

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ
HİZMETİN YAPISI ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ
(KAHRAMANMARAŞ İLİ ÖRNEĞİ)**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Fatih KARAKUŞ

İstanbul, 2014

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ
HİZMETİN YAPISI ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ
(KAHRAMANMARAŞ İLİ ÖRNEĞİ)**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Fatih KARAKUŞ
Öğrenci No:
1207460033

Danışman:
Prof.Dr.Mehmet Fikret GEZGİN

İstanbul, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi Kahramanmaraş İl Örneği” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 20/12/2014

Fatih KARAKUŞ

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

23.03.2016

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 1207460033 numaralı *Fatih KARAKUŞ'un* "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlıkta Dönüşüm Programı Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi (Kahramanmaraş İli Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 03.03.2015 tarih ve 2015/09 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince 00 dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 1 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
PROF.DR.MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE
DOÇ.DR. İLYAS KARABIYIK


ÜYE
YRD.DOÇ.DR. BİLGE AKSAY

Adı ve Soyadı : Fatih KARAKUŞ
Danışmanı : Prof.Dr.Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi :Yüksek Lisans, 2014
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değişim, Aile
Hekimliği, Sağlık Hizmetleri

ÖZ

Çalışmam genel olarak Dünya'daki sağlık yönetim sistemi ile ilgili bilgi vermekle birlikte özellikle Türkiye'deki sağlık politikaları ve yönetimindeki paydaşlara odaklanmıştır. Tezi hazırlarken ki yaklaşımımın daha iyi anlaşılması için çalışmaya sağlık kavramının Dünya literatüründeki yeri ve tanımı ile sağlık hizmetlerinin önemi hakkında bilgi verilerek başlanmıştır. Daha sonra Türkiye'de ki 1920'den günümüze kadar olan sağlık politikaları hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Böylece değişimi gerektiren ihtiyaçların daha iyi anlaşılması hedeflenmiştir. Üçüncü bölümde Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Bileşenlerine odaklanılmıştır. **Bölümde program hakkında bilgiler çeşitli örnek açıklamalarla verilmiştir.** Bu kapsamda 663 sayılı KHK ile yeniden yapılanan Sağlık Bakanlığı'nın yeni yönetsel yapılanmasına ayrı bir bölüm ayrılmıştır. Tüm bu hususlar hakkında yeteri kadar aydınlatıcı bilgi verilmesini müteakip söz konusu Dönüşüm Politikasının Kahramanmaraş'taki yansımalarına eğilinmiş, tartışılmış ve güncel olarak sahadan toplanan veriler gerekli analizlerin titizlikle yapılmasında kullanılmıştır. **Kullanılan verilerin güncelliğini korumasından dolayı analiz edilen veriler sistemin iyi ve kötü yanları ile doldurulması gereken boşluklarını da işaret etmektedir. Elde edilen sonuçların Kahramanmaraş'ın diğer iller arasındaki yeri ve genel olarak sistemdeki konumunun karşılaştırılması açısından da önemli bir örnekleme imkanı sağlamıştır.**

Tezin, sağlık yönetim sistemi ve uygulamaları ile ilgili üniversite öğrencileri, sağlık çalışanları, farklı araştırmacılar ve kamu sektöründe görev yapan karar vericilere yönelik olarak faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Name and Surname : Fatih KARAKUŞ
Supervisor : Prof.Dr.Mehmet Fikret GEZGİN
Degree and Date : Master / 2014
Major : Hospitals and health care management
Key Words : Health Transformation Program, Change, Family
Health services

ABSTRACT

My thesis focuses on health management system and the role of stakeholders in generally in the World and especially in Turkey. In order to understand the issue better, I started thesis with what is the definition of health in the literature, health rights in the World, the aim and the importance of the health services. From my point of view, it is also important to know health service classification and their usage with effects. After that I focused on governmental health policies in our country from early 1920's to today briefly. Thus; it is more understandable to necessity and requirements. In third sections I deeply analyzed our transformation in health programme and its components. I shared information about the aims and the phases of the programme with examples. Because of its importance I separated one section to new organizational structure of Ministry of Health within the frame of statute number 663. After totally understanding of new governmental policies I digged out the effects of transformation in health system policies in Kahramanmaraş. In this phase I used the most updated data which has been picked up from the field to show the results and effects. I analyzed the data in details carefully to reach the right results and this thesis is especially different here. The data were analyzed due to the protection of the data used to date indicate in the space to be filled with good and bad sides of the system. Place between the results obtained by other Kahramanmaraş province and provides a significant opportunity in terms of the comparison of sampling position in the overall system.

This thesis can be useful for all who are interested in health management system, its effects and application in Turkey and Kahramanmaraş like university students, health workers, different researchers and decision makers in different governmental organizations.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZ	İ
ABSTRACT	İİ
İÇİNDEKİLER	İİİ
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	İX
KISALTMALAR	Xİ
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI, SAĞLIK HAKKI ve TEMEL BELİRLEYİCİLERİ

1.SAĞLIĞIN TANIMI	4
2. TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA SAĞLIK HAKKI.....	5
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	6
4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI	8
5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	9
5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
5.1.1. Kişisel ve Toplumsal Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
5.1.2. Çevresel Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	11
5.2.1. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	11
5.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	14
5.4. Temel Toplumsal Sağlık Hizmetleri	14

5.5. Evde Bakım ve Tedavi Hizmetleri.....	15
6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI.....	15
6.1 Potansiyel Kullanılabilirlik	15
6.2 Gerçekleşen Kullanılabilirlik	16
6.3. Sağlık Hizmetinin Etkinliği	16

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL GELİŞİMİ

1.1920-1923 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI	18
2.1923-1938 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI	19
3.1938-1960 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI	20
4.1960-1980 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI	22
5. 1980-2002 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI	22

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

1.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ TEMEL İLKELERİ.....	24
2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ BİLEŞENLERİ.....	27
3. HASTANE İŞLETMELERİNDE ÖNGÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER	32
3.1.Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanması ve Hastane Seçme Hakkı.....	32
3.2. Hekim Seçme Hakkı	34
3.3. Hastane Personeline Performansa Göre Ek Ödeme Yapılması ve Hekimlerin Tam Gün Hastanede Çalışmasının Teşvik Edilmesi.....	35
3.4. Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Çalışmaları.....	35
3.5. Hasta Hakları Yapılanması ve Uygulaması	36
3.6. Bilgisayar Otomasyonu.....	36

3.7. Yatan Hastaların İlaç ve Tıbbi Malzeme İhtiyaçlarının Hastane Tarafından Karşılanması	37
4.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE AİLE HEKİMLİĞİ	37

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

663 SAYILI SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT ve GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME

1. BAKANLIĞININ TEŞKİLAT YAPISI İLE İLGİLİ DEĞİŞİKLİKLER	39
1.1. Taşrada Yer alan Bakanlık Bağlı Kuruluşları:	41
1.1.1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	41
1.1.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	42
2.BAKANLIK TAŞRA TEŞKİLATI	44
2.1. Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması	45
2.1.1. İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Yapısı	45
2.1.2. Kamu Hastaneler Birlikleri Teşkilat Yapısı	46
2.1.3. Halk Sağlığı Müdürlüğünün Teşkilat Yapısı	48

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KAHRAMANMARAŞ YERELİNDE HİZMETİN YAPISINA ETKİLERİ

1.KAHRAMANMARAŞ'TA SAĞLIK SİSTEMİNİN TEMEL YAPISI	50
2. SAĞLIK HİZMETİ SUNAN BİRİMLERİN ÖRGÜTLENMESİ	54
2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Birimler	56

2.1.1. Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezleri	57
2.1.2. Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi.....	61
2.1.3. Verem Savaş Dispanserleri	63
2.1.4. Evde Sağlık Hizmetleri	64
2.1.5. 112 Acil Sağlık Hizmetleri.....	64
2.1.6. Halk Sağlığı Laboratuvarı	66
2.1.7. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM).....	67
2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Birimler	68
2.2.1.Sağlık Bakanlığına Bağlı Görev Yapan 2.Basamak Sağlık Kuruluşları ..	68
2.2.2.Özel Hastanelerin Mevcut Durumları	71
2.2.3. KSÜ Tıp Fakültesi Hastanesindeki Değişimin İncelenmesi	74
3.VERİLERİN ANALİZİ	76
3.1 Yataklı Tedavi Kurumlarında Görülen Değişimin Analizi.....	76
3.2 İnsan Kaynakları Verilerindeki Değişimin Analizi	81
3.3 Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görülen Değişimin Analizi	84
SONUÇ.....	89
KAYNAKÇA	96
ÖZGEÇMİŞ.....	100

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No:	Sayfa No:
Tablo 1. 1923 Yılında Türkiye’deki Yataklı Tedavi Kurumları	20
Tablo 2. Türkiye’de 2002 Yılı Hastane İşletmelerinin Dağılımı	33
Tablo 3. 2002-2008 Yıllar Arası Poliklinik ve Muayene Sayısı Dağılımı	34
Tablo 4. Nüfusuna Göre İllerdeki Kadro standartları.....	44
Tablo 5. Kahramanmaraş İli Sağlık Kurum ve Kuruluşları	51
Tablo 6. İl Geneli Yatak Kullanımı.....	54
Tablo 7. Birinci Basamak Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşları Sayısı	56
Tablo 8. Aile Hekimliği Birimlerinde Çalışan Hekimlerin Dağılımı.....	57
Tablo 9. Aile Sağlığı Elemanlarının Ünvanlarına Göre Dağılımı	59
Tablo 10. Aile Hekimliği Gezici Sağlık Hizmetleri ve Sağlık verileri	59
Tablo 11. Yıllara Göre Sezaryen Oranlarının Toplam Doğum Sayısına Oranları	62
Tablo 12. 2012-2013 Yılları Arası AÇSAP Çalışmaları	63
Tablo 13. Merkez ve İlçelerdeki Vaka Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı	66
Tablo 14. 2013 Uzman Hekimlerin Sağlık Kuruluşlarına Dağılımı.....	69
Tablo 15. 2011 Yılı Pratisyen Hekim Dağılımı ve Pratisyen Hekime Düşen Nüfus	69
Tablo 16. Özel Hastanelerin 2013 Yılı Yatak ve Muayene Sayıları	72
Tablo 17. Özel Hastaneleri Yıllara Göre Hasta Yatak Sayılarının Dağılımı	73
Tablo 18. Özel Hastanelerin Muayene, Yatan Hasta Sayıları İle Yatak Doluluk Oranlarının Yıllara Göre Dağılımı	73
Tablo 19. İl Geneli Hizmet Veren Özel Tanı ve Tedavi Merkezlerinin Yıllara Göre Dağılımı.....	73
Tablo 20. Özel Hastanelerde Gerçekleşen Doğum Sayıları İle Sezaryen Oranları ...	74
Tablo 21. İl Nüfusu ve Aile Hekimliği Birim Nüfusları Karşılaştırma.....	76
Tablo 22. 2008 Yılındakine Göre 2013 Yılındaki İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Muayene Olan Kişi Sayısındaki Artış (%)	77
Tablo 23. Kahramanmaraş İli Yataklı Tedavi Kurumları Verileri	79
Tablo 24. Hastanelerin Sezaryen Oranları.....	80
Tablo 25. Erişkin Yoğun Bakım Hizmetleri.....	80
Tablo 26. Aile Hekimliği Birimi ve Muayene Sayıları	84
Tablo 27. Yıllara Göre Anne Ölümleri Sayısının Dağılımı	84

Tablo 28. 2002-2014 Arası 112 Verileri	85
Tablo 29. 2002-2013 Yılları arası Yapılan Yatırım ve Onarımlar	86

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. Sağlık Hizmet Türleri ve Sunan Kurumlar	9
Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler	16
Şekil 3. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Öncesi Görev Şeması	26
Şekil 4. Sağlık Bakanlığı Eski Teşkilat Şeması	39
Şekil 5. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı	40
Şekil 6. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Teşkilat Şeması.....	41
Şekil 7. Türkiye Kamu Hastane Kurumu Teşkilat Şeması	43
Şekil 8. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Taşra Teşkilatı	45
Şekil 9. İl Sağlık Müdürlükleri Teşkilat Şeması	46
Şekil 10. Kamu Hastaneler Birlikleri Teşkilat Şeması	47
Şekil 11. Hastanelerdeki Yönetim Şeması.....	47
Şekil 12. Halk Sağlığı Müdürlüğü Teşkilat Şeması.....	48
Şekil 13. Kahramanmaraş İlinin Demografik Yapısı.....	50
Şekil 14. Kahramanmaraş'ta Sağlık Hizmeti Sunan Birimler	51
Şekil 15. Kahramanmaraş İlinde Görev Yapan Personelin Yıllara göre Dağılımı	52
Şekil 16. Sağlık Bakanlığına Bağlı Olarak Çalışan Ebe-Hemşirelerin Yıllara Göre Dağılımı	53
Şekil 17. Özel Hastanelerin Yıllara Göre Yatak Sayıları	53
Şekil 18. Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğünün Örgüt Şeması	55
Şekil 19. Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Merkezlerinin Yıllara Artış Grafiği.....	58
Şekil 20. Sağlık Evlerinin Yıllara Göre Değişimi	58
Şekil 21. 2013 Yılı Aile Sağlığı Merkezlerinin Gruplarına Göre Dağılımı.....	60
Şekil 22. Aile Sağlığı Merkezlerinin Gruplamalarındaki Değişim.....	60
Şekil 23. Aile Sağlığı Merkezlerinin Yıllara Göre Gruplamalarındaki Değişimler ..	61
Şekil 24. Bebek Ölümünün Yıllara Göre Dağılımı	62
Şekil 25. 112 Acil Sağlık İstasyonlarının Yıllara Göre Dağılımı	65
Şekil 26. 112 İstasyonlarının 0-10 Dakikada Ulaşım Oranların Yıllara Göre Dağılımı	65
Şekil 27. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Personel Dağılımı	66

Şekil 28. Yıllara Göre KETEM ve Hastanelerde Yapılan Testlerin Yıllara Göre Dağılımı	67
Şekil 29. KETEM’lerde Eğitim Verilen Kişilerin Yıllara Göre Dağılımı	68
Şekil 30. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurumlarda Görev Yapan Pratisyen Hekimlerin 2007-2011 Yılları Arası Merkez ve İlçelere Göre Dağılımı.....	70
Şekil 31. Sağlık Bakanlığına Bağlı Yataklı Tedavi Kurumlarında Görev Uzman Hekimlerin Dağılımı.....	70
Şekil 32. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerin Yatak Sayılarının Dağılımı	71
Şekil 33. Özel Hastanelerin Yıllara Göre Pratisyen Hekim sayıları	72
Şekil 34. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversite Hastanesinin 2013 Yılına Kadar Toplam Personel, Asistan Hekim ve Uzman Hekim Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı	74
Şekil 35. Kahramanmaraş İli 2014 Yılı Nüfusun Demografik yapısı.....	76
Şekil 36. 2002-2013 Arası Yataklı Tedavi Kurumları Poliklinik, Ameliyat, Yatan Hasta Oranlarındaki Değişim	78
Şekil 37. Toplam Sağlık İş Gücü 2002-2014 Yılları Arası Dağılımı	81
Şekil 38. Ebe Hemşirelerin 2002-2014 Yılları Arası Dağılımı.....	81
Şekil 39. Uzman Hekimlerin 2002-2014 Yılları Arası Dağılımı.....	82
Şekil 40. Diş Hekimlerinin 2002-2014 Yılları Arası Dağılımı.....	82
Şekil 41. Sağlık Bakanlığı Hizmet Alımı İle Çalışan Sayısı	83

KISALTMALAR

AB	:	Avrupa Birliği
ABYKP	:	Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı
AÇSAP	:	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ADSM	:	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
AHB	:	Aile Hekimliği Birimi
AK Parti	:	Adalet ve Kalkınma Partisi
ASM	:	Aile sağlığı Merkezi
BBYKP	:	Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı
BYKB	:	Beş Yıllık Kalkınma Planı
DGT	:	Doğrudan Gözetimli Tedavi
DPT	:	Devlet Planlama Teşkilatı
Dr.	:	Doktor
FKÜ	:	Fenilketonüri
GPRS	:	General Packet Radio Service
GSMH	:	Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH	:	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
İBYKP	:	İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı
KETEM	:	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KHK	:	Kanun Hükmünde Kararname
KSÜ	:	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

NRP	:	Neonatal Resusitasyon Programı
OCED	:	Organization for Economic Co-operation and Development
SABİM	:	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SBE	:	Sosyal Bilimler Enstitüsü
SDP	:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
TBMM	:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
T.C.S.B.	:	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
TSM	:	Toplum Sağlığı Merkezi
UNİCEF	:	Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu
VSD	:	Verem Savaş Dispanseri
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

-Çalışma Konusunun Seçimi: Sağlık insanoğlunun insani yaşam değerleri arasındaki en önemli ögesidir. Sağlıklı olmak, mutlu, başarılı ve güzel bir yaşamın temelidir. Bu temelin daha sağlam atılabilmesi için her geçen gün daha fazla çalışan, değişen koşullara uyum sağlayan, şikayetler ve hastalıklara yanıt verebilen, akılcı, güvenilir, çağdaş sağlık hizmeti anlayışına sahip olmak ve bunu destekleyen girişimlerde bulunmak gerekir.

Günümüz dünyasında, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sistemlerinde de oldukça büyük değişim ve reformlar yaşanmaktadır. Sağlığın öneminin arttığı bu dönemde tüm dünyada sağlıkla ilgili sistemler daha fazla önem arz etmekte, ülkeler kendilerine uygun sistemler aramaktadırlar. Bireysel ve Toplumsal Sağlık olgusunun geliştirilmesi anlamında bazı ülkeler sağlık sistemlerinde temel değişiklikler yaparken, bazıları pilot uygulama aşamasında, bazıları da yeni model arayışı içerisinde.

-Çalışmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı Sağlıkta Dönüşüm programının Ülkemizde ve Kahramanmaraş yerelinde hizmetin yapısı ve organizasyonu üzerinde etkileri incelemek ve karşılaştırarak bu programın eksik yanlarını ve bunlara yönelik çözüm önerileri sunmaktır.

-Çalışmanın Önemi: Teknolojik gelişmeler, sanayileşen toplumlar ve değişen toplumsal algılamalar ile beklentiler, demografik değişimler, nüfusun ve hastalıkların yapısında meydana gelen gelişmeler ile politik ve toplumsal değişimlere sağlık kurumlarının da ayak uydurması gerekmektedir. Bu değişimlerin toplum nezdinde karşılığı büyük önem arz etmektedir. İnsanın hayatını idame ettirmesinde sağlıklı yaşam en önde yer almaktadır. Sağlık tesislerinin SDP sonrası örgütlenmesi ve kalitelerini geliştirme çabası sağlıkta gelişim düzeyini dolayısı ile insan hayatına verilen önemi belirlemektedir. Bu nedenle bu dönüşümün incelenmesi çok önemlidir.

Ülkemizde 1920 yılında Sağlık Bakanlığının kurulmasından sonra koruyucu sağlık hizmetleri yönünden teşkilatlanmayı hedefleyen bir ülke ve 1.Dünya Savaşının yaralarını sarma politikaları çerçevesinde Bakanlığın kurumsal çerçevesi ve kurumsallaşması amaçlanmıştır.1960 yılında başlayan Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve ardından hazırlanan kalkınma planlarında bir çok değişim ve öngörü belirlenmiştir. Fakat ülkenin yaşadığı Askeri darbe ve muhtıralarla bu kalkınma planlarının uygulamalarında çok büyük aksaklıklar oluşmuştur. 1980 darbesi sonrasında başlayan ve bir dizi sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik örgütsel değişim çalışmaları gerçekleşmiştir. Son olarak 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adıyla uygulanmaya başlanan örgütsel değişim çerçevesindeki yeniden yapılandırılmıştır.

Koruyucu sağlık hizmetleri açısından en önemli bileşeni olan koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimliği uygulaması, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunumunda hastanelerin özelleştirilmesi ve finansman için ise genel sağlık sigortasının uygulamaya konmasıdır.

-Çalışma Planı: SDP tüm yurtta 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. 2010 yılında Kahramanmaraş'ta Aile Hekimliğine geçilerek başlanan ve aşama aşama gerçekleştirilen değişim çalışmasının ildeki sağlık hizmeti yapısına etkilerini araştırmak üzere beş bölümden oluşan bir çalışma gerçekleştirilmiştir. 663 Sayılı KHK ile İldeki dönüşümün teşkilat yapısındaki değişimi incelenmiş ve İlk bölümde çalışma alanımızla ilgili temel kavram ve tanımlara yer verilmiştir. İkinci bölümde ülkemizde reform çalışmalarının tarihsel gelişimine değinilerek reformun gerekliliği konusunda tespitlere yer verilmiştir. Üçüncü bölümde Sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri ve amacına değinilmiştir. Dördüncü bölümde 663 Nolu Sağlık Bakanlığının ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görevleri hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin bakanlık ve merkez teşkilat yapısındaki değişime yer verilmiştir. Beşinci bölümde Sağlıkta dönüşüm programının Kahramanmaraş ilindeki Sağlık kuruluşlarının mevcut yapısı, işleyişi incelenmiş ve sağlık istatistikleri değerlendirilmiş ve sonuç kısmıyla bazı genel yargılara ulaşılarak çalışma sonlandırılmıştır.

-Kullanılan Metot ve Teknikler: Bu çalışmada İl Sağlık Müdürlüğü, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Genel Sekreterliğin (Kahramanmaraş Kamu Hastaneleri Birliği) yıl sonu verileri kullanılmıştır. Ayrıca birim yöneticilerinin tespitlerine yer verilmiştir. Karşılaştırılmalı saha analizlerinin derlenmesi ile mukayeseli açıklamalar yapılmıştır. Verilerin yıllara göre değişim grafikleri mukayeseli olarak yapılmıştır.

-Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar: Verilerin temini konusunda teşkilat yapısında meydana gelen yer değiştirmeler ve kurumların yeterli ve doğru verileri göndermemesinden kaynaklı sorunlar ortaya çıkmıştır. Özellikle 663 sonrası Sağlık Müdürlüğünün bütüncül verileri elinde bulunduramaması kıyaslamalarda çoğu kez 2011 yılı verilerine yer verilmesine neden olmuştur. Daha önce sağlık istatistiği anlamında düşünülmeyen verilerin olmaması da daha sağlıklı bir veri analizinin olmasını engellemiştir. Veri kriterlerinin daha çok verisel analiz anlamında kullanılması, değerlendirme kriterlerinin ve başarı oranlarının yıl bazlı değerlendirilmemesi değişim ve yönetim konusunda gelişime engel olduğu görülmüştür. Özellikle ana değerler konusunda objektif yaklaşılmamış, gerçek verilerle orantısal veriler arasında önemli uçurumlar olduğu görülmüştür.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI, SAĞLIK HAKKI VE TEMEL BELİRLEYİCİLERİ

1.SAĞLIĞIN TANIMI

Sağlık, sağ olma, sağlam olma, sıhhatli olma anlamlarında kullanılan ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması ve beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumu olarak tanımlanmıştır. Sağlık sadece bedensel anlamda yeterlilik olmayıp, ruhsal, sosyal ve mental yönden de yeterliliği içeren bir terimdir. Sağlığı daha geniş bir çerçeve içinde ve yaşamdaki sosyo-ekonomik, politik ilişkilerle birlikte ele alan bu tanım, esasen yeni tür bir yaklaşımın göstergesidir. Sağlığın ekonomik boyutunu dile getirmektedir. Sağlıklı olmak tüm mekanizmaların bütünlük içinde bozulmadan işleyişi ile olmaktadır.

İllich'te Sağlığı “Sağlıklı olmak yalnızca gerçekle baş edebilmede başarılı olmak değil, aynı zamanda başarının mutluluğunu da tatmaktır; mutlulukta da acıda da yaşayabildiğini duyumsamaktır...”¹ bu şekilde tanımlamıştır. Yaşam enerjisinin varlığı ve önemi insanlardaki sağlıklı yaşamın en etkili faktörü olarak görmektedir.

Ülkemizde Yasalarla belirlenmiş sağlığın tanımına bakacak olursak eğer, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasa'sında Dünya Sağlık Örgütüne paralel olarak sağlığın tanımı şu şekilde yapılmıştır. “Yalnız hastalık ve sakatlığın yokluğu olmayıp bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik durumu.”² Yapılan yasa, uygulama ve yönetmelikler bu tanım çerçevesinde şekillenmektedir.

İnsan doğmadan sağlık hizmetine muhtaçlığı olmakta ve bu ihtiyacı yaşamı boyunca devam etmektedir. Sağlığın önemi yaşamın anlamı ile örtüşmektedir. İnsan Hakları Evrensel bildirisi, sağlığa verdiği önemi “Hiçbir ekonomik zorunluluk insan

¹ H.Uz, “Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü'nün Tanımı Üzerine Düşünceler”, Yeni Türkiye Dergisi, S.39, İstanbul, 2001, s.352

², <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi 12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>, (11.04.2014)

sağlığına zarar verecek bir işlemin nedeni olamaz”³ diye belirtmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda da sağlık vazgeçilmez bir hak olarak vurgulanmış ve devletin güvencesi altında olduğu belirtilmiştir.

İnsanlar birlikte yaşamaya başladıkları andan itibaren sağlık hizmeti almaktadır. Hekimlik hizmeti günümüze kadar birçok değişime uğrasa da, özü aynı kalmıştır. Bilim ve teknolojinin gelişmesi sağlık hizmetlerinde yeni uzmanlık dallarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Hemen her gün tıp biliminde yeni bir gelişme kaydedilmektedir.

2. TÜRKİYE’DE ve DÜNYA’DA SAĞLIK HAKKI

Sağlığın korunmasında ve sunumunda yapılan her türlü işlem sağlık hizmetidir. Nusret Fişek tarafından sağlık hizmetleri “Sağlığa zararlı faktörlerin ortadan kaldırılması, muayene ve tedavi edilmesi bedensel, ruhsal yetenekleri azalanların kendi kendilerine yeterli hale getirilmesi için gösterilen tıbbi çabaların tümü”⁴ şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık Hizmeti insan sağlığının korunmasını bir bütün olarak sunan ve yürüten hizmetlerin bütünü olarak tarif edilebilir.

Sağlık Hakkı insanın insani yaşam koşullarında yaşamını idame ettirmesinde en önemli ve gerekli haklarından biridir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde “çocuklar, evlilikle veya evlilik dışında doğsunlar, ortak sosyal güvenlikten yararlanırlar”⁵ denilerek Sağlık Hakkı’nın temel yaşam haklarından biri olduğuna vurgu yapılmıştır.

1961 Anayasasında, "devlet herkesin ruh ve beden sağlığı içerisinde yaşamının idame ettirmesini sağlamakla görevlidir"⁶ denilerek devlete bu konuda yükümlülük getirmiştir. 1982 Anayasası yaşam hakkı ile ilgili “her insan, yaşama, manevi ve maddi varlığını geliştirme ve koruma hakkına sahip olup kanunda yazılı haller ve tıbbi zorunluluklar dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz, kimseye eziyet ve işkence yapılamaz, kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir muameleye veya cezaya tabi

³, http://www.basbakanlik.gov.tr/docs/ihb/insan_haklari_elkitabi_HIGH.pdf, (15.10.2014)

⁴ N.Fişek, Halk Sağlığına Giriş, Ankara, 1983, s.4

⁵, http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html, (22.11.2014)

⁶, <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>, (22.11.2014)

tutulamaz.”⁷ şeklinde düzenlemiştir. Buna göre tüm vatandaşların yaşama hakları devlet güvencesi kapsamı içinde koruma altındadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, sosyal ve ekonomik bir haktır. Bu şekliyle hem kamuya hem de devlete bazı yükümlülükler getirir. Devlet bunları yerine getirmek ve insanların sağlık hizmetlerinden faydalanması için gerekli önlemleri alarak, kişilerin bunlardan faydalanmalarını sağlamak durumundadır.

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI ve ÖNEMİ

Toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden biri de sağlıktır. Ülkelerin yüksek gelirlerinin olmasının gelişmişliği için yeterli olmadığı, eğitim ve sağlık alanındaki sorunlarını çözebilmiş ülkelerin kalkınmışlık anlamında daha ileride oldukları kabul edilmeye başlanmıştır. Sağlık Hizmeti “bireyin ve toplumun sağlığını koruyarak, sağlıkları bozulduğunda tedavilerini yapmak, iyileşemeyip özürlü kalanların kimseye bağımlılığı olmadan yaşamasını sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini üst seviyelere çıkarmak için yapılan planlamaların tümü”⁸ olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri genel anlamı ile de bireyin sağlığının muhafaza edilmesi ve hastalananların da tedavisi için yapılan bütün çalışmalardır.

Sağlık Hizmetleri dünyanın birçok ülkesinde yalnızca hastalıkların tedavisi şeklinde algılanmıştır. Günümüze baktığımızda ise bireylerin ve toplumun sağlığının korunmasının, en az hastalıkların tedavisi kadar önemli olduğunun farkına varılmasıyla birlikte , sağlık hizmetleri tedavi edici hizmetlerin yanında koruyucu ve rehabilite edici hizmetler olarak da verilmeye başlanmıştır.

İnsanoğlu için uzun ve sağlıklı bir yaşam en büyük beklentidir. Hastalıklardan korunma, hastalıkların tedavisi ve sağlığın sürdürülmesi mevcut olan sağlık hizmetinin sistematik bir biçimde işlemesiyle ve sürekli faaliyet göstermesiyle mümkün olmaktadır. Sağlık hizmetleri doğuştan kazanılmış bir haktır ve toplumdaki her bireye eşit olarak götürülmelidir. Bu hizmetlerin planlanması ve sunulmasında o

⁷, <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>, (22.11.2014)

⁸ A.İ., Oral, Dünya’da ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları, Eskişehir, 2002, s.37

bölgedeki koşullara uygun modeller ve teknoloji seçilip başarılı bir ekip tarafından kullanılması halinde sağlık sunumunda önemli bir başarı sağlanacağı görülmektedir.

Sağlık hizmetleri sağlığa zarar verebilecek etkenlerin ortadan kaldırılması, hasta ve sağlıklı kişilerin muayenesi, tedavisi, bedensel ve akılsal yetenekleri azalanların bu yeteneklerine kavuşabilmeleri için gösterilen tıbbi bakım gibi çabaların sergilenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde ve diğer gelişmiş ülkelerde eski sağlık sorunlarına çareler bulunurken, birtakım yeni sorunlar da doğmaktadır. Bunlardan bazılarını hava ve suların sanayi atıkları ile kirlenmesi, beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve dengesiz beslenmenin toplumda yaygınlaşması, gürültülü ortamların yaşamı etkilemesi, bulaşıcı hastalıkların (AİDS, hepatit vb. gibi) artması, yaşlı nüfusun eskiye oranla artması vb. olarak sıralanabilir. “Sağlık daima süreklilik gösterir. Sağlığa ulaşma, sağlığı koruma ve sürdürme ise emek ve dikkat gerektiren durumlar olduğu için sağlık hizmetlerine gereken önem verilmelidir. Bunun için toplumda yaşayan insanlar eğitilmiş ve bilinçli olmalı, sağlığın kendileri için nasıl bir değer taşıdığının farkına varmalı ve kendi sağlıklarına öncelikle kendileri önem göstermelidirler.”⁹ Bugünün sağlık hizmetleri, eski sorunların tekrarlamaması için çaba harcarken yeni sorunların çözülmesine de yönelmiştir. Böylece sağlık hizmetinin alanları genişlemiş ve çalışmaları artmıştır.

Sarvan, sağlık yatırımlarının önemine dikkat çekmiş ve “Sağlıklı bir toplumun ancak sağlıklı bireylerle olacağının farkına varan gelişmiş ülkelerde, en büyük yatırım sağlığı korumak ve iyileştirmekle görevli sağlık sektörüne yapılır ve milli gelirden ciddi oranda pay ayrılır”¹⁰ diyerek Sağlık yatırımlarının önemini vurgulamıştır. Payın çok olması sağlık konusunda yatırımların artmasını sağlamıştır. Yeni yatırımlarla, yeni tesislerle ve yeni cihazlarla daha fazla modernizasyon sağlanmıştır.

İnsanların birbirleriyle veya toplumla uyum içinde yaşam sürmeleri için bazı şartların yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu şartlar arasında “tedavi hizmetleri, sağlıklı konut, dengeli beslenme, eğitim, sosyal güvenlik ve sosyal refah, ekonomik

⁹ Y.Tümerdem, Halk Sağlığı II, (Toplum Hekimliği), İstanbul, 1992, s.352

¹⁰ F.Sarvan, “Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi”, C.1, S.1, Eskişehir, 1994, s.210

kalkınma, adil gelir dağılımı vb. konular sıralanabilir. Ancak sıralama yapmak gerektiğinde, ilk sırayı sağlık hizmetleri almaktadır. Çünkü beşeri ihtiyaçlarının başında biyolojik ihtiyaçlar, biyolojik ihtiyaçların başında da “sağlıklı olma” ihtiyacı gelir.”¹¹ Sağlık hizmetlerinin sunumu ile birlikte bireysel ve toplumsal olarak herkesin insani hakkı olan sağlık hakkı güvence altına alınmalıdır. Günümüzde, rekabete dayalı bir ortamda faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarında verilen tıbbi bakımın kalitesi hastanın memnuniyet düzeyi ile ölçülmektedir. Dolayısıyla, rekabete dayalı bir ortamda başarılı olmanın yolu hasta memnuniyetini sağlayabilen kaliteli sağlık hizmeti sunmaktan geçmektedir.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI

Tüm toplumlarda insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, hemen herkesin kabul ettiği ortak hedeflerin başında gelmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin adil ve dengeli bir biçimde toplumun tümüne, hizmetin türüne göre doğrudan ve dolaylı olarak ulaştırılması hedeflenmektedir. Sağlık Hizmetlerinin amaçları şu şekilde sıralanır:

- “Sağlık talebinin oluşmasını sağlamak,
- Halkın sağlık göstergelerini yükseltmek,
- Kişilerin hastalanmaması için gerekli önlemleri almak,
- Erken ölümleri önleyerek, yaşam süresini uzatabilmek,
- Psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaları mümkün olduğunca azaltmak,
- Hastalığı mümkün olduğunca azaltmak, sakat kalanların iyileştikten sonra topluma uyumlarını sağlamak,
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişimi sağlamak,
- Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesini sağlayıp, sağlığın korunması yeteneğini oluşturmak,
- Toplum ile ilişkide yüksek bir tatmine ulaşmasını sağlamak,

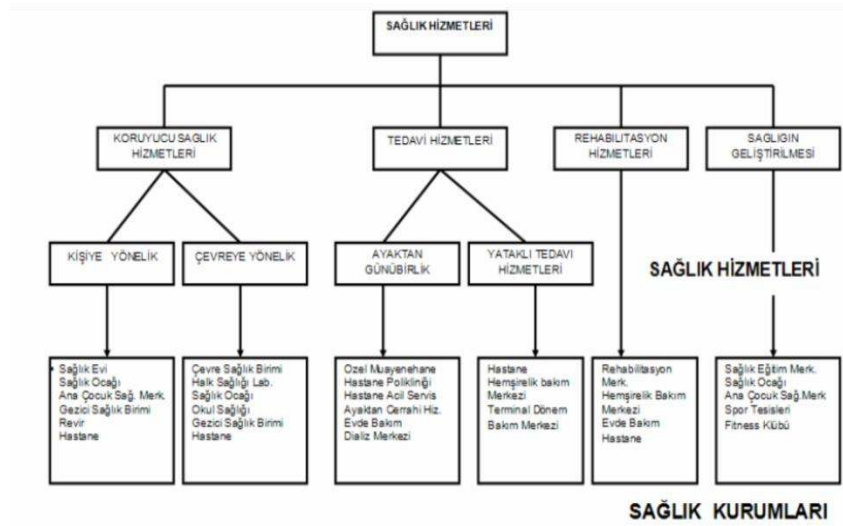
¹¹ M.S.Acarözmen, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Müessiriyeti”, İstanbul Üniversitesi(I.Ü.), Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), İstanbul, 1982, s.5

- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımını sağlayabilmek ve artırabilmektir.”¹²

Sağlık Hizmetlerinin baş amacı hastalık etkenleri ile mücadele etmek yani koruyucu sağlık tedbirleridir. Bunu başarabildiği kadar başardıktan sonra, tedbire rağmen oluşan olumsuz durumları minimize etmek ve yok etmeye çalışmaktır. Bu iki aşamadaki başarı toplumdaki refah düzeyini ve yaşam süresini belirli oranlarda arttırmıştır. Bütün bunlar yapılırken zincirin halkaları gibi birbirinden ayrılmamalı ve her türlü etkenin önemi göz ardı edilmemelidir.

5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Türkiye’de Sağlık hizmetleri 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sunulmaktadır. Ayrıca evde sağlık, bakım ve tedavi hizmetleri de günümüzde verilmeye başlanmıştır. Sağlık ve sağlık hizmetlerinin ülkemizde uygulama alanları ve amaçları aşağıdaki şekilde belirtilmiştir.



Şekil 1. Sağlık Hizmet Türleri ve Sunan Kurumlar

Kaynak: Ş. Kavuncubaşı, Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2007, s.27

¹² C. Sözen- M.Özdevecioğlu, Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, İstanbul, 1999, s.1

5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişilerin hastalanmasını önlemek için yapılan sağlık hizmetleri olarak tanımlayabiliriz. Yani bu sağlık hizmetleri sağlıklı kişilere verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini iki ana guruba ayrılmaktadır.

5.1.1. Kişisel ve Toplumsal Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsanın kendisinin ve toplumsal olarak alınacak tedbirlerle sağlanan koruyucu sağlık hizmetleri “sağlık eğitimi, ana/çocuk sağlığı ve aile planlaması, bağışıklama, yerel endemik hastalıkların önlenmesi, sağlıklı beslenme, erken tanı ve hastalık kayıtları, sosyal yardım hizmetleri, zararlı alışkanlıklara karşı mücadele, işçi sağlığı ve iş güvenliği, okul sağlığı hizmetleri, toplu yaşam ortamı (kışla, hapishane) sağlık hizmetleri, merkezi ve mahalli idarenin diğer hizmetleri”¹³ olarak sıralanır.

En önemli rol buradan da görüldüğü gibi eğitimidir ve yeterli düzeyde alınan eğitimle toplum daha bilinçli hale gelir ve bazı konulardaki farkındalık düzeyi yeterli düzeye gelmektedir. Toplumda sağlık konusunda farkındalık artarsa tedbirlerin önünde engel olmazsa daha kolay hedefe ulaşmaktadır. Aşılama konusunda dirençli bir aile çocuğuna aşı yaptırmayıp hastalığa yakalandığında ve bulaşıcı bir hastalık ise eğer toplumun diğer kalan kesimini de risk altına sokmaktadır. Böyle sorunlarla sahada çok sık rastlanmaktadır.

Bunların yanında kötü alışkanlıklarla mücadele, beslenme konusunda yapılan yanlışlıklar, toplu yaşanan yerlerde alınması gereken önlem ve tedbirlerin zamanında alınmaması da sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Hem maddi hem de manevi kayıpların artmasına yol açmaktadır. Sağlık hizmetleri tüm bu olumsuzlukları minimize ederek uygulanırsa başarı sağlayabilir.

5.1.2. Çevresel Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin çevresel etmenlere yönelik hedefleri “çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi, katı ve sıvı atıkların hijyenik (sağlıklı) imhası, radyasyon güvenliği, merkezi ve yerel idarenin diğer hizmetleri”¹⁴ şeklinde sıralanır. Çevreye

¹³ E.Sargutan, Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi, Ankara, 1993, s.10

¹⁴ Sargutan, s.10

yönelik olarak uygulanan koruyucu sağlık hizmetleri çevremizde sağlığı negatif etkileyen her türlü etkeni kaldırma olarak değerlendirilebilir.

5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalanmış kişiye yönelik verilen ve üç farklı basamakta gerçekleştirilen hizmetler olup, bunlar aşağıda açıklanmıştır.

5.2.1. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Yataksız sağlık kurumlarında ve koruyucu sağlık hizmetleri ile bir arada verilen ayaktan tedavi hizmetlerini içerir. Birinci basamaktaki tanı veya tedavi imkanı olmayan hastaların bir üst basamağa yani ikinci basamağa sevkleri yapılır. Sağlık kuruluşu dendiğinde, aklımıza doktor ve sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti verdiği bir kurum gelmektedir. Bu kurumlar ülkemizde çeşitlenmiş olup, halk sağlığı adına çeşitli alternatifler üretmiş durumdadırlar.

Birinci basamak resmi sağlık kuruluşları resmi kurum tabiplikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi, sağlık istasyonları ve dispanserler anlaşılmaktadır.

1.Basamak sağlık kuruluşu kamu sağlık ocaklarının özellikleri aşağıda belirtilmiştir.

- “Sağlık ocakları devlete bağlı resmi sağlık kurumlarıdır,
- Sağlık ocakları her mahallede bulunur,
- Sağlık ocaklarında uzman hekim ve pratisyen hekim çalışmaktadır,
- Sağlık ocaklarında her hekimin hemşiresi bulunur,
- Sağlık ocaklarında her ailenin bir doktoru ve hemşiresi vardır,
- Sağlık ocaklarında merkezi randevu sistemi vardır. Bir sağlık ocağına gidilir ve doktoru hangisi ise bilgisayardan sıra alınır ve muayene gerçekleşir,
- Sağlık ocaklarında muayene tamamen ücretsizdir,
- Sağlık ocaklarında tahliller ücretsiz olmakla birlikte çeşitli farklar çıkabilmektedir,
- Sağlık ocaklarından sağlık raporu alınabilmektedir,
- Bir hasta başka bir şehirdeki akrabasını ziyarete gittiğinde bulunduğu mahalledeki sağlık ocağından da yararlanabilmektedir,

- Sağlık ocaklarında çoğunlukla dahiliye uzmanları çalışmaktadır,
- Sağlık ocaklarında yeni doğan birimi vardır .bu birim ve hemşiresi yeni doğan bebeklerin tüm aşılarını ve kontrollerini eksiksiz takip etmek ve uygulamak zorundadır,
- Sağlık ocaklarında ameliyat ve çeşitli operasyonlar yapılmamakla birlikte, enjeksiyon yapılabilir,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinden olan sağlık ocakları halkın en çok yararlandığı sağlık kuruluşlarının en başında gelmektedir.”¹⁵

Kamu, Sağlık ocakları yukarıda belirttiğimiz durumda iken, diğer yandan özel sağlık kuruluşları diğer adıyla özel polikliniklerin durumları şu şekildedir.

- “Özel polikliniklerin hepsi özel teşebbüs eliyle kurulmuş olup resmi anlamda sağlık bakanlığına bağlıdır.
- Bu poliklinikler her mahallede sayı sınırlaması olamadan açılabilir.
- Bu polikliniklerde pratisyen hekim, uzman hekim, akademik ünvanlı hekimler dahil çalışabilir.
- Hemşire ve acil tıp teknisyeni ile bazı polikliniklerde özel ambulansları bulunabilir
- Hasta sınırlaması yoktur birden fazla doktor çalışabilir.
- Randevu sistemi bir kısmında olmakla birlikte direk muayene olunmaktadır.
- Tıp merkezleri ile polikliniklerde sosyal güvenlik belirli oranlarda geçerlidir. Muayene ve operasyon farkı alınmaktadır. Ücretler hastanelere göre cüz-i tutulmaktadır.
- Bu polikliniklerde de sağlık raporlar ücrete tabi alınabilir.
- Poliklinik ve tıp merkezlerinde tahliller ücretlidir. Sosyal güvenlik belirli oranda geçerlidir.
- Tıp merkezleri ve polikliniklerde bir çok branşta doktor çalışabilir. Dahiliye uzmanı, psikiyatri, diş hekimi, diyetisyen, vb..
- Bu sağlık kuruluşlarında ufak operasyonlar yapılabilir. Dikiş atma, yara pansuman ve temizleme, diş çekimi-dolgu, enjeksiyon, görüntüleme teknikleri vb

¹⁵, <http://www.makaleler.com/türkiyedeki-birinci-basamak-sağlık-kuruluşları-2-3> , (22.11.2014)

- Poliklinikler ve tıp merkezleri ülkemizin her yerinde mevcut olup halkımız için hizmet vermekte olan sağlık kurumlarındandır.”¹⁶

5.2.2.İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Birinci basamakta tanı ve tedavi imkanı bulamayan kişilerin sağlık kuruluşlarına yatırılarak, hekim ve sağlık personelinin kontrolü ile teşhis ve tedavisin sürekli olarak verilmesidir. Devlet Hastaneleri, dal hastaneleri ve resmi kurum hastaneleri ikinci basamak sağlık kurumları olarak hizmet veren kuruluşlardır. Bu kuruluşlarda birinci basamakta çözülemeyen sağlık problemlerinin daha uzun süre ve yatarak verilmesi ile gerçekleşmektedir.

Devlet Hastaneleri, bütün acil vakalar ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeden, bünyesinde yer alan uzmanlık dalları ile ilgili hastaların kabul edildiği ve ayakta veya yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır. Sağlık hizmetinin genelliği nedeniyle bu hastaneler ülkemizde en yaygın şekilde görülen hastanelerdir. Herhangi bir eğitim faaliyeti veya belirli bir dal da uzmanlaşma söz konusu değildir. Ayrım yapılmaksızın bir sağlık hizmeti sunumu söz konusudur. Kahramanmaraş Afşin Devlet Hastanesi, Elbistan Devlet Hastanesi bunlara örnek verilebilir.

“Özel Dal Hastaneleri, belirli bir yaş ve cinsiyet grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri hastanelerdir.”¹⁷ Bu hastaneler, doğum ve çocuk bakım evleri, kaplıca ve fizik tedavi merkezleri, ruh sağlığı ve hastalıkları, trahom, kemik hastalıkları, onkoloji, cüzam, kuduz, çocuk hastalıkları, astım ve diş hastanelerini sayabiliriz. Uygulanan tedavi neticesine ulaşmadığı zaman üçüncü basamaklara sevkleri gerçekleştirilmektedir.

¹⁶, <http://www.makaleler.com/türkiyedeki-birinci-basamak-sağlık-kuruluşları-2-3>, (22.11.2014)

¹⁷ B.Ak, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara, 1990, s.82

5.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İkinci basamakta tedavi imkanları olmayan ya da tedavilerini tamamlamak üzere imkanları daha yüksek olan yataklı tedavi kuruluşlarında verilen tedavi hizmetidir. Buralar en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı, ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastaların tanı ve tedavisine yönelik, gerektiğinde akademik personel yetiştirebilen gelişmiş tedavi merkezleridir. Ülkemizde üçüncü basamak sağlık kuruluşları “doğum ve çocuk bakımevi, deri ve tenasül hastalıkları hastanesi, çocuk hastanesi, lepra hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi, kemik hastalıkları hastanesi, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, onkoloji hastanesi, diş hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi”¹⁸ olarak sıralanır.

5.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Sakatlık veya işgücü kaybına uğrayanların tıbbi ve sosyal yönden yeniden kazanılmalarına yönelik yapılan sağlık hizmetlerinin tamamı rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılır.¹⁹ Paralizi sonucu vücudunun belirli bir kısmını kullanmayan bir hastanın kas gücünü artırmaya yönelik fiziksel egzersizler tıbbi rehabilitasyon, hastalığından dolayı işgücü kaybı yaşayan hastaya iş bulma, onu tekrar yaşama ve üretime kazandırma ise sosyal rehabilitasyona örnek teşkil eder. Hem tıbbi hem de sosyal rehabilitasyonda kişinin topluma yeniden kazandırılması ile hayata bağlılığının artırılması amaçlanmaktadır.

5.4. Temel Toplumsal Sağlık Hizmetleri

“Toplumun genelini kapsayan kötü alışkanlıklar, çevre sağlığını korumak için alınan tedbirler ile halk sağlığını negatif yönden etkileyen yaygın alışkanlıklar ve faktörlere karşı yürütülmesi gereken kurumsal mücadeleyi ifade etmektedir. Bu sağlık hizmetleri, bireylerde sağlıklı yaşam tarzı geliştirmeye yönelik davranış ve alışkanlıkları kazandırmayı hedefleyen toplumsal çabalardır.”²⁰ Bunlar fiziksel aktivite etkinlikleri, kötü alışkanlıklardan kurtulma seminerleri, konferansları, çevresel zararlılarla mücadelede kurumsal işbirliği çalışmaları örnek olarak gösterilebilir.

¹⁸ Z.Öztek, “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye Sağlık-I, S.39, Ankara, 2001, s.298

¹⁹ T.Özlü, Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Klavuzu, Ankara, 2007, s.49

²⁰ Özlü, s.49

5.5. Evde Bakım ve Tedavi Hizmetleri

“Yatalak ve yaşlı hastaların tedavi ve bakımlarının ev ortamlarında sağlık personelleri tarafından karşılanması olarak ortaya çıkmış olan evde tedavi ve bakım hizmetleri; sonrasında çoğu hastanın da kendi evlerinde tedavi edilebileceği düşüncesinden hareketle, hastane koşulları gerekmeyen hastaların, evde tedavi edilmesi”²¹ şeklinde gelişmiştir. Bu yöntemle hastaların ev ortamında moral seviyesinin daha yüksek tutulması ve sağlık harcamalarının azaltılması amaçlanmıştır. Türkiye’de yürütülen Yaşlı bakım (geriatri) ve verem (tüberküloz) hastalarına yapılan DGT(doğrudan gözetimi tedavi) bu hizmetlerin bazılarıdır. Bu hizmetler evde teşhis koyma, kronik hastalıklarının takibi, gerekli durumlarda hastanelere sevki, pansuman, enjeksiyon gibi hizmetlerle verilmektedir.

6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMI

Kullanım “bir şeyden belli bir amaçla yararlanmak, birinden veya bir şeyden amacına ulaşmak için yararlanmak”²² gibi anlamları bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kullanımı sağlık hizmetlerinin verimliliğini, halka ulaşılabilirliğini ve etkisini değerlendirmede kullanılır. Sağlık hizmetlerinin kullanımı için kullanılabilirlik unsurları tam olmalıdır. Bunların bir tanesinin bile eksik olması sağlık hizmetlerinin kullanımının önünü kesmektedir.

6.1 Potansiyel Kullanılabilirlik

Tıbbi bakım elde etme sürecini tanımlayan göstergelere işaret eder. Kişinin maddi durumundan, bulunduğu mekanın tesislere uzaklığına ve bunlarla ilgili zaman konusundaki etmenler potansiyel kullanılabilirliği etkilemektedir. “Bireylerin hastalandığında ya da sağlığı hakkında danışmanlığa ihtiyaç duyduğunda genellikle gittiği bir yer ve kişi gibi düzenli bir bakım kaynağının olup olmaması, bakım almak için seyahat etmek zorunda olduğu uzaklık, doktora görününceye kadar beklediği süre, sosyal güvence durumu ve gelir düzeyi gibi değişkenleri içerir.”²³ Kişinin yakınında sağlık tesisinin varlığı o kişide orayı kullanmada daha aktif bir hal

²¹ Özlü, s.50

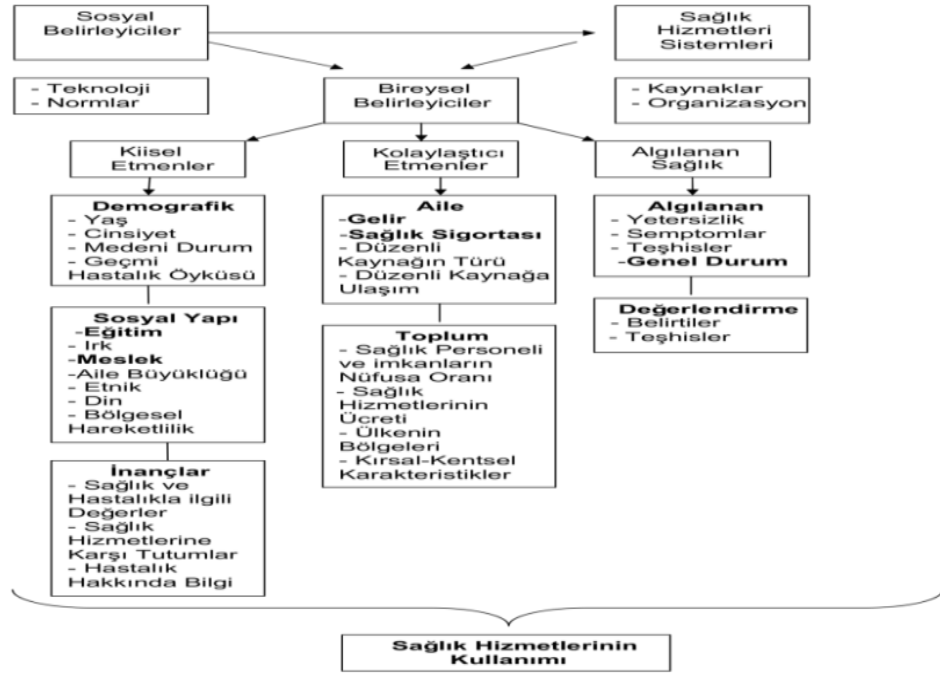
²² Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, Ankara, 2011, s.1756

²³ S.Kaya, Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği, Ankara, 1995, s.101

meydana getirmektedir. Tesise yakın yerdeki kişi yılda 10 kere buraya gitse uzaktaki biri ancak 3-4 defa gitmektedir. Toplumsal algı da tesislerin kullanımını etkilemektedir.

6.2 Gerçekleşen Kullanılabilirlik

Potansiyel kullanılabilirliğin hangi ölçüde başarılı olduğu ya da geliştirilebilir yanlarını gerçekleştiren kullanılabilirliğin kriterleri belirlemektedir. “Doktor, hastane ve koruyucu hizmetlerin gerçek kullanımını, kişilerin bakıma ihtiyaç duyduğunda hizmet alıp almadığını ve aldığı hizmetlerden memnuniyetini içerir. Kullanım oranları ve memnuniyet puanları, potansiyel kullanılabilirlik değişkenlerinin gerçek etkisini gösterir.”²⁴ Tespit edilen veriler ışığında ihtiyaçların belirlenmesi ve bunlara göre yatırım yapılmasının sağlanması daha sağlıklı olmaktadır. Böylelikle kurumların kendini geliştirmesi ve kaynaklarını etkin kullanması sağlanabilir.



Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler

Kaynak: Ş., Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2006, s.64

²⁴ Kaya, s.101

6.3. Sağlık Hizmetinin Etkinliği

Sağlık hizmetlerinin amacına ulaşması için, toplumun tüm bireylerine gereksinim duydukları bütün sağlık hizmetlerinin sunumunda bazı özelliklerin bulunması gerekmektedir. Öncelikle bireylerin yaşam sürelerini uzatmaya çalışmanın yanında kalitesini de arttırmak esas alınmalıdır. “Eşit koşullarda, sürekli, adil, bireyin gereksinim ve beklentilerine uygun, ucuz, kaliteli, ulaşılabilir, bilimsel yönetim ilkelerine göre yönetilebilen, sağlık düzeyi farklılıklarını giderici, çağdaş yaşam gerekleri ile uyumlu, toplumu bütün olarak bilgilendirici, hasta haklarına duyarlı ve bilinçlendirici yapıda olmalıdır.”²⁵ Bu koşullar altında, sağlık hizmetlerinin etkili olması aşağıdaki özellikleri taşımasına bağlıdır.²⁶

“Kolay Kullanılabilir olması; hizmeti kullananlar açısından, gereksinim olduğu zaman ve yerde, yeterli oranda hizmeti kullanabilmesi iken, hizmeti sunanlar açısından, gereksinim duydukları tüm medikal teknolojiyi kullanabilmeleri, uzman insan kaynaklarına ulaşabilmeleridir. Bunlara ulaşırken fazla zorluk çekilmemesi birinci önceliklidir. Kaliteli olması; sağlık hizmetinin belirlenmiş kural ve standartlara uygun olması ile birlikte kişilerin beklentilerine uygunluğu bulunması kaliteyi gösterir. Sürekliliğinin sağlanması; sağlık hizmetlerinin, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyonun yanında sağlığı geliştirici hizmetlerin entegre olarak sunulması ile sürekliliği sağlanabilir. Verimli olması; Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların en uygun şekilde kullanılması ile kişilerin hizmetten yararlanma olanaklarının artırılmasıdır. Bunun için gerekli ön şartlar ise; yasal düzenlemeler, ekonomik destek (finansman), yetişmiş insan gücü (hizmet sunumu), teknoloji gibi unsurlardır.”²⁷ Bu etkenlerin varlığı hizmetin etkinliğini ve kullanılabilirliğini arttırmada olmazsa olmazlardandır. Hem kaynakların etkin kullanımı hem de verilen hizmetin toplum nezdinde karşılığının olması verilen hizmetin önemini artmasını sağlar. Verilen hizmetlerin daha fazla kişi tarafından yararlanılmasının sağlanması tüm bu etkenlerin koordineli olarak gerçekleşmesi ile sağlanır.

²⁵ Sargutan, s.403

²⁶ Kavuncubaşı, s.64

²⁷ E.Sargutan, “Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, S.8, Ankara, 2005, s.403

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL GELİŞİMİ

1.1920-1923 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Savaş yıllarında Ankara’da kurulan Meclis Hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde, 3 Sayılı Kanun ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti’ni kurarak, tüm ülkedeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevini bu Bakanlığa vermiş ve ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur.²⁸ Böylelikle sağlık hizmetleri, bir bakanlık adı altında yürütülen devletin asli görevlerinden birisi olmuştur.

“Sağlık Bakanlığı ülkenin sağlık imkanlarını ve koşullarını iyileştirmek, bireyin ve toplumun sağlığına zararlı etkenlerle savaşmak kuruluş kanununda belirtilen temel görevler olmuştur.”²⁹ İlk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar, “öncelikle İstanbul Hükümeti Sağlık Örgütünün bütün kanun ve nizamnamelerini temin etmiş, tüm ülkede görev yapan hekimlerin listesini oluşturmuş ve küçük bir merkez örgütü kurarak taşrada mevcut sağlık hizmetlerinin göreve devam etmelerini sağlamıştır.”³⁰ Savaştan yeni çıkmış, ekonomik olarak zayıf düşmüş bir devletin asli görevi olan sağlığı geliştirmede ya da kullanımının sağlanması adına büyük yerleşim yerlerinde sağlık tesisleri yapılandırılmaya çalışılmıştır.

O dönemde bakanlık ilk olarak, İstanbul hükümetinden mevcut bilgileri alarak yeni bir yapılanmayı başlatmıştır. Bu nedenle bir yasa çıkarılmış, “bulaşıcı hastalıklarla mücadele, savaş ve göç sonucu ortada kalan kimsesiz çocuklara yurt açılması gibi konulara da ağırlık verilmiştir.”³¹ Koruyucu sağlık hizmetlerine ve toplumsal bir sorun haline gelen bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye büyük önem vermiştir. Bu çerçevede, “salgın hastalıklarla mücadele etmek amacıyla dikey örgütlenme yapısı geliştirilmiştir. Dikey örgütlenmede, sadece bir tek hastalıkla mücadele eden kuruluşlar vardır. Bu yapılanma içerisinde koruyucu sağlık hizmetleri

²⁸ Y.Asan, Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti Kuruluşu, Evreleri, Yetki ve Sorumluluğu, Ankara, 2001, s.62

²⁹ M.Tatar, Sağlık Politikaları ve Politika Belirleme Süreci, Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış, İstanbul, 2007, s.419

³⁰ Y.E.Özdemir, “Sağlıkta Kavramlar”, Yeni Türkiye Dergisi, S.39, İstanbul, 2001, s.258

³¹ A.Soyer,Türkiye’nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960’a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı, S.16, Ankara, 2001, s.413

topluma ücretsiz olarak sunulmuştur. Bu dönemde, koruyucu sağlık hizmetlerini özendirmek amacıyla, bu tür hizmetlerde çalışan hekimlere, tedavi edici hizmetlerde çalışan hekimlerden daha yüksek ücret ödenmiştir.”³² Çünkü o yıllarda sağlık alanında en büyük sorun bulaşıcı hastalık salgınlarının önlenemesiydi. Savaş nedeni ile sosyo-ekonomik yıpranma sağlık sorununun da çözümünü zorlaştırıyordu. Zor imkanlarla yapılan bu çalışmalar bir nebze de olsa karşılığını görmüştür ve ileriki dönemlerde yapılacak reformlara önderlik etmiştir.

“1920 yılının ilk aylarında Batı Cephesi’nde başlayan tifo, kolera vb. bulaşıcı hastalıklara karşı İstanbul’da 1908’den beri çalışmakta olan Aşı haneden istenen aşilar düzenli bir şekilde sağlanamayınca, Ankara’ da aşı üretilmesine karar verilmiştir. Anadolu’ya geçen birkaç hekim Cebeci Hastanesi’ndeki Birinci Dünya Savaşı’ndan kalma bir laboratuvar kalıntısından faydalanarak çeşitli aşıları hazırlamayı başarmışlardır.”³³ Salgın hastalıkların önlenmesinde bu laboratuvarların oluşturulması ileriki dönemlerde önemini daha da iyi anlamamızı sağlayacaktır.

2.1923-1938 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Cumhuriyetin ilk yıllarında Dr. Refik Saydam zamanında alınan bir kararla, 1924’de Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas Numune Hastanelerini ve bunlardan ayrı 1936’da Haydarpaşa, 1946’da Trabzon ve 1970’de Adana Numune Hastanelerini açmıştır.³⁴ Bu tesislerin açılması ile ülkede hastanelerin varlığı ilk defa hissedilmeye ve gelişmeye başlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi olmadığından dolayı herkes için sağlıklı yaşama amacına ulaşamamıştır.

Bu yıllarda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesindeki en önemli engel yeterli sayıda sağlık personelinin olmamasıydı. Türkiye’de 1923 yılında, 554 hekim, 69 hemşire, 136 ebe, 560 sağlık memuru, ve 4 eczacı bulunuyordu. Sağlık Bakanlığı, hekim ihtiyacının karşılanması için bu dönemin tek tıp fakültesinin cazibesini arttırıp, öğrencilerin okul, barınma ve giyinme giderlerini karşılamıştır. Böylece

³² Özdemir, s.257

³³ G.Gürsoy, “Sağlık” , Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, C.6, Ankara, 1989, s.1716

³⁴ T.C.Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Ankara, 2004, s.6

1923 yılında 554 olan hekim sayısı, 1930 yılına gelindiğinde 1182'ye çıkmıştır.³⁵ Bu dönemde, “sağlık hizmetlerini tüm ülkeye götürmek için ‘seyyar tabiplikler’ oluşturulmuş ve bu uygulamada görev alan doktorlar, gittikleri köylerde, ayakta tedavi, çevre sağlığı, halk sağlığı gibi konularda köylülere bilgi vermişlerdir.”³⁶

Tablo 1. 1923 Yılında Türkiye’deki Yataklı Tedavi Kurumları

KURUM TÜRÜ	KURUM SAYISI	YATAK DURUMU	
		SAYI	PAYI
Devlet Hastanesi	3	950	14,7
Özel İdare Hastanesi	45	2450	38,1
Belediye Hastanesi	6	635	9,9
Özel Yabancı Azınlık Hastanesi	32	2402	37,3
TOPLAM	86	6437	100

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, Yıllık İstatistikleri, 1973, s.250

Dr. Refik Saydam döneminin önemli başarılarından birisi de, sağlık ve sosyal yardımla ilgili çok sayıda yasa ve mevzuatın çıkartılması ve yürürlüğe konulması olmuştur. Bu dönemde, ülkemizde sağlık mevzuatı bakımından çok önemli olan hatta sağlık mevzuatının anayasaları sayılabilecek 51 yasa ve 18 tüzük yürürlüğe girmiştir.³⁷ Bu kanunların çıkarılması ile ülkedeki meslek grupları ve çalışanların daha rahat örgütlenmeleri ve faaliyet yapmalarına olanak sağlanmış ve kurumsal bir kimlik kazanmaları sağlanmıştır.

3.1938-1960 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Refik Saydam döneminde gerçekleştirilen uygulama ve örgütlenme biçiminin geçerliliğini kaybetmesiyle birlikte, 1938 -1960 yılları arasında sağlık hizmetlerinde önemli değişiklikler meydana gelmiştir. İkinci Dünya Savaşı’nın ardından çiçek, sıtma ve tüberküloz gibi salgın hastalıklar Türkiye’yi de etkilemiş ve Sağlık Bakanlığı bu dönemde artan bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmiştir. Bu bağlamda, “1945 yılında ‘Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu’ çıkarılmıştır. Ayrıca 1949 yılında yapılan bir düzenleme ile kentlerde, Verem Savaş Dernekleri kurulmuş, köylerde ise

³⁵ N. Fişek, “Halk Sağlığında 50 Yıl”, www.ttb.org.tr/nfisek/kitap1/15.html , (21.08.2013)

³⁶ M.Öztürk, Hastane İşletmeciliği Yönetim ve Organizasyon, İstanbul, 2000, s.87

³⁷ Özdemir, s.261

Sağlık Bakanlığı veremle mücadele etmiştir. Kentlerde gösterilen başarının köylerde gösterilememesi üzerine ise 1960 yılında ‘Verem Savaş Genel Müdürlüğü’ kurulmuştur.”³⁸ Bu kuruluşun kurulması ile ülke geneli verem konusunda çalışmalar daha da artmıştır. Hasta takipleri ve tedavileri konusunda daha organize bir hal almıştır.

Bu dönemde yaşanan bir başka önemli olay, işçi sigortaları kurumunun kurulmasıdır. Bu kurum 1952 yılında sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlamış ve 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) adını almıştır. “Ülkemizde yeterli sağlık tesislerinin olmayışı SSK’nın bu tesisleri bizzat kurup işletmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır.”³⁹ SSK’nın sağlık hizmeti vermeye başlamasıyla, “Refik Saydam döneminde, ülkedeki sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmesi ilkesinden”⁴⁰ vazgeçilmiştir. Ulaşılabilirlik konusunda bu tesislerin açılması önemli bir atılım olmuştur.

Sağlık Bakanı Dr.Behçet Uz döneminde sağlık hizmetlerinin planlı bir şekilde uygulanmasını sağlamak amacıyla “yüksek sağlık şurası’nın onayı ile birinci on yıllık sağlık planı yürürlüğe konmuş ancak bu plan Behçet Uz’un görevden ayrılması nedeniyle uygulanamamıştır.”⁴¹

Demokrat Parti döneminde, hastanelerin geliştirilmesine büyük önem verilmiştir. 1950 yılında ülke çapında 41 olan devlet hastanesi sayısı 1960 yılına gelindiğinde 566’ya yükselmiştir. Ayrıca, 1954 yılında çıkarılan bir kanunla, “tedavi edici hizmetler yerel yönetimlerden alınarak Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş ve belediye hastaneleri devlet hastanesine dönüştürülmüştür. Bu dönemde, hastanelere verilen önem sonucu, kırsal kesimde koruyucu hizmetlerde çalışan hekimler, imkanları geniş hale getirilen şehirlerdeki hastanelere geçmişler ve bu durum koruyucu sağlık hizmetlerinde personel açığının doğmasına sebep olmuştur.”⁴² Koruyucu hekimlik konusunda zayıflayan ülke Hastanelerin iş yükünü

³⁸ M.Şakar, Sosyal Sigortalar Uygulaması, İstanbul, 1988, s.157

³⁹ Şakar, s.49

⁴⁰ Özdemir, s.261

⁴¹ A.Ülgen-S.Aksoy, Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, Ankara, 1995, s.76

⁴² H.Sur, Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, İstanbul, 1998, s.225

kaldıramayacak düzeye gelmesine yol açmıştır. Koruyucu Hekimliğin zayıflaması salgın hastalıkların artmasını da tetiklemiştir.

4.1960-1980 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Türkiye’de 1960 İhtilal’i ile birlikte, dünyada hâkim olan refah devleti uygulamalarına paralel olarak hükümeti sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verme gereği duymuş ve bu doğrultuda hazırlanan 1961 Anayasası’nın 48. ve 49. maddelerinde ‘sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri anayasal bir devlet görevi’⁴³ haline getirilmiştir.

1960 yılında, Silahlı Kuvvetlerin hükümeti devir almasının ardından, sektörler arası bir yapı olan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuştur. DPT’nin koordinasyonu ile sağlık da dâhil olmak üzere her sektör planlanan sosyal ve ekonomik hedeflere ulaşmak amacıyla yeniden düzenlenmiştir. Böylece ülkede DPT’nin başkanlığında yürütülen planlı dönem başlamıştır.

5. 1980-2002 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

12 Eylül Askeri Darbesinin izlerini etkisinde hazırlanan 1982 Anayasası ile çizilen çerçeve, gelecek yıllarda izlenecek sağlık politikalarının da belirleyicisi olmuştur. 1961 Anayasası’nda sağlık hizmetini sağlama görevini tek başına devlet yaparken, 1982 Anayasası’nda devlet bu görevini özel sektör ve sosyal kurumlar arasında paylaştırmıştır. Bu dönemde sağlıkla ilgili hukuksal altyapı, devletin yeniden yapılanmasının gereklerine uygun olarak önemli ölçüde değiştirilmiştir. 1980’li yıllardan günümüze kadar sağlık alanında yaşananların değerlendirilebilmesi için bu dönemde Türkiye’deki siyasi ve ekonomik değişimlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Bu değişimler, dünyada da yeni bir yapılanmaya gidildiği bir döneme denk gelmiştir. Bu yeniden yapılanma süreci ekonomiden, toplumsal hayata, siyasal alandan kültürel yaşama kadar pek çok alanı etkilemiştir. Sosyalleştirme politikalarının daha da genişletilmesinin amaçlandığı bu dönemde Sağlıkta mali yönetimin öneminin artması ile herkes için genel sağlık sigortası tekrar ele alınmış, ama bu husustaki hukuksal düzenlemeler siyasi gerekçelerle hayata geçirilememiştir.

⁴³, <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm> , (10.11.2014)

1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunun⁴⁴ uygulanılabilirliğini sağlayacak düzenlemeler bir türlü hayata geçirilememiştir.

Sağlık sektörünün yeniden yapılanması amacıyla yapılan reform çalışmaları 1990'lı yılların başında gündeme gelmiştir. Bu dönemde aile hekimliği, hastanelerin özerkleştirilmesi, genel sağlık sigortasına geçiş, sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi olmuştur. Sağlık alanına ilişkin düzenlemelerin pek çoğu reform paketleriyle bağlantılı olmuştur. Sağlık reformu siyasi partilerin, hükümetlerin programlarında ve kalkınma planlarında yer almıştır.

“1978 yılında sosyalleştirme kapsamında bulunan 40 ilde 1.556 Sağlık Ocağı, 6.241 Sağlık evi faaliyette bulunurken, 1983 yılında 49 ilde 2.031 Sağlık Ocağı ile 7.402 Sağlık evinde hizmet verilmiştir. 1984 yılı mart ayı itibariyle sosyalleştirme kapsamında olan 67 ilde 2.754 Sağlık Ocağı, 7.452 sağlık evi faaliyetini sürdürmüştür. Sosyalleştirme gereğince 1989 yılına kadar 720 Sağlık Ocağı ile 4.215 Sağlık evinin yapımı planlanmıştır. Bu planda önceki planlardan farklı olarak, özel sağlık müesseseleri ve hastanelerin teşvik edilmesi kararlaştırılmıştır.”⁴⁵ Böylelikle, sağlık hizmetlerinde kamu sektörünün ağırlığı özel sektöre kaydırılması hedeflenmektedir.

⁴⁴, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3966/saglik-hizmetleri-temel-kanunu.html>, (16.05.2014)

⁴⁵, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/5/plan5.pdf> , (11.09.2014)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Ülkemizde sağlık sektörünün yeniden yapılanmasına yönelik çalışmalar son 13 yılda yoğunluk kazanmıştır. Ancak bu çalışmalar zaman zaman çeşitli nedenlerle kesintiye uğramış, özellikle yasal değişim gerektiren çalışmalar yasalaşma sürecinde yaşanan tikanıklar sebebiyle hayata geçirilememiştir.

2002 yılı genel seçimlerin ardından iş başına gelen 58. ve 59. Hükümet Programlarında; “Mevcut sağlık sistemi bütün yönleriyle çağdaş gelişmelerin gerisinde kalmış; maliyetler, sistem kaçakları nedeniyle çok artmış, sağlık hizmetleri ulaşılamaz hale gelmiş, standart birliği kalmamıştır. Sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği bir yapıya kavuşturulabilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir. Sosyal güvenlik kuruluşlarının asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleriyle uğraşması, bu kuruluşları da verimsiz hale getirmiştir. Mevcut sağlık sistemimiz, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibarıyla ihtiyaca cevap veremeyecek hale gelmiştir. Hükümetimiz, köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini oluşturmakta kararlıdır.”⁴⁶

Hükümet Programında yer alan bu temel hedeflerden yola çıkılarak, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte Türkiye sağlıkta dönüşüm programı taslağı aşağıdaki çalışmada özetlenmiştir.

1.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ TEMEL İLKELERİ

2003 yılı başında ilan edilen programın temel ilkeleri şunlardır:

- “İnsan merkezilik: Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.

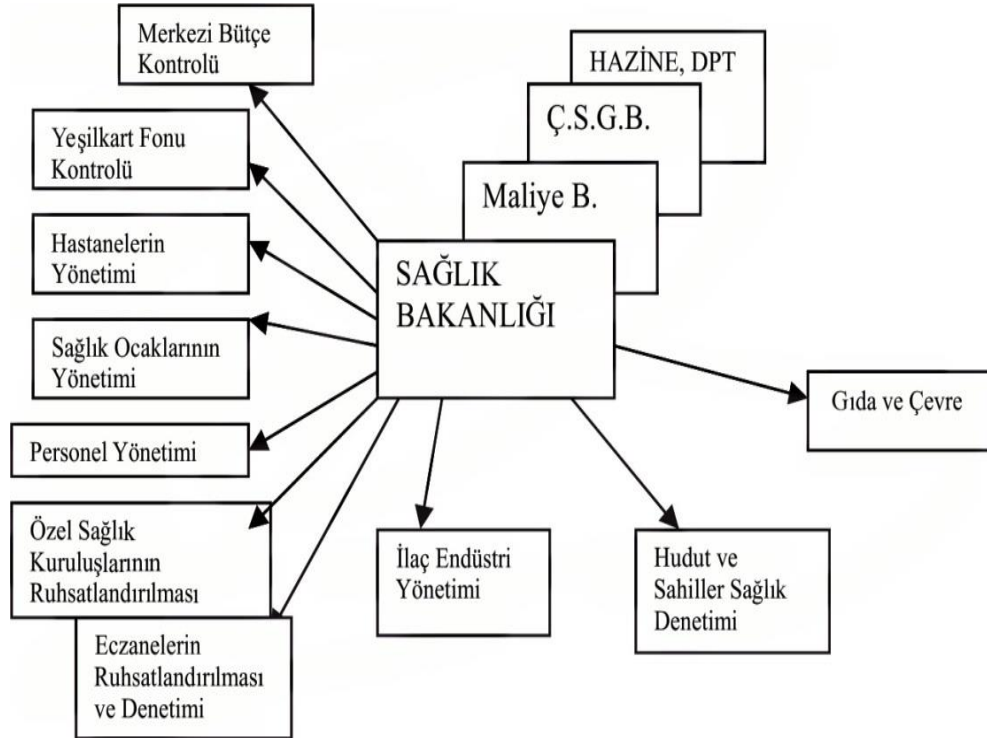
⁴⁶, <http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP59.htm> , (15.11.2014)

- Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- Sürekli kalite gelişimi: Vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.
- Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır.
- Uzlaşmacılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine, yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.
- Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.
- Güçler ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- Desantralizasyon: Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.

- Hizmette rekabet: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır..⁴⁷

Her sağlık kurumunun ve sağlık hizmeti sunucusunun mümkün olan en yüksek kalitede hizmeti en düşük maliyetle sunmak ana hedefidir. Bu hedefleri gerçekleştirirken modernizasyon ve çağın gerekleri göz önünde bulundurularak yapılması şarttır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin amaçlarının iyi bir organizasyon, finansman ve bunların etkili bir şekilde sunulması ile hedefine ulaşılacağı öngörülmüştür. Sağlık Bakanlığının programın uygulanmaya başlanması öncesindeki görevlerine baktığımızda sorumluluk alanının oldukça kompleks bir yapıya sahip olduğu görülmektedir.



Şekil 3. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Öncesi Görev Şeması

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003, s.27

⁴⁷, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikladonusum.pdf> ,(15.12.2014)

2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ BİLEŞENLERİ

Bu yapılan çalışmalar neticesinde Sağlıkta Dönüşüm Programının çerçeveleri çizilmiş ve 2003 yılında yayınlanan acil eylem planında şunlar yer almıştır:

- “Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırılmaya dönük çalışmalar başlatılacak,
- Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacaktır,
- Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak,
- Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir.
- İnsanların ayırım gözetilmeksizin, ekonomik ve sosyal bakımdan güvencede yaşamaları ilkesi çerçevesinde yine bir yıl içinde;
- Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacaktır.
- Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağının oluşturulabilmesi için dağınık durumdaki sosyal hizmet faaliyetleri tek çatı altında toplanacak,
- Sosyal Yardımlaşmayı ve Dayanışmayı Teşvik Fonu’nun kaynakları artırılacak, harcama usul ve esasları yeniden belirlenecek ve yönetim yapısı güçlendirilecektir.”⁴⁸

Sağlıkta Dönüşüm Projesi bileşenleri 2003 yılında projeye başlandığında sekiz başlık altında toplanmış olup 2008 yılı raporunda ise sekiz ana başlığa üç ana başlık daha ilave edilerek, bileşenlerin sayısı on bire çıkarılmıştır.

i. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı

“Sağlık Bakanlığı planlayıcı, standart koyucu ve denetleyici rolünü artırmaya yönelik bir yapılanmayı öngörmektedir. Bu doğrultuda, kendisine bağlı sağlık kurumlarını yerinden yönetim ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılandırmayı hedeflemektedir.”⁴⁹ Sağlık Bakanlığı sosyal devlet anlayışı gereği koruyucu ve

⁴⁸, <http://arsiv.ntv.com.tr/news/188080.asp> ,(11.11.2014)

⁴⁹, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf> , (25.10.2014)

birinci basamak tedavi hizmetleriyle birlikte, sağlık politikalarını hazırlamak, sektörel öncelikleri belirlemek, kalite ve akreditasyon yaklaşımı çerçevesinde denetim görevini yerine getirmeyi önceleyen yeni “Teşkilat Kanunu” çalışmalarını içine almaktadır.

ii. Genel Sağlık Sigortası

1982 Anayasasının 56. maddesinde kurulması için teşvik edilen bir yapılanmadır. Bu günü kadar birçok kez kurulması için teşebbüsler yapıldıysa da mümkün olmamıştır. “Genel sağlık sigortasıyla amaçlanan, ülkedeki herkesi bir sağlık sigortası çatısı altında toplamak, sağlık sigortası primlerini diğerk sigortalardan ayırarak, yaygınlaştırmak, sağlık finansmanı ile ilgili bağımsız bir yapı oluşturmak ve finansal denetimi etkinleştirmek”⁵⁰ olarak sayılabilir. Bu yönde ilk adım sosyal güvenlik kurumunun kurulması ile atıldı. Kurum, bütün ülkedeki kamu sigortalarını bir çatı altında topladı. Devamında Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu mecliste kabul edildi. Anayasal denetim sürecinden geçtikten sonra bir takım değişiklikler de yapılarak 1 Ekim 2008 tarihinde yasa tamamıyla yürürlüğe girerek yıllardır yapılması istenen genel sağlık sigortası kurulmuş oldu.

iii. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Sosyoekonomik ve coğrafi yapısının farklılığı nedeniyle ülkenin her tarafında sağlık hizmetlerinin eşit bir şekilde verilemeyeceğinin farkında olan hükümet, “insanımızın hak ettiğı, çağdaş normlara uygun sağlık hizmetini sunmayı hedeflerken bu özellikleri göz önünde bulundurmak zorunluluğı”⁵¹ ile Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, erişimin kolaylaştırılması ve insani değerlerin ön plana çıkarılmasıyla hizmette etkinlik ve verimliliğın yükseltilmesini amaçlamıştır.

iv. Aile Hekimliğı ve Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinde kişilerin aile hekimliğı uygulamasıyla kendi özgür iradesi ile seçeceği doktorlar tarafından yürütölmesini amaçlamıştır. Bu şekilde aile hekimi ve aile üyeleri arasındaki insan ilişkileri daha kuvvetli olacak ve sağlık hizmetlerinin etkililiğı artırılacaktır. Bu doğrultuda Aile Hekimliğı Pilot

⁵⁰, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf> , (25.10.2014)

⁵¹, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf> , (25.10.2014)

Uygulamasını Hakkında Kanun⁵² çıkartıldı. Aile hekimliğinin Düzce ilinde pilot uygulamasına başlandı. 1 Ocak 2009 tarihi itibarıyla aralarında İzmir, Adana, Erzurum, Trabzon, Samsun, Kayseri gibi büyük illerin de olduğu 33 ile uygulama yaygınlaştırıldı.

Bu illerde birinci basamak sağlık hizmeti kuruluşlarına yapılan başvuru sayısı %27 oranında artmıştır. Aile hekimliği olmayan illerde ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara başvuru sayısı % 16'lık bir artış göstermişken, aile hekimliği uygulanan illerde ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara başvuru sayısı %1 oranında bir düşüş göstermiştir. Aile hekimliği uygulayan illerde 2008'de birinci basamağa başvuru sayısı %51, ikinci basamağa başvuru sayısı ise %49 olmuştur. Sağlık Bakanlığı uygulamaya konan katkı payı kuralları ile birinci basamağa başvuru sayısını %60 çıkarmayı planlamaktadır.⁵³

v. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

“Etkili ve kademeli sevk sisteminin temelini güvenilir aile hekimliği hizmetine bağlayan bir yaklaşımla, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumların hasta yüklerini azaltmak”⁵⁴ hedeflenmektedir. Bireylerin sevk zincirine uymalarını katılım payı oranlarının teşvik edici bir şekilde düzenlenmesiyle de sağlamayı öngörmektedir.

Sevk zinciri uygulamasının tavizsiz bir şekilde bütün kademelerde bir üst kademeye geçmek için uygulanması durumunda, projenin getirdiği hekim seçme, hastane seçme gibi hakların sınırlandırılması gerekecektir. Bu durum Sağlıkta Dönüşüm Projesinin temel ilkeleriyle çatışma olarak görülebilir. Ayrıca bu durum sağlık hizmetlerine ulaşımı ve sağlık kurumları arasındaki rekabeti de olumsuz etkileyecektir.

vi. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Ülkemizdeki kamu hastanelerinin özerkleştirilmesiyle, özel hastanelerin kamu sağlık sigortalı hastalara bakabilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda hastane yönetimlerinin döner sermaye gelirlerini çalışan personeline

⁵², <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-ka-.html>, (22.11.2014)

⁵³ T.C.Sağlık Bakanlığı, 2008, s.100-101

⁵⁴, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf>, (25.10.2014)

dağıtımında ve döner sermaye gelirlerini bağlı olarak hizmet satın alımı yoluyla personel teminin sağlanması konusunda yasal ve uygulamaya yönelik yasal değişiklikler”⁵⁵ yapılmıştır.

vii. Bilgi ve Beceriyle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlıklı İnsan Gücü

Yapılan büyük çaplı değişimlerin başarısı, uygun nitelikli ve donanımlı insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde bağlıdır. Sağlıklı insan gücünün iyileştirilmesi ve motivasyonun artırılmasına yönelik, döner sermaye ödemelerinde iyileştirilmesi, hizmet içi eğitim ve mesleki eğitim kurslarının yaygınlaştırılması ve personelin katılımının kolaylaştırılması hedeflenmiştir.

viii. Sistemi Destekleyici Eğitim ve Bilim Kurumları

Mevcut tıp eğitimi veren kurumlarla iletişimi artırarak tıp eğitimini Sağlıkta Dönüşüm Projesi amaçları doğrultusunda etkilemek ve Hıfzıssıhha Mektebini tekrar açarak faaliyete geçirmek amaçlanmaktadır. Hıfzıssıhha Mektebi 10 Ekim 2008 tarihi itibarıyla Türkiye Sağlık Kurumu olarak yeniden yapılandırıldı. Kurum, uzaktan sağlık eğitimi sertifika kursları açmanın yanında sağlık sisteminin geliştirilmesi, sektörler ve uluslararası işbirliğinin güçlendirilmesini de kendine amaç edinmektedir.⁵⁶

ix. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Sağlık hizmeti sunucularının kurumsal olarak kalite ve akreditasyon çalışmalarını teşvik etmek ve bakanlığa bağlı sağlık kurumlarının uyması gereken kalite standartlarını geliştirmek amacıyla kalite yönetim daire başkanlığı kurularak bakanlık nezdinde kalite ve akreditasyon konusunda çalışmalar yürütülecek ve takibi sağlanacaktır.

x. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

Sağlık alanında kullanılan “ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların hem takibi hem de standardizasyonuna, ruhsatlandırılmasına ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası standartlara ulaştıracak kurumsallığa ihtiyaç kaçınılmazdır. Bu kurumsal

⁵⁵, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf>, (25.10.2014)

⁵⁶, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/kurum-tanitimi/53-salk-bakanl-tuerkiye-salk-kurumu-salk-ekonomisi-ve-finansman-boluemue> , (05.05.2014)

yapının gerçekleştirilmesi amaçlanacaktır.”⁵⁷ İlaç ve diğer tıbbi malzemelere yapılan harcamalar, “Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının %34’ünü oluşturmaktayken 2003 OECD ortalaması %22’idi. Bu doğrultuda ‘beşeri tıbbi ürünlerin fiyatlandırılmasına dair karar’ ile ilaçların fiyatlanmasında beş AB ülkesinin fiyatları baz alınarak fiyatlama işlemi gerçekleştirilmeye başlanmasıyla beraber, yaklaşık 100 ilaçta %1 ile %80 arasında değişen indirimler elde edildi.”⁵⁸ Aynı zamanda, “SSK’lı ve Yeşil Kartlı hastaların doğrudan serbest eczanelerden ilaçlarını almalarına olanak”⁵⁹ tanındı. “Bu gelişmeler şu anda tamamının olmasa bile toplumun çoğunun, modern ilaçlara erişimlerinin iyi ve uygun olduğunu göstermektedir. Fakat ilaç tüketiminin akılcı olup olmadığı ve maliyet etkili olup olmadığı konusunda bazı şüpheler vardır.”⁶⁰

xi. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Ulaşım

Sağlıkta dönüşüm programının bileşenlerinin uyum sağlayabilmesi için sisteme uyum sağlamış bir bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Bu doğrultuda; doktorların veri bankası, uluslararası hastalık sınıflaması, ilaç ve tıbbi malzeme kodlama standartları oluşturulmuş ve sektörde kullanılır hale getirilmiştir.

xii. Sağlıklı Hayat ve Daha İyi Bir Gelecek İçin Sağlığın Geliştirilmesi Programları

Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik programların uygulanması ve sağlıklı yaşama programlarının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

xiii. Tarafların Harekete Geçirilmesi ve Sektörler Arası İşbirliği İçin Çok Yönlü Sağlık Sorumluluğu

Tüm sektörlerin politika ve eylemlerinin sağlık üzerine etkilerinden sorumlu tutulması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda, AB uyum ve katılım sürecini yürütmek, sektörlerin Sağlıkta Dönüşüm Projesini desteklemelerini sağlamaya yönelik çalışmalar hedeflenmektedir.

⁵⁷, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf>, (25.10.2014)

⁵⁸ OECD, Sağlık İncelemeleri Türkiye, Ankara, 2008, s.74

⁵⁹ OECD, s.94

⁶⁰ OECD, s.84

xiv. Uluslararası Alanda Ülkenin Gücünü Artıracak Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri

Uluslararası düzeyde yapılmış olan bir çok anlaşmadan hareketle, özellikle geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelere sağlık hizmetleri konusunda eğitim ve hizmet desteği vermek amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda; 2003-2008 tarihleri arasında 25 ülkede 803 sağlık personeline eğitim verildi. Ayrıca Afganistan, Sudan ve Filistin gibi ülkelere sürekli sağlık hizmeti yardımı verildi. Bu tür sağlık hizmetlerini geliştirmekle birlikte sağlık turizminde geliştirilmesi ve sağlıkta bölgesel güç haline gelmek hedeflenmektedir.⁶¹

3. HASTANE İŞLETMELERİNDE ÖNGÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin amaçları ve bileşenleri incelendiğinde, projenin bütün sağlık sistemini, sektörünü ve hatta sağlıkla ilgili diğer sektörleri de kapsadığı görülmektedir. Bu nedenle öngörölmüş ve uygulanmış birçok proje bulunmaktadır. Bu projelerden ve uygulamalardan Türkiye’deki hastane işletmelerini doğrudan etkileyen ve 2008 yılı ilk çeyreğine kadar gerçekleştirilmiş olan uygulamalar doğrudan araştırma kapsamına alınmıştır. Bununla birlikte 2008 yılı ilk çeyreği itibariyle yasal düzenlemesi gerçekleşmiş ve kısmen yürürlüğe girmiş olan “Genel Sağlık Sigortası” ve yasa teklifi hazırlanmış bulunan “Hastane Yönetimlerinin Yerel Hastane Birliklerine Devri” çalışması da araştırma kapsamında sorgulanmıştır.

3.1.Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanması ve Hastane Seçme Hakkı

Türkiye’de hastane işletmeleri kamu ağırlıklı ve çeşitli kamu kuruluşlarına dağılmış bir yapılanma arz etmekteydi. Sağlıkta dönüşüm programı öncesi, 2002 yılı itibariyle Türkiye’deki hastanelerin mülkiyet ve yatak sayısı dağılımları şöyledir.

⁶¹ OECD, s.105

Tablo 2. Türkiye’de 2002 Yılı Hastane İşletmelerinin Dağılımı

Mülkiyeti	Hastane Sayısı	%	Yatak Sayısı	%
Sağlık Bakanlığı	654	63,1	72,988	45,6
Sosyal Sigortalar Kurumu Hast.	120	11,5	29.706	18,5
Üniversite	50	4,8	26.341	16,4
MSB	42	4,0	15.900	9,9
Diğer Kamu	20	1,9	2.477	1,5
Özel	270	26,0	12.364	7,7
Toplam	1036	100	159.776	100

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, 2002 Yılı Yataklı Tedavi Hizmetleri İstatistik Yıllığından yararlanılmıştır.

Bu tabloya göre toplam kamunun hastane payı 2002 yılı itibariyle %74 ve yatak payının %92.3 olduğu görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin hastaneler açısından ilk uygulaması sosyal sigortalar kurumu ve kamu kuruluşlarına ait olan kamu hastanelerinin sağlık bakanlığına devrinin yapılması ve sağlık bakanlığındaki diğer hastanelerle standart birliğin sağlanmasıdır. Bu konudaki yasal düzenleme “bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin sağlık bakanlığına devredilmesine dair kanunla”⁶² gerçekleştirilmiştir. Sadece üç büyük şehirdeki üç tane belediye hastanesi, üniversite hastaneleri ve MSB hastaneleri dışında diğer hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bu birleştirmeye Sağlık Bakanlığı ülkedeki hastanelerin %76.5’ini, yatak kapasitesinin ise %65.6’sını doğrudan kontrol etmeye başlamıştır.

İzleyen dönemlerde Maliye Bakanlığının hazırladığı “Sağlık Uygulama Tebliği”⁶³ ile hastaların diledikleri kamu hastanelerini tercih ederek gitmelerine imkan tanınmıştır. Hastanelere gidişte ilk önce emeklilerin sevk zorunluluğu, akabinde çalışan diğer kesimin ve diğer kamu sağlık sigortalıların sevk zorunluluğu kaldırılmıştır. Sadece yeşil kartlı hastaların sevk sistemi dahilinde belirtilen sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi esası korunmuştur.

⁶², http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=214:baazi-kamu-kurum-ve-kuruluvarina-a-saik-bler-saik-bakanlina-devredmese-da-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28 (22.11.2014)

⁶³, <http://www.bumko.gov.tr/TR,1072/butce-uygulama-talimatlaritebligleri.html>, (22.11.2014)

3.2. Hekim Seçme Hakkı

Sağlık Bakanlığı tarafından ‘poliklinik hizmetlerinin yeniden yapılandırılması’⁶⁴ genelgesinde hastaların hekim seçme haklarının olduğu belirtilmiştir. İdarenin de hastaların hekim seçebilmesinin önündeki engellerin kaldırılması gerekmektedir. Ayrıca hastaların hekim seçme hakkını aktif olarak kullanabilmesi için mevcut hekimlerin poliklinik yapmalarının önündeki fiziksel ve mekânsal sorunların ortadan kaldırılması gerekliliği vurgulanmıştır.

Böylece nöbet esasına dayalı poliklinik hizmetleri yerine aynı branştan olan hekimlerin aynı anda muayene yapması sağlanmıştır.

Tablo 3. 2002-2008 Yıllar Arası Poliklinik ve Muayene Sayısı Dağılımı

Yıl	Oda Sayısı	Muayene Sayısı	Odası Başına Muayene Sayısı
2002	6.643	110.000.000	16.558
2008	18.807	210.000.000	11.166

Kaynak: Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Poliklinik muayene sayısı, Ankara, 2007

Tablo 3 incelendiğinde muayene oda sayısında üç kata yakın bir artış olmuşken muayene sayısında iki kata yakın bir artış olmakla birlikte; poliklinik odası başına düşen muayene sayısında %32’lik bir azalış görülmektedir. 2002 yılında hekim ortalama muayene sayısı 68 iken 2008 yılında 46 ya kadar düşmüştür.

Hasta muayene sayısı artarken, poliklinik odası başına düşen hasta sayılarında azalma olmasının yanında, hastaların tercih ettikleri hekime gidebilmeleri ve isterlerse kontrol ve tekrar muayenelerini aynı hekime yaptırma imkanlarının olması veya memnun olmadığında değiştirme imkanlarının olması önemli bir değişim olarak görülebilir.

Türkiye’de doktor yoğunluğu düşük olmasına rağmen “doktorlara başvuru oranı kişi başı 4,6 olup 2006 yılında kişi başı 6,5 olan OECD ortalamasının %70’i civarındayken, 2007 yılında 5,4’e yükselerek OECD ortalamasının %80’ine”⁶⁵

⁶⁴, <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/indir/hekimsecmeuygulamasigenelgesi.pdf>, (22.10.2014)

⁶⁵ OECD, s.73

ulaşmıştır. Hekim başına düşen başvuru oranının yüksek olması , bir noktada Türkiye’deki hekim yoğunluğunun düşük olmasını telafi etmektedir.

3.3. Hastane Personeline Performansa Göre Ek Ödeme Yapılması ve Hekimlerin Tam Gün Hastanede Çalışmasının Teşvik Edilmesi

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hekim ve diğer sağlık personeli proje uygulamaları öncesinde hastane döner sermayesinden mesleği ve görev yaptığı yere göre teorik olarak maaşının %100’ü kadar bir döner sermaye alabilmekteydiler. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Rehabilitasyon Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanununda yapılan değişiklikle hastanede çalışan personelin ödenen döner sermaye üst limitleri artırılmış ve doktorlar için de, yaptığı muayene ve tıbbi uygulamalardan elde ettiği puanlara bağlanmıştır. Döner sermaye sisteminde performansın esas olduğu bir sistem getirilmiştir.

2004’te performansa dayalı ödeme sisteminden sonra doktor ve personelin gelirlerinde önemli bir artış sağlanmıştır. Buna göre; “Bir aylık maaşının (ek gösterge dahil) hekim ve diş hekimlerinde serbest çalışanlarda 250 katının, serbest çalışmayanlarda 500 katının; uzman doktorlarda ise serbest çalışanlarda 350 katının, serbest çalışmayanlarda ise 700 katının ve diğer personelde statüsüne göre, 250-150 katının döner sermaye payı olarak ödenmesine”⁶⁶ imkan tanınmıştır. Doktorların hastanede çalışmalarını teşvik eden bu genelge sonrasında hastanedeki döner sermaye gelirleri artan doktorlar açtıkları muayenahanelerini kapatarak yarı zamanlı çalışma prensibinden vazgeçerek tüm günlerini hastanelere ayırmışlardır.

3.4. Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Çalışmaları

Hastanelerde daha iyi hizmet verilmesi ve kalite standardizasyonu sağlamak amacı ile Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığını kurmuştur. Sağlık bakanlığı belirlediği ‘Kalite Hizmet Standartları’ kriterleri gereğince denetimlerini yaparak başarılı bulunan hastanelere çeşitli derecelerde ‘Hizmet Kalite Belgesi’ vermektedir.”⁶⁷ Böylelikle kalite standartları yüksek olan tesisler kendilerini tanıtmak amacıyla bu aldıkları belgeleri müşteri kazanmada kullanmaya başlamıştır.

⁶⁶, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=290> ,(11.12.2014)

⁶⁷ OECD, s.92

3.5. Hasta Hakları Yapılanması ve Uygulaması

Ülkemizde AB süreciyle birlikte hasta haklarına yönelik 1998 yılında 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak Hasta Hakları Yönetmeliğini çıkarmıştır. Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde öncelikle Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Şube Müdürlüğünü kuruldu. Kendine bağlı hastanelerde yönetmeliğin uygulamasını sağlamak üzere 2003 yılında bir yönerge”⁶⁸ hazırlamıştır.

Yönergeyle birlikte hastanelerde hasta hakları birimleri ve kurullarının oluşturulması, hasta şikayetlerinin birimler vasıtasıyla alınarak, kurullarda karara bağlanması öngörülmüştür. Ayrıca hasta ve sağlık çalışanlarına hasta haklarıyla ilgili eğitim vermek, sorunlara çözüm önermek ve hasta hakları ve sorumluluklarının yazılı bulunduğu tabloları bütün servis ve polikliniklerde bulundurmak gibi uygulamaları getirilmiştir.

Pilot uygulama olarak 2004 yılında başlayan uygulama, kısa dönemde bütün devlet hastanelerine yaygınlaştırılmıştır. 2005 yılında “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca 2004 yılında yapılan “Özel Hastaneler Yönetmeliği”⁶⁹ yapılan bir ekleme ile özel hastanelerde de hasta haklarına yönelik yapılanma gerekliliği getirilmiştir. “2008 yılı itibariyle hasta hakları birimlerine 87.562 başvurunun olduğu, 73.464’ü (%84) yerinde çözüldüğü, 14.098’i (%16) hasta hakları kurullarında görüşülmüştür.”⁷⁰

3.6. Bilgisayar Otomasyonu

Sağlıkta Dönüşüm Projesi uygulamalarında hastanelerde bilgisayar otomasyon sistemlerinin kullanılması ve bunun sonucu olarak evrak işlemlerinin azaltılmasına yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Hasta evrak işlemlerinin “Medulla Sistemi”⁷¹ ile doğrudan bilgisayar ortamında gerçekleştirilmesi, hekim reçetelerinin onaylanma zorunluluğunun kaldırılması gibi yeni uygulamalar geliştirilip yaygınlaştırılmıştır. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin

⁶⁸, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeli.html>, (22.10.2014)

⁶⁹, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8160/ozel-hastaneler-yonetmeli.html>, (22.09.2014)

⁷⁰, <http://www.hastane.com.tr/saglik/hastalarin-yarisi-doktorlardan-sikayetci.html> , (21.09.2014)

⁷¹, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-4964/medula-sistemi-e-fatura-200771.html>, (22.10.2014)

%20'sinde elektronik bilgi sistemi bulunmakta iken 2006 yılında %100 ulaşmıştır. Hasta kayıtlarının bilgisayar ortamında tutulmasına dair “Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesine”⁷² 2004 yılında eklenen bir madde ile imkan tanınmıştır.

3.7. Yatan Hastaların İlaç ve Tıbbi Malzeme İhtiyaçlarının Hastane Tarafından Karşılanması

Sosyal Güvenlik Kurumunun yıllık yayınladığı 2007 yılı “Sağlık Uygulama Tebliği”⁷³ nde getirdiği düzenleme ile hastanelere yatan hastaların her türlü ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyacını karşılama zorunluluğu getirilmiştir. 2007 Ekim ayında uygulanmak istenen tebliğ, sağlık kurumlarının itirazı üzerine 1 Ocak 2008 tarihinde uygulamaya konulmuştur. Düzenlemeye göre hastanenin yatan hastasının her türlü tıbbi malzeme ve ilaç ihtiyacını karşılaması gerekmektedir. Dışarıdan bir malzeme hastaya aldırırsa SGK bu malzemenin parasını hastanenin faturasından keserek, hastaya geri ödemektedir.

4.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE AİLE HEKİMLİĞİ

Vatandaşların sağlık seviyesini üst seviyeye çıkartmak amacıyla uygulanabilir ve verimli bir koruyucu sağlık sisteminin oluşturulması ve bunun için temel sağlık hizmetlerine önem verilmesi gerekmektedir. Aile hekimliği uygulaması vatandaşların sağlık seviyesinin yükseltilmesi kapsamında çok önemli bir konumdur. Aile hekimliği uygulanan ülkelerde sağlık seviyesinin yükseltildiği görülebilir. Fakat aile hekimliği kavramı, farklı bölgelerde zamanla değişikliğe uğramakta ve gelişmektedir. Aile hekimliği uygulamalarını statik bir model olarak değil, bölge ve ülke koşullarına göre farklılıklar teşkil eden bir model olarak değerlendirilmelidir. Bu uygulama, ülkemizde de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yeniden ele alınmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasının geçmişi 1980’li yıllara dayanmasına rağmen uygulaması 2004 yılında başlamıştır. “Ülkemizde Aile Hekimliği 1983 yılında,

⁷², <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-4688/yatakli-tedavi-kurumlari-tibbi-kayit-ve-arsiv-hizmetler-.html> , (22.10.2014)

⁷³, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=953:teblig&, (22.10.2014)

Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alarak bir tıp uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa" 2004 yılında yürürlüğe girmiştir. Uygulamaya ilk olarak Eylül 2005'te Düzce ilinin tümünde başlanmıştır."⁷⁴ Aile hekimliği pilot uygulama 5 yıl kadar sürdürüldükten sonra 13.12.2010 itibari ile tüm ülkeye yaygınlaştırılması sağlanmıştır.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında Kanun ve sonrasında çıkarılan yönetmelikler ile aile hekimliği sisteminin ana unsurları şunlardır:

- "Aile sağlığı merkezi aile hekimi ile aile sağlığı elemanından oluşan ve fiziki mekanlardır. Tüm bireylerin aile hekimini özgürce seçme ve değiştirme hakkı vardır.
- Bir aile hekimi en çok 4000 kayıt alabilecektir.
- Hekimlere de hasta seçme hakkı verilmiştir.
- Kamuya ait aile sağlığı merkezi olmayan aile hekimleri özel yer kiralayarak bu hizmetleri vereceklerdir,
- Aile hekimi olmak isteyen hekimler eğitim programları ile sertifikalarını alarak aile hekimi olarak görev yapacaklardır.
- Aile hekimlerinin ilçe sağlık idareleri olarak sağlık grup başkanlıklarının yerine İlçe sağlık müdürlükleri ve toplum sağlığı merkezleri kurulacaktır.
- Aile hekimleri yatalak olan hastalara ve takipler için ev ziyaretleri yapacak, kendilerine bağlı mobil hizmet bölgelerine ziyaretler düzenleyeceklerdir."⁷⁵

Aile hekimliği uygulamasına verilen eğitimler ile başlanmış ve hekimler mevcut pratik uygulamalarının yanında saha eğitimlerini de alacaklardır. Bireyler kendisine yakın olan aile sağlığı merkezindeki aile hekimini seçer ve bakanlığın belirlediği sürede değiştirebileceklerdir. Sağlıkta Dönüşüm Programının temel bileşenlerinden olan ve sağlık harcamalarını azaltması beklenen "Etkili, kademeli sevk zinciri" uygulamasının Türkiye'deki "Aile Hekimliği" modelinde ne kadar uygulanabildiği tartışılabilir bir konudur. Sevk zinciri uygulamaları aile hekimliğinin en önemli özelliklerindendir. Dünyadaki ve Türkiye'deki aile hekimliği kavramı ve hayata geçirilmesi sevk zinciri uygulamalarına dayandırılmalıdır.

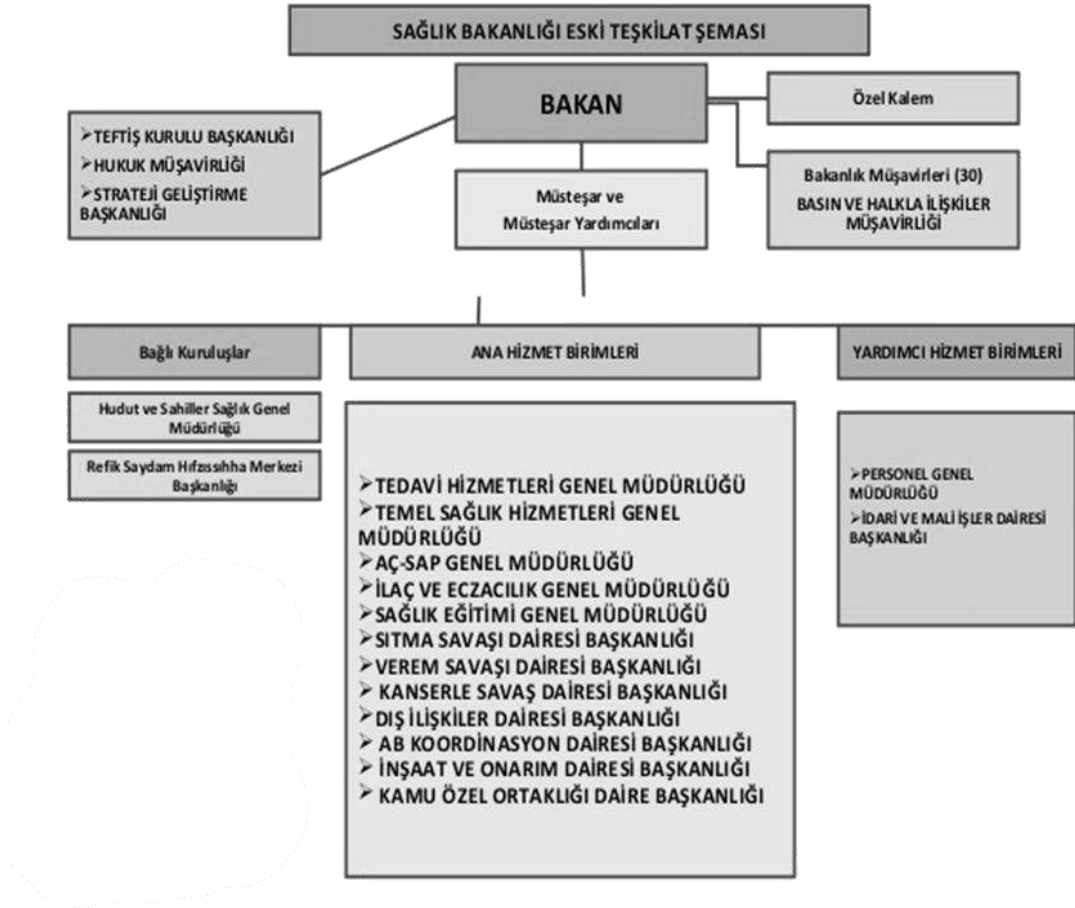
⁷⁴ T.C.Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli Kitapçığı, Ankara, 2004, s.90-91

⁷⁵, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-ka-.html>, (22.09.2014)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
663 SAYILI SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI
KURULUŞLARININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN
HÜKMÜNDE KARARNAME

663 sayılı kanun hükmünde kararname ile sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat yapısı tamamen yeniden oluşturulmuş ve yeni yapıların görev ve tanımları ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

1. BAKANLIĞININ TEŞKİLAT YAPISI İLE İLGİLİ DEĞİŞİKLİKLER



Şekil 4. Sağlık Bakanlığı Eski Teşkilat Şeması

Kaynak:.....<http://www.slideshare.net/MustafaSaidYILDIZ/yeniden-yapilanma-sonrasi-saglik-bakanligi-insan-kaynaklari>, (11.12.2014)

Sağlık Bakanlığının daha önce var olan genel müdürlükleri, daire başkanlıkları ile bağlı kuruluşları görev yetki ve sorumlulukları önemli oranda bu kanunla değiştirilmiştir.

Şekil 5. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı



Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> , (10.08.2014)

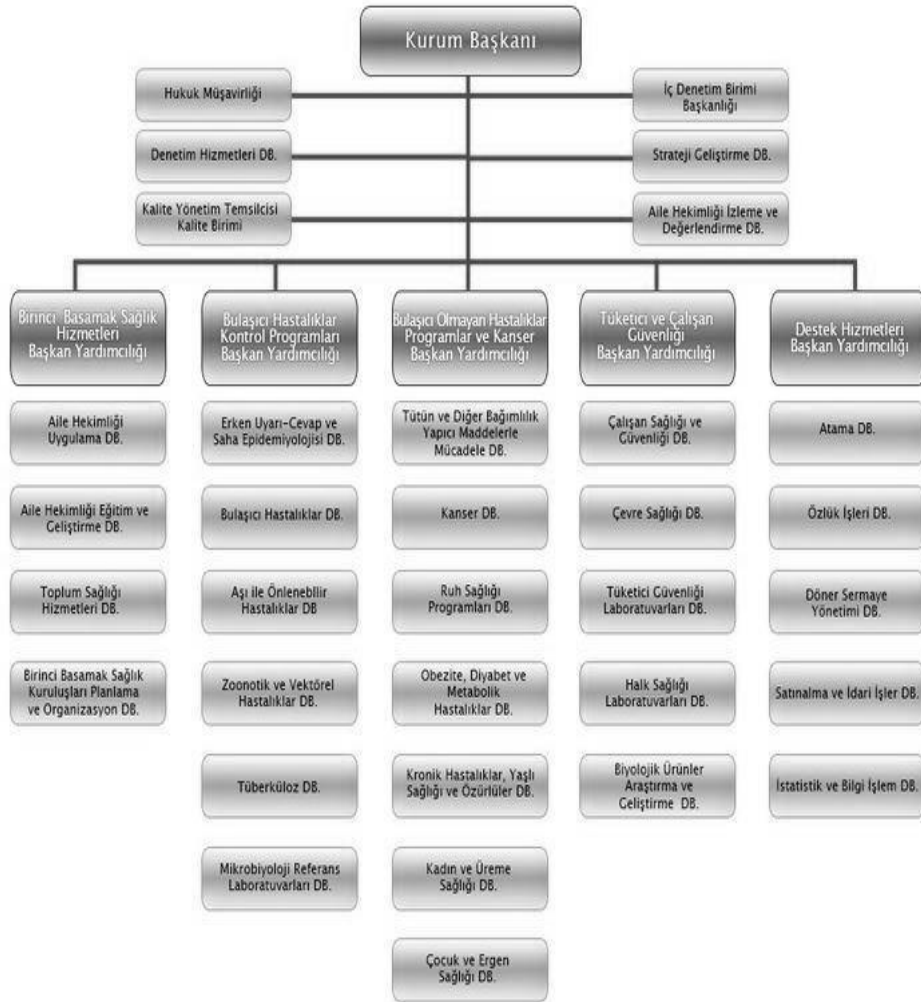
Daha önce dikey bir hiyerarşik yapılanması olan bakanlık yatay bir yapılanmaya kavuşmuştur. Karar ve icra konusunda merkezi bir yapısı olan bakanlık yetki devri esası ile taşraya bu sorumlulukları aktarmıştır. Diğer bakanlıklara paralel sayı ve içerikte yönetici varken, ileri boyutta kurumsal uzmanlaşma neticesinde yönetici sayısı ve pozisyonları arttırılmıştır. Sözleşmeli pozisyonda çalışan bulunmazken yeni dönemde yöneticiler ve sözleşmeli uzman uygulaması getirilmiştir. Yönetici ve uzman pozisyonları net bir şekilde çizilmiş, daha iyi bir mali ve özlük hakları verilmiştir. Yapılanma öncesi idareci kadrolarında yer alan personellerin yeni yapılamada sözleşme imzalamayanları araştırma kadrosuna geçirilmiştir. Sözleşmeli statüsüne sadece kamu personeli değil dışarıdan atamalar yapılarak rekabet ortamının arttırılması hedeflenmiştir.

1.1. Taşrada Yer Alan Bakanlık Bağlı Kuruluşları:

Bu kuruluşlardan Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneleri Kurumu Merkez teşkilatın taşrada temsiliyet görevlerini yerine getiren kuruluşlar olarak inceleyeceğiz. Daha önce illerde il sağlık müdürlüğünün tek başına yürüttüğü faaliyetleri bu kurumların temsilcileri olan halk sağlığı müdürlükleri ve kamu hastaneler birlikleri aracılığıyla yerine getirmeye başlayacaklardır.

1.1.1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Sağlık bakanlığının koruyucu tedavi hizmetlerinin uygulanmasında ve yönetilmesindeki temsilcisi olan kurumda yer alan birimler aşağıda belirtilmiştir.



Şekil 6. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Teşkilat Şeması

Kaynak:....., <http://thsk.saglik.gov.tr/kurumsal/organizasyon-teskilat.html> , (22.08.2014)

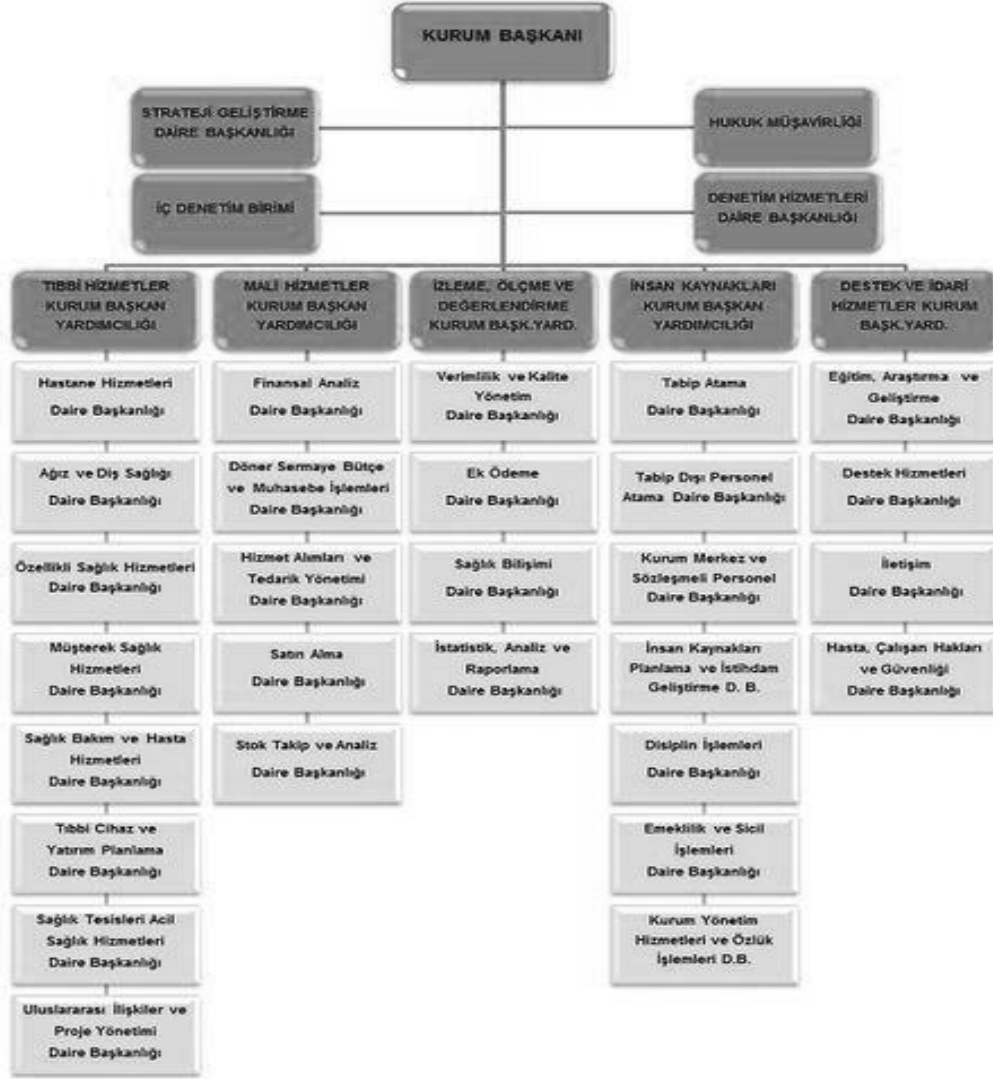
Halk Sağlığı kurumunun görevlerini şunlardır:

- “Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini yürüterek, gerekli düzenlemeleri yapmak.
- Halk sağlığı koruyucu tedbirleri almak bu konuda çalışmalar yaparak geliştirmek,
- Her türlü hastalıkla ilgili incelemeleri yapılması, gerekli planların ve değerlendirmenin yapılması,
- Sağlığı olumsuz etkileyen risk faktrlerininnne geçmek, gerekli eğitim ve araştırmaların yapılması ile projelerin yapılmasını sağlamak,
- İnsan sağlığını etkileyen her trlrn oluşumunun ilk kaynaktan son tüketicie kadar aşamaları izlemek venlemleri almak, uygulayıcılara gerekli eğitimleri vermek,
- Erken uyarı sistemini aktif hale getirerek karşılaşılacak krizlere dahanceden müdahale şanslarını arttırmak,
- ocuk aşılama çalışmaları ile her türlü bağışıklama çalışmalarını yürütmek ve geliştirmek,
- Personelinin her türlü mali vezlk haklarını takip etmek ve yürütmek,
- Kurum bünyesinde yer alan bütün varlıkların bakım, onarım ve teçhizat giderlerini karşılamak.”⁷⁶

1.1.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

İkinci venc basamak sağlık hizmetleri veren sağlık kuruluşlarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi konusunda her türlü araştırmanın yapılması ve olanağın sağlanması ile görevlidir.

⁷⁶, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.663.pdf>, (22.08.2014)



Şekil 7. Türkiye Kamu Hastane Kurumu Teşkilat Şeması

Kaynak:....., http://www.tkhk.gov.tr/646_teskilat-semasi, (22.08.2014)

Kamu hastaneler birliği görev yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- ◆ “Kendisine bağlı hastanelerin kuruluş aşamasından işletme aşamasına kadar her türlü mali ve idari hizmetleri vermek,
- ◆ Bu kuruluşların yeniden açılmasını ya da kapanmasına karar vermek,
- ◆ Her türlü sağlık hizmetinin kendi birimlerinde yürütülmesinin sağlayarak, bunların gerekli zamanlarda denetimlerini yaparak ve faaliyetlerini incelemek,
- ◆ Yapılan araştırma ve iyi uygulama örneklerinin geliştirmek ve bunların yayılmasını sağlamak,

- Yönetmelik ve mali kriterler çerçevesinde değerlendirmeler yapmak, raporlamak ve bunlarla ilgili her türlü bilgi sistemlerini kurmak,
- Hasta hakları ve personel hakları konusunda çalışmalar yapmak ve gelişimi konusunda her türlü güvenlik tedbirlerini almak,
- Personelinin her türlü mali ve özlük haklarını takip etmek ve yürütmek,
- Kurum bünyesinde yer alan bütün varlıkların bakım, onarım ve teçhizat giderlerini karşılamak.”⁷⁷

2.BAKANLIK TAŞRA TEŞKİLATI

Bakanlık tarafından hazırlanan yönetmelik⁷⁸ çerçevesinde bakanlık taşra teşkilatı kadro standartları belirlenmiştir. İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından acil sağlık hizmetlerinin yürütüleceği belirtilmiştir.

TUİK nüfuslarına göre il ve ilçeler gruplandırılmış il sağlık müdürü, il sağlık müdür yardımcısı, şube müdürü, ilçe sağlık müdürü ve sağlık grup başkanı sayıları bunlara göre belirlenmiştir.10.000.000’den büyük olan iller i1, 4.500.000 ile 10.000.000 olan iller i2, 3.500.000 ile 4.500.000 olan iller i3, 2.500.000 ile 3.500.000 olan iller i4, 1.500.000 ile 2.500.000 olan iller i5, 800.000 ile 1.500.000 olan iller i6, 500.000 ile 800.000 olan iller i7, 250.000 ile 500.000 olan iller i8, 250.000’den küçük olan iller i9 grubu olarak tanımlanmıştır.

Gruplanmalarına göre illerde görev yapacak üst yöneticilerin sayıları da aşağıdaki tabloda belirlenmiştir.

Tablo 4. Nüfusuna Göre İllerdeki Kadro standartları

ÜNVAN	SINIF	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9
İl Sağlık Müdürü	GİHS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
İl sağlık Müdür Yardımcısı	GİHS	11	8	5	4	4	3	2	2	1
İl Sağlık Müdür Yardımcısı(İdari)	GİHS	3	2	2	2	1	1	1		
Şube Müdürü	GİHS	19	13	11	11	8	6	5	4	4
İlçe Sağlık Müdürü	GİHS									

Kaynak:.....http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_yon/ek16.pdf,(22.09.2014)

⁷⁷, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.663.pdf>, (22.08.2014)

⁷⁸, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=902:salik-bakanlii-tara-teklati-dar-ve-hzmet-brmler-kadro-standartlari-yonetmel&Itemid=33, (11.12.2014)

2.1. Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması

BAKANLIK VE BAĞLI KURULUŞLAR TAŞRA TEŞKİLATI



Şekil 8. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Taşra Teşkilatı

Kaynak:, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html>, (15.08.2013)

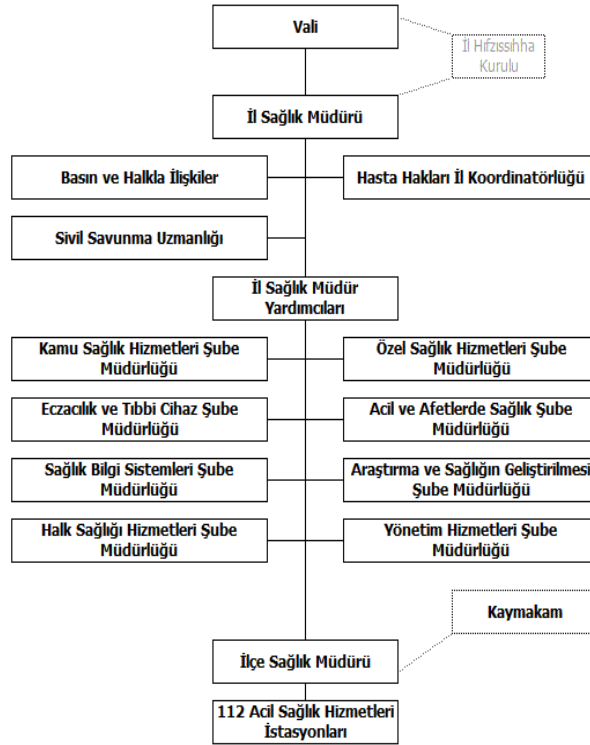
Taşra teşkilatının yeniden yapılandırılması genelgesi doğrultusunda daha önce yayınlanan düzenlemelere göre taşra teşkilatının yeni yapılandırılmasında il ve ilçe Sağlık Müdürlükleri bakanlığın taşra teşkilatı pozisyonundadır.

2.1.1. İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Yapısı

İl Sağlık Müdürleri bakanın ilde temsilcisi konumundadır. Kendisi bünyesinde hizmet veren sağlık teşkilatlarının hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur ve gerektiğinde gerekli denetimleri yaparak karşılaşılan sorunlara karşısında gerekli tedbirleri almakla sorumludur. Sağlık müdürlüğü, teşkilatının organizasyonunu yapar ve birbirine uyumlu çalışmasını gözetir. Bakanlıkça belirlenen aralıklarla ildeki sağlık kuruluşların çalışmalarını bakanlığa rapor olarak

sunar. Acil sağlık hizmetlerinin bütün faaliyet ve çalışmaları sağlık müdürlükleri tarafından yürütülür.⁷⁹

İlçe Sağlık Müdürlüğü bakanlıkça verilen görevleri yerine getirerek yapılan düzenlemelerin uygulanmasını denetler ve karşılaşılan sorunları gidererek gerekli zorunlulukları uygular.



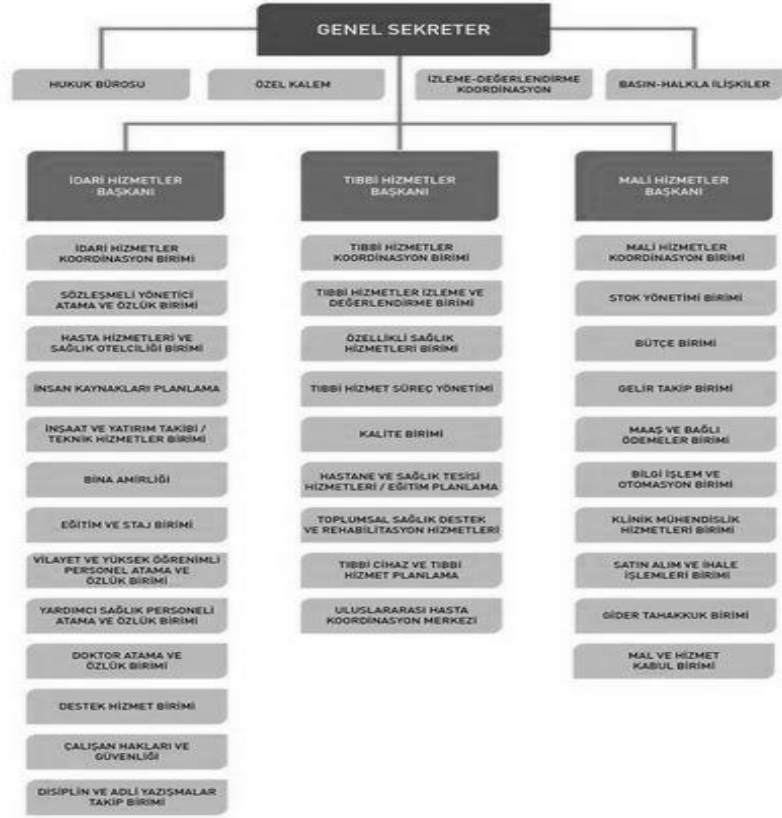
şekil 9. İl Sağlık Müdürlükleri Teşkilat şeması

Kaynak:,<http://www.konyasm.gov.tr/icerik/detay/155>, (15.09.2013)

2.1.2. Kamu Hastaneler Birlikleri Teşkilat Yapısı

Türkiye kamu hastaneleri kurumunun taşradaki temsilcisi kamu hastane birlikleridir. İlin nüfus ve coğrafı pozisyonlarına göre aynı ilde birden fazla hastaneler birlikleri kurulabilir. Sağlık kurumlarının tamamı birlik kapsamı içinde yer alır. Birden fazla birlik kurulan illerdeki birliklerden biri daha üst düzeyde koordinatör olarak görevlendirilebilir.

⁷⁹,<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, (11.10.2014)



Şekil 10. Kamu Hastaneler Birlikleri Teşkilat Şeması

Kaynak:, <http://www.beyoglubirlik.gov.tr/sayfa/organizasyon-semasi.html>, (06.11.2014)

Hastanelerin yönetiminden birlikler sorumlu hale getirilmiştir. Her türlü idari, mali ve tıbbi hizmetlerin planlaması ve yönetimi genel sekreterlik bünyesinde yapılmaktadır.



Şekil 11. Hastanelerdeki Yönetim Şeması

Kaynak:, http://malatya.khb.saglik.gov.tr/?page_id=1514, (06.11.2014)

Hastaneler birliği, genel sekreterlik, hastane yöneticiliği ve bunlara bağlı başhekim, hastane müdürleri ve yardımcılarında n oluşur. Genel sekreterlik hastanelerin yöneticisi konumunda olup bünyesinde tıbb  hizmetler başkanlığı, idar  hizmetler başkanlığı ve mal  hizmetler başkanlığı kurulur. Hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir ve yöneticiye bağlı başhekimlik, idar  ve mal  işler müdürlükleri, sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri ve hasta hizmetleri ve sağlık oteleciliği müdürlükleri kurulur. Hastaneler, diş tedavi ve protez merkezleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, amatem, endotem, otizm mükemmeliyet merkezi semt poliklinikleri, gibi özel tanı ve ileri tedavi merkezleri Kamu Hastane Birlikleri bünyesinde hizmet vereceklerdir.⁸⁰

Türkiye halk sağlığı kurumunun taşra teşkilatı konumunda olan halk sağlığı müdürlüklerine hıfzıssıhha enstitüsü müdürlükleri, açsap merkezleri, halk sağlığı laboratuvarları, toplum sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, sıtma savaş dispanserleri, ruh sağlığı dispanserleri, kanser kayıt merkezleri, hemoglobino-pati tanı merkezleri, deri ve zührevi hastalıklar dispanserleri, trahom savaş merkezleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, sağlık evleri, sağlık merkezleri, sıtma ve tropikal hastalıklar eğitim ve araştırma merkezleri, kanser erken teşhis ve tarama merkezleri, aile sağlığı merkezleri, aile hekimliği birimleri bağlanmıştır .

Şekil 12. Halk Sağlığı Müdürlüğü Teşkilat Şeması

⁸⁰, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, (11.10.2014)

Birinci basamak sağlık kuruluşların her türlü planlanması, yönetilmesi ve denetlenmesi, bu kuruluşların ihtiyaçlarının belirlenmesi ve giderilmesi her türlü araç, malzeme vb. alınması, kira, yakıt vb. giderlerinin karşılanması, personel yer değiştirmeleri, maaş ve diğer ödemeleri gibi özlük işleri yürütmek, bağlı kuruluşlar arası çıkarılan her türlü yönetmelikler ve genelgelerin uygulanmasını sağlamak halk sağlığı müdürlüklerinin başlıca görevleri arasında yer alır.⁸¹

⁸¹, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, (11.10.2014)

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KAHRAMANMARAŞ YERELİNDE HİZMETİN YAPISINA ETKİLERİ

Bu bölümde Kahramanmaraş ili sağlık sisteminin mevcut durumu ve SDP uygulanmasıyla gerçekleşen değişiklikler arşiv kayıtlarına dayanılarak aktarıldıktan sonra, SDP'nin Kahramanmaraş İlindeki hizmet yapısına olan etkileri incelenmektedir.

Veri toplama yöntemlerinin çeşitlilik göstermesi özellikle tercih edilmektedir. Elde edilen veriler araştırmaya katılan bireylerle paylaşılmış ve onların görüşlerine de yer verilmiştir. Bu uzun süreç güvenilirliği arttırmaktadır. Araştırmamız Kahramanmaraş ili ile sınırlı olduğu için elde edilen sonuçların, Türkiye için genellemesini yapmak mümkün olmayabilir. Ancak benzer özelliklere sahip iller için genelleme yapılabilir.

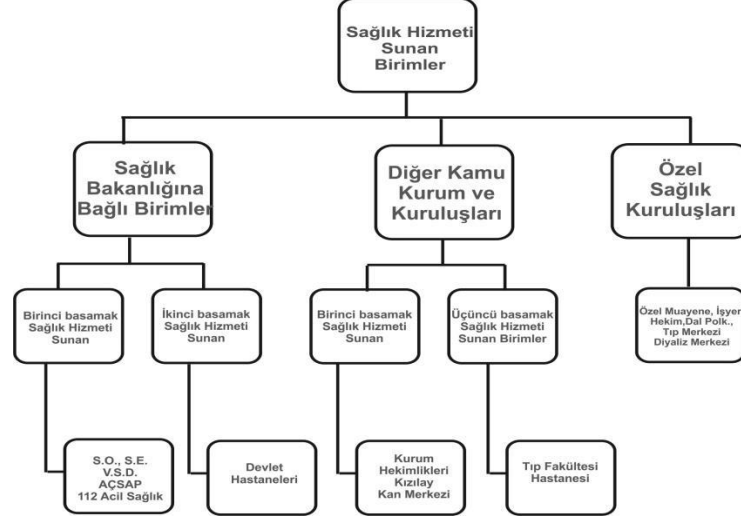
1.KAHRAMANMARAŞ'TA SAĞLIK SİSTEMİNİN TEMEL YAPISI



Şekil 13. Kahramanmaraş İlinin Demografik Yapısı

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Kahramanmaraş'ta ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığına bağlı birimlerle birlikte diğer kamu kurum ve kuruluşları ile özel sağlık birimleri tarafından 1.075.709 kişiye sağlık hizmeti sunulmaktadır.



Şekil 14. Kahramanmaraş'ta Sağlık Hizmeti Sunan Birimler

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

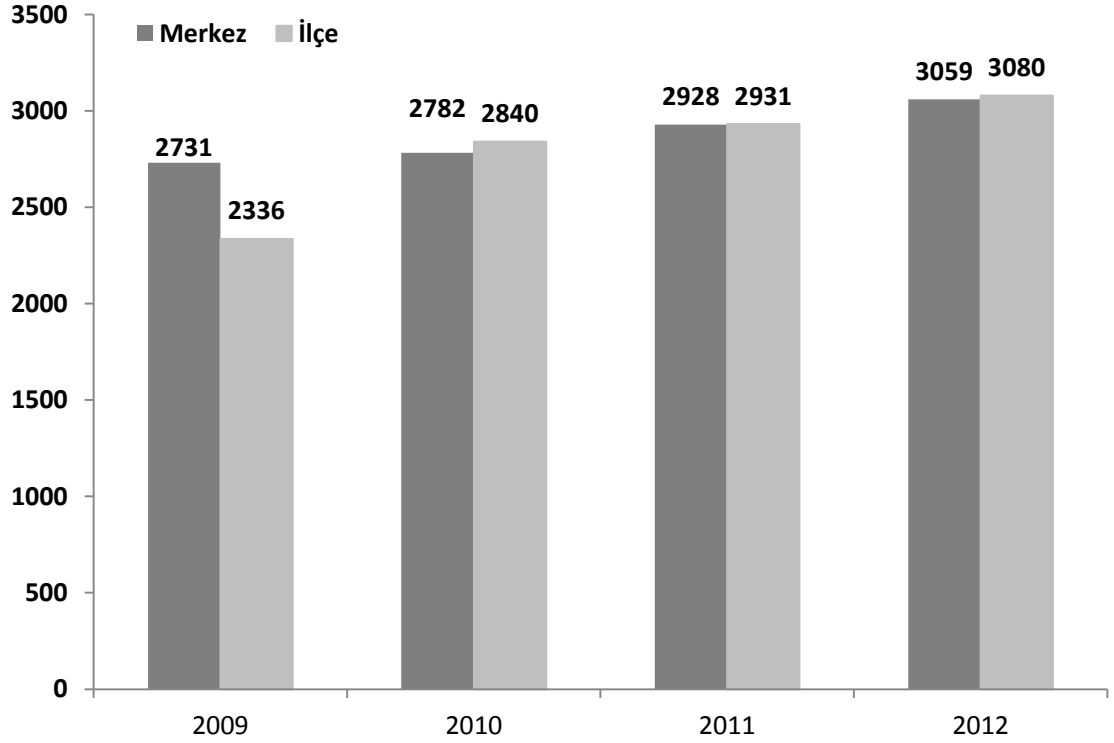
Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık hizmeti sunan 129 kuruluş, ikinci basamak sağlık hizmeti sunan ise 8 kuruluş bulunmaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan 1 kuruluş mevcut olup, 64 özel muayenehane, 9 özel poliklinik, 11 Özel Laboratuvar ve Sağlık kabini, 8 özel hastane vardır. Aşağıda bu bilgiler tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 5. Kahramanmaraş İli Sağlık Kurum ve Kuruluşları

	Sağlık Bakanlığı			Üniversite			Özel	
	Aile Sağ. Mer. TSM, AÇSAP, VSD	Entegre Devlet Hast.	Devlet Hastanesi	Tıp Fakültesi Hastanesi	Özel Laboratuvar ve Sağlık kabini	Poliklinik	Özel Muayenehaneler	Özel Hastane
Merkez	54	0	1	1	9	9	43	6
İlçeler	75	2	7	0	2	0	21	2
Toplam	129	2	8	1	11	9	64	8

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Kahramanmaraş İlinde 2012 yılı itibari ile 6139 Sağlık personeli hizmet vermekte olup bunların 825'i Özel Sağlık kuruluşlarında, 486'sı Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hastanesinde ve 4828 Personelde Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Kuruluşlarında görev yapmaktadır. Sağlık personellerinin 3748'i İl Merkezinde, 3205'i de İlçelerde hizmet vermektedir.

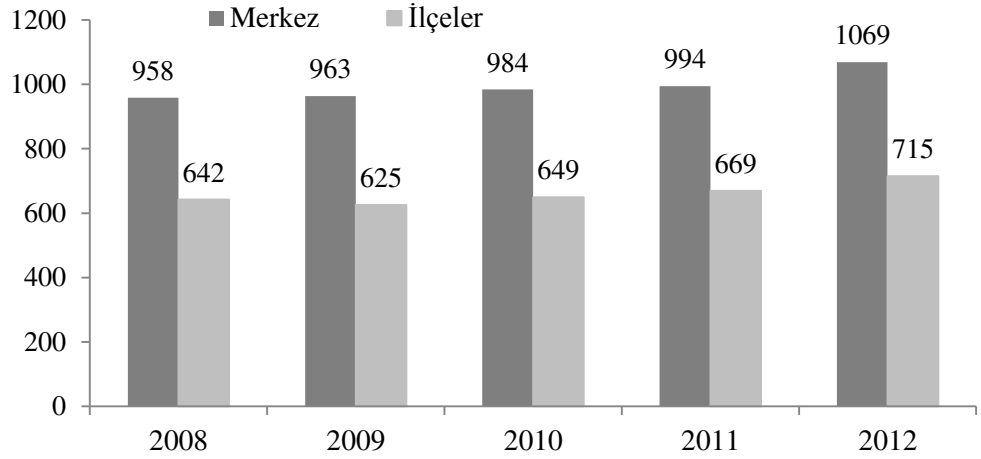


Şekil 15. Kahramanmaraş İlinde Görev Yapan Personelin Yıllara göre Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2013 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

İl genelinde 2012 yılı itibari ile 2091 Ebe-Hemşire görev yapmaktadır. 1784'ü Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda, 207 özel sağlık kuruluşlarında, 110 kişide Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hastanesinde görev yapmaktadır.

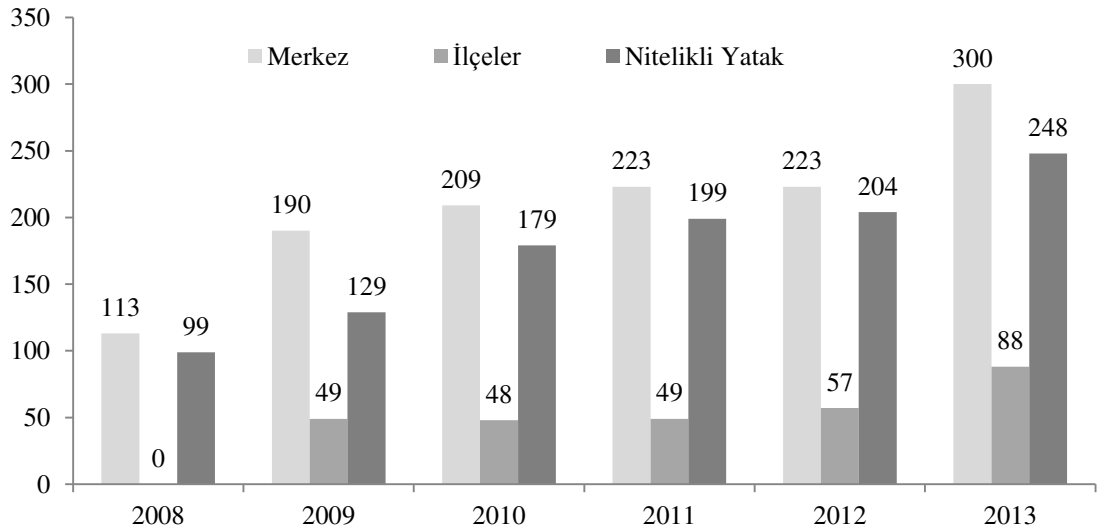
KSÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde 2013 yılında 516 Personel görev yapmaktadır. Üniversite Hastanesinin 2013 yılına kadar Asistan Hekim ve Uzman Hekim dağılımının yıllara göre verileri aşağıda belirtilmiştir.



Şekil 16. Sağlık Bakanlığına Bağlı Olarak Çalışan Ebe-Hemşirelerin Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2013 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2 tanesi İlçelerde olmak üzere 8 Özel Hastanede toplam 388 Hasta yatağı mevcut olup bunların 248'si nitelikli yatak sınıfındadır. Özel hastanelerimizde Yatak Doluluk Oranı 2013 yılı itibari ile % 79 dur. Özel Hastanelerin yıllara göre yatak sayıları grafikte gösterilmiştir.



Şekil 17. Özel Hastanelerin Yıllara Göre Yatak Sayıları

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2013 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Aşağıdaki tabloda 2012 yıl sonu itibari ile merkez ve ilçe yataklı tedavi kurumlarının yatak sayıları, yatak dağılım oranları ile yatak doluluk oranları

verilmektedir. İl Geneli 1906 yatak sayısı mevcut olup bunların %76 lık kısmı Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda hizmet vermektedir.

Tablo 6. İl Geneli Yatak Kullanımı

İl Geneli	Yatak Sayısı	Yatak Dağılımı(%)	Yatak Doluluk Oranı
Merkez Sağ.Bak.	865	%46	%73
İlçeler Sağ.Bak.	582	%30	%63
Sağlık Bakanlığı	1447	%76	%69
Üniversite	179	%9	%81
Özel Hastaneler	280	%15	%79
İl Geneli	1906	%100	%72

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2013 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2. SAĞLIK HİZMETİ SUNAN BİRİMLERİN ÖRGÜTLENMESİ

Kahramanmaraş'ta Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşların en üst amiri Validir ve Sağlık Müdürlüğü ona bağlı çalışır. İl sağlık müdürlüğü, il teşkilatının koordinasyonunu yaparak birbirleri ile uyumlu çalışmasını sağlar. Sağlık hizmetlerinin durumunu bakanlıkça belirlenen aralıklarla bakanlığa bildirir.⁸² Kahramanmaraş İli 663 Sayılı KHK'de belirlenen nüfus kriterlerine göre İ-6 grubu iller arasında yer almakta ve Sağlık Teşkilatının en üst düzey yöneticisi İl Sağlık Müdürü olup ona bağlı 4 Sağlık Müdür yardımcısı ve onlara da bağlı olarak 6 şube müdürlüğü bulunmaktadır.

İlçelerde sağlık örgütlenmesine gelince idari açıdan en üst amir kaymakam ve ona bağlı İlçe Sağlık Müdürlükleri şeklindedir. İlçelerde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunan birimler İlçe Sağlık Müdürlüğüne, onlar da il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak hizmet verirler.

663 ile yeniden şekillenen Sağlık Teşkilatında Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatı olan Kahramanmaraş Halk Sağlığı İl Müdürü nezdinde ve Kamu Hastaneler Birliği Kurumunun Taşra teşkilatı olan Kahramanmaraş Kamu Hastaneler Birliği

⁸², <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm> , (08.09.2014)

Genel Sekreter nezdinde temsil etmektedir. Bu 2 kurumda İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde çalışmalarını devam ettirmektedir



Şekil 18. Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğünün Örgüt Şeması

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Kahramanmaraş Halk sağlığı Müdürlüğü 1 İl Müdürü, biri idari olmak üzere 3 Müdür Yardımcısı ve yine 1-6 grubunda olmasından dolayı 7 şube müdürlüğü yer almaktadır. Kahramanmaraş Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreter yönetiminde Tıbbi Hizmetler Başkanı, İdari Hizmetler Başkanı ve Mali Hizmetleri Başkanı ile tüm Kamu Hastanelerinin idari, mali yönden denetim ve işleyişiyle sorumludur.

Genel sekreterlik belirlenen bu kriterler çerçevesinde ilimizde 8 devlet hastanesi ve 2 ağız ve diş sağlığı merkezi ile 10 hastane yöneticisi ve başhekim, 13 başhekim yardımcısı, 14 Hastane müdürü (7 İdari ve Mali İşler, 7 Sağlık Bakım Hizmetleri), 1 hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürü , 13 müdür yardımcısı ile hizmet vermektedir.

2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Birimler

663 Sayılı KHK ile kurulan Halk Sağlığı Müdürlükleri Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür. Ayrıca Sağlık Müdürlüğüne bağlı 112 Acil sağlık Hizmetleri İstasyonları yine birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri olarak hizmet vermektedir. Halk Sağlığı Müdürlüğü kapsamında Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, KETEM, Verem Savaş Dispanserleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri ve bağlı Sağlık Evleri, Evde Sağlık Hizmetleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları hizmet vermektedir.

Tablo 7. Birinci Basamak Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşları Sayısı

SAĞLIK KURULUŞU		SAYI
Toplum Sağlığı Merkezi Sayısı		11
112 Acil Yardım İstasyonu		30
TSM Birimleri	Verem Savaş Dispanseri	2
	Entegre Hastane	2
	Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi (KETEM)	2
	AÇSAP Birimi	3
	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi	2
	Hemoglobinopati Tanı Merkezi	2
Sağlık Evi Sayısı	Açık Sağlık Evi Sayısı	138
	Aktif Sağlık Evi Sayısı	84
Evde Sağlık Hizmetleri Birimi		12
ASM Sayısı		112
AHB Sayısı		310

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2013 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

663 sayılı KHK sonrası Sağlık ocakları Aile Sağlığı Merkezlerine dönüştürülmüştür. İlçelerde yönetim anlamında temsilci olan sağlık grup başkanlıkları toplum sağlığı merkezlerine çevrilerek ve halk sağlığı müdürlüklerine bağlanmıştır. Ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü'nün yerelde temsilciliğini temsil eden İlçe Sağlık Müdürlükleri kurulmuştur. İlçelerde sadece Elbistan İlçe Sağlık Müdürlüğü

13 Aralık 2010 tarihinde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi ile 116 Sağlık Ocağından Nüfus ve konum itibari ile 102 Aile Sağlığı merkezine dönüştürülmüştür. 2013 yılında 110 Aile Sağlığı Merkezlerinden 37 tanesi 1 Birimli, 22 tanesi 2 birimli, 19 tanesi 3 birimli, 10 tanesi 4 birimli, 6 tanesi 5 birimli, 3 tanesi 6 birimli, 1 tanesi 7 birimli olarak hizmet vermektedir. Aile Sağlığı Merkezlerinde ortalama 2,76 Aile Hekimliği birimi bulunmaktadır. 110 Aile Sağlığı Merkezlerinden 9 tek birimli ASM'nin Kalorifer sistemi bulunmamaktadır. Bunlarla ilgili proje onayları alınmış olup çalışmalar devam etmektedir.

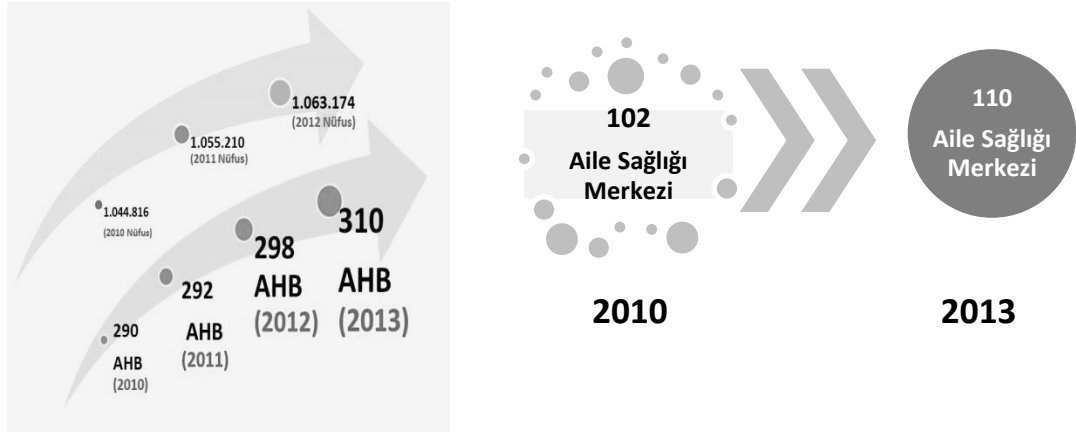
Tablo 8. Aile Hekimliği Birimlerinde Çalışan Hekimlerin Dağılımı

		Merkez	İlçeler	Toplam
Aile Hekimliği Birim Sayısı		163	147	310
Sözleşmeli Aile Hekimi	Aile Hekimliği Uzmanı	12	2	14
	Pratisyen Tabip	144	134	278
	Diğer Uzman	0	0	0
Görevlendirmeli Aile Hekimi Sayısı		5	11	16

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2.1.1. Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezleri

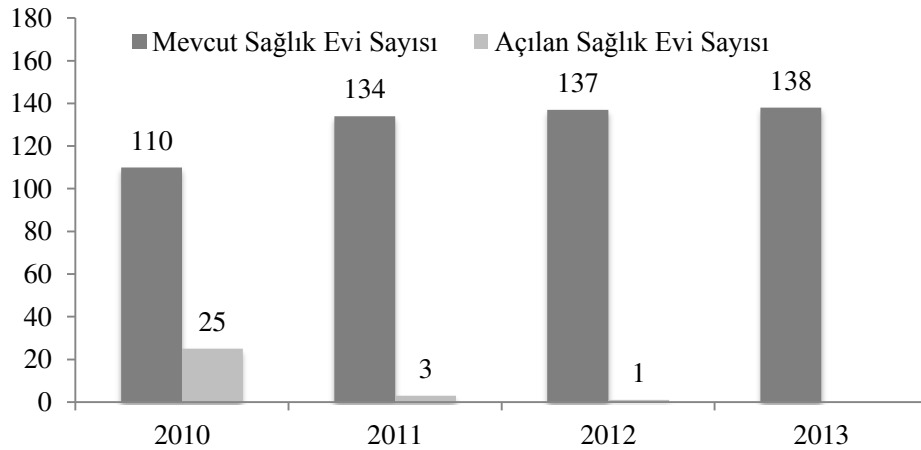
Aile Sağlığı Merkezleri Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlı olarak Halk Sağlığı İl Müdürlüğü tarafından hizmet vermektedir. Kahramanmaraş İlinde 2013 yılı sonu itibari ile 112 Aile Sağlığı Merkezinde 310 Aile Hekimliği Birimi bulunmaktadır. 310 Aile Hekimliği Biriminde 14 Aile Hekimliği Uzmanı görev yapmaktadır. Aile Hekimliğine geçiş aşamasında tüm aile hekimleri 1. ve 2. Uyum eğitimlerini tamamlayarak görevlerine başlamışlardır. 2010 Yılında 102 olan ASM sayısı 2013 te 110'a çıkmıştır. 2010 da 290 olan Aile Hekimliği birimi 2013 te 310'a ulaşmıştır. Gelişmekte ve nüfus artışının yoğun olduğu bölgelerde yeni ASM açılması çalışmaları devam etmektedir.



Şekil 19. Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Merkezlerinin Yıllara Artış Grafiği

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2013 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Aile Hekimliğine geçilmesi ile 125 Sağlık Ocağından 100 tanesi Aile Sağlığı Merkezi olarak hizmet vermeye başladı. 25 tanesi sağlık evine dönüştürüldü. 2013 yılı itibari ile 138 sağlık evinden 84 tanesi aktif olarak hizmet vermektedir. 47 tanesi Merkezde olmak üzere toplam 138 Sağlık Evinden 125'i kendi binasında, 3'ü kiralık binalarda ve 9 tanesi de geçici binalarda hizmet vermektedir.



Şekil 20. Sağlık Evlerinin Yıllara Göre Değişimi

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

110 Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan Aile Sağlığı Elamanlarından 90'ı Hemşire, 166 tanesi Ebe, 8 tanesi Sağlık Memuru ve 29 tanesi Acil Tıp Teknisyeni'dir. 17 boş Aile Sağlığı Elamanı için Toplum Sağlığı merkezleri tarafından görevlendirmeler yapılmaktadır.

Tablo 9. Aile Sağlığı Elemanlarının Ünvanlarına Göre Dağılımı

	Kamu Personeli	Kamu Personeli Olm.	Toplam
Hemşire	75	15	90
Ebe	154	12	166
Sağlık Memuru	4	4	8
Acil Tıp Teknisyeni	0	29	29
Toplam	233	60	293

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2013 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Aile sağlığı elamanı olarak görev yapan personelin 60 tanesi kamu personeli olmayan personelden oluşmakta ve bunların 15 Hemşire, 12 ebe, 4 sağlık memuru, 29 acil tıp teknisyenidir.

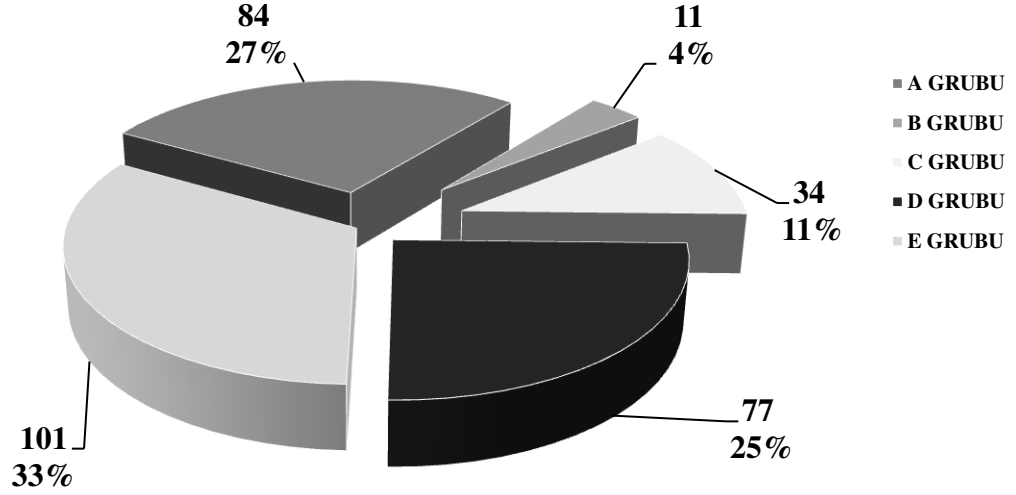
Tablo 10. Aile Hekimliği Gezici Sağlık Hizmetleri ve Sağlık verileri

Aile Hekimliği Uygulamasına Geçiş Tarihi	13.12.2010
Aile Hekimi Sayısı	292
Aile Sağlığı Elemanı Sayısı	293
Aile Hekimliği Birim Sayısı	310
AHB Başına Düşen Ortalama Nüfus	3.421
Gezici Sağlık Hizmeti Veren Birim Sayısı	150
Merkez	49
İlçeler	101
Gezici Sağlık Hizmeti Verilen Nüfus	217.720
Merkez	68.444
İlçeler	149.276
Kişi Başı Aile Hekimine Ortalama Müracaat Sayısı	2.67

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

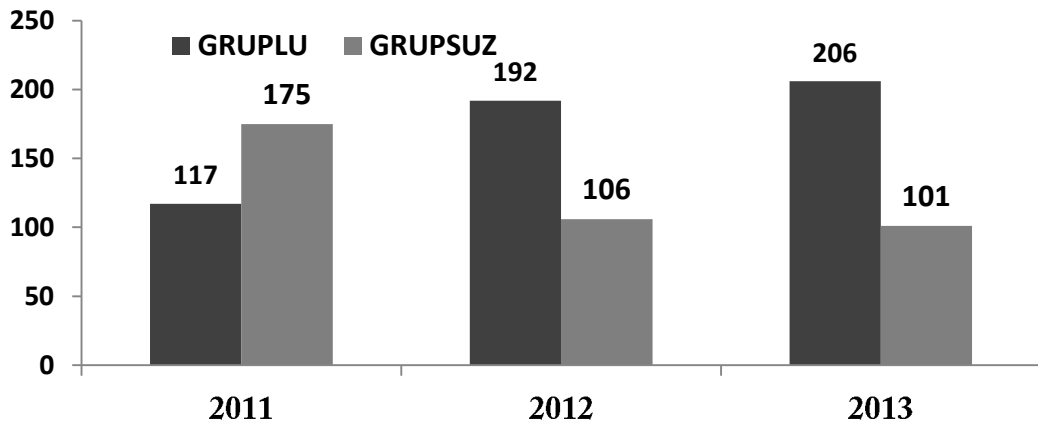
Aile Hekimliği Kahramanmaraş'ta 13 Aralık 2010 tarihinde il genelinde başlamıştır. İlin Genelinde başlayan Aile Hekimliğinde 2013 yılsonu verilerine göre 1 Aile Hekimine düşen ortalama nüfus 3.421 dir. 310 AHB' den 150 tanesi gezici Sağlık Hizmeti vermektedir. Bunların 49'u il merkezi, 101'i İlçelerdeki Aile Sağlığı Merkezlerinde hizmet vermektedir. Bu birimler merkezde 68.444, ilçelerde 149,276

kişiyeye Gezici Sağlık Hizmeti vermektedir. Gezici sağlık hizmetleri Aile Hekimleri tarafından Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun hazırladığı kriterler çerçevesinde hazırlanarak ve Halk Sağlığı Müdürlüğünün onayladığı programlarla yürütülmektedir. Aile Hekimleri gezici sağlık hizmetleri içinde ayrı ücret almaktadırlar. AHB başına düşen ortalama nüfus 2013 yılında 3.421'dir.



Şekil 21. 2013 Yılı Aile Sağlığı Merkezlerinin Gruplarına Göre Dağılımı

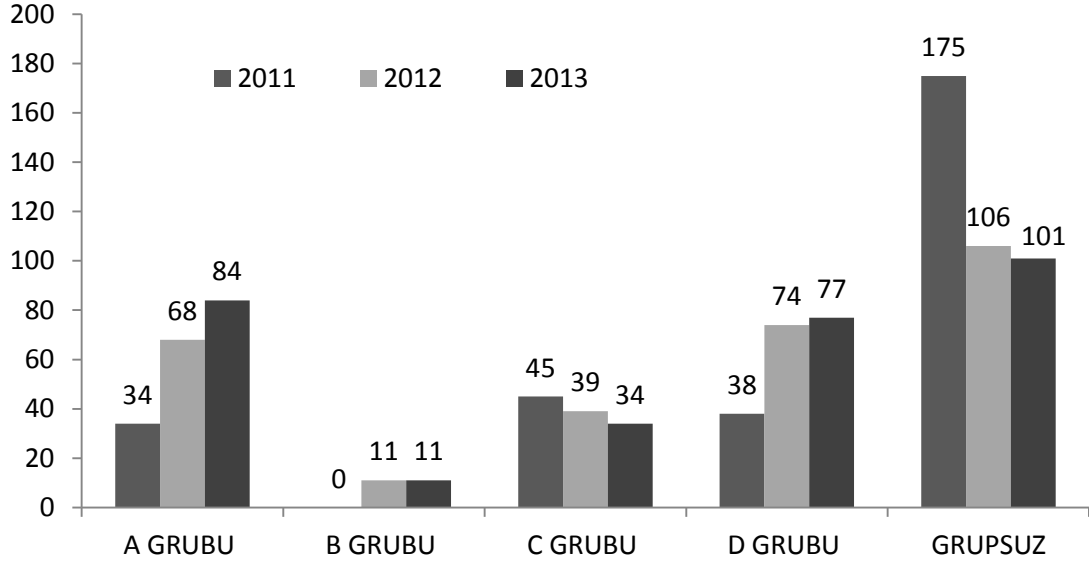
Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.



Şekil 22. Aile Sağlığı Merkezlerinin Gruplamalarındaki Değişim

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Aile Sağlığı Merkezleri kurum tarafından belirlenen kriterlere göre gruplandırmaları yapılmaktadır. Grup kriterlerine uymayan ASM'ler grupsuz olarak adlandırılmaktadır. Gruplanmalarda A Sınıfı ASM'ler en üst düzey , grupsuzlar en alt seviye olarak kabul edilmektedir.



Şekil 23. Aile Sağlığı Merkezlerinin Yıllara Göre Gruplamalarındaki Değişimler

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Sağlık Ocaklarının 663 sayılı KHK ile Aile Sağlığı merkezlerine dönüştürülmesi ile hizmet vermeye başlayan Aile Hekimliği birimlerinde 2013 yılında 2.819.637 adet muayene yapılmıştır.

2.1.2. Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi

Kahramanmaraş Merkez, Elbistan ve Afşin İlçesinde hizmet veren AÇSAP merkezlerinde 1 uzman hekim, 2 pratisyen, 3 laboratuvar teknisyeni, 13 hemşire, 12 ebe ile beraber toplam 45 personel ile danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilmektedir. Belli bir bölgesi olmayıp, başvuran hastalara laboratuvar destekli, jinekolojik muayene, gebe izlem, aile planlaması hizmetleri, Evlilik öncesi tahliller ile 0-16 yaş arası çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda poliklinik hizmetleri sunulmaktadır.

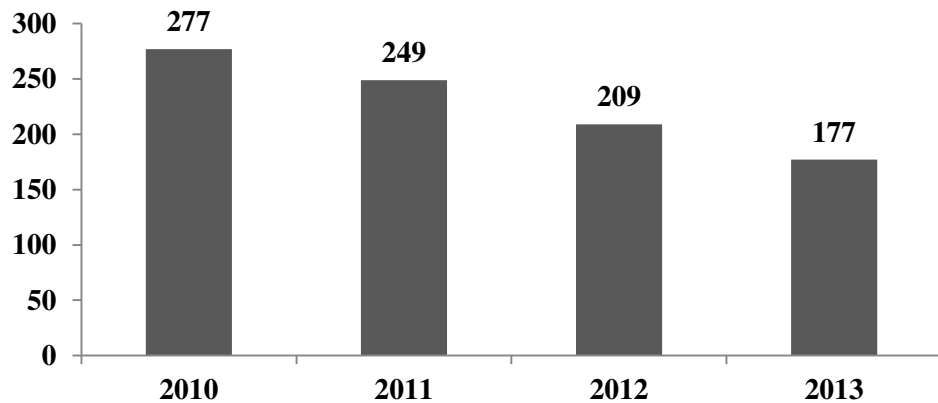
Tablo 11. Yıllara Göre Sezaryen Oranlarının Toplam Doğum Sayısına Oranları

Kurumlar	Sezaryen Yüzdesi				
	2009	2010	2011	2012	2013
Devlet	38,9	42,6	36,8	37	42
Üniversite	58,1	59,2	54,7	62	71
Özel	76,1	76,9	73,0	70	73
TOPLAM	48,6	52,8	49,2	50	53

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2013 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

1993 yılında tüm Türkiye genelinde Fenilketonüri tarama programı başlatılmış ve Fenilketonüri hastalığına karşı 2013 yılı itibari ile 28.526 bebekten FKÜ kanı alınmıştır. 41 FKÜ'lu bebeğin tedavileri takip edilmektedir. 2012 yılında 17.317, 2013 yılında 19.355 bebeğe işitme tarama testi yapılmıştır. İl genelinde 21.925 doğumun 11.715 i sezaryenle olmuştur. Sezaryenle doğum oranları özel hastaneler % 73, Üniversite Hastanesi %71, Devlet Hastaneleri %42 'dir. Primer Sezaryen oranı %25'tir.

Riskli gebeliklerde karşılaşılan komplikasyonları önlemek amacıyla Riskli Gebelerin doğumlarına yakın zamanlarda Halk Sağlığı misafirhanesinde konaklama imkanları sunulmuştur. 2006 yılından itibaren tüm Türkiye'de uygulamaya konan bu sistemde riskli gebelerden ulaşım ve imkan yönünden zayıf olanlara 2013 yılında 1086 davetiye gönderilmiş bu gebelerimizden 25 tanesi doğumları gerçekleşene kadar misafir edilmiştir.

**Şekil 24. Bebek Ölümünün Yıllara Göre Dağılımı**

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Aile Hekimliğine geçilmesinden sonraki dönemde bebek ölümlerinde ciddi anlamda düşüşler olmuş ve 2013 yılı itibari ile 177 bebek ölümü gerçekleşmiştir. Bebek ölümlerini azaltmak ve bilinçli Sağlık Personelleri ile sahadaki karşılaşılan sorunları azaltmak amacıyla 2013 yılında düzenlenen Neonatal Resusitasyon Programı(NRP) çerçevesinde sertifikasyon eğitimleri verilmiş ve 590 Sağlık personeli sertifika almaya hak kazanmıştır.

Tablo 12. 2012-2013 Yılları Arası AÇSAP Çalışmaları

		Merkez		İlçe		Toplam	
		2012	2013	2012	2013	2012	2013
Bebek Demir Profilaksi Yüzdesi		5	1	2	80	84	80
Bebek D-Vit Profilaksi Yüzdesi		00	0	00	89	100	90
İşitme Taraması Yapılan Bebek Yüzdesi		8,2	5	7	97	81	88,2
GKD Taraması Yapılan Bebek Yüzdesi		1	1	1	1	1	1
NTP Taraması Yapılan Bebek Yüzdesi		94	88	125	127	98,5	99,6
Tam	FKÜ Sayısı	0	3	1	1	1	4
Konan	Konjenital hipotiroidi	30	31	18	12	48	43
Bebekler	Biyotidinaz Eks Sayısı	1	0	0	2	1	2

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2.1.3. Verem Savaş Dispanserleri

Kahramanmaraş Merkez ve Elbistan İlçesinde olmak üzere 2 yerde hizmet veren Verem Savaş Dispanserleri, son yıllarda insan kaynakları ve tıbbi donanım ile fiziki yapılanma konularında ihmal edilmişlerdir. Elbistan'daki binada yenileme çalışmaları sonunda bir nebze düzelmeler olmuştur. Merkezdeki Dispanser başka bir binada hizmet vermeye başlayacak. VSD personel durumu 3 hekim, 6 hemşire, 1 ebe, 2 röntgen teknisyeni, 1 laboratuvar teknisyeni, 5 hizmetli, ve 12 diğer olmak üzere 30 personelle hizmet vermektedir. VSD Tüberküloz hastalığına yönelik hem koruyucu sağlık hizmeti hem de tedavi edici sağlık hizmeti vermektedir. Bakanlığın öncülüğünde geliştirilen ve hastaların ilaçlarını günlük, gözetimli olarak almalarını ifade eden Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uygulaması yapılmaktadır. 2012 yılında 31.414 kişiye hizmet verilmiştir. 118 hastaya Doğrudan Gözetimli Tedavisi (DGT) uygulanmaktadır.

2.1.4. Evde Sağlık Hizmetleri

15.09.2010 tarihinden itibaren hizmet vermeye başlayan ve Halk Sağlığı Müdürlüğü bünyesinde hizmet veren evde sağlık hizmetleri koordinasyon birimi ve koordinasyon birimine bağlı toplam 14 birim ile hizmetine devam etmektedir.

Yatağa bağımlı bireyler evde sağlık hizmeti yararlanmaktadır. Yatağa bağımlı olmayan kendi ihtiyaçlarını giderebilen hastalar kapsam dışında bırakılarak ağır tabloları olan hastaların bakım ve tedavileri yapılmaktadır.

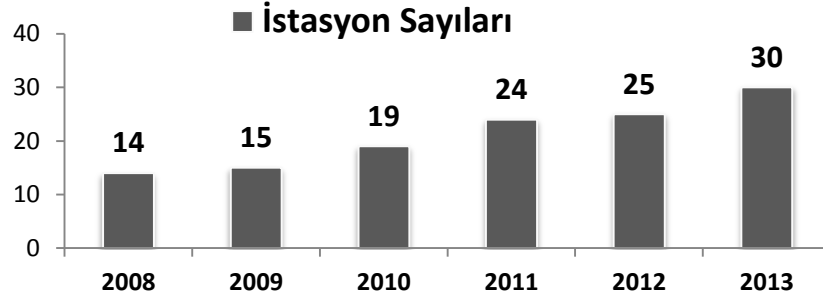
Evde sağlık hizmetleri birimi mesai saatleri içinde birim tarafından yapılan planlamalar ile hizmet vermektedir. Muayene yapmak, tetkik için gerekli tahlillerin alınması, pansuman, enjeksiyon ve rehabilite edici hizmetler en önemli görevlerindendir. Hastaların hayatını ve sağlığını etkileyecek veya önleyebileceği her türlü ilaç ve cihaz için gerekli raporların çıkarılmasını sağlamak, aile bireylerine tedavi süresince gerekli eğitimleri vermek, tedavi sürecinde iyileşme olmadığı hatta kötüye giden durumlarda hastaneye sevklerini sağlamak ve gerekli uzmanlardan konsültasyon talep etmekte görevleri arasında yer alır.⁸³

14'ü giydirilmiş 20 araçla hizmet veren Evde Sağlık Hizmetleri 2013 yılı itibari ile 5.575 kayıtlı hastaya hizmet verilmiştir. 2'si Uzman, 2'si diş hekimi olmak üzere 14 Hekim, 45 yardımcı sağlık personeli, 16 diğer personel olmak üzere 69 kişi ile hizmet vermektedir. Kayıtlı hastalara toplam 18.405 ziyaret düzenlenmiştir.

2.1.5. 112 Acil Sağlık Hizmetleri

Acil Sağlık Hizmetleri Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Şube Müdürlüğü ve İl Ambulans Servisi Başhekimliği olarak yapılanmıştır. 2013 yılı verilerine göre 11'i merkezde, 19'u İlçelerde olmak üzere toplam 30 istasyonla hizmet vermektedir. 8 İstasyon A tipi İstasyon olarak hizmet vermektedir. İl çapında 11'si Merkezde, 19'u ilçelerde olmak üzere 51 adet Acil Yardım İstasyonu ile hizmet vermektedir.

⁸³, <http://www.kmhsm.gov.tr/IcerikSayfa.aspx?KatId=3&AltKatId=31>, (10.09.2014)

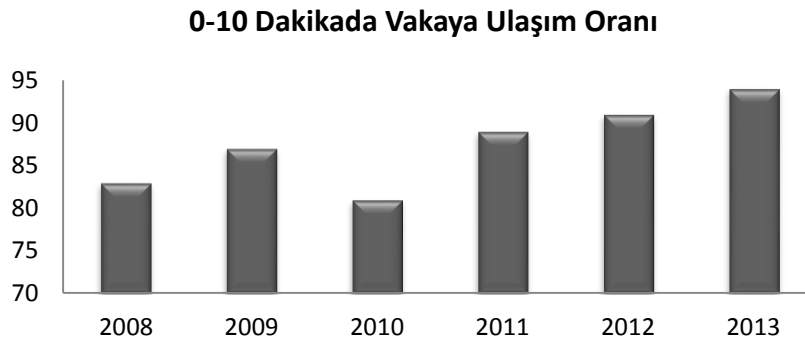


Şekil 25. 112 Acil Sağlık İstasyonlarının Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2009 yılından itibaren araç takip ve dijital sisteme geçilmiş, araç hareketlerinin il haritası ve internet üzerinden takip edilebildiği GPRS cihazı tüm ambulansa takılmıştır. Tüm çağrılar otomatik olarak kayıt altına alınmaktadır. Hastane operasyon sistemi devreye sokulmuş, boş yataklar on-line olarak görülebilir hale gelmiştir. İlçelerden il merkezine ve il merkezinden başka illere yapılan sevklerde boş yatakların bilgisine ulaşmak açısından çok önemli bir gelişmedir. Ayrıca iklim koşullarının sert geçtiği kuzey ilçelerinde hizmet vermesi amacıyla 3 Paletli Ambulans bulunmaktadır .

2013 yılında 37.007 si merkezde olmak üzere 62.353 vakaya müdahale edilmiştir. Bu vakaların 37.418 sine 0-10 dakika arasında, 8.806 sına 10-20 dakika arasında, 2.391 ine 20-30 dakikada, 1.774 üne 30-60 dakika arasında, 353 vakaya 60+ dakikada müdahale edilmiştir.



Şekil 26. 112 İstasyonlarının 0-10 Dakikada Ulaşım Oranların Yıllara Göre Dağılımı

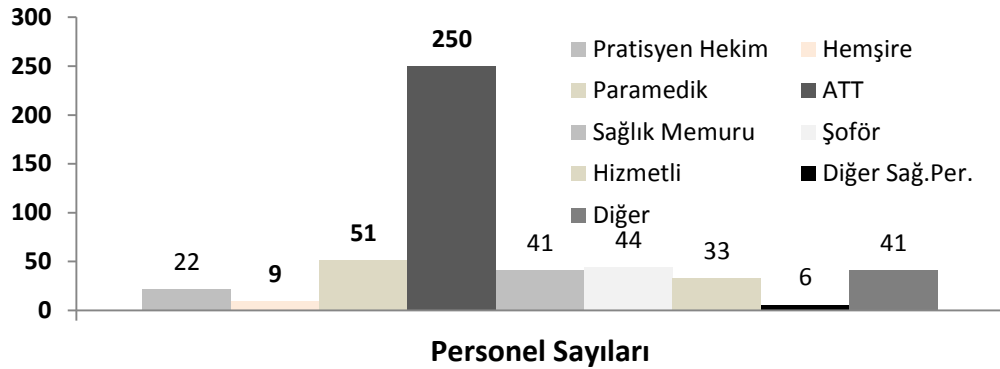
Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Tablo 13. Merkez ve İlçelerdeki Vaka Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Merkez	11.719	14.823	17.181	25.928	32.574	37.007
İlçeler	9.595	9.439	10.225	15.349	20.035	25.346
Toplam	21.314	24.262	27.406	41.277	52.609	62.353

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Personel durumu ise, 22 pratisyen hekim, 9 hemşire, 41 toplum sağlığı teknisyeni, 250 acil tıp teknisyeni, 51 Acil Tıp Teknikeri, 44 şoför, 33 hizmetli, 6 diğer sağlık personeli, 41 diğer personel olmak üzere toplam kadrolu 497 kişidir. Tüm istasyonlarda kendi 112 personeli tarafından ayrı istasyonda hizmet verilmektedir. 112 aracılığı ile il dışına en çok koroner, travma ve nörolojik nedenlerle ile sevk yapıldığı, ilçelerden il merkezine sevklerin de aynı nedenlerle olduğu görülmektedir. Kentsel alanda, kırsal alan göre daha fazla vaka olduğu ve il genelinde 10 dakikada vakaya ulaşım % 94 oranında başarılmaktadır. İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde afetlerde acil yardım ve organizasyonun sağlanması için UMKE birimleri kurulmuştur. Bu birimlerde 7 Hekim ve 56 Sağlık personeli olmak üzere 63 kişilik bir ekiple hizmet vermektedir.



Şekil 27. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Personel Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

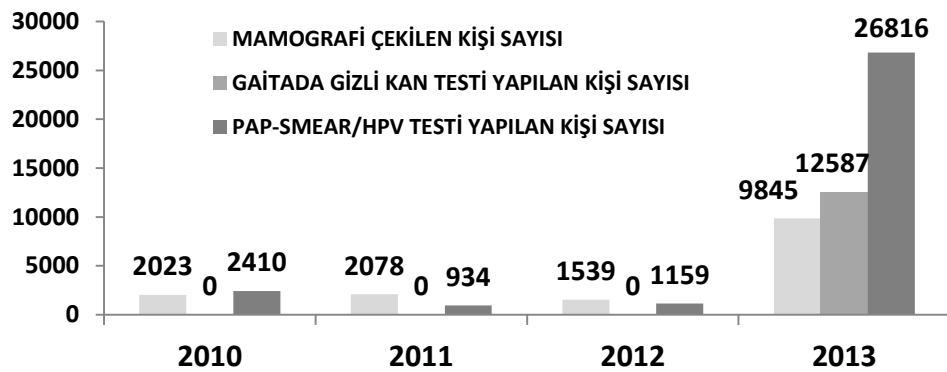
2.1.6. Halk Sağlığı Laboratuvarı

Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Halk Sağlığı Laboratuvarında yalnızca koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik, gıda ve su analizleri, portör muayeneleri yapılmaktadır. Elbistan ilçesinde Evlilik Öncesi Talasemi testlerinin yapılması için

Hemoglanopati laboratuvarı kurulmuştur. 1 Biyokimya Uzmanı, 1 Tabip, 6 Biyolog, 4 Kimyager, 2 Mühendis, 10 Tekniker ve 11 diğer personelle hizmet vermektedir. 2013 yılında 4.433 içme suyu numunesine Mikrobiyolojik Analiz, 2.478 içme suyu numunesine Kimyasal Analiz yapılmıştır. 67 Havuz suyuna Mikrobiyolojik Analiz, 85 Havuz suyuna Kimyasal Analiz yapılmıştır.

2.1.7. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)

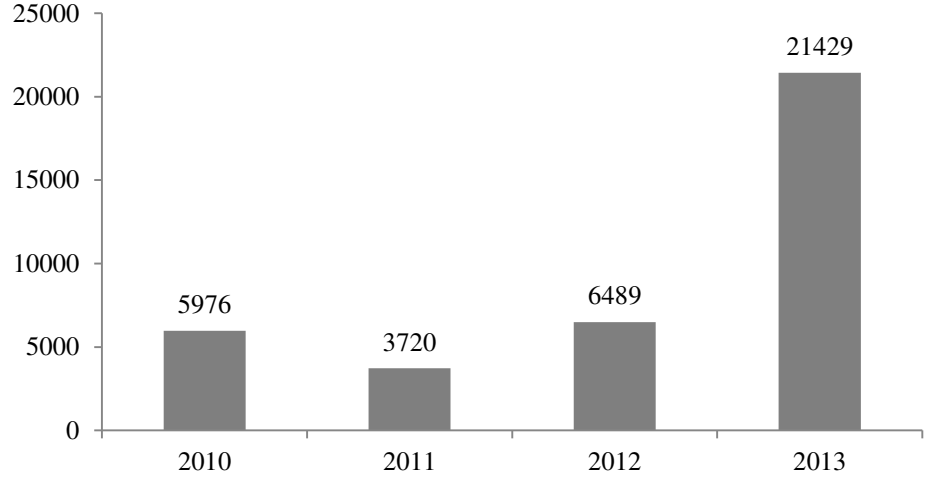
1998 yılında Türkiye’de uygulamaya konan Proje İli kapsamında Kahramanmaraş Devlet Hastanesi bünyesinde KETEM hizmet vermeye başlamıştır. Sağlıkta dönüşüm programına kadar halk tarafından fazla fark edilmeyen son dönemde daha planlı programlı ve örgütlü hale gelen KETEM’ler 663 Sayılı KHK ile de 2012 Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlanmış ve faaliyetlerine tarama ve eğitim odaklı devam etmektedir. Elbistan İlçesinde ve Merkezde olmak üzere 2 tane KETEM bulunmaktadır. İlçelere bağlı Toplum Sağlığı Merkezlerinde KETEM’lerin belirli taramalarının yapılması amacıyla Laboratuvarlar kurulmuştur. Taramalarda kullanılmak üzere 2 tane Dijital Mamografi cihazı ve 2 adet Minibüs Valilik Özel İdare Müdürlüğü tarafından alınarak halkın hizmetine sunulmuştur. 4 Pratisyen Hekim, 4 Röntgen Teknisyeni, 2 Laboratuvar Teknisyeni, 5 Tıbbi Sekreter, 4 Hemşire, 5 Ebe, 1 diğer personel olmak üzere 25 personelle hizmet vermektedir. KETEM’lerde Mamografi cihazları ile Meme Kanseri taramaları, Pap-Smear testleri ile Rahim ağzı kanser taramaları, gaitada gizli kan testleri ile kolon kanseri taramaları yapılmaktadır.



Şekil 28. Yıllara Göre KETEM ve Hastanelerde Yapılan Testlerin Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Kanser taramaları konusunda 2011 yılından itibaren Aile Hekimlikleri, köy muhtarları ve yerel yöneticilerin destekleri ile taşınmalı sistemle Kanser taramalarına vatandaşları taşıyarak tarama hizmetleri verilmeye başlamıştır. Taramaya gelen vatandaşlarımıza Eğitim salonlarında Kanserde erken teşhisin önemini vurgulayan sunumlar ve sinevizyonla eğitim verilmektedir. 2013 yılında 21.429 kişiye eğitim verilmiştir.



Şekil 29. KETEM’lerde Eğitim Verilen Kişilerin Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Birimler

2.2.1.Sağlık Bakanlığına Bağlı Görev Yapan 2.Basamak Sağlık Kuruluşları

Merkezde bulunan Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Yenişehir Devlet Hastanesi ve Kahramanmaraş Devlet Hastanesi Kamu Hastaneler Birliğinin kurulması ile birleştirilerek Necip Fazıl Şehir Hastanesi olarak isimleri değişmiştir. Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Afşin, Elbistan, Göksun, Andırın, Pazarcık, Türkoğlu, Ekinözü, Çağlayancerit Devlet Hastaneleri ile Ekinözü ve Nurhak Entegre Devlet Hastaneleri ikinci Basamak hizmet veren kuruluşlardır.

İl genelinde 2012 yılı itibari ile 536 uzman hekim bulunmakta, 323’ü Sağlık Bakanlığına bağlı hizmet verirken, 104’ü üniversite ve 109’si özel kuruluşlarda görev yapmaktadır.

Tablo 14. 2013 Uzman Hekimlerin Sağlık Kuruluşlarına Dağılımı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Uzm.Hek.Başı Nüfus
Merkez	203	104	91	398	1369
İlçeler	120	0	18	138	3731
Toplam	323	104	109	536	1977

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Bu kuruluşlarda çalışan pratisyen ve uzman hekimlerle, bir pratisyen ve bir uzman hekime düşen nüfuslar ise aşağıdaki tablolarda yer almaktadır. Ayrıca Yıllara göre Pratisyen Hekim ve Uzman Hekim Sayılarının İl Merkezi ve ilçelere göre dağılımı aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir.

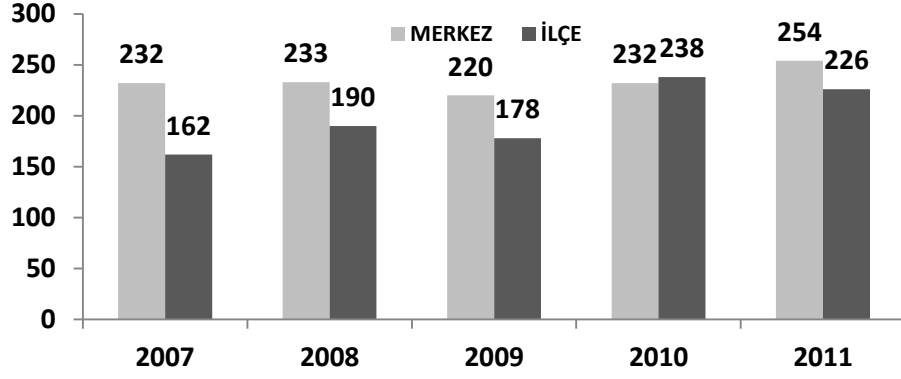
Tablo 15. 2011 Yılı Pratisyen Hekim Dağılımı ve Pratisyen Hekime Düşen Nüfus

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite	Özel		Toplam	Pra.He k. Başı Nüfus
	Birinci Basamak	İkinci Basamak		Birinci Basamak	İkinci Basamak		
Merkez	191	53	1	3	14	262	2080
İlçeler	144	82	0	2	2	230	2239
Toplam	335	135	1	5	18	492	2166

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2012 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Toplamda 335 birinci basamakta, 135 ikinci basamakta görev yapan Pratisyen hekim bulunmaktadır. Özel hastanelerde ise 23 pratisyen hekim hizmet vermektedir. İl Geneli pratisyen hekim başı nüfus 2013 yılında 2.166 olmuştur.

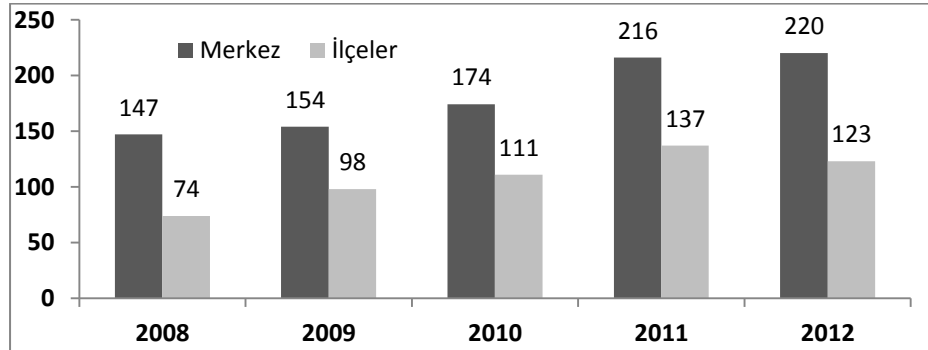
Aile hekimliğine geçilmesi ile ilçelerde Aile sağlığı merkezlerinde Aile hekimliklerinin doluluk oranının artması ile ilçelerdeki pratisyen hekim artışı daha fazla olmuştur.. 2007 yılında 162 olan sayı 2011 yılında 226 olmuştur.



Şekil 30. Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurumlarda Görev Yapan Pratisyen Hekimlerin 2007-2011 Yılları Arası Merkez ve İlçelere Göre Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2013 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

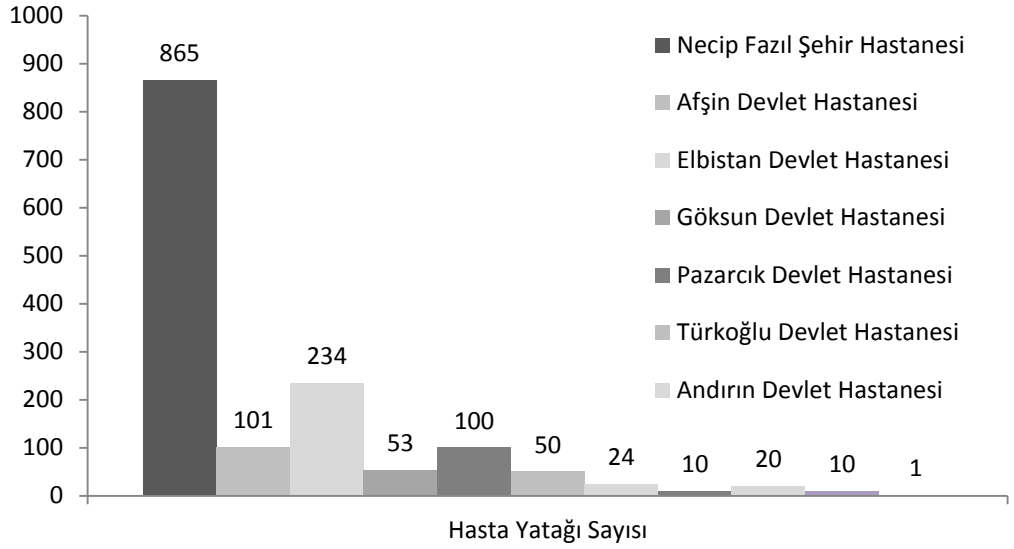
Sağlık Bakanlığına bağlı Yataklı tedavi Kurumlarında görev Uzman Hekimlerin 2013 Yılı itibari ile Merkez ve İlçelere göre dağılımı yıllara göre şekil 26'da gösterilmektedir.



Şekil 31. Sağlık Bakanlığına Bağlı Yataklı Tedavi Kurumlarında Görev Uzman Hekimlerin Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2013 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

İl geneli Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarındaki toplam yatak sayısı 1467 olup en fazla Hasta yatağı Necip Fazıl Şehir Hastanesinde 865, en az yatak ise Nurhak ve Çağlayanerit Devlet Hastanesinin sahip olduğu görülmektedir. 1467 yatağın 307 tanesi nitelikli yatak sınıfındadır.



Şekil 32. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerin Yatak Sayılarının Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Hastanelerin yatak doluluk oranları 2008 yılında %60,02, 2009 yılında %65,44, 2010 yılında %66,38, 2011 yılında %69,72 ‘dir. 2011 yılında 150.758 kişi yatışla tedavi olmuş ve bu hastaların kaldığı toplam gün sayısı 500.528 gün olmuştur(Ortalama 3,35 gün).

Sağlıkta dönüşüm programının uygulanmaya başlanmasından sonra kurulan hasta hakları birimleri hastalardan gelen bildirimlere cevap vermektedir. 2011 yılında yapılan 1070 başvurunun 935’i yerinde çözümlenmiş, 135’i ise kurullarda görüşülerek karara bağlanmıştır.

2.2.2.Özel Hastanelerin Mevcut Durumları

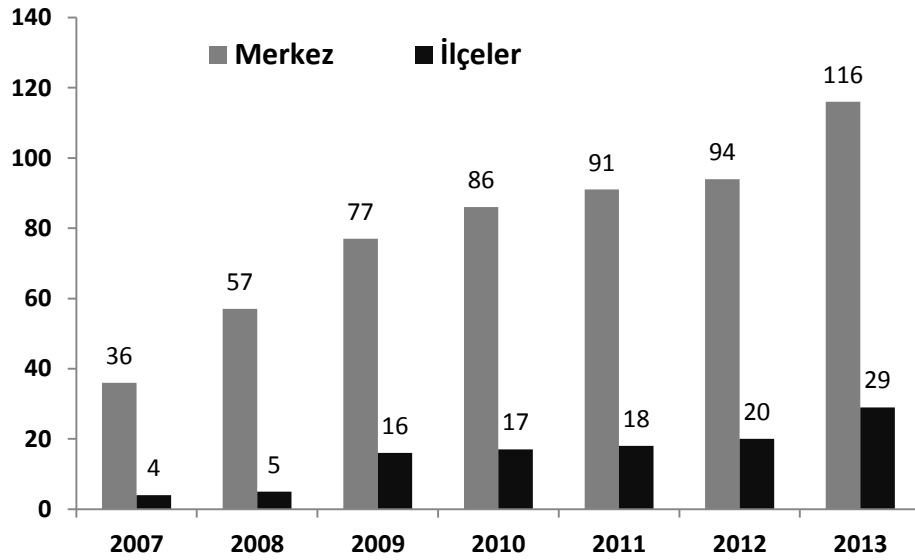
Özel Hastanelerdeki toplam yatak sayısı 2013 yıl sonu itibari ile 388 olup bunların 279 tanesi nitelikli yataktır. Ayaktan toplam muayene sayısı 959.738’dir. Acil muayene sayısı 463.185 tir. 2008 yılında 113 olan yatak sayısı 2013 yılında 388’e ulaşmıştır. Bu yatakların 300 tanesi merkezde hizmet veren Özel Hastanelerde, 88 tanesi İlçelerde hizmet veren Özel Hastanelerde bulunmaktadır. Ayaktan tedavi sayısı 959.738, acil hasta muayenesi 463.185 olmuştur.

Tablo 16. Özel Hastanelerin 2013 Yılı Yatak ve Muayene Sayıları

Hastane Adı	Hasta Yatağı Sayısı	Nitelikli Hasta Yatak Sayısı	Ayaktan Muayene Edilen Hasta Sayısı	Acil Hasta Muayene Sayısı
Özel Hayat	42	42	153.965	69.067
Özel Devakent	23	23	122.170	62.891
Özel Megapark	117	67	202.048	161.825
Özel Caka Vatan	69	37	265.974	94.262
Özel Uğur Göz	10	0	60.204	0
Özel Elbistan Yaşam Hast.	57	40	122.918	50.305
Özel Nehir Hastanesi	31	31	20.576	15.576
Özel Marash Life Hospital	39	39	32.459	9.259
TOPLAM	388	279	959.738	463.185

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2013 yılı itibari ile 116 merkezde olmak üzere 145 pratisyen hekim görev yapmıştır. Özel Hastanelerinin Kahramanmaraş İl Merkezi ve İlçelerinde görev yapan Pratisyen Hekimlerinin yıllara göre dağılımı aşağıda belirtilmiştir.

**Şekil 33. Özel Hastanelerin Yıllara Göre Pratisyen Hekim sayıları**

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Tablo 17. Özel Hastaneleri Yıllara Göre Hasta Yatak Sayılarının Dağılımı

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Merkez	113	190	209	223	223	300
İlçeler	0	49	49	49	57	88
Toplam	113	239	258	272	280	388

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2008 de Merkezde 3 olan Özel Hastane sayısı 2011 de 2 ilçe ve 6 merkezde olmak üzere 8 Özel hastaneye yükselmiştir. 2008 yılında 113 olan Hasta Yatak sayısı 2013 yılında 388'e ulaşmıştır. Bunların 300 tanesi merkezde hizmet veren Özel hastanelerdir.

Tablo 18. Özel Hastanelerin Muayene, Yatan Hasta Sayıları İle Yatak Doluluk Oranlarının Yıllara Göre Dağılımı

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Muayene Sayısı	302.051	493.508	783.531	927.378	881.893	959.738
Yatan Hasta sayısı	23.405	23.089	24.077	27.035	27.841	31.049
Yatak doluluk oranları	87,55	50,94	58,92	79,55	81,30	71,40

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

İl geneli 2013 yılında 98 Tanı Tedavi merkezi olarak hizmet vermektedir. Bunların 8 tanesi Özel hastane olarak hizmet vermektedir. 8 özel hastanenin 6 tanesi Merkezde hizmet vermektedir. 12'si merkezde olmak üzere 14 özel muayenehane, 31'i merkezde olmak üzere 50 Ağız ve Diş Sağlığı Muayenehanesi, 1 özel poliklinik, 7'si merkezde olmak üzere 9 Özel Laboratuvar, 2 sağlık kabini, 8 Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği (Merkezde), 10'u merkezde olmak üzere 14 Özel ortez. protez ve işitme merkezi bulunmaktadır.

Tablo 19. İl Geneli Hizmet Veren Özel Tanı ve Tedavi Merkezlerinin Yıllara Göre Dağılımı

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Merkez	48	42	36	31	69	71
İlçeler	26	18	13	12	25	27
Toplam	74	60	49	43	94	98

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2013 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Özel Hastanelerde 2013 yılında 6.778 doğum vakasına müdahale edilmiştir. Bunların 5.023 tanesinde Sezeryanla gerçekleşmiştir. Yani toplam doğum vakasının % 76,60'ı sezaryenle gerçekleşmiştir.

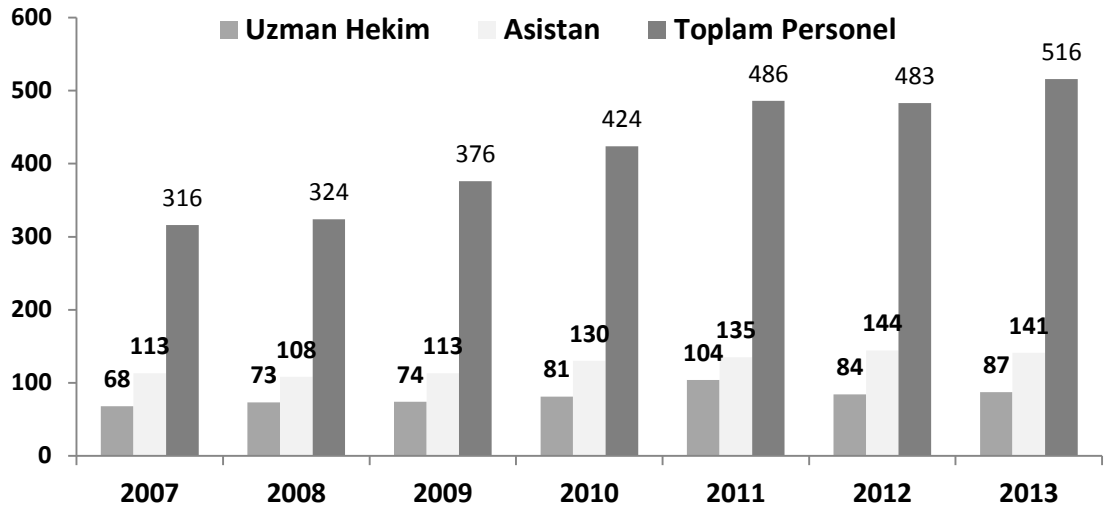
Tablo 20. Özel Hastanelerde Gerçekleşen Doğum Sayıları İle Sezaryen Oranları

	2009	2010	2011	2012	2013
Normal Doğum	1069	1206	1696	1774	1755
Sezeryanla Doğum	3500	4361	4850	4744	5023
Toplam Doğum	4569	5567	6546	6518	6778
Sezeryan Oranı	76,60	78,34	74,09	72,78	74,11

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2012 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2.2.3. KSÜ Tıp Fakültesi Hastanesindeki Değişimin İncelenmesi

KSÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile İl Sağlık Müdürlüğü arasında yapılan protokolle devir alınan eski Devlet Hastanesi binasında yapılan onarım ve tadilatın sonra tamamlanarak, 30.10.2000 tarihinde poliklinikler ve yataklı hasta üniteleri olarak hizmet vermeye başlamıştır. 2001 yılında ise yeni poliklinik binası hizmete eklenmiştir. 2013 yılı sonunda Avşar Kampüsünde 600 yataklı yeni hastane binasına taşınmıştır.”⁸⁴



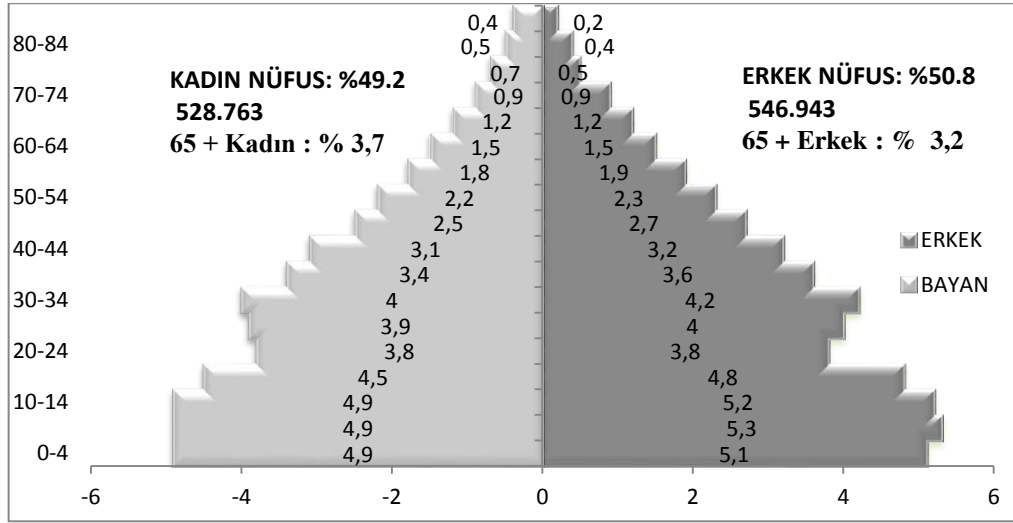
Şekil 34. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversite Hastanesinin 2013 Yılına Kadar Toplam Personel, Asistan Hekim ve Uzman Hekim Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

⁸⁴<http://hastane.ksu.edu.tr/kurumsal.asp?id=8>, (20.09.2014)

KSÜ Tıp Fakóltesi hastanesi yeni hizmet binasına geçene kadar 179 yatak kapasitesi ile hizmet vermekte idi. Yeni hizmet binasına geçilmesi ile hastanenin yatak sayısı 452 olmuştur. 2013 yıl sonu verilerine göre 257.081 kişinin ayakta muayenesi yapılmıştır. Acil serviste 56.057 muayene gerçekleşmiştir. 15.441 hasta yatışı gerçekleşmiştir. Bu hastalar toplam 72.115 gün hastanede kalmışlardır (ortalama 4,6). Yatak doluluk oranı %110,38 oranında gerçekleşmiştir. 650 doğum vakasına müdahale edilmiş ve bunların 378 i sezaryenle doğumdur.

3. VERİLERİN ANALİZİ



Şekil 35. Kahramanmaraş İli 2014 Yılı Nüfusun Demografik yapısı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Tablo 21. İl Nüfusu ve Aile Hekimliği Birim Nüfusları Karşılaştırma

İlçe	2013 Yılı ADNKS Nüfusu	2013 Yılı AHBS Nüfusu	ADNKS AHBS Farkı (%)
Onikişubat	357.870	346.663	3,1
Dulkadiroğlu	216.701	226.953	-4,7
Andırın	35.943	33.351	7,2
Pazarcık	68.843	68.189	0,9
Türkoğlu	67.886	65.769	3,1
Çağlayancerit	25.276	22.203	12,2
Afşin	82.662	82.313	0,4
Göksun	53.157	51.513	3,1
Elbistan	140.493	137.282	2,3
Ekinözü	13.461	12.474	7,3
Nurhak	13.414	11.769	12,3
1.075.706 TOPLAM	1.075.706	1.058.479	1,6

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

3.1. Yataklı Tedavi Kurumlarında Görülen Değişimin Analizi

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmaya başladığı 2005 yılından bu yana sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmet yapısında birçok değişiklik olduğu saptanmıştır. Görüşmecilerin hepsi hasta müracaatlarında artış olduğu, poliklinik oda sayılarının iki kat artmasına karşın, poliklinik sırasında azalmanın olmadığı yönündeydi. Sosyal güvencesine bakılmaksızın herkesin resmi ve özel ayrımı

olmadan tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından yararlanıyor olmaları, ailesinden sağlık güvencesi olmayan 18 yaş altı nüfusun sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanıyor olması ve yeşil kart sahiplerinin artık tüm sağlık giderlerinin SGK tarafından karşılanması da hasta yoğunluğunu arttırmıştır. Bu artış Sağlık Müdürlüğü verilerine göre 6 yıllık süreçte yüzde ve kat olarak aşağıdaki tabloda görölmektedir.

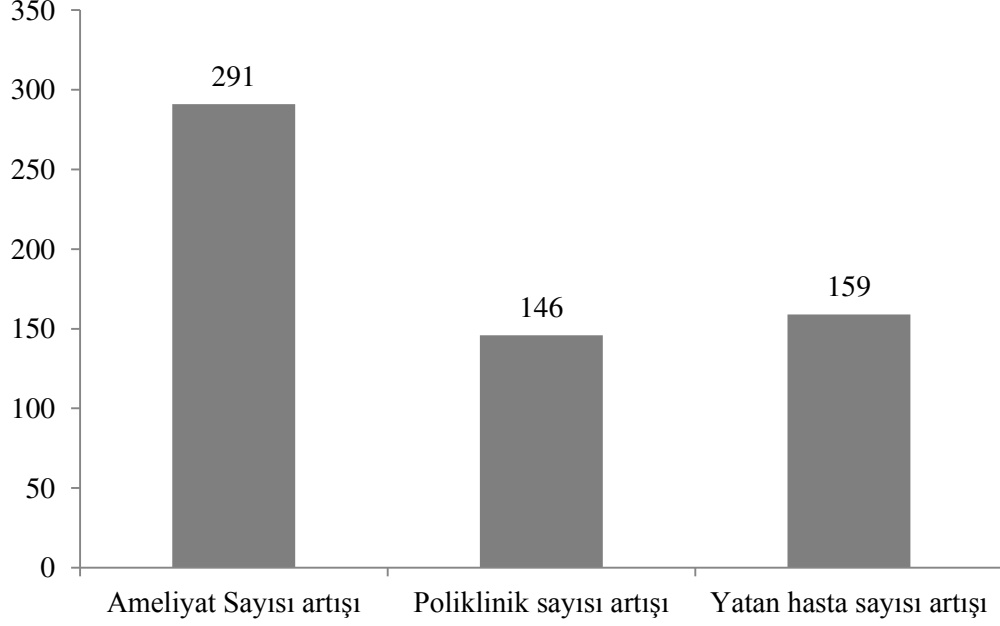
Tablo 22. 2008 Yılındakine Göre 2013 Yılındaki İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Muayene Olan Kişi Sayısındaki Artış (%)

	Merkez	İlçeler	Toplam
2008	1.276.878	1.519.745	2.796.623
2013	3.692.903	3.190.220	6.883.123
Toplam Muayene sayısındaki Artış %	% 189	% 110	%146

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Buna göre hasta başvuruları ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda ve merkezde daha çok artmıştır. İkinci basamak kuruluşlarda artışın nedeni sevk zorunluluğunun kalkması olabilir, merkezde ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru artışının nedeni ise burada daha fazla branştan hekimin olması ile birlikte verilen hizmetin çeşitliliğindeki farktan kaynaklanabilir. Sağlık Müdürlüğü verilerine göre uzman hekim sayısı % 145 , pratisyen hekim sayısı % 24 tüm hekimlerin sayısı ise % 67, toplam sağlık hizmetleri sınıfı personel sayısı ise % 139 oranında artmıştır. Hasta sayılarında yıllara göre 2,5 kata yakın artış olurken, hekim sayılarında 1,67 katlık bir artışın olması hekimlerin iş yükünü arttırmaktadır. Bu durum hasta yoğunluğunda artış olduğu görüşlerini desteklerken, hastaya ayrılan zaman azalacağından, hastalara poliklinik hizmetlerinde yeterince zaman ayrılmamasına yol açmaktadır. Sağlık personeli sayısındaki artış ile muayene edilen kişi sayısındaki artışa bakılacak olursa, bunun performansa dayalı yönetim modeli çerçevesinde her hekime bir poliklinik odası verilmesi ile poliklinik sayılarının artmasına ve hekimlerin daha özverili çalışmalarına bağlanabilir. Hastaların muayene olmak için bekleme sürelerinin poliklinik sayıları nedeni ile branşlara göre değişeceğı, aynı branştan fazla hekim olduğu azalırken, diğerlerinde çok değişmeyeceğı görölmektedir. 2002-2008 yılları arasında ildeki hastanelerde poliklinik sayısında %

146, toplam ameliyat sayısında % 291, yatan hasta sayısında % 159, yatak işgal oranında % 13 lük artış olmuştur.



Şekil 36. 2002-2013 Arası Yataklı Tedavi Kurumları Poliklinik, Ameliyat, Yatan Hasta Oranlarındaki Değişim

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Bu da göstermektedir ki, Poliklinik sayısı %146 artarken, yatan hasta sayısı %159 artmıştır. 2011 yılı itibari ile 4.132.940 kişiye Yataklı Tedavi kuruluşlarında poliklinik hizmeti verilmiştir. Verilen bu hizmet sayı ve nitelik olarak da değerlendirilmelidir. Çünkü, ülkemizde yapılan araştırmalara göre bir hastaya bürokratik işlemlerde dahil 10 dakika ayrıldığını göstermektedir. Oysaki Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre tam muayene için bir hastaya ayrılması gereken süre 20 dakikadır.

Hasta hakları konusunda Hastaneler bünyesinde ve Bakanlık nezdinde SABİM aracılığı bu konularda gelen başvurular değerlendirmekte ve 2012 yılında 622 başvuru yerinde 102 başvuru ise kurullar tarafından değerlendirilmiştir. SABİM'e yapılan başvurularda yine bu birimler tarafından sonuçlandırılmaktadır. 2004 yılında 80 başvuru varken 2012 yılında 1.277 kişi SABİM'e başvurmuştur. Bu uygulamalarla eskiden beri gelen hasta memnuniyetinin artırılması sağlandığı gibi

hastalarda fazla özgüven neticesinde sağlık personelinin aleyhine durumlarda geliştiği olmuştur.

Tablo 23. Kahramanmaraş İli Yataklı Tedavi Kurumları Verileri

Hastane Adı	Aktif Yatak Sayısı	Nitelikli Yatak Sayısı (1-2 kişilik, wc banyolu)	Nitelikli Yatak Oranı (%)	Yatak Doluluk Oranı (%)	Toplam Arsa Alanı (m ²)	Toplam Kapalı Alan (m ²)	Yatak Başına Düşen Kapalı Alan (m ²)
Necip Fazıl Şehir Hast.	973	553	56,8	84,8	226.273	124.954	128
Elbistan Devlet Hastanesi	234	118	50,4	76,8	137.000	24.246	104
Afşin Devlet Hastanesi	125	110	89,6	76,13	70.000	18.145	145
Pazarcık Devlet Hastanesi	111	66	59,4	92,06	6.599	7.792	70
Göksun Dr. Süre.A. D.H.	57	2	3,5	45,61	11.071	8.310	146
Andırın Devlet Hastanesi	24	2	8,3	76,85	12.247	3.202	133
Çağlayanerit Devlet Hast.	20	20	100	12,13	8.918	3.911	196
Türkoğlu FTR. Merkezi	50	-	0	83,86	9.884	2.946	59
TOPLAM	1.594	871	55	81	481.992	193.506	121
Üniversite	516	366	78	97	116.888	98.562	191
Özel	400	242	66	84	10.500	36.862	92
TOPLAM	2.510	1.479	58	85	609.380	328.930	131

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2002 yılında 1.310 olan il geneli yatak sayısı 2013 te 2.510 e çıkartılmıştır. Bu yatakların 2002 yılında %54 olan yatak doluluk oranı 2013 yılında %85 ye çıkmıştır. Özel Hastanelerdeki yatak sayıları 2007 de 113 iken 2013 yılında 400'e çıkmıştır. 2002 de %20 olan nitelikli yatak oranı 2013 de %60'a çıkmıştır. 2008 yılında 302.051 kişi özellere başvurmuş iken , 2013 yılında 959.738 kişi başvurmuştur. 2008 de 23.405 kişiye yatış işlemi yapılmışken bu sayı 2013 de 31.049 olmuştur. Sağlıkta dönüşüm sonrası özellerin vatandaşlara açılmasından sonra özellere başvurular 3 katına yatış işlemleri ise %35 artmıştır. 2008 de 2433 doğum vakası yapılmışken Özel Hastanelerde 2013 yılında 6.778 doğum vakasına müdahale edilmiştir. Bu vakaların % 74 üne sezaryenle müdahale edilmiştir. Bu oranın yüksek olması ilçelerde ve merkezde yeterli uzman hekim sayısının olmaması ve riskli gebeliklerin buralara ve KSÜ hastanesine yönlendirilmesinden kaynaklanmaktadır.

Tablo 24. Hastanelerin Sezaryen Oranları

Hastane Adı	Sezaryen Oranı (%), 2013	İlk Sezaryen Oranı (%), 2013
Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Ek Hizmet Binası	51	23
Pazarcık Devlet Hastanesi	20	4
Elbistan Devlet Hastanesi	28	12
Afşin Devlet Hastanesi	35	14
Andırın Devlet Hastanesi	33	17
Göksun Dr. Süreyya Adanalı Devlet Hastanesi	21	8
KSÜ. Tıp Fak. Araştırma ve Uygulama Hastanesi	71	33

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Erişkin yoğun bakım konusunda ilde önemli adımlar atılmış ve toplam 184 yatak bunlara bağlı 131 ventilatör cihazı hizmet vermektedir.

Tablo 25. Erişkin Yoğun Bakım Hizmetleri

Hastane Adı	Birinci Seviye		İkinci Seviye		Üçüncü Seviye		Toplam Yatak	Vent. Sayısı
	Yatak Sayısı	YDO (%)	Yatak Sayısı	YDO (%)	Yatak Sayısı	YDO (%)		
Sağlık Bakanlığı	17	75	49	81	29	87	95	70
Üniversite	0	0	24	92	13	94	37	27
Özel	0	0	46	96	6	92	52	34
Toplam	17	75	119	89	48	89	184	131

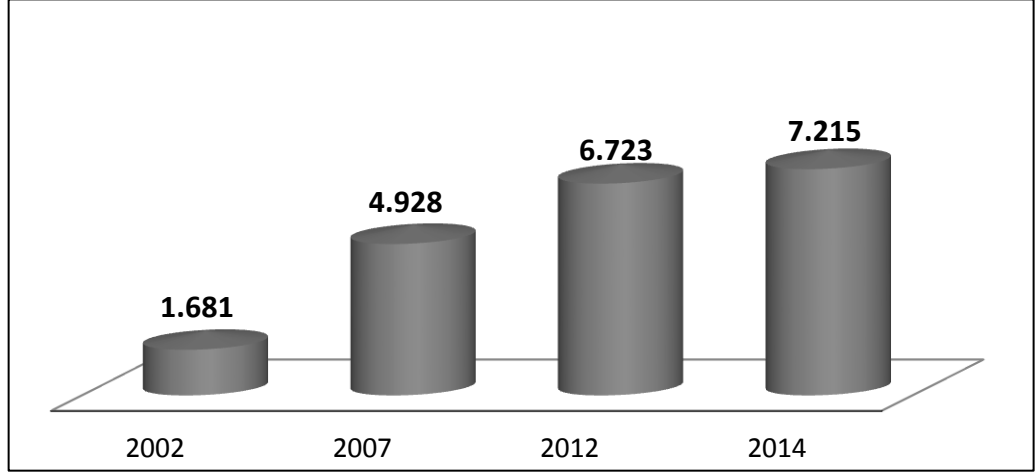
Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

20'si Şehir Hastanesinde , 8 tanesi KSÜ hastanesinde olmak üzere toplam 28 yatak kapasiteli çocuk yoğun bakımı bulunmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım hizmetleri açısından da önemli gelişmeler olmuş ve 161 yatak ve 62 ventilatör cihazı ile hizmet vermektedir. Bu yatakların 46'sı sağlık bakanlığı hastanelerinde 17'si KSÜ Hastanesinde, 98 tanesi de özel hastanelerde yer almaktadır. Üçüncü seviye 103 yatak bulunmaktadır. Necip Fazıl Şehir hastanesinde 2013 yılında 6 yatak kapasiteli yanık ünitesi faaliyet göstermeye başlamıştır.

Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda 2002 yılında 3454 olan personel sayısı 2013 yılında 5967 olmuştur. Yine 2002 de Ebe-hemşire sayısı 1044 iken 2014'te

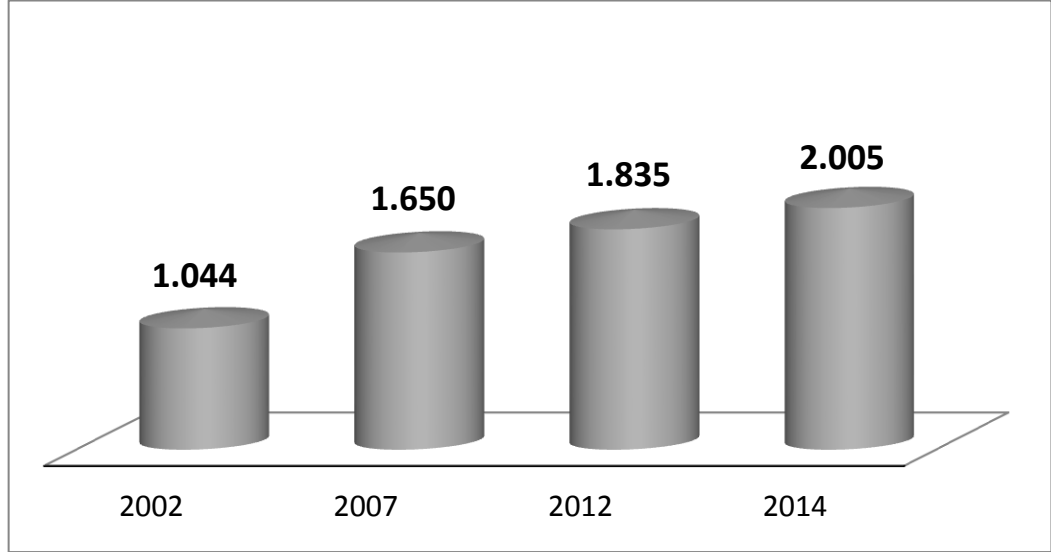
2025 olmuştur. Poliklinik ve yatış oranlarının 3 kat artmasına rağmen ebe, hemşire sayısındaki artış 2 kat artış olmuş ve bu da iş yükünün artmasına yol açmıştır.

3.2. İnsan Kaynakları Verilerindeki Değişimin Analizi



Şekil 37. Toplam Sağlık İş Gücü 2002-2014 Yılları Arası Dağılımı

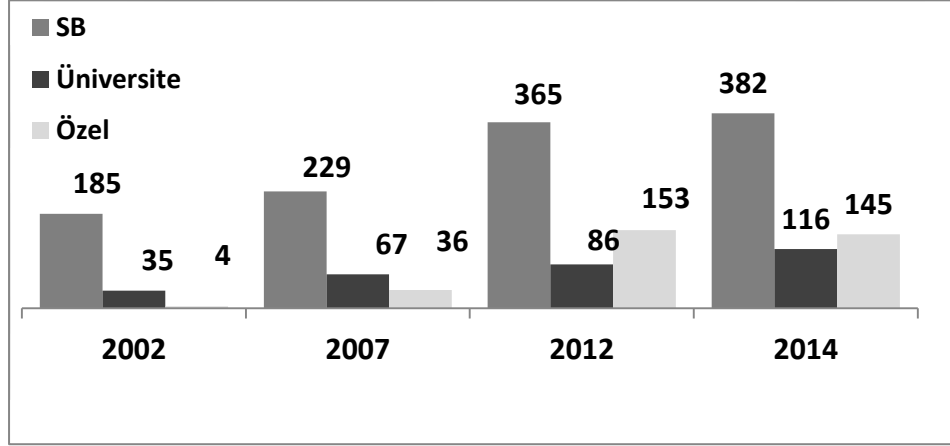
Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.



Şekil 38. Ebe Hemşirelerin 2002-2014 Yılları Arası Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2002 yılında Hekim başına 1.488, Diş Hekimi başına 9.856, Eczacı başına ise 5.435 iken nüfus düşerken 2011 yılında bu sayılar Hekim başına 881, Diş Hekimi başına 5.899, Eczacı başına 3.910 a kadar gerilemiştir. Yine Ebe-Hemşire başına düşen nüfus 1.673 ten 518'lere gerilemiştir.

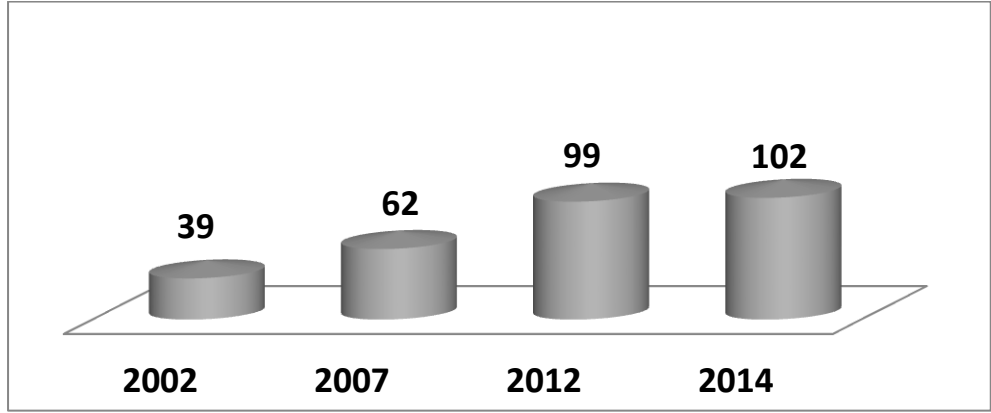


Şekil 39. Uzman Hekimlerin 2002-2014 Yılları Arası Dağılımı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Diş Hekimi sayısında ciddi anlamda artış olmuştur. 2002 de 39 diş hekimi görev yaparken 2014 de 102'ye yükselmiştir.

Şekil 40. Diş Hekimlerinin 2002-2014 Yılları Arası Dağılımı



Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

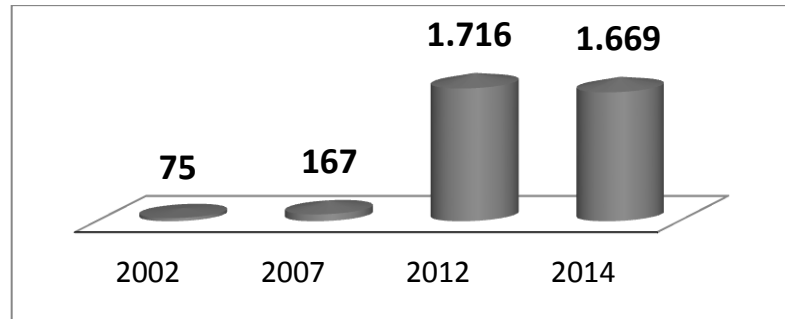
İl geneli 2002 yılında 224 Uzman Hekim görev yaparken, 2014 yılı itibari ile bu rakam 643 olmuştur. Sağlık Bakanlığına bağlı çalışanların sayısı da 2002 de 189 iken 2014 de 527 olmuştur. Tıp Fakültesi hastanesinde de 35 olan Uzman Hekim Sayısı 116 ya çıkmıştır. 12 yıllık dönemde uzman hekim sayısı 2,8 kat artmıştır.

2002 yılında 224 uzman, 395 pratisyen toplam 613 hekim varken 160 hekimin muayenehanesi bulunmakta ve 44 hekim de işyeri hekimliği yapmakta yani toplam 204 hekim part- time olarak çalışmaktadır. 2011 yılı mart ayı verilerine göre il genelinde 536 uzman, 488 pratisyen toplam 1024 hekim bulunmakta toplam 63 hekim de işyeri hekimliği yapmakta, toplam 98 hekim part-time çalışmaktadır. 2002 yılında tüm hekimlerin %43'u part-time çalışırken, 2013'te tam gün yasası ile part time çalışan kamuda bulunmamaktadır.

Muayenehane hekimliğini daha çok uzman hekimlerin (%97), iş yeri hekimliğini ise pratisyen hekimlerin yaptığı tespit edilmekte, merkezde hiç pratisyen hekimin muayenehanesi yokken 2010 yılında 25 işyeri hekimliği olduğu verilerden anlaşılmaktadır.

Uzman hekimlerin 2002 yılında %83' nün muayenehanesi bulunmakta iken 2013'te %2'ye düşmüş, yine 2004 yılında pratisyen hekimlerin %13'ünün muayenehanesi varken bu oran 2013'de tam gün yasası ile tüm hekimler full-time çalışmaktadır.. Genel olarak muayenehane hekimliğinin performansa dayalı çalışma yöntemi ile cazibesini yitirdiği görülmekle birlikte ilçelerde çalışan hem uzman hem de pratisyen hekimlerin muayenehane hekimliğini merkezde çalışanlardan daha fazla tercih ettikleri de saptanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşümle beraber Sağlık kurumlarında Hizmet satın alma yolu ile temizlik, güvenlik ve hasta yönlendirme ile hasta kabul için sözleşmeler imzalanmıştır. 2002'de 75 kişilik bir anlaşma ile başlanan hizmet alımları 2014 yılında 1.669'a ulaşmıştır.



Şekil 41. Sağlık Bakanlığı Hizmet Alımı İle Çalışan Sayısı

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

3.3 Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görülen Değişimin Analizi

Aile Hekimliğine geçilmesi ile muayene sayılarında önemli oranlarda artış olmuştur. Birinci basamak muayene oranı 2002 de %33'lerde iken Aile Hekimliğinden sonra bu oran %39 olmuştur. İl geneli 110 Aile Sağlığı Merkezi ve 310 Aile Hekimliği birimi bulunmaktadır. Bunlardan 45 aile sağlığı merkezi ile 163 aile hekimliği birimi merkezde hizmet vermektedir. 2002 yılında 736.443 olan 1.basamak muayene sayısı 2013 te 2.916.377 olmuştur. Nüfus artış oranı % 6 olmasına rağmen muayene sayısında %300 lük bir artış olmuştur. Ana çocuk sağlığı hizmetleri anlamında 2007 ye kadar aşı takviminde 7 aşı varken 2013 yılı itibari ile 11 hastalığa karşı aşılama yapılmaktadır. İl geneli çocuklar %98 oranında aşılama oranları aşılanmaktadır. Bu oran 2002 yılında % 90'lar da idi.

Tablo 26. Aile Hekimliği Birimi ve Muayene Sayıları

	2002	AH Geçiş Öncesi Yıl (Aralık 2010)	2013
Birinci Basamak Muayene Oda Sayısı	135	325	335
Yıllık Muayene Sayısı	736.443	1.890.360	2.916.377

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2002 de 135 olan birinci basamak muayene oda sayısı 2013 te 325 olmuştur. Poliklinik oda sayısı 2,4 artarken 1.Basamak muayene sayısı 4 kat artmıştır. Bunun sonucunda Hekim başı ortalama poliklinik sayısı 5.455 ten 8.705 e yükselmiştir. Böylelikle 1. Basamakta görev yapan Aile hekimleri ve aile sağlığı elamanların iş yükü 2002 yılına göre % 66 oranında artmıştır.

Tablo 27. Yıllara Göre Anne Ölümleri Sayısının Dağılımı

	2002	2010	2011	2012	2013
Ölen Anne Sayısı	19	5	9	0	4
Anne Ölüm Oranı*	110	23,5	42,6	0	17,6
Türkiye Anne Ölüm Oranı*	61	16,4	15,5	15,4	15,9

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

2002 de ülke geneli Anne ölümleri yüz binde 61 düzeyinde iken 2013 de bu rakam yüz binde 15,9'lara kadar gerilemiştir. Yine Kahramanmaraş İl geneli 2002 yılında Anne Ölümleri yüz binde 110 seviyelerinde iken 2013 yılında yüz binde 17,6 ya kadar düşmüştür. Bundaki gebe, lohusa takiplerine verilen önem ile Kadın Doğum Hastalıkları yönünden ülkenin ve ildeki Uzman sayısının ve ameliyathanelerin modernizasyonu etkili olmuştur.

112 hizmetleri anlamında da önemli atılımlar olmuş 2002 yılında 8 olan 112 Acil Yardım ve Kurtarma İstasyonu 2014 yılında 30'a ulaşmıştır. Aynı zaman diliminde 10 Ambulansla hizmet verilirken 2013 yılında bu sayı 64'e çıkmıştır. Bunların 55' i tam donanımlı ambulans, 6 paletli ambulans, 1 adet snow-track ambulans, 1 adet obez ambulansı ve 1 adet 4 yataklı ambulanstır. Zor hava şartlarına karşı mücadele kapsamında alınan 6 adet paletli ambulans hizmet vermektedir. 2002 yılında 112 Acil Yardım istasyonları 5.147 vakaya müdahale ederken 2013 yılında 56.826 vakaya müdahale etmiştir. 2013 yılında 497 personelle hizmet verirken bu rakam 2002 de 96 kişilik bir personelle karşılanmıştır. 8'i hekim olmak üzere 63 UMKE ekibi ve 2 adet 4x4 UMKE aracı ile sahada hizmet vermektedir. Vaka artışı on yılda % 1000 artış gösterirken personel sayısı %500 artmış ve yine personellerin iş yükü artmıştır. Vakalara merkezde 0-10 dakikada ulaşım oranı %93,7, ilçelerde ise bu oran % 86,4 olmuştur.

Tablo 28. 2002-2014 Arası 112 Verileri

	2002	2007	2012	2013
112 Ambulans sayısı	10	41	38	64
İstasyon Sayısı	8	14	25	30
Vaka Sayısı	5.147	16.308	45.192	56.826
İlk 0-10 dakikada	-	-	90,7	93,7
(Kentsel) Vakaya Ortalama Varış Süresi%				
İlk 0-30 dakikada (Kırsal) Vakaya Ortalama Varış Süresi %	-	-	81	86,4

Kaynak: Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü, 2014 Yıllık İstatistiklerinden derlenmiştir.

Sağlıkta dönüşümün yapılmasında en etkili rol yeni yapılan tesisler ve binalar olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm kapsamında 2003 yılından 2013 yılına kadar 179 milyon Türk Lira harcanarak il geneli 67 sağlık tesisi tamamlanmış ve hizmete

girmiştir. Bunların içinde 400 yataklı şehir hastanesi ve Kadın Doğum ve çocuk hastanesi yine bu dönemlerde yapılmıştır. Afşin, Andırın, Pazarcık, Merkez, Çağlayancerit, Nurhak Devlet Hastaneleri yine bu dönemde ek bina inşaatları güçlendirilmiştir. 46 Aile Sağlığı merkezi ve sağlık ocağı yeniden inşa edilmiş, 17 sağlık evi, Halk Sağlığı Laboratuvarı, KETEM binası, AÇSAP binası önemli ölçüde yenilenmiştir. 4 Acil Sağlık Hizmetleri istasyonu ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Kontrol Merkezi sıfırdan inşaa edilerek hizmete girmiştir. Merkezdeki ASM ve Sağlık tesislerinde doğalgaz dönüşümü ve kalorifer tesisatı konusunda önemli harcamalar yapılmıştır. İl geneli 7 ASM de kalorifer tesisatı bulunmamakta , bunlarla ilgili proje onayları alınmış yapım aşamasına geçilmiştir.

Tablo 29. 2002-2013 Yılları arası Yapılan Yatırım ve Onarımlar

	Yatırımın Adı	Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi	Eskale Edilmiş Tutar (₺)
1	Merkez Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	2002	2003	21.823.360
2	Merkez Karacasu Sağlık Ocağı	1999	2003	1.035.648
3	Merkez Ortaseki Sağlık Ocağı	2001	2003	1.844.822
4	Merkez Çağlayan Köyü Sağlık Ocağı	1998	2003	467.730
5	Göksun Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı	2001	2003	1.573.976
6	Elbistan Karaelbistan Mahallesi Sağlık Ocağı	2001	2003	1.673.225
7	Merkez Çokyaşar Köyü Sağlık Evi	2001	2003	103.350
8	Pazarcık Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı	1999	2003	1.003.686
9	Afşin Büyüktatlar Mahallesi Sağlık Ocağı	2000	2004	1.087.137
10	Göksun Tombak Köyü Sağlık Evi	2001	2004	211.761
11	Merkez Fatma Kral Sağlık Ocağı	2002	2006	977.400
12	Merkez Dereboğazı Köyü Sağlık Evi İkmal İnşaatı	2003	2003	108.705
13	Merkez Eğitim Sağlık Ocağı	2003	2004	3.277.600
14	Merkez Kale Sağlık Ocağı	2005	2005	1.146.458
15	Merkez Aslanbey Sağlık Ocağı	2004	2005	479.178
16	Merkez Gaffarlı Köyü Sağlık Evi	2003	2005	34.540
17	Merkez Şirikçioğlu Sağlık Ocağı	2005	2005	518.100
18	Merkez Şirikçioğlu AÇSAP Merkezi	2005	2005	604.450
19	Merkez Hatice Tanrıverdi Sağlık Ocağı	2005	2005	204.450
20	Merkez Mehmet Şerefoğlu Sağlık Ocağı	2005	2005	345.400
21	Merkez S.Muammer Pakdil Sağlık Ocağı	2005	2006	488.700
22	Merkez Suçatı Köyü Sağlık Evi	2006	2006	40.174
23	Merkez Devlet Hastanesi Ek Bina İnş.	2005	2006	4.522.918
24	Merkez Şeyhadil Sağlık Ocağı	2006	2007	101.672
25	Merkez Sultan Hanım Sağlık Ocağı	2006	2006	244.350
26	Merkez Bakırcı H.Şaban Gemci S. Ocağı	2006	2006	814.500
27	Merkez Devlet Hastanesi Ek Bina İkmal İnş.	2007	2007	5.418.237
28	Merkez Elmalar Köyü Sağlık Ocağı	2005	2007	101.710

29	Merkez Şeyhadil Sağlık Ocağı Laboratuvarı	2007	2007	65.152
30	Merkez İsmail Kurtul Sağlık Ocağı	2006	2007	726.500
31	Merkez Mado Sağlık Ocağı	2006	2008	682.000
32	Merkez Nuri Şirikçi Sağlık Ocağı	2006	2008	341.000
33	Merkez Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	2007	2010	10.382.597
34	Merkez 400 Yataklı Yenişehir D.H.Yeni Bina İnşaatı	2008	2011	107.722.358
35	112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Kontrol Mer. İnşaatı	2010	2012	936.994
36	Merkez Doğukent Aile Sağlığı Merkezi	2012	2013	701.618
37	Merkez Tekir Aile Sağlığı Merkezi	2011	2013	847.614
38	Afşin Merkez H.Mehmet Mercimek Sağlık Ocağı	2004	2006	48.824
39	Afşin Merkez 2 Nolu Hacı Feramuz İnal Sağlık Ocağı	2006	2008	721.064
40	Afşin Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı Çevre Tanzimi İnşaatı	2009	2009	54.400
41	Afşin Merkez 4 Nolu Sağlık Ocağı	2006	2006	391.248
42	Afşin Merkez 5 Nolu H.Bayram Şahan S.O.ve İkmal İnş.	2007	2009	276.001
43	Afşin Devlet Hastanesi Ek Bina İnş.(50 Yataklı)	2011	2013	8.533.200
44	Andırın Merkez Sağlık Ocağı Ek Binası	2003	2003	67.080
45	Çağlayancerit Entegre İlçe Hastanesi (E1)	2007	2009	7.617.453
46	Çağlayancerit Merkez Sağlık Ocağı Ek Binası	2003	2003	67.080
47	Ekinözü Merkez Sağlık Ocağı	2004	2005	448.123
48	Ekinözü Alişar Köyü Sağlık Evi	2006	2006	31.332
49	Ekinözü S.O'nın Entegre İlçe Hast. Dönüşümü (E2)	2011	2011	85.045
50	Elbistan Sanayi Sağlık Ocağı	2006	2006	100.000
51	Elbistan Yeşilyurt Sağlık Ocağı	2006	2006	120.000
52	Elbistan Merkez 3 Nolu Sağlık Ocağı	2006	2007	855.555
53	Elbistan Merkez 4 Nolu Sabiha-Alaaddin Yener S.O.	2006	2008	545.600
54	Elbistan Bakış Sağlık Ocağı	2003	2003	101.581
55	Elbistan Izgın Sağlık Ocağı	2008	2009	360.431
56	Nurhak Entegre İlçe Hastanesi (E2)	2007	2009	7.278.454
57	Pazarcık Merkez 3 Nolu Sağlık Ocağı	2006	2007	687.933
58	Pazarcık Eğrice Köyü Sağlık Evi	2006	2007	29.060
59	Pazarcık Devlet Hastanesi Ek Bina İnşaatı	2007	2008	7.153.176
60	Türkoğlu Uzunsöğüt sağlık Ocağı	2008	2009	310.072
61	Türkoğlu Minehüyük Köyü Sağlık Evi	2007	2009	124.600
62	Türkoğlu Zekeriya Tanrıverdi Sağlık Ocağı	2005	2007	871.800
63	Türkoğlu Aile Sağlığı Merkezi	2012	2013	701.618
64	Merkez Sanayi 112 ASH İstasyonu	2012	2013	163.950
65	Merkez Aksu 112 ASH İstasyonu	2012	2013	163.950
66	Afşin Hastanesi 112 ASH İstasyonu	2012	2013	163.950
67	Afşin Mercimekler 112 ASH İstasyonu	2012	2013	163.950
TOPLAM				179.093.505

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü, Yıllık İstatistikleri, 2014

2013 yılında 20 tesisin inşaat onarım işleri yapılmıştır. Merkez ve Elbistan'a 2 tane Soğuk Hava Deposu yapılmıştır. İl geneli 13 metreküplük soğuk hava deposu kapasitesi 133 metreküpe çıkarılmıştır.

SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankasının 1980’li yıllarda destekleri ile dünyada olduğu gibi ülkemizde de bir gelişim ve değişim çabaları olmuştur. Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de reform olarak adlandırılan bir takım çalışmalar yapılmıştır. Cumhuriyetin kurulmasından 1980’li yıllara kadar reform çalışmaları darbe, muhtıra, savaş, ekonomik bunalımlar, siyasi istikrarsızlıklar ve iç politikada kargaşadan dolayı sadece kalkınma planlarının maddeleri üzerinde kalmıştır. Siyasi istikrarın yakalandığı zamanlar ciddi yatırımlar ve planlamalar yapılmıştır. 3 kasım 2002 tarihinde yapılan seçimlerde tek başına iktidara gelen Ak Parti Hükümetinin parti programının önemli bir kısmını Sağlığa ayırması ile önemli insan odaklı çalışmalar olmuştur. SSK hastanelerinin, Devlet Hastaneleri ile birleştirilmesi sonucu hastane ayrımı kaldırılmış, Üniversite Hastanelerinin de tüm vatandaşların hizmetine açılması ile sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılmasına yönelik, SDP uygulanmaya başlanmıştır.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak hazırlanan bu programın, her ildeki sağlık hizmetleri yapısına etkisi farklı düzeylerde olmaktadır. Kahramanmaraş ilinde uygulanmasını değerlendirdiğimiz bu programın, bireysel çalışmayı özendirici, tedavi hizmetleri ağırlıklı, rekabetçi bir yapıda, özel sektör yönelimini destekleyen bir yaklaşım içerisinde olduğu görülmektedir.

Kahramanmaraş ilinde sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılmasına yönelik ilk uygulama hastanelerin birleşmesi ve diğer sağlık kuruluşlarının da çalışanları ile birlikte Sağlık Bakanlığına bağlanması olduğu görülmektedir. Bu hasta memnuniyetine neden olurken, asıl sağlık hizmetinin verimliliğini artırması açısından önemlidir.

İkinci olarak performansa dayalı yönetim modeline geçilmesidir. Burada görülen aksaklıklar ise, maaş olarak alınan ücretlerin düşük olması ve hekimi ek iş yapmaya zorlayan koşullardan sonra performansa göre ücretlendirme ile maaşın 4–5

katı kadar ek ödeme yapılması hekimleri ekonomik açıdan rahatlatmıştır. Birçok hekim özellikle 2013 te çıkarılan Tam gün yasası ile muayenehanesini kapatmış ve tam zamanlı olarak hastanede çalışmaya başlamıştır. Bu da tam zamanlı olarak hastanede çalışmalarını olanaklı hale getirmiş ve hastalara daha çok zaman ayrılmasına katkıda bulunmuştur. Ancak hemen hepsi bu ödemenin özlük haklarına yansımaması ve emekliliğe aktarılmamasından dolayı kaygı duyduğunu, devamı konusunda da kuşkuları olduğunu ifade etmişlerdir. Yine bu modelde yıllık izin haklarının kullanılmaması, hastalık durumunda dahi zorunlu olmadıkça geçirtilmeye çalışılarak hastalık izinlerinin kullanılmaması, hekimlerin mali açıdan zor durumda olmalarından kaynaklanmakta ve hekimin verimliliğini, moral ve motivasyonunu azaltan bir durum olarak görülmektedir.

Bu sistemde aynı işi yapan kişiler arasında gösterdikleri performans nedeni ile ya da bulundukları sağlık kuruluşlarının farklı olması, bireysel performansın kuruluşun performansından da etkilenmesi nedeni ile aylık ücretleri farklılık göstermektedir. Hekim dışı personelin ek ödemeleri daha düşük olmakta, artan iş yükünün tam karşılığının alınmaması sonucu personelde memnuniyetsizlik oluştururken, çalışma barışını da bozmaktadır. Bu sistem de asıl olan bireyselliğin ortaya çıkarılması, sağlığın bir ekip işi olduğu düşüncesinden uzaklaşılmasıdır. Performans nedeni ile rekabet ortamının yaratıldığı, hastanın meta haline getirildiği, etik değerlerde yıpranma olacağı endişelerini taşımaktadırlar. Özellikle merkezden uzak, ilçelerde çalışan hekimlerde tükenmişlik duygularının yaşandığı, hekimlerin özel sağlık kuruluşlarına yöneldiği gözlenmiştir.

Hem performans, hem de yöneticilerin hekimden daha çok poliklinik, daha çok hizmet, daha çok tıbbi işlem beklentileri nedeni ile hastaya ayrılan zaman azalmakta, ileri tetkik yöntemleri ile tanı konulmaya çalışılmakta, ya da tedaviden tanıya gidilmeye çalışılarak, hizmetin niteliği düşmekte, bazen gecikmiş tanılar ve gecikmiş tedavilerle hasta zaman kaybetmektedir.

Performansla birlikte gündeme gelen kalite geliştirme kriterlerinin uygulanmaya başlanması hizmet yapısını etkileyen diğer bir uygulamadır. Burada da aslında eksikleri olmakla birlikte sağlık hizmetlerini iyileştirici ve geliştirici özelliklerinden söz edilmiştir. Ancak uygulamada çeşitli aksaklıklarla

karşılaşılmaktadır. Öncelikle her sağlık kuruluşunun özellikleri birbirinin aynı olmaması nedeni ile o kuruluşa uygunluğuna yönelik sorunlar oluşmuştur. Yine toplumun sosyo-kültürel özellikleri, kuruluşun fizik yapısı, yöneticilerin konuya hakim olup, olamamalarının önemli olduğu görülmektedir. Sağlık yöneticileri profesyonel yönetici olmayıp, hekimler arasından seçildiği için yönetimde problemler yaşanmakta, keyfiyetler uygulanabilmektedir. Yine denetim baskısı ile çalışmaların yürütüldüğü, kurumsallaşmanın olmadığı, birçok şeyin göstermelik yapıldığı, bilgi eksikliğinin bulunduğu tespit edilmiştir. Mevcut çalışmaların süreçlerin iyileştirilmesine yönelik olduğu, hekimlik hizmetlerinde çok etkili olmadığı vurgulanmaktadır. Ancak kalite geliştirme çalışmaları ve akreditasyonun olması gerektiği, hizmet kalite ve veriminde artış sağlayacağı görüşü vardır.

Türkiye’de bazı iller pilot seçilerek birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeline geçilmiştir. Kahramanmaraş ilinde de buna yönelik eğitim çalışmaları yapılmış, alt yapı hazırlıkları tamamlanarak 13 Aralık 2010 tarihinde başlamıştır. Aile Hekimliği sistemi ile Birinci basamakta hizmet veren hekimler maddi yönden iyi bir konuma getirilmiştir. Aile Hekimliğine geçilmesi ile part time çalışan doktor kalmamış böylece tam zamanlı olarak görev yapmaktadırlar. Aile Hekimliği yerleştirmeleri hizmet puanı usulü ile yapılmış ve merkezde yer alan Aile Hekimliklerinde yerleştirmelerde pek yer kalmamıştır. Genellikle merkeze uzak nüfusu az olan ve maddi yönden az gelir getirilen aile hekimliklerinde çok sık boşalmalar veya uzun süreli boşluklar meydana gelmektedir. Böyle yerleri tercih eden aile hekimleri 1 yıl boyunca hizmet verdikten sonra yapılan ek yerleştirmelerde merkezi tercih etmektedirler. Bu da o yerleşim yerindeki vatandaşlar açısından zor bir durumu ortaya çıkarmıştır. Aile Sağlığı elamanı eksikliği de önemli sorunlardan bir tanesi olmuştur. Özellikle Toplum Sağlığı Merkezlerinden görevlendirilen personeller asıl işleri bu olmadığı için fazla özenli davranmamaktadır. Aile sağlığı elamanı ihtiyaçları konusunda kamu hastaneler birliği tarafından muvafakatın verilmemesi ve TSM personellerinin tercih etmemeleri neticesinde il genelinde 30’a yakın Aile Hekiminin Aile Sağlığı elamanı bulunmamaktadır.

Sağlık evi ebelerinin eksikliği de ilde hissedilmektedir.138 sağlık evinden 84’ünde Sağlık Personeli yer almaktadır. Bu kadar açık olmasının nedenlerinden biri de 30 sağlık evi ebesinin Aile Sağlığı elemanı olarak görev yapmasıdır. Sağlık

evindeki mahrumiyet ortamından kurtulmak için bu yolların seçilmesi Sağlık evlerindeki kadroların dolu görünmesi yeni atamaları da önlemiştir. Halk Sağlığı il müdürlüğü buna çözüm olması amacıyla ataması yeni yapılan Sağlık evi ebelerinin belli süre Aile hekimleri ile anlaşmalarını engellemiştir. Bunlar da kalıcı çözümden uzak olduğu görülmektedir. Bakanlığın aile sağlığı elamanlarının görev yaptığı birimlerde kadrolarını vermesi ve sağlık evlerinin gerçekte boş olan kadrolarının sürekli boş kalması ile atamalarda yer alması sağlanabilir.

Aile sağlığı elamanı bulunmasında zorluk çekilen yerlere yönelik 60 kadro mevcut olup bunun tamamı kullanılmaktadır. Bu kadroların kullanımı konusunda yetkinin Halk Sağlığı il müdürlüğüne bırakılması bazı sıkıntıları göz önüne sermiştir. Siyasi irade tarafından bu kadroların kullanılmak istenmesi eşitlik ve adalet anlayışı ile bağdaşmamaktadır. İstifa edilen birimlerdeki kadroların özellikle merkezde ise eğer ulaşımı zor olan yerlere kaydırılması iyi bir uygulama olarak görülmüştür.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin aile hekimliği sürecinden memnuniyet düzeyi zorunluk harici (askerlik vb.) istifanın olmaması ve ücret konusunda tatminkar olması nedeniyle iyi durumda olduğu söylenebilir.

Tam gün yasası ile tam zamanlı hizmet hayata geçilmiştir. İkinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan hekimler tam gün yasası ile en çok performans konusu ile ilgilenmektedirler. Performansı arttırmak ve hasta memnuniyeti sağlamaya yönelik yaptırımlar ve düzenlemelere göre hizmet sunumunda değişiklikler olmakla birlikte, hekimin sorumluluğunun bilincinde olduğu, mesleki doyum ve iyi hekimlik üretmeye çalıştıkları, bunun için de tükenmişlik duygusundan arınmak, geleceğe yönelik belirsizlikler ve kaygılar yaşamamak istemektedirler. Ekonomik durumlarındaki iyileştirmelerin performansa dayalı olmaması özlük haklarında kalıcı iyileştirmelerin olması, çalışan motivasyonunu arttırmak için ek ödemelerin aylık maaşları aşmayan ölçülerde yapılması gereğine inanmaktadırlar.

Birinci ve ikinci basamak yöneticileri örgütsel performans kriterlerini uygulamaya çalışmakta, personelin de buna katılımı için çaba göstermektedirler. Ancak bu konuda kişisel duyarlılık, bilgi ve yeteneğin önemli olduğu, güçlü bir denetim sürecine gereksinim duyulduğu, organizasyon, kaynakların etkin kullanımı, personel yönetimi konularının öne çıktığı görülmektedir. Yöneticilerin tutum ve

davranışları nedeni ile bazı kuruluşların kriterleri uygulama ve yerine getirme konusunda başarılı olduğu, bazı kuruluşların ise geri kaldığı görülmektedir. İl sağlık yönetimi rutin işlerin takibi yanında Sağlık Bakanlığından gelen direktifler konusunda düzenlemeleri yapmak, yaptırmak ve takip etmek görevini sürdürmektedir. Çalışanlar da diğerleri gibi görevlerine göre değişen, kurumsal performansında etkilediği oranlarda ek ödeme almaktadırlar.

MHRS randevu oranı 2014 yılında toplam müracaat oranının %20'lerinde kalmıştır. Randevu sisteminin etkinliğinin artması amacıyla hekim çalışma çizelgelerinin daha güncel tutularak yapılması bu oranı belli oranda artıracaktır.

Yatak ve doluluk oranları eskiye nazaran daha iyi durumda da olsa il nüfusunun ihtiyacını karşılayacak düzeyde değildir. Özellikle uzak ilçelerdeki uzman hekim sayısındaki yetersizlik merkezdeki hastanelerin yoğunluğunu artırmaktadır. İlçe hastanelerinden sevk sayısı her yıl düzenli olarak artmaktadır. Erişkin, çocuk ve yeni doğan yoğun bakım konusunda ildeki mevcut sayısının artırılması şarttır. Yanık ünitesinin yatak sayısı ve yoğun bakımlardaki ventilatör sayısının artırılması gerekmektedir.

Hizmet sunumunda kısa sürede çok hasta bakılmasını getiren bu modeli sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi arttırmadığı, hastaların bu nedenle mağdur olduğu bir gerçektir. Görüntüde kuyruklar azalmakta ancak, hastalıkların tedavisi yönünde anlamlı bir katkı sağlamamaktadır. Bunun yerine geçebilecek, hekime çalışma özgürlüğü ve puan toplama kaygısı yaratmayacak, hekimin kendini geliştirmesine olanak sağlayarak hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik algoritmaların kullanılmasının desteklendiği bir düzenlemeyle sağlık hizmetinin daha etkin sunulması sağlanabilir..

Hekimlerin genellikle nüfusun ve hastanın çok olduğu merkezlerde görev yaptıkları ama mahrumiyet denilebilecek yerlerde görev almaktan kaçındıkları görülmektedir. O nedenle geçici görevlendirmeler şeklinde geçici çözümler bulunmaya çalışılmaktadır. Yapılması gereken bu bölgelerin özendirilmesine yönelik çalışmalar olup, hekimin tercih edebileceği cazip bir hale getirilmelidir.

Aile Sağlığı Merkezlerinin yarı özerk bir şekilde işletilmesinden kaynaklanan önemli sorunlar mevcuttur. ASM içi harcamaların doktorların ortak gider

harcamaları ile yapılacağının bilinmesi bakım ve onarımları yapmamasına ve binanın bakımsızlığına neden olmaktadır. Miadını dolduran ASM'lerin yerine acilen ihtiyaçları karşılayacak modern tesislerin yapılması gerekmektedir. Cari harcama konusunda Halk Sağlığı Müdürlüğünün bütçe anlamında ASM'lere daha fazla kaynak aktarması gerekmektedir. Aile hekimleri de sadece gruplandırma kaygısı nedeniyle ASM'lere bakmaktan vazgeçmeleri, her zaman bakımlarını ihmal etmemeleri gerekmektedir.

Performansa dayalı çalışma modelinde kuruluşlar arasındaki farkların olduğu, bu konuda da yöneticilere büyük iş düştüğü görülmektedir. Mevcut yöneticilerin profesyonel yönetici olmadıkları, sağlık sektöründeki yöneticilerin hekimlerden olması gereği göz önüne alındığında, yönetici konumundaki hekimlere eğitim verilmesi, ya da sağlık yönetiminde eğitim almış hekimlerin bu görevlere atanmaları uygun olacaktır. Tabi sağlık tesisi fiziki alt yapı durumunun personele ödeme yapılan performans kriterleri arasından çıkarılması gerekmektedir.

Evde sağlık hizmetleri konusunda il geneli çalışmalar iyi düzeyde olup hastanelerimizdeki özellikle ilçelerdeki birimlerin daha da genişletilerek hizmet kalitesi artırılabilir. Böylelikle daha fazla hastaya daha sık ziyaretler düzenlenebilir.

112 Acil yardım istasyonlarının 2002 yılında 650 ortalama yıllık hastaya bakmışken 2013'te bu rakam 1900'lere çıkmıştır. İş yükü istasyon başı 3 katına çıkmıştır. Yeni istasyonların açılması gerekliliği ortadadır. Özellikle merkezdeki yoğunluk olan istasyonların bölgeleri daraltılarak yeni istasyonların açılması gerekir. İl dışı sevkler için ayrıca istasyonların kurulması da gerekir. Hasta sayısının artmasının bir boyutunun da halkımızın 112'yi tam anlamıyla kavrayamaması ve 112 komuta merkezinin neredeyse tüm ihbarlara çıkış vermesi etkili olmuştur. Tabi 112 komuta merkezinin neredeyse tüm ihbarlara çıkış vermesinde daha sonra ortaya çıkacak şikayetler ve idarecilerin arkalarında durmamasının önemli bir payı olduğu gözlemlenmiştir.

Toplum bazlı 112 Acil'in daha iyi tanıtılması ve Acil kavramının halka daha iyi anlatılması gerekmektedir. Bunlara ek olarak gereksiz 112'yi meşgul eden ve gerçekten 112'yi gerektirmeyecek vakalara da gerek ekonomik yaptırım gerekse

cezaî yatırımların yapılması gerekmektedir. Böylelikle gerçekten acil durumlara müdahale daha sağlıklı sağlanarak hem zaman hem de ekonomik anlamda daha iyi yerlere gelineceği kanısına varılmıştır.

Ulusal medikal kurtarma ekibi sayısı il nüfusuna oranla çok düşük seviyelerdedir. UMKE personel sayısının artırılması ve bu ekibin yeterli düzeyde hem eğitim hem de tatbikat yapması gerekmektedir. Yıl da 1 ya da 2 kez düzenlenen bu tür tatbikatların daha sıklıkla yapılması personelin hem acil durumlara müdahalesi daha üst düzeye çıkarılır hem de tecrübe kazanırlar.

Sağlık tesislerine yapılan harcamalara rağmen çağın gereklerine uyum sağlayabilecek yapıların azlığı yap-boz sistemiyle çözülmektedir. Bu da sağlık tesislerindeki verimliliği düşürmektedir. Özellikle bilgi sistemleri konusundaki alt yapı sorunları il geneli sağlam bir bilgi işlem altyapısının oluşmasına engel teşkil etmektedir. Binaların çoğu 1960'lı yıllarda yapılmış olup özellikle yönetim merkezlerindeki binalarda yıpranmış, deprem dayanıklılığı zayıf ve üzeri makyajlanmış binalarda hizmet vermektedirler. Yine aile sağlığı merkezleri ve sağlık evlerinin de durumu aynıdır. Yatırımların daha kalıcı ve modernizasyonu sağlayıcı boyutta olması gerekmektedir. Günü kurtarma adına devlet kaynaklarının israfından kaçınılmalıdır. İlçelerdeki Devlet Hastanelerindeki çözümlerde kalıcılıktan uzak olmuştur. Ek hizmet binaları ile çözüm üretilmeye çalışılmaktadır. Sağlık otelciliği ve hasta yakını memnuniyeti anlamında Merkez Necip Fazıl Şehir hastanesi ana hizmet binası hariç diğer tesislerde pek önemli bir çalışma yürütülmemektedir.

KAYNAKÇA

- Acarözmen, M.S. , “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Müessiriyeti”, İstanbul Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 1982
- Ak, B., Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara, 1990
- Aslan,Y., Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti Kuruluşu, Evreleri, Yetki ve Sorumluluğu (23 Nisan 1920–30 Ekim 1923), Ankara, 2001
- DPT, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara, 1985
- Gürsoy,G., “Sağlık”, Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, C.6, Ankara,1989
- Kaya,S., Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kullanılabilirliği, 1995, Ankara
- OECD, Sağlık İncelemeleri Türkiye, Ankara, 2008
- Oral, A.İ., Dünya’da ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları, Eskişehir, 2002
- Özdemir,Y.E., “Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları, Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları", Yeni Türkiye Dergisi, S.39, İstanbul, 2001
- Özlü,T.,Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Klavuzu, Ankara, 2007
- Öztürk, M., Hastane İşletmeciliği Yönetim ve Organizasyon, İstanbul, 2000
- Sargutan,E., “Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, S.8, Ankara, 2005
- Sargutan,E., Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi, Ankara, 1993

- Sarvan,F., “Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi”, C.1, S.1, Eskişehir, 1994
- Soyer, A., “Türkiye’nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960’a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı”, S.16, Ankara, 2001
- Sözen,C.,Özdevecioğlu, M., Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, İstanbul, 1999
- Sur,H., Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, İstanbul, 1998
- Şakar,M.,Sosyal Sigortalar Uygulaması, İstanbul, 1988
- T.C.Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Ankara, 2004
- T.C.Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli Kitapçığı, Ankara, 2004
- T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ankara, 2008
- T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, Ankara, 2003
- Tatar,M., Sağlık Politikaları ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış, İstanbul, 2007
- Tümerdem,Y., Halk Sağlığı II (Toplum Hekimliği), İstanbul, 1992
- Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, Ankara, 2011
- Uz,H., “Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü’nün Tanımı Üzerine Düşünceler”, Yeni Türkiye Dergisi, S.39, İstanbul, 2001
- Ülgen,A.-Aksoy,S.,Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, Ankara, 1995
- Fişek,N., “Halk Sağlığında 50 Yıl”, www.ttb.org.tr/nfisek/kitap1/15.html, (21.08.2013)
-,<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.11969&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>, (22.08.2014)

-, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3966/saglik-hizmetleri-temel-kanunu.html>,
(16.05.2014)
-, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-ka-.html>, (22.11.2014)
-, <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=comContent&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararası-konferansi-bdalmata&catid=6:uluslararasılge&Itemid=36>, (25.09.2013)
-, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/kurum-tanitimi/53-salk-bakanl-tuerkiye-salk-kurumu-salk-ekonomisi-ve-finansman-boluemue> , (05.05.2014)
-, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf>, (25.10.2014)
-, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-ka-.html>, (22.09.2014)
-, <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>, (10.11.2014)
-, <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.html>, (22.11.2014)
-, <http://www.bumko.gov.tr/TR,1072/butce-uygulama-talimatlaritebligleri.html>,
(22.11.2014)
-, <http://www.hastane.com.tr/saglik/hastalarin-yarisi-doktorlardan-sikayetci.html>,
(21.09.2014)
-, <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/indir/hekimsecmeuygulamasigenelgesi.pdf>,
(22.10.2014)
-, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/5/plan5.pdf>,
(11.09.2014)
-, <http://www.makaleler.com/türkiyedeki-birinci-basamak-sağlık-kuruluşları-2-3>,
(22.11.2014)

....., <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>,
(11.10.2014)

....., <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>, (22.09.2014)

....., <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-4688/yatakli-tedavi-kurumlari-tibbi-kayit-ve-arsiv-hizmetler-.html>, (22.10.2014)

....., <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-494/saglik-bakanligina-bagli-saglik-kurumlari-ile-esenlendi-.html>, (11.10.2014)

....., <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-4964/modula-sistemi-e-fatura-200771.html>,
(22.10.2014)

....., <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeligi.html>,
(22.10.2014)

....., <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8160/ozel-hastaneler-yonetmeligi.html>,
(22.09.2014)

....., <http://www.saglikplatformu.com/haberler/Ayrinti.asp?HaberNo=4114>,
(22.09.2014)

....., <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>, (22.11.2014)

....., <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>, (11.05.2014)

....., <http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP59.htm>, (15.11.2014)

....., http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=214:bazi-kamu-kurum-ve-kuruluvarina-a-saik-bler-saik-bakanlina-devredmese-da-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28, (22.11.2014)

....., http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=902:salik-bakanlii-tara-teklati-dar-ve-hzmet-brmler-kadro-standartlari-yoenetmel&Itemid=33, (22.09.2014)

....., http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=953:teblig&, (22.10.2014)

....., http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html, (22.11.2014)

ÖZGEÇMİŞ

20 Ocak 1981 tarihinde Kahramanmaraş ili Afşin ilçesinde doğdu. İlk ve Ortaokulu Afşin ilçesinde liseyi Afşin Sağlık Meslek lisesinde tamamladıktan sonra Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi lisans eğitimimi tamamladı. Daha sonra Anadolu Üniversitesi Laboratuvar ve Veteriner Sağlık Önlisans programını bitirdi. Beykent Üniversitesi İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisidir.

2001 yılından itibaren kamu sektöründe çalışmakta. Özel ilgi alanları spor yapmak ve tarihi yerlere seyahat etmek grafik ve tasarım yapmak,

Evli ve dört çocuk babasıdır.

Aday: Fatih KARAKUŞ