



SAĞLIK SİSTEMİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ

(ODAK GRUP GÖRÜŞMELERİ RAPORU)





SASAM ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü

Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi

(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

SASAM ENSTİTÜSÜ
Aralık 2016, Ankara

SAĞLIK-SEN YAYINLARI - 36

Sağlık-Sen Adına İmtiyaz Sahibi

Metin MEMİŞ
Genel Başkan

Genel Yayın Yönetmeni

Mustafa ÖRNEK
SASAM Genel Koordinatörü

Yayın Kurulu

Mustafa Örnek, İdris Baykan, Abdülaziz Aslan,
Murat Kalem, Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan,
Doç. Dr. Mehmet Merve Özaydın, Dr. Özcan Kars,
Mehmet Atasever, Arş. Gör. Mehmet Gözlü, Nihan Ready,
Onur Burak Barkan, Defne Demet, Elif İşlek

Aralık 2016
3.000 Adet

Grafik Tasarım

Sedat ALTUĞ

Baskı:



SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ

GMK Bulvarı Özveren Sok. No: 23 Demirtepe/ANKARA
Tel: 444 1995 Faks: (0312) 230 83 65
www.sagliksen.org.tr

© 2016. Sağlık-Sen. Tüm hakları saklıdır.

***Bu kitabın basım ve yayın hakları Sağlık-Sen Genel Merkezine aittir.
Hangi amaçla olursa olsun yazılı izin olmadan kopya edilemez ve çoğaltılamaz.***

Yazarlar

Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan, Mehmet Atasever, Arş. Gör. Mehmet Gözlü,
Onur Burak Barkan, Elif İşlek



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

SUNUŞ



Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmak elbette önemlidir. Bunu sağlarken sağlık çalışanlarımızın çalışma şartlarının iyileştirilmesini de göz ardı etmemeliyiz. Nihayetinde; vatandaşların sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyetin sağlık çalışanlarına tanınan sosyal imkânlardan ve özlük haklarından bağımsız olmadığını kabul etmek gerekir.

Sağlık hizmetlerinin sürekli artan maliyeti, vatandaşların beklentilerinin artması, teknolojik gelişmeler, hizmet sunumunda ortaya çıkan yetersizlikler ve eşitsizlikler, nüfus yapısının değişmesi ile siyasi yapıda ve yönetim anlayışındaki değişimler sağlık alanındaki reformları kaçınılmaz kılmaktadır. Sürdürülebilir reformlar için sağlıkta dönüşümün mimarları olan sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunlara kulak vermeliyiz. Her geçen gün artan talebin, ideal şekilde karşılanabilmesi için istihdam ve diğer alt yapı gerekerini özellikle gözden geçirmeliyiz.

13 yıl önce uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programını sağlık sisteminin düzenlenmesine yönelik en kapsamlı sağlık reformu olarak kabul edebiliriz. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile vatandaşın tüm sağlık ihtiyaçlarına cevap vermek ve sağlık sistemindeki verimliliği artırmak



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

amacıyla yeni bir sağlık sistemine geçilmiştir. Bu konudaki en önemli değişim 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile sağlık hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonunda yaşanmıştır.

Yapılan düzenlemelerden kamu hastanelerinin yerinden yönetilmesi, kalite ve verimliliğin artırılması, sağlık personelinin ve diğer kaynakların yereldeki ihtiyaçlara göre planlanması, vatandaşların ihtiyaçlarına göre şekillenen esnek bir sağlık hizmeti sunumu, yönetimin şeffaflığı ve mali hesap verilebilirliğinin artırılması hedeflenmişti. Oysaki taşra ve merkez sağlık teşkilatları arasındaki koordinasyon eksikliği, mevzuattaki açıklıklar, çalışan memnuniyetsizliği, performans sisteminden kaynaklanan sorunlar, finansal sürdürülebilirlik konusunda sıkıntılar, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunumunda zorluklar yaşanmaktadır.

Hiç şüphesiz; sahada çalışan uzmanların, sağlık sisteminde yer alan paydaşların ve hizmet sunucuların gözüyle değerlendirilmesi ve çözüm önerilerinin belirlenmesi, sağlık sisteminin güçlendirilmesi adına karar vericiler açısından değerli bir kaynak oluşturacaktır. Bu kapsamda, 2016 yılı Mart ve Nisan aylarında Sağlık Sistemine katkıda bulunmak amaçlı “Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi” ana başlığı altında “Sağlık Sistemi Örgütlenme Yapısı, Tedavi Edici Hizmetler, Acil Sağlık Hizmetleri ve Koruyucu Önleyici Hizmetler” başlıkları altında çalıştaylar gerçekleştirdik. Gerçekleştirilen çalıştayların sonunda hazırlanan bu raporda Sağlık Sistemi Örgütlenme Yapısı, Tedavi Edici Hizmetler, Acil Sağlık Hizmetleri ve Koruyucu Önleyici Hizmetlerin mevcut durumlarının tespit edilmesi, sistemin olumlu ve olumsuz yönleri, aksayan durumlar ve bunlara yönelik çözüm önerileri yer almaktadır.

Sağlık sisteminin güçlendirilmesi için mevcut uygulamalardan elde edilen tecrübeler ve bilimsel araştırmalar çerçevesinde yapılacak düzenlemeler önem arz etmektedir. Hazırladığımız bu araştırmamızın model güçlendirilirken önemli bir kaynak olarak kullanılabileceğine inanıyor, araştırmada emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

Metin MEMİŞ
Sağlık-Sen Genel Başkanı



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

İÇİNDEKİLER

1. ÇALIŞMANIN AMACI	1
2. GENEL BİLGİLER.....	1
2.1. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme	2
2.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında Örgütlenme.....	2
2.1.2. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşlarda Örgütlenme	3
2.1.3. Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütlenmesi	8
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Finansman.....	14
2.3. Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları.....	19
2.4. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumu.....	23
3. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ.....	40
4. BULGULAR.....	40
4.1. Örgütlenme ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri	40
4.1.1. Yapısal, Yönetimsel ve Bürokratik Boyut	40
4.1.2. İnsan Kaynakları Boyutu	43
4.1.3. Finansal boyut.....	45
4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Sorunlar ve Çözüm Önerileri	46
4.2.1. Yönetim Sistemi Boyutu.....	46
4.2.2. Finansman Boyutu	49
4.2.3. İnsan Kaynakları Boyutu	52
4.2.4. Hizmet Sunumu Boyutu.....	55



4.3. Koruyucu ve Önleyici Sağlık Hizmetlerinde Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	56
4.3.1. Yönetimsel Boyut	56
4.3.2. Hizmet Sunumu Boyutu.....	58
4.3.3. İnsan Kaynakları Boyutu	62
4.4. Acil Sağlık Hizmetleri İle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	64
4.4.1. Teşkilat Boyutu.....	64
4.4.2. Hizmet Sunumu Boyutu.....	66
4.4.3. İnsan Kaynakları Boyutu	68
4.4.4. Altyapı Boyutu.....	73
KAYNAKÇA	76
EKLER.....	79



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	2
Şekil 2: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Teşkilat Şeması.....	4
Şekil 3: Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu Teşkilat Şeması	5
Şekil 4: Türkiye Hudut Ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	6
Şekil 5: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Teşkilat Şeması.....	7
Şekil 6: İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması	9
Şekil 7: İlçe Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması.....	10
Şekil 8: Halk Sağlığı Müdürlüğü Teşkilat Şeması.....	10
Şekil 9. Kamu Hastane Birlikleri Teşkilat Yapısı, 2015.....	11
Şekil 10:Kamu Hastaneleri Teşkilat Yapısı, 2015.....	13
Şekil 11: Türkiye Sağlık Sistemindeki Fonların Akış Şeması, (2013)	16



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Kamu Hastaneleri Birlikleri, (2015), Türkiye	12
Tablo 2. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların 2016 Yılı Merkezi Yönetim Bütçesi, (milyon TL).....	17
Tablo 3. Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranları, (%).....	19
Tablo 4. Sağlık İnsan Kaynakları.....	21
Tablo 5. Hastanelere Müracaat Sayısı	26
Tablo 6. Sağlık Göstergeleri	27
Tablo 7. Yatan Hasta Sayısı.....	30
Tablo 8. Ameliyat Sayıları.....	30
Tablo 9. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı	33
Tablo 10. Yıllara Göre Enfeksiyon Hastalıklarının İnsidansı, (100.000 Nüfusta)	33
Tablo 11. Yıllara Göre Enfeksiyon Hastalıklarının Vaka Sayıları	34
Tablo 11. Ambulans Türleri ve Sayıları	38
Tablo 12. 112 İstasyon Sayıları ve İstasyon Başına Düşen Nüfus ve Vaka Sayısı	39



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. Sağlık Harcamalarının Finansmanını Sağlayanlara Göre Gelişimi, (2002-2013), Türkiye.....	14
Grafik 2. Hastane Hizmetleri için Ayrılan Kaynakların Gelişimi.....	18
Grafik 3. Hizmet Sunucuları İtibari ile Hastane Hizmetleri için Ayrılan Kaynakların Gelişimi (2013 Yılı Fiyatlarıyla).....	18
Grafik 4. Yıllara göre 100.000 kişiye düşen hekim sayısı.....	21
Grafik 5. 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması.....	22
Grafik 6. 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı.....	22
Grafik 7. 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması.....	23
Grafik 8. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı.....	26
Grafik 9. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Müracaat Sayıları.....	27
Grafik 10. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı.....	28
Grafik 11. Mülkiyetlerine Göre Hastane Sayıları.....	28
Grafik 12. Hasta Yatağı Sayısı.....	29
Grafik 13. Sağlık Bakanlığı Tesisleri Nitelikli Yatak Oranı, (%).....	29
Grafik 14. Yatak Doluluk Oranı.....	31
Grafik 15. Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü.....	31
Grafik 16. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı.....	32
Grafik 17. Acil Sağlık Hizmetleri Harcamalarının Yıllara Göre Gelişimi.....	39



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi

(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

1. ÇALIŞMANIN AMACI

“Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi” kapsamında yürütülen bu çalışmada amaç, Sağlık Bakanlığının örgütlenme yapısı, tedavi edici hizmetler, koruyucu ve önleyici hizmetler ve acil sağlık hizmetleri ile ilgili mevcut durumun tespit edilmesi; sistemin olumlu ve olumsuz yönleri, aksayan durumlar, olası sorunlar ile bunlara yönelik çözüm önerilerinin ilgili paydaş, yönetici ve hizmet sunucularla görüşülerek belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

Tüm dünyada görülen küresel ekonomik gelişmeler ve değişen ihtiyaçlar her alanda reform ve dönüşümlerin gerçekleştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık sektöründe ise bu reformlar hizmetlerin erişilebilir, etkili, verimli, kaliteli, hakkaniyetli ve zamanında sunumuna odaklanmaktadır.

Türkiye’de 2003 yılında başlatılan ve birçok bileşeni kısa sürede gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki, Sağlık Bakanlığı’nın örgüt yapısının yeniden kurgulanması ve kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özertleştirilmesine yönelik bileşen 2 Kasım 2011 Tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile gerçekleştirilmiştir.

Yapılan bu düzenlemeden kamu hastanelerinin yerinden yönetilmesi (desantralizasyon), kalite ve verimliliğin artırılması, sağlık personelinin ve diğer kaynakların yerel yönetiminin ihtiyaçlarına göre planlanması ve temin edilmesi, vatandaşların ihtiyaçlarına göre şekillenen esnek bir sağlık hizmeti sunumu, yönetimin şeffaflığı ve mali hesap verilebilirliğinin artırılması beklenilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011).

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmıştır. Bu yapılanmada İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıkları Sağlık Bakanlığının; Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun; Halk Sağlığı Müdürlükleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun taşra teşkilatı olarak belirlenmiş ve bunlara bağlı hizmet birimleri oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012; Aktel ve ark., 2013).

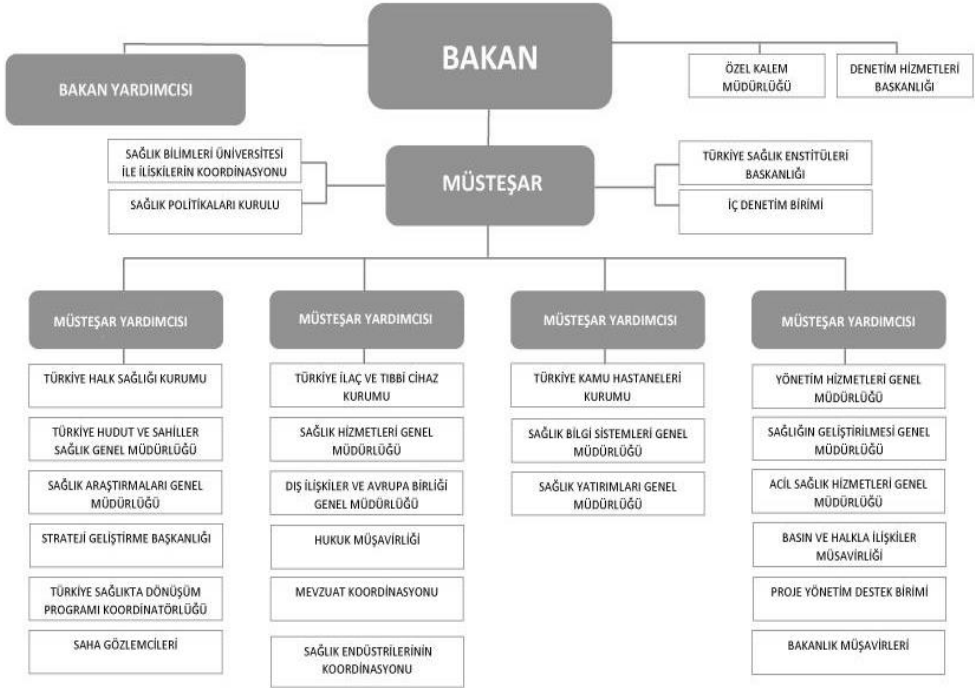


Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme

2.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında Örgütlenme

Şekil 1: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı



663 sayılı KHK'ya göre Sağlık Bakanlığı;

- Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi;
- Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi;
- Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi;
- Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi;
- Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi;

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

f) Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetir ve politikaları belirler (Resmi Gazete 2011).

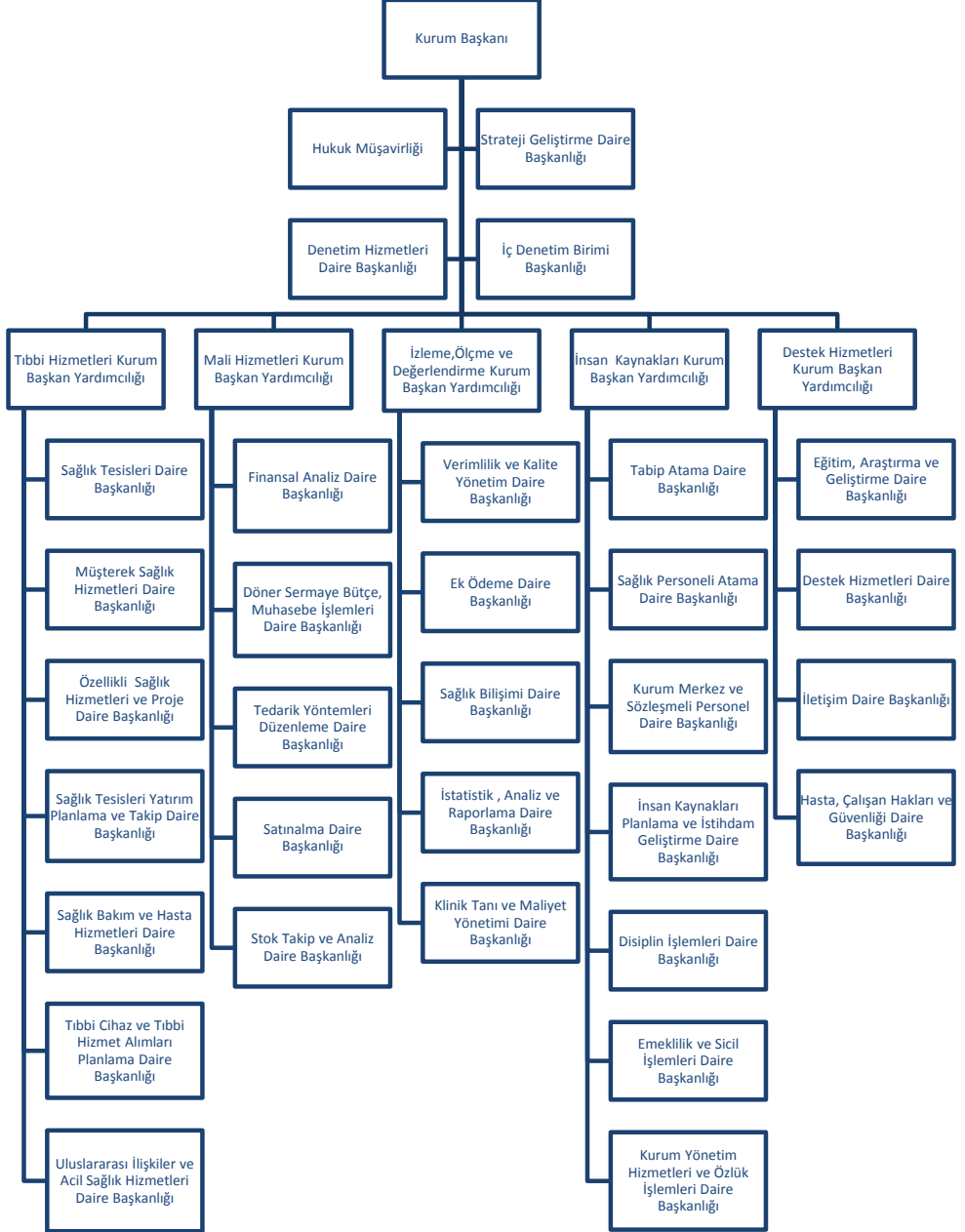
2.1.2 Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşlarda Örgütlenme

663 Sayılı KHK ile 4 adet bağlı kuruluş düzenlenmiştir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Sağlık Bakanlığına bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur (Atasever ve Demiralp, 2015).

Şekil 2: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Teşkilat Şeması



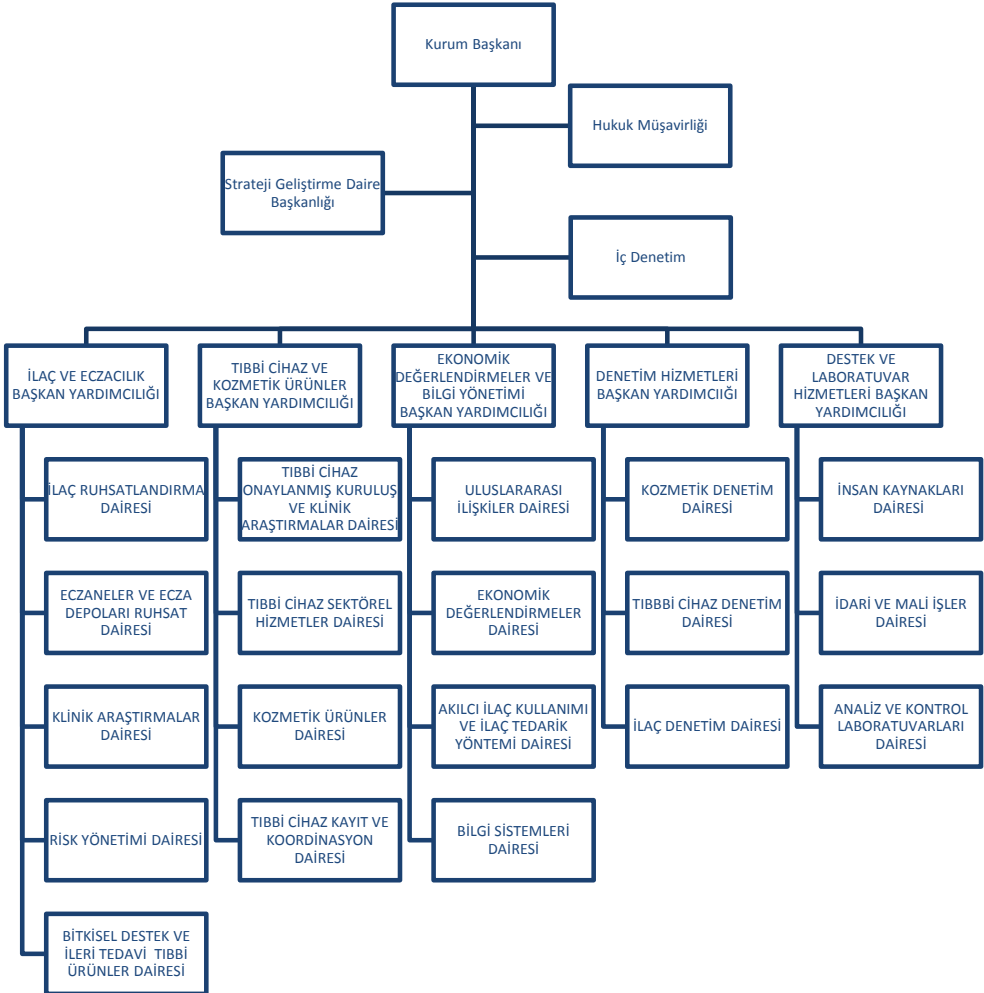


Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Sağlık Bakanlığı politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, tıbbî cihazlar, vücut dışı tıbbî tanı cihazları, geleceksel bitkisel tıbbî ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbî ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapmakla görevli, Sağlık Bakanlığına bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur.

Şekil 3: Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu Teşkilat Şeması



Kaynak: <http://www.titck.gov.tr/Kurumsal/OrganizasyonSemasi>

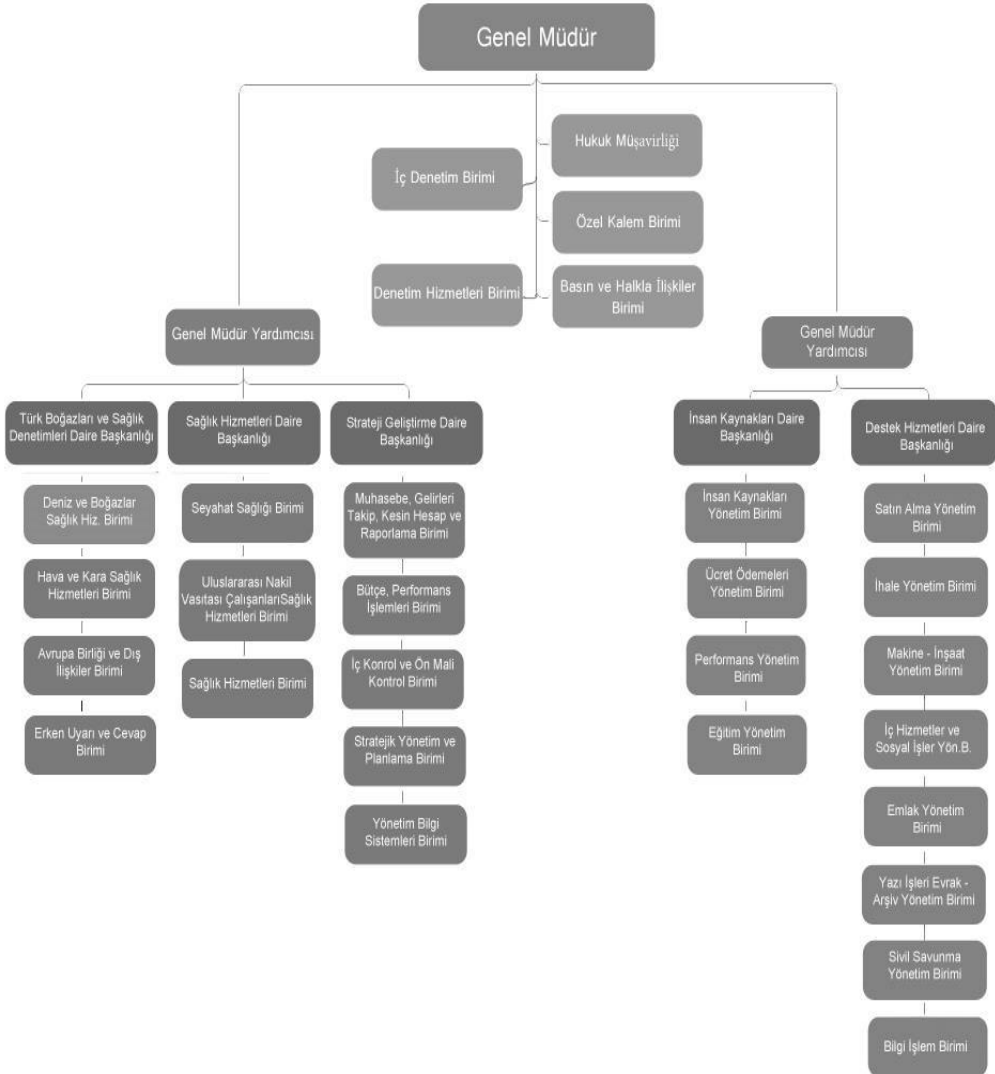


Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

Türk boğazları, hudut ve sahilleri ile ilgili uluslararası sözleşme ve mevzuat hükümlerinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirmekle görevli, Sağlık Bakanlığına bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

Şekil 4: Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü



Kaynak: <http://www.hssgm.gov.tr/TeskilatSemasi>

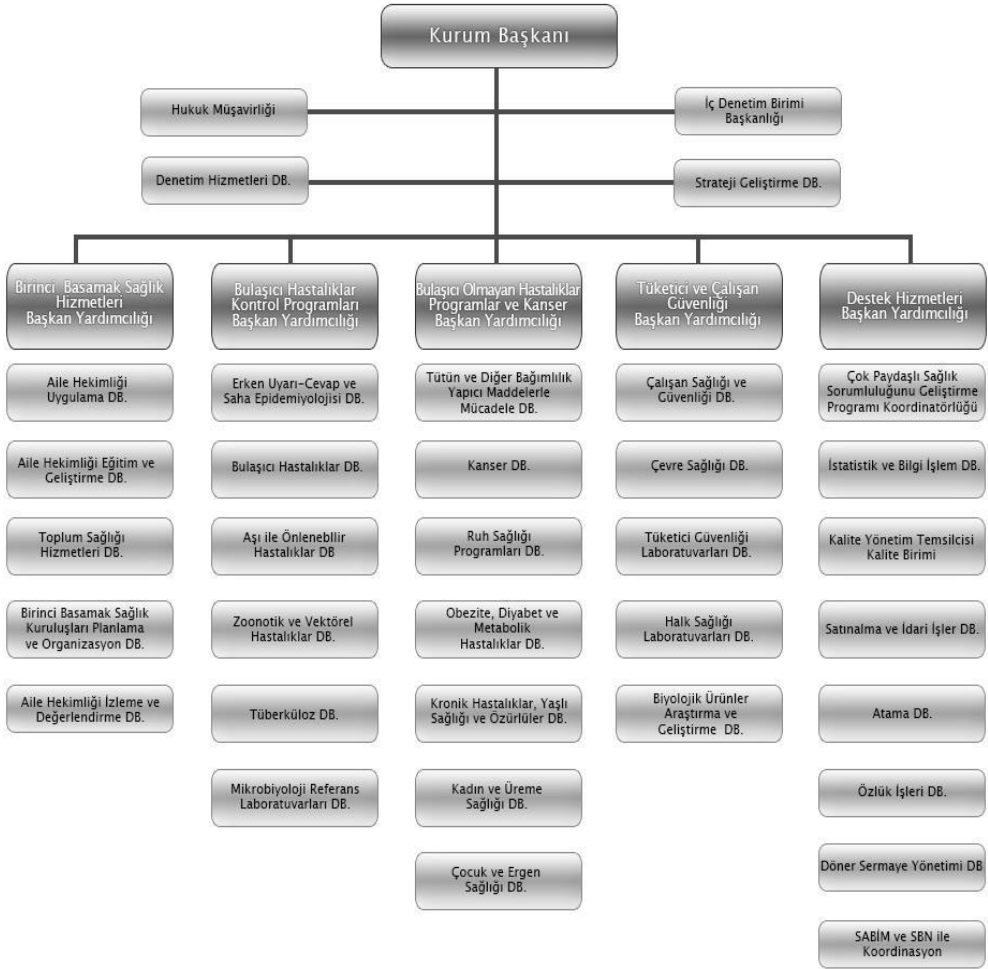


Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Bakanlığına bağlı olarak Sağlık Bakanlığı politika ve hedeflerine uygun , temel sağlık hizmetlerini yürütmek amacıyla kurulmuştur.

Şekil 5: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Teşkilat Şeması



Kaynak: <http://www.titck.gov.tr/Kurumsal/OrganizasyonSemasi>



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

2.1.3. Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütlenmesi

İl Sağlık Müdürlüğü

Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatı; illerde kurulan il sağlık müdürlükleri ve ihtiyaca göre kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşmaktadır. İl sağlık müdürleri; ilde Sağlık Bakanının temsilcisi, valinin sağlık danışmanıdır. Bağlı kuruluşların taşra teşkilatlarınca sunulan hizmetlerin bakanlık politikalarına uygun bir şekilde yürütülüp yürütülmediğini gözetir ve denetler. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları ile taşra teşkilatları arasında hizmetin bütünlüğünü sağlamak amacıyla koordinasyonu sağlar. Özel sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı politikalarına ve düzenlemelerine uyumunu denetler. Tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarına gerektiğinde yaptırım uygular. Afet ve acil durumlarda hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini doğrudan yürütür. İlerdeki bütün sağlık teşkilatının vali adına yönetimini üstlenir. Bu haliyle il sağlık müdürleri, bakanlık merkezine paralel bir şekilde sistemin gözetim ve denetiminde yetkilidir. Sağlık hizmetlerinin daha verimli, etkili, etkin ve hakkaniyetli yürütülmesi açısından önemli bir role sahiptir. Sağlık istatistiklerini toplar. Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili program (hasta hakları birimlerinin yönetimi, hasta memnuniyet anketleri, hakemlik, evde sağlık hizmetleri vb.) ve faaliyetleri yürütür. Aile hekimliği de olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinin gözetim ve denetimini yapar (Sağlık Bakanlığı 2016; Aktel ve ark., 2013).

Şekil 6: İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması



İlçe Sağlık Müdürlüğü

İlçe sağlık müdürlüğü yetki devri çerçevesinde bakanlıkça yürütülen görevleri ilçe düzeyinde yerine getirir, yapılan düzenlemelere uyumu denetler ve gerekli yaptırımları uygular. Nüfusu 25.000 ve üzeri olan ilçelere (büyükşehir olmayan illerin merkez ilçeleri hariç) ilçe sağlık müdürlüğü birimi kurulur. Nüfusu 25.000 ile 50.000 olan ilçelerde ilçe sağlık müdürlüğü ile ilçedeki toplum sağlığı merkezi sorumlusu görevini, aynı kişi yürütür. Nüfusu 50.000 ile 100.000 olan ilçelerde gerekli durumlarda ilçe sağlık müdürlüğü ile ilçedeki toplum sağlığı merkezi sorumlusu görevini aynı kişi de yürütebilir. Nüfusu 25.000'in altında olan ilçelerde sağlık grup başkanı bulunur. Sağlık grup başkanlığı ile toplum sağlığı merkezi sorumlusu görevini aynı kişi yürütür (Sağlık Bakanlığı 2016).



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

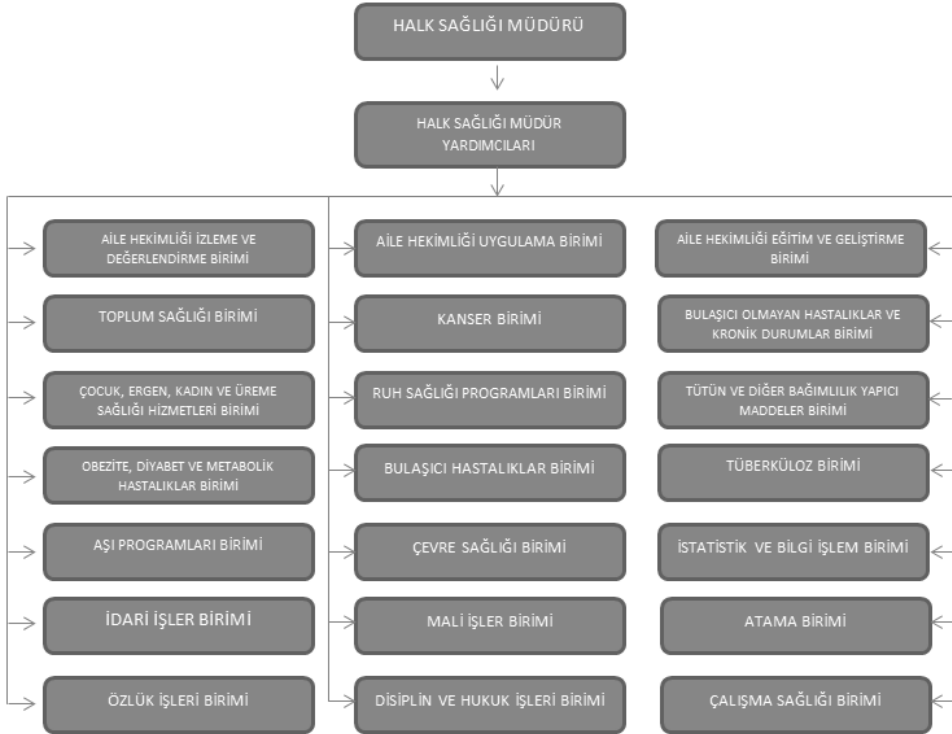
Şekil 7: İlçe Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması



Halk Sağlığı Müdürlüğü

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra örgütlenmesidir. Ayrıca toplum sağlığı merkezleri ve halk sağlığı laboratuvarları taşra teşkilatı birimleridir. Halk sağlığı müdürlükleri ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinden sorumludurlar. Buna ek olarak aile hekimlikleri halk sağlığı müdürlüklerine bağlı olduğundan dolayı birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamaktadırlar.

Şekil 8: Halk Sağlığı Müdürlüğü Teşkilat Şeması



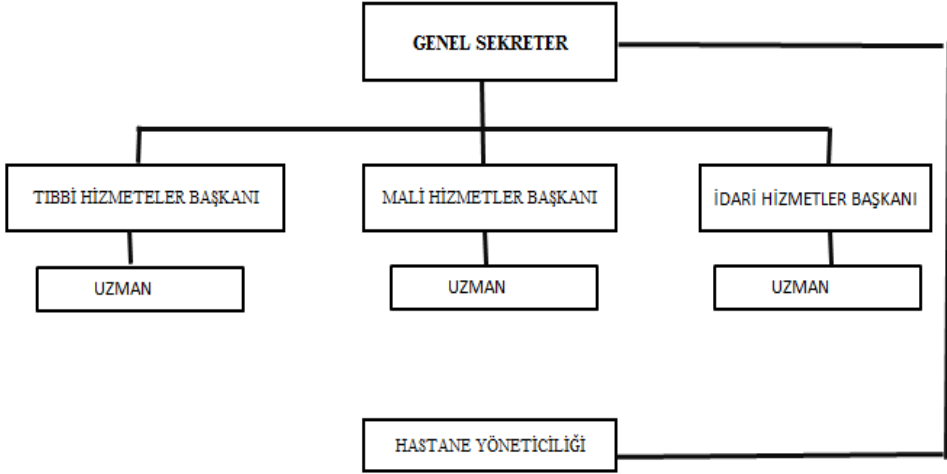


Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Kamu Hastane Birlikleri

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla il düzeyinde kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kurarak işletmektedir. Sağlık hizmetlerinin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilmekte, birden fazla birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilmekte ve bir ilde birlik dışında sağlık kurumu bırakılmamaktadır. Kamu hastane birliklerinin teşkilat yapısı; genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları yer almaktadır (663 Sayılı KHK; Aktel ve ark., 2013).

Şekil 9. Kamu Hastane Birlikleri Teşkilat Yapısı, 2015



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2014-2018:20 esas alınarak yazarlar tarafından çizilmiştir.

Bakanlık merkez teşkilatındaki fonksiyonel ayırım ve uzmanlaşmaya dayalı yapının en alt kademe hastane yönetimlerine kadar devam ettirildiği görülmektedir (Lamba ve ark., 2014:57). Kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları il düzeyinde kurulan kamu hastaneleri birlikleri tarafından işletilmektedir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Tablo 1. Kamu Hastaneleri Birlikleri, (2015), Türkiye

Adana KHB	Antalya KHB	Bingöl KHB	Diyarbakır KHB	Gümüşhane KHB	İstanbul Çekmece KHB
Adıyaman KHB	Ardahan KHB	Bitlis KHB	Düzce KHB	Hakkâri KHB	İstanbul Fatih KHB
Afyonkarahisar KHB	Artvin KHB	Bolu KHB	Edirne KHB	Hatay KHB	İzmir Güney KHB
Ağrı KHB	Aydın KHB	Burdur KHB	Elazığ KHB	İğdır KHB	İzmir Kuzey KHB
Aksaray KHB	Balıkesir KHB	Bursa KHB	Erzincan KHB	Isparta KHB	Kahramanmaraş KHB
Amasya KHB	Bartın KHB	Çanakkale KHB	Erzurum KHB	İstanbul Anadolu Güney KHB	Karabük KHB
Ankara 1.Bölge KHB	Batman KHB	Çankırı KHB	Eskişehir KHB	İstanbul Anadolu Kuzey KHB	Karaman KHB
Ankara 2.Bölge KHB	Bayburt KHB	Çorum KHB	Gaziantep KHB	İstanbul Bakırköy KHB	Kars KHB
Ankara 3.Bölge KHB	Bilecik KHB	Denizli KHB	Giresun KHB	İstanbul Beyoğlu KHB	Kastamonu KHB
Kayseri KHB	Kırıkkale KHB	Kırklareli KHB	Kırşehir KHB	Kilis KHB	Kocaeli KHB
Konya KHB	Kütahya KHB	Malatya KHB	Manisa KHB	Mardin KHB	Mersin KHB
Muğla KHB	Muş KHB	Nevşehir KHB	<u>Niğde KHB</u>	Ordu KHB	Osmaniye KHB
Rize KHB	Sakarya KHB	Samsun KHB	Siirt KHB	Sinop KHB	Sivas KHB
Şanlıurfa KHB	Şırnak KHB	Tekirdağ KHB	Tokat KHB	Trabzon KHB	Tunceli KHB
Uşak KHB	Van KHB	Yalova KHB	Yozgat KHB	Zonguldak KHB	

Kaynak: http://www.tkhk.gov.tr/645_kamu-hastane-birlikleri

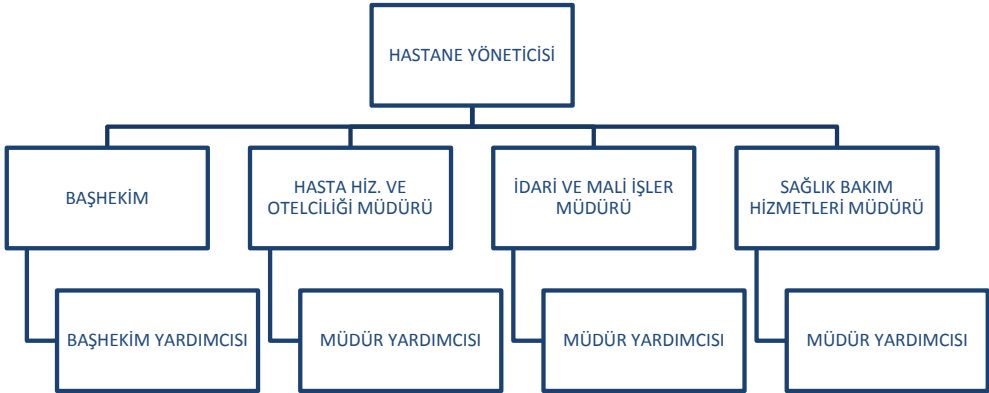


Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı 89 kamu hastaneleri birliği mevcuttur (Tablo 1). Kamu hastaneleri birlikleri 701 hastane, 137 ağız ve diş sağlığı merkezi ve 6 ağız ve diş sağlığı hastanesiyle hizmet vermektedir (Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı 2014:1)

Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları organize edilmiştir. Her başkanlığın altında uzman sınıflı oluşumları mevcuttur (Sağlık-Sen SASAM, Kamu Hastane Birlikleri).

Şekil 10: Kamu Hastaneleri Teşkilat Yapısı, 2015



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2014-2018:20 esas alınarak yazarlar tarafından çizilmiştir.

Birliğe bağlı hastaneler, hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, hastane hizmetleri ve sağlık otelciliği, idarî ve malî işler ve sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri bulunmaktadır. Kurum tarafından, birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak, birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek kişiye verilebilir, hastanelerdeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenir. Kurumca tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur (SASAM Analiz, Üçüncü Yılında Kamu Hastane Birlikleri).



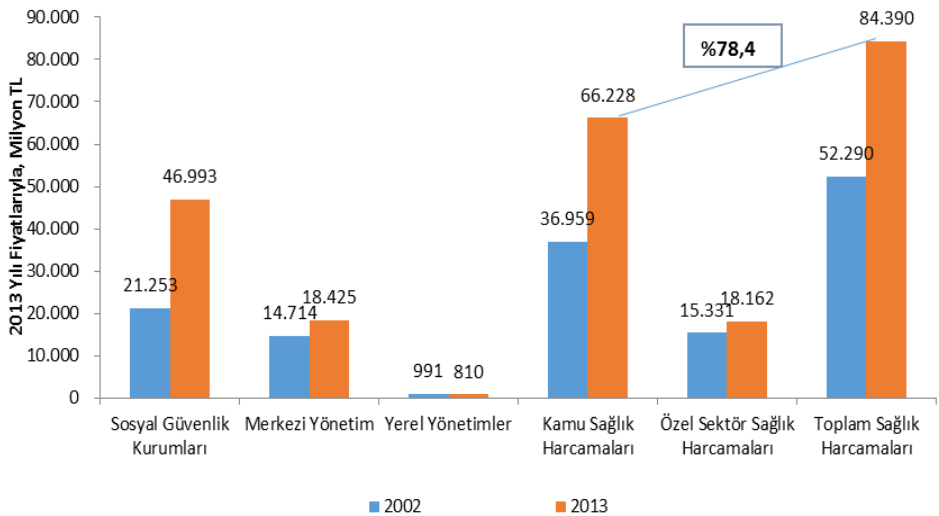
Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansman şekli ülkeden ülkeye farklılık göstermekte, ayrıca aynı finansman yöntemi benimsense dahi özellikle sağlık hizmetlerini sunanlara ödeme yöntemleri, sağlık hizmetlerinin örgütlenme şekli ve hizmete erişim için geliştirilen kurallardaki farklılıklar nedeniyle her ülkede farklı sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Tatar, 2011:104). Türkiye’de sistemin finansmanı; gelirlerin toplandığı, fon havuzlarında birleştirildiği, gerekli hizmetlerin sunulması için aktif satın alma süreci içinde hizmet sunucular arasında dağıtıldığı ve bu yolda kaynak yaratmak için yatırımlarda kullanıldığı bir alanı kapsar (Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2014-2018:48).

Günümüzde hemen her ülkede hem kamu hem de özel kaynakların yer aldığı sağlık finansman sistemi, ülkemizde de görülmektedir. Ancak sağlık finansman kaynaklarının kombinasyonu ülkenin sosyo-kültürel dokusu, ekonomik ve siyasi yapısına göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir (Orhaner, 2006:7).

Grafik 1. Sağlık Harcamalarının Finansmanını Sağlayanlara Göre Gelişimi, (2002-2013), Türkiye



Kaynak: Atasever 2014; 91

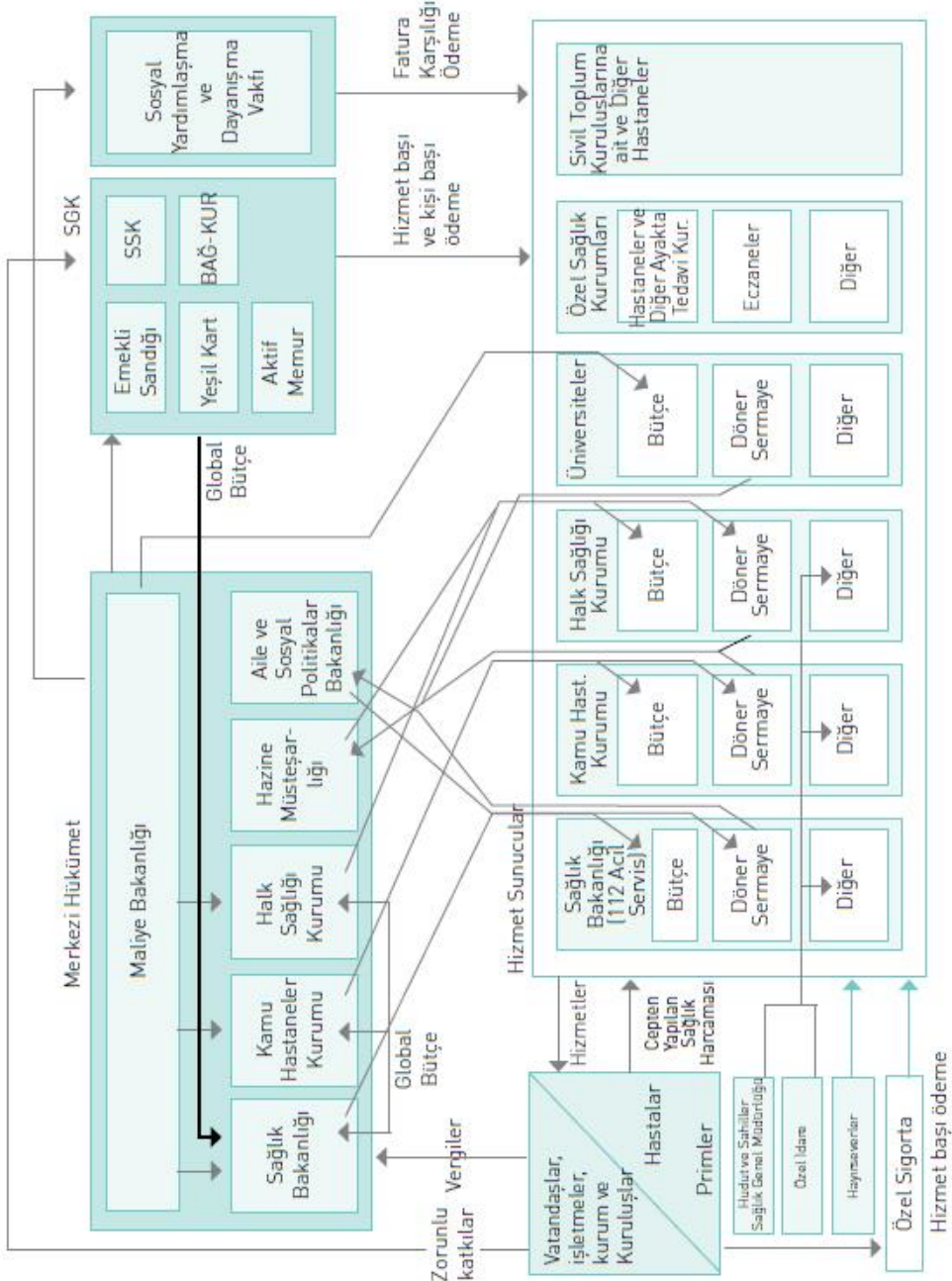


Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sağlık harcamalarının finansmanının büyük oranda kamu tarafından yapıldığını söylemek mümkündür. Türkiye'nin 2013 yılı sağlık harcamaları içindeki kamu sağlık harcamalarının oranı %78,4'tür. Bununla birlikte 2013 kamu harcamaları içinde SGK'nın payı %70,9'dur. Kamu sağlık harcamaları büyük oranda SGK tarafından finanse edilmektedir (Grafik 1).

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda temel olarak iki kaynaktan ödeme yapılır. Doğrudan ödemelerde, hizmetten yararlanan kişiler, kamu veya özel sektördeki hizmet sunucuya cepten ödeme yaparlar. Dolaylı ödeme yönteminde ise hizmetten yararlanan kişiler adına onları sigortalayan özel veya sosyal sigorta kuruluşları, işveren veya ödeme gücü olmayanlar için de devlet “ üçüncü şahıs” olarak (third party) hizmet sunan kişi, kurum veya kuruluşlara ödeme yapar (Ateş, 2012:169).

Şekil 11: Türkiye Sağlık Sistemindeki Fonların Akış Şeması, (2013)



Kaynak: (Atasever, 2014: 106)



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

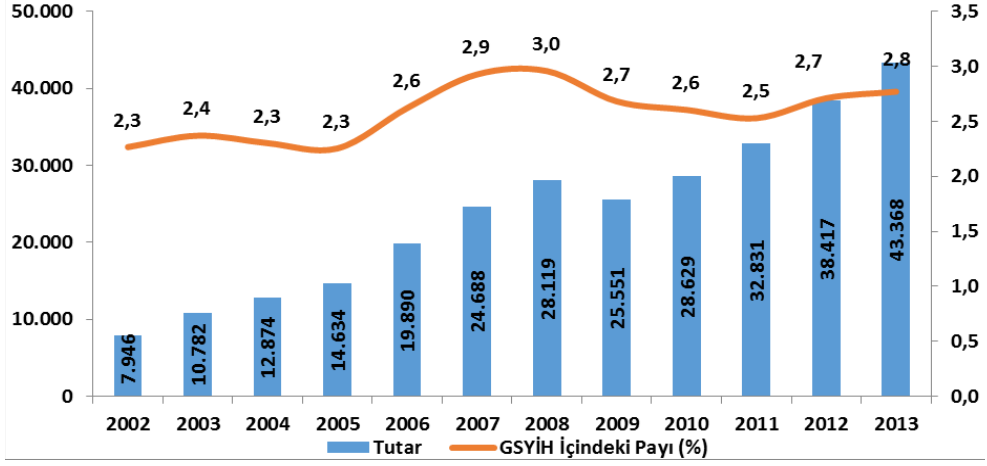
Modern sağlık sistemlerinde sağlık hizmetlerinin finansmanında, hizmeti veren ile alan arasında doğrudan bir finansal akışın sağlanması yerine ağırlıklı olarak üçüncü taraf ödeyicinin finansman rolünü üstlendiği bir model benimsenmiştir (Tatar, 2011:105). Kamu Hastaneleri Kurumu finansman kaynaklarının (a) hazırlanan bütçe doğrultusunda Maliye Bakanlığı kaynak aktarımı (b) SGK tarafından hizmet, kişi başı ödeme ve fatura başı ödemeyle ortaya çıkan ödemeler (c) özel sigortalar tarafından hizmet başı ödemeler (d) hastalar tarafından cepten yapılan harcamalardan oluştuğunu söylemek mümkündür (Şekil 5). Kamu Hastaneleri Kurumu genel ve döner sermaye bütçesinde toplanan para hastanelerin oluşturduğu bütçe tutarları doğrultusunda ilgili genel sekreterlikler aracılığı ile aktarılmaktadır.

2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermayeli işletmelerde uluslararası muhasebe standartlarına uygun olarak düzenlenen tek düzen muhasebe sistemi uygulanmaktadır (Atasever 2014:121).

**Tablo 2. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların 2016 Yılı
Merkezi Yönetim Bütçesi, (milyon TL)**

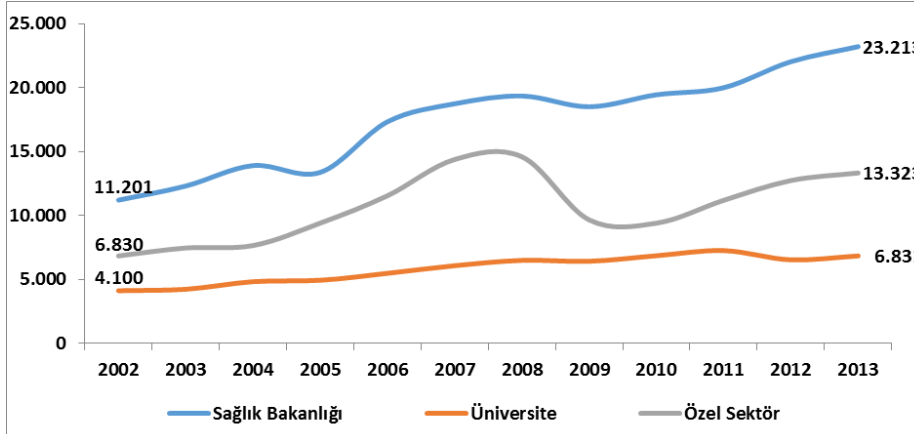
	Personel Ödenekleri	Diğer Cari Ödenekler	Yatırım Ödenekleri	Toplam
Sağlık Bakanlığı	1.542	420	2.251	4.213
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	11.106	319	526	11.951
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	2.192	6.815	104	9.111
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	29	12	99	140
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	46	51	20	117
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı	15	7	20	42
Toplam	14.930	7.624	3.020	25.574

Grafik 2. Hastane Hizmetleri için Ayrılan Kaynakların Gelişimi



Kaynak: Atasever, 2014

Grafik 3. Hizmet Sunucuları İtibariyle Hastane Hizmetleri için Ayrılan Kaynakların Gelişimi (2013 Yılı Fiyatlarıyla)



Kaynak: Atasever, 2014



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Tablo 3. Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranları, (%)

	2002	2014
ABD	6,4	8,1*
OECD	5,9	6,7*
DSÖ Avrupa	4,8	5,4*
Türkiye	3,8	4,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı TBMM 2016 Bütçe Sunumu

2.3. Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları

Sağlıklı bir hayatın devam ettirilmesinde ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde sağlık çalışanlarının önemi büyüktür. Bu nedenle sağlık alanında çalışan personelin sayısı, eğitimi, eğitim aldığı mekân ve hizmet verdiği birimler büyük önem taşımaktadır. Bir ülkede sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesi için sağlık personelinin yeterli sayıda ve çağdaş güncel kıstaslara göre yetiştirilmesi ve iyi bir planlama ile ülke çapına dengeli bir şekilde dağılımı sağlanmalıdır (Türkiye’de Sağlık Eğitim ve Sağlık İnsangücü Raporu, YÖK,).

Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde meydana gelen bir dizi değişim, sağlık sektöründe yeni fırsatlar ve yeni zorluklar meydana getirmektedir. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerinin temel tedarikçisi olma rolünü yeniden düzenleyerek; sağlık sektöründe strateji belirleyen ve sağlık hizmetlerinin sunumunu denetleyen bir kurum olma yönünde ilerlemektedir. Bu program dâhilinde eş zamanlı olarak Türk toplumunun sağlık hizmetine olan talebinde bir takım değişimler meydana gelmiştir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri sunumunun önemli bir bölümünü teşkil eden sağlıkta insan kaynakları için etkin planlamanın gerekli olduğunu fark etmiştir. Etkin insan kaynakları planlaması kolay bir çalışma olmayıp; Sağlık Bakanlığı ve ilgili diğer paydaşların ortaklaşa gerçekleştirecekleri stratejik planlama çalışmalarının yapılmasını gerektirmektedir (Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, 2007).



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Her ülkede olduğu gibi Türkiye’de de personel harcamaları sağlık harcamaları içindeki en önemli kalemi oluşturmaktadır. Sağlık hizmet sunumunun en önemli ögesi sağlık personelidir. 2003 yılı sonrasında bu bilinçle hareket edilerek sağlık personeli hem nicelik olarak hem nitelik olarak artırılmaya çalışılmıştır. Ayrıca sayıca yetersiz olan sağlık personelinin performansını ve motivasyonunu artırıcı düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerde yapıcı tutum ve katkılarıyla sağlık hizmet sendikacılığında son yıllarda bir çığır açan ve kendi başına bir başarı hikâyesi olan Sağlık-Sen’in katkısı oldukça önemlidir.

2003 yılı öncesinde Türkiye’de sağlık insan kaynaklarının sayısının yeterli olduğu fakat dağılımın dengesiz olduğu gibi yanlış bir kanaat hâkim olduğu için yıllar boyunca sağlık personeli sayısını artırmak için gerekli düzenlemeler yapılmamıştır. Yüz bin kişiye düşen doktor ve hemşire sayısı itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi’nin en alt sıralarında yer alan Türkiye’deki sağlık personeli sayısının artırılması için girişimler başlatılmıştır. Hekim sayısını artırmak için yeni tıp fakülteleri kurulurken mevcut fakültelerde ek kontenjanlar oluşturulmuş, diğer sağlık meslek mensuplarının sayısını artırmak içinde benzer yollar izlenmiştir.

2002 yılında 378 bin olan Türkiye sağlık personeli sayısı (hizmet alımı dahil) 2014 yılında % 100 civarında artış ile 760 bine çıkarılmıştır.



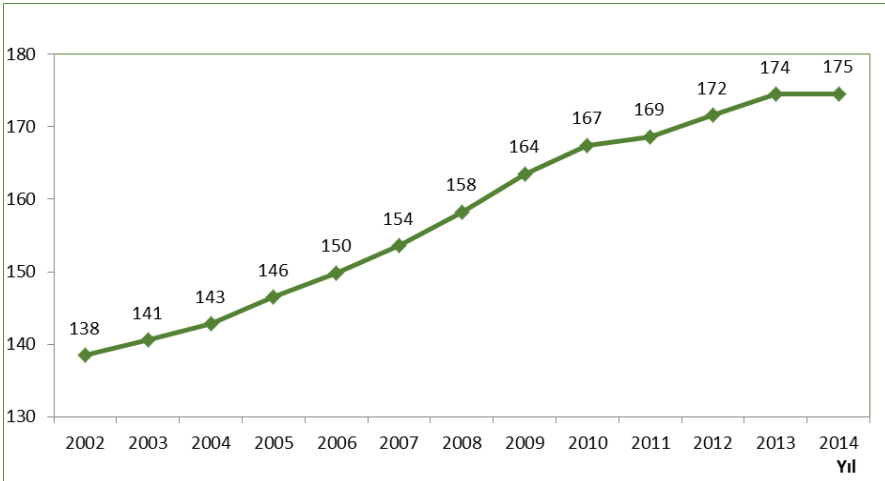
Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Tablo 4. Sağlık İnsan Kaynakları

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Uzman Hekim	45.457	63.563	66.064	70.103	73.886	75.251
Pratisyen Hekim	30.900	38.818	39.712	38.877	38.572	39.045
Asistan Hekim	15.592	21.066	20.253	20.792	21.317	21.320
Toplam Hekim	91.949	123.447	126.029	129.772	133.775	135.616
Diş Hekimi	16.371	21.432	21.099	21.404	22.295	22.996
Eczacı	22.289	26.506	26.089	26.571	27.012	27.199
Hemşire	72.393	114.772	124.982	134.906	139.544	142.432
Ebe	41.479	50.343	51.905	53.466	53.427	52.838
Diğer Sağlık Personeli	50.106	99.302	110.862	122.663	134.488	149.616
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	198.694	209.126	209.736	224.618	229.625
TOPLAM PERSONEL SAYISI	378.551	634.496	670.092	698.518	735.159	760.322

Kaynak; Sağlık İstatistik Yıllığı, 2014

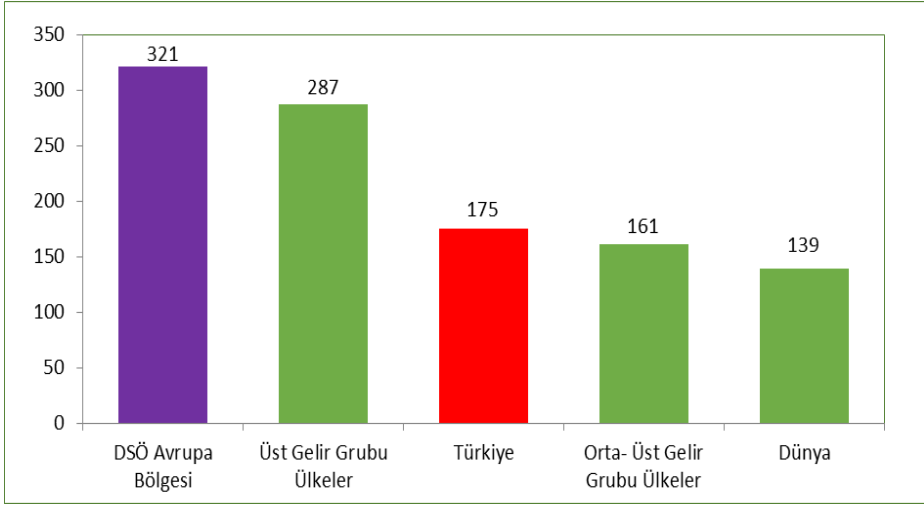
Grafik 4. Yıllara göre 100.000 kişiye düşen hekim sayısı



Kaynak; Sağlık İstatistik Yıllığı, 2014

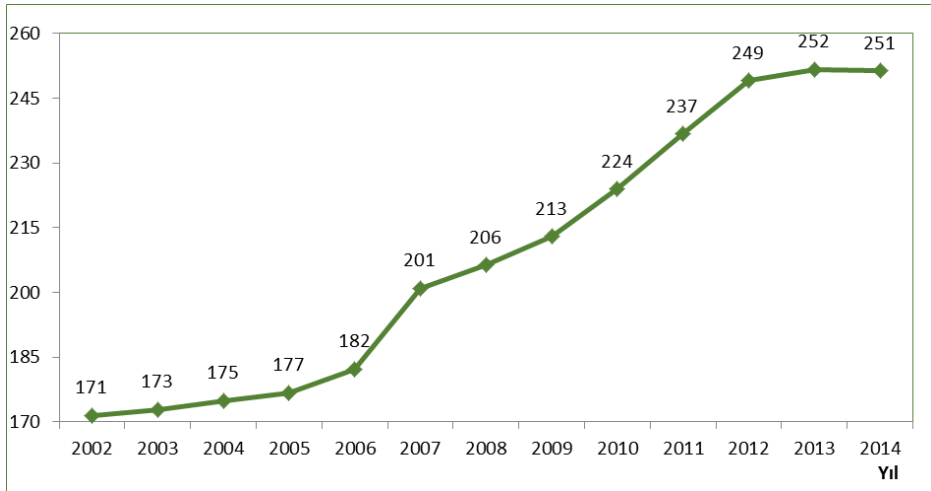
Türkiye'deki nüfus başına düşen hekim sayısı gelişmiş ülkelere göre düşüktür (Grafik 5).

Grafik 5. 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması



Kaynak; Sağlık İstatistik Yıllığı, 2014

Grafik 6. 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı

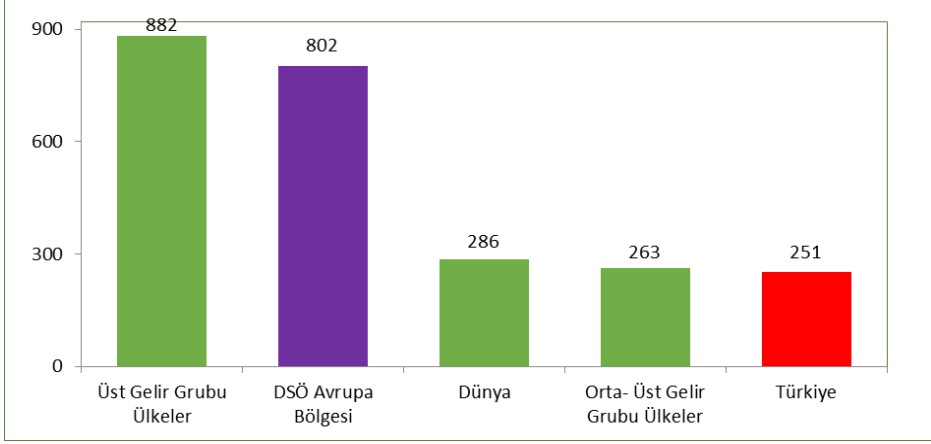


Kaynak; Sağlık İstatistik Yıllığı, 2014



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

**Grafik 7. 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının
Uluslararası Karşılaştırması**



Kaynak; Sağlık İstatistik Yıllığı, 2014

2.4. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumu

2003 yılından itibaren Türkiye’de hastane hizmet sunumunda önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetlerine erişimde birçok adım atılmıştır (Atasever, 2016).

Bunların ilki; 2003 yılı Ocak ayında ödeme yapamadığı için hastaların hastanede rehin tutulması sisteminin ortadan kaldırılması olmuştur.

2004 yılı Aralık ayında doksan günün aşılması kaydıyla yeşil kart hamili anne ve/veya babanın yeni doğan bebeğinin tedavisi ve aynı süre içinde acil tıbbî müdahale ve tedavi gerektirdiği için hastaneye yatırılan hastaların tedavilerinin karşılanması sağlanmıştır. Aynı düzenleme ile yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi ve ayakta tedavi kapsamında göreceklere muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ve ilaç bedelleri devlet tarafından karşılanmaya başlanmıştır.

2005 yılı Şubat ayında Savunma Bakanlığı’na bağlı hastaneler, büyükşehir (İstanbul, Ankara, İzmir) belediye hastaneleri ve üniversite hastaneleri dışında, tüm kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri ile sağlık hizmet sunumu ve sağlık finansmanı ayrılmıştır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

2008 yılı Haziran ayında acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü bulunan tüm sağlık kuruluşlarına; acil vakaları, hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakmaksızın kabul etme ve gerekli tıbbî müdahaleyi kayıtsız-şartsız ve gecikmeksizin yapma zorunluluğu getirilmiştir. 2008 yılı Ekim ayında özel hastanelerin yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp cerrahi işlemlerinden fark alması yasaklanmıştır.

2010 yılı Şubat ayında Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve ağız dış sağlığı merkezlerinde “Merkezi Hastane Randevu Sistemi” pilot uygulaması başlatılmıştır. 2010 yılı Ekim ayında yeşil kartlı vatandaşların özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilmesinin önü açılmıştır.

Sağlık hizmet kalitesinin artırılması bu dönemin önemli önceliklerinden olmuştur. Bunun için 2003 yılı Şubat ayında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde koğuş sisteminden içinde banyosu, tuvaleti olan, televizyon ve buzdolabı konforuna sahip, en fazla iki kişilik nitelikli oda sistemine geçilmiştir. 2003 yılı Ekim ayında hasta haklarıyla ilgili yasal düzenlemeler kabul edilmiş ve hastaneler tarafından hasta hakları birimleri kurulmaya başlanmıştır. 2004 yılı Eylül ayında kamu sektörü hizmet tedarikçileri arasındaki rekabeti arttırmak amacıyla hastalara hekim seçme imkânı verilmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ilk kez “hekim seçme hakkı” uygulanmaya başlanmıştır. 2005 yılı Mart ayında kurumsal kriterler ve kalite kriterleri, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarındaki performansa dayalı ek ödeme sistemine eklenmiştir. 2005 yılı Mayıs ayında Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm hastanelerde her klinisyen hekime bir muayene odası zorunluluğu getirilmiştir. 2005 yılı Temmuz ayında Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği çıkarılmıştır.

2007 yılı Nisan ayında kan ve kan ürünlerinin güvenli ve kolay teminine yönelik bölge temelli kan merkezleri sistemine geçilmiştir. 2008 yılı Şubat ayında “Organ ve Doku Dağıtımına” ilişkin usul ve esasları belirlemek; organ ve doku nakli hizmetleri ile ilgili merkezlerin ve bu merkezlerde görevli personelin görev ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esasları düzenlemek üzere “Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi” çıkartılmıştır. 2011 yılı Ocak ayında bağışlanan organları en



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

kısa sürede uygun hastaya ulaştırmak ve olası suistimal ve spekülasyonları önlemek için Sağlık Bakanlığı tarafından “Ulusal Organ Nakli Bekleme Sistemi” kurulmuştur.

Bu dönemde, sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik ve finansal sürdürülebilirlik konusu diğer önemli önceliklerden biri olmuştur. Buna yönelik olarak 2006 yılı Haziran ayında SGK ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde ayakta ve yatan hastalar için paket fiyat uygulamaları getirilmiştir. SGK ile sözleşmeli hastanelerin, yatan hastalar için ilaç ve tıbbî malzemeleri sağlaması zorunluluğu getirilmiştir. 2008 yılı Ekim ayında birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu ve aile hekimliği muayeneleri hariç 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla sağlık kurumlarındaki ayakta tedavilerde, hekim ve diş hekimi muayenelerinde katılım payı alınmaya başlanmıştır.

Yine bu dönemde hastanelerin kapasitelerini artırıcı gelişmelere önem verilmiştir. 2009 yılı Şubat ayında 4734 sayılı kanun kapsamında bulunan idarelerin teşhis ve tedaviye yönelik olarak birbirlerinden mal ve hizmet alımları yapabilmesinin önü açılmıştır. 2010 yılı Ocak ayında mal ve hizmetlerin; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlarınca ve üniversitelerin ilgili birimlerince, karşılıklı işbirliği çerçevesinde birlikte kullanabilmelerine imkân tanınmıştır.

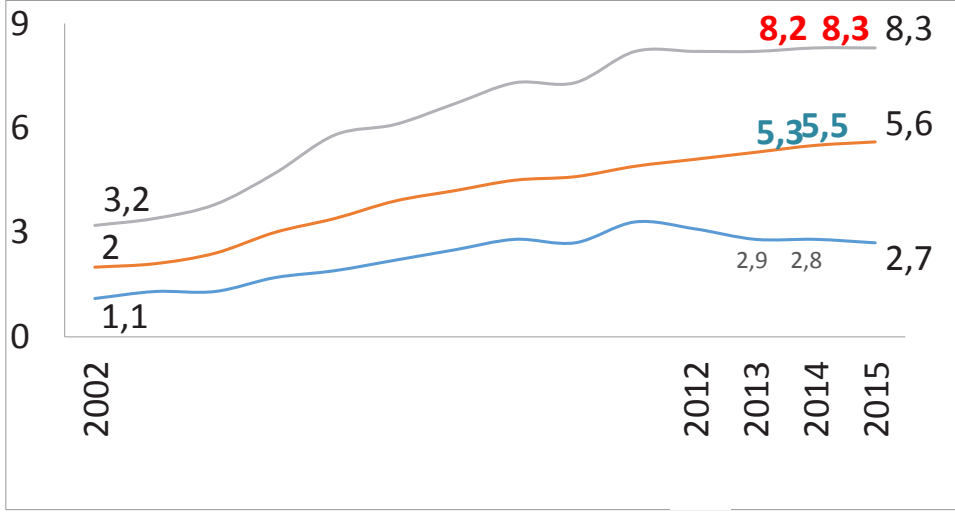
2012 yılı itibarıyla Türkiye genelinde Kamu Hastane Birlikleri hayata geçirilmiştir.

2002 yılında 3,2 olan kişi başı hekime müracaat sayısı 2015’de 8,3’e yükselmiştir (Grafik 8).



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Grafik 8. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı



Kaynak; Sağlık İstatistik Yıllığı

2002 yılına göre hastanelere müracaat sayısı 2014'de 2 kattan fazla artmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Hastanelere Müracaat Sayısı

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	235.172.924	254.342.943	260.974.401	277.485.135	292.100.331
Üniversite	8.823.361	20.098.754	24.437.107	27.080.436	29.985.697	32.143.930
Özel	5.697.170	47.712.540	59.069.486	66.582.098	71.341.411	72.333.383
Toplam	124.313.659	302.984.218	337.849.536	354.636.935	378.812.243	396.577.644

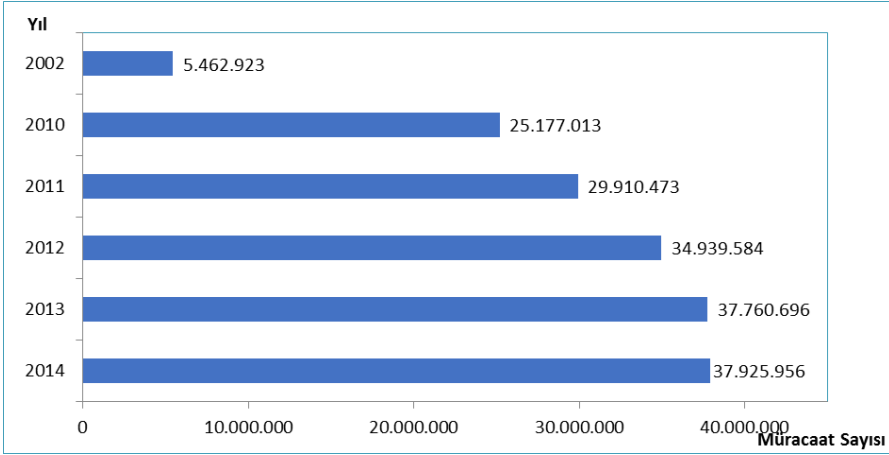
Kaynak; Sağlık İstatistik Yıllığı



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

2002-2014 döneminde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine müracaat sayısı 2 kattan fazla artmıştır (Tablo 9).

Grafik 9. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Müracaat Sayıları



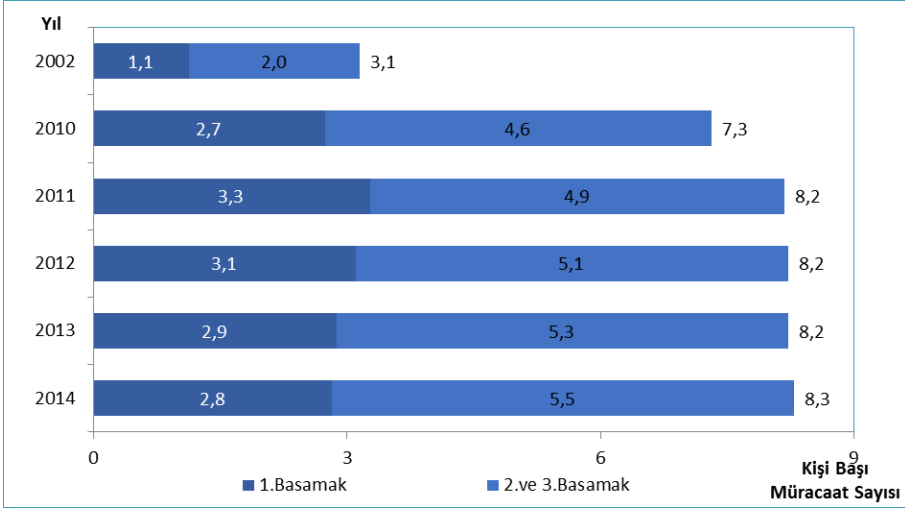
Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Güncel İstatistikler

Tablo 6. Sağlık Göstergeleri

Sağlık Göstergeleri	2002	2014
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, (yıl)	72,5	77
Bebek Ölüm Hızı, (bin canlı doğumda)	31,5	7,6
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı, (bin canlı doğumda)	40,0	9,7
Anne Ölüm Oranı, (yüz bin canlı doğumda)	64,0	15,2
Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı, (%)	19,8	17,8
Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%)	39,5 (2003)	71,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2016 TBMM Bütçe Sunumu

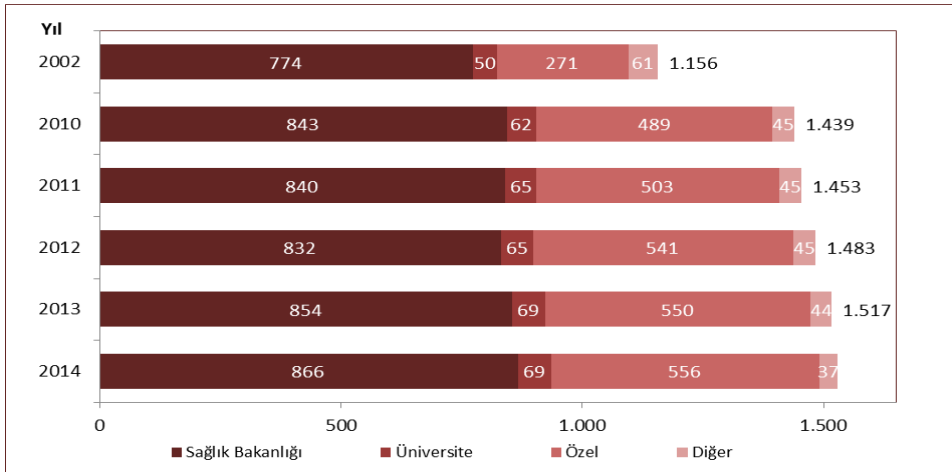
Grafik 10. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı



Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı

2002-2014 döneminde hastane sayısı %30'dan fazla artmıştır (Grafik 11).

Grafik 11. Mülkiyetlerine Göre Hastane Sayıları



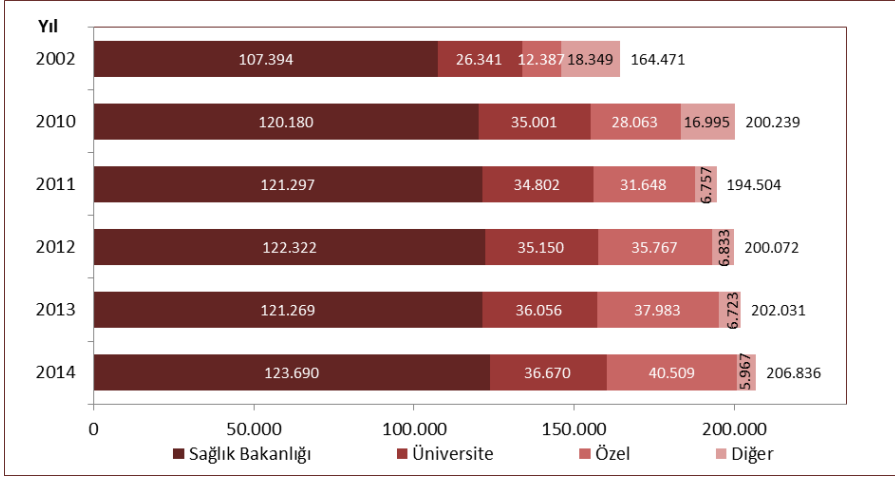
Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

2002-2014 döneminde hastane yatağı sayısı % 25 civarında artmıştır (Grafik 12).

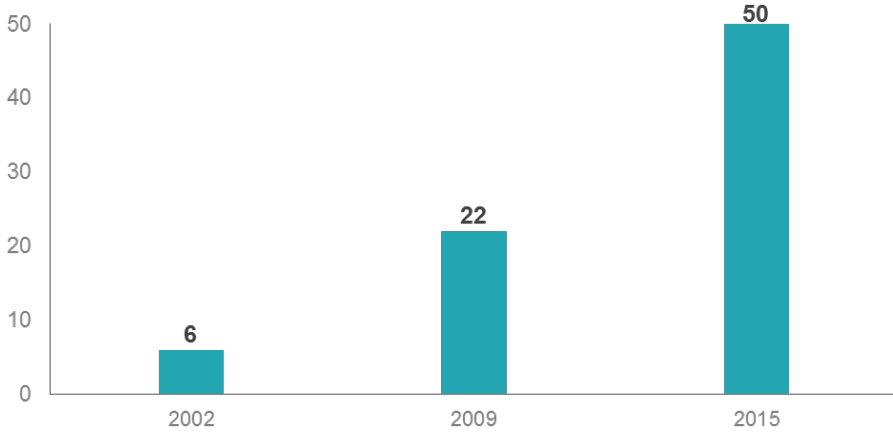
Grafik 12. Hasta Yatağı Sayısı



Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı

2002-2015 döneminde Sağlık Bakanlığı tesisleri nitelikli yatak oranı % 50'ye yükselmiştir. (Grafik 13).

Grafik 13. Sağlık Bakanlığı Tesisleri Nitelikli Yatak Oranı, (%)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2016 TBMM Bütçe Sunumu



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

2002-2014 döneminde yatan hasta sayısı 1,5 kattan fazla artmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Yatan Hasta Sayısı

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Bakanlığı	4.169.779	6.361.116	6.775.154	6.891.857	7.023.313	7.396.239
Üniversite	781.990	1.509.484	1.607.462	1.601.878	1.630.464	1.737.627
Özel	556.494	2.657.573	3.054.165	3.485.092	3.719.780	3.900.407
Toplam	5.508.263	10.528.173	11.436.781	11.978.827	12.373.557	13.034.273

Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı

2002-2014 döneminde yatan hasta sayısı 2 kattan fazla artmıştır (Tablo 8).

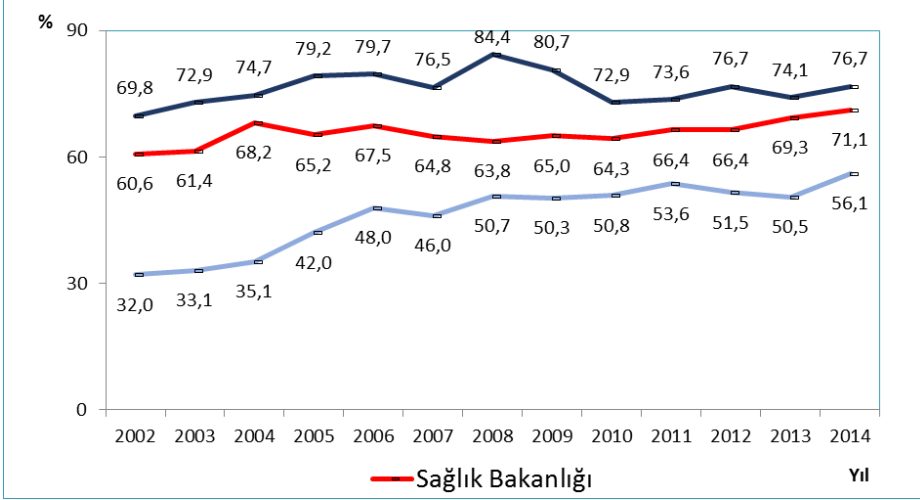
Tablo 8. Ameliyat Sayıları

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Bakanlığı	1.072.417	2.039.021	2.209.326	2.298.893	2.414.538	2.445.424
Üniversite	307.108	576.547	617.477	664.695	715.889	765.549
Özel	218.837	1.215.159	1.373.774	1.446.630	1.553.810	1.587.973
Toplam	1.598.362	3.830.727	4.200.577	4.410.218	4.684.237	4.798.946

Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı

2002-2014 döneminde yatak doluluk oranları artmıştır. (Grafik 14).

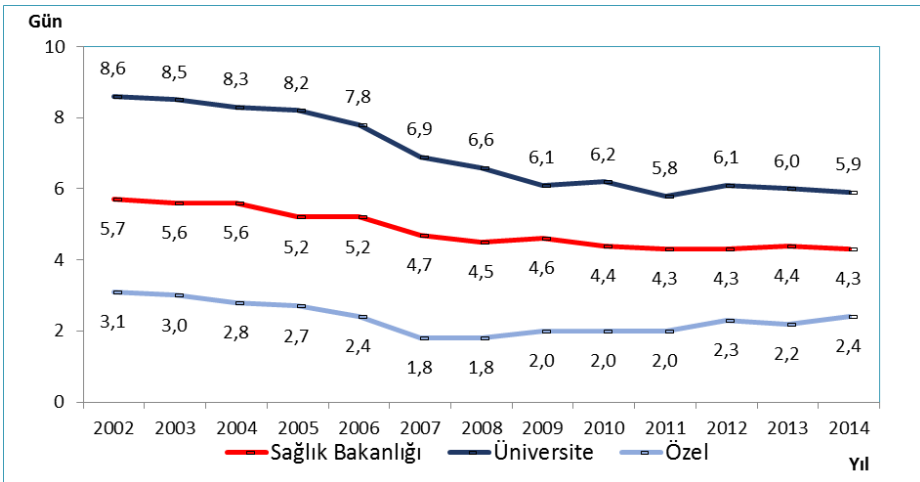
Grafik 14. Yatak Doluluk Oranı



Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı

2002-2014 döneminde hastanelerde yatan hasta ortalama kalış süresi düşmüştür.(Grafik 15)

Grafik 15. Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü



Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı

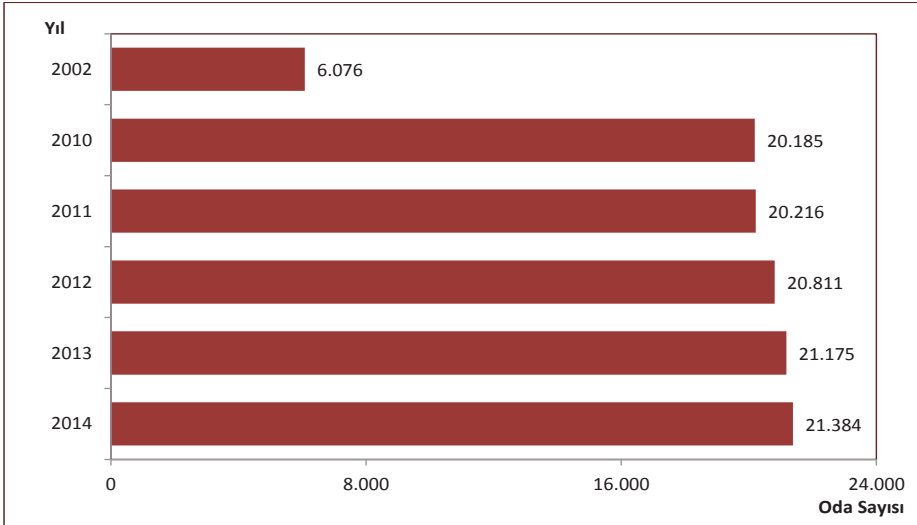


Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Koruyucu ve Önleyici Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde 60'lı yıllardan bu yana koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlık ocakları ve sağlık evleri üzerinden verilmiştir. Özellikle anne ve çocuk sağlığı alanında önemli kazanımlar sağlayan bu uygulama, bölge tabanlı bir uygulama şeklinde sürdürülmüştür. Ancak zamanla yapılması gereken iyileştirmeler yapılamadığından, artan hizmet ihtiyacına cevap veremez hale gelmiştir. 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm, vatandaş merkezli bir program olup birinci basamak sağlık hizmetinin planlanması ve sunumunda bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almaktadır. Bu programın önemli bileşenlerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliği; bireyleri biyo-psiko-sosyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, bireylere seçme ve tercih etme hakkı tanıyan, sağlık çalışanlarına ise daha fazla mesleki doyum imkânı veren motive edici ve gelişmelere açık bir uygulamadır (Akdağ, 2011).

Grafik 16. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı



Kaynak: Sağlık İstatistiği Yıllığı 2014

Yıllara göre bakıldığında aile sağlığı merkezi sayılarında artış sağlanmış ve 2014 yılı itibari ile bir aile hekimine düşen nüfus 3633 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Grafik 16. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Ocağı	69.103.517	84.629.163	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	108.976.049	240.298.753	221.672.029	212.318.024	214.120.750
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	2.378.998	2.219.534	2.143.765	1.815.805	1.643.937
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	2.980.481	3.831.859	944.842	630.583	536.707	660.056
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	-	-	-	10.035.342	4.999.980	2.234.348
Özel Poliklinikler	731.132	2.497.352	882.973	655.432	582.265	546.514
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	202.313.421	244.346.102	235.137.151	220.252.781	219.205.605
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	33.788.328	29.040.707	32.012.221	31.256.100	28.208.781
Hastaneler	124.313.659	302.984.218	337.849.536	354.636.935	378.812.243	396.577.644
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	336.772.546	366.890.243	386.649.146	410.068.343	424.786.425
Genel Toplam	208.966.049	539.085.967	611.236.345	621.786.297	630.321.124	643.992.030

Kaynak: Sağlık İstatistiği Yıllığı 2014

Yıllara göre bakıldığında aile sağlığı merkezi sayılarında artış sağlanmış ve 2014 yılı itibari ile bir aile hekimine düşen nüfus 3633 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Grafik 16. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
AIDS	0,07	0,09	0,11	0,12	0,12	0,16
Kızamık	11,8	0,0	0,1	0,5	9,7	0,7
Tüberküloz	33	26	24	22	20	-
Sıtma	15,4	0,1	0,2	0,5	0,4	0,3

Kaynak: Sağlık İstatistiği Yıllığı 2014



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Acil Sağlık Hizmetleri

Acil Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Gelişmeler

Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler 1980’lerden itibaren önem kazanmasına rağmen günümüzde çağdaş ülkelerle yarışabilecek boyuta gelmiştir. Bu gelişmeler kronolojik olarak şu şekilde özetlenebilir (Köksal 2010, MEB 2011 ve Atasever 2016):

1985 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından bazı ana arterlerde ve turistik yerlerde daha çok trafik kazaları için kullanılan gezici ambulans ekipleri denenmeye başlanmıştır. 1986 yılında 077 Hızır Acil Servis olarak İstanbul, Ankara ve İzmir büyükşehir belediyelerinin altyapısal ve maddi desteği, Sağlık Bakanlığı’nın hekim ve tıbbi malzeme desteğiyle günümüzdeki acil sağlık hizmetlerinin temelini oluşturacak doktorlu hasta taşıma sistemine benzer bir yapı oluşturulmuştur. 1990 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü kurulmuştur.

1993 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi’nin (DEÜ) daveti ile Türkiye’ye gelen ABD’li bir acil tıp uzmanı olan Dr. John Fowler’ın çabalarıyla ilk ve acil yardım (acil tıp) yeni bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve akabinde Dokuz Eylül ve Fırat Üniversitesinde İlk ve Acil Yardım anabilim dalları açılarak uzmanlık eğitimi vermeye başlamıştır. Yine aynı yıl acil tıp teknikeri eğitim programı başlamıştır.

1994 yılında hastane öncesi hizmetlerde 077 olan Hızır Acil sisteminin 112 Acil Yardım ve Kurtarma sistemine geçilmiştir. Aynı yıl makam onayı alınarak Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü faaliyete başlamıştır. 1994-1995 yıllarında İstanbul, Ankara ve İzmir’de sağlık memurları, ebeler ve hemşirelerden oluşan 112 ekipleri kurulmuştur. Bu ekiplerin bir kısmında doktorlar da yer almıştır. 1996 yılında İlk Yardım ve Acil Bakım Teknisyenliği bölümleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı okullarda açılmıştır. 1997 yılında “İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı” kurularak Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, İlk Yardım Şube Müdürlüğü ve Afet Kriz Yönetimi Şube Müdürlüğü bu daire başkanlığına bağlanmıştır.

2000 yılında Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği çıkarılarak acil sağlık hizmetlerinin bütün yurttaki eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

olarak yürütülmesini sağlamak amacıyla acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esaslar belirlenmiştir. 2003 yılında İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı'na Eğitim ve Projeler Şube Müdürlüğü ve Lojistik Şube Müdürlüğü eklenerek şube müdürlüğü sayısı beşe çıkarılmıştır.

23 Ekim 2003 tarihli 25268 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Bakanlar Kurulu Kararı ile Sağlık Bakanlığı'na ait resmi ambulansların otoyol ve boğaz köprülerinden geçişleri ücretsiz hale getirilmiştir. 12 Haziran 2004 tarihli 25490 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Bakanlar Kurulu Kararı ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar için 112 acil sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir. Yine 2004 yılında ilk defa Sağlık Bakanlığı tarafından 112 acil yardım ve kurtarma istasyonlarına ve hastane acil servislerine, ambulans ve acil bakım teknikerlerinin ve acil tıp teknisyenlerinin atamaları yapılmıştır. 5 Mayıs 2005 tarihli 25806 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Bakanlar Kurulu Kararı ile 112 acil sağlık hizmetleri ile şehir içi veya şehir dışındaki diğer bir sağlık kurum veya kuruluşuna ambulansla sevk tüm vatandaşlar için ücretsiz hale getirilmiştir. 21 Haziran 2005 tarihinde 5371 sayılı kanunda yapılan düzenleme ile acil durumlarda acil tıp teknikerleri ile acil tıp teknisyenlerinin hastaya müdahale edebilmesinin önü açılmıştır.

Mart 2006'da Sağlık Bakanlığı'na birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bölgelerarası gelişmişlik farklarının giderilmesi amacıyla, döner sermayeli işletmelerden uygun görülenlerin merkeze aktaracağı payın oranını yüzde 2'den yüzde 4'e yükseltme yetkisi verilmiştir. 1999 Marmara depremi sonrası profesyonel medikal kurtarma ekiplerinin eksikliğinin giderilebilmesi için 2004 yılında Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulmuştur. İl örgütlenmesi olarak il sağlık müdürlükleri bünyesinde Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri 2005 yılında kurulmuş olup buna bağlı olarak 2006 yılı sonunda Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) kurulan il sayısı 81'e ulaşmıştır. Mart 2007'de kar paletli ambulanslar ve deniz ambulansları hizmet vermeye başlamıştır.

2008 yılında makam onayı ile İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı ile Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı birleştirilerek Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı adını



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

almıştır. 26.06.2008 tarih ve 26918 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 2008/13 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü bulunan tüm sağlık kuruluşlarına; acil vakaları, hastanın sağlık güvencesinin olup olmadığına veya ödeme gücünün bulunup bulunmadığına bakmaksızın kabul etme ve gerekli tıbbi müdahaleyi kayıtsız-şartsız ve gecikmeksizin yapma zorunluluğu getirilmiştir. 28 Ekim 2008 tarihinde helikopter ambulanslar Türkiye’de ilk olarak Ankara’ da faaliyet göstermeye başlamıştır.

Ocak 2010’da Sağlık Personeli için nöbet saat ücretleri artırılmıştır. Aylık azami 80 saat olan ödeme sınırı 130 saate çıkarılmıştır. Nöbet ücreti alabilecek personele, sağlık personeli dışındaki personel de eklenmiştir. Nöbet ücretinin ağız ve diş sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde de ödenebilmesinin önü açılmıştır. Nisan 2010’da uzak mesafelerden hasta taşınabilmesi için ambulans helikopterlerin ardından uçak ambulanslar da hizmete girmiştir. 10 Ağustos 2010 tarih ve 27668 sayılı Resmi Gazetede; kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının, acil vakaların kabulü, gerektiğinde başka bir sağlık kurumuna nakli ve tedavi masraflarının karşılanması hususlarında daha önce yayımlanan 2008/13 sayılı Genelgenin herhangi bir aksaklığa meydan verilmeyecek şekilde uygulanabilmesi, uygulamada karşılaşılan bazı tartışmalı konuların açıklığa kavuşturulması amacıyla ilave düzenlemeler yapılarak 2010/16 sayılı Başbakanlık Genelgesi yayımlanmıştır. 13 Ekim 2010 tarih ve 27728 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” hükümleri ile Yeşil Kartlı vatandaşların özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilmesinin önü açılmıştır.

20 Ağustos 2011 tarihli ve 28031 sayılı Resmi Gazetede Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik yayımlanarak; 112 personelinin bütün mesaipleri boyunca yiyecek ihtiyaçlarının ücretsiz olarak temin edilmesi uygulaması başlatılmıştır. 29.05.2012 tarihli Hakem Kurulu Kararı ile sağlık çalışanlarının özlük haklarında bir takım düzenlemeler yapılmıştır. Buna göre; asli görevlerinin yanında süreklilik arz edecek şekilde ambulans şoförlüğü görevini de yürüten personele (acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, top-



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

lum sağlığı teknisyeni) ilave 10 performans puanı verilmeye başlanmıştır. 112 hizmetlerinde çalışan hekim dışı personelin ek ödeme tavanı % 150 'den % 200' e çıkarılmıştır. 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun ek 33. maddesi uyarınca ödenen nöbet ücretleri dini bayram günleri için %20 artırımlı ödenmeye başlanmıştır. Ocak 2014'de yoğun bakım, acil servis ve 112 acil sağlık hizmetlerinde nöbet ücretlerinin % 50 oranında artırımlı ödenmesi sağlanmıştır. Mart 2015'te 6639 sayılı kanun ile 657 sayılı Kanunun ek 33. maddesindeki nöbet ücretlerinin hesaplanmasında kullanılan gösterge tablosu değiştirilmiş ve bunun sonucunda nöbet ücretlerinde 01.04.2015 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere %50'lik artış meydana gelmiştir (Atasever, 2016).

Acil Sağlık Hizmetleriyle İlgili Güncel İstatistikler

Tablo 12. Ambulans Türleri ve Sayıları

Ambulans Türü	2002	2015
Kar Paletli Ambulans	0	265
Önünde Kar Bıçağı Bulunan Ambulans (Snow-Trak)	0	20
Deniz Ambulansı	0	6
Motorize Ambulans	0	60
Ambulans Helikopter*	0	17
Uçak Ambulansı*	0	3
Tam Donanımlı Ambulans	618	5.069
Ambulans Başına Düşen Nüfus	106.809	15.418
Hizmet Alabilen Kırsal Nüfus (%)	20	100
Taşınan Vaka	382.907	4.389.000

Kaynak: Sağlık İstatistiği Yıllığı 2014, Atasever 2016. * 2014 yılı verilerine göre.

Tablo 12'den de görülebileceği gibi, 2002 yılında tam donanımlı ambulans sayısı 8 kattan fazla artmış ve 2002 yılında hiç olmayan kar paletli ambulandan 265 adet, önünde kar bıçağı bulunan ambulanslardan 20 adet, deniz ambulansından 6 adet ve motorize ambulandan 60 adet, ambulans helikopterden 17 adet, uçak ambulansından da 3 adet olmak üzere-

re toplam 371 yeni ambulans 2015 yılı itibariyle hizmet vermiştir. 2002 yılında 106.809 kişiye bir ambulans düşmekteyken ve bu haliyle kırsal nüfusun sadece %20'lik bir kısmı hizmet alabilmekteyken 2015 yılında her 15.418 kişiye bir ambulans düşmekte ve kırsal kesimin %100'üne ulaşılmaktadır. Ayrıca 2002 yılına göre toplam taşınan vaka sayısı da yaklaşık 11 kat artarak 2015 yılında 4.389.000'e ulaşmıştır.

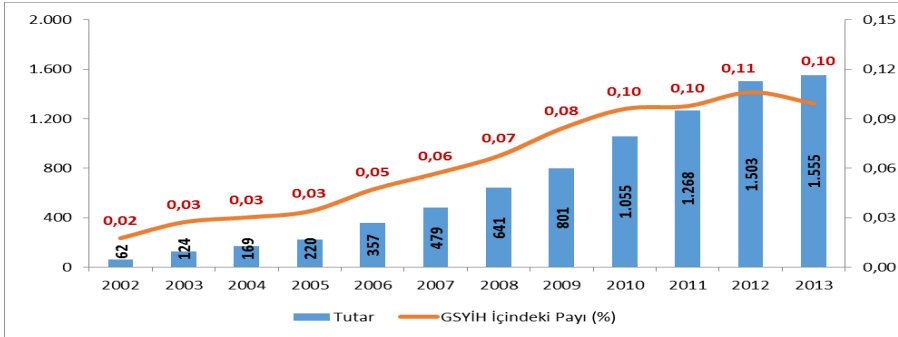
Tablo 13. 112 İstasyon Sayıları ve İstasyon Başına Düşen Nüfus ve Vaka Sayısı

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
112 Acil Yardım İstasyonu Sayısı	481	1375	1710	1863	2072	2186
112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus	137.231	53.617	43.698	40.594	37.002	35.542
112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı	796	1.507	1.568	1.734	1.769	1.842

Kaynak: Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2014.

Tablo 13'den de anlaşılacağı üzere istasyon sayılarında bir artış görülmekte ve haliyle istasyon başına düşen nüfus sayısında da bir azalma gözlenmektedir. İstasyon başına ortalama vaka sayıları son yıllarda 1.800 civarındadır.

Grafik 17. Acil Sağlık Hizmetleri Harcamalarının Yıllara Göre Gelişimi



Acil sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar 2013 döneminde 2002 yılına göre nominal olarak 24,3 kat artmış ve GSYİH içerisindeki payı %0,10' a yükselmiştir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

3. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

Çalışma konuyla ilgili paydaş ve kamu hizmet sunucularının bir dizi odak grup görüşmesi kapsamında bir araya getirilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında 2016 Mart ve Nisan aylarında “Örgütlenme”, “Tedavi Edici Hizmetler”, “Koruyucu Hizmetler” ve “Acil Sağlık Hizmetleri” olmak üzere dört adet odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmesi katılımcıları konuyla ilgili uzmanlar arasından ve sahadan seçilmiştir. (Bkz. Ek-1)

4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları her bir odak grup görüşmesi için ayrı biçimde aşağıda sunulmuştur. Aşağıda belirtilen sorun ve çözüm önerileri katılımcıların duygu, düşünce ve deneyimlerini yansıtmaktadır.

4.1 Örgütlenme ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Yürütülen görüşmede bazı sorunların ortak olarak dile getirildiği görülmüştür. Raporla tekrarların önlenmesi ve konu bütünlüğünün sağlanabilmesi için elde edilen bulgular aşağıdaki gibi gruplandırılmıştır.

4.1.1 Yapısal, Yönetimsel ve Bürokratik Boyut

Sorun 1: 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin anlaşılabilmesi/benimsenmemesi önemli bir sorun alanıdır. Kasım 2011’de kabul edilen 663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı’nın Merkez Teşkilatı ve bağlı kuruluşları yeniden yapılandırılmıştır.

Kurumların üst düzey yönetimine getirilen bazı yöneticilerin 663 sayılı KHK’yi tam olarak anlayamaması ve benimsememesi nedeniyle bu yasal düzenlemeden beklenen fayda tam olarak gerçekleştirilememiştir.

Çözüm Önerileri:

- Oluşturulan yeni kurumsal yapının bürokratların kişisel anlayışına göre değil; kanun koyucunun öngördüğü teşkilat düzenlemesine göre yönetilmesi gerekmektedir.
- 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin aynı amaç doğrultusunda yürütülebilmesi için üst düzey bürokratlara bu yasal düzenlemenin amaç-



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

ları ve beklentileri açıkça ifade edilmeli, birimler arasında eşgüdüm ve iletişimi artıracak faaliyetlerin uygulanması gerekmektedir.

- Sağlık sisteminin tüm kademelerinde rol alan sivil toplum kuruluşları, akademisyenler, bürokratlar ve çalışanlar başta olmak üzere tüm paydaşların geri bildirim gücü kullanılmalı, her kesimin fikri alınarak değerlendirilmeler yapılmalıdır.

Sorun 2: Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumların kurumsal yapılanmalarının ve Bakanlıkla ilişki şekillerinin uygun bir biçimde yapılandırılmaması bürokratik sorunlar oluşturabilmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Bağlı kuruluşların faaliyetlerini eksiksiz yapmaları için; kurumsal yapısını tamamlamış, finansal kaynağını yönetebilecek, yönetim kurulu olan bir yapıya sahip olmaları gerekmektedir.
- Kurumlar arasındaki koordinasyonu sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.

Sorun 3: Personel devir hızının yüksek olması kurumsal hafızanın ve örgüt kültürünün iyi bir şekilde gelişmesine engel olmaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Merkez ve taşra teşkilatında deneyimli, nitelikli ve eğitimli personelin sürekli istihdamı sağlanmalıdır.
- Nitelikli ve deneyimli personeli kurumlarda tutacak teşvik mekanizmaları geliştirilmelidir.

Sorun 4: Merkez ve taşra teşkilatında kurumların ve birimlerin görev tanımları net değildir. Birçok kurum birbirlerinin görevlerini veya benzeri görevleri yapmaktadır. Bu durum kurumlar arası yetki ve sorumluluk karmaşasına neden olmaktadır. Ayrıca evrak akışını ciddi boyutta etkilemektedir. Örneğin, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) içinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü kuruldu. Bakanlığın bununla ilgili Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı bulunmaktadır. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ile



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu birbirlerine oldukça yakın işleri yürütmektedir. Buna ek olarak, yasal düzenlemede taşrada sağlıkla ilgili tüm işlemler sağlık müdürlüğünün yönetiminde ve denetiminde olmasına rağmen gerçekte üçlü bir yapılanma varmış gibi gözükmektedir. TÜSEB ile Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğünün görevleri çakışmaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Genel müdürlüklerin yetki alanları ve görev tanımlarını kurumları ile ilişkilendirirken net tanımlamalar yapılmamıştır.
- 663 sayılı KHK ile beklenen merkez teşkilatı ve bağlı kurumların belirlenen amaç ve görevleri doğrultusunda alt mevzuatları ve görev tanımlamaları oluşturulmalıdır.
- Kurumların görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanarak işlerin ayrılması, ortak konular için ise koordinasyon sağlanarak işbirliğinin yapılması sağlanmalıdır.
- Görevleri ve yetki alanları çakışan kurumlarda sadeleştirmeye, gerekirse kurum/birim kapatılmasına gidilmelidir.
- İlde Sağlık Bakanlığı'nı temsilen İl Sağlık Müdürlüğünün güçlendirilmesi gerekmektedir.
- İl sağlık müdürlüğüne ait bir denetim ekibi olması gereklidir.
- Bir süre sonra kapatılacak olan Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nün yürütmekte olduğu görevlerin açıkta kalmamasına dikkat edilmelidir. Bu görevlerin bir kısmı TÜSEB'e devredilmiştir. Devredilmeyen görevlerin hangi birim tarafından yapacağı netleştirilmeli ve geçiş senaryoları yapılmalıdır.

Sorun 5: Kâğıt üzerinde kurgusu çok güzel yapılan 663 Sayılı KHK'nın uygulanmasında bir takım sıkıntılar vardır. Örneğin Sağlık Politikaları Kurulu beklenen sorumluluklarını yerine getirmede yetersiz kalmaktadır. Kurulun, sistemin sorunlarını bu kadar büyümeden ön görüp gerekli önlemleri alması gereklidir.

Çözüm Önerileri:

- Sağlık Politikaları Kurulu gibi bilimsel ve danışma kurullarının etkinliği artırılmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

- Kurula dışarıdan destek verecek ve vizyon sağlayacak bireylerin (akademisyenler, sendika yetkilileri, sivil toplum temsilcileri vb.) bilimsel ve danışma kurullarında görev almaları sağlanmalıdır.

Sorun 6: Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sektöründeki çoklu rolleri nedeniyle 663'le kurgulanan planlayıcı ve denetleyici rollerine tam anlamıyla odaklanamaması sorun oluşturmaktadır. Mevcut durumda Sağlık Bakanlığı, hizmet sunumundan üniversite kurulmasına kadar birçok rol ve görev üstlenmiştir. Bu durum yönetimde örgütlenme, koordinasyon, planlama, denetleme ve rehberlik etmede yetersiz kalmasına sebep olabilmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Sağlık Bakanlığı'nın 663 ile kurgulanan planlama, denetleme, rehberlik etme ve politika oluşturma konularına daha çok odaklanması gerekmektedir.
- Sağlık Bakanlığı eğitim konusunda üniversitelerden ve YÖK'ten destek almalıdır.

Sorun 7: Bakanlık merkez teşkilatı ve bağlı kuruluşların ayrı ayrı denetim hizmetlerini yürütmesi, denetimin bağımsızlığına zarar vermekte ve denetim alanlarının zaman zaman karışmasına sebep olabilmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Tüm denetim birimleri birleştirilerek denetim fonksiyonu ve denetimin bağımsızlığı güçlendirilmelidir.
- İç Denetim birimleri etkin hale getirilmelidir.

4.1.2 İnsan Kaynakları Boyutu

Sorun 1: Yöneticilerin Profesyonel Esaslara göre belirlenmesi sorun teşkil etmektedir. Yöneticilerin seçilirken liyakate dikkat edilmemesi hem personelin motivasyonunu olumsuz etkilemekte hem de kurumsal işleyişi bozmaktadır. Ayrıca yöneticilik pozisyonlarının kişiselleştirildiği, yöneticilerin kurumsal hedefleri bir yana bırakıp pozisyonunu koruyabilme kaygısı içine girdiği görülmektedir. Yönetici belirlemede 663 Sayılı KHK'da olmayan yazısız kurallar, sistemi tehdit etmektedir. Bu



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

kurullarla Genel Sekreter, İdari Başkan, Hastane Yöneticisi gibi görevlere sadece belirli bir meslek grubu getirilmektedir. 663 sayılı KHK'ya göre sözleşme imzalamış yöneticilerden özellikle hekim olmayanların ek ödemelerinde daha sonra çıkan bir yönetmelikle ciddi oranda düşüş olmuştur. Karne ve performans kriterlerine göre başarılı olanların görevlerine son verilebilmekte, başarısız olanlar görevlerine devam edebilmektedirler.

Çözüm Önerileri:

- Yöneticilik pozisyonları için atama kriterleri geliştirilmelidir. (eğitim, deneyim, yeterlilik vb.).
- Yöneticilerin eğitimle desteklenmesi (uzaktan eğitim, yüksek lisans programları vb.), (S.B. sendika, üniversiteler ve diğer paydaşlarla işbirliği yapılması)
- Adil, şeffaf ve formal bir yönetici seçim yöntemi olmalı ve atamalara sistem dışı unsurlar mümkün olduğunca karıştırılmamalıdır.
- Yöneticilerin performans kriterlerinin belirlenmesi, belirlenen kriterlerin uygulanması ve ücretlendirme ve görevden almalarda bunların dikkate alınması gerekmektedir.
- Hastane yöneticisi ve başhekimliklerin ayrı değerlendirildiği profesyonel yöneticilik sistemine geçilmelidir.
- Başarılı idareciler desteklenmeli ve başarılı olduğu sürece görevde kalması sağlanmalıdır.
- Sözleşmeleri; yöneticilik modeli süresinin, kişinin verimini gösterebilecek süreye kadar uzatılması yerinde bir uygulama olacaktır.
- Eşit işe eşit ücretin hâkim olduğu bir anlayışla ek ödemeler kişinin ünvanına göre değil performansına göre verilmelidir.

Sorun 2: Sağlık personelinin mutsuz olması önemli bir sorundur. Türkiye'de sağlık personelinin iş yükünün ağırlığı, ücretlendirmenin adil olmadığı düşünülmesi, sağlık personeline yönelik şiddet vakaları ve sağlık personelinin tükenmişlik duygusu gibi nedenler dolayısı ile sağlık personeli arasında kendisini mutsuz hissedenler fazladır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Çözüm Önerileri;

- Adil bir ücretlendirme sistemi oluşturulmalıdır ve bu personele anlatılmalıdır.
- Personel ihtiyaçları belirlenmeli ve bu ihtiyaçlara cevap verilmelidir.
- Yöneticiler ile personel arasındaki bağlar güçlendirilmelidir.
- Memnuniyeti artıracak, finansal olmayan teşviklerin de araştırılarak geliştirilmesi (kariyer, ödüllendirme, eşit çalışma prensipleri, hakkaniyet, sosyal destek vb.) sağlanmalıdır.
- Personeli de değişimin önemli bir parçası olarak kabul edip katılımları sağlanmalıdır.
- Ek ödeme katsayılarında düzenlemeye gidilmelidir.

4.1.3 Finansal Boyut

Sorun 1: Satın alma yönteminin genel sekreterlik şartlarına ve bölgesel farklılıklara uygun belirlenememesi önemli bir sorun alanıdır. Genel sekreterliklerde tek elden yapılan satın almaların kimi illerde maliyetleri düşürdüğü, kimi illerde ise artırdığı görülmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Büyük illerde ve merkezlerde genel sekreterlikler yoluyla yapılan ortak alım sisteminin desteklenmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir.
- Bölgesel özelliklere göre esnek bir hizmet alımı ya da fatura anlayışının geliştirilmesi ihtiyaçların yerinde ve zamanında temin edilmesini sağlayacaktır.
- Bazı özel malzemeler için farklı ve özel satın alma yöntemleri oluşturulmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

4.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Sorunlar ve Çözüm Önerileri

4.2.1 Yönetim Sistemi Boyutu

Sorun 1: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun yapılandırılmasında sorun yaşanıyor. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Türkiye'nin en büyük kamu kurumlarından biri olmasına rağmen genel müdürlük benzeri bir yapıda yapılandırılmıştır. Kurumun tüzel kişiliği yoktur. Kurumdan kuruluş amacına aykırı olarak düzenleyici bazı işlemler yapması istenmektedir. Kurumsal gelişimi tamamlanmamıştır. Kurumun sınırlarının netleştirilmesi gerekir. Böyle devasa bir kurumun halen müsteşar yardımcılığına bağlı olarak çalışması 663 sayılı KHK ile belirlenen bağlı kurum anlayışıyla uyumsuzdur.

Çözüm Önerileri:

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun Tüzel kişiliğinin oluşturulması gerekmektedir.
- SGK gibi (müsteşarlık düzeyinde) yapılandırılması yerinde olacaktır.
- Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan işletmecilik dışındaki beklentiler giderilmelidir.
- Kurumsal gelişim ivedilikle tamamlanmalıdır.
- Kurumun özerklik sınırı netleştirilmelidir.

Sorun 2: Mevzuat eksiklikleri giderilememiştir. Fonksiyonel ömrünü tamamlamış olan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği yenilenememiştir. Özellikle hastanelere yönelik yönetim kılavuzlarının hazırlanmamış olması yönetim açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme yönetmeliği yenilenmelidir.
- Yönetim kılavuzları oluşturulmalıdır.
- Hastanelerde, merkez ve taşra birimlerinde iş süreçleri ve iş akış şemaları düzenlenmelidir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 3: Üst yönetimin, yöneticileri ve işleri daha sıkı takip etmesinde ve sorunlarla daha yakından ilgilenmesinde yetersizlik gözlenmektedir. Sahanın etkin bir şekilde izlenmesi ve denetlenmesinde yetersizlik mevcuttur.

Çözüm Önerileri:

- Verimliliğe yeterli önem verilmelidir.
- Etkin izleme ve değerlendirme sistemi oluşturulmalı ve sistemin iyi çalışması sağlanmalıdır.
- Geçmişte olduğu gibi il değerlendirmeleri yapılmalıdır.
- Saha koordinatörleri/gözlemciliği sistemi etkinleştirilmelidir.
- Hekim dışı mesleklerden de saha koordinatörleri atanmalıdır.

Sorun 4: Merkez Teşkilatının çalışmasında uyum ve iletişim sorunları gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın bağlı kuruluşları dâhil merkez teşkilat birimleri bir makinenin dişlileri gibi uyumlu çalışması gerekir.

Çözüm Önerileri:

- Sorunlar mümkün mertebede yazışmalar yanında karşılıklı görüşmeler veya toplantılarla çözümlenmelidir.
- Düzenlemelerden ilgili olan tüm merkez birimleri haberdar edilmelidir.
- Merkez teşkilat birimleri/yöneticileri arasındaki iletişim kanalları sürekli açık tutulmalı ve iyi işlemelidir.
- Merkez birimleri birbirlerini ilgilendiren düzenlemeleri birlikte veya koordineli yapmalıdır.
- Üst yönetim arasındaki güven problemleri giderilmelidir.
- Üst düzey yöneticiler uyumlu olmalı, birbirleri ile iletişimi koparmamalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 5: Yöneticilerin değişiminde sorunlar yaşanıyor. Sağlık Bakanlığı'ndaki yöneticilerin 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin ruhuna uygun olarak performanslarına bakılarak değerlendirilmesi gerekir. Oysa uygulamada performansa bakılmadığı gibi bir durum söz konusudur. Yöneticilerin kendilerini güvende hissetmeleri ve hangi şartlarda görevden alınabileceklerini bilmesi motivasyonlarını artıracaktır.

Çözüm Önerileri:

- Özellikle Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu taşra yöneticileri için uygulanmakta olan karne sonucundan bağımsız olarak yöneticilerin değiştirilmemesi gerekir. Karne sisteminin iyi uygulanması ve sonuçlarının yönetici değişimlerinde göz önünde bulundurulması gerekmektedir.
- Siyaset ile yönetici arasındaki ilişkiler iyi düzenlenmelidir.

Sorun 6: Yöneticilerin niteliklerinin ve eğitimlerinin eksik olması önemli bir sorundur. Sağlık yöneticilerinin liyakat, tecrübe ve eğitim durumlarına göre belirlenmesi başarılı olabilmeleri için oldukça önemlidir. Yöneticilerin yönetimle ilgili eğitim alanlarından seçilmesi ve yönetim tecrübelerine göre atanması önemlidir. Özellikle hekimlerin yürütmesi zorunlu olmayan idari ve mali hizmetler gibi alanlarda Türkiye'deki hekim eksikliği de dikkate alınarak hekim dışı kaynaklara yönelmek daha uygundur. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin en önemli amaçlarından birisi de hekim yöneticileri uzmanlık alanlarına girmeyen mali hizmetler gibi yöneticilik alanlarından kurtarmak ve yöneticilerin alanlarında uzman, profesyonel kişilerden belirlenmesi idi.

Çözüm Önerileri:

- Yöneticilerin yönetim eğitimi alması sağlanmalıdır.
- Yöneticiler için hizmet içi eğitim programlarının olması gerekmektedir.
- İdari ve mali hizmetlerle ilgili üst yöneticiler (genel sekreter, başkan, hastane yöneticisi) hekimlik dışı mesleklerden de atanabilmelidir.
- Merkez teşkilatın taşra yönetimine ve yöneticilerine sık müdahale etmesi durumunda yöneticilerde güven sorunu oluşabilmektedir. Bu nedenle



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

yöneticilerin yönetsel rollerini güvenli ve rahat bir ortamda yerine getirebilmesi için gereken iş ortamı sağlanmalıdır.

- Mevzuatta yöneticilerin niteliklerinin iyi tanımlanması ve bu niteliklere sahip kişilerin görevlendirilmeleri sağlanmalıdır.
- Yöneticiler için akreditasyon sisteminin olması gerekir.

4.2.2 Finansman Boyutu

Sorun 1: Geri ödeme sisteminden kaynaklanan sorunlar vardır. Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki fiyatlar 2005 yılından beri küçük düzenlemeler dışında neredeyse hiç artırılmamıştır. Oysa sağlık işletmelerinin maliyetleri her yıl artmaktadır. En azından her yıl enflasyon veya asgari ücret artışı kadar artırılması gereken sağlık hizmet fiyatlarının sabit tutulması sağlık işletmelerini finansal darboğaza sokmaktadır. Sağlık Bakanlığı global bütçeye geçerek bu olumsuz etkilerden nispeten daha az zarar görmüştür. Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki fiyatların yetersiz olmasının yanında maliyetlere uygun olmaması veya başka bir ifadeyle adaletsizliği diğer önemli bir sorundur. Riskli ve maliyeti yüksek hizmetlerin SUT fiyatları, maliyeti daha düşük hizmetlere göre nispeten düşüktür. Bu da işletmeleri riski düşük hizmetleri yapmaya yöneltmektedir. Riskli hizmetleri yapan hastaneler zarar etmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Global bütçede tutarların daha makul artışlarla devam ettirilmesi gerekmektedir.
- Maliyet muhasebesi sistemi oluşturularak Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) sistemine geçilmelidir.
- Özellikle Sağlık hizmet fiyatlarının yükseltilmesi gerekmektedir.
- SUT Fiyatları sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılayacak şekilde yükseltilmelidir.

Sorun 2: Sağlığa ayrılan bütçe yetersizdir. 2002 yılında Türkiye'de sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasılaya oranı % 5,4 iken bu oran 2014 yılında da değişmemiştir. Oysa Türkiye'de bu dönemde sağlıkta de-



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

vasa bir dönüşüm gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetlerinin birçok alanında erişim kolaylaştırılmış, kapasite artışı yapılmış, sağlık tesisleri yenilenmiş ve göstergelerde iyileşmeler sağlanmıştır. Bütün bu gelişmelere rağmen sağlığa daha fazla kaynak ayrılmamıştır.

Çözüm Önerileri:

- Kamu sağlık harcama payı artırılmalıdır.
- Sağlık global bütçesi ülkemizdeki sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini sağlayacak miktarda artırılmalıdır.

Sorun 3: Finansal yönetimde sorun yaşanıyor. Sağlık yöneticilerinin finansal bilgilerinin eksikliği finansal yönetim açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Birçok sağlık kurumunda finansal birimlerin başındaki yöneticilerin finans konusunda hiçbir eğitimi yoktur. Bunların yanında finans birimlerinde çalışan personelin de çoğu benzer durumdadır. İşletmeler için oldukça önemli olan finansal yönetime yeterli önemin verilmemesi bir diğer sorun alanıdır.

Çözüm Önerileri:

- Sağlık yöneticilerinin finansal bilgi eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir.
- Finans birimlerinde çalışan personel finansal eğitim alan kişilerden seçilmelidir.
- Finans birimlerinde çalışan personele finansal eğitim verilmelidir.
- Profesyonel finans yöneticilerini istihdam edecek ücret ayarlamasının yapılması gerekmektedir.
- Sağlık kurumlarının mali birimlerinde çalışmamış ve bu konuları bilmeyen kişiler mali işlerde uzman, mali birimlerde yöneticilik yapmamış biri Mali İşler Başkanı, hastanenin mali ve idari işlerinde çalışmamış biri İdari ve Mali Hizmetler Müdürü veya yardımcısı konumuna getirilmemelidir. Diğer birimler gibi bu birimler için de asgari standartlar getirilmelidir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 4: Finansal sürdürülebilirlik sorunları yaşanmaktadır. Özellikle üniversite hastanelerinde finansal sürdürülebilirlik önemli bir sorun haline gelmiştir. Borçluluk oranı %50'leri geçen üniversite hastanesi sayısı hiç de az değildir. Bu oranın Sağlık Bakanlığı hastanelerinde % 15 civarında olduğunu düşünürsek durum gerçekten vahimdir. Bazı üniversite hastanelerinin borçlarının vadesi iki yılı, devlet ve eğitim araştırma hastanelerinin de 250 günü geçmiştir. Birçoğunun gelirleri giderlerini karşılamaktan çok uzaktır

Çözüm Önerileri:

- Kamu hastanelerinde finansal disipline dikkat edilmesi gerekmektedir.
- Borç ödeme sürelerinin kısaltılması gerekmektedir.
- Finansal konulara yeterli önem verilmedi.
- Şehir hastanelerinin ödemelerinin sağlık sistemine getireceği yüklerden hastaneler etkilenmemelidir.
- Üniversite hastaneleri finansal darboğazdan çıkarılmalıdır.
- Hastaneler arası yapısal finansal farklılıkları giderilmelidir.
- Üniversite hastanelerine SUT fiyatlarının arttırılması acilen gerçekleştirilmelidir.

Sorun 5: Yeni gelir kalemlerinin oluşturulması gerekir. Sağlık işletmelerine Sosyal Güvenlik Kurumu dışında yeni gelir kalemleri oluşturmak gerekir. Özellikle sağlık turizmi gelirlerini artırmak için çalışılmalıdır. Sağlık turizmi dışında estetik cerrahi, alternatif tıp vb. alanlardan yeni gelir kalemleri oluşturulabilir. Ayrıca hastanelerdeki kantin, market, restoran ve kafeterya gibi alanlardan elde edilebilecek faaliyet dışı gelirlerin de üzerinde durulmalıdır.

Çözüm Önerileri:

- Sağlık turizm geliri arttırılmalıdır.
- Diğer SGK dışı gelir kalemleri oluşturulmalıdır.
- Özellikle sağlık hizmetlerinde yeni fiyatlandırma yapılmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 6: Cepten sağlık harcamalarında artış gözlenmekte ve bunun bir sonucu olarak vatandaşların bir kısmı yoksullaşmaktadır. 2003 yılından itibaren uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli faydalarından biri Türkiye’de vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminin önündeki engellerin kaldırılması olmuştur. Bunun önemli bir yansıması olarak da cepten harcamalar azalmıştır. Şöyle ki 2002 yılında % 20’ler civarında olan cepten yapılan sağlık harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı 2012’lerde % 15’lerin altına düşürülmüştür. Oysa özellikle son yıllarda cepten yapılan sağlık harcamaları tekrar artış eğilimine girmiştir. Ayrıca önemli oranda azalmış olan katastrofik (aşırı fakirleştirici) sağlık harcamaları da tekrar artmaya başlamıştır. Bunun en önemli sebebi özel hastanelerin vatandaştan ilave alabileceği farkın tavanının (hizmetin SUT fiyatı baz alınarak) %90’dan %200’e çıkarılması ve üniversite hastanelerinde tekrar özel muayene, özel işlem gibi uygulamaların başlatılması olmuştur. Bu durum özellikle vatandaş memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir. Şöyle ki 2002’de % 39,5 olan vatandaşın sağlık hizmetlerinden memnuniyeti 2012’li yıllarda %75’lere çıkmış iken tekrar düşmeye başlamıştır.

Çözüm Önerileri:

- Gerek üniversite gerekse kamu hastanelerinde özel muayene, özel işlem uygulamaları kaldırılmalıdır.
- Özel hastanelerin vatandaştan aldığı fark azaltılmalıdır.
- Hasta memnuniyetinin artırılmasını sağlayacak adımlar atılmalıdır.

4.2.3 İnsan Kaynakları Boyutu

Sorun 1: İstihdam modellerinin farklı olması problem oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde birbirinden farklı, gelir ve özlük hakları değişken birçok istihdam modelinin olması sistemin yönetimini zorlaştırmaktadır. Bu durum personel arasında bir çatışma ve adaletsizlik ortamı oluşturmaktadır. Personel motivasyonunu da düşürmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Memur, sözleşmeli, 4/B, 4/C, 4924 hizmet alımı gibi farklı modellerin sadeleştirilmesi gerekmektedir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

- İstihdam modellerinin oluşturduğu mali farklılıkların ve özlük hakkı farklılıklarının giderilmesi gerekmektedir.

Sorun 2: Yıpranma payı ile ilgili düzenleme yapılmaması sorun oluşturmaktadır. Devletin en üst kademesinden yapılması için talimat verilmesine rağmen sağlık personeli için yıpranma payı düzenlemesi henüz yürürlüğe girmemiştir. Bu durum personel motivasyonunu düşürmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Yıpranma payı ile ilgili tüm sağlık çalışanlarını ve geçmişi de kapsayan uygun bir düzenleme yapılmalıdır.

Sorun 3: Performans sisteminden kaynaklanan sorunlar giderilememiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesislerinde 2003 yılından itibaren uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli saç ayaklarından biri olmuştur. Fakat sistemin işlerliği ile ilgili artık önemli sorunlar yaşanmaktadır. Sistemin bir an önce adaletli ve hakkaniyetli bir şekilde revize edilmesi gerekir. Öte yandan üniversite hastanelerinde durum daha vahimdir. Buralarda tek düzen bir sistem uygulanmamaktadır. Yöneticilere göre sistem farklılık göstermektedir. Buralarda çalışan personel önünü görememekte ve ne kadar ek ödeme alabileceğini tahmin edememektedir. Üniversite hastanelerinde yaşanan finansal sorunlar nedeniyle zaten birçok yerde özellikle hekim dışı sağlık çalışanlarında sabit ek ödeme dışı bir ek ödeme yapılamamaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Performans ödemelerinde yaşanan sorunların giderilmesi ve sistemin güncel koşullar göz önünde bulundurularak revize edilmesi gerekmektedir.
- Performans sisteminin bütün sağlık kurumlarında tek düzen bir çerçeveye konulması gerekmektedir.
- Dağıtılabilir tutar arttırılmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 4: Personel sayısı eksiktir. Türkiye’de sağlık sisteminin en önemli sorunlarından biri sağlık personelinin sayısal eksikliğidir. Türkiye’de gelişmiş ülkelere göre hem hekim sayısı hem de hemşire-ebe sayısı düşüktür. Bu durum personelin iş yükünü artırmakta ve personelde tükenmişlik oluşturmaktadır. Bu durumun diğer bir sonucu olarak personel aşırı nöbetlerle karşılaşmaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Sağlık personelinin iş yükünün azaltılması için sağlık hizmetleri sınıfına yeterli kadro verilmelidir.
- Sağlık personelinin üzerindeki ağır nöbet yükünün azaltılması gerekmektedir.
- Üniversitelerden yaşlı bakım, perfüzyon teknikleri, diyaliz teknikeri, ergoterapi gibi birçok alandan mezun olan sağlık meslek sahibi kişilerin yeterli istihdamı sağlanarak hemşirelerin iş yükü azaltılmalı ve hemşire iş gücü daha verimli kullanılmalıdır.

Sorun 5: Sağlıkta şiddet vakalarının azaltılamaması problem oluşturmaktadır. Ne yazık ki Türkiye’de sağlık personelinin önemli sorunlarından biri de sağlık personeline yönelik şiddet vakalarıdır. Sağlıkta şiddet vakalarının azaltılması ve personele güvenli bir iş ortamının sağlanması çalışma hayatı açısından oldukça önemli bir unsurdur.

Çözüm Önerileri:

- Sağlık çalışanlarına güvenli bir iş ortamı sağlanmalıdır.
- Şiddetle ilgili yasal düzenlemeler uygulanmalı, caydırıcı yeni düzenlemelere gidilmelidir.
- Güvenlik personeli, kayıt ve danışma personeli ve sağlık çalışanları iletişim, çatışma yönetimi gibi alanlarda eğitimden geçirilmelidir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

4.2.4 Hizmet Sunumu Boyutu

Sorun 1: Şehir hastaneleri ile ilgili belirsizlikler ve getireceği sorunlar giderilmemiştir. Türkiye sağlık sisteminin son yıllardaki en önemli atılımlarından biri de tamamlandığında Türkiye'ye 50 bin yeni hasta yatağı kazandıracak olan şehir hastaneleri projeleridir. Son yıllarda şehir hastanesi projelerinden bazıları hızla devam etmekte ve çok kısa bir süre sonra tamamlanacağı öngörülmektedir. Fakat bu projelerle ilgili bir sürü belirsizlik halen giderilememiştir. Özellikle bu şehir hastanelerine taşınacak hastane yöneticilerinin çoğu ne olacağını bilmemektedir. Bu birimlere geçiş senaryoları hazırlanmış değildir. Buralara hangi hastaneler, cihazlar, personel taşınacaktır? Hizmet alımları ne olacaktır? Hizmet alım personeli ne yapacaktır? İhtiyaç dışı kalan sağlık personeli (özellikle laboratuvar ve görüntüleme birimleri personeli) nerelere gönderilecektir? Şehir hastaneleri nasıl yönetilecektir? Buraların trafik sorunu nasıl giderilecektir? Bu şehir hastaneleri için temin edilecek cihazlar yerli üretimi nasıl etkileyecektir? Bunun gibi birçok sorunun cevaplandırılması gerekir.

Çözüm Önerileri:

- Şehir hastanelerine geçiş ve çalışma senaryolarının yapılması gerekmektedir.
- Şehir hastaneleri ile ilgili yöneticiler bilgilendirilmelidir.
- Şehir hastanelerinin nasıl yönetileceğinin belli olması gerekmektedir.
- Yöneticilerin şehir hastane müteahhitleri karşısındaki zayıflığının giderilmesi gerekmektedir.
- Hizmet alımlarına/personeline ne olacağı belirlenmelidir.
- Hangi hastanelerin taşınacağını belirlemek gerekmektedir.
- Şehir hastanelerinin yöneticilerinin belirlenerek şartname, sözleşme ve diğer doküman ve alanlarda eğitime başlanmalıdır.
- Hangi cihazlar taşınacak/kullanılacak belirlenmelidir.
- Olası trafik sorununun çözülmesi için gerekli işlemler sorun ortaya çıkmadan önce tamamlanmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

- Yerli üretime olumsuz etkilerinin giderilmesi gerekmektedir.
- Şartnamelerdeki karışıklıklar giderilmelidir.
- Şehir hastanelerine taşınacak hastanelerin personeline ne olacağının belirlenmesi gerekmektedir.
- Geçiş sürecinde hiçbir çalışan mağdur edilmemelidir.

Sorun 2: Hizmet sunumunda sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık sistemleri dinamik yapılardır. Sürekli yenilenmesi, izleme-değerlendirme sisteminin iyi çalışması gerekmektedir. Bunun için sorunlu alanlar tespit edilmeli ve acil müdahaleler yapılmalıdır. Kalite kriterlerindeki gelişim yavaşlamıştır.

Çözüm Önerileri:

- Kalite sistemine gerekli önem verilerek kalite sistemleri günün şartlarına uygun hale getirilmeli ve sürekli yenilenmelidir.
- Hizmet kalite standartlarının geliştirilmesine devam edilmelidir.
- Klinik kalite hususu önemsenmelidir.
- Kalite kriterlerinde daha çok hizmete erişim ve sürelerle ilgili iyileştirmeler sağlanmıştır. Sağlık hizmeti süreçleri ve sağlık hizmeti çıktılarının iyileştirmesinde yeterli gelişim sağlanamamıştır. Bundan sonra kalite daha çok bu konulara yoğunlaşmalıdır.

4.3 Koruyucu ve Önleyici Sağlık Hizmetlerinde Sorunlar ve Çözüm Önerileri

4.3.1 Yönetimsel Boyut

Sorun 1: İllerde koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yönetimsel sorunlar bulunmaktadır. Yetki karmaşası söz konusudur. İl içerisindeki diğer kamu kuruluşlarının yönetim birimleri ile sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü ve genel sekreterlikler arasında eşgüdüm sağlanamamakta, iletişim sorunları ola-



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

bilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ildeki yönetim birimlerine düşen roller ve görevler netleştirilememiştir.

Çözüm Önerileri:

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlenmesi adına halk sağlığı müdürlüğü devam etmelidir. Ancak illerde güçlendirilmiş bir il sağlık müdürlüğü yapısı ile yönetim tek elden olmalıdır.
- Dikey örgütlenme modeline geçilmelidir.
- Mevcut yapıda yetkiler net bir şekilde tanımlanmalıdır.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ildeki yönetim birimlerine düşen roller ve görevler ayrıştırılmalı ve netleştirilmelidir.
- Özellikle kronik hastalıkların kontrolü için il halk sağlığı müdürlüğü ve il sağlık müdürlüğü, merkezde Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ile işbirliği yapmalıdır.

Sorun 2: İllerin büyüklüklerine ve coğrafi konumuna göre sorunları değişiklik göstermektedir. İllerin özelliklerine göre sistemin yönetilmesi ve hizmetlerin yürütülmesinde farklılıklar gözlenmektedir. Kimi illerde kişiler arası çatışmalardan doğan sorunlar gözlenirken kimi illerde mali problemler yaşanabilmektedir. Diğer taraftan başarılı uygulamaların ve sonuçların da olduğu iller bulunmaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Bölgelere, illere ve kurumlara göre değerlendirmeler yapıp çözüm önerileri geliştirilmelidir.
- Taşrada hizmetler ve kurumsal yapılar planlanırken, sistem kurgulanırken il ya da ilçe sayısı üzerinden gitmek yerine nüfusa dayalı planlama yapılmalıdır.
- Başarılı ve başarısız iller incelenerek başarıyı etkileyen faktörler tespit edilmeli, bu faktörler başarısızlıkla mücadelede göz önünde bulundurulmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

4.3.2 Hizmet Sunumu Boyutu

Sorun 1: Aile hekimlerinin koruyucu ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerine yeterli zaman ayıramadığı gözlenmektedir. Aile hekimliği uygulamasıyla güçlenen birinci basamak sağlık hizmetleri içinde koruyucu hekimlik ve sağlığın geliştirilmesi eksik kalmıştır. Ev ziyaretleri dâhil olmak üzere aile hekimleri koruyucu hizmetlerin yürütülmesini aile sağlığı çalışanlarına bırakmış durumdadır. Aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 3633'tür ve aile hekimleri poliklinik hizmetlerine odaklanmış durumdadır.

Çözüm Önerileri:

- Koruyucu hekimlik uygulamalarının geliştirilmesini sağlayacak uygulamalar geliştirilmelidir.
- Aile hekimlerinin sayısı artırılarak hekim başına düşen nüfus azaltılmaktadır. (Öncelikle 3000 nüfusa 1 hekim daha sonra da 2500 nüfusa 1 hekim olmalıdır.)
- Aile hekimleri üzerindeki iş yükü azaltılmalıdır. (Bazı işler TSM'lere devredilebilir, taşrada cenaze defin işlemleri için yerel yönetimlerin hekim istihdam etmesi sağlanabilir, adli nöbetler başka bir birime devredilebilir vb.)
- İzleme ve denetleme sistemleri etkinleştirilmelidir.
- Bazı uzman hekimlere de gerekli eğitimler verilerek aile hekimliği yapma imkânı verilmelidir.

Sorun 2: Aile hekimlerinin sorumlulukları çok ancak yetkileri daha az durumdadır. Örneğin kişi ehliyet raporu almaya gittiğinde ya da yivsiz tüfek raporu almaya gittiğinde aile hekiminin rapor verirken göz önünde bulundurabileceği hasta kayıtlarına ulaşamaması söz konusudur. Dahası eczanelerde çalışanların bile aile hekimlerinden daha fazla hasta kayıtlarını görmesi söz konusudur.

Çözüm Önerileri:

- Aile hekimlerinin yetkileri sorumlulukları doğrultusunda genişletilmelidir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

- Aile hekimlerinin kendilerine bağlı kişilerin sağlık kayıtlarını görebilmeleri sağlanmalıdır.
- Aile hekimleri bu alanda uzmanlık yapmış kişilerden seçilmeli ve sistem içindekilere uzmanlık eğitimi (3 yıllık) verilmelidir.
- Aile hekimlerinin akademik olarak kişisel gelişimleri desteklenerek halkın 1. Basamağı tercih etmesini özendirme katkıda bulunulmalıdır.

Sorun 3: Toplum sağlığı merkezleri aktif çalışmamaktadır. TSM'lere çok fazla görev ve rol ancak daha az yetki ve sorumluluk verilmiştir. Bunun yanı sıra verilen bu görev ve rolleri yerine getirecek hekim kapasitesi yetersizdir. Toplum sağlığı merkezlerindeki çoğunlukla yeni mezun hekimler; mecburi hizmeti tamamlamak için atanmakta ve kişisel kariyer (TUS sınavına hazırlık) kaygılarıyla hizmet sunumuna yeterince odaklanamamaktadırlar.

Çözüm Önerileri;

- TSM'leri aktif hale getirecek uygulamalar geliştirilmelidir.
- TSM'ler için de performans ve verimliliklerini ölçecek bir sistem geliştirilmelidir.
- Görev ve yetki dağılımları net yapılmalıdır. Görev verilirken konuyla ilgili yetki de verilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı'nın sağlığı koruma ve geliştirme politikalarının tümü TSM/ASM'ler üzerinden yürümektedir. Görev tanımları ve yapılacak işler net olarak ortaya konulmalıdır. Günübürlük politikalar yerine kalıcı koruma/geliştirme uygulamalarına zaman ve enerji harcanmalıdır.
- TSM'lere halk sağlığı uzmanı hekimlerin atanmaları sağlanarak güçlendirilmelidir.
- TSM'ler kendilerine tanımlanmış bazı görevleri yürütürken yerel yönetimler, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve üniversiteler gibi kurumlarla işbirliği yapılmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 4: İlçe Sağlık Müdürlüklerinin yetki ve sorumluluk alanları net değildir. İlden ile uygulama ve sorumluluk alanlarında farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin kimi illerde 112 hizmetlerinin ilçe bazında eğitimlerini ilçe sağlık müdürlüğü yürütürken kimi illerde ise organ bağışçı çalışanları dışında aktif olarak sahaya aktardıkları herhangi bir uygulama görülmemektedir. TSM'ler ile İlçe Sağlık Müdürlükleri görevleri çoğu zaman çakışmaktadır.

Çözüm Önerileri:

- TSM'ler ile İlçe Sağlık Müdürlükleri birleştirilerek (TSM'lerin daha da güçlendirilmesi şeklinde) hizmetlerin tek elden, verimli ve güçlü bir şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.

Sorun 5: Birinci basamak sağlık kurumları tedavi edici hizmetler için tercih edilmemektedir. Toplum koruyucu hizmetler için birinci basamak sağlık kurumlarını tercih etmekle birlikte, tedavi edici hizmetler için tercih etmemektedir. Başvuru oranlarına bakıldığında %70 oranında hastaların 2. ve 3. Basamak sağlık kurumlarını ve %30 oranında 1. basamağı tercih etmektedir. Zorunlu sevk zinciri olmaması ve katılım payı ücretlerinin düşük tutulmasının birinci basamak sağlık hizmetlerini özendirme yetersiz kaldığı gözlenmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Birinci basamakta çözülebilecek bir takım hastalıkların tedavisinde ve kronik hastalıkların yönetiminde ASM'lerin güçlendirilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Toplumda bu konuda farkındalık oluşturulmalıdır. Toplum dönüştürülmelidir. Sağlık okuryazarlığı geliştirilmelidir.
- Vatandaşların öncelikle birinci basamak sağlık hizmet kurumlarını tercih etmelerini sağlayacak uygulamalar geliştirilmelidir. Öncelikle de hizmet kalitesi ve standartları yükseltilmelidir.
- Halk Sağlığı Merkezlerinin kurgulanmasında halkın sağlık hizmetlerini kullanım alışkanlıkları iyi analiz edilerek özendirici bir yöntem tercih edilmeli ve kurgulandığı en iyi haliyle uygulamaya geçirilerek sürdürülebilir bir şekilde hizmet sunması sağlanmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 6: Koruyucu sağlık hizmetleri yeterince ön plana çıkarılamamıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri yıllarca tedavi edici sağlık hizmetlerinin altında ezilmiş durumdadır. Para getiren alan olarak görülerek tedavi edici sağlık hizmetlerinin daha baskın olduğu politika ve uygulamalarla koruyucu sağlık hizmetleri geri planda kalmıştır. Buna ek olarak hızlı değişen nüfus yapısı ve hastalık profillerine karşın birinci basamak sağlık hizmetlerinde benzer hızda bir gelişim gözlenmemektedir. Nüfusumuz yaşlanmakta, kronik hastalıklarda artış gözlenmekte ve kadınların çalışma hayatına katılımı artmaktadır. Ancak yaşlı ve hasta bakımı, sağlığın korunması ve kronik hatalıkların yönetimi gibi konularda birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeterli uygulama bulunmamaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Taşrada yetki ve sorumlulukların birleştirildiği yeni bir yönetim modeli içinde halk sağlığı hizmetlerini daha da güçlendirecek bir yapı oluşturulmalıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri için performans, verimlilik ve kalite standartları geliştirilmelidir.
- Yaşlı ve hasta bakımı, sağlığın korunması ve kronik hatalıkların yönetimi gibi konularda birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmelidir.
- İkinci ve üçüncü basamak hizmetlerle entegrasyon ve koordinasyon sağlanmalıdır.
- Diğer paydaşların da katılımının sağlandığı ortak projeler düzenlenmeli, protokoller hazırlanmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çok sektörlü sağlık sorumluluğu geliştirilmelidir.
- Konuyla ilgili insan gücünün nitelik ve nicelik olarak yeterliliği sağlanmalıdır.
- Türkiye Sağlık Sistemine uygun, birinci basamağa yönelik, kanıta dayalı tıp rehberleri geliştirilmeli ve uygulanması sağlanmalıdır.

Sorun 7: Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili aktivitelere halkın katılımı istenilen düzeye çıkarılamamaktadır. Son yıllarda koruyucu, önleyici ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili birçok alanda sosyal



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

faaliyet, etkinlik ve proje başlatılmıştır. Sağlıklı yaşam yürüyüşleri gibi bu aktivitelere halkın katılımı sınırlı olmaktadır. Maalesef bu uygulamalara halk dâhil edilememekte yine sağlık personeli arasında gerçekleşmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Toplumda farkındalığı artırmak amacıyla koruyucu hizmetlere ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerine yönelik sosyal faaliyetlere devam edilmektedir.
- Sağlık okuryazarlığının gelişmesi için proje ve aktiviteler geliştirilmelidir.
- Bu aktivitelere halkın katılımını sağlayacak girişimlerde bulunulmalıdır.
- Egzersiz ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları için yeni projeler geliştirilmelidir. (Örn. Evde sporu destekleyecek uygulamalar)
- İç ve dış paydaşlarla ve çeşitli kurumlarla işbirliği yapılmalıdır. (Aile hekimleri, okullar, din adamları vb.)

4.3.3 İnsan Kaynakları Boyutu

Sorun 1: Birinci basamak hizmetlerin sunumunda personel sayısı ve yönetimi ile ilgili sorunlar bulunmaktadır. TSM hekimlerinde devir hızı fazladır. Buna ek olarak aile sağlığı çalışanı ve aile hekimlerinin görev tanımı sorunu devam etmektedir. Bazı bölgelerde personel sıkıntısı yaşanırken bazı yerlerde atıl kalan personel bulunmaktadır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmeti aile sağlığı çalışanının, tedavi edici hizmetler aile hekiminin görevi gibi bir algı oluşmuştur.

Çözüm Önerileri:

- Dengeli personel dağılımı için gerekli mevcut durum analizleri yapılmalı ve çözüm önerileri geliştirilmelidir.
- İlçe sağlık müdürlüğündeki personelin verimli kullanılması ve aktif olması için halk sağlığı adı altında ilçelerde birleşmeye gidilmesi olumlu olabilir.
- Toplum sağlığı ve aile hekimlerinin koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerindeki rolü arttırılmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 2: Nitelikli personel istihdamı ile ilgili de sorunlar yaşanmaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Halk Sağlığı Kurumu ve il müdürlüğündeki yönetim kademelerinde yönetici belirlenirken aranacak şartlar, kriterler ve görevler ilgili ve net olmalıdır.
- Uzman aile hekimlerinin istihdamı artırılmalıdır.
- Birinci basamakta sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına diğer alanlardan da uzmanlar istihdam edilmelidir.
- Birinci basamakta çalışan hekim dışı sağlık personelinin eğitim düzeyi artırılmalıdır.
- Lisans eğitimi sırasında koruyucu hekimlik uygulamalarına daha fazla yer verilmelidir. Öğrenciler bu alana özendirilmelidir.
- TUS sınavında koruyucu hekimlik ve sağlığın geliştirilmesi konularından da soru sorulmalıdır.

Sorun 3: Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışacak personel sayısında sıkıntı yaşanmaktadır. Özellikle üçlü yapıya bağlı olarak artan idari kurum ve yapılara (genel sekreterlik, müdürlükler) sahadan çok fazla personel çekilmiştir. Ayrıca sahadaki sağlık personelinin doğrudan sağlık hizmeti sunmayan bu kurumlardaki maaş ve çalışma şartları açısından daha avantajlı pozisyonlara (yöneticilik, idarecilik ve uzmanlık gibi) geçme çabaları hizmeti aksatmaktadır. Daha önce daha az sayıda personelle yürütülen idari işler 663'ten sonra 2-3 misli personelle yürütülmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Kurum yönetimlerinde sadeleştirmeye gidilerek atıl kalan veya idari işlerde çalışan sağlık personeli sahaya kazandırılmalıdır.

Sahada sağlık hizmeti sunan personeli teşvik etmek ve sahada çalışmaya özendirmek için finansal ve finansal olmayan motive edici uygulamalar geliştirilmelidir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

4.4 Acil Sağlık Hizmetleri İle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri

4.4.1 Teşkilat Boyutu

Sorun 1: Acil servis hizmetlerinin sunumunda hastane öncesi ve hastane dönemi hizmetleri arasında iletişim ve koordinasyon sorunları yaşanmaktadır. Acil sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün kurulmasından sonra acil sağlık hizmetlerinde önemli bir yol alınmıştır. Ancak 663 Sayılı KHK ile oluşturulan yapıda acil sağlık hizmetlerinin sunumundan birkaç kurum sorumlu tutulmuştur. Merkez teşkilatı ve bağlı kuruluşlar arasındakilerden ziyade taşra teşkilatları arasında bir iletişim ve koordinasyon eksikliği vardır. Yani, acil sağlık hizmetlerini sunmaya yetkili 112 acil servis (hastane öncesi-il sağlık müdürlüğüne bağlı) – hastane acil servisi (hastane dönemi- kamu hastaneleri genel sekreterliğine bağlı) – ilçe entegre hastaneleri (hastane öncesi ve hastane dönemi- il halk sağlığı kurumuna bağlı) arasında sorunlar gözlenmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Hizmet vermeye yetkili olan bağlı kuruluşların üzerinde bir otorite oluşturularak bu hizmetlerin tek elden planlanması ve yürütülmesi sağlanmalıdır. Acil sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün hastane acil servislerinde yapılan işlerde de yetkisinin olması gerekmektedir.
- Özellikle il teşkilatlanmasında tüm kurumların üzerinde bir yapı oluşturulmalı ve bu yapı acil sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarından sorumlu olmalıdır.
- “Birleşik acil” “Bütünleşik Acil” ??? sistemi oluşturulabilir ve hastanelerin acil servisleri hem hastane öncesi hem de hastane dönemi acil servis hizmetlerinden sorumlu tutulabilir.
- Birimler arası etkin iletişim ve koordinasyon için SAKOM ve benzeri yapıların etkinliği artırılmalıdır.
- Acil sağlık hizmetlerinin her kademesinde çalışan kişilerin acil sağlık hizmeti sunarken ilişki içerisinde olduğu birimlerde (112 komuta kontrol-ambulans- acil servis) rotasyona gitmesi ve görev yaptığı birimin işleyişi dışında iletişim kurduğu diğer birimlerin de işleyişini bilmesi gerekmektedir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 2: Tek numara acil çağrı sistemine geçişte sorunlar yaşanmaktadır. Acil sağlık hizmetleri, emniyet ve yangın gibi hizmetlerin tek numara acil çağrı sistemine pilot olarak başlanan 21 ilde yeterli altyapı oluşturulmadan bütün yükümlülük sağlık personelinin üzerinde toplandığı ve bu anlamda acil sağlık sisteminin kaynaklarının kullanıldığı gözlenmektedir. Avrupa Birliği'ne uyum süreci doğrultusunda yapılan bu uygulamada vatandaşların tek bir numara ile bütün hizmetlerden faydalanması ve fiziksel yetersizliği olan acil sağlık birimlerinin ihtiyaçlarının karşılanması açısından son derece faydalı olsa da tek numara acil çağrı merkezlerinin altyapısı ve insan kaynaklarının tam olarak sağlanamaması, sağlık, emniyet, jandarma, itfaiye gibi hizmetlerin işleyişini tam olarak bilmeyen kişilerin çağrıları karşılaması, emniyetin güvenlik, jandarmanın emir komuta zinciri gerekçeleriyle yetkili personellerini değil sadece temsilcilerini göndermeleri, tek numara çağrı sisteminden beklenen verimi düşürmektedir. Bunun yanında olay yerine beraber gitmesi beklenen sağlık-emniyet-itfaiye hizmetlerinde bir koordinasyonsuzluk olduğu gözlenmektedir. Ayrıca bu çağrı merkezlerinin valiliğe bağlı olması acil sağlık hizmetleriyle ilgili istatistiklerin ve ses kayıtlarının izlenmesi ve değerlendirilmesinde, verilerin paylaşımında sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Bu sistemin acil sağlık hizmetlerinde vakaya ortalama varış süresinde bir-iki dakika arasında gecikmelere sebep olduğu düşünülmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Tek numara geçiş sistemiyle ilgili altyapılar gözden geçirilmeli ve eksiklikler ivedilikle giderilmelidir. Özellikle sağlık personeli üzerinde artan bu iş yükü diğer birimlerin yetkililerinin de devreye girmesiyle azaltılmalıdır. Aksi takdirde diğer birimlerin iş yükü sağlık personelinin üzerinde kalma-ya devam edecektir.
- Birimlerin bu süreçte görev, yetki ve sorumlulukları net olarak belirlenmeli ve her birim üzerine düşen görevi yapmalıdır.
- Acil durum hizmeti veren ekiplerin (ambulans, emniyet ve itfaiye) aynı bina içerisinde bulunması komplike vakalarda vakaya müdahale etmeyi kolaylaştıracağı ve başarı oranını artıracacağı düşünülmektedir.
- Birimler veri paylaşımı konusunda (başvuru sahiplerinin mahremiyeti gizli kalmak koşuluyla) daha istekli olmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

- En azından acil sağlık hizmeti sunumundan sorumlu birimler kendi istatistiklerine ve ses kayıtlarına anında ulaşabilmelilerdir.
- Çağrı karşılama sorumlu olacak kişilerin birimlerin işleyişi hakkında bilgilendirilmeleri ve belirli bir tecrübe kazandıktan sonra çağrıları karşılama görevi verilmelidir. Bu işlerin tüm birimler tarafından geçici görevlendirilen personel aracılığıyla değil işi sahiplenen profesyonel ekipler tarafından yapılması sağlanmalıdır.

4.4.2 Hizmet Sunumu Boyutu

Sorun 1: Çağrı karşılama birimlerinde vakalar iyi değerlendirilmeden ambulanslar yönlendirilmekte, bu durum hizmetin etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesine engel olmaktadır. Göreve yeni başlayan, sahaya hiç çıkmamış, sahayı tam olarak bilmeyen kişilerin vakaları iyi değerlendiremediği gözlenmektedir. Özellikle tek numara çağrı merkezi sistemine pilot olarak geçen illerde yeterli olmayan kişilerin çağrı karşıladığı durumlarda durum daha da vahim olabilmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Ambulansların etkin bir şekilde çalıştırılması için çağrı merkezlerinde vakalar iyi bir şekilde değerlendirilmeli ve sınıflandırılarak vakaya en uygun donanıma sahip ekip ve ambulanslar gönderilmelidir.
- Özellikle trafik yoğunluğu fazla olan illerin şehir içindeki uygun vakalara hava ambulansları yönlendirilmelidir.
- Komuta kontrol merkezinde görev yapan kişilerin acil sağlık hizmeti sunumunda belirli bir saha deneyimi olmalıdır. Özellikle komuta kontrol merkezi yöneticilerinin uzun yıllar acil sağlık hizmeti veren kişilerden oluşturulmasının sistemin daha iyi yürütülmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.
- Yaş odaklı ambulans gönderilmesi (65 yaş üzeri tüm vakalarda gönderilmesi) koşulu yerine vatandaşların sağlık koşulları göz önünde bulundurulmuş olarak ambulanslar yönlendirilmelidir.
- Komuta kontrol merkezi sadece çağrı karşılama hizmetlerine bakmamalı, sürecin tamamından sorumlu olmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 2: 112 acil ambulans servisiyle bazı hastanelere (özellikle üniversite hastanelerine) hasta götürüldüğünde hasta kabul edilmediği ifade edilmektedir. Bazı hastaneler hasta kabul etmediğinden yan yana olan iki hastanenin birindeki acil serviste yüz hastaya bakılırken diğerinde bin hastaya bakılabilmektedir. Bu durum ayrıca 112 ekipleri tarafından sürekli aynı hastanelere vaka götürülüyormuş gibi düşünülerek 112 ekipleri ile hastane acil ekipleri arasındaki sorunlara kaynaklık edebilmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Üniversite hastanelerinin yönetimleriyle iletişim kurularak hasta kabul edilmemesi ile ilgili defans giderilmelidir.
- 112'den gelen hastaları (özellikle kritik vakaları) kabul eden acil servislere ekstra prim verilmelidir.
- Acil servise hasta getiren 112 ekiplerine saygı gösterilmeli, vakalarla ilgili ön değerlendirmeleri dinlenmelidir.

Sorun 3: 112 hizmetlerinin ve acil servislerin değerlendirilmesinde vakanın durumu ve vakaya müdahale yöntemleri üzerinde pek durulmamaktadır. Bu değerlendirmelerde genellikle olay yerine varış dakikası, taşınan vaka sayısı gibi tamamen sayısal verilere odaklanılmaktadır. Kritik vaka ve hazır vaka olgularına yeterince önem verilmemektedir. Bilinmelidir ki acil sağlık sisteminin gelişmişliğini gösteren en önemli göstergelerden birisi kritik vakalara yapılan uygulamalardır.

Çözüm Önerileri:

- Kritik vakalar ve hazır vakalar performans değerlendirilmesinde dikkate alınmalı ve başarılı uygulamalara prim verilmelidir.
- Acil servise getirilen kritik vakalarda acil servis doktoruna en çok yardımcı olan konu hazır vakadır. Vakaya ilk müdahale eden ekibin acil serviste yapılacak işlemleri göz önünde bulundurarak vakaya müdahale edilmesi sağlanmalıdır. Bu süreçte birimler arasında yapılacak rotasyonla acil sağlık hizmetlerinde çalışanların hastane öncesi ve dönemi işleyişleri hakkında bilgi edinmesi sağlanabilir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

- Kritik vakalarda acil servis ve 112 ekiplerinin tam bir uyum içerisinde çalışmasına yönelik eğitimler yapılmalıdır.

Sorun 4: Sağlık sisteminde şiddetle karşılaşan en fazla grup 112 ekipleri ve acil servis çalışanları olmaktadır. 112 ekiplerinin vakalara müdahale ederken hemen hemen hiç güvenlik önlemi alınmamakta, acil servislerdeki uygulamalar da yetersiz kalmaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Acil sağlık hizmetleri personeline hasta ve hasta yakınıyla nasıl iletişim kurması gerektiği, olası darp olaylarının öncesinde ve sonrasında neler yapılabileceği konusunda eğitimler verilmelidir.
- Şiddet olaylarına karşı caydırıcı cezaların belirlenmesi, uygulanması ve bu cezaların kamuya açık noktalarda ilan panoları gibi araçlarla vatandaşlara duyurulması gerekmektedir.
- Şiddete maruz kalmış kişilerin günün diğer bölümlerinde hizmet vermesi engellenmeli ve bu kişilere psikolojik destek verilmelidir.
- Personel-personel ve personel-hasta arasındaki etkileşimin etkisinin artırılması için hasta yakınlarının hastaya müdahale edilen yerlerden izole edilmesi sağlanmalıdır.
- 112 ambulans servislerinde ve acil servislerde hasta mahremiyeti için önlemler alınmalı ve bu konuda çalışanlara eğitim verilmelidir.

4.4.3 İnsan Kaynakları Boyutu

Sorun 1: Acil sağlık hizmetlerinde çalışacak kişilerin istihdamında ve kişilerin bölgeler arası dağıtılmasında sorunlar yaşanmaktadır. Acil sağlık hizmetlerinde çalışacak kişilerin istihdamında salt KPSS'deki Türkçe ve Matematik puanı dikkate alınması, acil sağlık sistemi konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip kişilerin istihdam edilememesine yol açmaktadır. 112 çalışanlarının zamanla yaşlanacağı ve fiziksel eforlarında kayıp yaşanacağı için ayrıca personelin yaklaşık %60'ının bayan olması doğum izni esnasında hizmetin kesintisiz sunul-



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

masının önünde sıkıntılar çıkaracaktır. Ayrıca bazı bölgelerde personel devir hızının yüksek olması bu bölgede çalışan kişileri daha fazla iş yükü ile karşı karşıya bırakmaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Acil sağlık hizmetleri için istihdam edilen personelin KPSS şartlarından farklı olarak mülakatla ve gönüllülük esasına göre alınmasının hizmetin kalitesini ve performansını arttıracakı düşünülmektedir. Aynı zamanda 112 çalışmasına fiziki olarak güç yetirebilme ve hizmetin sürekliliğini sağlamaya katkı sağlanacaktır.
- Ambulans ve Acil Bakım Teknisyeni ve Acil Tıp Teknisyeni ile Paramedik kadroları arasındaki tedavi protokolleri yönündeki farklılıkların giderilmesi sağlanmalıdır. ATT vakaya müdahale ederken yapacağı tüm işlemler için komuta kontrol merkezindeki danışman hekime danışmamalı, vakayı değerlendirerek vakaya en uygun işlemi yapabilmesi konusunda güçlendirilmelidir. Bunun için öncelikle AABT ve ATT'lerin paramedikliğe yükseltilmesi için eğitimlerin sağlanması ve unvan değişikliği sınavlarının yapılması gerekmektedir.
- Bilgi sistemlerinden elde edilen veriler doğrultusunda 112 personeli il içi ve iller arasında ihtiyacı karşılayacak şekilde dağıtılmalıdır.
- Vaka yoğunluğu fazla olan istasyonlarda vaka kayıt ve idari işlemler için tıbbi sekreter kadrosu açılabilir ya da en azından süt izni olan personel yoğun istasyonlara görevlendirilerek yoğun çalışan personelin iş yükü azaltılabilir.
- Ambulans şoförlerinin şirket personeli olarak değil paramedikler veya sağlık personelleri arasından istihdam edilmesi ve istihdam edilen kişilerin ambulans sürme konusunda özel bir eğitimden geçirilmesi gerekmektedir.
- Acil servislerde ve 112 hizmetlerinde mümkün olan en alt sınırdan bürokratik işlemler belirlenmeli ve uygulanmalıdır. Bu uygulama ile ATT ve paramediklerin vakalara daha fazla zaman ayırması sağlanabilir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 2: Acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin ve bu hizmetleri kullanan kişilerin eğitimlerinde yetersizlikler mevcuttur. Paramedik, ATT gibi nispeten yeni oluşturulan branşların istihdam edilmesinden sonra üniversitelerin yeterli altyapı ve eğitim kadrosu oluşturmadan eğitime başladığı gözlenmektedir. Paramedik eğitimleri mevcut koşullarda hemşire ve doktorlar tarafından verilmektedir. Atanan kişilerin temel eğitimlerinde sorun olduğundan yapılan hizmet içi eğitimlerden beklenen fayda tam olarak sağlanamamaktadır. Bu alandaki eğitim kurumlarının ve eğitimcilerinin yeterliliği sorgulanmalıdır.

Çözüm Önerileri:

- Personel ihtiyacı nicel ve nitel olarak belirlenmeli ve eğitim kontenjanları ülkenin ihtiyaçlarıyla bağlantılı olarak belirlenmelidir.
- Niteliği arttırmak için yapılacak eğitimler acil servis ve 112 ekiplerine aynı zamanda ortaklaşa yapılmalıdır. Böylece kişilerarası ilişkiler geliştirilebilir.
- Acil sağlık hizmetleri birimlerinde çalışanların verimliliklerinin artırılması için ortaöğretim-önlisans-lisans eğitimleri teorik ve ağırlıklı olarak saha odaklı verilmeli; bunun üzerine istihdam eden kurum tarafından hizmet içi eğitim verilmelidir.
- 112 acil sağlık hizmetlerine yeni atanan kişilerin belirli bir süre hastanelerin acil servislerinde rotasyona tabi tutulması gerekmektedir.
- Eğitimler özellikle taşrada çalışanlar için uzaktan eğitim şeklinde düzenlenebilir.
- Eğitimler aynı zamanda sağlık çalışanlarının iş sağlığını ve güvenliğini de içerecek şekilde olmalıdır.
- Üniversitelerde eğitim amacıyla kullanılan malzemelerin ve eğitim veren kişilerin yeterli olup olmadığı denetlenmeli, yetersizlik söz konusu ise bu eksiklikler acil olarak giderilmelidir.
- Vatandaşlar da sağlık sistemi ve sağlık sorunlarını ifade etme konusunda bilgilendirilmeli, özellikle acil servislerin gereksiz kullanımının önlenmesi için eğitim içerikleri hazırlanmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

- Vatandaşların ambulansa yol vermesi konusunda ortak bir standart geliştirilmeli ve vatandaşlar bu standartlara uyma konusunda zorlanmalıdır.
- Doktor dışında hastaya doğrudan müdahale etme yetkisinde olan paramedik bölümlerinin eğitimleri lisans düzeyine çıkarılmalıdır. Lisansüstü eğitim imkânları geliştirilerek lisans eğitimi için paramediklerden akademisyen yetiştirilmelidir.
- Paramedik eğitimlerinin hastane öncesini ve dönemini teorik olarak bilen ve bu servislerde belirli bir süre çalışmış kişiler tarafından verilmesi sağlanmalıdır.
- Acil servis hizmetlerinde gönüllülük esasına göre eğitim veren kişilere belirli bir maddi desteğin sağlanmasının eğitim çıktılarının kalitesini artıracacağı düşünülmektedir.
- İlk atanan kişiler doğrudan vakaya veya komuta kontrol merkezlerine gönderilmemeli, belirli bir süre rotasyonla acil servislerde, 112 birimlerinde ve komuta kontrol merkezlerinde deneyimli bir gözetmen eşliğinde uygulamalı eğitimden geçirilmelidir.
- Verilen hizmetiçi eğitimler senaryoya dayalı simülasyon eğitimleri şeklinde tasarlanmalı ve uygulama kısmı ön planda tutulmalıdır.

Sorun 3: Acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin özlük haklarında ve motivasyonunda bazı sorunlar yaşanmaktadır. 112 ekipleri hastanelerde defansla karşılaşmakta ve ekiplere iletişim kurduğu kişilerce saygı gösterilmemektedir. Zamanla 112 ekiplerinde tükenmişlik ve örgütsel bağlılık sorunları ortaya çıkmaktadır. Yıllık izinlerde hizmetlerin aksaması veya kişilerin gelirlerinde kesinti yapılması nedeniyle acil sağlık personeli yıllık izine çikamamaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Acil sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemelerde çalışanların ve sivil toplum kuruluşlarının düşünceleri alınmalıdır.
- Yıllık izine çıkan kişilerin gelirlerinde kesinti yapılmaması ve bu kişilerin yerine sözleşmeli personelin kısa süreli istihdam edilmesi sağlanabilir.
- 112 çalışanlarına 90 gün fiili hizmet hakkı verilmelidir ve yıpranma payları dikkate alınarak erken emeklilik için düzenleme yapılmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

- Acil sağlık hizmetlerinde çalışan personele psikolojik destek sağlanmalıdır.
- Hem etkin koordinasyon ve iletişimin hem de motivasyonun sağlanabilmesi için acil sağlık personelinde rütbelendirme (kıdem) olmalıdır. 3 yıllık veya 5 yıllık dönemlerde yeterlilik sınavlarına girilerek bu kıdemler alınmalı ve başarılı olanların maddi durumlarında iyileştirme yapılmalıdır.
- İstasyon sorumlusu olarak çalışan personelin döner sermaye tavan ücretlerinde iyileştirme yapılmalıdır.
- İnsan kaynağı, vakalar ve altyapıların dikkate alınarak acil serviste çalışma saatlerinin yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. 112 vakalarının yoğun olarak görüldüğü bölgeler istatistiki olarak değerlendirilmeli ve bu yerlerde 12/48 saat çalışma sistemine geçilmelidir. Yoğun vakaların olmadığı ve C tipi 112 istasyonlarında ise personel durumu göz önünde bulundurularak 24 saat esasına göre çalışma sistemi belirlenebilir.
- Acil ve Afet Yardım Yönetimi bölümü mezunlarına firemedik kadrosu oluşturulabilir ve acil servis ve itfaiye hizmetleri birleştirilerek verilebilir.
- Kurum tarafından verilen üniformaların çalışanların bedenlerine uygun olarak temin edilmesi gerekmektedir.
- Üst öğrenim olarak kabul edilen bölümler mutlaka güncellenmeli, mesleği ile ilgili bir üst öğrenimi bitiren kişilerin üst öğrenimi kabul edilmeli ve kurumlar arasındaki uygulama farklılıkları giderilmelidir.
- Acil sağlık çalışanları için sağlık taraması yapılmalı, bir merkezle veya hekimle anlaşarak 112 ekiplerinin hizmeti aksatmayacak şekilde sağlık taramalarından geçirilmeleri gerekmektedir.

Sorun 3: Acil servislerde kurum kültürü; personel devir hızı yüksek olduğundan tam olarak gelişmemektedir. Hastane öncesi veya hastane döneminde eğitim alan kişilerin önemli bir kısmı ilerleyen senelerde işten ayrılmakta ve farklı birimlerde çalışmaktadır. Bu durum kurumsal kültürün oluşmasına engel olmaktadır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Çözüm Önerileri:

- Hastane öncesi ve hastane dönemi çalışanlarına verilen eğitimlerin ge-reği olarak kişiler eğitim gördükleri birimlerde belirli bir süre çalıştırılma-lıdır.

4.4.4 Altyapı Boyutu

Sorun 1: 112 istasyonlarının ve komuta kontrol merkezlerinin bulunduğu binalar ve hastanelerde 112 hizmetleri için ayrılan yerlerin bazılarının uygun çalışma ortamı sağlamadığı gözlen-mektedir. 112 komuta kontrol merkezlerinde ve istasyonlarda bina ola-rak bir standart bulunmamaktadır. Bazen bir apartmanın bodrumunda bazen de konteynırlarda hizmet veren istasyonlar bulunabilmektedir. İst-asyon amacıyla kullanılan binaların bazılarının penceresinin olmadığı, rutubetli, havalandırma açısından yetersiz, binaların -2. katlarında ko-nuşlandırıldığı gözlenmektedir. Hastane önlerinde ambulans park yeri sorun olmaktadır. Ayrıca ambulansların temizliği için belirli bir alan bu-lunmamakta, temizlik açısından petrol istasyonları kullanılmakta bu da tıbbi atıkların gerektiği gibi uzaklaştırılmamasına yol açarak ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Komuta kontrol merkezlerine ve istasyonlara bir standart getirilmeli ve bu binalar kamuya ait alanlar olmalıdır. İstasyonlarda görev yapan kişi-lere göre belirli bir alan (m²), malzeme depoları, dinlenme salonları ve ambulans park yerleri bulunmalıdır.
- İstasyonlarda görev yapan kişilerin sayısına göre istasyon büyüklükleri belirlenmelidir.
- 112 istasyonları konuşlandırılırken bölge ve vaka istatistikleri göz önüne alınarak konuşlandırılmalıdır.
- Ambulans giriş ve çıkış yolu sürekli olarak açık tutulmalıdır.
- Ambulansların temizliği için belli bir alan olmalı ve tıbbi atıkların uygun şekilde uzaklaştırılması sağlanmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

Sorun 2: Yıllar itibariyle bakıldığında ambulansların sayısal olarak önemli bir oranda arttığı ancak niteliksel olarak yetersiz kaldığı gözlenmektedir. Özellikle fabrikadan kamyonet olarak çıkan araçlar birkaç günlük modifiyeden sonra ambulans olarak kullanılmaya başlanmaktadır. Ayrıca ambulanslarda bulunması gereken malzemelerde bir standart bulunmamaktadır. Bu durumlar ambulansların verimli çalışmasına engel olmaktadır.

Çözüm Önerileri:

- Fabrikadan ambulans olarak çıkan araçların alınması sağlanmalıdır.
- Ambulanslar ulusal ve uluslararası özelliklere göre asgari şartları taşımalıdır. Özellikle araçlar seyir halindeyken ön ve arka bölüme geçişlerin yapılabileceği şekilde tasarlanmalıdır.
- Ambulanslarda bulunan tıbbi sarf malzemelerinin temini konusunda bir standart oluşturulmalıdır.
- Bulundurulması zorunlu malzemelerin eksiksiz bir şekilde tüm ambulanslarda bulundurulması sağlanmalıdır.

Sorun 3: Yeni teknolojik ürünlere uyum sağlamak için yeni iş yükleri oluşabilmekte ve zaman kayıpları yaşanabilmektedir. Hizmetlerin geliştirilmesi için sürekli teknolojik araç-gereçlerin verilmesi; teknolojiyi kullanabilen personelin olmaması nedeniyle amacına ulaşamamakta ve bazen vakit kayıplarının yaşanmasına ve hizmetin zamanında verilememesine yol açabilmektedir.

Çözüm Önerileri:

- Sürekli yeni araç gereçlerin verilmesi yerine mevcut teknolojik ürünlerin etkinliğinin artırılması sağlanmalıdır.
- Acil servislerde hastaların daha önceki teşhis ve tedavi işlemlerinin acil serviste görev yapan doktorlar tarafından görüntülenmesini sağlayacak sistemler geliştirilmeli ve teşhis ve tedavi kararlarında bu veriler dikkate alınmalıdır.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

- Karar destek sistemleri geliştirilerek vakaların sayısı ve yoğunluğu, ulaşılan süre gibi veriler kayıt altına alınmalı ve bu veriler planlamada ve diğer yönetsel kararların verilmesinde kullanılmalıdır.
- Teknolojik cihazlar minimum iş yükünü oluşturacak ve kullanımı kolay olacak şekilde ve aynı zamanda çalışan personelin eğitim ve beceri düzeyleri de dikkate alınarak tasarlanmalıdır. Teknolojik ürünlerin kullanılmasıyla ilgili mutlaka eğitim verilmelidir.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

KAYNAKÇA

- Akdağ R. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, (2003-2010).
- Akdağ R. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara.
- Aktel M., Altan Y., Kerman U., Eke E. (2013). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Teşkilatı Üzerinden Bir Analiz. Sosyal Bilimler Dergisi, 15(2).
- Atasever M. (1998), Hizmet İşletmelerinde İşyeri Düzenlemesi, Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezlerinde Bir Uygulama, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Atasever M. (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Sağlık Harcamalarının Analizi (2002-2013). Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Atasever M. ve Demiralp K.Ö. (2015). Türkiye Ağız Diş Sağlığı ve Dental Görüntüleme Hizmetleri, Ankara, Tablet İletişim, Bilişim Danışmanlık Ltd.Şti.
- Atasever M. (2016), Türkiye Sağlık Sisteminde Sağlanan Gelişmeler, Ankara, SASAM Enstitüsü Yayınları.
- Atasever M. (2016). “112 Acil Sağlık Hizmetleri” Sunumu, SASAM Enstitüsü Acil Sağlık Hizmetleri Odak Grup Görüşmesi, Ankara.
- Ateş M. (2013), Sağlık Hizmetleri Yönetimi, İstanbul, Beta Yayınları.
- Ateş M. (2012), Sağlık İşletmeciliği, İstanbul, Beta Yayınları.
- Erençil A. & Yolcu V. (2008), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetim, Memleket Siyaset Yönetim, 3(6): 118-136.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı (2014), Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Kavuncubaşı Ş. (2000). Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Ankara, Siyasal Kitap Evi.
- Kavuncubaşı Ş. ve Kısa, A. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskisehir, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429.
- Köksal, G. (2010) 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısının İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları Üzerine Etkisi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İstanbul.
- Lamba M. & Altan Y.& Aktel M. & Kerman U. (2014), Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme, Amme



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

İdaresi Dergisi, 47(1): 53-78.

- Milli Eğitim Bakanlığı, (2011) Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, Ankara, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- Orhaner E. (2006), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 1.
- OECD ve WORLDBANK,(2008), OECD Sağlık Sistemleri İncelemeleri: Türkiye, ISBN 978-975-590282-1
- Tatar M. (2011), Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2011 / 1.
- Tengilimoğlu, D. & Işık O. & Akbolat M. (2012), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, ISBN:978-605-133-184-3, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul Ve Esasları, Yönerge, 3131, 31 Ekim 2012.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Resmi Gazete, 2709, 18 Eylül 1982.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan (2010-2014), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788, ISBN: 978-975-590-315-6.
- TKHK Kamu Hastane Birlikleri, http://www.tkhk.gov.tr/645_kamu-hastane-birlikleri, Erişim tarihi 16.05.2016.
- Sağlık Bakanlığı TBMM 2016 Bütçe Sunumu. <https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/2016OCAK/tbmm.pdf>, Erişim tarihi 16.05.2016.
- Sağlık Bakanlığı, (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, Ankara. http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf
- SASAM Analiz, Üçüncü Yılında Kamu Hastane Birlikleri. <http://www.saglik-sen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/dd18fad7475cd33af7c868598d4ed6e2.pdf>, Erişim Tarihi 16.11.2015.
- Sağlık Sen, SASAM Enstitü, Kamu Hastane Birlikleri (Saha Araştırması), Sağlık Sen Yayınları 31, Kasım 2015, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2007). Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, Ankara.
- S. B. Türkiye Sağlık Sistemleri Performans Değerlendirmesi 2011 (2012), ISBN: 978-975-590-429-0 OPUS Basım Yayın Ltd. Şti., Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan (2014-2018), Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

- Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete, 17927 Mük,13 Ocak 1983
- Seçim H. (1991). Hastane Yönetimi ve Organizasyonu-Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, İşletme Fakültesi Yayın No:252, İstanbul, s. 5.
- Sur H. ve Palteki T. (2013), Hastane Yönetimi, İstanbul, Nobel yayıncılık.
- <http://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/teskilatyapisi.pdf>, Erişim Tarihi 16.11.2015.
- 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete Tarih: 2.11.2011 Resmi Gazete Sayı: 28103.
<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=4.5.663&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=4&Tertip=5&No=663>, Erişim tarihi 16.05.2016.
- YÖK, Türkiye’de Sağlık Eğitim ve Sağlık İnsangücü Raporu, Şubat 2014, Eskişehir.
- Sağlık Bakanlığı (2012) Stratejik Plan 2013-2017. Erişim: <http://pydb.saglik.gov.tr/documents/stratejik%20plan%202013-2017.pdf> Erişim Tarihi: 23.05.2016
- Sağlık Bakanlığı (2016). Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15510/il-ve-ilce-saglik-mudurlugu.html>



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

EK-1 KATILIMCI LİSTELERİ

SAĞLIKTA ÖRGÜTLENME

- » Defne DEMET - SASAM Sosyal Politikalar Uzmanı
- » Doç.Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN - SASAM İşgücü Politikaları Ve Sendikal Haklar Direktörü
- » Doç. Dr. Haluk ÖZSARI - Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Öğretim Üyesi
- » Doç. Dr. İbrahim YAKUT - SB TKHK Ankara 3. Bölge KHB Kızılcahamam Devlet Hastanesi Genel Sekreteri
- » Dr. Berna ÖZTÜRK - Denizli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri
- » Dr. Dursun KOÇ - Bartın İl Sağlık Müdürü
- » Dr. Hasan ÖZNAVRUZ - Konya Aile Sağlık Müdürü
- » Dr. Osman AYDIN - Sağlık Bakanlığı Isparta Genel Sekreteri
- » Dr. Mustafa Erkan ÇİÇEK - Ankara İl Sağlık Müdürü
- » Ebru GEDİK ASKAN - DPB Uzmanı
- » Fatih SEYRAN - Sağlık-Sen Genel Sekreteri
- » Handan ÖZTÜRK - Sincan İlçe Sağlık Müdürlüğü Yönetim Hizmetleri Şube Müdürü
- » Hasan ALTAY - DPB Uzmanı
- » Himmet BAYAR - Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı
- » İdris BAYKAN- Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı
- » İsmail AYAZ - DPB Teşkilat ve Yönetimi Geliştirme Daire Başkanı
- » Mehmet ATASEVER - SASAM Sağlık Politikaları Direktör Yardımcısı
- » Meral GÖKTAŞ - Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH Bakım Hizmetleri Müdürü
- » Metin MEMİŞ - Sağlık-Sen Genel Başkanı
- » Nihan READY - SASAM Sağlık Politikaları Uzmanı
- » Onur Burak BARKAN - SASAM Sağlık Politikaları Uzmanı
- » Özlem TİTREK- Sağlık-Sen Hukuk Müşaviri
- » Prof Dr. Mustafa Necmi İLHAN – SASAM Sağlık Politikaları Direktörü



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

TEDAVİ EDİCİ HİZMETLER ODAK GRUP GÖRÜŞMELERİ

- » Abdülaziz ASLAN - Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı
- » Doç. Dr. Hakan BULUŞ - Keçiören EAH, Genel Cerrahi Kliniği Eğitim Ve İdari Sorumlusu
- » Dr. Hasan GÜLER - Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genel Müdür Yardımcısı
- » Dr. Mehmet DEMİR - Sağlık Bakanlığı Sağlık Politikaları Kurulu Üyesi
- » Dr. Necdet İMAÇ - Tepebaşı ADSM Hastane Başhekimi
- » Dr. Osman AYDIN - Isparta Genel Sekreteri
- » Dr. Salih SÜRÜCÜ - TKHK İletişim Daire Başkanlığı Tabip Atama Daire Başkanı
- » Fatih SEYRAN - Sağlık-Sen Genel Sekreteri
- » İbrahim AVŞAR - SGK Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Şube Müdürü
- » İdris BAYKAN - Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı
- » Keziban AVCI - Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- » Mehmet ATASEVER - SASAM Sağlık Politikaları Direktör Yardımcısı
- » Mehmet GÖZLÜ - Hacettepe Üniversitesi Araştırma Görevlisi
- » Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN - SASAM İşgücü Politikaları ve Sendikal Haklar Direktörü
- » Murat KALEM - Sağlık Bakanlığı Müşaviri
- » Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN - SASAM Sağlık Politikaları Direktörü
- » Mustafa ÖRNEK - Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı
- » Oktay ARSLAN - Sami Ulus Eah İdari Mali Hizmetler Müdürü
- » Dr. Özcan KARS- SASAM Sosyal Politikalar Direktörü
- » Prof. Dr. Haydar SUR - Biruni Üniversitesi Rektör Yardımcısı
- » Semih DURMUŞ - Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı
- » Serkan YORGANCILAR - Etlik Zübeyde Hanım İdari Hizmetler Müdürü
- » Tuğba KANBUR - Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Hemşiresi
- » Uzm. Adnan TEKİN - Beyhekim Devlet Hastanesi Müdürü



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

KORUYUCU ÖNLEYİCİ

- » Defne DEMET –SASAM Sosyal Politikaları Uzmanı
- » Doç. Dr. Ercüment BEYHUN- KATÜ Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi
- » Doç. Dr. Füsun ARTIRAN İĞDE - Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD Öğretim Üyesi
- » Doç. Dr. İlhan ÇETİN - Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi
- » Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN - SASAM İşgücü Politikaları ve Sendikal Haklar Direktörü
- » Dr. Adem KUCUR - Aile Hekimliği Uygulama Daire Başkanı
- » Kanuni KEKLİK - Halk Sağlığı Kurumu Daire Başkanı
- » Dr. Kağan KARAKAYA - Sağlıkın Teşviki Ve Geliştirilmesi Daire Başkanı
- » Dr. Özcan KARS - SASAM Sosyal Politikalar Direktörü
- » Eyüp ÖKSÜZ - SGGM Uzman
- » Murat KALEM - Sağlık Bakanlığı Müşaviri
- » Özlem TİTREK - Sağlık-Sen Hukuk Müşaviri
- » Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN - SASAM Sağlık Politikaları Direktörü
- » Prof. Dr. Zeynep Aytül ÇAKMAK - Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Abd Öğretim Üyesi
- » Uz. Yrd. Kenan GÖZLÜ - THSK Sağlık Uzman Yardımcısı
- » Uz. Dr. Lütfi AKGÜN - Afyon Halk Sağlığı Müdürü
- » Uz. Dr. Ümit ATMAN - Manisa Halk Sağlığı İl Müdürlüğü Yunus Emre Tsm Başkanı
- » Yavuz ATEŞ - Türkiye Halk Sağlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanı
- » Yrd. Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR - Halk Sağlığı Uzmanı



Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi
(Odak Grup Görüşmeleri Raporu)

ACİL SAĞLIK HİZETLERİ

- » Ahmet Hamdi ALPAKAN - Paramedik Derneği Genel Başkanı
- » Bahattin GÜLLÜ - Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanı
- » Can CANSIZLAR - Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü
- » Dr. Mehmet GÜL - Acil Tıp Uzmanları Derneği
- » Dr. Muammer TOPUZ - Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü 112 Şube Müdürü
- » Dr. Murat ÇOKAY - Yalova Devlet Hastanesi Acil Tıp Uzmanı
- » Dr. İbrahim KARADAĞ - Afyon İl Sağlık Müdürlüğü Müdür Yardımcısı
- » Ertuğrul ERİK - Tapder Genel Başkanı
- » Fatih Mehmet ARAS - Paramedik
- » Fatih SEYRAN - Sağlık-Sen Genel Sekreteri
- » Furkan ERGÜN - Ankara Üniversitesi Öğretim Görevlisi
- » Hikmet Selçuk GEDİK - Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
- » Kadir AY - Ankara 112 Att
- » Kübra YILDIRIM - Sağlık-Sen Avukatı
- » Mehmet ATASEVER - SASAM Sağlık Politikaları Direktör Yardımcısı
- » Mehmet Gözölü - SASAM Sağlık Politikaları Direktör Yardımcısı
- » Metin MEMİŞ - Sağlık-Sen Genel Başkanı
- » Mustafa ÖRNEK - Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı
- » Onur Burak BARKAN - SASAM Sağlık Politikaları Uzmanı
- » Selçuk EVREN - Paramedik
- » Uz. Dr. Yavuz YİĞİT - Acil Tıp Uzmanı
- » Uz. Dr. Gülşah YAVUZ - Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Proje Yönetimi Daire Başkanı