

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

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ VE KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ SİSTEMİNDE YAŞANAN
YÖNETSEL SORUNLAR
(KONYA ÖRNEĞİ)
(Yüksek Lisans Tezi)**

Tezi Hazırlayan:
Harun AKIN

İstanbul, 2015

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

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ VE KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ SİSTEMİNDE YAŞANAN
YÖNETSEL SORUNLAR
(KONYA ÖRNEĞİ)
(Yüksek Lisans Tezi)**

Tezi Hazırlayan:
Harun AKIN

Öğrenci No:
1107461160

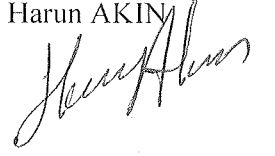
Danışman:
Prof.Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Kamu Hastaneleri Birliği Sisteminde Yaşanan Yönetsel Sorunlar (Konya Örneği)” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 15.02.2015

Harun AKIN



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

13/02/2015

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 1107461160 numaralı *Harun AKIN*'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Türkiye'de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastaneleri Birliği Sisteminde Yaşanan Yönetimsel Sorunlar (Konya örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 09.12.2014 tarih ve 2014/37 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince 50 dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

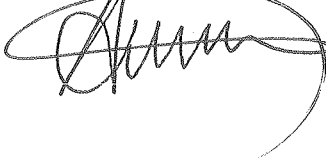

DANIŞMAN

PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE

YRD.DOÇ.DR. VEDAT ZEKİ YENEN

ÜYE
YRD. DOÇ. DR. ALİ SAYGILI



Adı ve Soyadı : Harun AKIN
Danışmanı : Prof.Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2015
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Türk Sağlık Sistemi, Kamu Hastaneleri, Yönetmelik Sorunlar

ÖZ

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ VE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ SİSTEMİNDE YAŞANAN YÖNETSEL SORUNLAR (KONYA ÖRNEĞİ)

Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler Kamu Hastaneleri Birliği Sistemine geçişin yaşandığı bu süreçte vatandaşlar ve çalışanlar bu sistemin kendilerine ne getireceğini merak ettikleri görülmektedir. Kamu Hastaneleri Birliği sistemine geçiş vatandaşlar için hizmete erişim ve hastaya verilen önem dışında hissedilir bir değişiklik getirmemiştir. Sağlık Bakanlığı çağın gereklerine uygun profesyonel sağlık tesisi işletmeciliğini amaçlayarak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı illerde Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliklerini kurmuş ve hayata geçirmiş bulunmaktadır.

Çalışmada anket yöntemiyle Konya'daki Kamu Hastane Birliği sisteminde çalışan 265 kişi üzerinde yapılmıştır. Çalışmada Kamu Hastaneler Birliği sistemine geçildikten sonra yönetimde yaşanan sorunların tespit edilmesi amacıyla Konya ili Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği’ne bağlı hastanelerde yapılan araştırma sonuçlarına göre, personelin iş yükünün arttığı, hizmet sunumu ve hizmet kalitesinin arttığı görülmüştür. Hastaya ve hasta güvenliğine verilen önemin arttığı, sağlık çalışanlarının hastaneden elde ettikleri ek ödeme gelirlerinin artmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, KHB kurulduktan sonra ek ödemelerin adaletli yapılmadığı, yönetici maaşlarında azalma olmadığı, çalışan memnuniyetinin artmadığı, çalışanlara hakkaniyetli davranılmadığı tespit edilmiştir. Çalışanların kurumsal bağlılıkları KHB uygulaması ile azalmamıştır, KHB yapılanması ile çalışanların motivasyonu artmamıştır, KHB iş barışını arttırmamıştır.

Name and Surname : Harun AKIN
Supervisor : Prof.Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Degree and Date : Master Thesis, 2015
Major : Hospital and Health Care Management
Key Words : Turkish Health System, Public Hospitals, Managerial Issues

ABSTRACT

TURKEY AND PUBLIC HOSPITAL ASSOCIATION OF HEALTH SYSTEMS IN THE SYSTEM PROBLEMS EXPERIENCED MANAGEMENT (Konya SAMPLE)

Ministry of Health hospitals citizens and employees in the process that has the transition to the Public Hospitals Association of the system while they wondered what would bring them to this system. Access to services for citizens crossing the Association of Public Hospitals system and bring a noticeable change out the importance given to the patient. Ministry of Health, aiming age appropriate professional health facility management requirements, Turkey Association of Public Hospitals Public Hospitals established in the provinces under the authority of the General Secretariat and has already implemented.

The survey in the study working in the public hospital system in Konya Union was conducted on 265 people. Working in the Public Hospitals Association after switching to system administration detection of problems in order to Konya Association of Public Hospitals According to a study conducted in a hospital affiliated to the General Secretariat staff increased the workload has been shown to increase service delivery and service quality. Patients and increased emphasis on patient safety, health workers to conclude that an increase in additional paid their income from the hospital has been reached. Also, after the establishment of the Association of Public Hospitals done justice of the additional payment, the administrator is not a reduction in salary, which increased employee satisfaction, the employee was determined not treated fairly. Organizational commitment of employees has declined with the implementation of the Public Hospitals Association, the motivation of employees has increased with the construction of the Association of Public Hospitals, Public Hospitals Association of the business did not increase the peace.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZ	i
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHSEL SÜRECİ	4
1.1. 1920-1923 TBMM Hükümeti Dönemi.....	4
1.2. 1923-1937 Dr. Refik Saydam Dönemi.....	4
1.3. 1937-1950 Dr. Behçet Uz Dönemi.....	6
1.4. 1950-1960 Demokrat Parti Dönemi	6
1.5. 1960-1980 Sağlık HizmetlerindeSosyalleşme Dönemi.....	7
1.6. 1980 Askeri Müdahalesi Sonrası Dönem Sağlık ve 1990’lı Yıllar	10
1.7. Türkiye'nin Avrupa Birliğine Tam Üyelik Sürecinin Başlaması Dönemi	11
2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ve AK PARTİ HÜKÜMETLERİ	
DÖNEMİ (2003-2014)	12
2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı	13
2.1.1 Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç ve Hedefleri.....	13
2.1.2 Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri.....	14
2.1.3 Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri	15
2.2. 2003 Sonrası Sağlık Sistemi.....	17

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, HASTALIK, SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

1. SAĞLIK, HASTALIK ve SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI	20
1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramı.....	20

1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	24
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	27
2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	28
2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	30
2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri	31
2.2.1.1. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	31
2.2.1.2. Sağlık Ocağı.....	34
2.2.1.3. Verem Savaş Dispanseri	35
2.2.1.4. Aile Hekimliği	36
2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	39
2.2.2.1. Hastaneler	39
2.2.2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması	41
2.2.2.3. Türkiye'de Hastanelerin Tarihsel Süreci.....	43
2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri.....	45
2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	46

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK REFORMU, KAMU HASTANE BİRLİKLERİNİN KURULMASI ve MEVCUT SORUNLAR

1. SAĞLIK SİSTEMİNİN İYİLEŞTİRİLMESİNE DAİR REFORM ÇALIŞMALARI.....	48
2. SAĞLIK BAKANLIĞI ve BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT ve GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME (663 SAYILI KHK) ÖNCESİ SAĞLIK SİSTEMİNİN SORUNLARI	51
2.1. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Öncesi Sağlık Sisteminin Önemli Sorunları.	52
2.2. Son Yıllarda Sağlık Sistemine Dair Sunulmuş Çözüm Önerileri.....	58
2.3. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Öncesi Sağlık Örgütlenmesi	61
2.4. Hastanelerin Özerkleştirilmesi Çalışmaları.....	64
3. KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ SİSTEMİ.....	66
3.1. Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikleri Çalışma Usul ve Esasları	72
3.2. Kamu Hastaneleri Birliği Personel Yapısı	78
3.3. Kamu Hastanelerinde Sağlık Personeli İstihdam Şekli	81

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

KONYA'DA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA GÖRE KAMU HASTANELER BİRLİĞİ SİSTEMİNDEKİ YAŞANAN SORUNLAR

1. ALAN ARAŞTIRMASI YAPILAN KURUMLAR.....	83
1.1. Araştırma Yapılan Kurumların Tarihçesi.....	83
1.2. Araştırma Yapılan Kurumların İnsan Kaynakları Yönetimi	84
2. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	85
2.1. Katılımcıların Aile Bilgileri Durumuna Göre Dağılımları.....	85
2.2. Katılımcıların Eğitim ve Unvan Durumuna Göre Dağılımları.....	87
2.3. Katılımcıların Görevi, Görev Yeri ve Süresi Durumuna Göre Dağılımları ..	89
3. KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ SİSTEMİNE GEÇİŞ ÖNCESİ ve SONRASI SORUNLAR.....	92
3.1. Kamu Hastaneleri Birliği Sistemine Geçiş Öncesi Sorunlar	92
3.2. Kamu Hastane Birliği Sistemi Sonrası Sorunlar	95
3.2.1. Kamu Hastaneleri Birliğinde Sağlık Hizmeti ve İnsan Kaynakları Yönetimi.....	96
3.2.2. Kamu Hastaneleri Birliğinde Maaş ve Ek Ödeme	101
3.2.3. Kamu Hastaneleri Birliğinde Çalışan ve Hasta Memnuniyeti	102
3.2.4. Kamu Hastaneleri Birliğinde Çalışan ve Hasta Güvenliği.....	104
3.2.5. Kamu Hastaneleri Birliği Sistemi İşleyişi	105
3.2.6. Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalışma Şartları ve İş Ortamı.....	106
3.2.7. Kamu Hastaneleri Birliği Sisteminde Satın Alma ve Malzeme Tedarik Süreci	108
3.2.7. Personel İstihdamı ve Sağlık Hizmeti Sunumunda Kalifiye Personel	109
SONUÇ.....	112
KAYNAKÇA	116
EK Kamu Hastaneleri Birliği Yapılanmasının ve Kamu Hastaneleri Birliğinin Yönetilmesi İle İlgili Personel Görüş ve Bilgi Düzeyleri (Konya Uygulaması) Anketi	123
ÖZGEÇMİŞ.....	125

TABLÖLÄRLİSTESİ

<u>Tablo No.</u>	<u>Sayfa No.</u>
Tablo 1. Katılımcıların Yaş Düzeyleri	85
Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı	85
Tablo 3. Katılımcıların Medeni Durumları	86
Tablo 4. Katılımcılardan Evli Olanların Eşlerinin Çalışma Durumu	86
Tablo 5. Katılımcılardan Evli Olanların Çocuk Sayıları	87
Tablo 6. Katılımcıların Öğrenim Düzeyleri	87
Tablo 7. Katılımcıların Ünvanları	88
Tablo 8. Katılımcıların Kurumlarındaki Görevleri	89
Tablo 9. Katılımcıların Görev Yaptıkları Kurum Türü	89
Tablo 10. Katılımcıların Görev Yaptıkları Birimler.....	90
Tablo 11. Katılımcıların Görev Yaptıkları Birimdeki Çalışma Süresi	90
Tablo 12. Katılımcıların Kurumdaki Çalışma Süresi	91
Tablo 13. Katılımcıların Bakanlıktaki Hizmet Süresi	91
Tablo 14. Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliği Kurulmadan Önce Kamu Hastaneler Birliği Hakkında Bilgi Durumları	92
Tablo 15. Katılımcıların Yönetici Atamasındaki Eğitim Durumu Kriteri Hakkında Görüşü	93
Tablo 16. Katılımcıların Hastanelerin Kamu Hastaneler Birliğine Geçiş Hakkında ki Görüşleri	94
Tablo 17. Katılımcıların Kamu Hastaneler Birliği Sisteminde İş Yüğü, Sağlık Personeli Sayısı, Hizmet Üretimi ve Hizmet Kalitesi Hakkında Görüşleri.....	96
Tablo 18. Katılımcıların İnsan Kaynakları Yönetimi İle İlgili Görüşleri	97

Tablo 19. Katılımcıların Uzman ve İdareci Atamalarına İlişkin Görüşleri.....	98
Tablo 20. Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğinde Uzman İle İdareci Atamaları ve Eğitim Durumlarına İlişkin Görüşleri.....	99
Tablo 21. Katılımcıların Sağlık Bakanlığı Kurumları Dışından Kişilerin Uzman ya da İdareci Olabilmelerine İlişkin Görüşleri	100
Tablo 22. Katılımcıların Ek ödeme Hakkında Görüşleri.....	101
Tablo 23. Katılımcıların Yönetici Maaşları Hakkında Görüşleri.....	102
Tablo 24. Katılımcıların Çalışan memnuniyeti ve Kurumsal Bağlılık Hakkında Görüşleri	102
Tablo 25. Katılımcıların Kamu Hastaneler Birliği Sisteminin Çalışan Motivasyonuna Etkisine İlişkin Görüşleri.....	103
Tablo 26. Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğinde Hasta ve Çalışana Verilen Önem Hakkında Görüşleri.....	103
Tablo 27. Katılımcıların Çalışan ve Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşleri	104
Tablo 28. Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğinin İşleyişine İlişkin Görüşleri.....	105
Tablo 29. Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğinde Hastane Yöneticileri ve Hastane Yönetmelik Birimlerine İlişkin Görüşleri	105
Tablo 30. Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğinin Disiplin Yönetmeliği Hakkında Görüşleri.....	106
Tablo 31. Katılımcıların Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapılanması Hakkında Bilgi Düzeyi.....	107
Tablo 32. Katılımcıların Sağlık Çalışanları İle Hastanelerin Toplum Tarafından Nasıl Değerlendirildikleri Üzerine Görüşleri	107
Tablo 33. Katılımcıların Malzeme Tedarik Süreci ve Malzeme Maliyeti Hakkında Görüşleri	108
Tablo 34. Katılımcıların Hastanelerin Mali Durumlarına İlişkin Görüşleri.....	109
Tablo 35. Katılımcıların Uzman Hekim Sayısı Hakkında Görüşleri	109
Tablo 36. Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğinde Personel Atamalarına İlişkin Görüşleri.....	110

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No.</u>	<u>Sayfa No.</u>
Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması.....	62
Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı.....	63
Şekil 3. Günümüzde Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması	74
Şekil 4. Günümüzde Kamu Hastaneleri Yönetim Şeması	75

KISALTMALAR LİSTESİ

C.	: Cilt
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
HÜ	: Hacettepe Üniversitesi
İDT	: İktisadi Devlet Teşekkülü
KHB	: Kamu Hastaneleri Birliği
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
Sa.BE	: Sağlık Bilimleri Enstitüsü
S.	: Sayı
s.	: Sayfa
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
SD	: Sağlıkta Dönüşüm
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKHK	: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund / Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu
WHO	: World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü
Y.	: Yıl
YDT	: Yayınlanmamış Doktora Tezi
YYLT	: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

— **Çalışma Konusunun Seçimi:** Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) 2 Kasım 2012 tarihinde 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname sonucu Sağlık Bakanlığı'na bağlı yeni kurulan bir kuruluştur. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile üniversite hastaneleri hariç ikinci, üçüncü basamak hastaneler ve ağız dış sağlığı merkezleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun ildeki yapılanması Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerine bağlanmıştır. İllerin büyüklüklerine göre, bir ilde birden fazla Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) kurulmuştur.

Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterlikleri, kendisine bağlı sağlık tesislerinde her türlü sağlık ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesini sağlar, hastanelerin verdiği hizmetleri izler ve değerlendirir, hastanelerin iyi uygulama örneklerinin yaygınlaşmasını sağlar ayrıca, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması amacıyla Sağlık Bakanlığı'na teklifte bulunur. Genel Sekreterliklerin kendilerine bağlı sağlık tesislerinde hasta-çalışan güvenliğine ve hasta haklarına ilişkin düzenlemeler yaparak, iyileştirme çalışmaları yapmakta görevleri arasındadır. KHB geçiş ile önceden yaşanan sorunların birden ortadan kalkacağını düşünmek fazla iyimserlik olur. Bu düşüncelerle KHB sistemini ve hastanelerde verilen hizmete etki eden faktörleri incelemek amacı ile bu konu seçilmiştir.

— **Çalışmanın Amacı:** Sağlık Bakanlığı 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname sonucunda Kamu Hastaneleri Birliği sistemini hayata geçirerek hastanelerin yönetimi alanında bir devrim gerçekleştirmiştir. KHB sisteminin yeni bir yapı olması ve bu yeni yapının çalışma ortamında nasıl bir değişim olacağının belirsizliği çalışanları tedirgin ettiği kadar görev alan idarecileri de tedirgin etmektedir. Mevcut durumda kamu hastaneleri sorunları insan kaynakları planlaması, hizmet üretimi, hizmet kalitesi ve hizmet sunumu hataları şeklinde ele alınabilir. Bu çalışmada KHB sorunlarının tespit edilerek çözüm yolları bulunması amaçlanmıştır.

— **Çalışmanın Önemi:** Hastanelerin doğru yönetilmesi verimlilik, karlılık ve hizmet kalitesi açısından önem taşımaktadır. Sağlıkta dönüşüm programı performans odaklı bakış açısı ile sağlık çalışanlarının verimliliğini ve motivasyonunu artırıcı uygulamalar getirmiştir. Fakat, yeni dönemin belirsizliği çalışanlarda ve idarecilerde

tedirginlik oluşturmaktadır. Kamu Hastaneleri Birliğinde yaşanan sorunların belirlenmesi bundan sonraki uygulamalarda yaşanacak sorunların en aza indirilmesinde ve performansı yükseltmede önemli rol oynayacaktır.

— **Çalışma Planı:** Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliklerinin başarılı olması insan kaynaklarının iyi yönetilmesi, sağlık tesisi kaynaklarının iyi yönetilmesi, sağlık hizmetinin sunumunun iyi planlaması, vatandaşa daha kaliteli hizmet verilmesi, sağlık hizmetlerine ulaşmada kolaylıklar getirilmesi ve çalışanların sürece katılması ile mümkündür. Bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır.

Çalışmanın ilk bölümünde Türkiye’de sağlık sisteminin tarihsel gelişiminden bahsedilmiştir. İkinci bölümde, sağlık hizmetleri kavramları, sağlık hizmetlerinin nitelikleri, Türkiye’de sağlıkta son on yıllık dönemde yaşanan gelişmeler hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü bölümde, hastanelerin iyileştirilmesine dair reform çalışmaları, sağlık çalışanları ve reformu, sağlıkta dönüşümden önce sağlık sisteminin ana sorunları konularından bahsedilmiştir. Dördüncü bölümde ise, Kamu Hastaneler Birliği sistemindeki yaşanan sorunlar Konya ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’ne bağlı hastanelerde araştırma yapılmış olup, değerlendirmelerde bulunulmuştur.

— **Kullanılan Metot ve Teknikler:** Araştırma, kaynak taraması tekniği ile anket uygulama tekniğinden faydalanılarak hazırlanmıştır. Ayrıca, mesleki bilgi, deneyim ve gözlemlerden yararlanılmıştır. Araştırma Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Konya Numune Hastanesi, Beyşehir Devlet Hastanesi ve Bozkır Devlet Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini ismi geçen hastanelerde çalışan personeller oluşturmaktadır. Anket soruları araştırmanın konusu doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış anket formu ile toplanmıştır. Araştırmada kullanılan anket 13’ü demografik olmak üzere 61 sorudan oluşmaktadır. Uygulamanın verileri, araştırmacı tarafından anket formlarının araştırmaya katılanlara dağıtılıp bir süre sonra geri alınması ile elde edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılarak, kişisel bilgi, deneyim, gözlem ve yorumlara yer verilmiştir.

— **Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar:** Çalışma Konya İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Konya Numune Hastanesi, Beyşehir Devlet Hastanesi ve Bozkır Devlet Hastanesi’nde çalışan yaklaşık 1200 personelin 265’ini kapsamaktadır. Çalışanların yoğun iş yükü nedeniyle anket formunu doldurmaya zaman ayırma konusunda, sağlık hizmetlerinin kesintisiz olması nedeniyle sağlık personelleri hastanelerde nöbet usulü çalıştığı için tüm çalışanlara aynı anda ulaşılması hususunda zorluklarla karşılaşmıştır. Ayrıca, nöbet ertesi, aylıksız, doğum ve yıllık izinde olan personellere ulaşılmaması, anket yapılan ilçe hastanelerinin uzak olması ve sağlık personellerinin önemli bir kısmının yapılan araştırmayı önemsememesi karşılaşılan diğer zorluklardır.

— **Varsayımlar:** Bu çalışmanın varsayımları şunlardır:

- i. Kamu Hastaneleri Birliği sistemine geçişte sorun yaşanmıştır.
- ii. Kamu Hastaneleri Birliği sistemi hizmet üretimini arttırmıştır.
- iii. Kamu Hastaneleri Birliğinde daha profesyonel yöneticiler görev almamıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHSEL SÜRECİ

1.1. 1920-1923 TBMM Hükümeti Dönemi

Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılmasından sonra 3 Mayıs 1920 tarihli üç sayılı kanun gereği Sağlık Bakanlığı kurulmuş, ilk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar atanmıştır. Sağlık Bakanlığı bu dönemde örgütlenmek için mevzuat geliştirme çalışmalarına ağırlık vermiştir.¹ Sağlık bakanlığı'nın adı, 3 Mayıs 1920 tarihli üç sayılı yasada Sıhhat İçtima-i Muavenat Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) olarak geçmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın temellerinin atıldığı o dönemlerde ülke savaştan yeni çıkmış, sağlık hizmetleri verecek ne bir sağlık insan gücü ne de altyapısı vardı, herşeyin sıfırdan yapılması gerekiyordu. 3 Mayıs 1920 tarihi Sağlık Bakanlığı'nın alt yapısının başlangıç tarihidir.

1.2. 1923-1937 Dr. Refik Saydam Dönemi

Cumhuriyetin ilanı ile Dr. Refik Saydam cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı olmuştur. Dr. Refik Saydam 14 yıl Sağlık Bakanı olarak görev yapmıştır. “Dr. Refik Saydam Türkiye'de sağlık sisteminin kurulmasına öncülük etmiş ve sık rastlanan bulaşıcı hastalıklarla mücadele için koruyucu hekimlik uygulamalarını yaygınlaştırma politikasını uygulamıştır.”²

Sağlık Bakanlığı yaşanan sağlık hizmetleri sorunlarını çözmek için 1925 yılında bir çalışma programı hazırlamıştır. Hazırlanan programda yapılması gerekenler şöyle sıralanmıştır:

¹ R. Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara, 2008, s.14

² B.S. Savaş-Ö. Karahan-R.Ö. Saka, Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye, Ankara, 2002, s.53

- “•Devlet sağlık örgütünü genişletmek,
- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek,
 - Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
 - Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
 - Sağlıkla ilgili kanunları yapmak,
 - Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek,
 - Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Mektebini kurmak.”¹

Dr. Refik Saydam döneminde hazırlanan bu program ile sağlık personeli yetiştirmeye ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiştir. Ayrıca, tedavi edici sağlık hizmeti sunacak hastaneler açılmıştır. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı ülke genelinde hızla örgütlenmektedir. Bakanlık illerde il sağlık müdürlüğü, ilçelerde hükümet tabiblikleri kurarak örgütlenmiştir.

Dr Refik Saydam’a göre; bakanlık koruyucu sağlık hizmetleri konusunda bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek için dikey olarak yapılmalıdır. Tedavi hizmetlerinin yürütülmesi görevi yerel yönetimlere verilmeli, Bakanlık ise bu hizmetlerin planlanması, koordine edilmesi ve denetimini yapmalıdır.² Saydam sıtma, verem, trahom, frengi ve lepra hastalıkları ile mücadele etmek için ayrı ayrı örgütler oluşturmuştur. Yine bu dönemde seyyar tabiplikler kurularak sağlık hizmetleri köylere kadar götürülmüştür.

Dr. Refik Saydam döneminde yapılan önemli sağlık hizmetlerinden bazıları şunlardır; 1930 tarihli 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile Tababet ve şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu çıkartılarak bakanlığın yetki ve sorumlukları ile sağlıkla ilgili mesleklerin uygulama şekli belirlenmiş, aşı üretimi için Merkez

¹ H. Görgün, Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi (ÇÖMÜ), Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Çanakkale, 2009, s.108

² Savaş-Karahan-Saka, s.14

Hıfzıssıhha Müessesesi kurulmuş, büyük şehirlerde (Ankara, İstanbul, Diyarbakır, Erzurum, Sivas) beş adet numune hastanesi hizmete açılmış, İstanbul, Elazığ ve Manisa’da ruh ve sinir hastalıkları hastanesi hizmete açılmış, İstanbul ve İzmir’de bulaşıcı ve salgın hastalıklar hastanesi hizmete açılmış, dokuz adet doğum ve çocuk bakımevi hizmete açılmış, beş yataklı 170 tane muayene ve tedavi evi hizmete açılmıştır.¹

1.3. 1937-1950 Dr. Behçet Uz Dönemi

Dr. Refik Saydam döneminden sonra sağlık politikası anlamındaki ilk önemli girişim Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan Birinci On Yıllık Sağlık Planı'dır.² “"Behçet Uz Planı" diye de anılan bu plana göre, ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her 10 köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü.”³ Dr. Refik Saydam döneminde kasaba ve şehirlerde verilen sağlık hizmetlerinden köyde yaşayan vatandaşlar sınırlı ölçüde yararlanırken, bu plan ile sağlık hizmetlerinin örgütlü bir şekilde köylere götürülmesi amaçlanmıştır. Yine Saydam döneminde yerel yönetimlerin yürüttüğü tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğuna geçmiştir.

1.4. 1950-1960 Demokrat Parti Dönemi

Demokrat Parti döneminde sağlık merkezleri üzerinde odaklanılmıştır. Dr. Behçet Uz'un ikinci döneminde de "Milli Sağlık Programı" adlı yeni bir program

¹ T. Bağırhan, Sağlık Kurumları Yönetimi, Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ), SBE, YYLT, İzmir, 2007, s.33

² R. Akdur, Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara, 2006, s.21

³ S. Bostan, Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi, Karadeniz Teknik Üniversitesi(KTÜ), SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), Trabzon, 2009, s.22

gündeme gelmiş ancak, program yasal bir hüviyet kazanamamıştır.¹ Bu program ile sağlık merkezlerinin yurt genelinde yaygınlaştırılması amaçlanmıştır.

1950-1960 döneminde daha önce yerel yönetimlere bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilerek ve hastaneler devlet tarafından finanse edilerek, hastanelere genel bütçeden ödeme yapılması kabul edilmiştir. Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite ve SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu) Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri il ve ilçelerde hızla açılmaya başlanmış, hastane hizmetleri tüm yurda yayılmaya başlamıştır. Mevcut hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinde iyileştirmeler sağlanmıştır. Ayrıca, bu dönemde sağlıkta özel sektörün geliştirilmesi amacı ile özel sektör sağlık yatırımları özendirilmiş, bu nedenle hastanelerin ülke geneline yayılmasının hızı kesilmiştir.

Cumhuriyetin ilanından bu döneme kadar, bir yandan sağlık hizmetlerine devletin yatırımları aralıksız sürerken diğer taraftan da özel sağlık sektörünün gelişmesi için çaba harcanmıştır. Bu durum hükümetlerin sağlık politikasında tutarsızlık oluşturmuş bu tutarsızlık neticesinde, tedavi edici sağlık hizmetlerinde ve koruyucu sağlık hizmetlerinde çağın gerisinde kalınmıştır. Vatandaşların sağlık hizmetlerinden beklentileri ve artan talepleri karşılanmamış, bunun sonucunda diğer kamu kurum ve kuruluşları kendi çalışanlarının sağlık sorunlarına kendi olanakları ile çare aramaya başlamışlardır. 1952 yılında geçilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve bu kuruma bağlı hastanelerin açılması bu duruma örnek gösterilebilir. SSK hastanelerinin yaygınlaşması ile sağlıkta çok başlılık ve eşgüdümsüzlük artmıştır.² Ayrıca, özel ve diğer kamu kurumlarına bağlı sağlık kuruluşlarının açılmak istenmesi, Sağlık Bakanlığı'na ait hastanelerde oluşan yoğunluğun önüne geçme çalışmalarıdır.

1.5. 1960-1980 Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleşme Dönemi

Bu dönem 27 Mayıs 1960 tarihinde gerçekleşen askeri darbe ile başlar. 1961 Anayasası özgürlükçü yapısı ile “sosyal devlet” kavramını vurgulamaktadır. 1961 Anayasası 48. ve 49. maddeleri ile vatandaşlara sağlık ve sosyal güvenlik

¹ M. Tatar, “Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt (C.) 6, Sayı (S.) 1, Ankara, 2003, s.252

² Akdur, s.31-32

hakları tanımlanmıştır. 1961 Anayasasının 48. ve 49. maddeleri bu hakları şu şekilde belirtmektedir:

“Madde 48 - Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin görevlerindendir.

Madde 49 - Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut gereksinimlerini karşılayıcı tedbirleri alır.”¹

Bu dönemde sağlık alanında yapılan en önemli gelişmelerden birisi 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun çıkartılmasıdır. 1963 yılında uygulanmaya başlayan 224 sayılı Kanun günümüzde de yürürlüktedir. 224 sayılı kanun sağlık hizmetlerinin yapılanması ve verilmesine dair yöntemler ve kurallar getirmiştir. 224 sayılı kanun 1961 Anayasasının 48.-49. maddeleri gereğince hazırlandığı görülmektedir. Bu yasanın asıl amacı sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılarak en ücra yerde yaşayan vatandaşlara kadar götürülmesidir. Bu hizmetleri vermek için yeni bir yapılanma gerekli olmuş, 224 sayılı yasa bunun için kurallar koymuştur.

224 sayılı yasada yer alan ilkeler şunlardır; eşit ve sürekli hizmet, entegre hizmet, kademeli hizmet, katılımlı hizmet, nüfusa göre hizmet ve ekip hizmetidir. Bu dönemde ilçelerde ki hükümet tabipliği uygulamasına son verilerek yerine sağlık ocağı sistemi getirilmiştir. 224 sayılı yasa ile sağlık hizmetlerinin ildeki en yetkili amiri vali olmasına rağmen sağlık hizmetlerini vali adına sağlık müdürü yürütür. Sağlık ocaklarında hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri birlikte verilecektir. Sağlık ocakları 5 ile 10 bin nüfusa hizmet verecek şekilde planlanmıştır. Sağlık ocağında hizmet verecek ekip hekim, sağlık memuru, ebe, hemşire, hizmetli ve şoförden oluşmaktadır. Sağlık ocağında görev yapacak olan ekip bulundukarı

¹, www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm, (20.12.2014)

belde sınırları içinde ikamet edecek ve gerektiğinde mobil sağlık hizmeti de verecektir.¹

Yine bu dönemde Devlet Planlama Teşkilatı'nın ilk kalkınma planı olan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlanmıştır. Bu plan 1963-1967 yıllarını kapsamakta olup, devam eden yıllarda yeni kalkınma planları yayınlanacağını habercisidir. Bu plana göre sağlık hizmetlerine yönelik hedefler aşağıda sıralanmaktadır:

- “• Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi
- Sağlık Bakanlığı aracılığıyla halk sağlığı sunulması
- Sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması
- Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi
- Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi
- Özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi
- Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması
- Devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması”²

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972 yıllarını kapsamaktadır. Bu plana göre genel sağlık sigortası kurulmalı ve kademeli olarak genel sağlık sigortasına geçilmeli, tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için özel sektör teşvik edilmeli, yerli sanayi ilaç üretimi için teşvik edilmelidir.³

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1978 yıllarını kapsamakta olup önceki kalkınma planlarının tekrarı gibidir. Bu plan sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesini, ilaç hammaddesinin yurt içinden temin edilmesini ve genel sağlık sigortasının kademeli olarak gerçekleştirilmesini öngörmektedir.⁴ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planını (1979-1983) önceki planlardan farklı kılan en önemli

¹ Görgün, s.109

², www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf, (17.12.2014)

³ E. Sargutan, Türkiye Sağlık Sektörü Sağlık Hizmeti Arz ve Talep Sistemlerinde Mevcut Durum ve Öneriler”, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, Ankara, 2001, s. 129

⁴ D. Ersöz, Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı, Balıkesir Üniversitesi (BAÜ), SBE, YYLT, Balıkesir, 2010, s.58

maddeyi şudur: “Sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kimselerin sağlık gereksinimleri devlet tarafından karşılanacaktır”¹

1.6. 1980 Askeri Müdahalesi Sonrası Dönem Sağlık ve 1990’lı Yıllar

Sağlık hizmetleri sunumu 1982 Anayasasının 56. maddesinde yeniden tanımlanmaktadır. Anayasanın bu maddesinde vatandaşların beden ve ruh sağlığının korunması devletin görevidir denilmekle birlikte devletin bu görevi kamuya ait sağlık kuruluşları ve özel sağlık tesisleri aracılığı ile sağlayabileceği ifade edilmektedir. Bu madde ile sağlık hizmetlerinin özel sağlık kuruluşları tarafından verilmesi ilk defa anayasada yer almıştır. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve denetlenmesi görevini yine devlet yürütür denilmektedir.

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'na göre (1985-1989) sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, etkili sunulması ve genel sağlık sigortasına odaklanılan bu dönemde; "Hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetinden tedricen koruyucu sağlık hizmetlerine yönelinecektir" ilkesi getirilmiştir. Kalkınma planının, dönemin sağlık politikasına temel teşkil edecek olan; sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınacak,Hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin inşa edilmesi önlenecek, özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir.²

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-1994) kabul edilen ilkelerin başında şu ilke gelmektedir: "Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak temel ilkedir." Ayrıca, sağlık tesisleri çağdaş işletme yöntemleri ile yönetilmesi sağlanacak,

¹ Ersöz, s.61

² DPT,Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989, Ankara, 1984, s.150

sevk sistemi kurulacak ve etkin şekilde kullanılarak hastanelerde ki gereksiz yoğunlukların önüne geçilecek, etkili bir sağlık insan gücü planlaması yapılacaktır.¹

1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık reformunun amacı şöyle ifade edilmiştir: “Sağlıkta kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla sistem; finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılacaktır.”² Bu planda bütçeden sağlığa daha fazla pay ayrılacağı ve ayrılan bütçenin ağırlıklı olarak maliyeti düşük fakat, etkinliği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılacağı vurgulanmaktadır. Ayrıca, hastanelerin özerkleşmesi sağlanarak, yönetim yapıları desteklenerek çağdaş bir yapıya kavuşması da planda yer almaktadır.

1.7.Türkiye’nin Avrupa Birliğine Üyelik Sürecinin Başlaması Dönemi

Ülkemizin 1999 yılında Avrupa Birliğine aday ülke olarak kabul edilmesi ile sağlık hizmetleri gelişimi için de önemli çalışmalar başlatılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” hedeflerinin Türkiye’de ki yansıması olarak “Ulusal Sağlık 21 Politikası” çalışmaları başlatılmıştır. Bu dönemde hazırlanan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve sosyal güvenlik uygulamasının yaygınlaştırılması, Türkiye’nin hedefleri ile uyumlu olarak yeni milenyumda Avrupa Topluluğu ve dünya ile bütünleşmesi amaçlanmıştır. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında bu amaçla “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu” isimli bir rapor hazırlanmıştır. Hazırlanan bu raporda, sağlık hizmetleri sunumunun ve yapılanmasının planlanması, toplumun sağlık düzeyinin geliştirilerek yükseltilmesi, sağlığa ayrılan kaynak kullanımında önceliklerin tespit edilmesi, kamu ve özel sağlık sektörleri arasında işbirliğini sağlanmasına benzer konulara öncelik verilmiştir. Ayrıca, raporda sağlık hizmetlerinin siyasi, örgütsel yapılanma ve mali kaynak problemlerinden söz edilmiştir.

¹ DPT, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994, Ankara, 1989, s.286

² DPT, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000, Ankara, 1995, s.45

Türkiye'nin sağlık sorunlarının çözüme kavuşması açısından birbirleri ile koordineli çalışmaları gereken kurumlar, “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu”nun hazırlandığı dönem ve geçmiş dönemlerde ülkenin siyasi istikrarsızlıkları yüzünden koordineli çalışmamışlardır. Sağlık hizmeti sunan bir çok kurum olması nedeniyle sağlık sektörü iyi organize edilememiş, kaynaklar verimli kullanılamamış ve yanlış organize edilmiş, bilgi sistemlerinden yeterince yararlanılamamıştır. Bütçeden sağlığa yeterli kaynak ayırlanamamıştır. Raporda sözü geçen sorunların çözülmesi için, sağlık hizmetleri sunumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi ve buna göre örgütlenmesi, sağlık ile emeklilik sigorta sistemlerinin yeniden yapılandırılarak birbirinden ayrılması, bütün vatandaşların sağlık güvencesi altına alınması, sağlık sigortalarının tek çatı altında toplanması ve hastanelerin özerk yapıya geçirilmesi gibi ilkeler vurgulanmıştır.¹

2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE AK PARTİ HÜKÜMETLERİ DÖNEMİ (2002-2014)

3 Kasım 2002 tarihinde yapılan genel seçimleri kazanarak tek başına iktidara gelen Ak Parti hükümeti, seçimlerden kısa bir süre sonra 3 Ocak 2003 tarihinde duyurduğu “Acil Eylem Planı” ile sağlık alanında yapacakları çalışmaları açıkladı. Ak Parti 58. Hükümetinin hazırladığı Hükümet Programında ülkemizde nitelikli bir sağlık hizmeti sunabilmek için yapılacakları aşağıdaki gibi sıralamaktadır:

“• Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımı kaldırılarak, hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacaktır. Sağlık Bakanlığı, oluşturulacak bu yeni sisteme göre yeniden yapılandırılacak, sağlık sektörüne rekabet getirilecektir.

• Sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır. Sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacaktır. Nüfusun tamamını kapsayacak şekilde bir Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak, prim ödeme gücü bulunmayanların primleri devlet tarafından ödenecektir.

¹ DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 2001, s.134

- Aile hekimliği uygulamasına geçilerek, sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacaktır.

- Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde bilişim teknolojilerinden azami ölçüde yararlanılacak, sağlık bilgi sistemi kurulacaktır.

- Hasta Hakları Yönetmeliği Dünya standartlarına göre yeniden düzenlenerek, hasta haklarının korunması konusundaki hukuki eksiklik giderilecektir.”¹

Yukarıda belirtilen 58. Hükümet Programının hedefleri doğrultusunda Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ilebirlikte Sağlıkta Dönüşüm Programını hazırlamıştır. Hazırlanan program 2003 Aralık’tan itibaren uygulanmaya başlanmıştır.

2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Ülkemizde yapılan her sağlık reformunda sağlık hizmetlerinin ve sağlık hizmeti sunan kurumların yeniden yapılanması sürekli gündeme gelmiştir. Özellikle doksanlı yıllardan itibaren yapılan sağlık reformlarında hastanelerin özerkleşmesi konusu yoğun olarak vurgulanmıştır. Yapılan bu reform çalışmalarının sonuncusu olan adı reform olarak lanse edilmese de sonuçta bir reform programı olan Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında 59. Hükümet tarafından açıklanarak uygulamaya konulmuştur. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programını uygularken, dönüşümün nasıl yapılması gerektiğini şu şekilde ifade etmiştir: “Değişimi gerçekleştirmek için mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürülecektir.”²

2.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları ve Hedefleri

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçlarını şu şekilde ifade etmiştir. Sağlık hizmetleri etkili, verimli, hakkaniyete uygun bir şekilde organize

¹, www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP58.html, (22.12.2014)

² Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003, s.24

edilerek ve finansmanının sağlanarak sunulması gerekmektedir.

Etkililik, uygulanacak sağlık politikalarının vatandaşların sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacını ifade etmelidir. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef hastalanan insanları tedavi etmek yerine insanların sağlığının korunarak hastalanmasının önlenmesi olmalıdır. Bu hedefe ulaşmak, epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle mümkün olacaktır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin arttırılması bu amaca ulaşmanın kanıtı olduğu kabul edilmektedir.

Verimlilik, kaynakları planlı ve uygun şekilde kullanarak maliyeti azaltıp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının iyi yönetilerek dengeli dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık kurumları işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının sistem içine alınarak ve entegrasyonunun sağlanması sağlıkta hizmetlerinde verimliliği arttıracığı öngörülmektedir.

Hakkaniyet, vatandaşların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmaları, hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kır-kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması, hakkaniyet amacı içinde yer almaktadır.¹

2.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri

Sağlık Bakanlığı 2003 yılında yayınladığı Sağlıkta Dönüşüm isimli kitabında Sağlıkta Dönüşüm Programının ilkelerini aşağıda ki gibi sıralamaktadır:

“İnsan merkezilik: Bu ilke, sağlık sisteminin planlamasında ve sağlık hizmetinin sunumunda bu hizmetten faydalanacak kişiyi, kişinin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir.

Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sağlık sisteminin ülke koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendi kendine yeterek süreklilik arz etmesi ilkesini

¹ T.C. SB, SD, s.24

ifade etmektedir.

Sürekli kalite gelişimi: Vatandaşlara sunulan sağlık hizmetlerinde 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: Sağlık Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması esnasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır.

Uzlaşmacılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır.

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. Böylelikle çıkar çatışmaları engellenmiş olacak, daha kaliteli ve daha verimli sağlık hizmeti sunulabilecektir.

Desantralizasyon: Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim uygulamasının hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerkleşmiş sağlık işletmeleri 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.”¹ Bu ilkeler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı rekabet ortamı oluşturarak, çağdaş yönetim anlayışı ile sürekli kendini yenileyen kaliteli bir sağlık hizmeti verilmesini amaçlamaktadır. Ayrıca, hizmette rekabet ilkesi ile de özel sağlık sektörü teşvik edilmektedir.

2.1.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri sekiz ana başlık altında

¹ T.C., SB, SD, s.25

toplanmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenlerini aşağıdaki gibi sıralamaktadır:

“-Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

-Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

-Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

-Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

-Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

-Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

-Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

-Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi.”¹ Bu başlıklardan da anlaşılacağı üzere Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri ve sağlık hizmeti sunan kurumların yapılanmasında yapacağı dönüşümler ile hizmet üretimini, kalitesini ve hasta memnuniyetini arttırmayı, yerinden yönetim anlayışı ve akılcı ilaç kullanımı ile sağlık harcamalarında maliyeti düşürmeyi hedeflemektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkenin kamu veya özel, sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacağı belirtilmektedir.² Bu anlayışın hayata geçirilmesi için 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşlar yeniden yapılandırılmış ve yerinden yönetim uygulamasına geçilmiştir. Böylece bakanlık merkez teşkilatı, politika üreten, planlama yapan bir yapıya kavuşmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programında hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulacağı ifade edilmiştir.³ İlerleyen süreçte Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile tüm sigorta

¹ T.C., SB, SD, s.26

² T.C., SB, SD, s.27

³ T.C., SB, SD, s.28

kurumları Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmıştır. Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile tüm vatandaşlar sağlık güvencesi altına alınmıştır.

Yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü bir sağlık hizmeti sunulması için Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetleri sunan birimlerin güçlendirilmesi gerektiği ve bunun içinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesini planlamıştır. Bakanlık sevk zincirinin etkili olarak çalıştırılabilmesi için, vatandaşların kendi seçtikleri ve güvendikleri aile hekimleri tarafından sevk edilmesi gerektiği görüşündedir. Böylelikle birinci basamakta tedavisi mümkün olan hastalar ikinci basamak sağlık kurumlarını meşgul etmemiş olacak, ikinci basamak sağlık kurumları amacına uygun şekilde çalışacaktır. Bakanlık kamuya ait hastanelerin yerinden yönetilerek idari ve mali açıdan özerkleşmesi ile çağdaş kurumlar haline getirmeyi amaçlamıştır.

Sağlıkla ilgili politikalarının belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin saptanmasında, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veriyi toplamak için Bakanlık sağlık bilgi sistemlerine gereksinim olduğunu vurgulamaktadır.¹ Bir işletmenin sağlıklı yönetilmesi için gerçek ve doğru bilgilerle mümkündür. Gerçek ve doğru bilgi ise işletme hakkında kayıt edilmiş gerçek ve analizi iyi yapılmış verilerle mümkündür. Bu amaç ile Bakanlık Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık kurumlarında sağlık bilgi sistemlerinin kurulmasını da amaçlamaktadır.

2.2. 2003 Sonrası Sağlık Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları ile uyumlu bir şekilde hazırlanan Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2006-2011) vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması, sağlık hizmeti kalitesinin yükseltilmesi, Bakanlığın planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin uygulamasının geliştirilmesi, akılcı ilaç kullanımının sağlanması ve genel sağlık sigortası sistemi uygulamasının gerçekleştirilmesini öngörmektedir. Bu doğrultuda

¹ T.C., SB, SD, s.36

yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı ulusal politikanın tamamlayıcı bir parçasıdır. Bu programın tamamlanması sağlık hizmetlerine, geleceğin hızla değişen ve dönüşen sağlık taleplerini karşılayabilecek dinamik bir yapı kazandıracaktır.¹

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programını bir reform olarak tanımlamakta, ve önceki sağlık reformlarından faydalanılarak hazırlandığını beyan etmektedir. Bununla birlikte Bakanlık reform kavramının eskitilmiş ve anlamından saptırılmış olduğunu düşünerek yaptığı çalışmalara sağlık reformu yerine Sağlıkta Dönüşüm Programı adını vermiştir. Hükümet Sağlıkta Dönüşüm Programı çalışması ile yeni bir yasa oluşturmamış, eski reformlardan yola çıkarak sağlık hizmetlerinde daha etkili bir yenilenme ve değişim gerçekleştirmiştir. Bu duruma örnek olarak önceki reform çalışmalarında ele alınan aile hekimliği uygulaması, özel sağlık tesisleri ilgili değişiklikler, genel sağlık sigortası uygulaması çalışmaları yenilenerek Sağlıkta Dönüşüm Programı içine dahil edilmiştir.

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013), sağlık hizmetleri kalitesinin ve etkinliğinin artırılması amaçlanmıştır. Günümüzde birinci basamak sağlık kuruluşlarında altyapı, sağlık personeli ve hizmet kalitesi yetersizlikleriyle beraber hasta sevk zincirinin de etkili bir şekilde yapılamaması, hastaların sağlık hizmeti maliyeti daha yüksek olan tedavi hizmetlerinin sunulduğu ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını oluşturan hastanelere yöneltmektedir. Bu durum neticesinde hastanelerde gereksiz bir yoğunluk oluşmakta ve hastanelerde sunulan hizmet kalitesini düşürmektedir. Hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin %95'ni ayaktan tedavi hizmetleri oluşturmaktadır. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında, etkili bir sevk zinciri uygulaması amacıyla aile hekimliği pilot uygulamalarının sürdürüldüğü belirtilmektedir. Planda ayrıca, performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanması ile personel verimliliğinin yükseltildiği ve kamuya ait kurumlarda tam zamanlı çalışan uzman hekim oranının beş kat artırıldığı ifade edilmektedir. Yine bu planda hastanelerin çağdaş yönetim anlamında özerkleşmesi gerektiği vurgulanmaktadır.²

¹ Akdağ, s.9

² DPT, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara, 2006, s.41

2 Kasım 2011 tarihinde yayınlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile ülkemizde sağlık sistemi ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinin işleyişinde köklü değişiklikler meydana gelmiştir. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü olarak dört adet kurum kurulmuş ve bu kurumların taşra teşkilatları oluşturulmuştur. Bu değişikliklerle birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna verilerek, birinci basamak sağlık hizmetleri ile ikinci basamak sağlık hizmetleri kurumsal olarak da ayrılmıştır. 663 Sayılı KHK'nin uygulamaya konulmasından itibaren Sağlık Bakanlığı taşra yapılanması il ve ilçe sağlık müdürlükleri, halk sağlığı müdürlükleri ve kamu hastaneleri birliği genel sekreterlikleri kurularak oluşturulmuştur. Koruyucu ve tedavi edici birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimleri halk sağlığı müdürlüklerine bağlanmıştır. 112 Acil sağlık hizmetleri Sağlık Müdürlükleri bünyesinde kalırken, sağlık müdürlükleri illerdeki sağlık hizmetlerini kontrol, koordine ve denetleme görevini üstlenmiştir. İllerde ayrıca, ilçe sağlık müdürlükleri oluşturulmuştur. 2 Kasım 2012 tarihinde 663 sayılı KHK'nin yürürlüğe girmesi ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı bütün kamu hastaneleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlanmıştır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kendine bağlı hastanelerin yönetilmesini, illerde taşra teşkilatı olan kamu hastaneleri birliği genel sekreterlikleri ile yürütmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, HASTALIK, SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

1. SAĞLIK, HASTALIK ve SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramı

Sağlık denince insanların aklına hemen fiziksel sağlık gelmektedir. Fakat, insanlara verilmiş en büyük nimet, insanları diğer canlılardan ayıran akıldır. Akıl sağlığı yerinde olmayan bir insan beden sağlığını koruyamaz. Hasta bir birey hayattan tat alamaz, günlük işlerini yerine getirmekte zorlanır yada yapamaz. Sağlığı yerinde olmayan bir insan hayatta her istediğini elde etse bile mutlu olması çok zordur. Mutlu olmanın en önemli unsuru sağlıklı olmaktır. İnsanlar sağlığın değerini genellikle hasta olduklarında anlamaktadır. Hasta olmadan önce sağlıklı yaşam hakkında bilgilenmeli, sağlığı tehlikeye sokacak davranışlardan uzak durulmalıdır.

Sağlık sadece fiziksel bir değer değil, büyük çoğunlukla zihinsel ve ruhsal bir değerdir. Çünkü, zihinsel durumumuz fiziksel durumumuzu büyük ölçüde etkiler.¹ Akıl vücudumuzun kontrol merkezidir. Akıl ve beden sağlığı bir bütün olarak düşünülmelidir, hasta olan birey rahatsızlığının vermiş olduğu acı ile sağlıklı düşünemez.

Sağlık, çeşitli çevrelerce farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Burada en çok kabul edilen tanımlar verilecektir:

Hastalık ve sağlık kavramları kültürlere bağlıdır. Oysa insan her yerde insandır. Bu nedenle insan sağlığının bir evrensel tanımı olmalıdır. Sağlık, genellikle hastalığın ve sakatlığın olmayışı olarak tanımlanır. Ancak, bilimsel olarak sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir diye tanımlanmıştır.² Bir kültüre rahatsızlık olarak tanımlanan anormal bir durum başka bir kültürde normal sayılabilmektedir. Sağlığın tanımında

¹ A. Akben, Bir Ömür Boyu Sağlıklı Yaşam, İstanbul, 2006, s.13

² S. Pampal-H. Dindar-E. Korgal, Sağlık ve Trafik Eğitimi, Ankara, 2004, s.29

kültürlerin yapmış olduğu tanım yerine bilimsel olarak kabul gören tanımları kullanmak daha doğru bir yaklaşımdır.

Dünya Sağlık Örgütü sağlığın tanımını şu şekilde yapmıştır: "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." Bu tanım günümüzde en çok kabul gören sağlık tanımıdır. Dünya sağlık örgütü, sağlık tanımında insanın çevresi olan sosyal ilişkisini ele alarak daha kapsamlı bir tanımlama yapmıştır. İnsan sağlığı birçok boyutu olan bir kavramdır. Sağlık, insanın en değerli hazinesidir. Başarı, para, iyi bir kariyer kısacası hayattaki bütün istenilen şeyler eğer insanın sağlığı yerinde ise anlamlı olur.¹ Bu tanım artık bütün dünya ülkelerince kabul edilen bir tanımdır. O halde, bireyin tam olarak sağlıklı olabilmesi için beden hastası veya sakat olmaması yetmemektedir. Bireyin aynı zamanda ruhsal yönden de dengeli olması, sosyal olarak tam bir iyilik hali içinde olması gerekmektedir. Sağlığı yalnızca beden sağlığı yada akıl sağlığı olarak düşünmemek gerekir. İnsan sosyal bir varlık olarak çevresi ile sürekli iletişim halindedir. Bir insanın kendini ekonomik yönden iyi hissetmesi, sağlığında olumlu yönde etkileyecektir.

“Ülkemizde yaşanan, hızlı ve sosyal ekonomik değişimlere paralel olarak sağlık sorunlarının boyutları da önemli ölçüde değişmektedir. Günümüzde toplum sağlığını, kalp hastalıkları, kanser, bulaşıcı hastalıklar gibi fiziksel hastalıkların yanı sıra ruhsal bozukluklar da büyük ölçüde etkilemektedir. Ruhsal bozukluklar hastayı, aileyi, sağlık sistemini ve genel anlamda ekonomik ve psikososyal açıdan etkilemektedir. Bu anlayışla başlatılan ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve birinci basamağa yaygınlaştırılması ile toplumun sağlığa zararlı alışkanlıklardan korunması ve toplumun bu yönde bilinçlendirilmesine çalışılmaktadır.”² Koruyucu sağlık hizmetlerinde toplumun akıl ve ruh sağlığına zarar verecek durumlarla mücadelede önem verilmelidir. Birinci basamakta yapılacak olan mücadele ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yükünü hafifleteceği gibi buralarda sunulan tedavilerin etkinliğini de arttıracaktır.

¹ T.C. MEB, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Çocuk Ruh Sağlığı, <http://cygm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kursprogramlari/cocukgelisim/moduller/cocukruhsagligi.pdf>, (20.06.2014)

² O. Durmuş, "2000'lerin Türkiye'sinde Sağlık", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001, s.15

Dünya Sağlık Örgütüne göre kimin ne kadar sağlıklı olduğunu ölçmek mümkün değildir. Çünkü, ölçülebilir bir kavram, bir hedef, bir kriter ve standart içermemektedir. Kişiler kendi kriterlerine ulaştıklarında ya da hangi standartları yerine getirdiklerinde tam bir iyilik hali içinde olacakları konusu sübjektif bir yargıdır. Mesela iştahı kapalı olan çocuğuna balık yağı içiren anneye göre çocuk sağlıklı olacaktır. Diğer taraftan koku ve tadından nefret ettiği balık yağını içmemek için direnip savaşı kaybettikten sonraki içtiğinde ruhsal yönden tam bir iyilik halinden bahsedebilir miyiz? Ya da Japon kadınların daha güzel ve çekici olmak için metal ayakkabılar giymesi fiziksel yönden sağlıksız bir durumken sosyal yönden kendilerini iyi hissetmelerine sebep olmaktadır.¹ Sağlık kişiye, kültürlere, uluslara, fiziksel koşullara ve sosyal çevreye göre farklılık gösterebilir. Her bireyin belirli bir hastalığa vereceği bedensel ve ruhsal tepki farklılık gösterebilir. Arı sokması bazı insanlarda kısa süreli bir acı verirken, başka bir insanda alerjiye sebep olabilir.

Genel olarak hastalık, kişinin iradesi dışında gelişen arzu edilmeyen bir durumdur. Hastalık durumunun niteliği, süresi, yoğunluk derecesi hastalık tiplerine göre farklılıklar gösterir.² Hastalık, bireyi öncelikle bedensel ve ruhsal yönden etkiler. Özellikle kronik hastalıklarda birey iş göremez hale gelebilir, zamanla ailesi de bu hastalık durumundan etkilenmeye başlar.³ Ayrıca, hastalık normal fizyolojik ya da ruhsal yapıyı, işlevi ve dengeyi değiştiren ya da engelleyen ve çeşitli belirtilerle ortaya çıkan bozukluk olarak tanımlanmıştır.⁴ Hastalıklar sadece bedensel ruhsal bozukluklara sebep olmazlar, ekonomik ve ailevi çöküntülere de sebep olur.

Bir insanın beden ve ruh sağlığını yitirmesi, sadece o kişinin değil aynı zamanda ailesinin de problemidir. Ailede bir hastanın varlığı aile fertlerinin en azından huzurunun yitirilmesine sebeptir. Söz konusu hastalık bulaşıcı bir hastalık ise durum çok daha ciddidir. Çünkü, bulaşıcı hastalıkların çoğu öncelikle aile fertleri arasında yayılırlar. Hastalığın ailede bir de ekonomik yönü vardır. Öncelikle hasta birey ailenin ekonomik yükünü üstlenen kişi ise hastalanmakla işinden geri kalacak, belki onun bakımı sebebiyle işinden geri kalan başka aile fertleri de olacaktır. Hastalığın diğer

¹ M.H. Uz, "Sağlığı Tanımlamak Üzerine Düşünceler", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001, s.321

² Ü. Oskay, "Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar", Sosyoloji Dergisi, S.4, İzmir, 1993, s.100

³ İ. Erefe, Tıbbın Tarihsel Gelişimi İçinde Halk Sağlığı Kavramı, İzmir, 1996, s.9

⁴ Anabritannica, C.15, s.40

ekonomik yönü tedavi giderleridir. Sosyal güvenliğin yaygınlaştığı günümüzde bile hastalığın ayrıca, aile bütçesine getirdiği yük oldukça önemlidir. Sosyal güvence ya da sağlık sigortasının kapsamında olmayan aile fertlerinden biri hastalandığında o aileyi ekonomik yönden çok daha fazla etkileyecek ya da ekonomik güçsüzlük sebebiyle hasta kişi için hayati tehditler, aile için de maddi manevi yıkımlar söz konusu olacaktır.¹ Hastalığı sadece sağlığın bozulması olarak ele almak doğru bir yaklaşım değildir. Hasta bireylerin tedavi giderleri, iş gücü kaybı hem hasta birey bütçesine yük hem de ülke ekonomisine yük olmaktadır. Kişiler hastalanmamak için sağlıklarında koruyucu tedbirleri alması gerekmektedir. İyi bir yaşam için bireyin ekonomik durumunun iyi olması gerekmektedir.

Hipokrat sağlık ve hastalık kavramı hakkındaki düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir. Hastalıkların doğaüstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu ileri sürmüş; vücutta bulunan kan, balgam, sarı safra ve kara safradan herhangi birinin dengesi bozulduğunda hastalık oluştuğunu belirtmiştir. Bu dengeyi bozmamak için temiz hava, iyi beslenme, düzenli yaşam gibi sağlığı koruyucu esaslara uymanın şart olduğunu savunmuştur.² Hipokrat'ın tanımında da belirttiği gibi vücudumuzun dengede olması için uzmanlar günümüzde de sağlıklı yaşam için temiz hava, iyi beslenme ve düzenli spor yapmanın önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Kısaca, bireyin hiçbir şeye muhtaç olmadan kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, sosyal çevresi ile uyumlu iletişim kurması, kendini dinç ve huzurlu hissetmesi sağlıklı olduğunun göstergesidir. Kişi hastalık durumunda başkasından yardım almak zorunda kalabilir, sosyal çevresi ile iletişimi aksar ve kendini iyi hissetmez. Hastalık sosyal ve fiziksel yönden etkilediği gibi ekonomik yönden de olumsuz etkilemektedir.

İnsanlık var oluşundan beri sağlıklı yaşam için sürekli bir arayış içinde olmuştur. Hayatı idame ettirebilmek için sağlık çok önemlidir. İnsanoğlu, eski çağlardan beri kendi sağlığı ile yakından ilgilenmek ve onu korumak ihtiyacını hissetmiştir. Hayat mücadelesi ve rahat bir ömür sürmek için sıhhatli olmak şarttır. Sağlığı korumak için ilk çağlarda kullanılan usuller şüphesiz ilkel ve basit şeylerdi. Bu bilgiler insanlık tarihinin çeşitli devirlerinde insan kültürü ile orantılı olarak

¹ S. Bodur, Aile Sağlığı Eğitim Serisi, Ankara, 1991, s.1

² Erefe, s.2

gelişmeler göstermiştir. Eski kavimler, sağlığı korumak için bazı dinsel ve kanunsal prensipler ortaya koymuşlardır. Bazı inançların verdiği alışkanlıklar tesadüfen veya ufak tefek tecrübeler sonucu bulunan bazı usuller bu prensipleri zamanla değiştirmiştir. Eski su yolları, hamamlar, bazı sıhhi tesisler ve miskinlerin bulunduğu tecrit haneler hep bunların işaretlerindendir. Zamanla cemiyetler tekamül edip ulaştırma ve haberleşme imkanlarının da artmasıyla edinilen bilgiler çok artmış ve yayılmıştır. Hakiki manada ilimsel tecrübeler ortaçağ sonlarında ve Rönesans devrinde başlamıştır. Daha sonra büyük deneylere girilmiş, araştırma laboratuvarları kurulmuş, tıp ve sağlığı koruma bilgileri süratle artarak bugünkü bilimsel temellere oturtulmuştur. Halen bilim adamları geniş araştırmalar yaparak insan sağlığını korumak için modern bilgiler peşinde uğraşmaktadırlar.¹ Sağlığın geliştirilmesi için Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde uluslararası işbirliği ile araştırmalar devam etmektedir. Bilim adamları sağlıklı yaşam için bilimsel çalışmalar ışığında insanlara yol gösterilmektedir. Günümüzde insan sağlığını etkileyen çevresel nedenler de araştırılmaktadır. Yaşadığımız dönemde gıda sağlığı, hava şartları gibi durumlar insan sağlığı ile birlikte ele alınarak çalışmalar yapılmaktadır.

1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Toplumun sağlığının geliştirilmesi ve hastaların tedavisi için sağlık kuruluşları aracılığı ile verilen hizmetlere sağlık hizmetleri denir. Bodur sağlık hizmetlerini ve Sağlık Bakanlığının görevlerini şu şekilde ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyin yükseltmek için verilen bir hizmetler bütünüdür. Toplum sağlığını korumak ve yükseltmek için hizmetin şeklini, standardını, kurallarını ve çerçevesini belirlemek ve bu esaslar dahilinde çalışan sistemi denetlemek Sağlık Bakanlığı'nın görevidir. Sağlık Bakanlığı dışında sağlık hizmetleri yalnızca tedaviye yönelik olduğu için, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri bütününe ağırlık merkezini Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hizmetler oluşturmaktadır. Kısaca herkesin beden ve ruh sağlığı içinde hayatının devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek, halka sağlık hizmetleri ulaştırmak ve sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamak Sağlık

¹ Ş. Karşıl, Sağlık Bilgisi, İstanbul, 1973, s.7

Bakanlığı'nın işidir.¹ Türkiye'de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşları ile Sağlık Bakanlığının denetiminde özel sağlık kuruluşları tarafından yürütülmektedir.

İnsanlar, sağlık hizmeti alırken güven duydukları hastaneleri tercih etmektedirler. Güvenilir olmasının yanında hizmetin kaliteli olması ve tedavi sürecinde kendilerine önem verilmesini de aramaktadırlar. Sağlık hizmetleri açısından kalite hastaya en iyi hizmetin güvenilir şekilde saygı duyarak sunmaktır. Kalite kavramında hasta ve onun isteklerinin yerine getirilmesi önemli bir yer tutar.² Sağlık hizmetleri sunumunda kaliteyi arttırmak için Sağlık Bakanlığı hastanelere “Sağlık Hastane Kalite Standartları” uygulamasını zorunlu hale getirmiştir. Bakanlık belirli periyotlarda kamu ve özel sağlık kuruluşlarının kalite standartlarının uygulanım uygulamadığını denetlemektedir. Kalite denetimleri sonucunda sağlık kuruluşlarına kalite puanı verilmektedir.

Sağlıklı bir yaşam doğan her insanın en temel hakkıdır. "Özellikle beslenme, giyinme, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler bakımından kendisinin ve ailesinin sağlığını ve huzurunu sağlayacak bir yaşam düzeyine sahip olmak herkesin hakkıdır. İşsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki diğer koşullar dolayısıyla geçim araçlarını yitirenlerin bu durumlara karşı güvenlik altına alınmaları, haklarıdır.”³ Sosyal güvenlik sigortası insanların tedavi giderlerini ve hastalık sürecinde işveren tarafından kesilen ücretini karşılamaktadır. Devlet vatandaşlara gelir tespiti yapmakta ve gelir durumuna göre sağlık sigortası primi almaktadır. Geliri olmayan vatandaşlardan prim alınmamaktadır. Devlet sağlık sigortası uygulaması ile tüm vatandaşları sigorta kapsamı altına almıştır.

Anayasanın 56. maddesinde insanın yaşama hakkı ile devletin sağlık hizmeti sunması ve sağlık sigortası kurarak vatandaşların bu haklardan faydalanmalarını sağlamakla yükümlü olduğundan sözedilmektedir. Anayasanın 56. maddesi çerçevesinde çevre sağlığı konusunda vatandaşın ve devletin görevi şu şekilde ifade edilmiştir: “Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini

¹ Bodur, s.1.

² D. Dinç-P.C. Ünalın-P. Topsever-S. Özyavaş, "Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim", Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, C.13, S.2, İstanbul, 2009, s.94

³ İ. Tomanbay, Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut, Ankara, 1992, s.65

önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.” Anayasının 56. maddesi 3. fıkrasında devleti sağlık hizmeti sunmakla yükümlü tutmuş ve bu yükümlülüğü şu şekilde belirtmiştir: “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.” Devlet bu görevini kamu ve özel sağlık kuruluşlarını denetleyerek yerine getirecektir.¹

Şu halde, Anayasa'nın 56. maddesi devlete “herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama” ve bu amaçla sağlık hizmetlerini planlama şeklinde genel bir ifadeyi yüklemiştir. Bu haliyle 56. madde hükmü devlet bakımından bir program hüküm niteliğindedir. Başka bir ifadeyle, devletin bu konudaki yükümlülüğü tek tek bireylerin beden ve ruh sağlıklarını doğrudan doğruya temin etmesini (herkesin sağlık bakımının üstlenmesini) zorunlu kılmamakta fakat, onun sağlık hizmetlerini bu amaca uygun olarak koordine etmesini, planlamasını ve denetlemesini gerektirmektedir. Dolayısıyla, 56. madde çerçevesinde, devlete karşı kişiler ancak, genel olarak böyle bir sağlık sistemi kurması, bu sistemi iyi işletmesi (koordine etmek ve denetlemek anlamında), aksayan yönlerini gidermesi şeklinde talepler ileri sürebileceklerdir. Bu arada devlet sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak üzere genel sağlık sigortası sistemi kurabilirse de, devletin bu hizmetin bütün giderini sadece kendisinin üstlenmesini zorunlu kılmaz.²

Sağlıklı, temiz ve dengeli bir çevrede yaşamak bir çok devletin anayasalarında sosyal bir hak olarak yer almaktadır. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 25. maddesi “herkesin, gerek kendisi gerek ailesi için tıbbi bakıma, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığını idame ettirecek uygun bir yaşam düzeyine sahip olmaya ve hastalık hallerinde güvenliğe hakkı vardır” demektedir.³ Devlet Sosyal Güvenlik Kurumu aracılığı ile vatandaşlarına sağlık ve sosyal güvenlik hizmeti vermektedir.

Devletin sağlık hakkını sunabilmesini gerçekleştirebilecek kurumlara, çalışanlara, araçlara ve hukuki düzenlemelere gereksinimi vardır. Ülkemizde sağlık

¹www.tbmm.gov.tr/develop/owa/anayasa.uc?p1=56, (24.12.2014)

² M. Erdoğan, İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku, Ankara, 2007, s.233.

³ Anabritannica, C.27, s.41

hakkı vatandaşlara iki şekilde sunulmaktadır. Bu hizmetler Sağlık Bakanlığı ve Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı aracılığı ile yerel yönetimler tarafından verilmektedir. Sağlık hizmetini Sağlık Bakanlığı yürütür. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile belediyeler ise gıdaların denetlenmesi, çevre sağlığı hizmetlerini yürütür.

İktisadî, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin 12. maddesinin 1. fıkrası, taraf devletlerin herkese yüksek beden ve ruh sağlığı standardından yararlanma hakkını tanımasını öngörmektedir. Maddenin 2. fıkrasında ise, bu hakkın sağlanmasının gerektirdiği belli başlı tedbirler sayılmakta ve devletlere buna uygun davranma yükümlülüğü getirilmektedir. Bunlar ölü doğum oranının ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve çocuğun sağlıklı gelişmesi için alınacak önlemler; çevresel ve endüstriyel sağlığın iyileştirilmesi, salgın hastalıklar, meslek hastalıkları ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve denetlenmesi ve nihayet hastalık halinde herkese tıbbi hizmet ve bakım sağlayacak şartların hazırlanmasını içermektedir.¹ Uluslararası sözleşmeler ile devletler vatandaşlarına diğer ülkeler ile eşit düzeyde sağlık hakkı tanınması amaçlanmakta ve sözleşmeye taraf devletlerin sağlık düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Tüm vatandaşların eşit şekilde faydalanması gereken hizmetlerin başında gelen sağlık hizmetleri, sadece hastalık durumunun tedavi edilmesi anlamına gelmemeli, sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılmasında amaçlamalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımında bedensel ve ruhsal şartların yanında sosyal şartlarda ele alınmıştır. Sağlığın üç bileşenden olduğunu varsayan tanım, bireyin sağlıklı sayılabilmesi için tamamen bir iyilik hali olması gerektiğinden söz etmektedir. Bu tanım doğrultusunda sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak sıralanmaktadır.

Sayılan bu üç sağlık hizmeti birbirini etkileyen hizmetler olup, birindeki yaşanacak olan bir aksaklık diğerlerini de etkileyecektir. “Sağlık hizmeti; koruyucu,

¹ Erdoğan, s.232

tedavi edici ve rehabilite edici yönleriyle bir bütündür”.¹ Sağlık hizmetlerini zincir olarak düşünürsek her hizmetin bir halkayı oluşturduğunu söyleyebiliriz. Bu halkalardan birinin kopması ya da birinde bir aksaklığın ortaya çıkması verilen hizmetin tamamını etkilemektedir. Bu nedenle de bu zincirin gücünü onu oluşturan halkalardan en zayıf olanının sahip olduğu güç kadar olduğu söylenebilir. Buna göre, zincirde bulunan her elemanın hizmetin eksiksiz ve sorunsuz olarak verilmesinde gerekli olduğu bilinmeli ve aksamaların en aza indirgenmesi için etkili bir koordinasyon ile çalışmaları gerekmektedir.² Burada Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetlerini koordine etmesinin ve denetleminin önemi ortaya çıkmaktadır.

2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalık durumu meydana gelmeden alınan bütün tedbir ve müdahale çalışmalarına koruyucu sağlık hizmeti denir. Bodur, koruyucu sağlık hizmetlerini şu şekilde tanımlamaktadır: “Toplumu meydana getiren fertlerin hasta olmalarını önlemek ve erken dönemde hastalıkların teşhis etmek için yapılan çalışmalara Koruyucu Sağlık Hizmetleri denir.”³ Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyleri doğal ortamı ile birlikte ele alarak hem kişiye hemde çevresine yönelik hizmetleri kapsar. Koruyucu sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı aile sağlığı merkezleri, sağlık evleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanseri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde verilmektedir.

Sağlık Hizmetleri noktasında , dışsal faydası en yüksek olan koruyucu sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürücü bir rol oynamaktadır.⁴ Sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri sağlıklı toplum olmanın en önemli aracı ve diğerlerine göre daha öncelikli konumdadır. Çünkü, korumak tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir. Özellikle ülkelerin gelişmişlik seviyesine bağlı olarak bu hizmetlerin etkinliği artmaktadır.⁵ Koruyucu sağlık hizmetlerini planlayan ve bu hizmetleri uygulayıp sunan tek kurum Sağlık

¹ A.E. Güneri, 2000’li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleşmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi, Ankara, 1995, s.175

² C. Sözen-G. Alkan, "Sağlık Kurumlarına Önemli Bir Yönetim ve Organizasyon Sorunu: Koordinasyon",Sağlık Aylık Sağlık Dergisi, S.15, Ankara, 2009, s.28

³ Bodur, s.7

⁴ K. Bulutoğlu, Kamu Ekonomisine Giriş, İstanbul, 1981, s.297

⁵ K. Yılmaz, 2009 Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı, Ankara, 2009, s.151

Bakanlığı'dır. Özel sağlık kuruluşları sadece tedavi edici sağlık hizmetleri sunmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık ocakları aile sağlığı merkezlerine dönüştürülmüştür. Sağlık ocaklarının yerini aile sağlığı merkezleri alıncaya kadar: “Koruyucu sağlık hizmetlerinde anahtar kuruluş, Sağlık Ocağıdır. Küçük yerleşim birimlerinde her 5-10 bin nüfusa bir Sağlık Ocağı düşmekte ve hizmetler daha düzenli şekilde yürütülmektedir. Büyük yerleşim yerlerinde Sağlık Ocağı hizmetlerinden daha az yararlanılmaktadır. Sağlık Ocağı hizmetleri, bölgesindeki tüm nüfusun tespiti ile başlar. Bölgesindeki gebe kadınlarla bebek ve çocuklar 6 yaşa kadar periyodik olarak ebe ve hemşireler tarafından izlenir. Gebelere tetanoz, bebek ve çocuklara iki aylıktan itibaren gerekli aşıları yapılarak hizmet devam eder. Bu arada gerekli konularda sağlık eğitimi yapılır. Bir bulaşıcı hastalık çıktığında yerinde incelenip gereken tedbirler alınır, ihbarı yapılır. Ocak hekiminin yönetiminde okul sağlığı, çevre sağlığı, aile planlaması, ilaçla koruma gibi diğer koruyucu hizmetler yürütülür.”¹ Sayılan bu hizmetler günümüzde aile hekimliği uygulaması ile aile sağlığı merkezlerinde verilmektedir.

Bodur birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunları şu şekilde ifade etmektedir: “Halkın her durumda 1. basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara müracaatı ve buralardan verilecek her sağlık hizmetini kabul etmesi için personel, ekipman ve hizmet kalitesinin her yerde aynı düzeyde ve yeterli seviyede olmalıdır. Sağlık hizmetine ulaşmada sosyal engeller mesafe engelinden daha etkili görülmektedir. Bu sosyal sebeplerin en önemlileri şunlardır: Kişi ya da toplumun eğitim düzeyi, ekonomik durum, sağlık eğitimi alma durumu, sağlık personeli ve kuruluşlarının verdiği güven, hizmetin kalitesiyle ilgili diğer hususlardır.”² Vatandaşlar sağlık okur yazarlığı ve sağlık hizmetlerinin işleyişi konusunda bilinçlendirilirse sayılan bu sorunların üstesinden gelinebilir. Aynı zamanda koruyucu sağlık hizmeti veren kuruluşlar personel açısından desteklenmesi sorunun çözümü konusunda önemlidir.

¹ R. Akdur, “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, Yeni Türkiye Dergisi Sosyal Değerlendirme (Cumhuriyet 1923-1998 Dönemi Değerlendirmesi), C.III, Ankara, 1998, s.1990

² Bodur, s.18

Bireylerin kendi sağlıklarını değerlendirebilmesi için sağlık okur yazarlığı eğitimi verilmeli, builkokuldan itibaren verilmelidir. Sağlık eğitiminin koruyucu sağlık hizmetleri içindeki yerini bir an önce alması önemlidir. Vatandaşları hasta olduktan sonra tedavi etmek yerine, hasta olmadan önce sağlıkları korunmalıdır. Hastalıkların nlenmesinde eğitimin önemi büyüktür. Sağlık eğitimi gereksiz sağlık harcamalarını azaltacağı için ekonomik katkısı gözardı edilmemelidir. Bebek ve çocukların yaşama sağlıklı başlama, ergen ve gençlerin sağlıklarını koruma ve geliştirme bilgi ve becerilerine sahip olmaları, kişilerin dengeli ve hastalıklardan uzak, yaşam süresinin artırılması ve kalitesinin yükseltilmesi, özellikle yaşlıların yaşamsal faaliyetlerini yardıma muhtaç olmadan sürdürebilmeleri ve topluma katkılarının devamının sağlanması koruyucu sağlık hizmetlerinin görev alanına girmektedir.¹

2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmeti doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru ve diğer sağlık teknisyenleri ile ekip halinde sunulan bir hizmettir. Sağlık kuruluşlarında sağlığını yitiren bireylere iyileşmesi için verilen hizmetler tedavi edici sağlık hizmetleridir. Aile sağlığı merkezlerinden sağlığın son basamağı niversite hastanelerine kadar her kuruluş tedavi hizmeti sunmaktadır. “Tedavi hizmetleri, sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak hekim sorumluluğunda, diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla gerçekleştirilir. Tedavi hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak şu şekilde sınıflandırılır.”²

“Kendi içinde; birinci basamak tedavi hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (st düzeyde uzmanlaşmış ve yüksek teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere üç kademeye ayrılır.”³ Tedavi hizmetleri sağlık personeli tarafından sağlık kuruluşlarında verilmektedir.

¹ M. Gr-H. Yavuzyiğit-B. Ekici, Türkiye'nin Geleceği, Ankara, 2003, s.146

² ř. Kavuncubaşı, Sağlık Kurumları Yönetimi, A, Eskişehir, 2007, s.39

³ R. Akdur, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu lkeleri ile Kıyaslanması", http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf, (22.12.2014)

2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastalanan bireylerin tedavi hizmeti alabilecekleri aile sağlığı merkezi ve sağlık evleri birinci basamak sağlık kuruluşlarını oluşturur. Hastalanan vatandaşların ilk başvurdukları sağlık kurumlarında ayaktan veya evinde aldığı tedavi hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ülkemizde sağlık ocakları ve sağlık evlerinde yürütölmekte iken, aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra aile sağlığı merkezlerinde verilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında basit tedavi ile iyileşebilecek hastalıklar tedavi edilir. İleri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastalar ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilir.

2.2.1.1. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi

Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliğinde şu şekilde ifade edilmektedir: “Anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetleri bütünü içerisinde ailelere aile planlaması hizmetlerini ve diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içinde diğer ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumunu koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirecek sağlık kuruluşlarıdır.”¹ Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinin yürüttüğü faaliyetler şunlardır:

“-Bulunduğu ildeki sağlık kurumları ile işbirliği yapmak,

-Yaptığı hizmetlerin bildirimini yapmak ve kayıtlarını tutmak,

-Birinci basamak sağlık çalışanlarına üreme sağlığı, aile sağlığı, ana ve çocuk sağlığı konuların hizmet içi eğitimler düzenlemek.

-Mesleki eğitim veren kurumlar ile uygulamalı öğretim işlerinde işbirliğinde bulunmak.

-Birinci basamakta göreve başlayan sağlık çalışanlarının ana ve çocuk sağlığı hizmetleri konularında eğitimlerini sağlamak,

¹,www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-513/ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi-merkezleri-yonetmr-.html, (01.01.2015)

-Bilimsel ilkeler doğrultusunda, hizmet alanları ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermektir.”¹

Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin tarihçesine bakıldığında, ana ve çocuk sağlığının korunması amacıyla 1925 yılında kurulmaya başlanan doğum ve çocuk bakım evlerinin bu alanda kurulan ilk kuruluşlar olduğu görülür. Bugünkü anlamda ana ve çocuk sağlığı kuruluşu olmamakla birlikte doğumevleri, doğumda ananın ve çocuğun sağlığını ele alan ilk kuruluşlar olarak anılmaktadır.² Ülke doğum oranının yükseltilmesi, kadınların doğum öncesi ve sonrası sağlıklı olmalarının sağlanması, çocuk sağlığının geliştirilmesinde ve çocukl ölümünün önüne geçilmesi hususlarında ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinin rolü büyüktür.

Türkiye'de ana çocuk sağlığı örgütlenmesi WHO ve UNICEF ile Türkiye Cumhuriyeti hükümeti arasında 05.09.1951 günü Ankara'da imzalanan bir antlaşmaya dayanıyordu. Bu antlaşma 19 Mart 1954 gün ve 6367 sayılı yasayla onaylanıyordu. Yapılan bu antlaşmanın süresi, 20 yıllıktı. Bu süre UNICEF'in geri kalmış bir ülke ile yaptığı antlaşmaların en uzun süreli olanıydı. Antlaşmaya göre nüfusu 50.000 olan bölge ve kentlerde merkezler kurulacaktı. Bu nüfusa yakın ilçelerde şubeler ve bunlara bağlı olmak üzere gerekli görülen merkezsel köylerde ana ve çocuk sağlığı köy istasyonları kurulacaktı. Merkezsel örgütlenme bazında da ana çocuk sağlığı merkezleri ilk kez Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne bağlı bir şube olarak çalışmalarına başlamıştı.³

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin görevlerine kısaca değinirsek: Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında ülkedeki durumu ve sorunları göz önüne alarak bu konularla ilgili hedefleri belirlemek, bu hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlemek, değerlendirmek, ülke çapında verilecek her türlü ana sağlığı, çocuk sağlığı, aile planlaması hizmetlerinde koordinatörlük yapmak, çocukların beden ve ruh sağlığını korumak için doğum öncesi, bebeklik ve süt çocukluğu, oyun çağı, okul çağı ve adolesan dönemlerinde bakım ve kontrollerinin yapılması için gerekli tedbirleri tespit

¹,www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-513/ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi-merkezleri-yonetmr-.html, (01.01.2015)

² Tomanbay, s.47

³ Tomanbay, s.48

etmek, uygulamaya koymak, denetlemek ve değerlendirmek, ananın ve doğacak bebeğin, bedensel ve ruhsal sağlığını korumak için gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrası bakım ve kontrollerinin yapılması için gerekli tedbirleri almak, evlenecek veya evli olan çiftlere kadın sağlığı, çocuk sağlığı, aile planlaması ve evlilik konularında tıbbi ve sosyal açıdan eğitim ve danışmanlık hizmeti verebilecek tedbirleri almak için plan ve programlar hazırlayarak, uygulamaya koymak, denetlemek ve değerlendirmek gibi konular gelmektedir.¹ Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri koruyucu sağlık hizmetleri içinde önemli kurumlardan birisidir.

Sağlık alanında ki gelişmeler istatistiklerde daha net görülmektedir. Ülkemizde, “anne ölümleri 1998'de 100 binde 70'ti, 2013'de 100 binde 15.9'lar civarındadır. Türkiye'de 2001 yılında 30 bin tane kızamıklı çocuk vardı, 2014 yılının Ağustos ayının sonuna kadar bir tane bile kızamıklı çocuğumuz yoktur. Türkiye'de 2002 yılında 10 bin sıtmalılı vatandaşımız varken, 2007 yılında 300 civarında sıtmalılı vatandaşımızın olduğu gözükmele birlikte 2014 yılının Nisan ayına gelindiğinde sıtmalılı vatandaşımızın olmadığı görülmektedir. Türkiye'de bir yılda 25 bine yakın kayıtlı tifo vakası oluyordu, 2013 yılında 100'ün biraz üstünde kayıtlı tifo vakası bulunmaktadır.”² İstatistiklere bakıldığında koruyucu sağlık hizmetlerinde bir hayli yol katedildiği görülmektedir. Tıp biliminin ilerlemesi ve insanların sağlık bilgi düzeylerinin daha da artmasıyla halkın sağlığı daha iyi noktalara gelecektir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli konulardan birisi de beslenmedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme çocuk ölümlerinin en temel sebeplerinden birisidir. Yetersiz yada dengesiz beslenme bedensel problemlerin yanında zihinsel sorunlarada yol açmaktadır. “Bir ülkede çocuk sağlığı göstergeleri; genel gelişmişlik düzeyini, genel sağlık düzeyini, aile sağlığı düzeyini ve annenin gebeliği süresince sağlıkla ilgili uygulamalarının yeterli olup olmadığını gösteren en önemli ölçütlerdendir. Çocuk sağlığı düzeyinin yükseltilmesinde gerek kişisel gerekse toplumsal olarak

¹ K. Karataş, 2000'li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleşmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi, Ankara, 1994, s.197

² Sağlık Sen, “Tam Güne Bakış”, http://www.sagliksen.org.tr/kitap/t_g_panel.pdf, (02.02.2014)

herkesin aynı derecede sorumluluk taşıması gerekmektedir. Çünkü, çocuk kimseli veya kimsesiz olsun bütünüyle korunmaya muhtaçtır.”¹

Koruyucu sağlık hizmetleri pahalı olan tedavi hizmetleri yerine, ucuz ve uygulaması kolay bir yöntemdir. Hastalıklar tedavilerinin pahalı olmasının yanında iş gücü kayıplarına da neden olmaktadır. Ekonomiye katkısı yönünden koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmelidir.

2.2.1.2. Sağlık Ocağı

Sağlık ocağı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunan birinci basamak sağlık kuruluşudur. Sağlık ocağı, sosyal devlet olmanın getirdiği ve gerekliliğini doğurduğu bir hizmettir. Sağlık ocakları her türlü koruyucu hekimlik hizmetleri, hastaların muayene ve tedavisi, sağlık ocağına kayıtlı şahısların sağlık sicillerini tutmak ile mükelleftir. Sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, hastaneye sevki gereken acil vakaları vb. durumlarda hastaları hastaneye sevk edebilirler.

Alma Ata Bildirgesi'nden 17 yıl önce ülkemizde kabul edilmiş olan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun ilkelerinden biri de, Sağlık Ocağı Kurullarının Oluşturulmasıdır. Bu Kanuna göre, 1969 yılında çıkarılan bir yönetmelikle her sağlık ocağı bölgesinde, ocak hekiminin başkanlığında birer Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu oluşturulur. Bu kurulun üyeleri, kırsal ve kentsel kesimde farklı kişilerden oluşmaktadır. Kırsal yerlerde köy muhtarları, imamaları, öğretmenleri ve her köyden halk tarafından seçilmiş birer kişi bu kurulun üyeleridir. Kurulun en az üç ayda bir toplanarak yörenin sağlık sorunlarını tartışarak çözüm yollarını kararlaştırmaları gerekir. Sağlık Ocağı Sağlık Kurullarının işlevi, hizmeti sunanlara, hizmeti alanların liderlerini bir araya getirerek hizmetleri tartışmalarına ortam hazırlamaktır. Sağlık ocağı hekimleri bu liderler aracılığıyla, köylülere bazı bilgileri iletebilir ve bazı işlerin gerçekleşmesini sağlayabilir. Buna karşılık, toplumun taleplerini öğrenip işleri bu talepler doğrultusunda planlayabilir. Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları mevzuatta yer almış olmasına karşılık uygulamada

¹ Polat, s.141

gerçekleştirilememiştir. Söz konusu mevzuata işlerlik kazandırılması, ülkemizde halkın sağlık hizmetlerine fıkren katılımını sağlayabilmek için bir adım olacaktır.¹

2.2.1.3. Verem Savaş Dispanseri

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı, ülkemizde verem ile mücadele etmek için kurulmuş sağlık kuruluşlarıdır. Verem savaş dispanserlerde tüberküloz tanı koyma, tedavi etme ve bağışıklama işlemleri karşılığında ücret alınmamaktadır. Tüberküloz tanısı için akciğer röntgeni ve laboratuvarlarında tüberküloz etkeni incelemesi işlemleri yapılır. Verilen bu hizmetlerin yanında tüberküloz hakkında eğitim verilerek hastalar bilinçlendirilmektedir.

Türkiye'de veremle mücadelenin tarihi bir yüzyıldan daha uzun zamana dayanır. Aslında tarihimizde çok eskilere dayanan bir süreç boyunca veremle ilgilenen önemli şahsiyetler olmuştur. 11. yüzyılda İbni Sina, 15. yüzyılda Fatih döneminin ünlü hekimlerinden Şerafettin Sabuncuoğlu ve 18. yüzyılda Abbas Vesim Efendi gibi Türk tıp tarihine geçmiş hekimlerin verem hastalığıyla ilgilendiği bilinmektedir.²

1918 yılında Prof. Dr. Besim Ömer Paşa tarafından kurulan “Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti” Türkiye’deki veremle mücadelenin öncü kuruluşu kabul edilebilir. Bunu 1923 yılında Dr. Behçet Uz tarafından kurulan “İzmir Veremle Mücadele Cemiyeti Hayriyesi” ve yine aynı yıl kurulan “Balıkesir Veremle Mücadele Cemiyeti ” izlemiştir. Sivil girişimlerle başlayan veremle mücadele, Cumhuriyetin ilk yıllarında bulaşıcı hastalıklarla mücadele eden devletin temel sağlık politikalarından olmuştur. 1930 yılında çıkartılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile devletin verem savaş faaliyetleri konusundaki politik kararlılığı ortaya konulmuştur. 1928 yılında İkinci Milli Türk Tıp Kongresi yapılmış ve ana gündem olarak verem işlenmiştir. Türkiye’de 1950’li yıllara kadar veremle savaşmak için dispanserler ve

¹ Karataş, s.213

² Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, "Dünden Bugüne Başkanlığımız", <http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/2013-08-28-13-18-43/yonetim.html>, (16.12.2014)

sanatoryumlar açılmıştır. ¹ Veremle mücadelenin temelleri sivil kuruluşların öncülüğünde atılmıştır. Veremle asıl ciddi mücadele 1920’li yıllarda başlamıştır.

Ülkemizde, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Başkanlığı tüberküloz kontrol ve denetiminde en üst kurumdur. THSK bünyesinde Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Başkan Yardımcılığı ve ona bağlı Tüberküloz Daire Başkanlığı bulunmaktadır. İllerdeki Halk Sağlığı Müdürlüğü tüberküloz denetiminde ara birimi oluşturur. En son birim ise verem savaşı dispanserleridir. “Bu birimler, bakteriyolojik inceleme yapabilen, ücretsiz ilaç dağıtabilen, hasta kayıt sistemi ile tedavi altına aldığı hastaları tedavi sonuna kadar takip edebilen birimlerdir.”²

2.2.1.4. Aile Hekimliği

Bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir.³ Aile hekimliği uygulaması 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlanmış olup, 2010 yılı itibari ile tüm illerde uygulamaya geçilmiştir. Ortalama 3000 nüfusa bir aile hekimi planlaması yapılmış olup, bu sayı en fazla 4500 ile sınırlandırılmıştır.

Tıp bilimi hızla gelişmekte ve daha detaylı branşlaşmakta, bunların doğrultusunda tıbbi teknoloji de aynı oranda gelişmektedir. Bu gelişmeler neticesinde tıp biliminin çok sayıda uzmanlıklara ayrıldığı görülmektedir. Sağlık hizmetleri sunumu da bu değişimlerden etkilenerek, fazlasıyla karmaşık hale gelmiş, küçük birimlere ayrılmış, disiplinler birbirinden kopmuş, yüksek ve pahalı teknolojilere bağımlı hale gelmiştir. Gerek etkili bir sağlık eğitimi yürütebilmek ve gerekse maliyeti etkin olması amacıyla kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile

¹ Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, "Dünden Bugüne Başkanlığımız", <http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/2013-08-28-13-18-43/yonetim.html>, (16.12.2014)

² Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, "Dünden Bugüne Başkanlığımız", <http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/2013-08-28-13-18-43/yonetim.html>, (16.12.2014)

³, www.ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html, (16.12.2014)

birinci basamak tedavi hizmetlerinin entegre verilmesi benimsenmiştir. Yaşanan bu değişim ve gelişmelerin neticesinde, bireyleri ve aileleri içinde bulunduğu toplumun bir parçası olarak ele alan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmet sunabilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmuştur.¹ Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerini bölünmüş karmaşık yapısından kurtararak vatandaşların bu hizmetleri tek elden alması amaçlanmıştır.

Türkiye’de 2002 yılından itibaren “Sağlıkta Dönüşüm” adı altında bir reform süreci sürmektedir. Bu çerçevede sahada çalışan tabiplerin “Aile Doktoru”na dönüştürme çalışmaları çerçevesinde uyum eğitimleri verilmektedir. Uyum eğitimlerinin Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine eşdeğer olup olamacağı tartışma konusudur. İki eğitim birbirleriyle karşılaştırılmayacak durumdadır. O nedenle bu tartışmalar lüzumsuzdur çünkü, Tıp Fakültesi mezunu bir doktor, birinci basamak hekimliği açısından yeterli olmamakta, yıllar süren bir ek eğitim alması gerekmektedir. Tıp Fakültelerinin eğitsel amaçları konusunda bir uzlaşma mevcut değildir. Mezun ettikleri öğrencilerine birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli görevler biçenler olduğu kadar, tıp eğitimi uzmanlaşmanın bir ön koşuludur diyen öğretim üyeleri de bulunmaktadır. Ancak, dünyada bulunan genel kanaat temel tıp eğitiminin birinci basamak hekimlik uygulamaları için yeterli olmadığıdır. Müfredatlarında yapılacak uyarlamalarla Aile Hekimliğine ve Birinci Basamağa hekim adayı kazanmak mümkün olacaktır. Uzmanlığı bile seçecek olsa genç hekim, birinci basamağın önemini de böylece kavrayacaktır.² Aile hekimliği branşı tıp alanında uzmanlık eğitimi sonucu elde edilir. Hali hazırda görev yapan aile hekimlerinin büyük çoğunluğunu uzmanlık eğitimi almadan Sağlık Bakanlığı’nın vermiş olduğu sertifikasyon eğitimi alan pratisyen tabipler oluşturmaktadır. Aile hekimliği hizmetleri uzmanlık eğitimi almış hekimlerin sunması gereken bir hizmet olması gerekirken, ülkemizde yeterli aile hekimi uzmanı bulunmaması nedeniyle pratisyen hekimler sertifikalı eğitimler ile bu görevlere getirilmişlerdir.

Aile hekimi tüm aile fertlerinin doğumundan (hatta doğum öncesinden) ölümüne kadar sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumludur. Kendisini aşan

¹ P. Ünal, Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara, 2004, s.11-12

² “Birinci Basamak Hekimlerinin Meslek Eğitimi Güncel Değerlendirmeler” http://www.ttb.org.tr/kol/phk/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=1 (17.12.2014)

sorunlarda yönlendirme yaparak, sağlık koordinatörlüğünü üstlenir. Hatta sadece yönlendirme yapmakla kalmaz sonuç hakkında bilgi alır ve değerlendirmede bulunur. Genel anlamda kendisine kayıtlı kişilerin sağlık danışmanı ve savunucusu konumundadır.¹ Aile hekimi, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yanında danışmanlık hizmeti, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, kayıtlı bireylerin sağlık taramaları, evde bakımı zorunlu bireylerin tedavi hizmetleri ile danışmanlık ve rehberlik hizmetlerini yürütür.

Türk kamu yönetiminin hâkim karakterine uygun olarak merkeziyetçi hiyerarşik yapılanma anlayışı ekseninde gelişen sağlık hizmetleri örgütlenmesi; hizmetin alıcısı vatandaşları, sistemle ilişkiye geçmelerinden başlayarak tedavi sürecinin tüm aşamaları boyunca, gündelik yaşantılarını sürdürdükleri aile ortamından soyutlanmış, atomize varlıklar olarak algılamaktadır. Dolayısıyla sistemin hizmete erişim ve sunum boyutu, temel bir yaşama zemini olan aile ortamını ve bu ortamın toplumsal dokusunu şekillendiren aile üyeliği kapsamındaki bireysel ilişkileri dışlayan örgütsel bir çerçevede işlemektedir.² Aile hekimliği ile bireyi ailesi ve toplum içinde bütün olarak ele alan bir uygulama hedeflenmektedir.

Aile hekimliği uygulanan ülkelerde kişi memnuniyetinin arttığı, aile hekimi ve kendisine kayıtlı birey arasındaki ilişki süreklilik kazandığı saptandığı ifade edilmektedir. Aile hekimi, kendisine kayıtlı ailelerin ikametlerine yakın olması yâda kolay ulaşabilir konumda olması yanında aile bireylerini her yönüyle (akut-kronik sağlık sorunları, çevre koşulları, yaşama koşulları vb.) tanımaktadır. Diğer yandan kapı tutuculuk görevi aile hekiminin önemli bir görevidir. Başarılı bir sevk zinciri uygulamasının temel taşı özelliği olması ile de bireyin doğru uzmanlık dalına ve merkezine şevkini sağlamaktadır. Böylece yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımını sağlayıp gereksiz yığılma ve hasta mağduriyetini engellemektedir. Sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Birey merkezli oluşunun yanında bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle sağlık sisteminin önemli bir yapı taşıdır. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha etkili olarak

¹ F. Ersoy, "Aile Hekimliği Uygulama Dosyası", Türkiye'de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi, Yıl (Y.)1, S.1, İstanbul, 2006, s.19

² U. Saran, "Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri", Aile Hekimliği Dergisi, C.1, S.4, Ankara, 2007, s.11

karşılanabileceği olasıdır.¹Aile hekimleri yürüttükleri görevler ile toplum sağlığının korunmasında ve tedavi maliyetlerinin azaltılmasında önemli katkılar sağlayacaktır. Sorumlu olduğu bireylerin sağlık hizmetlerinden etkin faydalanmasını ve uygun sağlık hizmetlerini almasında rehber olacaktır.

Aile hekimliği, çok daha hızlı ve sağlıklı bir tanı konması ve uygun tedavi yönteminin seçilmesine yardımcı olacaktır. En önemlisi de hastaların doktora erişimi kolaylaşacak, çok hızlı hizmet alabilecek ve zaman kaybı ile sağlık hizmetine erişebilmek için başvuru için etik dışı yollar kalkacaktır.²Aile hekimliği hizmetleri ile, birinci basamakta verilen hizmetlere öncelik vererek, sağlık hizmetlerine kolay erişimi ve bireylerin ihtiyaçları karşılığında bu hizmetlerden faydalanmasını sağlamak, bireylerin bu hizmetlerden ihtiyacı kadar faydalanmasını sağlamak ve bu şekilde bireylerin sağlık standartları ile yaşam kalitesini yükseltmek hedeflenmektedir.

2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmetleri hastanede sunulan tedavi hizmetleridir. Birinci basamak sağlık krumlarında tedavi edilemeyen hastalar, ikinci basamak tedavi hizmetlerinin verildiği hastanelere sevk edilir. Hastanelerin amacına uygun çalışması bu yolla sağlanır.

2.2.2.1. Hastaneler

Hastaneler tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel öğelerinden birisidir. Hastaneler sağlık hizmetleri arasında yer alan tedavi edici hizmetlerin verildiği teknik, ekonomik ve hukuki boyutu olan işletme türüdür. Hastaneler karmaşık organizasyon modeline sahiptir. Hastanelerin organizasyon yapıları diğer büyük ölçekli organizasyonların yapılarından farklıdır. Hastaneler idari hiyerarşiyi temsil eden resmi yetki konumu ile pratisyen hekimleri ve diğer profesyonelleri temsil eden bilgi konumu arasındaki benzersiz koordinasyon ilişkisini göstermektedirler. Bu biraz dağınık ve alışılmamış yapı yaratmaktadır. Ayrıca, hastaneler ve yapılar

¹ B. Aydın, "Sağlıkta Değişim", SB Diyalog Dergisi, Y.1, S.7, Ankara, 2004, s.53

² M. Uğurlu-S. Korukluoğlu-Y. Üstü-A.R. Doğusan-İ. Kasım, Aile Doktorunun Görevleri, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara, 2004, s.191

arasında çevrelerinden ve teknolojilerinden kaynaklanan bazı değişkenler vardır. Sağlık hizmetlerini veren grup olmadan bir hastanenin sağlık hizmeti verebilmesi, o kuruluşa hastane denmesi mümkün değildir. Bu sağlık hizmetinin birinci boyutu olarak düşünülebilmektedir. İkinci boyutu ise; sağlık hizmetinin en iyi şekilde verilebilmesi için gereken teknik ve mali olanakların sağlanması gibi işlemler yer almaktadır.¹

Hastaneler Dünya Sağlık Örgütüne göre, müşahade teşhis tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır. Benzer bir tanımın yer, aldığı SSYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde ise hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar olarak tanımlanmaktadır. Eğitim, araştırma ve geliştirme ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma veya toplumsal sağlık programlarına katılma olarak adlandırılan ve yine hastanelerde yürütülen diğer işlevler dikkate alındığında, yukarıdaki tanımların eksik olduğu söylenebilir. Ancak, eskiden beri hastanelerin değişmeden gelen esas işlevi, tedavi hizmetinin verilmesi olmuştur. Sözü edilen diğer işlevler, tedavi işlevinin iyi bir şekilde yerine getirilmesini sağlayan veya kolaylaştıran ve esâs işlevin türevleri diyebileceğimiz işlevlerdir. Bu açıdan bakıldığında hasta tedavisi, diğer işlevleri zimmen içeren, dolayısıyla yukarıdaki tanımların yeterli olmasını sağlayan bir işlevi olarak düşünülebilir.²

Diğer bir tanımda ise hastane; hastalıkları teşhis etmek, hasta ve yaralıları tıbbi tedavi ve cerrahi müdahaleyle iyileştirmek ve tedavi süresince barındırmak amacıyla oluşturulan, özel eğitilmiş personelin çalıştığı ve çeşitli tıbbi cihazlarla donatılmış kurumdur. Günümüzde büyük hastanelerin çoğu aynı zamanda bir araştırma ve eğitim merkezidir. Bu hastanelerde, toplumun her türlü sağlık

¹ Sözen-Alkan, s.29

² H. Seçim, "Hastanelerin Tanımı", <http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm>, (18.12.2014)

gereksiniminin daha iyi karşılanması için poliklinik, acil tedavi ve rehabilitasyon gibi hizmetler de yürütülür.¹

Hastane sistemleri açık sistem özelliği göstermektedirler. Dinamik bir ortamda ve sürekli bir değişim içindedirler. Toplumdaki en kompleks organizasyonlardan birisi de hastanelerdir. Hastaneler, genellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin verildiği merkezler olarak düşünülürler. Hastanelerin temel amaçlarından en önemlisi hasta beklentilerinin karşılanmasıdır.²

Hastaneler de hizmet veren çalışanlar, sağlık personeli ve idari personel olarak iki gruba ayrılır. Hastanelerde tıbbi ve idari hizmetler bir arada verilmektedir. Her iki grubun da yaptıkları iş büyük farklılıklar gösterse de çabaları aynı amaca yöneliktir. Bu nedenle de bu iki grubun beraber, uyumlu ve dengeli biçimde çalışmaları hedefe ulaşılması yönünden çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinin aksamadan yürüyebilmesi için tüm birimlerin kendi görevlerini eksiksiz olarak bilmeleri gerekmektedir. Çalışanlar sistemdeki rollerini bilmek ve görevlerini en iyi şekilde yerine getirmek zorundadırlar. Hastane personelleri verilen hizmetin amacını algılamalı, Bu amaca ulaşmada kendine düşen görevin ne olduğunu bilmeleri ve bu amaca yönlendirilmiş olmaları çok önemlidir.³

2.2.2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, finansal kaynakların türüne (mülkiyet türüne), büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine göre sınıflandırılmaktadır. Sunulan hizmet türlerine göre hastaneler; genel hastaneler, özel dal hastaneleri ve eğitim hastaneleri olarak çeşitlenmektedir. Ortalama kalış süresine göre hastaneler; Kısa kalış süreli hastaneler, genellikle ortalama yatış süresi 30 günden az olan genel veya özel dal hastaneleridir. Ortalama

¹ Anabritannica, C.15, s.42

² B. Ak, "Hastane Sistemi",Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001, s.853

³ Sözen-Alkan, s.30.

yatış süresinin 30 günden daha fazla olduğu genel veya özel dal hastanelerine ise uzun kalış süreli hastaneler adı verilmektedir.¹

Eğitim verme durumuna göre hastaneler, eğitim ve araştırma hastaneleri ve eğitim amacı gütmeyen hastaneler olarak ikiye ayrılır. Eğitim ve araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimleri ile tedavi hizmetleri birlikte verilmektedir. Hastaneler mülkiyet durumlarına göre, kamu hastaneleri ve özel hastaneler olmak üzere ikiye ayrılır. Kamu hastaneleri tedavi hizmeti veren ve kar amacı gütmeyen bulunduğu yerin nüfus yoğunluğu göz önüne alınarak kurulan sağlık tesisleridir.

Büyükliklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Mülkiyet esasına göre Türkiye'deki hastaneler; SB'ye, SSK'ya, İDT'ye, üniversitelere, belediyelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere, SSYB dışındaki bakanlıklara ve özel kesime ait hastaneler olarak sınıflandırılmakta idi. Ancak, 6.1.2005 tarihinde kabul edilen, 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun" ile Sosyal Sigortalar Kurumu ve bazı kamu kurumlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devrine karar verilmiştir. 19 Şubat 2005 tarihi itibari ile de bu devir gerçekleşmiştir.² 663 sayılı KHK ile 02 Kasım 2012 tarihinde Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri Kamu Hastaneleri Birliklerine bağlanmıştır.

Hekimlerin şirket tarzında bir araya gelip kurdukları ve işlettikleri dispanser, poliklinik, ayaktan tedavi merkezi, laboratuvar, röntgen birimleri ile hekim olmayan müteşebbislerin de içinde bulunduğu daha çok anonim şirket tarzındaki ticari şirketlerin mülkiyetini üstlendiği özel hastane, dal hastanesi vb. isimle hizmet eden sağlık kuruluşlarına özel sağlık kuruluşu denmektedir.³

¹ "Hastanelerin Çeşitleri Nelerdir", <http://www.nenedir.net/nedir/genel-tip/5783-hastanelerin-cesitleri-nelerdir.html>, (24.05.2014)

² M. Kılıç-H. Öztürk, "Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri: Ankara İli Eğitim Hastanelerinde Bir Alan Araştırması", <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/479.pdf>, (24.05.2014)

³ S. Azak, "Özel Hastaneler Yoğun Bakımda", Yeni Türkiye Dergisi S.40, (Sağlık Özel Sayısı II), Ankara, 2001, s.1515

2.2.2.3. Türkiye’de Hastanelerin Tarihsel Süreci

Türklerin ilk kurduğu sağlık kuruluşu, 1206 yılında Kayseri’deki Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesidir. Aynı yüzyılda Selçuklular tarafından, Sivas, Divriği, Kastamonu, Aksaray, Mardin, Konya, Erzincan, Akşehir, Amasya, Çankırı ve Erzurum’da hastaneler kurulmuştur. Osmanlı döneminde, merkezde hekimbaşılar, taşrada ise Darüşşifa denilen hastaneler dikkati çekmektedir. Seretıbbı-i Sultani denilen ve halkın kısaca hekimbaşı olarak adlandırdığı hekim, sarayın olduğu kadar tüm ülkenin sağlık işlerinden de sorumlu olup bugünkü sağlık bakanı ile eşdeğerti. Hekimbaşılık döneminde sağlık hizmetleri ücret karşılığı hasta bakan hekimler ve cerrahlar ile Darüşşifa adı verilen vakıf hastaneleri tarafından yürütölmekte idi.¹ O dönemde hastane açtırma, hekimlerin görevde yükselmesini sağlama, meslekten men etme, atama-nakil işleri hekimbaşılarının görevleri arasında yer almaktaydı. Günümüzde bu hizmetleri Sağlık Bakanlığı’na bağılı kuruluşlar yürötmektedir.

19. yüzyılda kurulan sivil hastanelerin başında, sarayda yaşayanlara sağlık hizmeti vermek için Topkapı Sarayı’nda yaptırılan Mabeyn Hastanesi (1834) gelir. Bunu Edirnekapı’da Mihrimah Sultan Medresesi’nde kurulan Gariplere ve Bekârlara Mahsus Hastane (1837), Yenibahçe’deki Bezmiâlem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi (1845), hastane olarak yaptırılıp sonradan doğumevi haline getirilen Zeynep Kâmil Hastanesi (1862), Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıbbiye) Hastanesi (1893), Darülaceze Hastanesi (1895), ilk çocuk hastanesi olan Hamidiye Etfal Hastane-i Alisi (1899) izledi. 20. yüzyılın ilk çeyreğinde de Cerrahpaşa Hastanesi (1910), Haydarpaşa İntaniye Hastanesi (1924) ve ilk verem hastanesi olan Heybeliada Sanatoryumu (1924) kuruldu. Bunların yanı sıra İstanbul’daki azınlıkların kurduğu Alman Hastanesi, Fransız Pasteur ve La Paix hastaneleri gibi özel hastaneler de vardı.² Bu dönemde hastaneler Osmanlı Devleti’nin başkenti İstanbul’da yoğunlaşmıştır. Sağlık eğitimi veren kurumların İstanbul’da olması ve diğıer şehirlere göre daha kalabalık ve gelişmiş olması, sayılan hastanelerin İstanbul’a yapılmasında ki en büyük etkidir. Günümüzde de hastane yapılmasında ilk önce nüfus ve gelişmişlik kriterlerine bakılmaktadır.

¹ H. Sur, “Sağıık Hizmetlerinin Geçmişı ve Gelişimi”, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, (24.12.2014)

², www.derszamani.net/hastanelerin-tarihsel-gelisimi.html, (24.12.2014)

1923 verileri incelendiğinde Türkiye’de 6.437 hastane yatağı ve 86 hastane bulunduğu görülmektedir. Bu hastanelerin sadece üçü merkezi yönetimin mülkiyetinde olup diğer hastanelerin mülkiyeti ve işletilmesi yerel yönetimler, özel sektör, yabancılar ve azınlıklara aitti.¹

Bu dönemde dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta, koruyucu sağlık hizmetlerine ve bulaşıcı hastalıklar ilt savaşı yaralarını sarmaya büyük önem verilmiş, hasta tedavi hizmetleri öncelikli/asli hükümet görevi olarak kabul edilmemiş, bu konuda daha çok yerel (belediye) yönetimlere görev verilmiştir. Fakat, merkezi hükümet bu çalışmalarda yol gösterici olmak üzere Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da Numune hastaneleri kurmuştur.²Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin kurulması ile hızlı bir yapılanmaya gidilmiş önemli şehirlerde numune hastaneleri açılmıştır. Açılan bu hastanelerde tedavi hizmetlerinin yanında eğitim hizmetleri de verilerek hekim ve sağlık personeli yetiştirilmesi amaçlanmıştır.

1950’li yıllarda Batı tipi demokrasiye geçişle birlikte, diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi ulusal sağlık politika ve stratejilerinde de değişiklikler olmuştur. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri vermeyi de üstlenmiş, belediye hastanelerinin tamamına yakını kamulaştırılarak Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Yeni devlet hastaneleri de açılarak kırsal kesimlerde görev yapan sağlık çalışanları kent hastanelerinde görevlendirilmiştir.

Özel idare hastaneleri 1953 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlanarak, tüm hastane hizmetleri bir merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Bunun bir sonucu olarak, il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, tedavi edici hizmetlerin yurt sathına yayılmasında önemli mesafeler kaydedilmiştir.³ 1950’li yıllarda özel idarelere ait hastaneleri Sağlık Bakanlığı devralarak tedavi hizmetlerinin de üstlenmiştir. Bu durum neticesinde yurt genelinde hastanelerin sayısı hızla artarak, tedavi hizmetlerinde hızlı bir gelişme sağlanmıştır.

¹ M. Tatar-P. Berman, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, C.I, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2004, s.7

² N. Fişek, Halk Sağlığına Giriş, Ankara, 1983, s.114

³ R. Akdur, “Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler”, Ankara, 1998, s.10

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı haricinde kamuya ait üniversite hastaneleri ile Milli Savunma Bakanlığı'na ait asker hastaneleri bulunmaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'na devir edilmiş olup, Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları, Sümerbank ve PTT'ye ait hastaneleride 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Günümüzde Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel vakıf hastaneleri, özel sektör hastaneleri ile asker hastaneleri aktif olarak faaliyet göstermektedir.

2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri ile ruh sağlığı hastaneleri, onkoloji hastaneleri gibi dal hastaneleri üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır. Daha detaylı tetkik ve daha kapsamlı tedavi gerektiren hastalar, ileri ve yüksek teknolojiye sahip bu hastanelerde tedavi edilir. Bu sağlık kuruluşlarında sunulan sunulan hizmete üçüncü basamak tedavi hizmeti denir. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanabilmek için sevk zincirine uyulması gerekir. İkinci basamakta tedavisi olabilecek hastalıklar için, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvurmak bu hastanelerin çalışma etkinliğini kısıtlar. Bu hastanelere gereksiz başvurular, bu hastanelerde tedavi olması gereken hastaların yeterli hizmet almalarına engel olur. Bu nedenle sevk zincirinin uygulanması önemlidir.

Tıp Fakülteleri sağlık sistemi içinde özerk yapıda yer alan kurumlardır. Tıp Fakültelerinde eğitim, araştırma ve tedavi hizmeti birlikte yürütülmektedir. Fakülte hastaneleri hasta sevk zincirinin son halkasını oluşturur. Fakültelerin hizmet, eğitim ve araştırma giderleri genel bütçeden karşılanır. Döner sermaye gelirleri ise rutin işletme giderlerine, personel ikramiyelerine ve özel tip cihaz alımlarına sarf edilmektedir. Fakülte hastanelerinde genelde daha problemliler, ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalar yatmaktadır. Buda maliyeti arttırmaktadır.¹

Üniversite hastanelerinde sağlık alanında eğitim verilerek hekim ve uzman hekimler yetiştirilmekte olup, eğitim hizmetleri ile tedavi hizmetleri birlikte verilmektedir. Üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma

¹ Bodur, s.13

hastanelerinin eğitim açısından arasındaki fark, üniversite hastanelerinde tıp alanında hem temel tıp eğitimi hem de uzmanlık eğitimi verilirken, eğitim ve araştırma hastanelerinde sadece uzmanlık eğitimi verilmektedir.

Tedavi hizmeti veren üniversite hastaneleri aynı zamanda bilimsel gelişmenin öncülüğünü yapmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmaların yanı sıra, hasta hizmetlerinde de bu hastaneler başı çekmektedir. Günümüzde, daha gelişmiş ülkelerde verilen sağlık hizmetlerinin çoğu ülkemizdeki birçok üniversite hastanesinde verilebilmektedir. Bu hastanelerde modern çağın gereklerine uygun olarak donatılmış dahiliye ve cerrahi servisleri, yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler, radyoloji üniteleri ve tanı laboratuvarları bulunmaktadır. Bu birimlerde hizmetler, gelişmiş ülkelerdeki eşdeğerine benzer başarı oranları ile verilmektedir.¹

2.3.Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Bir kişinin bedensel yada ruhsal travmalardan sonra karşılaştığı sorunlarla başa çıkmasında aldığı yardımlarla, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilir hale getirilmesi çalışmalarına rehabilitasyon hizmeti denir.² Rehabilitasyon (esenlendirme) bedence ya da ruhça sakat kalmış olanları başkalarına bağımlı (muhtaç) olmaksızın yaşayabilmelerini sağlayabilmek için yapılan bütün çalışmaları kapsar. İki türlü rehabilitasyon hizmeti vardır:³

Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri: Kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb yöntemlerle, yeniden güçlendirilerek kişinin günlük işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşturulması türünden çalışmalardır.⁴ Doğuştan yada kaza sonucu oluşan fiziksel kayıpların imkanlar ölçüsünde düzeltilebilmesi ve kişinin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek duruma getirebilmesi için verilen sağlık hizmetidir. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri ayrı olarak değerlendirilemez. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı tanımlarken bireyi fiziksel ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halinde olması gerektiğini belirtmiştir. Bu

¹ M. Kaya, “Türk Tıbbi Dünya Tıbbının Neresinde”,Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001, s.43

²,www.rehabilitasyon.nedir.com/, (26.12.2014)

³ Z. Öztekin, “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”,Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001, s.298

⁴ Karataş, s.193

noktadan hareketle insan sosyal bir varlık olduğuna göre, tıbbi sosyal rehabilitasyon hizmetleri birbirini tamamlayan hizmetlerdir.

Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri: Fiziki ve psikolojik hasarlı kişilerin, bu durumlarına uygun işe yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması türünden çalışmalardır. Hizmet tanım ve türlerinde de anlaşılaçağı üzere, tıbbi rehabilitasyon sağlık sektöründe yürütölen hizmetlerdendir. Sosyal rehabilitasyon ise, sosyal hizmet kurum ve personeline yürütölür.¹ Sosyal rehabilitasyon hizmetleri ile fiziksel ve ruhsal travmaya maruz kalmış kişiler kendilerine yeter duruma getirilerek sosyal çevreye kazandırılması amaçlanmaktadır.

¹ R. Akdur, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğı Ülkeleri ile Kıyaslanması”, http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf, (22.12.2014)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK REFORMU, KAMU HASTANE BİRLİKLERİNİN KURULMASI VE MEVCUT SORUNLAR

1. SAĞLIK SİSTEMİNİN İYİLEŞTİRİLMESİNE DAİR REFORM ÇALIŞMALARI

Yeniden düzenlemek , mevcut durumu daha iyi duruma getirmek için yapılan çalışmalara reform çalışmaları denir. Reform anlam olarak yenilemek, düzenlemek, iyileştirmek anlamı taşımaktadır. Sağlık reformu, sağlık hizmetlerinde yapılan iyileştirmeler, yenilenme çalışmalarıdır. Gün geçtikçe vatandaşlar sağlık konusunda daha çok bilgi sahibi olmakta ve bu nedenle aldıkları sağlık hizmetlerinden beklentileri yükselmektedir. Bu beklentiler sağlık tesislerinin hizmet kapasitelerini ve tedavi maliyetlerini arttırmaktadır. Yaşanan bu gelişmeler işletmelerde gelişmeyi ve değişimi gerekli kılmaktadır. İşletmelerin ayakta kalabilmesi için çağın gereklerine ayak uydurması kaçınılmazdır.

Sağlık sistemleri, öncelikli ihtiyaçları göz önünde bulundurarak mevcut kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamalıdır. Böyle bir sonuca ulaşabilmek için, hizmetlerin etkili ve eşit sunumunu, maliyet paylaşımını, personel ve kaynakların dengeli dağılımını sağlayacak fonksiyonel alt yapı kurulmalıdır. Sağlık sistemleri, temel sağlık hizmetlerinin verilmesi, fiziki şartların ve insan kaynaklarının geliştirilmesi, hizmet ve yatırımların finansmanının sağlanması, planlama ve politika geliştirme için veri toplanması gibi bazı temel fonksiyonları öncelikle yerine getirme özelliğinde olmalıdır. Bu bağımsız işlevlerin koordinasyonu ve yönlendirilmesi sistemin başarısını sağlayacaktır.¹ Sağlık tesislerinde hasta bakım hizmetleri ve idari-mali hizmetler bir bütün olarak yönetilmektedir. Sağlık tesislerinin başarılı olabilmesi için tedavi hizmetleri ile idari hizmetlerin uyum içinde yürütülmesi gerekir.

¹, B. İltar, Neden Aile Hekimliği, www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=131, (02.01.2015)

Ülkemizde, Sağlık Reformu için stratejilerin ana çerçevesi, 1980'li yılların sonunda Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile tespit edilmiştir. Master Plan Etüdü, kapsamlı bir raporda, sağlık sektörünün mevcut durumunu tanımlamış ve gelişimi için ana strateji seçeneklerini ortaya koymuştur. Bu politika seçenekleri arasından ülkemiz şartlarına en uygun olanı seçilmiştir. Aynı dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından Milli Sağlık Politikası da geliştirilmiştir.¹

Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile başlayıp, sağlık projeleri uygulama sürecinde olgunlaştırılan ve ayrıntılandırılan "Türkiye Sağlık Sektörü Reform Modeli" Reformun amaçları şu şekilde sıralanmaktadır: Toplumun tamamını kapsayacak bir sağlık sigorta sistemi ile Türk toplumunun sağlık durumunun iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin sağlanması, koruyucu hizmetlere, sağlığın geliştirilmesine ve birincil tedavi hizmetlerine önem verilmesi, hizmet sunumunda verimlilik, hizmet satın alınması ve hizmet sunumunun ayrılması, hizmet sunucular arasında rekabet oluşturulması, uygun teknoloji kullanımı, sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesi, karar verme sürecinde kullanılmak üzere, etkin, zamanında ve doğru bilgi toplanması, insan kaynaklarının yetenek, süre, sayı ve bileşimine göre uygun kullanımı, hizmet birimlerinde karar vericilerin temsilidir.²

Aile hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Reformu, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Reformu, Organizasyon ve Yönetim Reformu, İnsan Kaynakları Reformu, Sağlık Finansmanı Reformu ve Sağlık Enformasyon Sistemi Reformu sağlık reform programını oluşturan parçalardır. "Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında, Sağlık Reformu şunları amaçlar: Sağlıkta hizmetleri sunumunda kaynakların etkin kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla sistem; finansman, yönetim ve organizasyon, insangücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden

¹ S.H. Özseri-M. Varlık, "Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma", Yeni Türkiye Dergisi, C.III, Ankara, 2002-2003, s.2016

² Y.E. Özdemir, "Sağlık Reformları-1980 ve 90'lı Yılların Sağlık Politikaları", Yeni Türkiye Dergisi, Y.7, S.39, Ankara, 2001, s.287

yapılandırılacaktır. Sağlık politikalarına süreklilik kazandırılacak, yasaların kararlılıkla uygulanması sağlanacaktır.”¹

Yaşanan bu gelişmelere doğru orantılı olarak, sağlık sektörünün problemlerine kalıcı çözümler üretebilmek için Sağlık Bakanlığı ve DPT önemli çalışmalar yürütmektedirler. Yapılan bu çalışmalarda, geliştirilen projelerde, sağlık sektörünün içinde bulunduğu problemler dikkate alınmakta ihtiyaçlar tespit edilmekte, tespit edilen bu ihtiyaçların belirli bir zaman dilimi içinde planlı olarak yerine getirilmesi sağlanmaktadır. Bu çalışmalarda dünya deneyiminden faydalanılmakla, konusunda uzmanlaşmış kişi ve kurumların görüşleri ve ülkemiz şartları da dikkate alınarak gereken düzenlemeler yapılmaktadır.²

Son dönemlerde gelişen iletişim, bilgi ve teknolojiye ülkelerin kayıtsız kalması mümkün değildir. İleri teknoloji ile ülkemizde gelişmekte ve büyümektedir. Vatandaşların sağlık konusunda daha çok bilinçlenmesi ve büyüyen Türkiye’de sağlık ihtiyaçlarının da artması sağlık alanında reformu gerekli kılmıştır. “Sağlık Reformları Projesi’nin ana ilkeleri şunlardır; herkesin hakkaniyet ilkesi doğrultusunda sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin sağlanmasına yönelik olarak, Genel Sağlık Sigortası yoluyla, hizmeti sunanla finanse edeni birbirinden ayırmak ve dolayısıyla hizmetin verildiği kurumun değil hizmete ihtiyacı olanın destekleneceği bir sisteme geçmek, hastaneleri özerkleştirerek kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını sağlayan gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, yönetiminde merkezîyetçilikten arınmış sağlık işletmelerine dönüştürmek, dolayısıyla hizmette devlet kontrolünde rekabeti sağlamak, birinci basamak sağlık hizmetleri denilen, hasta ile hekimin ilk karşılaştığı sağlık hizmetlerinde, Aile Hekimliği modeline geçerek, hastalıkların tedavisi kadar kişilerin hasta olmadan korunmalarına ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlamak, Sağlık Bakanlığı’nı ülke genelinde sağlık politikaları belirleyen, hizmete yönelik standartlar koyup izleyen, tedavi hizmetlerini değil koruyucu sağlık hizmetlerini sunan bir yapıya kavuşturmadır. Sağlık Reformları Projesi’nin alanları; Sağlık Finansmanı Kurumu kuruluşu, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine

¹ A. Yiğit Şakar, Türkiye 'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 1999, s.89

² E. Yücel, Sistem Analizi I Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu, Ankara, 1990, s.180

dönüştürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği sistemi, Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı'nın yeniden yapılanmasıdır.”¹

Sağlıkta yapılan reformlar ile sağlık alanında iyileşmeler devam etmekte fakat, hizmeti verenlerden ya da hizmeti alanlardan kaynaklanan sorunlarda yaşanmıyor değil. “Birinci basamak sağlık hizmetlerinin (Koruyucu ve ayakta teşhis tedavi) etkin bir şekilde verilememesi, mobil ve evde bakım hizmetlerinin istenilen düzeye getirelememesi ve uygun bir hasta sevk sisteminin kurulmamış olması hastane hizmetlerine olan talebi artırmakta, buralarda gereksiz yığılmalara sebep olmaktadır. Her kademedeki sağlık hizmeti birimlerinin modern işletmecilik esası ile yönetilmeleri, kaynak kullanımının etkinleştirilmesi, döner sermaye işletmelerinin etkinliğinin artırılması ihtiyacı devam etmektedir.”²

2. SAĞLIK BAKANLIĞI ve BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT ve GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME (663 SAYILI KHK) ÖNCESİ SAĞLIK SİSTEMİNİN SORUNLARI

Sağlık Hizmeti Sunumunda karşılaşılan Sorunların başında Sağlık hizmetinden yararlanan nüfusun hızlı artışı, sağlığa yapılan yatırımların bu artışa uyumlu olarak gerçekleştirilememesi, sağlık yatırımlarının ve ülke düzeyindeki dağılımının sağlık yardımından yaralanan nüfus ile uyumlu olmaması, yeterli sayıda sağlık personelinin bulunmaması, sağlık personelinin dağılımının sağlık yardımından yararlanan nüfus ile uyumlu olmaması, sağlık tesislerinde çağdaş işletmecilik sistemine geçilememiş olması, sağlığın Kurumdaki merkezi örgütlenmesinin yetersizliği ve yaptırım eksikliği gelmektedir.³ Yücel’in tespitlerine göre sağlık sistemi o günün şartlarına cevap vermekte zorlanmakta ve sistemin yenilenmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine artan talep doğrultusunda arzın yetersiz kaldığı görülmekte hizmet arzının yükseltilmesi için personel sayısının dengeli bir şekilde artırılması ve profesyonel yönetim uygulamasına geçilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

¹ Gür-Yavuziğit-Ekici, s.147

² Yücel, s.189

³ Yücel, s.137

2.1. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Öncesi Sağlık Sisteminin Önemli Sorunları

Ülkemizde 2002 ve öncesinde yaşanan sağlık hizmetleri sorunlarının başında tedavi hizmeti veren önemli sağlık kuruluşlarının belirli merkezlerde toplanması ve buralarda ki hizmete erişimin kolay olmaması gelmektedir. Zaten sayıca yetersiz olan sağlık personellerinde bu merkezlerde yoğunlaşması ülkedeki personel dağılımında eşitsizliklere neden olmuştur. Terzioğlu bu dönemi şu şekilde ifade etmiştir. “Türkiye’de sağlık kuruluşlarının, hasta yataklarının; kaynakların ve sağlık personelinin dağılımı hem nitelik hem nicelik olarak eşitsizdir. Diğer taraftan Türkiye’de bugün, çok az sayıdaki ülkede bulunabilecek, konularında özelleşmiş ve uzmanlaşmış, çok üst düzeyde teknolojik olanaklar ile donatılmış ve dünyanın en iyi hekimlerini ve sağlık personelinin bulunduran merkezler bulunmaktadır. Ama ne var ki bunlar, sağlık sistemimizin içerisinde kural değil kuraldışı uygulamalardır ve bunlara ulaşmak çok az seçilmiş kişiye sağlanabilen bir ayrıcalık olmaktadır. Yeni bir milenyumda Türk tababeti ve sağlık teşkilatının çağdaş düzeye erişmesi için Cumhuriyet Hükümetlerinin gerek toplum sağlığı gerekse tıp alanındaki eğitim ve bilimsel araştırmalara daha fazla mali destek sağlaması, zorunlu bir gerçek olarak ortaya çıkmaktadır.”¹ Bilimsel çalışmalar yapan personeller teşvik edilmeli, ülkemizde kalması sağlanmalıdır.

Yücel’de Terzioğlunun tespit ettiği sorunları destekler tarzda Türkiye’nin sağlık sorunlarını şu şekilde anlatmıştır: “Üniversite hastanelerinin esas görevi olan bilimsel çalışma, araştırma ve eğitim ağırlıklı hizmetler vermesi gerekirken, genel sağlık hizmeti vermelerinin devam etmesi, eğitim ve öğretim hizmetlerinin aksamasına ve hizmet maliyetinin yükselmesine yol açmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki yetersizliklerin yanı sıra dengesiz ve yetersiz beslenme bazı sağlık sorunlarına yol açmakta olup, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetlerine entegre edilerek yaygınlaştırılması ihtiyacı devam etmektedir. Hastane yönetimi aşırı merkezileşmiştir ve profesyonel yönetici sıkıntısı vardır. Coğrafi uzaklık ve hizmet kalitesi açısından hastane hizmetlerine ulaşımında zorluklar vardır. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerine ayrılmış kaynaklar çok

¹ A. Terzioğlu, Cumhuriyet Dönemi Türk Tıbbına ve Tıp Eğitimine Kısa Bir Bakış, İstanbul, 2003, s.52.

düşüktür. Sağlık sektöründe farklı bölümleri hizmete yönelik olarak bazen aynı verileri toplamakta ancak, koordinasyon eksikliğinden dolayı bu veriler birleştirilmemektedir.”¹ Merkeziyetçi yönetim anlayışı hastane hizmetlerinde üretimi ve kaliteyi etkilemektedir.

“Çalışma hayatında meydana gelen şiddet olayları, en fazla sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortamlarda gerçekleşmektedir. Yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına göre onaltı kat daha fazla şiddet riski ile karşı karşıya olduğu ve hastalarla birebir görüşme halinde olan sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun sözlü veya fiziksel şiddete maruz kaldığı sonucuna varılmıştır. Tüm sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumluluk alanlarının net bir şekilde yeniden tarif edilmesi, iş tanımlarının ve iş gereklerinin yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Farklı istihdam modellerine son verilmeli ve sağlık çalışanlarının özlük hakları konusunda uygulama bütünlüğü sağlanmalıdır.”² Son yıllarda sağlık personellerine karşı şiddet olayları artarak devam etmiş, ölümlü şiddet olayları yaşanmıştır. Şiddet olayları çeşitli nedenler ile gerçekleşse de, en büyük neden sağlık hizmetlerine artan talebe sağlık çalışanlarının sayıca yetersiz kalması sonucu tam karşılayamayışıdır.

Hastaneler sağlık için ayrılan bütçenin büyük bir kısmını kullanmaktadır. Hastanelerin özerk yapıya kavuşturulması, sağlık hizmetlerinde hastanelerin verimliliğini arttırmak yönünden önem taşımaktadır. Kamu kurumlarının sunduğu sağlık hizmetlerinde gözlemlenen verimsizlik, nitelikli personel eksikliği, hasta memnuniyetsizliği, fakir insanların sağlık hizmetlerine erişim sorunları, görev ihmelleri ve yolsuzluklar gibi ciddi problemlerden yaşanmaktadır.³ Gider ve Top’a göre bu durum sağlık kurumlarında sergilenen iyi performansın ödüllendirilmemesi ve hastane davranış modellerinin yeterince özendirilmemesi gibi yönetsel eksikliklerden kaynaklanmaktadır.

¹ Yücel, s.178

² "Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu", <http://www.sagliksen.org.tr/kitap/svsb.pdf>, (15.04.2014)

³ Ö.Gider-M. Top,"Kamu Hastane Sektöründe Liberalleşme ve Türkiye’de Yansımaları", http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/omer.gider/diger/omer.gider16.02.2011_11.46.48diger.pdf, (05.01.2015)

Türkiye’de hastane yönetiminin merkezci bir yapıda yürütülmesinden kaynaklı idarecilik alanında yetişmiş insan kaynağı sınırlı kalmaktadır. Bu şekilde çalışan idareciler yapılan işlerden kazandıkları tecrübe haricinde Sağlık Bakanlığı’nın merkezci yönetim tutumu nedeni ile yönetim alanında gerekli deneyimleri edinememektedir.¹ Hastaneler 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname öncesinde merkeze bağımlı yapıda olması hastane yönetiminin profesyonelleşmesini engellemiş, hizmet üretiminde kaynakları etkin kullanamamıştır. Hastane idarecilerinin yönetimle ilgili bir çok kararlar almalarına rağmen, karar verme süreci konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmamaları hastanelerde kaynak israfına neden olmaktadır.

“Kamu hastanelerinin merkeze bağımlı yapısından kurtulması; daha verimli kurumlar haline dönüşerek, özel sektörle rekabeti için de gereklidir.”² Başhekim ve hastane müdürlerinin özerk ve özel hastane modelleri hakkındaki görüş, tutum ve beklentilerine yönelik yapılan bir araştırmada, çalışmaya katılan 91 başhekimin %50’sinin tıbbi ve idari hizmetlere ait yetkilerini ve 90 hastane müdürünün ise idari yetkilerini "orta, az ya da hiç" kullanılmadığını belirttiğini kaydetmiştir. Bunun nedeni olarak başhekimler yoğunluklu olarak merkeziyetçi yönetim ve siyasi nedenleri; hastane müdürleri ağırlıklı olarak mevzuatta yetki sorumluluk kargaşası olmasını göstermiştir. Yine aynı araştırmada, başhekim ve hastane müdürlerinin %90’ından fazlasının özerklik konusunda olumlu yanıt verdikleri saptanmıştır.³ Merkeziyetçi yönetim anlayışının hakim olması başhekim ve müdürlerin yetkilerini tam olarak kullanmalarında engel olduğu anlaşılmaktadır.

Yapılan bu araştırmada dikkat çeken bir başka bulgu; “hastane yöneticiliğinin uzmanlık alanı haline getirilmesi” konusunda başhekimlerin %80’ni ile hastane müdürlerinin %97’si “kaçınılmaz ya da gerekli” olduğu yönünde görüş belirtmesidir. Başhekimlerin “hastane yöneticiliğinin uzmanlık alanı haline getirilmesi” konusunda olumlu cevap oranının müdürlerden düşük olması başhekimlerin yetkilerinden taviz

¹ M. Ateş-H. Sur, "Sağlık Bakanlığı'nın İstanbul'daki Hastanelerinde Yöneticilerin Bazı Yönetim Kararlarının Merkezilliği Konusundaki Bilgi Düzeyleri", <http://www.merih.net>, (12.05.2014)

² Sağlık Bakanlığı, Sağlığa Bakış, Ankara, 2007, s.277

³ S. Kaya, "Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Yönetimi", Sağlık Yönetimi Dergisi, Y.2, S.6, Ankara, 1998, s.68

vermek istemediklerinden kaynaklanmaktadır.¹ Hastane yönetiminin profesyonel yöneticiler tarafından yürütülmesinin gerekliliği yapılan araştırmalarda kendini göstermiştir. Diğer yandan Kaplan'ın yaptığı araştırma bulguları bu araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Kaplan'nın Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan 2507 yüksek öğrenim mezunu sağlık çalışanları ile yaptığı araştırmada, çalışanların %67,3'ü hastanelerin özertleştirilmiş sosyal kurumlar ve özertleştirilmiş işletmeler olarak faaliyet göstermesi gerektiğini düşünmektedir. Yapılan bu araştırma bulgularına göre araştırmaya katılan personelin %93,8'i hastanelerin özertleştirilmesi ve özelleştirilmesi yönünde gerekçe olarak belirtilen "verimsizlik, düşük kalite ve kapasitede çalıştıkları düşüncesine" katılmaktadır.² Ayrıca, Kaplan'ın yapmış olduğu araştırmada, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile özel hastanelerin karşılaştırılması amacıyla bir takım sorular yöneltilmiş ve sorulan bu sorular sonucunda şu bulgulara ulaşmıştır:

“• %83,6'sı özel hastanelerin, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere göre daha kaliteli sağlık hizmeti verdiklerini;

• %90,7'si özel hastanelerde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere göre, daha verimli bir sağlık işletmeciliği bulunduğunu;

• %84,6'sı özel hastanelerde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere göre tatmin olmuş hasta ve hasta sahibinin, %76,3'ü tatmin olmuş hastane çalışanlarının daha fazla olduğunu;

• %55,8'i özel hastanelerin, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere göre daha güvenilir bir sağlık hizmeti verdiklerini;

¹ Kaya, s.69

² A. Kaplan, Özertleştirme ve Özelleştirme Teorileri ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Özertleştirilmesi ve Özelleştirilmesi Çalışmaları Hakkında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Çalışan Yüksek Öğrenimli Sağlık Personelinin Düşüncelerinin Tespiti Üzerine Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi (HÜ), Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Sa.BE), YDT, Ankara, 1997, s.434

- %96,5'i özel hastanelerin, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere göre daha iyi rekabet edebildiklerini veya rekabet gücünün daha fazla olduğunu;

- %59,1'i özel hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere göre genel sağlık düzeyinin yükseltilmesinde daha etkili olduğunu;

- %91,9'u Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin özel hastanelere göre daha ucuz sağlık hizmeti verdiklerini;

- % 75,3'ü Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin özel hastanelere göre herkese eşit ve kolay ulaşılabilir bir sağlık hizmeti verdiğini düşünmektedir.”¹

Kaplan'ın yaptığı araştırma o dönemde özel hastanelerin kalite hizmet, işletme verimliliği, hastaların tatmin olması ve rekabet etme yönünden devlet hastanelerine göre üstün olmasına rağmen güvenilir bir hizmet veremediklerini ortaya koymuştur. Özel hastanelerin kar amacı gütmesi araştırmaya katılanlarda güven konusunda ise endişe uyandırmaktadır. Devlet hastanelerinde sağlık hizmetlerinin ucuz olması nedeni ile kolay erişilir hizmet olarak görülmektedir.

Hastanelerin özerkleştirilmesi ile ilgili Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi pilot hastane olarak seçilmişti. Tanrıverdi (2002) Türkiye'de özerkleştirilen ilk hastane olan Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde özerkleşme öncesi ve sonrasına yönelik farklılıkların finansal boyutunu incelemek için araştırma çalışması yapmış, çalışmasında aşağıdaki bulguları saptamıştır. Saptadığı bulguları şu şekilde sıralamaktadır :

“• Analizler sonucu hastanenin likidite oranları açısından özerkleştirme öncesi dönem ile özerkleştirme sonrası geçiş döneminde (1995-1997) likidite sıkıntısı içinde olduğu, bunun kısa vadeli yabancı kaynaklarla karşılanmaya çalışıldığı; uygulama döneminde (1998-1999) ise hastanenin öz kaynak ağırlıklı faaliyet gösterdiği ve daha iyi bir durumda olduğu gözlemlenmiştir.

¹ Kaplan, s.436

- Hastanenin sabit giderleri karşılama gücü açısından özerkleşme sonrası geçiş döneminde sabit giderleri karşılayacak gücü olmadığı ancak, uygulama döneminde sabit giderleri karşılayacak düzeye çıktığı görülmüştür.

- Hastanenin verimliliğini ortaya koyan faaliyet oranlarının değerlendirilmesinde, hastanenin uygulama döneminde stok politikalarının diğer dönemlere göre daha verimli çalıştığı; alacak politikalarının özerkleştirme öncesi dönemde daha iyi olduğu, geçiş döneminde hastane yönetim boşluğu nedeniyle olduğu tahmin edilen sıkıntının tahsilatlara da yansıdığı ancak, uygulama döneminde bu sıkıntının aşıldığı ve düşen verimlilik göstergelerinin hastanenin uzun vadeli yatırımlarından kaynaklandığı anlaşılmıştır.

- Devlet sübvansiyonları özerkleştirme öncesi döneme göre özerkleştirme sonrası dönemde oransal olarak düşmüştür. Özerkleştirme öncesi dönem ve uygulama döneminde toplam ücretlerin toplam giderlere oranı geçiş dönemi ile kıyaslandığında bu oran daha yüksektir. Sözleşmeli personel ücretlerinin toplam giderler içindeki payı geçiş dönemine nazaran uygulama döneminde artmıştır. Diğer dönemlerde düşük seyreden hastane gelirleri uygulama döneminde giderlere oranla artmıştır.

- Yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda özerkleştirme sonrası dönemde hastanenin hekim etkililiği hekim sayısına paralel olarak artmıştır.”¹

Kamu hastanelerinde yaşanan en önemli problemin profesyonel hastane yöneticiliğinin uygulanmaması, aşırı merkeziyetçi yapı ile hastaneler arasında rekabet olmaması nedenlerine bağlı olarak verimsiz işletilmesi olduğunu ifade eden Tanrıverdi’ye göre özerkleşmesinden sonra Yüksek İhtisas Hastanesinde yaşanan gelişmenin ana nedeni “özerkliğin potansiyel yararlarının ortaya çıkması değil, yönetim birimlerinin başına profesyonel sağlık idarecilerinden oluşan bir kadronun başarısı” olduğu ifade edilmektedir.²

¹ H. Tanrıverdi, Sağlık Sektöründe Özerkleşmenin Finansal Boyutu ve Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma, HÜ, Sa.BE, Bilimde Uzmanlık Tezi (BUT), Ankara, 2002, s.119

² Tanrıverdi, s.121

Diğer taraftan Ateş'te çalışmasında Sağlık Bakanlığı'nın bağlı hastaneleri ile yönetim ilişkisini aşırı merkeziyetçi bulmakla birlikte, hastanelerin organizasyon yapıları, amaçları, bütçe, tüm prosedürler ve işleyişi gibi yönetsel konuları Bakanlığın belirlediğini söylemektedir. Ayrıca, Ateş'e göre, Bakanlık ile hastaneler arasında iletişim sorununa Bakanlığın kanun, tüzük, yönetmelik ve genelgeler ile hastaneleri yönlendirmesi neden olmaktadır.¹

Sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlara çözüm üretebilmek amacıyla, 1980'li yıllarda bütün dünyada etkisini gösteren liberal eğilimlerden Türkiye'de nasibini almış, ülke sağlık sisteminde reformlar yapılması gündeme gelmiştir. 1990'lı yıllarda aile hekimliği uygulaması, hastanelerin özerk yapıya kavuşturulması ve genel sağlık sigortası konuları reform çalışmalarının öncelikli konularını oluşturmuştur. Sağlıkta dönüşüm programı ile anılan bu sorunların çözümüne yönelik uygulamalar hayata geçirilmeye başlanmıştır.

2.2. Son Yıllarda Sağlık Sistemine Dair Sunulmuş Çözüm Önerileri

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane yataklarının planlanmasında sağlık ihtiyaçlarının yoğunlaştığı ve hizmet açığı bulunan dallara öncelik verilmelidir. Gıda sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin geliştirilip, etkili bir denetimin sağlanmalıdır. Sağlık kuruluşlarında bilimsel kanıta dayalı tanı ve tedavi usulleri ve akılcı ilaç kullanımı uygulaması yaygınlaştırılmalıdır. Hastaneler çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışıyla profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmeli, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilmeli ve hastanelerde görev yapan, özellikle genel idare hizmetlerinde görev yapan ve idarî kademedede hizmet yapanların bir ön eğitim almış kurumlardan mezun olanlar tercih edilmelidir. Tıbbî atıkların kontrolü ve imhası için gerekli standartlar oluşturulmalı ve yatırımlar yapılmalıdır.² Sağlık hizmetleri sunumunda uygun planlamalar yapılarak, sağlık tesisleri bu hizmetleri verirken günün ihtiyaçlarına cevap verebilir olması sağlanmalıdır.

¹ M. Ateş, Sağlık Örgütlenmesinde Merkezci Yönetim Uygulamalarının Sağlık Hizmetlerinin Etkinliği A.ısından İrdelenmesi ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yönetim Kararlarının Merkezçiliğine İlişkin Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi (İÜ), SBE, YDT, İstanbul, 1996, s.153

² Gür-Yavuziğit-Ekici, s.149

Sağlık hizmetleri bütün vatandaşlar faydalanacak şekilde planlanmalı ve her bölgeye hizmet verecek şekilde yaygınlaştırılmalıdır. Hasta, hakları yanında sorumlulukları olan vatandaşlar değerlendirilmelidir. Sağlık alanında aile sağlığı ve aile eğitimi yasa ile uygulanma düzeyine geliştirilmelidir. Ana çocuk sağlığı ve aile planlamasında konusunda mevcut sağlık politikası ve uygulamaları geliştirilmeli ve bu çalışmalara ruhsal ve sosyal boyutuda eklenerek politika ve uygulamalar genişletilmelidir.¹ Sağlık hizmetleri planlanması ve sunumu, bireyler aileleri ile bir bütün olarak değerlendirilerek yapılmalıdır. Toplum sağlık bilgisi konusunda belgilendirilmelidir.

Sağlıkta performansa dayalı ödeme sistemi sağlık çalışanlarına sabit maaşları üzerine performans ücretinin verildiği, personel verimliliğini artıran bir teşvik modelidir. Performans sistemi sayesinde önceki yıllara göre Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hizmet kalitesinin arttığını kabul etmek gerekir. Performans kriterleri, ölçme ve değerlendirmede kullanılmalıdır. Ancak, bunun dengelenmesi iyi yapılmalıdır. Hekim dışı personelin performans kriterlerinin belirlenmesi sureti ile performans uygulamasında daha âdil bir yapılanma sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarına çok yüksek düzeyde paralar ödendiği kamuoyuna yanlış yansıtılmaktadır. Maaş harici verilen ek ödemeler emeklilik dönemine yansımamaktadır. Sağlık personeli emekliliğinden endişe etmeyecek şekilde tatmin edilmesi gerekmektedir.² Sağlık çalışanları döner sermaye ödemesi aldığı için diğer kamu personellerine göre maaşları çok düşük kalmaktadır, almış oldukları ek ödemeler ise emekliliğe yansımaması nedeniyle düşük emekli aylığı almaktadırlar. Ayrıca, sağlık çalışanlarının aldıkları ek ödeme hastane geliri ile doğru orantılı dağıtıldığı için geliri az olan hastanelerde dağıtılan ek ödeme miktarları çok düşük olmaktadır. Sağlık personeli aldığı ücret konusunda diğer meslek gruplarıyla eşit düzeye getirilmelidir.

Doktorların sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahrumiyet bölgesi olarak tanımlanan yerleşim yerlerinde çalışmalarının özendirilmesi ve dengeli dağılıma zemin hazırlanması amaçlanmalıdır. Gerek tıp fakültelerinde gerekse kamu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlere yönelik ek ödeme düzenlemelerinde, verilen sağlık

¹ Güneri, s.179

² “Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu”, (15.04.2014)

hizmetinin niceliğine değil niteliğine ilişkin ölçütleri, bilimsel çalışmaları, toplum sağlığı hizmetleri ile ilgili çalışmaları, sağlık hizmetini sunan ekibin bir bütün olarak verdiği sağlık hizmetinin kurumsal düzeydeki çıktılarını esas alarak çalışmaların özendirilmesi amaçlanmalıdır. Hekimlerin, tıp biliminin gelişimini izleyebilmeleri, bilgi ve becerilerini güncel bilgilere erişerek yenileyebilmeleri için yıllık izinden bağımsız olarak mesleki gelişim iznine ilişkin düzenleme önerildiği gibi mesleki gelişimin özendirilmesi amacıyla düzenleme yapılması önerilmektedir.¹ Ülke genelinde sağlık hizmetlerinin eşit dağılımını sağlamak için sağlık personeli dağılımı dengeli yapılmalıdır. Sağlık personeli yetiştirmek için kamu ve özel eğitim kurumları teşvik edilerek, istihdam açığını da dikkate alarak sağlık personeli açığına çözüm üretilmelidir.

Hizmet kalite standartları özel ve kamu hastaneleri için ortak standartlar olarak belirlenip, puanlar kamuoyuna açıklanmalıdır.² Sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası temel eğitiminin standartizasyonu sağlanmalı, hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim programları geliştirilmelidir. Koruyucu dış hekimliği uygulamaları sağlık sistemi içinde yer almalıdır.³ Kaliteli hizmet verilmesi için sağlık çalışanları sürekli bir eğitime tabi tutularak, personelin sağlık bilgileri taze tutulmalıdır. “Toplumda hastalıkların oluşmaması için yerleşim merkezlerinin altyapılarının düzenli olması önemli bir faktördür. Sağlık hizmeti sorumluluğunu almış yerel yönetimler bu konuya daha çok ağırlık vermelidir.”⁴ Koruyucu sağlık hizmetlerinde etkinliğin artırılması için çevresel önlemlerin alınması gereklidir.

Sağlık bilgi sistemleri, her düzeyde karar vericilere karar verme sürecinde doğru, güvenilir ve çağdaş enformasyon teknolojisinin kullanımına yönelik biçimde düzenlenmeli, sağlık istatistikleri konusunda merkezi düzeyde entegre ve ortak veri tabanı kullanımını sağlamalıdır. Tıbbi aletler de ülke genelinde her türlü satın almada kullanılacak teknik anlamda ülkemiz şartlarına uygun uluslararası kabul görmüş bir standardizasyon çalışması yapılmalıdır, ülkemizin bir tıbbi alet mezarlığına

¹ Türk Tabipler Birliği, Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Önerisi 2011, Ankara, 2011, s.29

² "V. Türkiye Sektörel Ekonomi Şurası", <http://www.tobb.org.tr/Documents/yayinlar/Vturkiyesektorelekonomisurasi.pdf>, (20.2.2014)

³ Yücel, s.203-204

⁴ A.F. İnceöz, "Türkiye'de Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri",Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı,S.39, Ankara, 2001, s.217

dönüşmemesi için, tıbbi alet alımlarında satış sonrası bakım onarım hizmetleri düzenlenmelidir.¹

Sağlık hizmetleri ekip olarak sunulan bir hizmet olduğu için sağlık kuruluşlarında bu hizmeti verenler arasında yaşanan sağlık personeli, idari hizmet personeli ayırımına son verilmeli, çalışanların tümü sağlık hizmeti sınıfına alınmalıdır. Sağlık hizmetini yerel yönetimlerin de katkıları ve katılımları ile başarıya ulaşabileceği düşünülerek, yerel yönetimler koruyucu sağlık hizmeti yönünde desteklenmeli ve teşvik edilmelidir. Acil sağlık hizmetlerinin güçlendirilip geliştirilerek daha kaliteli hizmet verilebilmesi için, 112 istasyonları sayısı artmalı ve bu istasyonlara araç, malzeme ve personel desteği verilmelidir.²

2.3. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Öncesi Sağlık Örgütlenmesi

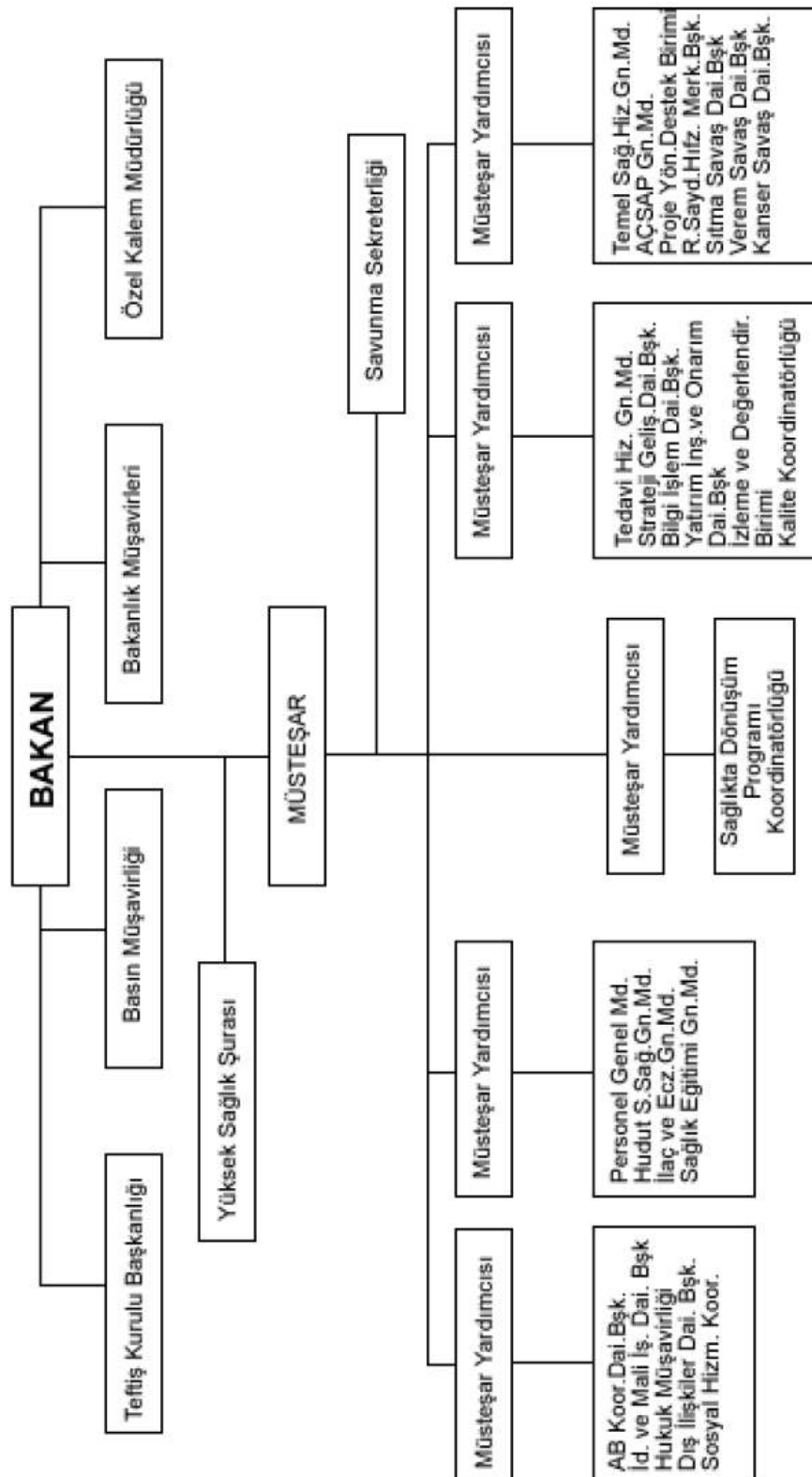
Sağlık Bakanlığı Kanun Hükmünde Kararnameler ile örgütlenmiştir. Sağlık Bakanlığı kuruluş kanunu bulunmamaktadır. 356 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede bakanlığın adı Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiştir. Yine 356 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile teşkilat yapısını güncelleyerek, merkez teşkilat ve taşra teşkilat yapısını değiştirmiştir.

356 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede sağlıkla alakalı her türlü planlama, denetleme ve uygulama görevi Sağlık Bakanlığı'na verilmiş ve bakanlık bu görevlerden birinci derece sorumlu tutulmuştur. Sağlık Bakanlığı devletin sağlık politikası belirlemesi ve ulusal sağlık politikalarını uygulamasından sorumlu tutulmuştur. Bunlara ilaveten sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumu da Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğuna verilmiştir. 356 sayılı Kanun Hükmünde Kararname sonrasında Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilat yapılanması ait şemalar aşağıda verilmiştir.

¹ Yücel, s.203

² N. Sevinç-M. Çağlan-M. Kahraman, Türkiye'de Sağlık Politikalarına Eleştirel Bir Bakış, Ankara, 2000, s.36

Şekil 1: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması

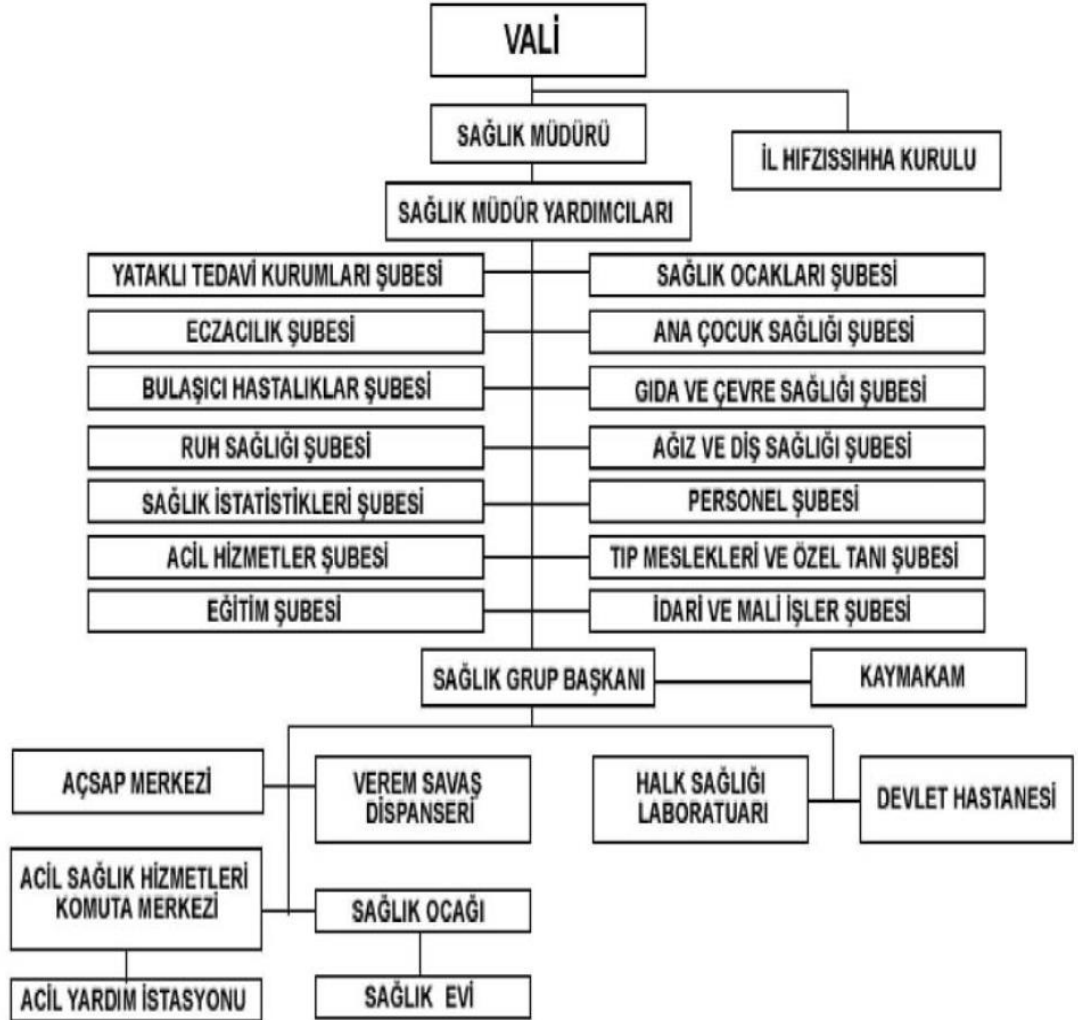


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlığa Bakış, Ankara, 2007, s.104.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameden önce Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı; en üst yönetici Bakan, bakandan sonra sırasıyla müsteşar, 5 müsteşar yardımcısı ve müsteşar yardımcılara bağlı genel müdürlükler ile daire başkanlıklarından oluşmaktadır. Yüksek sağlık şurası, teftiş kurulu başkanlığı, basın müşavirliği, bakanlık müşavirleri ve özel kalem müdürlüğü doğrudan bakana bağlıdır. Sağlık Bakanlığı merkezi düzeyde, sağlık hizmetleri ile ilgili genel kararları ve politikaları belirlemek ve uygulamaktan sorumludur.

Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATI



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlığa Bakış, Ankara, 2007, s.106.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname uygulanmadan önce Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı yapılanmasında ilde Sağlık Bakanını İl Sağlık Müdürü temsil etmekteydi. Sağlık Müdürü idari olarak Valiye bağlı, teknik olarak Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur. İllerde sağlık idaresi, İl Sağlık Müdürlüğüne yürütülmektedir. İldeki Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve denetlenmesi görevlerini sağlık müdürlüğü yürütür. İl Sağlık Müdürlüğü teşkilatı sağlık müdürü, müdür yardımcıları, 14 şube müdüründen oluşmaktadır. İlçelerde teşkilatlanma ise, sağlık grup başkanlığı ve sağlık grup başkanlığına bağlı ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, acil sağlık hizmetleri komuta merkezi, acil yardım istasyonları, verem savaş dispanseri, sağlık ocağı ve sağlık evlerinin yanında halk sağlığı laboratuvarı ve devlet hastanesinden oluşmaktadır.

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri vermekten sorumlu ana organizasyon ve koruyucu sağlık hizmetleri veren kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık evi, sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı merkezleri, sıtma merkezleri, verem savaş dispanserleri ve kanser savaş merkezlerinde birinci basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Sağlık bakanlığına ait ikinci basamak devlet hastaneleri ile üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanelerinde tedavi edici sağlık hizmetleri verilmektedir.663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname yürürlüğe girmeden önce hastaneler ilçelerde sağlık grup başkanlığına bağlı bulunmaktaydı.

2.4. Hastanelerin Özerkleştirilmesi Çalışmaları

Ülkemizde ve tüm dünyada sağlık sistemlerinin verimsizliği ve sistemde var olan eşitsizlikler yıllardır herkes tarafından bilinmektedir. Az gelişmiş ülkelerin büyük kısmı bağımsızlıklarını kazandıktan hemen sonra kamu tarafından finanse edilen ve büyük ölçüde ücretsiz hizmet veren sağlık sistemleri geliştirmişlerdir. 1970'lerin başında patlak veren petrol krizi ile birlikte Keynesyen politikalara (refah devleti politikaları) son verilmiş ve sağlık, eğitim gibi pek çok önemli alan piyasa mekanizmasına terk edilmiştir. 1970'lerde bu ülkelerin çoğu ağır borçlu duruma gelmişler ve uluslararası finans kurumlarından çok ağır koşullar altında borç almak zorunda bırakılmışlardır. Dolayısıyla sağlık reformları, reformların içeriği ve koşulları

bu bağımlılık ilişkisi çerçevesinde değerlendirilmelidir.¹ Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı sağlık reformları ekseriyetle kamuya ait hastanelerinin özerkleştirilmesini ve sağlıkta yönetimin yerel yönetimlere devredilerek yerinden yönetimin gerekli olduğu ısrarla vurgulanmaktadır.

Sağlık Reformu ile tedavi edici sağlık hizmetleri sunan hastanelerin verimli, etkin ve kaliteli hizmet verebilmesi için idari ve mali yönden özerkleştirilmesi amaçlanmıştır. Profesyonel yöneticilik yapılanması ile hastaneler özerk sağlık işletmelerine dönüştürülecektir. “Sağlık işletmesi yönetiminde mali ve idari sorumluluk Yönetim Kuruluna aittir. Yönetim Kurulu yedi üyeden oluşmaktadır. Bu üyelerin dördü hastane yöneticisidir (İşletme Genel Müdürü, Tıbbi Hizmetler Müdürü, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, İşletme Müdürü), üçü dışarıdan (İl Özel İdaresi Temsilcisi, Maliye Bakanlığı İl Örgütü Temsilcisi, İl Genel Meclisi Temsilcisi) seçilecektir. İşletme Genel Müdürü yönetim kurulu başkanıdır. Burada dikkati çeken önemli bir nokta da, İl Özel İdaresi Temsilcisinin hastane yönetimine katılımı, sağlık hizmetlerinin sunumunda mahalli idarelerin rolünün artmasıdır. Bugünkü sistemde hekimlerin yönettiği hastane sisteminin tersine, reform programında, sağlık işletmelerini profesyonel yöneticiler ve/veya idari yeteneği olan ve zamanının tümünü yönetime ayırmak isteyen hekimler tarafından yönetilmesi düşünülmektedir. Sağlık İşletmeleri, kaynaklarını gerekli gördükleri alanlara ayıracaklardır. Sağlık İşletmelerinin ana geliri, blok sözleşmeler aracılığıyla hizmet sunumundan kaynaklanacaktır. Eğitim vermekle yükümlü olan sağlık işletmelerine ayrıca, eğitim ve araştırma için kaynak tahsis edilecektir. Sağlık İşletmeleri personelini seçmekte ve onların ücret düzeylerini belirlemekte bağımsız olacaklardır. Sağlık İşletmelerinin gelir sistemi, İl Sağlık Müdürlükleriyle yapılan sözleşmeler aracılığıyla geleceğe yönelik olacaklardır. Sağlık İşletmeleri ve özel hastaneler bir sonraki yıl sözleşme yapabilmek için rekabet edeceklerdir. Sağlık İşletmesi tarafından sağlanan hizmetlerin fiyatı ve kalitesi, hizmet alacak olan Kurumlar ile yapılacak olan görüşmeler yoluyla belirlenecektir.”²

¹,Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası, Sağlık Reformları ve Hastanelerin Özerkleşmesi, http://www.sesizmir.org.tr/haber_detay.asp?haberID=198, (01.01.2015)

² Yiğit Şakar, s.94-95

3. KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ SİSTEMİ

2002 yılı Kasım ayı başında seçimleri kazanarak iktidara gelen Ak Parti Hükümeti aynı ay içerisinde Acil Eylem Planında, ‘Herkes Sağık’ sloganı ile sağıkta yapılması gereken temel hedefleri açıklamıştır. Acil eylem planı ile hükümetin sağık hizmetlerindeki hedefleri: Sağık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel olarak yeniden yapılandırılması, sağık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması, bütün vatandaşların genel sağık sigortası kapsamına alınması, aile hekimliğı uygulamasına geçilmesi, özel sektör sağık yatırımlarının özendirilmesi, kalkınmada önceliğı olan bölgelerin sağık personeli eksiğinin giderilmesi, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması olarak açıklanmıştır. Acil eylem planı ile sağık alanında açıklanan hedefler 2003 yılında hazırlanan Sağıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulmuştur. Sağıkta Dönüşüm Programının hastaneleri ilgilendiren tarafı diğerk kamu kurumlarına ait hastanelerin Sağık Bakanlığı çatısı altında toplanmasıdır. Özellikle Sosyal Sigortalar Kurumuna bağılı hastanelerde yaşanan yığılmalar, kuyruklar ve ilaç sorunu hastanelerin tek çatı altında toplanmasında en önemli etkindir.

Sağıkta dönüşüm programının uygulanmaya başlanmasıyla sağık alanında büyük çapta köklü değışikliler meydana gelmiştir. Sağık ocağı uygulamasına son verilip, aile hekimliğı uygulaması hayata geçirilmiştir. Aile hekimlerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağık hizmetlerini bir bütün olarak sunması hastanelere olan talebi aşağılara çekmiştir. Sağıkta dönüşüm programı ile hayata geçen bir diğerk uygulama da, sosyal güvenlik kurumları Genel Sağık Sigortası adı ile Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmış, kamuya ait bütün hastaneler Sağık Bakanlığı çatısı altında birleştirilmiştir. Sağık Bakanlığı hastaneleri ve üniversite hastanelerinden vatandaşların istedikleri şekilde faydalanmaları sağılanmıştır. Sağıkta dönüşüm programından önce Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinde yaşanan en büyük sorunlardan birisini ilaç kuyrukları oluşturmaktaydı. Sağık güvencesi Sosyal Sigorta olan vatandaşlar ilaçlarını bağımsız eczanelerden alamıyor, hastane bünyesinde bulunan eczanelerden almak zorunda kalıyorlardı. Hastane bünyesinde bulunan bu eczaneler talebi karşılamakta yetersiz kalmaktaydı. Sağıkta dönüşüm programının getirdiğı değışim ile Sosyal Sigortalar Kurumu

hastanelerinde bulunan eczaneler kapatılarak, hastaların özel eczanelerden ilaç temin edebilmeleri sağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı hekimlerin hastanelerde tam gün çalışmasını sağlamak için, performansa dayalı ek ödeme sistemini hayata geçirmiştir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminde doktorların muayene ve tedavi ettiği hasta sayısı ile doğru oranda ek ödeme alacak olması, doktorların daha çok hastaya hizmet vermelerini sağlamıştır. Bu sistem hastanelerde sağlık hizmeti arzını büyük ölçüde yükseltmiş, polikliniklerde oluşan hasta kuyruklarını azaltmıştır. Vatandaşların hastanelerde hizmetlere daha kolay ulaşabilmeleri sağlanarak özel muayenehanelere olan talebin azaltılması amaçlanmıştır.

2003 yılından itibaren hastanelerin hizmet üretimi kapasitesi artırılmış, hastanelere olan talebi karşılamak için arz yükseltilmiştir. Hastanede tedavi hizmetleri yönünden yaşanan önemli bir değişim de, hastaların sağlık sigortalarıyla özel sektöre ait hastanelerden ve özel tıp merkezlerinden faydalanabilmeleri sağlanmıştır. Vatandaşların özel sağlık kuruluşlarından yararlanabilmesi, son yıllarda ülkemizde özel hastane ve özel tıp merkezleri sayısında artışa neden olmuştur. Hastanelerde tedavi hizmetlerinin artırılması, hizmete ulaşılabilirliğin kolaylaştırılmasında ki amaç polikliniklerde oluşan kuyrukları ve bekleme süresini azaltmaktır. Sağlıkta dönüşüm programı ile yeni hastane inşaatlarına başlanmış ve hastanelerin fiziki yapılarında iyileştirmeler yapılmıştır. Bu dönemde Tam Gün Yasası çıkartılarak hekimlerin hem kamuya ait hastanelerde hemde özel muayenelerinde veya özel hastanelerde çalışmaları yasaklanmıştır. Bu dönemde bütün sağlık sigortalılara özel sağlık tesislerinden yararlanabilmeleri hakkının tanınması ile özel sağlık tesisleri hekimlere kamu hastanelerinden elde edecekleri kazançtan daha cazip teklifler verdiler. Bu nedenle kamu hastanelerinde çalışan çok sayıda hekim istifa ederek özel hastanelerde çalışmayı tercih etmiştir. Hekimlerin özel hastaneleri tercih etmeleri nedeniyle kamu hastanelerinde hekim açığı oluşmuştur. Tam gün yasası tıp fakültesi hastanelerinde görev yapan öğretim görevlileri için kaldırılmıştır. İsteyen öğretim görevlisi hem özelde hemde tıp fakültelerinde çalışabilmektedir.

2 Kasım 2011 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 2 Kasım 2012 tarihinde kamu hastaneleri birliği

uygulamasına geçileceği bildirilmiştir. Kamu hastaneleri birlikleri sınıflara ayrılarak değerlendirilip, denetlenecektir. “Sınıflandırma A,B,C,D ve E olmak üzere 5'e ayrılmaktadır. Birliklerin 5 kategoride (A, B, C, D, E) sınıflandırılan hastanelerden ortalaması C olan ve D'yi de içeren hastanelerden oluşacağı belirtilmektedir. Birlik oluşturulacak illeri bakanlar Kurulu belirleyecektir ve birlikler Sağlık Bakanlığının ilgili kuruluşu olacaktır. Bu sistemde işletme modeli öngörüldüğünden, yönetim kademesinin tamamı sözleşmeli statüde istihdam edilecektir. Mevcut Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 657 sayılı kanuna tabi 4/A, 4/B, 4/C, 4924 sayılı kanuna tabi sözleşmeli personel bulundukları ildeki birliklere devredileceklerdir.”¹ Kamu hastaneleri birlikleri kurulduğu andan itibaren mevcut sistemde görev yapan başhekim ve yardımcılar, hastane müdür ve yardımcılar ile başhemşirelerin görev ve yetkileri sona erecek, kadroları iptal edilecektir. Kadrosu müdür olanlar araştırmacı kadrosuna atanacak mali olarak kayıp yaşamayacaklardır. Bu görevlere vekaleten bakan idareciler ise kadro ünvanlarına göre eski görevlerine devam edeceklerdir. Kamu mali sisteminde ilgili kuruluş; kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan, gelirlerinin yetmemesi halinde genel bütçeden sadece yardım alabilen ve esasen de düzenleyici ve denetleyici üst kurullar için öngörülen kategoriye ifade etmektedir.

Kurulacak Kamu hastane birlikleri, düzenlenen yasa tasarısı ile kendi gelirleri ile giderlerini karşılayacak bir işletme olması amaçlanmıştır. Bu yasa tasarısında birlik organı olarak yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticilikleri öngörülmektedir. Yönetim kurulunun oluşumunda atama yöntemi ile 4 kişi, seçim yöntemi ile 3 kişi gelecektir. Atanan 4 kişiden birini vali, üçünü Sağlık Bakanlığı atayacaktır. Seçilen 3 kişiden ikisini il genel meclisi, birini Ticaret ve Sanayi Odası belirleyecektir. Yönetim Kuruluyla sözleşme yaparak belirli özelliklere sahip kişiler arasından seçilen Genel Sekreterlik öngörülmüştür. Genel sekreterin görev ve yetkilerine baktığımızda bunun bir işletme genel müdürü olduğu anlaşılmaktadır. Genel sekreterler de sözleşmeli olarak görev yapacaklardır. Hastane yöneticileri görevli olduğu hastaneleri yönetecek olup; başhekimler, idari ve mali işler müdürleri,

¹ A. Küçük, Sağlık Hizmetlerinde Reform "Kamu Hastane Birlikleri Modeli Üzerine", Ankara, 2010, s.201

sağlık bakım hizmetleri müdürleri ile hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürleri hastane yöneticisine bağlı olarak çalışacaktır.¹

Kamu hastaneleri birliği uygulaması ile hastaneler profesyonel yöneticilerle yönetilen özerk sağlık tesilerine dönüştürülecektir. “Burada kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, verimlilik ve etkililik esaslarına göre ve çağdaş işletmecilik anlayışı çerçevesinde yönetilen, idari ve mali açıdan özerk, çalıştırdığı personeli istihdam yetkisine sahip, hizmetlerini sözleşmeler yoluyla sigorta kuruluşlarına sunan, dolayısıyla kendi kendini yöneten özerk sağlık işletmeleri oluşturmak hedeflenmektedir.”² Burada merkezi yönetim yetki devri ile hastanelerin yerinden yönetim uygulamasına geçirilmesini amaçlanmıştır.

Sağlıkta dönüşüm programının bir parçası olan hastanelerin özerkleştirilmesi çalışmalarına 2007 yılında başlanmıştır. “Kamu hastanelerinin "idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri" haline dönüştürülmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanarak Bakanlar Kurulunca 6 Mart 2007 tarihinde "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" adıyla Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına sunulan tasarı, milletvekili genel seçimleri nedeniyle 22' nci Dönemin sona ermesi üzerine içtüzüğün 77' nci maddesi uyarınca hükümsüz sayılmış ve 23' üncü Dönemde 60' ıncı Hükümet tarafından yenilenerek, yenilediği 10 Ekim 2007 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına bildirilmiştir. Başkanlıkça 22 Ekim 2007 tarihinde tali komisyon olarak Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonuna, esas komisyon olarak da Plan ve Bütçe Komisyonu'na havale edilen 1/439 esas numaralı "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı", Komisyon tarafından 13 Kasım 2008 tarihinde tekrar görüşülmeye başlanmış ve nihai rapor 26 Mart 2010 tarihinde Genel Kurulun onayına sunulmuştur.”³ Oluşturulacak kamu hastaneleri birliği sistemi uygulamasında "Bakanlar Kurulunun belirleyeceği illerde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının yapılacak değerlendirme sonuçlarına göre Bakanlığın teklifi ve

¹ Hastaneler İşletme, Sağlık Emekçileri Köle, Vatandaş Müşteri, http://www.sesizmir.org.tr/haber_detay.asp?haberID=196, (01.01.2015)

² Yücel, s.194

³ Küçük, s.207.

Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğini haiz, Bakanlığın ilgili kuruluşu statüsünde birliğe dönüştürülmesi"¹ hedeflenmiştir.

Kamu hastaneleri birliği sisteminin hedefi hastane hizmetlerinde etkililik, verimlilik, hizmete kolay ulaşılabilirlik ve kaliteyi arttırmaktır. Hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması kamu hastanelerine özerklik verilerek veya sağlık işletmeleri haline getirilerek gerçekleştirilmesi düşünülmüştür. Sağlık işletmelerinin, idari ve mali açıdan özerk olmaları, birbirleriyle rekabet içinde, verimlilik ve etkenlik ilkelerine göre çalışmaları ve giderlerini kendi gelirleriyle karşılamaları önerilmiştir. Özerkleşen hastanenin profesyonel yöneticiler ve yönetim bilgisi olan sağlık çalışanlarınca yönetilmesi düşünülmüştür. Sağlık işletmeleri, çalışanlarını kendisi seçecek ve ücretini kendisi ödeyecektir. Ancak, Yüksek İhtisas'taki pilot özerkleşme uygulamaları sonucu, amacı en yüksek karlılığa ulaşmak isteyen hastanede çalışanların içine düştüğü zor durum (yoğun çalışma şartları, iş güvencesinin olmaması, maaşların yeterli olmaması vb) bize sorunun başka bir boyutunu göstermiştir. İşletmenin gelir kaynakları, blok hizmet anlaşmalarına göre sunulan hizmetlerden sağlanacak; verilen hizmetlerin fiyatı ve kalitesi, hizmet satın alan kuruluşlarla müzakere sonucu belirlenecektir. Bu şekilde özerk yönetim yapısı ve rekabet ortamı ile hastanelerin etkin ve verimlilik içinde çalışması düşünülmüştür.²

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013), sağlık hizmetlerinde kalitenin ve etkinliğin artırılması hedef olarak konulmuştur. Günümüzde Birinci basamaktaki altyapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile en önemlisi sevk zincirinin etkin uygulanamaması, hastaların tedavi hizmeti maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini oluşturan hastanelere yönelmesine neden olmakta ve oluşan yığılmalar hastanelerin hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hastanelerde sunulan poliklinik hizmetlerinin yüzde 95'ini ayakta tedavi hizmeti alan hastalar olmaktadır. Dokuzuncu Beş Yıllık kalkınma Planında, sevk zincirinin etkinliğinin artırılması amacıyla aile hekimliği pilot uygulamalarının sürdürüldüğü ifade edilmektedir. Planda, Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile personel motivasyonu ve verimlilikte iyileşmelerin sağlandığı, kamuda çalışan tam zamanlı uzman hekimlerin oranının beş kat artırıldığı belirtilmektedir. Hastanelerin mali ve

¹ TBMM, "Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı", Plan ve Bütçe Komisyonu Alt Metni, Ankara, 2007

² Özdemir, s.283

idari özerkliğe kavuşturulması ihtiyacına bu planda da yer verilmiştir.¹ Birinci basamakta tedavisi yapılabilecek hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine başvurmalarının önüne geçebilmek için sevk zincirinin kullanılması çok önemlidir. Sevk zincirinin uygulanması hastanelerde tedavi olması gereken hastalara daha çok zaman ayrılması kaliteli ve etkili hizmet almalarını sağlayacaktır.

2 Kasım 2011’de resmi gazetede yayınlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile ülkemizin sağlık sistemi ve kamu hastanelerinin işleyişinde önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Kararname ile Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat yapılanmasında; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü olmak üzere 4 kurum kurularak ve bu kurumların taşra teşkilatları oluşturulmuştur. Bu oluşturulan bağlı kuruluşlar ile birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetleri kurumsal olarak da ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın illerde oluşan taşra teşkilat yapılanması da il ve ilçe sağlık müdürlükleri, halk sağlığı müdürlükleri ve kamu hastaneleri birliği genel sekreterlikleri kurularak en son halini almıştır. Halk sağlığı müdürlükleri birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmekle görevlidir. Aile hekimleri ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşları halk sağlığı müdürlüklerine bağlanmıştır. Sağlık müdürlükleri ildeki sağlık hizmetlerinin planlanması, kontrolü, koordine edilmesi ve denetleme görevlerinin yanında 112 acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesini de üstlenmiştir. İlçe sağlık müdürlükleri kurularak il sağlık müdürlüklerine bağlanmıştır. İllerde kurulan kamu hastaneleri birliği genel sekreterliklerine ise ildeki üniversite hastaneleri hariç tüm kamu hastaneleri bağlanmıştır.

Kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamaz. Birden fazla Birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir. 663 sayılı KHK’da birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur. Genel

¹ DPT, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara, 2006, s.41

sekreterlik birliğin en üst karar verme ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları kurulur. Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Kurumca tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur.¹

663 sayılı KHK ile oluşturulan bu birliklerde genel sekreter, hizmet başkanları, hastane yöneticileri, başhekimler, başhekim yardımcıları, müdürler, müdür yardımcıları, uzmanlar ve son olarak büro personelleri sözleşmeli olarak istihdam edilir denmektedir. Birliklerde sözleşmeli olarak görev yapacak personeller, 657 sayılı Kanun ve 10.7.2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanuna tabi olarak çalışır.

3.1. Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikleri Çalışma Usul ve Esasları

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ile kendine bağlı ildeki yapılanması Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikler ve hastanelerin çalışma şeklini belirleme ve değerlendirme kriterlerini açıklamıştır. “Hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir. Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin;

- Grup düşürülmesi,

¹ Resmi Gazete, 02.11.2011 tarih ve 28103 Mükerrer Sayılı Resmi Gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (07.01.2015)

- (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,

- (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,

- Bünyesindeki hastanelerden birinin ardı arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi,

- (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir üst gruba çıkarılamaması,

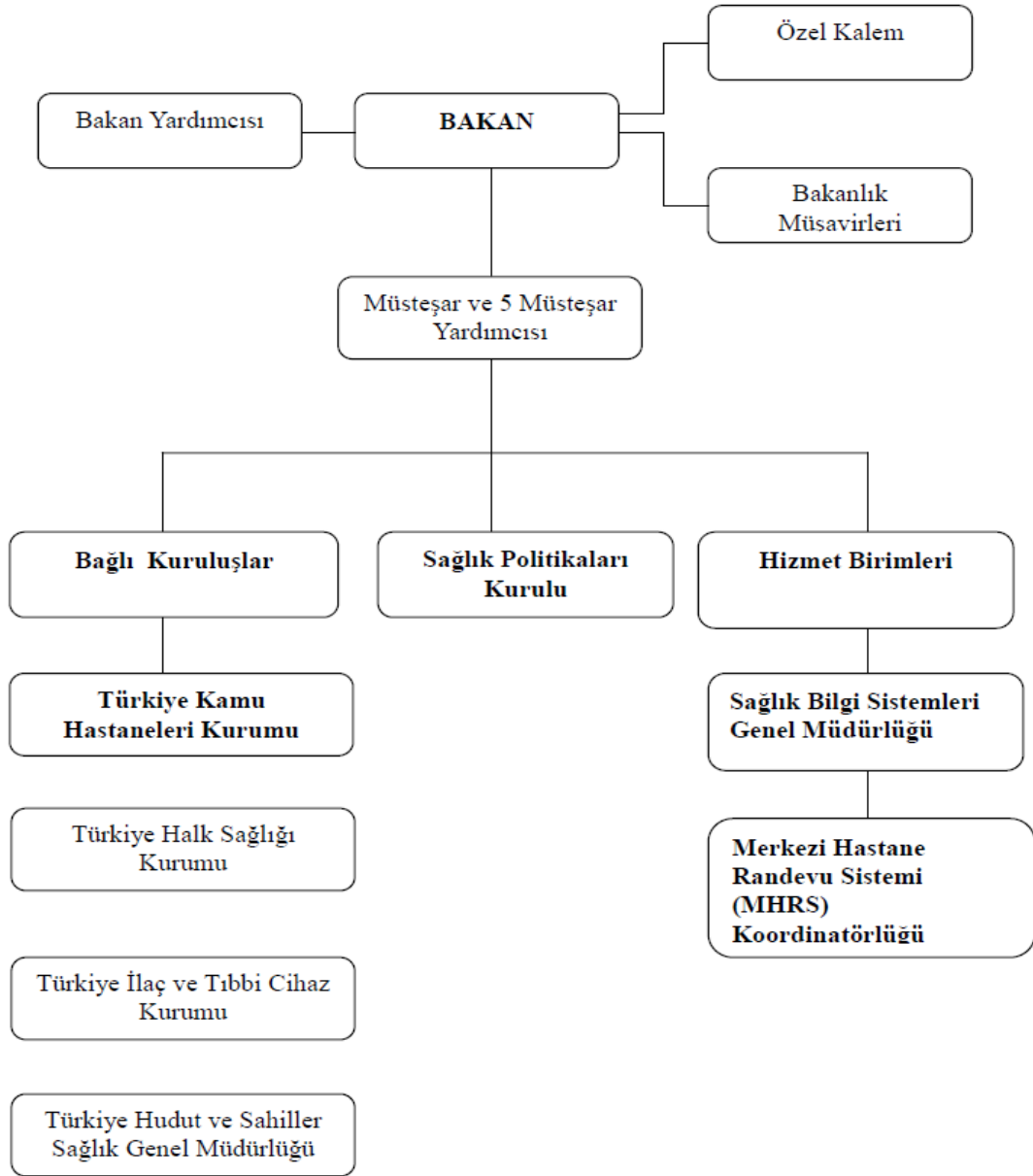
hallerinde kurumca genel sekreterin görevine son verilir. İlk üç maddede sayılan hallerin hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreterce hastane yöneticisinin görevine son verilir.”¹ Buradan hastane ve birlik değerlendirmelerini Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun yürütüleceği anlaşılmaktadır.

663 sayılı KHK'nin yayımı tarihinden itibaren bir yıl içinde Bakanın onayıyla Kamu Hastane Birlikleri oluşturulur. Birlik teşkiline ilişkin onayın alındığı tarihte ilgili birlik kapsamındaki sağlık kurumlarında bulunan baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire kadrolarında bulunanların bu görevleri sona erer. Görevleri sona eren personelden hastane müdür ve müdür yardımcıları araştırmacı kadrolarına atanmış sayılır. Baştabip, baştabip yardımcısı ve başhemşire kadrolarında bulunanlar meslekleri ile ilgili hizmet sınıflarındaki durumlarına uygun kadrolara atanırlar.² Kadrolu hastane müdürleri ünvanları değiştirilerek araştırmacı kadrolarına atanmıştır. Başhekimler hekim olarak, başhemşireler de hemşire olarak görevlerine devam edeceklerdir.

¹ Resmi Gazete, 02.11.2011 tarih ve 28103 Mükerrer Sayılı Resmi Gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (07.01.2015)

² Resmi Gazete, 02.11.2011 tarih ve 28103 Mükerrer Sayılı Resmi Gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (07.01.2015)

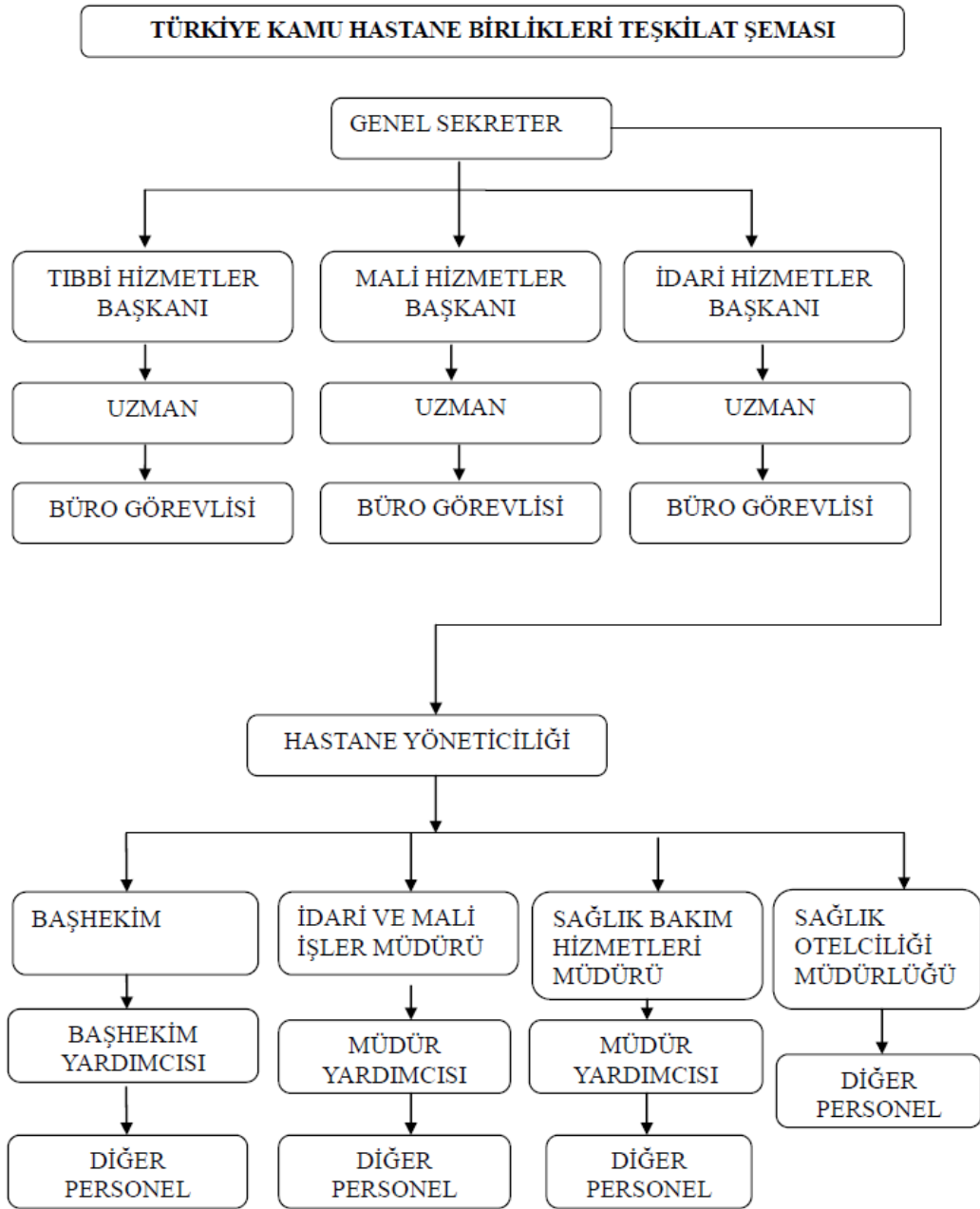
Şekil 3: Günümüzde Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara, 2012, s.6

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı değişmiştir. Önceki teşkilat yapısı ile arasında ki en önemli fark Bakanlığa bağlı 4 kuruluş kurularak sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerinin bu kuruluşlar aracılığı ile verilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden Türkiye Halk Sağlığı Kurumu sorumludur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu yürütmekle görevlendirilmiştir.

Şekil 4: Günümüzde Kamu Hastaneleri Yönetim Şeması



Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Resmi İnternet Sitesi, <http://www.kkhhb.gov.tr/OrganizasyonSemasi.aspx>, (13.03.2013)

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra örgütlenmesi için illerde Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikleri kurularak illerdeki hastaneler genel sekreterliklere bağlanmıştır. Ankara, İstanbul ve İzmir gibi büyükşehirlerde hastane sayısının çokluğu nedeniyle birden fazla genel sekreterlik kurulmuştur. Birden fazla genel sekreterlik kurulan illerde ki genel sekreterlikten birisi o ilin koordinatör genel

sekreterlik görevini yürütmektedir. Kamu hastaneleri birliği uygulaması ile Sağlık Bakanlığı'na ait kamu hastanelerinin yönetim şekli değişmiştir. Önceki sistemde il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak çalışan hastaneleri başhekim ve başhekime bağlı müdür ile başhemşireler yönetmekteydi. Hastanelerin büyüklüğüne göre başhekim yardımcısı, müdür yardımcısı ve başhemşire yardımcısı bulunmaktaydı.

2 Kasım 2012 tarihinde kamu hastaneleri birliği uygulamasına geçilmesi ile hastanelerin işleyişinden Genel Sekreter, hizmet başkanları (idari, mali ve tıbbi), hastane yöneticileri sorumlu tutulmuştur. Yeni sistemde hastanede yönetiminde en yetkili kişi Hastane Yöneticisidir. Başhekim, idari mali işler müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdürü ve hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürü hastane yöneticisine bağlı olarak hastane yönetimini oluştururlar. Küçük hastanelerde hastane yöneticisine başhekimlik görevi de verilerek hastane yöneticisi iki görevi bir arada yürütmektedir. Eski sistemde başhekim en yetkili idareci iken yeni sistemde müdürler ile aynı statüde hastane yöneticisine karşı sorumludur. Hastanelerin büyüklüğüne göre başhekim yardımcısı ve müdür yardımcısı kadroları açılmaktadır. Ayrıca, hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürlüğü kapasitesi 300 yatak ve üzeri hastanelerde görevlendirilmekte, kapasitesi 300 yataktan az olan hastanelerde bu görevi idari mali işler müdürü yürütmektedir.

Kamu hastaneleri birliği uygulamasında genel sekreterliklerde ve hastanelerde profesyonel idareciler atanarak hastanelerin yerinden yönetilmesi ve mali yönden güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Genel sekreterlikte ve hastanede görev alacak yöneticilerle iki yıllık sözleşme yapılarak ve altı aylık periyotlarda idari, tıbbi ve mali durumları için karne değerlendirmesi yapılarak başarı durumları ölçülür. Başarısız yöneticilerin sözleşmesi fesh edilerek görevine son verilir.

Karne değerlendirmelerinde tıbbi kriterler, idari kriterler, mali kriterler, eğitim kriterleri ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği kriterlerine bakılarak hastanelerin dolayısı ile idarecilerin başarısı ölçülmektedir. Tıbbi kriterlerde hastanenin; acil servis müracaat yoğunluğu, acilden sevk edilen hasta oranı, yatak doluluk oranı, poliklinik hizmetleri, yoğun bakım kullanım durumu, hasta yatış süresi, tetkik bekleme süresi ile ağız ve diş sağlığı hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi yapılır. İdari kriterlerde hastanenin; hekim sayısı

muayene odası oranı, merkezi hekim randevu sistemi kullanım durumu, Bakanlığın sağlık bilgi sistemlerine veri gönderimi durumu, yatak doluluğu ve kullanımı durumu, ameliyathane masa kullanımı durumu, sağlık hizmetlerinde kullanılan yatak başına düşen kapalı alan oranı durumu, personel sayısı, nöbet hizmetleri gibi insan kaynakları yönetimi ve fiziki kapasite ile ilgili durumlarının değerlendirilmesi yapılır.

Mali kriterlerde hastanenin; toplam gelir gider oranı, borç durumu, borçluluk süresi, bütçe gerçekletirebilme durumu, tahakkuk muhasebeleştirme süresi, stok durumu, ayaktan ve yatan hasta maliyetleri gibi maddi hizmetlerinin değerlendirilmesi yapılır. Eğitim ile ilgili kriterlerde hastanenin, kişiler arası iletişim, hasta ve çalışan hakları, çalışan ve hasta güvenliği, kişisel hijyen, tıbbi eğitimler gibi eğitim hizmetlerinin değerlendirilmesi yapılır. Son olarak kalite, hasta ve çalışan güvenliği kriterlerinde hastanelerin sağlıkta kalite değerlendirmelerinde ki kriterlerden aldıkları puanlara göre değerlendirilmesi yapılır.

Kamu hastaneleri birliği sistemi sağlıkta dönüşüm programının amaçlarından biri olan hastanelerin profesyonel yöneticiler ile idari ve mali açıdan özertleştirilme uygulamasıdır. Resmi gazetede 9 Mart 2013 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe konan "Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" ülkemizde hastanelerin geleceği açısından önemli gelişmeler meydana getirecektir. Bu kanun sayesinde hastane hizmetlerinde kamu-özel işbirliği uygulamasının önü açılarak, büyükşehirlerde yüksek kapasiteli şehir hastaneleri yapılması planlanmaktadır. Şehir hastanelerini özel sektör yapacak bu tesisleri 30 seneliğine kamuya kiraya verecek ve kiralama sonrasında ise kamuya devredecektir. Burada yap işlet devret modeli yerine yap kirala devret modeli uygulamasının hayata geçirilmesi planlanmaktadır. Bütün bu çalışmalar gelecekte hastane hizmetlerinin büyük oranda özel sektöre devredilebileceğini akıllara getirmektedir.

3.2. Kamu Hastaneleri Birliği Personel Yapısı

i - Genel Sekreter

Genel Sekreter ilde kurulan KHB'nin en yetkili yöneticisidir. Genel Sekreter çalışacağı hastane başhekimleri ve müdürler ile yardımcılarının sözleşmesini TKHK'na teklif ederek sözleşme yapmaktadır. Genel Sekreter Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerinde çalışacak uzman ve büro peroneli ile kendisi sözleşme yapmaktadır. 663 sayılı KHK' de Genel Sekreter olmak için, lisans programı mezunu olma, 8 yıl iş deneyimine sahip olma (kamu ya da özel sektör) şartı gerektiği belirtilmektedir. Bunun yanında iş bilgi ve tecrübeleri, başarıları, yetenekleri gibi durumlar da dikkat edilen hususlar arasındadır.

ii - Tıbbi Hizmetler Başkanı

Hastanelerde tıbbi hizmet ve sağlık bakım hizmetlerinin verilmesini ve sürdürebilirliğini sağlamakla görevlidir. Tıbbi hizmet sunumu için gerekli planlamaları yapmakta tıbbi hizmetler başkanlığının görevlerindendir. Tıbbi hizmetler başkanlığı için genel sekreter ve diğer başkanlardan farklı olarak hekim olma şartı getirilmiştir. Uzman hekim ve üstü ünvanlar doçent, profesör gibi tıp eğitimi görmüş hekimler tıbbi hizmetler başkanı olabilmektedir. Ayrıca, pratisyen hekimlerin tıbbi hizmetler başkanı olabilmesi için hukuk, kamu yönetimi ve sağlık idaresi alanında lisans, yüksek lisans yada doktora eğitimi bitirmiş olmalıdır.

iii - İdari Hizmetler Başkanı

Birlik İnsan kaynakları yönetimini ve personellerin özlük işlerini yapmakla yükümlüdür. Birliğe bağlı sağlık tesislerinin koordinasyonu sağlamakta görevleri arasındadır. En az beş yıllık özel sektör yada kamuda iş deneyimine sahip herhangi bir lisans programından mezun olan herkes idari hizmetler başkanı olabilir.

iv - Mali Hizmetler Başkanı

Sağlık tesislerinin mali işlerini takip ve kordine etmekle görevlidir. Mali hizmetler başkanlığı stok yönetimi, hizmet alımı ve ihale işlemlerini yürütmekle de yükümlüdür. Yine idari hizmetler başkanlığında olduğu gibi mali hizmetler başkanı olmak için kamu yada özel sektörde en az beş yıllık iş deneyimi ve herhangi bir lisan programından mezun olmak yeterlidir.

v - Uzman

Uzmanlar Genel Sekreterliklerde istihdam edilirler. Uzman olmak için herhangi bir lisans programından mezun olmak ve özel sektör yada kamuda en az üç yıl çalışma şartı aranmaktadır. Kamu kurumları dışından istihdam edilecek uzmanların Kamu Personeli Seçme Sınavından 70'in üzerinde puan almış olması gerekmektedir. Kamu kurumları dışından istihdam edilecek uzman oranı Genel Sekreterlik uzman sayısının yüzde otuzu ile sınırlandırılmıştır.

vi - Hastane Yöneticisi

Sağlık tesislerinde hizmet alan hasta ve hizmet veren çalışanların güvenliğinden, haklarından, sosyal gereksinimlerine yönelik hizmetlerden ve hastanelerin yönetilmesinden sorumludur. Lisans programından mezun olmak, özel sektör yada kamuda beş yıl iş deneyimine sahip olmak hastane yöneticisi olmak için yeterlidir. Hastane yöneticisinin üst amiri genel sekreterdir.

vii - Başhekim

Başhekim olmak için ilk şart tıp eğitimi almış hekim olmak gerekmektedir. Altı yıllık tıp eğitimini tamamlayan pratisyen hekimler yüz yatağın altındaki hastanelerde başhekim olabilmektedir. Yüz yatağın üzerinde ki hastanelerde başhekim olmak için en az uzman hekim olunmalıdır. Bir pratisyen hekim işletme, sağlık idaresi, hukuk, kamu yönetimi bölümlerinde lisans, yüksek lisans ve doktora yapmış ise onlarda yüz yatağın üzerindeki hastanelerde başhekim olabilirler. Eğitim ve araştırma hastanelerinde başhekim olabilmek için eğitim görevlisi hekim, tıp

alınında profesör yada doçent ünvanında hekim olma şartı aranmaktadır. Diş tabipleri ise ağız ve diş sağlığı merkezlerinde başhekim olabilmektedir.

viii - Müdür

Sağlık tesislerinde idari mali işler, sağlık bakım hizmetleri ve hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürlüğü olmak üzere üç müdürlük bulunmaktadır. Küçük hastanelerde hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürlüğü kadrosu bulunmamaktadır. Küçük hastanelerde hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürlüğü görevini idari mali işler müdürleri yürütmektedir. Sağlık tesislerinde müdür olmak için lisans programından mezun olmak ve beş yıl iş deneyimi şartlarını karşılamak gereklidir. Sağlık bakım hizmetleri müdürleri hastaneye başvuran hastanın sağlık tesisine girişinden çıkışına kadar geçen sürede hastalara ve çalışanlara güvenli bir tedavi sağlamakla görevlidirler. İdari mali işler müdürleri ise insan kaynakları, personel özlük, evrak, stok yönetimi, bütçe, temizlik ve güvenlik hizmetleri işlerini yürütmekle görevlidir.

ix - Başhekim Yardımcısı

Başhekim yardımcısı olmak için ilk şart tıp eğitimi almış hekim olmak gerekmektedir. Altı yıllık tıp eğitimini tamamlayan pratisyen hekimler eğitim ve araştırma hastaneleri ile hastanelerde başhekim yardımcısı olabilmektedir. Ayrıca, yüksek lisans yapmış sağlık bilimleri lisansiyeri ile yüksek lisans yapmış eczacılarda başhekim yardımcısı olabilirler. Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde pratisyen hekim ile yüksek lisans yapmış sağlık bilimleri lisansiyeri ile yüksek lisans yapmış eczacılarında başhekim yardımcısı olmalarının önünde bir engel bulunmamaktadır.

x - Müdür Yardımcısı

Müdür yardımcıları sorumlu oldukları müdürlerin kendilerine verdikleri iş ve işlemleri yürütmekle görevlidir. Müdür yardımcısı olmak için lisans programı mezunu ve beş yıllık iş deneyimi şartlarını taşımak gerekir.

xi - Büro Görevlisi

Genel sekreterliklerde büro hizmetlerini yerine getirmek için istihdam edilen çalışandır. Genel sekreter, başkanlar ve uzmanların verdiği görevleri yerine getirmekle görevlidirler. Büro personeli olmak için ön lisans mezunu olmak yeterlidir.

3.3. Kamu Hastanelerinde Sağlık Personeli İstihdam Şekli

Sağlık personeli sağlık alanında eğitim almış kişilerdir. 224 sayılı kanunda sağlık personeli şu şekilde tanımlanır: “Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve mukavele ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görerek yetişmiş olanlardır. Bu hizmet sahasında çalışan ve yüksek eğitim yapmamış olanlar ise yardımcı sağlık personelidir.”¹ Kamuda sağlık personelleri devlet memuru olarak farklı şekillerde istihdam edilmektedir. Sağlık çalışanları kamu kurumlarında; 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu 4A maddesine tabi kadrolu devlet memuru, 4924 sayılı Kanuna tabi sözleşmeli memur, vekil olarak sözleşmeli memur ile 657 sayılı kanunun 4B ve 4C maddesine tabi sözleşmeli memur olarak istihdam edilmektedir.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planına göre, sağlık insan gücünün bölgeler arası ve kırkent düzeyinde dağılımı ile meslekler ve meslekler içi ihtisas alanları itibariyle dağılımının dengeli hale getirilmesi amacıyla etkili insangücü planlaması yapılacaktır. İş yükü esasına dayalı kadro standartları geliştirilecek, meslek gruplarının görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenecek ve personelin dengeli dağılımını sağlayacak bir ücretlendirme sistemine geçilecektir. Sağlık çalışanları reformunda ülke şartlarına uygun insan gücü yetiştirmek amacıyla, eğitim müfredat programlarının gözden geçirilmesi, mezuniyet sonrası sürekli eğitim ve hizmetiçi eğitimin kurumsallaştırılması, sağlık insan gücünü yetiştiren ve kullanan kurumların birlikte temsil edileceği devamlı bir izleme sistemi geliştirilmesi, ihtiyaç duyulan yeni tip insan gücünün yetiştirilmesi yönünde hedefler konulmuştur.²

¹ 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, www.tbmm.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html, (12.01.2015)

² Yiğit Şakar, s.97

Türkiye’de sağlık personeli planlamasında politika üreten belli başlı üç kuruluş bulunmaktadır. Bu kuruluşlar, Devlet Planlama Teşkilatı, Yüksek Öğretim Kurumu ve Sağlık Bakanlığı’dır. Devlet Planlama Teşkilatı, sağlık insan gücü ile ilgili genel hedefleri ve sağlık insan gücünün eğitimi için bazı sayısal hedefleri belirlemektedir. Yüksek Öğretim Kurumu ve Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının istenilen nitelik ve nicelik yönünden eğitilmesini ve yetiştirilmesini sağlamaktadır. En çok sağlık personeli istihdam eden kurum Sağlık Bakanlığı’dır. Ülkemizde yapılan kalkınma planlarında gelişmiş ülkelerdeki sağlık personeli başına düşen nüfus örnek alınarak planlama yapılmaktadır. Devlet Planlama Teşkilatı sağlık personeli planlaması yaparken Sağlık Bakanlığı’ndan verileri almakta bu veriler ışığına Sağlık Bakanlığı ile personel istihdam planı yapmaktadır.¹

Sağlık hizmetleri sunumu ve işleyişi insan merkezli yürütülmek zorundadır çünkü, bu hizmeti başka bir şekilde sunmak imkansızdır. Sağlık personeli hizmet için büyük önem teşkil etmektedir. Nitelikli sağlık personeli yetiştirilebilmesi için sağlık personelinin eğitimi, denetimi, bunların fonksiyonel ve coğrafi açıdan optimum dağılımı, teknolojik gelişmeleri izleyebilmeleri ve uygun bir ücret sisteminin sağlanması önemlidir. Ayrıca, kendi alanlarında çalışmalarıyla ün yapmış hekim ve sağlık çalışanlarının beyin göçü nedeni ile gelişmiş ülkeler tarafından transfer edilmesi için tedbirler alınmalıdır.²

Türkiye’de sağlık personeli dağılımı dengesiz olup, bazı bölgelerde personel sayısı yetersiz kalırken, bazı bölgelerde ise fazla personel bulunmaktadır. Bu dengesizliğe rağmen ülkemiz genelinde sağlık personeli sayısı yetersizdir. Personel sayısı fazla olan bölgelerden ihtiyaç olan bölgelere personelin gitmesini sağlamak için o bölgelerin sağlık personeli için cazip hale getirilmesi çözümlerden birisi olabilir. Ayrıca, yeni personel istihdam edilirken öncelik ihtiyaç olan bölgeye verilmelidir. Sayısal bakımdan personel yetersizliği hem gerekli hizmetlerin yapılamamasına neden olmakta hem de var olan sağlık çalışanlarının iş yükü arttığı için hizmet kalitesini düşürmektedir.

¹ G. Bektaş-F. Aslaner, “Sağlık İnsangücü Planlamasının Önemi ve Hastane Yönetiminde Sağlık İnsangücü Planlaması”,Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001, s.406

² Yiğit Şakar, s.31

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

KONYA'DA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA GÖRE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ SİSTEMİNDEKİ YAŞANAN SORUNLAR

1. ALAN ARAŞTIRMASI YAPILAN KURUMLAR

Bu araştırma Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Konya Numune Hastanesi, Beyhekim Devlet Hastanesi, Beyşehir Devlet Hastanesi ve Bozkır Devlet Hastanesinde çalışan hastane personelleri ile yapılmıştır.

1.1. Araştırma Yapılan Kurumların Tarihçesi

Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği: 663 Sayılı KHK ile 02/11/2012 tarihinde kuruldu. Genel Sekreterlik idari, mali ve tıbbi hizmetler olarak üç bölümden oluşmaktadır. Görevi Konya ilinde kendisine bağlı kamu hastanelerinin denetim, koordinasyonu ve idaresini sağlamaktır.

Konya Numune Hastanesi: 1915 yılında Konya Gureba Hastanesi adı ile bir ahşap barakada 10 yatak kapasitesi ile açılmış, Dr. Rıfkı TUYGAN başhekim olarak atanmıştır. 1920 yılında Memleket Hastanesi adını almıştır. 1957 yılında Devlet Hastanesi adını almıştır. 1970'li yıllarda hastane 400 yatak kapasitesine 1980'li yıllarda 600 yatak kapasitesine ulaşmış olup halen 600 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Ayrıca, 3 adet semt polikliniği de hizmet vermektedir.

Beyşehir Devlet Hastanesi: 1958 yılında 50 yatak kapasite ile hizmete açılmış olup. Şu an kullanılan hastane binası 1989 yılında 150 yatak kapasitesi ile hizmete açılmış olup halen bu binada hizmet vermektedir.

Bozkır Devlet Hastanesi: 1988 yılında 25 yatak kapasitesi ile hizmete açılmıştır. 2013 Ocak ayından itibaren 50 yatak kapasiteli yeni binasında hizmet vermektedir.

1.2. Araştırma Yapılan Kurumların İnsan Kaynakları Yönetimi

Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği: Kurum yönetimi Genel Sekreter, İdari Hizmetler Başkanı, Tıbbi Hizmetler Başkanı ve Mali Hizmetler Başkanlarından oluşmaktadır. Genel Sekreterlik 33 sözleşmeli uzman, 3 sözleşmeli büro personeli ve 90 çalışanı ile hizmet vermektedir.

Konya Numune Hastanesi: Hastane 180 hekim ve 800 personel ile hizmet vermektedir. Çalışan 800 personelin yaklaşık 680' nini sağlık hizmetleri sınıfı oluşturmakta, geriye kalanı ise genel idari ve teknik hizmetler sınıfı oluşturmaktadır. Yılda yaklaşık 1,5 milyon hasta Konya Numune Hastanesinde muayene olmaktadır.

Beyşehir Devlet Hastanesi: Hastanede 35 hekim olmak üzere toplam 275 personel çalışmaktadır. Genel idari hizmetler sınıfı ve teknik hizmetler sınıfında 50 personel hizmet vermekte olup 190 personel sağlık hizmetleri sınıfında çalışmaktadır. Bir yılda Beyşehir Devlet Hastanesinde yaklaşık 400 bin hasta muayene olmaktadır.

Bozkır Devlet Hastanesi: Hastane 8 hekim ve 75 personel ile hizmet vermektedir. Çalışanlardan 12 personel genel idari ve teknik hizmetler sınıfında çalışmaktadır. Sağlık hizmetleri sınıfında hekimler dahil 71 personel çalışmaktadır. Bozkır Devlet Hastanesinde bir yılda muayene olan hasta sayısı yaklaşık 80 bin civarında olmaktadır. Konya İl sağlık Müdürlüğü'nün Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kurum ayrıştırmaları sırasında vermiş olduğu bilgiler ışığında derlenmiştir.¹ Konya ili ülkemizin en geniş yüzölçümüne sahip ili durumunda olmakla birlikte sağlık hizmetine ulaşımında ve sağlık hizmeti kullanımında ilçelere göre mesafesi en uzun ilçelere sahip il özelliğindedir.

¹ Konya İl Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Şube Müdürlüğü, Arşiv Belgeleri, 2014

2. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

2.1. Katılımcıların Aile Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 1: Katılımcıların Yaş Düzeyleri

Yaş	Sayı	Yüzde(%)
18-25	34	12,8
26-35	132	49,8
36-45	69	26
46-55	30	11,4
Toplam	265	100,0

Tablo 4'teki yaş grupları çalışanların sahada gözlemlenen yaş aralıkları dikkate alınarak dört grup olarak düzenlenmiştir. Birinci yaş grubu, en erken işe başlama için gereken eğitim düzeyinin sağlık meslek lisesi olmasından dolayı 18 yaştan başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı 1995 yılından 2001 yılına kadar ilk defa atama yolu ile çok kısıtlı sayıda personel alımı yapmış olması nedeniyle personel sayısı yetersiz gelmeye başlamıştı, 2001-2004 yılları arasında ilk defa atama ile yüksek sayılarda personel alımı gerçekleştiği için çalışanların yarısı 26-35 yaş gurubunda yer almaktadır. Araştırmaya katılanlar arasında 55 yaş üzeri personel bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde çalışmak çok yorucu ve fedakarlık gerektirir, insan hayatını direk etkileyen bir meslekte ilerleyen yaşlarda çalışmak çok kolay olmadığı için 55 yaş üzeri çalışana ender rastlanılmaktadır. Bu konuda bir başka etkende personel yetersizliği nedeniyle uzun ve yorucu çalışma koşullarıdır.

Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde(%)
Erkek	119	44,9
Kadın	146	55,1
Toplam	265	100,0

Hastanelerde görev yapan personellerin çoğunluğunun kadın çalışanlardan oluştuğu görülmektedir. Hastanelerde yataklı servislerde ve doğum salonlarında

hemşire ve ebelerin görev yapması kadın çalışanların oranlarının yüksek çıkmasına neden olmuştur. Yakın zamana kadar Hemşirelik bölümüne sadece bayan öğrenci kabulü yapılmaktaydı, son yıllarda erkek öğrencilerin de kayıt yaptırabilmesi ilerleyen yıllarda sağlık çalışanlarında cinsiyet oranını dengeleyebilir. Fakat, erkeklerin hemşireliği kadınlar ile özdeşleştirdiği için hemşirelik mesleğini az tercih etmeleri cinsiyet oranının uzun bir süre daha eşitlenemeyeceğini göstermektedir.

Tablo 3: Katılımcıların Medeni Durumları

Medeni Durum	Sayı	Yüzde(%)
Evli	209	78,9
Bekar	56	21,1
Toplam	265	100,0

Araştırmaya katılan persnellerin büyük çoğunluğu evli çalışanlardan oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının çoğunluğunun dar ve orta gelir gurubu düzenli aile yaşantısı olan ailelerden gelmeleri ve yörenin kültürel yapısı gereği iş sahibi olduktan sonra evlenmeleri, evli çalışan oranının yüksek çıkmasında payı büyüktür. İnanışımızca evliliğin teşvik edilmesi diğer bir etkidir. Bekar çalışanları iş yaşantılarının yanında eğitimleri devam eden personellerin oluşturduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 4: Katılımcılardan Evli Olanların Eşlerinin Çalışma Durumu

Eşi Çalışıyor mu?	Sayı	Yüzde(%)
Çalışıyor	165	78,9
Çalışmıyor	44	21,1
Toplam	209	100,0

Araştırmaya katılan evli sağlık personellerinin büyük çoğunluğunun eşi çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının elde ettikleri gelirin aile geçiminde yetersiz kalacağı için çalışan eş tercih etmelerinde etkidir. Sağlık personelleri çalışan eş ile evlenerek ailenin mali yapısını güçlendirerek, kendilerine ve çocuklarına iyi bir gelecek hazırlamak istediği gözlemlenmiştir. Eşi çalışmayan personellerin

çoğunluğunu kendi memleketlerinde çalışan ve ek gelirleri olan personellerden oluşmaktadır.

Tablo 5: Katılımcılardan Evli Olanların Çocuk Sayıları

Çocuk Sayısı	Sayı	Yüzde(%)
Yok	27	12,6
1	45	21,0
2	101	47,2
3	33	15,5
4	7	3,2
5	1	0,5
Çocuk Sahibi Olanlar Toplamı	214	100,0
Kayıp Gözlem	51	19,2
Toplam	265	100,0

Evli Katılımcıların tamamına yakının çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Çocuk sayısına yok diye cevap verenleri yeni evli katılımcılar oluşturmaktadır. Bayan çalışanların çoğunlukta olması çocuk sayısını etkilediği görülmektedir. Her iki eşinde çalışıyor olmasının 1 ya da 2 çocukla sınırlı kalmasında önemli rolü bulunmaktadır. Ayrıca, geçim derdi ile çocuklarına iyi bir gelecek hazırlama konusunda yaşadıkları tedirginlik çalışanların çok çocuk yapmalarının önünde ki diğer engellerden biri olduğu gözlemlenmiştir. İkinin üzerinde çocuk sahibi olanları ise eşi çalışmayan memleketinde çalışan erkek personellerin olduğu gözlemlenmiştir.

2.2. Katılımcıların Eğitim ve Unvan Durumuna Göre Dağılımları

Tablo 6: Katılımcıların Öğrenim Düzeyleri

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde(%)
Lise	44	16,6
Ön lisans	79	29,8
Lisans	99	37,4
Lisansüstü	43	16,2
Toplam	265	100,0

Araştırmada sağlık personellerinin büyük çoğunluğunu ön lisans ve lisans mezunları oluşturmaktadır. Hemşirelik ve ebelik bölümlerinde lisans bölümlerinin teşvik edilmesi yanında Sağlık Bakanlığı ön lisans ve lisans düzeyinde personel alımları bu oranı yükseltmiştir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığının çalışan personellerine lisans tamamlama hakkı vermesi ve eğitim durumu ile sağlık personelinin aldığı maaş arasında doğru orantılı artış olması diğer etkenler arasında bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin profesyonelleşmesi için, eğitim düzeyinin yükseltilmesinin, eğitim kurumlarınca teşvik edilmesi lisans mezunlarının çoğunlukta olmasında bir diğer etkidir.

Tablo 7: Katılımcıların Ünvanları

Ünvanı	Sayı	Yüzde(%)
Sağlık Memuru	96	36,2
Hemşire	88	33,2
Ebe	18	6,8
Hekim	12	4,5
Diğer	51	19,2
Toplam	265	100,0

Katılımcıların unvanları 5 grup olarak hazırlanmıştır. Diğer olarak adlandırılan grupta idari hizmetlerde çalışan memur, veri hazırlama kontrol işletmeni, şoför, ayniyat saymanı gibi olan personelleri temsil etmektedir. Hastanelerin vermiş olduğu hizmet nedeni ile çalışanların 4/5'i sağlık hizmetleri ile alakalı unvanlarda çalışan personellerden oluşmaktadır. Hastanede verilen sağlık hizmetlerinde hasta ile en çok zaman geçiren hemşire ve ebe olduğu için, hemşire ve ebe unvanlı çalışanların sayısının diğerlerinden fazla olduğu gözlemlenmiştir. Hastaneler sağlık hizmeti sunulan tesisler olması ve müşterileri hastalar oluşturması hastanelerde sağlık hizmeti sunan personellerin çoğunlukta olmasını açıklamaktadır.

2.3. Katılımcıların Görevi, Görev Yeri ve Görev Süresi Durumuna Göre Dağılımları

Tablo 8: Katılımcıların Kurumlarındaki Görevleri

Görevi	Sayı	Yüzde(%)
Uzman	22	8,3
İdari İşler	100	37,7
Sağlık Hizmeti	143	54,0
Toplam	265	100,0

Sağlık personellerinin Hastane ve Genel Sekreterlikte ki görevlerine bakıldığında sağlık eğitimi almış personellerinde idari birimlerde de görev aldığı için sağlık hizmeti sunan personel sayısına yakın çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nda idari işlerde çalışacak personel alımlarının az olması sağlık eğitimi almış personellerin idari işlerde çalışmasında ki en önemli etkenlerden biridir. Yöneticiler idari hizmetlerde çalışan sağlık personellerinin işin mutfağından yetiştiğini bildikleri için yetişmiş bu çalışanları idari işlerde görevlendirmektedirler.

Tablo 9: Katılımcıların Görev Yaptıkları Kurum Türü

Görev Yaptığı Kurum	Sayı	Yüzde(%)
Hastane	185	69,8
Genel Sekreterlik	80	30,2
Toplam	265	100,0

Araştırma yapılan kurumlardan Genel Sekreterlik hasta bakım hizmeti vermediği yeni birimler açılıp kurumun genişleme olasılığı olmadığı için belirli bir personel sayısı ile çalışmaktadır. Bu nedenle hastanelerde görev yapan personellerden sayıca daha az olması normal bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanelerin hizmet verdikleri nüfus artışına göre kapasitesi yükseltilebilir ya da düşürülebilir.

Tablo 10: Katılımcıların Görev Yaptıkları Birimler

Görev Yaptığı Birim	Sayı	Yüzde(%)
İdari Hizmetler	85	32,1
Mali Hizmetler	28	10,6
Sağlık Hizmetleri	152	57,3
Toplam	265	100,0

Tablo 13'te de görüldüğü gibi sağlık hizmeti verenlerin oranı idari ve mali hizmet veren çalışanlardan daha fazladır. Sağlıkta sektöründe tek kazanç getiren kalem hasta bakım hizmetleri olduğu için sağlık hizmetlerinde çalışan personel sayısının çok olması beklenen bir sonuçtur.

Tablo 11: Katılımcıların Görev Yaptıkları Birimdeki Çalışma Süresi

Görev Yaptığınız Birimdeki Çalışma Süresi	Sayı	Yüzde(%)
0-5 Yıl	202	76,2
6-10 Yıl	44	16,6
11-15 Yıl	19	7,2
Toplam	265	100,0

Tablo 14'te çalışanların birimlerinde ki çalışma süreleri beşer yıl aralıklı olarak beş grup olarak hazırlanmış olup katılımcılar çalışma süresi olarak ilk üç grupta toplanmıştır. Yeni tayin olanlar, naklen tayin olanlar ve kurum içinde yer değiştiren personellerin fazla olması ile bağlantılı olarak çalışanların (% 76,2) 202'si 0-5 yıldır birimlerinde çalıştıkları görülmektedir. En çok birim değiştiren personeller hemşire, ebe, sağlık memuru toplum sağlığı teknisyenleri olduğu gözlemlenmiştir. Birimdeki çalışma sürelerinin kısa olmasının nedenlerinden biriside, hastanelerde acil servis, yoğun bakım gibi iş yükünün ağır olmasıdır. İş yükü ağır olan birimlerde çalışan personellerin bir süre sonra yoğun tempodan kurtulmak istedikleri gözlemlenmiştir. Birimlerinde uzun süre çalışanları Laborant, radyoloji teknisyeni, fizyoterapi teknisyenleri gibi branşları gereği hizmet alanları tek birimle sınırlı personeller oluşturmaktadır.

Tablo 12: Katılımcıların Kurumdaki Çalışma Süresi

Kurumunuzda ki Çalışma Süresi	Sayı	Yüzde(%)
0-5 Yıl	172	64,9
6-10 Yıl	54	20,4
11-15 Yıl	18	6,8
16-20 Yıl	21	7,9
Toplam	265	100,0

Sağlık Bakanlığı Atama Nakil Yönetmeliğine göre yılda 3 defa kurum içi atama, alt bölge ataması, mazeret (eş durumu, sağlık ve öğrenim gibi) atamaları nedeniyle personel hareketliliğinin çok olması ile bağlantılı olarak çalışanların (% 64,9) 172'si 0-5 yıldır kurumlarında çalıştıkları görülmektedir. Tayinlerde sağlık personelleri ekonomik sebepler ve nöbetli çalışılan bir sektör olduğundan çocuklarının bakımında ailelerinin yardımını almak istemeleri gibi sebepler nedeni ile memleketinde ya da memleketlerine yakın yerlerde çalışmak istedikleri gözlenmektedir. Bu belirtilen nedenler personel hareketliliğini arttırmaktadır.

Tablo 13: Katılımcıların Bakanlıktaki Hizmet Süresi

Bakanlıkta ki Hizmet Süresi	Sayı	Yüzde(%)
0-5 Yıl	63	23,8
6-10 Yıl	81	30,6
11-15 Yıl	49	18,5
16-20 Yıl	35	13,2
20 Yıl ve Üstü	37	14,0
Toplam	265	100,0

Sağlık Bakanlığında görev süresine göre bakıldığında araştırmaya katılan personellerin çoğunluğunu 0-5 ve 6-10 yıl arası görev yapan çalışanların oluşturduğu gözlenmiştir. 0-5 ve 6-10 yıl arası çalışan sayısının fazla olmasının nedeni Sağlık Bakanlığı'nın son on yılda personel alımını arttırmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, son yıllarda artan hizmet karşısında personel sayısının yetersizliği nedeniyle sağlık hizmetlerinin aksamaması için Bakanlık personel alımını arttırmıştır.

3. KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ SİSTEMİNE GEÇİŞ ÖNCESİ ve SONRASI AİT SORUNLAR

3.1. Kamu Hastaneleri Birliği Sistemine Geçiş Öncesi Sorunlar

663 sayılı KHK uygulamaya başlanılmadan önce yürürlükte olan 224 sayılı Kanuna göre yürütülen sağlık hizmetlerinde hali hazırda ki sorunlara cevap veremiyordu. Buna istinaden daha hızlı çözüm üretebilmek, gelişen teknolojiye ayak uydurabilmek için sağlık hizmetleri sunumunda yenilenmeye gidilmiştir.

Tablo 14: Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliği Kurulmadan Önce Kamu Hastaneler Birliği Hakkında Bilgi Durumları

Soru	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB'ne geçiş öncesi değişim ve yeni yapılanma hakkında bilgim vardı.	171	64,5	10	3,8	84	31,7	2,33	,926
KHB 'ne geçiş öncesi Sağlık Bakanlığı sağlık personeli yeni yapılanma hakkında bilgilendirdi.	88	33,2	35	13,2	142	53,6	1,80	,911

Sağlık çalışanlarının sağlık alanında çıkan kanun ve medyayı takip etmeleri sonucu Kamu Hastane Birliğine geçiş öncesi bilgi sahibi oldukları görülmekte. Sağlık sektörü ile ilgili yayın yapan çok sayıda internet sitesi bulunmaktadır. Bu siteler sağlıkla ilgili gelişmeleri yakından takip etmektedir. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastane Birliğine geçiş öncesi internet sitesinden ve bağlı kuruluşları aracılığı ile duyuru yapmasına rağmen, Kamu Hastaneleri Birlikleri kuruluncaya kadar yeni sistem ve yapılanma hakkında çalışanları bilgilendirmediği anlaşılmaktadır.

**Tablo 15: Katılımcıların Yönetici Atamasındaki Eğitim Durumunu
Kriteri Hakkında Görüşü**

Soru	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
663 Sayılı Kanun Hükmündeki Kararnamede yönetici ataması için belirtilen kriterlerden, eğitim durumunun 4 yıllık fakülte mezunu olması ile sağlık, yönetim ve işletme fakültesi mezunları hariç diğer fakülte mezunlarına da yönetici olma yolunun açılması doğru bir uygulamadır.	109	41,1	43	16,2	113	42,6	1,98	,917

663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastaneleri Birliğinde genel sekreter, başkan, uzman, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcısı olmak için kişinin eğitim durumunun herhangi bir lisans programından mezun olması yeterlidir. Sağlık çalışanları belirtilen pozisyonlar için mezun olunan eğitim programına bakılmadan herhangi bir lisans programından mezuniyetin yeterli olmasına karşı çıkanlar ile onay verenlerin oranları arasında çok az bir fark çıkmıştır. Bilindiği üzere sağlık alanında lisans programları doksanlı yılların sonunda açılmaya başlanmıştır. Bu nedenle birçok sağlık çalışanı meslek lisesinden sonra atanmış olup, çalışırken farklı alanlarda bir lisans programında eğitimlerini tamamlamış olmaları ve kurumlarında kendilerinin de bu haklardan yararlanmaları gerektiğini düşünerek yönetici pozisyonları için eğitim türünün önemli olmadığı yanıtını verdikleri gözlemlenmiştir. Sağlık bakım hizmetleri müdürü olarak atanan bir çok idarecinin eğitim durumu işletme, kamu yönetimi gibi bölümlerden olduğu gözlemlenmiştir. Yine idari mali işler müdürü olarak sözleşme imzalayan idarecilerde de eğitim durumu sağlık bölümleri mezunları olduğu gözlemlenmektedir. Kamu Hastaneleri Birliği uygulamasından önce sağlık bakım hizmetleri müdürünün yaptığı göreve karşılık gelen başhemşirelik makamıydı. Hemşirelik, sağlık memurluğu ve ebelik lisans eğitimini tamamlamış sağlık çalışanları başhemşire olabilmekteydi. Yönetici pozisyonları için uygun eğitim kriteri getirilmemesi profesyonel yöneticilik

anlayışına uygun değildir. Ayrıca, bu durum, sitemin sağlıklı çalışması açısından düşündürücüdür.

Tablo 16: Katılımcıların Hastanelerin Kamu Hastaneler Birliğine Geçiş Hakkında ki Görüşleri

Soru	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
Hastaneler KHB'ne geçişe idari yapı olarak hazırды.	81	30,6	54	20,4	130	49,1	1,82	,875
KHB'ne geçiş için çalışanların bilgi ve donanımları yeterliydi.	90	34,0	48	18,1	127	47,9	1,86	,896
Hastanelerin fiziksel imkânları KHB'ne geçiş için hazırды.	102	38,5	48	18,1	115	43,4	1,95	,905
Hastanelerin ekonomik (parasal) kaynakları KHB'ne geçiş için yeterliydi	78	29,4	82	30,9	105	39,6	1,90	,826

Tablo 19’da Hastanelerin Kamu Hastaneleri Birliğine geçişı hakkında personel görüşleri bulunmaktadır. Katılımcıların yarısı hastanelerin Kamu Hastaneleri Birliğine geçişte idari yapı olarak hazır olmadığı yönünde görüş belirtmiştir. Kamu Hastaneleri Birliği sisteminde hastanelerin işleyişinde fazla bir değişiklik olmamasına rağmen, idarecilerin sözleşmeli olmaları ve sözleşmelerinin devam edebilmesi için başarılı olması gerektiğinden, idarecilerin çalışanlar üzerinde daha çok hâkimiyet kurması personelin idari yapı olarak geçişe hazır olmadığı yönünde görüş belirtmesine neden olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, Kamu Hastaneleri Birliği sistemine geçildiğinde eski idarecilerin çoğunluğunun yeni yapıda görev almamaları, yeni görev alan idarecilerin görevlerine alışma süreleri de çalışanların olumsuz görüş bildirmelerine neden olduğu gözlemlenmiştir.

Sağlık personellerinin yaklaşık yarısına yakını bilgi ve donanımlarının KHB sistemine geçiş için yeterli olmadığını bildirmiştir. Çalışanlar burada yeni bir sisteme geçiş ve işleyişte olacak değişikliklerin kendilerini nasıl etkileyeceğini bilmedikleri için olumsuz yönde görüş bildirmiştir.

Hastanelerin fiziksel imkânlarının yeterli olduğu konusunda yöneltilen soruya katılımcıların olumlu ve olumsuz görüşleri birbirine yakın çıkmıştır. Olumlu ve olumsuz görüşlerin birbirine yakın çıkmasında ki neden il merkezi ve ilçe

hastanelerinin fiziksel imkânlarından kaynaklandığı gözlemlenmiştir. İlçelerde bulunan hastane binalarının bir çoğunun eski olması ve ihtiyaca cevap veremediği ortadadır.

Hastanelerin gelir kaynağı hasta bakım hizmetlerinden elde edilmektedir. Hastaneler gelirini arttırabilmek için daha çok hastaya bakması ve giderlerini düşürmesi gerekmektedir. Hastaneler neredeyse bütün malzeme ve hizmet alımlarını döner sermaye gelirinden karşılamaktadırlar. Çalışanların çoğunluğu bu geçişte hastanelerin ekonomik kaynaklarının geçiş için yetersiz olduğu yönünde görüş belirtmiştir. Sağlık personeli sayısının yetersiz olması buna bağlı olarak hastanelerin tam kapasite çalışamaması gibi nedenlerin çalışanların bu yönde görüş belirtmesinde etken olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, hastanelerin fiziksel yetersizlikleri hastane yatak kapasitesini dolayısı ile gelirini etkileyen etkenler arasında yerini almaktadır.

3.2.Kamu Hastaneleri Birliği Sistemi Sonrası Sorunlar

2 Kasım 2012 tarihinde 663 sayılı KHK'nın uygulamaya geçmesi ile Türkiye'de sağlık politikasında köklü bir değişiklik meydana gelmiştir.Bu tarihte hayata geçirilen Kamu Hastaneleri Birlikleri uygulaması ile bir çok sorun gündeme gelmiştir.

3.2.1. Kamu Hastaneleri Birliğinde Sağlık Hizmeti ve İnsan Kaynakları Yönetimi

Tablo 17: Katılımcıların Kamu Hastaneler Birliği Sisteminde İş Yüğü, Sağlık Personeli Sayısı, Hizmet Üretimi ve Hizmet Kalitesi Hakkında Görüşleri

Soru	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB'nin kurulmasından sonra sağlık personelinin iş yükü artmıştır.	149	56,2	43	16,2	73	27,5	2,29	,871
KHB'nin kurulması ile hastanelerde sağlık personeli sayısı artmıştır.	93	35,1	60	22,6	112	42,3	1,93	,878
KHB'nin kurulmasından sonra hastanelerin hizmet üretimi artmıştır.	113	42,6	68	25,7	84	31,7	2,11	,857
KHB'nin kurulması ile hastanelerde sunulan sağlık hizmeti kalitesinde artış olmuştur.	113	42,6	68	25,7	84	31,7	2,11	,857

“Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD), Özel Hastaneler Platfotmu Derneği, Akdeniz Sağlık İşletmeleri Derneği ve SGK işbirliğiyle Antalya’da düzenlenen “Yeni 2014 Yılı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) Toplantısı”nda konuşan İlhan, “2002’de kişi başına hekime müracaat sayısı 2 iken 2013 yılında bu sayı 8,2’ye yükselmiş bulunmakta. 2014’te ise bu sayının 8,8’in üzerine çıkacağını tahmin ediyoruz” dedi.”¹

İlhan’ın da konuşmasında belirttiği gibi hekime müracaat sayısı 4 kat artarken ve daha da artacağı tahmin edilirken son on yılda yeni atanan sağlık personelleri göz önüne alındığında sağlık personeli artışının hasta sayısı artışını karşılayacak oranda olmadığı görülmektedir. KHB sistemine 02 Kasım 2012 tarihinde geçildiği herkes tarafından bilinmekte. 2012 yılı ile 2014 yılı hasta sayısı karşılaştırıldığında oransal olarak büyük fark olmamasına rağmen son on yılda ki artış, katılımcıların sağlık personelinin iş yükünün arttığı, personel sayısının artmadığı, hasta sayısının artması ile doğru orantılı olarak hizmet üretiminin arttığını ve bunun yanında sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin de arttığı yönünde görüş bildirdiği gözlemlenmiştir. Son on yıllık dönemde sağlık sigortalarında yapılan düzenlemeler ile vatandaşların sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığı son yıllarda izlediği politika

¹,www.medikalakademi.com.tr/2014-saglik-uygulama-tebligi-toplantisi/#!, (27.11.2014)

ile mevcut sağlık çalışanları ile hizmet üretimini yaklaşık 4 kat arttırmıştır. Sağlık Bakanlığı getirmiş olduğu kriterler ve yapmış olduğu denetimler ile hizmet kalitesinin yükseltimesini sağlamıştır. Hastanelerde hizmet üretimi ve hizmet kalitesinin artması ile vatandaşların kamu hastanelerini tercih ettiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığının yapmış olduğu bu düzenlemeler sayesinde kamu hastaneleri özel sağlık kuruluşları ile rekabet eder hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerine olan talep her geçen gün daha çok artmaktadır, bu talebin karşılanması yeterli sayıda personel ve verimli çalışma ile sağlanabilir. Personel yetersizliği mevcut çalışanların fazla çalışmasına ve iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Son on yıllık süreçte mevcut sağlık personelinin verimliliğinin artırılması ile hizmet üretimi ve kalitesinde önemli bir noktaya gelinmiş, gelinen bu noktada sağlık personelleri sayısı yetersiz kalmaya başlamıştır. Sağlık personeli istihdamı arttırılmaz mevcut sayıdaki sağlık personeli ile devam edilirse, ağır iş yükünün hizmet üretimini hizmet kalitesini olumsuz etkilemeye başlaması kaçınılmazdır.

Tablo 18: Katılımcıların İnsan Kaynakları Yönetimi İle İlgili Görüşleri

Soru	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB'nde çalışanlara daha hakkaniyetli davranılmaktadır.	90	34,0	70	26,4	105	39,6	1,94	,858
KHB'nde insan kaynakları planlaması daha iyi yapılmaktadır.	87	32,8	81	30,6	97	36,6	1,96	,834
KHB'nde çalışanlar eğitimini aldıkları branşlara (Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru, vd.) uygun pozisyonlarda çalışmaktadır.	97	36,6	43	16,2	125	47,2	1,89	,911
KHB yapılanması iş barışını arttırmıştır.	69	26,0	66	24,9	130	49,1	1,77	,837

Bir iş yerinden en iyi verimi elde etmek için ilk önce alışılanların mesleklerine ve yeteneklerine uygun pozisyonlarda çalışmaları sağlanmalıdır. Bir hemşirenin hastanenin evrak biriminde çalıştırılması hem diğer hemşireler için haksızlık olur, hem de sağlık hizmeti sunacak nitelikte bir personeli yanlış pozisyona yerleştirerek hizmet üretiminde kayıp yaşanmasına neden olur. Hastanelerde hemşire, ebe, laboratuvar teknisyeni, radyoloji teknisyeni gibi sağlık hizmeti sunabilecek sağlık personelleri idari işlerde çalıştıkları gözlenmiştir. Araştırmaya

katılan sağlık çalışanlarının çoğu sağlık eğitimi almış personellerin idari işlerde çalıştırılması, ek ödeme yönetmeliğinde yaşanan adaletsizlikler gibi nedenler ile çalışanlara hakkaniyetli davranılmadığı, insan kaynakları planlamasının iyi yapılmadığı, bazı personellerin eğitimini aldıkları branşlara uygun pozisyonda çalışmadıkları yönünde görüş bildirmiştir. Çalışanların yarısı tarafından Kamu Hastaneleri Birliğini uygulaması ile çalışanlar arasında ek ödeme adaletsizliği ve uygun pozisyonda çalışma konularında eşitliğin sağlanmadığı için iş barışının artmadığı yönünde görüş bildirdikleri gözlemlenmiştir. Sağlık çalışanlarının almış olduğu maaş ve ek ödeme farklılıkları, çalıştığı birime göre farklı ek ödeme elde etmesi ve çalışanların yerlerinin sık değiştirilmesi araştırmaya katılanların iş barışı üzerine düşüncelerini olumsuz etkilediği gözlemlenmiştir.

Tablo 19: Katılımcıların Uzman ve İdareci Atamalarına İlişkin Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
İdareciler KHB yapılımasında liyakate göre atandılar.	55	20,8	74	27,9	136	51,3	1,69	,794
KHB yapılanmasında uzman atamaları liyakate göre yapıldı.	51	19,2	83	31,3	131	49,4	1,70	,773

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Kamu Hastaneleri Birliğinde genel sekreterliklerde görev yapacak uzmanlar ve hastane idarecileri için herhangi bir sınav kriteri olmadığı için, sağlık çalışanlarının yarısı kendilerine yöneltilen uzman ve idareci atamalarının liyakate uygun mu yapıldı sorusuna olumsuz yanıt verdiği gözlemlenmiştir. Buradan sağlık çalışanları 663 sayılı KHK'nin idareci atamalarında getirmiş olduğu kriterleri yeterli görmedikleri anlaşılmaktadır. 663 sayılı KHK'de sadece tıbbi hizmetler başkanı, başhekim ve başhekim yardımcıları için unvan kriteri getirilmiş olup, diğer idareci kadroları için eğitim ve unvan kriteri bulunmamaktadır. Çalışanlar idareci kadrolarına atama kriterlerinin yeteri kadar net olmağını savundukları gözlemlenmiştir. Kamu Hastaneleri Birliği sisteminin başarılı olabilmesi için idareci ve uzman pozisyonlarına uygun kriterler getirilmeli ve bu kriterlere uyanlar bu pozisyonlara atanmalıdır. Çağdaş ve profesyonel bir yönetim ancak, bu şekilde sağlanır.

Tablo 20: Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğinde Uzman İle İdareci Atamaları ve Eğitim Durumlarına İlişkin Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB'nde sözleşme yapılan uzman, hastane yöneticisi, başhekim, başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcıları aldıkları eğitim (mezun olunan okula göre) durumlarına uygun pozisyonlara atanmışlardır.	90	34,0	48	18,1	127	47,9	1,86	,896

663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 32. Madde 3.Fıkrasında Tıbbi Hizmetler Başkanları ile Başhekimler için unvan ve tıp eğitimi kriterlerine yer verilmiştir. “Tıbbî hizmetler başkanının, tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip, uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme ve sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; eğitim ve araştırma hastaneleri başhekiminin eğitim görevlisi tabip veya tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip; diğer hastane başhekimlerinin uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; yüz yatağın altındaki hastane başhekimlerinin tabip; ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastanelerde başhekimin diş hekimi olması; başhekim yardımcılarının ise tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış olması veya lisansüstü eğitim yapmış olmaları kaydıyla sağlık bilimleri lisansiyeri olması gerekir.”¹

Diğer pozisyonlar için unvan ve meslek eğitimi kriterlerine yer verilmemiş olup herhangi bir lisans programını tamamlamanın yeterli olduğu görülmektedir. Hemşirelik, ebelik, sağlık memurluğu, hastane yönetimi lisans programlarından mezun olmayan birinin sağlık bakım hizmetleri müdürü olması ve hastane yönetimi, işletme, iktisat lisans programlarından mezun olmayan birinin idari mali işler müdürü olması gibi nedenler, katılımcıların %47,9 ‘unun idarecilerin eğitim durumlarına uygun

¹www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm, (04.12.2014)

pozisyonlara atanmışlardır sorusuna olumsuz görüş bildirmesinde etken olduğu görülmüştür. Sağlık eğitimi almamış bir kişinin alanı olmayan sağlık bakım hizmetleri müdürü görevinde ne kadar verimli hizmet verebileceği tartışılır. Aynı durum işletme eğitimi almamış kişilerin de idari mali işler müdürü olmasında da geçerlidir.

Tablo 21: Katılımcıların Sağlık Bakanlığı Kurumları Dışından Kişilerin Uzman ya da İdareci Olabilmelerine İlişkin Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
Sağlık Bakanlığı kurumları dışından kişilerin uzman, hastane yöneticisi, başhekim, müdür, müdür yardımcısı olarak sözleşme imzalaması yerinde bir uygulamadır.	74	27,9	55	20,8	136	51,3	1,77	,861

663 Sayılı KHK'nın 32. Maddenin 2. Fıkrası uzman ve idarecilerin sözleşme şartlarından bazılarını içermektedir. “Genel sekreter, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcısı olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından veya bunlara denkliği Yükseköğretim Kurulunca kabul edilmiş yurt dışındaki yükseköğretim kurumlarından mezun olmak ve kamu veya özel sektörde, genel sekreter için 8 yıl, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi ve müdürler için en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmak şarttır.”¹

663 Sayılı KHK'nın 32. Maddesi incelendiğinde Sağlık Bakanlığına bağlı olmayan diğer kamu kurumlarında memur olarak çalışan personel ve özel sektörde çalışan kişilerin de Kamu Hastaneleri Birliğinde uzman ya da idareci olmasında bir engel olmadığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının % 51,3'ü özel sektörden ya da diğer kamu kurumlarından kişilerin uzman veya idareci olmasının doğru bir uygulama olmadığı yönünde görüş bildirmiştir. Belediyede görev yapan bir kişinin kamu hastanelerinde yönetici olarak atanmaları ne kadar uygun bir uygulama olduğu

¹, www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm, (04.12.2014)

sağlık personellerince sorgulanmaktadır. Sağlık eğitimi almamış kişilerin sağlık kurumlarında idareci olarak çalışması profesyonel yönetim anlayışı ile çelişmektedir. Ayrıca, bu durumun sağlık hizmetleri kalitesini ve verimliliği olumsuz etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

3.2.2. Kamu Hastaneleri Birliğinde Maaş ve Ek Ödeme

Tablo 22: Katılımcıların Ek ödeme Hakkında Görüşleri

Soru	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB'nin kurulmasından sonra sağlık çalışanlarının hastaneden elde ettikleri ek ödeme geliri artmıştır.	34	12,8	39	14,7	192	72,5	1,40	,707
KHB'nin kurulmasından sonra ek ödeme adaletli dağıtılmaktadır.	51	19,2	53	20,0	161	60,8	1,58	,794

Sağlık çalışanları aldıkları maaş dışında hastanelerin döner sermayelerinden pay almaktadır, personelin aldığı ek ödeme hastanenin aylık gelirine göre yükselip düşebilmektedir. Hastanenin aylık kazancı ne kadar yüksek ise personelin alacağı ek ödeme miktarı da doğru oranda artmaktadır. Hastanelerde döner sermayeden dağıtılan ek ödeme doktorların performansına göre, sağlık personelinin ise öğrenim durumu ve çalıştığı birime göre farklılıklar göstermektedir. Sağlık çalışanları, aynı birimde çalışanların öğrenim durumundan farklı ek ödeme almalarını ve hekimlerin almış olduğu ek ödemelerin kendilerinin almış oldukları ek ödemeler arasında çok fark olduğunu düşündükleri için ek ödemenin adaletli dağıtılmadığını bildirmişlerdir. Ayrıca, sağlık çalışanları hastanelerin KHB kurulmadan önce ve kurulduktan sonra gelirlerinin değişmediğini bunun doğrultusunda elde ettikleri ek ödeme gelirlerinin artış göstermediği yönünde görüş belirtmiştir. Hekimleri kamu kurumlarında tutabilmek ve hekimlerden daha çok verim sağlayabilmek için, performansa dayalı ek ödeme sistemi ile sağlık kurumları her branş için geçerli olmasada bir sağlık personelinin almış olduğu ek ödemenin on katına kadar ek ödeme verebilmektedir.

Tablo 23: Katılımcıların Yönetici Maaşları Hakkında Görüşleri

Soru	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB'nin kurulması ile yönetici maaşlarında azalma olmuştur.	31	11,7	91	34,3	143	54,0	1,58	,693

Kamu Hastaneleri Birliği Kurulmadan önce hastanelerin idari kadrosu; başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, müdür yardımcısı, başhemşire ve başhemşire yardımcılardan oluşmaktaydı, maaşlarını kadrolarının olduğu unvanlara göre almakta ek ödemeleri ise idareci olmayan personelden biraz yüksekti. Kamu Hastaneleri Birliğinde ise hastanelerin idari kadrosu; hastane yöneticisi, başhekim, başhekim yardımcısı, idari mali işler müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdürü, sağlık otelciliği müdürü ve müdür yardımcılıklarından oluşmaktadır. Kamu Hastaneler Birliği sisteminde idareciler sözleşmeli olarak görev yaptığı için normal unvanlarında aldıkları maaştan daha yüksek miktarda maaş almaktadırlar. Sağlık çalışanlarının yarısından fazlası yukarıda ki açıklamalar doğrultusunda Kamu Hastaneleri Birliğinde idareci kadrosunda çalışanların maaşlarında azalma olmadığı görüşünü taşımaktadır.

3.2.3. Kamu Hastaneleri Birliğinde Çalışan ve Hasta Memnuniyeti

Tablo 24: Katılımcıların Çalışan Memnuniyeti ve Kurumsal Bağlılık Hakkında Görüşleri

Soru	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
Çalışan memnuniyeti KHB uygulaması ile artmıştır.	57	21,5	55	20,8	153	57,7	1,64	,815
Çalışanların kurumsal bağlılığı KHB uygulaması ile azalmıştır.	92	34,7	80	30,2	93	35,1	2,00	,837

Sağlık Personelinin son yıllarda artan iş yüküne rağmen çalışan sayısında artışın az olması, çalışma koşullarının ağır olması çalışan memnuniyeti açısından araştırmaya katılanların yarısından fazlasının görüşünü olumsuz etkilediği görülmüştür. Artan iş yükü, ağır çalışma koşullarına rağmen sağlık hizmeti sunan çalışanların işlerini severek yaptığı gözlenmiş ve bu durum “Çalışanların kurumsal bağlılığı KHB uygulaması ile azaltmıştır” sorusuna katılımcılar bir sayı farkla

azalmadığı yönünde görüş bildirmişlerdir. Sağlık personellerinin çalışma koşulları düzeltilerek uygun şartlara getirilmesi verimlilik ve hasta memnuniyeti açısından önem taşımaktadır.

Tablo 25: Katılımcıların Kamu Hastaneler Birliği Sisteminin Çalışan Motivasyonuna Etkisine İlişkin Görüşleri

Soru	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB yapılanmasında çalışanların fikirlerine daha çok önem verilmektedir	94	35,5	48	18,1	123	46,4	1,89	,900
KHB yapılanması ile personel motivasyonu artmıştır.	58	21,9	61	23,0	146	55,1	1,67	,814

Motivasyon kelimesi Latince “Movere” kelimesinden gelmektedir. Kelime anlamı etki altına almak, harekete geçirmek, teşvik etmek v.b’dir. Motivasyon, insanların belirli bir amacı gerçekleştirmek için davranışa geçmeleri olarak tanımlanır. Organizasyonlarda motivasyon ise bireyin ihtiyaçlarını tatmin etmesi için ortam yaratarak, etkileyerek ve isteklendirerek onu harekete geçirme sürecidir.¹

Yukarıdaki motivasyonun tanımında teşvik etmek, etki altına almak ve harekete geçirmek gerektiğinden bahsedilmiştir. Çalışanların çoğunluğu Kamu Hastaneler Birliğinin kurulması ile çalışanların fikirlerinin dikkate alınmadığı bu durumda motivasyonlarını etkilediği yönünde görüş bildirmiştir.

Tablo 26: Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğinde Hasta ve Çalışana Verilen Önem Hakkında Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB’inde çalışana verilen önem artmıştır.	85	32,1	51	19,2	129	48,7	1,83	,885
KHB’inde hastaya verilen önem artmıştır.	159	60,0	46	17,4	60	22,6	2,37	,830

¹ D. Bingöl, Personel Yönetimi, İstanbul, 1997, s.442

Yukarıdaki tabloda çalışanlara hastaya ve kendilerine verilen değer hakkında görüşleri sorulmuştur. Sağlık çalışanları Kamu Hastaneler Birliği sisteminde hastaneleri kar amacı güden bir kurum olarak görmekte ve hastane yönetiminin başarılı olup görevine devam edebilmesi için hastane mali durumunun önemli bir kriter olması çalışanların bu görüşünü desteklemektedir. Sağlık çalışanlarının %60'ı hastanelerin asıl gelir kaynağı olan hastaya verilen önemin arttığı görüşündedir. Katılımcıların yarıya yakını ise çalışana verilen önemin azaldığını buna sebep olarakta ağır çalışma koşullarını göstermektedirler. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları yöneticilerin konumlarını koruyabilmek için başarıya odaklandığını ve sağlık personellerinin ağır çalışma koşullarını düzeltmek için çaba göstermediklerini ifade etmektedirler.

3.2.4. Kamu Hastaneleri Birliğinde Çalışan ve Hasta Güvenliği

Tablo 27: Katılımcıların Çalışan ve Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
Çalışan güvenliğine verilen önem KHB'nin kurulması ile artmıştır	100	37,7	54	20,4	111	41,9	1,96	,893
Hasta güvenliğine verilen önem KHB'nin kurulması ile artmıştır.	168	63,4	41	15,5	56	21,1	2,42	,818

Güvenli bir ortamda çalışmak ve güvenli bir ortamda hizmet almak herkesin hakkıdır. Çalışanları koruyucu önlemlerin yeterince alınmaması, personel sayısının azlığı ve fazla mesai gibi nedenler araştırmaya katılan çalışanların çoğunluğunun “Çalışan güvenliğine verilen önem KHB'nin kurulması ile artmıştır” sorusuna olumsuz görüş bildirmesinde etkili olmuştur. Çalışan güvenliği konusunda Bakanlığın talimatları, denetlemeleri ve tercih edilen hastane olunması gibi nedenler ile araştırmaya katılanların çoğunluğu “Hasta güvenliğine verilen önem KHB'nin kurulması ile artmıştır” sorusuna çalışan güvenliğinin aksine olumlu görüş bildirmişlerdir. Hastanelerin 24 saat kesintisiz hizmet vermesi nedeni ile hastanelerde vardiyalı çalışma sistemi mevcuttur. Personel yetersizliği nedeni ile hem fazla çalışmalar ortaya çıkmakta hemde çalışanların vardiya süresi uzamaktadır.

Çalışanların yeterince dinlenememesi verimli çalışmalarını etkilemekte, dolayısı ile çalışan ve hasta güvenliğini tehdit etmektedir.

3.2.5. Kamu Hastaneleri Birliği Sistemi İşleyişi

Tablo 28: Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğinin İşleyişine İlişkin Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB'nin kurulması ile hastaneler özerkleşmiştir.	112	42,3	57	21,5	96	36,2	2,06	,886
KHB'nin kurulması bürokrasiyi azaltmıştır.	66	24,9	58	21,9	141	53,2	1,72	,839
KHB'nin kurulması prosedürleri azaltmıştır.	67	25,3	45	17,0	153	57,7	1,68	,853
KHB kurulduktan sonra kamu hastaneleri birbirleriyle daha koordineli çalışmaktadır	93	35,1	80	30,2	92	34,7	2,00	,837

Kamu Hastaneleri Birliği ile hastaneler merkezi yönetimden vazgeçmiştir. Çalışanların çoğu bu nedenle hastanelerin özerkleştiği yönünde görüş bildirmiştir. Kamu Hastaneleri Birliği ile hastaneler iş ve işlemlerini aracısız Birlik Genel Sekreterliği ile yapabilmektedir. Buna rağmen araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğu prosedürlerin ve bürokrasinin azalmadığı yönünde görüş bildirmiştir.

Tablo 29: Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğinde Hastane Yöneticileri ve Hastane Yönetimsel Birimlerine İlişkin Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB uygulamasında hastanelerde yönetimsel birim sayısı artmıştır.	135	50,9	60	22,6	70	26,4	2,25	,846
KHB sisteminde yöneticilerin sorumluluk ve iş yükü azalmıştır.	74	27,9	83	31,3	108	40,8	1,87	,820
KHB'nde hastaneler daha profesyonel yönetilmektedir.	89	33,6	60	22,6	116	43,8	1,90	,875

Kamu Hastaneleri Birliğinden önce hastanelerin yönetim birimleri; başhekimlik, başhekim yardımcılığı, hastane müdürlüğü, müdür yardımcılığı, başhemşirelik ve başhemşire yardımcılıklarından oluşmaktaydı, Kamu Hastaneleri Birliğinde ise hastanelerin yönetim birimleri; hastane yöneticiliği, başhekimlik, başhekim yardımcılığı, idari mali işler müdürlüğü, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü, hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürlüğü ile müdür yardımcılıklarından oluşmaktadır. Başhemşirelik yerine sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü, yeni olarak ta hastane yöneticiliği ile hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürlüğü birimleri eklenmiştir. Sağlık çalışanlarının yarısı Kamu Hastaneleri Birliğinde hastane yöneticiliği ile hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği birimlerinin eklenmesi nedeniyle yönetsel birimlerin arttığını bildirmiştir. Yönetsel birim sayısı artmış olsa da hastanelerin merkezi yönetimden yerinde yönetime geçmiş olması çalışanların % 40'ı yöneticilerin sorumluluk ve iş yükünün azalmadığını bildirmiştir. Her ne kadar yönetsel birim sayısı artsa da yeni bir sisteme geçilmesi nedeniyle çalışanlar % 43'ü Kamu Hastaneleri Birliğinde hastanelerin daha profesyonel yönetilmediğini bildirmektedir. Katılımcıların “İdareciler KHB yapılamasında liyakate göre atandılar” sorusuna verdikleri yanıt ile hastanelerin profesyonel yönetilmesine verdikleri yanıtlar paralellik göstermektedir.

3.2.6. Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalışma Şartları ve İş Ortamı

Tablo 30: Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliği Disiplin Yönetmeliği Hakkında Görüşleri

Soru	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB'nde disiplin amiri yönetmeliğini uygun buluyor musunuz?	92	34,7	111	41,9	62	23,4	2,11	,755

Kamu Hastaneleri Birlikleri kurulduktan yeni idari birimlerin oluşması sonucu yeni bir disiplin yönetmeliğine ihtiyaç duyuldu. 23.11.2012 tarihinde 28476 sayılı Resmi Gazetede “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Disiplin Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Bu yönetmelik öncesinde hastanelerde disiplin amiri sadece başhekimlik makamıydı. Yeni yönetmelikte İdari Mali İşler, Sağlık Bakım

Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürleri de amir olarak anılmakta. Katılımcıların %41,9'u yeni disiplin yönetmeliğini kısmen uygun bulduklarını bildirmiştir.

Tablo 31: Katılımcıların Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapılanması Hakkında Bilgi Düzeyi

Soru	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
663 Sayılı KHK'den sonra Sağlık Bakanlığı teşkilat şemasını biliyorum.	162	61,1	23	8,7	80	30,2	2,31	,906

Sağlık Bakanlığı; merkez teşkilatı, taşra teşkilatı, kurullar ve bağlı kuruluşlardan oluşmaktadır. Bakanlık teşkilat yapısı Bakanlık internet sitesinde de bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların %61,1'i Sağlık Bakanlığı teşkilat şemasını bildiğini belirtmiştir.

Tablo 32: Katılımcıların Sağlık Çalışanları İle Hastanelerin Toplum Tarafından Nasıl Değerlendirildikleri Üzerine Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB kurulduktan sonra sağlık personelinin toplumdaki saygınlığı artmıştır	45	17,0	52	19,6	168	63,4	1,54	,768
Kamu hastanelerinin toplumdaki saygınlığı KHB'nin kurulması ile artmıştır.	72	27,2	85	32,1	108	40,8	1,86	,814

Kamu Hastaneleri Birliği sistemine geçilmesi vatandaş açısından hastane işleyişinde ve aldığı hizmette bir değişiklik olmamıştır dolayısı ile toplumun gözünde hastane ve çalışanlar için farklı konum ortaya çıkmamıştır. Çalışanların çoğuna göre vatandaşlar açısından Kamu Hastaneler Birliği Kurulmadan önce ve sonra değişen bir durum olmadığı için Kamu Hastaneler Birliğinin kurulmasının, hastaneler ve sağlık personelinin toplumda ki saygınlığını arttırmadığı görüşündedir. Medyada çıkan sağlık ve sağlık personeli ile ilgili olumsuz haberlerde diğer bir etkidir.

3.2.7. Kamu Hastaneleri Birliği Sisteminde Satınalma ve Malzeme Tedarik Süreci

Tablo 33: Katılımcıların Malzeme Tedarik Süreci ve Malzeme Maliyeti Hakkında Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB'nin kurulması ile hastanelerin tıbbi cihaz ve sarf malzeme tedarik etmesi daha kısa sürmektedir.	96	36,2	44	16,6	125	47,2	1,89	,908
KHB'inde sağlık tesislerine yapılan malzeme alımları toplu yapıldığı için maliyet azalmıştır.	119	44,9	94	35,5	52	19,6	2,25	,764

Kamu Hastaneler Birliği kurulmadan önce hastaneler bütün malzeme ve hizmet alımlarını kendileri ihale ya da doğrudan alım yaparak gerçekleştiriyorlardı. Kamu Hastaneler Birliği ile birlik Genel Sekreterlikleri hastanelerden talep toplayarak hastanelerin malzeme ve hizmet alımlarını toplu yapmaktadır. Toplu alımlar, düşük miktartlı alımlara göre maliyet bakımından avantaj sağladığı bilinmektedir. Bu nedenler ile araştırmaya katılan çalışanların yarıya yakını Kamu Hastaneleri Birliğinde malzeme ve hizmet alımların toplu yapıldığı için maliyetin düştüğünü bildirmiştir. Fakat, çalışanların yarıya yakını Genel Sekreterliklerin tüm hastanelerin taleplerini topladığı için tıbbi sarf ve cihazların tedarik etme süresinin uzadığını bildirmiştir.

Tablo 34: Katılımcıların Hastanelerin Mali Durumlarına İlişkin Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB'nde hastanelerin mali yapısı daha sık denetlenmektedir.	124	46,8	93	35,1	48	18,1	2,29	,754
KHB sistemi ile sağlık tesisleri mali yönden güçlenmiştir.	72	27,2	108	40,8	85	32,1	1,95	,770
KHB'nin kurulması ile yeni sağlık tesisi kurulması ve sağlık tesislerinin modernizasyonu için yatırımlar arttı.	87	32,8	103	38,9	75	28,3	2,05	,782

Birlik yöneticileri ve hastane yöneticilerinin başarı durumunu değerlendirebilmek için üç ana kriter getirilmiştir, bunlar idari, tıbbi ve mali kriterlerdir. Genel sekreterliklerin başarıları hastanelerin başarısına bağlıdır. Bu nedenle birlik genel sekreterlikleri hastanelerin mali durumunu yakından takip etmek zorundadır. Sağlık çalışanlarının %46,8'i Kamu Hastaneler Birliğinde hastanelerin daha sık denetlendiğini bildirmiştir. Yeni sağlık tesisi kurulması ve sağlık tesislerinin modernizasyonu için yatırımlar arttı sorusuna çalışanların % 38,9'u kısmen yanıtı vererek az da olsa yatırım olduğu yönünde görüş bildirmiştir. Yine "KHB sistemi ile sağlık tesisleri mali yönden güçlenmiştir" sorusuna katılımcıların % 40,8'i kısmen yanıtı vererek eskiye nazaran artış olduğu yönünde görüş belirtmiştir.

3.2.8. Personel İstihdamı ve Sağlık Hizmeti Sunumunda Kalifiye Personel

Tablo 35: Katılımcıların Uzman Hekim Sayısı Hakkında Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
KHB kurulduktan sonra hastanelerde uzman hekim açığı kapatılmıştır.	67	25,3	81	30,6	117	44,2	1,81	,813

"Sağlık Bakanı Dr. Mehmet Müezzinoğlu, Türkiye'nin 20 bin uzman, 10 bin pratisyen hekim açığı olduğunu ifade ederek, "Bu yıldan itibaren 2 bin 500, gelecek

yıl 45 bin her yıl fazla hekim gelmeye başlayacak. Önümüzdeki 5 yıl sonra hekim açığı sıkıntımız hafiflemiş olacak" dedi."¹

Hekimler, uzman hekim olabilmek için uzun ve zorlu bir eğitim sürecinden geçmektedir. Bir uzman hekim uzmanlığı hak edinceye kadar en az 10 yıl tıp eğitimi görmektedir. Türkiye’de bu kadar hekim açığı varken hekimlerin idari işlerde görev almaları bu açığı daha da arttırmaktadır. Araştırmaya katılan çalışanların çoğu ülkemizde ki hekim açığı sorunun kendi hastanelerinde de gördüğü için hastanelerde uzman hekim açığının devam ettiği görüşündeler.

Tablo 36: Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğinde Personel Atamalarına İlişkin Görüşleri

Sorular	Evet		Kısmen		Hayır		Ort.	Std. Sap.
	n	%	n	%	n	%		
Personel atamaları KHB'nde daha şeffaf ve adil yapılmaktadır.	77	29,1	57	21,5	131	49,4	1,80	,864

Sağlık Bakanlığı Ocak, Haziran ve Eylül ayı olmak üzere yılda 3 dönem Kurum İçi Atama yapmaktadır. İlde yapılan İl İçi Atamaları 663 sayılı KHK’ dan önce İl Sağlık Müdürlüğü yapıyorken, 663 sayılı KHK ile oluşan 3’lü yapı İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Genel Sekreterlikler tarafından kendi kurumları içinde yapılmaktadır. Bakanlık atama duyurusunu internet sitesi üzerinden yapmaktadır. Bakanlık atama duyurusunda atama başvuru şartları ile münhal yerlerin listesini yayınlamakta ve internette Personel Bilgi Sistemi üzerinden başvuruları kabul etmektedir. Bakanlığın atama duyurusunda belirtilen şartları taşıyan personeller Sağlık Bakanlığı Personel Bilgi Sistemi internet sayfasından atanmak istedikleri yerleri tercih ederek başvuru yapabilmektedir. Personel Bilgi Sistemi üzerinden yapılan başvurudan bir çıktı alınıp kurum amiri ya da noter tarafından onaylanıp Sağlık Bakanlığı’na gönderilerek başvuru kesinleştirilmektedir. Atama sonuçları Bakanlığın internet sitesinden personelin atandığı birim ve hizmet puanı açıklanarak noter onaylı olarak yayınlanmaktadır. Bakanlığın uygulamış olduğu bu atama prosedürlerinin çoğunu yerine getiren Genel Sekreterlikler çoğu zaman

¹www.sabah.com.tr/saglik/2014/02/22/turkiyede-20-bin-uzman-hekim-acigi-var, (04.12.2014)

münhal yer açıklamamakta ve bunun yanında atananların hizmet puanlarında açıklamamaktadır. Ayrıca, illerde atamaya başvurma şartı olarak personel çalıştığı yerde tek ise atamaya başvuramaz maddesi eklenmektedir. Bazı branşlar için hastanenin büyüklüğüne göre tek kadro açılmaktadır ve bu nedenle çalıştığı yerde tek olan personel atamaya başvuramaz maddesi nedeniyle mağdur olmaktadır. Sağlık çalışanlarının yarısı Kamu Hastaneleri Birliklerinde Bakanlığın atama için uyguladığı kurallara bire bir uyulmadığı düşüncesi ile atamaların adil ve şeffaf yapılmadığını bildirmiştir.

SONUÇ

Kamu Hastaneleri Birliği sistemi ile Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının yerinden yürütülmesi gereken hizmetleri bürokrasi yükünden kurtararak, hem hastanelerdeki verimsizlik sorununu çözecek hem de bakanlık merkez teşkilatı asli işlerine yoğunlaşma olanağına kavuşacaktır. Böylece, Bakanlığın yeniden yapılandırılarak, stratejik düşünme, misyon ve vizyon geliştirme, ölçülebilir başarı göstergeleri oluşturma gibi esas görevlerine yoğunlaşabilmesinin yolunu açacaktır. Yeni sistem halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, katılımcı, verimli, kaliteli ve etkin hastane hizmetleri sunulmasını sağlayacaktır. Ancak, Kamu Hastaneler Birliği Sistemine geçilmesiyle yönetimde yaşanan bazı sorunlar ortaya çıkmıştır.

Kamu Hastaneler Birliği sistemine pilot uygulama yapılmadan 2 Kasım 2012 tarihinde geçilmiştir. Çalışanları ve yeni görev alan idarecileri önlerinde örnek bir uygulama olmayışı tedirgin etmiş olup, zamanla Kamu Hastaneleri Birliği uygulamasının işleyişi netleştikçe bu tedirginlik ortadan kalkmaktadır. Bakanlık aile hekimliği uygulamasında Kamu Hastaneleri Birliği Uygulamasında ki gibi hareket etmemiştir. Bakanlık Aile hekimliği uygulamasına 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlamış, 2010 yılına kadar bütün illeri gruplara ayırarak uygulamaya dahil etmiştir.

Hastaneler Kamu Hastaneler Birliği kurulmadan önce ilçelerde sağlık grup başkanlığı ve kaymakamlığa, il merkezinde sağlık müdürlüğü ve valiliğe karşı sorumlu iken, Kamu Hastaneler Birliği kurulduğu günden başlayarak bulunduğu ilin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular hastanelerin zerkleştiği fakat, bürokrasi ve prosedürlerin azalmadığını göstermektedir. Kamu Hastaneleri Birliği uygulamasının yeni olması bazı sorunlara neden olmaktadır. Hastanelerin ilde tek bir kuruma bağlı olması hastaneler arasında koordinasyonun arttığının gözlemlendiği görülmüştür.

Verimliğin artması dolayısı ile hizmet üretiminin artması Kamu Hastaneler Birliği uygulamasının amaçları arasında bulunmaktadır. Bu durum personelin iş yükünü arttıracadı anlamına gelmektedir. Araştırmada çıkan sonuçlarda sağlık

personellerinin cevapları bunu doğrulamaktadır. Hizmet üretiminin artması ile sağlık personelinin hastane gelirinden aldığı ek ödeme gelirinin artması gerekirken, artmadığı araştırmada elde edilen bulgular ile de görülmektedir. Sık sık değişen ek ödeme yönetmeliği ile hesaplamalarda kullanılan katsayıların değiştirilmesi ayrıca, unvan, şube ve birimlere göre katsayıların farklılık göstermesi elde edilen ek ödeme gelirinde artış olmamasının nedenleri arasındadır. Ayrıca, kamu hastanelerinde hasta muayene ve diğer işlem ücretlerinin SGK tarafından uzun yıllar revize edilmemesi ancak, hastane sarf malzeme ve hizmet alımlarının her yıl artması hastanelerin elde ettikleri geliri düşürmektedir.

Sağlık çalışanlarına karşı son yıllarda artan şiddet olayları sağlık personelinin hayatını kaybetmesine kadar varmıştır. Güvenlik önlemlerinin artırılması ve vatandaşların sağlık bilgi düzeyinin yükseltilmesi şiddet olaylarının önlenmesinde önemlidir. Kendini güvende hissetme, çalışma ortamı, iş yoğunluğu, elde edilen gelir ve çalışana verilen değer hizmet kalitesini etkileyen faktörler arasındadır. Hekimin ya da sağlık personelinin yapacağı bir hata giderilmesi güç sonuçlar ortaya çıkarması açısından yaptıkları iş büyük özen ve dikkat gerektirir. İş yoğunluğunun fazla olması, sağlıkta şiddet olaylarının artması, çalışanlara gösterilen saygı ve bunun yanında elde edilen gelirin tatmin etmemesi çalışan memnuniyetini olumsuz etkilemektedir.

Araştırmada elde edilen bulgular sözleşme imzalanan uzman ve idareci atamalarının liyakate göre yapılmadığını göstermektedir. 663 Sayılı KHK ile Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerinde ve Hastanelerde görev alacak uzman ve idareciler sözleşmeli olarak istihdam edilmektedir. 663 sayılı KHK incelendiğinde uzman ve idareci atama şartlarının yetersiz olduğu görülmektedir. Bu duruma örnek olarak Kamu Hastaneleri Birliği uygulamasına geçilmeden önce hastanelerde başhemşirelik için hemşire olma şartı vardı, Kamu Hastaneleri Birliğinde ise müdür olmak için her hangi bir branştan lisans mezunu olmak yeterli görülmektedir. Bu durum Kamu Hastaneleri Birliği uygulaması öncesinde dile getirilen profesyonel yöneticiliğe geçilecek söylemlerinin araştırma bulgularına göre bahsi geçen profesyonel yöneticilik anlayışı ile uyuşmadığı görülmektedir.

Ayrıca, başka kamu kurumlarından ve özel sektörden kişilerin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinde ve hastanelerde sözleşme imzalanmasında

her hangi bir kısıtlama olmaması (bazı uzmanlık gerektirecek pozisyonlar için) ne kadar doğru bir uygulama olduğu sorgulanmaktadır. Araştırmada elde edilen bulgular bu durumu Sağlık Bakanlığı kurumları dışından kurum işleyiş ve hafızasına hakim olmayan idareci atanmasının yanlış olduğunu desteklemektedir.

Bir iřletmenin verimli, dűzgűn ve kaliteli hizmet űretebilmesi için insan kaynakları yűnetimini çok iyi uygulaması gerekmektedir. Saėlık kurumlarında bir çok branř bulunmakta ve bu branřlara gűre eėitim kurumları branřlara uygun eėitimler vermektedir. Hastanede saėlık eėitimi almıř bir personelin idari iřlerde çalıřması verimliėi olumsuz etkilediėi gibi çalıřanlar arasında iř barıřını bozmaktadır. İnsan kaynaklar yűnetiminde kiřinin eėitimine ve kabiliyetine gűre planlama yapmak doėru yűntemlerden birisidir. Arařtırmada Kamu Hastaneleri Birliėi uygulamasında insan kaynakları planlamasının iyi yapılamadıėı ve uygulanamadıėı sonucunu vermiřtir.

Saėlık hizmeti yařamı direk etkilediėi için dikkatli sunulması gereken bir iřtir. Çalıřanların dikkatlerini daėıtacak etkenlerin ortadan kaldırılması gerekir. Son on yılda artan kiři bařı hekime műracaat sayısı ile orantılı olarak saėlıkta iř yűkű arttı fakat, saėlık personeli sayısı iř yűkűnű hafifletecek oranda artıř gűstermedi. Arařtırmada elde edilen bulgulara gűre Kamu Hastaneleri Birliėi uygulaması ile personel sayısının artmamasına raėmen hizmet űretiminin, hizmet kalitesinin űzverili, alıřkan saėlık personelleri sayesinde arttıėı gűrűlmektedir.

Saėlık hizmeti sunumunda son yıllarda hastalara verilen űnem daha çok artmıřtır. İnsanın deėerli olması hastaya verilen deėerin en űnemli nedeni olduėu sűylense de hastanelerin gelir kaynaėı hasta tedavilerinden olması da gűz ardı edilemez bir gerçektir. Arařtırma bulguları da Kamu Hastaneleri Birliėi uygulamasında hasta memnuniyetine ve hasta gűvenliėine verilen űnemin arttıėını gűstermektedir.

Toplu malzeme ve hizmet alımı yapılması maliyetin dűřmesinde en bűyűk etkenlerdendir. Arařtırmada elde edilen bulgulara gűre Kamu Hastaneleri Birliėi uygulamasında birliėe baėlı hastanelerin cihaz ve hizmet alımlarının toplu yapılmasının maliyeti dűřűrdűėű gűzlemlenmiř ancak, tedarik sűreci uzamıřtır.

Hastanelerden malzeme ve hizmet alımı için alınan talepler tedarik sürecinin uzamasını ve üretilen hizmetin zamanında tüketilmesini, zorlaştırmış, dolayısı ile topluma sosyal fayda sağlamak gibi bir amacı da olan sağlık işletmelerinin işlevselliğine olumsuz etki yapmıştır.

Varsayımların değerlendirilmesi ise şu şekildedir :

“Kamu Hastaneleri Birliği Sistemine Geçişte Sorun Yaşanmıştır.” Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Kamu hastaneleri birliği uygulamasına ülke genelinde aynı anda geçilmesi, pilot uygulama yapılmaması yöneticilerin ve çalışanların geçiş sırasında zorlanmalarına neden olmuştur.

“Kamu Hastaneleri Birliği Sistemi Hizmet Üretimini Arttırmıştır.” Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Hastanelere olan talebin artması hizmet üretimini arttırmıştır. Ayrıca hastanelerin yeni sistemde diğer kamu ve özel sektör ile rekabet edebilmesi için kapasitesini arttırması gerekmektedir.

“Kamu Hastaneleri Birliğinde Daha Profesyonel Yöneticiler Görev Almamıştır.” Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Yönetici atamalarında istenen kriterler yeterli ve yeterince ayırt edici değildir. Ayrıca, diğer kamu kurumları ve özel sektörden kişilerinde yönetici olarak sözleşme imzalayabilmesi sağlık alanında eğitim almamış kişilerin yönetici olması durumunda profesyonellikten bahsetmek mümkün müdür.

KAYNAKÇA

- Ak, B., “Hastane Sistemi”, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, Ankara, 2001/39
- Akben, A., Bir Ömür Boyu Sağlıklı Yaşam, İstanbul, 2006
- Akdağ, R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara, 2008
- Akdur, R., Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, Ankara, 2006
- Akdur, R., “Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, Yeni Türkiye Dergisi Sosyal Değerlendirme (Cumhuriyet 1923-1998 Dönemi Değerlendirmesi), C.III, Ankara, 1998
- Akdur, R., “Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler”, Ankara, 1998
- Anabritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, C.15, 1994
- Anabritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, C.27, 1994
- Ateş, M., Sağlık Örgütlenmesinde Merkezci Yönetim Uygulamalarının Sağlık Hizmetlerinin Etkinliği Açısından İrdelenmesi ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yönetim Kararlarının Merkezçiliğine İlişkin Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi, SBE, YDT, İstanbul, 1996
- Aydın, B., "Sağlıkta Değişim", SB Diyalog Dergisi, Y.1, S.7, Ankara, 2004
- Azak, S., “Özel Hastaneler Yoğun Bakımda”, Yeni Türkiye Dergisi S.40, (Sağlık Özel Sayısı II), Ankara, 2001
- Bağırhan, T., Sağlık Kurumları Yönetimi, Dokuz Eylül Üniversitesi, SBE, YYLT, İzmir, 2007
- Bektaş, G. - Aslaner, F., “Sağlık İnsangücü Planlamasının Önemi ve Hastane Yönetiminde Sağlık İnsangücü Planlaması”, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001
- Bingöl, D., Personel Yönetimi, İstanbul, 1997
- Bodur, S., Aile Sağlığı Eğitim Serisi, Ankara, 1991

- Bostan, S., Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, SBE, YDT, Trabzon, 2009
- Bulutoğlu, K., Kamu Ekonomisine Giriş, İstanbul, 1981
- Devlet Planlama Teşkilatı, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994, Ankara, 1989
- Devlet Planlama Teşkilatı, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989, Ankara, 1984
- Devlet Planlama Teşkilatı, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara, 2006
- Devlet Planlama Teşkilatı, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 2001
- Devlet Planlama Teşkilatı, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000, Ankara, 1995
- Dinç, D. -Ünalın, P.C. - Topsever, P. - Özyavaş, S., "Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim", Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, C.13, S.2, İstanbul, 2009
- Durmuş, O., "2000'lerin Türkiye'sinde Sağlık", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001
- Erdoğan, M., İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku, Ankara, 2007
- Erefe, İ., Tıbbın Tarihsel Gelişimi İçinde Halk Sağlığı Kavramı, İzmir, 1996
- Ersoy, F., "Aile Hekimliği Uygulama Dosyası", Türkiye'de Aile Hekimliği Aktüel Bilimsel Tıp Dergisi, Y.1, S.1, İstanbul, 2006
- Ersöz, D., Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı, Balıkesir Üniversitesi, SBE, YYLT, Balıkesir, 2010
- Fişek, N., Halk Sağlığına Giriş, Ankara, 1983
- Görgün, H., Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, SBE, YYLT, Çanakkale, 2009
- Güneri, A.E., 2000'li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleşmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi, Ankara, 1995

- Gür, M. - Yavuzyiğit, H. - Ekici, B., Türkiye'nin Geleceği, Ankara, 2003
- İnceöz, A.F., "Türkiye'de Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001
- Kaplan, A., Özerkleştirme ve Özelleştirme Teorileri ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Özerkleştirilmesi ve Özelleştirilmesi Çalışmaları Hakkında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Çalışan Yüksek Öğrenimli Sağlık Personelinin Düşüncelerinin Tespiti Üzerine Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi, Sa.BE, YDT, Ankara, 1997
- Karataş, K., 2000'li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleşmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi, Ankara, 1994
- Karslıgil, Ş., Sağlık Bilgisi, İstanbul, 1973
- Kavuncubaşı, Ş., Sağlık Kurumları Yönetimi, AÜ, Eskişehir, 2007
- Kaya, M., "Türk Tıbbı Dünya Tıbbının Neresinde", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001
- Kaya, S., "Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Yönetimi", Sağlık Yönetimi Dergisi, Y.2, S.6, Ankara, 1998
- Küçük, A., Sağlık Hizmetlerinde Reform: "Kamu Hastane Birlikleri" Modeli Üzerine, Ankara, 2010
- Konya İl Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Şube Müdürlüğü, Arşiv Belgeleri, 2014
- Oskay, Ü., "Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar", Sosyoloji Dergisi, S.4, İzmir, 1993
- Özdemir, Y.E. "Sağlık Reformları 1980 ve 90'lı Yılların Sağlık Politikaları", Yeni Türkiye Dergisi, Y.7, S.39, Ankara, 2001
- Özsarı, S.H., - Varlık, M., "Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlık ta Yeniden Yapılanma", Yeni Türkiye Dergisi, C.III, Ankara, 2002-2003
- Öztek, Z., "Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001
- Pampal, S. - Dindar, H.- Korgal, E., Sağlık ve Trafik Eğitimi, Ankara, 2004
- Polat, Z., Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Önlisans Programı Sağlık Bilgisi ve İlk Yardım Ders Kitabı, Eskişehir, 1993

- Sağlık Bakanlığı, Sağliğa Bakış, Ankara, 2007
- Saran, U., "Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri", Aile Hekimliği Dergisi, C.1, S.4, Ankara, 2007
- Sargutan, E., "Türkiye Sağlık Sektörü Sağlık Hizmeti Arz ve Talep Sistemlerinde Mevcut Durum ve Öneriler", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, Ankara, 2001
- Savaş, B.S. - Karahan, Ö. - Saka, R.Ö., Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye, Ankara, 2002
- Sevinç, N. - Çağlan, M. - Kahraman, D., Türkiye'de Sağlık Politikalarına Eleştirel Bir Bakış, Ankara, 2000
- Sözen, C. - Alkan, G., "Sağlık Kurumlarına Önemli Bir Yönetim ve Organizasyon Sorunu: Koordinasyon", Sağlıcakla Aylık Sağlık Dergisi, S.15, Ankara, 2009
- Tanrıverdi, H, Sağlık Sektöründe Özerkleşmenin Finansal Boyutu ve Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi, Sa.BE, BUT, Ankara, 2002
- Tatar, M., "Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.6, S.1, Ankara, 2003
- Tatar, M.- Berman, P., Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, C.I, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2004
- TBMM, "Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı", Plan ve Bütçe Komisyonu Alt Metni, Ankara, 2007
- Terzioğlu, A., Cumhuriyet Dönemi Türk Tıbbına ve Tıp Eğitime Kısa Bir Bakış, İstanbul, 2003
- Tomanbay, İ., Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut, Ankara, 1992
- Türk Tabipler Birliği, Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Önerisi 2011, Ankara, 2011
- Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003

Uğurlu, M. - Korukluoğlu, S. - Üstü, Y. - Doğusan, A.R. - Kasım İ., Aile Doktorunun Görevleri, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara, 2004

Uz, M.H., "Sağlığı Tanımlamak Üzerine Düşünceler", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, S.39, Ankara, 2001

Ünalın, P., Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara, 2004

Yılmaz, K., Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı, Ankara, 2009

Yiğit Şakar, A., Türkiye 'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 1999

Yücel, E., Sistem Analizi I Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu, Ankara, 1990

İnternet Kaynakları:

"Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu", <http://www.sagliksen.org.tr/kitap/svsb.pdf>, (15.04.2014)

"224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", www.tbmm.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html, (12.01.2015)

"Hastanelerin Çeşitleri Nelerdir", <http://www.nenedir.net/nedir/geneltip/5783hastanelerincesitlerinelerdir.html>, (24.05.2014)

....., www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.html, (20.12.2014)

....., www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP58.html, (22.12.2014)

"V. Türkiye Sektörel Ekonomi Şurası", <http://www.tobb.org.tr/Documents/yayinlar/Vturkiyesektorelekonomisurasi.pdf>, (20.02.2014)

Akdur, R., "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması", http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama_si.pdf, (22.12.2014)

Ateş, M.Sur, H., "Sağlık Bakanlığı'nın İstanbul'daki Hastanelerinde Yöneticilerin Bazı Yönetim Kararlarının Merkezçilliği Konusundaki Bilgi Düzeyleri", <http://www.merih.net>, (12.05.2014)

Gider, Ö. -Top, M., "Kamu Hastane Sektöründe Liberalleşme ve Türkiye'de Yansımaları", www.akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/omer.gider/diger/omer.gider16.02.2011_11.46.48diger.pdf, (05.01.2015)

-, kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf,
(17.12.2014)
- İlter, B., "Neden Aile Hekimliği", Türkiye'de Aile Hekimliği Aktüel Bilimsel Tıp Dergisi, Y:1, S:1, 2006, www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=131, (02.01.2015)
- Resmi Gazete, 02.11.2011 tarih ve 28103 mükerrer sayılı Resmi Gazete
http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm
(07.01.2015)
- Seçim, H., "Hastanelerin Tanımı", http://www.merih.net/m1/hastmod1.html,
(18.12.2014)
- Sur, H., "Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi", http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm, (24.12.2014)
- Kılıç, M. - Öztürk, H., "Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri: Ankara İli Eğitim Hastanelerinde Bir Alan Araştırması",
http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/479.pdf, (24.05.2014)
- Sağlık Sen, "Tam Güne Bakış", http://www.sagliksen.org.tr/kitap/t_g_panel.pdf,
(02.02.2014)
- T.C. MEB, "Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Çocuk Ruh Sağlığı",
http://cygm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kursprogramlari/cocukgeli-
sim/moduller/cocukruhsagligi.pdf, (20.06.2014)
-, tbmm.gov.tr/develop/owa/anayasa.uc?p1=56, (24.12.2014)
-, saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-513/ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi-
merkezleri-yonetmr-.html, (01.01.2015)
- Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı. "Dünden Bugüne Başkanlığımız",
tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/2013-08-28-13-18-43/yonetim.html,
(16.12.2014)
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), Sağlık Reformları ve Hastanelerin Özerkleşmesi, http://www.sesizmir.org.tr/haber_ detay.asp?haberID=198, (01.01.2015)
- Hastaneler İşletme, Sağlık Emekçileri Köle, Vatandaş Müşteri, http://www.sesizmir.org.tr/haber_detay.asp?haberID=196, (01.01.2015)

....., www.ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html,
(16.12.2014)

“Birinci Basamak Hekimlerinin Meslek Eğitimi Güncel Değerlendirmeler”
[http://www.ttb.org.tr/kol/phk/index.php?option=com_content&task=view
&id=31&Itemid=1](http://www.ttb.org.tr/kol/phk/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=1) (17.12.2014)

....., www.derszamani.net/hastanelerin-tarihsel-gelisimi.html, (24.12.2014)

....., www.rehabilitasyon.nedir.com/, (26.12.2014)

....., www.medikalakademi.com.tr/2014-saglik-uygulama-tebliği-toplantisi/#!,
(27.11.2014)

....., www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.html, (04.12.2014)

....., www.sabah.com.tr/saglik/2014/02/22/turkiyede-20-bin-uzman-hekim-acigi-var,
(04.12.2014)

KHB : Kamu Hastaneleri Birliği	Evet	Kısmen	Hayır
--------------------------------	------	--------	-------

b) Kamu Hastaneleri Birliği Kurulduktan Sonra

8	663 Sayılı KHK'den sonra Sağlık Bakanlığı teşkilat şemasını biliyorum.	3	2	1
9	KHB'nin kurulması ile hastaneler özerkleşmiştir.	3	2	1
10	KHB'nin kurulması bürokrasiyi azaltmıştır.	3	2	1
11	KHB'nin kurulması prosedürleri azaltmıştır.	3	2	1
12	KHB'nin kurulmasından sonra sağlık çalışanlarının hastaneden elde ettikleri ek ödeme geliri artmıştır.	3	2	1
13	Çalışan memnuniyeti KHB uygulaması ile artmıştır.	3	2	1
14	Çalışanların kurumsal bağlılığı KHB uygulaması ile azalmıştır.	3	2	1
15	KHB'nde çalışanlara daha hakkaniyetli davranılmaktadır.	3	2	1
16	KHB'inde çalışana verilen önem artmıştır.	3	2	1
17	KHB yapılanmasında çalışanların fikirlerine daha çok önem verilmektedir	3	2	1
18	Çalışan güvenliğine verilen önem KHB'nin kurulması ile artmıştır	3	2	1
19	KHB kurulduktan sonra sağlık personelinin toplumdaki saygınlığı artmıştır	3	2	1
20	KHB'nin kurulmasından sonra sağlık personelinin iş yükü artmıştır.	3	2	1
21	KHB yapılanması ile personel motivasyonu artmıştır.	3	2	1
22	KHB yapılanması iş barışını artırmıştır.	3	2	1
23	Personel atamaları KHB'nde daha şeffaf ve adil yapılmaktadır.	3	2	1
24	İdareciler KHB yapılmasında liyakata göre atandılar.	3	2	1
25	KHB yapılanmasında uzman atamaları liyakata göre yapıldı.	3	2	1
26	KHB'inde hastaya verilen önem artmıştır.	3	2	1
27	Hasta güvenliğine verilen önem KHB'nin kurulması ile artmıştır.	3	2	1
28	KHB'nin kurulması ile hastanelerde sunulan sağlık hizmet kalitesinde artış olmuştur.	3	2	1
29	KHB'nin kurulması ile hastanelerin tıbbi cihaz ve sarf mazleme tedarik etmesi daha kısa sürmektedir.	3	2	1
30	KHB'nin kurulması ile yönetici maaşlarında azalma olmuştur.	3	2	1
31	Kamu hastanelerinin toplumdaki saygınlığı KHB'nin kurulması ile artmıştır.	3	2	1
32	KHB uygulamasında hastanelerde yönetsel birim sayısı artmıştır.	3	2	1
33	KHB'nin kurulması ile hastanelerde sağlık personeli sayısı artmıştır.	3	2	1
34	KHB'nde hastaneler daha profesyonel yönetilmektedir.	3	2	1
35	KHB'nde insan kaynakları planlaması daha iyi yapılmaktadır.	3	2	1
36	KHB'nde çalışanlar eğitimini aldıkları branşlara (Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru, vd.) uygun pozisyonlarda çalışmaktadır.	3	2	1
37	KHB'nin kurulmasından sonra hastanelerin hizmet üretimi artmıştır.	3	2	1
38	KHB'nde sözleşme yapılan uzman, hastane yöneticisi, başhekim, başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcısı aldıkları eğitim (mezun olunan okula göre) durumlarına uygun pozisyonlara atanmışlardır.	3	2	1
39	KHB sisteminde yöneticilerin sorumluluk ve iş yükü azalmıştır.	3	2	1
40	KHB sistemi ile sağlık tesisleri mali yönden güçlenmiştir.	3	2	1
41	KHB'nin kurulması ile yeni sağlık tesisi kurulması ve sağlık tesislerinin modernizasyonu için yatırımlar arttı.	3	2	1
42	Sağlık Bakanlığı kurumları dışından kişilerin uzman, hastane yöneticisi, başhekim, müdür, müdür yardımcısı olarak sözleşme imzalaması yerinde bir uygulamadır.	3	2	1
43	KHB'nde hastanelerin mali yapısı daha sık denetlenmektedir.	3	2	1
44	KHB'inde sağlık tesislerine yapılan malzeme alımları toplu yapıldığı için maliyet azalmıştır.	3	2	1
45	KHB'nde disiplin amiri yönetmeliğini uygun buluyor musunuz?	3	2	1
46	KHB'nin kurulmasından sonra ek ödeme adaletli dağıtılmaktadır.	3	2	1
47	KHB kurulduktan sonra hastanelerde uzman hekim açığı kapatılmıştır.	3	2	1
48	KHB kurulduktan sonra kamu hastaneleri birbirleriyle daha koordineli çalışmaktadır	3	2	1

ÖZGEÇMİŞ

1980 Antalya ili Alanya ilçesi doğumluyum. İlkokulu Karakaya Köyünde tamamladım, Orta ve Lise öğrenimini Alanya Lisesinde tamamladım. 1999 yılında Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Memurluğu Lisans programına başladım, 2003 yılında mezun oldum. 2004 yılı Ocak ayında Konya Bozkır Devlet Hastanesinde Sağlık Memuru olarak göreve başladım. 2012 yılında Beykent Üniversitesi İşletme Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladım. 2013 yılında Konya Numune Hastanesine tayin oldum, halen Konya Numune Hastanesinde görev yapmaktayım.

Harun AKIN