

**SEKİZİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI ÖNCESİ  
TÜRKİYE GENELİNDE VE KAHRAMANMARAŞ İLİNDE  
SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN DURUMU**

**Osman TEKİNEL**  
KSÜ, Ziraat Fakültesi  
Tarımsal Yapılar ve Sulama Bölümü  
Kahramanmaraş

**Onur DENİZ**  
KSÜ, Ziraat Fakültesi  
Zootečni Bölümü  
Kahramanmaraş

**ÖZET**

Türkiye’de sağlık konusunda gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliğin sağlanabilmesi için sağlık kuruluşlarının tekelden planlanıp hizmet vermesi konusu devletin Anayasal yükümlülükleri arasında yer almaktadır. Ancak, halen ülke nüfusunun bir bölümü hiçbir sağlık güvencesinden yararlanamadığı gibi, bu imkanlardan yararlananların da aldığı sağlık hizmetlerinden memnun olduğunu söylemek olanaklı değildir. Bu bağlamda 2001 - 2005 yılları arasında uygulanacak olan "**Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**" öncesi ülkemizde sağlık hizmeti bakımından pek çok sorun çözülmüş olmasına karşın, bazı sorunlar da varlığını sürdürmektedir.

Ülkemiz genelinde 2000 yılı sonu itibarıyla hastane sayısının 1.220 ye, sağlık ocağı sayısının 5.700 e, sağlık evi sayısının 13.500 e ulaşması beklenmekte, 807 kişiye 1 hekim, 384 kişiye 1 hasta yatağı düşeceği tahmin edilmektedir. 1999 yılı itibarıyla hasta yataklarının yüzde 38 i, hekimlerin ise yüzde 40 ı nüfusun yüzde 25,6' sının yaşadığı üç büyük ilde bulunmaktadır. Ülke genelinde yatak kullanım oranı yüzde 59 dur.

Çevre illere kıyasla Kahramanmaraş'ta hekim sayısı 479 ile en düşük değere sahiptir. Ayrıca hekim başına düşen nüfus 1872, diş hekimi başına düşen nüfus 9856; hemşire başına düşen nüfus 1390 ve diğer sağlık personeli başına düşen nüfus ise 2025 adet olup çevre illere ve Türkiye ortalamasına göre oldukça düşük değerlere sahiptir. Öte yandan Ülkemiz genelinde yatak işgal oranı yüzde 60 iken bu oran Kahramanmaraş için yüzde 57,91 dir. Kahramanmaraş'ın geniş bir kırsal yerleşim alanına sahip olması ve bugünkü nüfusunun bir milyonun üstüne ulaşması, bölge halkının sağlık hizmetlerinde büyük eksikliklere ve aksamalara yol açmaktadır. Türkiye genelinde yatak başına düşen nüfus sayısı 384 iken bu rakam Kahramanmaraş için 822 dir.

**Anahtar Kelimeler:** Kalkınma Planı, Sağlık Sektörü, Türkiye, K.Maraş.

**HEALTH SECTOR OF STATE IN TURKEY AND KAHRAMANMARAŞ  
PRIOR TO THE EIGHT FIVE YEAR DEVELOPMENT PLAN**

**ABSTRACT**

According to the constitution, the subject of taking necessary measures and maintaining the continuity in the health sector are among the duties of the State which has a monopoly over the planning and providing services in Turkey. However, a part of population does not currently benefit from the health security and it is also

not possible to say that those who benefit from these services are satisfied. In this respect, in the country, some problems related to the health services are solved prior to the "Eight Five-Year Development Plan" which is being implemented between the years 2001-2005, and on the contrary, some issues still maintain their existence.

In the country, as of the end of year 2000, the numbers of hospital, health centre (sağlık ocağı) and health house (sağlık evi) is expected to reach 1.220, 5700 and 13500 and the numbers of the person for per doctor and per bed are estimated to be 807 and 304 respectively. As of 1999, 38 percent of the patient beds and 40 percent of the doctors are concentrated on the three big cities in which 25.6 percent of the population lives. The rate of bed occupation is 59 percent in the general of the country.

In comparison with the surrounding cities, Kahramanmaraş has the lowest number of the doctor which is 479. Population for per doctor, per dentist, per nurse and per other health personal are 1872, 9856, 1390 and 2025 respectively, which are also quite low in comparison with the surrounding cities and the average of Turkey. On the other hand, while the bed employment rate in the general of the country is 60 percent, their rate is 57.9 percent for Kahramanmaraş. Having a large rural area currently reaching over 1 million population has led to the big deficiencies and distribution problems in the health sector which serve the public in the region of Kahramanmaraş. While the number of population for per bed is 384 in the general of Turkey, this number is 822 for Kahramanmaraş.

**Keywords :** Development Plan, Health Sector, Turkey, K.Maraş.

### **GİRİŞ**

Türkiye’de sağlık konusunda gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliğin sağlanabilmesi için sağlık kuruluşlarının tekelden planlanıp hizmet vermesi konusu devletin Anayasal yükümlülükleri arasında yer almaktadır. Ancak, halen ülke nüfusunun bir bölümü hiçbir sağlık güvencesinden yararlanamadığı gibi, bu imkanlardan yararlananlar da aldığı sağlık hizmetlerinden memnun değildir. Sağlık sistemimizde en önemli pay tedavi edici almakta doktor ağırlıklı bir hizmet sunulmaya çalışılmaktadır (1). Temel sağlık hizmetleri teorik olarak önemsenmekte ise de pratikte istenilen yaygınlık ve etkinlikte bir koruyucu sağlık hizmeti sunulmamaktadır. Özellikle kırsal ve kentsel yörelerde, doğu ve batı bölgesine ilişkin veriler kıyaslandığında standart bir sağlık kalitesini yakalayabildiğimiz söylenememektedir.

2001-2005 yılları arasında uygulanacak olan "Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı" öncesi ülkemizde sağlık hizmeti bakımından pek çok sorun çözülmüş olmasına karşın, bazı sorunlar da varlığını sürdürmektedir (2).

Ülkemiz genelinde 2000 yılı sonu itibarıyla hastane sayısının 1.220 ye, sağlık ocağı sayısının 5.700 e, sağlık evi sayısının 13.500 e ulaşması beklenmekte, 807 kişiye 1 hekim, 384 kişiye 1 hasta yatağı düşeceği tahmin edilmektedir. 1999 yılı itibarıyla hasta yataklarının yüzde 38 i, hekimlerin ise yüzde 40 ı nüfusun yüzde 25,6' sının yaşadığı üç büyük ilde bulunmaktadır. Ülke genelinde yatak kullanım oranı yüzde 59 dur.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı öncesinde ülkemiz genelinde sağlık insan gücünün ve alt yapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı, kuruluşlar ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliği devam etmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilememiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleri ile birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulması sağlanamamıştır.

Hızlı kentleşme ile birlikte artan kentli nüfusun birinci basamak sağlık hizmeti talebini karşılayacak etkin bir model geliştirilememiş ve aile hekimliği uygulamasına geçilememiştir.

Hizmet kademeleri arasında hasta sevk sistemi kurulamamış, sigorta kapsamındaki kişilere hekim ve hastane seçme hakkı sağlanamamıştır.

Hastaneler idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulamamış, çağdaş işletmecilik anlayışı ile yönetilmeleri sağlanamamıştır.

Sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılması, mevcut kaynakların daha etkili ve verimli kullanılması, kaynakların öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi önemini korumaktadır.

Ülke sathında acil ve ilk yardım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, mobil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, yönetim ve koordinasyon merkezinin oluşturulması ihtiyacı devam etmektedir.

Kamu kesimine ait hastanelerde yarı zamanlı çalışma statüsü uygulanması, insan gücü ve alt yapı imkanlarından yeterince yararlanılamamasına ve tıp eğitiminin olumsuz etkilenmesine yol açmıştır.

Tablo 1. Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları

Kuruluşlar	1995		2000	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı (1)	Yatak Sayısı (1)
Sağlık Bakanlığı	677	76991	742	84200
M.Savunma Bakanlığı	42	15900	42	15900
SSK Genel Müdürlüğü	115	25397	116	27300
KİT	9	2099	10	2217
Diğer Bakanlıklar	2	680	2	680
Tıp Fakülteleri	33	20811	43	24200
Belediyeler	5	1160	8	1313
Yabancılar	5	609	4	3020
Azınlıklar	5	934	5	934
Dernekler	15	1224	18	1436
Özel	141	6167	230	11500
<b>Toplam</b>	<b>1.049</b>	<b>150565</b>	<b>1220</b>	<b>170000</b>

Kaynak Sağlık Bakanlığı, DPT.

(1) Tahmin.

Tablo 2. Sağlık Düzeyi Göstergelerindeki Gelişmeler

	1995	1996	1997	1998	1999(1)	2000(1)
Hasta Yatak Sayısı	150.565	155.819	159.291	164.887	168.716	170.000
Yatak Başına Düşen Nüfus Sayısı	402	394	392	384	381	384
Yatak İşgal Oranı (%)	58	57.5	57.5	58	59	60
Sağlık Ocağı Sayısı	4.927	5.167	5.366	5.538	5.600	5.700
Hekim Sayısı	69.349	70.947	73.659	77.344	79.125	80.900
Hekim Başına Düşen Nüfus Sayısı	872	866	847	819	813	807
Diş hekimi Sayısı	11.717	12.406	12.737	13.421	13.810	14.200
Diş hekimi Başına Düşen Nüfus sayısı	5.163	4.951	4.900	4.722	4.658	4.599
Hemşire Sayısı	64.243	64.526	67.265	69.146	70.000	71.000
Hemşire Başına Düşen Nüfus Sayısı	942	952	928	917	919	919
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi (Yıl)	68.0	68.2	68.4	68.7	68.9	69.1
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	43.1	41.4	39.8	38.3	36.8	35.3

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT.

(1) Tahmin.

- 1994-1995 öğretim yılında 25 olan tıp fakültelerinin sayısı, 1998-1999 öğretim yılında 46 ya yükselirken, aynı dönemde yeni kayıt olan öğrenci sayısı 5.087 den 4.514 e düşmüştür. Bu durum, gelişmiş tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanlarını azaltmasından kaynaklanmıştır. Yeni tıp fakülteleri kurulması yerine mevcut tıp fakültelerinin eğitim, araştırma, insan gücü ve alt yapı bakımından güçlendirilerek yeni kayıt olan öğrenci kontenjanlarında azalmanın önlenmesi ve etkili bir insan gücü planlaması yapılması ihtiyacı önemini korumaktadır.

- 1995-2000 yılları itibarıyla kuruluşlara göre hastane ve yatak sayısı ile sağlık düzeyi göstergelerindeki gelişmeleri Tablo 1 ve Tablo 2 de belirgin düzeyde izlemek ve kıyaslamak mümkündür.

Türkiye genelinde Sağlık Sektörünün durumuna ana başlıklar altında değindikten sonra Kahramanmaraş ilinde mevcut durum şu şekilde özetlenebilir.

Kahramanmaraş ilinde sağlık sektörünün durumunu, Türkiye geneli, seçilmiş bazı bölge ve komşu illerle kıyaslamak amacı ile Tablo 3, Tablo 4 ve Tablo 5 hazırlanmıştır. Söz konusu tabloların incelenmesinden de açıkça görüleceği gibi, çevre illere kıyasla Kahramanmaraş'ta hekim sayısı 479 ile en düşük değere sahiptir. Ayrıca hekim başına düşen nüfus 1872, diş hekimi başına düşen nüfus 9856; hemşire başına düşen nüfus 1390 ve diğer sağlık personeli başına düşen nüfus ise 2025 adet olup çevre illere ve Türkiye ortalamasına göre oldukça düşük değerlere sahiptir. Öte yandan Ülkemiz genelinde yatak işgal oranı yüzde 60 iken bu oran Kahramanmaraş için yüzde 57,91 dir (3,4).

Tablo 3. Türkiye Genelinde ve Seçilmiş Bazı Yörelere ile Kahramanmaraş İlinde Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus (Adet)

Bölgeler / İller	Hekim Sayısı	Hekim Başına Nüfus	Diş Hekimi Sayısı	Diş Hekimi Başına Nüfus	Hemşire Sayısı	Hemşire Başına Nüfus
Türkiye Geneli	80900	807	14200	4599	71000	919
Marmara Bölge	22310	693	5025	3077	38211	405
Ege Bölgesi	10340	809	1740	4809	25600	327
Adana	1786	1188	226	9390	4840	438
Antalya	1552	888	466	2958	3687	374
G.Antep	688	1686	102	11369	1617	717
Kayseri	1058	955	120	8417	2445	413
Malatya	630	1151	73	9934	2066	351
Kahramanmaraş	479	1872	91	9856	2025	4429

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü Bim Kayıtları

Not: Askeri Personel Dahil Değildir.

Tablo 4. Türkiye Geneline Seçilmiş Bazı Bölge ve Kahramanmaraş ile İllerde Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları(Adet)

Kuruluşlar	Türkiye Geneli	Akdaniz Bölgesi	K.Maraş	G.Antep	Kayseri	Malatya
Hastane Satıyı	1034	111	11	11	16	9
-Kamu(1)	850	86	9	7	14	8
-Özel	184	25	2	4	2	1
Yatak Satıyı	139919	14574	1160	1865	2016	1072
-Kamu(1)	129817	13622	1080	1730	1956	1047
-Özel	10042	952	80	135	40	25

Kaynak: DPT, DİE, Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü Bim Nisan 2001

Not: Askeri Hastaneler Dahil Değildir.

(1) Kamu Hastaneleri ve Yatak Sayısına SSK Hastaneleri ve Sağlık Merkezleri de Dahil Edilmiştir.

Kahramanmaraş'ın Geniş Bir Kırsal Yerleşim Alanına Sahip Olması Ve Bugünkü nüfusunun bir milyonun üstüne ulaşması, bölge halkının sağlık hizmetlerinde büyük eksikliklere ve aksamalara yol açmaktadır. Türkiye genelinde yatak başına düşen nüfus sayısı 384 iken bu rakam Kahramanmaraş için 822 dir.

Türkiye'de her beş yılda bir kalkınma planları hazırlanmaktadır. Bu süreç içinde, her sektörde ulaşılması arzulanan hedefler ve bunlara ulaşma yolları belirlenmektedir. Sağlık sektöründe de yapılan yedi plan çerçevesinde makro düzeyde hedefler belirlenmiş, bunların bir bölümü planlanan süre içinde gerçekleştirilmiş, bir bölümüne ise ulaşılamamıştır.

Tablo 5. Türkiye Genelinde ve Seçilmiş Bazı Yörelere ile Kahramanmaraş İlinde Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus (Adet)

İller	Hekim Sayısı	Hekim Başına Nüfus	Diş Hekimi Sayısı	Diş Hekimi Başına Nüfus	Hemşire Sayısı	Hemşire Başına Nüfus
Türkiye Geneli	80900	807	14200	4599	71000	919
Marmara Bölge	22310	693	5025	3077	38211	405
Ege Bölgesi	10340	809	1740	4809	25600	327
Adana	1786	1188	226	9390	4840	438
Antalya	1552	888	466	2958	3687	374
G.Antep	688	1686	102	11369	1617	717
Kayseri	1058	955	120	8417	2445	413
Malatya	630	1151	73	9934	2066	351
Kahramanmaraş	479	1872	91	9856	2025	4429

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü Bim Kayıtları

Not: Askeri Personel Dahil Değildir.

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemek, sağlık kazanımlarını artırmak ve sağlık kaynaklarının dağılımını seçilen kriterlere göre gerçekleştirmek amacıyla ilk önce verilmesi gereken husus hizmetlerin seçilmesini içerir. Öncelik belirleme, kaynakları sunum ve finansman yöntemleri ne olursa olsun tüm sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı bir olgudur. Tercih edilen yöntemler ve seçilen öncelikler farklı olmasına karşın, öncelik belirleme evrensel bir uygulamadır.

Öncelik belirleme süreci, politik baskılardan yoğun bir biçimde etkilenen ve farklı grupların çıkar çatışmalarına sahne olan bir süreçtir. Bu sürecin en önemli özelliklerinden biri de toplumsal değerler ve ilkelerle uyumlu olması gereğidir. Öncelik belirleme sürecinde, seçilen müdahalelerin en azından aşağıdaki üç teknik kriteri karşılaması beklenir:

- Müdahaleler hastalık yükünü önemli ölçüde azaltacak nitelikte olmalıdır,
- Maliyet etkililik kriterlerini karşılayabilmelidir,
- Toplum tercihlerini tatmin etmelidir.

## VIII. BYKP DÖNEMİNDE SAĞLIK POLİTİKASI DÜZEYİNDE ÖNCELİKLER

### SORUNLAR

-Makro düzeyde sağlık sisteminde mevcut olan sorunlar tüm sağlık sektörünü ve toplumun sağlık statüsünü olumsuz yönde etkilemektedir. Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum sağlık sisteminde hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden enformasyon sistemine ve ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerektirmektedir. Bu konularda hangi alanların öncelikli olduğu aşağıdaki bölümlerde ele alınmıştır. Ancak sağlık politikası düzeyinde gerekli değişiklikler gerçekleştirilmeden bu alanlarda başarıya ulaşmak mümkün görünmemektedir. Sağlık politikası düzeyinde temel sorunlar şu şekilde sıralanabilir

- Sağlık politikalarının belirlenme süreci bugünkü yapısıyla incelendiğinde, sağlık politikalarının herhangi bir sistematığe bağlı olmadan o günkü ekonomik ancak, daha çok siyasi tercihler çerçevesinde belirlendiği görülmektedir. Sağlık politikalarının geniş toplum katılımı sağlanmadan, günlük ihtiyaçlara cevap verecek şekilde belirlenmesi sistemin tutarlılığına ve bütünlüğüne zarar vermektedir.

- Makro düzeyde en önemli sorunlardan birisi, Sağlık Bakanlığının rol ve sorumluluklarının yeniden belirlenmesi ve bunlarla uyumlu bir yeniden yapılanma sürecine girilmesidir.

- Sağlık sisteminin merkeziyetçi yapısı hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

- Sağlık politikası düzeyinde ele alınması gereken önemli sorunlardan biri eşitlik konusudur. Eldeki sınırlı araştırma bulguları Türkiye'de sağlık göstergeleri ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında böleler ve gruplar arasında önemli eşitsizliklerin bulunduğunu göstermektedir. Anayasa'nın temel prensiplerinden olan "sağlığın bir hak olmasından" hareketle eşitlik konusu ele alınmalı ve geliştirilecek politikalar bu bakış açısıyla hazırlanmalıdır.

- Sağlık politikası düzeyinde önemli sorunlardan biri de, sağlığı etkileyen faktörlerin sektörler arası olma boyutunun göz ardı edilmesidir. Bilindiği üzere sağlık hizmetleri bir toplumun sağlık statüsünü etkileyen öğelerden sadece biridir. Sağlık politikaları belirlenirken diğer sektörlerin sağlık üzerindeki etkisini göz önüne alan bir anlayışın gelişmesi gerekmektedir(5,6).

### ÖNERİLER

- Sağlık politikası düzeyinde en önemli öncelik Sağlık Bakanlığının rol ve sorumluluklarını yeniden düzenlenmesidir. Aşağıda önerilen önceliklerle de uyumlu olarak, Sağlık Bakanlığı hizmet üreten bir kuruluş olmaktan çok, sağlık politikalarını belirleyen, bunları izleyen ve hizmet kalitesini denetleyip hizmetlerde standardizasyonu gözeten bir kurum haline dönüştürülmelidir.

- Yukarıdaki öneriyle de bağlantılı olarak sağlık hizmetlerinde çağdaş desantralizasyon ilkeleriyle uyumlu bir yeniden yapılanmaya gidilmelidir. Ülkemizde şu anda dekonsantrasyon ilkeleriyle uyumlu bir örgütlenme mevcuttur. Desantralizasyonun bu türü bir çokları tarafından sadece iş yükünün devri olarak nitelendirilmektedir. İlk aşamada yapılması gereken, bu sistem içinde en üst düzeyde yetki ve sorumluluk devrini gerçekleştirmek daha sonra devolüsyona yani yerel düzeye yönelmektir. Ancak burada unutulmaması gereken, sadece sağlık sektöründe desantralizasyon ilkelerine yönelmenin istenilen sonuçları veremeyeceğidir.

- "Sağlıklı kamu politikası" nı geliştirecek mekanizmalar kurulmalıdır. Bilindiği üzere, toplum sağlığı üzerinde etkisi en çok olacak kararlar genellikle sağlık sektörünün dışında verilmektedir. Geleneksel olarak herhangi bir kamu politikası amaç, içerik ve politikanın sınırları ile ilgili olmakta ancak, bu politikanın, örneğin, sağlık sektörü üzerindeki etkisi göz ardı edilmektedir. Sağlıklı kamu politikası ise bu geleneksel sınırların dışına çıkmakta ve herhangi bir politikanın amaç ve içeriğini, politika yapma sürecini ve sağlık üzerine yaptığı etkiyi ele almaktadır. Diğer bir deyişle, sağlıklı kamu politikası çerçevesinde, diğer sektörlerde alınan kararların sağlık üzerindeki etkisinin sorgulanması söz konusudur.

Bu türde bir uygulamanın benimsenmesi çağdaş yaklaşımlar içindeki en önemli unsurlardan biri olan "sektörler arası işbirliği"ni de gündeme getirecektir.

- Sağlık politikası düzeyinde öncelikli olarak ele alınması gereken önemli konulardan biri, Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşların temsil edildiği özerk bir "Sağlık Üst Kurulunun oluşturulmasıdır. Bu kurulun işlevi, sistemin işleyişini denetlemekten, kalite standartlarının belirlenmesi ve izlenmesine, hasta haklarının düzenlenmesinden ilaç ve tıbbi malzeme kalitesini denetlemeye kadar geniş bir yelpaze içinde belirlenebilir. Bu kurulun beş yıl için yapılan plan önerilerini izleme görevi olmalı ve her yıl toplanarak yıl bazında genel bir değerlendirme yapma yetkisi olmalıdır. Yüksek Sağlık Şurasının görev, yetki ve sorumlulukları bu çerçevede yeniden gözden geçirilmelidir.

- Temel sağlık hizmetleri önemsenererek, sağlık göstergeleri bu raporda hedeflenen düzeye getirilmelidir.

- Sağlık sisteminin yapılanmasında devlet ve özel sektördeki görev paylaşımı belli esaslara bağlanmalıdır. Bu bağlamda aşağıdaki politikalar önerilebilir:

\* Sosyal güvenlik kuruluşlarının aynı çatı altında toplanmaları ve tek bir teminat paketi içinde hizmet sunmaları gerekmektedir,

\* Devlet, sağlık sisteminin denetimine, araştırma geliştirme faaliyetlerine ve eğitime ağırlık verilmelidir.

Dünyanın hiçbir yerinde, hiçbir ülkesinde eğitimden ve sağlıktan tasarruf yapılması doğru bir davranış olarak kabul edilmemektedir. Tıp fakültelerinden söz edildiğinde, eğitim ve sağlığı aynı önemde içeren bir kurumdan söz etmekteyiz. Herhangi bir ülkede tasarruf tedbirleri, bu gerçek gözlemlenmeden uygulanıyorsa tıp eğitimi ve sağlık hizmeti yara alıyor demektir. Batı Ülkeleri tüm kapılarını Türk hekimlerine ardına kadar açabiliyor ve onlara iyi olanaklar sağlıyorsa, bunu güzel bir sebep sonuç ilişkisine dayandırmalıyız.

Kahramanmaraş ilinde Devlet Hastanesi olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle teşhis-tedavi ve koruyucu hekimlik konularında iki otobüs dolusu hemşehrimizin her gün Adana, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesine gidiş-gelişleri, belirgin işgücü ve kaynak israfına neden olmakta iken; Üniversitemiz Tıp Fakültesinde ki gelişmeler sonucu Adana ya gününbirlik giden hastaların sayısında önemli ölçüde azalma gözlenmektedir. Nitekim Tıp Fakültesi çeşitli laboratuvarlarında 1999 yılı itibarı ile yapılan tetkik sayısı 27.360 iken bu rakam 2000 yılında 54765'e, 2001 yılı ilk sekiz ayı itibarı ile 69.641 e, çeşitli poliklinik hizmetleri sayısı ise 2000 yılı ilk sekiz ayı itibarı ile 29.397 iken bu yılın ilk sekiz aylık döneminde 45.000'e yükselmiştir. Öte yandan KSÜ Tıp Fakültesi Hastanesi yataklı ünitesi 30 Ekim 2000 tarihinde hasta kabulüne başlamış olup, 2001 yılında yatırılan 927 hasta tedavi edilmiş, bunlardan 636 sına ameliyat uygulanmıştır. Kıt kaynakların rasyonel bir şekilde devreye sokulması ile faaliyete geçirilen Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Uygulama Hastanesi Kısa zamanda Kahramanmaraş halkının beğenisi ve tercihini kazanmıştır. Kuşkusuz konuya ilişkin atılımlar önümüzdeki yıllarda da sürdürülecektir (2,7).



**KAYNAKLAR**

1. ANONİM, 1996. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT, Ankara.
2. ANONİM, 2001. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Raporu, Yay. No: DPT:2561-ÖİK:577, DPT, Ankara.
3. ANONİM, 2001. Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü BIM Kayıtları.
4. ANONİM, 2000. Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT, Anlara.
5. ANONİM, 2000. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Makroekonomik Gelişmeler, 1996-2000, DPT, Ankara.
6. ANONİM, 2000. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Sosyal Sektörlerde Gelişmeler, 1996-2000, DPT, Ankara.
7. TEKİNEL, O. 2000. 14 Mart Tıp Bayramı Modern Tıp Eğitiminin Başlayışının Yıl Dönümünde Türkiye ve Kahramanmaraş'ta Sağlık Sektörü, Kahramanmaraş.