol grubu, vaka çeşitliliği ve hasta profiline göre hizmet yükünü dengeler; aşırı yoğunluk ve atıl kapasite oluşumunu önlemek için hasta sevk zinciri, branş bazlı yönlendirme ve altyapı kullanım stratejileri geliştirir. Gerekli durumlarda hastaneler arası hizmet transferi, hasta sevki, personel rotasyonu veya birim konsolidasyonunu yapar.

e) Hizmet veren kliniklerin ürettiği hizmet kalitesini artırmak için planlama yaparak klinik bazlı iş birliği süreçlerini yürütür.

f) Sağlık tesislerinin vaka değerlendirme toplantısı, mortalite toplantısı, konsey vb. tıbbi hizmet sunumunun kalitesini artıracak her türlü organizasyonu yapar ve planlar.

g) İnsan gücü yönetimi, tıbbi cihaz ve malzeme planlaması, eğitim, AR-GE ile hasta güvenliği ve kriz yönetimi alanlarında izleme-değerlendirme süreçlerini koordine eder ve raporlar.

Bölgesel başhekimlik bünyesindeki sağlık tesisi başhekiminin görevleri

MADDE 25- (1) Bölgesel başhekimlik bünyesindeki sağlık tesisi başhekiminin görevleri şunlardır:

a) Bölgesel başhekime bağlı olarak hizmet sunar.

b) Sağlık tesisinin tıbbi hizmetleri ile eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütür.

c) Sağlık tesisine görevlendirilen personelin sağlık tesisi içindeki görev yerini belirler.

ç) Sağlık tesisinin yönetimi ile ilgili olarak bölgesel başhekimin verdiği diğer görevleri yerine getirir.

Personel yönetimi

MADDE 26- (1) Bölgesel başhekimlik bünyesindeki sağlık tesislerinde halihazırda görevli personelin atamaları bölgesel başhekimliğe yapılır.

(2) Personele ilişkin iş ve işlemler bölgesel başhekimlik altında oluşturulan personel birimlerince yürütülür. Devlet hizmet yükümlülüğü süresi ve hizmet puanı bölgesel başhekimliğin parametreleri esas alınarak hesaplanır.

(3) Personel hareketleri ve planlaması bölgesel başhekim tarafından gerçekleştirilir.

(4) Bölgesel başhekimlik tarafından görevlendirilen personelin sağlık tesisi içindeki görev yeri ilgili sağlık tesisi başhekimliği tarafından belirlenir.

Yazışmalar ve yetki devri

MADDE 27- (1) Diğer kurum ve kuruluşlara yapılacak yazışmalar bölgesel başhekim tarafından imzalanır.

(2) Bölgesel başhekimliğin valilik ve Bakanlık ile yazışmaları il sağlık müdürlüğü üzerinden yapılır.

(3) Harcama yetkisine ilişkin devir işlemleri ilgili mevzuatına göre yapılır.

Mali hususlar

MADDE 28- (1) Bölgesel başhekimlik idari ve mali işler müdürü, bölgesel başhekimin teklifi üzerine il sağlık müdürlüğü tarafından atanır. Bölgesel başhekimlik bünyesindeki sağlık tesislerinden birinin idari ve mali işler müdürü aynı usul ile bölgesel başhekimlik idari ve mali işler müdürü olarak da görevlendirilebilir.

(2) Bölgesel başhekimlik için mali kurum kodu ve banka hesap numaraları oluşturulur. Bünyesinde faaliyet gösteren sağlık tesislerinin muhasebe kayıt sistemi ve tüm mali sistemleri bölgesel başhekimlik altında birleştirilir. Tüm iş ve işlemler bu kod ve banka hesabı üzerinden yürütülür.

(3) Bütçe, satın alma, ihale, faturalandırma ve taşınır iş ve işlemleri ilgili mevzuatı çerçevesinde bölgesel başhekimlikçe gerçekleştirilir. 10/10/2024 tarihli 32688 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Taşınır Mal Yönetmeliğine göre gerçekleştirilen devir işleminden sonra yapılacak her türlü taşınır işlemi bölgesel başhekimliğin kaynak yönetim sistemi (MKYS vb.) kayıtlarında bölgesel başhekimlik adına oluşturulacak depolarda takip edilir.

(4) Bakanlık tarafından gönderilen ödenekler, bölgesel başhekimliğe tahsis edilir.

(5) Bölgesel başhekimlik bünyesinde bulunan sağlık tesislerinde üretilen mal ve hizmetlere ait faturalandırma işlemleri, gelir ve giderlerin takibi ilgili mevzuatına uygun olarak bölgesel başhekimlik bünyesinde oluşturulan tahakkuk birimleri tarafından bölgesel başhekimliğin hizmet rolü ve statüsü üzerinden gerçekleştirilir. Sağlık tesislerinin otomasyon sistemine entegrasyonu ve MEDULA sistemine bildirimi bu duruma uygun olarak yapılır.

SEKİZİNCİ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Personelin iaşesi

MADDE 29- (1) Bağlı sağlık tesisi ve ek sağlık tesislerinde görevli personelin iaşeleri bağlı bulundukları sağlık tesisinin personeline uygulandığı şekilde düzenlenir. Ek sağlık tesislerinde yatan hastalara ve görevli personele çalışma sürelerine isabet eden öğünlerde yemek verilir.

Yürürlükten kaldırılan yönerge

MADDE 30- (1) 26/1/2011 tarihli ve 3972 sayılı Bakan Oluru ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığı Bağlı Hastaneler ve Ek Sağlık Tesislerinin Açılması ve İşleyişi ile Hizmet Birleştirmesi Yapılması Hakkında Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 31- (1) Bu Yönerge Bakan Oluru ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 32- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

7.2.13. Sağlık Tesislerinde Mesai Dışı Sağlık Hizmeti Sunumuna Yönelik Usul ve Esaslar

SAĞLIK TESİSLERİNDE MESAİ DIŞI SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNA YÖNELİK USUL VE ESASLAR

Amaç

MADDE-1 (1) Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde, hizmetin normal mesai saatleri dışında da verilmesi suretiyle hizmette sürekliliği ve kolay erişimi sağlamaktır.

Kapsam

MADDE-2 (1) Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini ve bu tesislerde görev yapan, 209 sayılı Kanun ve Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği çerçevesinde mesai dışı çalıştığında ek ödeme verilmesi gereken tabip, diş tabibi ve diğer personeli kapsar.

Dayanak

MADDE-3 (1) 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin ikinci fıkrası ile Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinin 5 inci maddesinin dokuzuncu fıkrasına dayanılarak hazırlanmıştır

Mesai dışı çalışma

MADDE-4 (1) Nöbet ve icap nöbetleri haricinde mesai dışında verilen sağlık hizmetine personelin katılımıdır. Tabip ve diş tabiplerinin mesai dışı çalışmalarının mesai dışı ek ödemeye esas hesaplanabilmesi için Bakanlıkça belirlenen mesai içi genel tıbbi işlem puanı eşiğini aşmaları gerekir. Mesai dışı çalışma saatleri; sağlık tesisleri başhekimleri tarafından sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısı da dikkate alınarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde aksaklık olmayacak şekilde, valilikçe belirlenen mesai saatleri dışında belirlenir. Ancak mesai süresi, mevzuatı kapsamında valilikçe belirlenen mesai saatlerinden önce tamamlanan personele, başhekim tarafından mesaisini tamamlamasını müteakip mesai dışı çalışma yaptırabilir. Mesai dışı sağlık hizmetleri tatil günlerinde de verilebilir.

(2) Mesai dışı ek ödemeye esas çalışma için gerekli olan, Bakanlıkça belirlenen mesai içi genel tıbbi işlem puan eşiğini aşamayan tabiplerin, ilgili dönemdeki mesai dışındaki hizmetlerinden elde ettiği puanlar Genel tıbbi işlemler Yönergesi eki Genel Tıbbi İşlemler Listesine göre artırım uygulanmaksızın mesai içi genel tıbbi işlem puanı olarak değerlendirilir.

(3) Sağlık tesisindeki ihtiyaç göz önüne alınarak Başhekimlikçe sağlık tesisi veya klinik veya branş bazında ayrı ayrı mesai dışı çalışma yaptırılabilir.

(4) Mesai dışı ek ödemeye esas mesai içi genel tıbbi işlem puanı eşiği aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

Sağlık Tesisi Rolü	Mesai Dışı Çalışmaya Esas Mesai İçi Genel Tıbbi işlem Puan Eşik Değerleri
AI	Tabip için ilgili ek ödeme dönemi genel tıbbi işlem puanı 20.000 üzeri
AI_DAL	
AII	Tabip için ilgili ek ödeme dönemi genel tıbbi işlem puanı 20.000 üzeri
AII_DAL	Tabip için ilgili ek ödeme dönemi genel tıbbi işlem puanı 20.000 üzeri
B	Tabip için ilgili ek ödeme dönemi genel tıbbi işlem puanı 20.000 üzeri
C	Tabip için ilgili ek ödeme dönemi genel tıbbi işlem puanı 20.000 üzeri
D	Tabip için ilgili ek ödeme dönemi genel tıbbi işlem puanı 20.000 üzeri
EI	Tabip için ilgili ek ödeme dönemi genel tıbbi işlem puanı 20.000 üzeri
ADSH-ADSEAH	Tabip için ilgili ek ödeme dönemi genel tıbbi işlem puanı 20.000 üzeri
ADSM	Tabip için ilgili ek ödeme dönemi genel tıbbi işlem puanı 20.000 üzeri

Mesai dışı çalışma temel esasları

MADDE- 5 (1) Mesai dışı çalışma, vatandaşın sağlık hizmetine erişimi, hasta yoğunluğu, ilgili branşta tabip sayısı gibi hususlar göz önüne alınarak ihtiyaç ve hizmet gerekleri çerçevesinde, ilgili sağlık tesisinin başhekimi tarafından planlanır.

(2) Başhekim tarafından;

a) Sağlık tesisi, klinik veya her bir branş yönünden mesai dışı çalışma ihtiyacı belirlenir. İhtiyaca göre belirlenen mesai dışı çalışma listeleri her ayın başında ilan edilir. Bu listeler mesai dışı ek ödeme hesabında kullanılır. Mesai dışı çalışma takvimi sağlık tesisinin internet sayfası, sosyal mecralar ve ayrıca sağlık tesisinin görünür alanlarında yazılı ve görsel ilan edilerek vatandaşın bilgilendirilmesi sağlanır.

b) Mesai dışı çalışma günleri ve saatleri sağlık tesisinin tümü veya ihtiyaç duyulan branşları için belirlenir. Mesai dışı çalışma için tıbbi işlem puanı bulunmayan tabip veya tabip dışı personelin çalıştığı saatler kayıt altına alınır ve personelin ek ödeme hesabında kullanılır.

c) Mesai dışı çalışma için MHRS bekleyen talepleri göz önünde bulundurularak MHRS'de randevu oluşturulması temin edilir.

ç) Mesai dışı çalışma sadece sağlık hizmeti sunumu için planlanır.

d) Mesai dışı çalışacak personel gönüllülük esasına göre ve talebi doğrultusunda belirlenir. Tabip ve diğer personelin çalışma gün ve sürelerine ilişkin takvimin oluşturulmasında ilgili personel ile işbirliği içerisinde karar verilir.

Mesai dışı çalışma yapılamayacak birimler ile çalışmalar

MADDE- 6 (1) Hizmetin kesintisiz sürdürüldüğü acil servis, diyaliz ve yoğun bakım gibi birimlerde mesai dışı çalışma uygulamasına gidilmeyecektir.

(2) Mesai kaydırması veya vardiya şeklinde yapılan çalışmalar mesai dışı çalışma olarak değerlendirilemeyecektir.

Mesai dışı poliklinik hizmetleri planlama esasları

MADDE- 7 (1) Mesai dışı poliklinik hizmeti planlaması yapılabilmesi için;

a) İlgili branşın mesai içi poliklinik doluluk oranları / MHRS bekleyen talepleri göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.

b) Mesai saatleri dışında branşlara göre acil servise başvuru sayıları gözetilmelidir.

Mesai dışı ameliyathane hizmetleri planlama esasları

MADDE- 8 (1) Mesai dışı ameliyathane hizmetleri planlaması yapılabilmesi için;

a) Ameliyathanelerin mesai içi saatlerde tam kapasite ile kullanılmasına rağmen randevulu çalışma ihtiyacının doğması/ameliyat bekleme listelerinin göz önünde bulundurulması gerekir.

b) Ameliyathanelerde nöbetçi olan anestezi uzmanı ve asistanı, anestezi teknisyeni, ameliyathane hemşiresi ile diğer görevli personel dışında sadece mesai dışı çalışabilecek yeterli sayıda personel (anestezi uzmanı, anestezi teknisyeni, ameliyathane hemşiresi vb.) varlığı göz önünde bulundurulacaktır.

c) Mesai saatleri içinde planlanıp başlanan ameliyatların mesai içinde bitirilememesi durumu "mesai dışı ameliyat" kapsamında değerlendirilmeyecektir.

ç) Ameliyathanelerin mesai dışı çalışma ihtiyacında hafta tatilleri ile diğer resmi tatil günleri öncelikli olmak üzere mesai dışı zamanlar kullanılacaktır.

Mesai dışı görüntüleme hizmetleri planlama esasları

MADDE- 9 (1) Mesai dışı görüntüleme hizmeti planlaması yapılabilmesi için;

a) Görüntüleme cihazları kullanılarak yapılacak mesai dışı çalışmalarda, ilgili cihazların mesai içinde tam kapasite ile kullanıldığının tespitinin yanı sıra görüntü raporlaması yapan personelin de mesai içinde yeterli raporlama hizmeti vermesine rağmen raporların Bakanlığımızca öngörülen sürelerde verilemediğinin tespit edilmesi gerekir.

b) Mesai içinde yapılan raporlama işlemlerinin mesai dışı saatlere kaydırılarak sisteme kaydedilmesinin önlenmesine yönelik Başhekimlikçe düzenleme yapılması ve tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Mesai dışı patoloji hizmetleri planlama esasları

MADDE- 10 (1) Mesai dışı patoloji hizmeti planlaması yapılabilmesi için;

1) Raporlama yapan ilgili hekimlerin optimum sürelerde bu işlemi gerçekleştirmesine rağmen mesai içinde preparat hazırlama ve raporlama hizmetlerinin Bakanlığımızca öngörülen sürelerde gerçekleştirilememesi gerekir.

2) Mesai içinde yapılan raporlama işlemlerinin mesai dışı saatlere kaydırılarak sisteme kaydedilmesinin önlenmesine yönelik Başhekimlikçe düzenleme yapılması ve tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Yürürlükten kaldırılan Yönerge

Madde 6- (1) 25/08/2022 tarihli ve 890 sayılı Sağlık Tesislerinde Mesai Dışı Sağlık Hizmeti Sunumuna Yönelik Usul Ve Esaslar yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

Madde 7- (1) Bu Yönerge, 01/07/2024 tarihinden geçerli olmak üzere Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE- 12 (1) Bu Usul ve Esasları Sağlık Bakanı yürütür.

7.2.14. 4924 Sayılı Kanuna Göre Görev Yapan Sözleşmeli Personelin Hizmet Hedefleri ile Sözleşme Yenilenmesine İlişkin Usul ve Esaslar

4924 SAYILI KANUNA GÖRE GÖREV YAPAN SÖZLEŞMELİ PERSONELİN HİZMET HEDEFLERİ İLE SÖZLEŞME YENİLENMESİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR

Amaç

MADDE-1 (1) Bu Usul ve Esasların amacı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde, 4924 sayılı "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"a göre çalışan tabip ve uzman tabiplerin uzmanlık branşı, sağlık tesisinin rolü, hizmet ihtiyacı vb. gibi kriterler göz önüne alınarak hizmet hedeflerinin belirlenerek hizmetin etkin ve verimli sunulmasının sağlanması ve bu hedefleri gerçekleştirenler ile sözleşmenin yenilenmesine veya yenilenmemesine yönelik usul ve esasların belirlenmesidir.

Kapsam

MADDE-2 (1) Bu Usul ve Esaslar, 4924 sayılı Kanun kapsamında sözleşmeli olarak görev yapan tabip ve uzman tabipleri kapsar.

Dayanak

MADDE-3 (1) 4924 sayılı Kanun 4 üncü, 5 inci ve 7 nci maddesi ile bu Kanuna göre düzenlenen Sağlık Bakanlığı Sözleşmeli Sağlık Personeli Hizmet Sözleşmesi'nin 4 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Hizmet hedeflerinin belirlenmesi

MADDE -4 (1) 4924 sayılı Kanun kapsamında sözleşmeli olarak görev yapan tabip ve uzman tabiplerin hizmet hedeflerinin belirleneceği kriterler Ek-1 sayılı formda yer almaktadır.

(2) Başhekimler tarafından, sağlık tesisinin hizmet sunum ihtiyacı, muayene, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) yönetimi, hasta yatışı, cerrahi ve girişimsel işlemler, sağlık tesisi rolü, ilgili branşta tabip sayısı gibi kriterler ile ilgili branşın hizmet sunumu için gerekli altyapı, cihaz, diğer hekim ve personel durumları da dikkate alınarak her branş ve unvan için hizmet hedefleri belirlenir.

(3) Ek-1 sayılı formda yer alan "Aylık MHRS'de Açılan Kapasite Sayısı" MHRS 'ye esas poliklinikler de aylık olarak açılan; İlk muayene kapasitesi, devam eden muayene kapasitesi ve yedek kontenjan kapasitesinin toplamı esas alınır. Değerlendirme döneminde açılan toplam kapasitenin toplam aya oranı ile aylık kapasite bulunur.

(4) Ek-1 sayılı formda yer alan "Aylık Yapılan Muayene Sayısı" Girişimsel İşlem Listesinde yer alan tüm muayene işlemlerinin adet olarak sayısını ifade eder. Değerlendirme döneminde toplam yapılan muayene sayısının toplam aya oranı ile aylık muayene sayısı bulunur.

(5) Ek-1 sayılı formda yer alan "Toplam Genel Tıbbi İşlemler Puanı" için asgari hedef, tıbbi işlem puan üretme imkânı bulunan her hekim için zorunlu olarak sözleşme döneminden önce Bakanlıkça ilan edilen her rol için mesai içi sağlık tesisi puan ortalamasının %60'ının altında olmayacak şekilde Başhekim tarafından belirlenir. Bu asgari hedef puanı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü internet sayfasından duyurulur.

(6) Ek-1 sayılı formda yer alan Genel Tıbbi İşlemler Puan hedefi, dahili ve cerrahi branşlar için ilgili formda 4 ve 5 no'lu kriterlerde açıklandığı şekilde belirlenir. Bu puan, değerlendirme döneminde toplam puanının toplam aya bölünmesi ile bulunur.

(7) Ek-1 sayılı formda yer alan 6 no'lu kriter için ilgili mevzuatlarca ve hastane yönetimi tarafından belirlenen tetkik sonuç verme sürelerine uyumu başhekim tarafından değerlendirilir.

Mücbir sebepler dışında bir değerlendirme döneminde ilgili, belirlenen sonuç verme sürelerinden üç ve üzeri sonuç verme sürelerini aşması durumunda başarısız olarak değerlendirilir.

(8) Başhekim tarafından Ek-1 sayılı formda belirlenen hedefler, ilgili ile sözleşme imzalanması aşamasında İl Sağlık Müdürlüğünce onaylanır.

(9) Her sözleşmeli personel için, başhekim tarafından Ek- 1 sayılı formda gösterilen kriterlerden en az biri hedef olarak belirlenir. Birden çok hedefin belirlenmesi durumunda bu hedeflerin gerçekleştirilmesi gerekir.

(10) Hizmet hedeflerinin belirlendiği Ek-1 sayılı form, imzalanan sözleşme ekinde yer alır. Bakanlıkça her yıl yeni hizmet hedefleri belirlenebilir.

Hizmet hedeflerinin değerlendirilmesi ve dönemi

MADDE -5 (1) Başhekim tarafından, sözleşmeli tabip ve uzman tabiplerin sözleşmede belirlenen hedefleri gerçekleştirip gerçekleştirmediğinin değerlendirmesi her yıl haziran ve kasım aylarının ilk yarısında yapılır. Değerlendirme sonuçları en geç üç iş günü içerisinde ilgiliye tebliğ edilir. Değerlendirme sonuçlarına göre belirlenen hedeflerin altında kalan ilgili, tebliğ tarihinden itibaren en geç beş iş günü içerisinde Sözleşmeli Personel Hizmet Hedefleri İtiraz Değerlendirme Komisyonuna itirazda bulunulabilir.

(2) Yıllık imzalanan sözleşmeler yılda iki kez, altı aydan fazla ve bir yıldan az süreli imzalanan sözleşmeler ise yılda bir kez değerlendirilir. Bir mali yılda altı aydan az süreli imzalanan sözleşmeler değerlendirilmez.

(3) Yıllık sözleşmelerde iki değerlendirme sonuçlarının ortalaması ile altı aydan fazla ve bir yıldan az süreli sözleşmelerde ise bir değerlendirme sonucunun Ek- 1 sayılı formda belirlenen hedeflerin üzerinde olması gerekir.

(4) Altı aylık değerlendirmeler arasında, yılda iki defa sözleşmeli tabip/uzman tabiplerin hedefleri gerçekleştirme durumu raporlanır. Bu raporlar bilgi amacıyla ilgili sözleşmeli tabip/uzman tabiplere bildirilir. Ayrıca bu raporlar, il düzeyinde sözleşmeli personel hedeflerinin gerçekleşme durumlarının takibi ve analizi için İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir.

(5) Bakanlıkça sözleşmeli personelin hedefleri gerçekleştirme durumları ve sözleşme süreçleri elektronik ortamda takip edilebilir.

Sözleşmeli personel hizmet hedefleri itiraz değerlendirme komisyonu

MADDE -6 (1) İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde, müdürün veya belirleyeceği başkanın başkanlığında, başkan ve başkan yardımcılarından Sözleşmeli Personel Hizmet Hedefleri İtiraz Değerlendirme Komisyonu kurulur. Komisyon, başkan ve en az iki üyeden oluşur.

(2) Komisyon itirazları en geç beş gün içerisinde karara bağlar. Kasım ayında yapılan değerlendirmeler en geç 25 Kasım itibariyle sonuçlandırılır.

(3) Komisyonca yapılan değerlendirme sonucunda sözleşmede belirlenen hedef/hedefleri gerçekleştiremeyen tabip ve uzman tabiplerle sözleşme yenilenmez. Bu husus, en geç kasım ayının sonuna kadar gerekçeleri ile birlikte ilgiliye bildirilir.

Sözleşme yenilenmemesi

MADDE -7 (1) Hizmet hedeflerini gerçekleştirememesi sebebiyle sözleşmesi yenilenmeyen personelden açıktan sözleşme imzalayanların sözleşmeleri sona erer. 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi olarak görev yapmakta iken sözleşmeli statüye geçenlerin ise ilgili mevzuatı çerçevesinde kadroya geçişleri sağlanır.

(2) Bu kapsamda sözleşmesi yenilenmeyen personel ile yeni bir sözleşme imzalayabilmek için iki yıllık bir sürenin geçmiş olması şarttır.

MADDE -8 (1) Bu Usul ve Esaslar 01/01/2024 tarihinden itibaren yürürlüğe girer.

MADDE -9 (1) Bu Usul ve Esasları Sağlık Bakanı yürütür.

Ek-1: Sözleşmeli Uzman Tabip/Tabip Sağlık Hizmet Formu

7.2.15. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge

06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç
Madde 1- (1) Bu Yönergenin amacı; ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulması, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre biçimde sunulabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı yataklı sağlık tesisleri bünyesinde faaliyet göstermek üzere toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması ve işleyişi, asgari standartlarına ilişkin usul ve esasların belirlenerek hizmetin etkin ve ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamaktır.

Kapsam
Madde 2- (1) Bu Yönerge, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı yataklı sağlık tesisleri bünyesinde faaliyet göstermek üzere açılan toplum ruh sağlığı merkezlerini ve bu merkezlerde görevlendirilecek personeli kapsar.

Dayanak
Madde 3 - (1) Bu Yönerge, 24/04/1930 tarihli 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 3 üncü maddesinin 13 üncü bendine ve 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 2 nci maddesinin 1 inci fıkrasına, 8 inci maddenin 1 inci fıkrasının (a) bendine ve 40 ıncı maddesine dayanılarak hazırlanmıştır."

Tanımlar
Madde 4 – (1) Bu Yönergede geçen;
a)Ağır ruhsal bozukluk: Bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıkları,
b) Bakan: Sağlık Bakanını,
c) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
ç) Bakım kurumu: Ailesinin yanında yaşayamayacak ve tek başına hayatını idame ettiremeyecek durumda olan, sürekli bakıma muhtaç hastaların kaldığı korumalı evler veya kuruluşları,
d) Damgalama: Ruhsal bozukluğu olan hastaların hastalıkları nedeni ile menfi ayrımcılığa maruz bırakılmalarını,
e) Genel Sekreterlik: Kamu Hastaneleri Birlikleri Genel Sekreterliğini,
f) Güvenlik görevlisi: Merkezin ve şahısların can, mal ve huzurunu sağlamak için özel güvenlik yasası kapsamında gözetim, denetim ve kontrol yaparak asayiş ve güvenliği sağlamak amacıyla görevlendirilen, Özel Güvenlik Görevlisi Kimlik Kartı sahibi kişiyi,
g) İş ve uğraşı terapisti (ergoterapist): İş ve uğraşı terapisi alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun olan kişileri,
ğ) Korumalı iş yeri: Korumalı evlerde veya ailesinin yanında kalan hastaların çalışabilmesi için diğer kamu kurum ve kuruluşlarının desteklediği işyerlerini,
h) Kurum: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunu
ı) Merkez: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı sağlık tesisleri bünyesinde psikiyatri kliniği veya ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunan sağlık tesisi ve üniversitelere bağlı olarak, ruh

sağlığı ve hastalıkları uzmanı sorumluluğunda faaliyet göstermek üzere açılan ve Bakanlık tarafından ruhsatlandırılan toplum ruh sağlığı merkezini,

i)Müdürlük: İl sağlık müdürlüklerini,

j) Sağlık tesisi: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı yataklı tedavi kurumlarını,

k) Sorumlu uzman: Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin bir ekip anlayışı içerisinde planlanması ve yürütülmesini sağlamak amacıyla bu Yönergenin 9 uncu maddesinde belirtilen usulle görevlendirilen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanını,

l) Toplum ruh sağlığı merkezi çalışma prensipleri genel uyum ve teori eğitimi: toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışmak üzere görevlendirilen personelin yeterliliğini sağlamak amacı ile Bakanlık tarafından belirlenen konulara uygun olarak hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacılar için verilecek olan; belirli süreyi kapsayan, teorik ve uygulamalı hizmet içi eğitimi,

m) Toplum ruh sağlığı eğitim merkezi: Kadrosu tamamlanmış, toplum ruh sağlığı merkezi çalışma prensipleri genel uyum ve teori eğitimini vermek üzere Bakanlıkça eğitim merkezi olarak tanımlanmış merkezi,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Merkez Kurulması ve Tescil İşlemleri, Fiziki Koşullar, Araç ve Gereç Asgari Standardı, Ulaşım Aracı Tahsisi

Merkezin Kurulması ve tescil işlemleri

Madde 5 – (1) Merkezlerin, bağlı olarak kurulacağı sağlık tesisleri, hizmet vereceği bölge ve kurulacak merkez sayısı, hizmet vereceği nüfusun demografik yapısı ve epidemiyolojik özellikleri dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenir. İhtiyaç duyulan illerde birden fazla merkez kurulabilir ve sorumluluk bölgeleri halk sağlığı müdürlüğünün ve genel sekreterliğin görüşü alınmak suretiyle müdürlük tarafından belirlenir.

(2) Merkezin faaliyeti, merkezin hizmet vereceği bölge ile sınırlıdır.

(3) Merkez, fiziki alt yapının yeterli olması halinde bağlı olarak hizmet vereceği sağlık tesisi bünyesinde, mümkün olmaması durumunda ise genel sekreterlikçe ilgili mevzuata uygun olarak, kiralama veya usulü dairesince başka şekilde temin edilecek ayrı binada kurulabilir. Merkezin, bu Yönergede belirlenen fiziki koşullar, personel, araç, gereç ve hizmet standartlarının sağlanmasından genel sekreterlik ve ilgili sağlık tesisi hastane yöneticisi müteselsilen sorumludur.

(4) Açılması planlanan merkezin mekânla ilgili hazırlıkları yapıldıktan sonra, müdürün görevlendireceği bir sağlık müdür yardımcısı başkanlığında, halk sağlığı müdürlüğü ruh sağlığı biriminden sorumlu 1 (bir) kişi ve genel sekreterin görevlendireceği merkezin açılacağı sağlık tesisinde görevi bulunmayan en az bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanından oluşan bir inceleme ve değerlendirme komisyonu marifetiyle personel, fiziki koşullar, tefriş ve donanım asgari standartları bakımından yerinde incelenerek hazırlanan komisyon raporu ruhsat düzenlenmesi için Bakanlığa gönderilir. Bakanlıkça ruhsat düzenlenen merkez faaliyete başlar.

(5) Üniversite rektörlüklerin talebi üzerine, bu Yönergede belirlenen şartları taşımak ve Bakanlıkça ruhsat düzenlenmek kaydıyla tıp fakültesi hastanelerine bağlı merkez açılabilir.

Fiziki koşullar, araç ve gereç asgari standardı.

Madde 6 – (1) Merkez: tercihen en az 300 m2 büyüklüğündeki müstakil, toplu taşıma araçlarıyla kolay ulaşılabilir, merkezi yerlerde bulunan binalarda açılır. Çok katlı binalarda; zemin veya birinci katlarda veya bu katlardan en az birinin birlikte kullanıldığı katlarda birbiriyle bağlantılı olarak açılabilir. Yine çoklu katlarda binanın tamamının sağlık amaçlı kullanılması durumunda üst katlarda da açılabilir. Bina yangın önlemleri bakımından ilgili mevzuata uygun olmalıdır. Merkez bünyesinde bulunması gereken alanlar ile fiziki ve donanım asgari şartları şunlardır:

a) Giriş ve karşılama alanı: Karşılama ve kayıt bankosu, güvenlik personeli için ayrılmış kontrol ve bekleme alanı, duyuru panosu, hasta ve yakınları için yeterli oturma grubu bulunan, hizmete uygun şekilde tefriş edilmiş bir bekleme mahallinden oluşan alandır.

b) Grup terapi alanı: Grup terapileri, genel toplantı ve eğitimlerin yapılabileceği, yeterli sayıda sandalye, masa, duvar tipi ve ayaklı taşınabilir yazı tahtası gibi gerekli donanıma sahip, yeterli büyüklükte alandır.

c) Uğraş terapi odaları/rehabilitasyon alanı: En az 1 (bir) adet olmak üzere içerisinde lavabo, kolay temizlenebilen masalar, yeterli sayıda tabure ya da sandalye, duvara monte sergileme rafları, duvar panosu, kilitli malzeme dolapları ve uğraşının türüne göre şövaleler, çeşitli resim gereçleri, ahşap ve takı gereçleri, nota sehpaları, müzik aletleri ve benzeri donanım olan yeterli alana sahip mekândır. Hasta sayısına ve uğraşının özelliğine göre birden fazla uğraş terapi odası yapılandırılabilir.

ç) Kütüphane ve okuma salonu: Okuma ve internet kullanımına uygun yeterli sayıda masa, sandalye, duvar panosu, bilgisayar ve kitaplıkların olduğu yeterli büyüklüğe sahip mekândır.

d) Yemek alanı ve beceri eğitimi mutfağı: Hasta ve görevli personel için öğle yemeği pişirilmesi ya da dağıtımını sağlayacak ve aynı zamanda gönüllü hasta ailelerinin, gönüllülerin ve hastaların çalışmasına ve uğraşı eğitimine uygun yeterli donanım ve büyüklüğe haiz alandır.

e) Çok amaçlı salon: Hastaların dinlenme amacı ile kullanabilecekleri oturma alanları olan mekândır.

f) Tedavi ve gözlem odası: Enjeksiyon uygulaması, ilaç yan etkilerine bağlı olarak gelişen durumlar gibi tedavi ve gözlem amaçlı kullanılmak üzere oluşturulan ve gerekli donanıma haiz mekândır.

g) Spor alanları: Bina içerisinde bulunması zorunlu olmayan ancak mümkün olması halinde havalandırması sağlanmış, duş ve giyinme alanlarını da içeren hastaların spor yapmasına elverişli olarak yapılandırılmış alandır. Merkezde spor alanı var ise duş imkânı sağlanmalıdır.

ğ) Görüşme odası: En az 1 (bir) adet olmak üzere hekim ile hastanın görüşebileceği şekilde yapılandırılmış ve kilitli kişisel dolaplar, masa, sandalye, bilgisayar ve dosya dolabı bulunan mekândır.

h) Ekip Çalışma Odası: Merkezde görevli çalışanların kullanabileceği dosyalama ve arşivleme işlemlerine uygun dolap, bilgisayar ve donanımların bulunduğu mekân.

ı)Merkezde ayrıca, temizlik malzemelerinin depolandığı bir oda ayrılmalı ve hasta, hasta yakınları ve personele yönelik kadın ve erkekler için ayrı ayrı kapıları dışa doğru açılan lavabo ve tuvalet bulunmalı, engellilere yönelik en az bir tuvalet ve lavabo olmalıdır.

(2) İnceleme ve Değerlendirme komisyonunca fiziki alanın fonksiyonel olduğuna dair rapor düzenlenmesi halinde 300 m2 şartı aranmaz. Bu merkezlerde kütüphane ve okuma salonu, çok amaçlı salon, uğraşı terapi odaları ve rehabilitasyon alanı, kullanım saatleri birbiriyle çakışmamak kaydıyla ortaklaşa kullanılabilir. Spor alanı bulundurmak isteğe bağlıdır.

Ulaşım aracı tahsisi

MADDE 7 – (1) Merkez tarafından hizmet vermek üzere görevlendirilen gezici ekip sayısına göre en az bir araç hastane yönetimince merkeze tahsis edilir.

(2)Acil psikiyatrik durumlarda hasta nakilleri için 112 ambulans hizmetlerinden faydalanılır.

(3) Ulaşım ve hasta nakil hizmetleri, ilgili mevzuata uygun olarak hizmet alımı veya kiralama yoluyla gerçekleştirilebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Personel Görevlendirilmesi, Asgari Personel Standardı, Görev Tanımları ve Sorumluluklar
Personel seçimi ve görevlendirme

MADDE 8- (1) Merkezde en az; 1 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 1 sosyal çalışmacı, 1 psikolog, 2 hemşire, 1 sağlık memuru, 1 tıbbi sekreter, 1 idari ve teknik personel ve ihtiyaç duyulan temizlik elemanı, güvenlik görevlisi ile iş uğraş terapisti gibi diğer unvanlarda yeteri kadar personel ilgili mevzuata uygun olarak hastane yöneticisi tarafından görevlendirilir. Hizmet alımı yolu ile temin

edilecek hizmetlerdeki personel sayısı, Bakanlıkça ilgili mevzuatta belirlenen azami işçi sayısına dâhil değildir.

(2) Merkezde görevlendirilecek personel, Bakanlık tarafından hazırlanan "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalışma Prensipleri Genel Uyum ve Teori Eğitimi'ni almış olan personel arasından seçilir. Bu nitelikte personel bulunmaması halinde görevlendirilen personelin en kısa sürede ilgili eğitimi alması için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile koordinasyon sağlanır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından veya Bakanlıkça onay verilen merkezde personel eğitime alınır. Bu eğitim alınıncaya kadar merkez sorumlu ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından; temel eğitim ve merkez çalışma usul ve esasları konusunda eğitim verilir ve yazılı olarak Bakanlığa bildirilir. Bu eğitimi alan kişilerin hizmetin sürekliliği için merkezde çalıştırılmasına özen gösterilir.

(3) Merkezde görevli personel; merkezde ve ev ziyaretlerinde yaka kartı takınak kaydıyla üniformasız çalışır.

Sorumlu uzman ve ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının görev ve sorumlulukları

Madde 9- (1) Merkezin bağlı olduğu sağlık tesisinde görevli ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından biri, hastane yöneticisi tarafından merkezin sorumlu uzmanı olarak görevlendirilir ve müdürlüğe bildirilir. Sorumlu uzman merkezde görevli tüm personelden ilgili hastane yöneticisine karşı sorumlu olup; görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) Bağlı olarak hizmet verdiği hastane yöneticisi ile merkez arasında, merkez ile diğer kurum ve kuruluşlarla hastane yöneticiliği kanalıyla işbirliği ve koordinasyonu sağlar.

b) Ruhsal tedavi hizmetlerini, kendisine bağlı personelin görev dağılımını, birbirleriyle olan iletişimlerini ve iş akışını bu Yönerge hükümlerine ve ilgili diğer mevzuata uygun olarak planlar ve hastane yöneticisinin onayına sunar.

c) Merkez tarafından takip edilen hastaların tedavilerini planlar; ekip ile birlikte hastaların ihtiyaçları doğrultusunda bakım planlarının oluşturulmasını ve yürütülmesini sağlar.

ç) Kendisine bağlı personele ağır ruhsal hastalıkların düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyonlarına yönelik toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli uygulamaları konusunda hizmet içi eğitim verir veya verilmesini sağlar.

d) Hizmetle ilgili periyodik toplantılar düzenler, aksaklık ve noksanlıkları tespit eder ve hizmetin geliştirilmesi ve uygulanması konusunda kararlar alır ve uygulatır.

e) Merkezde kullanılacak lüzumlu demirbaş, araç, gereç ve malzeme ihtiyacının tespiti ve temini ile uygun koşullarda muhafazası ve kullanılmasını sağlar,

f) Hizmetle ilgili kayıtların zamanında ve noksansız olarak tutulmasını sağlar.

g) Merkez tarafında hizmet verilen hastaların aile hekimleri ile gerekli işbirliği ve koordinasyonu sağlar.

ğ) Merkezdeki hizmetlerin hasta hakları mevzuatına, mesleki etik ve tıbbi deontolojiye uygun olarak yürütülmesini sağlar.

h) Gezici ekip faaliyetlerine gerektiğinde katılır.

Personelin görev ve sorumlulukları

Madde 10- (1) Merkezde görevlendirilecek personelin görev ve sorumlulukları şunlardır:

a)Her bir meslek grubu ortak görev ve sorumlulukları dışında, merkezdeki çalışma prensiplerine göre mesleğin gereği olan görevleri yerine getirir.

b) Sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görev ve sorumlulukları şunlardır:

1) Merkeze başvuranlara, merkezin amacı ve çalışmaları ile ilgili bilgi vermek.

2) Merkeze kayıtlı hastalara bakım planı doğrultusunda bireysel danışmanlık hizmeti vermek,

3) Hizmet alanlara ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleleri yürütmek,

4) Gezici ekip faaliyetlerine katılmak,

5)Yatarak tedavi görmesi gereken hastanın ilgili kliniğe nakline destek vermek,

6) Veri formlarını doldurmak ve ölçekleri (skala) kullanarak hastaları izlemek,

7) İstatistik/veri toplamak ve değerlendirmek,

8)Merkeze devam etmeyen hastaların aileleriyle temasa geçmek ve merkezin hasta ile bağlantısını kurmaya çalışmak,

9)Kamuoyu farkındalığını artırma ve damgalama ile mücadele faaliyetlerini yürütmek.

Hizmetin kapsamı

Madde 11 - (1) Ağır ruhsal bozukluğu bulunan hastalara ait kayıt ve istatistiklerin tutulması, kayıtlı hastaların güçlendirilmesini ve toplumla bütünleşmesini hedef alan rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmaların yapılması, hastalık durumlarının değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve izlenmesi, topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeline ve diğer ilgili personele ağır ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmesi esastır. Hizmetin gerektirdiği durumlarda üniversiteler, psikiyatri hastaneleri, psikiyatri klinikleri ve ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapılabilir.

Başvuru ve hastanın merkeze kabulü

Madde 12 – (1) Başvuru ve hastanın merkeze kabulü;

a)Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavi ve takibini yapan hastaneler hastalara dair iletişim bilgilerini hastanın ikamet ettiği bölgeye hizmet veren merkeze; poliklinik hastaları için ayda bir, yatan hastalar içinse, hastanın taburcu olduğu tarihten itibaren en geç 3 gün içinde bildirimde bulunurlar. Hastanenin kendi bünyesindeki merkez bölgesinde ikamet eden hastaların ise, taburcu edilmeden merkezle irtibatlandırılmaları sağlanır. Bildirimlerin düzenli yapılmasından hastane yöneticisi sorumludur.

b) Aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezleri, takiplerindeki ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların iletişim bilgilerini halk sağlığı müdürlüklerine aylık olarak bildirir. Halk Sağlığı Müdürlükleri de ilgili genel sekreterlikler aracılığıyla ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların kayıt altına alınması ve izlemlerinin sürdürülebilmesi için ilgili merkezlere bildirir.

c) Merkez, kendisine bağlı bölgedeki ağır ruhsal bozukluğu olan hasta veya ailesi ile telefon yoluyla irtibat kurar. Hastanın kendisi, ailesi, belediye veya diğer kurum ve kuruluşlar aracılığı ile de başvurular olabilir. Merkez ve uygulamalar konusunda bilgilendirme yapılarak hasta merkeze davet edilir. Merkezde hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenir. Takip ve tedavi planı oluşturularak hizmeti alacak hasta ve hasta yakınları bilgilendirilir.

(2) Merkeze gelemeyecek durumda olan hastalar gezici ekipler tarafından evde ziyaret edilir ve durumları belirlenerek merkeze davet edilir. Evde ziyaret edilmesine rağmen merkeze gelmesi sağlanamayan hasta, kendisine/vasiye hastalık ve tedavi süreçleri (zorunlu tedavi, vesayet makamı) hakkında bilgi verilir ve 22.11.2001 tarihli ve 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu 405, 432 ve 433 üncü maddelerine göre bildirimde bulunulur.

(3)Merkez hizmetlerinden yararlanmak için, hastanın bizzat kendisi veya hasta yakınları tarafından talep yapılabilir. Bu durumda, merkezde verilen hizmetlere uygunluğu ve tedavi sorumluluğu açısından hastanın durumu; tanısını koyup, tedavisini planlayan ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya merkezde görevli uzman tabip tarafından değerlendirilir. Başvuru sahibi hastalara veya aile bireylerine başvuru sonucu menfi olduğunda gerekçeli açıklama yapılır.

(4) Merkeze kabulü ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından uygun görülen hastanın bu durumu tek hekim raporuyla belgelenir. Merkeze kabulü yapılan hasta ile ilgili aile hekimine bilgi verilir.

(5)Merkezde verilecek hizmetin kapsamı, süresi ve hizmetin plan ve programı sorumlu tabibin başkanlığındaki tedavi ekibince karara bağlanır ve hizmeti alacak hasta veya hasta yakınları bilgilendirilir ve ayrıca görevli personele gerekli tebligat yapılır.

(6) Merkezce önerilen tedavi planının hastanın kendisi veya yakını tarafından kabul edilmemesi durumunda, tedavi planının uygulanmaması halinde oluşabilecek riskler hastanın kendisine veya hasta yakınlarına anlatılır. Buna rağmen hizmet kabul edilmiyor ise yazılı beyan istenir. Yazılı beyan verilmemesi halinde bu durum ilgili personel tarafından tutanak altına alınır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Hizmetin Kapsamı, Başvuru ve Hasta Kabulü ve Merkezin Görevleri

Kayıtların tutulması ve istatistik görevi

Madde 13- (1) Merkez, hizmet verdiği bölgede ikamet eden ağır ruhsal bozukluğu olan hastaları; aile hekimleri, toplum sağlığı merkezi, psikiyatri klinikleri, kaymakamlık, aile ve sosyal politikalar il müdürlükleri ve diğer kurum ve kuruluşlar tarafından tutulmakta olan kayıtları da kullanarak tespit eder ve kendi veri tabanını oluşturur. Merkeze devamı sağlanan hastaların psikiyatrik ve sosyal profillerinin sosyo demografik veri formu ve ölçeklerle belirlenmesi ve hizmetin sona ermesinden sonra hasta dosyalarının ilgili mevzuata uygun olarak arşivlenmesi sağlanır. Gerekli müdahale ve hizmet planlamalarını yapabilmek amacıyla hizmet verilen nüfusun demografik yapısı dikkate alınarak gerekli veriler toplanır ve değerlendirilir.

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

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

BEŞİNCİ BÖLÜM
Merkezin Çalışma Esasları, Hasta Hakları,
Hizmetin Sonlandırılması ve Eğitim

Merkezin Çalışma Esasları

Madde 14- (1) Merkez, ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara sunulan ruh sağlığı hizmetini bir bütün olarak değerlendirmek ve bu kişilerin hizmetten en iyi şekilde yararlanması için ekip anlayışı ile her türlü önlemi almak, bağlı olduğu sağlık tesisi (ilgili yataklı psikiyatri kliniği vb.) ve diğer ilgili kuruluşlarla (halk sağlığı müdürlüğü, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimliği, toplum sağlığı merkezi, aile ve sosyal politikalar il müdürlüğü, belediye sosyal işler müdürlüğü, vakıflar, sivil toplum kuruluşları vb.) koordinasyon ve işbirliği içerisinde çalışmak, tescil tarihinden itibaren en geç 1 (bir) yıl içerisinde hizmet verdiği bölgenin stratejik planını hazırlamak, uygulamak ve sonuçlarını izlemek ve değerlendirmekle yükümlüdür. Merkez rehabilitasyon konusunda hastaların özelliklerine uygun psikososyal destek programları geliştirerek rehabilitasyon sürecinin devamını sağlar.

(2) Merkeze devamı sağlanan hastaların farmakolojik tedavisine düzenli devam edip etmediği, ilaçlarını doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etki olup olmadığı gibi süreçlerin takip edilmesi esastır.

(3) Merkeze devamı sağlanamayan hastaların kendileri veya yakınlarıyla irtibata geçilir. Gezici ekiplerle evde ziyaret edilerek merkezde takip ve tedavisini sağlamak üzere bakım planı hazırlanır. Aile ve hasta bilgilendirilir ve onayları alınarak hastanın tedavisi uygulanır. Merkezde ya da evde takip sırasında herhangi bir sebeple hastalık belirtileri alevlenen hastanın yataklı bir psikiyatri kliniğine nakli sağlanır.

(4)Yeni tespit edilen veya önceden tespit edilmekle birlikte durumunda değişiklik olan hastalarla alâkalı olarak hastaneye yatış, bakım, çalışacak işyeri ihtiyaçlarına cevap vermek üzere ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibat kurularak gerekli bilgilendirme ve yönlendirme yapılır.

(5) Merkez, yerel yönetimler, bölgedeki diğer sağlık kuruluşları, üniversiteler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak, gerekirse yazılı ve görsel medya aracılığı ile ağır ruhsal bozukluklar hakkında toplumu bilinçlendirme ve damgalama karşıtı çalışmalar yapar.

Hasta hakları

Madde 15 - (1) Toplum ruh sağlığı hizmeti için kabul edilen hastalar, ilgili mevzuat tarafından belirlenen hakları korunacak şekilde, hasta hakları ve yükümlülükleri ve hizmet içeriği konusunda bilgilendirilir. Hastanın kendisi veya kanuni temsilcisi, sunulacak hizmet ve varsa riskleri konusunda

her türlü bilgiyi alma; hastanın kendisi hizmeti kabul etmeme hakkına sahiptir. Hasta hakları ile ilgili mevzuat hükümleri saklıdır.

Hizmetin sonlandırılması

Madde 16 - (1) Aşağıdaki durumlarda hastaya verilen toplum ruh sağlığı hizmetine son verilir:

a) Merkezde hizmet sunulan hastanın tedavi gerekliliğinin ortadan kalkması,
b) Hastaya özgü hazırlanan hizmet planlarında belirlenen amaçlara ulaşılması,
c) Hastanın hizmeti sonlandırmak istemesi.

Eğitim

Madde 17 - (1) Merkez personeli, bu Yönerge'de belirlenen görev ve sorumluluklarına yönelik olarak Bakanlıkça belirlenen eğitimlere tabi tutulur.

(2) Merkezde görevli sağlık personelinin sağlık hizmetleri alanındaki yenilikleri takibi, personel arasında bilgi ve uygulama birlikteliğinin sağlanması amacıyla Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya Bakanlık tarafından yetki verilen üniversite/uzaktan eğitim merkezi tarafından "sürekli eğitim" kapsamında oluşturulan hizmet içi eğitim programları yürütülür. Personelin hizmet içi eğitimleri için, merkezde seminer, bilimsel tartışma ve bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikler yapılması, gerekirse personelin diğer kurumlardaki eğitici etkinliklere katılmaları sağlanır.

ALTINCI BÖLÜM
Çeşitli ve Son hükümler

Denetim

Madde 18- (1) Merkezlerin denetimi; müdürün görevlendireceği yataklı tedavi kurumlarından sorumlu sağlık müdür yardımcısı başkanlığında, halk sağlığı müdürlüğü ruh sağlığı biriminden sorumlu müdür yardımcısı ve genel sekreterin görevlendireceği Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalışma Prensipleri Genel Uyum ve Teori Eğitimi konusunda bilgi sahibi ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanından oluşan komisyon tarafından gerçekleştirilir. Olağan denetimler şikâyet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, yılda bir kere yapılır. Denetim ile ilgili bulgular ve sonuçlar teftiş ve denetim defterine yazılır ve bağlı bulunduğu hastane yöneticisi vasıtasıyla merkez sorumlusuna tebliğ edilir.

Diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği

Madde 19- (1) Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için; Milli Eğitim, Aile ve Sosyal Politikalar, Emniyet ve Türkiye İş Kurumu İl Müdürlükleri, Belediyeler, diğer kurum ve kuruluşlar, gönüllüler, ilgili vakıflar ve sivil toplum kuruluşları ile genel sekreterlik arasında uygulama protokolleri düzenlemek suretiyle işbirliği yapabilir.

Rehber

Madde 20- (1) Bakanlıkça, bu Yönergede belirtilen;
a) Psikososyal rehabilitasyon,
b) Merkezlerde uygulanacak işlemler,
c) Merkezlerde uygulanacak tedavi ve takip protokolleri ile ilgili formları içeren,
ç) Yönergenin uygulanması için ihtiyaç duyulabilecek diğer konuları içeren,
rehber hazırlanır.
(2) Faaliyetler yayımlanacak rehbere uygun olarak yürütülür.

Mevcut merkezlerin uyumu

Geçici Madde 1- (1) Bu Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten önce açılan toplum ruh sağlığı merkezleri, fiziki standartlar hariç diğer hususlara bu Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren

bir yıl içerisinde uygunluk sağlayarak ruhsat alırlar. Bu süre içerisinde durumlarını bu Yönergeye uygun hale getirmeyen merkezlerin açılma izni Bakanlıkça iptal edilir.

Yürürlükten kaldırılan yönerge
Madde 21 - (1) Bu Yönerge ile, 16/02/2011 tarih ve 7364 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan "Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge" yürürlükten kaldırılmıştır

Yürürlük
Madde 22 - (1) Bu Yönerge, Bakan onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme
Madde 23 - (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür

7.3 GENELGELER

7.3.1 Uzaktan Hasta Değerlendirmesi (UHD) Genelgesi (2024/8)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

Sayı :
Konu : Uzaktan Hasta Değerlendirmesi (UHD)

243806303

GENELGE
2024/ 8

Ülkemizde uzaktan sağlık hizmetinin geliştirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek üzere Sağlık Bakanlığı tarafından 10 Şubat 2022 tarih ve 31746 sayılı "*Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik*" yayımlanmıştır. Bu Yönetmelik, uzaktan hasta değerlendirmesi yapan tüm sağlık tesislerini ve bu hizmeti ifa eden tüm sağlık meslek mensuplarını, uzaktan sağlık bilgi sistemi geliştiricilerini ve uzaktan sağlık hizmeti almak isteyen gerçek kişileri kapsar. Uzaktan sağlık hizmeti; Yönetmelik hükümlerine göre, faaliyet izni almış olan sağlık tesislerinde, sağlık meslek mensubunun, sağlık hizmeti talep eden kişiye uzaktan sağlık bilgi sistemi üzerinden sunduğu sağlık hizmetini ifade eder. Bu kapsamda Bakanlık tarafından geliştirilen veya Bakanlık tarafından tescil edilmek suretiyle uzaktan sağlık hizmeti sunumunda kullanılması onaylanan yazılı, sesli veya görüntülü iletişime imkân sağlayan güvenli yazılım sistemi olan uzaktan sağlık bilgi sistemi kullanılır.

Bakanlığımız hasta merkezli ve bütüncül bakış anlayışıyla hem bireyin hem de toplumun sağlığını en üst düzeyde korumayı, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümler üretmeyi ve hizmet kalitesini, verimliliği yüksek tutmayı gaye edinmiş ve sağlık hakkının korunmasını garanti altına almıştır. Bu minvalde, bireyler için uygun olması durumunda klinik ortam dışında hastaların evde/yerinde uygulanabilir hizmetlerle buluşturulması, mevcut tıbbi durumlarının stabil tutulmasını sağlamaya yönelik kronik tıbbi sorunlarının etkili bir şekilde yönetilmesi, mümkün olduğunca hastaneye nakil veya transfer gerektirmeyen, hasta yakınlarında iş gücü kaybını önleyici ve bakım yükünün azaltılmasına yardımcı maliyet etkin hizmet sunumunun geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Hem Anayasa hem de 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve diğer kanunlar ile Bakanlığımıza verilen görevler kapsamında, talebi olan bireylerin ihtiyacı olan koruyucu sağlık hizmetleri dâhil olmak üzere tıbbi bakım hizmetlerinin takip ve koordinasyonunu sağlamak amacıyla aşağıda belirtilen usul ve esaslar dâhilinde "Uzaktan Hasta Değerlendirme Sisteminin" Bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerinde kullanımının sağlanması ile uzaktan hasta değerlendirmesinin yapılması uygun görülmüştür.

A) GENEL ESASLAR

1. Uzaktan Hasta Değerlendirmesi (UHD) ile her yaş grubundan hastaya sağlık hizmeti sunulması amaçlanır.
2. UHD, uzaktan görüntülü görüşme yapılmasına ihtiyacı olduğu belirlenen ve/veya Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) aracılığıyla bu hizmeti talep eden, randevusu oluşturulan hastaya sunulur.
3. MHRS aracılığıyla randevu, hasta/hasta yakını tarafından veya hastayı takip eden hekim veya aile hekimi tarafından alınır.
4. Bu hizmet ile hastalara tanı konulabilir, teşhis edilmiş hastalıkları kontrol edilebilir, tıbbî danışmanlık verilebilir, konsültasyon veya ikincil görüş talep edilebilir, kişinin tıbbî gözlem, izlem ve takibi ile değerlendirmesi yapılabilir, uzaktan sağlık hizmetinin elverdiği ölçüde muayene

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

edilebilir. Gerekli durumlarda hekim tarafından kişiye bir sağlık kuruluşuna fiziken müracaat etmesi de önerilebilir.

5. Hastalıkların uzaktan yönetimi ve takibi için kişinin kan şekeri ve kan basıncı gibi klinik parametreleri değerlendirilebilir, izlenebilir, tedavi ve ilaç yönetimi sağlanabilir.

6. Hekim tarafından değerlendirilen kişiye, e-reçete ve e-rapor tanzim edilebilir.

7. Sağlığın korunmasına ve takibine, sağlıklı yaşamın desteklenmesine, psikososyal destek hizmetlerinin sağlanmasına yönelik hizmetler verilebilir.

8. Sağlık riski artan bireylerin, ileri yaşlı kişilerin çok yönlü değerlendirmesi ve takibi yapılabilir.

9. Yaşlı bireylere, gerektiğinde Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM) tarafından yapılan takiplerde UHDS ile de hizmet sunulabilir.

10. Hekimin uygun görmesi ve/veya hastanın talep etmesi halinde evde sağlık hizmetlerinde ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak UHDS ile de hizmet sunulabilir.

11. Giyilebilir teknolojiler ve diğer tıbbî cihazlar ile sağlık hizmeti talep eden kişinin sağlık verileri ölçülebilir ve takip edilebilir.

12. Endemik veya epidemik salgınlarda ulusal nitelikteki kılavuzlar doğrultusunda kişilerin sağlığının korunmasına yönelik gerekli tıbbî işlemler yürütülebilir.

13. Radyolojik görüntülemeler ile laboratuvar hizmetlerine ilişkin sonuçların gerekli bilgilendirmesi yapılabilir.

14. Hasta, ikametine en yakın konumda bulunan kamu sağlık tesisine başvuru yaparak tahlil ve tetkiklerini yaptırabilir.

15. Ceza infaz kurumlarında bulunan hükümlülerin sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanmaları amacıyla, ilgili bakanlıklar arasında veri erişim, paylaşım ve kullanım esaslarına ilişkin protokol oluşturulabilir ve bu protokole esas uygulamalar kapsamında gerekli hizmetler UHD kapsamında sunulabilir.

16. Huzurevleri, bakımevleri gibi kurumsal bakım sunan kamu kurumlarında bakımları devam eden yaşlı, engelli veya hasta bireylerin ilgili bakanlıklar arasında veri erişim, paylaşım ve kullanım esaslarına ilişkin protokol oluşturulabilir ve bu protokole esas uygulamalar kapsamında gerekli hizmetler UHD kapsamında sunulabilir.

17. Aile hekimleri kendisine kayıtlı hasta bireyler için veya sağlık tesisinde görevli aile hekimliği alanında uzman hekimler gerekli gördükleri hastalara koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri kapsamında sağlık sisteminin bir üst basamağı ve rol grubunda yer alan branş hizmeti bulunan kamu sağlık tesislerinden, konsültasyon hizmeti talep edebilir veya sağlık tesisleri arasında konsültasyonun gerçekleşmesi için gerekli koordinasyonu sağlayabilir.

18. UHD için hekim tarafından başka bir hekimden konsültasyon istenmesi gerektiği durumlarda branş hekiminden UHDS üzerinden randevu talep edilir.

19. Eğitim ve araştırma hastaneleri bünyesinde görev yapan asistan hekimler de faaliyet izin yetkisi bulunan ilgili branş hekiminin sorumluluğunda UHD'de görevlendirilebilir. Bu görev, UHDS üzerinde yetkilendirme ile yapılır.

20. UHDS'nin sağlık tesisinde koordinasyonundan sorumlu olan UHD koordinasyon ekibi oluşturulur. Bu birim sağlık tesisinin başhekimliğine bağlı olarak görev yapar.

21. UHD koordinasyon ekibi, UHD poliklinik alanında UHDS (https://uhds.saglik.gov.tr/) kullanır ve hastaların hekimle uzaktan görüşmesini koordine eder. Ekip, tıbbi sekreter veya genel idari hizmet alanında çalışan personel olmak üzere en az üç kişiden oluşur.

22. Bütün klinik branşlarda uzaktan hasta değerlendirmesi yapılır ve uzaktan hasta değerlendirmesi yapılan polikliniklerde UHDS teknik alt yapısı kurulur.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

23. UHD faaliyet izin belgesi bulunan sağlık tesisi ve branş alanında çalışan sağlık meslek mensuplarının bilgileri ve çalışma saatleri sağlık tesisi UHD koordinasyon birimi tarafından UHDS'de kayıt altına alınır.

24. UHD'de görevli sağlık personelinin aylık çalışma programı için mesai içi veya mesai dışı çalışma cetveli belirlenir. Gerekli olan durumlarda Bakanlıkça UHD'nin çalışma saatlerinde düzenlemeye gidilebilir.

25. Randevulu hastaların yüzde 5'inin randevuyu iptal etmesi halinde hekim tarafından UHD planlanan hastalar veya randevu bekleyen hastalar arasından randevu planlaması tekrar yapılabilir.

26. UHD'de görevli sağlık meslek mensubunun hizmet içi eğitimleri Bakanlıkça belirlenen programlar doğrultusunda gerçekleştirilir.

B) TEKNİK DONANIM ve RANDEVU İŞLEMLERİ

1. Sağlık tesisi yönetimi, sağlık meslek mensubunun UHDS'ye bağlanabilmesi için gerekli altyapı ve teknik donanım imkânlarını sağlar.

2. UHD sağlık tesisinde veya uygun koşulların temin edildiği alanlarda verilebilir. Fiziki mekân, uygun fiziki şartlarını taşıyan bir alanda ya da sağlık kurulu için belirlenmiş alanlarda ve koordinasyon ekibi için kullanılacak ayrı alanlardan oluşturulmalıdır.

3. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından UHDS yazılım altyapısı sağlanır.

4. UHDS 7 gün 24 saat aktif bir şekilde kullanılabilirliğine yönelik gerekli tedbirler alınır.

5. UHDS sürekliliği için ihtiyaç halinde gerekli yazılım iyileştirmeleri yapılır.

6. UHDS Bakanlığımız ve ilgili diğer kurumlar ile yapılacak olan entegrasyonlar ve yetkilendirme işlemleri kapsamında gerekli altyapı sağlanır.

7. Eğitim dokümanları, hekim ve hastalar için kullanıcı kılavuzları, bilgilendirme formları vb. dokümanlar ihtiyaç halinde güncellenerek https://uhds.saglik.gov.tr/ adresinde yayımlanır.

8. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden görüntülü görüşme kapsamında randevu alınması/oluşturulması sağlanır. Randevuya ait bilgiler ve görüşmeye katılım için oluşturulan link SMS ile görüşme öncesi hastalarımıza iletilir.

9. Görüntülü görüşmenin yapılabilmesi için ihtiyaç olabilecek donanımlar (bilgisayar, web kamerası, mikrofon vb.) ve güncel web tarayıcı gibi temel gereksinimler sağlık tesisi yönetimi tarafında sağlanacaktır bu kapsamda belirlenen teknik gereksinimler ihtiyaç halinde güncellenir.

C) HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİ

1. UHDS ile sağlık hizmeti alacak kişi, anlaşılabilecek sade bir dil ile hizmet öncesi bilgilendirilir. Bu bilgilendirme UHD hizmetini düzenleyen ilgili Yönetmelik hükümleri doğrultusunda yapılmalıdır.

2. UHDS ile sunulan sağlık hizmetinin mahiyeti ve sonuçları ile ilgili olarak hasta ve/veya görüşmede hasta yakını var ise gerekli bilgilendirme yapılır.

Ç) KİMLİK DOĞRULAMA

1. Sağlık tesisi, UHD hizmeti alan kişinin kimliğini doğrulamaya yönelik gerekli tedbirleri alır. Görüntülü görüşme başlangıcında ve görüşme devam devam ederken, sağlık meslek mensubu, hastadan resmi kimlik belgesini kamera üzerinden göstermesini talep eder. Kimliğin doğru şekilde beyanından hasta ve/veya hasta yakını sorumludur.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

2. Sağlık meslek mensubu, sağlık hizmeti talep eden kişinin kimliğinden şüphe duyduğu takdirde, kimliğini doğrulamasını isteyebilir. Bu talebin yerine getirilmemesi hâlinde uzaktan sağlık hizmeti vermeyebilir, başlamış olan hizmeti sonlandırabilir.

3. Sağlık tesisi tarafından ilaveten Bakanlık tarafından belirlenmiş ikincil bir kimlik doğrulaması altyapısı veya aracı kullanılabilir.

D) UZAKTAN HASTA DEĞERLENDİRME FAALİYET YETKİSİ BULUNAN SAĞLIK PERSONELİNİN GÖREV ve YETKİLERİ

1. Uzaktan hasta değerlendirme hizmetinde görevli sağlık personeli mesleğinin gerektirdiği disiplin ve sorumluluklar doğrultusunda hizmet sunumunu yürütür.

2. Uzaktan hasta değerlendirmesi için ilk görüntülü görüşmeyi hekim gerçekleştirir ve bu görüşmede hastanın tıbbi gereksinimleri doğrultusunda görüntülü görüşme takip planı oluşturur.

3. Gerekli olması halinde hekim hastaya acil haller dışında tıbbi bakımın sağlanması için ev ziyareti yapılmasını talep edebilir. Bu durumda hastanın gereksinimine ve evde sağlık hizmeti veya YAŞAM ekiplerinin görev ve sorumlulukları kapsamında ev ziyareti yapılabilir.

4. Uzaktan hasta değerlendirilmesi esnasında hastada acil bir durum gelişmesi halinde sağlık personeli tarafından 112 Acil sağlık hizmetine bildirim yapılır.

5. Uzaktan hasta değerlendirme sırasında görüşmeye katılım sağlayan veya takip görüşmesi yapan sağlık personelinin faaliyet izin belgesi olmalıdır.

E) KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI

1. Uzaktan sağlık hizmeti sunumunda hasta mahremiyetinin ve kişisel verilerinin korunmasından hizmeti veren sağlık tesisi ve sağlık meslek mensubu sorumludur.

2. Veri sorumlusu ve veri işlemekten sorumlu kişiler, *Uzaktan Sağlık Hizmetleri Sunumu Yönetmeliği* kapsamında sundukları hizmetler aracılığıyla elde ettikleri kişisel verileri 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı *Kişisel Verilerin Korunması Kanunu* ve ilgili mevzuatına uygun bir şekilde işler, bu verilerin güvenliğini sağlamaya yönelik her türlü teknik ve idari tedbiri alır ve ilgili kişilere karşı aydınlatma yükümlülüklerini yerine getirirler.

3. Her iki tarafın açık rızası olmaksızın görüntülü veya sesli olarak kayıt altına alınamaz, hizmet esnasında fotoğraf çekilemez.

4. Tarafların açık rızası olması hâlinde sunulan uzaktan hasta değerlendirme hizmetine ilişkin görüntülü veya sesli kayıt alınabilir. Kayıtlar, uzaktan sağlık hizmeti veren sağlık tesisinde veya Bakanlığın izin verdiği güvenli veri merkezlerinde saklanır.

5. Kanunen izin verilen mercilere ve idarî bir soruşturma kapsamında Bakanlık müfettişlerine bu kayıtlara erişim izni verilir. Bu kapsamda alınmış olan görüntülü veya sesli kayıtlar, on iki aydan fazla saklanamaz ve sürenin dolması ile birlikte ayrıca bir bildirime gerek olmaksızın silinir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

F) FATURALANDIRMA

UHD ile sunulan hizmetler Sosyal Güvenlik Kurumunun belirlemiş olduğu standartlar çerçevesinde sunulur.

G) EK ÖDEME

UHDS ile hasta değerlendirmesi yapan hekimlere mesai içi ve mesai dışı tavan ek ödeme tutarına esas katsayılar göz önünde bulundurularak ek ödeme yapılır.

Ğ) SAĞLIK TURİZMİ

Uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi almış olan sağlık tesislerinde ve branşlarda, ilgili mevzuat çerçevesinde uluslararası sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında uzaktan sağlık hizmeti verilebilir.

Bilgilerini ve yukarıda belirtilen çerçevede hizmetin sunulması hususunda gereğinin yapılmasını önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Dağıtım:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

7.3.2. Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM) Genelgesi (2023/5)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 95796091/010.06.01
Konu : Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM)

GENELGE
2023/ 5

Ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresinin artması ile 65 yaş üstü bireylerin toplam nüfus içindeki oranı da yükselmektedir. Tüm dünyada 80 yaş ve üzerindeki kişilerin sayısının 2020 ile 2050 yılları arasında üç katına çıkarak 426 milyona ulaşması beklenmektedir. Ülkemizde ise, yaşlı nüfusunun 2,66 kat artacağı ön görülürken, yaşlı nüfus içinde 80 yaş ve üstü bireylerin oranında da 1,53 kat artış olması beklenmektedir. Demografik değişimlerin ortaya çıkardığı biyolojik yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve zihinsel kapasitede kademeli bir azalma, artan kronik hastalık riski görülebilmekte ve tüm bu değişimlerin etkisinin sağlık ve sosyal açılardan yakından izlenmesi gerekmektedir.

Bakanlığımız insan merkezli yaklaşımla birey ve toplumun sağlığını en üst düzeyde korumayı, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümleri yüksek hizmet kalitesiyle sunmayı gaye edinmiş ve sağlık hakkının korunmasını garanti altına almıştır. Bu minvalde, bireylerin yaşlanmanın etkilerini ve fonksiyonel bağımsızlıkları açısından bir başkasına bağımlı olma durumlarını azaltmak, sağlıklı yaşam yıllarını artırmak amacıyla yaşlı sağlığı uygulamalarının geliştirilmesi ihtiyacı hâsıl olmuştur.

Bu kapsamda, ülkemizde 80 yaş ve üzeri bireylerimizin sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşması, evinde ve yerinde sağlık hizmeti alması, ihtiyaç duyulduğunda uzaktan sağlık hizmeti ile muayene ve danışmanlık hizmeti verilmesi, hastaneye ulaşımı ve hastane içinde alacağı sağlık hizmetinin koordinasyonunun sağlanması hedeflenmiş ve bu hedefin gerçekleştirilmesini sağlamaya yönelik olarak "Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri'nin" kurulması çalışmaları başlatılmıştır.

Hem Anayasa hem de 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunu ve diğer kanunlar ile Bakanlığımıza verilen görevler kapsamında, yaşlılığı sebebiyle sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşayan bireylerin ihtiyacı olan koruyucu sağlık hizmetleri dâhil olmak üzere tıbbi bakım hizmetlerinin takip ve koordinasyonu amacıyla aşağıda belirtilen usul ve esaslar dâhilinde "Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri'nin" kurulması ve hizmet sunması uygun görülmüştür.

A) GENEL ESASLAR

1- Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM), 80 yaş ve üzeri yaşlı bireylerde uygulanmak üzere sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması, evinde ve yerinde tıbbi bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ile desteklenmesi, tıbbi izlem yapılması, gerektiğinde uzaktan sağlık hizmeti ile muayene ve danışmanlık hizmeti verilmesi, hastaneden eve, evden hastaneye naklinin organize edilerek hastane içindeki tıbbi bakımı için gerekli hizmet koordinasyonunun sağlanması amacıyla Bakanlığa bağlı sağlık tesisleri bünyesinde oluşturulur.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

2- Merkezlerin planlaması ilin demografik yapısına ve hizmet ihtiyacına uygun olarak İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılır.

3- Merkezlerin fiziki yerleşkesi yaşlı bireyin hizmete kolay erişebilmesine uygun bir mekânda oluşturulur. Birimin oluşturulduğu fiziki yerleşkede yaşlı birey ve refakatte bulunan kişiler için ayrıca bekleme alanı oluşturulur. Yaşlı bireyin tıbbi bakım değerlendirmesinin yapılabilmesine uygun nitelikte muayene, yaşamsal bulguların tespiti, boy ve kilo ölçümü, kan alma, EKG çekimi gibi temel sağlık hizmetlerinin sunulmasına uygun olarak poliklinik odası şeklinde düzenlemeler yapılır.

4- Merkezde ihtiyaca göre bir veya birden fazla ekip oluşturulabilir. Bir ekip; bir uzman hekim veya hekim, en az iki hemşire, bir yaşlı sağlık bakım personeli ve bir tıbbi sekreterden oluşur. İhtiyaca göre ekipte diyetisyen ve psikolog öncelikli olmak üzere, fizyoterapist, sosyal çalışmacı gibi diğer meslek mensupları ile manevi destek personeli de görev alır. Birden fazla ekip oluşturulması durumunda ise, ekipler arasında koordinasyonu sağlamak üzere bir koordinatör hekim veya uzman hekim belirlenir.

5- Ekipte görevli olan uzman hekim, geriatri uzmanının bulunduğu yerlerde geriatri uzmanı, geriatri uzmanının bulunmaması halinde ise dâhiliye uzmanı veya aile hekimliği uzmanıdır. Ayrıca, eğitim ve araştırma hastanelerinde, asistanlar da ilgili branş uzmanı hekimin sorumluluğunda ekipte görev yapabilir.

6- Ekipte görevli olan hemşire, tercihen halk sağlığı hemşireliğinde yüksek lisans veya doktora yapmış veya hemşirelik alanında lisans mezunu olan hemşirelerdir.

7- Ekibin yaşlı bireyi yerinde veya evinde ziyaret etmesi amacıyla YAŞAM ekip aracını kullanması için şoför görevlendirilir. Ekip içerisinde sürücü belgesi olanlardan ilgili mevzuatı çerçevesinde gerekli yetkilendirme yapılanlar da araçları kullanabilir.

8- Her bir ekip, en fazla 300 yaşlı bireyin takibinden sorumludur. Personel mesai günlerinde ve mesai saatleri içinde hizmet sunar. YAŞAM'da takipli olan yaşlı bireyin hafta içi mesai saatleri haricinde ve hafta sonu herhangi bir kamu sağlık tesisine başvurması veya sağlık tesisine yatışı olması durumunda YAŞAM ekibine Bakanlıkça belirlenen sistem üzerinden bildirim yapılır. YAŞAM'da görevli personele evde sağlık hizmet birimleri haricinde başka bir birimde görev verilemez.

9- YAŞAM ekipleri, yaşlı bireyi bağımlılık durumuna göre hem yerinde hem de uzaktan sağlık hizmeti ile değerlendirir. Bağımlı yaşlı bireyler için asgari ayda bir kez, bağımsız yaşlı bireyler için ise asgari üç ayda bir kez değerlendirme yapılması gerekir. İlk değerlendirme yaşlı bireyin yerinde veya evde ziyareti şeklinde yapılır. Diğer ziyaretlerin de tercihen yerinde yüz yüze yapılması esastır. Ancak, yerinde veya evde ziyareti yapılamayacak durumlarda (Pandemi gibi zorunlu hallerde, insan gücü ve/veya teknik ulaşım araçlarında planlamaların değişmesi halinde, coğrafi ve iklim şartları gibi) uzaktan sağlık hizmet sunumu ile de görüntülü değerlendirme yapılabilir. Ekip sorumlusu hekim tarafından, yaşlı bireyin periyodik ziyaret süreleri dışında gereksinim olması halinde de yerinde veya evde veya görüntülü olarak uzaktan sağlık hizmeti şeklinde ek değerlendirmeler yapılabilir. Periyodik ziyaretlere ek olarak uzaktan sağlık hizmet sunumu yaşlı bireyin talebi ve/veya ekip üyelerinden birinin gerekli görmesi halinde de yapılabilir.

10- YAŞAM'da görevli sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri Bakanlıkça belirlenen programlar doğrultusunda gerçekleşir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

B) YAŞAM EKİBİ ÜYELERİNİN GÖREV ve SORUMLULUKLARI

1- Merkezde görevli ekip üyeleri, mesleğinin gerektirdiği disiplin ve sorumluluklar doğrultusunda hizmet sunumunu yürütür. Merkezin sorumlusu ekipte görevli olan hekimdir.

2- Hekim, ekibi ile birlikte yaşlı bireyi yerinde veya evinde ziyaret eder. Yaşlı bireyin tıbbi değerlendirmesini yapar ve tıbbi bakım gereksinimlerini belirler, tıbbi bakım planını oluşturur.

3- Hemşire tarafından ev ziyareti veya yerinde ziyaret sırasında bakım ve takip planı oluşturulur. Bu plan ekip sorumlu hekimi tarafından onaylanır.

4- Fizyoterapist, fizyoterapi ve rehabilitasyona yönelik ölçme ve değerlendirme yapar, tedavi programını uzman hekim ile birlikte hazırlar. Tedavi programı doğrultusunda mesleki uygulamalarını gerçekleştirir.

5- Sosyal çalışmacı, tıbbi bakım planı ile hemşire bakım ve takip planı doğrultusunda, yaşlı bireyin evde bakım ve sosyal destek veya kurumsal bakıma ihtiyacının belirlenmesine yönelik hizmeti gerçekleştirir ve yaşlı bireyin diğer bakım ve sosyal destek gibi ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik olarak ilgili kurum ve kuruluşla koordinasyonu sağlar.

6- Diyetisyen, hekim ile birlikte yaşlı bireyin beslenmesine yönelik değerlendirmeleri yapar. Mesleki değerlendirme ölçekleri ve/veya testler ile gerekli durum tespitlerini yapar. Ekip ile birlikte tıbbi bakım planı ile hemşire bakım ve takip planına da uygun olarak ev ziyareti yapar.

7- Psikolog, hastanın tıbbi bakım planı ile hemşire bakım ve takip planı doğrultusunda ev ziyareti yapar. Yaşlı bireyi ve ailesini bütüncül yaklaşıma uygun olarak değerlendirir. Ailesi ile birlikte yaşadığı bireylere ilişkin yaşlı bireyin durumunu etkileyen bir tespit yapması halinde sorumlu hekime ileterek çözüme yönelik koordinasyonda yer alır.

8- Yaşlı bakım veya sağlık bakım teknisyeni/teknikeri;

a) Ekibin ev ziyareti sırasında yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerine (Yemek yeme, diş fırçalama gibi) destek olunmasını sağlamakla görevlidir.

b) Yalnız yaşayan ve/veya yanında herhangi bir yakını bulunmayan yaşlı bireyin günlük yaşama yardımcı faaliyetler kapsamında destek sağlanması açısından yaşlı bireyin evden hastaneye, hastaneden eve nakil edilmesi görevinde hastaya refakat eder.

c) Sağlık tesisine gelen ve hasta kabul ve/veya müracaat birimlerinden bildirilen yaşlı bireyleri karşılamakla görevlidir.

d) Sağlık tesisi içinde Merkezin koordinasyonu ile gerçekleştirilen diğer tüm iş ve işlemlerin (MR, BT, Kemik Dansitometrisi gibi) yapılması sırasında hastanın ilgili birimlere naklini gerçekleştirir ve gerekli koordinasyonları yapar.

9- Tıbbi sekreter, yaşlı bireylere sunulan Merkezin haberleşme ve yazışmalarının yapılmasında görevlidir. Yaşlı bireyin kabul işlemini yapar ve randevularını oluşturur. Yaşlı bireyin takip dosyasını oluşturur ve arşivleme işlemlerini yapar. Aynı zamanda yaşlı bireyin sağlık tesisinde karşılanması ve sağlık tesisi içinde refakat edilmesi işlerini de yürütür.

10- Manevi destek personeli, yaşlı bireye ve beraber yaşadığı aile bireylerine, dinsel ve manevi temaların yer aldığı bilgilerle moral verir ve motivasyon açısından desteklemekle görevlidir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

C) HİZMET SUNUM ESASLARI VE İŞLEYİŞ

1- İl Sağlık Müdürlüğü 80 yaş ve üzeri yaşlı bireyleri tespit eder ve bu işlemi aylık olarak günceller. Tespit edilen yaşlı bireyler hizmet bölgelerine göre Merkezlere aylık olarak bildirilir. Sağlık tesisinde Merkeze yapılan doğrudan başvurular da ilgili birim tarafından kabul edilir. Ancak, sağlık tesisinin bulunduğu bölge haricinde yerleşimi bulunan yaşlı bireylerin başvuruları İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilir. İl Sağlık Müdürlüğü yaşlı bireye en yakın konumda bulunan YAŞAM ekibini görevlendirir. İl Sağlık Müdürlüğü ilinde sağlıklı yaş alma merkezlerinin işleyişi ve hizmet sunumunu sevk ve idare etmek ve merkezler arasında koordinasyonu sağlamakla görevlidir. Bu amaçla müdürlük içerisinde gerekli birimleri oluşturur ve personeli görevlendirir.

2- Merkez kendi sorumluluğunda olan yaşlı bireylerle iletişime geçer. Süreç ve hizmetler hakkında bilgilendirme yapar. Yaşlı bireye yerinde veya ev ziyareti yapılmak üzere ilk randevusu oluşturulur.

3- Yaşlı bireyin yerinde veya ev ziyaretini kabul etmemesi durumunda, uzaktan sağlık hizmet sunumuna yönelik bilgilendirme yapılır. Yaşlı bireyin uzaktan sağlık hizmetini kabul etmesi halinde sağlık personeli ile görüşmesi uzaktan sağlık hizmeti yoluyla yapılabilir.

4- Yaşlı bireyin sunulan bütün hizmet seçeneklerini kabul etmemesi halinde ise, YAŞAM ekibiyle iletişim kurması için iletişim numarası verilerek görüşme sonlandırılır.

5- Yerinde ilk ev ziyaretinde yaşlı bireyin değerlendirmesi yapılır. İlk ziyarette ekipte hekim bulunmak zorundadır. Yaşlı bireyin bağımlılık durumu hekim ve/veya hemşire tarafından tespit edilir. Bağımlılık düzeyi için Ek-5'de yer alan değerlendirme ölçek ve testleri kullanılarak bağımlılık puanlaması yapılır ve bireyin tıbbi bakım ihtiyaçları belirlenir.

6- İlk ziyarette yaşlı bireyin mevcut sağlık durumunun tespiti amacıyla, yaşlı bireyin kabul etmesi halinde, son bir ay içinde yapılmış tahlil sonuçlarının bulunmaması halinde tahlil için kan (Hemogram ve rutin biyokimya) ve idrar örneği alınabilir. Bir sonraki ziyaret için randevu oluşturulur ve yaşlı birey randevusu konusunda bilgilendirilir.

7- İlk ziyaret sonrasında aylık asgari bir kez olmak üzere uzaktan görüntülü görüşme planlanır. Uzaktan görüntülü görüşme ile temas kurulamaması halinde ise yaşlı bireyin iletişim numarasının aranması gerekir.

8- Uzaktan görüntülü görüşme ile sağlık hizmet sunumu yapılır ve e-reçete düzenlenebilir.

9- Yaşlı bireyin ilaç, cihaz gibi gereksinimlerine dair tek hekim veya sağlık kurulu raporu düzenlenebilmesi için gerekli koordinasyon sağlanır.

10- Yerinde veya evde yapılması uygun olan hizmetler için yapılan ziyaretler ve uzaktan görüşmeler sonucunda yaşlı bireyin bağımlılık durumundaki değişime bağlı olarak tıbbi bakım planı, hemşire bakım ve takip planı ile randevu tarihleri güncellenir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

11- İlk ziyaret dışında kalan ev ziyaretlerini Merkezde görevli hemşire, diyetisyen ve psikologdan oluşan ekip birlikte yapar. Gerektiği durumlarda bu ekibe hekim ve diğer meslek mensupları da katılım sağlar.

12- Yaşlı bireyin değerlendirilmesi sırasında ekip üyelerinden herhangi birinin, yaşlı bireyin kurumsal sağlık ve/veya bakım ile sosyal destek ihtiyacı olduğunu tespit etmesi halinde YAŞAM hekimine bildirir. Hekim, yaşlı bireyin mevcut durumuna göre en uygun sağlık tesisine nakil edilmesini ve/veya bakım ve sosyal destek almasını koordine eder.

13- Sosyal çalışmacı kurumsal bakım ve sosyal destek ihtiyacı için koordinasyon yapar ve yalnız yaşayan veya yakını olmayan yaşlı bireyin kurumsal bakıma nakli sırasında yaşlı bireye refakate katılır. Kurumsal bakıma transfer edilen yaşlı bireylerin periyodik ziyaretleri YAŞAM ekibi tarafından yapılır.

14- Yaşlı bireyin bakımını üstlenen ve/veya birlikte yaşadığı aile bireyine tıbbi bakım planı ile hemşire bakım ve takip planına ilişkin bilgi verilir. Görüş, öneri ve talepleri alınarak yaşlı bireyin bakımı için iş birliği yapılır.

15- Merkezde görevli tıbbi sekreter yaşlı bireyin, kamu sağlık tesisinde herhangi bir randevuya ihtiyacı olması halinde randevusunu alır. Yaşlı birey ile iletişim kurularak randevu tarih ve saati bildirilir.

16- YAŞAM ekibi tarafından randevu saatinde sağlık tesisinde bulunacak şekilde yaşlı bireyin nakli koordine edilir. Sağlık tesisindeki işlemler süresince yaşlı bireye refakat edilir. İşlem bitiminde yaşlı bireyin evine nakli koordine edilir. 112 acil sağlık ambulanslarından nakil için destek alınır.

17- YAŞAM ekibi tarafından takibi yapılan hastanın günün herhangi bir zaman diliminde acil sağlık hizmetinden yararlanması halinde, bu durum YAŞAM sorumlu hekimine Bakanlıkça uygun görülen sistem üzerinden mesaj olarak bildirilir. İlgili bireyin randevu planlaması ihtiyaca göre tekrar yapılır.

18- YAŞAM tarafından takip süreci içinde yaşlı bireyin bazı girişimsel tıbbi işlemlere (Pansuman, enjeksiyon, sonda değişimi gibi) ihtiyacı olması halinde YAŞAM ekibi tarafından ek ziyaretlerle bu hizmetler gerçekleştirilir. Ancak, YAŞAM hekimi tarafından gerekçesi bildirilmesi halinde bu hizmeti evde sağlık hizmet birimlerinden talep edebilir. YAŞAM hekimi tarafından evde sağlık hizmeti koordinasyon merkezine bilgi verilir. Evde sağlık hizmeti koordinasyon merkezi yaşlı bireye evde sağlık hizmet ekibi yönlendirir. Yaşlı bireye yerinde veya evde sunulan hizmetlerin kesintisiz ve sürdürülebilir niteliğinin devamı amacıyla YAŞAM ile Evde Sağlık İl Koordinasyon Merkezinin iş birliği içinde çalışmalı ve iş bölümü yapmalıdır. Bu hizmetlerin eşgüdümlü sunumunun planlanması, koordine edilmesinden İl Sağlık Müdürlüğü sorumludur.

19- Yaşlı bireyin değerlendirilmesi ile branş hizmeti ve konsültasyona ihtiyaç olması halinde, yerinde veya evde veya uzaktan görüntülü görüşme yoluyla uzman hekim tarafından hizmet sunulur.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

Bakanlığımızca söz konusu hizmetlerin 65 yaş ve üzeri bireyleri de kapsayacak şekilde genişletilmesi planlandığından, gerekli hizmet kapasitesinin en kısa sürede oluşturulması yönünde çalışmaların yapılması önem arz etmektedir.

Bilgilerini ve yukarıda belirtilen çerçevede birimlerin ivedilikle oluşturulması ve hizmetin sunulması hususunda gereğinin yapılmasını önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Ek:
1-Formlar (9 Sayfa)
2- Ölçekler (16 Sayfa)
Dağıtım:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

7.3.3. Uzmanlık Öğrencilerinin Uzmanlık Tezi ve Bilimsel Çalışmaları Genelgesi (2023/2)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 95796091-
Konu : Uzmanlık Öğrencilerinin Uzmanlık Tezi ve Bilimsel Çalışmaları

GENELGE
2023/2

Bakanlığımıza bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde (Birlikte kullanım kapsamındaki hastaneler dahil) eğitim gören uzmanlık öğrencilerinin; eğitime alınması, çalışma usul ve esasları ile uzmanlık belgelerinin düzenlenmesi 03.09.2022 tarihli ve 31942 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği" kapsamında yürütülmektedir.

Hastanelerimizde, eğitim ve araştırma faaliyetlerini planlamak, yürütmek ve gözetmek üzere Bakanlık hastanelerinde eğitim planlama kurulu (EPK) teşkil edilmiştir. Eğitim sorumlusunun, Eğitim Planlama Kurulları ile koordinasyon içerisinde çalışması ve tez konusunun iş birliği içerisinde ve birlikte belirlenmesi eğitimin etkin yürütülebilmesi açısından önem arz etmektedir. Uzmanlık tezi, "*Uzmanlık eğitimi kapsamında uzmanlık öğrencisinin ana dalda uzmanlık eğitimini bitirme sınavına girebilmesi için tez hazırlaması zorunludur. Uzmanlık eğitiminde, eğitim sorumlusu tarafından uzmanlık öğrencisine eğitim alınan dalın müfredatı çerçevesinde özgün bir tez konusu ile kurum bünyesinde görev yapan ve ilgili uzmanlık dalında eğitici niteliğini haiz olan tez danışmanı belirlenir.*" Hükmü ile belirlenmiştir. Uzmanlık tezi ve uzmanlık eğitimi süresince yapılacak olan bilimsel çalışmalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir.

1-Uzmanlık öğrencilerine verilecek olan tezlerin; özgün, bilime katkı sunan, yenilik getiren ve güncel tıp literatüründe kabul gören araştırma konularından seçilmesi gerekmektedir.

2- Tez hazırlama işi uzmanlık eğitiminin bir parçası olduğu cihetle, tezin hazırlanmasına yönelik çalışmaların yapılmasında ve gerekli materyallerin sağlanmasında hastane idaresi tarafından uzmanlık öğrencisine gerekli kolaylık sağlanmalı ve destek olunmalıdır. Tez konusu çalışmanın gerektirdiği ve EPK tarafından uygun görülen materyaller hastane bütçesinden karşılanabilir.

3- "Tıpta ve Diş Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne" göre yapılan uzmanlık tezi ve bu tezden üretilen yayınlar ile uzmanlık öğrenciliği süresince yapılan bilimsel çalışmalarda (bilimsel dergilerde yayın, sözlü ve poster bildirileri gibi bütün platformlardaki) "Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ile Hastanelerin Bazı Bölümlerine Ad verilmesi ve Tabela Esasları Hakkında Yönerge" ye uygun şekilde hastane adının yazılması gerekmektedir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Dağıtım:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

7.3.4. MHRS Genelgesi (2021/12)

İSTATİSTİK ANALİZ VE RAPORLAMA VE STRATEJİK YÖNETİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI
09/12/2021 14:42 - E-32693113 - 010.06.01 - 802
00154157867

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-32693113-719
Konu : MHRS

GENELGE
2021/12

Bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerinde, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) kapsamında verilecek muayene randevusu hizmetlerine ilişkin usûl ve esaslar Yönerge (Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge) ile oluşturulmuştur.

İl sağlık müdürü, MHRS hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi, raporlanması ve geliştirilmesinden sorumludur. MHRS'ye ilişkin süreçler, il sağlık müdürünün sorumluluğunda kamu hastaneleri başkanı ile birlikte yürütülmektedir.

Sağlık tesislerinde MHRS uygulamalarının planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi, raporlanması ve geliştirilmesinden, hekim çalışma cetvellerinin sisteme girilmesinin sağlanması, takip edilmesi, çalışma cetvellerinin izin ve görevlendirmeler dikkate alınarak düzenlenmesinden, randevulu hastaların randevu saatinde muayene olabilmeleri için gerekli tüm tedbirlerin alınması, hastaların sağlık tesisinden ayrılmadan önce uygun görülen ilk muayene ve kontrol randevularının verilmesine ilişkin süreçlerin planlanmasından başhekimler sorumludur.

Hekim çalışma cetvellerinin planlanması, uygulanması ve polikliniklerde randevulu muayene süreçlerinin takibi, hizmete erişim ve hasta memnuniyeti açısından önceliğimizi oluşturmaktadır. Bu minvalde;

1) Sağlık tesislerinde aktif görev yapmakta olan hekimlerin aylık çalışma programları nitelikli bir şekilde planlanmalıdır.

2) Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak şekilde az zamanda çok hasta bakılarak değil yaygın poliklinik hizmeti planlanarak randevulu muayene kapasite artırımı sağlanmalıdır.

3) Muayene süresi hekime ve ilgili branşın özelliğine göre değişebildiğinden randevu aralıkları en etkili şekilde hekimlerimiz tarafından oluşturulmalı ve başhekimliklerimizce onaylanmalıdır. Kamuoyunda gündem olduğu gibi 5 dakikada bir muayene yapıldığı şeklindeki söylentilere sebep olacak uygulamalardan sakınılmalıdır.

4) MHRS'ye esas poliklinikler için tüm hekimlerin 30 günlük tanımlı çalışma cetveli olmalı, periyodik olarak güncellenmeli ve sistemdeki görünürlüğünün 15 günün altına düşmemesi sağlanmalıdır.

5) İhtiyaç duyulması halinde mesai dışı poliklinik hizmeti sunulmalıdır.

6) Bakanlığımız SİNA ekranlarından MHRS verileri İl Sağlık Müdürlükleri ve Başhekimliklerce takip edilerek gerekli tedbirler alınmalıdır.

MHRS ile ilgili süreçlerin yukarıdaki açıklamalar dikkate alınarak hassasiyetle yürütülmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Dağıtım:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

7.3.5. Engelli Sağlık Kurulu Raporları Genelgesi (2019/2)

T.C. Sağlık Bakanlığı
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HASTA, ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
18/01/2019 11:16 - 87307621 - 402.01.02 - 129
0000540070

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 87307621-402
Konu : Engelli Sağlık Kurulu Raporları

GENELGE
2019/2

İlgi: 04.12.2017 tarihli ve 1613 sayılı Genelge.

Bilindiği üzere, engelli sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık tesislerinde engelli bireylerin poliklinik hizmetlerinde öncelik hakkına riayet edilerek muayene sürecinin çabuklaştırılması, 300 yatak kapasitesi altındaki sağlık tesislerinin mevcut planla devam etmesi, 300 ila 500 yatak kapasiteli sağlık tesislerinde en az haftanın 3 (üç) günü, 500 ve üzeri yatak kapasiteli sağlık tesislerinde ise 1 (bir) yıl süre ile haftanın her günü Engelli Sağlık Kurullarının toplanması talimatı ilgi sayılı Genelge ile verilmiş idi.

Ayrıca Bakanlığımızca, engelli bireylere yönelik yapılan iyileştirmeler çerçevesinde, fiziki şartları uygun olan engelli sağlık kurulu raporu vermeye yetkili hastanelerde sağlık kurulu ön muayene işlemlerinin tek bir alanda yapılmasına, sağlık tesislerimizin yoğun bakım ve yataklı servislerinde tedavi görmekte olan ve "Ağır Engelli" olarak kabul edilen vatandaşlarımıza hastaneden çıkışı yapılmadan Engelli Sağlık Kurulu Raporu düzenlenebilmesinin sağlanmasına, Bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerinde tüm çalışanlara "Engelli Bireylere Yönelik Farkındalık Eğitimi" düzenlenmesine, Ulusal Engelliler Veri Bankası Sisteminde kayıtlı engelli vatandaşlarımızın Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) aracılığıyla hastanelerden öncelikli olarak randevu alabilmelerine yönelik kolaylıklar getirilmiştir.

Bu minvalde, hâlihazırda düzenlenen engelli sağlık kurulu raporlarının sonuçlandırılması sürecinin çabuklaştırılması, engelli vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştırılması, sosyal hak ve yardımlardan faydalanmalarına vesile olan sağlık kurulu raporlarının düzenlenme sürecinde yapılan iyileştirmelerin devamı amacıyla;

- Mezkûr mevzuat hükümleri kapsamında, engelli sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık tesislerinde engelli bireylerin poliklinik hizmetlerinde öncelik hakkına riayet edilerek muayene sürecinin çabuklaştırılması,
- AI ve AII rolündeki sağlık tesislerinde haftanın her günü,
- B rolündeki sağlık tesislerinde haftanın en az 3 (üç) günü,
- Diğer rol tescilindeki sağlık tesislerinde ise engelli sağlık kurulu raporu başvuruları ve hasta kapasitesi de göz önünde bulundurularak hastane idaresi değerlendirmesi ile engelli sağlık kurullarının toplanması,

hususlarında hiçbir aksamaya mahal vermeden gerekli tedbirlerin alınmasını ve takibinin titizlikle yapılmasını önemle rica ederim.

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

DAĞITIM:
Gereği:
81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

7.3.6. Tedarik Paylaşım Platformu Genelgesi (2018/18)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - TEDARİK PLANLAMA, STOK VE LOJİSTİK YÖNETİMİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sayı : 80981279
Konu : Tedarik Paylaşım Platformu.

GENELGE
(2018/18)

Bakanlığımız bünyesinde tasarrufu ve kesintisiz sağlık hizmeti sunumu ilkesini ön planda tutarak yapılan çalışmalar kapsamında Tedarik Paylaşım Platformu (TPP) adıyla web tabanlı bir yazılım sistemi geliştirilmiş ve 13.12.2016 tarih ve 35309081 barkod sayılı yazı ile illere duyurulmuştur.

Söz konusu sistem ile gerçekleşmiş avantajlı ihale fiyatlarıyla alınan ürünlerin iş eksilişine konu edilmeden önce paylaşıma sunulması sonucu iç imkanlarla bir başka ilin ihtiyacı karşılanmaktadır. Bu amaçla illerin mevcut ihalelerinden iş eksilişi yapmadan önce medikal depo kapsamında yer alan ilaç ve tıbbi sarf ile ilgili kalemleri bu sistem üzerinden ilan etmesi ve ihtiyacı olan illere devrinin sağlanması 2017 yılı itibariyle zorunlu hale getirilmiştir.

Ayrıca bu sistem sayesinde ihalelerinde uygun fiyatlı ürün temin eden iller iş artış miktarlarını özellikle mücbir sebeplerle alım yapamayan, bölgesel lojistik sorunlar nedeniyle tedarikte sıkıntı yaşayan sağlık tesislerinin ilaç ve tıbbi sarf ihtiyaçlarının karşılanması için paylaşıma sunmaktadır. Bu amaçla ilaç ve tıbbi sarf alımlarını gerçekleştiremeyen ve tedarikte sorun yaşayan illerimizin sebep ve gerekçelerini ilgili Daire Başkanlığına resmi yazı ile bildirmeleri gerekmektedir. Yapılacak değerlendirme sonucunda gerekçesi uygun bulunan illere birim derecelendirme işlemi uygulanarak, malzeme taleplerinde devir edecek iller tarafından öncelik tanınacaktır. Devir işlemlerinde birim fiyat ve kargo maliyetleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Bilindiği üzere, 694 sayılı KHK ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'de değişikliğe gidilerek Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmıştır. Bu kapsamda belirlenecek İl Sağlık Müdürlüklerinde kurulan Tedarik Paylaşım Birimleri tarafından temin edilen ürünlerin sistem üzerinden paylaşılması planlanmaktadır.

Bu doğrultuda daha önce yayımlanan resmi yazılar ile başlatılan uygulamaların Bakanlık teşkilatının yeni yetki ve görev dağılımları ile işleyiş açısından değerlendirilmesi ve işbu genelge ile yeniden düzenlenmesi ihtiyaca hasıl olmuştur.

A) PLATFORM KULLANICI TANIMLARI

1. Sağlık Profesyoneli (Hekimler ve Tüm Sağlık Çalışanları)

a) ÇKYS Sistemi veri tabanında yer alan sağlık profesyonelleri tarafından sisteme T.C. kimlik numaraları ile giriş yapılır.
b) Kullanıcılar platform üzerinden paylaşılan ürünleri incelemelidir.
c) Sistemden talep gönderme işlemi yapması halinde; 'İlgili Taşınır Kayıt Yetkilisi ile irtibat kurunuz' uyarısı alınır.
d) Sadece Katalog Görüntüleme ekranını görülür.

2. Medikal Depo Stok Yönetimi Uzmanı/Sorumlusu

a) 81 İl Sağlık Müdürlüğünde görevli medikal depo stok yönetimi uzmanı/sorumlusu tarafından sisteme T.C. kimlik numarası ve MKYS şifresi ile giriş yapılır.
b) Paylaşımda bulunan illerin katalogları görülür.
c) Sistemden ilgili illere talep gönderme yetkisine sahiptir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sayı : 80981279
Konu : Tedarik Paylaşım Platformu.

d) İle ait ihale eksilişi miktarları paylaşılarak, gelen talepler onaylanır.
e) Özellikle mücbir sebep ile tedarikte sorun yaşayan illere öncelik tanınır.
f) Kullanıcılar dönemsel olarak kendi iline ait giriş ve çıkış işlemlerini takip etmelidir.
g) Katalog görüntüleme, iş eksilişi kalemi paylaşma ve talep gönderme işlemlerini yapılır.

3. Tedarik Paylaşım Birim Uzmanı

a) Paylaşımda bulunan İl Sağlık Müdürlükleri Tedarik Paylaşım Birim uzmanları tarafından sisteme T.C. kimlik numarası ve MKYS şifreleri ile giriş yapılır.
b) İhale bilgileri, sözleşme bilgileri girilir.
c) 81 il ile paylaşılacak katalog ürün miktarlarına karar verilir.
d) Gelen talepler değerlendirilir.
e) Özellikle mücbir sebep ile tedarikte sorun yaşayan illere öncelik tanınır.
f) Paylaşımda bulunan diğer il katalogları görülür ve talep gönderilir.
g) Tüm ekranları görme ve işlem yapma yetkisine sahiptir.

B) PLATFORM İŞLEMLERİ

1. Tedarik Birimleri Paylaşım İşlemleri

a) İhale ve sözleşme bilgileri alanları eksiksiz olarak doldurulmalıdır.
b) İlaç veya tıbbi sarf ekleme ekranı üzerinden paylaşılacak ürünler eklenir.
c) Her kalem için resim yükleme işlemleri yapılır. Resimleri yüklenmeyen ilaç ve tıbbi sarf malzemeler katalog ekranına yansımayacaktır.

2. İş Eksilişi Paylaşım İşlemleri

a) 81 İl Sağlık Müdürlüğünde görevli medikal depo stok yönetimi uzmanı/sorumlusu tarafından mevcut ihalelere ait iş eksilişi kalemleri belirlenir.

b) Belirlenen kalemler ihale sözleşme bitiş tarihinden en az 45 (kırk beş) gün önce TPP sisteminde bulunan ihale işlemleri bölümüne yüklenmelidir. Her kalem için resim yükleme işlemleri yapılmalıdır. Resimleri yüklenmeyen ilaç ve tıbbi sarf malzemeler katalog ekranına yansımayacaktır.

c) Yüklemeyi takiben 30 (otuz) gün içinde talep gelmeyen kalemler için sistemden iş eksilişi yapılabileceğine dair bir belge alınmalıdır. Belge yazdırılmadığı sürece ilgili kalem ilanda kalacak ve sistem kullanıcıları tarafından görülmeye devam edecektir. Belge yazdırılmadan iş eksilişi yapılmamalıdır.

d) Söz konusu belge, evrak olarak dosyalanmalı ve Sağlık Tesisleri Yerinde Değerlendirme medikal depo kapsamında görev yapan gözlemcilere ibraz edilmelidir.

3. Talep Değerlendirme İşlemleri

a) İl öncelik sırası, bildirilen mücbir sebep ve gerekçelere istinaden ilgili Daire Başkanlığı tarafından belirlenir.
b) Paylaşımda bulunan uzman/sorumlu kendisine gelen talepleri birim derecelendirme öncelik sırasına göre değerlendirmelidir.
c) Talep değerlendirme işlemlerinde karşılıklı mutabakata varılması gerekmektedir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sayı : 80981279
Konu : Tedarik Paylaşım Platformu.

4. Devir İşlemleri

a) Tedarik paylaşım ve iş eksiliş işlemlerinde 'Tedarik Paylaşım Devir Çıkış/ Devir Giriş' MKYS hareket türü ile işlem tesis edilmelidir.
b) Tüm paylaşımlarda kurumlar arası devir işlemleri bedelsiz olarak yapılmalıdır.
c) Kargo işlem ücretleri devir alan illere aittir.
d) Devir eden kurum en az 6 ay miatlı ürün göndermek zorundadır.
e) Gönderilen ürünlerin miadı uzun olacağından ve talepler azami stok uygulamasına uygun olarak yapılacağından, TPP üzerinden temin edilen ürünlerde miat uzatımı vb. işlemler yapılmayacaktır.
f) Piyasa gözetim denetim ve vijilans süreçleri devir alan illere aittir.

5. Ödenek Aktarım İşlemleri

Aşağıda sıralanan işlemler Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ilgili birimleri tarafından yürütülür:
a) TPP kapsamında bedelsiz olarak gerçekleşen devir işlemlerinde devir eden illere ait toplam KDV dahil devir tutarları, ay sonunda hesaplanarak takip eden ay içerisinde ilgili Daire Başkanlığı tarafından aktarım yapacak olan diğer Daire Başkanlıklarına bildirilir.
b) Ay sonunda idarenin devir ettiği kadar bedel, devir alan idarenin ödeneğinden mahsup edilerek devir eden idareye aktarılır.

Bakanlık, İl Sağlık Müdürlükleri ve bağlı sağlık tesislerinde Tedarik Paylaşım Platformu işlemlerinin yukarıda belirtilen düzenlemeler çerçevesinde yürütülmesi hususunda;
Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müşteşar

Dağıtım:
Gereği:
81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
B Planı

7.3.7.Bakım, Onarım ve Tadilat İşleri Genelgesi (2026/2)

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
3.03.2026 11:08:52 E-11045126-010.06-306975429
306975429

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : Z-11045126-010.06-
Konu : Bakım, Onarım ve Tadilat İşleri Genelgesi

GENELGE
2026/2

Bakanlığımıza bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerince yapılacak bakım, onarım ve tadilat işlerine yönelik aşağıdaki hususlara uyulacaktır.

1. Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması ilkesi doğrultusunda sağlık tesislerince sağlık hizmet sunumu verilen alanlarda iyileştirme ve standartlara uyum çerçevesinde yapılacak her türlü yapım, inşaat, bakım, onarım ve tadilat işlerinde iş ve işlemlere başlanmadan önce Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünden ön izin alınması gerekmektedir. Ancak sağlık tesislerinde iyileştirme veya ihtiyaç hissedilen birimlerde yapılması gereken bakım, onarım ve tadilat işlerinin yürütülmesinde, sağlık hizmet sunumunda aksamaların yaşanmaması ve bürokrasinin azaltılması açısından yatak, ünit, seviye ve salon artışı yapılmaksızın;

Yatak sayısı 50 yatağa kadar olan sağlık tesislerinde 2.000.000 ₺'ye kadar,
50 yataktan 150 yatağa kadar olan sağlık tesislerinde 4.000.000 ₺'ye kadar,
150 yataktan 500 yatağa kadar olan sağlık tesislerinde 6.000.000 ₺'ye kadar,
500 yatak ve üstü sağlık tesislerinde 10.000.000 ₺'ye kadar,
Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde 2.000.000 ₺'ye kadar,

Ağız ve diş sağlığı hastanelerinde ise 4.000.000 ₺'ye kadar bakım, onarım ve tadilat işlerinin yapılması Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünün ön iznine tabi olmadan ilgili mühendis ve yetkin teknik personel gözetiminde il sağlık müdürlüğü kararı ve onayı ile yapılır. Ön izne tabi olmayan bakım, onarım ve tadilat işleri için sürece başlamadan Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünden ödenek taahhüt talebinde bulunulur.

2. Sağlık tesislerinin bakım, onarım ve tadilat taleplerinde yatak, ünit, seviye ve salon artışı öngörülüyor veya acil servis, yoğun bakım, ameliyathane, laboratuvar, palyatif bakım, toplum ruh sağlığı merkezi, AMATEM, ÇEMATEM, FTR merkezi, diyaliz ünitesi, anne oteli, üremeye yardımcı tedavi merkezi ve benzeri yeni bir teşekkül planlanıyor ise gereklilik yönünden Bakanlığımız ilgili birimlerinden hizmet sunumu ve gereklilik açısından izin alınarak onay yazısı, ödenek talep yazısına eklenir ve değerlendirilmek üzere Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne gönderilir.

3. Sağlık tesislerinin bakım, onarım ve tadilat işlerine yönelik 1 inci maddede belirtilen yetkileri aşan ön izin taleplerinde, il sağlık müdürlüğünce hazırlanmış idari ve teknik gerekçeli rapor ile teknik personel tarafından onaylanmış tahmini maliyet çalışması, talebin ekinde yer alır.

4. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünün ön izni sonrasında ödenek talep edilecek ise il sağlık müdürlüğü teknik birimince, teknik personelin yetersiz kalması halinde ise çevre, şehircilik ve iklim değişikliği il müdürlüğünden veya il özel idaresinden destek alınmak suretiyle ve talep eden birim yetkilisi, birim sorumlusu veya talep eden birimin uzman personelinin görüşü de alınarak proje ve maliyet çalışmaları hazırlanır. Hazırlanan tahmini maliyet çalışması mühendis/mimar kadro ya da pozisyonundaki teknik personelce imzalanır ve il sağlık müdürü tarafından onaylanır. Tahmini bedeli 50.000.000 ₺'ye kadar olan işlerde hazırlanan maliyet çalışmaları 22/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun 5 inci maddesinin "Temel İlkeler" bölümünde yer alan "gizlilik koşulları" ihlal edilmeden üst yazı ekine konularak Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünden ödenek talep edilir.

5. Sağlık tesisinde yakın aralıklarla yapılması planlanan bakım, onarım ve tadilat işleri, sağlık hizmet sunumunu aksatmayacak şekilde tek bir proje olarak hazırlanır.

6. Sağlık tesislerinin bakım, onarım ve tadilat işlerinde; kaynakların etkin ve verimli kullanılması ilkesi doğrultusunda binaların fiziki dayanımı, Bakanlığımız planlamaları, sağlık tesisleri yapı standardı, acil servis standardı, yoğun bakım standardı ve diğer standartlar dikkate alınarak proje, şartname, metraj, pursantaj hususları il sağlık müdürlüğü teknik birimleri tarafından titizlikle yürütülür. Teknik yönden yetersiz kalınması durumunda gerekli iş ve işlemler çevre, şehircilik ve iklim değişikliği il müdürlüğü veya il özel idaresinden destek alınarak yürütülebilir.

7. Bakım, onarım ve tadilat işlerinin yatırım maliyetinin 50.000.000 ₺ ve üzerinde olması durumunda, proje çizim aşamasında Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü ile koordineli çalışılarak, Sağlık Yatırımları

Genel Müdürlüğünün talebi uygun görmesini müteakip planlanan iş ve işlemler için il sağlık müdürlüğünce onaylı yaklaşık maliyet tutarı ile birlikte Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünden ödenek talep edilir.

8. Yeni hizmet binalarında tadilat ve onarımlarla ilgili planlamaların, sağlık tesisinin kesin kabul işlemlerinden sonra yapılması gerekmektedir. Ancak hizmet sunumu açısından aciliyet teşkil eden bakım, onarım ve tadilat ihtiyaçları olması durumunda il sağlık müdürlüğünce Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünden gerekli onayların alınmasını müteakip teknik açıdan da uygun olması halinde, ihale makamınca yüklenici firma ve proje müellifine bildirimlerde bulunulur. Bu işler için il sağlık müdürlüklerince genelge hükümleri doğrultusunda ödenek talebinde bulunulabilir.

9. Bakanlığımızca planlanan ve yatırım programına alınan yeni hizmet binaları, proje aşamasından geçici kabul sürecine kadar il sağlık müdürlüğünce takip edilir. Varsa ihtiyaçlara yönelik öneri ve talepler Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünce onaylandıktan sonra Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne iletilir.

10. Sağlık tesislerinin yeni hizmet binası ve ek hizmet binası yapım talepleri, kullanım alanı ve inşâ yöntemi ayrımı olmaksızın Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünün uygun görüşü sonrası yatırım programında yayımlanmak üzere Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne gönderilir.

11. Parasal limitler; deflatör gibi göstergelere dayanılarak Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünce düzenlenir.

12. Sağlık tesislerinin deprem, tahkik ve güçlendirme işlemleri maliyet tutarı gözetilmeden Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü tarafından belirlenecek usul ve esaslar doğrultusunda, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü koordinasyonu ve izniyle yürütülür.

13. Sağlık tesislerinin hizmet binalarında yapılacak yapım, bakım, onarım ve tadilat işleri ilgili mevzuat hükümleri dikkate alınarak gerçekleştirilir.

14. Bu Genelge, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini kapsar.

15. 2025/10 sayılı Bakım, Onarım ve Tadilat İşleri Genelgesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Uygulamada tereddüde mahal verilmeyerek gerekli tedbirlerin alınması ve ilgililere duyurulması hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Dağıtım:
A Planı
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

7.3.8. 4734 Sayılı Kanunun 22'nci Maddesinin (f) Bendi (2014/06)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı

Sayı : 36385208/010.06/
Konu : 4734 sayılı Kanun'un 22 nci Maddesinin (f) Bendi.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU - TKHK HUKUK MÜŞAVİRLİĞİ
21.05.2014 13:25 - 2014.5641.2647 / 010.06.01

..... KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİNE

GENELGE
2014/06

İlgi: 28/05/2013 tarihli ve 2013/05 sıra nolu Genelge.

4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun "Tanımlar" başlıklı 4'üncü maddesinde Doğrudan Temin; *"Bu Kanunda belirtilen hallerde ihtiyaçların, idare tarafından davet edilen isteklilerle teknik şartların ve fiyatın görüşülerek doğrudan temin edilebildiği usulü"* şeklinde tanımlanmıştır. Anılan Kanunun 22'nci maddesinin birinci fıkrasının (f) bendinde de; *"Özelliğinden ve belli süre içinde kullanılma zorunluluğundan dolayı stoklanması ekonomik olmayan veya acil durumlarda kullanılacak olan ilaç, aşı, serum, anti-serum, kan ve kan ürünleri ile ortez, protez gibi uygulama esnasında hastaya göre belirlenebilen ve hastaya özgü tıbbî sarf malzemeleri, test ve tetkik sarf malzemeleri alımları"* şeklinde hüküm yer almıştır.

Bilindiği üzere anılan hüküm doğrultusunda yapılan alımlarda her vaka için ayrı bir satınalma işlemi yerine belirli süreli sözleşmeler imzalanması hususunda; Kamu İhale Kurulu'nun 07/01/2013 tarihli ve 2013/DK.D-1 sayılı kararı doğrultusunda hazırlanan **"4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun 22 nci Maddesinin (f) Bendi Kapsamında Yapılacak Alımlara Ait Birim Fiyat Tip Sözleşme"** Bakanlık Makamının 20/05/2013 tarihli ve 2105 sayılı Olurları ve ilgide kayıtlı genelge ile uygulamaya konulmuştu.

Geçen zaman sürecinde uygulamada yaşanan tereddütler ve bu tereddütlerin giderilmesi bağlamında Maliye Bakanlığı ve Kamu İhale Kurumu'ndan alınan görüşler doğrultusunda anılan tip sözleşmede değişiklik yapılmıştır. **Tip sözleşmede yapılan temel değişiklik; bundan sonra imzalanacak sözleşmelerde birim fiyatlarla birlikte alınacak malzemelerin tahmini miktarlarının da yer alması ve toplam sözleşme bedelinin buna göre belirlenmesidir.**

Yapılan bu değişiklik bağlamında bundan sonra Kamu Hastaneleri Birliklerimiz ve bağlı sağlık tesislerimiz ekte gönderilen tip sözleşme ve aşağıda belirtilen hususlar çerçevesinde hareket edeceklerdir.

1. İhtiyaçların öncelikle 4734 sayılı Kanununda belirtilen temel ihale usulleriyle karşılanmasının esas olduğu unutulmamalıdır.

2. Söz konusu tip sözleşme **sadece *"ortez, protez gibi uygulama esnasında hastaya göre belirlenebilen ve hastaya özgü tıbbî sarf malzemeleri, test ve tetkik sarf malzemeleri alımları"*nda kullanılacaktır.** Anılan bent kapsamında yapılan *"Özelliğinden ve belli süre içinde kullanılma zorunluluğundan dolayı stoklanması ekonomik olmayan veya acil durumlarda kullanılacak olan ilaç, aşı, serum, anti-serum, kan ve kan ürünleri"* alımlarında söz konusu tip sözleşme kullanılmayacak olup ilgili mevzuat dahilinde bu alımlar gerçekleştirilecektir.

3. Tip sözleşmeye esas alımlar, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerince yapılabileceği gibi Kurum izni aranmaksızın yapılacak yetki devri ile birliğe bağlı sağlık tesislerince de yapılabilecektir.

4. Sözleşme metninde; sözleşme imzalanmış olmasının idareye alım yapma yükümlülüğü getirmeyeceği ile sözleşme ve eklerinde belirtilen tahmini miktarların, sözleşme süresi sonunda daha az miktarda alınması ve sözleşme bedelinin daha düşük bedelle tamamlanması durumunda yüklenicinin yapmış olduğu gerçek giderlere ilişkin ve yüklenici kârına karşılık olarak yükleniciye bir bedel ödenmeyeceği hususu mutlaka belirtilecektir.

5. Tedarikçiler tarafından gerçekçi tekliflerin verilebilmesi için piyasa fiyat araştırması yapılırken tedarikçilere sözleşme tasarısı ile birlikte sözleşme süresince alınacak malların tahmini miktarlarının belirtilmesi ve varsa teknik şartnamelerin gönderilmesi gerekmektedir.

6. Sözleşmeler, teknik şartnamede adı ve teknik özellikleri belirtilen her bir iş kaleminin tahmini alım miktarı ile bu iş kalemleri için yüklenici tarafından teklif edilen birim fiyatların **çarpımı sonucu bulanan bedellerin toplamı** üzerinden imzalanacaktır.

7. Acil vakalarda kullanılan malzemelerin muayene kabul işlemlerinde sıkıntılara düşülmemesi için kullanıma ilişkin gerekli tedbirler alınmalıdır.

8. Anılan bent kapsamında yapılacak alımlarda, Kurumumuzca yayımlanan mal alımlarına ilişkin yaklaşık maliyet tespiti konusunda yürürlükteki genel yazı doğrultusunda hareket edilecektir.

9. Sözleşme imzalandıktan sonra SUT'da fiyatların değişmesi veya fiyatı belirli olmayan ürünlerin SUT kapsamına alınması durumunda imzalanan sözleşmeler gözden geçirilerek gerektiğinde ilgili ürüne ilişkin alımdan vazgeçilecektir.

10. Sözleşmelerin süresi 1 (bir) yılı aşmamak şartıyla çeşitli sürelerde (3 aylık, 6 aylık, 9 aylık, 12 aylık gibi) yapılabilecektir.

11. Sözleşmelerin süresi 1 (bir) yılı geçmemek şartıyla gelecek yıllara yaygın yüklenmeler şeklinde de yapılabilecektir. Örneğin; 2014 Ekim ayından 2015 Ekim ayına kadar.

12. Bundan sonra tahmini alım miktarları belirtilerek sözleşme imzalanacağından ve **tahmini alım miktarları üzerinden hesaplanan toplam sözleşme bedeli üzerinden yüklenciler tarafından sözleşmeden doğan damga vergisi ödeneceğinden, tahmini alım miktarların daha gerçekçi belirlenmesi gerekmektedir**. Bu açıdan sözleşme süresi uzun tutulmakla birlikte alınacak miktarların tespitinde daha kısa süreli ihtiyaç tespiti yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

13. Anılan bent kapsamında yer alan ürünlerin temin edilmesine yönelik olarak birim fiyat tip sözleşmelerin kullanılması noktasında her hangi bir zorunluluk bulunmamaktadır.

14. Ekte gönderilen tip sözleşmede idareler tarafından doldurulması gereken maddeler ve idarelerce öngörülecek diğer hususlar ilgili mevzuat hükümlerine aykırı olmamak şartıyla doldurulacaktır.

15. İlgi genelge doğrultusunda imzalanan sözleşmeler, sözleşme süresi sonuna kadar uygulanabilecektir. Bu sözleşmelerle ilgili damga vergisi hususunda 29.01.2014 tarihli ve 2014.5454.327 sayılı yazımız ekinde gönderilen Maliye Bakanlığı Gelir İdaresi Başkanlığı'nın görüşü doğrultusunda hareket edilecektir.

16. Bu genelgenin yayımı itibari ile ilgide kayıtlı genelge yürürlükten kaldırılmıştır. Yürürlükten kaldırılan ilgi genelge doğrultusunda alım süreci devam eden ancak henüz sözleşme imzalanmamış alımlarda bu genelge hükümleri doğrultusunda hareket edilecektir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Ercan ÖZGÜL
Kurum Başkan V.

7.3.9. Yabancı Uyruklu Asistanlara Yapılacak Ek Ödeme Hakkında Genelge (2014/03)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığı

Sayı : 49022165-010.99 /
Konu : Yabancı Uyruklu Asistanlara
Yapılacak Ödeme Hakkında

GENELGE
2014/03

İlgi : 06/07/2005 tarihli ve B.10.0.APK.0.00.00.00/4218 (3899) sayılı 2005/105 No'lu Genelge,

Bilindiği üzere, 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun"un 3 üncü maddesinde Bakanlığın, eğitim ve araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi yapmakta olan yabancı uyruklu asistanlara döner sermaye gelirlerinden 500 YTL' ye kadar ödeme yapılması hususunda döner sermaye işletmelerine yetki vermeye mezun olduğu hüküm altına alınmış ve ilgide kayıtlı Genelge ile söz konusu Kanun hükmüne istinaden ayrıntılı açıklamalara yer verilmiş idi.

Diğer taraftan, 02/01/2014 tarihli ve 6514 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" 18/01/2014 tarih ve 28886 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

18/01/2014 tarihinden itibaren yürürlüğe giren mezkur Kanunun 25 inci maddesi ile 1219 sayılı Kanunun ek 14 üncü maddesine *"Tıpta ve diş tabipliğinde yabancı uyruklu kontenjanında uzmanlık eğitimi yapmakta olanlara, ilgili kurumun döner sermayesinden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçesinden, vakıf üniversitelerinde ise kendi bütçelerinden (13.000) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarda ödeme yapılır. Bu ödemeden damga vergisi dışında herhangi bir kesinti yapılmaz."* hükmü eklenmiştir.

Ayrıca, anılan Kanunun 37 nci maddesi ile 209 sayılı Kanunun 3 üncü maddesinin üçüncü fıkrasının (ı) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

Bu çerçevede, 18/01/2014 tarihinden itibaren Kurumumuza bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan yabancı uyruklu asistanlara (13.000) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarda ödeme yapılması gerekmekte olup, bu tutardan damga vergisi dışında herhangi bir kesinti yapılmayacaktır.

Şubat 2014 Dönemine ilişkin Örnek Hesaplama Tablosu

Unvanı	Gösterge Rakamı (A)	Memur Aylık Katsayısı (B)	Ödenmesi Gereken Tutar (Brüt) (AxB)	Damga Vergisi	Ödenmesi gereken Tutar (Net)
Yabancı Uyruklu Asistan	13000	0,076998	1.000,97	7,60	993,37

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığı

Sayı : 49022165-010.99 /
Konu : Yabancı Uyruklu Asistanlara
Yapılacak Ödeme Hakkında

6514 sayılı Kanun 18/01/2014 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe girdiğinden, yabancı uyruklu asistanların Ocak 2014 dönemine ilişkin ödemelerinin hesaplanmasında 01/01/2014-17/01/2014 tarihlerine ilişkin olarak 209 sayılı Kanunun 3 üncü maddesinin üçüncü fıkrasının (ı) bendi kapsamında işlem tesis edilmesi, 18/01/2014-31/12/2014 tarihlerine ilişkin olarak ise 1219 sayılı Kanunun ek 14 üncü maddesi kapsamında işlem tesis edilmesi gerekmektedir.

Örnek Hesaplama;

Unvanı	209 sayılı Kanun Uyarınca 01/01/2014-17/01/2014 tarihleri arasına ilişkin yapılacak ödeme (NET)	1219 sayılı Kanun Uyarınca 18/01/2014-31/01/2014 tarihleri arasına ilişkin yapılacak ödeme (NET)	2014 Yılı Ocak ayına ilişkin yapılacak toplam ödeme (NET)
Yabancı Uyruklu Asistan	230,98 TL.	448,62 TL.	679,60

Netice itibari ile Kurumumuza bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan yabancı uyruklu asistanlara 18/01/2014 tarihinden itibaren 1219 sayılı Kanunun ek 14 üncü maddesi uyarınca ödeme yapılması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve konunun Birliğinize bağlı tüm üçüncü basamak sağlık tesislerine duyurulması hususunda gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU
Kurum Başkanı

DAĞITIM:
88 Kamu Hastaneleri Birliğine

7.3.10. Sağlık Personelinin Öğle Yemek Tatili Genelgesi (2014/1)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU - TKHK HUKUK MÜŞAVİRLİĞİ

Sayı : 95796091-010.06

Konu : Sağlık Personelinin Öğle Yemek Tatili

GENELGE
2014/1

İlgi: a) Mülga THG Müdürlüğünün 03.08.2010 tarih ve 31259 (2010/55) sayılı Genelgesi.
b) Mülga THG Müdürlüğünün 03.09.2010 tarih ve 35889 (2010/65) sayılı Genelgesi.

Mâlum olduğu üzere, kamu personelinin haftalık çalışma saatleri genel olarak 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda düzenlenmiş ve mezkûr Kanunun 99 uncu maddesinde; memurların haftalık çalışma sürelerinin genel olarak 40 saat olduğu, bu sürenin cumartesi ve pazar günleri tatil olmak üzere düzenleneceği, ancak özel kanunlarda yahut bu Kanuna veya özel kanunlara dayanılarak çıkarılacak tüzük ve yönetmeliklerle, kurumların ve hizmetlerin özellikleri dikkate alınmak suretiyle farklı çalışma sürelerinin tespit olunabileceği, 101 inci maddesinde de günün yirmi dört saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışan devlet memurlarının çalışma saat ve usulünün Kurumlarınca düzenleneceği hükme bağlanmıştır.

Keza 13/01/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 37 nci ve 38 inci maddelerinde de yataklı tedavi kurumlarında çalışan personelin çalışma saat ve usulüne ilişkin düzenlemelere yer verilmiş ve bu çerçevede Bakanlığımızın 2010/55 sayılı ve 2010/65 sayılı Genelgeleri ile yataklı tedavi kurumlarında çalışan personelin günlük mesaisinin ne şekilde tanzim edileceği belirlenerek teşkilatımıza tamim edilmiş idi.

Bu defada 24 saat esasına göre ve kesintisiz hizmet veren yataklı sağlık tesislerinde görev yapan personelin öğle dinlenme saatlerine ilişkin aşağıdaki hususların açıklanarak duyurulmasında fayda mülahaza edilmiştir. Şöyle ki;

Kurumumuza bağlı yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım, ameliyathane, acil servis, doğumhane gibi hususiyet arz eden servislerde görev yapan personelin zaman zaman öğle dinlenme saatlerinden istifade edemediği ve ayrıca poliklinikler dışındaki servislerde görev yapan sair personelin de kendilerine tanınan bu dinlenme saatlerinin bir kısmını -hizmet gereği- çalışarak geçirdiği tespit edilmiştir.

Bu çerçevede;

1) Kurumumuza bağlı yataklı sağlık tesislerinde çalışan personele hizmeti aksatmamak kaydı ile saat 12.00 - 13.00 arasında yemek ve dinlenme süresi verilmesi,

2) Genel kaide bu olmakla beraber; yoğun bakım, ameliyathane, acil servis, doğumhane gibi servislerde çalışan ve hizmet gereği bu dinlenme süresinden istifade edemeyen ve bu durumu idarece tespit edilen personele, mesai bitiminden bir saat evvel izin verilmesi,

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Sayı : 95796091-010.06

Konu : Sağlık Personelinin Öğle Yemek Tatili

3- Yine hizmetin kesintisiz sunulmasını gerektiren birimlerde çalışan ve yemek için münavebeli olarak izin verilebilen personele de -öğle dinlenme saatinden arta kalan izin süresinin mesai sonunda kullandırılarak- mesai bitiminden yarım saat evvel izin verilmesi,

Personel arasında eşitliğin ve adaletin temini bakımından gerekli görülmektedir.

Bilgilerini ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM:
88 Kamu Hastaneleri Birliğine (Genel Sekreterlik)

7.3.11. Ticari Alanların Kiraya Verilmesi Genelgesi (2025/3)

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
11.04.2025 16:42:20 E-11045126-010.06-273449570
273449570

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-11045126-010.06-
Konu : Ticari Alanların Kiraya Verilmesi

GENELGE
2025/3

Bilindiği üzere, Hazine ve Maliye Bakanlığı ile Bakanlığımız arasında imzalanan 15/6/2011 tarihli protokol ile mülkiyeti Hazineye ait/Hazine ile hisseli/üst yapısı Hazineye ait ya da zemini Hazineye ait olup Sağlık Bakanlığına tahsisli olan yerler ile Bakanlığımızca kiralanmış ve kira bedelleri merkezi yönetim bütçesinden karşılanan hastane ve birinci basamak sağlık kurumlarındaki ticari amaçla kullanılması mümkün olan (söz konusu taşınmazların aile hekimlerine kiralanması dahil olmak üzere) ve yeni açılacak bölümlerin kiralanması 10 yıllığına Bakanlığımıza devredilmiştir. Çevre Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı Milli Emlak Genel Müdürlüğünün 23/5/2019 tarihli ve E.122884 sayılı yazısı ile protokol süresi 15/6/2031 tarihine kadar uzatılmıştır. Bu kapsamda ticari alanların işletilme esasları Bakanlığımızın 2011/43 ve 2012/49 sayılı Genelgeleri ile düzenlenmiş olup kiralama işlemleri bu çerçevede ilgili idarelerce yerine getirilmektedir.

Bakanlığımız ile bağlı ve ilgili kuruluşlarının teşkilat ve görevlerinin, 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ve 4 sayılı Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile yeniden belirlenmesi üzerine Bakanlık taşra teşkilatında uygulama birliğinin sağlanması ve geçen süreçte yeni sorun alanlarının çözüme kavuşturulması amacıyla ticari alanların kiraya verilmesi işlemleri aşağıda belirtilen açıklamalar çerçevesinde yürütülecektir.

1. Protokole İlişkin Hükümler:

a) Protokol süresi, protokolün imzalandığı tarihten itibaren 10 yıldır. Ancak Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığının 22/5/2019 tarihli ve 122229 sayılı Bakanlık Makam Olurları ile Protokolün son geçerlilik süresi 15/6/2031 tarihine kadar 10 yıl süreyle uzatılmıştır. Bu kapsamda kiraya verilecek ticari alanlar 3 yılı geçmeyecek şekilde ihale edilecek ve sözleşmelerin süreleri protokol bitim süresini (15/6/2031) aşmayacak şekilde düzenlenecektir.

b) Kiracılar ile yapılacak sözleşmelere protokolün belirtilen tarihte veya herhangi bir sebeple daha erken sona ermesi halinde, sözleşmenin sona ereceği ve bu hususlarda herhangi bir hak ve tazminat talep edilemeyeceğine dair hükümler konulacaktır.

c) Ticari alanlar ihale yapılmaksızın kiraya verilemez ve başka bir usul ile kullandırılamaz. 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 2 nci maddesi, 7/1/2020 tarihli ve 2041 sayılı Cumhurbaşkanı Kararı ve özel mevzuatı uyarınca kira bedeli ödenmek şartıyla Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) ve hissesinin yüzde ellisinden fazlası USHAŞ'a ait olan şirketler bu bent hükmüne tabi değildir.

ç) Kiracılara hiçbir şekilde kiralama karşılığında ticari alan yaptırılmayacaktır.

d) İdare ile kiracı arasında imzalanan kira sözleşmelerinin (mülkiyeti üçüncü şahıslara ait olmakla birlikte kullanım hakkı Bakanlığımıza veya Valiliğe bırakılan taşınmazlar ile döner sermaye kaynaklarından kiralanan taşınmazlardaki ticari alanlar ve aile hekimleri ile yapılan sözleşmeler hariç) bir örneği il sağlık müdürlüğünce sözleşmenin düzenlenmesinden itibaren bir ay içinde Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığının ilgili il müdürlüğüne gönderilecektir. Ayrıca protokol kapsamındaki ticari alanlardan, sağlık tesisinin kapatılması nedeniyle faaliyetlerine son verilenler bir ay içinde cari yıl sözleşme bilgileri ile birlikte il sağlık müdürlüğü vasıtasıyla Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne ve Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığının ilgili il müdürlüğüne bildirilecektir.

e) Bakanlığımıza bağlı sağlık kurum ve kuruluşları döner sermayeli işletme niteliğinde olup tabi olduğu mevzuat çerçevesinde genel işletmecilik esasları doğrultusunda yönetilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği, bütçe dengelerinin sağlanması, döner sermaye gelirlerine katkı sağlanması ve âtıl kapasitenin değerlendirilmesi amacı ile ticari amaçlı kullanımı mümkün olan yeni açılacak ticari alanlar kiraya verilecektir.

f) Sağlık Bakanlığına tahsisli taşınmazlar amacı dışında kullanılmayacak, taşınmazın bünyesinde bulunan ticari alanlar da Bakanlığımıza tahsis amacı ile bağdaşmayacak faaliyetlere konu edilmeyecektir. Ticari alanlarda mevzuatla yasaklanan ürünlerin satışı yaptırılmayacaktır.

2. Kiralama İhaleleri ve Genel Hükümler:

a) Hazine ve Maliye Bakanlığı ile Bakanlığımız arasında yapılan Protokol gereğince Bakanlığımıza bağlı tüm sağlık tesisleri bünyesinde bulanan ticari alan ihalelerinin 8/9/1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanununa istinaden çıkarılan 19/6/2007 tarihli ve 26557 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik hükümleri ile diğer alt düzenlemeler kapsamında yapılması ve dokümanlarda mezkûr Yönetmelik ekinde yayımlanan tip şartname ve sözleşmelerin kullanılması zorunludur. İdareler tarafından Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği ve diğer mevzuat kapsamında ticari alan kiralaması yapılmayacaktır.

b) Bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerindeki (idari binalarda yer alan ticari alanlar hariç) tüm ticari alanların kiralama ihalelerinde il sağlık müdürlüğü yetkilidir. İl sağlık müdürlüğü gerekli gördüğünde bu yetkiyi ilgili sağlık tesisine devredebilir.

c) Sağlık tesislerindeki ticari alanların kiraya verilmesinde açık veya kapalı teklif usulü ihale esas olmakla birlikte ticari alanların, Yönetmeliğin 67 nci maddesinin 4 üncü fıkrası gereğince kullanışlarının özelliği veya idareye yararlı olması nedeniyle kapalı veya açık teklif usulleriyle ihalesi uygun görülmeyen ticari alanlar idarelerce bu yönde alınacak karar doğrultusunda pazarlıkla kiraya verilebilir.

ç) Yönetmelik hükümleri gereği kiracılar ile ticari alan sözleşmeleri imzalanırken; protokol ile kiralama, gelirden pay alma, ciro üzerinden kısmen sabit, kısmen belirli oranda cironun paylaşımı gibi uygulamalar yapılmayacaktır.

d) Yönetmelik eki şartname ve sözleşmeler gereğince yıllık sabit bir kira bedeli belirlenmesi ve yıllık kira bedelinin birinci taksiti sözleşme imzalanmadan peşin olmak üzere, toplam 4 taksit halinde (aile hekimleri hariç) alınması zorunludur.

e) Ticari alanlarla ilgili gelecek yıllara yaygın sözleşme imzalanması halinde kira bedeli her yıl Türkiye İstatistik Kurumunca yayımlanan Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE–oniki aylık ortalamalara göre yüzde değişim) oranında artırılacak şekilde düzenlenecektir.

f) İsteklilerden bir yıllık tahmin edilen kira bedelinin %10'u ile %30'u oranında geçici teminat alınacaktır. Kiracıdan sözleşme bedeli üzerinden hesaplanmak suretiyle %6 oranında kesin teminat alınacaktır.

g) Kiralama ihalelerinde, idarelerce oluşturulan ihale komisyonunda bulunması zorunlu olan maliye üyesi; illerde millî emlak dairesi başkanlığı veya millî emlak müdürlüğü, ilçelerde millî emlak müdürlüğü veya millî emlak şefliklerinden talep edilecektir.

ğ) 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu gereğince kiralama ihalelerinde ita amirliği görevi, harcama yetkililerince yerine getirilecektir.

h) İhalenin parasal tutarına bakılmaksızın ihale kararları onaylanmak üzere Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığına veya Bakanlığımıza gönderilmeyecek, ilgili harcama yetkililerince onaylanacaktır.

ı) İdarelerce uygun görülmesi halinde, sözleşmede belirtilen parasal tutara bakılmaksızın ticari alana ait sözleşme devirleri Bakanlığa gönderilmeyecek, uygun görülmesi halinde ilgili harcama yetkililerince yapılacaktır.

i) Yönetmelikte Hazine adına gelir kaydedileceği belirtilen teminatlar ve parasal tutarlar kurumlarımızın döner sermaye işletmesi adına tahsil edilecektir.

j) Sağlık hizmet sunumu amacıyla 31/8/1956 tarihli ve 6831 sayılı Orman Kanununa tabi tahsisli taşınmazlar üzerinde veya sağlık tesisi içinde tesis edilecek ticari alanlar için anılan Kanunun 17 nci maddesinin üçüncü fıkrası ve 18 inci maddelerine dayanılarak yürürlüğe konulan uygulama yönetmelikleri çerçevesinde ticari alanların işletmeye açılmadan önce taşınmazı Bakanlığımıza tahsis eden kurumdan izin

talep edilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda Bakanlığımıza tahsis edilen taşınmazlar üzerindeki ticari alanlardan tahsil edilen kira gelirlerinin %50'sinin ilin bağlı bulunduğu orman bölge müdürlüğü hesabına yatırılarak ödemeye ilişkin belgeler ödemeyi takiben düzenli olarak Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne gönderilecektir.

k) Mülkiyeti üçüncü şahıslara ait olan ve kullanım hakkı protokol ile Bakanlığımıza veya valiliğe devredilen taşınmazlardaki ticari alanlar da bu Genelge kapsamında kiraya verilecektir.

l) Ticari alanların kiralama yoluyla işletilmesinde sağlık tesisinin hizmet kapasitesi, huzuru, güvenliği, mahremiyeti ve temizliği gibi kriterlere öncelik verilecek ve idarece gerekli tedbirler alınacaktır.

m) Bakanlığımız ve taşra teşkilatınca üçüncü kişilerden kiralanmış olan taşınmazlarda bulunan mevcut veya yeni oluşturulacak ticari alanlar da kiraya verilebileceğinden kira sözleşmelerine, kiralanan taşınmazın ticari alanlarının alt kiracılara verilebileceğine dair hüküm konulması hukuki ihtilaflarla karşılaşılmaması açısından önem taşımaktadır.

n) Bakanlığımız ve taşra teşkilatınca yapılan ihalelerden dolayı yasaklamayı gerektirir bir durumla karşılaşıldığında, gereğinin yapılması için bu durumu Yönetmelikte belirtilen süre içinde Bakanlığımız ilgili merkez birimlerine bildirilecektir.

3. Ticari Alanların İşletilmesi Esasları:

a) Ticari alanlara ait elektrik, su, doğalgaz, ısınma tesisatı, masrafları idareler tarafından karşılanmak koşuluyla (abonelik ve güvence bedelleri kiracıya ait olmak üzere) mümkünse binanın genel tesisatından ayrılır. Tesisatın teknik bakımdan müstakil hâle getirilmesinin mümkün olmaması hâlinde, tahmin edilen bedelin tespit ve takdirinde elektrik, su, doğalgaz ve ısınma giderleri de ayrıca belirlenir. Bu giderlerin kira bedelinden ayrı olarak tahsil edileceği sözleşmede hüküm altına alınacaktır. Kira harici bu tür alacaklar Tek Düzen Muhasebe Sisteminin (TDMS) ilgili kalemleri üzerinden ayrıca muhasebeleştirilecektir.

b) Yönetmelik ekinde yer alan tip kira sözleşmesinde belirtilen mücbir sebepler ile sözleşme imzalandıktan sonra kamudan kaynaklanan ve kiracının iş yapmasını kısıtlayıcı hususlar hariç olmak üzere; kiracı kira süresinin uzatılması, kira bedelinin indirilmesi, ödeme tarihi ve miktarları ile kiralanan alanın yüz ölçümünün değiştirilmesi gibi taleplerde bulunamaz.

c) Kiraya verilen ticari alanın bir kısmının kurum ihtiyaçları için kullanılmasına karar verilmesi, sağlık tesisinin işlevsel yapısının değişmesi (ticari alanın bulunduğu binanın başka bir yere taşınması, acil veya poliklinik yerlerinin değişikliği vb.) nedeniyle ticari alanın işlevi açısından hasta ve hasta yakını yoğunluğunda önemli ölçüde azalma olması nedeniyle kiracının sözleşme değişikliği talep etmesi ve bu yöndeki talebinin de idare tarafından kabul görmesi halinde idare tarafından kurulacak komisyon marifetiyle yeni bir kira bedeli belirlenerek sözleşme tadilatına gidilebilir. Yeni kira bedeli belirlenirken metrekarenin kiraya yansıması yanında sağlık tesisindeki hasta ve poliklinik sayısı ile ticari alana ait gelir durumu birlikte değerlendirilecektir.

ç) Hastane otoparklarının amacı dışında kullanılmasının engellenmesi ve kurum mahallinde erişilebilirlik ve güvenliğin sağlanması amacıyla; hastanede kişi başı geçirilen ortalama süre dikkate alınarak otoparklardan ücretsiz olarak yararlanılabilecek "süre*" belirlenecek ve bu sürenin aşıldığı haller ücretlendirilebilecektir.

d) Kiralanan ticari alanlardan mal ve hizmet temin edecek olan vatandaşların mağdur edilmemesi amacıyla, sağlık tesisinin hizmet verdiği yerleşim mahallindeki piyasa rayiç bedeli üzerinde mal ve hizmet satışı yapılmaması hususunda şartnamelere hüküm konulacaktır. Uygun fiyatlarla mal ve hizmet satışının sağlanması amacıyla, idareler tarafından oluşturulacak komisyon marifetiyle rayiç birim fiyatlar emsal alınarak üç ayda bir düzenli olarak denetlenecek ve fahiş fiyat uygulamalarını engelleyici tedbirler alınacaktır.

e) Ticari alanlarda satılan mal ve hizmetlerin kiralanan mekânlar dışında (poliklinik birimleri, servisler, koridorlar vb. yerlerde seyyar araba veya kişiler aracılığıyla) satışının yapılması engellenecektir.

f) Bakanlığımıza bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca, genel kabul görmüş faaliyet alanları dışında yeni bir faaliyet alanında kiralama işlemi yapmadan önce il sağlık müdürlüğünden izin alınacaktır. Kiralamaya ilişkin il sağlık müdürlüklerinde tereddüt edilen hususların bulunması halinde Bakanlığın ilgili birimlerinden görüş alınacaktır.

* Süre, yalnızca ayaktan poliklinik başvurusu yapıp yatış yapmayan hastalar üzerinden hesaplanır.

4. Tahsilata İlişkin Hususlar:

a) Sağlık tesislerinde aktif olarak yer alan ticari alanlara ait tüm sözleşmeler TDMS'de bulunan Ticari Alanlar Modülüne kayıt edilecek, tahsilatlar bu kayıtlar üzerinden yapılacaktır. Ticari alanlara ait alacaklar emanet hesaplarda bekletilmeyecek, ilgili ay içinde sözleşmeye ait tahsilat kısmından kira gelir koduna alınarak muhasebeleştirilecektir.

b) İdare bir aydan daha fazla süreye ilişkin kira geliri tahsilatı yaptığı takdirde; tahsil edilen tutardan ilgili aya isabet eden kısmın gelir kaydedilmesi, faaliyet dönemi içindeki diğer aylara ilişkin tutarların "380 Gelecek Aylara Ait Gelirler Hesabı"nda, faaliyet döneminden sonraki yıllara denk gelen tutarların ise "480 Gelecek Yıllara Ait Gelirler Hesabı"nda muhasebeleştirilmesi gerekmektedir. Ardından bu hesaplarda izlenen tutarların ilgili oldukları aylar için gelir kaydedilmesi sağlanacaktır.

c) TDMS'de Ticari Alanlar Modülüne kayıtlı olan ticari alan sözleşmeleri belirli aralıklarla denetlenecek, gecikmiş alacaklar için sözleşme hükümleri doğrultusunda kiracılar uyarılarak en kısa zamanda tahsilatlar sağlanacaktır. Kira alacaklarının tahsil edilememesi halinde dava veya icra takibi yoluyla tahsili için il sağlık müdürlüğü hukuk ve muhakemat birimine ivedilikle bildirim yapılarak talepte bulunulacaktır. Kapatılan veya sözleşme süresi sona eren ticari alanlar modül üzerinden sonlandırılacaktır.

ç) Sağlık tesislerinde yer alan ticari alanlardan zorunlu olmadıkça ecrimisil yolu ile kira tahsilatı yapılmayacaktır. Bu kapsamda halen ecrimisil yolu ile kira tahsilatı yapılanlar var ise ilgili mevzuat hükümleri doğrultusunda en kısa zamanda ihale edilecektir. Anılan Protokol çerçevesinde kiraya verilen ticari alanlarla ilgili idarelerce tespit edilen ecrimisil alacakları 20/8/2011 tarihli ve 28031 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 336 sayılı Milli Emlak Genel Tebliği kapsamında Döner Sermaye Muhasebe Birimlerince tahsil edilecektir.

5. Aile Hekimlerine Yapılacak Kiralamalar:

İdarelerimizin kullanımında olup aile hekimlerine kiraya verilecek olan taşınmazlar ve aile hekimlerine kiralanacak taşınırlar ile ilgili olarak;

a) Aile hekimlerine yapılacak hizmet binası kiralama işlemlerinde Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik ve 30/6/2021 tarihli ve 31527 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinin 27 nci maddesi hükümleri uygulanacaktır. Kiralamalar pazarlık usulü ile ihale edilecektir. Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşların kullanımında olan taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenlerin aile hekimlerine kiraya verilmesi durumunda kira kesintileri aylık olarak aile sağlığı merkezi giderlerinden yapılacaktır.

b) Aile hekimlerince kiralama sözleşmesi imzalanmadan hizmet sözleşmesi imzalanmayacaktır. Aile hekimlerine kiraya verilen ticari alanlara ait sözleşmelerde aile hekiminin görev süresi (hizmet sözleşmesi tarihleri ile uyumlu olacak şekilde) göz önüne alınarak sözleşme bitim süreleri belirlenecektir. Kira sürelerinin aile hekiminin sözleşme süresi ile sınırlı olduğu hususunda kira sözleşmelerine madde eklenecektir. Aile hekiminin herhangi bir sebeple görevinden ayrılması halinde ise ticari alanın kullanılmadığı döneme ilişkin peşin tahsil edilen kira bedelleri aile hekimlerine iade edilecektir.

c) Aile hekimleri için idarece tıbbi cihaz, büro araç ve gereçleri ile diğer dayanıklı taşınırların kiralama işlemleri, 209 sayılı Kanunun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (ı) bendinde yer alan hüküm doğrultusunda Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliğine göre pazarlık usulü ile yapılacaktır.

ç) Taşınırların kira bedeli, oluşturulacak komisyon marifetiyle taşınırın rayiç bedeli ve yıllık amortisman tutarı dikkate alınarak belirlenecektir.

d) Bakanlığımız birimleri ile aile sağlığı merkezlerinin birlikte hizmet verdiği binalarda, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde belirlenen asgari kullanım alanı ile var ise aile hekimince kullanılan ortak alanlar dâhil edilmek suretiyle bulunan toplam kullanım alanı (metrekare) üzerinden aile hekimlerinin ödeyeceği kira bedeli belirlenecektir. Aile hekimlerince kullanılmayan alanlar toplam kullanım alanına dâhil edilmeyecektir.

e) Bakanlığımız birimleri ile aile sağlığı merkezlerinin birlikte hizmet verdiği binalarda mümkünse abonelikler ayrılacaktır. Hizmetin gereği ve altyapı gibi nedenlerle aboneliklerin ayrılmasının mümkün olmadığı hallerde ise elektrik, su, doğal gaz gibi işletme giderleri kullanım alanı ve kullanım zamanı gibi faktörler dikkate alınarak ilgili aile hekimlerinden tahsil edilecektir.

f) Aile sağlığı merkezi binasının kullanım ömrünü tamamlaması, mevcut binanın yıkılarak yenilenmesi veya deprem performans analizi raporuna istinaden yıkılmasına karar verilmesi gibi sebeplerle aile sağlığı merkezi binasının boşaltılması gerektiği durumlarda hizmet binasının tahliye edileceği hususuna kira sözleşmelerinde yer verilecektir.

6. Vergi İstisna ve Muafiyeti:

a) Bakanlığımıza bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca 31/12/1960 tarihli ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanununun 70 inci maddesi kapsamında elde edilecek gelirler; 13/6/2006 tarihli ve 5520 sayılı Kurumlar Vergisi Kanununun 4 üncü maddesi ile kurumlar vergisinden muaf tutulmuş, 3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanununun 17 nci maddesi ile de katma değer vergisinden istisna edilmiştir.

b) Protokol kapsamında büfe, kantin, çay ocağı gibi yerlerin geçici iş ve hizmetler için kullanılacak taşınmazların kiraya verilmesinde düzenlenecek sözleşmelerin notere tescili zorunlu değildir.

Yürürlükten kaldırılan Genelgeler:

a) 2004/32 sayılı Bakanlığımıza Tahsisli Taşınmazlardaki Büfe, Kantin, Çay Ocağı Gibi Yerlerin Kiraya Verilmesi ve Otoparkların Kullanımı Genelgesi,

b) 2011/2 sayılı Bakanlığımıza Tahsisli Taşınmazlardaki Büfe, Kantin, Çay Ocağı Gibi Yerlerin Amacına Yönelik Kullanılması Genelgesi,

c) 2011/43 sayılı Kurumlarımızda Yer Alan Ticari Alanların Kiraya Verilmesi Genelgesi,

ç) Mülga Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 2012/49 sayılı Ticari Alanların Kiraya Verilmesi Genelgesi,

yürürlükten kaldırılmıştır.

Uygulamada tereddüte mahal verilmeyerek gerekli tedbirlerin alınması ve mesul personele duyurulması hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Dağıtım:
A PLANI (Bağlı ve İlgili Kuruluşlar Hariç)
81 İl Sağlık Müdürlüğü

7.3.12. Uzman Tabiplerin Hizmet İçi Eğitim Talepleri Genelgesi (2012/45)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İnsan Kaynakları Başkan Yardımcılığı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TKHK İNSAN KAYNAKLARI BAŞKAN
YARDIMCILIĞI - TKHK HİZMETİÇİ
EĞİTİM BİRİMİ
03.12.2012 09:33 -
B.10.1.TKH.0.25.00.00/774.99/84845
00672081

Sayı : B.10.1.TKH.0.25.00.00-774
Konu : Uzman Tabiplerin Hizmet İçi Eğitim Talepleri

GENELGE/45

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yataklı tedavi kurumlarında muayene teşhis ve tedavi hizmetlerinin sunumunda etkinlik ve kaliteyi belirlemede önemli rol üstlenen Uzman Tabiplerin çağın sürekli değişen ve gelişen modern tıbbın gerektirdiği özellikli uygulamalar konusunda hizmet içi eğitime alınmaları önem arz etmektedir.

Bu çerçevede, sağlık kurumlarında görev yapan Uzman Tabip'lerin hizmet içi eğitim ihtiyacının gerekçeli olarak tespiti ve yapılan taleplerin ihtiyaçlar doğrultusunda doğru olarak değerlendirilip sonuçlandırılabilmesi, Kurumumuza yapılan eğitim başvurularında uygulama birliğinin sağlanarak, gereksiz yazışmalara ve zaman kaybına sebebiyet verilmemesi için aşağıdaki açıklamaların yapılması gerekli görülmüştür.

A- Eğitim Başvurularında Bulunması Zorunlu Bilgi ve Belgeler Şunlardır:

1. Kamu Hastaneleri Birliklerinde çalışan Uzman Tabip'ler için;

a) Hizmet İçi Eğitim almayı talep eden Uzman Tabib'in Hastane Yöneticisine hitaplı dilekçesi,

b) Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde çalışan Uzman Tabip'lerin eğitim talepleri için Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu,

c) Eğitim almak istenilen Kurumun uygun görüş yazısı,

d) Hizmet Belgesi,

e) Başvuru Formu,

2. Üniversite ve Özel Hastanelerde çalışan Uzman Tabip'ler için:

a) Hizmet İçi Eğitimi almayı talep eden Uzman Tabib'in dilekçesi,

b) Hizmet İçi Eğitimi almayı talep eden Uzman Tabib'in görev yaptığı Kurumun uygun görüş yazısı,

c) Eğitim almak istenilen Kurumun uygun görüş yazısı.

B- Eğitim Başvurusuna İlişkin Esaslar Şunlardır:

a) Kamu Hastaneleri Birliklerinde çalışan Uzman Tabip'ler eğitim başvurularını ekte yer alan başvuru formu ile çalıştığı sağlık tesisine yaparlar. Eğitim talep eden Uzman Tabip eğitim sonunda çalıştığı sağlık tesisinin bağlı olduğu Birlikte bir yıl süre ile çalışmayı taahhüt eder.

b) Üniversite ve Özel Hastanelerde çalışan Uzman Tabip'ler eğitim başvurularını dilekçe ile çalıştığı kuruma yaparlar.

c) Kamu Hastaneleri Birliklerinde çalışan Uzman Tabip'ler için başvuru formuna bu genelgenin A.1. maddesinde belirtilen belgelerin eklenmesi zorunludur.

1/2

d) Üniversite ve Özel Hastanelerde çalışan Uzman Tabipler için başvuru formuna bu genelgenin A.2. maddesinde belirtilen belgelerin eklenmesi zorunludur.

e) Başvurular, eğitimin başlama tarihinden en az 2 (iki) ay önce Kuruma Kamu Hastane Birlikleri Genel Sekreterliği aracılığı ile gönderilir.

f) Bu genelge hükümlerine uygun olmayan ve Kuruma doğrudan yapılan bireysel başvurular değerlendirmeye alınmaz.

g) Geçici görevli Uzman Tabip'lerin eğitim başvuruları kabul edilmez. Geçici görevli Uzman Tabip'ler kadrosunun bulunduğu kurumlarında göreve başladıktan sonra eğitim için başvuru yapabilirler.

Bilgilerinizi ve hizmet içi eğitim başvurularına ilişkin iş ve işlemlerin bu genelge ile belirlenen usul ve esaslar dahilinde yürütülmesini, bunun dışında yapılacak eğitim başvuruları hakkında Kurumumuzca işlem yapılmayacağının Birliğiniz sağlık tesisleri ile iliniz üniversite ve Özel Hastanelerine imza karşılığı tebliğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Bakan a.
Müsteşar

EKLER
1.Başvuru Formu (1 sayfa)

DAĞITIM:
Kamu Hastaneleri Birliklerine

2/2

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
HİZMET İÇİ EĞİTİM BAŞVURU FORMU

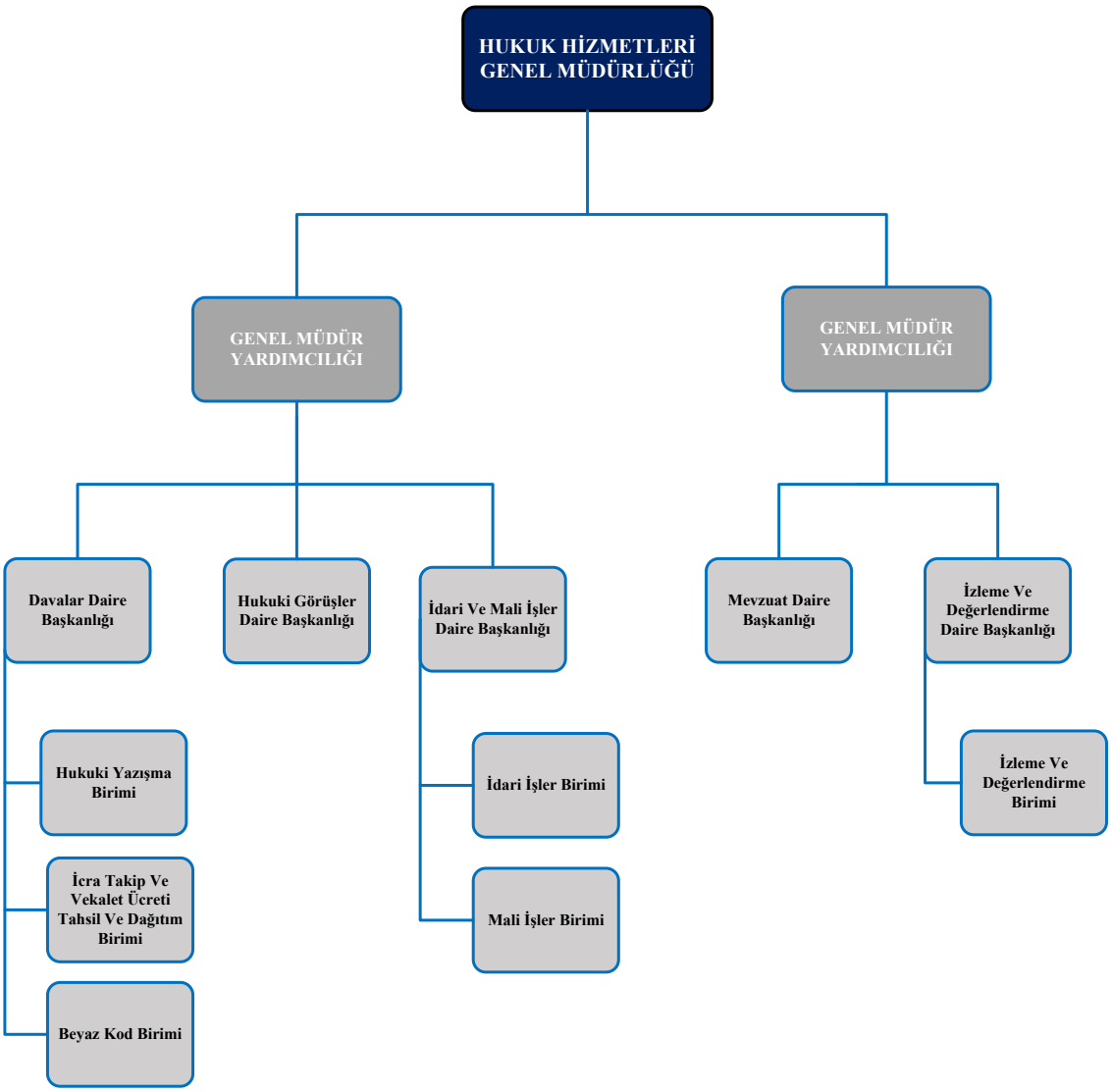
Kişi Tarafından Doldurulacaktır	
Adı Soyadı	
Unvanı / Branşı	
T.C Kimlik No	
Uzmanlığını Aldığı Kurum	
Doğum Tarihi	
Çalıştığı Sağlık Tesisi	
Memuriyete Başlama Tarihi	
Uzman Olarak Çalışma Süresi	..... yıl.....ay
Bulunduğu Sağlık Tesisinde Çalışma Süresi	..... yıl.....ay
İletişim Adresi	
TAAHHÜTNAME Eğitim sonrası sağlık tesisinin bağlı olduğu birlikte en az bir yıl süre ile çalışacağımı taahhüt ederim. İmza: Tarih:	
Kurum Tarafından Doldurulacaktır	
Eşitimin Konusu (içeriği)	
Eğitimin Süresi	
Eğitimin Tarihi (Başlayış BitişTarihi)	
Eğitim Almak İstenilen Kurum	
Daha Önce Alınan Hizmet İçi Eğilimler (Konusu. Tarihi ve Süresi)	1- 2- 3-
Çalıştığı Sağlık Tesisinde Talep Edilen Eğitimi Alan Uzman Tabip Savısı	
Çalıştığı Sağlık Tesisinde Aynı Branşta Bulunan Uzman Tabip Sayısı ve Hizmette Aksama Durumu	
Eğitim Sonrası Eğitimi Uygulayabileceği Gerekli Altyapının (araç-ecreç) Durumu	
Sağlık tesisinde eğitim talep edilen konuya ilişkin bir avda karşılaşılan vaka sayısı	
Hastane Yöneticisi imzası /Mühür/Kaşe	
Genel Sekreter Tarafından Doldurulacaktır	
Devlet Hizmet Yükümlüğü Durumu, Mecburi Hizmete Başlama Tarihi ve Kalan Süresi	
İstihdam Sekli (657 DMK, 4924S.K)	
UYGUNDUR Genel Sekreter	

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

8 HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

8. HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

8.1 TEŞKİLAT ŞEMASI



Şekil 9: Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması

Kurumsal Web Adresi	Kurumsal e-posta Adresi	Kurumsal Telefon
www.hm.saglik.gov.tr	hm@saglik.gov.tr	0 312 458 51 62

8.2. YÖNERGELER

8.2.1. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları İmza Yetkileri Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ BİRİKİ EVRAKI
17/07/2024, 15:37:19 - E-93297988-010.04-248902606
248902606
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ GİDEN EVRAK SERVİSİ

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları İmza Yetkileri Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

Bakanlığımız ve bağlı kuruluşlarında, imzaya yetkili makamları belirlemek, verilen yetkileri belli ilke ve usullere bağlamak, alt kademelere yetki tanıyarak sorumluluk duygusunu geliştirmek, üst makamlara politika belirleme ve önemli konularda daha sağlıklı karar almak için zaman kazandırmak, bürokratik işlemleri kısaltarak hizmetlerde sürat ve verimliliği artırmak maksadıyla hazırlanan ekli "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları İmza Yetkileri Yönergesi"nin yürürlüğe konulmasını tensiplerine arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
16/7/2024

Hüseyin Kürşat KIRBIYIK
Bakan Yardımcısı

OLUR
16/7/2024

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: Yönerge (7 sayfa)

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında, imzaya yetkili makamları belirlemek, verilen yetkileri belli ilke ve usullere bağlamak, alt kademelere yetki tanıyarak sorumluluk duygusunu geliştirmek, üst makamlara politika belirleme ve önemli konularda daha sağlıklı karar almak için zaman kazandırmak, bürokratik işlemleri kısaltarak hizmetlerde sürat ve verimliliği artırmaktır.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge; Bakan, Bakan Yardımcıları, Bakanlık merkez teşkilatındaki hizmet birimleri ve bağlı kuruluşların en üst yöneticileri ile daha alt kademedeki görevlilerin, Bakanlığın hizmet ve faaliyetlerine ait imza yetkilerini ve bu yetkilerin tam ve etkili olarak kullanılmasına ilişkin ilke ve usulleri kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 10/7/2018 tarihli ve 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 506 ncı ve 508 inci maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Bağlı kuruluş: 15/7/2018 tarihli ve 4 sayılı Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi uyarınca teşkil edilen Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünü,

c) Bakan: Sağlık Bakanını,

ç) Birim: Bakanlık merkez teşkilatındaki hizmet birimlerini,

d) Birim amiri: Bakanlık merkez teşkilatındaki hizmet birimlerinin en üst yöneticilerini,

e) Bağlı kuruluş amiri: Bağlı kuruluşların en üst yöneticilerini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Genel Hükümler

İmza atma yetkisi verilenler

MADDE 5- (1) Bu Yönerge ile tespit edilen imza atmaya yetkili makamlar aşağıda gösterilmiştir.

a) Bakan

b) Bakan Yardımcısı

c) Birim amiri

ç) Birim amirinin yetki devrettiği astlar

d) Bağlı kuruluş amirinin yetki devrettiği astlar.

İlke ve usuller

MADDE 6- (1) Bu Yönerge ile devredilen imza yetkisinin kullanılmasında aşağıdaki hususlara riayet edilecektir.

a) İmza yetkilerinin; sorumluluk anlayışı içerisinde, zamanında, tam, doğru ve dengeli olarak kullanılması esastır.

b) İmza yetkisinin kullanılmasında, hitap edilen makam ile konunun kapsam ve önemi dikkate alınır.

c) Devredilmiş yetkilerle ilgili üst makamların bilme hakkı saklıdır. Bakan birimlerin tamamı, bakan yardımcısı bağlı birimleri, birim amirleri kendi birimleri, bağlı kuruluş amirleri ise bağlı kuruluş açısından ilgili bilme hakkını kullanır. İmza yetkisi verilenler, yetki alanlarına giren konularla ilgili prensip kararı niteliği taşıyan ve Bakanlık politikasını ilgilendiren hususlar ile önemli gördükleri konu ve işlerde imzadan önce veya işlem safhasında üst makamlara -varsa alternatif önerilerle birlikte- bilgi sunacak ve bu makamların talimatlarına göre hareket edeceklerdir.

ç) İmza yetkisinin devrinde, Bakanın her konuda havale, imza ve onay yetkisi saklıdır.

d) İmzaya yetkili kişinin izin, hastalık, görev gibi nedenlerle bulunmadığı hallerde vekili imza yetkisini kullanır. Yapılan iş ve işlemlerle ilgili imzaya yetkili kişiye bilahare bilgi verilir.

e) Bakan tarafından devredilen imza yetkisi kullanılırken yazışmalarda, "Bakan a." ibaresi kullanılır.

f) Bakanlık hizmet birimleri ve bağlı kuruluşlar arasındaki yazışmalarda "Bakan a." "Kurum Başkanı/Genel Müdür a.", "Genel Müdür Yardımcısı a." gibi ifadeler kullanılmaz. Ancak Bakan Yardımcısının imzalayacağı bu tür yazışmalarda, "Bakan a." ibaresi kullanılır.

g) İç yönerge ile kendilerine imza yetkileri devredilen yetkililer, "Bakan a." ibaresini Bakanlık dışı kurumlarla ve kişilerle yapılan yazışmalarda kullanırlar. Bu maddenin birinci fıkrasının (d) bendinde belirtilen usul, iç yönerge ile kendilerine imza yetkileri devredilen yetkililer için de geçerlidir.

ğ) Avukatların nakil ve görevlendirmelerinde Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünün teklifi veya uygun görüşü alınır.

h) Birden fazla birimi ilgilendiren veya diğer birimlerin görüşünün alınmasını gerektiren yazıların paraf kısmında koordine edilen birim amirlerinin parafı da bulunur.

ı) Bakan Yardımcıları, birim amirleri ve bağlı kuruluş amirleri, sınırlarını yazılı olarak açıkça belirlemek koşuluyla, mevzuatın bizzat imzalamayı emrettikleri hariç, yetkilerinden uygun gördüklerini astlarına Bakan onayı ile devredebilir.

i) Yazıların ilgili birimce hazırlanması ve yayımlanması esastır. Ancak acele hallerde, Özel Kalem Müdürlüğünce hazırlanan yazıların bir örneği bilgi veya gereği için ilgili birimine gönderilir.

j) Bakana ve Bakan Yardımcısına bilgi vermeyi ve açıklama yapmayı gerektiren yazılar birim amirleri veya görevlendireceği personel tarafından Bakan veya Bakan Yardımcısının imzasına sunulur. İmzaya yetkili diğer makam sahiplerinin imzasına sunulacak yazılar için de gerektiğinde kendilerine bilgi verilir ve açıklama yapılır.

k) Yazılar, varsa ekleri ve ilgisiyle birlikte elektronik ortamda imzaya gönderilir.

l) Bakanlık dışı yazışmalarda karşılıklılık ilkesi esas olup imza yetkisinin kullanımı sırasında makamların astlık-üstlük durumları gözetilir.

m) Birimlerin Bakanlık Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünden görüş talep edilebilmesi için meselenin öncelikle varsa hukuk birimlerince değerlendirilmesi ve görüş isteme yazısının doğrudan birim amiri tarafından imzalanması şart olup bu yetki alt kademelere devredilemez.

n) Her türlü ihale iş ve işlemlerinin tesisi ile sözleşmelerin imzalanması, sözleşmelerde değişikliğe gidilmesi veya mevcut sözleşmelerin feshedilmesi işlemlerinde ilgili kanunlar ile Harcama Yetkilileri Hakkında Genel Tebliğ hükümlerine uygun hareket edilir.

o) Bir belgeyi sadece görev ve sorumlulukları gereği öğrenmekle, incelemekle, gereğini yerine getirmekle ve korumakla sorumlu bulunanların yetkileri düzeyinde bilgi sahibi olması ve nüfuz etmesi esastır.

(2) Bu Yönergede Bakan onayı ile yapılacak değişikliklere dair iş ve işlemler Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından koordine edilir.

(3) Bu Yönergeyle devredilen herhangi bir imza yetkisinin yeniden düzenlenmesi ancak bu Yönergede değişiklik yapılması ile mümkündür.

Sorumluluk

MADDE 7- (1) Bu Yönerge ile verilen yetkilerin tam ve doğru olarak kullanılmasından ve uygulamanın Yönergeye uygunluğunun denetiminden ilgili amirler, evrakın muhafazasının

temininden ilgili görevliler sorumludur.

(2) Her kademe, sorumluluğu derecesinde bilmek durumunda olduğu konular üzerinde aydınlatılır ve yetkisi derecesinde bilme hakkını kullanır.

(3) Resmi evraklarda paraf ve imzası bulunan her kademedeki memur ve amirler attıkları paraf ve imzadan görev ve yetkileri çerçevesinde sorumludur.

(4) Yazışmalar; konuların önemi, amacı, kapsamı, etkililiği ve gerekliliğine göre değerlendirilerek süreleri içerisinde geciktirilmeden sonuçlandırılır. İmzalanan veya onaylanan evrakın önemi ve özelliği dikkate alınarak gönderildiği yere ulaşıp ulaşmadığı ve işlemlerin sonucu takip edilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
İmza Yetkileri

Bakanın yetkili olduğu işlemler

MADDE 8- (1) Bakanlık ve bağlı kuruluşlar tarafından tesis edilecek iş ve işlemlerden;

a) Bakanlık politikasında değişiklik gerektiren veya yeni politika belirleyen ilkeler ve kararlarla ilgili onay teklifleri ve yazılar ile Bakanlığın politikasına esas teşkil eden ilkelere ilişkin önemli yazılar,

b) Cumhurbaşkanı, Cumhurbaşkanı Yardımcısı, Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanı ve Cumhurbaşkanlığı bağlı kuruluşlarının başkanları ile diğer kurumlardan Bakan imzasıyla gelen yazılara verilecek cevaplar,

c) Cumhurbaşkanı ve Cumhurbaşkanı Yardımcısının onayını gerektiren işlemlere dair teklif yazıları,

ç) Cumhurbaşkanlığı kararı ve kararnamesi teklifleri ile diğer mevzuat taslakları hakkında Cumhurbaşkanlığına yazılan yazılar,

d) Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına, Türkiye Büyük Millet Meclisi Komisyon Başkanlıklarına ve Türkiye Büyük Millet Meclisi üyelerine yazılan yazılar,

e) Bağlı kuruluşlar dahil yeni kadro talepleriyle ilgili olarak Cumhurbaşkanlığına yazılan yazılar,

f) Bakanlık hizmet birimleri tarafından hazırlanan düzenleyici ve direktif niteliğindeki genelgeler,

g) Bakanlık ve bağlı kuruluşların merkez ve taşra teşkilatında Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından yapılacak soruşturma emirleri, bu soruşturmalar için müfettiş görevlendirmeleri, denetim faaliyetlerine ilişkin tüm raporların muameleye konulma onayları, yıllık genel denetim, genel teftiş ve düzenlilik denetimi programları,

ğ) Disiplin amiri sıfatı ile savunma talep yazıları ile cezalandırma onayları,

h) Bakanlık tarafından oluşturulmuş olan ve başkanlığı Bakan Yardımcısı tarafından yürütülen kurulların Bakan onayını gerektiren kararları,

ı) Birim amirleri ile ilgili soruşturmalara ilişkin onaylar,

i) Tıpta, diş hekimliğinde ve eczacılıkta uzmanlık mevzuatı uyarınca düzenlenen uzmanlık belgeleri,

j) Daire başkanı, basın ve halkla ilişkiler müşaviri, hukuk müşaviri, müfettiş yardımcısı, iç denetçi ve özel kalem müdürü kadrolarına yapılacak atama onayları,

k) 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 42 nci maddesine göre; il sağlık müdürü, başkan, eğitim ve araştırma hastanesi ile şehir hastanesi başhekimi (koordinatör başhekim dahil) pozisyonu için yapılacak sözleşmeler ve görevlendirme onayları,

l) 10/7/2018 tarihli ve 3 sayılı Üst Kademe Kamu Yöneticileri ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Atama Usullerine Dair Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi kapsamında atananlar ile daire başkanı, basın ve halkla ilişkiler müşaviri, hukuk müşaviri, özel kalem müdürü, il sağlık müdürü, başkan, eğitim ve araştırma hastanesi ve şehir hastanesi başhekimi (koordinatör başhekim dahil) kadro ve pozisyonları için yıllık izin, sağlık izni gibi geçici sebeplerle meydana gelen boşalmalar hâriç vekâleten atama veya görevlendirme onayları,

m) Bakanlık ve bağlı kuruluş merkez ve taşra teşkilatı personeline 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 122 nci maddesi uyarınca başarı belgesi, üstün başarı belgesi ve ödül verilmesine yönelik onaylar,

n) Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının, ilgili kurumlara yazılacak yeni kadro ihdasına yönelik teklif yazıları,

o) Bakanlık personelinin yurtdışı görevlendirilmesine ilişkin onaylar,

ö) 3 sayılı Üst Kademe Kamu Yöneticileri ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Atama Usullerine Dair Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi kapsamında atanan personelin başka kurumlara nakilleri için muvafakat onayları,

p) Birim amirlerinin istifa yoluyla görevden ayrılma isteklerine ilişkin onaylar,

r) İlgili mevzuatı uyarınca Bakan onayını gerektiren iş ve işlemler,

s) Mevzuat gereği bizzat Bakan tarafından imzalanması öngörülen diğer yazılar ile Bakanın bizzat imzalamayı uygun gördüğü yazılar,

Bakan tarafından imzalanır veya onaylanır.

Bakan Yardımcısının yetkili olduğu işlemler

MADDE 9 - (1) Bakanlık ve bağlı kuruluşlar tarafından tesis edilecek iş ve işlemlerden;

a) Bakanın yetkisinde olanlar hariç olmak üzere Cumhurbaşkanlığına yazılan yazılar,

b) Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Sekreterliğine gönderilen yazılar,

c) Diğer bakanlık ve kuruluşlara yazılan ve Bakanlığın teklif ve görüşlerini içeren önemli yazılar,

ç) Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca hazırlanan mevzuat taslakları hakkında ilgili kurumlardan görüş talep yazıları ile diğer kurum ve kuruluşlarca hazırlanan mevzuat taslakları hakkında Bakanlık görüşünü bildiren yazılar,

d) Prensip, yetki ve sorumlulukları değiştirmeyen ancak uygulanagelen usul, yöntem ve çalışma esaslarında değişiklik yapan direktif ve genelgeler,

e) Diğer kurum ve kuruluşlar ve gerçek kişiler ile yapılan ve Bakanlık için mükellefiyet öngören protokoller,

f) Bakanlık hizmet birimleri ve taşra teşkilatı birimlerinin bütçe kullanımına dair yeni sorumluluk/yükümlülük getiren ödenek taahhütleri ve tahsis işlemleri,

g) 21/2/2013 tarihli ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun kapsamında alınan onaylar,

ğ) Bakanlık ve bağlı kuruluş merkez ve taşra teşkilatı tarafından yürütülen ihale iş ve işlemleri ile ilgili olarak 8/9/1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu, 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ve 5/1/2002 tarihli ve 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu uyarınca verilecek kamu ihalelerinden yasaklama kararlarına ilişkin onaylar,

h) Üniversitelere ait sağlık kuruluşları ile özel sağlık kuruluşlarının açılış, izin ve ruhsatları ile kadro tahsisi onayları,

ı) Sağlık hizmeti ücret tarifelerine ait onaylar,

i) Bağlı kuruluşlar hariç yan ödeme ve özel hizmet tazminatları ile ilgili listelerin onayı,

j) Bakanlık ve bağlı kuruluşların merkez ve taşra teşkilatı birimlerinin taşıt edinmeleri amacıyla yazılan yazılar,

k) Birden fazla birim temsilcisinin katılımıyla oluşturulan ve başkanlığı birim amirleri tarafından ifa edilen komisyonların, kurulların ve jürilerin teşkiline ait onaylar,

l) Merkez teşkilatı birimlerine yer tahsisi veya tahsis değişikliği onayları,

m) Mülkiyeti hazine, kamu kurum ve kuruluşlarına ait olup Bakanlığımıza tahsisli olan taşınmazlar ile, özel mülkiyette olup meri imar planlarında sağlık alanı olarak ayrılan taşınmazların; tahsis, devir, kamulaştırma, imar planı değişikliği gibi hususlarda iletilen taleplerin değerlendirilmesine ilişkin yazı ve onaylar,

n) Çeşitli konularda yapılacak toplantılara Bakanlığı temsilen katılacak birim amirlerini belirleyen onaylar,

o) Merkez teşkilatı için yapılacak gayrimenkul satın alınması ve kiralanması onayları,

ö) Bakanlık merkez teşkilatı birimlerinin yatırım ödeneklerinin (gayrimenkul alımları, kamulaştırma ve gayrimenkul sermaye üretim giderleri) aktarma onayları,

p) Yıllık eğitim programı ve değişikliklerine ilişkin onaylar,

r) Bakanlık merkez ve bağlı kuruluşların yayın kurulu kararlarının onayı,

s) Bakan Yardımcısı imzasıyla gelen yazılara verilen cevaplar,

ş) Bakanın özel yetki verdiği konulara ilişkin diğer yazı ve onaylar,

t) Üniversiteler ile imzalanacak birlikte kullanım protokollerine uygunluk görüşleri,

u) İlçe sağlık müdürü, eğitim ve araştırma hastanesi ile şehir hastanesi başhekimleri dışındaki diğer başhekim pozisyonlarına ilişkin sözleşme ve görevlendirme onayları,

ü) Sağlık uzmanı, avrupa birliği uzmanı, mali hizmetler uzmanı, eğitim görevlisi, başasistan kadrolarına yapılacak atama ve görevlendirme onayları,

v) Bakanlık bağlı kuruluşlarında, 27/6/1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 26 ncı maddesi uyarınca istihdam edilecek personelin sözleşmeleri ve Dünya Bankası ile yapılan ikraz anlaşmaları kapsamında çalıştırılacak danışmanlarla sözleşme yapılmasına dair onaylar,

y) Daire başkanı, basın ve halkla ilişkiler müşaviri, hukuk müşaviri, iç denetçi, özel kalem müdürü kadrolarındaki personelin başka kurumlara nakilleri için muvafakat onayları,

z) Birim amirleri ile bakan müşaviri/bakanlık müşavirlerinin; yıllık izin, 657 sayılı Kanunun 104 üncü maddesinin (C) bendi hariç olmak üzere mazeret izni, hastalık ve refakat izni, aylıksız izin ile ders görevi izin onayları,

aa) 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamında bilgilerini arttırmak üzere dış memleketlere gönderilen personele yönelik onaylar,

bb) 26/3/2013 tarihli ve 28599 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliğinde tanımlanan stratejik personel için (Bakanlık ile bağlı kuruluş merkez ve taşra teşkilatı personeli) başka kurumlara nakilleri için muvafakat yazıları,

cc) Genel kadro değişikliklerine yönelik teklif yazıları,

çç) Önemi sebebiyle Bakan Yardımcısı tarafından imzalanması alt makamlarca önerilip kabul gören yazılar,

ilgili Bakan Yardımcısı tarafından imzalanır veya onaylanır.

Birim amirinin yetkili olduğu işlemler

MADDE 10- (1) Aşağıda belirtilen işlemlerden;

a) Türkiye Büyük Millet Meclisi Dilekçe Komisyonu ve Kamu Denetçiliği Kurumu ile diğer kurumlara yazılan, Bakanlık teklif ve görüşlerini içermeyen ve sadece bilgi vermek amacıyla yazılan rutin nitelikli yazılar,

b) Bakan Yardımcısı yetkisine bırakılmış olanlar dışında kalan ödenek aktarma işlemleri,

c) Diğer kurum ve kuruluşlar, gerçek ve tüzel kişiler ile yapılacak ve Bakanlık için mükellefiyet öngörmeyen protokoller,

ç) Birimlerindeki personelin yıllık ve mazeret izin onayları ile Bakan ve Bakan Yardımcısının onaylayacakları dışındaki personelin yurt dışı ve ücretsiz izin onayları,

d) Birimlerindeki personelin yurt içi geçici görevlendirme onayları,

e) Hizmet içi eğitim, kurs, komisyon, toplantı ve benzeri etkinliklere katılacak personelin tespit, görevlendirme ve malî haklarının ödenmesine ilişkin onaylar (Bir aydan fazla süreli olanlar için Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü bilgilendirilecektir.),

f) Üst makamlar tarafından imzalanarak yahut da onaylanarak neticelendirilmiş bulunan işlemlerin ilgililerine tebliği işlemleri,

g) İlgili mevzuatı uyarınca tesis edilmeleri mümkün bulunmayan işlem taleplerine verilecek menfi cevap yazıları,

ğ) Bakanlıklara yazılan bilgi amaçlı yazılar,

h) Bakan, Bakan Yardımcıları tarafından onaylanmış kararların uygulanması ile ilgili yazılar,

ı) Birimler arası bilgi alıp vermeyi öngören yazılar,

ı) Birimler arası bilgi alıp vermeyi öngören yazılar,
i) Birim amirinin imzası ile gelen yazılara verilecek cevabi yazılar,
j) Bakan ve Bakan Yardımcısına bilgi vermeyi gerektirir nitelikteki önemli yazılar,
k) Dava ve icra dosyalarına ilişkin yapılacak savunma ve itirazların dayanağı maddi olayları ve birim görüşlerini içeren Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünü muhatap yazılar,
l) Mahkemelerden ve Cumhuriyet başsavcılıklarından gönderilen ara kararları ve müzekkerelere verilecek cevap yazıları,
m) Bakan ve Bakan Yardımcısının, birim amirleri tarafından imzalanmasını uygun gördüğü diğer yazılar,
birim amirleri tarafından imzalanır.
(2) Aşağıda belirtilen işlemlerden;
a) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürünce;
1) Sağlık personelinin diploma tescil işlemleri,
2) Yurt dışı tedavi onayları,
b) Yönetim Hizmetleri Genel Müdürünce;
1) Şehirlerarası seyahatler için araç görevlendirme yazıları,
2) Personelin askere celp ve sevklerinin ertelenmesine ilişkin Milli Savunma Bakanlığına yapılacak teklif yazıları,
3) Bakanlık merkez teşkilatı personelinin kurum kimlikleri,
4) İşçi alımı ve iş sözleşmesi feshi onayları,
5) Resmi mühür ve soğuk damga basılmasına dair onaylar,
6) Disiplin cezalarının bir süre sonra özlük dosyasında silinmesi işlemleri,
imzalanır.

Bağlı kuruluş amirinin yetkili olduğu işlemler

MADDE 11- (1) Aşağıda belirtilen işlemlerden;
a) Bağlı kuruluşların görev ve yetkilerine ilişkin iş ve işlemlerden, bu Yönerge ile Bakan ve Bakan Yardımcısının imza yetkisine bırakılmış olanlar dışındaki tüm işlemler,
b) Bağlı kuruluş kadrolarındaki personelin yan ödeme ve özel hizmet tazminatları ile ilgili listeler,
c) Bağlı kuruluş personelinin askere celp ve sevklerinin ertelenmesine ilişkin Milli Savunma Bakanlığına yapılacak teklif yazıları,
ç) Yapılacak denetim, inceleme ve soruşturma emirleri, yıllık genel denetim, düzenlilik ve performans denetimi programları ile tüm raporların muameleye konulma onayları,
bağlı kuruluş amiri tarafından imzalanacaktır.
(2) 4 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 506 ncı maddesinde sayılan hususlarda yürütülecek teftiş hizmetlerinin, ilgili alanda düzenleme ve denetleme yetkisi bulunan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından yürütülmesi esas olmakla birlikte Bakanlığın bağlı kuruluşlar üzerindeki teftiş yetkisi saklıdır.

İç yönerge

MADDE 12- (1) Birimler ve bağlı kuruluşlar, bu Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren on beş gün içerisinde iç yönergelerini hazırlar.
(2) Birimler ve bağlı kuruluşlar tarafından hazırlanan iç yönergeler Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordine parafı ve Bakan onayıyla yürürlüğe girer.
(3) İç yönergelerde hüküm bulunmayan hallerde bu Yönerge hükümleri uygulanır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Yazışma usulü

MADDE 13- (1) Yazışmalar, 10/6/2020 tarihli ve 31151 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Resmî Yazışmalarda Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde yapılır.

İstisnalar

MADDE 14- (1) Bakanlık ve bağlı kuruluş müfettişleri, iç denetçileri, hukuk müşavirleri ve avukatlarının; teftiş, denetim ve vekalet gibi bizzat ve kadro unvanlarına mündemiç olarak kullandığı imza yetkileri saklıdır.

Hüküm bulunmayan haller

MADDE 15- (1) Bu Yönergede hüküm bulunmayan hallerde yapılması gereken iş ve işlemler ile imza yetkileri, düzenleme yapılıncaya kadar Bakan tarafından belirlenir. Bu suretle yapılacak olan iş ve işlemler Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinasyonunda yerine getirilir.

(2) İmza yetkilerinin kullanılmasında tereddüt bulunması halinde Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görüşüne başvurulur.

Yürürlükten kaldırılan hükümler

MADDE 16- (1) 10/10/2018 tarihli Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları İmza Yetkileri Yönergesi ve bu Yönergenin yürürlük tarihinden önce yürürlüğe konulmuş makam onayları yürürlükten kaldırılmıştır.

Yönergenin uygulanması ve takip

MADDE 17- (1) Bu Yönerge, birimlerde görevli ilgili personele imza karşılığı okutularak bildirilir ve sıralı amirlerince bu Yönergeye uygun hareket edilip edilmediği takip ve kontrol edilir.

Yürürlük

MADDE 18- (1) Bu Yönerge Bakan onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 19- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

16/7/2024
Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

8.3. GENELGELER

8.3.1. Kamu Denetçiliği Kurumuna Yapılan Şikayet Başvuruları Genelgesi (2025/9)

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
2.10.2025 15:49:30 E-11045126-010.06-290263924
290263924

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : Z-11045126-010.06-
Konu : Kamu Denetçiliği Kurumuna Yapılan Şikayet Başvuruları

GENELGE
2025/9

Bilindiği üzere Kamu Denetçiliği Kurumu, Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına bağlı olarak 14/6/2012 tarihli ve 6328 sayılı Kamu Denetçiliği Kurumu Kanunu ile kurulmuştur. 6328 sayılı Kanun ile kişilerin idare ile yaşadığı sorunların dava aşamasına gelmeden, dostane bir süreçte çözülmesi amaçlanmış ve Kamu Denetçiliği Kurumu idarenin her türlü eylem ve işlemleri ile tutum ve davranışlarını; insan haklarına dayalı adalet anlayışı içinde, hukuka ve hakkaniyete uygunluk yönlerinden incelemek, araştırmak ve önerilerde bulunmakla görevli kılınmıştır.

Bu kapsamda Bakanlığımız hizmetleri ile ilgili olarak Kamu Denetçiliği Kurumuna yapılan başvuruların değerlendirilmesinde izlenecek usul ve esaslar aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

1.Genel esaslar

a) Kamu Denetçiliği Kurumu tarafından Bakanlığımız hizmetleri ile ilgili olarak kendilerine yapılan başvurular neticesinde gönderme kararı, bilgi ve belge isteme, tavsiye kararı, ret kararı, dostane çözüm kararı, incelenemezlik kararı şeklinde gönderilen tüm yazılar, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü İdari Hizmetler Daire Başkanlığı tarafından Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne iletilir.

b) Mezkûr yazılar Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde yer alan ve daimi irtibat noktası olan İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı tarafından koordine edilerek Bakanlığımız merkez ve taşra birimlerine iletilir.

c) Kamu Denetçiliği Kurumu tarafından doğrudan taşra birimlerine gönderilen kararlar ile bilgi ve belge istem yazılarına doğrudan taşra birimlerince cevap verilir.

ç) Kamu Denetçiliği Kurumu tarafından doğrudan Bakanlığımızın bağlı ve ilgili kuruluşlarına gönderilen gönderme kararı, bilgi ve belge isteme, tavsiye kararı, ret kararı, dostane çözüm kararı, incelenemezlik kararı şeklindeki tüm yazılar, bağlı ve ilgili kuruluşlarca koordine edilerek gerekli işlemlerin yapılmasını teminen merkez veya taşra teşkilatına iletilir.

2.Gönderme kararı

a) Gönderme kararları, ilgililerin idari başvuru yollarını tüketmeden Kamu Denetçiliği Kurumuna doğrudan başvuruda bulunması durumunda işleme alınmadan gereği için ilgili idareye yönlendirilen başvurulardır.

b) Gönderme kararları ile karar ekinde yer alan başvurular Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından ilgili merkez veya taşra birimine gönderilir. Gönderilen başvuru ilgili merkez veya taşra birimi tarafından incelenerek öncelikle başvuru sahibine kararda belirtilen süreler içinde doğrudan cevap verilir ve verilen cevap Kamu Denetçiliği Kurumu ile Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü bilgisine gönderilir.

c) Gönderme kararı ekinde yer alan başvurular ile ilgili olarak inceleme yaptırılması gerekiyorsa, ilgili mevzuat ve tarafsızlık ilkesi çerçevesinde gerekli işlemler yürütülür.

3.Bilgi ve belge isteme yazısı

a) Kamu Denetçiliği Kurumu tarafından gönderilen bilgi ve belge isteme yazıları, şikayetçinin idari başvuru yollarını tükettikten sonra Kamu Denetçiliği Kurumuna yaptığı başvurulara ilişkindir. 6328 sayılı Kanunun 18 inci maddesi gereğince Kamu Denetçiliği Kurumundan gelen bilgi ve belge isteme yazıları otuz gün içinde cevaplandırılır. Bu kapsamda Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından gönderilen bilgi ve belge isteme yazıları doğrultusunda ilgili merkez biriminden istenen bilgi ve belgeler, üst yazıda belirtilen süre içinde Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilir.

b) Başvuru ile ilgili olarak taşra birimlerinden bilgi ve belge istenmesi gerektiğinde bunlar ilgili merkez birimi tarafından taşra birimlerinden temin edilerek Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilir.

c) Merkez birimlerinden edinilen bilgi ve belgeler, Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünce değerlendirilerek süresi içinde Kamu Denetçiliği Kurumuna gönderilir. Olası gecikmeler gerekçesi ile birlikte süresi içinde Kamu Denetçiliği Kurumuna bildirilir.

ç) Birden çok birimi ilgilendiren bilgi ve belge isteme yazısı, Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü veya Genel Müdürlüğün ilgili yazı kapsamında belirleyeceği koordinatör birim tarafından cevaplanır.

4. Dostane çözüme davet

Kamu Denetçiliği Kurumunun gönderme kararlarında veya bilgi ve belge isteme yazılarında yer alan dostane çözüme davetlerin, hassasiyetle ve çözüm odaklı değerlendirilmesi gerekmektedir.

5.Tavsiye kararı

a) Merkez veya taşra birimlerini ilgilendiren tavsiye kararları, Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından ilgili merkez veya taşra birimine yönlendirilir. İlgili merkez veya taşra birimi Kamu Denetçiliği Kurumunun tavsiye kararlarında belirtilen tavsiyeler doğrultusunda tesis edilen işleme dair cevabi yazıyı veya tavsiye kararına uyulmaması durumunda gerekçesini içeren cevabi yazıyı süresi içinde Kamu Denetçiliği Kurumuna bildirir, verilen cevap Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü bilgisine gönderilir.

b) Birden çok birimi ilgilendiren tavsiye kararları, Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü veya Genel Müdürlüğün ilgili yazı kapsamında belirleyeceği koordinatör birim tarafından cevaplanır.

6.Ret kararı

Kamu Denetçiliği Kurumunca bilgi vermek için gönderilen ret kararları, dosyasına konulmak üzere Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından ilgili merkez birimine gönderilir. Karar taşra birimini ilgilendiriyor ise ilgili merkez birimi tarafından taşra birimine gönderilir.

7. Diğer hususlar

Merkez ve taşra birimleri kendilerine gelen başvuru sayılarını, başvuruların içeriklerini ve verdikleri yanıtları her yıl aralık ayının son haftasında ekteki tabloya uygun şekilde doldurarak Doküman Yönetim Sistemi (DYS) üzerinden Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne resmi yazı ile bildirir.

Bilgilerini ve yukarıda belirtilen hususlara titizlikle riayet edilmesini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek:
1- Bilgi ve Belge İsteme Yazıları Tablosu (1 Sayfa)
2- Tavsiye Kararı Yazıları Tablosu (1 Sayfa)

Dağıtım:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)
A Planı

8.3.2. Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları Genelgesi (2024/6)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

240360621

Sayı : E-11045126-010.06-
Konu : Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları

GENELGE
2024/6

659 sayılı Genel Bütçe Kapsamındaki Kamu İdareleri ve Özel Bütçeli İdarelerde Hukuk Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Kanun Hükmünde Kararnamenin "Hukuk birimlerinin görevleri" başlıklı 4 üncü maddesinin birinci fıkrasında, hukuk birimlerinin idarelerde muhakemat hizmetleri ile hukuk danışmanlığına ilişkin iş ve işlemleri yürütmekle görevli ve sorumlu oldukları belirtilmiş, aynı maddenin üçüncü fıkrasının (a) bendinde, ***"idare hizmetleriyle ilgili olarak diğer kamu kurum ve kuruluşları tarafından hazırlanan mevzuat taslaklarını ve idare birimleri tarafından hazırlanan mevzuat taslaklarını inceleyip hukuki mütalâasını bildirmek"*** hukuk birimlerinin hukuk danışmanlığı kapsamındaki görevleri arasında sayılmıştır.

Cumhurbaşkanlığı, bakanlıklar, bağlı, ilgili, ilişkili kurum ve kuruluşlar ile diğer kamu kurum ve kuruluşları tarafından hazırlanan mevzuat taslaklarına ilişkin usul ve esaslar, 24/2/2022 tarihli ve 31760 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan **Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik** ile düzenlenmiştir.

Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 5 inci maddesinde, mevzuat taslaklarının kurum ve kuruluşların görevli birimleri tarafından hazırlanacağı, hukuk birimleri dışındaki birimlerce hazırlanan taslaklar için ise hukuk birimleri tarafından görüş verileceği ve yönetmeliğe uygunluk yönünden inceleme yapılacağı belirtilmiştir.

Diğer taraftan, gelişen teknoloji, değişen sosyal ihtiyaçlar, kamu politikalarının revizyonu, üst normlardaki değişiklikler ve yargı kararları, sistematik bir bütünlük arz eden mevzuatın uyumlaştırılmasını, tadilini ve yeni normların ihdasını zorunlu kılmaktadır.

Yukarıda belirtilen mevzuat hükümleri çerçevesinde, iş ve işlemlerin etkin, verimli, süratli ve usul ekonomisine uygun olarak yerine getirilmesi ve bürokrasinin azaltılması önem arz etmektedir. Bu amaçla, mevzuat hazırlama çalışmalarının bütüncül bir bakış açısıyla ve görevlendirilen birim koordinasyonunda yürütülmesi uygun olacaktır.

Bu kapsamda, mevzuat hazırlama çalışmaları aşağıdaki usul ve esaslara göre yürütülecektir:

A- Bakanlık Tarafından Hazırlanan Mevzuat Taslakları

1) İlgili Hizmet Birimlerince:

a) Mevzuatın ilgası, değişikliği veya ihdası ihtiyacı tespit edilir.

b) İhtiyacın tespitiyle birlikte mevzuat hazırlama çalışmalarına esas olmak üzere mevzuatın ilgası, değişikliği veya ihdası gerekliliğini doğuran gerekçeler (üst norm değişikliği, kamu politika değişikliği, yargı kararı vb.), sorunlar ve ihtiyaçları içerir **ön değerlendirme raporu**, gerekli olması halinde **düzenleyici etki analizi raporu** ile bütçe etki formu ve **mevzuat ön taslağı** hazırlanır. Hazırlanan ön taslak ve belgeler, münhasıran hizmet birimi amirince imzalanarak Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilir.

c) Ön değerlendirme raporunun sade, anlaşılır ve ihtiyacın özünü ortaya koyacak mahiyette tanzim edilmesi esastır.

2) Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünce:

a) İnceleme Aşaması

aa) Ön değerlendirme raporu doğrultusunda mevzuatın ilgası, değiştirilmesi veya ihdasının hukukî gerekliliği incelenir. Bu inceleme neticesinde eksik veya düzeltilmesi gereken hususlar bulunduğunun tespit edilmesi halinde gerekçeleri de belirtilmek suretiyle ilgili hizmet birimine yazılı olarak bildirilir.

bb) Mevzuat taslağının hazırlanması işlemlerinde, gerekli görülmesi halinde ilgili hizmet birim/birimleri amirlerinin veya görevlendireceği personelin de katılacağı koordinasyon toplantıları icra edilebilir.

cc) Noksan veya düzeltilmesi gereken bir husus bulunmaması halinde Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik hükümlerine uygun olarak mevzuat taslağı hazırlanır.

b) Görüş Alma Aşaması

aa) Hazırlanan mevzuat taslağı hakkında Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünce belirlenen hizmet birimlerinden görüş istenir. Görüş isteme yazısına genel gerekçe, madde gerekçeleri ile değerlendirme ve mevcut olması halinde düzenleyici etki analizi raporu ile bütçe etki formu eklenir.

bb) Görüş istenen hizmet birimleri, Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünce tayin edilen süreler içinde görüşünü bildirir. Süresinde görüş verilmezse olumlu görüş verilmiş sayılır.

cc) Bağlı ve ilgili kuruluşlar ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarından görüş istenmesi usulünde Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 6 ncı maddesi uygulanır. Görüş alınması işlemleri Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünce koordine edilir.

çç) Görüşler dikkate alınarak taslağa son şekli verilir.

c) Nihaî İşlemler

aa) Resmî Gazete'de yayımlanacak olan mevzuat taslakları, Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Bakanlık Makamına arz edilir. İmzalanmasını müteakiben yayımlanmak üzere Cumhurbaşkanlığına gönderilir.

bb) Resmî Gazete'de yayımlanması gerekmeyen mevzuat taslakları Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından imzaya sunulur. İmzalanmasını müteakiben ilgili hizmet birimlerine intikal ettirilir.

B- Kamu Kurum ve Kuruluşlarından Gelen Mevzuat Taslakları Hakkında Bakanlık Görüşünün Oluşturulması

1) Kamu kurum ve kuruluşlarından gelen mevzuat taslakları, Genel Evrak Birimi tarafından doğrudan Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne intikal ettirilir.

2) Mevzuat taslağı farklı bir birime gönderilmiş ise bu birim tarafından taslak, birim görüşü de eklenmek suretiyle gecikmeksizin Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilir.

3) Bakanlık görüşünün oluşturulması ve bildirilmesine yönelik işlemler Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinasyonunda yürütülür.

4) Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünce taslak hakkında ilgili hizmet birimleri ile bağlı ve ilgili kuruluşlar tespit edilerek görüşleri istenir.

5) Görüş talep yazılarında görüşlerin bildirilmesi gereken süre açıkça yazılır ve toplantıya lüzum görülmesi halinde, toplantı yeri, tarihi ve saati de ayrıca bildirilir.

C- Çeşitli ve Son Hükümler

1) Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünce mevzuat çalışması yapılması gerekliliğinin re'sen tespit edilmesi halinde, bu durum bu Genelgenin A/1 maddesine göre işlem tesis edilmek üzere hizmet birimlerine ve gereği için bağlı ve ilgili kuruluşlara bildirilir.

2) Bakanlık taşra teşkilatı tarafından mevzuat değişikliği yapılmasına ilişkin teklifler değerlendirilmek üzere doğrudan ilgili hizmet birimine gönderilir. İlgili hizmet birimi tarafından bu Genelgenin A/1 maddesine göre işlem tesis edilir.

3) Bu Genelge'nin uygulanmasından doğacak tereddütleri gidermeye Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü yetkilidir.

4) 19.11.2013 tarihli ve 23961 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan Mevzuat Hazırlanması ve Mevzuat Taslakları Hakkında Görüş Bildirilmesine İlişkin Usûl ve Esaslar yürürlükten kaldırılmıştır.

Yukarıda belirtilen hususlar çerçevesinde gerekli tedbirlerin alınması ve uygulamada herhangi bir aksaklığa mahal verilmemesi hususunda bilgilerini ve gereğini önemle rica ederim.

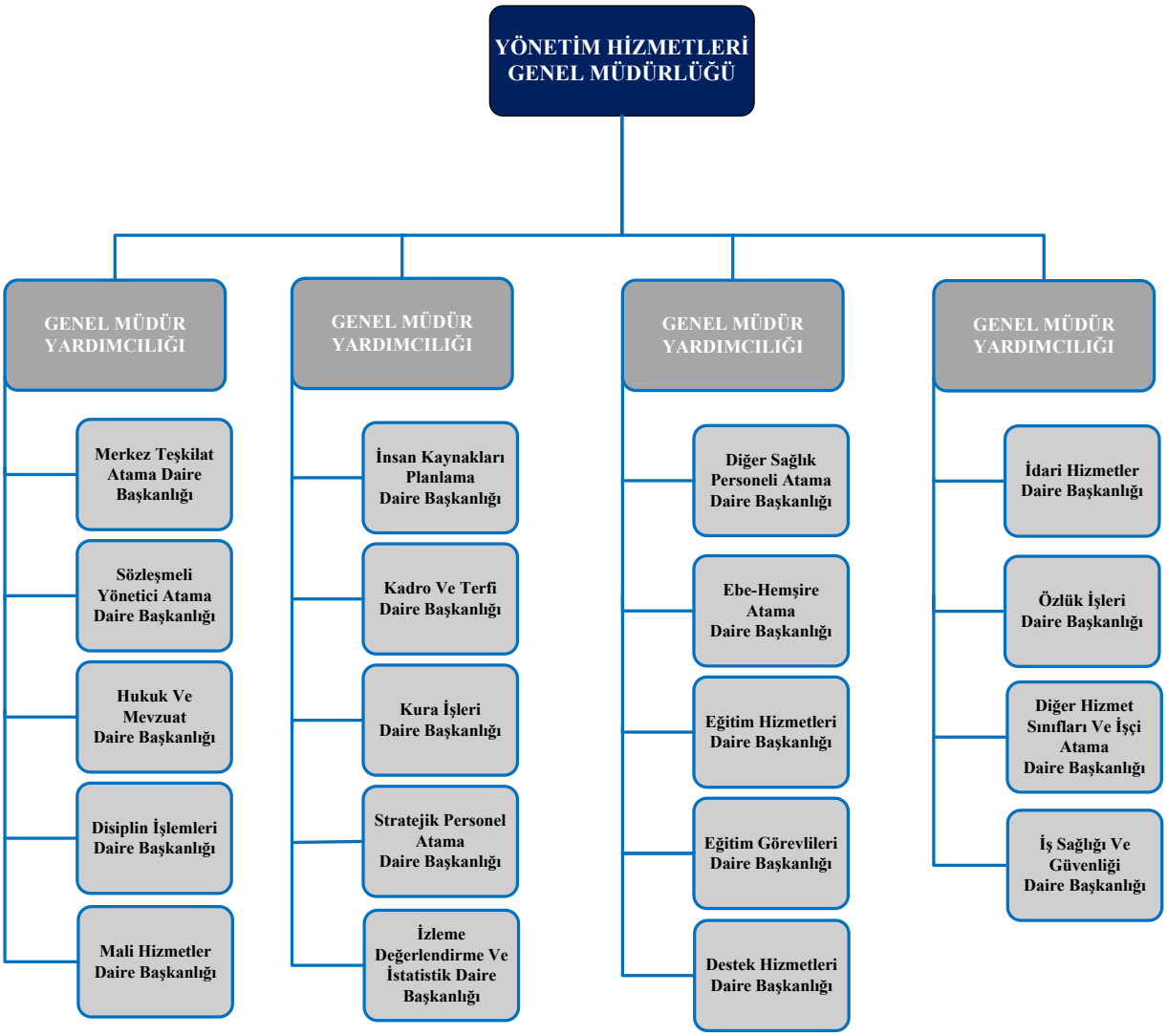
Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

9 YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

9. YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

9.1. TEŞKİLAT ŞEMASI



Şekil 10: Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması

Kurumsal Web Adresi	Kurumsal e-posta Adresi	Kurumsal Telefon
https://yhgm.saglik.gov.tr	yhgm.ozelburo@saglik.gov.tr	0 312 538 16 01

9.2. YÖNERGELER

9.2.1.Sağlık Bakanlığı İzin Yönergesi

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
27.03.2025 17:12:06 E-11045126-010.04-272592613
272592613

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Sağlık Bakanlığı İzin Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında görevli personelin izinleri ve bu izinlerin kullanımıyla ilgili olarak; 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanun ve yönetmelikler doğrultusunda hareket edilmesini sağlamak, bürokrasiyi azaltmak, görev, yetki ve sorumluluk dağılımında denge kurmak ve birlikteliği temin ederek uygulama farklılıklarını ortadan kaldırmak amacıyla yeni bir düzenleme getirilmesi ve 9.01.1995 tarihli ve B.100.PER-01-300-21/00100 sayılı Sağlık Bakanlığı İzin Yönergesinin ilga edilmesi ihtiyacı hasıl olmuştur.

Bu kapsamda hazırlanan ve ilişikte sunulan Sağlık Bakanlığı İzin Yönergesinin yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2025

Hüseyin Kürşat KIRBIYIK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2025

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: Sağlık Bakanlığı İzin Yönergesi (13 sayfa)

SAĞLIK BAKANLIĞI İZİN YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Başlangıç Hükümleri

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında görev yapan devlet memurlarının izinlerinin kullanılmasına, izinlerin verilmesine ve izin vermeye yetkili makamların belirlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4 üncü maddesinin (A) bendi kapsamında görev yapan devlet memurlarını kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 657 sayılı Kanun, 29/10/2011 tarihli ve 28099 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları ile Hastalık ve Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik, 1/2/1974 tarihli ve 14786 sayılı Yetiştirilmek Amacıyla Yurt Dışına Gönderilecek Devlet Memurları Hakkında Yönetmelik ve 13/4/2016 tarihli ve 29683 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 6 Seri No'lu Kamu Personeli Genel Tebliği hükümlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakan: Sağlık Bakanını,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) e-Rapor Sistemi: Sağlık raporlarının elektronik olarak düzenlenebildiği ve e-imza ile onaylanabildiği Bakanlık tarafından kurulan elektronik sistemi,

ç) Hastalık raporu: Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları ile Hastalık ve Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre düzenlenen belgeyi,

d) İzin: Memurun bu Yönerge kapsamında görevinden geçici olarak ayrılmasını,

e) Memuriyet mahalli: Memurun görevli olduğu kurumun bulunduğu yerleşim yerini,

f) Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü,

g) Sağlık kurulu: Tek tabibin yetkisi dışında kalan hususlarda veya mevzuatta sağlık kurulu raporu öngörüldüğü hâllerde, ilgili dal uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık dalına en yakın uzmanlık dalından olmak üzere en az üç uzman tabipten oluşturulacak kurulu,

ğ) Sağlık kurulu raporu: Mevzuatta sağlık kurulu raporu öngörüldüğü hâllerde sağlık kurulunca verilen raporu,

h) Sağlık izni: Hizmetleri sırasında iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları ile çalışan personele her yıl yıllık izinlerine ilaveten ilgili mevzuatı gereği verilen izni,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
İzinler, İzinlerin Kullanılması ve Yetkili Amirler

İzin vermeye yetkili amirler

MADDE 5- (1) Bu Yönerge kapsamında izin vermeye yetkili amirler, Sağlık Bakanlığı Disiplin Amirleri Yönetmeliğinde tanımlanan amirlerdir.

Amirin takdir yetkisi

MADDE 6- (1) Yıllık izin memurun isteği üzerine 5 inci maddede belirtilen amirler tarafından verilir. Amirler bu yetkilerini, görevin aksamamasını ve memurların isteklerini birlikte göz önünde bulundurarak açıklık ve eşitlik ilkeleri çerçevesinde memurların yıllık izin zamanını planlayarak kullanırlar.

Yıllık iznin sınırlandırılması

MADDE 7- (1) Yıllık izinlerin kullanılmasında amire verilen takdir yetkisi, izin kullanılmasına ilişkin olup amir, personele kanunla verilen izinleri ortadan kaldıracak biçimde bu yetkisini genişletemez.

(2) Olağanüstü hâller sebebiyle izinlerin kullanılması Bakanlıkça durdurulmadığı sürece her takvim yılının ilk çalışma gününden itibaren hiçbir talimat ve düzenlemeye gerek kalmaksızın yıllık izin kullanılmasına müsaade edilir.

Yıllık izin süreleri

MADDE 8- (1) Devlet Memurlarının yıllık izin süresi, hizmeti 1 yıldan 10 yıla kadar (10 yıl dahil) olanlar için 20 gün, hizmeti 10 yıldan fazla olanlar için 30 gündür. Memura verilecek yıllık izin süresinin hesabında, hangi statüde olursa olsun kamu kurumlarında geçen hizmet süreleri, kamu kurum ve kuruluşlarında geçmese dahi devlet memurlarının kazanılmış hak aylıklarında değerlendirilen hizmet süreleri dikkate alınır.

Yıllık izinlerin kullanılması

MADDE 9- (1) Yıllık izinler, amirin uygun bulacağı zamanlarda toptan veya ihtiyaca göre kısım kısım kullanılabilir. Birbirini izleyen iki yılın izni bir arada verilebilir. Cari yıl ile bir önceki yıl hariç, önceki yıllara ait kullanılmayan izin hakları düşer.

(2) Birbirini izleyen iki yılın izni, içinde bulunulan yılda aynı usulle kullanılabilir. Bir önceki yıldan devreden izin ile içinde bulunulan yıla ait izin toplamının kısmen veya toptan kullanılamaması halinde, sadece içinde bulunulan yıl iznine denk olan kısmı bir sonraki yılda kullanılabilir. Bu şekilde yıl içinde kullanılan izinler öncelikle bir önceki yıldan devreden izin süresinden düşer.

(3) Memurluğa yeniden açıktan ve kurumlar arası atananlara, göreve başladıkları yılın yıllık izni aynı usulle kullandırılır.

(4) Aday memurlardan izin süresinin hesabında değerlendirilecek süreler bakımından bir yıllık hizmet süresini dolduranlara yıllık izin verilir.

(5) Memurlara, gelecek yılın izninden düşülmek üzere yıllık izin verilemez.

(6) Yıllık iznin kullanımında izin süresinin içinde kalan cumartesi ve pazar günleri de izin süresinden sayılır. Yıllık iznin pazartesi günü kesilerek başlanması hâlinde cumartesi ve pazar günleri de yıllık izin süresinden sayılır. Pazartesi gününden başlayarak 5 gün yıllık izin alarak cumartesi günü göreve başlayacak olan memurların tekrar pazartesi gününden yıllık izin almak istemesi hâlinde arada kalan cumartesi ve pazar günleri yıllık izin süresinden sayılır. 5 gün yıllık izin alınması hâlinde yıllık izin içinde kalmayan cumartesi ve pazar günleri yıllık izin süresine dahil edilmez.

(7) Yıllık izin verilirken yıllık izin süreleri içinde kalan ve mesai günlerine denk gelen ulusal bayram ve genel tatil günleri ile yetkili makamlarca idari izinli sayılan süreler yıllık izne dahil edilmez.

(8) Yıllık izin verildikten sonra yetkili makamlarca idari izinli sayılan sürelerin yıllık izin süreleri içinde kalması ve mesai günlerine denk gelmesi hâlinde bu süreler yıllık izin süresinden düşülür ve daha sonra amir tarafından uygun görülen zamanlarda ilgili memura 657 sayılı Kanunun 103 üncü maddesine göre kullandırılır.

(9) İzinlerin yurt dışında geçirilecek olması hâlinde ayrıca bir onaya gerek bulunmaksızın, hizmetlerin aksamaması ve sürekliliğin sağlanması açısından memura istenildiğinde ulaşılabilmesine imkan sağlayacak şekilde iznin geçirileceği yere ilişkin bilgiler ile iletişim bilgileri izin talebinde bulunurken belirtilir.

(10) Askerlik hizmeti, 657 sayılı Kanunun 102 nci maddesinde aranan yıllık izin süresi hesabından sayılır.

(11) Açığa alındıktan veya kamu görevinden çıkarıldıktan sonra mali ve sosyal hakları verilerek görevine iade edilen memura 657 sayılı Kanunun 103 üncü maddesine göre izinleri tanımlanır.

(12) Aylıksız izinli olan memur göreve başlamadan yıllık izin talebinde bulunamaz.

İzinli memurların göreve çağrılması

MADDE 10- (1) Yıllık iznini kullanmakta olan memurlardan hizmetine ihtiyaç duyulanlar, izin vermeye yetkili amirler veya üst amirlerce yazılı veya kayıt altına alınmak şartıyla sözlü olarak göreve çağrılabilir. Bu durumda memurun zorunlu hâller dışında en geç 2 iş günü içinde görevine dönmesi zorunludur.

Analık izni, süresi ve kullanımı

MADDE 11- (1) Memura beklenen doğum tarihinden önce 8 hafta ve doğum yapmasından sonra 8 hafta olmak üzere toplam 16 hafta süreyle analık izni verilir.

(2) Çoğul gebeliklerde (ikiz, üçüz, ...) doğum öncesi 8 haftalık analık izni süresine 2 haftalık bir süre daha ilave edilir.

(3) Analık izni kesintisiz olarak kullanılır.

Doğum sonrası analık izni süresine eklenebilecek süreler

MADDE 12- (1) Memur, sağlık durumunun çalışmaya uygun olduğunu tabip raporu ile belgelendirmesi kaydıyla, isteği üzerine beklenen doğum tarihinden önceki 3 haftaya kadar kurumunda çalışabilir.

(2) Beklenen doğum tarihinden önceki 3 haftaya kadar kurumunda çalışmaya devam etmek isteyen memur, sağlık durumunun çalışmaya uygun olduğuna dair tabip raporunu, doğum öncesi analık izin süresinin başlangıcında kurumuna iletir.

(3) Memura beklenen doğum tarihinden önceki 3 haftaya kadar sağlık durumunun çalışmaya uygun olduğuna dair verilen tabip raporu, Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli veya sözleşmesiz bir sağlık hizmeti sunucusundan alınabilir.

(4) Memurun sadece tabip raporuna dayanarak doğumdan önce kurumunda fiilen çalıştığı süreler doğum sonrası analık izni süresine eklenir. Sağlık durumunun çalışmaya uygun olduğunu tabip raporu ile belgelendirmeden bu süre içinde kurumunda çalışmaya devam eden memurun fiilen çalıştığı süreler doğum sonrası analık izni süresine eklenmez.

(5) Beklenen doğum tarihinden önceki 3 haftaya kadar kurumunda çalışabileceği tabip raporuyla onaylanan memur, bu süre içinde kanuni izinlerini (hastalık izni, mazeret izni, yıllık izin ve benzeri) kullanabilir. Ancak bu kanuni izin süreleri doğum sonrası analık izni süresine ilave edilmez.

(6) Her hâl ve şartta memurun beklenen doğum tarihinden önceki 3 hafta içinde kurumunda çalışması mümkün değildir.

Erken doğum hâlinde analık izni

MADDE 13- (1) Beklenen doğum tarihinden önce doğum yapan memurun, doğum yapmadan önce kullanamadığı doğum öncesi analık izni süresi, doğum sonrası analık izni süresine ilave edilir.

(2) Beklenen doğum tarihinden önce 8 hafta süreli analık iznine (çoğul gebeliklerde 10 hafta süreli analık iznine) ayrılan ve bu süre içinde erken doğum yapan memurun, erken doğum

sebebiyle kullanamadığı doğum öncesi analık izni süresi, doğum sonrası analık izni süresine ilave edilir.

(3) Beklenen doğum tarihinden önceki 3 haftaya kadar kurumunda fiilen çalışan kadın memurun, son 3 haftalık doğum öncesi analık izni süresi içinde erken doğum yapması hâlinde doğum öncesinde kullanamadığı analık izni süresi, kurumunda fiilen çalışarak geçirdiği süreler ile birlikte, doğum sonrası analık izni süresine ilave edilir.

(4) Beklenen doğum tarihinden 8 hafta öncesinde doğum öncesi analık iznine (çoğul gebeliklerde 10 haftalık analık iznine) ayrılmayarak, sağlık durumunun çalışmaya uygun olduğuna dair tabip raporu almak suretiyle kurumunda fiilen çalışmaya devam eden kadın memurun, bu süre içinde erken doğum yapması hâlinde, erken doğum sebebiyle kullanamadığı doğum öncesi analık izni süresi ile birlikte kurumunda fiilen çalışarak geçirdiği süreler doğum sonrası analık izni süresine ilave edilir.

(5) Doğum öncesi analık izninin başlaması gereken tarihten (tekil gebeliklerde 32 nci haftadan - çoğul gebeliklerde ise 30 uncu haftadan) önce gerçekleşen doğumlarda, erken doğum sebebiyle kullanılamayan 8 haftalık doğum öncesi analık izni süresi ile birlikte doğum tarihinden doğum öncesi analık izninin başlaması gereken tarihe kadarki süre, doğum sonrası analık izni süresine ilave edilir.

Geç doğum, ölü doğum ve annenin ölümü hâllerinde analık izni

MADDE 14- (1) Doğumun beklenen tarihten sonra gerçekleşmesi hâlinde, fazladan geçen süreler doğum sonrası analık izni süresinden düşülmez.

(2) Ölü doğum yapan memur, sağ doğum yapan memura verilen doğum öncesi ve doğum sonrası analık izninden aynı şekilde yararlandırılır.

(3) Memurun düşük mü yoksa ölü doğum mu yaptığı hususunda tabip tarafından verilen rapora göre karar verilir.

(4) Doğum esnasında veya doğum sonrasında analık izni kullanılırken annenin ölümü hâlinde, isteği üzerine memur olan babaya anne için öngörülen süre kadar izin verilir.

Aylıksız izinde doğum yapan memurun analık izni

MADDE 15- (1) İlgili mevzuat gereğince aylıksız izin kullanmakta olan gebe memura, isteği hâlinde aylıksız izninin kesilmesi suretiyle göreve başlama şartı aranmaksızın, doğum öncesi ve doğum sonrası analık izni verilir.

Analık izin süresi içinde devlet memurluğuna atanma hâlinde verilecek analık izni

MADDE 16- (1) Beklenen doğum tarihinden önceki 8 haftalık süre (çoğul gebeliklerde 10 haftalık süre) içinde devlet memurluğuna ataması yapılan kişiye, göreve başlaması kaydıyla doğum öncesi analık izni süresinin kalan kısmı ile doğum sonrası analık izni kullandırılır.

(2) Doğumdan sonraki 8 haftalık süre içinde devlet memurluğuna ataması yapılan kişiye, göreve başlaması kaydıyla sadece 8 haftalık doğum sonrası analık izni süresinin kalan kısmı kullandırılır.

Süt izni süresi ve talebi

MADDE 17- (1) Memur, doğum sonrası analık izni süresi bitiminden itibaren yarım gün izin hakkından mı yoksa süt izninden mi yararlanmak istediğini çalıştığı kurumuna dilekçe ile bildirir.

(2) Memura, tekil ya da çoğul doğum fark etmeksizin doğum sonrası analık izni süresinin bitim tarihinden itibaren ilk 6 ayda günde üç saat, ikinci 6 ayda günde bir buçuk saat süt izni verilir.

Süt izninin kullanımı

MADDE 18- (1) Süt izninden sadece kadın memur yararlanır. Süt izninin hangi saatler arasında ve günde kaç kez kullanılacağı memur tarafından belirlenir.

(2) Memur, süt izninden ve 657 sayılı Kanunun 104 üncü maddesinin (F) fıkrasında yer alan yarım gün izin hakkından aynı anda yararlanamaz.

(3) Süt izninin, memurun çocuğunu emzirmesi için günlük olarak kullanması gereken bir izin hakkı olması sebebiyle bu izin birleştirilerek sonraki günlerde kullanılamaz.

(4) Süt iznini kullanmakta iken çocuğun ölümü hâlinde memur bu iznin kalan süresini kullanamaz.

(5) Doğum sonrası analık izninin bitiminden itibaren yarım gün izin kullanmayı tercih eden memur, yarım gün izin hakkından faydalanmayı bırakıp süt izni kullanmayı talep etmesi hâlinde süt izni süresinin kalan kısmı kadar bu izinden yararlandırılır.

(6) Doğum sonrası analık izni süresi bitiminden itibaren yarım gün izin hakkını kullanmayı talep eden ve bu haktan yararlanma süresi biten memur, süt izni süresinin kalan kısmı kadar bu izinden yararlandırılır.

(7) Devlet memurluğuna atanmadan önce doğum yapan memur, doğumdan sonra 8 haftalık sürenin bitiminden itibaren süt izni süresinin kalan kısmı kadar bu izinden faydalanır.

Yarım gün izin süresi ve kullanımı

MADDE 19- (1) Yarım gün izin hakkından sadece kadın memur yararlanır. Doğum sonrası analık izni süresi bitiminden itibaren yarım gün iznin kullanımı memurun dilekçe vererek talepte bulunmasına bağlıdır. Söz konusu talep, çocuğun hayatta olması kaydıyla kurumca yerine getirilir.

(2) Memurun yarım gün izin süresi, doğum sonrası analık izninin bitiminden itibaren birinci doğumda 2 ay, ikinci doğumda 4 ay, sonraki doğumlarda ise 6 aydır. Çoğul (ikiz, üçüz, ...) doğumlarda yarım gün izin süresine birer ay ilave edilir.

(3) Yarım gün izin süresinin tespitinde memurun yaşayan çocuğunun sayısı değil doğum yapması (ölü doğum dahil) esas alınır.

(4) Yarım gün izin hakkından yararlanan memura ayrıca süt izni verilmez.

(5) Yarım gün izin hakkını kullanmakta iken çocuğun ölümü hâlinde memur bu iznin kalan süresini kullanamaz.

(6) Memurun çalışacağı sürelerin başlangıç ve bitiş saati kurumu tarafından belirlenir. Yarım gün izin hakkından yararlanan memurun günlük çalışma süresi, 657 sayılı Kanunun 100 üncü maddesi uyarınca belirlenen günlük çalışma süresinin yarısı kadardır.

(7) Günün 24 saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde görev yapan ve yarım gün izin hakkından yararlanan memurun çalışma şekli, haftalık 20 saatlik çalışma süresinin dikkate alınması suretiyle kurumlarınca düzenlenir.

(8) Çocuğun engelli doğması hâlinde yarım gün izin süresi doğum sonrası analık izni süresinin bitiminden itibaren 12 aydır. Doğumdan sonraki 12 ay içinde çocuğun engellilik durumunun tespiti hâlinde memurun yarım gün izin süresi, doğum sonrası analık izni süresinin bitiminden itibaren 12 aylık sürenin kalan kısmı kadardır.

(9) Doğum sonrası analık izni süresinin bitiminden itibaren süt iznini kullanmayı tercih eden memur, süt izninin kesilerek yarım gün izin hakkını talep etmesi hâlinde yarım gün izin süresinin kalan kısmı kadar bu izin hakkından yararlandırılır.

(10) Doğum yaptıktan sonra devlet memurluğuna ataması yapılan kişi, çocuğunun hayatta olması kaydıyla yarım gün izin hakkını talep edebilir. Ancak, bu memurun yarım gün izin süresi, doğum sonrası 8 haftalık sürenin bitiminden itibaren birinci doğumda 2 ay, ikinci doğumda 4 ay, sonraki doğumlarda ise 6 aylık sürenin kalan kısmı kadardır.

Evlat edinme hâlinde verilecek izinler

MADDE 20- (1) Evlat edinme sebebiyle izin haklarından kadın veya erkek memur ayrımı gözetilmeksizin;

a) Üç yaşını doldurmamış bir çocuğu eşiyle birlikte evlat edinen memur,

b) Üç yaşını doldurmamış bir çocuğu, münferit olarak evlat edinen bekâr veya evli memur,

c) Memur olmayan eşin üç yaşını doldurmamış bir çocuğu münferit olarak evlat edinmesi hâlinde memur olan eşleri,

bu izin hakkından yararlanır.

(2) Evlat edinme hâlinde verilen iznin başlangıç tarihi çocuğun teslim edildiği tarihtir. Ancak, evlatlık kararı verilmeden önce çocuk fiilen teslim edilmiş ise iznin başlangıç tarihi çocuğun fiilen teslim edildiği tarihtir.

(3) Her iki eşin de memur olması ve üç yaşını doldurmamış bir çocuğun birlikte evlat edinilmesi hâlinde bu izin hakkından her iki eş de yararlanır.

(4) Evlat edinilen çocuğun teslim edildiği tarihten itibaren 8 haftalık süre içinde devlet memurluğuna ataması yapılan kişiye, göreve başlaması kaydıyla 8 haftalık izin süresinin kalan kısmı kadar izin kullandırılır.

(5) Evlat edinmelerde, 657 sayılı Kanunun 104 üncü maddesinin (A) fıkrası uyarınca verilen 8 haftalık izin süresinin bitiminden itibaren yarım gün iznin kullanımı memurun dilekçe vererek talepte bulunmasına bağlıdır. Söz konusu talep, çocuğun hayatta olması kaydıyla kurumunca yerine getirilir.

(6) Evlat edinme sebebiyle yarım gün izin talep eden memur, bu haktan doğum yapan memurun yarım gün izin kullanmasına ilişkin esaslar çerçevesinde yararlanır.

(7) Her iki eşin de memur olması ve üç yaşını doldurmamış bir çocuğun birlikte evlat edinilmesi hâlinde yarım gün izin hakkından istekleri hâlinde her iki eş de faydalanır.

(8) Yarım gün izin süresi, evlat edinilen çocuğun evlat edinen kişinin kaçıncı çocuğu olduğu dikkate alınarak belirlenir. Çocuk sayısının tespitinde öz veya evlatlık ayrımı gözetilmez.

(9) Memurun çalışacağı süreler ilgili kurum tarafından belirlenir.

Mazeret izinleri

MADDE 21- (1) Memura, eşinin doğum yapması hâlinde isteği üzerine doğum tarihinden itibaren 10 gün babalık izni verilir.

(2) Memura isteği üzerine kendisinin veya çocuğunun evlenmesi hâlinde resmi nikâh tarihinden, düğünün resmi nikâhtan sonra yapılması durumunda ise memurun tercihi göz önünde bulundurularak resmi nikâh veya düğün tarihinden itibaren 7 gün izin verilir.

(3) Memura, isteği üzerine eşinin, çocuğunun, kendisinin veya eşinin ana, baba veya kardeşinin ölümü hâlinde ölüm tarihinden itibaren 7 gün izin verilir.

(4) Yukarıdaki fıkralarda sayılan mazeret izinleri kesintisiz olarak kullanılır, kısım kısım kullanılamaz.

(5) Memurlara, en az yüzde 70 oranında engelli ya da süreğen hastalığı olan çocuğunun (çocuğun evli olması durumunda eşinin de en az yüzde 70 oranında engelli olması kaydıyla) hastalanması hâlinde hastalık raporuna dayalı olarak ana veya babadan sadece biri tarafından kullanılması kaydıyla bir yıl içinde toptan veya bölümler hâlinde 10 güne kadar mazeret izni verilir.

(6) Ulusal düzeyde kabul edilen 10-16 Mayıs Engelliler Haftası'nın ilk günü ile 3 Aralık Dünya Engelliler Günü'nde, engellilere yönelik faaliyet gösteren konfederasyon, bağlı federasyonlar ve derneklerin kamu görevlisi olan yönetim kurulu üyeleri ile kamuda görev yapan tüm engelliler idari izinli sayılır.

(7) 657 sayılı Kanunun 104 üncü maddesinin (A) ve (B) fıkralarında belirtilen haller dışında, merkezde atamaya yetkili amir, ilde vali, ilçede kaymakam ve yurt dışında diplomatik

misyon şefi tarafından, birim amirinin muvafakati ile bir yıl içinde toptan veya bölümler hâlinde, mazeretleri sebebiyle memurlara 10 gün izin verilebilir. Zaruret hâlinde aynı usulle 10 gün daha mazeret izni verilebilir. Bu takdirde ikinci kez verilen bu izin, yıllık izinden düşülür.

Hastalık izni

MADDE 22- (1) Memura, verilecek raporda açıklanan lüzum üzerine kanser, verem ve akıl hastalığı gibi uzun süreli bir tedaviye ihtiyaç gösteren hastalığı halinde 18 aya kadar, diğer hastalık hâllerinde ise 12 aya kadar hastalık izni verilir. Azami izin sürelerinin hesabında, aynı hastalığa bağlı olarak fasılalarla kullanılan hastalık izinleri de iki izin arasında geçen sürenin bir yıldan az olması kaydıyla dikkate alınır.

(2) İzin süresinin sonunda, hastalığının devam ettiği Sağlık Bakanlığı e-Rapor Sisteminde yer alan rapor formatı dikkate alınarak sağlık kurulu raporu ile tespit edilen memurun izni, birinci fıkrada belirtilen süreler kadar uzatılır. Bu sürenin sonunda da iyileşemeyen memur hakkında emeklilik hükümleri uygulanır. Memurun, hastalığı sebebiyle yataklı tedavi kurumunda yatarak gördüğü tedavi süreleri, birinci fıkrada belirtilen hastalık iznine ait sürenin hesabında dikkate alınır.

(3) Görevi sırasında veya görevinden dolayı bir kazaya veya saldırıya uğrayan veya bir meslek hastalığına tutulan memur, iyileşinceye kadar izinli sayılır.

(4) Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları ile Hastalık ve Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik ve 30/9/2019 tarihli ve E-23642684-010.04-1618 sayılı Bakanlık Makam Oluru ile yürürlüğe konulan Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge kapsamında, Sağlık Bakanlığı e-Rapor Sisteminde yer alan rapor formatı dikkate alınarak, memurlara tek hekim raporu ile bir defada en çok 10 gün rapor verilebilir. Raporda kontrol muayenesi öngörülmüş ise kontrol muayenesi sonrasında tek hekim tarafından en çok 10 gün daha rapor verilebilir.

(5) Kontrol muayenesi sonrası hastalığın devam etmesi sebebiyle verilecek hastalık raporlarının 10 günü aşması durumunda, bu raporun sağlık kurulunca verilmesi zorunludur. Ancak o yerde sağlık kurulu bulunan Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli bir sağlık hizmet sunucusu bulunmaması ve hastanın tıbbî sebeplerle sağlık kurulu bulunan Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli sağlık hizmet sunucusuna nakline imkan bulunmaması hâlinde tek hekim en çok 10 gün daha hastalık raporu düzenleyebilir. Raporda nakle engel olan tıbbî sebeplerin hekim tarafından belirtilmesi zorunludur. Bu şekilde tek hekim tarafından düzenlenen hastalık raporlarının geçerli sayılabilmesi için, bunların il sağlık müdürlüğünün belirleyeceği sağlık kurullarınca onaylanması şarttır.

(6) Memurlara bir takvim yılı içinde tek hekim tarafından verilecek raporların toplamı 40 günü geçemez. Bu süreyi geçen hastalık raporları sağlık kurulunca verilir. Tek hekimlerin değişik tarihlerde düzenledikleri hastalık raporlarında gösterdikleri zorunluluk üzerine yıl içinde toplam 40 gün hastalık izni kullanan memurların, o yıl içinde bu süreyi aşacak şekilde tek hekimlerden aldıkları ilk ve müteakip raporların geçerli sayılabilmesi için bunların resmî sağlık kurullarınca onaylanması gereklidir.

(7) Aile hekimi ve kurum tabiplerinin vereceği raporlarda tek hekim raporu kapsamında değerlendirilir.

(8) Yurt dışında tek hekim veya sağlık kurulları, ilgili ülkenin mahallî mevzuatında tespit edilmiş süreler dâhilinde hastalık raporu düzenleyebilirler. Ancak bu şekilde alınan raporlara dayalı olarak birinci fıkradaki süreler dâhilinde hastalık izni verilebilmesi için raporun ve raporda belirtilen sürelerin o ülke mevzuatına uygunluğunun dış temsilciliklerce onaylanması zorunludur.

Refakat izni

MADDE 23- (1) Memurun, bakmakla yükümlü olduğu ana, baba, eş ve çocuklarından birinin veya bakmakla yükümlü olmamakla birlikte refakat edilmediği takdirde hayatı tehlikeye girecek olan ana, baba, eş ve çocukları ile kardeşlerinden birinin ağır bir kaza geçirdiğini ya da tedavisi uzun süren bir hastalığı bulunduğunu Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge kapsamında e-Rapor Sisteminde yer alan rapor formatı dikkate alınarak belgelendirmesi koşuluyla aylık ve özlük hakları korunarak, 3 aya kadar izin verilir. Gerekirse bu süre bir katına kadar uzatılır.

(2) Birinci fıkra kapsamında düzenlenecek ve refakat sebebiyle izin verilmesine esas teşkil edecek sağlık kurulu raporunda refakati gerektiren tıbbî sebepler, refakat edilmediği takdirde hayatî tehlike bulunup bulunmadığı, sürekli ve yakın bakım gerekip gerekmediği, 3 ayı geçmeyecek şekilde refakat süresi ve varsa refakatçinin sahip olması gereken özel nitelikler yer alır. Gerekli görülmesi hâlinde 3 aylık süre aynı koşullarda bir katına kadar uzatılır.

(3) Aynı kişiyle ilgili olarak aynı dönemde birden fazla memur refakat izni kullanamaz.

(4) Aynı kişi ve aynı vakaya dayalı olarak verilecek refakat izninin toplam süresi 6 ayı geçemez.

(5) Refakat sebebiyle izin verilmesine esas teşkil edecek sağlık kurulu raporunda refakatçinin adı ve soyadının yazılması zorunlu değildir.

(6) İzin süresi içinde refakati gerektiren durumun ortadan kalkması hâlinde memur iznin bitmesini beklemeksizin göreve başlar. Bu durumda veya izin süresinin bitiminde göreve başlamayan memurlar, izinsiz ve özürsüz olarak görevlerini terk etmiş sayılarak haklarında 657 sayılı Kanun ve özel kanunların ilgili hükümlerine göre işlem yapılır.

(7) Bu fıkraya göre verilecek izin, memurun isteği üzerine 5 inci maddede belirtilen amirler tarafından verilir.

Hastalık raporlarının hastalık iznine çevrilmesi

MADDE 24- (1) Hastalık raporlarının hastalık iznine çevrilebilmesi için;

a) Memurların hastalık raporları, ilgili mevzuatında belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde kendilerini tedavi eden kurum tabipliği, aile hekimliği veya Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenmelidir.

b) Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmesi bulunmayan sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilen ve istirahat süresi 10 günü geçmeyen raporlar, Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu hekimi tarafından, istirahat süresi 10 günü aşan raporlar ise Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulunca onanmalıdır.

c) Yurt dışında sürekli görevli memurlar ile geçici görevle veya bilgi ve görgüsünü artırmak, staj yapmak gibi sebeplerle yurt dışına gönderilen ya da yıllık izinlerini yurt dışında kullanırken hastalanan memurların hastalık raporları, ilgili ülkenin mahallî mevzuatına göre düzenlenmiş olmalıdır.

ç) Hastalık raporları, geçici görev ve kanunî izinlerin kullanılması durumu ile acil vakalar hariç, memuriyet mahallindeki veya hastanın sevkinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucularından alınmalıdır.

(2) Hastalık raporlarının aslının veya bir örneğinin en geç raporun düzenlendiği günü takip eden günün mesai saati bitimine kadar Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge kapsamında e-Rapor Sisteminde yer alan rapor formatı dikkate alınarak bağlı olunan disiplin amirine intikal ettirilmesi; örneği gönderilmiş ise, rapor süresi sonunda raporun aslının teslim edilmesi zorunludur. Yıllık iznini yurt dışında geçiren memurların aldıkları hastalık raporları, dış temsilciliklerce onaylanmalarını müteakip en geç izin bitim tarihinde disiplin amirlerine intikal ettirilir.

(3) Bu Yönerge ile tespit edilen usul ve esaslara uyulmaksızın alınan hastalık raporlarına dayanılarak hastalık izni verilemez. Hastalık raporlarının bu Yönerge ile tespit edilen usul ve esaslara uygun olmaması hâlinde bu durum memura yazılı olarak bildirilir. Bu bildirim üzerine memur, bildirimin yapıldığı günü takip eden gün göreve gelmekle yükümlüdür. Bildirim yapıldığı hâlde görevlerine başlamayan memurlar izinsiz ve özürsüz olarak görevlerini terk etmiş sayılarak haklarında 657 sayılı Kanun ve özel kanunların ilgili hükümleri uyarınca işlem yapılır.

(4) Hastalık raporlarının fenne aykırı olduğu konusunda tereddüt bulunması hâlinde memur, hastalık izni kullanıyor sayılmakla birlikte Bakanlıkça belirlenen ve memurun bulunduğu yere yakın bir hakem hastaneye sevk edilir ve sonucuna göre işlem yapılır.

(5) Hastalık raporlarının fenne aykırı olması hâlinde;

a) Memura hastalık raporunun fenne aykırı olması sebebiyle raporunun hastalık iznine çevrilmediği ve görevine başlaması gerektiğine ilişkin yazılı bildirim yapılır.

b) Yazılı bildirim yapılmasına rağmen memurun bildirimin yapıldığı günü takip eden gün görevine başlamaması hâlinde söz konusu memur izinsiz ve özürsüz olarak görevini terk etmiş sayılır ve hakkında 657 sayılı Kanun ve özel kanunların ilgili hükümleri uyarınca işlem yapılır.

(6) Memurlara hastalık raporlarında gösterilen süreler kadar hastalık izni verilir.

(7) Hastalık izni beşinci maddede belirtilen amirler tarafından verilir. Ancak, geçici görev veya vekâlet sebebiyle diğer kurumlarda görevli memurlara görev yaptıkları kurumların izin vermeye yetkili amirlerince, yurt dışında geçici görevli memurlara ise misyon şeflerince hastalık izni verilir.

Yıllık izinde iken verilen hastalık raporları

MADDE 25- (1) Yıllık iznini kullanmakta iken hastalık raporu verilen memurun hastalık izin süresinin yıllık izninin bittiği tarihten önce sona ermesi hâlinde, memur kalan yıllık iznini kullanmaya devam eder.

(2) Yıllık iznini kullanmakta iken hastalık raporu verilen memurun hastalık izin süresinin yıllık izninin kalan kısmından daha fazla olması hâlinde, hastalık izninin bitimini müteakiben memurun göreve başlaması zorunludur.

(3) Yıllık iznini kullanmakta iken hastalık raporu verilen memurun hastalık izni ile yıllık izninin aynı tarihte bitmesi hâlinde, memur izinlerin bittiği tarihte görevine başlar.

(4) Hastalık izni sebebiyle kullanılamayan yıllık izinler, bu Yönergenin 9 uncu maddesinde yer alan hükümler çerçevesinde kullandırılır.

Memurun iyileştiğine dair sağlık raporu

MADDE 26- (1) Azami süreler kadar hastalık izni kullanan memurun bu iznin sonunda işe başlayabilmesi için iyileştiğine dair sağlık raporunu Sağlık Bakanlığı e-Rapor Sisteminde yer alan rapor formatında kurumuna ibraz etmesi zorunludur. Bu rapor, yurt dışındaki memurlar için mahallî usule göre düzenlenir. İzin süresinin sonunda, hastalığının devam ettiği sağlık kurulu raporu ile tespit edilen memurun izni 22 nci maddede belirtilen süreler kadar uzatılır. Bu sürenin sonunda da iyileşemeyen memur hakkında emeklilik hükümleri uygulanır.

Refakat sebebiyle aylıksız izin

MADDE 27- (1) Memurlara, istekleri üzerine 23 üncü madde kapsamında kullandığı izin bitiminden itibaren hastalığın devam ettiğini Sağlık Bakanlığı e-Rapor Sisteminde yer alan rapor formatına uygun bir raporla belgelendirilmesi şartıyla refakat izninin bitim tarihinden başlamak üzere 18 aya kadar aylıksız izin verilebilir. 18 ayın hesabında rapor alınan tarih değil refakat izninin bitim tarihi esas alınır.

Doğum sebebiyle verilecek aylıksız izin

MADDE 28- (1) Doğum yapan memur ile eşi doğum yapan memura istekleri üzerine 24 aya kadar aylıksız izin verilir.

(2) Doğum yapan memura verilecek aylıksız iznin başlangıç tarihi, doğum sonrası analık izni süresinin veya yararlanılması hâlinde 657 sayılı Kanunun 104 üncü maddesinin (F) fıkrası uyarınca verilen izin süresinin bitimi; eşi doğum yapan memura verilecek aylıksız iznin başlangıç tarihi ise bebeğin doğum tarihidir.

(3) Eşi doğum yapan memura, eşinin devlet memuru olup olmadığına bakılmaksızın isteği hâlinde 24 aya kadar aylıksız izin verilir.

(4) Eşlerin her ikisinin de memur olması hâlinde, doğum sebebiyle verilen aylıksız izni, süreleri içinde her iki eş aynı dönemde veya birbirini takip edecek şekilde kullandırılır.

(5) Doğum sebebiyle verilen aylıksız izin, 24 aylık sürenin aşılmaması kaydıyla, kısım kısım kullandırılır.

Aylıksız izinde iken doğum sebebiyle verilen aylıksız doğum izni

MADDE 29- (1) İlgili mevzuatı gereğince aylıksız izinli iken doğum yapan memura, analık iznini kullanması hâlinde doğum sonrası analık izninin bitiminden, analık iznini kullanmaması hâlinde ise doğumdan sonraki 8 haftalık sürenin bitiminden itibaren 24 aylık sürenin bitimini aşmayacak şekilde, göreve başlama şartı aranmaksızın talep ettiği süre kadar aylıksız izin verilir.

(2) İlgili mevzuatı gereğince aylıksız izinli iken eşi doğum yapan memura, isteği hâlinde göreve başlama şartı aranmaksızın doğum tarihinden itibaren 24 aya kadar aylıksız izin verilir.

Memuriyet öncesi doğum yapma sebebiyle verilen aylıksız doğum izni

MADDE 30- (1) Doğum yaptıktan sonra devlet memurluğuna ataması yapılan kişi, göreve başlaması kaydıyla isteği üzerine doğum sonrası 8 haftalık sürenin veya yararlanması hâlinde yarım gün izin süresinin bitiminden itibaren 24 aylık sürenin bitimini aşmayacak şekilde, aylıksız izin hakkından yararlandırılır.

(2) Devlet memurluğuna atanmadan önce eşi doğum yapan memura isteği hâlinde doğum tarihinden itibaren 24 aya kadar aylıksız izin verilir.

Evlat edinme sebebiyle verilecek aylıksız izin

MADDE 31- (1) Evlat edinmelerde memura isteği üzerine 24 aya kadar aylıksız izin verilir.

(2) Evlat edinmelerde verilecek aylıksız iznin başlangıç tarihi, 657 sayılı Kanunun 104 üncü maddenin (A) fıkrası uyarınca çocuğun teslim edildiği tarihten itibaren verilen 8 haftalık iznin veya aynı maddenin (F) fıkrası uyarınca izin kullanılması hâlinde bu iznin bitimidir.

(3) Evlat edinme sebebiyle verilecek aylıksız izin, 24 aylık sürenin aşılmaması kaydıyla kısım kısım kullanılabilir.

(4) Her iki eşin de memur olması ve üç yaşını doldurmamış bir çocuğun birlikte evlat edinilmesi hâlinde aylıksız izin süresi, eşlerin talebi üzerine 24 aylık süreyi geçmeyecek şekilde, birbirini izleyen iki bölüm hâlinde eşlere kullandırılabilir.

(5) Evlat edinmelerin devlet memurluğuna atanmadan önce gerçekleşmesi hâlinde bu kapsamdaki memur, isteği üzerine evlat edinme sebebiyle verilecek aylıksız izin hakkını kullanabilir. Bu iznin başlangıç tarihi, çocuğun teslim edildiği tarihten itibaren 8 haftalık sürenin veya yararlanılması hâlinde yarım gün izin süresinin bitimidir.

Diğer izinler

MADDE 32- (1) Özel burs sağlayan ve bu burstan istifade etmesi için kendilerine aylıksız izin verilenler de dâhil olmak üzere burslu olarak ya da bütçe imkanlarıyla yetiştirilmek üzere yurt dışına gönderilen; sürekli görevle yurt içine ya da yurt dışına atanan veya en az 6 ay

süreyle yurt dışında geçici olarak görevlendirilen memurlar veya diğer personel kanunlarına tâbi olanlar ile yurt dışına kamu kurumlarınca gönderilmiş olan öğrencilerin memur olan eşleri ve yabancı bir memlekette veya uluslararası bir kuruluşta görev almak üzere izin verilenlerin memur olan eşlerine görev veya öğrenim süresi içinde aylıksız izin verilir.

(2) Memura, yıllık izinde esas alınan süreler itibarıyla 5 hizmet yılını tamamlamış olması ve isteği hâlinde memuriyeti boyunca ve en fazla iki defada kullanılmak üzere, toplam bir yıla kadar aylıksız izin verilebilir. Ancak olağanüstü hâl veya genel hayata müessir afet hâli ilan edilen bölgelere 657 sayılı Kanunun 72 nci maddesi gereğince belli bir süre görev yapmak üzere zorunlu olarak sürekli görevle atananlar hakkında bu bölgelerdeki görev süreleri içinde bu fıkra hükmü uygulanmaz.

(3) 657 sayılı Kanunun 77 nci maddesine göre yabancı memleketlerin resmi kurumlarında veya Cumhurbaşkanınca belirlenen uluslararası kuruluşlarda görevlendirilen memurlara, merkez teşkilatında görev yapanlar bakımından görev yaptığı birim, taşra teşkilatında görev yapanlar bakımından ise görev yaptığı valilik teklifi ve personel işlerinden sorumlu genel müdürlüğün önerisi üzerine Bakan onayı ile (her 3 yılda bir yenilemek kaydıyla) memuriyet süresince yabancı memleketlerin resmi kurumlarında görev alanlar için 10, uluslararası kuruluşlarda görev alanlar için 21 yıla kadar aylıksız izin verilebilir.

(4) 657 sayılı Kanunun 78 inci maddesine göre mesleklerine ait öğrenimini bitirerek devlet memurluğuna alınmış ve asli memur olarak atanmış olanlardan mesleklerine ait hizmetlerde yetiştirilmek, eğitilmek, bilgilerini artırmak veya staj yapmak üzere yurtdışına gönderilenlere 2 yıla kadar izin verilebilir ve bu süre en çok bir kat uzatılabilir. Bunlardan şahsen özel burs sağlayanlara sadece aylıksız izin verilebilir.

(5) 657 sayılı Kanunun 77 nci ve 78 inci maddeleri gereğince verilen izinler Bakanlık Merkez Teşkilatı tarafından verilir.

(6) Türkiye'nin üyesi olduğu uluslararası kuruluşlarda çalışanlar ile kamu sermayeli kurum veya kuruluşların yurtdışı birimlerinde çalışanların ya da bu kurum ve kuruluşlarda çalışanlardan 6 aydan fazla yurtdışında görevlendirilenlerin memur olan eşlerine bu durumun her yıl kurumuna belgelendirilmesi kaydıyla 10 yılı aşmamak üzere bunların görev süresince aylıksız izin verilebilir.

(7) Muvazzaf askerliğe ayrılan memurlar askerlik süresince görev yeri saklı kalarak aylıksız izinli sayılır. Askerlik sevk tarihinden en geç bir gün önce ayrılışının sağlanması gerekmektedir.

(8) Sendika veya konfederasyonu ilk genel kurula kadar sevk ve idare edecek yönetim kurulu üyeleri, genel kurulda yönetim kuruluna seçilenler ile sendika şube yönetim kurulu üyeleri seçildikleri tarihten itibaren durumlarını en geç 30 gün içinde kurumlarına yazılı olarak bildirirler. Söz konusu yöneticilere sendika tüzüğünde belirtilen hükümlere göre, ayrıca yazılı talepte bulunmaları hâlinde 25/6/2001 tarihli ve 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları ve Toplu Sözleşme Kanununun 18 inci maddesinin dördüncü fıkrası kapsamında bu görevleri süresince aylıksız izin verilir.

(9) Diyanet İşleri Başkanlığınca yapılan hac kurası sonucu hacca gitmeye hak kazandığı hâlde kullanabileceği yasal izni kalmayan kamu görevlileri hac süresince ücretsiz izinli sayılır.

(10) Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Klinik Uygulamaları Sertifikalı Eğitim Programına bireysel başvuru yoluyla eğitime katılımları kabul edilenlerden 657 sayılı Kanunun 108 inci maddesinin (E) fıkrası uyarınca aylıksız izin hakkı bulunanlara bu kapsamda aylıksız izin verilir.

(11) Hizmetleri sırasında iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları ile çalışan personele mevzuatta belirtilen süre kadar sağlık izni verilir.

(12) Barışta ve savaşta muvazzaflık hizmeti dışında silahaltına alınan memurlara, silahaltında bulundukları sürece izin verilir.

(13) Sağlık çalışanlarının yurt içinde düzenlenen kendi alanları ile ilgili kongre, konferans, seminer, sempozyum ve benzeri bilimsel içerikli etkinliklere katılım talep etmeleri hâlinde; taleplerin karşılanmasında hizmet ihtiyaçlarına göre değerlendirme yapılır ve sağlık hizmetinde aksamaya yol açılmamasına dikkat edilir. Memur, yılda en fazla 2 defa ve toplamda 15 günü geçmemek üzere talepte bulunabilir. Yılda iki etkinliği geçen katılımlarda katılım süresi yıllık izinden mahsup edilir.

(14) 4688 sayılı Kanunun 18 inci maddesinin dördüncü fıkrası kapsamında kurumlarından yazılı olarak aylıksız izin talebinde bulunmayan yönetim kurulu üyeleri haftada bir gün kurumlarından izinli sayılırlar.

(15) Özel kanunlar ile tanımlanmış izinlerde ilgili kanun hükümlerine göre işlem tesis edilir.

Görev başlama zorunluluğu

MADDE 33- (1) Aylıksız izin alanlar, izin süresinin bitiminden önce izne konu olan özrünün ortadan kalkması hâlinde derhal görevine dönmek zorundadır. Aylıksız izin süresinin bitiminden önce mazereti gerektiren sebebin ortadan kalkması hâlinde, 10 gün içinde göreve dönülmesi zorunludur. Aylıksız izin süresinin bitiminde veya mazeret sebebinin kalkmasını izleyen 10 gün içinde görevine dönmeyenler, memuriyetten çekilmiş sayılır.

(2) Devlet memuru iken muvazzaf askerlik hizmetini yapmak üzere silahaltına alınanlardan askerlik görevini tamamlayıp memuriyete dönmek isteyenler, terhis tarihinden itibaren 30 gün içinde kurumlarına başvurmak ve kurumları da başvurma tarihinden itibaren azami 30 gün içinde ilgilileri göreve başlatmak zorundadırlar. Terhis tarihi ve göreve başlama tarihi aynı gün olamaz.

(3) Aylıksız izin kullanmakta iken izin bitimine yakın tarihte usulüne uygun hastalık raporu verilen memurun, sağlık raporunun aylıksız izin bitim tarihinden sonraki günleri kapsayan kısmı hastalık iznine çevrilir.

(4) 657 sayılı Kanunun 77 nci, 78 inci ve 79 uncu maddelerine göre aylıksız izinli sayılanlar izin bitiminde yol süresi hariç 15 gün içinde görevlerine dönerler.

(5) 4688 sayılı Kanunun 18 inci maddesinin dördüncü fıkrası kapsamında aylıksız izinli sayılanlardan herhangi bir nedenle sendika veya konfederasyon organlarındaki görevlerinden ayrılanlar, görevlerinin son bulduğu tarihinden itibaren 30 gün içinde ayrıldıkları kurum ve kuruluşa yazılı olarak müracaat ederler. Müracaat edilen kurum veya kuruluş bu kimseleri 30 gün içinde eski görevlerine ya da uygun diğer bir göreve atamak zorundadır. 30 gün içinde görevlerine başlamak için başvurmayanlar görevlerinden çekilmiş sayılırlar.

(6) Memurun mehil müddeti içinde hastalık raporu alması hâlinde, usulüne uygun olarak almış olduğu hastalık raporu hastalık iznine çevrilir. Hastalık izninin bitiminde mehil müddetinin kalan kısmı devam eder, memur süre sonunda görevine başlar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

İzin süresini kısaltma ve kaldırma yetkisi

MADDE 34- (1) Savaş ve olağanüstü durumlarda verilecek izinler, Cumhurbaşkanlığı, Bakanlık veya Valiliklerce kaldırılabilir veya süresi kısaltılabilir.

Belge kullanımı

MADDE 35- (1) Yıllık izne ayrılanlar için görevli bulunduğu birimlerce elektronik ortamda izin onay belgesi düzenlenir, ayrıca fiziki olarak belge bulundurulmaz. İzinlere ilişkin bilgiler, düzenli olarak EKİP sistemine işlenir.

(2) İzin taleplerinde, izin vermeye yetkili amirin talep edilen izni onaylamasına müteakip ilgili memurun izne ayrılması esastır.

Hüküm bulunmayan hâller

MADDE 36- (1) Bu Yönergede hüküm bulunmayan hâllerde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Yürürlükten kaldırılan yönerge

MADDE 37- (1) 9/1/1995 tarihli ve B.100.PER-01-300-21/00100 sayılı Bakanlık Makam Oluru ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığı İzin Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 38- (1) Bu Yönerge, Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 39- (1) Bu Yönerge hükümlerini Bakan yürütür.

9.2.2. İl Sağlık Müdürlükleri ve Birimleri Kurum Hizmet ve Teşvik Ek Ödeme Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

251348942

Sayı : E-49635782-010.04-
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

209 Sayılı Kanun'un 5 inci maddesi esas alınarak, 01/07/2024 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere 06/08/2024 tarihli ve 32624 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği" nin 14 üncü maddesi uyarınca "*İl Sağlık Müdürlükleri ve Birimleri Kurum Hizmet ve Teşvik Ek Ödeme Yönergesi*" hazırlanmıştır.

Bu itibarla, "*İl Sağlık Müdürlükleri ve Birimleri Kurum Hizmet ve Teşvik Ek Ödeme Yönergesi*"nin, 01/07/2024 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

İsmail ÖZTÜRK
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
..../..../2024

Dr. Öğr. Üyesi Halim ÖZÇEVİK
Bakan Yardımcısı

OLUR
..../..../2024

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

EKİ: Yönerge ve ekleri

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİ VE BİRİMLERİ KURUM HİZMET VE TEŞVİK EK ÖDEME YÖNERGESİ

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Sağlık Bakanlığınca belirlenen hizmet sunum şartları ve hedefleri dikkate alınmak suretiyle ödüllendirilerek motivasyonunun artırılması amacıyla kadro veya pozisyon unvanı, hizmet sınıfı, eğitim durumu ve fiilen çalışılan gün sayısı gibi kriterler esas alınarak, il sağlık müdürlüğü ve il sağlık müdürlüğü birimlerinde görev yapan personele döner sermayeden yapılacak taban ödeme ile işin ve sağlık hizmetinin özelliği, personelin görev yeri, görevi, kadro ve unvanı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen birim teşvik hedeflerinin gerçekleşme durumuna göre döner sermayeden yapılacak teşvik ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, il sağlık müdürlüğü ve il sağlık müdürlüğü birimlerinde görevli olan memur ve sözleşmeli personeli, açıktan vekil olarak atananları, 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 38 inci maddesine göre bu kuruluşlarda görevlendirilen personeli, diğer kamu kurum ve kuruluşlarının kadrolarında bulunan ve en az bir ay süreyle bu kuruluşlarda görevlendirilen sağlık personelini kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 6/8/2024 tarihli ve 32624 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinin 14 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) 112 Acil Sağlık Hizmetleri: İl ambulans servisi başhekimliği, komuta kontrol merkezi ve 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarını,

b) Aktif çalışılan gün katsayısı: O dönem içindeki çalışılan gün sayısının, o dönem içindeki toplam gün sayısına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı,

c) Bilimsel çalışma destek puanı: Yönerge kapsamında bulunan personele Ek-5 sayılı tabloda yer alan bilimsel çalışmaları belgelemesi ve ilgili kurumlar tarafından oluşturulan komisyon tarafından onaylanması halinde onayı takip eden 6 ay süreyle verilen ve aynı listede yer alan bilimsel çalışmalara karşılık gelen puanı,

ç) Birim Teşvik Hedefleri: Bakanlık tarafından İl Sağlık Müdürlüğü ve birimleri için Ek-7 sayılı tabloda belirlenen (0) ile (2.000) arasında puanlanan hedefleri,

d) Birim Teşvik Hedef Gerçekleşme Katsayısı: İl Sağlık Müdürlüğü ve birimleri için Ek-7 sayılı tabloda belirlenen hedeflerden alınan puanın 2.000'e bölümü sonucu bulunan katsayıyı,

e) Birim Teşvik Oranları; İl Sağlık Müdürlüğü ve birimleri için Ek-3 sayılı tabloda personelin görev yeri esas alınarak belirlenen oranları,

f) Birim Teşvik Katsayısı: İl Sağlık Müdürlüğü ve birimleri için Ek-3 sayılı tabloda personelin görev yeri esas alınarak belirlenen birim teşvik oranlarının birim teşvik hedef gerçekleşme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan (0) ile (1,00) arasında değişen katsayıyı,

g) Ek Teşvik Katsayısı: Personelin görev yeri, görev süresi, yapmış olduğu faaliyetler ile benzeri iş ve işlemler için bu Yönergenin Ek-4 sayılı tablosunda öngörülen katsayıları,

ğ) İl sağlık müdürlüğü: Sağlık Bakanlığına bağlı il sağlık müdürlüklerini,

h) İl Sağlık Müdürlüğü Birimleri: İlçe sağlık müdürlükleri, il ambulans servisi başhekimlikleri ve komuta kontrol merkezleri, 112 acil sağlık hizmetleri istasyonları, toplum sağlığı merkezleri ve halk sağlığı laboratuvarlarını,

ı) Kurum Hizmet Hedefleri: Bakanlık tarafından İl Sağlık Müdürlüğü ve birimleri için Ek-6 sayılı tabloda belirlenen (0) ile (2.000) arasında puanlanan hedefleri,

i) Kurum Hizmet Katsayısı: İl Sağlık Müdürlüğü ve birimleri için belirlenen hedeflerin aylık olarak gerçekleşme durumuna göre 0,5 ile 1,00 arasında değişen katsayıyı,

j) Net Teşvik Katsayısı: Bu Yönergenin 5 inci maddesinin üçüncü fıkrasına göre hesaplanan katsayıyı,

Av. Abdülkadir BEKTAŞ
Daire Başkanı

k) Tavan Ek Ödeme: Personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı hariç) toplamının, Ek-1 sayılı tabloda yer alan katsayı ile çarpımı sonucu bulunan tutarı,

l) Yönetmelik: Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğini,

ifade eder.

Temel esaslar

MADDE 5- (1) Personele yapılacak ek ödeme, temel ek ödeme ile teşvik ek ödemesinden oluşur:

a) Temel ek ödeme, sabit ödeme ile taban ödeme toplamından oluşur.

b) Sabit ödeme; Personelden tabip ve diş tabipleri ile tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için 209 sayılı Kanunun ek 3 üncü maddesine göre merkezî yönetim bütçesinden yapılan ek ödeme tutarı ile tabip dışı personel için aynı Kanunun 5 inci maddesinin ikinci fıkrasının altıncı cümlesi gereği merkezî yönetim bütçesinden yapılan ek ödeme tutarıdır.

c) Taban ödeme; personele ödüllendirilerek motivasyonunun artırılması amacıyla kadro veya pozisyon unvanı, hizmet sınıfı, eğitim durumu ve fiilen çalışılan gün sayısı gibi kriterler esas alınarak yapılan ödemedir. Bu ödemenin yapılabilmesi için disiplin cezası almamış olmak gerekir. Bu ödeme, personelin kadro unvanına göre Ek-2 tabloda belirlenen taban katsayı ile en yüksek devlet memuru aylığı ve aktif çalışma gün katsayısının çarpımı sonucu bulunan tutardır. Bu ödeme uyarma cezası alanlara bir ek ödeme dönemi, kınama cezası alanlara iki ek ödeme dönemi, aylıktan kesme ya da kademe ilerlemesinin durdurulması cezası alanlara üç ek ödeme dönemi süresince yapılmaz.

ç) Teşvik ek ödemesi: İşin ve sağlık hizmetinin özelliğine göre, Bakanlıkça belirlenen kriterler ile personelin görev yeri, görevi, kadro ve unvanı dikkate alınarak belirlenen birim teşvik hedeflerinin gerçekleşme durumuna göre personele yapılan ek ödemedir. Bu ek ödeme, personelin kadro unvanına göre, hak ettiği taban ödemenin birim teşvik katsayısı ve aktif çalışma gün katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutardır.

d) Temel ve teşvik ek ödeme tutarının toplamı tavan ek ödeme tutarını geçemez.

e) Taban ödeme ve teşvik ek ödemesi personele hizmete fiilen katkı sağladığı sürece verilebilir. Resmi tatil günleri, idari ve nöbet izinleri, yılda 7 günü geçmeyen kısa süreli hastalık rapor süreleri, hakem hastane tarafından onaylanan heyet rapor süreleri, yılda en fazla iki defa görevlendirme suretiyle kendi alanı ile ilgili yurt içi kongre, konferans, seminer ve sempozyum gibi etkinliklere katılan personelin bir yılda toplam 10 günü geçmeyen süreleri, görevi sırasında veya görevinden dolayı Bakanlıkça ilan edilmiş bulaşıcı ve salgın hastalığa yakalanan, kazaya, yaralanmaya veya saldırıya uğrayanların bu durumlarını sağlık raporuyla belgelendirmesi halinde kullandıkları hastalık izin süreleri, çalışılmış gün olarak kabul edilir.

(2) Taban ödeme;

İl sağlık müdürlüğü ve birimlerinin kurum hizmet hedef puanları, her dönem için hesaplanır.

a) Ek-6 sayılı tabloda yer alan kurum hizmet hedeflerinin aylık olarak gerçekleşme durumuna göre aynı tabloda gösterilen kurum hizmet puanının 1,500'e bölümü sonucu kurum hizmet katsayısı bulunur. Bu katsayı 0,5'den küçük ve 1,00'den büyük olamaz.

b) Kurum hizmet hedefleri belirlenmeyen birimlerde görev yapan personel, il sağlık müdürlüğü il kurum hizmet puan ortalaması üzerinden değerlendirilir.

c) Taban ek ödeme hesaplanması aşağıdaki şekilde yapılır:

ç) Kurum hizmet hedefleri belirlenen birimlerde görev yapan personel için: Taban ödeme brüt tutarı = kurum hizmet katsayısı x personelin Ek-2 tabloda belirlenen taban katsayısı x en yüksek Devlet memuru aylığı x aktif çalışma gün katsayısı

(3) Teşvik ek ödeme;

İl sağlık müdürlüğü ve birimlerinin teşvik hedef puanları, her dönem için hesaplanır.

a) Ek-7 sayılı tabloda belirlenen birim teşvik hedeflerinin aylık olarak gerçekleşme durumuna göre aynı tabloda gösterilen birim teşvik puanının 2.000'e bölümü sonucu birim teşvik hedef gerçekleşme katsayısı bulunur.

Av. Abdülkadir BEKTAŞ
Daire Başkanı

b) Birim teşvik hedefleri belirlenmeyen birimlerde görev yapan personel, il sağlık müdürlüğü il birim teşvik puan ortalaması üzerinden değerlendirilir.

c) Teşvik ek ödeme tutarına esas net teşvik katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

Net Teşvik Katsayısı = [(Birim Teşvik Katsayısı x Aktif çalışılan gün katsayısı) + (Ek Teşvik katsayısı) + (Bilimsel çalışma destek katsayısı)]

ç) (c) bendine göre yapılan hesaplamalar sonucu bulunan katsayı 1,00'i geçemez. Bulunan sonuca bu maddenin beşinci fıkrasında belirtilen katsayılar ilave edilir.

d) 5 inci maddenin dördüncü fıkrasının (d) bendine göre artırım uygulanacak personelin net teşvik katsayısı anılan bend de belirtilen artırım oranı ile çarpılmak suretiyle uygulanır.

e) Ödenecek teşvik ek ödeme brüt tutarı, personelin net teşvik katsayısının en yüksek devlet memuru aylığı ile çarpımı sonucu bulunur. Tavan ek ödeme tutarını aşamaz.

Teşvik Ek Ödeme Hesaplaması: (En yüksek Devlet memuru Aylığı x Net teşvik katsayısı x Taban ek ödeme katsayısı)

Taban ve teşvik ek ödemenin brüt tutarından gelir vergisi ve damga vergisi kesilmek suretiyle taban ve teşvik ek ödeme net tutarı bulunur.

(4) Personel görevlendirmesi ile ilgili olarak Yönetmelik hükümleri saklı kalmak kaydıyla;

a) Afet ve acil durumlar ile Türk Silahlı Kuvvetleri tarafından yürütülen operasyonlarda alınan sağlık tedbirleri kapsamında kurulan seyyar hastanelere görevlendirilen personelin taban ödeme ve teşvik ek ödeme hesaplamasında kurum hizmet ve birim teşvik katsayısı 1,00 esas alınarak kadrosunun bulunduğu birim üzerinden ek ödeme yapılır.

b) 17/8/1983 tarihli ve 2879 sayılı Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanlığına İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanunun 4 üncü maddesine göre görevlendirilen personel ile 6253 sayılı Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı İdari Teşkilatı Kanununun 30 uncu maddesinin sekizinci fıkrasına göre Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı özel kalem müdürlüğüne geçici olarak görevlendirilen personele görevlendirildiği ek ödeme döneminde kadrosunun bulunduğu birim üzerinden taban ödeme ve teşvik ek ödeme yapılır.

c) Doğal afet, savaş, salgın hastalık, seferberlik gibi olağandışı durumlarda görevlendirilen personel ve Bakanlık tarafından veya amirince yılda toplam 3 ayı geçmemek üzere hizmet içi eğitim kurslarına katılması uygun görülen personele, eğiticilere, 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 51 inci maddesinin birinci fıkrası gereği insani ve teknik yardım amacıyla yurt dışında geçici olarak kurulan veya Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile diğer ülke hükümetleri arasında imzalanan ortak işletme protokolü gereği işletilen sağlık hizmet birimlerine veya hastanelere görevlendirilen personele, aile hekimliği ile ilişkilendirilmemiş ceza infaz kurumlarına görevlendirilen personel ile 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanununun ek 17'nci maddesinin (Ç) fıkrası kapsamında görevlendirilen personele; İl Sağlık Müdürlüğü il kurum hizmet puan ortalaması üzerinden taban ödeme ve Ek-3 sayılı tabloda İl Sağlık Müdürlüğü için belirlenen oran üzerinden il birim teşvik puan ortalaması esas alınarak teşvik ek ödeme yapılır.

ç) Bakanlıkça, yukarıdaki bentte belirtilenler hariç, İnsanî ve teknik yardım amacıyla yurt dışına görevlendirilen personel ile Bakanlık tarafından veya amirince hizmet içi eğitim kurslarına katılması uygun görülen personele ve eğiticilere bu sürenin yılda toplam 3 ayı geçmesi halinde kadrolarının bulunduğu il sağlık müdürlüğü üzerinden İl Sağlık Müdürlüğü il kurum hizmet puan ortalaması üzerinden taban ödeme ve Ek-3 sayılı tabloda İl Sağlık Müdürlüğü için belirlenen oranın 0,70'i üzerinden il birim teşvik puan ortalaması esas alınarak teşvik ek ödeme yapılır.

d) Profesör ve doçent unvanlı personel ile toplum sağlığı merkezi başkanı ve halk sağlığı laboratuvarı sorumlusu olarak görev yapan personelin teşvik ek ödeme tutarı %20 artırımlı uygulanır.

e) İl Sağlık Müdürlüğü ve birimlerinden Bakanlık veya Bakanlığa bağlı kuruluşların merkez **(Değişik ibare: 08.01.2026 tarihli ve 300833714 sayılı Bakan Onayı)** teşkilatı ile Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığına görevlendirilen personele, görevlendirme süresince İl Sağlık Müdürlüğü il kurum hizmet puan ortalaması üzerinden taban ödeme ve Ek-3 sayılı tabloda İl Sağlık Müdürlüğü için belirlenen oran üzerinden il birim teşvik puan ortalaması esas alınarak teşvik ek ödeme yapılır.

f) Bakanlık merkez teşkilatı ile Bakanlık bağlı kuruluşlarının merkez teşkilatı kadrolarında bulunan personelden il sağlık müdürlüklerine en az bir ay süreyle geçici görevle görevlendirilen personele, geçici olarak görev yaptığı il sağlık müdürlüğünün döner sermayesinden taban ödeme ve teşvik ek ödeme yapılır.

g) İl Sağlık Müdürlüğü ve birimlerinden Bakanlık veya Bakanlığa bağlı kuruluşlar dışındaki diğer kamu kurum ve kuruluşlarına geçici görevlendirilen personele taban ödeme ve teşvik ek ödemesi yapılmaz.

ğ) 25/6/2001 tarihli ve 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları ve Toplu Sözleşme Kanununun 18 inci maddesinin dördüncü fıkrasının dördüncü cümlesi uyarınca, haftada bir gün izinli sayılan yönetim kurulu üyeleri ile aynı maddenin beşinci fıkrasının üçüncü cümlesi uyarınca haftada dört saat izinli sayılan ilçe temsilcilerinin izinli sayıldığı bu sürelerde İl Sağlık Müdürlüğü il kurum hizmet puan ortalaması üzerinden taban ödeme ve Ek-3 sayılı tabloda İl Sağlık Müdürlüğü için belirlenen oran üzerinden il birim teşvik puan ortalaması esas alınarak teşvik ek ödeme yapılır.

h) Bakanlık veya bağlı kuruluşlarının kadrosunda tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık mevzuatına göre diğer kamu kurum ve kuruluşlarında uzmanlık eğitimi veya yan dal uzmanlık eğitimi yaptırılanlara, kadrosunun bulunduğu İl Sağlık Müdürlüğü tarafından aylıklara ilişkin hükümler kapsamında merkezi yönetim bütçesinden yapılan sabit ödeme dışında ek ödeme yapılamaz.

(ı) Doğal afet, savaş, salgın hastalık, seferberlik, yangın vb. olağanüstü hâllere hizmet sunumunu aksatacak düzeyde maruz kalan İl Sağlık Müdürlüğü ve birimlerinde olağanüstü halin meydana geldiği tarihten itibaren Bakanlığın kararıyla 6 (altı) aya kadar lüzumu halinde ise bu süre Bakan Onayı ile uzatılmak üzere Kurum Hizmet Katsayısı ile Birim Teşvik Hedef Gerçekleşme Katsayısı "1,00" olarak esas alınır.

(5) Hizmet Kollarına Yönelik Mali ve Sosyal Haklara İlişkin 2024-2025 Yıllarını Kapsayan 7. Dönem Toplu Sözleşmenin, Sağlık ve Sosyal Hizmet Koluna İlişkin Bölümünün "Net Teşvik Katsayısı" başlıklı 2 inci maddesi hükmünde geçen 0,15 puan "0,15" katsayı, "Çevre sağlığı denetimi ve tütün denetimi yapan personele ek puan" başlıklı 16 ncı maddesinde yer alan 0,07 puan "0,07" katsayı ve "Kadro unvan ve net teşvik katsayısı başlıklı" 24 üncü maddesinde yer alan 0,10 puan "0,10" katsayı olarak aktif çalışılan gün katsayısı oranında ilgili personelin net teşvik katsayısına eklenmek suretiyle teşvik ek ödeme yapılır.

Yürürlükten kaldırma

MADDE 6- (1) 29/12/2022 tarihli ve E-39569180-010.04-1284 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren İl Sağlık Müdürlükleri ve Birimleri Kurum Hizmet ve Teşvik Ek Ödeme Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 7- (1) Bu Yönerge 1/07/2024 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

(2) 08/01/2026 tarihli ve 300833714 sayılı İl Sağlık Müdürlükleri ve Birimleri Kurum Hizmet ve Teşvik Ek Ödeme Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönergenin 5 inci maddesinin dördüncü fıkrasının (e) bedindeki değişiklik 24/07/2025 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 8- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

9.2.3.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı Harici Personelin Atama ve Yer Değiştirme Usul ve Esaslarına İlişkin Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

224108768

Sayı : E-49635782-010.04-
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

02/02/2018 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı Harici Personelin Atama ve Yer Değiştirme Usul ve Esaslarına İlişkin Yönerge'nin yürürlükten kaldırılması ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname çerçevesinde hazırlanan ***"Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı Harici Personelin Atama ve Yer Değiştirme Usul ve Esaslarına İlişkin Yönerge'nin"*** yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Dr. Mehmet KOCA
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürü

OLUR
.../.../2023

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ VE YARDIMCI SAĞLIK HİZMETLERİ SINIFI HARİCİ PERSONELİN ATAMA VE YER DEĞİŞTİRME USUL VE ESASLARINA İLİŞKİN YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında görev yapan avukatlık hizmetleri, genel idare hizmetleri, teknik hizmetler, din hizmetleri ve yardımcı hizmetler sınıfında görev yapan personelin atama, yer değiştirme ve özlük işlemlerine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge; Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında avukatlık hizmetleri, genel idare hizmetleri, teknik hizmetler, din hizmetleri ve yardımcı hizmetler sınıfında görev yapan personeli kapsar.

(2) Merkez teşkilat ile taşra teşkilatı arasındaki personel hareketleri ile şube müdürü, müdür, müdür yardımcısı kadrolarında bulunanlar bu Yönergenin kapsamı dışındadır.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge; 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40 ıncı maddesi ile 19/4/1983 tarihli ve 83/6525 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Devlet Memurlarının Yer Değiştirme Suretiyle Atanmalarına Dair Yönetmeliğe dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakan: Sağlık Bakanını,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü,

ç) Personel : Bakanlık taşra teşkilatında 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (A) bendine göre istihdam edilen avukatlık hizmetleri, genel idare hizmetleri, teknik hizmetler, din hizmetleri ve yardımcı hizmetler sınıfında çalışanları,

d) Kanun: 657 sayılı Devlet Memurları Kanununu,

e) Standart: Bakanlık standart kadro mevzuatında belirlenen standart kadroları,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Atama İşlemleri

İlk defa atama

MADDE 5- (1) Bakanlık kadrolarına aday memur olarak ilk defa yapılan atamadır.

Yeniden atama

MADDE 6- (1) Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışmış olup bu görevlerinden çeşitli nedenlerde ayrılmış ve Kanuna göre atama engeli bulunmayanlar, Bakanlık taşra teşkilatı

kadrolarına yeniden atanabilirler. Atamalar, kadro durumunun uygun olması halinde kura ile yapılır. Kuraya ilişkin usul ve esaslar Bakanlığın internet sitesinde ilan edilerek duyurulur.

Kurum içi yer değişikliği

MADDE 7- (1) Personelin iller arası yer değişikliği her yıl haziran-temmuz döneminde yapılır. Personelin iller arası yer değiştirme talebinde bulunabilmesi için görev yaptığı ilde fiilen en az 1 (Bir) yıl çalışmış olması şarttır. Yıllık izin, hafta sonu tatili ile resmî tatil günleri fiili çalışmadan sayılır.

(2) Atama döneminde, münhal kadrodan fazla başvuru olması halinde, atama talepleri hizmet süresi fazla olandan başlanarak değerlendirilir.

(3) İl içerisindeki yer değişiklikleri, döneme ve süreye bağlı kalmaksızın yapılabilir.

Sağlık mazeretine bağlı yer değişikliği

MADDE 8- (1) Kapsama dahil personelin, kendisinin, eşinin, bakmakla yükümlü annesinin, babasının, çocuklarının ve yargı kararı ile vasi tayin edildiği kardeşinin hastalığının görev yaptığı yerde tedavisinin mümkün olmadığını Üniversite veya Bakanlık Eğitim ve Araştırma Hastanelerinden alınacak sağlık kurulu raporu ile belgelendirmesi halinde, tedavinin yapılabileceği bir sağlık kurum veya kuruluşunun bulunduğu veya sağlığının olumsuz etkilenmeyeceği bir yere Bakanlıkça oluşturulan sağlık mazereti değerlendirme komisyonu kararına istinaden ataması yapılabilir. Sağlık mazeretine bağlı taleplerde dönem ve süre şartı aranmaz.

Aile birliği mazeretine bağlı yer değişikliği

MADDE 9- (1) Kanun ve diğer personel kanunları kapsamında zorunlu yer değiştirmeye tabi olan, çalıştığı kurumun mevzuatına göre aile birliği mazeretine bağlı yer değişikliği yapılamayan veya başka yerde kadro ve teşkilatı olmayan kamu personelinin eşlerinin görev yerleri, bu personele bağlı olarak değiştirilir.

(2) Eşi; milletvekili, belediye başkanı, muhtar veya noter olanların ataması, eşlerin bulunduğu yere yapılır.

(3) Kamu görevlisi olmayan eşinin, atanma talep edilen yerde başvuru tarihi itibarıyla son iki yıl içinde 360 gün sosyal güvenlik primi ödemek suretiyle kendi adına veya bir hizmet akdi ile işverene bağlı olarak çalışmış ve halen çalışıyor olması halinde, personelin yer değişikliği suretiyle ataması yapılabilir. Kendi adına çalışanlardan borçlarını yapılandıranlar ile atama talep edilen yer dışında sosyal güvenlik primleri ödenenlerden, atama talep edilen yerde iş yerinin faaliyette olduğunu ve bu işyerinde en az 360 gün çalıştığını belgelendirenlerin talepleri değerlendirmeye alınır.

(4) Eşlerin her ikisinin Bakanlık personeli olması halinde; Bakanlık merkez teşkilatı kadrosunda olanların veya il sağlık müdürü, başkan, başkan yardımcısı, ilçe sağlık müdürü, başhekim, eğitim görevlisi, başasistan, yan dal uzmanı, uzman tabip, tabip, uzman diş tabibi, diş tabibi, uzman eczacı ve eczacıların eşlerinin görev yerleri, bu personele bağlı olarak değiştirilir. Eşleri diğer sağlık personeli veya bu Yönerge kapsamındaki kadrolarının birinde olması halinde hizmet ihtiyacı esas alınarak aile birliği sağlanır.

(5) Eşlerin farklı kurumda çalışıyor olması halinde, kurumlar arasında koordinasyon sağlanmak suretiyle her iki kurumun hizmet ihtiyacı, ildeki dolu-boş kadro sayıları esas alınarak aile birliği sağlanır.

(6) Aile birliği mazeretine bağlı taleplerde dönem ve süre şartı aranmaz.

Can Güvenliği Mazeretine Bağlı Yer Değişikliği

MADDE 10- (1) Personelin herhangi bir nedenle görev yaptığı ilde kendisinin, eşinin veya bakmakla yükümlü olduğu çocuklarının can güvenliğinin tehlikeye düştüğünü adli veya

mülki idare makamlarınca verilen belgeyle belgelendirmeleri halinde süre ve dönem şartı aranmadan yer değişikliği talebi yerine getirilir.

(2) 8/3/2012 tarihli ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi uyarınca hakkında adli makamlarca işyerinin değiştirilmesine ilişkin koruyucu tedbir kararı alınanların yer değişikliği talebi süre ve dönem şartı aranmadan yerine getirilir.

Olağanüstü durumlarda yer değişikliği

MADDE 11- (1) Eşinden boşanan personelin, boşanma tarihinden itibaren 1 (Bir) yıl içerisinde başvurması halinde süre ve dönem şartı aranmadan yer değişikliği talebi yerine getirilebilir.

(2) Öğrenim sebebiyle yer değişikliği talebinde bulunan personelin talebi, lisans öğrenimi gördüğünü ve okuluna devam mecburiyeti olduğunu belgelendirmesi halinde standartın uygun olması şartıyla süre ve dönem şartı aranmadan yerine getirilebilir.

(3) Genel hayatı etkileyen savaş, sıkıyönetim, olağanüstü hal ilanı, salgın hastalık ve doğal afetler gibi durumlarda, yer değişikliği işlemleri herhangi bir şarta bağlı kalmaksızın olayın meydana geldiği tarihten itibaren 6 (Altı) ay içerisinde yapılabilir.

(4) Eşi; ölen, şehit veya malul gazi olanlar ile terör eylemleri etkisi ve sebebiyle anne, baba, kardeş ve çocuklarından biri şehit veya malul gazi olan personelin görev yeri, bu nedenlerin oluştuğu tarihten itibaren 1 (Bir) yıl içerisinde süre ve dönem şartı aranmadan değiştirilebilir.

(5) Eşinin, çocuklarının, annesinin, babasının veya kardeşlerinden birinin ağır engelli (Sağlık kurulu raporunda Tam Bağımlı) olduğunu belgelendirenler, ağır engelli olan yakınının ikamet ettiği yere, kendisinin engelli olması halinde talep ettiği yere süre ve dönem şartı aranmadan ataması yapılır.

(6) Eşi zorunlu yer değiştirmeye tabi olarak görev yapmakta iken emekliye ayrılması halinde eşinin emekliye ayrılmasından sonraki 1 (Bir) yıl içinde eşinin ikamet ettiği yere süre ve dönem şartı aranmadan ataması yapılır.

(7) Ataması eş/sağlık/öğrenim durumundan yapılan personel, mazeretinin devam ettiğine dair belgeyi her yıl en geç şubat ayının sonuna kadar çalıştığı hizmet biriminin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüğüne vermekle yükümlüdür. Bu madde kapsamında görev yeri değiştirilenlerden mazereti sona erenler; bulundukları ildeki personel ihtiyacının, eski görev yerindeki personel ihtiyacından daha fazla olması ve talebi halinde yerinde bırakılır. Aksi takdirde, boş kadro bulunması kaydıyla eski görev yerine atanabilir. Bu madde kapsamında atandığı yerde fiilen 5 (Beş) yıl çalışanlar hakkında mazeret takibi yapılmaz. Mazeretini belgelendiremeyen personelin ataması iptal edilerek eski görev yerine döndürülür.

Karşılıklı yer değişikliği

MADDE 12- (1) Aynı unvan ve branşta görev yapan personelin karşılıklı yer değişikliği, standardın uygun olması halinde süre ve dönem şartı aranmadan yapılabilir.

Alt bölge nedeniyle yer değişikliği

MADDE 13- (1) 19/4/1983 tarihli ve 83/6525 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Devlet Memurlarının Yer Değiştirme Suretiyle Atanmalarına Dair Yönetmeliğin Ek-1 sayılı cetvelinde gösterilen üst bölgeden alt bölgeye, süre ve dönem şartı aranmadan yer değişikliği yapılabilir. Bu madde uyarınca yer değişikliği yapılan personel 2 (İki) yıl geçmeden mazeret atamaları hariç başka yere atanamaz.

Hizmet gereği atamalar

MADDE 14- (1) Haklarında adli, idari ve inzibati bir soruşturma yapılmış ve bu soruşturma sonucunda eski görev yerinde kalmalarında sakınca görülen personelden, teklifin

mahiyetine göre, il içinde tayin edilmesi uygun görülenler il içerisindeki diğer birimlere, müdürlük tarafından; başka bir ile atanması uygun görülenler ise Bakanlık merkez teşkilatınca atanırlar. Bu hüküm gereği atananlar, ayrıldıkları ile veya birime 2 (İki) yıl geçmeden yeniden atanamazlar.

Kurumlar arası naklen atama

MADDE 15- (1) Bakanlık ve bağlı kuruluşları dışındaki diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan personel, Bakanlık taşra teşkilatlarında durumlarına uygun kadrolara atanabilirler. Kurumlar arası atamalar kadro durumunun ve standardın uygun olması halinde kura ile yapılır. Kura sonrası atama işlemleri tamamlanmayanların atama hakları, bir sonraki kura açılma döneminde sona erer. Bakanlık bağlı kuruluşlarında görev yapan kapsama dahil personelin Bakanlık kadrolarına atanmalarında dönem ve kura şartı aranmaz.

(2) Avukatlar ile eşleri Bakanlıkta uzman tabip, uzman diş tabibi, tabip ve diş tabibi olarak görev yapanlardan, teşkilat veya kadro bulunmaması veya başka bir yerde istihdamının mümkün olmaması gibi nedenlerle kurumlarınca ataması yapılamayanlar, standardın uygun olması halinde kura şartı aranmadan Bakanlık kadrolarına naklen atanabilirler.

(3) Teşkilat veya kadro bulunmaması veya başka bir yerde istihdamının mümkün olmaması gibi nedenlerle kurumlarınca yer değişikliği yapılamayanlardan; kendisinin engelli veya eş, çocuk, anne, baba veya kardeşlerinden birinin ağır engelli (Sağlık kurulu raporunda Tam Bağımlı) olması halinde Kanunun 53 üncü maddesinde belirlenen yüzde 3 (Üç) oranını aşmamak kaydıyla kura şartı aranmadan bu kapsamdaki personelin Bakanlık kadrolarına ataması yapılabilir.

Geçici görevlendirme

MADDE 16- (1) Bakanlık, personelin talebi ve gitmek istenilen yerde ihtiyaç bulunması halinde personeli geçici olarak görevlendirebilir. Bu şekilde yapılan görevlendirmeler 6 (Altı) ayı geçemez. İhtiyaç devam ediyor ve personel de talepte bulunur ise görevlendirme süresi 6 (Altı) ay daha uzatılabilir.

(2) Genel hayatı etkileyen savaş, deprem, sel ve yangın gibi doğal afetler nedeniyle veya personelin herhangi bir suretle görevde olmaması, nüfus hareketleri gibi nedenlerle personele ihtiyaç duyulması halinde önceden duyurmak suretiyle talepte bulunan personel geçici olarak altı ay görevlendirebileceği gibi ihtiyaç halinde re'sen de görevlendirme yapılabilir. Re'sen görevlendirilen personel için süre bir mali yılda 2 (İki) ayı geçemez.

(3) Boşanma davası açan veya haklarında boşanma davası açılmış olanlar, durumlarını 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun gereği ilgili makamlarca verilen tedbir kararıyla belgelendirmeleri ve talepleri halinde, dava süresince anne, baba veya reşit çocuklarının ikamet ettiği ile geçici olarak görevlendirilebilir. Bu hüküm doğrultusunda görevlendirilenler, görevlendirildiği tarihten itibaren 6 (Altı) ayda bir boşanma davasının görülmekte olduğu mahkemeden davanın safahatını gösterir belgeyi alarak çalıştığı kuruma vermekle yükümlüdür.

(4) 663 sayılı KHK'nın 42 nci maddesi çerçevesinde sözleşme imzalayan personelin eşleri, talepleri hâlinde sözleşme süresi ile sınırlı olmak kaydıyla eşlerinin bulunduğu yere geçici olarak görevlendirilebilir.

(5) İller arasındaki geçici görevlendirmeler Bakanlık merkez teşkilatınca, il içindeki geçici görevlendirmeler müdürlükçe yapılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Yer ve Unvan Değişikliği ile Kadro Talepleri

Yer değişikliği taleplerinde uyulması gereken hususlar

MADDE 17- (1) Bu Yönergenin;

a) 8 inci maddesi uyarınca yapılacak sağlık mazeretine bağlı yer değişikliği,

b) 14 üncü maddesi uyarınca yapılacak hizmet gereği atamalar,

c) 15 inci maddesi uyarınca yapılacak kurumlar arası naklen atamalar,

ç) Avukatların atama ve yer değiştirme işlemleri,

d) Teknik hizmetler sınıfında görev yapan mimar ve mühendislerin yer değiştirme işlemleri,

e) 16 ncı maddenin birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü fıkraları uyarınca yapılacak görevlendirme işlemleri,

f) 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 25 inci maddesi uyarınca yapılacak Kurumlar arası görevlendirme işlemleri; Bakanlık merkez teşkilatınca, diğer yer değiştirme işlemleri müdürlükçe yapılır. Yer değişikliği talebi, yer değiştirmeye esas belgelerle birlikte personelin kadrosunun bulunduğu müdürlüğe yapılır. Personelin kadrosunun bulunduğu müdürlük; müdürlüklerce yapılacak yer değiştirme taleplerini, yer değişikliği talep edilen müdürlüğe, Bakanlık merkez teşkilatınca yapılacak yer değiştirme taleplerini Bakanlık merkez teşkilatına gönderir.

(2) Yer değiştirmeye esas belgeler;

a) Aile birliği mazeretine bağlı yer değiştirmelerde; eşi kamu görevlisi olanlar için vukuatlı nüfus kayıt örneği, eşinin görev belgesi ile hizmet çizelgesi. Eşi sosyal güvenlik kurumları kapsamında çalışanlar için vukuatlı nüfus kayıt örneği, eşinin görev belgesi, işyeri faaliyet belgesi, sigorta primlerini gösteren belge veya olması halinde 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin B bendi kapsamında borçlarını yapılandırdıklarına dair belge.

b) Karşılıklı yer değiştirmelerde; karşılıklı talep dilekçesi ve onaylı hizmet belgesi.

c) Sağlık mazereti nedeniyle yer değiştirmeler için; Üniversite veya Bakanlık Eğitim ve Araştırma Hastanelerinden son altı ay içinde alınmış sağlık kurulu raporu, rapor sahibine ait son 1 (Bir) ay içinde alınmış vukuatlı nüfus kayıt örneği, raporun anne veya babaya ait olması halinde ikametgâh belgesi.

ç) Boşanma nedeniyle yer değiştirmelerde; kesinleşmiş mahkeme kararı. Boşanma davası açılması sebebiyle yapılacak görevlendirmelerde dava açıldığını gösterir Mahkemesinden alınacak derkenar ile durumlarını 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun gereği ilgili makamlarca verilen tedbir kararı belgelendirmeleri gerekir.

d) Vefat, şehitlik veya malul gazilik nedeniyle yer değiştirmelerde; ilgili merciden alınmış belge.

e) Öğrenim nedeniyle yer değiştirmelerde; öğrenim gördüğü/göreceği okuldan alınan öğrenci belgesi ile okuluna devam mecburiyeti olduğunu gösterir belge.

f) Can güvenliği nedeniyle yer değiştirmelerde; adli veya mülki idare makamlarınca verilen, kendisinin, eşinin veya bakmakla yükümlü olduğu çocuklarının can güvenliğinin tehlikeye düştüğüne dair belge.

g) Eşi emekli olanların yer değiştirmelerinde; eşinin ikametgâh belgesi ile emekli olduğunu gösterir belge.

(3) Karşılıklı yer değişiklikleri, personelin görev yapmakta olduğu müdürlüğün uygun görüşü üzerine diğer müdürlük ile koordinasyon sağlanarak yapılır.

(4) Avukatların atama, görevlendirme ve yer değişikliklerinde; ildeki avukat sayısı ve iş yükü dikkate alınarak Bakanlık merkez teşkilatınca sonuçlandırılır.

(5) Talepleri uygun görülen personel hakkında ilgili taşra teşkilatı tarafından İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi'nde atama kararı oluşturulur ve kadronun merkez teşkilatlarınca onaylanmasından sonra işlem sonuçlandırılır.

Terfi yapılabilmesi için kadro talebinde uyulması gerekli usuller

MADDE 18- (1) Kazanılmış hak aylığı itibariyle daha alt derecedeki kadroda bulunan personelin müktesebine uygun derecedeki kadro talepleri için müdürlük tarafından kadro talebi oluşturulur. Kadro talebinin merkez teşkilatınca onaylanmasından sonra işlem müdürlükçe sonuçlandırılır.

Unvan değişikliği yapılabilmesi için kadro talebinde uyulması gerekli usuller

MADDE 19- (1) Görevde yükselme ve unvan değişikliği mevzuatında belirtilen genel idare hizmetleri ve yardımcı hizmetler grubunda olup ilgili mevzuatı gereği unvan değişikliği yapılacak personelin, standart kadronun sağlanması şartıyla müdürlük tarafından İnsan Kaynakları Yönetim Sisteminde atama kararı oluşturulur. Unvan değişikliği talebi işleminin ilgili merkez teşkilatınca onaylanmasından sonra işlem müdürlükçe sonuçlandırılır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Son Hükümler

Çeşitli hükümler

MADDE 20- (1) Bu Yönergeye göre;

a) Bakanlık taşra teşkilatında görev yapan personelin il içi veya iller arası yer değişikliği işlemlerinde, kadro standartları mevzuatına uygun işlem tesis edilmesi,

b) Tescil işlemi yapılan atamalara ilişkin tebligatların, Tebligat Kanunu hükümlerine uygun olarak yapılması, yasal mazeret durumları hariç personelin görevlerinden ayrılış ve yeni görev yerlerine başlayış işlemlerinin yasal sürede yapılması,

c) Emeklilik, istifa, vefat ve başka kuruma nakil gibi çeşitli sebeplerle görevinden ayrılan personelin ayrılış tarihinin en kısa sürede İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi'ne girilmesi,

ç) Kanunun 62 nci maddesinde belirtilen süreler içerisinde görevine başlamayanlar hakkında, aynı Kanunun 63 üncü maddesi ve ilgili mevzuat çerçevesinde her hangi bir gecikmeye meydan verilmeksizin işlem yapılması,

d) Personelin özlük işlemleri ile belge tanzimlerinin, usul ve esasları uygun olarak İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi'nde yapılması ve bu işlemlerin müdürlükçe sonuçlandırılması, gerekmektedir.

Gerçek dışı beyan ve usulsüz işlem

MADDE 21- (1) Bu Yönerge kapsamına girenlerden gerçeğe aykırı beyanda bulunduğu, sahte bilgi ve belge düzenlediği ya da durumlarında meydana gelen değişiklikleri süresinde bildirmediği sonradan anlaşılanların atamaları yapılmaz, yapılmış ise atamaları iptal edilir ve bu kişiler hakkında Türk Ceza Kanununun ilgili hükümlerinin yanında Kanunun disipline ilişkin hükümleri uygulanır.

Yönergede hüküm bulunmayan haller

MADDE 22- (1) Bu Yönergede hüküm bulunmayan hallerde; 19/4/1983 tarihli ve 83/6525 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Devlet Memurlarının Yer Değiştirme Suretiyle Atanmalarına Dair Yönetmelik hükümleri uygulanır.

Yürürlükten kaldırılan yönerge

MADDE 23- (1) 02/02/2018 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı Harici Personelin Atama ve Yer Değiştirme Usul ve Esaslarına İlişkin Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 24- (1) Bu Yönerge Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 25- (1) Bu Yönerge hükümlerini Bakan yürütür.

9.2.4. Sağlık Bakanlığı Sosyal Tesisler İşletme Yönergesi

YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ..
HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
24.01.2020 14:29:22 49635782-010.04-955
111067380

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 49635782/010.99
Konu : Sağlık Bakanlığı Sosyal Tesisler İşletme Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 379 uncu maddesi ile 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 191 inci maddesine dayanılarak hazırlanan "Sağlık Bakanlığı Sosyal Tesisler İşletme Yönergesi"nin yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Mehmet İSLAMOĞLU
Genel Müdür

OLUR
.../.../2020

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Ek: Yönerge ve Ekleri (35 sayfa).

SAĞLIK BAKANLIĞI SOSYAL TESİSLER İŞLETME YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatına ait sosyal tesislerin kurulmasına, yönetilmesine, işletilmesine ve sosyal tesis hizmetlerinden yararlanılmasına, ilgili mevzuat kapsamında muhasebe, defter ve kayıtların tutulmasına, hesap verilebilirlik açısından denetim birimlerine ve diğer bilgi kullanıcılarına sunulmasına dair usûl ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge; Bakanlık personeli ve emeklilerinin, eşi, çocukları ile kanunen bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin **(Mülga ibare: 14.01.2025 tarihli ve 265512999 sayılı Bakan Onayı)** (...) yemekhane, kafeterya, eğitim ve dinlenme tesisi, hekim evi, kreş gibi sosyal tesislerin yönetimini, işletilmesini, kapatılmasını, açılmasını ve buralarda verilecek hizmetleri kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu, 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 191 inci maddesi, 10/7/2018 tarihli ve 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 379 uncu maddesi, **(Ek ibare: 14.01.2025 tarihli ve 265512999 sayılı Bakan Onayı)** 11/12/1986 tarihli ve 19308 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliği, Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca İşletilen Sosyal Tesislerin Muhasebe Uygulamalarına Dair Esas ve Usuller ile Kamu Sosyal Tesislerine İlişkin Tebliğlere dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatını,

b) Daire Başkanlığı: Genel Müdürlüğün yapacağı görevlendirmeye göre İdari Hizmetler Dairesi Başkanlığını, Destek Hizmetleri Dairesi Başkanlığını ya da Mali Hizmetler Dairesi Başkanlığını,

c) Genel Müdürlük: Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

ç) Gerçekleştirme Görevlisi: Harcama yetkilisi tarafından görevlendirilen ve 5018 sayılı Kanun'a göre görevini ifa eden personeli,

d) Harcama Yetkilisi: Üst yönetici tarafından görevlendirilen ve 5018 sayılı Kanun'a göre görevini ifa eden personeli,

e) Muhasebe Yetkilisi: Öncelikli olarak fakülte ve yüksekokulların işletme, iktisat, maliye, muhasebe bölümlerinden mezun olanlar veya muhasebe yetkilisi sertifikası olanlar arasından Yönetim Kurulunca görevlendirilen personeli,

f) Kamu Harcama ve Muhasebe Bilişim Sistemi (KBS) : Verilerin Hazine ve Maliye Bakanlığa aktarılmasında kullanılan sistemi,

g) KTS Sosyal Tesis: Milli Emlak Otomasyon Projesi sisteminde oluşturulan modülü,

ğ) Personel: Sosyal tesislerin idarî ve malî işlerini ve görev faaliyetlerini yürütmekle vazifeli olan diğer personeli,

h) Sosyal Tesis Birim Sorumlusu: Her sosyal tesis için üst yönetici tarafından belirlenen personeli,

ı) Sosyal Tesisler: **(Mülga ibare: 14.01.2025 tarihli ve 265512999 sayılı Bakan Onayı)** (...) Bakanlıkça işletilen ve genel bütçe içerisinde yer almayan eğitim, dinlenme ve spor tesisi, misafirhane, kreş, yemekhane, kafeterya gibi tesisleri,

i) Tebliğ: Her yıl Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından yayımlanarak yürürlüğe giren Kamu Sosyal Tesislerine İlişkin Tebliğ'i,

j) Usûl ve Esaslar: 30/12/2005 tarihli ve 26039 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca İşletilen Sosyal Tesislerin Muhasebe Uygulamalarına Dair Esas ve Usuller'i,

k) Üst yönetici: Bakanlık merkez teşkilatında Yönetim Hizmetleri Genel Müdürünü, taşra teşkilatında ise İl Sağlık Müdürünü,

l) Veri: Konsolide malî istatistik tablolarının hazırlanmasına esas teşkil eden veriyi,

m) Yönetim Kurulu: Bu Yönerge kapsamında kurulan ve üst yönetici ya da üst yöneticinin görevlendireceği Yönetim Kurulu Başkanı başkanlığında oluşturulan kurulu,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Temel İlkeler, Yönetim Kurulu, Çalışma Esasları ve Görevleri

Temel İlkeler

MADDE 5-(1) Bu Yönerge kapsamındaki sosyal tesislerin yönetilmesi ve işletilmesinde;

a) Sosyal tesislerde sunulan ve maliyet oluşturan her hizmet, bedeli mukabilinde verilir.

b) Sosyal tesislerden yararlananlar bu Yönerge hükümleri kapsamında aldığı hizmetin bedelini ödemekle yükümlüdür.

c) Sunulan hizmetler için gerekli olan mal ve malzemelerin temininde müşteri memnuniyeti, ekonomik olması ve işlemlerin şeffaflığı esas alınır.

ç) Sosyal Tesis Birim Sorumluları maliyetleri azaltıcı, gelirleri artırıcı önlemleri alarak müşteri memnuniyetini sağlayacak şekilde fizikî ortamları hazırlar ve hizmet kalitesini geliştirirler.

d) Sosyal tesislerde kaynakların verimli kullanılması esas alınır.

e) Sosyal tesislerde hizmet kalitesini artırmaya yönelik olarak mesleğinde deneyimli ve/veya turizm ve otelcilik konusunda eğitimli personelin istihdamına öncelik verilir.

f) Sosyal tesislerin ihtiyaç duyulan bakım-onarım ve yenileme çalışmalarının, sunulan hizmetleri aksatmadan, geciktirmeden ve süreklilik arz edecek şekilde yerine getirilmesi esastır.

g) Performansı ile hizmetlerin verimliliğine katkı sağlayamayan personel sosyal tesislerde istihdam edilemez.

Yönetim Kurulu ve Çalışma Esasları

MADDE 6- (1) Yönetim Kurulu bir başkan ve **(Değişik ibare: 14.01.2025 tarihli ve 265512999 sayılı Bakan Onayı)** dört üyeden oluşur. Üye sayısı kadar yedek üye belirlenir. Yönetim Kurulu Başkanını ve üyelerini üst yönetici belirler. Görevlendirmeler **(Değişik ibare: 14.01.2025 tarihli ve 265512999 sayılı Bakan Onayı)** iki yıl süre ile yapılır. Görev süresi sona erenler, aynı usûlle tekrar görevlendirilebilir.

(2) Yönetim Kurulu, toplantı gündemindeki konuları görüşmek üzere her yıl Ocak ayında toplanır. Kurul, gerektiğinde Yönetim Kurulu Başkanının çağrısı üzerine ayrıca toplanabilir. Kurulda alınan kararlar, karar defterine yazılır. Karar defteri başkan tarafından onaylanır.

(3) Yönetim Kurulu üye tam sayısı ile toplanır, kararlarını salt çoğunlukla alır.

(4) Yönetim Kurulu üyelerinden izinli, görevli vs. gibi nedenlerle görevleri başında bulunamayanların yerine, yedek üyeler toplantıya katılırlar.

(5) Yemekhane hizmeti sunan sosyal tesislerin bünyesinde de Yönetim Kurulu teşkil edilmesi zorunludur.

Yönetim Kurulunun Görevleri

MADDE 7- (1) Yönetim Kurulunun görevleri şunlardır:

a) Sosyal tesisleri ilgili mevzuata uygun olarak yönetmek,

b) Sosyal tesislerin işletilmesi ile ilgili her türlü tedbiri almak,

c) Muhasebe kayıtlarının Usul ve Esaslar çerçevesinde tutulmasını sağlamak,

ç) Hesap verilebilirlik açısından defterleri ve malî tabloları, konsolide gelir-gider tablolarını usûlüne uygun olarak düzenlenmesini sağlamak, denetim birimlerine ve diğer bilgi kullanıcılarına sunmak,

d) Faaliyet dönemi başlamadan önce Büyük Defter (Defter-i Kebir) ve günlük defter dökümlerini Yönetim Kurulu Başkanına tasdik ettirmek,

e) İhtiyaç duyulması hâlinde, sosyal tesislere yapılacak olan yıllık mal ve hizmet alımlarının planlamasını yapmak,

f) Kiralamalarla ilgili karar almak,

g) Sosyal tesislerin hesaplarında bulunan paraların; ödeme durumuna göre, 8/3/2019 tarihli ve 30708 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Kamu Haznedarlığı Yönetmeliği hükümleri doğrultusunda, gelir sağlamak üzere sermayesinin yüzde ellisinden fazlası kamuya ait olan Bankalarda değerlendirilmesine karar vermek,

ğ) Sosyal tesislerin etkin ve verimli çalıştırılması ve hizmet kalitesinin artırılması için gerekli tedbirleri almak,

h) Sosyal tesislerden dinlenme amacıyla veya diğer amaçlarla yararlanacaklardan alınacak yemek, konaklama ve diğer hizmet bedellerinin tespitinde ve elde edilen gelirlerin kullanımında, her yıl Hazine ve Maliye Bakanlığınca yayımlanan Kamu Sosyal Tesislerine İlişkin Tebliğ hükümlerini dikkate alarak karar almak,

ı) **(Değişik: 14.01.2025 tarihli ve 265512999 sayılı Bakan Onayı)** Sosyal tesislerde sunulan her türlü mal ve hizmetin fiyatının belirlenmesinde maliyet bedelinin altında olmamak kaydıyla; mal ve hizmetin üretim maliyetini (işçilik maliyeti, işçi ve işveren payları, kıdem tazminatı vb. giderler ile hammadde, satın alma bedeli, elektrik, ısınma, su giderleri vb.), işletmenin sabit giderlerini, piyasa şartları ve kalite giderlerini göz önünde bulundurmak,

(1) Mal ve hizmetin üretim maliyetini (işçilik maliyeti, işçi ve işveren payları, kıdem tazminatı vb. giderler ile hammadde, satın alma bedeli, elektrik, ısınma, su giderleri vb.),

(2) İşletmenin sabit giderlerini,

(3) Piyasa şartları ve kalite giderlerini,

göz önünde bulundurmak,

i) Personelin görev tanımlarını belirlemek,

j) Bakanlığın sosyal tesislerle ilgili vereceği diğer görevleri yapmak.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Görev Tanımları

Yönetim Kurulu Başkanı ve Görevleri

MADDE 8- (1) Yönetim Kurulu Başkanı, üst yönetici tarafından belirlenir ve aynı zamanda Sosyal Tesis Birim Sorumlusu olarak da görevlendirilebilir.

(2) Yönetim Kurulu Başkanının görevleri şunlardır:

a) Yönetim Kurulu üyelerinin çalışmalarında koordinasyonu sağlamak,

b) Yönetim Kurulunun aldığı kararlar doğrultusunda sosyal tesisleri yönetmek,

c) Üçer aylık dönemlerde işletme hesap özetinin ilgili Daire Başkanlığı'na gönderilmesini sağlamak,

ç) Sosyal tesisler tarafından kullanılan defterleri tasdik etmek.

Sosyal Tesis Birim Sorumlusu

MADDE 9- (1) Sosyal Tesis Birim Sorumlusu üst yönetici tarafından görevlendirilir. Sosyal Tesis Birim Sorumlusu aynı zamanda Harcama Yetkilisi görevini de yürütebilir. Görevlerinin yerine getirilmesinden Yönetim Kurulu Başkanı ve/veya üst yöneticiye karşı sorumludur.

Sosyal Tesis Birim Sorumlusunun Görevleri

MADDE 10- (1) Sosyal Tesis Birim Sorumlusunun görevleri şunlardır:

a) Bu Yönerge hükümleri ve Yönetim Kurulu kararları doğrultusunda sosyal tesislerin belli bir standart ve kalite çerçevesinde işletilmesini, düzenini ve koordinasyonunu sağlamak,

b) Sosyal tesislerde görevlendirilen personelin sevk ve idaresini sağlamak,

c) Personelin görev tanımlarının ilgili personele yazılı olarak tebliğ edilmesini sağlamak,

ç) Sosyal tesisler ile ilgili defter ve belgelerin zamanında ve usûlüne uygun olarak düzenlenmesini sağlamak ve takip etmek,

d) Muhasebe verilerinin Sosyal Tesis Muhasebe Takip Sistemine zamanında ve doğru bir şekilde girilmesi için gerekli önlemleri almak,

e) Tesise ait envanter kaydına ilişkin verilerin Milli Emlak Otomasyon Projesi sisteminde oluşturulan KTS (Sosyal Tesis) Modülüne girişinin görevli personelce yapılmasını sağlamak,

f) Hazırlanan faaliyet sonuçları değerlendirme raporunu takip eden yılın Şubat ayı sonuna kadar tesisin bağlı olduğu üst yöneticiye göndermek,

g) Harcamaların 5018 sayılı Kanuna uygun şekilde yapılmasını sağlamak,

ğ) Sosyal tesis alt birim sorumlularının sosyal tesislerle ilgili hazırladıkları raporları Yönetim Kuruluna sunmak,

h) Sosyal tesislere alınan taşınırların giriş ve çıkışlarına ilişkin kayıtları tutturmak, bunlara ilişkin belge ve cetvelleri süresinde düzenletmek,

ı) Dönem başında, muhasebe birimlerini ve kamu idaresi veya muhasebe birimleri adına açılmış bulunan banka hesap numaralarını gösterir cetvelleri, muhasebe yetkililerinin adı soyadı, unvanı ve elektronik posta adreslerini gösterir cetvelleri ilgili Daire Başkanlığına göndermek,

i) Dönem sonlarında kapanış işlemlerini müteakip, kasa sayım tutanağını, banka mevcudu tespit tutanaklarını tanzim ederek ilgili Daire Başkanlığına göndermek,

j) Dönem sonlarında sosyal tesis taşınır kesin hesap cetveli ile envanter defterini tanzim ederek ilgili Daire Başkanlığına göndermek,

k) Sosyal tesislerle ilgili yazışmaları yapmak,

Av. Abdulkadir BEKTAŞ
Daire Başkanı

l) İşçi çalıştırılan tesislerde 4857 sayılı İş Kanunu'ndan kaynaklı iş ve işlemleri yapmak,

m) İşçi olarak çalışanların puantajlarını, çalışma çizelgelerini, resmî tatil ve bayram çalışma çizelgelerini, fazla çalışma nöbet ücretlerini gösterir kanıtlayıcı belgeleri düzenlemek ve muhafaza etmek,

n) Yangın, doğal afet, tahliye planları ve sivil savunma iş ve işlemlerini yaptırmak, olağan üstü durumlar için gerekli tedbirleri almak/aldırmak,

o) Görev alanıyla ilgili üst yönetici/Yönetim Kurulu Başkanı tarafından verilecek diğer iş ve işlemleri yapmak ve yaptırmak.

Muhasebe Yetkilisi

MADDE 11- (1) Muhasebe Yetkilisi, Yönetim Kuruluna karşı sorumludur. İzinli, görevli vs. gibi nedenlerle görevi başında bulunamadığı zamanlarda Sosyal Tesis Birim Sorumlusunun görevlendireceği personel bu görevi yerine getirir.

Muhasebe Yetkilisinin görevleri

MADDE 12- (1) Muhasebe Yetkilisinin görevleri şunlardır:

a) Gelir ve giderlerin Usul ve Esaslar çerçevesinde, belgelere dayanarak, düzenli bir şekilde muhasebeleştirilmesini yapmak/yaptırmak,

b) Bu Yönerge'nin ekinde bulunan ilgili belgeleri düzenlemek ve Yönetim Kurulu'nun onayına sunmak,

c) Üçer aylık dönemlerde, Genel Yönetim Mali İstatistikleri Genel Tebliği kapsamında, Kamu Harcama ve Muhasebe Bilişim Sistemine (KBS) veri girişlerini yapmak/yaptırmak,

ç) Hesapların konsolidasyonu ve malî tabloların hazırlanarak KBS'ye veri giriş işlemlerini yapmak,

d) Tesise ait envanter kaydına ilişkin verilerin Milli Emlak Otomasyon Projesi sisteminde oluşturulan KTS (Sosyal Tesis) Modülüne girişini yapmak,

e) Dönem sonlarında kesin hesap işlemleri yapıldıktan sonra, bilanço esasına göre muhasebe takibi yapmakta olan sosyal tesisler için Büyük Defteri (Defter-i Kebir), Envanter Defterini, Damga Vergisi Defterini ve Yevmiye (Günlük) Defterini; işletme esasına göre çalışmakta olan sosyal tesisler için Damga Vergisi Defterini, İşletme Defterini ve Envanter Defterini, Yönetim Kurulu Başkanının tasdik etmiş olduğu sayfalara basarak arşivlemek,

f) Para ve banka işlemlerinin takibini yapmak/yaptırmak,

g) Gelirleri tahsil etmek, giderlerden tahakkuk eden borçları Merkezî Yönetim Harcamaları Belgeleri Yönetmeliği'ne uygun olarak tahakkuk evraklarını düzenleyerek hak sahiplerine ödemek,

ğ) Diğer tüm malî iş ve işlemleri yapmak.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Genel Hükümler

Genel Hükümler

MADDE 13- (1) 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 28 inci maddesinin (A) fıkrası uyarınca birinci derece kritik il olarak belirlenen illerdeki sosyal tesislerden yararlanacak olan güvenlik personelinin kullanımı hariç olmak üzere, sosyal tesisler devamlılık arz edecek şekilde pansiyon veya lojman olarak kullanılamaz.

Av. Abdülkadir BEKTAŞ
Daire Başkanı

(2) Kamu görevlileri sendika ve konfederasyonlarınca düzenlenecek eğitim çalışmalarında, kamu kurumları için öngörülen tarife karşılığında ve tesisin uygun olması hâlinde ilgili sendika ve konfederasyonlar sosyal tesislerden yararlandırılabilir.

(3) Sosyal tesislerin bakım ve onarımlarının yaptırılabilmesini sağlamak amacıyla, bu sosyal tesislerden yıl içinde elde edilen gelirlerin brüt tutarının % 5'inden az olmamak üzere ayrılacak tutar, ayrı bir hesapta tutularak söz konusu ihtiyaçlar için harcanır. Bu hesaptan yapılacak harcamalarda, hizmetin sunumu açısından ihtiyaç duyulan döşeme ve demirbaş alımlarında Cumhurbaşkanlığı ve/veya Bakanlıkça düzenlenen tasarruf tedbirlerine uyulur.

(4) Kamu sosyal tesislerinden yararlandırılma ile ilgili olarak yayımlanan Cumhurbaşkanlığı ve -mülga- Başbakanlık genelgeleri hükümleri saklıdır.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Malî Hükümler

Malî Hükümler

MADDE 14- (1) Sosyal tesislerin işletme giderleri için Bakanlık genel bütçesinden herhangi bir katkıda bulunulmaması esastır.

(2) Sosyal tesis ücretleri, her yıl Hazine ve Maliye Bakanlığınca yayımlanan Kamu Sosyal Tesislerine İlişkin Tebliğ hükümleri doğrultusunda, Yönetim Kurulunca belirlenir.

(3) Sadece yemek hizmeti veren sosyal tesisler, Hazine ve Maliye Bakanlığınca her yıl Ocak ayında yayımlanan Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliği Uygulama Tebliğine göre yemek ücretlerini belirleyecek ve her yıl tebliğin yayımlandığı gün itibariyle fiyatları güncelleyecektir.

(4) İl sağlık müdürlüklerindeki yemekhane hizmeti veren sosyal tesislerde; personelin kadro veya pozisyon unvanı, hizmetlerin özelliği, yemek maliyetleri ve yemek servisinin farklı mahallerde daha iyi şartlarda sunulması gibi hususlar dikkate alınarak Kamu Sosyal Tesislerine İlişkin Tebliğ'de belirtilen miktarlar üzerinden yemek bedeli tespit edilir.

(5) Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliği hükümleri kapsamında yiyecek yardımının gerektirdiği giderler, yemek maliyetlerinin Ankara, İstanbul ve İzmir İlleri için üçte ikisini; diğer iller için yarısını aşmamak üzere genel bütçeden tahsis edilen ödenekten karşılanır.

(6) Sosyal tesislerin gelirleri; bunların işletilmesinden, finansal araçlardan ve her türlü bağışlardan elde edilecek gelirlerden oluşur. Sosyal tesisler ile ilgili her türlü gelir ve giderin ilgili mevzuata uygun olarak belgelendirilmesi esastır.

(7) Giderler, muhasebe işlem fişleri ile işlenir. Muhasebe işlem fişlerinde, Harcama Yetkilisi ve Gerçekleştirme Görevlisinin imzaları olur. Gerçekleştirme Görevlisi olmaması durumunda, Muhasebe Yetkilisi her iki görevi de ifa eder.

(8) Muhasebe Yetkilisi mutemetleri, Kamu Haznedarlığı Yönetmeliği'ne göre tahsil ettiği sosyal tesis gelirini o gün saat 16.00'ya kadar bankaya veya muhasebe birimine yatırarak Z raporunu ve banka dekontunu muhasebe yetkilisine teslim eder. Ancak; işin gereği olarak, saat 16.00'dan sonra tahsil edilen paralar ile tatil günlerinde yapılan tahsilat iş bitiminde muhasebe birimindeki kasaya tutanak karşılığı teslim edilerek korumaya alınır. Bu şekilde muhasebe birimi kasasına intikal eden para tutarı takip eden ilk mesai günü bankaya yatırılır.

(9) Harcama Yetkilisinin uygun görmesi ve karşılığı ödeneğin saklı tutulması kaydıyla, ilgili kanunlarda öngörülen hâller ile gerçekleştirme işlemlerinin tamamlanması beklenilemeyecek ivedi veya zorunlu giderler için Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu'nda belirlenen avans limitinin 5 katına

Av. Abdulkadir BEKTAŞ
Daire Başkanı

kadar avans verilebilir. Avans olarak verilen tutarların en geç 30 gün içinde mahsubu veya iadesi sağlanır.

(10) Sosyal tesisin paraları, sermayesinin yarısından fazlası kamuya ait bankalarda muhafaza edilir.

(11) Her bir sosyal tesis için ayrı hesap açılır. Hesapları kapatma yetkisi Sosyal Tesis Birim Sorumlusundadır. Açılacak olan yardımcı hesaplar;

a) İşletmenin gelir ve ödemelerinin takip edileceği cari hesap,

b) İşletmede istihdam edilen personele ait kıdem ve ihbar tazminatı hesabı,

c) Bakım-onarım ihtiyaçları için açılacak en az %5'lik bakım-onarım hesabı,

ç) Kredi kartı kullanan işletmelere ait kredi kartı hesabı,

d) Gelir sağlamak üzere açılacak vadeli hesap,

e) İhtiyaç duyulması hâlinde açılacak diğer hesaplardır.

(12) Ödeme ve tahsilatın banka vasıtasıyla yapılması esas olup sosyal tesis gelirleri, sosyal tesis adına açılan hesaplar aracılığıyla peşin ya da kredi kartı ile tahsil edilir. Tahsilatlar banka aracılığıyla (EFT, havale gibi) veya kredi kartıyla yapılabilir.

(13) Sosyal tesis gelirlerinden satın alınan demirbaş niteliğindeki malzemeler, Taşınır Mal Yönetmeliği hükümleri kapsamında idare edilir. Bunlarla ilgili taşınır işlem fişi düzenlenir. Dönem içerisinde alınan demirbaşlara, yine o dönemin sonunda %100 oranında amortisman uygulanır.

Satın Alma İşlemleri

MADDE 15- (1) Sosyal tesislerin faaliyetlerinin devamı için gereken harcamalar, Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından yayımlanan Kamu Sosyal Tesislerine İlişkin Tebliğ'de belirlenen usûl ve esaslara göre, Yönetim Kurulu kararı ile yürütülür.

(2) Satın alma işlemlerinde aşağıdaki kurallar göz önünde bulundurulur:

a) Satın alma işlemi, yürürlükteki mevzuata uygun olarak yerine getirilir.

b) Sosyal tesisin ihtiyacı olan malzeme, en uygun şekilde ve zamanda temin edilmeye çalışılır.

c) Toplu alımlarda ilgili firmalardan teklif mektupları alınır ve bu teklifler arasından kalite ve fiyat yönünden en uygun olanları seçilir.

ç) Mal ve hizmet alımlarında avans verilmez.

d) İhtiyaç hâlinde serbest muhasebe ve malî müşavirlik hizmetleri satın alınabilir.

e) Satın alınan her mal veya hizmetin, fatura veya fatura yerine geçen belgesi (gider pusulası, müstahsil makbuzu, perakende satış fişi gibi 213 sayılı Vergi Usul Kanunu'na göre fatura yerine geçen belgeler) alınmak zorundadır. Söz konusu belgenin temin edilemediği zamanlarda, Yönetim Kurulunca tespit edilen miktarı geçmemek üzere gider pusulası kabul edilebilir.

f) Satın alma görevlisi, görevi esnasında kendisi veya başkası hesabına kişisel alışverişte bulunamaz.

ALTINCI BÖLÜM
Son Hükümler

Personel İstihdamı

MADDE 16- (1) Sosyal tesislerin işletilmesinde bedeli gelirlerden karşılanmak üzere işçi statüsünde personel istihdam edilebilir.

(2) Sosyal tesislerde, merkezden geçici görevle gönderilecek personel sayısı asgari seviyede tutulur ve bir önceki yıl görevlendirilen personel sayısı hiçbir şekilde aşılamaz.

(3) Bedeli gelirlerden karşılanmak üzere, fazla mesai yaptırılan personele fazla çalışma ücreti ödenir.

(4) Merkezi yönetim bütçesi ile döner sermaye ve fonlardan ücret ödenmek üzere ilk defa personel istihdam edilemez. Ancak ücreti sosyal tesis işletme gelirlerinden karşılanmak üzere ilk defa personel istihdamı yapılabilir.

Tesis Açılması ve Kapatılması

MADDE 16- (1) İlin/bölgenin ihtiyaç durumu, personelin yoğunluğu, sosyal tesisin kuruluş amacını gerçekleştirememesi, beklenen faydayı sağlayamaması, idareye gereksiz yük getirmesi, malî sürdürülebilirlik gibi hususlar değerlendirilerek; taşra teşkilatında İl Sağlık Müdürünün, merkez teşkilatında İlgili Daire Başkanının teklifi Genel Müdürün Onayı ile yeni sosyal tesis açılır veya mevcut sosyal tesis kapatılır.

(2) Sosyal tesislerin alacakları tahsil edildikten, borçları ise (elektrik, su, vergi borçları gibi) ödendikten sonra kapatma onayı alınır.

(3) Kapatılan sosyal tesisin varsa nakdî gelirleri (hazır değerler) Bakanlık Merkez Teşkilatı Sosyal Tesisler hesabına aktarılacaktır.

(4) Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması amacıyla, kapatılan veya mevcut sosyal tesislerde ihtiyaç fazlası ve kullanılabilir durumda olan mal ve malzemeler tanzim edilecek bir tutanakla üst yöneticinin onayı ile Bakanlığımız bünyesindeki diğer sosyal tesislere devredilebilir.

Sorumluluk

MADDE 17– (1) Malî ve idarî karar ve işlemlere ilişkin her türlü kayıt, bilgi ve belgeler, yetkililerce düzenli olarak kanunî süresince muhafaza edilir.

(2) Malî iş ve işlemlerin hazırlanması, uygulanması, sonuçlandırılması, muhasebeleştirilmesi, raporlanması işlemlerine ait bilgi ve belgeleri denetimle görevlendirilmiş olanlara ibraz etmek, görevin sağlıklı yapılmasını sağlayacak önlemleri almak ve her türlü yardım ve kolaylığı göstermek zorunludur.

(3) Bakanlık merkez teşkilatındaki yetkililer, Ek-I Sayılı Merkez Teşkilatı Cetveli'nde yer alan belgeleri; taşra teşkilatındaki yetkililer ise Ek-II Sayılı Taşra Teşkilatı Cetveli'nde yer alan belgeleri doldurup süresinde ilgili mercilere sunmakla yükümlüdür.

(4) Kamu kaynaklarının kullanılmasında veya yönetiminde kamu zararına sebebiyet verilmesi hâlinde sorumlu ve ilgililer hakkında idarî, malî ve cezaî hükümler uygulanacaktır.

Hüküm Bulunmayan Hâller

MADDE 18– (1) Bu Yönergede yer almayan hususlarda yürürlükte bulunan mevzuat hükümleri uygulanır.

(2) Bu Yönergenin uygulanmasında ortaya çıkan tereddütleri gidermeye Genel Müdürlük yetkilidir.

Yürürlük

MADDE 19– (1) Bu Yönerge Bakan Onayına müteakip yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 20– (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Av. Abdulkadir BEKTAŞ

9.2.5. Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 82040698/
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye dayanılarak hazırlanan "Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi'nin" yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Mehmet İSLAMOĞLU
Genel Müdür

OLUR
.../.../2019

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

SÖZLEŞMELİ YÖNETİCİ PERFORMANS DEĞERLENDİRME YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç
MADDE 1 - (1) Bu Yönerge'nin amacı, illerde sağlık hizmetini yürüten sözleşmeli yöneticilerin sözleşme süresince yürüttükleri faaliyetlerin Bakanlığın strateji ve hedefleri doğrultusunda, kaynak kullanımı ve hizmet sunumu etkililik ve verimlilik düzeylerini, ölçülebilir verilere dayalı performans göstergeleri kullanarak izlemek, ölçmek ve değerlendirmektir.

Kapsam
MADDE 2 - (1) Bu Yönerge, il sağlık müdürlerini, başkan ve başkan yardımcılarını, ilçe sağlık müdürlerini, başhekim ve başhekim yardımcılarını, hastane müdür ve müdür yardımcılarını kapsar.

Dayanak
MADDE 3 - (1) Bu Yönerge; 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 18 ve 32 nci maddesi ile 16/10/2017 tarihli ve 2012 sayılı Sağlık Bakanlığı Hizmet Sözleşmesinin 11'inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar
MADDE 4 - (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakan: Sağlık Bakanı

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığı

c) Sözleşmeli Yönetici: Uzmanlar hariç olmak üzere 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin ek (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda istihdam edilen personeli,

ç) Performans Değerlendirme: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları İle Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergede yer alan sözleşmeli yönetici görev ve sorumluluklarına dayalı bireysel performans göstergeleri oluşturularak yapılan değerlendirmeyi,

d) Performans Değerlendirme Komisyonu: Performans raporu ile performans puanına yönelik yapılan itirazları değerlendirmek ve başarı düzeyi düşen sözleşmeli yöneticilerin görevden alınmalarına ilişkin iş ve işlemleri yürütmek üzere Bakanlık bünyesinde oluşturulan komisyonu,

e) Performans Göstergesi: Ek- 1 de yer alan Stratejik amaç ve hedefler ile performans hedeflerine ulaşmak amacıyla yürütülen faaliyetlerin sonuçlarını ölçmek, izlemek ve değerlendirmek için kullanılan araçları,

f) Performans Gösterge Kartları: Performans göstergelerinin tanımını, amaç ve hedefini, veri toplama ve analiz sıklığını, hesaplama formülünü, puanını, veri kaynağını ve sorumlu birim ve göstergeye özgü açıklamaları gösteren kartları,

g) Sağlık Tesisi: İl ve ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini veren hastane/merkez ve bağlı birimlerini, üniversiteler ile ortak/birlikte kullanılan hastaneler de dâhil olmak üzere, ağız ve diş sağlığı merkezleri/ hastaneleri, 112 komuta kontrol merkezleri, 112 acil istasyonları ile benzeri sağlık kuruluşlarını,

ğ) Performans Puanı: İlgili sözleşmeli yöneticinin sorumlu olduğu göstergelerden elde ettiği puanı,

h) Performans Değerlendirme Dönemi: Her yıl bir önceki dönem verilerine göre yapılan puanlama zamanını,

ı) Yetkinlik Bazlı Performans Değerlendirme Formu: Ek-2 de yer alan niteliksel, davranış gelişimine önem veren, gelişim odaklı performans değerlendirilmesinde kullanılacak formu,

i) Değerlendiriciler: Performans değerlendirme formunu doldurmaya yetkili amir /üst amir pozisyonunda bulunan sözleşmeli yöneticileri,

j) Genel Müdürlük: Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nü,

k) Performans Başarı Düzeyi: İlgili sözleşmeli yöneticinin sorumlu olduğu göstergelerden elde ettiği puana göre belirlenmiş olan başarı sınıflamasını,

İfade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Verilerin Temini ve Hizmet Sınıfları

Değerlendirmeye esas verilerin temini

MADDE 5 - (1) Yönetici performans değerlendirmesinde kullanılacak olan veriler Bakanlık bünyesinde ilgili Genel Müdürlük/Kurumlar, İllerde il sağlık müdürlükleri ve/veya ilgili sağlık tesisleri üzerinden toplanır. Performans değerlendirmesinde ilgili dönemde toplanan veriler esas alınır. Geriye dönük veri düzeltmeleri dikkate alınmaz. İlgili Genel Müdürlük/Kurumlar bu verilerin zamanında ve doğru olarak bildirilmesinden sorumludur.

(2) Performans gösterge kartlarında, ilgili Genel Müdürlük/Kurumların sorumlu olduğu performans göstergeleri belirtilmiştir.

(3) Sözleşmeli yöneticilerin ilgili performans göstergeleri, performans gösterge tablosunda, detayları gösterge kartında belirtilmiştir.

Sınıflandırma

MADDE 6 - (1) Sağlık tesisleri; mali kaynaklar, teknoloji, insan kaynağı, hizmet kapasite ve çeşitlikleri bakımından benzerliklerine göre hizmet gruplarına ayrılarak Genel Müdürlük tarafından ilan edilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Yönetici Performans İzleme ve Ölçme Usul ve Esasları

İzleme ve ölçme

MADDE 7 - (1) İzleme ve ölçme çalışmaları performans gösterge kartlarından veri toplama sıklığı 6 ay ve daha kısa süre olan göstergeler esas alınarak yapılır.

(2) Ölçümler göstergelerin özelliklerine göre her biri için farklı dönemlerde yapılır.

(3) İzleme ve ölçme çalışmaları sağlık tesisi ve il bazında yapılır. İzleme ve değerlendirmeye esas olacak veriler Genel Müdürlük tarafından yayımlanır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Yönetici Performans Değerlendirme Komisyonu ve İtiraz Başvuruları

Komisyonun kurulması ve görevleri

MADDE 8 - (1) Performans değerlendirmesine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek üzere Bakanlık bünyesinde komisyon kurulur. Komisyon; Bakanın veya görevlendireceği Bakan

Yardımcısı'nın Başkanlığında, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurum Başkanı, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, Halk Sağlığı Genel Müdürü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürü, Strateji Geliştirme Başkanı ve olmak üzere toplam yedi kişiden oluşur.

(2) Performans Değerlendirme Komisyonu; performans puanlarının onaylanması, performans başarı düzeyi düşen sözleşmeli yöneticinin onaylanması, yapılan itiraz başvurularının kabulü ve değerlendirilmesi, doğal afet ve olağanüstü hallerde değerlendirmeden muaf tutulacak olan göstergelerin kişi ve/veya il bazında belirlenmesi, performans göstergesi çıkarma, yeni gösterge ekleme görevlerini yürütür.

(3) Performans Değerlendirme Komisyonu, salt çoğunluğun katılımı ile toplanır. Kararlar oy çokluğu ile alınır. Oyların eşitliği halinde komisyon başkanının kullandığı oy yönünde karar alınmış sayılır.

(4) Alınan kararlar performans değerlendirme tutanağına bağlanır ve tüm üyeler tarafından imzalanır.

(5) İtiraz değerlendirilmesi sonucu yeni oluşan performans puanları onaylanarak Genel Müdürlük tarafından ilan edilir.

(6) Performans Değerlendirme Komisyonunun sekretarya iş ve işlemleri Genel Müdürlük tarafından yürütülür.

(7) Performans değerlendirmesine yönelik itirazlar, performans puanı ilanına müteakip en geç 10 iş günü içerisinde Ek-3 de yer alan "İtiraz Başvuru Formu" ile gerekçeli olarak yapılır. Süresi içerisinde veya usule uygun yapılmayan itirazlar değerlendirmeye alınmaz. Sağlık tesisi sözleşmeli yöneticilerin itirazları il sağlık müdürlüğü üzerinden yapılır. İtiraz başvuruları, il sağlık müdürlüğü tarafından değerlendirilerek gerekçeli görüşleri belirtilmek suretiyle Bakanlığa bildirilir.

ALTINCI BÖLÜM
Yönetici Performans Puanı ile Başarı Düzeylerinin Belirlenmesi

Puanlama

MADDE 9 - (1) Sözleşmeli yöneticinin puanlaması Ek-1'de belirtilen göstergeler esas alınarak 100 tam puan üzerinden yapılır. Performans puanı; sözleşmeli yöneticiye ait ilgili performans göstergesinin olması gereken hedef üzerinden, gerçekleşme düzeyine göre ağırlıklı puanlanmasıyla hesaplanır.

(2) Değerlendirme sonucunda oluşan performans puanları, ilgili Genel Müdürlük/Kurumlar, İllerde il sağlık müdürlükleri tarafından temin edildikten sonra hesaplanır.

(3) 663 sayılı KHK'nın 42. Maddesinin 18.fıkrası kapsamında görevlendirilenlerin performans puanı hesaplanmaz.

(4) Bir yılını doldurmamış olan sözleşmeli yönetici için başlangıç durum değerlendirmesini ifade eden başlangıç performans puanı hesaplanır.

(5) Performans değerlendirmesi gizlilik esaslarına göre yürütülür. Değerlendirme sürecinde yer alan tüm taraflar gizliliğe uymakla yükümlüdür. Gizlilik esasına riayet edilmemesi halinde ilgili hakkında yasal işlemler yapılır.

(6) Performans puanı, Sağlık Bakanlığı Hizmet Sözleşmesi kapsamında görev yapan veya Bakanlık tarafından görevlendirilen yöneticiler için hesaplanır.

(7) Müdür yardımcısı performans puanı hesaplamasında esas alınacak görev alanı(sağlık bakım hizmetleri, idari mali hizmetler, destek ve kalite hizmetleri) il sağlık müdürlüğü tarafından yılda bir defa beyan edilir. Müdür yardımcıları için beyan sonrası yapılan görev alanı değişikliği ilgili dönem performans puanı hesaplamasında dikkate alınmaz.

(8) İlgili dönem verileri üzerinden yapılan hesaplama sonucu Genel Müdürlük tarafından ilan edilen ilk performans puanları kesinleşmemiş olan puanlardır ve bu puanlar üzerinden performans başarı düzeyi belirlenmez.

(9) Performans başarı düzeyinin belirlenmesinde Performans Değerlendirme Komisyon kararı ile onaylanarak yayımlanan kesinleşmiş performans puanları dikkate alınır.

Başarı düzeyinin belirlenmesi

MADDE 10 - (1) Performans puanı başarı düzeylerinin belirlenmesinde kullanılır. Sözleşmeli yöneticinin performans puanına göre belirlenen başarı düzeylerinin açıklamaları aşağıda belirtilmiştir.

a) A düzeyi (90-100 Puan) : Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından görevinin mükemmel bir performansla tam ve doğru olarak yerine getirmiştir.

b) B düzeyi (80-89 Puan) : Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından görevinin üstün bir performansla tam ve doğru olarak yerine getirmiştir.

c) C düzeyi (70-79 Puan) : Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından görevinin ortalama düzeyde yerine getirmiştir.

ç) D düzeyi (50-69 Puan) : Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından geliştirilmeye ihtiyaç duymakta olup görevini beklenenin altında yerine getirmiştir.

d) E düzeyi (0-49 Puan) : Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından yetersiz olup görevini beklenenin çok altında yerine getirmiştir.

Başarısızlık ve sözleşmenin sona ermesi

MADDE 11 - (1) Yapılan iki değerlendirme sonucunda sözleşmeli yönetici başlangıç performans başarı düzeyinin altına düşmesi durumunda başarısız kabul edilir.

(2) (C), (D) ve (E) performans başarı düzeyinde olan sözleşmeli yöneticiler yapılan son iki değerlendirmede üst gruba çıkamaması halinde başarısız kabul edilir.

(3) Değerlendirme sonucu bir önceki döneme göre iki ve daha fazla performans başarı düzeyi düşmesi durumunda sözleşmeli yönetici başarısız kabul edilir. Ancak (A) ve (B) performans başarı düzeyinde iken iki ve daha fazla başarı düzeyi düşmesi ile birlikte performans puanı bir önceki döneme göre %13 ve daha az düşen yönetici başarısız kabul edilmez.

(4) Başarısızlık sebebiyle İl Sağlık Müdürünün değişmesi halinde başarısızlığa sebebiyet veren başkan ve yardımcıları ile ilçe sağlık müdürleri ve başhekimlerin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Bakanlıkça, başarısızlık sebebiyle başhekimlerin sözleşmesinin sona erdirilmesi halinde başhekim yardımcıları ile müdür ve yardımcılarının sözleşmeleri de kendiliğinden sona erer.

(5) Yapılan değerlendirmelerde başarısız kabul edilen yöneticilerin görevlerine son verilir. Başarısızlık sonucu görevi sonlandırılan yöneticiler, iki yıl geçmeden yeniden sözleşme imzalayamaz.

Hizmet alanlarına göre performans puanı

MADDE 12- (1) İl gruplarına göre başkanların hizmet alanları dağılımlarına göre performans puanlaması aşağıdaki şekilde hesaplanır.

a) İ1, İ2 ve İ3 Grubunda: Kamu Hastaneleri Hizmetleri, Halk Sağlığı Hizmetleri, Acil Sağlık Hizmetleri, Personel Hizmetleri, Destek Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri ile İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetlerinin performans puanlamasında her biri için oluşturulan performans göstergeleri üzerinden puanlama yapılır.

b) İ4 ve İ5 Gruplarında: Personel Hizmetleri ile Destek Hizmetleri bir başkan tarafından yürütüleceği için alacağı performans puanı her iki hizmet için almış olduğu performans puanının aritmetik ortalaması alınarak hesaplanır.

c) İ6, İ7 ve İ8 Gruplarında: Acil Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetleri ile İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri bir başkan tarafından; Personel Hizmetleri ile Destek Hizmetleri de bir başkan tarafından yürütüleceği için alacakları performans puanı her hizmet için çıkan performans puanının aritmetik ortalaması alınarak hesaplanır.

ç) İ9 Grubunda: Halk Sağlığı Hizmetleri, Acil Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri, Personel Hizmetleri ile Destek Hizmetleri bir başkan tarafından yürütüleceği için alacağı performans puanı tüm bu hizmetler için almış olduğu performans puanının aritmetik ortalaması alınarak hesaplanır.

d) Bölgelere göre birden fazla başkan tarafından yürütülebilecek olan hizmetlerde her başkan için aynı performans göstergeleri üzerinden değerlendirme yapılır.

(2) Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürünün olmadığı sağlık tesislerinde İdari ve Mali Hizmetler ile Destek ve Kalite Hizmetleri bir müdür tarafından yürütüleceği için alacağı performans puanı tüm bu hizmetler için almış olduğu performans puanının aritmetik ortalaması alınarak hesaplanır.

Yetkinlik Bazlı Performans Değerlendirmesi

MADDE 13 - (1) Yetkinlik bazlı performans değerlendirmesi il sağlık müdürlüklerinde başkan yardımcıları için, sağlık tesislerinde ise başhekim yardımcısı ve müdür yardımcıları için yapılır.

a) Başkan yardımcıları, başkanlar için oluşturulmuş olan performans göstergeleri üzerinden değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucu alınmış olan puanın %80'i ile, iki üst amiri tarafından oluşturulan yetkinlik bazlı performans değerlendirme puanlarının aritmetik ortalamasının %20'si alınarak nihai performans puanı hesaplanır.

b) Başhekim yardımcıları, başhekim için oluşturulmuş olan performans göstergeleri üzerinden değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucu alınmış olan puanın %80'i ile, iki üst amiri tarafından oluşturulan yetkinlik bazlı performans değerlendirme puanlarının aritmetik ortalamasının %20'si alınarak nihai performans puanı hesaplanır.

c) Müdür yardımcıları, müdür için oluşturulmuş olan performans göstergeleri üzerinden değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucu alınmış olan puanın %80'i ile, iki üst amiri tarafından oluşturulan yetkinlik bazlı performans değerlendirme puanlarının aritmetik ortalamasının %20'si alınarak nihai performans puanı hesaplanır.

(2) Birinci ve ikinci değerlendiricinin vermiş olduğu yetkinlik bazlı performans değerlendirme puanı arasında 10 puan ve üzerinde fark var ise ilgili sözleşmelinin yetkinlik bazlı performans değerlendirmesine yönelik nihai kararı değerlendirme komisyonu verir.

(3) İki değerlendiricinin vermiş olduğu puanların aritmetik ortalaması ilgili sözleşmelinin o dönemdeki yetkinlik bazlı performans değerlendirme notunu oluşturur. Ortalamanın kesirli bir sayı çıkması halinde bu sayı tam sayıya yuvarlanır.

(4) Yetkinlik bazlı performans değerlendirmesinin yapılabilmesi için değerlendiren amir ve değerlendirilen yöneticinin en az üç ay birlikte çalışmış olması şarttır.

(5) Yetkinlik bazlı performans değerlendirme puanı verilecek süre kadar görevde bulunmama halinde performans değerlendirme notu verilmez.

(6) Sağlık tesisi yöneticilerinin yetkinlik bazlı performans değerlendirmesine ilişkin itirazları gerekçeli olarak il sağlık müdürlüğüne yapılır. İl sağlık müdürü tarafından değerlendirilerek karara bağlanır. İl sağlık müdürlüğü yöneticilerinin yetkinlik bazlı performans değerlendirmesine ilişkin itirazları gerekçeli olarak il sağlık müdürlüğü üzerinden yapılır. İtiraz başvuruları, il sağlık müdürlüğü tarafından değerlendirilerek gerekçeli görüşleri belirtilmek suretiyle Bakanlığa bildirilir.

Formun doldurulması

MADDE 14 - (1) Yetkinlik bazlı performans değerlendirmesi 100 tam puan üzerinden ve her yıl ilgili dönem sonunda yapılır.

(2) İlgili yönetici, yetkinlik değerlendirme formunda yer alan mesleki, davranışsal ve bireysel yeterlilikleri açısından değerlendirilir. Yetkinlik değerlendirme formunda yer alan ölçütlerin her biri bir ila beş puan arasında puanlandırılır.

(3) Her bir ölçütün değerlendirilmesi sırasında ilgili yöneticiye bir veya iki puan verilmesi halinde gerekçeleri belirtilir.

Yürürlükten kaldırma

MADDE 15-(1) 18/5/2018 tarihli ve 3262 sayılı Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır.

GEÇİCİ MADDE 1- (1) 18/5/2018 tarihli ve 3262 sayılı Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi kapsamında hesaplanan performans puanı, performans başarı düzeyi ile diğer hususlar bu Yönergenin uygulanmasında esas alınır.

Yürürlük

MADDE 16 - (1) Bu Yönerge Bakan onayını takiben yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 17 - (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

EKLER:

Ek-1 Performans Gösterge Tablosu

Ek-2 Yetkinlik Bazlı Performans Değerlendirme Formu

Ek-3 İtiraz Başvuru Formu

9.2.6.Sağlık Bakanlığı Sağlık Personelinin İl İçi Yer Değiştirmesine İlişkin Yönerge

TÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HUKUK
YE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
25/02/2019 10:46 - 49425782 - 610.04 - 2013
00081018332

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 82040698/
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

1 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 371 inci maddesi ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa dayanılarak hazırlanan "Sağlık Bakanlığı Sağlık Personelinin İl İçi Yer Değiştirmesine İlişkin Yönerge'nin" yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Mehmet İSLAMOĞLU
Genel Müdür

Uygun Görüşle Arz Ederim.
.../.../2019

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2019

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Ek: Yönerge (3 sayfa)

SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK PERSONELİNİN İL İÇİ YER DEĞİŞTİRMESİNE İLİŞKİN YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç
MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; sağlık hizmetlerinin il içinde etkin ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi için il içinde görev yapan sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı personelinin atama ve yer değiştirmelerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam
MADDE 2- (1) Bu Yönerge; Bakanlık taşra teşkilatı kadrolarında, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (A) bendi kapsamında istihdam edilen sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki personeli kapsar.

Dayanak
MADDE 3- (1) Bu Yönerge; 1 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 371 inci maddesi ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar
MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,

c) Yönetmelik : 26/03/2013 tarihli ve 28599 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliğini,

ç) Personel: Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı kadrolarında 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (A) bendine göre istihdam edilen sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki personeli,

d) Hizmet Puanı: Bakanlıkta sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında çalışan personel için, çalışılan yerin özellikleri göz önüne alınarak Yönetmelikteki esaslar çerçevesinde hesaplanan puanı,

e) Personel Dağılım Cetveli (PDC): Yönetmelikte belirlenen ilkeler doğrultusunda hazırlanan Personel Dağılım Cetvelini,

f) Standart: Bakanlık standart kadro mevzuatında belirlenen standart kadroları,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Genel Esaslar

Temel ilkeler
MADDE 5- (1) Bu Yönergedeki tüm atama ve yer değiştirmelerde;

a) Kadro imkânlarının göz önünde bulundurulması,

b) Personel hareketlerinde hizmet puanının belirleyici olması,

c) Personelin hizmet birimleri arasında, hizmet gerekleri de dikkate alınarak, adil ve dengeli dağılımının sağlanması,

ç) PDC'de belirlenen sayılardaki aktif çalışanların dikkate alınarak idarenin hizmet ihtiyacının karşılanması, aylıksız izin, askerlik ve geçici görev gibi nedenlerle aktif olmayan standartlara bu süre içinde atama yapılması,

d) Atamalarda hizmet birimlerinin ihtiyacına göre diploma, sertifika gibi özel nitelikler aranılarak, nitelikli personel eliyle hizmet sunumunun sağlanması,

e) Başvuru tarihinde yürürlükte olan usul ve esaslar çerçevesinde işlem yapılması ilkeleri esas alınır.

Atama yetkisi ve sonuçları
MADDE 6- (1) Bu Yönerge'nin 10 uncu maddesine göre yapılacak atamalar hariç il içindeki atamalar, Müdürlükçe yapılıp sonuçlandırılır.

(2) Atama işlemlerinin tamamlanmasını müteakip ayrılış ve başlayış işlemleri yapılarak elektronik sistem üzerinden Bakanlık Merkez Teşkilatına bildirilir.

Atama dönemleri
MADDE 7- (1) İl içindeki atama dönemleri; Mayıs ve Kasım aylarıdır. Mayıs dönemi atamaları için Nisan ayında, Kasım dönemi atamaları için Ekim ayında müracaatlar alınır.

Kadroların ilanı ve başvurular
MADDE 8- (1) Müdürlük, PDC'ye göre açık olan ve doldurulmasına ihtiyaç duyulan kadroları her müracaat döneminde ilan eder. Bu kadrolara atanmak isteyen personel tercih yaparak müracaatta bulunur. Müdürlük, tercih sırasına bakmaksızın hizmet puanına göre atamaları tamamlar. Hizmet puanlarının eşit olması halinde çalışma süresi esas alınır, çalışma süresinin de eşit olması halinde kura ile yerleştirme işlemleri yapılır.

Döneme bağlı kalmaksızın yapılabilecek atamalar
MADDE 9- (1) Personelin talebi üzerine, il merkezinden ilçe, belde ve köylere standart ve PDC'nin uygun olması halinde döneme bağlı kalmaksızın atama yapılabilir.

(2) Bulunduğu birimde standart fazlası olarak çalışan personel, PDC'nin uygun olduğu birime standart fazlası personel sayısı kadar, döneme bağlı kalmaksızın naklen atama yapılabilir. Bu fıkra kapsamındaki atamalarda, atanacak personel sayısından fazla talep olması halinde hizmet puanı en yüksek olandan, talep olmaması halinde hizmet puanı en düşük olandan başlanmak suretiyle atama yapılır.

(3) Eşinin, çocuklarının, annesinin, babasının veya kardeşlerinden birinin ağır engelli, kendisinin engelli olması halinde döneme bağlı kalmaksızın il içinde yer değişikliği yapılabilir.

Sağlık mazeretine bağlı yer değişikliği
MADDE 10- (1) Kendisinin veya kanunen bakmakla yükümlü olduğu eş, anne, baba veya çocuklarından birinin sağlık durumunun, bulunduğu yerde tehlikeye girdiğini veya görev yerinin değişmemesi hâlinde tehlikeye gireceğini, üniversiteler veya Bakanlık eğitim ve araştırma hastanelerinden son altı ay içinde alınmış sağlık kurulu raporu ile belgelendirenler; döneme bağlı kalmaksızın il içinde yer değiştirebilir. Sağlık mazeretine bağlı yer değiştirme işlemleri Bakanlık Merkez teşkilatınca yapılır.

Aile birliği mazeretine bağlı yer değişikliği
MADDE 11- (1) Ulaşım koşulları dikkate alınarak Yönetmeliğin 20 nci maddesinde belirtilen esaslara göre döneme bağlı kalmaksızın yer değişikliği yapılabilir.

Karşılıklı yer değişikliği
MADDE 12- (1) Aynı unvan ve branşta görev yapan personel standardın uygun olması halinde döneme bağlı kalmaksızın karşılıklı olarak yer değiştirebilir.

Resen atama
MADDE 13- (1) Görev yaptığı birimde PDC'de belirlenen sayıyı aşan personel, il merkezinde bulunanlar; öncelikle il merkezine, il merkezinde boşluk bulunmaması halinde ilçe, belde ve köylere, ilçe merkezinde bulunanlar ise öncelikle ilçe merkezine, ilçe merkezinde boşluk bulunmaması hâlinde diğer ilçe, belde ve köylere,

(2) Hizmete yeni açılan tesisler için ihtiyaç duyulan personelin,
(3) Görev yapılan sağlık kuruluşunun kapanması nedeniyle çalışan personelin,
ataması, atama dönemine bağlı kalmaksızın resen yapılabilir.

(4) Bu madde kapsamındaki atamalarda, atanacak personel sayısından fazla talep olması halinde hizmet puanı en yüksek olandan, talep olmaması halinde hizmet puanı en düşük olandan başlanmak suretiyle atama yapılır.

Hizmet gereği atamalar
MADDE 14- (1) Haklarında adli, idari ve inzibati bir soruşturma yapılmış ve bu soruşturma sonucunda bulunduğu yerde kalmalarında sakınca görülen personelin görev yeri döneme bağlı kalmaksızın değiştirilebilir.

(2) Bu madde kapsamında atananlar, ayrıldıkları birime iki yıl geçmeden tekrar atanamazlar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Müracaat sınırlamaları
MADDE 15- (1) Tayin talebinde bulunan personelin çalıştığı birimde hizmetlerin aksamaması için Müdürlük naklen atama taleplerine, birim veya unvan bazında sınırlama getirebilir. Müracaat sınırlama kararları, Müdürlükçe teşkil edilecek bir komisyon tarafından alınır ve tayin döneminden önce ildeki tüm personele duyurulur.

(2) Ataması yapılan personelden, yerine yeni atama yapılmadan görevden ayrılması halinde hizmeti aksayacak olanların görevden ayrılış işlemleri, yerine yeni atama yapıldıktan sonra sonuçlandırılır. Ancak bu süre iki ayı geçemez.

Yürürlükten kaldırılan yönerge
MADDE 16- (1) 11/11/2016 tarihli ve 12965 sayılı Sağlık Bakanlığı Sağlık Personelinin İl İçi Yer Değiştirmesine İlişkin Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük
MADDE 17- (1) Bu Yönerge yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme
MADDE 18- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

3.

9.2.7. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Müsteşarlık

MÜSTEŞAR - MÜSTEŞAR
07/11/2017 15:25 - 39608046-010.04-51275
00056174638

Sayı : 39608046/
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

04/01/2012 tarihli ve 28163 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğine dayanılarak hazırlanan "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge'nin" yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Seyfi UYANIK
Müsteşar Yardımcısı

Ek: Yönerge

Uygun Görüşle Arz Ederim.
.../.../2017

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Müsteşar

OLUR
.../.../2017

Dr. Ahmet DEMİRCAN
Bakan

SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI KADRO STANDARTLARI İLE ÇALIŞMA USUL VE ESASLARINA DAİR YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam
MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev yetki ve sorumlulukları, kadro ve pozisyon standartları, kadroların ve pozisyonların düzenli ve hizmet gereklerine uygun olarak kullanımı ile çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.

Dayanak
MADDE 2- (1) Bu Yönerge; 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40 ıncı maddesi ile 04/01/2012 tarihli ve 28163 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar
MADDE 3- (1) Bu Yönergede geçen;
a) Bakan: Sağlık Bakanını,
b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
c) Kurum: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunu,
ç) Müdür: İl Sağlık Müdürünü,
d) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,
e) Başkan: İl sağlık müdürlüğü bünyesinde ihtiyaca göre halk sağlığı, kamu hastaneleri, ilaç ve tıbbi cihaz, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetlerini yürütmek üzere sözleşmeli başkan pozisyonunda istihdam edilen sözleşmeli personeli,
f) Başkan Yardımcısı: İl sağlık müdürlüğü bünyesinde ihtiyaca göre halk sağlığı, kamu hastaneleri, ilaç ve tıbbi cihaz, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetlerini yürütmek üzere sözleşmeli başkan yardımcısı pozisyonda istihdam edilen sözleşmeli personeli,
g) Sağlık Tesisi: Müdürlük veya ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini veren hastane/merkez ve bağlı birimlerini, üniversiteler ile ortak/birlikte kullanılan hastaneler de dâhil olmak üzere, ağız ve diş sağlığı merkezleri, hastaneler, 112 acil istasyonları ile benzeri sağlık kuruluşlarını,
ğ) Uzman: Bakanlıkça belirlenen alan ve vasıflarda özel bir meslek bilgisi, tecrübe veya ihtisas gerektiren hizmetleri yürütmek üzere sözleşmeli uzman pozisyonunda istihdam edilen sözleşmeli personeli,
h) İl grubu: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğinde belirtilen il gruplarını,
ı) Standart: İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlüğü ve sağlık tesislerinde kadro/unvan/branş/pozisyon itibariyle çalıştırılabilecek azami personel sayısını,
ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Temel Esaslar

Temel esaslar

MADDE 4- (1) Bakanlık taşra teşkilatı aşağıdaki temel ilkeler çerçevesinde hizmetlerini yürütürler.

a) Bakanlık politikalarına, strateji ve hedeflerine, planlama ve düzenlemelerine uygun davranırlar.

b) Sağlık hizmetinin kesintisiz ve bütünlük içerisinde sunumunu sağlamaya yönelik tedbirleri alırlar. Birlikte yürütülmesi gereken işlerde azami ölçüde işbirliği ve yardımlaşma içerisinde bulunurlar.

c) İnsan gücünde ve maddi kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak amacıyla hizmetlerin planlanmasında ve sunumunda müşterek hareket ederler.

ç) Bakanlık taşra teşkilatında görevli her derece ve unvandaki personel, kendi yetkileri dâhilindeki iş ve işlemlerin yürütülmesinde ve hizmet sunumunda, hasta, çalışan hakları ve güvenliği mevzuatı ilkeleri çerçevesinde, kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın, performans hedeflerine uygun, etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamakla görevlidir.

d) Bu ilkeyi gerçekleştirmeye yönelik olarak, kalkınma plan ve programlarında yer alan hedefler doğrultusunda, kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması amacıyla, nüfus, coğrafi yapı, ulaşım, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ve hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle müdürlük, ilçe sağlık müdürlüğü ve bağlı sağlık tesislerinde görevlendirilecek sözleşmeli yöneticilerin ve uzmanların nitelik ve sayıları ile kadrolu personel sayıları Bakanlık tarafından belirlenir.

e) Müdürlüğün ve ilçe sağlık müdürlüğünün her kademesindeki yöneticileri, görevlerini mevzuata ve sözleşme hükümlerine, stratejik plan ve programlara, performans ölçütlerine ve hizmet kalite standartlarına uygun olarak yürütülmesinden üst kademelere karşı sorumludur.

(2) Kadro ve pozisyonlara ilişkin standartlar; hizmet sunulan nüfus, nüfus yoğunluğu, sunulması planlanan hizmetler, hizmet alanının coğrafi büyüklüğü, Bakanlık, üniversite ve özel sağlık tesisi sayısı ile diğer ölçütler dikkate alınarak belirlenir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Taşra Teşkilatı Hizmet Birimleri

Taşra teşkilatı

MADDE 5- (1) Bakanlığın taşra teşkilatı il ve ilçe sağlık müdürlüğü ile sağlık tesislerinden oluşur.

(2) Sağlık tesislerinden, hastaneler müdürlüğe, diğer tesisler ise ilgisine göre il sağlık müdürlüğü veya ilçe sağlık müdürlüğüne bağlıdır.

İl sağlık müdürlüğünün kuruluşu

MADDE 6- (Değişik madde: 09/10/2019 tarihli ve 13461 sayılı Bakan Onayı)

(1) İldeki sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi amacıyla her ilde bir müdürlük kurulur.

(2) Müdürlükte kurulacak başkanlıklar ile başkan ve başkan yardımcıları sayıları Ek-1'de belirtilmiştir.

(3) Müdürlük bünyesinde, Ek-2'de belirtilen iş ve işlemleri yürütmek üzere Ek-3'te belirtilen birim isimleri ve birim sayıları esas alınarak birimler kurulur. Ek-3'te belirtilen birimler dışında birimler kurulamaz. Şehir Hastaneleri Birimi, şehir hastaneleri kurulan/planlanan illerde kurulur. **(Değişik dördüncü cümle: 23/12/2020 tarihli ve 11739**

sayılı Bakan Onayı) Birimlerin sorumluluğu, öncelik sırasına göre şube müdürleri, uzmanlar ve en az yüksek öğrenim görmüş diğer personel tarafından yerine getirilir.

(4) Birden fazla ildeki sağlık hizmetlerinin bir arada değerlendirilmesi, gelişmişlik farklarının giderilmesi ve hizmetlerin ve ihtiyaçların müşterek planlanması amacıyla Bakanlıkça belirlenen illerdeki müdürlerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir.

İlçe sağlık müdürlüğünün kuruluşu

MADDE 7- (1) Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğine uygun olarak Bakanlığın ilçe düzeyindeki hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla müdürlüğe bağlı olarak ilçe sağlık müdürlükleri kurulur.

(2) İlçe sağlık müdürlüğü bünyesindeki iş ve işlemleri yürütmek üzere, Türkiye İstatistik Kurumu verileri esas alınarak nüfusu; 200.000 ila 350.000 arasında olan ilçelere 2 yi, 350.000 ila 500.000 arasında olan ilçelere 3 ü, 500.000 ila 750.000 arasında olan ilçelere 4 ü, 750.000'in üzerinde olan ilçelere 5 i geçmemek üzere müdür tarafından birim kurulabilir. Birimlerin sorumluluğu şube müdürleri ve/veya uzmanlar tarafından yerine getirilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Görev Tanımları

İl sağlık müdürünün görevleri

MADDE 8- (1) Her ilde kurulan müdürlükler, Bakanlığın ildeki yönetim görevini yerine getirir.

(2) **(Değişik ikinci fıkra: 11/04/2018 tarihli ve 2203 sayılı Bakan Onayı)** Müdür, sınırlarını açıkça belirlemek ve yazılı olmak kaydıyla, yetkilerinden bir kısmını başkan ve başkan yardımcılarına devredebilir. Taşra teşkilatında döner sermaye kaynaklı işlemlerde müdür harcama yetkilisidir. **(Değişik üçüncü cümle: 09/10/2019 tarihli ve 13461 sayılı Bakan Onayı)** Müdür, bu yetkisini ilgili mevzuatına göre alt kademede bulunan yöneticilere devredebilir. Yetki devri, uygun araçlarla ilgililere duyurulur.

(3) Müdürün görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır;

a) Bakanlığın il düzeyindeki hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesinden sorumludur.

b) Bakanlığın düzenlemeleri çerçevesinde il düzeyinde personelin adil ve dengeli dağılımını yapar ve bu amaçla il içinde personel nakil ve görevlendirme işlemlerini doğrudan gerçekleştirir.

c) Acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinden sorumlu ve bu konuda yetkilidir.

ç) Kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını Bakanlığın planlamaları doğrultusunda sağlık hizmetinin sunumunun sağlanması, denetlenmesi ve yürütülmesini temin eder.

d) Bakanlıkça yürütülen görevleri il ve ilçe düzeyinde yerine getirir, yapılan düzenlemelere uyumu denetler ve gerekli yaptırımları uygular.

e) Birden fazla ildeki sağlık hizmetlerinin bir arada değerlendirilmesi, gelişmişlik farklarının giderilmesi ve hizmetlerin ve ihtiyaçların müşterek planlanması amacıyla Bakanlık tarafından koordinatör olarak görevlendirilmesi halinde belirlenen illere koordinasyon sağlar.

f) Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik iş birliği yapılmasını temin eder.

g) İl düzeyinde sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli sunulabilmesi için Bakanlık planlamalarında değerlendirilmek üzere önerilerde bulunur.

ğ) Başkan ve başkan yardımcılarının görev dağılımını belirler.

h) Bakanlığın belirlediği sağlık bilişimi standartlarının uygulanmasını, merkezi bilişim sistemlerine veri gönderimlerini, sağlık bilişimi alanındaki projelerin takibini, il genelindeki kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında takip eder, denetler ve gerekli yaptırımları uygular.

ı) Bakanlık tarafından verilen diğer görevleri yürütür.

(4) Müdürlük bünyesinde doğrudan müdüre bağlı olarak 663 sayılı KHK ile verilen görevler ile 659 sayılı Genel Bütçe Kapsamındaki Kamu İdareleri ve Özel Bütçeli İdarelerde Hukuk Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Kanun Hükmünde Kararname hükümlerine göre muhakemat hizmetleri ile hukuk danışmanlığına ilişkin iş ve işlemleri yürütmek üzere hukuk ve muhakemat birimi kurulur.

Başkanın görevleri

MADDE 9- (1) Başkanın görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır;

a) Başkan, Müdürlüğün görev alanlarından Ek-1'e uygun olarak kendisine verilen görevleri yerine getirmekle yükümlü ve müdüre karşı sorumludur.

b) Görevlerin usulüne uygun, zamanında ve düzenli olarak yürütülmesinde müdüre yardımcı olur.

c) Görev alanı ile ilgili üç aylık durum raporunu hazırlayarak müdüre sunar.

ç) Müdürün verdiği diğer görevleri yerine getirir.

Başkan yardımcısının görevleri

MADDE 10- (1) Başkan yardımcısı, başkana ve müdüre karşı sorumlu olup müdür tarafından ilgili başkanlık hizmet alanlarına yönelik olarak yapılacak görev dağılımı çerçevesinde hizmetlerin yürütülmesinden sorumludur.

(2) Müdürün ve Başkanın verdiği diğer görevleri yerine getirir.

İlçe sağlık müdürünün görevleri

MADDE 11- (1) İlçe sağlık müdürü, müdüre karşı sorumlu olup aşağıdaki görevleri yapar.

a) Müdürlük tarafından verilen görevleri ilçe düzeyinde yerine getirir, yapılan düzenlemelere uyumu denetler ve gerekli yaptırımları uygular.

b) Müdür tarafından verilen görevleri yapar.

Uzmanın görevleri

MADDE 12- (1) Uzman, görev alanı ile ilgili başkan yardımcısına, başkana ve müdüre karşı sorumlu olup başkan tarafından yapılacak görev dağılımında kendisine tevdi edilen görev alanı ile ilgili aşağıdaki görevleri yapar.

a) Performans hedeflerine uygun olarak sağlık tesisleri dışındaki müdürlük birimlerinde Bakanlık tarafından belirlenen alan ve vasıflarda özel bir meslek bilgisi, tecrübe veya ihtisasını gerektiren hizmetleri yürütür.

b) Müdür, başkan ve başkan yardımcılarınca verilen diğer görevleri yapar.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Hastaneler

Hastanelerin teşkilatı

MADDE 13- (1) Hastaneler, hastane başhekimi tarafından yönetilir. Hastane başhekimine bağlı olarak idari ve mali hizmetler, sağlık bakım hizmetleri ile destek ve kalite hizmetleri müdürlükleri kurulur. Bakanlık tarafından, hastanelerin büyüklükleri dikkate

alınarak belirlenen hallerde, yönetim görevleri tek kişiye verilebilir veya hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir; bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenir. Hastanelerin yatak sayısı, rolleri, kapasitesi ve hizmet alanı esas alınarak müdür, müdür yardımcısı ve başhekim yardımcısı standartları Ek-5'te gösterilmiştir.

Başhekimin görevleri

MADDE 14- (1) Başhekim, kendisine verilen görevin gereği gibi yapılmasından müdürlüğe karşı sorumludur.

(2) Hasta ve çalışan hakları, güvenliği, memnuniyeti ile sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesinden ve sağlık tesislerinin yönetiminden sorumludur.

(3) Başhekimin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır;

a) Bakanlık, tarafından belirlenen kalite ve hizmet standartlarına uygun olarak, sağlık hizmetini etkin ve verimli sunmak, bu konuda gerekli çalışmaları yürütmek, standartlara uygunluğu ölçmek, değerlendirmek ve gerekli eğitimleri planlayarak uygulamak.

b) Mevzuat düzenlemelerini takip ederek uygulamaya koymak, sağlık tesisinde çalışanlara karşı şiddet konusunda gerekli tedbirleri almak, bu konudaki Bakanlığın beyaz kod gibi uygulamaların takibini yapmak, gerektiğinde hukuki korunma yollarının kullanılabilmesi amacıyla tedbirler almak.

c) Tıbbi hizmetlerin sunumu için gerekli olan kaynaklarının zamanında ve ihtiyaçlara uygun olarak karşılanması amacıyla gerekli tedbirleri almak, ihtiyaç planlamalarını yaparak, temini için gerekli çalışmaları yürütmek.

ç) Bakanlık tarafından belirlenen kriterler doğrultusunda performans değerlendirmesini yaparak, bu değerlendirmeye esas bilgilerin zamanında, eksiksiz ve doğru olarak müdürlüğe verilmesini sağlamak.

d) Sağlık tesislerindeki cihazların etkin kullanımını sağlamak, yenileme, tamir, bakım ve kalibrasyonlarının yapılmasını sağlamak, atıl kapasite oluşmasını engellemek.

e) Tıbbi hizmet ve tıbbi cihaz alımları ile ilgili ihtiyaç programlarının sağlık tesisi düzeyinde tespit ve planlanmasını yaparak teknik şartnamelerin hazırlanması ve benzeri işlemler için gerekli süreçleri yürütmek.

f) Ağız ve diş sağlığı tarama hizmetleri, koruyucu hizmetleri ile ilgili olarak diğer sağlık tesis ve kurumlar ile koordinasyonu kurmak, bu hizmetlerin gelişmesine yönelik faaliyetleri planlamak ve yürütülmesini sağlamak.

g) Hazırlanan acil afet planlarının organizasyonunu ve ilgili birimlerle koordinasyonunu sağlamak.

ğ) Sağlık tesisinde staj yapan öğrencilerin stajlarını yapmaları için gerekli tedbirleri almak ve uygulamasını takip ederek denetlemek.

h) Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak müdürlüğe sunmak.

ı) Teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin aksatılmadan yürütülmesini sağlamak.

i) Tedavinin etkinliği ve hizmetlerin verimliliğine yönelik izleme, değerlendirme yaparak faaliyet raporu düzenlemek.

j) Tıbbi hizmetlere yönelik kurul, konsey, komite ve komisyonların çalışma düzen ve usullerini belirlemek.

k) Tıbbi hizmetlerin, sağlık tesisinin hizmet rolüne uygun olarak sunulması için hedef ve stratejileri belirlemek, kısa, orta ve uzun dönem planlamalarını yaparak müdürlüğün onayına sunmak.

l) Tıbbi hizmet sunumu kapsamındaki uygulamaları izlemek, sonuçlarını değerlendirmek, gerektiğinde müdahale etmek ve sağlık hizmet sunumu için gerekli olan malzeme ve cihazların planlama ve ihtiyaç tespitini yaparak müdürlüğe bildirmek.

m) Sağlık tesisinde verilen tıbbi hizmetlerle ilgili verilerin, aylık performans ve faaliyet raporlarının usulüne uygun olarak zamanında, doğru ve noksansız olarak müdürlüğe aktarılmasını sağlamak.

n) Acil servis, yoğun bakım, perinatal merkez, organ ve doku nakli merkezleri, travma merkezleri, onkoloji, kalp-damar cerrahi, anjiyografi, üremeye yardımcı tedavi merkezleri gibi özellikli planlama gerektiren tıbbi hizmet birimlerinin sağlık tesisi için belirlenmiş planlamalara uygun olarak hizmet rolünün gerektirdiği seviye ve kapasitede hizmet vermesini sağlamak.

o) Evde sağlık, toplum ruh sağlığı, palyatif bakım, rehabilitasyon hizmetleri gibi toplum temelli tıbbi hizmetlerin etkin bir şekilde sunumunu sağlamak.

ö) Hastanelerdeki enfeksiyon kontrol komitesini kurmak, raporlarını inceleyerek, hastane enfeksiyonunun engellenmesi ile ilgili gerekli tedbirleri alınmasını sağlamak.

p) Sağlık tesisinde verilen tıbbi hizmetlerin hasta ve çalışan hakları ile güvenliği, tıbbi etik ilke ve esaslarına göre yürütülmesi için gerekli tedbirleri almak.

r) Görev alanındaki personelin;

ı. Hizmet içi eğitimlerini planlamak ve uygulamak.

ıı. Nöbet, çalışma programı ve personel uyumunu düzenlemek için gerekli tedbirleri almak.

ııı. Hizmetin aksatılmadan sürdürülebilmesine yönelik birim içerisinde yetkilerini belirleyip, takip ve kontrolünü sağlamak.

ıv. Planlanması, yer değişikliği, görevlendirme gibi işlemleri yürütmek.

v. Eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim ve araştırma faaliyetlerinin etkinliğini ve verimliliğini artırmaya yönelik çalışmaları yapmak. Bu çalışmaları ve eğitim faaliyetlerini başkanlık üzerinden müdürlük vasıtası ile ilgili üniversiteye göndermek.

s) Bakanlığın belirlediği sağlık bilişimi standartlarının uygulanmasını, merkezi bilişim sistemlerine veri gönderimlerini sağlamak.

t) Müdür tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

Sağlık bakım hizmetleri müdürü

MADDE 15- (1) Sağlık bakım hizmetleri; sağlık tesisine başvuran hastaların kabulünden ayrılış işlemleri tamamlanana kadar geçen süre içerisinde, müdavi hekimin teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hususlarındaki direktifleri dikkate alınarak hasta ve çalışan hakları, güvenliği ile memnuniyeti ilkeleri çerçevesinde sunulan hizmetler ile hastanın nakli, sosyal destek sağlanması, hizmete erişiminin kolaylaştırılmasını sağlamaya yönelik sunulan hizmetlerin bütünüdür.

(2) Sağlık bakım hizmetleri müdürü, başhekime karşı sorumlu olup görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) Sağlık bakım hizmetlerinin planlanması, etkin ve verimli hizmet sunulması, kendisine bağlı birimler ve ilgili diğer birimler ile işbirliği ve uyum içerisinde hizmetlerin yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak.

b) Hasta bakım hizmetlerinde çalışan personelin görev yerlerini başhekimin onayını alarak planlamak.

c) Sağlık bakım hizmetlerinin aksamadan sürdürülebilmesi için her türlü ilaç, tıbbi sarf, malzeme ve cihazların yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını sağlamak. İlaç ve malzemelerin güvenli şekilde kullanımını, takibini, saklanmasını, korunmasını ve kayıtlarının düzenli bir şekilde tutulmasını sağlamak.

ç) Tıbbi işlemler ve bakım hizmetlerinde kullanılan araç, gereçlerin, kullanım öncesi ve sonrası sterilizasyon ve dezenfeksiyonu işlemlerinin yapılmasını ve denetlenmesini yapmak.

d) Bakanlık politikaları doğrultusunda hasta bakım hizmetlerinde çalışan personelin performans ve verimliliğini değerlendirerek, verimliliği artırmaya yönelik tedbirleri almak.

e) İlgili personelin hizmet içi ve uyum eğitim programlarının takibi, değerlendirmesi, geliştirmesi ve denetlenmesi işlemlerini yürütmek.

f) Sağlık tesisinin tıbbi hizmet alanlarının temizliği, yemek sunum hizmetleri, refakatçi ve ziyaretçi uygulamalarını idari ve mali hizmetler müdürü ile birlikte planlamak.

g) Sağlık bakım hizmetleri ile ilgili alanlardaki mefruşatın ve demirbaşların kullanıma uygunluğu, temizlik kalitesi, niteliği, iç düzenleme ve uyumunun takibini yapmak.

ğ) Başhekim tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

İdari ve mali hizmetler müdürü

MADDE 16- (1) İdari ve mali hizmetler; bütçe ve muhasebe, raporlama, malî kontrol, akılcı malzeme yönetimi ve tedarik, muayene kabul ve stok yönetimi gibi hizmetlerin bütünüdür.

(2) İdari ve mali hizmetler müdürü başhekime karşı sorumlu olup görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) Mali hizmetlerin planlanması, etkin ve verimli sunulması, kendisine bağlı birimler ve ilgili diğer birimler ile işbirliği ve uyum içerisinde hizmetlerin yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak.

b) Hizmetin aksatılmadan sürdürülebilmesi için her türlü malzeme ve cihazların yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını ve takibini sağlamak.

c) Sağlık tesisindeki her türlü cihaz ve eşyaların düzenli olarak kontrol edilerek, bakım ve kalibrasyonlarının yapılıp, kayıtların tutulması, hazır ve çalışır durumda bulundurulması ile binaların tadilat, bakım ve onarımlarının zamanında yapılması için gerekli tedbirleri almak ve yapılan çalışmaları denetlemek.

ç) Gerekli her türlü ilaç, tıbbi cihaz, laboratuvar malzemelerinin yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını, eksik bulunan malzemelerin zamanında ve yeteri miktarda talep edilmesini sağlayarak, temini için gerekli hazırlıkları yürütmek.

d) Sağlık tesisinde satın alma hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.

e) Sağlık tesisinin bütçesini hazırlayarak başhekim onayına sunmak. Gelir ve gider gerçekleşme iş ve işlemlerini yürütmek.

f) Sağlık tesisinin tüketime yönelik ihtiyaçlarının hizmet sunumu için hazır bulundurulması amacıyla etkin stok yönetimini sağlamak, taşınır mal mevzuatına göre stok kayıtlarının ilgili sistemlerden günlük düzenli olarak takibini yapmak ve verilerin güncel tutulmasını sağlamak.

g) Sağlık tesisinin tüketime yönelik ihtiyaçlarının hizmet birim maliyetlerinin, klinik tabanlı fayda maliyet analizinin, hizmet üretim ve genel işletme giderlerine ilişkin sabit ve değişken maliyetlerin hesaplanmasına yönelik gerekli çalışmaları yapmak ve buna ilişkin istatistikî verilerin dokümantasyonunu sağlayarak ilgili birimlerin bu verilere ulaşması için gerekli tedbirleri almak.

ğ) Satın almalarda hizmet birim maliyetlerinin, verilen sağlık hizmetini aksatmayacak şekilde sabit ve değişken giderlerin düşürülmesi için gerekli çalışmaları yapmak.

h) İdari hizmetlerin planlanması, etkin ve verimli sunulması, kendisine bağlı birimler ve ilgili diğer birimler ile işbirliği ve uyum içerisinde hizmetlerin yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak.

ı) Hizmetin aksatılmadan sürdürülebilmesi için personel ile her türlü malzeme ve cihazların yeterli miktarda ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır olarak bulundurulmasını ve takibini sağlamak.

i) Maiyetindeki personelin yetkilerini, uyumunu ve çalışma düzenini belirleyip, eğitimli ve sertifikalı personelin çalışma yerlerini aldıkları eğitimler doğrultusunda planlamak.

j) Sağlık tesisi bilgi sistemlerinin alt yapı, donanım ve yazılım hizmetlerinin işbirliği ve uyum içerisinde yürütülmesini ve her an çalışır halde bulundurulmasını sağlamak.

k) Sağlık tesisi içerisinde görev yeri ve değişikliklerini kayıt altına alıp, personelin her türlü özlük işleri, evrak yönetim hizmetleri ve sağlık tesisi faaliyetlerine ait aylık raporların hastane yöneticiliğine zamanında ve doğru olarak bildirimi için gerekli tedbirleri almak ve kontrolünü yapmak.

l) Görev alanı ile ilgili kaynakların verimli kullanılmasına yönelik çalışmalar yürütmek.

m) Hasta ve çalışan konforu ile çevre korumaya yönelik tedbirleri almak ve uygulamak.

n) Başhekim tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

Destek ve kalite hizmetleri müdürü

MADDE 17 (1) Destek ve kalite hizmetleri; temel olarak sağlık tesislerinde sağlık hizmeti sunan personelin hizmetlerini kolaylaştırmak amacıyla sunulan, genel evrak, arşiv, atık hizmetleri, temizlik, mutfak, güvenlik ve afet planlaması, teknik destek ve sağlık tesisinin türüne uygun olarak yürütülen hizmetlerin bütünüdür.

(2) Destek ve kalite hizmetleri müdürü başhekime karşı sorumlu olup görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) Refakat hizmeti, temizlik, yemek, hasta bakımı, karşılama ve yönlendirme hizmeti gibi hasta ve hasta yakını memnuniyetini artırmak amaçlı sağlık otelciliği hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.

b) Sağlık tesisinde taşınır, bakım ve onarım, ulaşım, kütüphane, tıbbi fotoğrafhane, iletişim, kuaförlük, bahçe ve çevre düzenlemesi, terzihane, morg ve otopark gibi hizmetlerin yürütülmesini sağlamak.

c) Arşiv hizmetlerini planlamak, uygulamak ve denetlemek.

ç) Deprem ve yangın gibi doğal afetlere karşı acil yardım ve güvenlik hizmetleri kapsamında sağlık tesisinde gerekli her türlü emniyet tedbirlerini alıp, deprem ve yangın tatbikatlarının yapılması çalışmalarını yürütmek.

d) Görev alanı ile ilgili kaynakların verimli kullanılmasına yönelik çalışmalar yürütmek.

e) Başhekim tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

(3) Bu görevler, destek ve kalite hizmetleri müdürünün bulunmadığı tesislerde, idari ve mali hizmetler müdürü tarafından yürütülür.

Başhekim yardımcısı

MADDE 18- (1) Başhekimin görev alanıyla ilgili iş ve işlemler hususunda vereceği görevleri yerine getirmekle yükümlü ve başhekime karşı sorumludur. Görevlerin usulüne uygun, zamanında ve düzenli olarak yürütülmesinde başhekime yardımcı olur.

Müdür yardımcısı

MADDE 19- (1) Bağlı bulunduğu müdürün görev alanlarıyla ilgili iş ve işlemler vereceği görevleri yerine getirmekle yükümlü ve bu müdüre karşı sorumludur. Görevlerin usulüne uygun, zamanında ve düzenli olarak yürütülmesinde bağlı bulunduğu müdüre yardımcı olur.

ALTINCI BÖLÜM
Toplum Sağlığı Merkezi ve Halk Sağlığı Laboratuvarı

Toplum sağlığı merkezleri

MADDE 20- (1) Toplum sağlığı merkezi, bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan, birinci basamak koruyucu,

iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık tesisleri ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık tesisidir.

(2) İlçelerde ve 10/07/2004 tarihli 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezlerinde Bakanlığın izni ile toplum sağlığı merkezi kurulabilir. Ancak ilçe sağlık müdürlüğünün kurulduğu ilçelerde toplum sağlığı merkezi kurulmaz. Toplum sağlığı merkezleri kurulmayan ilçelerde bu hizmetler ilçe sağlık müdürlüğü tarafından yürütülür.

(3) Bakanlık görevlerinin daha etkin ve kesintisiz sunumunu teminen toplum sağlığı merkezleri bünyesinde müdürlük tarafından çalışanların sağlığı, üreme sağlığı, KETEM, verem savaş gibi birimler oluşturulabilir.

(4) Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre toplam nüfusu 500'ün üzerinde olan belde, köy ve mezralarda Müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile sağlık evleri açılabilir. Bir sağlık evine birden fazla belde, köy ve mezra bağlanabilir. Sağlık evleri idari yönden ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezine, hizmet yönünden ise aile hekimlerine bağlı birimlerdir. Sağlık evlerinin görev ve yetkileri Bakanlıkça belirlenir.

(5) Toplum sağlığı merkezlerinin iş ve işlemleri 05/02/2015 tarihli ve 29258 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliğine uygun olarak yerine getirilir.

Halk sağlığı laboratuvarları

MADDE 21-(1) Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında fiziki, biyolojik ve çevreden kaynaklanan ve insan sağlığını etkileyen etkenlerin, fiziksel, kimyasal, biyokimyasal, bakteriyolojik, mikolojik, virolojik, hematolojik, serolojik, parazitolojik, toksikolojik ve radyolojik yönden inceleme ve analizlerini yaparak, alınması gerekli tedbirler açısından koruyucu sağlık hizmetlerini yönlendirici verileri ortaya koyan, salgınların önlenmesi ve izlenmesi için gerekli analizleri yapan, su ve gıda maddeleri, biyolojik ürünler ve insan sağlığını ilgilendiren eşya ve levazımın kontrol ve ruhsatlandırılmasına esas analizleri yapan, teknik danışmanlık yapan, eğitim veren sağlık tesisidir.

(2) Halk sağlığı laboratuvarları il merkezlerinde ve ihtiyaca göre belirlenecek ilçe merkezlerinde müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile açılır. Bu laboratuvarlara müdürlüğün önerisi üzerine Bakanlıkça laboratuvar sorumlusu görevlendirilir. İl merkezi nüfusu 1 milyondan fazla olan illerde, müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile birden fazla halk sağlığı laboratuvarı kurulabilir. Halk sağlığı laboratuvarları fonksiyonlarına ve kuruluş yerlerine göre üç şekilde sınıflandırılır. L1 tipi laboratuvarlar bazı özellikli analizler bakımından gerektiğinde diğer illere de hizmet vermek üzere kurulur. L2 tipi laboratuvarlar il merkezlerinde L3 tipi laboratuvarlar ise ilçelerde kurulur. L1 tipi laboratuvarların hangi özellikli analizleri yapacakları ve bu analizler bakımından hangi illere hizmet vereceği Bakanlık tarafından belirlenir.

(3) Halk sağlığı laboratuvarlarının genel olarak görevleri şunlardır:

a) Ruhsatlandırma, Denetim ve Kontrol İzlemeye yönelik olarak, insani tüketim amaçlı her tür suyun, yüzme suları, kaplıca suları, peloid ve deniz suyunun mikrobiyolojik ve kimyasal analizlerini yapmak.

b) Atık suların ve yüzey sularının mikrobiyojik ve kimyasal analizlerini yapmak.

c) İşçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili analizleri yapmak.

ç) Gıda, yakıt, temizlik ürünleri, oyuncak gibi tüketime sunulan her türlü ürünün halk sağlığı açısından gerekli analizlerini yapmak.

d) Bakanlık politikaları doğrultusunda farklı analiz parametrelerinin yapılabilirliğini sağlamak.

e) Klinik laboratuvar hizmeti vermek, beşeri (her türlü kan, idrar ve bunun gibi insani) numunelerin mikrobiyolojik, virolojik, toksikolojik ve biyokimyasal testleri ve analizleri yapmak.

f) Aile hekimliği hizmetleri kapsamında gerekli tanı ve teşhise yardımcı test, analiz ve görüntüleme hizmetlerini sunmak.

g) Hizmetin yürütülmesi için mevzuat uygulamalarının ve diğer gelişmelerin saha hizmetlerini yürüten personele ve halka aktarılması amacıyla eğitim planları ve materyalleri hazırlamak, eğitim çalışmaları yapmak.

ğ) Halk sağlığı laboratuvarı hizmetleri kapsamında ulusal ve uluslararası gelişmeleri takip ederek araştırma geliştirme faaliyetlerinde bulunmak.

YEDİNCİ BÖLÜM
Acil Sağlık Hizmetleri

Temel hizmet birimleri

MADDE 22- (1) Acil sağlık hizmetleri birimleri, temel hizmet ve destek hizmet birimlerinden oluşur. Merkez ile il ambulans servisi başhekimliği temel hizmet birimi, mevzuatına göre kurulan istasyonlar ise destek hizmet birimidir.

(2) İllerde faaliyet gösteren temel hizmet ve destek hizmet birimleri müdürlüğe karşı sorumludur.

(3) İl Ambulans Servisi Başhekimliği; Ambulans hizmetlerinin il düzeyinde organizasyonunu, yönlendirilmesini, uygulanmasını ve değerlendirilmesini, hizmete katılan kurum ve kuruluşlar arasında işbirliğini sağlayan, merkez ve istasyonlarda görev yapan personelin hizmet içi eğitimleri ile sevk ve idarelerini yapan, merkez ve istasyonlarda kullanılan bütün araç ve gereçlerin temin, kayıt, bakım ve onarımlarını sağlayan, hizmetle ilgili bütün kayıt ve istatistikleri tutan, merkezin de içinde olduğu kendisine ait binası ve personeli olan sağlık tesisidir.

Başhekimlik, merkez ve görevleri

MADDE 23- (1) Başhekimlik, merkez ve istasyonları ile ambulans servisinin bütün birimlerini ve personelini sevk ve idare eder. Başhekimlik, hizmetin sürekliliği ve geliştirilmesi için gerekli personel, bina, araç ve malzemenin sağlanması amacıyla mali kaynak temini ve kullanılması için gerekli planlama ve organizasyonu yapar. Başhekimlik bünyesinde, ilin coğrafi özelliklerine, nüfusa ve ihtiyaca göre yeterli sayıda kara, hava ve deniz ambulanslarıyla acil sağlık araçları ve hizmet araçları bulundurur.

(2) Merkez, başhekimliğe bağlı olarak çalışır. Merkezler, il nüfusu, acil sağlık çağrı sayıları, istasyon sayıları ve ilin özelliklerine göre yeterli sayıdaki personel, teknik donanım ve yazılım alt yapısı ile birlikte uygun fiziki yapılarda kurulur. Merkezlerin başta depremler olmak üzere her türlü afete dayanıklı müstakil yapılarda kurulması ve hizmete uygun teknolojik bir alt yapıya sahip olması esastır. Gerektiğinde aynı coğrafi bölgede hizmet veren merkezler arasında teknik donanım ve iletişim alt yapısı ortak veya entegre kullanılarak hizmetin verimliliği ve kalitesi arttırılabilir, iller arası hasta sevkleri, olağan dışı durumlar ile afetlerde bölgesel koordinasyon ve yönetim sağlanabilir.

(3) Merkezler aşağıdaki görevleri yapar;

a) Merkeze ulaşan acil sağlık çağrılarını değerlendirmek, çağrılara göre verilmesi gereken hizmeti belirleyerek yeterli sayıda ekibi olay yerine yönlendirmek, hizmet ile ilgili her türlü veriyi kayıt altına almak, saklamak ve değerlendirmek.

b) İl düzeyindeki kendisine bağlı istasyonların acil yardım, hasta nakil, özel donanımlı ambulanslar, hava ve deniz ambulansları, acil sağlık araçları ile hizmet araçlarının sevk ve idaresini yapmak.

c) Hastaneler arasındaki koordinasyonu sağlayarak hasta sevk sisteminin düzenli olarak işlemesini sağlamak, başta yoğun bakım yatakları olmak üzere kritik yatak ve birimler ile personelin takibini yapmak.

ç) Hizmetin verilmesi sırasında hizmete katılan kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak.

d) Olağandışı durumlar ve afetlerde diğer kurumlarla işbirliği içerisinde olay yerine yeterince ambulans ve acil sağlık aracını görevlendirmek, hastane koordinasyonunu sağlamak, gerektiğinde ildeki bütün ambulansları ve özel ambulans servislerini sevk ve idare etmek.

e) Başhekimlikçe verilen diğer görevleri yapmak.

Acil sağlık istasyonları

MADDE 24- (1) İstasyonlar; acil sağlık hizmeti sunmak ve tıbbi müdahalede bulunmak amacıyla 11/05/2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde belirtilen düzenlemeye uygun olarak kurulur ve mezkûr Yönetmelikte belirlenen iş ve işlemleri yürütür.

SEKİZİNCİ BÖLÜM
Ortak ve Son hükümler

Ortak hükümler

MADDE 25 - (1) Müdürlük, ilçe sağlık müdürlüğü ve sağlık tesislerinde görevli idareciler bu Yönerge ile belirlenmiş görev, yetki ve sorumlulukları ile birlikte, Bakanlıkça yürürlüğe konulacak tebliğ, genelge, genel yazı ve sair yazılı emir ve talimatnameler ile belirlenecek olan görevleri de ifa etmekle yükümlüdür.

Standart

MADDE 26-(1) Bakanlık taşra teşkilatı standartları, hizmet birimleri ile sağlık tesisleri itibariyle Ek-4'de bulunan cetvellerde gösterilmiştir. İdari birimler ile hizmet birimlerine standart üstü veya belirlenen kadro/unvan/branş/pozisyon dışında atama yapılamaz, sözleşme imzalanamaz.

Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak sözleşme imzalayanların kadroları

MADDE 27- (1) Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak sözleşme imzalayan personelin kadroları, sözleşme imzalamadan önceki görev yerlerinde saklı tutulur.

(2) Aile hekimliğine geçen hekimler ile aile sağlığı elemanlarının, herhangi bir nedenle sözleşmelerinin sona ermesi durumunda, sözleşme imzalamadan önceki görev yerlerine standart aranmaksızın atanırlar.

Kadro fazlası personel

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Bu Yönerge ile belirlenen standartların üstünde veya belirlenen kadro/unvan/branş dışında çalışan personele ait kadrolar korunur ve bunların herhangi bir nedenle boşalması halinde yerlerine atama yapılmaz.

(2) İlgili mevzuatı uyarınca zorunlu yer değiştirmeye tabi tutulan kamu görevlisi olan personelin eşinin atanması, şube müdürlerinin mazeret atanması ile Yargı Mercilerince verilen kararların uygulanması durumlarında standart kadro sayıları dikkate alınmaz.

GEÇİCİ MADDE 2- (Ek madde: 09/10/2019 tarihli ve 13461 sayılı Bakan Onayı)

(1) Bu Yönergede yapılan değişiklik sonucu pozisyonu iptal edilenlerin sözleşmeleri, sözleşme süresinin bitimine kadar devam eder. Bunların görev, yetki ve sorumlulukları Yönergede belirtilen hususlar çerçevesinde İl Sağlık Müdürü/Başhekim tarafından belirlenir.

Yürürlükten kaldırılan yönerge

MADDE 28- (1) Aşağıdaki Yönergeler yürürlükten kaldırılmıştır.

a) 13/11/2015 tarihli ve 14473 sayılı Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları Yönergesi.

b) 04/07/2013 tarihli ve 50802433-010.04/3049 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Kadro Standartları Yönergesi.

c) 31/10/2012 tarihli ve 3131 sayılı Makam onayı ile yürürlüğe konulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Yönergesi

ç) 10/04/2012 tarihli ve 1737 sayılı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul Ve Esasları İle Kadro Standartları Hakkında Yönerge.

Yürürlük

MADDE 29- Bu Yönerge Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 30- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
23/12/2020 10:33 - 49635782-010.04-11739
00131391050

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 49635782/
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

"Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönergenin" yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Mehmet İSLAMOĞLU
Genel Müdür

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2020

Halil ELDEMİR
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2020

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI KADRO STANDARTLARI İLE ÇALIŞMA USUL VE ESASLARINA DAİR YÖNERGEDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA İLİŞKİN YÖNERGE

MADDE 1- 7/11/2017 tarihli ve 51275 sayılı Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları İle Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge'nin 6 ncı maddesinin üçüncü fıkrasının son cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Birimlerin sorumluluğu, öncelik sırasına göre şube müdürleri, uzmanlar ve en az yüksek öğrenim görmüş diğer personel tarafından yerine getirilir."

MADDE 2- Aynı Yönergenin EK-IV sayılı cetveli ekteki şekilde değiştirilmiştir.

Yürürlük
MADDE 3- Bu Yönerge Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme
MADDE 4- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Abdulkadir BEKTAŞ
Daire Başkanı

YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
28/09/2021 16:46 - E-49635782 - 010.04 - 13499
00148917849

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 49635782/
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

"Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönergenin" yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Mehmet İSLAMOĞLU
Genel Müdür

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2021

Halil ELDEMİR
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2021

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI KADRO STANDARTLARI İLE ÇALIŞMA USUL VE ESASLARINA DAİR YÖNERGEDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA İLİŞKİN YÖNERGE

MADDE 1- 7/11/2017 tarihli ve 51275 sayılı Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları İle Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge'nin Ek-V Sayılı Cetveli ekteki şekilde değiştirilmiştir.

Yürürlük
MADDE 2- Bu Yönerge Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme
MADDE 3- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Abdulkadir BEKTAŞ
Daire Başkanı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
06/08/2023, 10:52:16 - E-49635782-010.04-221795644
221795644
HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ KOORDİNASYON BİRİMİ

Sayı : E-49635782-010.04-
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

"Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönergenin" yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Dr. Mehmet KOCA
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürü

OLUR
..../..../2023

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Hukuk ve Mevzuat Dairesi Başkanlığı-Hukuk ve Mevzuat Koordinasyon Birimi Üniversiteler Mahallesi Dumlupınar Bulvarı 6001 Cad. No:5 Bilkent/Çankaya/ANKARA 06800 Tel: 0 (312) 585 23 40

SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI KADRO STANDARTLARI İLE ÇALIŞMA USUL VE ESASLARINA DAİR YÖNERGEDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNERGE

MADDE 1- 7/11/2017 tarihli ve 51275 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergenin İl Sağlık Müdürünün Görevleri başlığı altında düzenlenen 8 inci maddesinin üçüncü fıkrasına (h) bendinden sonra gelmek üzere aşağıdaki bentler eklenmiştir.
"ı) Farmakovijilans il sorumlusu olarak ilgili başkan ya da başkan yardımcısını görevlendirir,
i) Bakanlık tarafından verilen diğer görevleri yürütür."

MADDE 2- Aynı Yönergenin Başhekimin görevleri başlığı altında düzenlenen 14 üncü maddesinin üçüncü fıkrasına (s) bendinden sonra gelmek üzere aşağıdaki bentler eklenmiştir.
"ş) Advers ilaç reaksiyonlarının en doğru şekilde ve en kısa zamanda Kuruma bildirilmesini sağlamak amacıyla hastane içi farmakovijilans sisteminin kurulmasından, bu amaçla "İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelikte" açıklanan gerekliliklerin sağlanmasından, hastane içi farmakovijilans ve advers reaksiyon bildirimi farkındalığını artıracak eğitim ve faaliyetlerin farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile organize edilmesinden sorumludur,
t) Müdür tarafından verilen diğer görevleri yapmak."

MADDE 3- Aynı Yönergenin Ek-III sayılı cetvelinde İ1, İ2, İ3, İ4, İ5, İ6, İ7, İ8, İ9 Grubu İllerde Kurulacak Birimlere sırası ile aşağıdaki birimler eklenmiştir.
"Mesleki Sorumluluk Kurulu İl Koordinatörlüğü"
"Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Birimi"

MADDE 4- Aynı Yönergenin Ek-II sayılı İl Sağlık Müdürlüğü Başkanlıkları, Birim Adları ve Görev Tanımları başlığı altında düzenlenen A) Halk Sağlığı Başkanlığı Hizmet Birimlerinin 3 üncü fıkrasında düzenlenen Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Biriminin (b) bendinde yer alan "Koruyucu diş sağlığı" ibaresi madde metninden çıkarılmıştır.

MADDE 5- Aynı Yönergenin Ek-II sayılı İl Sağlık Müdürlüğü Başkanlıkları, Birim Adları ve Görev Tanımları başlığı altında düzenlenen C) Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Hizmet Birimlerinin 5 inci fıkrasında düzenlenen Özel Ayaktan Tanı ve Tedavi Merkezleri Biriminin görevleri arasında yer alan (c) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 6- Aynı Yönergenin Ek-II sayılı İl Sağlık Müdürlüğü Başkanlıkları, Birim Adları ve Görev Tanımları başlığı altında düzenlenen C) Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Hizmet Birimlerine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"8) Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Birimi

a) Bakanlıkça planlanan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini yürütmek ve çıktılarını, analiz edilmek üzere birim görüşü ile birlikte Bakanlığa göndermek,

b) Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan; Bakanlığa bağlı 2 nci ve 3 üncü basamak sağlık tesisleri, Devlet üniversiteleri, belediyeler, organize sanayi bölgeleri ile diğer kamu kurum ve kuruluşları bünyesindeki sağlık tesislerine ait ilçe, il ve bölge düzeyinde, yatak, birim ve ünite

Av.Erkan ÇAVUŞOĞLU
Ozan Bakanlık

kapasitelerinin planlamasına ilişkin çalışma yaparak sonuçlarının Bakanlığa bildirilmesine yönelik iş ve işlemleri yürütmek,

c) Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan; Bakanlığa bağlı 2 nci ve 3 üncü basamak sağlık tesisleri, Devlet üniversiteleri, belediyeler, organize sanayi bölgeleri ile diğer kamu kurum ve kuruluşları bünyesindeki sağlık tesislerinin ön izin, ruhsat ve faaliyet izinlerinin verilmesine yönelik iş ve işlemleri yürütmek,

ç) Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan; Bakanlığa bağlı 2 nci ve 3 üncü basamak sağlık tesisleri, Devlet üniversiteleri, belediyeler, organize sanayi bölgeleri ile diğer kamu kurum ve kuruluşları bünyesindeki sağlık tesislerinin; yatak/ünit sayılarının arttırılması/azaltılması, rol değişikliklerinin yapılması, özellikli tıbbi hizmet birimi açılması/kapatılması ve planlamaya tabi cihaz ilave edilmesi veya iptali ile isim ve adres değişikliği ve benzeri gibi iş ve işlemleri yürütmek,

d) Gerçek kişilere ve özel hukuk tüzel kişilerine ait, ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan sağlık tesislerinin; ön izinlerini, uygunluk belgesini, ruhsatını, faaliyet iznini vermek, tescilini, ruhsat iptalini yapmak ve bunlarla ilgili kayıtların Bakanlığın elektronik sistemindeki güncelliğini sağlamaya yönelik iş ve işlemleri yürütmek,

e) Görev alanı kapsamında Bakanlık ile koordinasyonu sağlamak amacıyla veri toplama, analiz ve raporlama çalışmaları yapma ve/veya yaptırmaya yönelik iş ve işlemleri yürütmek.

f) Bakanlıkça yayımlanan aile diş hekimliği uygulamasıyla ilgili eğitimleri düzenlemeye ve rapor hazırlamaya yönelik iş ve işlemleri yürütmek,

g) Görev alanına giren kurum ve kuruluşlar hakkında yapılan şikâyetleri değerlendirmek ve mevzuat doğrultusunda gerekli işlemleri yapmak,

ğ) Görev alanına giren konulara ilişkin diğer birimlerle iş birliği içinde koordineli çalışmak,

h) Müdür tarafından verilen benzeri görevleri yapmak."

MADDE 7- Aynı Yönergenin Ek-II sayılı İl Sağlık Müdürlüğü Başkanlıkları, Birim Adları ve Görev Tanımları başlığı altında düzenlenen D) İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanlığı Hizmet Birimlerinin 1 inci ve 2 nci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"1) Eczacılık Birimi

a) Eczanelerin; açılması, nakli, devri, kapanması, geçici kapalı tutulması, ruhsatının askıya alınması, denetlenmesi, ilgili şikâyet ve bildirimlerin değerlendirilmesi, muvazaa araştırma ve değerlendirmesinin yapılması, eczaneler hakkında gerekli kayıtların tutulması ile eczanelere uygulanacak cezalara ilişkin iş ve işlemleri yürütmek,

b) Eczanelere, mesul müdür atanması, ikinci eczacı çalıştırılması ve bunların görevden ayrılmalarına yönelik iş ve işlemleri yerine getirmenin yanında yardımcı eczacı çalıştırılmasına ilişkin kayıtları tutmak ve kontrollerini yapmak,

c) Eczacı Yerleştirme Sistemi başvurularını onaylamak ve Kurum tarafından yapılan yerleştirme sonrası işlemleri yürütmek,

ç) Tip-1 ve Tip-19 biyosidal ürünler ile kozmetik ürünlerin piyasa gözetimi ve denetimi ile üretim yeri denetimine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek,

d) Beşerî tıbbi ürünler ile özel tıbbi amaçlı gıdaların piyasa kontrol faaliyetleri ve kalite şikâyetlerinin değerlendirilmesi kapsamında, Kurum tarafından talep edilen numunelerin alınmasına ve gönderilmesine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek,

e) İlaçlar ile özel tıbbi amaçlı gıdalarda tespit edilen mevzuatında aranılan kriterlere aykırılık sonucu uygulanmasına karar verilen idari yaptırımların (idari para cezası) yerine getirilmesine yönelik iş ve işlemleri yürütmek,

f) Piyasadan geri çekilmesine karar verilen ve ilgili firma tarafından toplatılan ilaçların tespitine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek,

Av. Erkan GÜLŞOĞLU
Daire Başkanı

g) Sahte/kaçak olduğundan şüphe edilen ilaç tespit edilmesi halinde hastaya ulaşımının engellenmesi amacıyla gerekli tedbirleri alarak Kuruma bilgi vermek,

ğ) Yasal tedarik zinciri dışında ilaç hareketlerinin tespiti halinde gerekli kontrolleri yapmak,

h) Kalite hataları hariç olmak üzere; mevzuata aykırılık şüphesiyle Kurum tarafından, ilaçların tedarik zincirinden toplatılmasına veya mühür altına alınmasına karar verildiği hallerde mühür altına alma, toplatma ve imha işlemlerini yürütmek,

ı) Mahkeme ya da savcılık soruşturmasına konu ilaçlarla ilgili olarak adli süreçlerin sonucuna göre ilgili makamlarla irtibata geçerek halk sağlığının temini açısından ilaçların imha edilebilmeleri için gerekli onayları almak, imha işlemlerini yürütmek ve imha süreci ile ilgili tüm bilgi ve belgeleri Kuruma göndermek,

i) Kurumdan faaliyet izni almak isteyen veya faaliyet izni almış;

1. Beşeri tıbbi ürün üretim tesisleri,
2. Hammadde üretim tesisleri,
3. Medikal gaz üretim ve dolum tesisleri,
4. İleri tedavi tıbbi ürün üretim tesisleri,
5. Sekonder ambalajlama tesisleri,
6. Seri serbest bırakma tesisleri,
7. Geleneksel bitkisel tıbbi ürün üretim tesisleri,
8. Özel tıbbi amaçlı gıda üretim tesislerinin açılış, denetim, idari yaptırım ve kapanış süreçleri ile bu tesislerle ilgili şikâyetlere ilişkin süreçlerde Kurum tarafından talep edilen faaliyetlere ilişkin iş ve işlemleri yürütmek,

j) Medikal Gazların, "Üretim, Dolum, Depolama ve Satışını Yapan Tesisler Hakkında Tebliğ" kapsamında, medikal gaz depolama ve satış tesisleri ile medikal gaz satış yerlerinin yılda en az iki kez denetimini yapmak ve denetim sonucunu Kuruma bildirmek,

k) Ecza Ticarethanelerinin açılış, nakil, tadilat, faaliyet durdurma ve kapanış başvurularını kabul edip Kuruma göndermek, açılış ve nakiller için ayrıca ön incelemeye yönelik iş ve işlemleri yürütmek,

l) Ecza ticarethaneleri ve sanat ve ziraate mahsus zehirli ve müessir maddeler satılan yerleri, 984 sayılı Kanunun 16 ncı maddesi kapsamında yılda iki defa denetlemeye yönelik iş ve işlemleri yürütmek,

m) Ecza ticarethanelerinin mevzuata uygun olmayan fiillerinin tespiti halinde Kurum tarafından gönderilen talimatlar çerçevesinde mevzuat uyarınca mülki amir tarafından alınan idari yaptırım kararlarını uygulamak/uygulattırmak ve sonuçları hakkında Kuruma bilgi vermek,

n) İlaçların ve etkin maddelerin saklama koşulları ile ilgili gerekli tüm tedbirlerin alınması kaydıyla maksimum 72 saat bekletilebildiği aktarma merkezlerinin; açılış, nakil, tadilat, faaliyet durdurma ve kapanış başvurularını alıp değerlendirmek ve gerekli kontrollerin ardından belgelerin düzenlenmesi veya iptal edilmesi için Kuruma bilgi vermek, bu merkezlerin yılda bir defa rutin denetimlerini yapmak,

o) İlaç ve ürünlerin ülkeye girişinin yapıldığı noktalardan itibaren, soğuk zincir koşullarında ve kurallara uygun olarak nakledilmesini, il düzeyinde ecza ticarethanelerinde ve eczanelerde sağlıklı koşullarda saklanmasını takip etmek,

ö) Üretim yerlerinde, dağıtım ünitelerinde, özel veya kamu kuruluşlarında uyuşturucu, psikotrop madde ve müstahzarlar ile kontrole tâbi müstahzarların tıbbî amaçla kullanımının denetlenmesi, düzenlemelerinin uygulanmasına yönelik iş ve işlemleri yürütmek,

Av.Erkan SAVUSOĞLU
Bakanlık Bakanı

p) Uyuşturucu ve psikotrop maddeler ile kan ürünlerine mahsus reçetelerin sağlık kurum ve kuruluşlarına basılı veya elektronik dağıtımı ile hemofili teşhisli hastalara hemofili takip karnesinin düzenlenmesine yönelik iş ve işlemleri yürütmek,

r) Farmakovijilans ve kontrole tâbi maddeler ile ilgili uygulamaların takip edilmesi, denetlenmesi, bildiriminin yapılması ve diğer iş ve işlemlerinin yürütülmesini sağlamak,

s) İlde görev yapan farmakovijilans irtibat noktalarının listesinin EBS (Elektronik Bilgi Sistemi)'de güncel tutulmasını ve farmakovijilans irtibat noktalarının koordinasyonunu, Kurumdan gelen talep doğrultusunda ortak eğitim ve proje faaliyetleri yürütülmesini sağlamak,

ş) Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının mekân ve sekreterya denetimleri ile klinik araştırmalarda arşivleme hizmeti veren firmaların arşiv alanı denetimlerinin, Müdürlük tarafından isimleri Kuruma bildirilen ve Kurum tarafından verilen eğitimi tamamlamış olan eczacı ve/veya hekim tarafından denetlenmelerine yönelik işlemlerin yürütülmesini sağlamak,

t) Sağlık beyanı mevzuatı kapsamında tanıtım ve/veya satışları denetlemek, gerektiğinde durdurma, toplama, toplatma, imha iş ve işlemleri yapmak veya yaptırmak,

u) Kurum ile yürütülen müşterek faaliyetleri, Kurumun belirlediği esaslar çerçevesinde yerine getirmek ve bu kapsamda Kurum tarafından yapılacak eğitimlere katılım sağlamak,

ü) Faaliyet alanlarıyla ilgili eğitim programı hazırlayarak, uygulamak ya da uygulatmak, görev alanıyla ilgili araştırmalar yapmak, konu hakkında sempozyum, panel, çalıştay, seminer vs. etkinlikleri düzenlemek ve düzenlenen ulusal ve uluslararası etkinliklere katkı ve/veya katılım sağlamak,

v) Görev alanı ile ilgili veri toplama, analiz ve raporlama çalışmaları yapmak ve /veya yaptırmak,

y) Müdür tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

2) Tıbbi Cihaz ve Biyomedikal Birimi

a) Kamu/özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait bütün sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tıbbi cihazların kullanım şartlarının gözetlenmesi ile sağlık hizmetinde kullanılmasının sağlanmasına yönelik iş ve işlemleri yürütmek.

b) Kamu/özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının biyomedikal teknik hizmetlerinin sağlık hizmetine uygun şekilde işlerliğinin gözetlenmesi ve denetlenmesi işlemlerini yürütmek.

c) Kamu/özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tıbbi cihazların test, kontrol ve kalibrasyon işlemlerinin, kalite kontrol ve kalite uygunluk ile teknik servis faaliyetlerinin ilgili mevzuatına uygun şekilde yürütülmesini sağlamak.

ç) Optisyenlik müesseseleri, işitme cihazı merkezleri, ısmarlama protez ve ortez merkezleri, diş protez laboratuvarları ile tıbbi cihaz satış merkezlerinin açılışına, kapanışına, nakline, devrine ve bu kapsamda yürütülen ilgili faaliyetlerin denetimlerine yönelik iş ve işlemleri ilgili mevzuatına uygun şekilde yürütmek.

d) Diş hekimliğinde kullanılan her türlü madde ile malzemenin üretildiği ve depolandığı iş yerlerinin mevcut yasa, emir ve prensiplere uygun olup olmadığının izlenmesi, denetiminin yapılması, yaptırımların uygulanması işlemleri ile açma, nakil ve kapatma işlemlerine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek.

e) Görev alanı ile ilgili veri toplama, analiz ve raporlama çalışmaları yapmak ve /veya yaptırmak.

f) Kurum ile yürütülen müşterek faaliyetleri, Kurumun belirlediği esaslar çerçevesinde yerine getirmek ve bu kapsamda Kurum tarafından yapılacak eğitimlere katılım sağlamak.

Av. Erkan ÇAVUŞOĞLU
Daire Başkanı

g) Faaliyet alanlarıyla ilgili eğitim programı hazırlayarak uygulamak ya da uygulatmak, görev alanlarıyla ilgili araştırmalar yapmak, konu hakkında sempozyum, panel, çalıştay, seminer vs. etkinlikleri düzenlemek ve düzenlenen ulusal ve uluslararası etkinliklere katkı ve/veya katılım sağlamak.

ğ) Müdür tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

MADDE 8- Aynı Yönergenin Ek-II sayılı İl Sağlık Müdürlüğü Başkanlıkları, Birim Adları ve Görev Tanımları başlığı altında düzenlenen G) İl Sağlık Müdürüne Bağlı Hizmet Birimlerinin 2nci fıkrasına (i) bendinden sonra gelmek üzere aşağıdaki bentler eklenmiştir.

j) Kurum ile yürütülen müşterek faaliyetlerde, Kurum kalite yönetim sistemi gereklerinin uygulanmasını sağlamak, bu faaliyetleri izlemek, izleme sonuçlarını Kuruma göndermeye yönelik iş ve işlemleri yürütmek, bu kapsamda Kurum tarafından yapılacak eğitimlere katılım sağlamak,

k) Müdür tarafından verilen benzeri görevleri yapmak."

MADDE 9- Aynı Yönergenin Ek-II sayılı İl Sağlık Müdürlüğü Başkanlıkları, Birim Adları ve Görev Tanımları başlığı altında düzenlenen G) İl Sağlık Müdürüne Bağlı Hizmet Birimleri altında 6 ncı fıkradan sonra gelmek üzere Mesleki Sorumluluk Kurulu İl Koordinatörlüğü kurulmuş olup 7 nci fıkra aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

"7) Mesleki Sorumluluk Kurulu İl Koordinatörlüğü

a) 3359 sayılı Kanun'un Ek-18 inci maddesi ile Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik kapsamında Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından İl Koordinatörüne verilen aşağıdaki görevleri yürütmek.

1. Ön incelemeci belirleme sürecine ilişkin talepleri cevaplamak,

2. Ön inceleme yapılmasına ilişkin kararları ön incelemeciye tebliğ etmek,

3.4483 sayılı Kanun ve ilgili alt mevzuat düzenlemeleri çerçevesinde ön incelemecilerden gelen ek süre, bilgi belge eksikliği, bilirkişi talebi gibi taleplerin uygunluğunu değerlendirmek,

4. Hazırlanan ön inceleme raporlarını, 4483 sayılı Kanun ve ilgili diğer mevzuat kapsamında değerlendirerek, uygun halde Mesleki Sorumluluk Kuruluna belirlenen süre içinde ulaştırmak,

5. Mesleki Sorumluluk Kurulunun talep ettiği ilave bilgi ve belgeler ile ön inceleme raporunda yer alan eksikliklere ilişkin talepleri koordine etmek,

6. Mesleki Sorumluluk Kurulu kararlarını ilgililere tebliğ işlemlerini yürütmek,

7. Mesleki Sorumluluk Kurulu kararlarına ilişkin yapılan itirazların takibini yapmak, kesinleşmeye dair bildirimleri Cumhuriyet Başsavcılıklarına iletmek ve Bakanlığa bilgi vermek,

8. Bölge İdare Mahkemesine itiraz durumlarında müzekkere gereklerinin ifası ve Bölge İdare Mahkemesince verilen kararların ilgililere tebliğ işlemlerini yürütmek,

9. Mesleki Sorumluluk Kurulunun rücuya ilişkin görevlerinde İl Hukuk ve Muhakemat Birimleri ile Kurul arasındaki koordinasyonu sağlamak,

b) Müdür tarafından verilen benzeri görevleri yapmak."

Yürürlük

MADDE 10- Bu Yönerge Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 11- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
22.04.2025 14:40:50 E-11045126-010.04-274340779
274340779

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

7/11/2017 tarihli ve E-39608046-010.04-51275 sayılı Bakanlık Makam Oluru ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge'nin Ek-4'ünde ilişikte sunulan taslak doğrultusunda değişiklik yapılması ihtiyacı hasıl olmuştur.

İlişikte sunulan nihai taslağın yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../04/2025

Hüseyin Kürşat KIRBIYIK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../04/2025

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: Çerçeve Yönerge ve Eki (23 sayfa)

SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI KADRO STANDARTLARI İLE ÇALIŞMA USUL VE ESASLARINA DAİR YÖNERGEDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNERGE

MADDE 1- 7/11/2017 tarihli ve E-39608046-010.04-51275 sayılı Bakanlık Makam Oluru ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergenin Ek-4'ü ekteki şekilde değiştirilmiştir.

MADDE 2- Bu Yönerge, Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe girer.

MADDE 3- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Abdulkadir BEKTAŞ
Daire Başkanı

Belge Tarih ve Sayısı: 23.05.2025 E-11045126-010.04-277164903

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2025 AİLE YILI

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge Taslağı ilişikte sunulmuştur.

İlişikte sunulan nihai taslağın yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
../5/2025

Hüseyin Kürşat KIRBIYIK
Bakan Yardımcısı

OLUR
../5/2025

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: Yönerge Taslağı ve Eki

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 1D09ACCE-2B08-4390-9464-0F9B4FD7E12B Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI KADRO STANDARTLARI İLE ÇALIŞMA USUL VE ESASLARINA DAİR YÖNERGEDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNERGE

MADDE 1- 7/11/2017 tarihli ve 51275 sayılı Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergenin 6 ncı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"(5) İlgili mevzuatında belirlenen iş ve işlemlerin ülke çapında etkin bir biçimde yürütülmesi için Bakanlıkça Organ Nakli Koordinasyon Merkezleri kurulabilir. Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Birimlerinde öncelikle organ ve doku nakli koordinatörlüğü sertifikasına sahip ya da bu sertifikayı alma yeterliliği olan, organ bağışı ve naklinde deneyimli personel görevlendirilir."

MADDE 2- Aynı Yönergenin Ek-II Sayılı Cetvelinin "A) HALK SAĞLIĞI BAŞKANLIĞI HİZMET BİRİMLERİ" bölümünün 14 üncü fıkrasının (a) bendinde yer alan "iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini planlamak," ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 3- Aynı Yönergenin Ek-II Sayılı Cetvelinin "B) KAMU HASTANELERİ BAŞKANLIĞI HİZMET BİRİMLERİ" bölümünün 6 ncı fıkrası başlığıyla birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"6) Değerlendirme ve Geliştirme Birimi

a) Bakanlık ilgili birimlerinin ilde bulunan sağlık tesislerine yönelik yapmış olduğu denetim ve değerlendirme rapor sonuçlarına göre gerekli iyileştirme faaliyetlerinin başlatılmasını sağlamak, ilgili birimlerin koordinasyonunu sağlayarak yapılan çalışmaların kayıt altına alınmasını ve uygulanmasını takip ve analiz etmek.

b) Bakanlık ilgili birimlerinin ilde bulunan sağlık tesislerine yönelik yapmış olduğu denetim ve değerlendirmelerle ilgili verilerin ve göstergelerin takibini yapmak.

c) Bakanlık ilgili birimleri tarafından istenilen bilgi, belge, rapor ve sonuçları zamanında ve eksiksiz olarak göndermek.

ç) İl değerlendirme komisyonunun faaliyetlerine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek.

d) Belirlenen periyotlarda, il değerlendirme komisyonu tarafından sağlık tesislerine yapılacak değerlendirmeleri planlamak, uygulamak ve raporlamak.

e) İl değerlendirme komisyonunun kararlarına ilişkin sağlık tesisleri değerlendirme komiteleri ile koordinasyon halinde kararların uygulanmasını ve yürütülmesini sağlamak, analiz etmek.

f) Kamu hastanelerinde hizmet kalitesini ve klinik kaliteyi artırmaya yönelik çalışmalarda bulunmak.

g) Sözleşmeli il ve sağlık yöneticilerinin performans gösterge ve değerlendirmelerine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek.

ğ) İlde faaliyet gösteren sağlık tesislerinin rol gruplarına göre karşılaştırmasını yapmak ve yapılan değerlendirmeler sonucunda iyileştirme çalışmaları başlatmak, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak.

h) Faaliyet alanlarıyla ilgili eğitim programı hazırlayarak uygulamak ya da uygulatmak, görev alanıyla ilgili araştırmalar yapmak, konu hakkında sempozyum, panel, çalıştay, seminer vs. etkinlikleri düzenlemek ve düzenlenen ulusal ve uluslararası etkinliklere katkı veya katılım sağlamak.

ı) İl Sağlık Müdürü tarafından verilen benzeri görevleri yapmak."

MADDE 4- Aynı Yönergenin Ek-II Sayılı Cetvelinin "C) SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI HİZMET BİRİMLERİ" bölümünün birinci fıkrasının (g), (h), (ı), (i) ve (j) bentleri yürürlükten kaldırılmış ve aynı bölüme aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"9) Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Birimi

a) Organ bağışı kampanyalarını organize etmek ve organ bağışının artırılması için gerekli çalışmaları yürütmek.

...ulkadir BEKTAŞ
Daire Başkanı

b) Sağlık tesislerinde organ ve doku bağışı farkındalık çalışmaları düzenlemek; afiş, broşür ve diğer bilgilendirme unsurlarının görünür yerlerde sergilenmesini ve asılmasını sağlamak.

c) Donör Kaynağı Merkezi Hastane Koordinatörleri ile sürekli iletişim halinde bulunmak, faaliyetlerine iştirak etmek ve lojistik destek sağlamak.

ç) Organ bağış kartlarının düzenlenmesi ve bağışların Transplantasyon ve Diyaliz İzlem Sistemine kaydı ve onaylanmasına ilişkin iş ve işlemleri yürütmek.

d) Bölge Koordinasyon Merkezi tarafından verilecek iş ve işlemleri yerine getirmek, talimatları uygulamak ve gerçekleştirilen organizasyonlara iştirak etmek.

e) Mevzuat doğrultusunda gerekli tetkiklerin ivedilikle yapılması için ilgili paydaşlar ile iş birliği yapmak.

f) Organ ve doku naklinin gerçekleştirilebilmesi için canlı verici adayı ve kadavra verici adayı ile ilgili yapılması gereken tıbbi, idari ve hukuki işlemelerin tamamlanmasını sağlamak.

g) Diyaliz hizmeti sunan birimlerin, ruhsatlandırılması, faaliyet izin belgesi düzenlenmesi, denetlenmesi, incelenmesi, izlenmesi ve cihaz artırımı işlemlerini gerçekleştirmek.

ğ) Organ Nakli Değerlendirme Etik Komisyonunun sekretaryasını yürütmek.

h) Bakanlık planlamaları ve talimatları doğrultusunda üremeye yardımcı tedavi hizmetleri ve kordon kanı bankacılığı hizmetlerini sunan merkezleri denetlemek, ruhsat ve faaliyet süreçlerine dahil olmak.

ı) Organ ve doku nakli merkezlerinin ruhsat ve faaliyet başvurularını Bakanlığa göndermek.

i) Kemik iliği nakli hizmeti sunan merkezlerin yerinde değerlendirilmesi süreçlerine iştirak etmek.

j) Organ ve doku nakli hizmetlerini sunan birim ve ünitelerin standartlarında gerçekleşen değişiklikleri Bakanlığa bildirmek ve gerekli tedbirleri almak.

k) Müdür tarafından verilen benzeri görevleri yapmak."

MADDE 5- Aynı Yönergenin Ek-II Sayılı Cetvelinin "F) DESTEK BAŞKANLIĞI HİZMET BİRİMLERİ" bölümüne aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"5) İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Birimi

a) 20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu uyarınca ve Bakanlık politikaları çerçevesinde il genelinde bağlı sağlık tesislerinde; iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini (risk değerlendirmesi, eğitim, kurul çalışmaları, sağlık gözetimi, acil durum planı, iş ekipmanlarının periyodik bakımları, ortam ölçümleri, ortam gözetimi vb.) koordine etmek, iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin alınmasını sağlamak ve ilgili kurumlarla iş birliği yapmak.

b) İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini izlemek, değerlendirmek ve uygunsuzlukların giderilmesi için rehberlik yapmak.

c) Yıllık çalışma planı, yıllık değerlendirme raporu, çalışma ortamının gözetimi, çalışanların sağlık gözetimi, iş kazası ve meslek hastalığı ile iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin bilgilerin ve çalışma sonuçlarının kayıt altına alınmasını sağlamak.

ç) Bakanlık tarafından talep edilen istatistiki bilgileri ve raporları hazırlamak ve Bakanlığa ulaştırmak.

d) Bakanlık tarafından düzenlenen faaliyetlerin ve yapılan planların ildeki sağlık tesislerinde uygulanmasını koordine etmek.

e) Müdür tarafından verilen benzeri görevleri yapmak."

MADDE 6- Aynı Yönergenin Ek-III Sayılı Cetveli ekteki şekilde değiştirilmiştir.

MADDE 7- Bu Yönerge, Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe girer.

MADDE 8- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Abdulkadir BEKTAŞ
Daire Başkanı

9.2.8.Sağlık Bakanlığı 4\B Sözleşmeli Personelininin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum İçi Yer Değişikliğine Dair Yönerge

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - SÖZLEŞMELİ VE İŞÇİ İŞLEMLERİ
18.10.2012 10:48

(Not: 15/10/2012 tarihli ve 24425 sayılı Bakan Onayı ile yapılan değişiklik metne işlenmiştir)

SAĞLIK BAKANLIĞI 4/B SÖZLEŞMELİ PERSONELİNİN YENİDEN HİZMETE ALINMASI VE KURUM İÇİ YER DEĞİŞİKLİĞİNE DAİR YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1- (1) Bu Yönerge; Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/B maddesine göre çalışan sözleşmeli personelin yeniden hizmete alınması, karşılıklı yer değişikliği, eş durumu ve sağlık mazereti nedeniyle yer değişikliği ve unvan değişikliğine ilişkin usul ve esasları belirler.

Kapsam

Madde 2- (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/B maddesine göre çalışan sözleşmeli personeli kapsar.

Dayanak

Madde 3- (1) Bu Yönerge; 06/06/1978 tarihli ve 7/15754 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esasların ek 1, ek 3 ve ek 4 üncü maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık :Sağlık Bakanlığı'nı,

b) Bakan :Sağlık Bakanı'nı,

c) Müdürlük :İl Sağlık Müdürlüğü'nü,

ç) Pozisyon :İlgili mevzuatı uyarınca vize edilen ve bir sözleşmeli personelin istihdamına imkân veren görev unvanına ait pozisyonu,

d) Hizmet Grubu :Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği çerçevesinde personel dağılım cetveli doluluk oranına göre belirlenen il gruplarını,

e) Sağlık Komisyonu :Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği'ne göre sağlık mazeretlerini inceleyen Komisyon'u,

f) Personel :657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/B maddesine göre çalışan sözleşmeli personeli,

g) İl Komisyonu :İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde bu Yönergede belirtilen iş ve işlemleri yürütmek üzere Valilik onayıyla kurulan 4/B Sözleşmeli Personel Komisyonu'nu,

h) İKYS :Çekirdek kaynak yönetim sisteminin insan kaynakları yönetim sistemi modülünü,

ı) PBS :Personel bilgi sistemini,

i) (Ek bent: 23/10/2009 tarihli ve 198958 sayılı Bakan Onayı) Kadrolu personel: 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/A maddesine göre çalışan, stratejik personel hariç kadrolu sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı personelini,

j) (Ek bent: 23/10/2009 tarihli ve 198958 sayılı Bakan Onayı) Stratejik personel: Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğine göre Bakanlık tarafından istihdamında güçlük çekilen uzman tabip ve tabip unvanlarındaki personeli,

k) (Ek bent: 23/10/2009 tarihli ve 198958 sayılı Bakan Onayı) Standart: 26/10/1994 tarihli ve 22093 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan, Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde belirlenen standartları,

l) (Ek bent: 23/10/2009 tarihli ve 198958 sayılı Bakan Onayı) Hizmet bölgesi: İllerin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesine göre belirlenen bölgeleri,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Yeniden Hizmete Alınma

Madde 5- (1) Personel, Bakanlık adına sözleşme imzalamaya yetkili amirinden, fesih tarihini de belirterek doğum veya askerlik sebebiyle hizmet sözleşmesinin feshedilmesini dilekçeyle talep eder. Askerlik sebebiyle fesih talebinde bu tarih, askere sevk tarihini geçemez. Doğum nedeniyle hizmet sözleşmesinin feshi için doğum raporunun aslının veya resmi kurumlarca onaylı bir örneğinin; askerlik nedeniyle hizmet sözleşmesinin feshi için ise, askere sevk belgesinin resmi kurumlarca onaylı bir örneğinin fesih talebini içeren dilekçe ile birlikte sözleşme yapılan kurum veya kuruluşa verilmesi zorunludur. Dilekçede belirtilen fesih tarihi, sözleşmenin fesih tarihi olarak esas alınır.

(2) Doğum ve askerlik sebebiyle hizmet sözleşmesi feshedilen personelin pozisyonu saklı tutulur. Bu personel yazılı isteği üzerine ayrıldığı görev yerinde yeniden sözleşme yapılarak hizmete alınır. Ancak, yeniden hizmete alınacak personelin;

a) Sözleşmesinin feshi sebebiyle iş sonu tazminatı almamış olması,

b) Doğum sebebiyle hizmet sözleşmesi feshedilenlerin, ücretli doğum izninin bitiminden itibaren en geç bir yıl; askerlik sebebiyle hizmet sözleşmesi feshedilenlerin ise terhis tarihinden itibaren en geç otuz gün içinde yeniden istihdam edilmek üzere ayrıldığı görev yerinin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğüne yazılı talepte bulunması,

gerekir.

(3) İlgili il sağlık müdürlüğü, yazılı talebi takip eden yedi işgünü içinde hizmet sözleşmesi yapmak suretiyle personelin göreve başlamasını sağlar.

(4) Doğum ve askerlik sebebiyle hizmet sözleşmesi feshedilenler hariç olmak üzere; hizmet sözleşmelerini kendi istekleri ile feshedenler, fesih tarihinden itibaren bir yıl geçmeden Bakanlığa ait sözleşmeli personel pozisyonlarına yeniden atanamazlar. Bu sürenin sonunda yeniden hizmete alınma, 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin ek 3 üncü maddesi hükümlerine tabidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Kurum İçi Yer Değişikliği

Karşılıklı yer değişikliği

Madde 6- (Değişik madde: 23/03/2010 tarihli ve 96201 sayılı Bakan Onayı)

(1) **(Değişik ibare: 15/10/2012 tarihli ve 24425 sayılı Bakan Onayı)** Aynı unvan ve hizmet niteliklerine sahip pozisyonda çalışan personelin il içi veya aynı hizmet bölgesindeki il'ler arası karşılıklı yer değişikliği;

a) Pozisyonlarının vizeli olduğu il'de fiilen en az bir yıl çalışmış olmaları,

b) Görev yaptıkları yerin İl Komisyonu'na, karşılıklı yer değişikliği yapacakları personelin açık kimliği ve görev yerini de belirterek üstleri vasıtasıyla yazılı talepte bulunmaları,

kaydıyla yapılabilir.

(2) Fiilen bir yıllık çalışma süresinin hesabında, ilgili mevzuat uyarınca verilen izinler ile hafta sonu ve resmi tatil günleri fiili çalışma sayılır.

(3) İl içi karşılıklı yer değişikliği talepleri İl Komisyonu tarafından, il'ler arası karşılıklı yer değişikliği talepleri ise ilgili il Komisyonları arasında koordinasyon sağlanarak, karara bağlanır. Karşılıklı yer değişikliği uygun olanların görev yerlerine ilgili komisyonlarca bilgi verilir.

(4) Karşılıklı yer değişikliğine ilişkin görevden ayrılış ve göreve başlayış işlemleri, Müdürlüklerce eş zamanlı olarak İKYS üzerinden gerçekleştirilir. Bu şekilde görev yeri değişen personel ile yeniden sözleşme imzalararak takip eden ayın sonuna kadar Bakanlığa bilgi verilir.

(5) İl içinde karşılıklı yer değişikliği gerçekleşen personel, bir yıl geçmedikçe yeniden il içinde karşılıklı yer değişikliği talebinde bulunamaz.

Eş durumu nedeniyle yer değişikliği

Madde 7- (Değişik madde: 23/03/2010 tarihli ve 96201 sayılı Bakan Onayı)

(1) Eş durumu nedeniyle il'ler arası yer değişikliği için boş sözleşmeli personel pozisyonları her yıl ocak ve temmuz aylarında Bakanlıkça tespit ve ilan edilir. Bu pozisyonlara yerleştirme kura ile yapılır.

(2) Sözleşmeli personelin, eş durumu nedeniyle il'ler arası yer değişikliği talebinde bulunabilmesi için;

a) Bakanlığın o il'de boş pozisyon ilan etmiş olması,

b) Pozisyonunun vizeli olduğu il'de fiilen en az bir yıl çalışmış olması,

c) Kamu personeli olan eşinin, kurum içi görev yeri değişikliği mümkün olmayan veya mevzuatı uyarınca zorunlu yer değiştirmeye tabi tutulan bir görevde bulunduğunu belgelemesi,

ç) Eşinin, stratejik personel olması veya 4924 sayılı Kanuna göre istihdam edilmesi,

gerekir.

(3) Aile birliğinin, D ve C hizmet gruplarında ve daha alt hizmet bölgesinde/grubunda doluluk oranı daha düşük olan bir il'de, doluluk oranlarının eşit olması halinde ise sözleşmeli personelin çalıştığı il'de sağlanması esastır. Eşlerden her ikisinin de sözleşmeli personel olması halinde üst durumda olan eşin çalıştığı il'e; eşlerden birinin sözleşmeli diğerinin kadrolu personel olması halinde ise sözleşmeli eşin çalıştığı il'e; öncelikle bakılarak diğer eşin görev yeri D ve C hizmet grubunda bulunan eş'e bağlı olarak değiştirilebilir. Bu

durumların gerçekleşmemesi halinde, üst hizmet bölgesi/grubunda bulunan eşin görev yeri, alt hizmet bölgesi/grubunda bulunan eş'e bağlı olarak değiştirilebilir. Ancak, eşlerden biri 5 veya 6 ncı hizmet bölgesinde ise pozisyon ve standardın uygun olması halinde diğer eş bu il'e atanabilir.

(4) Eş durumu açısından üstlük ve astlık durumu sırasıyla; diş tabipleri, eczacılar, 4 yıllık lisansiyerlerin atandığı pozisyon unvanları, 2 yıllık önlisans mezunlarının atandığı pozisyon unvanları, orta öğretim mezunlarının atandığı pozisyon unvanları ve bunlarda eşitlik olması halinde hizmet süresi fazla olan şeklindedir.

(5) Kadrolu personelin, sözleşmeli eşin görev yaptığı il'e nakil talebinde bulunabilmesi için o il'de standardın uygun olması şarttır. Kadrolu eşin, standardın uygun olmaması nedeniyle sözleşmeli eşin bulunduğu il'e atanamadığının, sözleşmeli personelin eş durumu nedeniyle yer değişikliği başvurularının alındığı tarihler arasında belgelendirilmesi halinde sözleşmeli personel, kadrolu eşin görev yaptığı il'e yer değişikliği talebinde bulunabilir.

(6) **(Değişik fıkra: 21/09/2011 tarihli ve 263826 sayılı Bakan Onayı)** Bu madde kapsamında en son yapılan eş durumu kurası için boş pozisyon ilan edilmemiş olması veya en son yapılan kura sonucu sözleşmeli personelin kadrolu çalışan eşinin bulunduğu il'e yerleştirilememesi durumunda, bir sonraki eş durumu kurası için boş sözleşmeli personel pozisyonlarının ilan edileceği tarihe kadar başvuruda bulunması ya da sözleşmeli personelin, pozisyonunun vizeli olduğu il'de fiilen en az bir yıl çalışmamış olması nedeniyle bu madde hükümlerinden yararlandırılamaması hallerinde kadrolu personel, sözleşmeli eşin görev yaptığı il'e standardın uygun olması kaydıyla atanır.

(7) Kadrolu personelin eşinin, diğer kamu kurum veya kuruluşlarında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/B maddesine göre sözleşmeli personel olarak çalışması halinde ise kadrolu personel, eşinin görev yaptığı il'e standardın uygun olması kaydıyla atanır.

(8) Sözleşmeli personel, eş durumu nedeniyle yer değişikliği talebini PBS üzerinden yaparak, istenen belgeleri birim amirine imzalattığı PBS formuna eklemek suretiyle doğrudan Bakanlığa gönderir. Yer değişikliği talebi, yukarıda belirtilen şartlar ve mevzuata göre incelenerek talebi uygun olanların listesi, uygun olmayanların gerekçesiyle birlikte listesi ve diğer hususlar Bakanlıkça ilan edilir.

(9) PBS üzerinden kesinleştirilmeyen veya PBS üzerinden kesinleştirilip süresi içinde Bakanlığa gönderilmeyen başvurular ile başvuru sahibinin veya ilgili birim amirinin imzası bulunmayan başvurular, Bakanlıkça değerlendirmeye alınmaz.

(10) Yerleştirme sonuçları Bakanlıkça ilan edilir.

(11) Kura sonucu, eş durumu nedeniyle görev yeri değişikliğine hak kazanan personelin atamaları Bakanlık tarafından il emrine yapılır. Bu personelin il içerisinde görev yapacakları hizmet birimleri, Bakanlıkça tespit edilen tarihler arasında Müdürlükler tarafından belirlenir. Görev yeri değiştirilen personel ile yeniden sözleşme imzalanır.

Sağlık mazereti nedeniyle yer değişikliği

Madde 8- (Değişik birinci fıkra: 23/10/2009 tarihli ve 198958 sayılı Bakan Onayı)

(1) Pozisyonunun bulunduğu il'de kendisinin veya kanunen bakmakla yükümlü olduğu eş, anne, baba veya çocuklarından birinin hastalığının tedavisinin mümkün olmadığını, eğitim ve araştırma hastanelerinden alınacak sağlık kurulu raporu ve görev

yerinin bağlı bulunduğu il sağlık müdürlüğünden alınacak yazı ile belgelendirenlerin görev yeri Bakanlıkça değiştirilebilir.

(2) Personel; sağlık kurulu raporunda yer alan teşhis ve uygulanacak tedavi imkânları dikkate alınarak Sağlık Komisyonu tarafından, söz konusu tedavinin yapılabileceği sağlık kurum veya kuruluşunun bulunduğu bir il'in aynı unvan ve niteliğe sahip boş pozisyonunda sözleşme yapılarak çalıştırılabilir.

(3) Sağlık Komisyonu, gerekli durumlarda bu raporların başka eğitim ve araştırma hastanelerinin sağlık kurullarınca da usule ve fenne uygunluğunun tespit edilmiş olma şartını arayabilir.

Mazereti sona eren personel

Madde 9- (1) Eş durumu veya sağlık mazereti nedeniyle görev yeri değişenler, mazeretlerinin devam ettiğini ispatlayan bilgi ve belgeleri her yıl ekim ayının ilk haftasında çalıştığı kuruma bildirmekle yükümlüdür. **(Ek cümle: 07/04/2011 tarihli ve 80506 sayılı Bakan Onayı)** Hastalığının süreklilik arz ettiği veya iyileşemez olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilenler için, yalnızca son on işgünü içerisinde alınmış vukuatlı nüfus kayıt örneği bildirimi aranır. Müdürlükler, bildirimde bulunmayanlar ile mazeretinin devam ettiğini belgelendiremeyenleri tespit ederek her yıl ekim ayının sonuna kadar Bakanlığa bildirir. Bakanlık, bu bildirimi dikkate alarak yeni sözleşme döneminin başında personelin görev yerini değiştirebilir.

(2) Mazereti sona eren personelden;

a) **(Değişik birinci cümle: 23/10/2009 tarihli ve 198958 sayılı Bakan Onayı)** Eş durumu mazereti sona eren sözleşmeli personel, bulunduğu il D veya C hizmet grubunda ise veya mazereti, eşinin ölümü veya emekli olması nedeniyle sona ermiş ise talebi veya Bakanlıkça ihtiyaç duyulması halinde yerinde bırakılır. Aksi halde personel, D veya C hizmet grubunda aynı unvan ve niteliğe sahip boş pozisyon bulunan bir il'de sözleşme yapılarak çalıştırılır.

b) Sağlık mazereti sona erenler ise, sağlık mazereti nedeniyle yer değişikliği gerçekleştirmeden önce pozisyonunun bulunduğu il sınırları içerisindeki aynı unvan ve niteliğe sahip boş pozisyonda, sözleşme yapılarak çalıştırılır. Bu ilde boş pozisyon bulunamaması halinde personel, boş pozisyon bulununcaya kadar sağlık mazereti nedeniyle çalıştığı ilde görevine devam eder.

Eşi şehit olan personel

Madde 10- (1) Aynı unvan ve niteliğe sahip boş pozisyon bulunması halinde, eşi şehit olan personelin üstleri vasıtasıyla Bakanlığa ulaştırılan yer değişikliği talebi, bir defaya mahsusen Bakanlıkça yerine getirilir. Personelin yer değişikliği talebinde bulunduğu il'de aynı unvan ve niteliğe sahip boş pozisyon bulunmaması halinde personel, yeniden yazılı talebi alınarak aynı unvan ve niteliğe sahip boş pozisyon bulunan başka bir il'de sözleşme yapılarak çalıştırılabilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Unvan değişikliği

Madde 11- (1) Personelin, unvan değişikliği suretiyle atamasının yapılacağı pozisyon için öngörülen ilk defa hizmete alınma prosedürüne riayet edilmesi kaydıyla, unvan değişikliği mümkündür.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Çeşitli Hükümler

Mazeret Sebebiyle Yer Değişikliği Talep Edenlerden İstenen Belgeler

Madde 12- (1) Bu Yönerge kapsamında;

a) Eş durumu nedeniyle görev yeri değişikliği talebinde bulunanlardan;

1) **(Değişik bent: 23/10/2009 tarihli ve 198958 sayılı Bakan Onayı)** PBS başvuru formu,

2) **(Değişik bent: 23/10/2009 tarihli ve 198958 sayılı Bakan Onayı)** Vukuatlı nüfus kayıt örneğinin aslı,

3) Eşinin kamu personeli olduğunu ve kurum içi görev yeri değişikliği mümkün olmayan veya mevzuatı uyarınca zorunlu yer değiştirmeye tabi tutulan bir görevde bulunduğunu belirten, son bir ay içerisinde eşinin çalıştığı kurumun personel biriminden alınmış atamaya yetkili amir veya yetki devri yapılan makamca imzalanmış belgenin aslı,

4) **(Ek bent: 23/10/2009 tarihli ve 198958 sayılı Bakan Onayı)** Eşi Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında stratejik, kadrolu, 4924 sayılı Kanun'a göre sözleşmeli veya 657 sayılı Kanun'un 4/B maddesine göre sözleşmeli personel olarak çalışanlardan eşinin kimlik bilgisini, görev yaptığı ili, statüsünü ve unvanını gösterir ilgili İl Sağlık Müdürlüğü'nden son bir ay içerisinde alınmış onaylı belgenin aslı,

b) Sağlık mazereti nedeniyle görev yeri değişikliği talebinde bulunanlardan;

1) Dilekçe,

2) Dilekçe tarihi itibariyle son altı ay içerisinde eğitim ve araştırma hastanesinden alınmış sağlık kurulu raporunun aslı veya resmi kurumlarca onaylı örneği,

3) Sağlık mazeretinin personelin kanunen bakmakla yükümlü olduğu eşi, çocuğu, anne veya babasına ilişkin olması halinde vukuatlı nüfus kayıt örneğinin aslı,

c) Eşinin şehit olması nedeniyle görev yeri değişikliği talebinde bulunanlardan;

1) Dilekçe,

2) Eşinin şehit olduğunu gösterir belgenin aslı veya resmi kurumlarca onaylı örneği,

3) Vukuatlı nüfus kayıt örneğinin aslı,

ile Bakanlıkça gerekli görülen belgeler istenir.

Görev yeri değişen personel

Madde 13- (1) Bu Yönergenin 6, 7 ve 8 inci maddelerine göre görev yeri değişen personelden, süresi içerisinde görevine başlamayanların hizmet sözleşmeleri, kendi istekleriyle tek taraflı olarak feshedilmiş sayılır.

(2) Bu durumda olanlar, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/B maddesine tabi Bakanlığa ait sözleşmeli personel pozisyonlarına bir yıl geçmedikçe yeniden atanamazlar. Bu sürenin sonunda yeniden hizmete alınma, 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin ek 3 üncü maddesi hükümlerine tabidir.

(3) **(Ek fıkra: 23/10/2009 tarihli ve 198958 sayılı Bakan Onayı)**

(Değişik ibare: 23/03/2010 tarihli ve 96201 sayılı Bakan Onayı) İl'ler arası olmak üzere; karşılıklı yer değişikliği, eş durumu, sağlık mazereti veya eşinin şehit olması nedeniyle görev yeri değiştirilenler, sigortalılık işlemleri ve hizmet sözleşmesi yapılması amacıyla yeni görev yerine müracaat etmek üzere ayın 14 üncü günü mesai bitimine kadar beş işgünü izinli sayılır. Bu personelin eski görev yerleri ile ilişikleri, ayın 14 üncü günü mesai bitimi itibariyle sona erer. Sözleşmeli personel hizmet sözleşmesi imzalayarak ayın 15 inci günü yeni yerinde göreve başlatılır.

İl Komisyonu Teşekkülü ve Görevleri

Madde 14- (1) İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde, bu Yönergede belirtilen iş ve işlemleri yürütmek üzere İl Sağlık Müdürü'nün teklifi ve Valilik Onayıyla 4/B Sözleşmeli Personel İl Komisyonu kurulur. İl Komisyonu, İl Sağlık Müdürü veya personelden sorumlu İl Sağlık Müdür Yardımcısı'nın başkanlığında toplam beş kişiden oluşur. Üyelerden biri Personel Şube Müdürü olmak kaydıyla, Başkan ve diğer üyeler İl Sağlık Müdürünce belirlenir. İl Komisyonu, bu Yönergede belirtilen iş ve işlemler ile Bakanlıkça verilen görevleri yürütür.

Aile Hekimliği Uygulamasına Geçme ve Ayrılma

Ek Madde 1- (Değişik Ek Madde: 07/04/2011 tarihli ve 80506 sayılı Bakan Onayı)

(1) 5258 sayılı Kanun kapsamında aile hekimliği uygulamasına geçmek isteyen ebe, hemşire ve sağlık memuru (toplum sağlığı teknisyeni veya acil tıp teknisyeni) unvanlı 4/B sözleşmeli personel, hizmet sözleşmesini feshederek pozisyonunun bulunduğu il'deki aile sağlığı merkezlerinde sözleşmeli aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılabilir.

(2) Bu şekilde çalıştırılan sözleşmeli personelin pozisyonu saklı tutulur. Aile sağlığı elemanı olarak geçen çalışma süreleri, 4/B sözleşmeli personelin hizmet sürelerinin tespitinde dikkate alınır.

(3) Birinci fıkraya göre aile sağlığı elemanı olarak çalışanlar 4/B sözleşmeli personel statüsüne dönebilirler. 4/B sözleşmeli personel statüsüne dönüş talebini içeren dilekçe, il sağlık müdürlüğüne verilir. Dilekçede personel, aile hekimliği sözleşmesini feshedeceği bir tarih belirtir. İl sağlık müdürlüğü 4/B sözleşmeli personel statüsüne dönüş işlemini gerçekleştirdikten sonra personelin, beyan ettiği fesih tarihini takip eden işgününde; ayrıldığı hizmet biriminde, bu birimin başka bir hizmet birimiyle birleştirilmesi halinde oluşturulan yeni hizmet biriminde, ayrıldığı birimin kapanması halinde ise öncelikle aynı ilçe sınırları içerisindeki bir hizmet biriminde hizmet sözleşmesi yapılarak çalıştırılmasını sağlar.

Yürürlük

Madde 15- (1) Bu Yönerge yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 16- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

9.2.9. Sağlık Bakanlığı 4\B Sözleşmeli Personelininin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum İçi Yer Değişikliğine Dair Yönergede Değişiklik Yapılması

YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
27/01/2021 15:24 - E-49635782 - 010.04 - 1001
00133615230

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 49635782/
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

"Sağlık Bakanlığı 4/B Sözleşmeli Personelinin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum İçi Yer Değişikliğine Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönergenin" yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Mehmet İSLAMOĞLU
Genel Müdür

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2021

Halil ELDEMİR
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../.../2021

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

SAĞLIK BAKANLIĞI 4/B SÖZLEŞMELİ PERSONELİNİN YENİDEN HİZMETE ALINMASI VE KURUM İÇİ YER DEĞİŞİKLİĞİNE DAİR YÖNERGEDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA İLİŞKİN YÖNERGE

MADDE 1-6/5/2009 tarihli ve 88709 sayılı Sağlık Bakanlığı 4/B Sözleşmeli Personelinin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum İçi Yer Değişikliğine Dair Yönergenin 9 uncu maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Mazeretin sona ermesi
MADDE 9- (1) Aile birliği veya sağlık mazereti nedeniyle görev yeri değişenler, mazeretlerinin devam ettiğine ilişkin bilgi ve belgeleri her yıl kasım ayının ilk haftasında çalıştığı birime bildirmekle yükümlüdür. Müdürlükler, bildirimde bulunmayanlar ile mazeretinin devam ettiğini belgelendiremeyenleri tespit ederek her yıl kasım ayının sonuna kadar Bakanlığa bildirir. Bakanlık bu bildirimi esas alarak yeni sözleşme döneminin başında sözleşmeli personelin görev yerini değiştirebilir.

(2) Mazereti sona erenler; bulunduğu il 5 veya 6 ncı hizmet bölgesinde veya C veya D hizmet grubunda ise veya eş durumu mazereti, eşinin ölümü veya emekli olması nedeniyle sona ermiş ise talebi halinde yerinde bırakılır. Aksi halde, boş pozisyon bulunması halinde eski görev yaptığı ile atanarak aynı unvan ve niteliğe sahip boş pozisyon bulunan bir birimde yeniden sözleşme yapılarak çalıştırılır. Eski görev yaptığı ilde boş pozisyon bulunmaması halinde mevcut görev yerinde bırakılır."

Yürürlük
MADDE 2- Bu Yönerge Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme
MADDE 3- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
28/08/2019 12:49 , R.49635782 , 010.01 , 11305
00099646829

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 49635782/
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Sağlık Bakanlığı 4/B Sözleşmeli Personelin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum İçi Yer Değiştirmesine Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönerge'nin yürürlüğe konulmasını tensiplerinize arz ederim.

Mehmet İSLAMOĞLU
Genel Müdür

OLUR
.../.../2019

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

EK: Yönerge (1 sayfa)

SAĞLIK BAKANLIĞI 4/B SÖZLEŞMELİ PERSONELİN YENİDEN HİZMETE ALINMASI VE KURUM İÇİ YER DEĞİŞTİRMESİNE DAİR YÖNERGEDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA İLİŞKİN YÖNERGE

MADDE 1- 18/10/2012 tarihli ve 24835 sayılı Sağlık Bakanlığı 4/B Sözleşmeli Personelin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum İçi Yer Değiştirmesine Dair Yönergenin 7 nci maddesinin onbirinci fıkrasında bulunan " Kura sonucu" ibaresi yürürlükten kaldırılmış; maddenin sonuna aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"(12) "Başvurusu kabul edilip ancak ilan edilen pozisyon sayısının yetersiz olması sebebiyle yerleştirme işlemleri yapılamayanların aile birliği mazeretine bağlı değiştirmeleri; başvuru yapılan ilde bir sonraki kura dönemine kadar herhangi bir nedenle boş pozisyon oluşması halinde kurasız, boş pozisyon oluşmaması halinde ise pozisyon ihdas edilmesine müteakip bir sonraki kura dönemine kadar kurasız yapılır."

MADDE 2- Bu Yönerge, yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 3- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Abdülkadir BEKTAŞ
Daire Başkanı

9.3. GENELGELER

9.3.1. Merkez Teşkilatı Konut Tahsisi Genelgesi (2024/3)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 57955685
Konu : Merkez Teşkilatı Konut Tahsisi

GENELGE
2024/3

10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Bakanlığımızın teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenleme çerçevesinde Bakanlığımız ve bağlı kuruluşların merkez teşkilatı personelinin (Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü personeli hariç) 2946 sayılı Kamu Konutları Kanunu ve bu Kanuna dayanılarak çıkarılan Kamu Konutları Yönetmeliğinde belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda yararlanacağı konutların tahsisi ve kullanımına ilişkin usul ve esaslar aşağıda belirtilmiştir.

A) Kamu Konutlarının Türlerine Göre Ayrılması

1) Konutlar; özel tahsisli ve görev tahsisli konutlar olmak üzere iki gruba ayrılır.

a) Özel tahsisli konutlar: Merkez Konut Tahsis Komisyonunca, Bakan ve Bakan Yardımcılarına mevzuat çerçevesinde tahsis edilecek konutlardır.

b) Görev tahsisli konutlar: Genel Müdür/Kurum Başkanı/Strateji Geliştirme Başkanı/Teftiş Kurulu Başkanı, Birinci Hukuk Müşaviri, Özel Kalem Müdürü, Basın ve Halkla İlişkiler Müşaviri, Genel Müdür Yardımcısı/Kurum Başkan Yardımcısı, Daire Başkanı, Hukuk Müşaviri, Bakan/Bakanlık Müşaviri ve Müfettiş/İç Denetçilere tahsis edilir.

c) a ve b bendinde belirtilen kadrolara ait görevleri vekâleten yürüten personel, vekâlet görevi süresince konuttan yararlanabilecektir.

B) Kamu Konutlarının Tahsis Usul ve Esasları

1- Bakanlık merkez teşkilatında, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürünün veya görevlendireceği Genel Müdür Yardımcısının başkanlığında, Destek Hizmetleri Dairesi Başkanı ve İdari Hizmetler Dairesi Başkanlarından oluşacak Merkez Konut Tahsis Komisyonu kurulacaktır. Belirtilen unvanlarda Daire Başkanlıkları ihdas edilmemiş ise komisyon üyesi Yönetim Hizmetleri Genel Müdürünce belirlenecektir. Asil üyelerden oluşacak komisyonun kurulmasına ilişkin usule göre Yönetim Hizmetleri Genel Müdürünün belirleyeceği 3 (üç) kişiden müteşekkil yedek üyeler de tespit edilecektir. Komisyonun sekretarya görevi, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü İdari Hizmetler Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülecektir. Ayrıca Komisyona 14/12/2010 tarihli ve 27785 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 2010/26 sayılı Başbakanlık Genelgesi doğrultusunda temsilci katılımı sağlanır."

2- Kadrosu Bakanlık merkez teşkilatında olup görev tahsisli konutta oturmakta iken, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 42. maddesi uyarınca İl Sağlık Müdürlükleri ve bağlı Sağlık Tesislerinde sözleşme imzalayarak sözleşmeli pozisyonda göreve başlayanlar oturdukları konutu boşaltmakla yükümlüdürler. Kadrosunun Merkez veya Taşra Teşkilatında olup olmadığına bakılmaksızın Bakanlık Merkez Teşkilatında fiilen görev yapan personel görevleri süresince konutlardan yararlanmaya devam eder.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

3- Konut talepleri, Kamu Konutları Yönetmeliğinde belirtilen Kamu Konutları Tahsis Talep Beyannamesi doldurularak her yıl 15 Kasım ile 15 Aralık tarihleri arasında Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü İdari Hizmetler Dairesi Başkanlığına yapılacaktır. Mezkûr talepler adı geçen Başkanlıkça toplandıktan sonra komisyona gönderilecektir. Ocak ayında Merkez Konut Tahsis Komisyonu, Kamu Konutları Yönetmeliğinin Ek-4 sayılı cetvelinde belirtilen usul ve esaslara uygun olarak yapacağı puanlama neticesinde oluşan puan sıralaması Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünün (https://yhgm.saglik.gov.tr) internet sayfasında ilan edilecektir. Bu puanlama listesi 1 (bir) yıl geçerli olacak şekilde işlem görecek olup belirtilen dönem içinde boşalan konut listede sırası gelen personele teklif edilecektir. Görev tahsisli konutlarda oturmaya hak kazanacak şekilde atanan personel hakkında ise görev tahsisli boş konut bulunması halinde yukarıdaki süreler beklenmeksizin Komisyonca tahsis işlemi yapılacaktır. Konut tahsis işlemleri tamamlandıktan sonra, konut değişikliği yapılmayacaktır.

4- Merkez Konut Tahsis Komisyonunca, aynı unvanda birden fazla personelin talebi olması halinde, görev tahsisli konut, Kamu Konutları Yönetmeliğinin Ek-4 sayılı cetvelinde belirtilen puanlama neticesinde oluşacak puan sıralamasına göre tahsis edilecektir.

5- Tahsislerden sonra boş konut bulunması halinde, kamu zararı oluşmaması için kurumda görev yapan personele duyuru yapılarak konut tahsis komisyonu kararı ile (birden fazla müracaat olması durumunda puan sıralaması esas alınarak) tahsis işlemi yapılabilecektir.

6- Konutlar için puanlama kriterleri, personelin oturma süresi ve bu genelgede belirtilmeyen sair hususlar hakkında 2946 sayılı Kamu Konutları Kanunu ve Kamu Konutları Yönetmeliği hükümlerine göre işlem yapılacaktır.

7- 2016-8, 2017-14 ve 2017-23 sayılı ve "Merkez Teşkilatı Konut Tahsisi" konulu Genelgeler yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgi ve gereği ile uygulamada herhangi bir aksamaya meydan verilmemesi için yukarıda belirtilen hususlara titizlikle riayet edilmesini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

9.3.2. Taşra Teşkilatı Konut Tahsisi Genelgesi (2024/4)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 57955685
Konu : Taşra Teşkilatı Konut Tahsisi

GENELGE
2024/4.

10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Bakanlığımızın teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca; Yataklı Tedavi Kurumlarında görev yapan personele Yataklı Tedavi Kurumlarında bulunan konutların tahsisine izin veren ve bu alanda düzenlenen Bakan Oluru ile yürürlüğe giren 13.01.1983 tarihli ve 17297 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Konut Yönergesinin dayanağını oluşturan Memur Konutları Yönetmeliği yürürlükten kaldırıldığı için Bakanlığımız ve bağlı kuruluşların taşra teşkilatı personelinin (Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü hariç) 2946 sayılı Kamu Konutları Kanunu ve Kamu Konutları Yönetmeliğinde belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda yararlanacağı kamu konutlarının tahsisi ve kullanımına ilişkin usul ve esasların aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmesine ihtiyaç duyulmuştur.

1) Her ilde, İl Sağlık Müdürünün başkanlığında Destek Hizmetleri ve/veya Personel Hizmetleri Başkanlarından oluşacak Yetkili Konut Dağıtım Komisyonu kurulacaktır. Belirtilen unvanlarda Başkanlıklar ihdas edilmemiş ise komisyon üyesi İl Sağlık Müdürünce belirlenecektir. Asil üyelerden oluşacak komisyonun kurulmasına ilişkin usule göre İl Sağlık Müdürünün belirleyeceği personelin başkanlığında 3 (üç) kişiden müteşekkil yedek üyelerde tespit edilecektir. Komisyonun sekreterya görevi İl Sağlık Müdürlüğü Destek Hizmetleri ve/veya Personel Hizmetleri Başkanlığı tarafından yürütülecektir. 14/12/2010 tarihli ve 27785 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan 2010/26 sayılı Başbakanlık Genelgesinin ikinci maddesi doğrultusunda komisyona temsilci katılımı sağlanacaktır.

2) Birinci basamak sağlık kuruluşlarına tahsisli konutlardan il ve ilçe merkezlerinde bulunanlar ayrı ayrı gruplanacaktır. Büyükşehir belediyesi sınırları içerisinde yer alan merkez ilçeler, il merkezi olarak değerlendirilecektir.

3) Konutlardan; il merkezinde bulunanların en fazla % 25'i, ilçe merkezinde bulunanların ise en fazla % 15'i görev tahsisli diğerleri ise sıra tahsisli olacaktır. Ancak il ve ilçe merkezinde her halükarda ikişer kamu konutu görev tahsisli olarak ayrılacaktır.

4) Yetkili Konut Dağıtım Komisyonunca, görev tahsisli konutların dağıtımı ekli (Ek- 1 sayılı) listeye göre yapılacaktır. Aynı unvanda birden fazla personelin talebi olması halinde, görev tahsisli konut, Kamu Konutları Yönetmeliğinin Ek-4 sayılı cetvelinde belirtilen puanlama neticesinde oluşacak puan sıralamasına göre tahsis edilecektir.

5) İl ve ilçe merkezlerindeki sıra tahsisli konutlar; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36 ncı maddesinde sayılan hizmet sınıflarına göre aşağıdaki tabloda belirtilen oranlar esas alınarak Yetkili Konut Dağıtım Komisyonunca personele tahsis edilecektir. Her personele, kendi hizmet sınıfı için ayrılmış konutta, Kamu Konutları Yönetmeliğinin Ek-4 sayılı cetvelinde belirtilen puanlama neticesinde oluşacak puan sıralamasına göre tahsis işlemi yapılacaktır. Köy ve beldelerde bulunan konutlar öncelikle sağlık hizmetleri sınıfına ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına tahsis edilecek olup boş konut kalması halinde ise aşağıdaki tabloda belirtilen oranlara uygun olarak aynı usule göre tahsis işlemi yapılacaktır. Boş konut kalması halinde, ilgili mevzuatına göre sözleşmeli aile hekimleri ile aile sağlığı elemanları da bu konutlardan faydalanabilmek için başvuru yapabilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hizmet Sınıfları	Tahsis Oranı	
	İl Merkezleri	İlçe Merkezleri
a) Sağlık Hizmetleri	%20	%20
b) Yardımcı Sağlık Hizmetleri	%50	%60
c) Genel İdare ve Avukatlık Hizmetleri	%10	%10
d) Teknik Hizmetler	%5	-
e) Yardımcı Hizmetler ve Din Hizmetleri	%15	%10

Tabloda hizmet sınıflarına göre tahsis oranları belirlenmiş olup tahsis oranlarında ihtiyaçlar çerçevesinde değişiklik Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yapılacaktır.

7) İl ve ilçelerdeki personelin başvuruları birlikte alınacak, konutların tahsisinde personel arasında herhangi bir ayrım gözetilmeden Kamu Konutları Yönetmeliği hükümlerine göre hareket edilecektir. İl merkezindeki personel il merkezindeki konutlara, ilçe merkezindeki personel ise ilçe merkezindeki konutlara başvuruda bulunabilecektir.

8) İl ve ilçe merkezi dışındaki konutlara, öncelikle bölgedeki sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel başvuru yapacak olup Kamu Konutları Yönetmeliğinin Ek-4 sayılı cetvelinde belirtilen puanlama neticesinde oluşacak puan sıralamasına göre sıra tahsis işlemi yapılacaktır.

9) Sağlık evi konutlarında, sağlık evinde görevli olup burada bilfiil görev yapmakta olan personel görevleri müddetince hizmet tahsisli olarak oturacaktır. Ancak Yetkili Konut Dağıtım Komisyonunca; Kamu Konutları Yönetmeliğine göre hizmet tahsisli konut tanımına girmediğine karar verilen konutlar hizmet tahsisli olarak değerlendirilmeyecektir.

10) Herhangi bir sebeple boş kalan ve il genelinde Bakanlığımız ve bağlı kuruluşları personelince talep edilmeyen konutların, Bakanlığımız personeli dışındaki diğer kamu görevlilerine sıra tahsisli olarak verilmesi, İl Milli Emlak Müdürlüğünün olumlu görüşü ve Yetkili Konut Dağıtım Komisyonunun kararı ile gerçekleştirilebilecektir.

11) Hizmet binasına dönüştürülmesi düşünülen konutlar ile ihtiyaç kalmaması nedeniyle İl Milli Emlak Müdürlüğüne devredilecek konutlar için öncelikle Yetkili Konut Dağıtım Komisyonu tarafından değerlendirme yapılarak alınacak karar Valilik Onayından geçirildikten sonra Bakanlığımıza gönderilecektir. Bakanlığımızca mezkûr kararın uygun görülmesi halinde bu hususa ilişkin işlemler İl Sağlık Müdürlüğünce yerine getirilecektir.

12) Konut talepleri, Kamu Konutları Yönetmeliğinde belirtilen Kamu Konutları Tahsis Talep Beyannamesi doldurularak; her yıl 01 Kasım ile 31 Aralık tarihleri arasında İl Sağlık Müdürlüğü Destek Hizmetleri Başkanlığına yapılacaktır. Mezkûr talepler başkanlıkça toplandıktan sonra komisyona gönderilecektir. Ocak ayında Yetkili Konut Dağıtım Komisyonu Kamu Konutları Yönetmeliğinin Ek-4 sayılı cetvelinde belirtilen usul ve esaslara uygun olarak yapacağı puanlama neticesinde oluşan puan sıralamasını İl Sağlık Müdürlüğü internet sayfasında ilan edecektir. Bu puanlama listesi 1 (bir) yıl geçerli olacak şekilde işlem görecek olup belirtilen dönem içinde boşalan konut listede sırası gelen personele teklif edilecektir. Görev tahsisli konutlarda oturmaya hak kazanacak şekilde atanan personel hakkında ise görev tahsisli boş konut bulunması halinde yukarıdaki süreler beklenmeksizin Komisyonca tahsis işlemi yapılacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

13) Yataklı Tedavi Kurumları Konut Yönergesi Bakanlık Makamının Onayı ile yürürlükten kaldırılmıştır. Bu sebeple mülga yönergeye göre kendilerine konut tahsis edilenler süresi bitene kadar mezkûr konutlarda ikamet etmeye devam edeceklerdir. Süresi dolanlara tahsis iş ve işlemleri bu genelge hükümleri çerçevesinde yapılacaktır.

14) Konutlar için puanlama kriterleri, personelin oturma süresi ve bu genelgede belirtilmeyen sair hususlar hakkında 2946 sayılı Kamu Konutları Kanunu ve Kamu Konutları Yönetmeliği hükümlerine göre işlem yapılacaktır.

15) 2012/35 sayılı ve "Taşra Teşkilatı Konut Tahsisi" konulu Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgi ve gereği ile uygulamada herhangi bir aksamaya meydan verilmemesi için yukarıda belirtilen hususlara titizlikle riayet edilmesini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

EK : Görev Tahsisli Unvan Listesi (1 sayfa)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EK-I

SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI, GÖREV TAHSİSLİ KAMU KONUTU VERİLECEKLERİN GÖREV ÜNVANLARI VE ÖNCELİK SIRASINI GÖSTEREN LİSTEDİR.

İl Merkezleri;
1-İl Sağlık Müdürü
2-Başkan
3-Başkan Yardımcısı
4-Başhekim
5-Başhekim Yardımcısı
6-Şube Müdürü
7-Hastane Müdürleri
8-Hastane Müdür Yardımcıları

İlçe Merkezleri;
1-İlçe Sağlık Müdürü
2-Şube Müdürü
3-TSM Sorumlu Hekimi

9.3.3.4924 Sözleşmeli Personel Hakkında Genelge (2023/1)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

207770330

Sayı : 49635782-
Konu : 4924 Sözleşmeli Personel

GENELGE
2023/1

4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun birinci maddesinde; eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personelinin hizmet şartlarını, niteliklerini, işe alınma ve işine son verilme hallerini, görev ve yetkilerini, hak, yükümlülük ve sorumluluklarını, ücret ve diğer ödemeleri ile özlük işlerinin düzenlemesine yer verilmiş olup sözleşmeli personel istihdam edilecek hizmet birimleri yılda bir kez Cumhurbaşkanı kararı ile tespit edilmekte ve bu kapsamda kullanılacak sözleşmeli personel pozisyonları Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından vize edilmektedir.

3359 sayılı kanunun Ek 3 üncü maddesinde; Devlet hizmeti yükümlülüğünü yapmakta olan personel, bulundukları ilde 10/7/2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanuna tabi sözleşmeli sağlık personeli olarak çalışabilir düzenlemesi yer almaktadır. Mezkûr düzenleme ile Bakanlığımıza, sözleşmeli personelin, kamu sağlık hizmetinde duyulan ihtiyaç çerçevesinde ülke sathında adil ve dengeli şekilde dağılımının yapılabilmesi için yetki tanınmıştır. Bu minvalde Devlet hizmeti yükümlüsü olan personelin de ihtiyaç olan yerlerde sözleşmeli pozisyona geçmelerine bu Genelgede belirtilen şartlara uygun olarak müsaade edilecektir.

Bu çerçevede; gerek 4924 sayılı Kanundan gerekse de 3359 sayılı Kanundan alınan yetki doğrultusunda, Bakanlığımız taşra teşkilatında boş bulunan sözleşmeli tabip ve uzman tabip pozisyonlarına yerleştirme işlemleri aşağıda belirtilen usul ve esaslara göre yapılacaktır.

1- Boş sözleşmeli pozisyonlara öncelikle, pozisyonların vize edildiği birimlerde çalışanların yerleştirme işlemleri yapılacaktır. Yerleştirmede, Ek-I, Ek-II, Ek-III sayılı cetvellerde düzenlenen pozisyonlar esas alınarak, Devlet hizmeti yükümlüsü olmayan yan dal uzman tabipleri, ana dal uzman tabipleri ve tabiplerin yerleştirme işlemleri sırası ile yapılacak olup boş pozisyon kalması halinde, Devlet hizmeti yükümlüsü olan yan dal uzman tabipleri, ana dal uzman tabipleri ve tabiplerin, Devlet hizmeti yükümlülüğünün son 6 (altı) ayı içerisinde başvurmaları ve Devlet hizmeti yükümlülüğünün bitimine müteakip 1 (bir) yıl çalışmayı taahhüt etmeleri kaydıyla yerleştirme işlemleri yapılacaktır. Belirtilen sıralamaya aykırı olarak yapılan yerleştirme işlemi geçersiz olacaktır.

2- Ek-I sayılı listede bulunan birimlerde vizelenen sözleşmeli uzman tabip pozisyonları, öncelikle; Devlet hizmeti yükümlüsü olmayan yan dal uzman tabipleri sonrasında boş pozisyon kalması halinde ise Devlet hizmeti yükümlüsü olan yan dal uzman tabipleri için Devlet hizmeti yükümlülüğünün son 6 (altı) ayı içerisinde başvurmaları ve Devlet hizmeti yükümlülüğünün bitimine müteakip 1 (bir) yıl çalışmayı taahhüt etmeleri kaydıyla kullanılacaktır.

3- Ek-I sayılı listede yan dal uzman tabipleri için yeterli sayıda pozisyon bulunmaması halinde, Ek-II sayılı listede bulunan birimlerde vizelenen pozisyonlar sırasıyla Devlet hizmeti yükümlüsü olmayan yan dal uzman tabipleri, Devlet hizmeti yükümlüsü olmayan ana dal uzman tabipleri için kullanılacaktır. Sonrasında boş pozisyon kalması halinde ise bu pozisyonlar sırası ile Devlet hizmeti yükümlüsü olan yan dal uzman tabipleri ve ana dal uzman tabipleri için Devlet hizmeti yükümlülüğünün son 6 (altı) ayı içerisinde başvurmaları ve Devlet hizmeti yükümlülüğünün bitimine müteakip 1 (bir) yıl çalışmayı taahhüt etmeleri kaydıyla kullanılacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

4- Ek-III sayılı listede vizelenen pozisyonlar öncelikle; Devlet hizmeti yükümlüsü olmayan tabipler için sonrasında boş pozisyon kalması halinde ise Devlet hizmeti yükümlüsü olan tabipler için Devlet hizmeti yükümlülüğünün son 6 (altı) ayı içerisinde başvurmaları ve Devlet hizmeti yükümlülüğünün bitimine müteakip 1 (bir) yıl çalışmayı taahhüt etmeleri kaydıyla kullanılacaktır.

5- Devlet hizmeti yükümlüsü olup da sözleşmeli pozisyona geçen personel, bir yıl çalışacağına dair vermiş olduğu taahhütnameye aykırı davranarak, sözleşmesini mazeret atamaları ile mahkeme kararlarının uygulanması hariç taahhüt ettiği süreden önce feshederse, fesih tarihinden itibaren 3 (üç) yıl geçmeden yeniden sözleşmeli pozisyonda istihdam edilmeyecektir.

Devlet hizmeti yükümlüsü olup olmadığına bakılmaksızın doğum sonrası ve askerlik sebebiyle aylıksız izne ayrılmak amacıyla sözleşmesini fesheden personel için yeniden sözleşme imzalanma aşamasında cezai şart uygulanmayacaktır.

6- 26/03/2013 tarihli ve 28599 sayılı Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği hükümleri gereği düzenlenen personel dağılım cetvelinde ön görülmeyen branşlarda veya personel dağılım cetvelinde belirlenen sayının üzerinde sözleşmeli personel istihdamı yapılmayacaktır. Personel dağılım cetvelinin doluluğunda, kadrolu ve sözleşmeli personel sayısının toplamı esas alınacaktır.

7- Yerleştirme işlemlerinde personelin aynı birimde vize edilen sözleşmeli pozisyonlara yerleştirilmesi esastır. Ancak çalıştığı birimde boş pozisyon olmaması halinde sözleşmeli pozisyona geçmek isteyen personelin, pozisyonun müsait olması halinde başka bir birime yerleştirme işlemi yapılabilecektir.

Aynı birimde (il veya ilçede bulunan hastaneler) yapılan yerleştirme işleminden sonra o birimde boş pozisyon kalması halinde, il merkezindeki diğer birimlerde görev yapan personelin aranan birime yerleştirilmesi yapılacaktır, bu işlemden sonra yine belirtilen birimde boş pozisyon kalması halinde aynı ilin, ilçe merkezlerinde görev yapanlardan, ilçede çalıştığı birimde boş pozisyon olmaması kaydıyla il merkezindeki birime yerleştirme işlemi yapılabilecektir.

İl merkezinde bulunan birimlere yerleştirme işlemi tamamlandıktan sonra ilçe merkezlerinde bulunan birimlerde boş pozisyon kalmışsa, bu pozisyonlara da; il merkezinden veya ilçelerde bulunan birimlerde görev yapan personelin çalıştığı birimde boş pozisyon yoksa yerleştirme işlemi yapılabilecektir.

8- İl içerisindeki yerleştirme işlemlerinden sonra boş pozisyon bulunması halinde il sağlık müdürlüğünün talebi üzerine, diğer illerde görev yapanların bu ile yerleştirme işlemleri Bakanlığın uygun görmesi halinde merkez teşkilatınca yapılacaktır.

9- Yerleştirme işlemlerinde; boş sözleşmeli personel pozisyonundan fazla müracaat olması halinde, yerleştirme işlemleri kura ile yapılacaktır.

10- İl genelindeki yerleştirme işlemleri, komisyon kararı esas alınarak ÇKYS/İKYS işlemleri, sözleşmenin feshinden sonra Devlet memurluğuna atama işlemleri il sağlık müdürlüğünce; sözleşmenin imzalanması ve fesih işlemi ise Bakanlık adına il sağlık müdürü tarafından yapılacaktır.

Sözleşmeli Personel ile imzalanacak Sağlık Bakanlığı Sözleşmeli Sağlık Personeli Hizmet Sözleşmesinin ekindeki hedeflerin değerlendirilerek, formun doldurulmasına yönelik işlemler başhekimce, takibi ise il sağlık müdürlüğünce yapılacaktır.

11- Bahse konu personelin sözleşmeli pozisyonlara yerleştirme ve kura işlemlerini yürütmek üzere il sağlık müdürlüğü bünyesinde beş kişiden müteşekkil "4924 Sayılı Kanun'a Tabi Sözleşmeli Personel İl Komisyonu" kurulacaktır.

12- Komisyon; İl Sağlık Müdürünün veya uygun gördüğü başkanın başkanlığında, başkan ve başkan yardımcılarından oluşturulacaktır. Yeterli sayıda başkan ve başkan yardımcılarının bulunmadığı durumlarda uzmanlar ve şube müdürleri komisyona üye olarak alınacaktır.

13- Sözleşmeli personel statüsüne geçenlerden sözleşmelerinin bitiminde Devlet memuru olarak atanmak isteyenlerin nakilleri görev yaptıkları birime yapılacaktır. Bu birimlerde boşluk bulunmaması halinde öncelikle bu birimlerin bulunduğu il merkezi/ilçeye, birimin bulunduğu il

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

merkezi/ilçede yer bulunmaması halinde il içerisinde ihtiyaç bulunan diğer birimlere 657 sayılı Kanunun ilgili hükümlerine göre nakleri atamaları yapılacaktır.

14- Sözleşmeli personele ilişkin her türlü belge, il sağlık müdürlüğünce tutulacak olan özlük dosyalarında muhafaza edilecektir.

15- Her yıl Cumhurbaşkanı Kararı ile tespit edilen sözleşmeli personel pozisyonları Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından vize edildikten sonra bu Genelge'nin eki olarak yayımlanacaktır.

16- Mazeret atamaları ile mahkeme kararlarının uygulanabilmesi için sözleşmesini feshederek Devlet Memurluğuna dönen sözleşmeli personel hariç usulüne uygun veya usulüne uygun olmadan sözleşmesini fesheden Devlet hizmet yükümlülüğü bulunmayan sözleşmeli personel ile fesih tarihinden itibaren 2 (iki) yıl geçmeden yeniden sözleşme imzalanmayacaktır. Devlet hizmet yükümlülüğü bulunanlar hakkında ise 5 inci madde uyarınca işlem tesis edilecektir.

17- Bu Genelge yürürlüğe girmeden önce sözleşmeli olarak çalışmakta iken usulüne uygun fesih ihbarında bulunmaksızın görevinden ayrılan sözleşmeli personel ile 4(dört) yıllık sözleşme imzalamama süresi, 2 (iki) yıl olarak uygulanacaktır.

18- 29.12.2022 tarihli ve 2022/9 sayılı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerinizi ve bu çerçevede gereğini rica ederim.

Dr.Fahrettin KOCA
Bakan

Dağıtım : 81 İl Valiliğine
(İl Sağlık Müdürlüğü)

4924 Sözleşmeli Personel Hakkında Genelge (2024/1)

HUKUK VE MEVZUAT DAİRE BAŞKANLIĞI
04.01.2024 10:07:35 - E-49635782-010.06-233323398
233323398

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 49635782-
Konu : 2023/1 Sayılı Genelgede
Değişiklik Yapılmasına Dair Genelge

GENELGE
2024/1

3359 sayılı kanunun Ek 3 üncü maddesinde; Devlet hizmeti yükümlülüğünü yapmakta olan personel, bulundukları ilde 10/7/2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanuna tabi sözleşmeli sağlık personeli olarak çalışabilir düzenlemesi yer almaktadır. Mezkûr düzenleme ile Bakanlığımıza, sözleşmeli personelin, kamu sağlık hizmetinde duyulan ihtiyaç çerçevesinde ülke sathında adil ve dengeli şekilde dağılımının yapılabilmesi için yetki tanınmıştır.

24/7/2003 tarihli ve 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun Amaç ve Kapsam başlığı altında düzenlenen 1 inci maddesinin birinci fıkrasında; Bu Kanunun amacı; eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personelinin hizmet şartlarını, niteliklerini, işe alınma ve işine son verilme hallerini, görev ve yetkilerini, hak, yükümlülük ve sorumluluklarını, ücret ve diğer ödemeleri ile özlük işlerini düzenlemektir ifadesi ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde sözleşmeli personel istihdam edilmesine imkan tanımaktadır.

4924 sayılı Kanuna dayanılarak çıkarılan Sağlık Bakanlığı 4924 Sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğinin 5 inci maddesinin ikinci fıkrasının (h) bendi "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa göre; Devlet hizmet yükümlüsü olarak çalışmakta olanlardan, sözleşmeli pozisyonlara geçmek isteyenlerin görev yaptıkları birimde yerleştirilmelerine ilişkin usul ve esaslar Bakanlıkça belirlenir." şeklinde düzenlenmiştir.

Bu çerçevede; gerek 4924 sayılı Kanun ve uygulama Yönetmeliğinden gerekse 3359 sayılı Kanundan alınan yetki doğrultusunda, Bakanlığımız taşra teşkilatında boş bulunan sözleşmeli tabip, ana dal uzman tabip ve yan dal uzman tabip pozisyonlarına yerleştirme işlemlerine yönelik olarak Bakanlık Makamının tensipleriyle 2023/1 sayılı Genelge yayımlanarak yerleştirme işlemlerinde uygulanacak usul ve esaslar belirlenerek teşkilatımıza duyurulmuştur.

Gelinen süreçte; Hakkâri ve Şırnak illerinde Devlet hizmeti yükümlüsü olarak çalışan personelin sağlık hizmetine yüksek seviyede katkıda bulunmalarını sağlamak amacıyla 2023/1 sayılı Genelgemizin uygulanmasında aşağıdaki değişikliğin yapılması zarureti hasıl olmuştur.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

1- Hakkâri ve Şırnak illerinde, halihazırda Devlet hizmeti yükümlüsü olarak görev yapan tabip, ana dal uzman tabip ve yan dal uzman tabipleri ile mezkûr illere Devlet hizmeti yükümlüsü olarak atanan/atanacak tabip, ana dal uzman tabip ve yan dal uzman tabipleri, çalıştıkları yerde boş pozisyon olması kaydıyla 2023/1 sayılı Genelgemizin 4 üncü maddesinde düzenleme altına alınan Devlet hizmeti yükümlüsü olan tabipler için Devlet Hizmeti yükümlülüğünün son 6 (altı) ayı içerisinde başvurmaları kısıtlamasına tabi olmaksızın talepleri halinde sözleşme imzalayarak sözleşmeli pozisyona geçiş yapabilecektir.

2- Yukarıda belirtilen durum haricinde 2023/1 sayılı Genelgemizin uygulanmasına azami özen gösterilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve bu çerçevede gereğini rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

Dağıtım: 81 İl Valiliğine
(İl Sağlık Müdürlüğü)

4924 Sözleşmeli Personel Hakkında Genelge (2025/11)

BAKAN YARDIMCILIĞI...
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
30.10.2025 17:14:44 E-11045126-010.06-293098323
293098323

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : Z-11045126-010.06
Konu : 2023/1 Sayılı Genelgede Değişiklik

GENELGE
2025/11

7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile 10/7/2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanundan alınan yetki doğrultusunda Bakanlığımız taşra teşkilatında boş bulunan sözleşmeli tabip ve uzman tabip pozisyonlarına yapılacak yerleştirme işlemlerine ilişkin usul ve esasların düzenlendiği 2023/1 sayılı 4924 Sözleşmeli Personel Genelgesinde, uygulamada yaşanan tereddütlerin giderilmesi amacıyla aşağıda belirtilen değişikliklerin yapılması zarureti hasıl olmuştur.

1. 2023/1 sayılı Genelgenin 5 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"5- Devlet hizmeti yükümlüsü olup da sözleşmeli pozisyona geçen personel, 16 ncı maddede belirtilen sözleşme fesih sebepleri hariç bir yıl çalışacağına dair vermiş olduğu taahhütnameye aykırı davranarak sözleşmesini feshederse, fesih tarihinden itibaren 3 (üç) yıl geçmeden yeniden sözleşmeli pozisyonda istihdam edilmeyecektir."

2. Aynı Genelgenin 6 ncı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"Herhangi bir sebeple personel dağılım cetvelinde belirlenen sayının üzerinde sözleşmeli personel bulunması veya yargı kararının uygulanacağı birimde boş sözleşmeli pozisyon bulunmaması halinde; o birimde en son sözleşme imzalayan personelin sözleşmesi feshedilerek işlem tesis edilecektir."

3. Aynı Genelgenin 16 ncı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"16- Doğum sonrası veya askerlik sebebiyle aylıksız izne ayrılmak, yargı kararlarının uygulanması, uzmanlık/yan dal uzmanlık eğitimi, mazeret atamaları, mazeretlerin sona ermesi ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Karanamenin 42 nci maddesi kapsamında sözleşme imzalamak amacıyla sözleşmesini feshedenler veya sözleşmesi fesih edilenler hariç olmak üzere usulüne uygun veya usulüne uygun olmadan sözleşmesini fesheden personel ile fesih tarihinden itibaren iki yıl geçmeden yeniden sözleşme imzalanmayacaktır."

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: 2023/1 sayılı 4924 Sözleşmeli Personel Genelgesi

Dağıtım:
A Planı
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

9.3.4. İdari Hizmet Binası Kiralama İşlemleri Hakkında Genelge (2022/5)

2021/14 sayılı Tasarruf Genelgesi kapsamında merkez teşkilatça Cumhurbaşkanlığı izni alınmaksızın taşra teşkilatınca hizmet binası taşınmaz kiralama işlemleri yapılamaz.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 57955685
Konu : İdari Hizmet Binası Kiralama İşlemleri

GENELGE
2022/ 5

Bilindiği üzere Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında, 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 366'ncı maddesinde Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri düzenlenmiş ve bu görevleri arasında "5018 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde, kiralama ve satın alma işlerini yürütmek, temizlik, güvenlik, aydınlatma, ısıtma, onarım, taşıma ve benzeri hizmetleri yapmak veya yaptırmak" yer almaktadır.

Diğer taraftan; hizmet binalarının kiralanmasına ilişkin usul ve esaslar 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu, 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, 2021/14 sayılı Cumhurbaşkanlığı Tasarruf Tedbirleri Genelgesi ile Hazine ve Maliye Bakanlığınca 16.01.2019 tarihli ve 30657 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Kamu İdarelerinin Taşınmaz Kiralamalarına İlişkin Genelge ile düzenlenmiştir. Bakanlık merkez teşkilatı harcama birimleri, il ve ilçe sağlık müdürlüğü idari idari hizmet binası kiralanmasında, hizmetin kesintisiz sürdürülmesi, mali kaynakların etkin ve verimli kullanılması ve atıl kapasite oluşturulmaması amacına yönelik hususlar aşağıda belirtilmiştir.

1. Kiralamaya gidilmeden önce inşaatı devam eden Bakanlığa ait bina durumları ile boşaltılacak binaların kapasitesi dikkate alınacaktır. 6 ay içerisinde tamamlanacak inşaatların veya boşalacak binaların mevcut olması halinde tadilat-onarım ve taşınma süreleri göz önünde bulundurularak hizmette herhangi bir aksaklık olmaması halinde bina kiralama yoluna gidilmeyecektir.
2. Kaynakların etkin ve verimli kullanılması için kiralamaya gidilmeden önce Bakanlığımıza tahsisli binalar kullanılacaktır. Bunun mümkün olmaması halinde öncelikle kamu binalarının kiralanmasına daha sonra diğer binaların kiralanmasına gidilecektir.
3. İdari hizmet binası ihtiyacının olduğu bölgede hazineye ait, ihtiyacı gidecek idari hizmet binasının bulunup bulunmadığı Milli Emlak Daire Başkanlığına/ Müdürlüğüne yazılı talepte bulunulacaktır.
4. İdari hizmet binası ihtiyacının hâsıl olduğu harcama birimlerinde, üç kişiden az olmamak üzere kiralama komisyonu kurulacaktır. Merkez teşkilatında, harcama yetkilisinin onayı ile ilgili daire başkanı ve diğer personelden, il sağlık müdürlüklerinde ise İl Sağlık Müdürünün onayı ile ilgili Başkanlık ve diğer personelden oluşur. Kiralama komisyonuna seçilen diğer personelin idari, mali ve teknik hizmetler biriminde görevli olması şarttır.
5. Kiralama Komisyonu tarafından öncelikle kiralanacak taşınmazın kullanım amacı ve kiralama gerekçesini gösteren hususların yer aldığı rapor hazırlanacak ve bu rapor birim amiri tarafından onaylanacaktır.
6. Kiralama komisyonunca, kiralanacak idari hizmet binasına ilişkin can ve mal güvenliğinin sağlanması için teknik personelden (Mühendis, Tekniker, Teknisyen) destek alınacaktır. Ayrıca kiralanacak idari hizmet binasının deprem, yangın mevzuatına uygun olup olmadığı, yapı kullanım izni ile tapu takyidat kayıtları incelenerek değerlendirilecektir.
7. Kiralama Komisyonu; kiralamaya konu binanın yıllık kira rayiç bedelini araştırmak üzere, kiralanacak binanın yerini, emsal satış bedelini, kiralanacak binanın bulunduğu mahallin piyasa değerini, binanın yaşını, piyasa rayiçi (kira bakanından) gibi kıstasları göz önünde bulundurarak, serbest emlakçılar, belediye başkanlıkları, defterdarlık ve mal müdürlükleri ile ticaret ve sanayi odalarından yazılı bilgi ve raporlar doğrultusunda değer tespitini yapacak ve öngörülen kiralama süresini ve kira rayiç bedelini tespit edecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

8. Kira rayiç değerinin tespitinde, hizmet alanları dışındaki alanların malike bırakılıp bırakılmamasına bağlı olarak hizmet sunumu dışındaki alanlardan malikin elde edeceği getiriler ile binanın araç ve gereçleri ve donanımının malik tarafından sağlanıp sağlanmayacağı gibi hususlar dikkate alınacaktır.
9. Kiralanacak binalarda çalışacak personel sayısı, binaların hizmete uygunluğu ve ulaşılabilirliği göz önünde bulundurulacaktır.
10. Kiralama komisyonu, kiralamaya konu binanın maliki veya kanuni temsilcileri ile rayiç kira değerine göre ilgili mevzuatı çerçevesinde yıllık kira bedelini ve öngörülen kiralama süresini belirleyip komisyon kararını oluşturacaktır.
11. Cumhurbaşkanlığından alınacak idari hizmet binası kiralama izin işlemlerinde gerekli kriterlerin sağlanıp sağlanmadığı hususunda inceleme ve değerlendirme yapmak üzere merkez teşkilatta İdari hizmet binası Kiralama Komisyonu kurulur.
12. Kira sözleşmeleri, 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, 2021/14 sayılı Cumhurbaşkanlığı Tasarruf Tedbirleri Genelgesi ile Hazine ve Maliye Bakanlığınca 16.01.2019 tarih ve 30657 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Kamu İdarelerinin Taşınmaz Kiralamalarına İlişkin Genelgesi ve Bakanlığımızın 27.02.2019 tarihli ve 280 sayılı Makam Onayı çerçevesinde hazırlanacaktır. Ayrıca, aşağıdaki hususlar ile harcama birimlerince takdir edilecek diğer hususlar sözleşmeye eklenecektir.

a) Sözleşme imzalandığı tarih itibari ile bütün abonelikler (elektrik, su, yakıt vb.) taşınmaz sahibi tarafından yaptırılmış olacaktır.
b) Ortak kullanımlı binalarda ısınma, elektrik, su ve benzeri giderlerin ödenmesi hususunda ayrı sayaç kullanılacağı belirtilecektir.
c) Bina malikinin kusurundan kaynaklanan hakkın tamamen kullanılmasını ve işin yürütülmesini engelleyen hukuki veya fiili imkânsızlık durumunda, kira ödeme başlangıç zamanı bu sebeplerin ortadan kalkmasına kadar ertelenecektir.
d) Ortak kullanım alanların esaslı-kalıcı tadilat ve onarımlarının mal sahibi tarafından yaptırılması, varsa demirbaş ve mefruşat gibi donanımlar kira sözleşmelerinde açıkça belirtilecektir.
e) Kiralanacak binanın; adresi, fiziki mekân özellikleri, arsa alanı, kapalı alanı, kapalı alandaki oda sayısı vb. bilgiler belirtilecektir.
f) Kira sözleşmesi sürelerinin uzun tutulmaması, taşınmaza ihtiyaç duyulmadığı takdirde idarenin sözleşme süresi dolmadan bir ay önce yazılı olarak haber vermek sureti ile taşınmazı boşaltılabileceği ve tazminat ödenmeyeceği sözleşmede açıkça belirtilecektir.
g) Bina malikine bırakılacak alanlar ile kiralanan alanın ticari alanlarının kiraya verilmesi işlemlerinin kiracı tarafından yapılacağı belirtilecektir.
h) Taşınmazın kiralandığı, kiralanmaya konu taşınmazın tapu kaydına şerh edilecektir.

13. Her binanın kendine özgü özelliklerinin bulunabileceği hususu dikkate alınacak, kira sözleşmeleri imzalanmadan önce sözleşme taslağının bir örneği yukarıda belirtilen diğer (kiralama gerekçesi, komisyon raporu, rayiç bedel tespit belgeleri, başka kamu taşınmazı olmadığına dair Milli Emlak Daire Başkanlığı/Müdürlüğü yazısı vb.) belgelerle birlikte incelenmek üzere Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilecektir.
14. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından gerekli inceleme ve değerlendirme yapıldıktan sonra kiralanmasına karar verilen taşınmaz, bilgi ve belgeleriyle birlikte Cumhurbaşkanlığına kiralama izni için gönderilecektir.
15. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından gerekli inceleme ve değerlendirme sonucunda kiralama talebi herhangi bir nedenle (kira bedeli veya öngörülen kiralama süresinin uygun bulunmaması vb.) uygun görülmeyenler, uygun görülmeme gerekçeleri ile birlikte iade edilecektir. Kiralama komisyonu tarafından iade gerekçeleri gözden geçirilerek gerekli düzenleme yapıldıktan sonra izin için tekrar Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilecektir. Genel Müdürlükçe tekrar değerlendirme yapılacak ve uygun görülmesi halinde kiralama iş ve işlemleri başlatılacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

16. Cumhurbaşkanlığınca kiralama izni verilmesi halinde Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından kiralama talebinde bulunan harcama birimine kiralama işleminin başlatılmasına ilişkin bilgilendirme yapılacaktır.
17. Kiralama izni verilen idari hizmet binası, birimin harcama yetkilisi ve idari hizmet binası sahibi arasında ilgili mevzuat doğrultusunda sözleşmesi imzalanarak kiralama işlemi tamamlanmış olacak ve yapılan kira sözleşmesinin bir nüshası bilgi amaçlı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilecektir.
18. Bu kapsamdaki kiralama işlemleri, Cumhurbaşkanlığından izin alma hariç bu genelgenin diğer usul ve esasları dikkate alınarak il sağlık müdürlüklerince sonuçlandırılacaktır.
19. 2015/12 sayılı ve "İdari hizmet binası Kiralama Hakkında Genelge" konulu Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgi ve gereği ile uygulamada herhangi bir aksamaya meydan verilmemesi için yukarıda belirtilen hususlara titizlikle riayet edilmesini önemle rica ederim.

Halil ELDEMİR
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

9.3.5. Aile Hekimliğine Geçişte Muvafakat İşlemleri Hakkında Genelgesi (2025/1)

BAKAN YARDIMCILIĞI
SEVK VE İDARE İŞLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
267068596

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Bakan Yardımcılığı

Sayı : E-11045126-010.06-
Konu : Aile Hekimliğine Geçişte Muvafakat İşlemleri

GENELGE
2025/1

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu'nun 3'üncü maddesinin birinci fıkrasında "Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı çalışanı olarak çalıştırılacak sağlık personelini, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakati üzerine 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelini aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye… yetkilidir." hükmüne yer verilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli yürütülmesi ve hizmet sunumunda aksamaya mahal verilmemesi amacıyla, aile hekimliği uygulamasında sözleşmeli olarak görev yapmak isteyenlere aşağıdaki açıklamalar çerçevesinde işlem yapılacaktır.

1) Bakanlığımız ve bağlı kuruluşları hariç diğer kamu kurum ve kuruluşlarından sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olmak üzere müracaat eden personel, kurumlarınca muvafakat verilmesi halinde yerleştirme işlemine alınacaktır.

2) Halen sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olarak görev yapan ve aile hekimliği uygulamasına geçmesi için muvafakat verilen personelin mevcut durumları sözleşmeli olduğu müddetçe ve sözleşme yenilemelerinde de korunacaktır. Ayrıca Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 15 inci maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (c) bendi uyarınca öncelik hakkı bulunanların aile hekimliği yerleştirme başvurusunda muvafakat aranmayacaktır. Aile sağlığı çalışanının sözleşme yenileme döneminde olmak şartı ile başka aile hekimliği biriminde aile sağlığı çalışanı olarak görev yapmak üzere sözleşme imzalanması durumunda ayrıca muvafakat aranmayacaktır.

3) Bakanlığımız kadrolarında tabip, ebe, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı, ilk ve acil yardım) olarak görev yapan personelin sözleşmeli aile hekimliği pozisyonlarına geçmek için bulundukları kurumdan ayrılmaları halinde;

a) İl sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğü, toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimleri ile E grubundaki hastanelerinde unvan veya branşında doluluk oranının %30'un,

b) Eğitim araştırma hastaneleri ile devlet hastanelerinde unvan veya branşında doluluk oranının %60'ın,

c) Diğer sağlık tesislerinde unvan veya branşında doluluk oranının %60'ın

altına düşenlere muvafakat verilmemiş, bu oranların üzerinde olması durumunda muvafakat verilmiştir. Sağlık evlerinde çalışan personel için bu maddedeki oranlar aranmaksızın muvafakat verilmiştir.

4) Doluluk oranının hesaplanmasında Personel Dağılım Cetveline göre aktif çalışan personel sayısı esas alınacaktır. Aktif çalışan sayısının belirlenmesinde, üç aydan fazla süre ile görevde bulunmayan personel hesaba katılmayacaktır. Geçici görevde bulunan personelin muvafakat verme işlemlerinde, ilgilinin kadrosunun bulunduğu yerdeki sayı ve oranlar esas alınacaktır.

5) Eğitim ve araştırma hastaneleri ve devlet hastanelerinde görev yapmakta olanlardan en az 25 yıl hizmeti olanlar ile sağlık kurulu raporu gereğince nöbet tutamayacak olanlara, bulunduğu hastanelerden ayrılmaları halinde unvan veya branşında doluluk oranı %50'nin altına düşmemek şartıyla muvafakat verilmiştir.

6) 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 45/A maddesi kapsamında görev yapan sözleşmeli personelin, sadece pozisyonunun vize edildiği ilçe sınırlarında ya da aynı ilin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi bakımından eşit veya daha alt kademedeki ilçelerine Genelgenin 3 üncü maddesindeki oranlar dikkate alınarak aile sağlığı çalışanı olarak sözleşme imzalamasına muvafakat verilmiştir.

7) Aile hekimliği yerleştirme işlemine müteakip devlet memuru kadrosuna dönmek şartıyla, 4924 sayılı Kanun ve 663 sayılı KHK'nın 42 nci maddesi kapsamında sözleşme imzalayan tabip veya aile hekimliği uzmanlarına muvafakat verilmiştir. Ancak 663 sayılı KHK'nın ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda mezkûr KHK'nın 42 nci maddesi kapsamında sözleşmeli olarak fiilen bir yıl görev yapmış olan tabip ve uzman tabipler için, bu görevlerinden ayrıldıkları tarihten itibaren bir yıl içerisinde aile hekimliğine geçişlerinde doluluk oranı şartı aranmadan muvafakat verilmiştir.

8) 4924 sayılı Kanuna tabi olarak görev yapan sözleşmeli personel için sadece pozisyonunun vize edildiği ilçe sınırları içinde bulunan aile hekimliği birimlerinde aile sağlığı çalışanı olarak sözleşme imzalamak üzere muvafakat verilmiştir.

9) 3359 sayılı Kanun kapsamında Devlet hizmeti yükümlüsü olarak görev yapan tabip ile aile hekimliği uzmanları sadece kadrolarının bulunduğu ildeki aile hekimliği pozisyonlarına başvurabilirler.

10) Bakanlığımıza bağlı hastanelerde görev yapan tabip, ebe, hemşire, sağlık memurlarından (toplum sağlığı, ilk ve acil yardım) herhangi bir sertifikaya (diyaliz sertifikası, yoğun bakım sertifikası vb.) sahip olması nedeniyle özellikli birimlerde görev yapanların sözleşmeli aile hekimliği pozisyonlarına geçmelerine muvafakat verilmemiştir.

11) Muvafakat belgesi, yukarıda belirtilen istisnalar dışında her aile hekimliği yerleştirmesi için ayrıca aranacaktır. Süreli veya belirli bir il gibi sınırlamaların yer aldığı muvafakat belgeleri kabul edilmeyecektir. Muvafakat başvurularının tamamı birlikte değerlendirilecektir. Muvafakat verilecek personel sayısından fazla müracaat olması halinde öncelikle en yüksek hizmet puanına, hizmet puanının eşit olması halinde hizmet süresi fazla olana muvafakat verilecektir. Ancak üç yerleştirme işlemi için üst üste muvafakat alıp yerleştirme sırasında tercih yapmayan tabip veya uzman tabiplere bir yıl süre ile muvafakat verilmeyecektir.

12) Bu Genelge'nin 7 nci ve 9 uncu maddelerindeki kısıtlamalar haricinde aile hekimliği uzmanlarının tamamının aile hekimliğine geçişine muvafakat verilmiştir.

13) Aile hekimliği uzmanları haricindeki diğer uzman tabiplerin ise sözleşmeli aile hekimliği pozisyonlarına geçmelerine muvafakat verilmemiştir. Mazeretleri gereği sözleşmeli aile hekimliğine geçmek isteyenlerin başvuruları, İl Sağlık Müdürlüğünün uygun görüşü ve gerekçeleri doğrultusunda uzman tabip ihtiyaçları dikkate alınarak Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından değerlendirilerek karara bağlanacaktır.

14) Sözleşmeli aile hekimliği uygulamalarında görev almak için başvuruda bulunanlar arasında hizmetin ifasından kaynaklı veya hekimlik mesleğiyle bağdaşmayan suçlar ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin beşinci fıkrasına göre adli yönden incelemesi devam eden personelin dosyaları Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilecek ve anılan Genel Müdürlükçe muvafakat verilmesi halinde yerleştirmeye alınacaktır.

15) Sözleşmeli aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı olarak görev yapmakta iken Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği'nin; 7 nci maddesi hükümlerine istinaden sözleşmeleri yenilenmeyen, 8 inci maddesi hükümlerine istinaden sözleşmeleri kendiliğinden sona eren ve 10 uncu maddesinin dördüncü fıkrası hükümlerine istinaden sözleşmesi feshedilen aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına, sözleşmelerinin sona erdiği tarihten itibaren iki yıl süre ile aile hekimliğine geçmelerine muvafakat verilmemiştir.

16) 2020/1 sayılı "Aile hekimliğine geçişte muvafakat işlemleri" konulu Genelge ile anılan Genelgede değişiklik yapan Genelgeler yürürlükten kaldırılmıştır.

Yukarıda belirtilen hususlar çerçevesinde gerekli tedbirlerin alınması ve uygulamada herhangi bir aksaklığa mahal verilmemesi hususunda bilgilerini ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

9.3.6.Mal Bildirimleri Konulu Genelge (2018/20)

TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HUKUK VE MEVZUAT DAİRESİ BAŞKANLIĞI
00072538483

Sayı : 82040698/
Konu : Mal Bildirimleri

GENELGE
2018/20

Bilindiği üzere gerçeğe aykırı mal bildiriminde bulunan, haksız mal edinen veya haksız edinilen malı kaçıran veya gizleyenlere 3628 sayılı Kanunda belirtilen ceza hükümler, süresi içinde mal bildiriminde bulunmayanlara ise 657 sayılı Kanunun disiplin hükümleri uygulanmaktadır.

3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu ile bu Kanunun uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen ve 10/08/1990 tarihli ve 90/748 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Mal Bildiriminde Bulunulması Hakkında Yönetmeliğin öngördüğü işlemlerin yerine getirilmesi, uygulamada yaşanan sıkıntıların giderilmesi ve personelin mağduriyetinin önlenmesi amacına yönelik hususlar aşağıda belirtilmiştir.

A) MAL BİLDİRİMİNDE BULUNULMASINDA UYULMASI GEREKEN USUL VE ESASLAR

1. Mal bildiriminde bulunacak kamu görevlileri

Bakanlığımız merkez ve taşra teşkilatında aylık, ücret ve ödenek almak suretiyle kamu hizmeti gören memurlar ve işçi niteliği taşımayan diğer kamu görevlilerinden;

a) 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (A) bendine göre istihdam edilen memurların,

b) 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (B) bendine göre istihdam edilen sözleşmeli personelin,

c) 4924 sayılı Kanuna tabi sözleşmeli personelin,

ç) 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu kapsamında sözleşme ile görev yapan personelin,

d) 663 sayılı KHK'nin Ek-2 sayılı cetvelinde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde görev yapan personelin,

mal bildiriminde bulunması gerekmektedir.

2. Mal Bildiriminin Konusu

Mal Bildiriminde Bulunulması Hakkında Yönetmeliğin 8 inci maddesi hükmü çerçevesinde 3628 sayılı Kanun kapsamına giren kamu görevlilerinin kendilerine, eşlerine ve velayetleri altındaki çocuklarına ait bulunan;

a) Taşınmaz malları (arsa ve yapı kooperatif hisseleri dahil),

b) Kendilerine aylık ödenenler, net aylık tutarının beş katından fazla; aylık ödenmeyenler ise genel idare hizmetleri sınıfında birinci derecenin birinci kademesindeki şube müdürüne ödenen net aylığın beş katından fazla değer ve tutarındaki;

1) Para ve para hükmündeki kıymetli kağıtları,

2) Hisse senedi ve tahvilleri,

3) Altın ve mücevheratı,

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 82040698/
Konu : Mal Bildirimleri

4) Her türlü kara, deniz ve hava taşıt araçları, traktör, biçer-döver, harman makinası ve diğer ziraat makinaları, inşaat ve iş makinaları, hayvanlar, koleksiyon ve ev eşyaları ile diğer taşınır malları,

5) Hakları,

6) Alacakları,

7) Borçları,

8) Gelirleri,

Mal bildirimine konu teşkil etmektedir.

Mallar, mal bildirimi tarihindeki değerleri esas alınmak suretiyle beyan edilecektir. Mal bildirimlerinde (b) bendinde belirtilen mal, hak, alacak, borç ve gelirlerin ayrı ayrı toplam değerleri gösterilecektir.

Mal bildiriminde bulunmakla yükümlü personel, eşinin 3628 sayılı Kanun kapsamında olması halinde, her birinin ayrı ayrı mal bildiriminde bulunması ve eşlerden her birinin, eşi ile velayeti altındaki çocuklarına ait malları da ayrıca bildirecektir.

3. Mal Bildiriminin Verilme Zamanı

Mal bildirimlerinin;

a) 3628 sayılı Kanun kapsamında bir göreve ilk defa veya yeniden atanmada, atamaya esas belgelerle birlikte,

b) Görevin sona ermesi halinde, görevden ayrılma tarihini izleyen bir ay içinde,

ç) Mal varlığında önemli bir değişiklik olduğunda bir ay içinde (Ek Mal Bildirimi),

verilmesi zorunludur.

Sonu (0) ve (5) ile biten yılların en geç Şubat ayı sonuna kadar mal bildirimlerinin yenilenmesi zorunludur.

Mal bildiriminde bulunmakla yükümlü personelin eşleri, velayeti altındaki çocukları ve kendilerinin şahsi mal varlıklarında önemli bir değişiklik olduğunda, değişikliği izleyen bir ay içinde yeni edindikleri mal, hak, gelir, alacak ve borçlara münhasır olmak üzere ek mal bildirimi vermeleri zorunludur.

4. Birden Fazla Mal Bildirimi

Asli görevleri ile beraber ikinci bir görevi yürütenler sadece asli görevlerinden dolayı tek mal bildirimi verecekler.

5. Mal Bildiriminin Doldurulması

İlgililerce, Mal Bildiriminde Bulunulması Hakkında Yönetmeliğin ekinde yer alan "Mal Bildirim Formu" düzenlenmek suretiyle mal bildirimi verilecektir.

Mal bildiriminde yer alan "Edinme Tarihi" mutlaka gün, ay ve yıl olarak, "Taşınmaz Mal Bilgileri" bölümünde yer alan adres bilgilerinde ada ve parsel numaraları mutlaka belirtilecektir.

Ek mal bildirimlerinde, sadece ek mal bildirimi verilmesini gerektiren bilgiler beyan edilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 82040698/
Konu : Mal Bildirimleri

İsimsiz, imzasız veya tarihsiz bildirimler, beyan sahibi ve beyan tarihi hakkında bilgi vermeyeceği için geçersiz kabul edilecektir.

Sonu (0) ve (5) ile biten yıllarda Şubat ayı sonuna kadar verilmesi gereken yeni beyanların veriliş tarihi o yıla ait olacaktır. Bir önceki yıla ait beyan yeni beyan olarak kabul edilmeyecektir.

Bildirimler, üzerinde adı, soyadı ve kurum sicil numarası yazılı kapalı bir zarf içinde fiilen görev yapılan birime teslim edilecektir.

B) BİLDİRİMİN YAPILACAĞI BİRİMLERCE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

1) Mal bildirimlerinin muhafaza edilmesi

Bakanlık merkez teşkilatı personelinin mal bildirimleri, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünce, taşra teşkilatı personelinin mal bildirimleri ise İl Sağlık Müdürlüklerince muhafaza edilecek ve mal bildirimleri ile ilgili iş ve işlemler bu birimlerce yürütülecektir.

2) Mal bildirimi ile ilgili alt birim oluşturulması

3628 sayılı Kanun ve Mal Bildiriminde Bulunulması Hakkında Yönetmelik hükümleri doğrultusunda İl Sağlık Müdürlüklerinde mal birimine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek üzere özlük işlerinin yürütüldüğü birim bünyesinde alt birim oluşturulacaktır.

3) Yazılı ihtarda bulunma

Belirlenen durum ve sürelerde mal bildiriminde bulunmayanlara, bildirimin verileceği mercilerce Tebligat Kanunu hükümlerine göre yazılı olarak ihtarda bulunulacaktır. İhtarın kendisine tebliğinden itibaren bir ay içinde bildirimde bulunmayanlar hakkında gerekli işlemler yapılmak üzere yetkili Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulacaktır.

4) Mal Bildiriminin Alınması

Personelinin bu konudaki yükümlülüklerini yerine getirmemesi, mal bildiriminde bulunmaması veya süresi içerisinde bildirimde bulunmaması ya da gerçeğe aykırı bildirimde bulunması sonucunda karşılaşacağı idari veya adli yaptırımlara maruz kalmaması için ilgili birimlerce bu Genelge'nin personele tebliği sağlanacaktır.

Mal bildirimlerinin personelin özlük dosyasında muhafaza edilmesi, karşılaştırılması, izlenmesi ve mevzuatın öngördüğü diğer işlemlerin yapılması amacıyla alınan mal bildirimleri en kısa sürede personelin özlük dosyalarının bulunduğu birime ulaştırılacaktır.

Sonu "0" ve "5" ile biten yıllarda herhangi yazılı bir emir beklenmeksizin Şubat ayı sonuna kadar bildirimleri alınacaktır. Mal bildirim beyannameleri, ilgili personelin adı, soyadı ve kurum sicil numarası yazılı kapalı bir zarf içinde ve bu bildirimler açılmadan, kapsamdaki tüm personel için bildirimde bulunanları ve bulunmayanları gösterir ayrı ayrı tanzim edilmiş birim onaylı listelerle birlikte, bu listelerin birer sureti muhafaza edilmek üzere "GİZLİ" kaydıyla, ilgili birimlere ivedilikle gönderilecektir. Birimlerce gönderilen mal bildirim beyannamelerinin suretleri hiçbir şekilde alınmayacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 82040698/
Konu : Mal Bildirimleri

Geçici olarak görev yapan personel, mal bildirimini görevli bulunduğu birime verecektir. Bu birim aldığı tüm mal bildirimlerini ilgili personelin kadrosunun bulunduğu birime gönderecektir.

Kadrosu Bakanlığımızda olup başka kurumlarda görevli bulunan personelin mal bildiriminde bulunmaları, kadrolarının bulunduğu birimce sağlanacaktır.

5) Mal Bildiriminde Bulunmayanların Atamasının Yapılmaması

Mal bildirim beyanında bulunmayanların ilk defa veya yeniden atama işlemleri yapılmayacaktır.

3628 sayılı Kanun kapsamındaki herhangi bir kurumdan Bakanlık merkez veya taşra teşkilatındaki bu Kanun kapsamında bir göreve naklen atananların önceki kurumlarından devir alınacak özlük dosyalarında bulunan mal bildirimleri dikkate alınacağından, kendilerinden nakil esnasında yeni bir mal bildirimi talep edilmeyecektir.

6) Mal Bildirimlerinin Gizliliği

Mal bildirimlerinin içeriği hakkında soruşturma ve kovuşturmaya yetkili merciler dışındakilere açıklama yapılmayacak ve bilgi verilmeyecektir.

Mal bildirimlerin gizliliği mutlaka temin edilecek, bu amaçla; oluşturulacak birimde görevlendirilecek personelin seçimine dikkat edilerek gerekli tedbirler alınacaktır.

7) Bilgi Verme Zorunluluğu

3628 sayılı Kanunun 20 nci maddesiyle bu Kanuna göre takip, soruşturma ve kovuşturmaya yetkili kişiler veya ilgili mevzuatında belirtilen merciler tarafından istenilen bilgilerin gecikmeksizin ve eksiksiz bir şekilde verilmesi sağlanacaktır.

8) Gerçeğe Aykırı Açıklama

Mal bildiriminin muhtevası hakkında 3628 sayılı Kanunun 9 uncu maddesinde belirtilen mal bildirimlerinin gizliliğine ilişkin hususlara aykırı davrananlara ilgili mercilerce anılan Kanunun 11 inci maddesinde belirtilen ceza hükümler uygulanacaktır.

9) Mal Bildirimlerinin Karşılaştırılması

Mal varlıklarında meydana gelen önemli bir değişiklik sonucu verecekleri ek bildirimleri, daha önceki bildirimlerle karşılaştırılacaktır. Yapılacak karşılaştırma sonucunda gerçeğe aykırı bildirimde bulundukları veya haksız mal edindikleri, kaçırdıkları veya gizledikleri anlaşılanlar hakkında Cumhuriyet Başsavcılıklarına suç duyurusunda bulunulacaktır.

Mal bildirim beyannamelerinin süresi içinde verilip verilmediği, bildirimde bulunanlar ile bulunmayanlar bildirilecek ve bildirimde bulunanların beyan içerikleri elektronik ortamda karşılaştırılacaktır. Müteakiben, mal bildirimlerinde yer alan bilgiler, belirlenen esaslar çerçevesinde, kamu kurumlarındaki mevcut bilgilerle, elektronik ortamda ve gizliliği sağlanacak şekilde karşılaştırılması sağlanacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 82040698/
Konu : Mal Bildirimleri

10) Görevlerinden Ayrılan Personelin Özlük Dosyaları

Kurum içinde iller arası yer değiştirenler ile başka kurumlara naklen atanan personelin özlük dosyaları (kişiye ait sicil raporları ile mal bildirim beyannamelerini ihtiva eden) ilgilinin yeni atandığı İl'e veya yeni kurumuna personelin adı, soyadı, kurum sicil no'su, T.C. kimlik numarası ve hangi yıllara ait olduğunu belirtir bir dizi pusulası ile birlikte gönderilecektir. Özlük dosyaların yeni görev yerlerine gönderilmesinden eski görev yaptığı birim sorumlu olacaktır.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu hükümlerine göre memuriyetine son verilen, istifa eden, istek, yaş haddi, malullük sebeplerinden biri ile emekliliğe ayrılan veya vefat eden personelin mal beyanları Bakanlık arşivine gönderilecektir.

Personele ait muhtelif yazışmaların muhafaza edildiği şahsi dosyalar ile yukarıda sayılan nedenlerle görevinden ayrılan sözleşmeli ve 5442 sayılı İl İdaresi Kanununa tabi personelin özlük dosyaları ilde muhafaza edilecektir.

Konuya ilişkin 15/01/2015 tarihli ve 2015/3 sayılı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgi ve gereği ile yukarıda belirtilen hususlara titizlikle riayet edilmesi ve uygulamada herhangi bir aksamaya meydan verilmemesini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

EK: Mal Bildirim Formu

DAĞITIM:
A Planı

9.3.7. 72 Yaşına Kadar Çalışma İzni Genelgesi (2017/19)

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 82040698/
Konu : 72 yaşına kadar çalışma izni

GENELGE
2017/19

Ülkemizde tabip ve uzman tabiplere olan ihtiyaç gözönüne alınarak hekimlerin 72 yaşına kadar Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmasına imkan sağlanması için, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen Ek 17 nci maddesinde *"Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan tabip ve uzman tabipler ile 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu hükümlerine göre istihdam edilen aile hekimleri, her yıl Bakanlıkça uygun görülmek şartıyla yetmişiki yaşına kadar çalışabilir."* hükmüne yer verilmiştir.

Bu çerçevede, resen emeklilik yaşına gelmiş olan tabip ve uzman tabiplerin 72 yaşına kadar görevine devamı ile 65-72 yaş arasında olup daha önce Sağlık Bakanlığı veya bağlı kuruluşlarında çalışmış olan tabip ve uzman tabiplerin yeniden kamu sağlık hizmetlerinde istihdamına ilişkin iş ve işlemler aşağıdaki usul ve esaslara göre yürütülecektir:

1) Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık kurum ve kuruluşlarında halen çalışmakta olup yaş haddinden emekli olacak tabip ve uzman tabiplerin göreve devamının sağlanmasına yönelik olarak:

a) 65 yaşını doldurmak suretiyle zorunlu olarak emekliliğe sevk edilecek olanlar, emekliye ayrılmaları gereken tarihten en geç iki ay önce çalışmakta oldukları sağlık kuruluşlarına müracaat etmek suretiyle çalışma talebinde bulunabilirler.

b) Bu kapsamda görevine devam etmek isteyen tabip ve uzman tabiplerin, mesleğini icra etmesine engel bir durumun bulunmadığına dair resmi kurumlardan alınan sağlık raporunu çalıştıkları sağlık kuruluşuna teslim etmeleri gerekir.

c) İlgililere ait sağlık raporu ve talep dilekçesi İl Sağlık Müdürü tarafından gerekçeli görüşü ile birlikte Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilecektir.

ç) Bakanlık bağlı kuruluşlarında çalışanlar bakımından yukarıda belirlenen işlemler, ilgili Genel Müdürlük veya bağlı kuruluş tarafından yerine getirilecektir.

2) 65-72 yaş arasında olup daha önce Sağlık Bakanlığı veya bağlı kuruluşlarında çalışmış olan tabip ve uzman tabiplerin yeniden istihdamının sağlanmasına yönelik olarak:

a) Bu kapsamdaki tabip ve uzman tabiplerin atamaları, 3359 sayılı Kanunun Ek-1 inci maddesi ve ilgili Yönetmelik hükümlerine göre kura ile yapılacaktır. Kuraya ilişkin usul ve esaslar ilan metninde belirlenecektir.

3) Bakanlık ve bağlı kuruluş kadrolarında 65 yaşından sonra çalışmaya devam eden tabip ve uzman tabiplere ait mesleğini icra etmesine engel bir durumun bulunmadığına dair resmi kurumlardan alınmış sağlık raporu ve talep dilekçesi il sağlık müdürü tarafından gerekçeli görüşü ile birlikte her yıl Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilecektir. Bakanlık bağlı kuruluş kadrolarında görev yapanlarla ilgili belgeler ise bağlı kuruluşa gönderilecektir.

4) Bu kapsamdaki tabip ve uzman tabiplerin göreve devamı, 3359 sayılı Kanunun Ek 17 nci maddesi ile Bakanlığa verilen uygun görme yetkisi çerçevesinde değerlendirilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 82040698/

5) Göreve devam etmek istemeyen tabip ve uzman tabipler ile başvuruları kabul edilmeyen ve/veya yıllık değerlendirme sonucu çalışmaya devam etmesi uygun görülmeyenlerin emeklilik işlemleri genel hükümlere göre yapılacaktır.

Bilgilerini ve bu çerçevede gereğini önemle rica ederim.

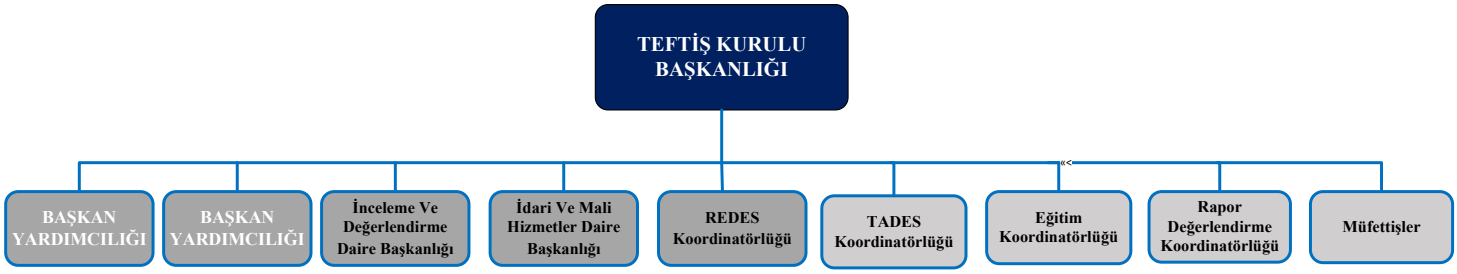
Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

10 TEFTİŞ KURULU BAŞKANLIĞI

10. TEFTİŞ KURULU BAŞKANLIĞI

10.1. TEŞKİLAT ŞEMASI



Şekil 11: Teftiş Kurulu Başkanlığı Teşkilat Şeması

Kurumsal Web Adresi	Kurumsal e-posta Adresi	Kurumsal Telefon
https://teftis.saglik.gov.tr	tkb@saglik.gov.tr	0 312 471 74 08

10.2. YÖNERGELER

10.2.1 Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanunun Uygulamasıyla İlgili Olarak Sağlık Bakanlığınca Yürütülecek İşlemlere İlişkin Yönerge

MEMURLAR VE DİĞER KAMU GÖREVLİLERİNİN YARGILANMASI HAKKINDA KANUNUN UYGULAMASIYLA İLGİLİ OLARAK SAĞLIK BAKANLIĞINCA YÜRÜTÜLECEK İŞLEMLERE İLİŞKİN YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Başlangıç Hükümleri

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönerge, 2/12/1999 tarihli ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanunun uygulamasına ilişkin olarak Sağlık Bakanlığınca yürütülecek işlemlere açıklık ve işlerlik getirmek amacıyla düzenlenmiştir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, 4483 sayılı Kanun kapsamındaki memurlar ve diğer kamu görevlilerinin, görevleriyle ilgili işledikleri suçlar ile 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 18 inci maddesi gereği; 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 53 üncü maddesinde yer alan soruşturma usulüne tabi olanlar hariç olmak üzere, kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde görev yapan hekimler, diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleklerinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar hakkında Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı ve ilgili kuruluşlarınca izlenecek usul ve esasları kapsar.

(2) Bu Yönerge;

a) Özel soruşturma usullerine tabi olanları,

b) Yönetim tarafından, genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevlerin ifası esnasında; ikincil, tamamlayıcı veya yardımcı nitelikte kamu hizmeti ifa eden; hizmetli, odacı, bekçi, aşçı, kaloriferci, bahçıvan, şoför ve benzeri personeli,

kapsamaz.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 4483 sayılı Kanun hükümlerine, 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 508 inci maddesine ve 23/8/2022 tarihli ve 31932 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Yönetmeliğinin 6 ncı maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakan: Sağlık Bakanını,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) En üst idari amir: Bakanlıkta Bakan ve ilgisine göre bakan yardımcısını, bağlı ve ilgili kuruluşlarda genel müdür ve kurum başkanlarını,

ç) Muhakkik: 4483 sayılı Kanun kapsamında ön inceleme yapmakla görevlendirilen müfettişler dışındaki kamu görevlisini,

d) Müfettiş: Sağlık Bakanlığı başmüfettişi, müfettişi ve müfettiş yardımcısını,

e) Sağlık meslek mensubu: Tabip, diş tabibi, eczacı, hemşire, ebe, sağlık memuru ve optisyenler ile 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun ek 13 üncü maddesinde tanımlanan diğer meslek mensuplarını,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Ön İnceleme, Yetkili Merciler ve Ön İncelemenin Başlatılması

Ön inceleme

MADDE 5- (1) Ön inceleme, 4483 sayılı Kanun kapsamına dâhil memurlar ve diğer kamu görevlilerinin, genel idare esaslarına göre yürüttükleri asli ve sürekli görevleri sebebiyle, haklarındaki; ihbar, şikâyet veya başka bir yolla öğrenilen iddiaların, ceza soruşturmasına konu edilip edilemeyeceğinin değerlendirilmesi amacıyla, yetkili merciler tarafından doğrudan veya görevlendirecekleri personel aracılığıyla gerçekleştirdikleri inceleme sürecidir.

Ön inceleme yaptırmaya yetkili merciler

MADDE 6- (1) 4483 sayılı Kanun kapsamında Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı personeli için;

a) İlçede görevli memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında kaymakam,

b) İlde ve merkez ilçede görevli memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında vali,

c) Bakanlığın merkez teşkilatında ve bağlı veya ilgili kuruluşlarında görev yapan diğer memur ve kamu görevlileri hakkında o kuruluşun en üst idari amiri,

ç) (b) bendindeki hükümler saklı kalmak kaydıyla Cumhurbaşkanı kararıyla atanan memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında Cumhurbaşkanı veya Bakan,

ön inceleme yaptırmaya yetkili mercilerdir.

(2) Yetkili mercilerin belirlenmesinde memurun veya kamu görevlisinin suç tarihindeki görevi ve görev yeri esas alınır.

(3) Ast memur ile üst memurun ön inceleme konusu fiili müştereken işlediklerinin tespit edildiği durumlarda ön inceleme yaptırma yetkisi üst memurun bağlı olduğu merciden talep edilir.

(4) Yetkili merciin yokluğu hâlinde yetki, vekili tarafından doğrudan kullanılır. Bu yetki, kişilere bağlı münhasır bir yetki olup devredilemez ve bizzat kullanılması zorunludur.

(5) 3359 sayılı Kanunun ek 18 inci maddesi gereği; 2547 sayılı Kanunun 53 üncü maddesinde yer alan soruşturma usulüne tabi olanlar hariç olmak üzere, kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde görev yapan hekimler, diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının, sağlık mesleklerinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle açılan soruşturmalar hakkında da 4483 sayılı Kanun hükümleri uygulanır. Söz konusu ilgililer hakkında 4483 sayılı Kanun kapsamında yapılacak soruşturmalara ilişkin olarak verilecek izinler de Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından verilir.

(6) Görevleri ve sıfatları gereği özel soruşturma usullerine tabi olanların soruşturma usulleri ile suçun niteliği gereği başka kanunlarda belirtilen soruşturma usullerine tabi olan memurlar ve diğer kamu görevlilerinin durumları mahfuzdur.

Olayın Cumhuriyet başsavcıları tarafından yetkili mercilere iletilmesi

MADDE 7- (1) Cumhuriyet başsavcıları; memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında 4483 sayılı Kanun kapsamına giren bir suç işlendiğini ihbar, şikâyet veya sair yollarla öğrendikleri takdirde, ivedilikle toplanması gerekli ve kaybolma ihtimali bulunan delilleri tespit etmekle yetinirler ve hakkında ihbar veya şikâyette bulunulan kamu görevlisinin ifadesine başvurmaksızın ve başka bir işlem yapmaksızın, düzenlenecek evrakın bir örneğini soruşturma izni vermeye yetkili mercie göndererek soruşturma izni talebinde bulunurlar.

(2) Cumhuriyet başsavcılığı tarafından yetkili mercie iletilen soruşturma izni talebi üzerine, konunun 4483 sayılı Kanun kapsamına girmesi, somut olması, genel nitelikte olmaması ve kişi ve fiillerin açıkça belirtilmesi durumunda ön inceleme yaptırılması zorunludur.

(3) Ön inceleme sonucuna göre, soruşturma izni verilip verilmeyeceğine karar verilir.

Diğer makamlar, memurlar ve kamu görevlilerinin bildirim yükümlülüğü

MADDE 8- (1) 4483 sayılı Kanun kapsamına giren suçların işlendiğine dair ihbar, şikâyet, bilgi, belge veya bulguları öğrenen Cumhuriyet başsavcılığı dışındaki diğer makamlar ile memurlar ve kamu görevlileri; soruşturma izni verme yetkisine sahip ilgili mercie bu durumu gecikmeksizin iletmekle yükümlüdürler.

(2) Bildirim süreci, soruşturmanın yasal zeminde, yetkili merci tarafından başlatılmasını ve yürütülmesini sağlamak amacıyla düzenlendiğinden, bu bildirim yükümlülüğü, kamu görevlilerinin görev ve sorumluluklarının bir parçası olup bu konuda 4483 sayılı Kanunda öngörülen usul ve esaslara uygun hareket edilmesi gereklidir.

İşleme konulmayacak ihbar ve şikâyetler

MADDE 9- (1) Kamu görevlileri hakkında yapılacak ihbar ve şikâyetlerin değerlendirmeye alınabilmesi için; soyut ve genel nitelikte olmaması, belirli kişi veya olaylara yönelik somut iddialar içermesi, iddiaların ciddi bulgulara veya belgelere dayandırılması ve ilgili dilekçede dilekçe sahibinin doğru adı, soyadı, imzasıyla birlikte, iş veya ikametgâh adresine de açıkça yer verilmesi gerekmektedir.

(2) Belirtilen bu unsurları taşımayan ihbar ve şikâyetler, Cumhuriyet başsavcılıkları veya yetkili merciler tarafından işleme konulmaz ve bu durum başvuruda bulunan kişiye bildirilir.

(3) İleri sürülen iddiaların sıhhatinin şüpheye mahal vermeyecek nitelikte bilgi ve belgelerle açıkça ortaya konulmuş olması hâlinde yapılan başvurular; ad, soyad, imza ve adres bilgisinin doğruluğu aranmaksızın işleme alınır.

Ön incelemenin başlatılması

MADDE 10- (1) Ön inceleme yaptırmaya ve soruşturma izni vermeye yetkili merciler, 4483 sayılı Kanun kapsamına giren bir suç işlendiğini öğrendikleri takdirde ön inceleme süreci başlatırlar.

(2) Valiliklerin ve kaymakamlıkların, haklarında soruşturma izni vermeye yetkili oldukları memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkındaki ön incelemeyi mahallinde görevlendirecekleri ve inceleme yapılanların üstü konumundaki memur ve kamu görevlilerinden biri veya birkaçı eliyle yaptırmaları esastır.

(3) Ön incelemenin, gereken hallerde yetkili mercilerce, müfettiş marifetiyle yaptırılması da Teftiş Kurulu Başkanlığından talep olunabilir.

(4) İşin özelliğine göre yetkili mercilerce ön incelemenin başka kurum ve kuruluşun personeli vasıtasıyla da yaptırılması mümkündür. Bu yöndeki talebin yerine getirilmesi ilgili kurum ve kuruluşun takdirine bağlıdır.

Ön inceleme kapsamı

MADDE 11- (1) Ön inceleme onayında belirtilen ihbar, şikâyet veya iddia konusu olaylar ile bu olaylarla doğrudan bağlantılı olarak ön inceleme sürecinde ortaya çıkabilecek diğer hususlar, ön inceleme onayının kapsamını oluşturur.

(2) Ön inceleme onayında belirtilenlerden başka memur ve diğer kamu görevlilerinin de iddia konusu olaylara katıldıklarının anlaşılması hâlinde, yeni bir inceleme onayı alınmaksızın ilgililer de ön inceleme sürecine dâhil edilirler.

(3) Ön inceleme onayında yer alan olay ve konulardan tamamen ayrı nitelikte olan, farklı bir suç teşkil edebilecek fiil veya işlemlerin tespit edilmesi hâlinde; mevcut onay kapsamında işlem yapılmaz. Bu gibi hâllerde, tespit edilen söz konusu fiil veya işlem hakkında ayrıca ön inceleme yapılabilmesi için, konu yetkili mercie düzenlenecek rapor kapsamında veya müstakil bir yazıyla bildirilir.

(4) Ön inceleme sırasında suçun hukuki niteliğinde değişiklik meydana gelirse, bu durum yeni bir izin alınmasını gerektirmez. Ön inceleme, mevcut onay çerçevesinde devam ettirilir.

Ön incelemede müşterek görevlendirme

MADDE 12- (1) Ön inceleme işlemleri kapsamında, aynı dosya veya olayla ilgili olarak birden fazla müfettişin veya muhakkikin görevlendirilmesi hâlinde, bu kişiler arasından statü olarak üst ve kıdemli olan, çalışmalarda koordinasyonu sağlamakla görevli ve sorumludur.

(2) Özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde görev yapan sağlık meslek mensuplarıyla ilgili yaptırılacak ön incelemelerde il sağlık müdürlüklerindeki başkan veya başkan yardımcıları muhakkik olarak müstakilen görevlendirilebileceği gibi, 4483 sayılı Kanun ve ilgili mevzuatının öngördüğü usule göre gerekli şartları haiz bir muhakkik de müstakil olarak veya il sağlık müdürlüklerindeki başkan veya başkan yardımcılarıyla birlikte müştereken ön inceleme yapmak için görevlendirilebilir.

Ön inceleme yapmak üzere görevlendirilenlerin yetkileri

MADDE 13- (1) Ön inceleme yapmak üzere görevlendirilen muhakkikler; müfettişlerin ve kendilerini görevlendiren merciin, ön incelemeyle ilgili olarak, sahip olduğu tüm yetkileri haizdirler.

(2) 4483 sayılı Kanunda hüküm bulunmayan durumlarda, müfettiş ve muhakkikler tarafından 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu hükümlerine göre işlem tesis edilebilir.

Ön inceleme raporunun düzenlenmesi ve teslimi

MADDE 14- (1) Ön inceleme yapmakla görevlendirilenler, hakkında inceleme yapılan memur ya da diğer kamu görevlisinin ifadesini de almak suretiyle; olayla ilgili gerekli bilgi, belge ve delilleri toplar. Tespit edilen bulgular çerçevesinde oluşan görüş ve değerlendirmeleri de içerecek şekilde, ön inceleme raporu hazırlanır. Hazırlanan rapor, incelemeyi yürütenlerin bağımsız ve objektif kanaatlerini yansıtır.

(2) Düzenlenen ön inceleme raporu, ilgili kanunlarına göre, süresi içinde soruşturma izni vermeye yetkili mercie sunulur.

(3) Birden fazla kişinin birlikte yürüttüğü ön incelemelerde, görevliler arasında kanaat farklılıkları ortaya çıkması hâlinde, bu durum raporda gerekçeleriyle birlikte açıkça belirtilir. Her bir incelemeci kendi görüşünü raporun ilgili kısmında ifade eder.

(4) Ön inceleme sırasında; cezai sorumluluğu ortadan kaldıran durumlar tespit edilirse, bu hususlar raporda açıkça belirtilir ve buna dayanılarak soruşturma izni verilmemesi yönünde de görüş bildirilir.

(5) Ön inceleme kapsamında olduğu tespit edilen fiilin, aynı zamanda disiplin suçu da oluşturması hâlinde, bu fiillerle ilgili olarak yetkili disiplin amiri veya kurullarından soruşturma izni alındıktan sonra ayrıca soruşturma raporu düzenlenir. İlgili rapor yetkili mercilere gereği yapılmak üzere iletilir.

(6) Ön inceleme konusunun birden fazla kamu kurum ve kuruluşunu ilgilendirdiğinin anlaşılması hâlinde durum ilgili kamu kurum ve kuruluşlarına bildirilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Ön İncelemede Usule İlişkin İşlemler

Delillerin toplanması

MADDE 15- (1) Ön inceleme yapmakla görevlendirilen kişi veya kişiler, ön inceleme konusuyla ilgili olarak, hakkında inceleme yapılan kamu görevlisinin lehine ve aleyhine olan tüm bilgi, belge ve delilleri, 4483 sayılı Kanunun 6 ncı maddesi ve 5271 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde, eksiksiz ve tarafsız şekilde toplamakla yükümlüdürler. Tanzim olunan raporlarda, hakkında ön inceleme yapılan kişinin lehine ve aleyhine olan tüm deliller objektif olarak değerlendirilir.

Yeminli kâtip bulundurulması ve tutanak düzenlenmesi

MADDE 16- (1) Ön inceleme sırasında, ifade alma işlemleri gerçekleştirilirken, 5271 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak yeminli bir kâtip görevlendirilebilir. Düzenlenen ifade

tutanaklarında; ifadenin alındığı yer ve tarih, ifade alma işlemine katılanların tam ad ve soyadları, ifade verenin adres ve kimlik bilgileri açıkça belirtilir.

(2) İfade tutanakları; ifade sahibi, muhakkik veya müfettiş, görevlendirilmişse yeminli kâtip ve varsa ifade sahibinin avukatı tarafından birlikte imzalanır. İmzadan imtina edilmesi hâlinde, bu durum gerekçesiyle birlikte ilgili tutanakta belirtilir.

Tanıklarla ilgili işlemler

MADDE 17- (1) Ön inceleme kapsamında tanıkların çağrılması, ifadelerinin alınması ve tanıklığa ilişkin diğer tüm usul işlemleri, 5271 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak yerine getirilir.

İstinabe usulüne başvurma

MADDE 18- (1) Ön inceleme sürecinde hakkında ön inceleme yapılan, tanık, muhbir veya müştekinin inceleme yerinde hazır bulunmasının mümkün olmaması veya zorunluluk arz eden diğer hâllerin varlığı durumlarında, bu kişilerin ifadeleri, 5271 sayılı Kanun uyarınca görevlendirilecek naip kişiler vasıtasıyla istinabe yöntemiyle alınabilir.

(2) Naip görevlinin usulüne uygun olarak tutanak düzenlemesi ve yürüttüğü işlemleri 5271 sayılı Kanuna uygun bir şekilde yerine getirmesi sağlanır.

Hakkında ön inceleme yapılanların ifadelerinin alınması

MADDE 19- (1) Hakkında ön inceleme başlatılan memurların veya diğer kamu görevlilerinin ifadelerinin yüz yüze (huzurda) alınması ve alınan ifadelerin tutanağa bağlanması esastır. Ancak haklarında ön inceleme yapılan kişilerin mahallinde bulunmaması veya kendi talepleri hâlinde ifadeleri yazılı olarak da alınabilir. Bu durumda; yazılı ifade talep yazısında, 4483 sayılı Kanunun getirdiği süre sınırı da gözetilerek ifadenin teslimi için makul bir süre belirtilir. Belirtilen süre içinde yazılı ifadenin ön incelemeciye teslim edilmesi gerektiği hakkında ön inceleme yapılana bildirilir.

(2) 4483 sayılı Kanun kapsamında hakkında ön inceleme yapılan kişiye ifade alımı sırasında yemin ettirilmez. İfade tutanaklarında sanık veya şüpheli ibareleri kullanılmaz. İfade tutanaklarında, haklarında inceleme yapılan kişilerle ilgili olarak 4483 sayılı Kanun kapsamında yapılan ön incelemelerde, hakkında ön inceleme yapılan; diğer incelemelerde veya soruşturmalarda ise ifade sahibi ibareleri kullanılır.

(3) İfadesi alınması gereken ilgili kişiye hiçbir şekilde ulaşılamıyorsa, bu durumu tevsik edici belgeler ön inceleme dosyasına eklenir.

(4) Hakkında ön inceleme yapılan kişinin aynı konuda daha önce inceleme veya soruşturma sırasında ifadesi alınmış olsa dahi, yapılan ön inceleme kapsamında ilgilinin ifadesi yeniden alınır.

(5) Hakkında ön inceleme yapılan kişinin huzurda ifadesinin alımı esnasında kendisine 5271 sayılı Kanun kapsamındaki hakları hatırlatılır, avukatı nezaretinde de ifade verebileceği belirtilir.

Bilirkişi görevlendirilmesi, keşif, zapt ve arama ile ilgili işlemler

MADDE 20- (1) Ön inceleme sırasında olayın niteliğine ve teknik gerekliliklere bağlı olarak; adli bilirkişi görevlendirilmesi, keşif, zapt, arama işlemleri ihtiyacı ortaya çıktığı takdirde, bu işlemler 5271 sayılı Kanunun ilgili hükümlerine uygun olarak yetkili merciler aracılığıyla yerine getirilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Yetkili Mercilerin Tespiti ve Karar Verme Süreci

Yetkili mercilerin tespiti

MADDE 21- (1) Soruşturma izni verme yetkisine sahip merciin belirlenmesinde, hakkında soruşturma yürütülecek olan memur veya kamu görevlisinin, fiilin işlediği tarihteki görevi esas alınır. Soruşturma konusu fiile, birden fazla kamu görevlisinin iştiraki söz

konusuysa ve bu kişilerden biri ast diğeri üst konumdaysa, izin yetkisi üst memurun bağlı olduğu mercie aittir.

Karar verme süresi

MADDE 22- (1) Soruşturma izni vermeye yetkili merciin, kendisine ulaşan ihbar veya şikâyet sonucunda, bir suç işlendiğini öğrendiği tarihten itibaren ön inceleme süreci dâhil en geç 30 gün içinde karar vermesi gerekir. Ancak zorunlu hâllerin varlığı durumunda, bu süre en fazla 15 gün süreyle ve yalnızca bir defaya mahsus olmak üzere uzatılabilir.

(2) Süre hesabında, karar verme süresinin son gününün resmî tatile rastlaması hâlinde süre; tatile denk gelen günü takip eden ilk iş gününde sona erer. Bu konuda, 5271 sayılı Kanunun 39 uncu maddesi uygulanır.

(3) Tıbbi kötü uygulama konulu ön incelemelerde 3359 sayılı Kanunun ek 18 inci maddesinde belirtilen süreler dikkate alınır.

Yetkili merciin kararı

MADDE 23- (1) Soruşturma izni vermeye yetkili merci; hazırlanan ön inceleme raporunu ve eklerini dikkatle inceler ve Kanunun 7 nci maddesinde belirtilen süreler içinde, soruşturma izni verilmesi ya da soruşturma izni verilmemesi yönündeki iki seçenekten birini tercih ederek karar verir. Bu kararlarda, değerlendirmeye esas alınan bilgi, bulgu, belge ve diğer deliller ile kararın dayanağı olan hukuki gerekçeler açık ve anlaşılır biçimde belirtilir. Soruşturma izni verilmesi ya da soruşturma izni verilmemesi yönündeki kararların gerekçeli olarak verilmesi zorunludur.

(2) Haklarında ön inceleme yapılan personelin 4483 sayılı Kanun kapsamına girmeyen fillerinin varlığının tespit edilmesi hâlinde, tanzim edilecek raporda ilgili personel hakkında 4483 sayılı Kanuna göre işlem yapılmasına yer olmadığı yönünde kanaat belirtilir.

(3) Haklarında ön inceleme yapılan personelin fiillerinin genel hükümlere göre soruşturulması gereken nitelikte bir fiil olduğunun tespit edilmesi hâlinde ise ilgili personel hakkında yetkili Cumhuriyet başsavcılıklarınca genel hükümlere göre işlem tesis edilmesi gerektiği yönünde teklifte bulunulur.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Kararlar Üzerine Yapılacak İşlemler

Kararın tebliği

MADDE 24- (1) Soruşturma izni vermeye yetkili merci tarafından verilen, soruşturma izni verilmesine ya da soruşturma izni verilmemesine ilişkin kararlar, resmî tebligat yoluyla Cumhuriyet başsavcılığına, hakkında ön inceleme yapılan memura veya diğer kamu görevlisine ve varsa şikâyetçiye kararın gerekçesi ve itiraz süresi de belirtilerek bildirilir.

(2) Soruşturma izni verme yetkisinin Bakan veya bakan yardımcısına ait olduğu durumlarda, kararın yazım ve bildirim işlemleri Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülür. Diğer hâllerde kararın yazımı ve yazışmalar, doğrudan yetkili merci tarafından gerçekleştirilir.

(3) Verilen kararlar ilgilinin özlük dosyasına işlenmesi ve varsa idari yönden takip edilmesi için hakkında inceleme yapılan kamu görevlisinin bağlı olduğu kuruma gönderilir.

Karara itiraz ve süresi

MADDE 25- (1) Soruşturma izni verilmesi veya verilmemesi kararlarına karşı yargı yolu açıktır. Soruşturma izni verilmesine ilişkin karara karşı, hakkında ön inceleme yapılan memur veya diğer kamu görevlisi; soruşturma izni verilmemesine ilişkin karara karşı Cumhuriyet başsavcılığı veya varsa şikâyetçi; şayet yetkili merci, işleme koymama kararı vermişse, bu karara karşı da şikâyetçi itirazda bulunabilir.

(2) İtiraz süresi, kararın ilgilisine resmen tebliğ edildiği tarihten itibaren işlemeye başlar. İtiraz en geç on gün içinde yapılmalıdır. Belirtilen süre kesin olup süresinde yapılmayan itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

İtirazın yapılacağı ve değerlendirileceği merciler

MADDE 26- (1) Soruşturma izni verilmesine veya verilmemesine ilişkin kararlara karşı itirazlar; Bakanlık merkez teşkilatında görevli olup Cumhurbaşkanlığı kararıyla atanan memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkındaki kararlar için Danıştay İkinci Dairesine, diğer memurlar ve kamu görevlileri hakkındaki kararlar için yetkili merciin yargı çevresinde bulunduğu bölge idare mahkemesine yapılır.

(2) İtirazın değerlendirilmesi için kararla birlikte ön inceleme evrakının tamamı itiraza bakacak mercie gönderilir.

(3) Danıştay İkinci Dairesi ve bölge idare mahkemesi, itirazları öncelikle inceleyerek en geç üç ay içinde karara bağlar. Verilen bu kararlar kesindir.

(4) Tıbbi kötü uygulama konulu ön incelemelerde 3359 sayılı Kanunun ek 18 inci maddesindeki hükümler saklı olup Mesleki Sorumluluk Kurulunun kararlarına karşı Ankara Bölge İdare Mahkemesine itiraz edilebilir.

Kesinleşen kararlar üzerine yapılacak işlem

MADDE 27- (1) İlgili memur ya da kamu görevlisi hakkında yapılan ön inceleme neticesinde verilen; soruşturma izni verilmesi kararının itiraz edilmeden veya bu karara karşı yapılan itirazın reddi ile kesinleşmesi ya da soruşturma izni verilmemesine ilişkin karara karşı yapılan itirazın yetkili idari yargı mercilerince kabulü üzerine dosya, ilgili memur ya da kamu görevlisi hakkında adli işlem tesis edilmek üzere derhal yetkili ve görevli Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir. Dosyanın bir örneği de hakkında ön inceleme yapılan memur veya diğer kamu görevlisinin özlük işlemlerinin yürütüldüğü kuruma intikal ettirilir ve söz konusu kararların bir örneği de ilgilisine ayrıca tebliğ edilir.

(2) Soruşturma izni verilmemesine ilişkin kararın itiraz edilmeden kesinleşmesi veya soruşturma izni verilmesine dair karara karşı yapılan itirazın, idari yargı mercilerince kabulü üzerine ilgili dosya, hakkında ön inceleme yapılan memur veya diğer kamu görevlisinin özlük işlemlerinin yürütüldüğü kuruma gönderilerek muhafaza edilir ve söz konusu kararların bir örneği de ilgilisine ayrıca tebliğ edilir.

ALTINCI BÖLÜM
Çeşitli Hükümler

Haksız isnatta bulunanlar hakkında yapılacak işlemler

MADDE 28- (1) İhbar veya şikâyetlerin ihbar veya şikâyet edileni mağdur etmek amacıyla ve uydurma bir suç isnadı suretiyle yapıldığı hazırlık soruşturması sonucunda anlaşılır veya yargılama sonucunda sabit olursa, haksız isnatta bulunanlar hakkında yetkili Cumhuriyet başsavcılığınca resen soruşturmaya geçilir.

(2) Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yukarıdaki fıkrada belirtilen durumlarda kamu davası açılması için Cumhuriyet başsavcılığına başvurma ve haksız isnatta bulunanlar hakkında genel hükümlere göre tazminat davası açma hakları saklıdır.

Mükerrer ön inceleme başlatılması

MADDE 29- (1) Aynı konu hakkında daha önceden ön inceleme yapılması ve neticelenmesi durumunda müfettiş veya muhakkik, sonucu değiştirecek yeni delil, bilgi, belge ve bulguların ortaya çıkması durumu hariç olmak üzere, yeni bir ön inceleme yapmaksızın önceden yapılmış ve neticelenmiş bulunan ön inceleme raporundan da bahsederek, konu kapsamında yapılacak bir işlem olmadığına dair durumu müstakil bir yazıyla amirleri vasıtasıyla yetkili mercie bildirir.

(2) Birbiriyle kısmen veya tamamen kesişen konularda aynı anda yürütülmekte olan ve henüz tamamlanmamış birden fazla ön inceleme bulunduğu takdirde, konu bütünlüğünün sağlanması için üst merci tarafından görevlendirilen müfettiş veya muhakkik, alt merci tarafından görevlendirilen muhakkikten, yürütülmekte olan ön incelemeyi ekleriyle birlikte izin

vermeye yetkili merciden onay alınmak suretiyle devralır. Diğer muhakkik veya muhakkikler incelemenin devralındığını, kendilerini görevlendiren mercilere ayrıca bildirirler.

Teftiş ve denetim sırasında suç tespiti

MADDE 30- (1) Teftiş ve denetimle görevli denetim elemanları, inceleme, teftiş ve denetim esnasında gerek doğrudan gerekse ihbar veya şikâyet üzerine 4483 sayılı Kanun kapsamına giren bir suç tespit ederlerse, usulüne uygun olarak talep edecekleri inceleme veya soruşturma izni sonrası hazırlayacakları raporu, ön inceleme yapılması talebiyle dizi pusulasına bağlı olarak, ekleriyle birlikte ilgili mercie intikal ettirirler.

(2) Tespit edilen suçun 4483 sayılı Kanun kapsamına girmemesi ancak diğer kanunlar kapsamında işlem yapılmasını gerektirir nitelikte bir suç olması hâlinde, usulüne uygun olarak tanzim olunacak rapor genel hükümlere göre değerlendirilmek üzere memurun bağlı olduğu disiplin amirleri vasıtasıyla ilgili Cumhuriyet başsavcılığına iletilir.

(3) Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapmakla birlikte; kadroları Yükseköğretim Kuruluna bağlı olup kendileriyle 2/11/2011 tarihli ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 42 nci maddesi kapsamında hizmet sözleşmesi akdedilerek fiilen idarecilik görevi yapan öğretim üyeleri hakkında; teftiş, denetim ve inceleme esnasında tespit edilen idarecilik görevlerinden kaynaklanan fiilleri nedeniyle ön inceleme yapılması gereği hasıl olursa, ilgililer hakkında 4483 sayılı Kanun kapsamında ön inceleme yapılması için eğitim ve araştırma hastanelerinin bulunduğu il valiliklerinden izin alınmak üzere tanzim olunan raporların bir örneği ilgili valiliğe gönderilir.

(4) Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapmakla birlikte; kadroları Yükseköğretim Kuruluna bağlı olup kendileriyle 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 42 nci maddesi kapsamında hizmet sözleşmesi akdedilen ve fiilen idarecilik görevi yapan öğretim üyeleri ile kadroları Yükseköğretim Kuruluna bağlı ve kendileriyle 3359 sayılı Kanunun ek 9 uncu maddesi kapsamında hizmet sözleşmesi akdedilen öğretim üyeleri hakkında, 3359 sayılı Kanunun ek 18 inci maddesi gereği, statüleri belirtilen ilgili çalışanlar hakkındaki tıbbi kötü uygulama iddialarına yönelik ön inceleme yapılması zarureti hasıl olduğunda, tanzim olunan raporların bir örneği ilgililer hakkında 4483 sayılı Kanun kapsamında ön inceleme yapılması için Mesleki Sorumluluk Kuruluna gönderilir.

(5) 3359 sayılı Kanunun ek 18 inci maddesi gereği; 2547 sayılı Kanunun 53 üncü maddesinde yer alan soruşturma usulüne tabi olanlar hariç olmak üzere, kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde görev yapan hekimler, diş hekimleri ile diğer sağlık mesleği mensuplarının, sağlık mesleklerinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle açılan soruşturmalar hakkında da 4483 sayılı Kanun hükümleri uygulanır. Söz konusu ilgililer hakkında 4483 sayılı Kanun kapsamında yapılacak soruşturmalara ilişkin verilecek izinler de Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından verilir. Müfettişlerin ve diğer denetim elemanlarının yapmış oldukları inceleme ve soruşturmalar çerçevesinde; sağlık meslek mensuplarının, sağlık mesleklerinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle 4483 sayılı Kanun çerçevesinde haklarında ön inceleme yapılması gerektiği kanaatine varılırsa, ilgili raporlarda konunun yetkili merci olan Mesleki Sorumluluk Kuruluna intikal ettirilmesi yönünde teklif getirilir.

(6) İnceleme veya soruşturmalar sonucu, ilgili memurların sadece idari işlemleri nedeniyle haklarında 4483 sayılı Kanun kapsamında ön inceleme yapılması gerektiği kanaati edinilmişse; ilgili memurlar hakkında ön inceleme yapılması için ilgili raporun bir örneğinin yetkili mercilere gönderilmesi gerektiği yönünde teklifte bulunulur.

Ön inceleme raporlarının yetkili mercilere teslim edilmesinde süre

MADDE 31- (1) Ön inceleme yapmakla görevlendirilenler, düzenledikleri raporları 4483 sayılı Kanunun 7 nci maddesiyle belirtilen karar verme süreleri içinde karar verilmesine

imkân sağlamak üzere, belirtilen sürenin tamamlanmasından en az beş gün öncesinde, yetkili mercie teslim ederler.

Ön inceleme raporunda yer alması gereken hususlar

MADDE 32- (1) Ön inceleme raporları, bu Yönerge ekinde bulunan örnekteki bölümlere ve başlıklara uygun olarak düzenlenir.

(2) 4483 sayılı Kanuna göre tanzim olunan ön inceleme raporlarının sonuç bölümünde, ilgili kişiler hakkında soruşturma izni verilmesi veya soruşturma izni verilmemesi önerilerinde bulunulur. Bu öneriler kapsamında 5237 sayılı Kanun veya diğer kanunlar kapsamında suçun unsurlarının oluşup oluşmadığı hususları irdelenir. Ön inceleme raporlarının düzenlenmesinde; incelemeye konu fiillerin ilgililerinin görevleriyle ilgili olup olmadığı hususuna da ayrıca dikkat edilir.

(3) 4483 sayılı Kanun kapsamında tanzim olunan ön inceleme raporlarında adli ve idari mercilerce yapılacak işlemlerde karışıklığa mahal verilmemesi için; raporun "Netice ve Kanaat" bölümüne; "1. Disiplin Yönünden", "2. İdari Yönden", "3. Mali Yönden" ve "4. Adli Yönden" başlıkları açılır. Ön inceleme raporunun "Netice ve Kanaat" bölümünün "1. Disiplin Yönünden" kısmında; konuyla ilgili inceleme veya soruşturma raporu tanzim edilmişse bu raporun tarih ve sayısı, eğer soruşturma emri istenmişse, talep yazısının tarih ve numarası veya soruşturma emri istenecekse bu husus ayrıca belirtilir. Ön inceleme raporunun "Netice ve Kanaat" bölümünün "2. İdari Yönden" ve "3. Mali Yönden" kısımlarında, konu kapsamında tanzim olunan veya olunacak raporlara veya işlemlere atıfta bulunulur. Ön inceleme raporunun "Netice ve Kanaat" bölümünün "4. Adli Yönden" kısmında, ilgili kişilerin ünvan ve isimleri açıkça belirtilerek, fiilleri özetlenir ve haklarında 4483 sayılı Kanun kapsamında soruşturma izni verilmesi veya soruşturma izni verilmemesi önerisinde bulunulur.

Mali sorumluluk ve rücu işlemleri

MADDE 33- (1) Ön inceleme, disiplin soruşturması veya diğer idari soruşturmaları yapmakla görevlendirilen muhakkikler ile müfettiş ya da denetim elemanlarının ön inceleme görevleriyle ilgili olarak yaptıkları işlemlerden, yürüttükleri faaliyetlerden, düzenledikleri raporlar ile görüş yazılarında belirttikleri kanaatlerinden veya kanunla kendilerine verilen yetkilere dayanarak aldıkları tedbirlerden dolayı herhangi bir zarar ortaya çıkmışsa, bu zarar nedeniyle kişisel kusur, haksız fiil veya diğer sorumluluk hâlleri de dâhil olmak üzere ancak idare aleyhine tazminat davası açılabilir. Bununla birlikte, söz konusu görevlilerin suç sayılan eylemleri ile kin, garaz ve hatıra dayalı olarak veya baskı veyahut telkinle kanaat oluşturduğu ya da kanaatlerini değiştirdikleri, kesinleşmiş yargı kararı ya da disiplin kurulu kararıyla tespit edilirse, idarenin ön inceleme yapan ilgili görevliye rücu hakkı saklıdır.

(2) Ön inceleme, disiplin soruşturması veya diğer idari soruşturmalar ile teftiş ya da denetim sonucunda düzenlenen raporlara dayanarak karar verenler veya işlem tesis edenler ile bu kararların ya da işlemlerin hazırlık süreçlerinde yer alanlarla ilgili işlemlerin uygulanmasını teklif edenler hakkında da birinci fıkra hükmü uygulanır.

YEDİNCİ BÖLÜM
Son Hükümler

Memurin Muhakematı Hakkında Kanunu Muvakkata yapılan atıflar

MADDE 34- (1) İlgili kanunlarda mülga Memurin Muhakematı Hakkında Kanunu Muvakkatın uygulanacağı belirtilen hallerde 4483 sayılı Kanun hükümleri uygulanır.

(2) Mülga Memurin Muhakematı Hakkında Kanunu Muvakkatın uygulanmayacağının açıkça belirtildiği hâllerde, 4483 sayılı Kanun hükümlerine göre değil, genel yargılama usullerine göre işlem tesis edilir.

Yürürlükten kaldırılan mevzuat

MADDE 35- (1) 4/9/2000 tarihli ve B.100.TKB.00000006/3723 sayılı Bakan Oluru ile yürürlüğe konulan Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun'un

Uygulanmasıyla İlgili Olarak Sağlık Bakanlığınca Yürütülecek İşlemlere İlişkin Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 36- (1) Bu Yönerge Bakan Oluru ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 37- (1) Bu Yönerge hükümlerini Bakan yürüttür.

10.2.2. Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Muhakkiklik Eğitimi Yönergesi

BAKAN YARDIMCILIĞI
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
261021584

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Muhakkiklik Eğitimi Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

Teftiş Kurulu Başkanlığının düzenlemiş olduğu Muhakkiklik eğitimlerinin ilke ve hedeflerini tespit etmek, eğitimleri planlamak ve uygulamak, eğitim sonu katılımcıların değerlendirilmesine ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla 23.08.2022 tarihli ve 31932 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Yönetmeliği'nin 4 üncü maddesinin 4 üncü fıkrasına istinaden hazırlanan Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Muhakkiklik Eğitimi Yönergesi taslağı ilişikte sunulmuştur.

İlişikte sunulan nihai taslağın yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUGU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../11/2024

Hüseyin Kürşat KIRBIYIK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../11/2024

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Muhakkiklik Eğitimi Yönergesi Taslağı (7 sayfa)

TEFTİŞ KURULU BAŞKAN YARDIMCILIĞI 1
TEFTİŞ KURULU BAŞKAN YARDIMCILIĞI 1
22.10.2024 14:39:16 E-55753567-010.04-257526770

257526770

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Teftiş Kurulu Başkanlığı

Sayı : 55753567-010.04
Konu : Muhakkiklik Eğitimi Yönergesi

22.10.2024

HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE

Teftiş Kurulu Başkanlığının düzenlemiş olduğu Muhakkiklik eğitimlerinin ilke ve hedeflerini tespit etmek, eğitimleri planlamak ve uygulamak, eğitim sonu katılımcıların değerlendirilmesine ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla Başkanlığımız tarafından 23.08.2022 tarihli ve 31932 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Yönetmeliği'nin 4. maddesinin 4. fıkrasına istinaden hazırlanan "Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Muhakkiklik Eğitimi Yönergesi", 24.02.2022 tarihli, 31760 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'in 5. maddesi uyarınca görüşünüze sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Erkan HACIFAZLIOĞLU
Teftiş Kurulu Başkanı

Ek: Yönerge (7 Sayfa)

SAĞLIK BAKANLIĞI TEFTİŞ KURULU BAŞKANLIĞI MUHAKKİKLİK EĞİTİMİ YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu yönergenin amacı; muhakkiklik eğitimlerinin; ilke ve hedeflerini tespit etmek, söz konusu eğitimlerin planlanması, uygulanması, eğitim sonu katılımcıların değerlendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu yönerge, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığının düzenleyeceği muhakkiklik eğitimlerine iştirak eden katılımcıları, eğitimlerde görev alan eğiticileri, eğitim hizmetlerinin verilmesine yardımcı olan diğer görevlileri kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu yönerge, 1 numaralı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 508. maddesi ve 11/12/2009 tarihli ve B.10.0.SEG.0.72.00.03-010.03/15296 sayılı Bakanlık Makamı Onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliğine istinaden hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu yönergede geçen,

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Bakan: Sağlık Bakanını,

c) Başkanlık: Teftiş Kurulu Başkanlığını,

d) Başkan: Teftiş Kurulu Başkanını,

e) Birim: Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatına ait Genel Müdürlükler, Daire Başkanlıkları, Müdürlükler, Kurumlar, Başkanlıklar, Müşavirlikler ile taşra teşkilatında İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ve bunlara bağlı hizmet birimlerini,

f) Eğitici: Hizmet içi eğitim verme yetkinliğine sahip görevlileri,

g) Eğitim Merkezi: Belirlenen standartlara sahip eğitim mahallini,

ğ) Eğitim Sorumlusu: Eğitim faaliyetlerinin yürütülmesinden sorumlu kişiyi,

h) Katılımcı: Muhakkiklik eğitim programlarına katılan personeli,

ı) Muhakkik: 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun kapsamında Ön İnceleme yapma veya Sağlık Bakanlığı Disiplin Amirleri Yönetmeliği çerçevesinde Disiplin Amirleri veya Atamaya Yetkili Amirler tarafından Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatının bağlı ve ilgili birimlerinde inceleme ve soruşturma yapma göreviyle görevlendirilenleri,

i) Katılım Belgesi: Muhakkiklik eğitimi sonrası katılımcılara verilen belgeyi,

j) Eğitim Komisyonu: Bu yönergeye göre; eğitim taleplerini değerlendiren, karara bağlayan, eğitimlerle ilgili usul ve esasları belirleyen Komisyonu,

k) Eğitim Materyali: Muhakkiklik eğitiminde katılımcılara verilen her türlü görsel, işitsel, matbu materyali ve eklerini,

l) Uzaktan Eğitim: İnternet altyapısı ve uygun programlar kullanılarak elektronik ortamda yüz yüze canlı olarak yapılan eğitimi,

İfade eder.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 903EC2AF-57DC-4862-A455-20DD2EF136C1 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

İKİNCİ BÖLÜM
Muhakkiklik Eğitiminin Esasları

Genel esaslar

Madde 5- (1) Muhakkiklik hizmet içi eğitimi programının standartları; Bakanlığın stratejik planları, Bakanlığımıza çeşitli vasıtalarla iletilen şikâyet ve temennilerin içerikleri ile Teftiş Kurulu Başkanlığının inceleme, soruşturma ve denetimlerde tespit ettiği hususlar da dikkate alınarak belirlenir.

Muhakkiklik eğitiminin hedefleri

Madde 6- (1) Muhakkiklik eğitim programının hedefi;

a) Bakanlık taşra ve merkez teşkilatında inceleme ve soruşturma görevlerini ifa eden muhakkiklerin günün koşularına uygun olarak yetiştirilmelerini sağlamak,

b) Görevin gerektirdiği bilgi, beceri ve davranışlara sahip olmalarını temin etmek, temsil kabiliyetlerini yükseltmek,

c) Muhakkiklik görevini ifa eden personelin niteliklerini ve verimliliklerini artırmak, inceleme ve araştırma kapasitelerini geliştirmek,

ç) Muhakkiklerin görevlerini ifa ederken tarafsızlık, kamu yararı ve etik kurallar çerçevesinde hareket etmelerini temin etmek,

d) Çalışma disiplini, ekip çalışması, iletişim becerileri, analitik ve disiplinler arası düşünme alışkanlığını yerleştirmek,

e) Güncel inceleme, soruşturma ve rapor yazım teknikleri konularındaki becerilerini geliştirmek,

f) Rapor yazım tekniklerinde standardizasyonu ve objektifliği sağlamak,

g) Muhakkiklerin aldıkları eğitimler doğrultusunda teorik bilgilerini, pratiğe aktarabilmelerini,

Temin etmektir.

Muhakkiklik eğitimiyle ilgili sorumluluklar

Madde 7- (1) Muhakkiklik eğitiminde belirlenen hedeflere ulaşılabilmesi için ilgililerin sorumlulukları şunlardır;

a) Bu yönergede belirtilen hükümlere göre eğiticiler ve eğitime tabi tutulacak personel eğitime katılmaktan sorumludur.

b) Muhakkiklik eğitiminden yararlanmada, belirlenecek öncelik prensipleri dâhilinde talep eden veya kendi birimlerince bu eğitime katılması istenilen personel, belirlenen muhakkik ihtiyacına göre, Muhakkiklik eğitim etkinliklerine katılır.

c) Gerektiğinde ilgili kurum ve kuruluşlarla, muhakkiklik eğitimi için iş birliği sağlanarak; bilgi, belge, araç-gereç ve eğitici değişimi yapılır.

ç) Muhakkiklik eğitimleri, Bakanlığın amaçları, görevleri, yetkileri, sorumlulukları ve ihtiyaçları doğrultusunda; bir plân ve programa dayalı olarak düzenlenir.

d) Eğitimler, etkinlik ve verimlilik ilkelerine uygun olarak yürütülür.

e) Eğitim yapılacak ortamlar, eğitimin gereklerine göre düzenlenir ve donatılır. Eğer eğitim, uzaktan eğitim yoluyla yapılacaksa gerekli teknik altyapı ve program desteği katılımcılara sağlanır.

f) Muhakkiklik eğitim plânı ve programları ile eğitim faaliyetleri Bakanlık birimlerinin aslî görevlerini aksatmayacak biçimde düzenlenir.

g) Muhakkiklik eğitimine tabi tutulan personel, eğitimde kazandırılan niteliklerine ve eğitime gönderilme amaçlarına uygun görevlerde değerlendirilir.

ğ) Eğitimden beklenen sonuçlara ulaşılıp ulaşılamadığının belirlenmesi için eğitim çalışmaları sırasında ve bitiminde değerlendirme yapılır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 903EC2AF-57DC-4862-A455-20DD2EF136C1 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Eğitimin Konuları

Eğitim konuları

Madde 8 - (1) Muhakkiklik eğitim programı, aşağıda yer alan hususlar ve konular esas alınarak hazırlanır.

a) Başta Anayasa olmak üzere; 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, İdare Hukuku ve Ceza Hukukunun genel ilkeleri, 4483 sayılı Kanun, 3628 sayılı Kanun, memurların adlî, idarî ve malî sorumlulukları, kamu zararı ve tazmin usulleri, denetim görevlilerinin uyacakları meslekî etik davranış ilkeleri, inceleme ve soruşturma mevzuatı, Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı, uygulamaya yönelik olarak Eğitim Komisyonunun önereceği, Başkanlığın uygun göreceği konulara ağırlık vermek suretiyle eğitim programına dâhil edilir.

b) Bakanlığa intikal eden ve şikâyete konu olan hususlar dikkate alınarak; Taşıt ve Harcırah Kanunu, İhale Mevzuatı, Basına Demeç Verme ve Sosyal Medya Paylaşımları, Mobbing, Tıbbi Kötü Uygulama, Hasta ve Çalışan Haklarına Yönelik Uygulamalar, Sağlık Kurulu Raporları, İlâç ve Reçete Tanzimi usulleri, Terör Propagandası kapsamına giren fiiller, Yangın ve Sivil Savunma Mevzuatı ve Malî Denetim Usul ve Yöntemleri konularına eğitim programlarında yer verilebilir.

c) Başkanlıkça gerekli görüldüğü takdirde; resmi yazışma usul ve esasları, protokol ve nezaket kuralları, Türkçe dilbilgisi, kompozisyon ve öyküleme teknikleri, kişisel gelişim ve iletişim konuları muhakkiklik eğitim programlarına ilâve edilebilir.

ç) Eğitimde uygulamaya yönelik olarak; Bakanlıkta en çok karşılaşılan inceleme ve soruşturma konuları dikkate alınarak; vaka analizleri, örnek senaryolar, problem çözme tartışmaları, katılımcılara yaptırılabilir.

d) Katılımcıların profilleri dikkate alınarak, eğitim programlarının içerikleri, süreleri ve programın yürütülme biçimi Eğitim Komisyonunca belirlenerek Başkanlığın takdirine sunulur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Eğitici Personelin Niteliği ve Eğitici Temini

Eğitici personelin niteliği ve eğitici temini

Madde 9- (1) Muhakkiklik eğitiminde eğitici olarak görev yapacak personel, Başkanlık tarafından, eğitim konularına uygun olarak, bu alanlarda çalışması ve tecrübesi olanlar arasından seçilir ve görevlendirilir.

(2) Eğiticiler görevlendirilirken, eğiticilerin eğitim konularıyla ilgili bilgi, beceri ve tecrübe sahibi olmaları hususlarının yanısıra, eğiticilerde etkili sunum becerisi ile ifade etme kabiliyetinin bulunması özellikleri de dikkate alınır.

(3) Eğiticilerin öncelikli olarak Bakanlık içinden temin edilmesi esastır. İhtiyaç duyulması halinde üniversiteler dâhil, diğer kamu kurum ve kuruluşlarından, özel kurum ve kuruluşlardan eğitici temin edilmesi ve özel kişilerden eğitici olarak yararlanılması yoluna da gidilebilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Eğitimin Yapılacağı Yer ve Süresi

Eğitimin yapılacağı yer

Madde 10- (1) Eğitimler, Eğitim Komisyonunca önerilecek ve Başkanlıkça uygun görülecek yer ve merkezlerde yapılır. Gerekli görüldüğü taktirde internet alt yapısı kullanılarak uzaktan eğitim yöntemiyle de eğitim yapılabilir.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 903EC2AF-57DC-4862-A455-20DD2EF136C1 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

(2) Başkanlıkça gerek görüldüğü takdirde, katılımcılara Bakanlığın denetimine tabi her türlü resmi ve özel kurum ve kuruluşta mahallinde gezi, gözlem, inceleme ve uygulama yaptırılabilir.

(3) Eğitim Merkezi olarak kullanılacak mahallerin fiziki ve teknik yeterlilik koşullarıyla ilgili olarak çıkabilecek problemler, uzaktan eğitimde internet altyapısında ve program kullanımlarında oluşabilecek teknik aksaklıklar Başkanlık kanalıyla ilgili teknik ve idari birimlerle koordinasyon içerisinde giderilir.

Eğitimin süresi

Madde 11- (1) Eğitimin süresi, periyodu ve eğitim saatleri Başkanlıkça belirlenir. Aynı yıl içinde, aynı veya farklı katılımcıların iştirak edeceği, farklı seviyelerde birden fazla muhakkiklik eğitimi programı düzenlenebilir.

(2) Resmi mesai saatleri haricinde ve hafta sonlarında da eğitim programı düzenlenebilir.

(3) Eğitim faaliyetlerinde her bir ders saati 50 dakikadır. Katılımcılara ve eğiticilere her 50 dakikalık periyod sonrası 10 dakika dinlenme molası hakkı tanınır. Blok derslerde 90 dakikayı geçen eğitim yapılamaz. Gün boyu devam eden eğitimlerde katılımcılara ve eğiticilere öğle vaktinde en az 60 dakika dinlenme hakkı tanınır.

(4) Günlük eğitim süresi 1 ders saatinden az, 8 ders saatinden fazla olamaz.

(5) Eğitim sürelerinin tespitinde; eğitimle elde edilmek istenen sonuç, katılımcıların durumu, mevsimsel ve iklimsel koşullar, idarî ve malî mevzuatın sınırlayıcı hükümleri, dikkate alınır.

(6) Eğitimler, gerek görülmesi halinde uzaktan eğitim metotlarıyla internet alt yapısı kullanılarak verilebilir. Bu tür eğitimlerde katılımcıların ses ve görüntü açısından uzaktan eğitime imkân veren donanımlarla eğitime katılmaları mecburidir.

ALTINCI BÖLÜM
Katılımcı Sayıları ve Katılımcıların Belirlenmesi

Katılımcı sayıları ve katılımcıların belirlenmesi

Madde 12 – (1) Katılımcılar azami 50'şer kişilik gruplar halinde eğitime tabi tutulur. İnternet alt yapısı kullanılarak yapılan uzaktan eğitimlerde bu sayı Başkanlıkça belirlenir. Grupların oluşturulmasında katılımcıların fiilen yaptıkları görev, eğitim durumları ve unvanları dikkate alınır. Homojen gruplara eğitim verilmesi konusunda gerekli tedbirler Eğitim Komisyonunca alınır.

(2) Muhakkiklik eğitimine katılacak personel, katılımcı personelin bağlı olduğu idari birimin uygun göreceği çalışanlar arasından, Eğitim Komisyonunca belirlenen ve Başkanlık kanalıyla talep edilen; fiili görev, unvan, eğitim vs. gibi kriterler de dikkate alınarak belirlenir.

(3) Muhakkiklik eğitimine katılması önerilen personel listesi, Başkanlığın talebi üzerine Bakanlığın merkez ve taşra birimlerince Başkanlığa iletilir. Başkanlığa iletilen listeler Eğitim Komisyonuna intikal ettirilir.

(4) Muhakkiklik Eğitim Programları, istenilen nitelikteki adaylar arasından ilgili birimlerce bildirilen aday taleplerinin toplanmasından sonra Başkanlıkça kesinleştirilir. Eğitim programı başlamadan en az 15 gün önce ilgili birimlere program içeriği ve yeri duyurulur.

YEDİNCİ BÖLÜM
Eğitim Komisyonunun ve Eğiticilerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Eğitim komisyonunun görev, yetki ve sorumlulukları

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 903EC2AF-57DC-4862-A455-20DD2EF136C1 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Madde 13- (1) Eğitim Komisyonu, muhakkiklik eğitimi verme yetkinliğine sahip en az beş Başmüfettişten teşkil olunur ve komisyon üyeleri Başkanlıkça belirlenir. Komisyon üyelerinden birisi Başkanlıkça Eğitim Komisyonu Başkanı ve Eğitim Sorumlusu olarak görevlendirilir.

(2) Eğitim Komisyonu, muhakkiklik eğitiminin planlamasını yapar ve güncel şartları dikkate alarak eğitimin içeriğini, süresini, yerini, zamanını, eğiticileri, ders materyallerini, eğitim yöntemini, teknik ihtiyaçları tespit ederek Başkanlığın onayına sunar. Eğitimin yapılacağı yer, eğitimde kullanılacak her türlü materyal ve eğitim için ihtiyaç duyulan diğer hususlar tespit edilerek gereği yapılmak üzere Eğitim Komisyonu tarafından Başkanlığa bildirilir.

(3) Eğitim Komisyonu tarafından; her asıl eğitici için, bir yedek eğitici tespit edilir. Asıl eğiticinin eğitim görevini ifa edememesi durumunda yedek eğitici asıl eğiticinin eğitim görevini tamamlar. Yedek eğiticinin de görev yapamayacak durumda olması halinde Eğitim Komisyonunun, mevcut eğiticiler arasından, uygun göreceği bir eğitici, programı tamamlar.

(4) Eğitim Komisyonu, eğiticiler vasıtasıyla doldurtulacak eğitime devam tutanakları üzerinden, katılımcıların eğitime fiilen iştirak edip etmediğini, derslere devam edip etmediğini kontrol eder. Bu yöndeki liste ve tutanak örnekleri Eğitim Komisyonu tarafından hazırlanır. Eğitim Komisyonunun önereceği Başkanlığın uygun göreceği bir Başkanlık personeli tarafından eğitime katılım tutanaklarının takip ve muhafazası yapılır. Muhakkiklik eğitimi, uzaktan eğitim yoluyla internet altyapısı kullanılarak uygun bir program üzerinden yapılacaksa, katılımcıların eğitime aktif katılımı, eğitimde kullanılan ilgili programlar kullanılarak ve katılımcıların ekran görüntüleri alınarak tespit edilir.

(5) Eğitimin; etkin ve verimli, istenen amaçlara uygun olarak gerçekleşmesi için Eğitim Komisyonunca gerekli tedbirler alınır.

(6) Eğitim Komisyonu her eğitim sonrası eğitimi değerlendirir. Katılımcıların aldıkları eğitim hakkında yapmış oldukları öneriler gelecek eğitimlerde dikkate alınır. Gerekirse, eğitimin daha etkin ve verimli olması için; içerik, yöntem ve usul değişiklikleri Eğitim Komisyonunca tespit edilip Başkanlığın onayına sunulur.

(7) Eğitimin etkinlik ve verimliliğinin değerlendirilmesi için Eğitim Komisyonu tarafından yazılı veya sözlü anket yapılabilir. Anket usul ve yöntemleri ile içerikleri Eğitim Komisyonunca belirlenir.

(8) Eğitim programları tamamlandığında, Eğitim Komisyonu tarafından tanzim olunacak bir Değerlendirme Raporu Başkanlığa sunulur.

Eğiticilerin görev, yetki ve sorumlulukları

Madde 14 - (1) Eğiticiler;

a) Başkanlıkça kendilerine verilen eğitim programını, eğitimin amacına uygun olarak katılımcılara aktarmak ve programı eksiksiz olarak tamamlamak,

b) Eğitimle ilgili materyalleri hazırlamak ve eğitimden önce Eğitim Komisyonu kanalıyla Başkanlığa teslim etmek,

c) Eğitim esnasında etkili sunum ve aktarım tekniklerini, interaktif modern eğitim metotlarını uygulamak,

ç) Zorunlu sebeplerle eğitim faaliyetini icra edememeleri durumunda bu durumu ivedilikle Eğitim Komisyonu vasıtasıyla Başkanlığa bildirmek,

Durumundadırlar.

(2) Eğiticiler, kendilerine verilen eğitim programının katılımcılara aktarılması sırasında, eğitim programının belli bir düzen içinde yürütülmesini temin ederler.

(3) Eğitimler, eğitim görevini aksatmamak şartıyla, eğiticilerin üzerlerindeki mevcut işlerle birlikte yürütülebilir.

(4) Eğiticiler, eğitimin etkin ve verimli bir şekilde icra edilmesine yönelik olarak; teklif ve görüşlerini yazılı olarak Eğitim Komisyonuna iletebilirler.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 903EC2AF-57DC-4862-A455-20DD2EF136C1 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

SEKİZİNCİ BÖLÜM
Katılımcıların Sorumlulukları, Disiplin ve İzin

Katılımcıların Sorumlulukları

Madde 15- (1) Muhakkiklik eğitimine katılanların, Eğitim Komisyonunca belirlenen şartları taşımaları gereklidir.

(2) Muhakkiklik eğitim programlarına katılması kararlaştırılan personel, eğitim faaliyetine katılmak zorunda olup, katılımcı personelin bağlı oldukları birim amirleri, söz konusu personelin muhakkiklik eğitime katılımını sağlamakla yükümlüdür.

(3) Kanuni mazeretleri olanlar dışında, eğitim faaliyetine katılmayanlar ve eğitim faaliyetlerini aksattıkları tutanaklarla tespit edilenler kendi disiplin amirlerine bildirilir.

(4) Muhakkiklik eğitime katılan personel, Eğitim Sorumlusunun bilgisi dâhilinde acil hallerde izin kullanabilir.

(5) Eğitim faaliyetine katılımcı olarak devam edenlere, eğitim süresinde amirleri tarafından muhakkiklik eğitimini aksatacak şekilde başka bir görev verilemez.

(6) Muhakkiklik Eğitimine katılanlar;

a) Eğitimin başlayacağı gün ve saatte eğitim merkezinde hazır bulunmak, eğer eğitim uzaktan eğitim yoluyla verilecekse belirlenen gün ve saatte internet bağlantısını kurmak ve ilgili programa giriş yapmak,

b) Uzaktan eğitim yoluyla eğitime katılıyorlarsa, bilgisayar kameralarını açmak ve eğitime ilişkin elektronik kayıt işlemlerini daha önceden ilân edilecek prosedüre uygun olarak yaptırmak,

c) Eğitim saatlerine uymak ve derslere düzenli olarak katılmak,

ç) Eğitimi engelleyecek tutum ve davranışlarda bulunmamak,

d) Eğitim ile ilgili yapılması gereken etkinlikleri aksamaya meydan vermeden zamanında yapmak,

e) Eğitim merkezi veya eğitim yerinde belirlenen diğer kurallara uymak,

Zorundadırlar.

(7) Eğitim esnasında; katılımcılar, eğitimi aksatacak, derslerin ve eğitimcilerin insicamını bozacak, diğer katılımcıları rahatsız edecek şekilde hareket edemezler. Eğitimi engelleyecek şekilde iletişim araçlarını kullanamazlar.

(8) Belirtilenen kurallara uymadıkları tespit edilenler hakkında gerekli işlemler kendi disiplin amirlerince yerine getirilir.

(9) Katılımcıların eğitim esnasında kullandıkları izin süresi, eğitim programının 1/3'ünü geçtiği takdirde, bu katılımcılara katılım belgesi verilmez. Ancak, Eğitim Sorumlusu tarafından uygun görüldüğü takdirde, daha sonraki emsal eğitimlerde, bu eksik eğitimler söz konusu katılımcılar tarafından tamamlanırsa, ilgili katılımcılara katılım belgesi verilebilir.

(10) Mazeretsiz, izinsiz, Eğitim Sorumlusunun bilgisi ve izni olmadan eğitim programının 1/3'ünden fazlasına katılmayan kişilere, katılım belgesi verilmez ve durum tevsik edici belgelerle birlikte katılımcının disiplin amirine gerekli disiplin işlemleri yapılmak üzere yazılı olarak bildirilir.

DOKUZUNCU BÖLÜM
Muhakkiklik Eğitimine Katılanların Değerlendirilmesi

Muhakkiklik eğitimine katılanların değerlendirilmesi

Madde 16- (1) Katılımcılara, eğitim süresi sonunda katılım şartlarını taşıdıkları taktirde Başkan veya yetkilendireceği Eğitim Sorumlusu tarafından imzalanmış bir katılım belgesi verilir.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 903EC2AF-57DC-4862-A455-20DD2EF136C1 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

(2) Başkanlıkça gerekli görüldüğü takdirde Sertifikalı Muhakkiklik Eğitimi de düzenlenebilir. Bu takdirde eğitim 04/02/2014 tarihli ve 28803 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliğine uygun olarak düzenlenir ve yürütülür.

ONUNCU BÖLÜM
Mali Hükümler

Eğitim Giderleri

Madde 17- (1) Muhakkiklik eğitimi faaliyetlerinin gerçekleştirilmesine ait giderler Başkanlık Bütçesinden karşılanır.

(2) Eğiticilere il dışı görevleri için Harcırah Kanunu hükümlerine göre gündelik, konaklama, yol bedeli ve ayrıca varsa eğitimin icrasıyla ilgili diğer zorunlu masrafları ödenir.

(3) Eğitime katılanların gündelik, konaklama ve yol bedelleri kendi kurum ve kuruluşlarınca Harcırah Kanunu hükümlerine göre ödenir. Katılımcılara gündelik, konaklama ve yol bedeli haricinde ayrıca bir ödeme yapılmaz.

(4) Yönerge çerçevesinde ders vermek üzere görevlendirilen eğiticilere; 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 89. ve 176. maddeleri, Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği'nin 39., 07/10/1994 tarihli ve 94/6192 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile 20/12/1994 tarihli ve 22147 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe konulan "Sağlık Bakanlığına Bağlı Her Derecedeki Eğitim ve Öğretim Kurumları ile Hizmet İçi Eğitim Kurs ve Seminerlerde Ücretle Okutulacak Ders Saatlerinin Sayısı, Ders Görevi Alacakların Nitelikleri ve Diğer Hususlara Dair Esaslara" istinaden eğitim ücreti ödenebilir.

Hizmet Alımı

Madde 18- (1) Eğitim faaliyetlerinin icrası sırasında hizmet alımı ihtiyacı hâsıl olduğu takdirde, 4734 sayılı Kanun çerçevesinde Başkanlıkça veya muhakkiklik eğitim hizmetini talep eden birim tarafından, hizmet alımı yoluna gidilebilir.

ONBİRİNCİ BÖLÜM
Çeşitli Hükümler

Yıllık Plan

Madde 19 - (1) Bakanlık Merkezi Hizmet İçi Eğitim Planı hazırlanırken, Muhakkiklik Eğitimi Programları da dikkate alınır.

ONİKİNCİ BÖLÜM
Yürürlük ve Yürütme

Yürürlük

Madde 20- (1) Bu yönerge, Bakan Onayını müteakip yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 21- (1) Bu yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 903EC2AF-57DC-4862-A455-20DD2EF136C1 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

10.2.3. Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğü Yönergesi

BAKAN YARDIMCILIĞI
HUKUK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
29.11.2024 10:40:24 E-11045126-010.04-261023707

261023707

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : E-11045126-010.04-
Konu : Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğü Yönergesi

BAKANLIK MAKAMINA

Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Esaslı Denetim Sistemi (REDES) Koordinatörlüğünün organizasyon yapısını, görevlerini, çalışma usul ve esaslarını düzenlemek amacıyla 23.08.2022 tarihli ve 31932 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Yönetmeliği'nin 4. maddesinin 4. fıkrasına istinaden hazırlanan "Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğü Yönergesi" taslağı ilişikte sunulmuştur.

İlişikte sunulan nihai taslağın yürürlüğe konulmasını takdir ve tensiplerinize arz ederim.

Av. Ülker KUĞU
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../11/2024

Hüseyin Kürşat KIRBIYIK
Bakan Yardımcısı

OLUR
.../11/2024

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Ek: Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğü Yönergesi Taslağı (3 sayfa)

SAĞLIK BAKANLIĞI TEFTİŞ KURULU BAŞKANLIĞI
RİSK ESASLI DENETİM SİSTEMİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ YÖNERGESİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Başlangıç Hükümleri

Amaç ve kapsam

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğünün organizasyon yapısı ve görevleri ile çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.

(2) Bu Yönerge, Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğünün birimlerini ve bu birimlerce gerçekleştirilen iş ve işlemleri kapsar.

Dayanak

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, 23/8/2022 tarihli ve 31932 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Yönetmeliğinin 4 üncü maddesinin dördüncü fıkrasına dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 3- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakan: Sağlık Bakanını,

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) Başkan: Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanını,

ç) Başkanlık: Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığını,

d) İl temsilcisi: İl sağlık müdürü tarafından il sağlık müdürlüğü hizmet başkanları arasından belirlenen ve Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğü tarafından yapılan bildirimlerin, sahaya yönelik olarak hazırlanan ekranların takibini gerçekleştiren ve merkezle koordinasyonu sağlayan görevliyi,

e) Koordinatör: Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörünü,

f) Koordinatörlük: Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğünü,

g) Risk Esaslı Denetim Sistemi (REDES): Sağlık hizmet sunumunda yolsuzluk, usulsüzlük veya israf riski taşıyan durumları veri madenciliği yöntemleriyle tespit eden modern ve dinamik teftiş sistemini,

ğ) REDES Portal: REDES Koordinatörlüğü bünyesinde gerçekleştirilen görev atama, dosyalama ve benzeri işlerin yürütüldüğü ve kayıt altına alındığı web tabanlı uygulamayı ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğünün Organizasyon Yapısı

MADDE 4- (1) Koordinatörlük, Koordinatöre bağlı olarak faaliyet gösteren; İstihbarat Birimi, Analiz Birimi, Raporlama Birimi ve Saha Biriminden oluşur. Koordinatör, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Yönetmeliğinin 10 uncu maddesi uyarınca Başkana bağlı olarak görev yapar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Risk Esaslı Denetim Sistemi Koordinatörlüğünün Görevleri

Koordinatörlüğün görevleri

MADDE 5- (1) Koordinatörlük aşağıdaki görevleri yerine getirir:

a) Veri madenciliği yöntemleriyle yolsuzluk, usulsüzlük ve israfı önleyerek birey ve toplum sağlığına yönelik risklere karşı tedbir almak ve mali yönden tasarruf sağlamak,

b) Denetim kaynaklarının etkili ve verimli kullanılmasına katkı sağlamak,

c) Bakanlık merkez ve taşra teşkilatına rehberlik yapmak,

ç) Bakanlık ya da paydaş kurumların politikalarına katkı sağlamak.

Koordinatörün görevleri

MADDE 6- (1) Koordinatör aşağıdaki görevleri yerine getirir:

a) Koordinatörlüğe bağlı birimlerin faaliyetlerini yönetmek,

b) Koordinatörlüğe bağlı birimler arasındaki iş süreçlerini yönetmek,

c) Koordinatörlükçe oluşturulan, REDES raporu, değerlendirme raporu, faaliyet raporu, strateji belgesi ve benzeri dokümanı Başkanlığa sunmak,

ç) Başkanlığın diğer birimleriyle koordinasyonu sağlamak,

d) Koordinatörlüğün insan kaynakları yönetimini yapmak,

e) Koordinatörlükte görevli personelin eğitimine yönelik faaliyetleri yürütmek,

f) Koordinatörlükte görevli personelin izin işlemlerini Başkanın onayına sunmak,

g) Başkan tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek.

İstihbarat Biriminin görevleri

MADDE 7- (1) İstihbarat Birimi aşağıdaki görevleri yerine getirir:

a) Sağlık hizmet sunumunda yolsuzluk, usulsüzlük ve israfa neden olan konuları tespit etmek,

b) İnceleme-soruşturma raporlarını incelemek,

c) Raportör ve müfettiş görüşmelerini gerçekleştirmek,

ç) Uzman görüşmesi gerçekleştirmek,

d) Basını takip etmek,

e) İstihbarat raporu hazırlamak,

f) Değerlendirme raporu hazırlamak,

g) Muhakkik rehberi hazırlamak,

ğ) Merkez ve taşra teşkilatına yönelik rehberlik çalışması yapmak,

h) Mevzuat geliştirme çalışması yapmak,

ı) Yürütülen iş ve işlemlerle ilgili tüm bilgi ve belgeleri REDES Portala kaydetmek,

i) Koordinatör tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek.

Analiz Biriminin görevleri

MADDE 8- (1) Analiz Birimi aşağıdaki görevleri yerine getirir:

a) Sağlık hizmet sunumunda yolsuzluk, usulsüzlük ve israfa neden olan konuların tespitine katkı sağlamak,

b) Veri temin etmek,

c) Tanımlayıcı istatistikleri oluşturmak,

ç) Analiz çalışması yapmak,

d) REDES raporu hazırlamak,

e) Değerlendirme raporu hazırlamak,

f) REDES analizlerinden kaynaklanan inceleme-soruşturma işlerinde müfettişlerden ve REDES risk alanlarına giren konularda iç ve dış paydaşlardan gelen talepleri karşılamak,

g) Yürütülen iş ve işlemlerle ilgili tüm bilgi ve belgeleri portala kaydetmek,

ğ) Yönetici Bilgi Ekranı oluşturmak,

h) REDES raporunda yer verilen önerileri takip etmek,

ı) Koordinatör tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek.

Raporlama Biriminin görevleri

MADDE 9- (1) Raporlama Birimi aşağıdaki görevleri yerine getirir:

a) Altı aylık ve yıllık faaliyet raporlarını hazırlamak,

b) İş süreçlerine yönelik doküman hazırlamak,

c) Yıllık strateji belgesi hazırlamak,

ç) Saha faaliyetleri ve benzeri çalışmaların sonuç raporunu hazırlamak,

d) Broşür, video ve benzeri içerik üretmek,

e) Sosyal medya içeriği üretmek,

f) REDES web sitesine içerik üretmek,

g) Basın bültenini raporlamak,
ğ) Koordinatör tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek.

Saha Biriminin görevleri

MADDE 10- (1) Saha Birimi aşağıdaki görevleri yerine getirir:
a) İl temsilcileriyle koordinasyon sağlamak,
b) İç-dış paydaşlarla koordinasyon sağlamak,
c) İl temsilcilerinden gelen bilgileri derleyip istihbarat birimine aktarmak,
ç) İllerden veri talep etmek, düzenlemek ve kayıt altına almak,
d) Sahada ilgili birimlerle temas kurarak merkezden elde edilen verileri doğrulamak,
e) Fiilen sahada veya çevrimiçi yöntemlerle gerçekleştirilen saha faaliyetlerinin, çalıştay, toplantı ve benzeri etkinliklerin koordinasyonunu sağlamak,
f) Koordinatör tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Mali Hükümler

Mali Hükümler

MADDE 11- (1) REDES kapsamında merkez ve taşra teşkilatında verilecek eğitimlere ilişkin mali hususlar aşağıda sıralanmıştır:

a) REDES kapsamında taşra teşkilatında verilecek eğitimlerde, eğiticilere il dışı görevleri için 10/2/1954 tarihli ve 6245 sayılı Harcırah Kanunu hükümlerine göre gündelik, konaklama, yol bedeli ve ayrıca varsa eğitimin icrasıyla ilgili diğer zorunlu masrafları ödenir.

b) Eğitime katılanların gündelik, konaklama ve yol bedelleri kendi kurum ve kuruluşlarınca 6245 sayılı Kanun hükümlerine göre ödenir. Katılımcılara gündelik, konaklama ve yol bedeli haricinde ayrıca bir ödeme yapılmaz.

c) Yönerge çerçevesinde eğitim vermek üzere görevlendirilen eğiticilere; 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 89 uncu ve 176 ncı maddeleri, 11/12/2009 tarihli ve B.10.0.SEG.0.72.00.03-010.03/15296 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliğinin 39 uncu maddesi, 07/10/1994 tarihli ve 94/6192 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile 20/12/1994 tarihli ve 22147 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Her Derecedeki Eğitim ve Öğretim Kurumları ile Hizmet İçi Eğitim Kurs ve Seminerlerde Ücretle Okutulacak Ders Saatlerinin Sayısı, Ders Görevi Alacakların Nitelikleri ve Diğer Hususlara Dair Esaslara dayanılarak eğitim ücreti ödenebilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Son Hükümler

Yürürlük

MADDE 12- (1) Bu Yönerge, Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 13- (1) Bu Yönerge hükümlerini Bakan yürütür.

10.3. GENELGELER

10.3.1. Teftiş ve Denetim Faaliyetlerinin Yürütülmesi Genelgesi (2025/6)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : Z-11045126-010.06-
Konu : Teftiş ve Denetim Faaliyetlerinin Yürütülmesi

GENELGE
2025/6

Bakanlık merkez ve taşra teşkilatımızın teftiş, inceleme, soruşturma ve denetim işlemlerinin meri mevzuat çerçevesinde yürütülmesi, teftiş hizmetlerinde etkinlik ve verimliliğin sağlanabilmesi için aşağıdaki hususların tüm personelimize hatırlatılmasında fayda görülmüştür:

1. 2018/13 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesinde vurgulandığı üzere kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde çözüm odaklı bir yaklaşım sergilenecek, vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerin en etkin ve süratli bir biçimde yerine getirilmesi sağlanacak ve bu konuda gerekli tedbirler alınacaktır.

2. 2024/14 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesinde kamu yönetimi sistemimizde "vatandaş odaklı devlet anlayışı" esas alınarak kamu hizmetlerinin etkin, verimli, saydam ve hesap verebilir şekilde yürütülmesi; eğitim, sağlık, gıda, ticaret gibi alanlar başta olmak üzere sunulan tüm hizmetlerin vatandaşların hak ve menfaatlerini koruyacak şekilde icra edilmesi ve denetlenmesi, gerekli koordinasyonun sağlanarak hizmet sunum kapasitesinin sürekli geliştirilmesi vurgulanmıştır. Bu çerçevede; vatandaşa hizmet sunulan tüm alanlarda her türlü işlem ve uygulama meri mevzuata uygun olarak icra edilecek, bu kapsamdaki hizmetler merkez ve taşra birimlerimizde yetkili kılınan personel eliyle eksiksiz bir şekilde denetlenecektir.

3. Meri mevzuat gereği Bakanlığımız birimlerine 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinde verilen hizmet alanlarını kapsayan hiçbir konuda, denetim dışı alan bırakılmayacak ve denetimler, yetkili personelimiz tarafından objektif, kanıta dayalı ve tam bir tarafsızlıkla yerine getirilecektir.

4. 2024/14 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi gereği kamu kurum ve kuruluşlarının inceleme ve denetleme faaliyetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi amacıyla rehberlik, teftiş ve denetimle görevli birimlerin çalışmalarının takibi ve koordinasyonuyla ilgili işlemler Devlet Denetleme Kurulu tarafından yapılacaktır. Söz konusu birimler, yıllık çalışma programları ile faaliyet raporlarını Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kuruluna göndermekle yükümlü olduklarından Bakanlığımızda bu kapsamdaki işlerin koordinasyonu Teftiş Kurulu Başkanlığımız tarafından yürütülecektir.

5. Sağlık hizmetinin sunumuyla bağlantılı olan tüm teknik ve idari konularda çıkabilecek aksaklıklar vatandaşların yakınmalarına sebebiyet vermeden mahallinde en kısa sürede çözüme kavuşturulacaktır.

6. Sağlık Bakanlığı Disiplin Amirleri Yönetmeliği çerçevesinde disiplin amirleri, maiyetindeki personelin iş ve işlemlerinin usulüne uygun olarak yürütülmesinden sorumlu olup tüm disiplin işlemlerinin gecikme gösterilmeksizin mevzuata uygun bir şekilde neticelendirilmesi esastır.

7. İhbar, şikâyet ve inceleme talebi içeren her türlü müracaat konusunda 1/11/1984 tarihli ve 3071 sayılı Dilekçe Hakkının Kullanılmasına Dair Kanun ile 2/12/1999 tarihli ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanunun amir hükümleri dikkate alınacaktır.

8. Vatandaşların usulüne uygun olarak yapmış olduğu müracaat ve şikâyetleri üzerinde hassasiyetle durulacak; Bakanlık birimlerimize intikal eden başvuru ve ihbarlara ilişkin gerekli inceleme, denetim veya soruşturmalara derhal başlanacak, mevzuata aykırı işlem ve eylemlerin sorumluları hakkında gerekli idari ve cezai işlemler gecikmeksizin, eksiksiz bir şekilde uygulanacaktır.

9. Hastanelerimiz bünyesindeki hasta hakları birimlerinin aktif çalışması merkez ve taşra birimlerimizdeki sorumlu ve sıralı amirlerce koordine edilecek, bu birimlere iletilen şikayetlerin mahallinde ve en kısa sürede çözümü için her türlü tedbir il sağlık müdürlükleri ve hastane idarelerince alınacaktır.

10. Mutemetlik işlemleri, para ve banka işlemleri, ihale ve satın alma işlemleri gibi konularda birim amirleri düzenli aralıklarla iş ve işlemlerin düzgün yürütülüp yürütülmediğini, herhangi bir suistimalin olup olmadığını gerekirse amiri oldukları diğer birimlerden kuracakları denetim ekipleriyle düzenli bir şekilde kontrol edeceklerdir.

11. CİMER, SABİM, hasta hakları birimleri veya doğrudan Bakanlığımızın çeşitli birimlerine intikal eden ihbar ve şikâyet dilekçelerinden müfettiş bilgisi ve görgüsü gerektirmeyen mahallinde çözülebilecek nitelikteki iddialar öncelikli olarak Teftiş Kurulu Başkanlığının düzenlemiş olduğu muhakkiklik eğitimine katılmış, nitelikli personele inceletilerek en kısa sürede neticelendirilecektir.

12. Nitelikli inceleme ve soruşturma yapılabilmesi için Teftiş Kurulu Başkanlığınca periyodik aralıklarla düzenlenen muhakkiklik eğitimlerine özellikle idareci konumunda olan personelin iştirak etmesi sağlanacaktır. Muhakkiklik eğitimlerine katılmak için görevlendirilen personelin söz konusu eğitime fiili katılım durumlarıyla ilgili Teftiş Kurulu Başkanlığınca yapılan değerlendirme veya bildirimlerin gereği yerine getirilecektir.

13. Teftiş Kurulu Başkanlığı Risk Odaklı Denetim Sistemi (REDES) Koordinatörlüğü tarafından talep olunacak her türlü veri, bilgi ve teknik destek talepleri karşılanacak, REDES'in yapmış olduğu değerlendirme ve analizler sonucu, merkez ve taşra birimlerimize iletilen inceleme veya açıklama talepleri gecikmeksizin neticelendirilecektir.

14. Teftiş Kurulu Başkanlığı REDES Koordinatörlüğü tarafından oluşturulan REDES Yönetici Bilgi Ekranları (Karar Destek Sistemleri) Bakanlığımızın SİNA platformu üzerinden il sağlık müdürlerinin ve başhekimlerin erişimine açılmıştır. Bu kapsamda gerek il sağlık müdürlüğü gerekse sağlık tesisi düzeyinde söz konusu ekranlar kullanılarak riskli durumlar birim amirlerince incelenecek ve gereken önlemler alınacaktır.

15. İnceleme veya soruşturma işlemlerinin muhakkik marifetiyle mahallinde çözülemediği hallerde keyfiyetin ve sebeplerinin gerekçelendirilmesine, konunun ve öneminin Teftiş Kurulu Başkanlığı ve müfettişlerinin bilgi ve görgüsünü gerektirip gerektirmediğinin değerlendirilmesine ve ancak bu halde Teftiş Kurulu Başkanlığından inceleme ve soruşturma başlatılmasının talep edilmesine dikkat edilecektir. Mahallinde çözülebilecek konularda Bakanlık Teftiş Kurulu Başkanlığından *"...Müfettişlik bilgi ve tekniği gerektirmesi sebebiyle konunun bir Müfettiş marifetiyle incelenmesi"* şeklinde talepte bulunulmayacaktır.

16. Meri mevzuat gereği; Bakanlığımız teşkilatındaki her kademedeki personelin, müfettişlerimizin yaptıkları görev kapsamında kendilerinden talep ettikleri bilgi, belge ve defterleri, gerek dijital ve gerekse fiziki olsun ilgili kayıtları, yetkili ve görevli müfettişlerin incelemesine ve denetimine açmaları zorunludur. Müfettişler, gerekli gördükleri takdirde yaptıkları iş kapsamında ilgili görevlilerden "sözlü veya yazılı olarak" her türlü bilgiyi alabilirler. Bu tür bilgilerin ilgili müfettişlere gecikmeksizin yapılan işin mahremiyetine uygun olarak ve gizliliğe dikkat edilerek verilmesi zorunludur.

17. Sağlık Bakanlığı müfettişleri, 23/8/2023 tarihli ve 31932 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Yönetmeliğinin 12 nci maddesine istinaden görevlerini doğrudan "Bakan adına" yerine getirdiklerinden dolayı görevleri esnasında Bakanlık müfettişlerimize her türlü idari kolaylık gösterilecek, unvanlarına uygun çalışma ortamı sağlanacak, ulaşım ihtiyaçları olduğunda gerekli taşıt araçları kendilerine tahsis edilecek, resmi iletişim ve posta/kargo gönderimi talepleri ivedilikle karşılanacaktır. Müfettişlerin talepleri halinde, kendilerine sayım, ölçme, tartma, tespit ve yazım işlerinde yardımcı olacak personel görevlendirmeleri, ilgili birim amirlerince yapılacaktır.

18. İnceleme veya soruşturma esnasında, müfettişlerimizin yaptıkları işlerle bağlantısı olan personelin izin işlemleri ilgili personel birimlerince, müfettişlerle koordineli bir şekilde yürütülecektir.

19. Bilirkişi veya uzman heyeti taleplerine ilişkin müfettişlik yazıları öncelikli olarak cevaplanacaktır. İnceleme veya soruşturmalar için oluşturulan bilirkişi veya uzman heyetleri görüşlerini ihtiva eden raporlar mümkün olan en kısa sürede ilgili müfettişlere teslim edilecektir.

Belirtilen hususlarda gerekli hassasiyetin görülmesi konusunda bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
Bakan

Gereği:
A PLANI (Bağlı ve İlgili Kuruluşlar Hariç)
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

10.3.2. Bakanlık Müfettişleri ve Faaliyetleri Genelgesi (2023/9)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Teftiş Kurulu Başkanlığı

Sayı :
Konu : Bakanlık Müfettişleri ve Faaliyetleri

GENELGE
2023/9

Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlarında teftiş, inceleme, soruşturma ve ön inceleme yapmak üzere görevlendirilen Bakanlık Müfettişlerinin, temsile uygun çalışma odası ve hizmet aracı, bilgi ve belge ile bilirkişi ve uzman heyeti taleplerinin karşılanmasında aksaklık, eksiklik, gecikme gibi olumsuzlukların yaşandığı bilgisi alınmaktadır.

Bilindiği üzere; 27.6.1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Ek 24 üncü maddesinde: "*Denetime tabi gerçek ve tüzel kişiler, denetim için gereken gizli dahi olsa bütün belge, defter ve bilgileri talep edildiği takdirde ibraz etmek, para ve para hükmündeki evrakı ve ayniyatı ilk talep halinde göstermek, sayılmasına ve incelemesine yardımcı olmak zorundadır. Müfettiş, denetmen, denetçi, kontrolör ve aktüerler ile bunların yardımcı ve stajyerleri, görevleri sırasında tüm resmi daire, kurum, kuruluş ve kamuya yararlı derneklerle, gerçek ve tüzel kişilerden gerekli yardım, bilgi, evrak, kayıt ve belgeleri istemeye yetkili olup, kanuni bir engel olmadıkça bu isteğin yerine getirilmesi zorunludur.*" hükmü bulunmaktadır.

Yine, 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat ve görevlerinin düzenlendiği Onüçüncü Bölümünde yer alan "Teftiş Kurulu Başkanlığı" başlıklı 364 üncü maddesinde:

"*(1) Teftiş Kurulu Başkanlığı, Bakanın emri veya onayı üzerine aşağıdaki görevleri yapar:*

a) Denetime ilişkin yöntem ve teknikleri geliştirmek, denetim alanındaki standart ve ilkelerin oluşturulmasını sağlamak, denetim rehberleri hazırlamak, denetimlerin etkinliğini ve verimliliğini artırıcı tedbirler almak,

b) Bakanlık teşkilatı ile gerektiğinde bağlı ve ilgili kuruluşların ve bunların denetimi altındaki kurum ve kuruluşların iş ve işlemleri hakkında teftiş, denetim, inceleme ve soruşturma yapmak,

c) Bakan tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

(2) Teftiş Kurulu Başkanlığının ve müfettişlerin görev, yetki ve sorumlulukları ile çalışma usulleri yönetmelikle düzenlenir." kuralına yer verilmiştir.

23.08.2023 tarihli ve 31932 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Yönetmeliğinin 12 nci maddesinde de: Müfettişlerin görev ve yetkileri ile birlikte teftiş, denetim, inceleme ve soruşturma görevlerini "Bakan adına" yaptıkları açıkça vurgulanmıştır.

Mezkûr Yönetmeliğin "Teftişe tabi olanların yükümlülükleri" başlıklı 47 nci maddesinde ise: "*(1) Teftişe tabi gerçek ve tüzel kişiler, teftiş için gereken gizli dahi olsa bütün belge, defter ve bilgileri talep edildiği takdirde ibraz etmek, para ve para hükmündeki evrakı ve ayniyatı ilk talebinde göstermek, sayılmasına ve incelemesine yardımcı olmak zorundadır. Müfettişler görevleri sırasında tüm resmi daire, kurum, kuruluş ve kamuya yararlı derneklerle gerçek ve tüzel kişilerden gerekli yardım, bilgi, evrak, kayıt ve belgeleri istemeye yetkili olup kanuni bir engel olmadıkca bu isteğin verine getirilmesi zorunludur.*

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Teftiş Kurulu Başkanlığı

(2) Teftişe tabi kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetici ve görevli memurları ile çalışanları; müfettişlerin görevlendirildikleri konularda bilgi işlem sistemleri, raporlama araçları, internet, intranet ve benzeri ağlar ile veri tabanlarına erişimini sağlamak, elektronik, manyetik ve benzeri her türlü elektronik bilgi iletişim araç ve gereçlerindeki bilgiler ve kayıtları ilk talebinde müfettişe göstermek ve incelemesine yardımda bulunmak zorundadırlar.

(3) Teftiş, denetim inceleme ve soruşturmaya tabi tutulan kamu ve özel kurum ve kuruluşların yöneticileri, hizmetin gereği gibi yürütülebilmesi için gereken önlemleri almak, müfettişlere görevleri süresince temsil ve statüleri ile denetim hizmetlerinin özgün olarak yürütülmesine uygun bir yer sağlamak ve gerekli diğer tüm tedbirleri almak zorundadırlar.

(4) Teftiş, denetim, inceleme, soruşturma ve ön inceleme sırasında personele müfettişin bilgisi dışında yıllık izin verilemez, daha önceden verilen yıllık izinler ise müfettişin talebi üzerine durdurulabilir." düzenlemesi bulunmaktadır.

Yukarıda atıf yapılan düzenlemelerde de yer verildiği üzere, Bakanlık teşkilatı ile gerektiğinde bağlı ve ilgili kuruluşların ve bunların denetimi altındaki kurum ve kuruluşların iş ve işlemleri hakkında teftiş, denetim, inceleme ve soruşturma yapmak Müfettişlerimizin görev ve yetkileri arasında yer almaktadır. Müfettişlerimizin bu görevlerini "Bakan adına" yerine getirdikleri göz önünde bulundurularak; teftiş, denetim, inceleme ve soruşturmaların zaman ve kaynak israfına yol açmadan gizlilik içinde yürütülebilmesi için aşağıdaki hususların belirtilmesine ihtiyaç duyulmuştur.

Bu itibarla; teftiş, denetim, rehberlik, inceleme, soruşturma ve ön incelemeler için görevlendirilen Müfettişlere;

1- Görevli oldukları konuya ilişkin her türlü bilgi ve belgenin eksiksiz ve ivedi olarak verilmesi, bilgi ve belge temininde gecikmeye mahal verilmemesi,

2- Talep ettikleri bilirkişi veya uzman heyetinin ivedilikle görevlendirilmesi, bilirkişi ve uzman görüş raporlarının ivedilikle düzenlenip sunulması,

3- Müfettişlerin görev yapacağı birimlerde temsile uygun çalışma odası ve ulaşımlarını sağlamak için temsile uygun nitelikte hizmet aracının tahsis edilmesi,

4- Görevleri sırasında konaklamaları için temsile uygun yer temini konusunda gerekli yardım ve kolaylığın gösterilmesi,

5- Teftiş Kurulu Başkanlığına bağlı İstanbul ve İzmir illerindeki çalışma merkezlerinde görevli Müfettişler için, gerekli ve yeterli sayıda çalışma odası tahsis edilmesi ve ihtiyaç olması halinde idari işleri yürütmek üzere personel görevlendirilmesi,

Hususlarında gerekli hassasiyetin gösterilmesi için,

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

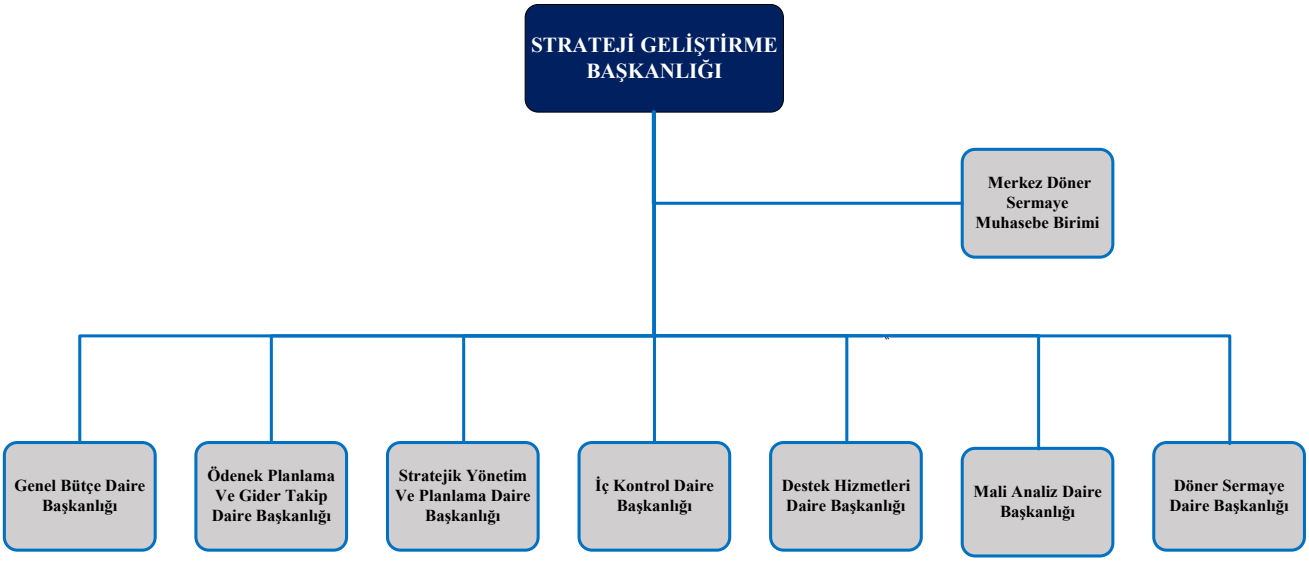
DAĞITIM:
A Planı
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüklerine)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

11 STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI

11. STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI

11.1. TEŞKİLAT ŞEMASI



Şekil 12: Strateji Geliştirme Başkanlığı Teşkilat Şeması

Kurumsal Web Adresi	Kurumsal e-posta Adresi	Kurumsal Telefon
https://sgb.saglik.gov.tr/	sgb@saglik.gov.tr	0 312 573 70 52- 53- 54- 55

11.2. YÖNERGELER

11.2.1. Taşıt Edinilmesine İlişkin Esas ve Usuller (Değişiklik İşlenmiş Hâli)

SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA BİRİMLERİNİN
TAŞIT EDİNİMLERİNE İLİŞKİN ESAS VE USULLER

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve Genel Hükümler

Amaç

Madde 1- (1) Kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli kullanılması amacıyla Bakanlık taşra teşkilatında kamu hizmetlerinin gerektirdiği taşıt ihtiyacının karşılanmasına ilişkin esas ve usulleri belirlemektir.

Kapsam

Madde 2- (1) İl sağlık müdürlükleri ve bağlı sağlık tesislerinin ekli (I) sayılı cetvelde yer alan taşıt edinimlerini ve yönetimini kapsar.

Dayanak

Madde 3- (1) Taşıt ediniminde ve kullanımında 237 sayılı Taşıt Kanunu, 2006/10193 sayılı Bakanlar Kurulu Kararına ekli Hizmet Alımı Suretiyle Taşıt Edinilmesine İlişkin Esas ve Usuller, 2006/10194 sayılı Bakanlar Kurulu Kararına ekli Taşıtları Sürebilecek Kamu Görevlilerinin Belirlenmesine İlişkin Esas ve Usuller, 2014/6425 sayılı Bakanlar Kurulu Kararına ekli 237 sayılı Taşıt Kanunu Kapsamı Edinilecek Taşıtların Menşei, Silindir Hacimleri ve Diğer Niteliklerinin Belirlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararına dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- (1) Bu esas ve usullerde geçen:

a) Bakanlık merkez teşkilatı taşıt değerlendirme komisyonu: Strateji Geliştirme Başkanı veya görevlendireceği Daire Başkanı Başkanlığında, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden yetkili personellerin katılımı ile oluşur.

b) Bakanlık merkez teşkilatı ilgili birimler: Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünü ifade eder.

c) İl sağlık müdürlüğü taşıt değerlendirme komisyonu: İlin taşıt edinimlerine ilişkin tüm taleplerini değerlendirmek üzere İl Sağlık Müdürü veya görevlendireceği başkan başkanlığında en az 5 ve tek sayıda kişiden oluşur.

ç) Taşıt edinimi: Satın alma, hibe ve hizmet alımı yöntemi.

(1/5)

Genel hükümler

Madde 5- (1) Üçüncü maddede yer alan mevzuat hükümlerine uygun iş ve işlemler yürütülecektir.

(2) Bu esas ve usullerin yayımı tarihi itibarıyle, kullanımda bulunan taşıt sayıları izin alınmaksızın hiçbir şekilde arttırılmayacaktır.

(3) Hizmet alımı yöntemi ile taşıt edinimleri şoförlü veya şoförsüz yapılabilecektir. Şofor kadrosunda yeterli personelin bulunması halinde şoförlü taşıt edinilmeyecektir. Kadrosu şofor olan personel, şoförlük hizmeti dışında başka bir görevde görevlendirilmeyecek, ihtiyaç duyulması halinde mevcut kadrolu personelden şofor olarak görevlendirme yapılacaktır. Ancak şofor kadrosunda yeterli personelin bulunmaması halinde, şoförlü taşıt edinim yöntemine başvurulabilecektir.

(4) **(Değişik:22.06.2023/218607755-Makam Onayı)** Hizmet alım yöntemi ile taşıt edinimlerinde şoförlü hizmet alımı yapılması halinde şofor gideri dahil taşıt kiralamalarında aylık kiralama bedeli hesabında yemek, yol, resmi tatil ücreti ve benzeri giderler de dahil yürürlükte bulunan brüt asgari ücretin yüzde elli artırımlı tutarı esas alınacak; işveren maliyeti kapsamında yer alan sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası işveren payı (%20,5) ve işsizlik sigortası işveren payı (%2) ile işçilik maliyeti üzerinden hesaplanan sözleşme giderleri ve genel giderler (%4) ise idarelerce ayrıca ödenecektir.

(5) Yerli muhteva oranı %50'nin altında kalan yabancı menşeili taşıtlardan hizmet alımı yöntemi ile edinim gerçekleştirilmeyecektir.

(6) Hizmet alımı yöntemi ile edinilecek taşıtların yaş haddi, binek ve station-wagon cinsi taşıtlarda 10 dan büyük, diğer taşıtlarda ise 15 den büyük olmayacaktır.

(7) 237 sayılı Taşıt Kanuna ekli (II) Sayılı cetvelde yer alan unvanların dışındaki unvanlar için araç tahsisi yapılmayacaktır.

(8) Araç ihtiyacı konusunda her bir iş ve iş sıklığı ile ilçeler ve hizmet yerleri bazında analizler, iş etütleri ve hangi işler için hangi sıklıkla taşıtların kullanıldığı değerlendirmeleri yapılacak ve söz konusu işlemleri belirli takvim aralıklarıyla güncelleme çalışmaları yürütülecektir.

(9) Nüfus sayılarında Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) tarafından yayınlanan en son yılın verileri dikkate alınacaktır.

(10) Personel sayılarında Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün verileri dikkate alınacaktır.

(11) İl sağlık müdürlüklerinde bu esas ve usuller doğrultusunda, ilin taşıt edinimlerine ilişkin tüm taleplerini değerlendirmek üzere taşıt değerlendirme komisyonları kurulacak ve kararlar oy çokluğu ile alınacaktır. Komisyon kararına göre oluşacak talepler Bakanlık merkez teşkilatı ilgili birimlerine gönderilecektir.

(12) Her bir taşıt için, taşıt talebi edinim gerekçelerinde genel ifadelerden kaçınılarak daha somut açıklamalara yer verilecektir.

(13) Demirbaş olarak kayıtlı olan taşıtlar, Bakanlık merkez teşkilatı ilgili birimlerinden izin alınmaksızın başka kamu veya tüzel kişiliklere devredilemeyecek ve HEK'e ayrılamayacaktır.

(2/5)

İKİNCİ BÖLÜM
Taşıt Edinimleri

Evde sağlık hizmetlerine ilişkin taşıt edinimleri

Madde 6- (1) Her bir evde sağlık biriminin kayıtlı hasta sayılarına göre asgari 250 hasta için 1 hizmet aracı planlanacaktır. İl bazında toplam evde sağlık hizmeti sunulan hasta sayısı/250 = Evde sağlık hizmet aracı sayısına ulaşılır. Bu araçların dağılımı ildeki taşıt değerlendirme komisyonunca belirlenir.

(2) Her bir sağlık tesisinde, evde sağlık biriminin kayıtlı hasta sayılarının 250 nin altında olması halinde öncelikle ilgili sağlık tesisinin diğer araçlarıyla bu hizmet yerine getirilecek veya il sağlık müdürlüğünde oluşturulacak taşıt değerlendirme komisyonu marifetiyle ildeki tüm taşıtlar (hizmet alım, demirbaş, nakil araçları, mobil araçlar vb.) değerlendirilerek hizmet sunumu verilecektir.

(3) Taşıt talepleri il sağlık müdürlüğünde oluşturulacak taşıt değerlendirme komisyonu marifetiyle hasta sayısı ana kriter olarak değerlendirildikten sonra, söz konusu ihtiyacı karşılamaması halinde gerekçesiyle birlikte Bakanlık merkez teşkilatı ilgili birimlerine bildirilecektir.

(4) Üçüncü fıkraya göre (iş artışları dâhil) Bakanlık merkez teşkilatı ilgili birimlerinden izin alınmaksızın hiçbir şekilde taşıt edinilmeyecektir.

Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin taşıt edinimleri

Madde 7- (1) Büyükşehir statüsü olan illerde;

Çevre sağlığı hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ve tütün kontrolü hizmetlerine tahsis edilecek olan 5 araca ilave olarak;

(2) İlçelerin;

Çevre sağlığı hizmetleri, tütün kontrolü hizmetleri ve toplum sağlığı hizmetlerinin tamamı için, nüfusu 25.000 e kadar olan ilçelere azami 2 araç, 25.001-50.000 arası olan yerlere azami 3 araç, 50.001-200.000 arası olan yerlere azami 4 araç planlanacaktır.

a) Çevre sağlığı hizmetleri çerçevesinde nüfusu 200.001 ve üzeri olan her ilçe için 1 taşıt,

b) Toplum sağlığı hizmetleri çerçevesinde nüfusu 200.001 ve üzeri olan her ilçe için 1 taşıt (minibüs veya diğer..),

c) Tütün Kontrolü hizmetleri çerçevesinde nüfusu 200.001- 400.000 arası olan her ilçe için 1 taşıt, nüfusu 400.001 ve üzeri olan her ilçe için 2 taşıt planlanacaktır.

(3) Büyükşehir Statüsü Olmayan İllerin;

Her il merkezi için çevre sağlığı hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ve tütün kontrolü hizmetlerine tahsis edilecek olan birer araca (toplamda 3 adet) ilave olarak;

(3/5)

(4) İl Merkezleri;

a) Çevre sağlığı hizmetleri çerçevesinde nüfusu 200.001 ve üzeri olan her ilçe için 1 taşıt,

b) Toplum sağlığı hizmetleri çerçevesinde nüfusu 200.001 ve üzeri olan her ilçe için 1 taşıt (minibüs veya diğer..),

c) Tütün kontrolü hizmetleri çerçevesinde nüfusu 200.001- 400.000 arası olan her ilçe için 1 taşıt, nüfusu 400.001 ve üzeri olan her ilçe için 2 taşıt planlanacaktır.

(5) İlçe Merkezleri;

Çevre sağlığı hizmetleri, tütün kontrolü hizmetleri ve toplum sağlığı hizmetlerinin tamamı için, nüfusu 25.000 e kadar olan ilçelere azami 2 araç, 25.001-50.000 arası olan yerlere azami 3 araç, 50.001 ve üzeri olan yerlere azami 4 araç planlanacaktır.

Diğer hizmetlere ilişkin taşıt edinimleri

Madde 8- (1) İl bazında fiilen çalışan toplam personel sayısı 2.500 e kadar olan il sağlık müdürlükleri en fazla 8 adet, 2.501 ile 5.000 e kadar olanlar en fazla 14 adet, 5.001 ile 10.000 e kadar olanlar en fazla 20 adet, 10.001 ile 15.000 e kadar olanlar en fazla 26 adet, 15.001 ile 20.000 e kadar 32 adet, 20.001 ve üstü olanlar ise en fazla 40 adet taşıt planlanacaktır.

(2) İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinden (hastaneler); tescilli yatak sayısı 400 ile 500 e kadar olanlar 2, 501 ile 750 ye kadar olanlar 3, 751 ile 1000 e kadar olanlar 4, 1001 ile 1250 ye kadar olanlar 5, 1251 ile 1500 e kadar olanlar 6, 1501 ve üzeri olanlar 10 adet taşıt planlanacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Diğer hususlar, Uygulama

Diğer hükümler

Madde 9- (1) Yeni taşıt edinimlerinde bu Esas ve Usuller doğrultusunda belirlenecek sayılar dikkate alınarak işlem yapılacaktır.

(2) (1) numaralı bende göre yapılan iş ve işlemlerde ildeki komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda ilave taşıta ihtiyaç duyulması durumunda; Bakanlık merkez teşkilatı ilgili birimlerine bu talep iletilecektir.

Bakanlık merkez teşkilatı ilgili birimleri ilave araç taleplerinin yerindelik değerlendirmesini yaparak Bakanlık Merkez Teşkilatı Taşıt Değerlendirme Komisyonuna sunmak üzere rapor hazırlayacaktır. İlave araç talepleri bu komisyon marifeti ile karara bağlanacaktır.

(3) Bu Esas ve Usulde belirtilen kriterlerin dışında kalan taşıt edinim ve kullanım talepleri, ildeki taşıt değerlendirme komisyonu raporu doğrultusunda, Strateji Geliştirme Başkanlığınca sonuçlandırılacaktır.

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Geçiş sürecinde herhangi bir olumsuzluğa mahal vermemek için, mevcut ihalelerin sözleşme sürelerinin tamamlanması beklenilmeksizin illerde "İl Sağlık Müdürlüğü Taşıt Değerlendirme Komisyonu" kurularak gerekli tedbirler alınacaktır.

(2) Bu Esas ve Usullerin yayını tarihi itibariyle; ildeki komisyonca, hizmet alımı yöntemi ile taşıt edinimleri için devam eden sözleşmelerdeki taşıt sayıları sözleşme süreleri sona ermeden değerlendirilerek mevzuat çerçevesinde iş eksilişi yapılabilecektir.

(3) 2020 yılı hizmet alımı yöntemi ile taşıt edinimleri için ihaleye başlanmış olması durumunda, bu Usul ve Esaslarda belirtilen kriterler kapsamında olması gereken taşıt sayılarından, daha fazla taşıt için ihaleye çıkılmış ise; 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu'nun 24 üncü maddesi kapsamında iş eksilişi yapılması gerekmektedir.

Yürürlük

MADDE 10- (1) Bu Esas ve Usuller yayını tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 11– (1) Bu Esas ve Usulleri Bakan yürütür.

(5/5)

11.2.2. Sağlık Bakanlığında Döner Sermaye Muhasebe Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Yönerge

STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI - MALİ ANALİZ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
000089423226

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 93377465/045
Konu : Yönerge

BAKANLIK MAKAMINA

Bilindiği üzere, 05/12/2018 tarihli ve 30616 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 7151 sayılı Sağlıkla İlgili Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 13 üncü maddesi ile 04/01/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun ek 2 nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"EK MADDE 2- Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermaye işletmelerinin muhasebe hizmetleri Bakanlıkça yürütülür. Ancak, Bakanlık tarafından teklif edilen ve Hazine ve Maliye Bakanlığınca uygun görülen döner sermaye işletmelerinin muhasebe hizmetleri Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından yürütülebilir."

Yapılan değişiklik ile Hazine ve Maliye Bakanlığınca yürütülen Bakanlığımız döner sermaye işletmelerinin muhasebe hizmetleri, mezkur madde uyarınca 01/04/2019 tarihinden itibaren Bakanlığımızca yürütülecektir.

Bu meyanda, Bakanlığımız döner sermaye işletmelerinin muhasebe iş ve işlemlerini yürütecek muhasebe birimlerinin oluşturulması ve muhasebe hizmetlerinin etkin ve mevzuata uygun bir şekilde yürütülebilmesi maksadıyla hazırlanan ekli **"Sağlık Bakanlığında Döner Sermaye Muhasebe Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Yönerge"** taslağının yürürlüğe konulması hususunu tensiplerinize arz ederim.

Dr. Abdulvahit SÖZÜER
Başkan

Uygun Görüşle Arz Ederim.
... / ... / 2019

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan Yardımcısı

OLUR
... / ... / 2019

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

SAĞLIK BAKANLIĞINDA DÖNER SERMAYE MUHASEBE HİZMETLERİNİN YÜRÜTÜLMESİNE İLİŞKİN YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 - (1) Bu Yönergenin amacı, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı döner sermaye muhasebe hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2 - (1) Bu Yönerge Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermaye işletmelerinin muhasebe hizmetlerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3 - (1) Bu Yönerge, 209 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanununun ek 2 nci ve 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 508 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 - (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Bakan: Sağlık Bakanını,

c) Başkanlık: Strateji Geliştirme Başkanlığını,

ç) Başkan: Strateji Geliştirme Başkanını,

d) ÇKYS: Sağlık Bakanlığı Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemini,

e) İl sağlık müdürlüğü: Bakanlığın il düzeyindeki hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesinden sorumlu müdürlüğü,

f) İl sağlık müdürü: İl sağlık müdürlüğünün en üst yöneticisini,

g) Harcama birimi: Bütçe ile ödenek tahsis edilen birimleri,

ğ) Harcama yetkilisi: Bütçe ile ödenek tahsis edilen her bir harcama biriminin en üst yöneticisini,

h) Mali hizmetler uzmanı: 5018 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesi çerçevesinde Başkanlıkta istihdam edilen uzmanı,

ı) Muhasebe birimi: Muhasebe hizmetlerinin yürütüldüğü birimi,

i) Muhasebe hizmeti: Gelir ve alacakların tahsili, giderlerin ve borçların hak sahiplerine ödenmesi, para ve parayla ifade edilebilen değerler ile emanetlerin alınması, saklanması, ilgililere verilmesi, gönderilmesi ve diğer tüm mali işlemlerin kayıtlanmın yapılması ve raporlanması işlemlerini,

j) Muhasebe yetkilisi: Muhasebe hizmetlerinin yürütülmesinden ve muhasebe biriminin yönetiminden sorumlu olan sözleşmeli uzmanı,

k) Muhasebe yetkilisi yardımcısı: Muhasebe yetkilisine yardımcı olarak görev yapan ve muhasebe yetkilisine karşı sorumlu olan sözleşmeli uzmanı,

l) Sözleşme: Sözleşmeli uzman ile imzalanan Sağlık Bakanlığı hizmet sözleşmesini,

m) Sözleşmeli uzman: 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye ekli (II) sayılı cetvelde belirlenen uzman pozisyonunda sözleşmeli olarak istihdam edilen personeli,

n) TDMS: Muhasebe kayıtlarının girildiği, izlendiği ve raporlandığı web tabanlı Tek Düzen Muhasebe Sistemini,

1/12

a) Üst yönetici: Başkanlığın bağlı olduğu Bakan Yardımcısını,

b) Yönetmelik: 01/05/2007 tarihli ve 26509 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliğini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Muhasebe Yetkilisi ve Muhasebe Yetkilisi Yardımcısının Görevlendirilmesi, Aranacak Şartlar, Görevin Sona Ermesi ve Devir İşlemi

Muhasebe yetkilisi ve yardımcısı olarak görevlendirileceklerde aranacak şartlar

MADDE 5 – (1) Muhasebe yetkilisi ve muhasebe yetkilisi yardımcısı olarak görevlendirileceklerin aşağıda belirtilen şartları taşıması gerekir.

a) Sözleşmeli uzman olarak görev yapıyor olmak.

b) Tercihen, üniversitelerin maliye, işletme, iktisat, kamu yönetimi, sağlık yönetimi, sağlık idaresi bölümleri ile fakültelerin muhasebe eğitimi veren ilgili bölümlerinden mezun olmak.

c) Muhasebe hizmetleri ile ilgili birimlerde muhasebe yetkilisi için en az dört yıl, muhasebe yetkilisi yardımcısı için en az iki yıl çalışmış olmak.

ç) Aylıktan kesme veya kademe ilerlemesinin durdurulması cezası almamış olmak.

d) Sözleşmeli pozisyonda çalışılan süre boyunca ihtar gerektiren fiil ve hallerden dolayı tek seferde 45 ve üzeri ihtar puanı almamış olmak.

e) Görevin gerektirdiği bilgi birikimi, deneyim, tecrübe ve temsil kabiliyetine sahip olmak.

Muhasebe yetkilisi görevlendirilmesi

MADDE 6 – (1) İl sağlık müdürlüklerinde oluşturulacak muhasebe birimlerinde, muhasebe hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu 5 inci maddede sayılan niteliklere sahip bir sözleşmeli uzman, İl Sağlık Müdürünün teklifi, Başkanın uygun görüşü ve Üst Yöneticinin onayı ile muhasebe yetkilisi olarak görevlendirilir.

(2) Muhasebe yetkilisi İl Sağlık Müdürüne karşı sorumludur.

Muhasebe yetkilisinin görevleri

MADDE 7 – (1) Muhasebe yetkilisinin görevleri aşağıda belirtilmektedir.

a) Muhasebe birimini sevk ve idare etmek.

b) Muhasebe biriminin faaliyet alanına giren konulara ilişkin iş ve işlemleri yürütmek.

c) Gelirlerin ve alacakların ilgili mevzuatına göre tahsil edilmesi, yersiz ve fazla tahsil edilenlerin ilgililerine iade edilmesi, giderlerin ve borçların hak sahiplerine ödenmesi işlemlerini yürütmek.

ç) Para ve parayla ifade edilen değerler ile emanetlerin alınması, saklanması, ilgililere verilmesi ve gönderilmesi işlemlerini yürütmek.

d) Muhasebe yetkilisi mutemetlerinin hesap, belge ve işlemlerini ilgili mevzuatında öngörülen zamanlarda denetlemek veya muhasebe yetkilisi mutemedinin bulunduğu yerdeki birim yöneticisinden kontrol edilmesini istemek.

e) Muhasebe hizmetlerine ilişkin defter, kayıt ve belgeleri ilgili mevzuatında belirtilen sürelerle muhafaza etmek ve denetime hazır bulundurmak, arşivleme işlemlerinin yapılmasını yürütmek.

f) Ödeme emri belgesi ve eki belgeler üzerinde 5018 sayılı Kanunun 61 inci maddesi ve ilgili diğer mevzuat hükümlerine uygun olarak gerekli kontrolleri yapmak.

g) Gerekli bilgi ve raporları, yetkili kılınmış ilgili kamu idarelerine, Yönetmelikte belirtilen sürelerde düzenli olarak vermek.

ğ) Muhasebe biriminin ay sonu ve yılsonu hesap ve cetvellerini süresinde hazırlamak.

h) Yönetim dönemi hesabını mevzuatında belirtilen süre içerisinde yetkili mercilere vermek.

i) Harcama birimlerince hazırlanan taşınır yönetim hesabı cetvellerini inceleyip onaylayarak harcama yetkilisine gönderilmesi işlemlerini yürütmek.

j) Muhasebe biriminde görev yapan personeli mevzuat yönünden bilgilendirmek ve eğitmek.

j) Muhasebe birimindeki vezne ve ambarların kontrolünü ilgili mevzuatında öngörülen sürelerde yapmak.

k) İlgili mevzuatında öngörülen ödemelendeki öncelik sırasını göz önünde bulundurarak ödeme işlemlerini yürütmek.

l) Yukarıdaki bentlerde sayılan işlemlere ve diğer mali işlemlere ilişkin kayıtları usulüne uygun ve erişilebilir şekilde tutmak, mali rapor ve tabloları her türlü müdahaleden bağımsız olarak düzenlemek.

m) Kanuni kesinti ve yükümlülüklere ilişkin yapılan tahsilat ve emanete alınan tutarların süresi içinde ilgili kurumlara ve kişilere gönderilmesi, iade edilmesi işlemlerini yürütmek.

n) Yürürlükteki mevzuatlara göre diğer işlemleri yürütmek.

Muhasebe yetkilisi yardımcısı görevlendirilmesi

MADDE 8 – (1) Muhasebe yetkilisi yardımcıları, İl Sağlık Müdürü tarafından görevlendirilir.

(2) Her muhasebe birimi için en az bir muhasebe yetkilisi yardımcısı görevlendirilir. Muhasebe biriminde bir mali yılda oluşan yevmiye sayısının kırk bini aşması halinde ilave bir, yetmiş bini aşması halinde ilave iki ve yüz bini aşması halinde de ilave üç muhasebe yetkilisi yardımcısı görevlendirilir. Yevmiye sayısına bağlı ilave görevlendirmeler için yönetim dönemi hesabının yetkili mercilere verildiği tarih esas alınır.

(3) Muhasebe yetkilisi yardımcısının herhangi bir nedenle görevinin sona ermesi halinde 10 iş günü içinde yerine görevlendirme yapılır.

(4) Muhasebe birimlerinde görevlendirilen muhasebe yetkilisi yardımcısı, muhasebe yetkilisine karşı sorumludur.

Muhasebe yetkilisi yardımcısının görevleri

MADDE 9 – (1) Muhasebe yetkilisi yardımcısı aşağıda belirtilen görevleri yürütür.

a) Muhasebe yetkilisine, yürütmekle sorumlu olduğu görevlerinde yardımcı olmak.

b) Muhasebe yetkilisinin verdiği diğer görevleri yapmak.

Görev, yetki ve sorumlulukların devri

MADDE 10 – (1) Muhasebe yetkilileri, görev ve yetkilerinden bir kısmını iş hacmi ve yardımcı sayısını dikkate alarak ve yazılı olarak tebliğ edilmek suretiyle Hazine ve Maliye Bakanlığınca yayımlanan "Muhasebe Yetkililerince Yapılacak Yetki Devri" konulu Genel Tebliğ esaslarına göre yardımcılarına devredebilir. Devredilen görev ve yetki kapsamındaki parasal sınırlar, Hazine ve Maliye Bakanlığı'nca her yıl yayımlanan Parasal Sınırlar ve Oranlar Hakkında Genel Tebliğ ile belirlenen miktarı geçemez.

(2) Muhasebe yetkilileri hakkındaki sorumluluk, devredilen işlerle ilgili olarak görev ve yetki devri yapılanlar hakkında da uygulanır.

(3) Muhasebe yetkilileri devrettikleri görev ve sorumluluklarını, yardımcılar tarafından usulüne uygun olarak yerine getirilip getirilmediğini gözetmekle yükümlüdür.

Muhasebe yetkilisinin yerine geçici olarak görevlendirilecek personel

MADDE 11 – (1) Muhasebe yetkilisinin, yıllık izin, geçici görev, hastalık izni vb. gibi herhangi bir nedenle kısa süreli olarak görevinin başında bulunmadığı hallerde, muhasebe yetkilisinin yerine muhasebe yetkilisi yardımcıları arasından görevlendirme yapılır.

(2) Muhasebe yetkilisi yardımcısının da görevinin başında bulunmaması halinde, varsa muhasebe biriminden sözleşmeli uzman olma şartı hariç muhasebe yetkilisi olarak görevlendirilme şartlarına sahip olan bir personel görevlendirilir. Bu şartlara sahip personel de bulunmaması halinde muhasebe birimi personeli arasından, görevlendirme yapılır.

(3) Bu görevlendirmeler İl Sağlık Müdürünün onayı ile yapılır.

(4) Bu maddeye göre yapılacak görevlendirmeler iki aydan uzun süreli olamaz ve bu görevlendirmelerde devir işlemi yapılmaz.

(5) Bu maddeye göre yapılan görevlendirmenin, herhangi bir nedenle iki ayı aşması halinde, en geç 15 gün içinde 6 ncı maddeye göre yeni bir muhasebe yetkilisi görevlendirilir ve devir kurulunca devir cetveli düzenlenerek 14 üncü maddeye göre kesin devir yapılır.

Muhasebe yetkilisinin görevinin sona ermesi

MADDE 12 – (1) Muhasebe yetkilisinin görevi aşağıdaki hallerde sona erer.

a) Sözleşmenin, kendiliğinden veya süresinden önce feshedilerek sona ermesi.

b) Gerekçesini belirtmek kaydıyla İl Sağlık Müdürünün teklifi, Başkanın uygun görüşü ve Üst Yönetici onayı ile muhasebe yetkililiği görevinin sonlandırılması.

(2) Sözleşmenin süresinden önce feshedilerek sona ermesi halinde Başkanlık derhal bilgilendirilir.

(3) Muhasebe yetkililiği görevinin bu maddenin birinci fıkrasının (b) bendine göre sonlandırılması hizmet sözleşmesini sona erdirmez.

(4) Sözleşmeli uzman ile imzalanan sözleşmenin süresinin bitmesi üzerine, aynı muhasebe yetkilisi ile en geç sözleşmenin bittiği günü takip eden iş günü içinde yeni bir sözleşme imzalanması ve imzalanan bu sözleşmenin imza tarihi itibariyle ÇKYS üzerinde yenilenmesi halinde muhasebe yetkililiği görevi kesintisiz olarak devam eder.

(5) Sözleşmesi sona ereceek muhasebe yetkilisinin yeniden görevlendirilmemesi halinde, sözleşme süresinin sona ermesinden en geç bir ay önce yeni bir görevlendirme yapılması zorunludur.

Muhasebe yetkilileri arasında devir işlemleri

MADDE 13 – (1) Muhasebe yetkilileri, 12 nci maddeye göre görevlerinin sona ermesi halinde, yerlerine görevlendirilen muhasebe yetkilisi göreve başlamadan ve hesabını bunlara devretmeden görevlerinden ayrılamazlar.

(2) Devir işlemleri, Yönetmeliğin 586 ncı maddesi kapsamında yapılır.

(3) Muhasebe yetkililerinin hesaplarını görevi devralanlara devir süresi yedi gündür.

(4) 12 nci maddeye göre görevi sona eren muhasebe yetkilisinin yerine 6 ncı maddeye göre görevlendirme yapılamaması halinde, en geç iki ay içinde 6 ncı maddeye göre yeni bir muhasebe yetkilisi görevlendirilmek koşulu ile devir işlemi 11 inci maddeye göre görevlendirilen muhasebe yetkilisine yapılır.

Devir vermeden ayrılmalarda yapılacak işlemler

MADDE 14 – (1) Hastalık, ölüm ve tutuklanma gibi nedenlerden dolayı veya devir vermekten kaçınma hallerinde, ayrılanın yerine görevlendirilen muhasebe yetkilisinin başkanlığında; muhasebe biriminde görevli personel arasından İl Sağlık Müdürünce seçilecek bir üye ile veznedardan oluşan devir kurulu eliyle ayrıntılı devir cetveli düzenlenerek devir işlemleri tamamlanır.

(2) Geçerli bir mazereti olmaksızın devir vermeden ayrılan muhasebe yetkilileri, yeni atandıkları yerlerde göreve başlatılmaz ve emekli ve açığa alınma aylıkları dâhil aylık alamazlar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Muhasebe Birimi, Bölümleri, Personel Sayısı ve Görevleri

Muhasebe biriminin teşekkül ettirilmesi

MADDE 15 – (1) Bu yönerge ile İl Sağlık Müdürüne bağlı olarak her ilde bir muhasebe birimi kurulur. İhtiyaç duyulması halinde İl Sağlık Müdürünün gerekçeli önerisi, Başkanlığın teklifi ve Üst Yöneticinin onayı ile bir ilde birden fazla muhasebe birimi kurulabilir. Birden fazla muhasebe birimi kurulması önerilen illerde harcama birimlerinin muhasebe hizmetlerinin hangi muhasebe birimine bağlı olarak yürütüleceği de İl Sağlık Müdürünün gerekçe raporunda belirtilir.

(2) Muhasebe hizmetleri yürütülürken, iş yükü, muhasebe birimine uzaklık vb. nedenlerle harcama biriminin bağlı olduğu muhasebe biriminin değiştirilmesi de birinci fıkrada belirtilen usulle yapılır.

(3) Gerektiği durumlarda illerde birden fazla muhasebe birimi kurulması ve harcama birimlerinin muhasebe hizmetlerinin hangi muhasebe birimine bağlı olarak yürütüleceği resen Bakanlıkça da belirlenebilir.

(4) Muhasebe biriminde istihdam edilecek personelin tercihen en az ön lisans mezunu olması gerekir. Mali konularda eğitim almış, muhasebe iş ve işlemlerinin yürütülmesi ile ilgili veya benzer birimlerde daha önce çalışmış personel öncelikli olarak bu birimde görevlendirilir.

Muhasebe biriminin görevleri

MADDE 16 – (1) Muhasebe biriminin görevleri aşağıda belirtilmektedir.

a) Bakanlık merkez ve taşra teşkilatının muhasebe hizmetlerini yürütmek.

b) Muhasebe yetkililiği görevi ile ilgili Sayıştay'a hesap vermek.

c) Mevzuatında Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen esaslar çerçevesinde, gelirlerin ve alacakların tahsili, giderlerin hak sahiplerine ödenmesi, para ve parayla ifade edilebilen değerler ile emanetlerin alınması, saklanması, ilgililere verilmesi, gönderilmesi ve diğer tüm mali işlemlerin kayıtlarının yapılması ve belgelerin saklanması, raporlanması işlemlerini yürütmek.

ç) Muhasebe iş ve işlemleri ile ilgili sorumlu olduğu amir tarafından verilen görevleri yapmak.

Muhasebe birimi bölümleri

MADDE 17 – (1) Muhasebe birimi aşağıdaki servislerden oluşur.

a) Tetkik ve kontrol işlemleri servisi

b) Banka takip ve ödeme işlemleri servisi

c) Vezne işlemleri servisi

ç) Evrak kayıt, tasnif ve arşiv işlemleri servisi

(2) Tetkik ve kontrol işlemleri servisi; tetkik işlemleri, ön ödeme işlemleri, alacak takibi işlemleri ve taşınır işlemleri olmak üzere dört bölümden oluşur.

(3) Muhasebe yetkilisi, iş yükü ve personel durumunu dikkate alarak gerektiğinde servisleri birleştirebilir.

Muhasebe birimi personel sayısı

MADDE 18 – (1) Muhasebe birimlerinde aşağıda belirtilen sayıda personel istihdamı yapılır.

a) Tetkik ve kontrol işlemleri servisi personel sayısı: Bir personelin bir iş gününde 20 ödeme evrakının inceleme, kontrol, onay ve iade işlemini yapabileceği varsayılarak, aşağıdaki formül ile bulunan sayıda personel istihdamı yapılır.

Personel Sayısı = (Bir Yıllık Yeviniye Sayısı / 250) / 20

5/12

b) Banka takip ve ödeme işlemleri servisi personel sayısı: Tetkik ve kontrol işlemleri servisinde istihdam edilen personel sayısının 1/3 ü kadar personel istihdamı yapılır.

c) Vezne işlemleri servisi personel sayısı: En az 2 (iki) personel istihdamı yapılır.

ç) Evrak kayıt, tasnif ve arşiv işlemleri servisi personel sayısı: En az 2 (iki) personel istihdamı yapılır.

(2) Personel sayısının hesabında küsuratlar tama iblağ edilir.

(3) Muhasebe yetkilisi, iş yükü ve personel durumunu dikkate alarak gerektiğinde servislerde birinci fıkrada belirlenen sayıdan daha az veya daha fazla sayıda personel istihdamı ve servisler arasında personel geçişi yapabilir, personelin iş ve görev dağılımını yeniden belirleyebilir.

Muhasebe birimi personelinin görevleri

MADDE 19– (1) Muhasebe birimi personeli aşağıda belirtilen görevleri yürütür.

A) Tetkik ve kontrol işlemleri servisi personelinin görevleri

1- Tetkik işlemleri bölümü personelinin görevleri

(a) Ön muhasebeden girişi yapılan muhasebe kayıtları ile ödemeye esas karıtlayıcı belgeleri kontrol ederek onay veya iade işlemlerini gerçekleştirmek.

(b) Tetkik edilen belgelerde hata veya noksanlık bulunması halinde, düzeltilmek veya tamamlanmak üzere en geç hata veya eksikliğin tespit edildiği günü izleyen iş günü içerisinde gerekçeleri belirtilmek suretiyle, harcama birimine imza karşılığı teslim etmek.

(c) Hata ve noksanlık bulunmayan işlemleri aynı gün muhasebe yetkilisinin onayına göndermek.

(ç) Ödeme emri belgeleri üzerinde istihkak sahiplerinin sosyal güvenlik primi, vergi, icra vb. borcu bulunup bulunmadığını araştırmak, varsa ilgili mevzuata uyarınca muhasebe yetkilisine gerekli kesintilerin yapılması konusunda bilgi vermek.

(d) Gelir tahakkuk evrakı ve eki belgeler üzerinde ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak gerekli kontrolleri yaparak muhasebe yetkilisine göndermek.

(e) Bu bölümde yapılacak kayıtların TDMS girişinin eksiksiz ve zamanında yapılmasını sağlamak.

(f) Sözleşmeye bağlanan mal ve hizmet alımlarının taahhüt kaydını yapmak, ödemelerde birim fiyat ve malzeme adedinin sözleşme bedelini aşmayacak şekilde takibini yapmak.

(g) Belgelerin incelendiğine dair evrakı imzalamak ve kaşelemek.

(ğ) Muhasebe yetkilisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

2- Ön ödeme işlemleri bölümü personelinin görevleri

(a) 21/01/2006 tarihli ve 26056 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Ön Ödeme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik gereği, ön ödeme veya mahsup işlemlerine ilişkin belgeleri, tetkik etmek üzere teslim almak, hata ve noksanlık olması halinde düzeltilmek veya tamamlanmak üzere ilgilisine iade etmek, hata ve noksanlık bulunmayan işlemleri muhasebe yetkilisine imzaya sunmak.

(b) Harcama birimlerince görevlendirilen harcama yetkilisi mutemetlerinin onay belgeleri ile ön ödeme işlemleri belgelerini dosyalamak, evrak kayıt, tasnif ve arşiv işlemleri servisine teslim etmek.

(c) Harcama yetkilisinin uygun gördüğü harcama yetkilisi mutemetleriyle, diğer ilgililere mevzuat hükümleri çerçevesinde avans verilmesi veya kredi açılması işlemlerini yürütmek.

(ç) Yüklenicilere verilen avans ve kredilerin iş ve işlemlerini Ön Ödeme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik ve ilgili diğer mevzuat hükümlerine göre yapmak.

(d) Verilen avans ve kredilerin ilgili mevzuatında belirlenen süreler içinde mahsup edilip edilmediğini kontrol ve takip etmek, ilgili harcama birimlerini süresi içerisinde

avans/kredinin kapatılması yönünde uyarmak, ilgili mevzuatında belirtilen süre içerisinde kapatılması gereken avans ve kredilerin muhasebeleştirme işlemlerini yapmak, zamanında kapatılmayan avansların kişi borçlarına alınmasını sağlamak.

(e) Ön ödeme işlemleriyle ilgili belgeleri evrak kayıt, tasnif ve arşiv işlemleri servisine teslim etmek.

(f) Belgelerin incelendiğine dair evrakı imzalamak ve kaşelemek.

(g) Muhasebe yetkilisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

3- Alacak takibi işlemleri bölümü personelinin görevleri

(a) Kamu idarelerince tespit edilen kamu zararından doğan alacaklar ile ilgili idare tarafından bildirilen kişi borcu kaynaklı diğer alacakların sorumlular ve ilgililer adına TDMS üzerinde muhasebeleştirme işlemlerini yapmak.

(b) Sayıştay ilamına istinaden bildirilenleri ilamda belirtilen sorumlular adına; adli ve idari mahkeme kararlarına istinaden bildirilenleri kararda tazminle yükümlü olduğu belirtilenler adına muhasebeleştirme işlemlerini yapmak.

(c) Bu maddenin (a) ve (b) fıkralarına göre muhasebe kayıtlarına alınan alacaklar için tahsilat izleme dosyası açmak.

(ç) Tahsilat izleme dosyası bulunan alacaklarla ilgili olarak ilgili ve sorumlular tarafından bankaya yatırılan paraların muhasebeleştirme işlemlerini yapmak.

(d) Tahsilatı yapılmamış ve alacaklar hesabında bekleyen yıllara sâri tüm alacakların takibine ve tahsilatına yönelik işlemlerin yapılması için Mayıs ve Ekim aylarında olmak üzere yılda iki defa durumu ilgili idareye bildirmek.

(e) Görevi ile ilgili belgelerin incelendiğine dair evrakı imzalamak.

(f) Muhasebe yetkilisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

4- Taşınır işlemleri bölümü personelinin görevleri

(a) Harcama birimleri tarafından ön muhasebeden girişi yapılan taşınır hareketleriyle ilgili olarak bildirilen giriş, çıkış, devir, hurdaya ayırma, kayıp ve çalınma gibi işlemlere ait mevzuat hükümlerine uygun olarak gelen evrakları inceleyip kontrollerini yapmak.

(b) Kayıtlarda bulunan amortismana tabi maddi duran varlıklara ilişkin harcama birimlerince muhasebe birimine gönderilen yıl sonu amortisman kayıt ve işlemlerine ait belgeleri incelemek, eksik olanları tamamlatmak ve kontrollerini sağlamak.

(c) Harcama birimlerince düzenlenen ve taşınır kontrol yetkilisince imzalanan harcama birimi taşınır yönetim hesabı cetvelinde gösterilen tutarların, muhasebe kayıtlarıyla karşılaştırılıp uygunluğunu sağlayarak muhasebe yetkilisinin onayına sunmak.

(ç) Harcama birimlerince düzenlenen aylık depo tüketim kayıtlarının takibini yapmak, depo çıkış kayıt evraklarının süresi içerisinde harcama birimlerince muhasebe birimine gönderilmesini sağlamak, eksik olan evrakları tamamlatmak ve kontrollerini sağlamak.

(d) Taşınırların muhasebe kayıtlarına alınması ile ilgili diğer mevzuatlarda belirtilen işleri yapmak.

(e) Taşınır işlemleri ile ilgili belgeleri muhafaza etmek üzere, evrak kayıt, tasnif ve arşiv işlemleri servisine göndermek.

(f) Taşınır işlemleri ile ilgili belgelerin incelendiğine dair evrakı imzalamak.

(g) Muhasebe yetkilisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

B) Banka takip ve ödeme işlemleri servisi personelinin görevleri

(a) Ödeme emri belgeleri üzerinde istihkak sahiplerinin vergi, sosyal güvenlik primi, icra vb. borcu bulunup bulunmadığını araştırmak, varsa ilgili mevzuatı uyarınca muhasebe yetkilisine gerekli kesintilerin yapılması konusunda bilgi vermek.

(b) İlgili personelce kontrol edilip onaylandıktan sonra kendişine verilen ödeme evraklarının ödenmesine ilişkin gönderme emrini düzenleyerek muhasebe yetkilisine onaylatmak.

7/12

(c) Banka hesabından ilgili hesaplara aktarımı gerçekleşen tutarları hesap özet cetveline göre sistem üzerinden inceleyip, gerekli belgeleri oluşturarak muhasebe kaydını yapmak.

(ç) Banka şubesi tarafından kimlik ve hesap bilgileri uyuşmazlığı gibi nedenlerle iade edilen paraları emanet hesaplarına almak, gerekli araştırma ve düzeltmeler yapıldıktan sonra ilgililerin hesabına gönderilmesi işlemlerini yürütmek.

(d) Günlük hesap özet cetveli ile mizanda banka hesabını kontrol etmek, hatalı durumları muhasebe yetkilisine bildirerek birlikte çözümlemek.

(e) Gün içerisinde alacaklıların hesabına aktarıldığı bankaca bildirilen gönderme emri tutarlarının kapatma kaydını yapmak.

(f) Kişi ve kurumlar tarafından bankaya yatırılan paraların muhasebeleştirme işlemlerini yapmak veya tahsilatın türüne göre yapılmasını sağlamak.

(g) Banka işlemleri ile ilgili diğer iş ve işlemleri yapmak.

(ğ) Mali kaynakların, etkin ve verimli kullanılması ve izlenebilmesi amacıyla yürürlükteki Kamu Haznedarlığı Yönetmeliği ile banka protokolü hükümlerine göre değerlendirmek.

(h) Muhasebe yetkilisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

C) Vezne işlemleri servisi personelinin görevleri

(a) Tahsilat işlemlerinde tetkik ve kontrol işlemleri servisinden gelen evraka, işlem numarasıyla sorgulayıp onaylandıktan sonra tahsilat tutarına ilişkin alındı belgesini vermek.

(b) Ödeme işlemlerinde, bilgisayar ortamındaki kayıtlarla belge üzerindeki bilgileri karşılaştırarak doğruluğunu sağladıktan sonra, gerekli kimlik kontrolüne müteakip ilgilisine imza karşılığı ödeme işlemini yapmak.

(c) Alındı kayıt defterini tutmak.

(ç) Veznede teslim edilen kıymetli evrakların muhafazasını sağlamak.

(d) Gün içerisinde tahsil edilen paralardan, kasa fazlası tutarları teslimat mütekkeresi ile bankaya yatırmak.

(e) Çeşitli nedenlerle aynı gün paranın bankaya yatırılmasının mümkün olmaması ve kasa fazlasının bulunması durumunda, muhasebe yetkilisi ile birlikte kasa tutarını müşterek muhafaza altına almak.

(f) Kasa defterini usulüne uygun olarak tutmak, günlük resmî çalışma süresinin bitiminden bir saat önce kasayı kapatıp kasa defterinin dökümünü alarak muhasebe yetkilisinin imzasına sunmak.

(g) Alındı belgelerini mevzuata uygun şekilde alındı kayıt defterine kaydetmek, imza karşılığı ilgili yer ve yetkili kılınan kişilere vermek, hatalı düzenlenen alındıların iptal işlemlerini usulüne uygun şekilde gerçekleştirmek.

(ğ) Hak sahibince nakdi teminatlara ilişkin kaybedilen alındılar için tasdikli suretleri hazırlamak ve limiti aşan tutarlardaki alındılar için gazete ilanı aramak.

(h) Günlük hesap özet cetveli ile mizanda ilgili hesapları kontrol etmek, hatalı durumları muhasebe yetkilisine bildirerek birlikte çözümlemek.

(ı) Mali yılın son günü itibarıyla kasa mevcuduna ilişkin sayım tutanaklarını düzenlemek.

(i) Menkul kıymet ve varlıklar teslim alındığında ilgilisine alındı belgesi düzenleyerek vermek ve menkul kıymetleri, üzerlerinde yardımcı hesap defteri sıra numarası taşıyan torba veya zarflar içerisinde kasada veya vezne odasında uygun bir bölümde saklamak.

(j) Vezne işlemleriyle ilgili diğer belgeleri muhafaza etmek.

(k) Kasa, alınan çekler, diğer hazır değerler hesapları ile ilgili diğer iş ve işlemleri yapmak.

(l) Teminat mektuplarının teslim alınması, ilgilisine geri verilmesi veya paraya çevrilmesi gerektiğinde ilgili mevzuat hükümleri ile getirilen düzenlemeler çerçevesinde incelendikten sonra muhasebe işlem fişi düzenleyerek TDMS'ye girişini yapmak.

(m) İlgili mevzuatı doğrultusunda teminatların iade edilmesi işlemlerini yürütmek.

(n) Teminat mektubunun bir kısmının serbest bırakılması gerektiği takdirde durumu bir yazı ile ilgili banka şubesine bildirmek ve serbest bırakılan tutarın hesaplardan çıkarılması için gerekli belgeleri düzenlemek.

(o) Teminatların gereksiz olarak kayıtlarda bekletilmesini önlemek için; alınan teminata ait işin sonuçlandırılıp sonuçlandırılmadığını, mevzuatındaki süreleri de dikkate alarak takip etmek, Haziran ayı içerisinde ve her mali yılın sonunda olmak üzere en az yılda iki defa teminatlar hakkında ilgili idareye yazılı bildirimde bulunmak, idareden gelen yazılı cevap doğrultusunda, söz konusu mektubu ilgilisine veya ilgili bankaya iade etmek ya da ertesi mali yıla devretmek.

(ö) İdarelerden gelen firma teminat iade yazılarına istinaden, firmanın Sosyal Güvenlik Kurumuna borcu olup olmadığını ve ücret sayılan ödemelerden kesilen vergiler nedeniyle de vergi dairesine borcu olup olmadığını kontrol ettirmek, ilgili belgeyi aramak, borcu olduğunun tespit edilmesi halinde teminatın paraya çevrilmesini sağlamak, teminat mektupları ile nakit teminatların geri verilmesi ve gelir kaydedilmesi işlemlerinde kamu ihale mevzuatı ve ilgili diğer mevzuatlarda yer alan esaslara göre işlem tesis etmek.

(p) Yapım işlerinde kesin hesap ve kesin kabul tutanağının onaylanmasından, diğer işlerde ise işin kabul tarihinden veya varsa garanti süresinin bitim tarihinden itibaren iki yıl içinde idarenin yazılı uyarısına rağmen talep edilmemesi nedeniyle iade edilemeyen kesin teminat mektupları hükümsüz kaldığından, bankasına iade etme işlemlerini gerçekleştirmek. Teminat mektubu dışındaki teminatlar için ise sürenin bitiminde Hazineye gelir kaydedilmesini sağlamak.

(r) Günlük hesap özet cetveli ile mizanda, görevleri ile ilgili işlemleri kontrol etmek, hatalı durumları muhasebe yetkilisine bildirerek birlikte çözümlemek, mali yılın son günü itibarıyla teminatlara ilişkin sayım tutanaklarını düzenlemek.

(s) Teminat mektupları işlemleriyle ilgili yazışmaları muhafaza etmek.

(ş) Muhasebe yetkilisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

D) Evrak kayıt, tasnif ve arşiv servisi personelinin görevleri

(a) Ay sonunda, günlük olarak ayrılan ödeme emri belgeleri ve muhasebe işlem fişlerinin suretlerini ekleriyle birlikte dosyalamak ve denetime hazır halde bulundurmak.

(b) Sisteme girilen ve kaydı yapılan fişlere muhasebe yetkilisinin belirlediği aralıklarla birbirini takip edecek şekilde yevmiye numarası vermek.

(c) Posta yoluyla veya zimmetle gelen evrakları teslim almak, geliş sırasına göre evrak kayıt defterinin gelen evrak bölümüne kaydetmek, muhasebe yetkilisinin havalesine sunmak ve havalesi yapılan evrakları ilgili personele zimmetle teslim etmek.

(ç) Giden evrakları gidiş sırasına göre evrak kayıt defterinin giden evrak bölümüne kaydederek zimmet karşılığı ilgilisine vermek veya posta vb. yollarla ilgilisine göndermek.

(d) Acele, çok acele, günlü ve tekit yazılarının üzerine alındığı günün tarih ve saatini yazarak ilgililere teslim etmek.

(e) Gelen ve giden evrak defterlerini muhafaza etmek.

(f) Kendisine teslim edilen ve ilgili mevzuatları gereği arşiv niteliği taşıyan her türlü belgeyi arşiv defterine kaydetmek.

(g) Gizli evrak niteliğindeki belgeleri 16/05/1988 tarihli ve 19816 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte belirtildiği şekilde dosyaları teslim almak, muhafazasını sağlamak, bu Yönetmeliğe göre saklama süresi dolan belgeleri, dosyaları ve defterleri ayıştırarak ilgili yerlere göndermek veya ilgili mevzuatları gereğince imha edilmesini sağlamak.

(ğ) Arşivin tertip, düzen ve güvenliğini sağlamak, bunun için her türlü tedbiri almak.

(h) İlgili mevzuatlar kapsamında diğer arşiv işlemlerini yürütmek.

(ı) Muhasebe yetkilisi tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

9/12

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Muhasebe Yetkilisi Mutemedi Görevlendirilmesi ve Görevleri

Muhasebe yetkilisi mutemedi görevlendirilmesi

MADDE 20 – (1) Zorunluluk bulunması halinde, muhasebe yetkilisi adına para ve parayla ifade edilebilen değerleri almak, vermek, vezne ve ambarlarda muhafaza etmek üzere muhasebe yetkilisinin de muvafakatı alınarak seçilen personel, harcama yetkilisi tarafından muhasebe yetkilisi mutemedi olarak görevlendirilir. Görevlerinden ayrılanlar aynı gün içerisinde muhasebe birimine bildirilir.

(2) Muhasebe yetkilisi mutemedi, doğrudan muhasebe yetkilisine karşı sorumludur.

(3) Görevinde ihmali olduğu, görevini kötüye kullandığı ve zimmetine para geçirdiği tespit edilen muhasebe yetkilisi mutemetleri ilgili harcama birimince derhal muhasebe birimine bildirilir.

(4) Muhasebe yetkilisi mutemetleri 06/06/1934 tarihli ve 2720 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Kefalet Kanunu hükümleri uyarınca kefalete tabi tutulur.

Muhasebe yetkilisi mutemedinin görevleri

MADDE 21– (1) Muhasebe yetkilisi mutemedi, 31/12/2005 tarihli ve 26040 mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Muhasebe Yetkilisi Mutemetlerinin Görevlendirilmeleri, Yetkileri, Denetimi ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik hükümleri kapsamında kendisine verilen iş ve işlemleri yürütmekte yetkili ve görevlidir.

(2) Harcama birimlerinde görevlendirilen muhasebe yetkilisi mutemedi, kasa mevcudunu en geç, Muhasebe Yetkilisi Mutemetlerinin Görevlendirilmeleri, Yetkileri, Denetimi ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğinin 7 nci maddesinde belirlenen sürede ve Parasal Sınırlar ve Oranlar Hakkında Genel Tebliğ hükümlerinde belirtilen tutarı aşması halinde bankaya yatırır. Gerektiğinde muhasebe yetkilisi azami süreyi aşmamak üzere, ihtiyaca göre farklı süre belirleyebilir. Tahsilatlara ilişkin bilgi ve belgeler haftalık olarak ve her halde ilgili ay sonuna kadar muhasebe birimine gönderilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Tahakkuk Evraklarının Düzenlenmesi ve Muhasebe Kayıtlarına Alınması

Gelir tahakkuk evraklarının düzenlenmesi ve muhasebe kayıtlarına alınması

MADDE 22 (1) İlgili mevzuatında belirtilen döner sermaye gelirlerinin tahakkuk ettirildiği muhasebe işlem fişi ve eki belgeler, gelir tahakkuk evraklarıdır.

(2) Harcama birimlerinde tahakkuk eden ve düzenlenen belge, gelir gerçekleştirme görevlisi ve harcama yetkilisi tarafından kontrol edilerek imzalanır.

(3) Gelir tahakkuk evrakları müteakip ayın 6 ncı günü mesai saati bitimine kadar gelir tahakkuk görevlilerince düzenlenir ve TDMS üzerinden da muhasebe kayıtlarına alınır. Aynı zamanda bu süre içerisinde belgelerin ıslak imzalı nüshalarının da muhasebe birimine tutanak karşılığı teslim edilmesi sağlanır.

(4) Muhasebe işlem fişleri 3 (üç) nüsha olarak tanzim edilir. Bunun iki nüshası muhasebe birimine gönderilir. Bir nüshası ise harcama biriminde arşivlenir.

(5) Tahakkuk evraklarının muhasebe birimine teslim edildiği tutanak (teslim tutanağı) ve muhasebe biriminden harcama birimine hata ve/veya eksikliğin bildirildiği tutanak (iade tutanağı) 2 (iki) nüsha olarak tanzim edilir. Bir nüshası harcama biriminde, bir nüshası ise muhasebe biriminde arşivlenir.

(6) Muhasebe birimine gelen gelir tahakkuk evrakları tetkik ve kontrol işlemleri servisi personelince ilgili mevzuatı kapsamında kontrol edilir. Hata ve/veya eksiklik tespit edildiğinde, bunların giderilmesi için evraklar ilgilisine gerekçesi ile birlikte tutanak karşılığı

iade edilir. Tüm kontroller yapıldıktan ve evraklardaki hata ve/veya eksiklikler giderildikten sonra, evraklar muhasebe yetkilisince imza edilir.

Gider tahakkuk evraklarının düzenlenmesi

MADDE 23 – (1) İlgili mevzuatında belirtilen döner sermaye giderlerinin tahakkuk ettirildiği ödeme emri belgesi ve eki belgeler gider tahakkuk evraklarıdır.

(2) Ödeme emri belgesi ve eki belgeler 31/12/2005 tarihli ve 26040 (3. mükerrer) sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği kapsamında ve ilgili diğer mevzuat kapsamında tanzim edilir. Harcama yetkilisi, kendisine en yakın üst kademe yöneticilerinden birisini veya birkaçını ödeme emri belgesini imzalamak üzere görevlendirir.

(3) Harcama birimlerince ödeme emri belgesi eklerini oluşturan belgeler tasnif edilerek ön muhasebeye girilir ve muhasebe biriminin onayına sunulur. Bu belgelerin ıslak imzalı nüshaları muhasebe birimine gönderilir. Muhasebe biriminin onayını müteakiben ödeme emri belgesi harcama birimlerinde gider gerçekleştirme görevlisi ve harcama yetkilisi tarafından kontrol edilerek imzalanır.

(4) İlgililerce imza edilen ödeme emri belgesi ve eki belgeler, ilgili mevzuatları gereği harcama biriminin bağlı olduğu muhasebe birimine tutanak karşılığında teslim edilir.

(5) Ödeme emri belgesi 3 (üç) nüsha olarak tanzim edilir. Bir nüshası harcama birimlerinde arşivlenir. İki nüshası da muhasebe birimine gönderilir.

(6) Ödeme emri belgesinin muhasebe birimine teslim edildiği tutanak (teslim tutanağı) ve muhasebe biriminden harcama birimlerinde hata ve/veya eksikliğin bildirildiği tutanak (iade tutanağı) 2 (iki) nüsha olarak tanzim edilir. Bir nüshası harcama biriminde, bir nüshası ise muhasebe biriminde arşivlenir.

ALTINCI BÖLÜM
Çeşitli ve Son Hükümler

Muhasebe yetkilisinin statüsü

MADDE 24 – (1) Muhasebe yetkilisi; muhasebe biriminde, 5018 Sayılı Kanun ve ilgili diğer mevzuatla belirtilen görev, yetki ve sorumluluklara haiz olup, görevlerini tabi olduğu mevzuat ve Bakanlık tarafından yayımlanan ikincil mevzuat çerçevesinde yürütür.

Muhasebe yetkilisi yardımcısının statüsü

MADDE 25 – (1) Muhasebe yetkilisi yardımcısı; muhasebe biriminde, 5018 Sayılı Kanun ve ilgili diğer mevzuatla muhasebe yetkilisi yardımcısı hakkında belirtilen görev, yetki ve sorumluluklara haizdir.

Muhasebe hizmetlerinin yürütülmesi

MADDE 26 – (1) Bu Yönergede belirtilmeyen hususlarla ilgili olarak, mevcut mali mevzuat hükümleri ile ilgili kurumlar tarafından yürürlüğe konulacak olan mevzuat hükümleri dikkate alınacaktır.

Ödemelerde öncelik sırası

MADDE 27 – (1) Ödemeler, Yönetmeliğin 22 nci maddesi ve ilgili diğer mevzuat hükümlerinde belirtilen ödemelerdeki öncelik sırasına göre yapılır.

(2) Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten sonra, ilgili kamu kurum ve kuruluşları tarafından yürürlüğe konulacak mevzuatlarla ödemelerdeki öncelik sırasının değiştirilmesi halinde, ödemeler, yürürlüğe konulan mevzuatlardaki ödemelerdeki öncelik sırasına göre yapılır.

Sorumluluk

MADDE 28 - (1) Muhasebe yetkilisi, muhasebe yetkilisi yardımcısı ve muhasebe birimi personeli tarafından, basit ve nitelikli zimmet suçu işlenmesi ve ilgili personelin kusuru ile kamu zararı oluşması halinde, yürürlükteki mevzuat kapsamında bu durumdan ilgili kişiler sorumludur.

Merkez döner sermaye muhasebe birimi

MADDE 29- (1) Bakanlık merkez döner sermaye işletmesi muhasebe hizmetleri, Başkanlık tarafından yürütülür.

(2) Merkez döner sermaye muhasebe birimi muhasebe yetkilisi, Başkanın teklifi ve Üst Yöneticinin onayı ile tercihen muhasebe yetkilisi sertifikasına sahip, mali hizmetler uzmanları arasından görevlendirilir.

(3) Muhasebe yetkilisi yardımcısı, Başkan tarafından tercihen muhasebe yetkilisi sertifikasına sahip, Başkanlık personeli arasından görevlendirilir.

Hüküm bulunmayan haller

MADDE 30- (1) Bu Yönergede hüküm bulunmayan hallerde konusuna göre, 01/05/2007 tarihli ve 26509 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği, 15/05/2017 tarihli ve 30067 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmeleri Hakkında Yönetmelik ve 21/01/2006 tarihli ve 26056 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Muhasebe Yetkilisi Adaylarının Eğitimi, Sertifika Verilmesi İle Muhasebe Yetkililerinin Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik ile ilgili diğer mevzuat hükümleri uygulanır.

Yürürlük

MADDE 31 - (1) Bu Yönerge 01/04/2019 tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 32 - (1) Hazine ve Maliye Bakanlığının görüşü alınarak hazırlanan bu Yönerge hükümlerini Bakan yürütür.

11.2.3. Merkez Pay Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 15722819/840-
Konu : Merkez Pay Yönergesi.

BAKANLIK MAKAMINA

4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5 inci maddesine istinaden sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi imkânlarıyla karşılayamadıkları ihtiyaçların giderilmesi, eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin desteklenmesi maksadıyla hazırlanan ve Maliye Bakanlığı'nın 18/01/2013 tarih 390/521 sayılı yazısı ile uygun görülen "Sağlık Bakanlığı İle Bağlı Kuruluşlarına Bağlı Döner Sermaye İşletmelerinden Merkeze Aktarılan Tutarın Dağılım Ve Sarfına Dair Yönerge"nin onaylanarak yürürlüğe konulması hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Mehmet ATASEVER
Başkan

EKLER:
1-Yönerge. (4 Sayfa)

Uygun görüşle arz ederim
.../.../2013

Prof.Dr.Nihat TOSUN
Müsteşar

OLUR
.../.../2013

Dr.Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Bakan

SAĞLIK BAKANLIĞI İLE BAĞLI KURULUŞLARINA BAĞLI DÖNER SERMAYE İŞLETMELERİNDEN MERKEZE AKTARILAN TUTARIN DAĞILIM VE SARFINA DAİR YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve Kapsam

MADDE 1- (1) Bu Yönerge; Bakanlık ve bağlı kuruluşların merkez ve taşra teşkilatında kurulan döner sermaye işletmelerince, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi imkânlarıyla karşılayamadıkları ihtiyaçların giderilmesi, eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin desteklenmesi, Bakanlık taşra teşkilatı ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu taşra teşkilatının desteklenmesi, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatında ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatı ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun merkez teşkilatında görev yapan memurlar ile sözleşmeli personele ek ödemede bulunulması amacıyla yapılacak giderlere iştirak etmek için aylık gayrisafi hasılattan her ay tahsil edilerek Döner Sermaye Merkez Muhasebe birimine aktarılan %6'ya kadar olan tutarın dağılım ve sarfına ilişkin kriterleri belirlemek için hazırlanmıştır.

Dayanak

MADDE 2- (1) Bu Yönerge; 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 3- (1) Bu Yönergede geçen;

a) Kanun: 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunu;

b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

c) Bakan: Sağlık Bakanını,

ç) Merkez Teşkilatı: 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname de belirlenen Bakanlığın merkez hizmet birimlerini,

d) Bağlı Kuruluş: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Merkeze Pay Aktarılması, Dağılım ve Sarfı ile ilgili Hususlar

Temel Esaslar

MADDE 4- (1) Merkeze aktarılan %6'ya kadar olan tutarın dağılım ve sarfına ilişkin temel esaslar aşağıda belirtilmiştir:

a) Merkeze aktarılacak %6'ya kadar olan tutarı, kurumlar veya işletmeler itibariyle bu oranın altında belirlemeye veya hiç almamaya Bakan yetkilidir.

b) İlgili aya ait Merkeze gönderilecek tutarlar, Sağlık Kurumları Döner Sermaye Muhasebe Birimlerince takip eden ayın 20'sine kadar Döner Sermaye Merkez Muhasebe Biriminin banka hesabına aktarılır.

c) Merkeze aktarılan tutar; Bakanlık merkez teşkilatında görev yapan memurlar ile sözleşmeli personelin ek ödemesinde kullanılır. Ayrıca kendi döner sermaye kaynaklarının yetersiz kalması halinde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, merkez ve taşra teşkilatı ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun merkez teşkilatında görev yapan memurlar ile sözleşmeli personelin ek ödemelerinde kullanılmak üzere kaynak aktarımı yapılabilir. Yapılan bu ödemelerden sonra kalan tutar; sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi imkânlarıyla karşılayamadıkları ihtiyaçların giderilmesi ile eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin desteklenmesi için kullanılır.

ç) Merkeze aktarılan tutardan Personele dağıtılacak ek ödemenin dışında kalan kısmın, 209 sayılı Kanunun beşinci maddesinin dördüncü fıkrası çerçevesinde, kullanılacağı gider kalem ve miktarını belirlemeye, Bakan yetkilidir.

d) Yapılacak bu giderler, döner sermayeli işletmelerin tabi olduğu mevzuat hükümleri çerçevesinde gerçekleştirilir.

e) Bakanlık Merkez teşkilatı ile Bağlı kuruluşların eğitim, araştırma ve geliştirme projeleri için kaynaklarının yetersiz kalması halinde taleplerini Bakanlık Strateji Geliştirme Başkanlığına intikal ettiriler. Bu talepleri değerlendirmek üzere komisyon oluşturmaya ve komisyonun onayladığı projelere kaynak aktarmaya Bakan yetkilidir.

f) Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile Bakanlığa bağlı kuruluşlar ile taşra teşkilatı, kendi imkânlarıyla karşılayamadıkları ihtiyaçlarını, gerekçeli teklif yazısı ile Bakanlık Strateji Geliştirme Başkanlığına bildirirler. İhtiyaçların karşılanmasına karar vermeye ve kaynak aktarımı yapmaya Bakan yetkilidir.

g) Döner Sermaye Merkez Muhasebe Birimi hesabına aktarılan % 6'ya kadar olan tutarlardan bu birimce Hazine payı ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu payı ayrılmaz. Merkeze aktarılan bu tutarlardan ihtiyacı bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarına sermayelerine mahsuben veya yardım olarak gönderilebilir. Kurum veya kuruluşları merkez payından yapılan yardımlardan, kurum veya kuruluşlar tarafından ayrıca Hazine payı ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu payı ayrılmaz. Döner Sermaye Merkez Muhasebe Biriminin yılsonu nakit mevcudu aynı amaçla kullanılmak üzere ertesi yıla devredilir."

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Son Hükümler

Yönerge Kapsamındaki Görevlerin Yürütülmesi

MADDE 5- (1) Bu Yönerge kapsamındaki ek ödemeye ilişkin gerçekleştirme işlemleri, ilgili birimlerce yapılır.

(2) Bu Yönergenin uygulanması ile ilgili diğer tüm iş ve işlemlerin yürütülmesi hususlarında, Bakanlık merkez hizmet birimleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu hizmet birimleri görevli ve yetkilidir.

MADDE 6- 08/05/2006 tarih 3276 sayılı Onay ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığına Bağlı Döner Sermaye İşletmelerinden Merkeze Aktarılan Tutarın Dağılım Ve Sarfı İle Bu Tutardan Bakanlık Merkez Teşkilatında Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

GEÇİCİ MADDE 1- 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin yürürlüğe girdiği 02/11/2011 tarihinden önce Bakanlık İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünce döner sermaye kaynaklarından ihale edilen işlerin hakediş ödemeleri tamamlanmamış olanlarına ilişkin olarak Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna gerekli kaynağı aktarmaya Bakan yetkilidir.

Yürürlük

MADDE 7- (1) Maliye Bakanlığının uygun görüşü alınan bu Yönerge, yayımlandığı tarihten itibaren geçerli olmak üzere Bakan onayı ile yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 8- (1) Bu Yönerge hükümlerini Bakan yürütür.

11.2.4. Merkez Pay Tahsilat Oranı

209 sayılı Kanunun 5'inci maddesinin 4'üncü fıkrasına istinaden döner sermayeli işletmelerden aylık gayrisafi hasılattan aylık tahsil edilen tutar 30/12/2021 tarihli ve E.2481 sayılı Makam Onayı ile %2 olarak güncellenmiştir. Ayrıca Bakanlık makamından alınan 16.04.2012 ve 3459 sayılı onay gereği Sağlık Müdürlüğü İşletme Birimi için merkez pay bütçesi hesaplanmayacaktır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 28015947/841.02.01
Konu : Merkez Pay Tahsilat Oranı Hk.

.....VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Bakanlık Makamından alınan 30.12.2021 tarihli ve 2481 sayılı Bakanlık Makamı Onayı ile 209 Sayılı Kanun'un 5 inci maddesinin 4 üncü fıkrasına istinaden 01/01/2022 tarihinden itibaren döner sermayeli işletmelerden aylık gayrisafi hasılattan aylık tahsil edilen tutarın %2 si Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığına aktarılması kararlaştırılmıştır.

Bu kapsamda; döner sermayeli işletme birimleri **01/01/2022 tarihinden itibaren** aylık gayrisafi hasılatlarından tahsil ettikleri tutarın **%2 sini merkez pay ödemesi** olarak Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığına aktaracaklardır.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Engin KARABAŞ
Bakan a.
Strateji Geliştirme Başkanı

Dağıtım:
-81 İl Valiliğine
(İl Sağlık Müdürlüğü)

11.2.5. Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmelerinin Kurulması ve İşletilmesi Hakkında Yönerge

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı :43553240/010.04
Konu :Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesinin Kurulması

BAKANLIK MAKAMINA

Bakanlığımız Merkez Döner Sermaye İşletmesi ile işletme birimlerinin kurulmasına yönelik olarak hazırlanan ve ekte sunulan "Sağlık Bakanlığı Merkez Döner Sermaye İşletmesinin Kurulması ve İşletilmesi Hakkında Yönerge"nin onaylanarak yürürlüğe konulmasını;

Tensiplerinize arz ederim.

Mehmet ATASEVER
Başkan

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2014

Prof.Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Müsteşar

O L U R
.../.../2014

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Bakan

EK: Sağlık Bakanlığı Merkez Döner Sermaye İşletmesinin Kurulması ve İşletilmesi Hakkında Yönerge

SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ DÖNER SERMAYE İŞLETMESİNİN KURULMASI VE İŞLETİLMESİ HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam

MADDE 1- (1) Bu yönerge, Sağlık Bakanlığı Merkez Döner Sermaye İşletmesi ile işletme birimlerinin kurulmasına ve işletilmesine, Sağlık Bakanlığı İle Bağlı Kuruluşlarına Bağlı Döner Sermaye İşletmelerinden Merkeze Aktarılan Tutarın Dağılım ve Sarfına Dair Yönerge gereği aktarılan tutarlar, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi Kapsamında Aktarılan tutarlar ile işletme tarafından tahsil edilecek diğer gelirlerin bütçeleştirilmesi, dağıtımı, harcanması ve muhasebesine ilişkin uygulanacak usul ve esasları kapsar.

Hukuki dayanak

MADDE 2- (1) Bu yönerge, 209 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Ezenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 1 ve 5 inci maddeleri ile 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 17 nci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 3- (1) Bu yönergenin uygulanmasında;

a) Bağlı Kuruluş: Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunu,

b) Bakan: Sağlık Bakanını,

c) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

ç) Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesi: Bakanlık bünyesinde kurulan döner sermaye işletmesini,

d) İşletme Birimi: 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 7 nci maddesinde belirlenen Bakanlık merkez hizmet birimlerini,

e) İşletme Birimi Bütçesi: İşletme birimlerinin gelir ve gider tahminlerini gösteren ve usulüne uygun olarak yürürlüğe giren belgeyi,

f) İşletme Bütçesi: İşletme birimlerinin bütçelerinin konsolide edilerek oluşturulan ve usulüne uygun olarak yürürlüğe giren Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesi bütçesini,

g) İşletme Birimi Yöneticisi: İşletme biriminin en üst yöneticisini,

ğ) İşletme Yöneticisi: Müsteşar veya görevlendireceği yardımcısını,

h) Kanun: 209 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Ezenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunu,

ı) Merkez Pay: 209 Sayılı Kanunun 5 inci maddesi gereğince muhasebe biriminin hesabına aktarılan tutarı,

i) Muhasebe Birimi: Maliye Bakanlığı Sağlık Kurumları Merkez Döner Sermaye Saymanlık Müdürlüğünü,

İKİNCİ BÖLÜM

Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesi İle İşletme Birimlerinin Kurulması ve Harcama Yetkililerinin Belirlenmesi

Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesinin ve işletme birimlerinin kurulması

MADDE 4- (1) Sağlık Bakanlığı bünyesinde Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesi kurulmuştur.

(2) 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 7 nci maddesinde belirlenen Bakanlık merkez hizmet birimlerinde işletme birimleri kurulmuştur.

Harcama yetkilileri

MADDE 5-(1) Bütçe tahsis edilen işletme biriminin en üst yöneticisi harcama yetkilisidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesi ile İşletme Birimlerinin Gelir ve Giderleri İle Bütçe ve Muhasebe İşlemleri

Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesi ile işletme birimlerinin gelirleri

MADDE 6- (1) Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesi ile işletme birimlerinin gelirleri, merkez pay tutarları ile götürü bedel hizmet alım sözleşmesi kapsamında muhasebe birimi hesabına aktarılan tutarlardan işletme birimlerine tahsis edilen tutarlar ve Kanunun 3 üncü maddesinde belirtilen gelirlerdir.

Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesi ile işletme birimlerinin giderleri

MADDE 7- (1) Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesi ile işletme birimlerinin giderleri, Kanunun 3 üncü maddesinde belirtilen giderler ile 5 inci maddesinden kaynaklanan iş ve işlemlere ilişkin olarak yapılacak giderlerden oluşur. Kanunun 5 inci maddesine göre toplanan paylar anılan maddede belirtilen giderler için kullanılır.

Merkez payın aktarılması, dağılımı ve sarfı

MADDE 8- (1) Sağlık Bakanlığı İle Bağlı Kuruluşlarına Bağlı Döner Sermaye İşletmelerinden Merkeze Aktarılan Tutarın Dağılım ve Sarfına Dair Yönerge gereği aktarılan tutarlar söz konusu yönerge doğrultusunda muhasebe birimince Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesinin emanet hesaplarına alınır ve bağlı kuruluşlar, İl Sağlık Müdürlükleri ve işletme birimlerine aktarılır.

Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi kapsamında aktarılan tutarların dağılımı ve sarfı

MADDE 9- (1) Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi ekinde yer alan ödeme planına göre Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesinin bağlı bulunduğu muhasebe birimi banka hesabına aktarılan tutar, muhasebe birimi tarafından Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesinin emanet hesabına alınır.

(2) Emanet hesabına alınan tutar, Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi Dağılım Planına göre ve yetki devri kapsamında bağlı kuruluşlar ile İl Sağlık Müdürlüklerine Strateji Geliştirme Başkanlığınca tahsis edilir.

(3) İşletme birimlerinin giderleri Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi kapsamında aktarılan tutarlardan da karşılanabilir.

Bütçe ve muhasebe işlemleri

MADDE 10- (1) İşletme birimlerinin harcama yetkilileriince yılı ve izleyen iki yılın gelir ve gider tahminlerini içeren işletme birimi bütçesi hazırlanıp Strateji Geliştirme Başkanlığına sunulur. Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletme bütçesi oluşturulur.

2) İşletme birimlerinden alınan teklifler doğrultusunda Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından konsolide edilen Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletme bütçesi İşletme Yöneticisi tarafından Bakan onayına sunulur.

(3) 8 inci madde kapsamında emanet hesaplarında bulunan Merkez Pay, yetki devri kapsamında Strateji Geliştirme Başkanlığınca bağlı kuruluşlar, işletme birimleri ile İl Sağlık Müdürlüklerine bütçe imkanları, nakit durumu ve ihtiyaç gerekçeleri gibi hususlar dikkate alınarak tahsis edilir. Tahsis edilen merkez pay tutarları ilgili işletme biriminin bütçe gelirleri hesabına alınarak muhasebeleştirilir.

(4) 9 uncu maddenin birinci fıkrası kapsamında emanet hesaplarında bulunan Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesine göre aktarılan tutarlar yetki devri kapsamında Strateji Geliştirme Başkanlığınca bağlı kuruluşlar, işletme birimleri ile İl Sağlık Müdürlüklerine tahsis edilir.

(5) İşletme birimleri tarafından verilen hizmetler karşılığı elde edilen diğer gelirler, işletme birimin ilgili hesaplarına kaydedilir.

(6) İşletme birim bütçelerinin tamamı bloke edilmiş olup kullanılabilmesi için yetki devri kapsamından Strateji Geliştirme Başkanlığından tahsis alınması gereklidir.

(7) Tahsis edilen ancak kullanılamayan veya artı kalan kaynakların ilişkin tahsisatlar Strateji Geliştirme Başkanlığınca iptal edilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler

Yasal yükümlülükler ve ilgili mevzuat

MADDE 11- (1) Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesine 1.000 TL nominal sermaye tahsis edilmiştir.

(2) İşletme birimlerinin ödemeler ile tahakkuk ve tahsilatlarından doğan kanuni yükümlülükler bu işlemleri yapan işletme birimleri tarafından yerine getirilir.

(3) İşletme birimleri tarafından yapılacak bütçe, alacakların tahakkuku, takibi ve tahsilat işlemleri ile harcama, gelir, gider, taşınır ve taşınmaz işlemleri döner sermayeli işletmelerin tabi olduğu mevzuat hükümleri çerçevesinde ilgili işletme birimleri tarafından yürütülür.

Yürürlük

MADDE 12- (1) Bu yönerge 1 Ocak 2015 tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 13- (1) Bu yönerge hükümlerini Bakan yürütür.

Geçici Madde 1- Bu yönergede belirtilen işletme bütçesi onaylanıncaya kadar iş ve işlemler mevcut uygulamalar doğrultusunda yapılacaktır.

11.3. GENELGELER

11.3.1. Yetki Devri Genelgesi (2024/5)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

240252837

Sayı : 94036355/809.99
Konu : Yetki Devri

GENELGE
2024/5

Bilindiği üzere Taşınır Mal Yönetmeliğinin 39 uncu maddesinin (f) bendinde (Değişik: (4/3/2016-2016/8646 K.); harcama yetkililerinin onayı ile harcama birimleri ve diğer kamu idarelerine devredilecek taşınırlar ile satışı yapılacaklar için tutar belirlemeye Hazine ve Maliye Bakanlığı yetkili kılınmış olup, 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ve diğer mevzuat kapsamında uygulanacak olan parasal sınırlar ve alındı birim fiyatları her yıl yeniden belirlenmektedir.

Yukarıda belirtilen hükümler ve ilgili mevzuatlar kapsamında Bakanlığımızca taşınır işlemlerinde uygulanacak parasal sınırlar 2008/57 sayılı genelgemiz ile belirlenerek yetki devri yapılmıştı. Ancak; Taşınır Mal Yönetmeliğinde yapılan değişiklikler ve bahse konu limitlerin yetersiz kalması nedeniyle yetki devrine konu limitlerin yeniden belirlenmesi uygun görülmüştür.

Bu itibarla;

- Taşınırların kamu idareleri arasındaki devirlerinde 2.000.000 TL'ye kadar (2.000.000 TL dahil)
- Taşınırların Bakanlığımıza bağlı harcama birimleri arasındaki devirlerinde 10.000.000 TL'ye kadar (10.000.000 TL dahil) olanların ***"İl Sağlık Müdürü" onayı ile yapılması,*** söz konusu limitler üzerindeki taşınır devirlerine ilişkin onayların ise üst yönetici onayı alınmak üzere Bakanlığımıza gönderilmesi gerekmektedir.
- Yukarıda belirtilen tutarlar Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından yılı yeniden değerleme oranında her yıl artırılabilir.

Söz konusu limitler, bu işlemlerden herhangi birine veya tamamına konu olan taşınırlar için ve her bir işlem bazında uygulanmaya devam edecek olup, 2008/57 sayılı genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

DAĞITIM:
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

11.3.2. Kamu Zararı Genelgesi (2020/5)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 43553240-010.06.01
Konu : Kamu Zararı

GENELGE
(2020/5)

Bilindiği üzere, Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik 19/10/2006 tarihli ve 26324 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak 01/01/2006 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlüğe girerek uygulanmaktaydı ancak, 15/06/2019 tarihli ve 30802 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelikte değişiklik yapıldığından Yönetmeliğin uygulanmasında iş ve işlemlerin daha etkin ve hızlı bir şekilde yürütülmesi ve uygulama birliğinin sağlanması için Bakanlığımız merkez ve taşra teşkilatında aşağıdaki hususlara riayet edilecektir.

1) Kamu zararlarından kaynaklanan alacaklarda takibe yetkili birim merkez teşkilatında Strateji Geliştirme Başkanlığıdır. Taşra teşkilatında ise İlçe Sağlık Müdürlüğü kurulmayan yerler ile İl Sağlık Müdürlüğünde İl Sağlık Müdürünün sorumluluğunda destek hizmetlerine ilişkin görev, yetki ve sorumlulukların yerine getirildiği Başkanlıkta; İlçe Sağlık Müdürlüğü kurulan yerlerde İlçe Sağlık Müdürlüğünde; Hastaneler ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Başhekimin sorumluluğunda İdari ve Mali Hizmetler Müdürlüğü bünyesinde, kamu zararlarının takip ve tahsili ile ilgili iş ve işlemler yürütülecektir.

2) Bakanlık taşra teşkilatında gerçekleştirilen kontrol, denetim veya inceleme sonucunda tespit edilen zarara ilişkin hususlar, ilgili harcama yetkilisinin görüşünü de içeren ve harcama birimi tarafından düzenlenen Yönetmeliğin eki Ek-1'de yer alan Değerlendirme Formu ile birlikte İl Sağlık Müdürünün (idarenin taşrada bulunan en üst yöneticisi) değerlendirmesine sunulacaktır.

İl Sağlık Müdürünün harcama yetkilisi olduğu ancak tespit edilen zararın harcama yetkilisinin (İl Sağlık Müdürünün) karar veya onayı ile meydana gelmediği durumda değerlendirme, İl Sağlık Müdürü tarafından yapılacaktır. İl Sağlık Müdürünün gerek görmesi halinde hukuk biriminin görüşüne, sorumluların ve/veya ilgililerin bilgisine başvurabilir ve değerlendirme altmış gün içerisinde sonuçlandırılır.

Ancak, zarara ilişkin işlemde İl Sağlık Müdürünün harcama yetkilisi olması durumunda değerlendirme merkezde yapılacağından, İl Sağlık Müdürünün (zarara ilişkin işlemdeki harcama yetkilisi) görüşünü de içeren ve harcama birimi tarafından düzenlenen Yönetmeliğin eki Ek-1'deki Değerlendirme Formu ve zarara ilişkin tüm belgeler Strateji Geliştirme Başkanlığına gönderilecektir. Bu birim tarafından da bağlı olduğu üst yönetici değerlendirmesine sunulacaktır. Strateji Geliştirme Başkanlığının bağlı olduğu üst yöneticinin gerek görmesi halinde hukuk biriminin görüşüne, sorumluların ve/veya ilgililerin bilgisine başvurabilir ve değerlendirme altmış gün içerisinde sonuçlandırılır. Değerlendirme sonucu ise Yönetmelik hükümlerine göre işlem tesis edilmesi için ilgili İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilecektir.

3) Sayıştay denetçileri tarafından yapılan denetim sonucunda, kamu zararına ilişkin hususları içeren ve bilgi amaçlı olarak üst yöneticiye gönderilen sorgulardan, merkez teşkilatını

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 43553240-010.06.01
Konu : Kamu Zararı

ilgilendirenler sorguya konu merkez hizmet birimine, taşrayı ilgilendirenler ise ilgili Valiliğe (İl Sağlık Müdürlüğüne) Yönetmeliğin 7/B maddesine göre işlem tesis edilmesi amacıyla Strateji Geliştirme Başkanlığınca gönderilir.

Kamu zararlarına ilişkin sorguların, Sayıştay ilâmı ile kesin hükme bağlanması halinde alacağın takibi bu Genelgenin 1 inci maddesinde yazılı takibe yetkili yerlerce yerine getirilecektir.

Takibi yapılan Sayıştay ilamı ile kesin hükme bağlanmış kamu zararlarından nakden veya mahsuben yapılan tahsilat ile terkin, tenzil ve kaldırma işlemlerine ilişkin belgeler, 17/12/2011 tarihli ve 28145 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sayıştay Başsavcılığı Çalışma Yönetmeliğinin *"İlamların infazının izlenmesi"* başlıklı 9 uncu maddesine göre Sayıştay Başkanlığına, Genelgenin 1 inci maddesinde yazılı takibe yetkili yerlerce gönderilecektir.

4) Mahkemeler tarafından 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunun 71 inci maddesi kapsamına girdiği tespit edilerek kamu zararı olduğuna hükmedilen kararların Bakanlığımız merkez ve/veya taşra teşkilatına tebliğini müteakiben alacak, idareyi temsile yetkili hukuk birimi tarafından takip ve tahsil edilir. İdareyi temsile yetkili hukuk birimi tarafından mahkeme kararına ve yapılan tahsilata ilişkin olarak ilgisine göre 1 inci maddede yazılı takibe yetkili yerlere bilgi verilir ve işlemlere ilişkin muhasebe kayıtlarının yaptırılması sağlanır.

5) Taşra teşkilatında, Yönetmeliğin 7/A maddesinin 1 inci fıkrasına göre İl Sağlık Müdürünün değerlendirmesi sonucu takip ve tahsil edilmesi gerektiği değerlendirilmiş kamu zararları, 7/B maddesi hükmüne göre Sayıştay ilamı ile kesin hükme bağlanmış kamu zararları ile 7/C maddesine göre yargılama suretiyle tespit edilen ve İlçe Sağlık Müdürlüğünde, Hastaneler ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde takip ve tahsil işlemleri gerçekleştirilen kamu zararları ayrıca İl Sağlık Müdürlüğündeki destek hizmetlerine ilişkin görev, yetki ve sorumlulukların yerine getirildiği Başkanlık tarafından İl düzeyinde izleme ve değerlendirme yapılması amacıyla konsolide edilerek takip edilecektir.

6) Denetime yetkili mercilerce merkez teşkilatında yapılan kontrol, denetim veya inceleme sonucunda hazırlanan tazmin raporları bu merciler tarafından zararın oluştuğu harcama birimine gönderilir. İlgili merkez harcama birimi ise gönderilen tazmin raporundaki zarara ilişkin hususlar için Yönetmeliğin 7/A maddesi hükümlerine göre değerlendirmeye tabi tutulmasını sağlayacaktır.

Bağlı olduğu üst yönetici tarafından yapılan değerlendirme sonucunda, kamu zararının oluştuğuna veya kamu zararı niteliği taşımamakla birlikte takip ve tahsili gereken bir alacak olduğuna karar verilmesi halinde ilgili harcama birimi tarafından Yönetmeliğin eki Ek-1'de yer alan Değerlendirme Formu ile kamu zararının/alacağın tespitine ilişkin belgeler değerlendirmenin yazılı hale getirildiği tarihten itibaren iki iş günü içerisinde Strateji Geliştirme Başkanlığına gönderilecektir.

Üst yönetici değerlendirmesine tabi tutulmamış yazı, tutanak, rapor ve benzeri belgeler ile üst yönetici değerlendirmesine tabi tutulmakla birlikte üst yönetici tarafından kamu zararının oluşmadığı kanaatine varılarak takip ve tahsili öngörülmeyen değerlendirme formu ve eki belgeler Strateji Geliştirme Başkanlığına gönderilmeyecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 43553240-010.06.01
Konu : Kamu Zararı

7) Bakanlık merkez teşkilatında görev yapan kamu görevlilerine yapılan fazla ve yersiz ödemelere (aylık, ücret, tazminat, ek ödeme, zam ve tazminat, dil tazminatı, sosyal yardımlar vb.) yönelik üst yönetici değerlendirmesi ödemeyi yapan harcama biriminin en üst yöneticisi (Genel Müdür/Başkan) tarafından yapılacaktır.

Ancak, Bakanlık merkez teşkilatında görev yapan Genel Müdür/Başkan'a yapılan fazla ve yersiz ödemelere (aylık, ücret, tazminat, ek ödeme, zam ve tazminat, dil tazminatı, sosyal yardımlar vb.) yönelik üst yönetici değerlendirmesi Genel Müdür/Başkan'ın doğrudan bağlı olduğu üst yönetici (Bakan/Bakan Yardımcısı) tarafından yapılacaktır.

8) Bakanlığın denetime yetkili mercilerince taşra teşkilatında yapılan kontrol, denetim veya inceleme sonucunda hazırlanan tazmin raporları bu mercilerce doğrudan ilgili Valiliğe (İl Sağlık Müdürlüğüne) gönderilecektir. Ancak, Bakanlık dışındaki denetime yetkili mercilerce taşra teşkilatında yapılan kontrol, denetim veya inceleme sonucunda hazırlanarak Bakanlık merkez teşkilatına intikal ettirilen raporlar Strateji Geliştirme Başkanlığı vasıtasıyla ilgili Valiliğe (İl Sağlık Müdürlüğüne) gönderilecektir.

Genelgenin 1 inci maddesinde yazılı takibe yetkili yer ise tazmin raporundaki veya rapordaki zarara ilişkin hususlar hakkında Yönetmeliğin 7/A maddesi hükümlerine göre işlem başlatacaktır.

9) Merkez ve taşra teşkilatı döner sermaye işletmesince gerçekleştirilen mali işlemlerden doğan kamu zararı alacakları ile kamu zararı oluşturmayan ancak takip ve tahsil edilmesi gereken alacakların takip, tahsil ve benzeri işlemlerinde 01/05/2007 tarih ve 26509 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uygulanır.

10) Merkez teşkilatında meydana gelen döner sermaye kaynaklı, kamu zararları ile kamu zararının oluşmadığı ancak takip ve tahsil edilmesi gereken bir alacağın oluştuğuna karar verilen alacaklar, Yönetmelik hükümlerine göre kamu zararının/alacağın meydana geldiği harcama birimi tarafından takip ve tahsil edilecek olup Strateji Geliştirme Başkanlığına gönderilmeyecektir.

11) Sorumluların ve/veya ilgililerin yazılı taksitlendirme talebi üzerine merkez ve taşra teşkilatında taksitlendirme iş ve işlemlerinde yetki ve usûl, 659 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile bu Kararname çerçevesinde Bakanlığımız Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 07/12/2018 tarihli ve 10093 sayılı Yetki Devri Onayına göre tespit edilerek, yürütülecektir.

Merkez teşkilatında, sorumluların ve/veya ilgililerin yazılı taksitlendirme talebi üzerine taksitlendirmenin süresini, taksit sayısı ve tutarları ile ödeme zamanlarını belirleyen ödeme planı ilgili harcama birimince hazırlanacak ve sorumlulardan ve/veya ilgililerden taksitlerini ödeme planına uygun ve vadesinde düzenli olarak ödeyeceklerine dair "borç senedi ve kefaletname" alınarak taksitlendirmeye ilişkin tüm belgeler Strateji Geliştirme Başkanlığına gönderilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 43553240-010.06.01
Konu : Kamu Zararı

Taksitlendirme taleplerinde, üst yöneticiye verilen yetkilerin devri hususuna ilişkin güncel yetki devri makam onayı ile belirlenen usûl, esaslar ve parasal sınırlar dahilinde hareket edilmesi gerekmektedir.

12) Yönetmeliğin 21 inci maddesinin 1 inci ve 2 nci fıkralarında belirtilen; zorunlu veya mücbir sebeplerle takip ve tahsil imkânı kalmayan ya da tahsili için yapılacak takibat giderlerinin asıl alacak tutarından fazla olacağının anlaşılması nedeniyle dava ve icra takibine konu olmayan kamu zararından doğan alacaklardan merkezî yönetim bütçe kanununda gösterilen tutara kadar olanların kayıtlardan çıkarılmasına ilişkin üst yönetici yetkisi, Bakanlık taşra teşkilatı iş ve işlemlerinden kaynaklanan alacaklar bakımından İl Sağlık Müdürüne devredilmiştir. İl Sağlık Müdürü bu yetkisini alt kademelere devredemeyecektir.

Terkin edilen alacaklarla ilgili bilgiler her yılın Ocak ayı sonuna kadar Strateji Geliştirme Başkanlığına yazılı olarak gönderilecektir. İlgili yılda terkin edilen bir alacak yok ise o yıl için bilgi gönderilmeyecektir.

13) Tespit edilen kamu zararlarının takip ve tahsiline ilişkin iş ve işlemlerde, 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ve 19/10/2006 tarihli ve 26324 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümlerine titizlikle riayet edilecektir.

14) 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 1 inci maddesinin birinci fıkrası kapsamında bulunan kamu idarelerinde görevli memurların, kullanımlarındaki taşınır ve taşınmazların korunması ve her an hizmete hazır halde bulundurulması için gerekli tedbirleri almamaları nedeniyle Devlete verdikleri zararlar ile kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak kişilere verdikleri zararlar hakkında, 657 sayılı Kanunun 13 üncü maddesi uyarınca 27/6/1983 tarihli ve 83/6510 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan Devlete ve Kişilere Memurlarca Verilen Zararların Nevi ve Miktarlarının Tespiti, Takibi, Amirlerinin Sorumlulukları, Yapılacak Diğer İşlemler Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanacaktır.

15) Kamu idaresinin yönetim ve kullanımında bulunan taşınırların kaybolması, çalınması, eksilmesi veya zarar görmesine sebep olunması hallerinde 28/12/2006 tarihli ve 2006/11545 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Taşınır Mal Yönetmeliği hükümlerine göre tespit edilen kamu zararlarından Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğin 2 nci maddesinin ikinci fıkrası kapsamına girmeyenler, 19/10/2006 tarihli ve 26324 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre tahsil edilecektir.

16) Bakanlık taşra teşkilatında Genelgenin 1 inci maddesinde yazılı yerler dışında kamu zararından kaynaklanan alacakların takip ve tahsil işlemlerinin yerine getirilmesine derhal son verilecektir. Genelgenin yayım tarihinden itibaren 15 iş günü içinde Genelgenin 1 inci maddesinde yazılı yerlere devir işlemleri gerçekleştirilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 43553240-010.06.01
Konu : Kamu Zararı

17) Strateji Geliştirme Başkanlığınca yayımlanan 19/12/2017 tarihli ve 2017/22 sayılı "Kamu Zararları" konulu Genelge ile 05/06/2018 tarihli ve E.643 sayılı "Kamu Zararı Takip Birimi" konulu genel yazı yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

DAĞITIM:
- Bakanlık Merkez Harcama Birimlerine
- 81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

11.3.3. Kamu Zararı Genelgesi (2021/6)

STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI - STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI
14/07/2021 12:31 - E-43553240 - 010.06.01 - 341
8014403147161

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 43553240-010.06.01
Konu : Kamu Zararı

GENELGE
(2021/6)

2020/5 sayılı ve "Kamu Zararı" konulu Genelgenin 10'uncu maddesi yürürlükten kaldırılmış olup bundan sonra merkez teşkilatında meydana gelen Döner Sermaye kaynaklı kamu zararları/kamu alacaklarının takip ve tahsil işlemlerinde Genelgenin 6'ncı maddesine göre işlem tesis edilecektir.

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Dr. Fahrettin KOCA
Bakan

DAĞITIM:
- Bakanlık Merkez Harcama Birimlerine

11.3.4. İhalelere Katılmaktan Yasaklama İşlemleri Genelgesi (2018/12)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 93377463/869
Konu : İhalelere Katılmaktan Yasaklama İşlemleri

GENELGE
2018 / 12

İl Sağlık Müdürlükleri ile bağlı sağlık tesisleri ihtiyaç duydukları mal ve hizmet alımları ile yapım işleri ihalelerini 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu, 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu ve bu Kanunlara dayanılarak çıkartılan ikincil mevzuat hükümleri doğrultusunda, satış ve kiralama işlemlerini ise 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ve bu Kanuna dayanılarak çıkartılan ikincil mevzuat hükümlerine göre yapmaktadır.

4734, 4735 ve 2886 sayılı Kanunlar ve ikincil mevzuat hükümlerinde, ihale sürecinde ve/veya sözleşmenin uygulanması sırasında bazı fiil veya davranışlarda bulunmanın yasak olduğu ve bu yasak fiil veya davranışlarda bulunanlar hakkında nasıl bir işlem tesis edileceği belirtilmiştir.

694 sayılı KHK ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'de değişikliğe gidilerek Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının merkez ve taşra teşkilatının yeniden yapılandırılması üzerine Bakanlığımız taşra teşkilatında uygulama birliğinin sağlanması amacıyla ihalelere katılmaktan yasaklama işlemleri aşağıda belirtilen açıklamalar çerçevesinde yürütülecektir.

A- İHALELERE KATILMAKTAN YASAKLAMAYA İLİŞKİN HÜKÜMLER

1- 4734 Sayılı Kamu İhale Kanununda Yer Alan Yasaklama Hükümleri

a) 4734 sayılı Kanunun 17 nci maddesinde ihalelerde yasak fiil veya davranışlar belirlenmiş ve bu yasakları uymayanlar hakkında ihalelere katılmaktan yasaklama kararı verileceği belirtilmiştir.

b) Kanunun 58 inci maddesinde üzerine ihale yapıldığı halde mücbir sebep halleri dışında usulüne göre sözleşme yapmayanlar hakkında ihalelere katılmaktan yasaklama kararı verileceği belirtilmiştir.

c) Kanunun 59 uncu maddesinde, taahhüt tamamlandıktan ve kabul işlemi yapıldıktan sonra tespit edilmiş olsa dahi, ihale sürecinde 17 nci maddede belirtilen yasak fiil veya davranışlarda bulunanlar hakkında ihalelere katılmaktan yasaklama kararı verileceği belirtilmiştir.

d) 4734 sayılı Kanunun 61 inci maddesinde, madde hükmünde belirtilen hususların aksine hareket edenler hakkında ihalelere katılmaktan yasaklama kararı verileceği belirtilmiştir.

2- 4735 Sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanununda Yer Alan Yasaklama Hükümleri

a) Kanunun 16 ncı maddesinde, sözleşmenin, zorunlu hallerde ihale yetkilisinin yazılı izni ile başkasına devredilebileceği, işin ve statü değişikliği gereği yapılan devirler hariç olmak üzere, bir sözleşmenin devredildiği tarihi takibeden üç yıl içinde aynı yüklenici tarafından başka bir sözleşmenin devredilemeyeceği veya devir alınamayacağı, izinsiz devredilen veya devir alınan veya bir sözleşmenin devredildiği tarihi takibeden üç yıl içinde devredilen veya devir alınan sözleşmelerin feshedileceği, devreden ve devir alanlar hakkında

20, 22 ve 26 ncı madde hükümlerinin uygulanacağı belirtilmektedir.

b) Kanunun 22 nci maddesinde; 19, 20 ve 21 inci maddelere göre sözleşmenin feshedilmesi hâlinde, yükleniciler hakkında 26 ncı madde hükümlerine göre işlem yapılacağı belirtilmektedir.

c) Kanunun 25 inci maddesinde sözleşmenin uygulanması sırasında yasaklanan fiil ve davranışlar sıralanmış ve 26 ncı maddesinde de bu yasak fiil ve davranışlarda bulunanlar hakkında ihalelere katılmaktan yasaklama kararı verileceği öngörülmüştür.

d) Kanunun 29 uncu maddesinde; madde hükmünde belirtilen hususların aksine hareket edenler hakkında ihalelere katılmaktan yasaklama uygulanacağı öngörülmüş, Kanunun 30, 32, 33 ve 34 üncü maddelerinde ilgililerin sorumlulukları belirlenmiş ve aksine hareket edenler hakkında uygulanacak yaptırımlarla birlikte aynı Kanunun 27 inci maddesinin de uygulanacağı hükme bağlanmıştır.

3- Çerçeve Anlaşma İhaleleri Ve Münferit Sözleşme Alımları İle İlgili Yasaklama Hükümleri

a) Çerçeve Anlaşma İhaleleri Uygulama Yönetmeliğinin 41 inci maddesinde, çerçeve anlaşma imzalamaya davet edildiği halde mücbir sebep halleri dışında usulüne göre çerçeve anlaşma imzalamayanlar hakkında ihalelere katılmaktan yasaklama kararı verileceği belirtilmiştir.

b) 4734 sayılı Kanunun ek 2 nci maddesi uyarınca, Çerçeve Anlaşma İhaleleri Uygulama Yönetmeliğinin 43 üncü maddesine göre münferit sözleşmeye davet edildiği halde ihale dokümanında belirtilen süre içerisinde münferit sözleşme imzalamayan istekliye ihalelere katılmaktan yasaklama cezası verilecektir.

c) (a) ve (b) bentlerinde belirtilen hususlar çerçeve anlaşma ihaleleri ve münferit sözleşme alımları ile ilgili özel hususlar olup, 4734 ve 4735 sayılı Kanunlarda yer alan ihalelere katılmaktan yasaklamaya ilişkin tüm hükümler bu alımlar için de uygulanacaktır.

4- Doğrudan Temin Alımlarında Yasaklama İşlemleri

Kamu İhale Genel Tebliğinin 28.1.10. "Doğrudan Temin Usulünde Yasaklama Kararı" başlığı altında;

"28.1.10.1. Doğrudan temin yoluyla yapılan alımlarda, Kanunun 58 inci maddesine göre ihalelere katılmaktan yasaklama kararı verilebilmesi mümkün değildir.

28.1.10.2. Doğrudan teminin ihale usulü olmadığı dikkate alındığında, 4735 sayılı Kanunun 25 inci maddesi ile sözleşmenin uygulanması sırasında ortaya çıkan yasak fiil veya davranışlar düzenlendiğinden; aynı Kanunun 26 ncı maddesinde öngörülen müeyyidelerin doğrudan temin için uygulanması mümkün bulunmamaktadır.

28.1.10.3. Bununla birlikte; doğrudan temin usulüyle yapılan alımlarda ortaya çıkan 4734 sayılı Kanunun 17 inci ve 4735 sayılı Kanunun 25 inci maddesinde belirtilen yasak fiil veya davranışların Türk Ceza Kanununa göre suç teşkil etmesi; bu fiil veya davranışlar için ceza sorumluluğuna ilişkin hükümlerin uygulanmasına engel teşkil etmez."

şeklinde açıklamalara yer verilmiş olup, doğrudan temin alımlarında bu açıklamalara dikkat edilmesi gerekmektedir.

5- 2886 Sayılı Devlet İhale Kanununda Yer Alan Yasaklama Hükümleri

a) 2886 sayılı Kanunun 83 üncü maddesinde ihale işlemlerinin hazırlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılması sırasında yasak olan fiil ve davranışlar sıralanmış ve anılan Kanunun 84 üncü maddesinin birinci fıkrasında bu yasak fiil ve davranışlarda bulunanlar hakkında ihalelere katılmaktan yasaklama kararı verileceği düzenlenmiş olmakla birlikte Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelikte de bu hususa yer verilmiştir.

b) Kanunun 84 üncü maddesinin üçüncü fıkrasında ise, üzerine ihale yapıldığı halde usulüne göre sözleşme yapmayan istekliler ile sözleşme yapıldıktan sonra taahhüdünden vazgeçen ve mücbir sebepler dışında taahhüdünü sözleşme ve şartname hükümlerine uygun olarak yerine getirmeyen müteahhit veya müşteriler hakkında da ihalelere katılmaktan

yasaklama kararı verileceği belirtilmiştir.

B- YASAKLAMAYI GEREKTİRİR DURUMUN TESPİTİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

4734 sayılı Kanunun 58 inci ve 4735 sayılı Kanunun 26 ncı maddeleri ile 2886 sayılı Kanunun 84 üncü maddelerinde, idarelerin ihalelere katılmaktan yasaklamayı gerektirir bir durumla karşılaştıkları takdirde, gereğinin yapılması için bu durumu ilgili veya bağlı bulunulan Bakanlığa bildirmekle yükümlü oldukları belirtilmiştir. Kamu İhale Genel Tebliğinde yasaklamayı gerektirir durumlarla ilgili olarak idarelerin nasıl hareket etmeleri gerektiği yönünde açıklamalara yer verilmiştir. Bununla birlikte telafisi güç yaptırımlarla karşılaşılmaması için aşağıda belirtilen hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir.

1. 4734 sayılı Kanunun 17 nci ve 4735 sayılı Kanunun 25 inci maddeleri ile 2886 sayılı Kanunun 83 üncü maddesinde, ihalelerde ve sözleşmenin uygulanması sırasında yasak olan fiil veya davranışlar belirlenmiştir. Belirtilen bu yasak fiil veya davranışlardan bazıları (Örneğin; sahte belge düzenlemek, kullanmak veya bunlara teşebbüs etmek) aynı zamanda Türk Ceza Kanununa (TCK) göre suç teşkil eden fiil veya davranışlardır.

Özellikle TCK ile de suç sayılan ve cezai müeyyidelere dayanan bir hususta işlem tesisinin, her türlü şüpheden uzak, kesin ve kanıtlanabilir delillerin varlığına gerektirdiği, bu yönde ve nitelikte delil bulunmaksızın salt şüpheye dayalı tartışılabilir mülahem delil ve ifadelere müstenden işlem tesisinin hukuken uygun bulunmayacağı da tereddütsüzdür.

Bu sebeple, 4734 sayılı Kanunun 17 nci ve 4735 sayılı Kanunun 25 inci maddeleri ile 2886 sayılı Kanunun 83 üncü maddelerinde yer alan yasak fiil veya davranışlarla ilgili olarak yapılacak olan ihalelere katılmaktan yasaklama işlemlerinde yukarıda belirtilen açıklamalar da göz önünde bulundurularak gerekli özenin gösterilmesi gerekmektedir.

2. 4734 sayılı Kanunun 58 inci maddesi kapsamında üzerine ihale yapıldığı halde mücbir sebep halleri dışında usulüne göre sözleşme yapmayanlar hakkında verilecek ihalelere katılmaktan yasaklama kararı tespitlerinde, tebliğatın ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde yapılmasına dikkat edilecektir.

a) İhale üzerinde kalan ve sözleşmeye davet edilen isteklinin, 4734 sayılı Kanunun 10 uncu maddesinin dördüncü fıkrasının (a), (b), (c), (d), (e) ve (g) bentlerinde sayılan durumlarda olmadığını tevsik eden belgelerin sunulmaması halinde yapılacak işlemler hususunda; Kamu İhale Genel Tebliğinin "17.6. İhale üzerinde kalan isteklilerin kanunun 10 uncu maddesinin dördüncü fıkrasında sayılan durumlarda olmadığına dair belgeleri sözleşmeden önce sunamaması" başlığı altında yapılan açıklamalara dikkat edilmesi,

b) 4734 sayılı Kanunun 32 nci maddesinde, teklif geçerlilik süresinin ihale dokümanında belirtileceği ve ihtiyaç duyulması halinde bu sürenin isteklinin kabulü kaydıyla en fazla ihale dokümanında belirtilen teklif geçerlilik süresi kadar uzatılabileceği belirtilmektedir. Sözleşmeye davetlerde teklif geçerlilik süresinin dolup dolmadığına, teklif geçerlilik süresinin uzatılması yönünde idarenin talebinin istekli tarafından kabul edilip edilmediğine dikkat edilmesi gerekmektedir.

3. 4735 sayılı Kanunun 25 inci maddesinin (f) bendi kapsamında üzerine ihale yapıldığı halde mücbir sebep halleri dışında taahhüdünü ihale dokümanı ve sözleşme hükümleri uyarınca yerine getirmeyen yükleniciler hakkında verilecek ihalelere katılmaktan yasaklama kararı tespitlerinde;

a) 4735 sayılı Kanunun 20 nci maddesinin (a) bendinde taahhüdünü ihale dokümanı ve sözleşme hükümlerine uygun olarak yerine getirmeyen veya işi süresinde bitirmeyen yüklenici**ye**, gecikme cezası uygulanmak üzere idarenin on günden az olmamak üzere **ihale dokümanında belirlenen süreli ve nedenleri açıkça belirtilen ihtarın** çekilmesi bu ihtara rağmen aynı durumun devam etmesi hallerinde sözleşmenin feshedilmesi gerektiği hüküm altına alınmasına rağmen söz konusu ihtarname çekilmeden,

b) İhale dokümanında ve sözleşme hükümlerinde idarenin siparişi üzerine mal teslim edileceği belirtilmesine rağmen siparişler, ihale dokümanında belirtildiği şekilde verilmeden,

c) Taahhüdünü şartname ve sözleşme hükümlerine göre yerine getirmediğine dair herhangi bir tutanak, rapor gibi belgeler düzenlenmeden,

d) Muayene ve kabul işlemleri ilgili yönetmelik hükümlerine uygun olarak yapılmadan,

Yüklenicilerin sözleşmeleri, taahhüdünü ihale dokümanı ve sözleşme hükümleri çerçevesinde yerine getirmediği gerekçesiyle, 4735 sayılı Kanunun 20 nci maddesine istinaden feshedilmekte ve yüklenici hakkında ihalelere katılmaktan yasaklama kararı verilmesi için Bakanlığımıza bildirimde bulunulmaktadır.

4. İdarelerce devam eden sözleşme kapsamında yasaklamayı gerektirir bir durumla karşılaşıldığında, sözleşme feshedilmeden yüklenici hakkında ihalelere katılmaktan yasaklama kararı verilmesi için Bakanlığımıza bildirimde bulunulduğu görülmektedir.

Oysaki 4735 sayılı Kanunun 22 nci maddesinin son paragrafında; **"…19, 20 ve 21 inci maddelere göre sözleşmenin feshedilmesi halinde yükleniciler hakkında 26 ncı madde hükümlerine göre işlem yapılır…"** şeklinde yer alan hükümden de anlaşılacağı üzere sözleşmenin feshedilmesi halinde yasaklama kararı verileceği açıkça belirtilmektedir.

Bu nedenle, devam eden sözleşme kapsamında yasaklamayı gerektirir bir durumla karşılaşıldığında, **idarelerce bu durum tespit edilerek** sözleşme feshedildikten sonra yüklenici hakkında ihalelere katılmaktan yasaklama kararı verilmesi için Bakanlığımızın talepte bulunulması gerekmektedir.

5. Yüklenicinin işçilerine karşı olan yükümlülüklerini yerine getirmemesi hali, 4735 sayılı Kanunun 20 inci maddesi kapsamında sözleşmenin feshi sebebi olarak kabul edilmeyeceği gibi 25 inci maddesi kapsamında yasak fiil ve davranış olarak da kabul edilmeyecektir.

Ancak, yüklenicinin işçilerine karşı olan yükümlülüğünü yerine getirmemesi nedeniyle, sözleşme konusu taahhüdün ihale dokümanı ve sözleşme hükümleri doğrultusunda yerine getirilmemesi veya işin süresi içerisinde bitirilmemesi durumlarında sözleşmede ve Kanunda belirtilen şekilde sözleşmenin feshedilmesi halinde yasaklama kararı uygulanacaktır.

6. 2886 sayılı Kanun hükümleri uyarınca verilecek olan ihalelere katılmaktan yasaklama kararı tespitlerinde;

a) 2886 sayılı Kanunun 57 nci maddesinde belirtilen hükümlere ve süreye (15 gün) riayet edilmesi,

b) Sözleşme yapıldıktan sonra Kanunun 63 üncü maddesinde yazılı hükümler dışında müteahhit veya müşterinin taahhüdünden vazgeçmesi veya taahhüdünü, şartname ve sözleşme hükümlerine uygun olarak yerine getirmemesi durumunda, Kanunun 62 nci maddesi gereğince idarece en az on gün süreli ve nedenleri açıkça belirtilen ihtarın çekilmesi gerekmektedir.

c) Ayrıca yasaklama işlemlerinde Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik hükümlerine de dikkat edilmesi gerekmektedir.

C- YASAKLAMAYI GEREKTİRİR DURUMLARIN İDARELERCE BİLDİRİLMESİ

1- Cumhuriyet Savcılığına Bildirim

4734 sayılı Kanunun 59 uncu maddesinde; "Taahhüt tamamlandıktan ve kabul işlemi yapıldıktan sonra tespit edilmiş olsa dahi, 17 nci maddede belirtilen fiil veya davranışlardan Türk Ceza Kanununa göre suç teşkil eden fiil veya davranışlarda bulunan gerçek veya tüzel kişiler ile o işteki ortak veya vekilleri hakkında Türk Ceza Kanunu hükümlerine göre ceza kovuşturması yapılmak üzere yetkili Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunulur…"

4735 sayılı Kanunun 27 nci maddesinde; "İş tamamlandıktan ve kabul işlemi yapıldıktan sonra tespit edilmiş olsa dahi, 25 inci maddede belirtilen fiil veya davranışlardan Türk Ceza Kanununa göre suç teşkil eden fiil veya davranışlarda bulunan gerçek veya tüzel kişiler ile o işteki ortak veya vekilleri hakkında Türk Ceza Kanunu hükümlerine göre ceza kovuşturması yapılmak üzere yetkili Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunulur…"

Şeklinde belirtilen hükümler doğrultusunda idarelerce, Türk Ceza Kanununa göre suç teşkil eden fiil veya davranışlarda bulunduğu tespit edilen gerçek veya tüzel kişiler ile o işteki ortak veya vekilleri hakkında ilgili Cumhuriyet Savcılıklarına suç duyurusunda bulunulması gerekmektedir.

2- Yasaklama Taleplerinin Bakanlığımıza Bildirimi

4734 sayılı Kanunun 58 inci ve 4735 sayılı Kanunun 26 ncı maddeleri ile 2886 sayılı Kanunun 84 üncü maddelerinde; ihalelere katılmaktan yasaklama kararlarının, ihaleyi yapan idarelerin ilgili veya bağlı bulundukları Bakanlıklar tarafından verileceği, ayrıca idarelerin yasaklamayı gerektirir bir durumla karşılaştıkları takdirde gereğinin yapılması için bu durumu ilgili veya bağlı bulundukları Bakanlığa bildirmekle yükümlü oldukları belirtilmektedir.

Anılan hükümler doğrultusunda İl Sağlık Müdürlükleri ve bağlı sağlık tesislerince yasaklamayı gerektirir bir durum tespit edilmesi halinde, yasaklama ile ilgili talepler İl Sağlık Müdürlükleri tarafından;

a) İhalenin İl Sağlık Müdürlüğünce yapılması ve sözleşmeye bağlanması halinde Strateji Geliştirme Başkanlığına,

b) İhalenin bağlı sağlık tesisleri tarafından yapılması ve sözleşmeye bağlanması halinde Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne,

gönderilecektir.

3- Yasaklama Taleplerinin Zamanında Bildirilmesi

4734 sayılı Kanunun 58 inci ve 4735 sayılı Kanunun 26 ncı maddelerinde; ihalelere katılmaktan yasaklama kararlarının, yasaklamayı gerektiren fiil veya davranışın tespit edildiği tarihi izleyen en geç kırk beş gün içinde verileceği, verilen bu kararların Resmi Gazetede yayımlanmak üzere en geç on beş gün içinde gönderileceği ve yayımı tarihinde yürürlüğe girecekleri belirtilmektedir.

Bu süre geçirildikten sonra yasaklama kararı verilmesi mümkün olmadığından, kurumlarımız ihalelere katılmaktan yasaklamayı gerektirir bir durum tespit ettikleri takdirde gereğinin yapılması için bu durumu ivedilikle Bakanlığımıza bildirmek zorundadırlar.

4- Yasaklama Taleplerinde Bakanlığımıza Gönderilmesi Gereken Bilgi Ve Belgeler

İhalelere katılmaktan yasaklama kararı verebilmek için gerekli bilgi ve belgelerin zamanında ve eksiksiz olarak Bakanlığımıza gönderilmesi yasaklama kararlarının gecikmeye neden olunmadan işleme konulmasını sağlamak açısından önem arz etmektedir.

Yasaklama bildirimlerinin Bakanlığımızca sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için; yasaklama bildirimine ilişkin üst yazılarda, idarece tespit edilen yasak fiil veya davranışın 4734 sayılı Kanunun 17 nci ve 4735 sayılı Kanunun 25 inci maddeleri ile 2886 sayılı Kanunun 83 üncü maddelerinde belirtilen hangi yasak fiil veya davranış kapsamında değerlendirildiği net olarak belirtilmeli ve yasaklamayı gerektirir durumun ayrıntısıyla ve kronolojik sıralamaya tabi tutularak açıklanması gerekmektedir.

Bu bağlamda, yasak fiil veya davranışın özelliğine göre bazı belgeler değişiklik göstermekle birlikte, aşağıda sayılan belgelerin kurumlarımız tarafından asılları idarede saklanmak üzere birakılacak olup, suretlerinin "aslı gibidir" yapılarak zamanında ve eksiksiz olarak gönderilmesi gerekmektedir.

a) Bütün yasaklama bildirimlerinde gönderilmesi gereken ortak belgeler

1- Kamu İhale Genel Tebliği ekinde yer alan "İhalelere Katılmaktan Yasaklama" formu.

2- İsteklinin/yüklenicinin mevzuatı gereği kayıtlı olduğu ticaret ve/veya sanayi odası veya ilgili meslek odası belgesi.

3- İsteklinin/yüklenicinin tüzel kişi olması halinde, ilgisine göre tüzel kişiliğin ortakları, üyeleri veya kurucuları ile tüzel kişiliğin yönetimindeki görevlileri belirten son durumu gösterir Ticaret Sicil Gazetesi, bu bilgilerin tanınmasının bir Ticaret Sicil Gazetesinde

bulunmaması halinde, bu bilgilerin tümünü göstermek üzere ilgili Ticaret Sicil Gazeteleri veya bu hususları gösteren belgeler ile tüzel kişiliğin noter tasdikli imza sirküleri.

4- İsteklinin/yüklenicinin sermaye hisse oranlarını gösterir ticaret sicil gazetesi.

5- Kamu İhale Genel Tebliğinin 28.1.1.3 üncü maddesinin (b) bendi başlığı altında yapılan açıklamalar doğrultusunda tespit edilen ortaklar/ortaklıklarla ilgili tüm bilgi ve belgeler (T.C. kimlik numarası, vergi kayıt numarası, mevzuatı gereği kayıtlı olduğu ticaret ve/veya sanayi odası veya ilgili meslek odası belgesi gibi).

6- Teklif mektubu ile teklif mektubunu imzalayan kişinin teklif vermeye yetkili olduğunu gösteren imza beyannamesi veya imza sirküleri, vekâleten ihaleye katılma halinde ise; vekil adına düzenlenmiş ihaleye katılmaya ilişkin noter onaylı vekâletname ile vekilin noter tasdikli imza beyannamesi.

7- İsteklinin/yüklenicinin ortak girişim olması halinde iş ortaklığı beyannamesi.

8- İhale komisyon kararı.

9- Geçici veya kesin teminatın gelir kaydedilmesinin gerektiği durumlarda, teminatın gelir kaydedilmesi için ilgili saymanlığa yazılan yazı.

10- İdari Şartnamenin tamamı.

11- Yasak fiil veya davranışın tespitine yönelik tüm bilgi ve belgeler.

Örneğin;

a) Sahte belge veya sahte teminat kullanıldığının tespitine dair bilgi ve belgeler,

b) 4734 sayılı Kanunun 11 inci maddesine göre ihaleye katılamayacağı belirtildiği halde ihaleye katılmaktan dolayı teklif edilen yasaklamalarda, gerçek veya tüzel kişinin ihaleye katılamayacağını gösterir bilgi ve belgeler,

c) 4735 sayılı Kanunun 16 ncı maddesine aykırı olarak sözleşmenin devredildiğini gösterir bilgi ve belgeler.

b) Sözleşme, münferit sözleşme veya çerçeve anlaşma imzalamaya gelmediği için ihalelere katılmaktan yasaklama kararı bildirimlerinde (a) bendinde sayılan belgelere ilave olarak;

1- Kesinleşen ihale kararı bildirim yazısı ile sözleşme yapmaya davet yazısı, ayrıca bu yazıların 4734 sayılı Kanunun 65 inci maddesinde belirtilen usullerde bildirim ve tebliğatının yapıldığını gösterir bilgi ve belgeler.

2- İsteklinin yasal süre içerisinde sözleşme imzalamadığına dair tutulan tutanak.

3- Münferit sözleşme ihalelerinde: çerçeve anlaşma ihalesi için verdiği teklif mektubu, münferit sözleşme teklif vermeye davet yazısı, münferit sözleşme ihalesi için verilen teklif mektubu ve münferit ihale komisyon kararı.

c) Taahhüdünü şartname ve sözleşme hükümleri çerçevesinde yerine getirmediği veya işi süresinde bitirmediği için ihalelere katılmaktan yasaklama kararı bildirimlerinde (a) bendinde sayılan belgelere ilave olarak;

1- Yüklenici ile imzalanan sözleşmenin tamamı.

2- Teknik Şartnamenin tamamı.

3- Taahhüdünü şartname ve sözleşme hükümleri çerçevesinde yerine getirmediğine veya işi süresinde bitirmediğine dair (muayene ve kabul komisyonu tutanakları, bildirimler, sipariş yazıları, durum tespit tutanakları, firma dilekçeleri gibi) belgeler.

4- Yüklenicinin taahhüdünü ihale dokümanı ve sözleşme hükümlerine uygun olarak yerine getirmemesi veya işi süresinde bitirmemesi üzerine gönderilmesi gereken **on günden az olmamak üzere ihale dokümanında belirlenen süreli ve nedenleri açıkça belirtilen ihtarname** ile bu ihtarnamenin yükleniciye usulüne uygun olarak tebliğatının yapıldığını gösterir bilgi ve belgeler.

5- Fesih kararı ve bu kararın yükleniciye bildirildiğine dair belge.

D- DİĞER HUSUSLAR

1- Bu Genelgede, ihalelere katılmaktan yasaklama işlemleri ile ilgili olarak uygulamada sıklıkla tereddüde düşülen bazı hususlara yer verilmiş olup, yasaklamaya ilişkin işlemlerde öncelikle ilgili mevzuat doğrultusunda hareket edilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

2- Bu Genelgede yer alan düzenlemeler/açıklamalar; 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu, 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu, 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu hükümlerinde ve bu Kanunlara dayanılarak hazırlanan ikincil mevzuatta yapılacak değişikliklere aykırı hale gelmesi halinde geçersiz sayılacaktır.

3- Strateji Geliştirme Başkanlığının yayımladığı 05.06.2008 tarihli ve 2008/42 sayılı Genelgenin "VII- İhalelere Katılmaktan Yasaklama" bölümü ile Mülga Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun yayımladığı "İhalelere Katılmaktan Yasaklama İşlemleri" konulu 22.03.2013 tarihli ve 2013/04 nolu Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

DAĞITIM
Gereği:
81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
B Planı

11.3.5. İhalelere Katılmaktan Yasaklama İşlemleri Konulu Genelgede Değişiklik Yapılması Genelgesi (2020/06)

STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI - MALİ ANALİZ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
00119782048

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 93377465/869
Konu : İhalelere Katılmaktan Yasaklama İşlemleri Konulu Genelgede Değişiklik Yapılması

GENELGE
2020 / 06

İlgi : 11/04/2020 tarihli ve 2018/12 sayılı Genelge

Bilindiği üzere Bakanlığımız taşra teşkilatında ihalelere katılmaktan yasaklama iş ve işlemleri Bakanlığımızın ilgide kayıtlı "İhalelere Katılmaktan Yasaklama İşlemleri" konulu Genelgesi kapsamında yürütülmektedir.

Başkanlığımızca Bakanlık Makamına sunulan yasaklama oluru ve diğer yazışmalar fiziki evrak kullanılmadan EBYS üzerinden yapılmakta, ihalelere katılmaktan yasaklama iş ve işlemlerine karşı açılan davalarla ilgili olarak Mahkemeler tarafından istenilen bilgi ve belgeler EBYS'den çıktı alınıp fiziki olarak mahkemelere gönderilmektedir. Bu kapsamda; mahkeme süreçleri de dahil ihalelere katılmaktan yasaklama iş ve işlemlerinin tamamının elektronik ortamda EBYS'den yapılması ve arşivlenmesi planlandığından, Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünden alınan görüş doğrultusunda, Başkanlığımız tarafından düzenlenen 11/04/2018 tarihli ve 2018/12 sayılı "İhalelere Katılmaktan Yasaklama İşlemleri" konulu Genelgenin "C- Yasaklamayı Gerektirir Durumların İdarelerce Bildirilmesi" Bölümünün, "4- Yasaklama Taleplerinde Bakanlığımıza Gönderilmesi Gereken Bilgi Ve Belgeler" maddesinin üçüncü fıkrasının birinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Bu bağlamda, yasak fiil veya davranışın özelliğine göre, gerekli belgeler idarelerimiz tarafından sadece EBYS'ye yüklenerek gönderilecek olup fiziki olarak evrak gönderilmeyecektir. Bakanlığımıza gönderilecek işlem dosyası toplu tarama yapılarak EBYS'ye yüklenmeyecektir. EBYS'de üst yazı eki olarak yüklenecek bilgi ve belgelerin ayrı ayrı taranması, adlandırılması (ihalelere katılmaktan yasaklama formu, sözleşme, idari şartname, ihale komisyon kararı, sipariş yazıları, ihtarname vb. şeklinde adlandırılarak) ve EBYS'ye ayrı ayrı yüklenilmesi gerekmektedir."

Bilgilerini ve konunun Müdürlüğünüze bağlı sağlık tesislerine duyurulması hususunda gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Muhammet GÜVEN
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

DAĞITIM
Gereği:
81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
B Planı

11.3.6. Ödenek İşlemleri Hakkında Genelge (2018/15)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 94036355/ 010.06.01
Konu : Ödenek İşlemleri Hk.

GENELGE
(2018/15)

23.12.2005 tarihli ve 5436 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 15 inci maddesi ile Başbakanlık ve Bakanlıklarda (Milli Savunma Bakanlığı hariç), Strateji Geliştirme Başkanlıkları kurulmuş 06.01.2006 tarih ve 2006/9972 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı eki Yönetmelik ile de strateji geliştirme birimlerinin çalışma usul ve esasları düzenlenmiştir.

Gerek 5018 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinde, gerekse Strateji Geliştirme Birimlerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte, idarelerin strateji politikalarını belirlemek, stratejik plan ve performans programlarını hazırlamak, idare bütçelerini hazırlamak, ayrıntılı harcama programını hazırlamak ve ödeneği ilgili birimlere göndermek, idarenin yatırım programının hazırlanmasını koordine etmek, uygulama sonuçlarını izlemek ve yıllık yatırım değerlendirme raporlarını hazırlamak, idarenin diğer idareler nezdinde takibi gereken mali iş ve işlemlerini yürütmek ve sonuçlandırmak gibi birbiriyle bütünlük arz eden görevler strateji geliştirme birimlerine verilmiştir.

Bütçe ve ödenek işlemlerine ilişkin ortaya çıkabilecek tereddütlerin giderilmesi ve Bakanlığımız Merkez Harcama birimleri arasında uygulama birliğinin sağlanması amacıyla aşağıdaki hususların açıklanmasına gerek duyulmuştur;

1-) İl Sağlık Müdürlükleri ve bağlı sağlık tesislerinin ihtiyaçlarının yerindeliğinin değerlendirilmesi için talepler; birinci basamak sağlık kuruluşlarında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde (büyük onarım dahil) Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne, yapı tesiste Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'ne ve İl/İlçe Sağlık Müdürlüklerinin kendi ihtiyaçlarında ise Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne gönderilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

2-) Bakanlık Merkez birimleri hangi ihtiyaçları planlamaya tabi tutacağını belirleyerek bu hususla ilgili kriterlerini İl Sağlık Müdürlüklerine bildireceklerdir.

3-) İl Sağlık Müdürlükleri, ilgili Merkez birimlerinin hazırladıkları kriterlere uygun taleplerini değerlendirilmek üzere ilgili Merkez Teşkilatı birimine gönderecektir.

4-) Bakanlık Merkez birimleri tarafından planlama yapılırken öncelik sırası belirlenerek Bakanlık tarafından kendilerine ayrılan yılı bütçesinin aşılmamasına dikkat edeceklerdir.

5-) Bakanlık tarafından belirlenen bütçenin kullanımı sırasında Merkez Teşkilatı ilgili birimlerince değerlendirme yapılmadan Strateji Geliştirme Başkanlığı'na ödenek talebinde bulunulmayacaktır.

Kaynakların etkili, ekonomik ve verimli kullanımı için Strateji Geliştirme Başkanlığı koordinesinde belirlenecek dönemler halinde, ödeneklerin bütçe açısından kullanımının değerlendirilmesi yapılacaktır.

Bilgilerini ve gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müşeşar

DAĞITIM:
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne
Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne
81 İl Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

11.3.7. Kamu İdarelerine Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Birbirlerinden Yapacakları Mal ve Hizmet Alımları Genelgesi (2018/01)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sayı : 93377465/010.06.01/
Konu : Kamu İdarelerine Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Birbirlerinden Yapacakları Mal Ve Hizmet Alımları

GENELGE
(2018/01)

4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun "İstisnalar" başlıklı 3 üncü maddesinin (h) bendinde yer alan, "*...sağlık hizmeti sunan bu Kanun kapsamındaki idarelerin teşhis ve tedaviye yönelik olarak birbirlerinden yapacakları mal ve hizmet alımları,*" hükmü ile 4734 sayılı Kanun kapsamında bulunan ve sağlık hizmeti sunan idarelerin teşhis ve tedaviye yönelik olmak üzere birbirlerinden yapacakları tüm mal ve hizmet alımları istisna kapsamına alınmıştır. Bu düzenlemeyle, 4734 sayılı Kanun kapsamında olup sağlık hizmeti sunan idarelerin birbirlerinden teşhis ve tedaviye yönelik olarak yapacakları mal ve hizmet alımlarını ihale yapmadan gerçekleştirmeleri mümkün hale gelmiştir.

Anılan hükmün uygulamasını sağlamak üzere Maliye Bakanlığı'nca Bakanlığımız ve Kamu İhale Kurumu'nun görüşleri alınarak hazırlanan "*Sağlık Hizmeti Sunan 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu Kapsamındaki İdarelerin Teşhis Ve Tedaviye Yönelik Olarak Birbirlerinden Yapacakları Mal Ve Hizmet Alımlarına İlişkin Yönetmelik*" 07.02.2009 tarihli 27134 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe konulmuş, ayrıca Bakanlığımızca çeşitli tarihlerde konuyu açıklayıcı genelgeler ve genel yazılar yayımlanmıştır.

Öte yandan 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Engellilerine (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 1 inci maddesi ile Bakanlığımıza döner sermaye işletmeleri kurulabilmesi ve döner sermaye işletmelerinin kurulması ve işletilmesine dair usul ve esasların Bakanlığımızca belirlenmesine, 3 üncü maddesi ile de bu Kanuna tâbi döner sermayeli işletmelerin gerekli gördükleri hallerde ihtiyaç duydukları mal ve hizmetleri belirleyecekleri fiyat üzerinden, birbirlerinden temin edebilmelerine imkân tanınmıştır.

694 sayılı KHK ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'de değişikliğe gidilerek Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmıştır. Bu çerçevede 03.10.2017 tarihli ve E.99-855 sayılı genel yazımız ile İl Sağlık Müdürlüklerinde, Sağlık Müdürlüğü İşletme Birimi ve bağlı sağlık tesisleri İşletme birimlerinden müteşekkil *(Bundan sonra İşletme birimi olarak ifade edilecektir.)* İl Sağlık Müdürlüğü Döner Sermaye İşletmesi kurulmasına dair usul ve esaslar belirlenmiştir.

Bu yeni yapılanma doğrultusunda;

1- İl Sağlık Müdürlüğü işletme birimleri arasında,

2- İl Sağlık Müdürlükleri döner sermaye işletmeleri arasında,

3- İl Sağlık Müdürlükleri döner sermaye işletmeleri ile diğer kamu idarelerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşları arasında,

Anılan Yönetmelik hükümleri doğrultusunda yapılacak teşhis ve tedaviye yönelik mal ve hizmet alımlarında uyulması gereken usul ve esaslar bu Genelgeyle yeniden düzenlenmiştir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

A- Teşhis ve Tedaviye Yönelik Mal ve Hizmet Alımları

1) İl Sağlık Müdürlüğü İşletme Birimlerinin Birbirlerinden Yapacakları Teşhis ve Tedaviye Yönelik Mal Ve Hizmet Alımları

Taşra teşkilatında harcama yetkilisi İl Sağlık Müdürü olduğundan, İl Sağlık Müdürlüğü işletme birimlerinin birbirlerinden yapacakları teşhis ve tedaviye yönelik mal ve hizmet alımlarında protokol düzenlenmeyecektir.

Ancak işletme birimlerinin kendi aralarında yapacakları bu türden teşhis ve tedaviye yönelik mal ve hizmet alımlarında tüm kaynakların etkin ve verimli kullanılması ve bu kaynaklar kullanılırken de her bir işletme biriminin kaynak kullanımında kendisine düşen maliyete katlanması esasından hareketle:

1. İşletme birimlerinin birbirlerinden yapacakları mal ve hizmet alımlarında mutlaka bir bedel öngörülecek ve öngörülen bedel, mal ve hizmeti sunan/veren işletme biriminin katlandığı maliyet bedeli veya ihale bedeli olarak tespit edilecektir.

2. İlgili tarifeleri ile belirlenmiş olan mal ve hizmetlerin bedel tespitinde, tarifeleri ile belirlenen fiyatın geçilmemesine dikkat edilecektir.

3. Bedel tespitlerinde kanuni kesintiler ilave edilmeyecektir.

4. İşletme birimleri arasında faturalandırma yapılabilecektir.

5. Bu tür alımlarda protokol düzenlenmeyeceğinden söz konusu alımlarla ilgili olarak İl Sağlık Müdürlüklerince herhangi bir aksaklığa meydan verilmemesi için uygulama usul ve esasları belirlenebilecektir.

6. Söz konusu alımların muhasebeleştirilmesinde Ek-2 de yer alan Muhasebeleştirme Örneklerinde belirtildiği şekilde hareket edilmesi gerekmektedir.

2) İl Sağlık Müdürlükleri Döner Sermaye İşletmeleri Arasında Yapılacak Teşhis ve Tedaviye Yönelik Mal Ve Hizmet Alımları

1. İl Sağlık Müdürlükleri Döner Sermaye İşletmeleri arasında yapılacak teşhis ve tedaviye yönelik mal ve hizmet alımlarında mezkûr Yönetmelik hükümleri doğrultusunda hareket edilecektir. Bu çerçevede protokol düzenlenmesi ve faturalandırma gibi işlemlerin tesis edilmesi gerekmektedir.
2. Hazırlanacak protokoller İl Sağlık Müdürleri tarafından imzalanacaktır.

Fiyatlandırma aşağıdaki şekilde yapılacaktır.

a) Mal Alımlarında;

1) İlgili tarifeleri ile fiyatları belirlenmiş olanların bedeli; tarifeleri ile belirlenen fiyatı geçmemek ve maliyetinin altında kalmamak kaydıyla, maliyetinin üzerine sadece kanuni kesintiler ilave edilerek belirlenecektir.

2) Tarifelerinde fiyatı bulunmayan ve amortismana tabi olmayan malların bedeli; maliyetinin üzerine sadece kanuni kesintiler ilave edilerek belirlenecektir.

3) Tarifelerinde fiyatı bulunmayan ve amortismana tabi olan malların bedeli amortisman tutarları da dikkate alınarak satışı yapacak olan İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Taşınır Mal Yönetmeliği esaslarına göre belirlenecektir.

b) Hizmet Alımlarında;

1) İlgili tarifeleri ile fiyatları belirlenmiş olanların bedeli tarifeleri ile belirlenen fiyatı geçmemek ve maliyetinin altında kalmamak kaydıyla, maliyetinin üzerine sadece kanuni kesintiler ilave edilerek belirlenecektir.

2) Tarifelerinde fiyatı bulunmayan ve hizmet alımı yolu ile üçüncü şahıslardan temin edilen hizmetlerin bedeli; ihale bedelinin üzerine sadece kanuni kesintiler ilave edilerek belirlenecektir.

3) Tarifelerinde fiyatı bulunmayan ve idarelerce üretilen hizmetlerin bedeli; maliyet

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

bedelinin üzerine sadece kanuni kesintiler ilave edilerek belirlenecektir.

3) İl Sağlık Müdürlükleri Döner Sermaye İşletmeleri İle Diğer Kamu İdarelerine Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşları Arasında Yapılacak Teşhis ve Tedaviye Yönelik Mal Ve Hizmet Alımları

1. İl Sağlık Müdürlükleri ile diğer kamu idarelerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşları arasında yapılacak teşhis ve tedaviye yönelik mal ve hizmet alımlarında mezkûr Yönetmelik hükümlerine göre işlem tesis edilmeye devam edilecektir.
2. Anılan Yönetmelik kapsamında yapılacak mal ve hizmet alımlarında protokol düzenlenmesi ve bu protokolün İl Sağlık Müdürü ve ilgili idarenin harcama yetkilisi (Yetki devri yapılmamış olan) tarafından imzalanması gerekmektedir.
3. Fiyatlandırma aşağıdaki şekilde yapılacaktır.
   a) **Mal alımlarında;**
   1) İlgili tarifeleri ile fiyatları belirlenmiş olanların bedeli; tarifesindeki fiyat esas alınarak belirlenecek ve bu fiyat üzerinden faturalandırılacaktır.
   2) Tarifelerinde fiyatı bulunmayan ve amortismana tabi olmayan malların bedeli; maliyetinin üzerine %10 ilave edilerek belirlenecek ve bu fiyat üzerinden faturalandırılacaktır.
   3) Tarifelerinde fiyatı bulunmayan ve amortismana tabi olan malların bedeli amortisman tutarları da dikkate alınarak satış yapacak olan İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Taşınır Mal Yönetmeliği esaslarına göre belirlenecektir.
   b) **Hizmet Alımlarında;**
   1) İlgili tarifeleri ile fiyatları belirlenmiş olanların bedeli; tarifesindeki fiyat esas alınarak belirlenecek ve bu fiyat üzerinden faturalandırılacaktır.
   2) Tarifelerinde fiyatı bulunmayan ve hizmet alımı yolu ile üçüncü şahıslardan temin edilen hizmetlerin bedeli; kanuni kesintiler ihale bedeline ayrıca dâhil edilmek kaydıyla, ihale bedelinin üzerine % 10 ilave edilmek suretiyle belirlenecek ve bu fiyat üzerinden faturalandırılacaktır.
   3) Tarifelerinde fiyatı olmayan ve idarelerce üretilen hizmetlerin bedeli; kanuni kesintiler maliyet bedeline ayrıca dahil edilmek kaydıyla, maliyet bedelinin üzerine %10 ilave edilmek suretiyle belirlenecek ve bu fiyat üzerinden faturalandırılacaktır.

B- Teşhis ve Tedaviye Yönelik Olmayan Mal ve Hizmet Alımları

209 sayılı Sağlık Bakanlığına İlişkin Sağlık Kurumları İle Engellilerin (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 3 üncü maddesinde; "*... Bu Kanuna tâbi döner sermayeli işletmeler, gerekli gördükleri hallerde ihtiyaç duydukları mal ve hizmetleri belirleyecekleri fiyat üzerinden, birbirlerinden temin edebilirler...*" şeklinde hüküm yer almaktadır. Anılan hükme istinaden Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşlar ihtiyaç duydukları mal ve hizmetleri belirleyecekleri fiyat üzerinden birbirlerinden temin edebilmektedirler.

Anılan hükümden doğrultusunda yapılacak teşhis ve tedaviye yönelik olmayan mal ve hizmet alımlarında;

1. İl Sağlık Müdürlüğü işletme birimlerinin birbirleri arasında yapacakları alımlarda bu Genelgenin (A-1) maddesinde belirtilen esaslar çerçevesinde hareket edilecektir.
2. İl Sağlık Müdürlüklerinin birbirleri ile yapacakları alımlarda bu Genelgenin (A-2) maddesinde belirtilen esaslar çerçevesinde hareket edilecektir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Strateji Geliştirme Başkanlığı

C- Diğer Hususlar

1. İl Sağlık Müdürlükleri arasında yapılacak olan mal ve hizmet alımlarının bedeli fatura düzenlendikten sonra en geç 3 (üç) ay içerisinde ilgili tarafça ödenecektir. Bu hususun takibi mal ve hizmeti alan İl Sağlık Müdürü ile mal ve hizmeti veren İl Sağlık Müdürü tarafından bizzat yapılacak ve sonuçlandırılacaktır.
2. İl Sağlık Müdürlükleri kullanılmayan veya ihtiyaç fazlası olan mal ve demirbaşları, 209 sayılı Kanunun 3 üncü maddesine istinaden bedelsiz olarak birbirlerine devredeceklerdir.
3. Bu Genelgenin uygulanmasında tarife, Sosyal Güvenlik Kurumunca yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliğini veya bu kapsamda hazırlanan diğer resmi fiyatları ifade eder.
4. Kamu idarelerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının birbirlerinden yapacakları mal ve hizmet alımları kapsamında protokol düzenlenmesi halinde Ek-1 de yer alan protokol taslağı örnek alınacaktır.
5. Bu Genelgenin yürürlüğe girdiği tarihten önce imzalanan protokoller, yukarıda belirtilen hususlar çerçevesinde yeniden düzenlenecek veya gerekli değişiklikler yapılacaktır.
6. Gerek hizmet gerekse mal alımlarında hastaya sunulan hizmetlerin veya kullanılan malların bedeli, geri ödeme kurumuna sadece hizmeti/malı alan idare tarafından faturalandırılacaktır.
7. 13/02/2009 tarihli ve 2009/10 sayılı Genelge, 28/05/2013 tarihli ve 2013/06 sayılı Genelge ve bu Genelgelere dayanılarak yayımlanan genel yazılar bu Genelge ile yürürlükten kaldırılmıştır.
8. Bu Genelge Bakanlık Makamınca imzalandığı tarihte yürürlüğe girer.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

Ekler:
1- Protokol Taslağı (1 Adet-2 sayfa)
2- Muhasebeleştirme Örnekleri (11 Sayfa)

DAĞITIM
Gereği
81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
B Planı

11.3.8. Taşra Teşkilatı İşleyişi Genelgesi (2017/18)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Müsteşarlık

Sayı : 39608046/
Konu : Taşra Teşkilatı İşleyişi

GENELGE
2017/18

02.10.2017 tarihli ve 22085 sayılı 2017/17 Nolu Genelgenin 6 ncı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"6) a) 06.4 Gayrimenkul Alımları ve Kamulaştırması ve 06.5 Gayrimenkul Sermaye Üretim Giderleri ödenekleri Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü tarafından,

b) İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin (Hastane ve ADSM) (a) fıkrasında sayılanların dışında kalan genel bütçe ve döner sermaye ödeneklerinin planlaması Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından,

c) Birinci basamak sağlık tesislerinin (a) fıkrasında sayılanların dışında kalan genel bütçe ve döner sermaye ödenekleri Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından,

gönderilecektir. Döner sermaye ile bütçe iş ve işlemlerine ilişkin esaslar Bakanlığımızca duyurulacaktır."

Gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Bakan a.
Müsteşar

Dağıtım:
A Planı

11.3.9. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Terkin Edilecek Alacaklar Genelgesi (2012/33)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKANLIK - MÜSTEŞARLIK BÜRO EVRAK
GİRİŞİ
03.08.2012 10:23 -
B.10.0.MUS.00.00.00/000/00
00109000

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Müsteşarlık

Sayı : B.10.0.MUS.00.00.00.0/
Konu : Terkin Edilecek Alacaklar

GENELGE
2012/33

Bilindiği üzere, 02.01.2012 tarih ve 2012/2688 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının 1'inci maddesinde,

"5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu uyarınca Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilen Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ile 3816 sayılı Kanun kapsamında bulunanlar ve tedavi giderleri Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda yer alan ödeneklerden karşılanan kişiler, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından alınan tedavi hizmetleri karşılığı tutarlardan, Sağlık Bakanlığı ile geri ödeme kurumları arasında sağlanan mutabakat gereği tespit olunan aylık ödeme tutarını aşan kısmına isabet eden hizmet bedelleri oranında, 8/1/2002 tarihli ve 4736 sayılı Kanunun 1 inci maddesinin birinci fıkrası hükümlerden muaftır."

2'nci maddesinde ise,

"Bu Kararın uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, Maliye Bakanı ve Sağlık Bakanı tarafından müştereken belirlenir."

Hükümleri yer almaktadır.

Bu hükümler çerçevesinde, ilgili Bakanlar arasında mutabakat sağlanmış ve bu mutabakat gereği tespit olunan aylık ödeme tutarını aşan ve 4736 sayılı Kanunun 1'inci maddesinden muaf tutulacak hizmet bedellerinin terkin edilmesine ilişkin esas ve usuller belirlenmiştir.

Söz konusu esas ve usullerin "Tanımlar" başlıklı 4'üncü maddesinde;

"Geri Ödeme Kurumları: Sosyal Güvenlik Kurumunu, tedavi giderleri Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda yer alan ödeneklerden karşılanan kişiler için ilgili kurum ve kuruluşları ile 18.06.1992 tarihli ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanuna göre tedavi yardımı karşılanan kişiler için Sağlık Bakanlığını," İfade ettiği,

Muaf Tutularak Terkin Edilecek Faturaların Tespiti ve Kayıtlardan Çıkarılma Zamanı başlıklı 5'inci maddesinde;

"Geri ödeme kurumlarınca tedavi giderleri karşılanan kişiler için, Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen tedavi hizmetleri karşılığı;

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Müsteşarlık

Sayı : B.10.0.MUS.00.00.00.0/

Konu : Terkin Edilecek Alacaklar

a) Bakanlık ve Kurumca imzalanan protokol kapsamında tedavi giderleri karşılanan kişiler için yılı içinde düzenlenen faturaların toplam tutarından, Sözleşme kapsamında yapılmış ödemelerin toplam tutarını aşan kısmının tamamı,

b) Diğer geri ödeme kurumları tarafından tedavi giderleri karşılanan kişiler için en geç Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesinin ait olduğu yılın sonuna kadar düzenlenen faturalardan; bedeli ödenmemiş olanların tamamı, terkin edilir.

Yukarıda belirtilen terkin edilmesi gereken faturaların muhasebe kayıtlarından çıkarılma zamanı cari yıl aralık ayının son günü tarihine kadardır."

Mahsuplaşma başlıklı 6'nıcı maddesinde ise;
"Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca düzenlenen faturaların, ilgisine göre denetim elemanlarınca, diğer görevlilerce veya ilgililerce incelenmesi neticesinde fazla ve/veya yersiz tahakkuk ettirildiği veya ödendiği tespit edildiği tutarlardan, bu protokolün imzalandığı tarih itibariyle kalanları (tahsil veya mahsup edilmemiş olanlar) ile Kurumun diğer alacakları sağlık kurum ve kuruluşlarının terkin edilen alacaklarına mahsup edilmiş sayılır ve herhangi bir bedel talep edilmez."
Hükümlerine yer verilmiştir.

Bu itibarla;

1- 2011 yılı ve öncesinden devreden *"120.05 Sosyal Güvenlik Kurumlarından Alacaklar"* Hesabında kayıtlı tutarların tamamı terkin edilecektir. (Terkine ilişkin muhasebe kaydı: *"659.03 SGK Alacakları Terkini"* Hesabı borç, *"120.05 Sosyal Güvenlik Kurumlarından Alacaklar"* Hesabı alacak)

2- 2011 yılından devreden *"120.13 Yeşilkarttan Alacaklar"* Hesabında kayıtlı tutarlar ile *"120.16 Geçmiş Yıllara Ait Yeşilkart Alacakları"* Hesabında kayıtlı tutarların tamamı terkin edilecektir. (Terkine ilişkin muhasebe kaydı: *"659.04 Yeşil Kart Alacakları Terkini"* Hesabı borç, *120.13 Yeşilkarttan Alacaklar* ve/veya *"120.16 Geçmiş Yıllara Ait Yeşilkart Alacakları"* alacak)

3- Genel Bütçe ve Özel Bütçe ile Düzenleyici ve Denetleyici Kurumlardan tahsil edilemeyen ve 2011 yılından devreden alacak tutarları terkin edilecektir. (Söz konusu hesapların alacak bakiyeleri *"659.05 Merkezi Yönetim Bütçesinde Yer Alan Kuruluşlardan Alacaklar Terkini"* Hesabına borç kaydedilerek terkin işlemi muhasebeleştirilecektir.)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Müsteşarlık

Sayı : B.10.0.MUS.00.00.00.0[illegible]

Konu : Terkin Edilecek Alacaklar

4- 02.01.2012 tarih ve 2012/2688 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının 1'inci maddesi ile önceki yıllardan farklı olarak terkine ilişkin yıl kısıtlamasına gidilmemiştir. Bu itibarla gelecek yıllarda mutabakatın düzenlenmesi beklenilmeden bir önceki yılın tahakkukları cari yılın sonuna kadar terkin edilecektir.

Bilgi edinilmesini ve uygulamada herhangi bir sıkıntı yaşanmaması için usul ve esasların; ilinizde bulunan döner sermaye saymanlıkları ile döner sermaye işletmelerine duyurulması ve işlemlerin sonuçlandırılmasını rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Müsteşar

DAĞITIM _____:
Gereği _____:
81 İl Valiliğine (Sağlık Müdürlüğü)

12. ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1:	Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması	10
Şekil 2:	Sağlık Bakanlığı Süreç Haritası	11
Şekil 3:	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	14
Şekil 4:	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	296
Şekil 5:	Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	366
Şekil 6:	Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	408
Şekil 7:	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	440
Şekil 8:	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	810
Şekil 9:	Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	936
Şekil 10:	Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	952
Şekil 11:	Teftiş Kurulu Başkanlığı Teşkilat Şeması	1066
Şekil 12:	Strateji Geliştirme Başkanlığı Teşkilat Şeması	1098

13. KISALTMALAR

Kısaltma	Açıklaması
AB	Avrupa Birliği
ADH	Anne Dostu Hastane Programı
ADSH	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi
ADSM	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
ADSP	Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği
AFP	Akut Flask Paralizi Sürveyansı
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri
AHP	Ayrıntılı Harcama Programı
AMATEM	Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
AİK	Akılcı İlaç Kullanımı
AOB	Acil Obstetrik Bakım
AİR	Advers İlaç Reaksiyonu
ASHGM	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
ASKOM	Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu
ATC	Anatomik Terapötik Kimyasal
BES	Zorunlu Bireysel Emeklilik
BİRDEK	Beşerî Tıbbi Ürün İmalathaneleri Risk Değerlendirme Kurulu
BY/BE	Biyoyararlanım /Biyoeşdeğerlik
CAPA/DÖF	Correcting And Preventiang Actıon / Düzeltici Ve Önleyici Faaliyet
CBS	Coğrafi Bilgi Sistemi
CİMER	Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
CK	Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi
COEN	Compliance And Enforcement Group/Uyum ve Uygulama Grubu
CTD	Common Technical Documa /Ortak Teknik Doküman
ÇEMATEM	Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
ÇİM	Çocuk İzlem Merkezi
ÇKYS	Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi
DAP	Doğu Anadolu Projesi Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı
DGT	Doğrudan Gözetimli Tedavi
DHY	Devlet Hizmet Yükümlülüğü
DMO	Devlet Malzeme Ofisi
DNS	Alan Adı Sistemi
DOKAP	Doğu Karadeniz Projesi Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EBYS	Elektronik Belge Yönetim Sistemi
EC	Conformie Europeene/Avrupa Uygunluk Sertifikası
EMAD	Etkin Mdde Ana Dosya
EÖD	Evlilik Öncesi Danışmanlık Programı

Kısaltma	Açıklaması
EYS	Eczacı Yerleştirme Sistemi
FDK	Fiyat Değerlendirme Komisyonu
FKM	Felaket Kurtarma Merkezi
FTR	Rehabilitasyon
GAP	Güney Doğu Anadolu Projesi Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı
GCP	İyi Klinik Uygulamaları
GDP	İyi Dağıtım Uygulamaları
GETAT	Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları
GLP	İyi Laboratuvar Uygulamaları
GLN	Global Location Number/Küresel Konum Numarası
GMP	İyi İmalat Uygulamaları
GPVP	İyi Farmakovijilans Uygulamaları
GSMH	Gayri Safi Milli Hâsıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GXP	GMP, GCP, GLP, GPVP Terimlerinin Tamamını Kapsar
HAP	Hastane Afet ve Acil Durum Planları
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HSYS	Halk Sağlığı Yönetim Sistemi
HIMSS	Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemi
(Healthcare Information and Management Systems Society)	Hastalık Yükü Çalışması
HYÇ	Hastalık Yükü Çalışması
HYP	Hastalık Yönetim Platformu
HSL	Halk Sağlığı Laboratuvarları
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
IP	Internet Protokol
ISQua	The International Society for Quality in Health Care
(Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite Derneği)	İş Sağlığı Güvenliği
İKYS	İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi
İSG	İş Sağlığı Güvenliği
İSM	İl Sağlık Müdürlüğü
İTS	İlaç Takip Sistemi
KBRN-E	Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer ve Endüstriyel
KDK	Kapasite Değerlendirme Komisyonu
KDS	Karar Destek Sistemi
KDV	Katma Değer Vergisi
KEP	Kayıtlı Elektronik Posta
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri

Kısaltma	Açıklaması
KHGM	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KİBS	Kemik İliği Bilgi Sistemi
KİK	Kamu İhale Kurumu
KK	Kalite Koordinatörlüğü
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KOP	Konya Ovası Projesi Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı
KÖİ	Kamu Özel İşbirliği
KPSS	Kamu Personeli Seçme Sınavı
KÜB/KT	Kısa Ürün Bilgisi / Kullanma Talimatı
KYBS	Kalite Yönetim Birim Sorumlusu
KYS	Kalite Yönetim Sistemi
KYT	Kalite Koordinatörü/Kalite Yönetim Temsilcisi
MAU	Misafir Anne Uygulaması Programı
MGK	Milli Güvenlik Kurulu
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
MİZ	Mekânsal İş Zekâsı
MKYS	Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi
MPLS	Çoklu Protokol Etiket Anahtarlama
MSB	Millî Savunma Bakanlığı
NATO	North Atlantic Treaty Organization
(Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütü)	Organisation for Economic Co-operation and Development (İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı)
NCAR/ENQUIRY	Yetkili Otorite Raporu Bildirimi
NES	Nitelikli Elektronik Sertifika
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
(İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı)	Piyasa Gözetimi Ve Denetimi
ÖSYM	Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi
PDC	Personel Dağılım Cetveli
PEP	Polio Eradikasyon Programı
PGD	Piyasa Gözetimi Ve Denetimi
PGDBİS	Ulusal Piyasa Gözetimi Ve Denetimi Bilgi Sistemi
PIC/S	Pharmaceutical Inspection Co-Operation Scheme
Uluslararası İlaç Denetim İşbirliği Planı	Sağlık Bilişim Ağı
RBS	Reçete Bilgi Sistemi
RG	Resmi Gazete
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SAKOM	Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi

Kısaltma	Açıklaması
SBA	Sağlık Bilişim Ağı
SBN	Sağlıkta Buluşma Noktası
SBSGM	Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
SBYS	Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi
SEKAPS	Seferberlik Kaynak Planlama Sistemi Süreci
SEYK	Sağlık Endüstrileri Yönlendirme Komitesi
SGB	Strateji Geliştirme Başkanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SGK-HİTAP	Sosyal Güvenlik Kurumu Hizmet Takip Programı
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SHGM	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SHK	Sosyal Hizmetler Kurumu
SIHHAT	Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi
SİNA	Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler
SİP	Sanayi İş birliği Programı
SKRS	Sağlık Kodlama Referans Sunucusu
SOME	Siber Olaylara Müdahale Ekibi
SSGDP	Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi ve Desteklenmesi Projesi
STD	Sağlık Teknolojisi Değerlendirme
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
SYPD	Stratejik Yönetim Planlama Daire Başkanlığı
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TBYS	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Bilgi ve Yönetim Sistemi
TDMS	Tek Düzen Muhasebe Sistemi
TİG	Teşhis İlişkili Gruplar
TİTCK	Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TSMBS	Toplum Sağlığı Merkezleri Bilgi Sistemleri
TMO	Toprak Mahsulleri Ofisi
TODBS	Türkiye Organ ve Doku Bağışı Sistemi
TODS	Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi
TOKİ	Toplu Konut İdaresi
TPN	Total Parenteral Nütrisyon
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
TSİM	Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
TSMBS	Toplum Sağlığı Merkezleri Bilgi Sistemleri
TTDİS	Türkiye Transplantasyon ve Diyaliz İzlem Sistemleri
TUTG	Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne Göre
TUBİM	Türkiye Uyuşturucu Ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜBİTAK	Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

Kısaltma	Açıklaması
TÜRKDİVES	Türkiye Diyaliz Veri Sistemi
TÜRKÖK	Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi
TÜSEB	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
TÜSKANET	Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü "Sağlıkta Akreditasyon Setlerini" İçeren Modüllerin Olduğu Bilgi Yönetim Sistemdir
TÜSPE	Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü
UETS	Ulusal Elektronik Tebligat Sistemi
UİS	Ulusal İstihdam Stratejisi
UMKE	Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
USHAŞ	Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi
USOM	Ulusal Siber Olaylara Müdahale Merkezi
USS	Ulusal Sağlık Sistemi
USVS	Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü
ÜTS	Ürün Takip Sistemi
ÜTT	Ürün Tanıtım Temsilcileri
ÜYTE	Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri
VPN	Virtual Private Network (Sanal Özel Ağ)
YDM	Yazılım Destek Çağrı Merkezi
YGAP	Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri
YGG	Yönetimin Gözden Geçirmesi
YGGS	Yönetimi Gözden Geçirme Süreci
YİKOB	Yatırım İzleme ve Koordinasyon Başkanlıkları
YOBİS	Yoğun Bakım İzlem Sistemleri
YÖK	Yüksek Öğretim Kurulu
ZMS	Zorunlu Mali Sigorta