



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ADANA ALPARSLAN TÜRKER BİLİM VE TEKNOLOJİ
ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**CUMHURBAŞKANLIĞI HÜKÜMET SİSTEMİNİN SAĞLIK
SEKTÖRÜNE ETKİLERİ: ADANA İLİ ÖRNEĞİ**

**Muhammed Uğur KARALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ADANA ALPARSLAN TÜRKEŞ BİLİM VE TEKNOLOJİ
ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**CUMHURBAŞKANLIĞI HÜKÜMET SİSTEMİNİN SAĞLIK
SEKTÖRÜNE ETKİLERİ: ADANA İLİ ÖRNEĞİ**

**Muhammed Uğur KARALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Levent DUMAN**

ADANA, 2023

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Adana Alparslan Türkeş Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yol ve yardıma başvurmaksızın hazırladığım bu tez çalışmasında;

Bu tezin özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin akademik kurallara ve etik davranışa uygun olarak elde edilerek sunulduğunu beyan ederim. Ayrıca, tez kapsamında bu kuralların ve davranışların gerektirdiği şekilde bu çalışmaya özgün olmayan tüm veri ve bilgiler için bilimsel etik ve gelenek çerçevesinde kaynak gösterdiğimi; bu kaynakları da kaynakçada belirttiğimi beyan ederim. Çalışmam ile ilgili yaptığım beyana aykırı bir durum saptanması halinde tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

....../....../2023

[İmza]

Muhammed Uğur KARALI

ÖZET

CUMHURBAŞKANLIĞI HÜKÜMET SİSTEMİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜNE

ETKİLERİ: ADANA İLİ ÖRNEĞİ

Muhammed Uğur KARALI

Yüksek Lisans, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Levent DUMAN

Ocak 2023 (5 Bölüm, 115 Sayfa)

Hükümet sistemleri ve anayasal hareketler Türk siyasal hayatında önemli yer tutan unsurların başında gelmektedir. Cumhuriyetin kurulmasından günümüze kadar geçen sürede yönetsel gelişmeler ve anayasal hareketler toplumsal hayatı etkilemiş, aynı zamanda devletin kurumsal ve yapısal kimliğini belirlemiştir. Halen yürürlükte olan 1982 anayasasında da son dönemde birtakım değişiklikler meydana gelmiştir. Özellikle 16 Nisan 2017’de gerçekleştirilen anayasa değişikliği referandumu bu duruma örnek teşkil etmektedir. Bu referandumla Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin (CHS) yasal altyapısını oluşturan değişiklikler kabul edilmiş ve 24 Haziran 2018 seçimleriyle de CHS fiilen hayata geçmiştir. Yeni sisteme geçişle birlikte devlet organları yeniden şekillendirilmiştir. Özellikle bakanlıkların teşkilat yapısı başta olmak üzere kurum ve kuruluşlarda yapısal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında da birtakım değişiklikler yaşanmıştır. Hazırlanan bu tezde CHS’nin sağlık sektörüne etkileri incelenmiş ve bu kapsamda Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görevli sağlık personelleri ve idari personellerle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. CHS sonrası sağlık sektörü incelenirken yapılan görüşmelerin yanı sıra sağlık istatistikleri yıllık ve stratejik planlardan yararlanılmıştır. Sağlık Bakanlığı faaliyet raporları incelenmiş, stratejik planlar değerlendirilmiştir. Bu incelemeler ve yapılan görüşmeler sonucunda CHS sonrası sağlık hizmetlerinde birtakım değişimler meydana geldiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca CHS ile yönetsel birtakım değişimlerin yaşandığı ve bu kapsamda sağlık hizmetlerinde bazı gelişmelerin meydana geldiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi, Sağlık Sektörü, Sağlık Bakanlığı, Anayasa.

ABSTRACT

THE EFFECTS OF THE PRESIDENTIAL GOVERNMENT SYSTEM ON THE HEALTH SECTOR: THE CASE OF ADANA PROVINCE

Muhammed Uğur KARALI

Master of Science, Department of Political Science and Public Administration

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Levent DUMAN

January 2023 (5 Sections, 115 Pages)

Government systems and constitutional movements are among the critical elements in Turkish political life. Administrative developments and constitutional movements have affected social life since the establishment of the Republic and determined the institutional and structural identity of the state at the same time. There have been some changes recently in the 1982 constitution, which is still in force. In particular, the constitutional amendment referendum held on 16th April 2017, exemplifies this situation. With this referendum, the changes constituting the legal infrastructure of the Presidential Government System (PGS) were accepted and with the 24th June 2018 elections, the PGS was actually implemented. With the transition to the new system, state organs were reshaped. Structural arrangements have been made in institutions and organizations, especially in the organizational structure of the ministries. Similarly, there have been some changes in the Ministry of Health and its subsidiaries. In this thesis, the effects of the PGS on the health sector were examined, and in this context, semi-structured interviews were conducted with the health personnel and administrative personnel working in Adana City Training & Research Hospital. In addition to the interviews made while examining the health sector after the PGS, health statistics yearbooks and strategic plans were used. Ministry of Health activity reports were examined, and strategic plans were evaluated. As a result of these examinations and interviews, it has been concluded that some changes have occurred in health services after the PGS. Additionally, it has been concluded that some administrative changes have been experienced with the PGS, and within this context, some developments have occurred in health services.

Keywords: Presidential Government System, Health Sector, Ministry of Health, Constitution

TEŞEKKÜR

Tez hazırlamak zor bir süreçtir. Sabır, süreklilik ve azim gerektirir. Bir sağlık çalışanı olarak gece gündüz ve nöbet çıkışları sabırla çalışarak hazırladığım bu tezi zorluklarla mücadele eden ve asla umudunu kaybetmeyen herkese armağan ediyorum. Tez hazırlama sürecinde başta danışmanım Doç. Dr. Levent Duman olmak üzere abim Dr. Mehmet Akif Karalı'ya, babam Mustafa Karalı'ya ve bana destek veren herkese teşekkür ediyorum. Ayrıca bu çalışmaya katılım gösteren Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli idari personellere ve sağlık personel arkadaşlarıma şükranlarımı sunuyorum.

Saygılarımla...



Muhammed Uğur KARALI

Ocak 2023

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANNAMESİ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. KURAMSAL TEMELLER VE KAYNAK ARAŞTIRMASI	4
2.1. Yönetim Ve Hükümet Sistemleri	4
2.1.1. Başkanlık sistemi.....	6
2.1.2. Yarı başkanlık sistemi	7
2.1.3. Parlamenter sistem modeli	9
2.2. Türkiye’de Yönetim Ve Hükümet Sistemleri	10
2.2.1. Türk siyasal hayatında parlamenter sisteme geçiş	10
2.2.2. Türkiye’de anayasalar	11
2.2.3. 2007 anayasa değişikliği	13
2.2.4. 2017 anayasa değişikliği referandumu	14
2.2.5. Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi	15
2.2.5.1. Cumhurbaşkanlığı teşkilat yapısı	17
2.2.5.2. Yasama yürütme ve yargı erkleri	19
2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Yasal Düzenlemeler	20
2.3.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı	20
2.3.2. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihçesi.....	21
2.3.3. Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetleri	21
2.3.4. 1960-1970 dönemi sağlık hizmetleri.....	24

2.3.5. 1970 sonrası sağlık hizmetleri.....	25
2.3.6. 2000 yılı sonrası sağlık hizmetleri	28
2.4. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısındaki Değişimler Ve Yasal Düzenlemeler	30
2.4.1. Cumhuriyet dönemindeki yasal düzenlemeler	31
2.4.2. Demokrat parti dönemi öncesi ve sonrası yasal düzenlemeler	31
2.4.3. 1960 dönemi sonrası sağlıktaki yasal düzenlemeler	33
2.4.3.1. Sosyalleştirme ve özelleştirme dönemi	34
2.4.4. 2000 Dönemi sonrası sağlıktaki düzenlemeler.....	35
2.4.4.1. Sağlıkta dönüşüm programı	36
2.4.4.2. 663 sayılı KHK.....	37
2.4.4.3. 694 sayılı KHK.....	38
2.4.4.4. Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi sonrası değişimler	39
2.4.4.4.1. 1 nolu cumhurbaşkanlığı kararnamesi.....	39
2.4.5. Sağlıkta insan gücü.....	40
2.4.6. Hizmet veren sağlık kuruluşları	42
2.4.7. Sağlık turizmi	45
2.4.8. Diğer sağlık uygulamaları	46
3. ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ	50
3.1. Araştırmanın Modeli.....	50
3.2. Çalışma Grubu	50
3.3. Veri Toplama Araçları.....	50
3.4. Verilerin Toplanması	51
3.5. Verilerin Analizi	51
4. BULGULAR VE TARTIŞMA	53
4.1. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi İle Adana’da Sağlık Hizmetlerine İlişkin Yapılan Görüşmeler	53
4.1.1. CHS ile sağlık bakanlığı teşkilat yapısında meydana gelen değişiklikler.....	53
4.1.2. CHS ile sağlık personel sayılarında meydana gelen değişiklikler	59
4.1.3. CHS ile personel maaşları ve bütçede meydana gelen değişiklikler.....	61

4.1.4. CHS ile sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duyulan teknolojik imkânlardaki değişiklikler	65
4.1.5. CHS ile talep Şikâyet birimlerinin kullanımlarındaki değişiklikler	69
4.1.6. CHS ile sağlık turizmi kapsamında yabancı hasta sayılarındaki değişiklikler.....	75
4.1.7. CHS ile diğer sağlık hizmetlerinin sunumunda meydana gelen değişiklikler	80
4.1.8. CHS ile sağlık hizmetlerinin sunumunda görevli personellerin hizmet içi eğitimlerinde meydana gelen değişiklikler	86
4.1.9. CHS ile sağlık hizmetlerinde meydana gelen diğer değişiklikler	89
5. SONUÇLAR	99
KAYNAKÇA	101
EKLER.....	108
EK 1: GÖRÜŞME FORMU	108
EK 2: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU	111
EK 3: ADANA ŞEHİR HASTANESİ ÇALIŞMA ONAYI.....	112
EK 4: ADANA İL SAğLIK MÜDÜRLÜğÜ ÇALIŞMA ONAYI	113
EK 5: ÜNİVERSİTE ETİK KURULU ONAYI	114

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler	41
Tablo 2.2. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı	42
Tablo 4.1. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler	59
Tablo 4.2. 2016-2021 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Ocak-Haziran Dönemi Bütçe Giderleri	62
Tablo 4.3. 2016, 2018, 2019 ve 2020 Yılı Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerdeki Cihaz Sayıları	66
Tablo 4.4. MHRS Üzerinden Alınan Toplam Randevu Sayısı ve Artış Oranları 2018,2019 .	69
Tablo 4.5. 2018 Yılında Anne Dostu Hastane Unvanı Alan Sağlık Tesisleri	81
Tablo 4.6. Hidroterapi Eşliğinde Travay Ünitesi Olan Sağlık Tesisleri 2019.....	82

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. 663 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı.	38
Şekil 2.2. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayıları.....	44
Şekil 4.1. Sağlık Bakanlığı Merkezi Teşkilat Yapısı 2018	54
Şekil 4.2. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı 2016	55
Şekil 4.3. 2015-2021 Yılları Ülkemize Gelen Sağlık Turisti Sayıları	75
Şekil 4.4. Sağlık Turizmi Gelirleri (Bin USD)	76



KISALTMALAR

CHS	Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi
Vb.	Ve benzeri
Vs.	Vesaire
AKP	Adalet ve Kalkınma Partisi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TSK	Türk Silahlı Kuvvetleri
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
HET	Hidroterapi Eşliğinde Travay
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
USHAŞ	Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi
MR	Manyetik Rezonans
BT	Bilgisayarlı Tomografi
EKO	Ekokardiyografi
ABD	Amerika Birleşik Devletleri

1. GİRİŞ

Yönetim ve hükümet sistemleri insanlık tarihi kadar eskiye dayanan ve ihtiyaçlar doğrultusunda yeniliğe açık olan unsurlardır. Modern devletler ve siyasal sistemlerin ortaya çıkmasıyla daha fazla gelişim gösteren bu unsurlar belirli birtakım değişimlerden geçerek günümüze kadar gelmiştir. İnsanla ayrılmaz bir yapı olan yönetim olgusu devletler için de gerekli ve vazgeçilmez bir yapıtadır.

Hükümet sistemlerinin oluşumunun belirli siyasal gelişmeler çerçevesinde geliştiği düşünülmektedir. Bu durum hükümet sisteminin nitelendirilmesinde hem bir unsur hem de bir sonuç olarak görülmektedir. Bu süreç Türk anayasal hayatı ve hükümet sisteminin değişim ve dönüşümü için de geçerlidir. Osmanlı Devletinden günümüze geçen sürede Türk siyasal hayatında birtakım değişimler gerçekleşmiş ve anayasal hareketler yaşanmıştır. Yaşanan bu değişimler belirli bir siyasal kültürün oluşmasına ve bu kültürün gelişerek daha da ileri bir hale gelmesine neden olmuştur. Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte Türkiye Cumhuriyeti anayasaları oluşturulmuş ve bu anayasalar belirli dönemlerde bazı dönüşümlerden geçerek günümüze ulaşmıştır. Zaman zaman gerçekleştirilen anayasa değişiklikleri ile Türkiye Cumhuriyeti anayasalarında birtakım değişimler yaşanmıştır. Halen yürürlükte olan 1982 anayasasına ilişkin yakın zamanda gerçekleştirilen 16 Nisan 2017 Anayasa değişikliği referandumu bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Bu değişiklik ile Türk siyasal hayatında Parlamenter sistemden Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçişin temeli atılmış ve yeni düzenleme ile hükümet sistemi değişikliği anayasal çerçevede gerçekleşmiştir.

Türkiye’de parlamenter sistemden Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi’ne (CHS) geçilmesi ile yürütmede çift başlılığın ortadan kaldırılması ve yönetimde istikrar ile hızlı ve etkili bir bürokratik yapının oluşturulması hedeflenmiştir. Yeni sistemle birlikte cumhurbaşkanı seçilen kişiden beş yıl boyunca güvenlikten dış politikaya, eğitimden sağlığa toplumu ilgilendiren bütün kamu politikalarını doğrudan ya da dolaylı bir şekilde belirlemesi, uygulaması ve uygulamaları takip etmesi beklenmektedir. Bu politikalar çerçevesinde cumhurbaşkanından toplumun kronik sorunlarına çözüm üretmesi ve aynı zamanda kamu hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulmasını sağlayarak toplumsal talep ve ihtiyaçları karşılaması beklenmektedir. CHS ile birlikte ikili yürütme yapısından vazgeçilmesi, Başbakanlık

makamının kaldırılması, Bakanlar Kurulu ve bakanlıkların yapısı, görevlerinin ve fonksiyonlarının yeniden tanımlanması, diğer bir ifadeyle yönetim sisteminin yeniden yapılandırılması ihtiyacının ortaya çıktığı görülmüştür (Sobacı, Miş ve Köseoğlu, 2018).

24 Haziran 2018 seçimleri sonrası fiilen hayata geçen CHS ile yönetim organları yeniden şekillendirilmiş ve bürokratik yapı yeniden düzenlenmiştir. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında da birtakım değişimler yaşanmıştır. Yaşanan hükümet sistemi değişikliğinin devlet organları üzerindeki etkisi kadar sağlık sektörü üzerinde meydana getirdiği yenilikler bu bağlamda büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışma kapsamında Türkiye’de özellikle 16 Nisan 2017’de gerçekleştirilen anayasa değişikliği referandumu ile kabul edilen ve 24 Haziran 2018’de hayata geçen Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin sağlık sektöründe ve Türkiye’deki sağlık hizmetlerinde meydana getirdiği değişikliklerin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda yaşanan hükümet sistemi değişikliğinin (Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi) sağlık hizmetleri kapsamında meydana getirdiği değişimlerin, parlamenter sistemde ortaya konulan hizmetler ile karşılaştırmalı analizi yapılarak daha net anlaşılması hedeflenmektedir. Hükümet sistemi değişikliğinin sağlık hizmetlerinin sunumunda Adana iline yönelik etkilerini araştırmak ve ortaya koymak amacıyla yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda hükümet sistemi değişikliği öncesindeki durum incelenmiş ve değişiklik sonrası dönüşüm ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Türkiye’de yaşanan hükümet sistemi değişikliğinin farklı perspektiflerden çok sayıda incelemesinin yapıldığı görülmüştür. Ancak sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişimlerin detaylı olarak ele alındığı bir çalışmanın olmadığı ilgili literatür incelendiğinde ortaya çıkmıştır. İnsan yaşamının ayrılmaz bir parçası olarak sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunulması toplumlar için oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerinin günümüz modern dünyasında yaşanan gelişmelerin yakından takip edilerek modernleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolay ve ekonomik olarak sağlanması gibi birçok faktörün sağlık hizmetleri açısından önemli olduğu bilinmektedir. Bu konuyla ilişkili olarak Türkiye’de yaşanan hükümet sistemi değişikliğinin yönetsel birtakım değişiklikleri

beraberinde getirdiđi gibi sađlık hizmetlerine iliřkin de birtakım yeni deđiřimlere sebep olduđu dűřünülmektedir. İlgili literatűr incelendiđinde bu alanda boşluk olduđu görűlmektedir. Bu bađlamda yűnetimsel bir deđiřiklik olan CHS'nin sađlık sektűrű űzerindeki etkileri ve parlamenter sistem ile karřılařtırılarak deđerlendirilmesi űnemlidir.

Alan yazında yer alan çalıřmalar ve içerikleri arařtırma kapsamında incelenmiřtir. İlgili literatűr incelendiđinde (Durmuř ve Durmuř, 2019) Sađlık Bakanlıđı teřkilat yapısında meydana gelen deđiřimlerin ortaya konulduđu görűlműřtűr. Ayrıca (Akdur, 1998) alıřmasında Tűrkiye'deki sađlık hizmetlerinde meydana gelen geliřmeler belirtilmiřtir. Akdur, (1999) alıřmasında Tűrkiye'de sađlık hizmetlerinin geliřiminin açıklandığı görűlűrken benzer řekilde Kasapođlu, (2016) Tűrkiye'de sađlık hizmetlerinin dűnűřűműne yűnelik geliřmeleri incelediđi belirlenmiřtir.

Bu arařtırmanın temel problem cűmlesi “Cumhurbaşkanlıđı Hűkűmet Sisteminin sađlık sektűrűnde ve Tűrkiye'deki sađlık hizmetlerinde meydana getirdiđi deđiřiklikler nedir?” řeklindedir.

2. KURAMSAL TEMELLER VE KAYNAK ARAŞTIRMASI

2.1. Yönetim Ve Hükümet Sistemleri

İnsanlığın ortaya çıktığı günden bugüne kadar geçen sürede yönetme ve yönetilme gibi unsurların belirli dönüşümlerden geçerek bugüne geldiği görülmektedir. Özellikle modern devletlerin ortaya çıkmasıyla önem kazanan bu unsurlar devamında yönetim biliminin doğmasına sebep olmuştur. Kelime olarak en geniş anlamıyla yönetim: Önceden planlanan hedefleri gerçekleştirmek için işbirliği içerisinde yapılan grup ya da grupların eylemidir. İngilizcede ise yönetim, “*Management*” ve “*Administration*” sözcükleriyle kullanılmaktadır. Sırasıyla yönetim ve idare anlamlarına gelen bu kelimeler bilimsel bir yaklaşımda birbirlerinden farklılaşmaktadır. Bu bağlamda Hughes (2014) Oxford İngilizce Sözlüğünde İdare kelimesinin “işlerin üstesinden gelme” olarak tanımlandığını açıklarken yönetimin ise “birinin kendi inisiyatifi ile işlerin gidişatını idare ve kontrol etmesi, yetkiyi alma” olarak tanımlandığını ifade etmiştir.

Yönetim, hedefleri etkili bir şekilde gerçekleştirmek ve oluşturulan grupların içerisinde işbirliği sağlamak amacıyla gerçekleştirilen faaliyetler bütünüdür. Evrensel bir süreç olan yönetim sosyal hayat kadar eski bir bilimdir. Sosyal hayatın varoluşundan bugüne kadar gelişen ve ilerleyen insan ilişkileri toplumda belirli esasları içermektedir. Buna paralel olarak gelişen yönetim olgusu zamanla önem kazanmış ve temelde önemli noktalar üzerine kurulmuştur. Bu bağlamda yönetim unsuru üç ana noktaya vurgu yapmaktadır. İlk olarak yönetim biliminde insan unsuru öne çıkmaktadır. Yönetimin gerçekleşebilmesi için temelde sistemin içerisinde insanın olması gereklidir ve yönetim süreci insan ilişkilerine bağlı olarak gerçekleşmektedir. İkinci önemli nokta ise grup olgusudur. İnsanın yalnız başına çözemeyeceği konularda grup olarak bir amacın varlığı gereklidir. Üçüncü öne çıkan nokta ise yönetim olgusunun birtakım süreçlerden oluşmasıdır. Karar almadan uygulamaya kadar gerçekleştirilen faaliyetlerde belirli süreçlerden geçilmesi ve bu süreçlerin süreklilik içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir (Ateş, 2020).

Yönetime olan ihtiyaç insanların belirli hedeflere tek başına ulaşamayacağını anlamasından itibaren oluşmaya başlamıştır. Yönetim ihtiyacının oluşmasıyla birlikte toplumlarda birtakım

değişiklikler yaşanmıştır. Bu değişiklikler zamanla yönetim olgusunu da değiştirmiştir. Yönetim olgusu, sanayi devrimine kadar geçen sürede sanat olarak algılanırken sanayi devrimi sonrasında ise insanlar tarafından icra edilen bir meslek olarak görülmüştür. Yönetimin esasen bilim olarak ortaya çıkması bu konuyla ilişkilidir. Özellikle Sanayi Devriminin gerçekleşmesiyle öne çıkmaya başlayan yönetim olgusu, yaşanan gelişmeler ışığında araştırılması gereken ve öne çıkan bir konu olmuştur. Sanayi devrimi sonrası ortaya çıkan seri üretim hareketleriyle birlikte atölye üretiminden endüstriyel üretime geçiş hızlanmıştır. Bu geçişle birlikte artan nüfus hareketleri eğitim hayatının ortaya çıkmasına ve kamusal düzen meselelerinin toplumsal hayatta önem kazanmasına neden olmuştur. Buna paralel olarak emek, sermaye ve insan unsurlarına ihtiyacı artan endüstriyel kurumların bu unsurları profesyonel şekilde yönetmeye başlaması yönetim biliminin doğuşunu hızlandırmıştır. Bu konuyla ilişkili olarak çağdaş yönetim biliminin “klasikler” ile birlikte başladığı ifade edilmiş ve özellikle de 19. yüzyılın ikinci yarısında profesyonel yöneticilerin çeşitli yerlerde yaptıkları yayınlarla klasik yönetim düşüncesinin başladığı vurgulanmıştır. Yönetim biliminin ortaya çıkmasıyla birlikte önem kazanan çalışma yaşamı ve insan ilişkileri yönetim biliminin daha da araştırılıp incelenmesini hızlandırmıştır. Giderek artan şekilde incelenmeye başlanan yönetim unsurları yönetsel yeniliklerin de oluşmasına zemin hazırlamıştır (Bakkalbaşı, 2017).

Siyaset bilimde hükümet kavramı ise egemenlik ve devlet gibi unsurlarla yakından ilişkilidir. Bu bağlamda Şahin ve Nişancı (2018) “Hükmetme” kavramının devletin egemenliğini kullanma şekliyle ilişkili bir kavram olduğunu vurgulamıştır. Modern devletlerin ortaya çıktığı günden bugüne kadar gelişen ve ilerleyen hükümet olgusu devletlerin siyasi işlerliğini sürdürebilmesi için bazı dönemlerde değişikliğe uğramıştır. Toplumsal ve kamusal düzenin sağlanması açısından önemli bir yapı olan hükümetler, devletlerin yönetim modelini ve otoritesini gösteren en temel unsurlardır. Devletlerin siyasi gücünün toplandığı yer olan hükümetler devletlerarasında farklı şekillerde kendilerine yer bulurlar. İktidarın örgütlenme şekli ve iç dinamikleri ile doğrudan ilişkili olan hükümet sistemleri, uygulanma şekli itibarıyla her yerde aynı sonucu doğurmaz ve her toplum üzerinde aynı etkiyi yaratmazlar. Ayrıca hükümet sistemleri esas itibarıyla demokrasi olgusu ile birbirine karıştırılmamalıdır. Belirli bir hükümet sistemi olan her devlet demokratiktir anlayışı

yanlış ve tutarsızdır. Hükümet sistemleri iktidarın örgütlenme boyutuyla ilgiliyken demokrasilerde ise iktidarlar yönetilenlere karşı sorumludur ve halkın yönetime katılması bu noktada öne çıkmaktadır.

Hükümet sistemleri bir ülkenin yönetim modelini ifade eden bir yapıdır. Devletler siyasal açıdan devamlılık sağlayabilmek için toplumsal ve siyasal yapılarına uygun hükümet modellerini benimserler. Bu benimsenen hükümet modelleri zaman içerisinde devletin ve toplumun çeşitli ihtiyaçları doğrultusunda değişebilmektedir. Bu değişimler ise tarihte bazı dönemlerde toplumsal rıza ile gerçekleştirilmişken bazı dönemlerde ise çatışmalar ve toplumsal olaylar sonucunda gerçekleştirilmiştir. Günümüzde ise demokratik olarak değerlendirilen üç önemli hükümet sisteminin olduğu düşünülmektedir. Bu hükümet sistemleri ise Başkanlık, Parlamenter ve Yarı Başkanlık sistemleridir. Bu hükümet sistemlerinin uygulanması ise ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir (Öztürk, 2019).

2.1.1. Başkanlık sistemi

Başkanlık sistemi modeli kavram olarak, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşanan iç savaşın öncesinde İngiltere'deki basın mensupları tarafından Amerikan hükümet sistemini belirtmek amacıyla kullanılan ifadenin kısaltmasıyla ortaya çıkmıştır. Bu sistem 1787'de ABD'nin Philadelphia eyaletinde kurucu meclis üyelerinin yaptıkları tartışmalar üzerine ortaya çıkan bir sistem olarak bilinmektedir. Başkanlık sistemi Amerika'da verilen bağımsızlık mücadelesinin sonucunda üretilen bir hükümet sistemi modelidir. O dönemde İngilizlere karşı verilen bağımsızlık mücadelesi göz önüne alındığında başkanlık sistemi İngiliz parlamenter modelinin bir ürünü olarak değerlendirilebilir. Zamanla siyasal sistemde kendine yer bulan başkanlık sistemi başkanın egemen olduğu ve yürütme gücünü kullandığı bir sistemdir (Kılınç, 2016).

Başkanlık sisteminin şüphesiz en bilinen ve en başarılı kabul edilebilecek ülkesi ABD'dir. İngiltere'den ayrılarak bağımsızlığını ilan eden 13 koloni, içişlerinde serbest federe devletlerden oluşan ABD'yi 1787'de kurmuşlardır. Amerikan Federal Anayasa'sı 1789'da kabul edilmiştir. Başkanlık sistemi ve Amerikan federalizmi, başlangıçta var olan 13 koloninin ciddi pazarlıklarla merkezi otorite ve yerel arasında kontrol ve denge temelli

kurduğu 250 yıllık süreçte evrilmiş bir model olarak düşünülebilir (Gül, Kamalak ve Sallan Gül, 2017).

Başkanlık sisteminde yasama ve yürütme organları ayrı ayrı seçilmektedir. Ayrıca birbirlerinin varlıklarına da son veremezler. Başkanlık sisteminde başkan doğrudan seçilir ve bu noktada yasamanın güvenine dayanmaz. Bu sistemde yürütme organı tek kişiden oluşmaktadır. Parlamenter sistemdeki devlet başkanı ve bakanlar kurulundan oluşan iki başlı yürütme yapısı, başkanlık sisteminde tek başlı olarak kendisini göstermektedir. Başkanlık sistemi başarılı bir şekilde uygulandığı takdirde, sivil toplumun ve baskı gruplarının hem başkanlık yarışında hem de sistemin genelinde karar alma mekanizmalarında kendilerini göstermeleri daha kolay olabilmektedir (Yüksel, 2013).

Başkanlık sisteminde, yasama organı ile yürütme gücünü tek başına temsil eden başkan arasında parlamenter sistemdeki gibi bir organik ilişki olmadığı söylenebilir. Başkanın göreve gelmesinde yasamanın bir rolünün olmayışı ve göreve geliş şeklinin sonucu olarak yasama organına siyaseten sorumlu olmaması da bu noktada öne çıkmaktadır. Başkanlık sisteminin parlamenter sistemden bazı yönleri ile ayrıldığı görülmektedir. Başkanlık sisteminde yürütmeye yer alan bakanlar başkana karşı sorumlu ve aynı zamanda yasama organının üyesi değildirler. Fakat parlamenter sistemlerde bazı istisnalar dışında siyasal yürütme üyeleri, bakanlar, yasama organı üyesi konumundadırlar (Kamalak, 2009).

2.1.2. Yarı başkanlık sistemi

Analitik bir model olarak değerlendirilen yarı-başkanlık hükümeti kavramının amacı anayasaların neden homojen olduğunu açıklamaya çalışmaktır. Dört parametre üzerinden değerlendirilen sistemde; anayasanın esas içeriği, gelenek ve şartlar, parlamento çoğunluğunun yapısı ve başkanın çoğunluğa göre konumu öne çıkmaktadır (Duverger, 1980).

Terim olarak Yarı Başkanlık ilk kez Hubert Beuve-Méry tarafından kullanılmıştır. Buna göre Yarı Başkanlık: Halk tarafından doğrudan devlet başkanının seçildiği ve devlet başkanının parlamenter sistemdeki yetkilerinin üzerinde birtakım yetkilerinin olduğu bir rejimdir. Maurice Duverger'in kavramsal çerçevesini çizmesinden sonra bu terim Fransa'da düzenli bir

şekilde kullanılmaya başlanmış ve 1970'lerin sonuna doğru yapılan tartışmaların odak noktası olmuştur (Uluşahin, 2003).

Yarı başkanlık sisteminin ortaya çıkış sebepleri düşünüldüğünde aslında en önemli unsur 1946 ve 1958 yılları arasında parlamenter sistemle yönetilen Fransa'da yaşanan ekonomik ve siyasi istikrarsızlıkların yaşanması olarak düşünülebilir. 1958'den sonra siyasi ve ekonomik istikrarsızlıklara son verilmek istenmiştir. Bu sürecin devamında kabul edilen V. Cumhuriyet Anayasası'nda yarı başkanlık sistemi öngörülerek cumhurbaşkanı geniş yetkilerle donatılmıştır (Yüksel, 2013).

Yarı başkanlık sisteminde devleti temsil eden kişinin yani devlet başkanının halk tarafından seçilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda devlet başkanı devlet yönetiminde aktif bir roledir. Bu sistemde devlet başkanının halk tarafından seçilmesinden ötürü, başkanlık sistemine benzer şekilde demokratik meşruluk çift yapıda gerçekleşir. Yarı başkanlık sisteminde parlamenter sisteme benzer şekilde bakanlar kurulunun hem bireysel hem de toplu bir şekilde meclise karşı sorumlu olması durumu öne çıkmaktadır. Dahası güvenoyu alarak görevine devam eden hükümet meclis araştırması, gensoru gibi farklı yollarla parlamentonun denetimine tabidir. Devlet başkanının ise siyasi olarak sorumluluğu bulunmaz ve yürütme görevinde ise hükümete sorumluluk düşmektedir. Bu sistemde halk tarafından belirlenen cumhurbaşkanı, iktidarını parlamenter sisteme benzer şekilde hükümetle paylaşır, sorumluluk ise bakanlar kuruluna aittir. Ayrıca yarı başkanlık sisteminde cumhurbaşkanı meclisi feshedebilir. Bu yetkinin parlamenter sistemde ortaya çıkan istikrarsız yönetime bir çözüm olarak üretildiği düşünülmektedir (Kılınç, 2016).

Yarı başkanlık hükümet sisteminde, yasama ve yürütmenin karşılıklı uzlaşması esastır. Diğer bir ifadeyle yarı başkanlık sistemi, yasama ve yürütme erklerinin karşılıklı uzlaşmasına dayalı bir hükümet sistemidir. Bu sistemin, parlamenter sistemlerde görülen yürütmenin istikrarsızlığına ve başkanlık sisteminde görülen yasama ve yürütmenin kilitlenmesi meselesine çözüm arayan bir sistem olarak ortaya çıktığı değerlendirilebilir. Bunun yanı sıra hükümet parlamentoya karşı sorumludur. Parlamentonun içerisinden oluşturulan hükümet meclisten güvenoyu alarak görevine başlar. Hükümet görevini sürdürdüğü sürece ise "meclis

araştırması”, “gensoru” vb. yollarla parlamenter sisteme benzer şekilde denetim yollarına tabi tutulur. Güvenoyu alamazsa hükümet görevden düşebilir. Ayrıca bu sistemde halkın seçtiği cumhurbaşkanı hükümetin yetkilerine ortak olur. Öne çıkan bir diğer konu da cumhurbaşkanının meclisi feshetme yetkisinin bulunmasıdır. Yürütme ve yasama arasında anlaşmazlık olması durumunda bu özellik devreye girer ve devlet başkanı anayasanın belirlediği kurallar çerçevesinde meclisi feshedebilir (Demir, 2013).

2.1.3. Parlamenter sistem modeli

İngiliz devlet sistemi olarak da bilinen parlamenter sistem modeli “*Westminster Modeli*” olarak da anılmaktadır. Tarihsel olarak üç evrede gelişen bu sistem İngiliz ihtilalleri ve bildiriler, 18. yüzyılda parlamenter rejimin oluşturulması ve 19. yüzyıl iktidarın demokratikleşmesi dönemleriyle gelişim göstermiştir. Bu bağlamda iktidarın yetkilerinin sınırlandırılması konusu 1215’te imzalanan Büyük Şart’a (*Magna Charta*) kadar dayanmaktadır. Bu anlaşma soylular, toprak sahipleri ile kral arasında imzalanmış ve böylece kralın yetkileri sınırlandırılmıştır. Ayrıca bu anlaşma, demokratik ilkelerin temelini oluşturan bir anlaşma olarak bilinmektedir. Parlamenter sistem modeli ise kuvvetler ayrılığının yumuşak olduğu ve yönetim organlarının işbirliği içerisinde kullanıldığı bir yönetim sistemi olarak ortaya çıkmıştır. Siyasi partiler zamanla etkinlik kazandıkça güçler ayrılığı meselesinin sistem içerisinde uygulanmasında birtakım farklılıklar doğmuş ve zaman içerisinde yasama ve yürütme erkleri arasındaki ayırım netliğini kaybetmiştir (Akgül, 2010).

Parlamenter sistem insan aklının ürünü olmanın ötesinde tarihsel süreçte ortaya çıkan bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Bu sistemin oluşması sırasında yaşananlar sistemin özelliklerinin zamanla değişmesine sebep olmuş ve sistemin devamlılığı için değişimleri beraberinde getirmiştir. Yönetimsel özellik bağlamında parlamenter sistemde bakanlar kurulu meclis içerisinde oluşturulmaktadır. Bunun sonucunda yürütmede esas yetki bakanlar kurulunda olmaktadır. Siyasal anlamda sorumsuz ve aynı zamanda halkın seçmediği cumhurbaşkanının görevinin sembolik olması da olağan sürecin sonucudur. Parlamenter sistemde öne çıkan noktalardan birisi de devlet başkanının siyasi olarak sorumsuz olması durumudur. Başbakan ve bakanlar kurulu ise meclise karşı sorumludur. Fakat devlet başkanının sorumsuz olması devlet başkanına hiçbir şekilde müdahale edilemeyeceği

anlamına gelmez, psikolojik baskı oluşturulabilir ya da istifa etmeye mecbur bırakılabilir. Mecliste güvenoyu alarak göreve başlayan başbakan ve bakanlar kurulunun görevi ise hükümetin genel politika yapısının belirlenmesini sağlamaktır. Hukuki anlamda da bakanlar görevlerini yerine getirme konusunda ve yapacağı eylemlerden sorumludur. Parlamenter sistemde görevli bakanlar hükümetin birer üyeleridir ve aynı zamanda idari amir konumundadırlar. Bakanlar kurulunun sorumluluğu hükümetin genel politikalarının icra edilmesindeki sorumluluktur. Bu sorumluluk yerine getirilmez ya da yanlış bir şekilde icra edilmeye çalışılırsa meclis içerisinde güvensizlik durumu oluşabilir. Bu sebepten ötürü meclis gensoru önergesi vererek bakanlar kurulunun görevinden alınmasına sebep olabilir (Kılınç, 2016).

2.2. Türkiye’de Yönetim Ve Hükümet Sistemleri

Modern devletlerin ortaya çıkmasıyla birlikte önem kazanan yönetim olgusu ve hükümet sistemleri Türk siyasal hayatı açısından öne çıkan unsurlar arasındadır. Toplumsal gelişmeler ışığında gelişim gösteren bu unsurlar zamanla belirli dönüşümlerden geçerek günümüze ulaşmıştır.

2.2.1. Türk siyasal hayatında parlamenter sisteme geçiş

Yönetim olgusu modern devletlerin ortaya çıkışından bugüne kadar bazı değişikliklere maruz kalmıştır. Zamanda değişen ihtiyaçlar ve toplumsal yapı sebebiyle devletler içerisinde yönetsel birtakım değişiklikler meydana gelmiştir. Bu durum Türk siyasal hayatı için düşünüldüğünde özellikle Osmanlı Devleti dönemi, yönetsel anlamda birtakım değişimlerin yaşanmaya başladığı dönem olarak bilinmektedir. Türk siyasal hayatında parlamenter sisteme yakın olarak kabul edilebilecek ilk gelişme ise 1876 yılında kabul edilen Kanun-i Esasi olarak düşünülebilir. Yasama ve yürütme erklerini ortaya koyma anlamında öne çıkan bu anayasal gelişme tam anlamıyla günümüzdeki parlamenter sistem gibi olmasa da parlamenter sistemin temeli olarak düşünülebilir. Türk siyasal hayatında ilk anayasa olan Kanun-i Esasi, hak ve özgürlükler anlamında önemli bir konumdadır. Bulunduğu dönem itibariyle öne çıkan bir anayasa olan Kanun-i Esasi, padişahın kontrolü altında yapılmıştır (Sur, 2013).

1909 yılında anayasada yapılan değişikliklerle birlikte parlamentonun kabineyi düşürmesi kolay hale gelmiştir. Bu düzenlemeyle padişahın birçok yetkisi kısıtlanmış ve kabinenin parlamentoya karşı sorumluluğunu oluşturan bir mekanizma hayata geçirilmiştir. Böylece daha sonrasında yaşanan balkan savaşları ve birinci dünya harbi sonrası oluşturulacak yeni devletin temelleri atılmıştır. 20 Ocak 1921’de kabul edilen 1921 Anayasası ile meclis hükümeti sistemi benimsenmiştir. Bu dönemde oluşturulan ve kurucu meclis özelliği taşıyan Büyük Millet Meclisi hem yasama hem de yürütme yetkisini elinde bulundurmıştır. Bu sistemde yürütme işlemlerinin icra vekilleri aracılığıyla yapılması öngörülmüştür. Uygulama evresinde ise, icra vekillerinin uygulamada kararlı bir tavır gösterdikleri görülmüştür. Bu bağlamda sistemin parlamenter sistemden farkı olmayan siyasi sorumluluk kuralları çerçevesinde işlediği düşünülebilir. 29 Ekim 1923’te parlamenter sisteme doğru bir dönüşüm gerçekleşmiş ve devamında Cumhurbaşkanlığı makamı teşkil edilerek hükümet oluşturma usulü değişikliğe uğramıştır. Cumhurbaşkanı’nın meclis tarafından ve meclis içerisindeki üyeler arasından seçilmesi esasen benimsenmiştir. Türkiye Cumhuriyetinde 1921 anayasası meclis hükümeti sistemi benimserken 1924 anayasası, parlamenter ve meclis hükümeti sisteminin özelliklerini kapsayan karma bir hükümet sistemini teşkil etmiştir (Özdemir, 2020).

2.2.2. Türkiye’de anayasalar

Cumhuriyetin kurulduğu dönem itibarıyla özellikle Birinci Dünya Savaşı sonrasında 16 Mart 1920’de İstanbul resmen işgal edilmiştir. İşgal sonrasında Mustafa Kemal Atatürk milli mücadelenin merkezi olarak belirlediği Ankara’da yeni bir meclisin açılacağını duyurmuş ve seçim çağrısı yapmıştır. Bu çağrı sonucunda 23 Nisan 1920’de Büyük Millet Meclisi açılmış ve bir gün sonra mecliste yeni devletin oluşturulmasına ilişkin meclis kararı kabul edilmiştir. Meclis alınan bu kararlar yasama ve yürütme yetkilerini elinde bulundurmuş aynı zamanda meclisin üstünlüğü ilkesi benimsenmiştir. Devamında 20 Ocak 1921’de 1921 Anayasası kabul edilmiş ve meclis hükümeti sistemi benimsenerek yeni dönem başlamıştır. 29 Ekim 1923’te yapılan değişikliklerle var olan hükümet sistemi Parlamenter sisteme doğru değişmeye başlamıştır (Özdemir, 2020).

1921 Anayasasının resmiyetteki adı “Teşkilat-ı Esasi Kanunu”dur. Kabul edilen 1921 Anayasasında anayasanın adının kanunlardan üstün olduğuna dair bir hüküm

bulunmamaktadır. Bu bağlamda bu anayasanın yumuşak anayasa olduğu ve kanunlar gibi değiştirilebileceği sonucuna ulaşmak mümkündür. 1921 Anayasasında Milli Egemenlik ilkesi ilk maddesinde açıkça ifade edilmiştir. Hükümet sistemi ise meclis hükümeti sistemidir. Bu sistem ise yasama ve yürütme gücünün meclisin elinde bulunduğu kuvvetler birliğine bağlı hükümet sistemidir. 1921 Anayasasında yargı organı ile ilgili düzenleme yapılmamıştır. Bu bağlamda özellikle yargı yetkisinin meclisin elinde olduğu fikrinin öne çıktığı görülmüştür. Dönemin olağanüstü şartları altında İstiklal Mahkemeleri kurulmuş ve yargılamalar bu mahkemelerde yapılmıştır (Gözler, 2013).

1924 Anayasası hem tek partili hem de çok partili hayatta uygulanan bir anayasadır. Diğer bir ifadeyle tam demokrasiye geçme girişimlerinin 1924 Anayasası döneminde başladığı düşünülebilir. Cumhuriyet döneminde yapılan ilk anayasa 20 Nisan 1924'te kabul edilmiştir. 1924 Anayasasının yapıldığı dönemde anayasanın 3 temel ilke üzerine dayandığı düşünülebilir. Bu ilkeler: Güçler Birliği, Milliyetçilik ve Cumhuriyet'tir. 1924 Anayasasının kabulünden önce ilan edilen Cumhuriyetin Türk Devleti'nin temeli olduğu anayasanın ilk maddesinde ifade edilmiştir. Bu bağlamda cumhuriyetin en önemli niteliğinin milli olması düşünülebilir. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kurulmasıyla birlikte hızla ilerleyen milliyetçilik olgusu cumhuriyetin de temeli olarak kabul edilebilir. Anayasada gerçekleştirilen 1928, 1934 ve 1937 değişiklikleriyle diğer birtakım ilkeler de anayasaya temel olmuştur. Hem komisyon sözcüsünün hem de diğer milletvekillerinin ifade ettikleri gibi oluşturulan anayasa Türk İnkılabının bütün niteliklerini taşımakta ve bu bağlamda Osmanlı Anayasa'sından temel olarak ayrılmaktadır. 1937'de yapılan değişiklikle birlikte Türk İnkılabının nitelikleri anayasada yer almıştır. Ayrıca 1934'te yapılan düzenlemeyle de kadınlara seçme ve seçilme hakkı verilmiştir (Mumcu, 1986).

1961 Anayasası hazırlık sürecinde, Milli Birlik Komitesi ve Temsilciler Meclisinden oluşan bir kurucu meclis oluşturulurken meclis içerisinde ise bir anayasa komisyonu oluşturulmuştur. Bu komisyon tasarı hazırlamış ve hazırlanan tasarı temsilciler meclisine sunularak tartışılmıştır. Milli Birlik Komitesinde de görüşülen bu anayasa tasarısı Kurucu meclisin birleşik toplantısında kabul edilmiş ve halkoyuna sunulmuştur. Halkoyuna sunulan bu tasarı kabul edilmiştir. Kabul edilen anayasanın değiştirilebilmesi için TBMM üye sayısının üçte

ikisinin kabulü gerekmektedir. 1961 Anayasasında genel esaslar başlığında devletin temel ilkeleri düzenlenmiştir. 1961 Anayasasına göre TBMM, “Millet Meclisi” ve “Cumhuriyet Senatosu” olarak iki yapıdan oluşturulmuştur. Anayasaya göre yargı Türk Milleti adına bağımsız mahkemeler tarafından gerçekleştirilmektedir. 1961 Anayasasında ilerleyen süreçte 1971 ve 1973 değişiklikleri yaşanmıştır (Gözler, 2013).

12 Eylül 1980 sonrasında kabul edilen 1982 Anayasasının hazırlanmasında öne çıkan düşünce 1961 Anayasasının devleti güçsüzleştirdiği ve birtakım güç dengesinin farklı yöne çekildiği düşüncesidir. Bakanlar kurulu ve cumhurbaşkanının oluşturduğu yürütme organı daha da güçlenecek şekilde 1982 Anayasası, cumhurbaşkanının güçlendirilmesine ilişkin yeni düzenlemeleri beraberinde getirmiştir. Yasamaya karşı yürütmeyi, yürütmeye ise cumhurbaşkanını güçlendirdiği düşünülen 1982 Anayasasının Beşinci Fransız Cumhuriyeti Anayasasına benzediği ifade edilmiştir (Kütük, 2012).

2.2.3. 2007 anayasa değişikliği

2007 yılı cumhurbaşkanlığı seçiminde ülkemizde anayasal süreç işletilip devam edilememiş ve aynı zamanda cumhurbaşkanı seçilemeyerek görev süresi yasal olarak dolan dönemin cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer, 16 Mayıs 2007’de görev süresi dolmasına rağmen 18 Temmuz 2007 itibariyle halen görevine devam etmiştir. Yaşanan cumhurbaşkanlığı seçimi krizi sonrasında iktidar, cumhurbaşkanının doğrudan halk tarafından seçilmesini öngören anayasa değişikliğinin Ekim 2007’de halkoyuna sunulmasını kararlaştırmıştır (Eroğul, 2007).

Cumhurbaşkanlığı seçimi sürecinde anayasada 31 Mayıs 2007 tarihinde 5678 sayılı kanunla birlikte halen yürürlükte olan 1982 anayasasının 102, 101, 77, 79 ve 96. Maddelerinde değişikliğe gidilmiş, geçici 18 ve 19. Maddeler eklenmiştir. 77. Madde ile TBMM seçimlerinin dört yılda bir yapılması yönünde değişiklik yapılmıştır. Anayasanın 79. Maddesinde yapılan değişiklik ile birlikte Cumhurbaşkanının halk tarafından seçilmesi yönünde düzenlemeye gidilirken 96. Maddede ise TBMM’nin toplantı yeter sayısı ile ilgili doğabilecek pürüzleri gidermek için birtakım düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Anayasa değişikliğinin 101. Maddesi ile Cumhurbaşkanı en fazla iki kez olmak üzere görev süresi 5 yıl olup halk tarafından seçilmesine yönelik düzenleme yapılmış ve bununla birlikte

cumhurbaşkanlığına aday gösterme koşulları da belirlenmiştir. 102. Maddedeki değişiklikte ise Cumhurbaşkanının halkoyu ile seçiminin nasıl yapılacağına ilişkin düzenlemelerin yer aldığını görmek mümkündür (Yavuz, 2008).

2.2.4. 2017 anayasa değişikliği referandumu

Türkiye’de uzun süren tartışmaların sonucunda 16 Nisan 2017 tarihinde gerçekleştirilen anayasa değişikliği referandumu ile yeni bir dönem başlamıştır. 16 Nisan 2017’de gerçekleştirilen anayasa değişikliği referandumuyla kabul edilen anayasa değişikliği, Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçişi hedefleyen bir anayasa değişikliğidir. Halkoylaması sonucu kabul edilen bu anayasa değişikliğiyle birlikte demokratik temelde kalmak ve bu temeli daha da sağlamlaştırmak için başkanlık sisteminin bir türevi olarak düşünülebilecek CHS’ye geçiş hedeflenmiştir. Ülkemizin şartlarına göre uyarlanan hükümet sistemine geçiş 24 Haziran 2018’de yapılan seçimler sonucunda tümüyle sağlanmıştır. Gerçekleştirilen bu anayasa değişikliğiyle birlikte cumhurbaşkanının parti üyesi olması mümkün hale gelmiştir. 24 Haziran 2018 seçimleriyle birlikte Türkiye’ye özgü CHS fiilen hayata geçirilmiştir (Gül, 2018).

Anayasa değişikliğinin yapıldığı maddelere bakıldığında ilk olarak değişiklik teklifinin ilk maddesinde yargısal anlamda bağımsız mahkemeler ifadesine “tarafsız” ibaresi eklenmiştir. Değişiklik teklifinin 2. ve 3. Maddelerinde ise TBMM üyeliğine ilişkin düzenlemeler yer almıştır. TBMM üye sayısı 600’e çıkarılmış ve milletvekili seçilme yaşı 25’ten 18’e indirilmiştir. 4. Maddede ise TBMM seçimlerinin 4 yıldan 5 yıla çıkarılması ve cumhurbaşkanlığı seçimlerinin TBMM seçimleriyle aynı gün olmak üzere 5 yılda bir yapılması öngörülmüştür. 5. Maddede ise TBMM’ye ilişkin görev ve yetkiler düzenlemiştir. 6. Maddede gensorunun kaldırılması yer alırken değişiklik teklifinin 7. 8. 9. 10. 11 ve 12. Maddelerinde yürütmeye ilgili düzenlemeler yer almaktadır. 13. Madde ile askeri mahkemeler kaldırılırken 14. Maddede ise Hâkimler Savcılar Yüksek Kuruluna ilişkin düzenlemeler yer almaktadır. Bunun dışında kalan 16, 17 ve 18. Maddelerde ise cumhurbaşkanlığı hükümet sistemine uygun şekilde teknik düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir (Kalkar ve Öcal, 2020).

Türkiye’de CHS’ye geçişle birlikte yönetim sürecinde daha hızlı ve etkili karar almak hedeflenmiştir. Bu bağlamda CHS, doğrudan halk tarafından beş yıl süreyle seçilen kişiye yürütme gücünü kullanma fırsatı vermektedir. Bu sistemde cumhurbaşkanı olarak seçilen kişi beş yıllık sürede dış politika, güvenlik, eğitim ve sağlık gibi konularda doğrudan ya da dolaylı şekilde politikaları belirleme görevine sahip olmuştur. Böylece cumhurbaşkanı olarak seçilecek kişiden toplumda görülen birçok soruna çözüm üretmesi beklenmektedir. CHS ile birlikte başbakanlık makamının ortadan kaldırılması, bakanlar kurulunun yapısı ve bakanlıkların geleceği gibi birçok noktada yeni bir yönetsel örgütlenme ihtiyacı doğmuştur (Sobacı, Miş ve Köseoğlu, 2018).

2.2.5. Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi

Türkiye’de 16 Nisan 2017 referandumu sonrasında parlamenter sistem modeli terk edilerek CHS’ye geçişi öngören anayasal zemin oluşturulmuştur. 2007 yılında yapılan halkoylamasından 2014 cumhurbaşkanlığı seçimine kadar geçen sürede yürütme gücünün tepesinde cumhurbaşkanının olduğu ve siyasal anlamda sorumluluğun ise hükümette olduğu bir parlamenter sistemin uygulandığı bilinmektedir. 2014 yılıyla birlikte halkın seçtiği cumhurbaşkanı ve başbakanın yürütme gücünü kullanarak ülkeyi yönettiği ve yarı başkanlık olarak düşünülebilecek olan bu sistemin CHS ’ye geçişle birlikte sona erdiği görülmektedir. Güçlü bir yürütme ve istikrarın sağlanması amacıyla ortaya çıkan CHS’de sadece yürütmenin güçlendirilmesinin yeterli olmadığı aynı zamanda sürece destek olabilecek yeni birtakım yapıların olması gerektiği düşünülmektedir (Kılınç, 2020).

Türkiye’de askeri darbe sonrasında hazırlanan 1982 anayasasının yürürlüğe girmesinden sonra hükümet sistemine ilişkin birçok tartışma yaşanmış ve bu tartışmalar sonucunda ilk somut adım 2007 yılında atılmıştır. 2007 yılında gerçekleştirilen anayasa değişikliğiyle cumhurbaşkanının halk tarafından seçilmesinin önü açılmış ve parlamenter sistemden uzaklaşılarak farklı bir döneme girilmiştir. Türkiye’de mevcut sistemi yarı başkanlığa doğru dönüştürdüğü düşünülen değişiklikler sonrasında 2014 yılında cumhurbaşkanlığı seçimi gerçekleştirilmiş ve bu seçimle ilk kez cumhurbaşkanı halk tarafından seçilmiştir. Türkiye’de 2017 yılında kabul edilen anayasa değişikliği sonrası 2018 yılında gerçekleştirilen cumhurbaşkanlığı seçimleri ile yeni döneme geçilmiş ve yeni sistem fiilen uygulanmaya

başlanmıştır. Kabul edilen bu hükümet sistemine ilişkin farklı tanımlamalar yapılmış ve üzerinde farklı değerlendirmelerde bulunulmuştur. Seçimlerden kısa zaman sonra çıkartılan 1 nolu cumhurbaşkanlığı teşkilatı hakkında cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile kamu politikalarına ilişkin aktörler belirlenmiş ve bu aktörlerin görevleri şekillendirilmiştir. CHS’de yer alan cumhurbaşkanlığı yardımcısı, cumhurbaşkanlığı sözcüsü, idari işler başkanlığı ve politika kurulları gibi yapıların ABD’de uygulanan başkanlık sisteminden örnek alınarak oluşturulduğu düşünülebilir. Türkiye’de CHS ’ye geçişle birlikte hızlı karar alma, politikaları hızlı ve sürekli bir şekilde uygulayabilme noktasında bürokrasiyi etkin kullanmak hedeflenmiştir. Gerçekleştirilen hukuki düzenlemeler ile cumhurbaşkanı ve bakanlar kurulunun oluşturduğu ikili yürütme sisteminden sadece cumhurbaşkanının yer aldığı yürütme sistemine geçiş yapılmıştır. Bunların yanı sıra yürütmeye yardımcı olabilecek yeni yapılar oluşturulmuş ve mevcut yapıda birtakım düzenlemeler yapılmıştır (Akman, 2019).

Yeni sistemin ortaya koyduğu en önemli özelliklerden birisi yürütme organındaki çift başlılığın ortadan kaldırılması ve devletin başı olan cumhurbaşkanının yürütme yetkisine sahip tek makam olmasıdır. Bunun yanı sıra cumhurbaşkanının partisi ile varsa ilişkisinin kesilmesi ve partiler üstü tarafsız olması şartına da yeni sistemde son verilmektedir. Meclisin milletvekili sayısının 550’den 600’e çıkması, seçilme yaşının 18’e indirilmesi, milletvekili ve cumhurbaşkanlığı seçimlerinin 5 yılda bir ve aynı zamanda yapılması da yeni sistemde öngörülen düzenlemeler arasında bulunmaktaydı (Gül, Kamalak ve Sallan Gül, 2017) ki bunlar yeni sistemle birlikte hayata geçirilmiştir.

CHS’nin temel özelliklerine bakıldığında bilinen başkanlık sisteminden ayrılan kendine özgü birtakım özelliklerinin olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda Türk Tipi olarak adlandırılan bu sistem kendine özgü birtakım özellikleri içerisinde barındıran bir yönetim sistemidir. Yeni sistemin özelliklerine bakıldığında ise ilk olarak yürütme organının tek başlı olduğu görülmektedir. Politik gücün cumhurbaşkanlığı makamında toplandığı bu sistemde yürütme gücü cumhurbaşkanındadır. Bununla birlikte CHS’nin diğer bir özelliği cumhurbaşkanının doğrudan halk tarafından seçilmesidir. Başkanlık sistemine benzer şekilde bu sistemde cumhurbaşkanı 5 yıllık süre için doğrudan halk tarafından seçilmektedir. Parlamenter sistemde meclisin güvenoyunu alarak göreve başlayan bakanlar kurulu, yeni sistemde

cumhurbaşkanı tarafından meclisin güvenoyu almasına gerek kalmadan belirlenmektedir. Bununla birlikte yeni sistemde ortaya çıkan yeniliklerden birisi de cumhurbaşkanı olan kişinin partisi ile ilişkisinin kesilmemesi durumudur. Partili cumhurbaşkanlığı olarak da seslendirilen bu sistemde cumhurbaşkanı seçilen kişinin partisi ile ilişkisi devam edebilir. Yeni sistemde bütçe hazırlama ve bütçe kanunu teklifinin verilmesi yetkisi cumhurbaşkanındadır. Ayrıca cumhurbaşkanına kararname çıkarma yetkisinin verilmesi yeni sistemle birlikte tanınmıştır. Dahası atama noktasında da cumhurbaşkanına birtakım yetkiler verilmiştir. CHS’de cumhurbaşkanı seçilen kişi, üst kademe yöneticilerini doğrudan atayabilme yetkisine sahiptir. Değerlendirmeler ışığında Türkiye’deki yeni sistemin ABD’deki başkanlık sistemine benzeyen yönlerinin olduğu anlaşılmakla birlikte örtüşmeyen birtakım özelliklerinin de olduğu görülmektedir (Kalkar ve Öcal, 2020).

CHS’ye geçişle birlikte Türkiye’de yukarıda belirtilen alanlarda iyileşmeler sağlanmaya çalışılırken bu değişikliklerin ortaya çıkaracağı birtakım sakıncalar olduğuna yönelik çalışmalar da yapılmıştır. Bu çalışmalar özellikle CHS’ye geçişle birlikte şeffaflık, hesap verebilirlik alanlarında yeni sistemin ciddi dezavantajları barındırdığına işaret etmektedir.

CHS’nin siyasal istikrarı sağlama noktasında olumlu katkılarının olabileceği söylenebilir. Fakat çoğulculuğu, özgürlükleri ve katılımcı demokrasiyi artıracaklarını söylemek bu noktada zor olabilir. Ekonomik kalkınmayı gerçekleştirme veya ekonomi konusunda istikrarı yakalamaya ilişkin başarının ise diğer konularda yakalanabilecek başarılar ile yakından ilişkili olabileceği ifade edilebilir (Gül, Kamalak ve Sallan Gül, 2017).

2.2.5.1. Cumhurbaşkanlığı teşkilat yapısı

Türkiye’de CHS’ye geçişle birlikte bürokratik anlamda birtakım yenilikler yaşanmış, yeni sistemin uyumlu ve sağlıklı bir şekilde çalışabilmesi için birtakım değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişiklikler kabul edilen yeni sistemin temel yapısını oluşturmuş ve yeni yönetim modelinin işleyişine yön vermiştir. Bu bağlamda kabul edilen CHS’de merkezi yönetim; ofisler, cumhurbaşkanlığına bağlı politika kurulları, bakanlık ve bağlı kuruluşlardan oluşmaktadır. Yeni sistemle birlikte kurulan ofisler ve politika kurulları, kamu yönetiminin gidişatı ve kamu politikası belirleme noktasında önemli bir yere sahiptir. Oluşturulan ofisler,

ön araştırma ve ön hazırlık çalışması yaparken politika kurulları ise politika geliştirme sürecini yürütmektedir. Bakanlıklar ise geliştirilen politikaları uygulamada önemli görevler üstlenmişlerdir (Akman, 2019).

Yeni sistemle birlikte oluşturulan ve öne çıkan yapılardan birisi de ofislerdir. Ofisler genel anlamda başkanların politika oluşturma sürecinde önemli roller üstlenen yapılardır. 24 Haziran 2018 seçimleri sonrası Türkiye’de hayata geçen cumhurbaşkanlığı hükümet sistemiyle cumhurbaşkanına doğrudan bağlı çalışan ofisler oluşturulmuştur. Bu ofisler; “Finans Ofisi”, “İnsan Kaynakları Ofisi”, “Dijital Dönüşüm Ofisi” ve “Yatırım Ofisi”dir. Bu birimlerin cumhurbaşkanı ile çalışırken bürokrasiye takılmadan cumhurbaşkanının önceliklerini dikkate alarak projeler yöneteceğine dikkat çekilmiştir (Sobacı, Miş ve Köseoğlu, 2018).

Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemine geçişle birlikte cumhurbaşkanına kararname yetkisi verilmiş ve aynı zamanda cumhurbaşkanının yürütmeye ilişkin bazı noktalarda düzenleyici işlem yapmasının önü açılmıştır. Böylece cumhurbaşkanı, sistem içerisinde belirleyici bir konuma yükselmiş ve yeni sistem şekillenmeye başlamıştır. Çıkarılan 1 nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi’yle oluşturulan cumhurbaşkanına bağlı politika kurulları ise şu şekildedir: “Yerel Yönetim Politikaları Kurulu, Sosyal Politikalar Kurulu, Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu, Kültür ve Sanat Politikaları Kurulu, Hukuk Politikaları Kurulu, Güvenlik ve Dış Politikalar Kurulu, Ekonomi Politikaları Kurulu, Eğitim ve Öğretim Politikaları Kurulu, Bilim Teknoloji ve Yenilik Politikaları Kurulu’dur.” En az 3 üyeden oluşan bu politika kurullarının başkanı cumhurbaşkanıdır. Cumhurbaşkanının atama yetkisi üzerine oluşturulan bu politika kurullarına en az 5 en fazla 10 üye şeklinde atamalar yapılmıştır. Politika kurullarına ait bütçe ve personel durumu ise cumhurbaşkanlığı idari işler başkanlığı tarafından düzenlenmiştir (Akıncı, 2018).

Türkiye’de yeni sistemle ilgili bir diğer düzenleme ise bakanlıklara ilişkindir. Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemine geçişle birlikte bakanlıkların rolünde bir değişiklik meydana gelmiştir. Bu bağlamda cumhurbaşkanı ve ekibi politika belirleme noktasında birincil konumda yer alırken bakanlık ve bağlı kuruluşların ise alt düzeyde politika yapıcı ve

denetleyici konumda bulunduğu görölmektedir. Dünyada çoğu ölkeye bakıldığında toplumsal ihtiyaçlar doğrultusunda yönetim sürecinin oluştđu ve bakanlıkların ise ihtiyaçlara binaen oluşturulduğu görölmektedir. Bakanlıkların isimlendirilmesi ise ölkeden ölkeye farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; Fransa’da gençlik ve sporla ilgili işler kentsel sorunlarla birlikte değerlendirilmiştir. Bu bağlamda “Kentsel İşler, Gençlik ve Spor Bakanlığı” oluşturulmuştur. Ayrıca Avusturya’da birçok işin bir arada düzenlenebileceği “Tarım, Çevre, Orman ve Su Yönetimi Bakanlığı” bulunmaktadır. Türkiye’de CHS’ye geçişle birlikte bakanlıkların sayısını azaltmak ve bununla birlikte daha işlevsel bir görünüm kazandırabilmek için bakanlık sayısı 16’ya düşürölmüştür. Bu yeni bakanlık düzenlemesi içerisinde en köklü değışikliğin ekonomi alanında olduğu düşünölebilir. Bu bağlamda ekonomi yönetimi sadeleştirilmek istenmiştir. Yeni modelde ekonomi alanı içerisinde “Ticaret Bakanlığı”, “Hazine ve Maliye Bakanlığı” ile “Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı” yer almaktadır. Finans Ofisi ve Yatırım Ofisiyle de ekonomik yapının desteklenmesinin hedeflendiği söylenebilir (Sobacı, Miş ve Köseoğlu, 2018).

2.2.5.2. Yasama yürütme ve yargı erkleri

Siyasal sistemlerde kamu politikalarının uygulanabilmesi için gerekli yasal düzenlemeler yasama organı tarafından çıkarılmaktadır. Bu bağlamda Türkiye’de CHS öncesi dönemde politikaların ve gündemlerin belirlenmesinde yasama organının yürütme organından sonra geldiği görölmektedir. Sistem öncesi dönemde yürütme organının gönderdiği kanun tasarısı genel kurul görüşme sürecinde politika yapım sürecine dâhil olmaktaydı. Fakat CHS’ye geçişle birlikte kanun tasarısı yürürlükten kaldırılmıştır. Yeni sistemde yasama organı sadece kanun teklifi ile politika yapım sürecinde yer almaktadır. Politikaların uygulanması noktasında yeni sistemde kanun teklifinin yürütme organı tarafından sıklıkla kullanılmadığı düşünölmektedir. 16 Nisan referandumu sonrası yeni sistemdeki yeniliklerden birisi de cumhurbaşkanına kararname çıkarma yetkisinin anayasal çerçevede tanınmış olmasıdır. Yürütme organına bakıldığında ise CHS öncesinde başbakan ve bakanların yer aldığı bir hükümet ve cumhurbaşkanı bulunduğu görölmektedir. CHS’ye geçişle birlikte cumhurbaşkanı tek başına yürütme gücünü elinde bulundurmaktadır. Yeni sistemde yasa tasarısı ortadan kaldırıldığı için bakanlar doğrudan yasa teklif edemez hale gelmiştir. Bu bağlamda CHS’ye geçişle birlikte bakanların bürokrat şekline dönüştüğü düşünölebilir. Yasama çalışmaları

içerisinde doğrudan yer almayan cumhurbaşkanı farklı şekilde uygulamalar ortaya koyabilmektedir. Bu bağlamda yeni sistemde politika kurulları ve ofislerde planlanan politikaların, kanun teklifi veya cumhurbaşkanlığı kararnamesiyle uygulanabildiği söylenebilir (Akman, 2019).

Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminin öne çıkan iki unsurundan birisi yürüme gücünü elinde bulunduran cumhurbaşkanının halk tarafından seçilmesi ve anayasada yer alan görev süresi boyunca herhangi bir güvene ihtiyaç duymadan görevini devam ettirebilmesidir. Bir diğer öne çıkan unsur ise 5 yıllık süre için seçilen meclisin yasama gücünü elinde bulundurmasıdır. Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminin temel özelliklerine bakıldığında ise; Yürütme organının tek başlı olduğu görülmektedir. Ayrıca cumhurbaşkanı doğrudan halk tarafından ve 5 yıllığına seçilirken kararname yetkisi ve üst düzey kamu yöneticilerini atama yetkisine sahip olması da yeni sistemin temel özellikleri arasındadır (Öztürk, 2019).

Yargı organı ise anayasaya göre bağımsız ve tarafsız mahkemelerden oluşmaktadır. 2017 yılında yapılan anayasa değişikliği ile ilgili maddeye “tarafsız” ifadesinin eklendiği görülmüştür. Yargının tarafsız olması durumu yürütme ve yasama erklerinin işlemlerinin denetlenebilmesi noktasında objektif bir durumun oluşmasını sağlamaktadır. Yürütme ile yasama arasındaki işlemlerde bir fren mekanizmasının oluşabilmesi için yargının bağımsız ve tarafsız olması gerekmektedir (Doğan ve Geyik, 2020).

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Yasal Düzenlemeler

İnsan için önemli bir unsur olan sağlık hizmetleri toplumsal yapı için de gerekli ve vazgeçilmez bir olgudur. Sağlık hizmetlerinin yasal çerçevesinin oluşturulması ve sağlık hizmetlerinin sunumu devletler için de önemli bir meseledir. Bu noktada Türkiye’de sağlık hizmetleri ve yasal düzenlemeler sağlık hizmetlerinin sunumu noktasında öne çıkmaktadır.

2.3.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı

Bir insanın yaşamını devam ettirebilmesi ve toplumsal anlamda üretken bir durumda yaşaması için sağlık büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerine, kuvvetli ve dirençli olmalarına, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün

faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin tanımına bakıldığında ise: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin etkisinin önlenmesi, hasta olanların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olan kişilerin işe alıştırılması amacıyla yapılan tıbbi faaliyetler olarak ifade edilmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri koruyucu, rehabilite edici, tedavi edici ve sağlığı geliştirici hizmetler olarak dört grupta açıklanabilir. Ülkemizde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri görevi Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini ise devlet karşılıksız bir şekilde gerçekleştirmektedir. Benzer şekilde rehabilite edici sağlık hizmetlerinde ise tedavi ve teşhis başta olmak üzere birçok işlevi rehabilitasyon merkezleri gerçekleştirmektedir (Orhaner, 2006).

2.3.2. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihçesi

1923 yılında Cumhuriyetin kuruluşuyla birlikte yeni bir döneme giren Türkiye’de sağlık başta olmak üzere birçok konuda yeni dönüşümler meydana gelmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sunumunda da yeni değişiklikler yaşanmış ve yasal düzenlemelerle birlikte yeni döneme girilmiştir. Sağlık hizmetlerinin devlet görevi olarak ilk kez görüldüğü dönem de TBMM’nin kurulduğu dönemdir. TBMM’de kabul edilen 3 sayılı yasa ile sağlık hizmetlerinin sunumu bakanlık tarafından asıl bir devlet görevi olarak görülmüştür. Temelde sağlık hizmetlerinin sunumu bu yasal düzenleme ile bakanlık düzeyine getirilerek önem kazanmış ve toplum sağlığına önem verilmiştir. Kurtuluş savaşının zorlu geçtiği bu dönemde sağlık hizmetlerinin bakanlık çatısı altında toplanması toplumsal sağlığa verilen önemin göstergesi olarak düşünülebilir. Dahası o dönemlerde sadece birkaç ülkede görülen bakanlık düzeyindeki yapılanma bu konunun önemsendiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu değişen şartlar ve yönetsel olgularla zaman içerisinde farklılaşmış ve değişikliklere uğramıştır. Bu değişim ve dönüşüm farklı dönemlerde ortaya çıkmıştır (Akdur, 1999).

2.3.3. Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetleri

Türkiye Cumhuriyeti kurulmadan önce özellikle sağlık hizmetlerinin devlet görevi olarak kabul edilmesi ve bir zemine oturtulması Türkiye Büyük Millet Meclisi ile olmuştur. Büyük Millet Meclisi 2 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun ile sağlık hizmetlerinin sunumunun ayrı bir bakanlıkça yürütülen bir devlet görevi haline gelmesi sağlanmıştır. Yasa kabul edildikten sonra Türkiye Büyük Millet

Meclisi hükümetinin ilk sağlık bakanı olarak görevlendirilen Dr. Adnan Adıvar'ın göreve başladığı dönemde sağlık alanına ilişkin hem örgütsel yapıda hem de sağlık altyapısında ciddi eksiklikler mevcuttur. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin temeli bu dönemde atılmaya başlanmış ve örgütsel birtakım düzenlemeler oluşturulmuştur. Cumhuriyetin ilk dönemlerinde sağlık hizmetlerine ve sağlık yapılanmalarına ayrı bir önem verilmiştir. Dahası bu dönemde özellikle 1923 ve sonraki 13 yıl içerisinde sağlığın sektörel olarak örgütlenmesi amacıyla 50 yasa çıkarılmış ve yürürlüğe konulmuştur. Cumhuriyetin kurucusu olan Mustafa Kemal Atatürk'te özellikle bu konuya önem vermiştir. Atatürk'ün bizzat kendisi tarafından kaleme alınan ve Prof. Dr. Afet İnan tarafından 1930'da "Vatandaş İçin Medeni Bilgiler" adı altında yayımlanarak okullarda ders kitabı olarak okutulan yurttaşlık bilgisi kitabında yer alan "Vatandaşa Karşı Devletin Vazifeleri" bölümündeki sözleri de sağlık hizmetlerine verdiği önemin en büyük göstergelerinden birisidir (Akdur, 2008).

1923 yılına kadar savaşın olağanüstü koşulları içerisinde ve daha fazla askeri alanda yoğunlaşan sağlık hizmetlerinin sunumu cumhuriyet kurulduktan sonra hızlı bir şekilde planlama boyutuna geçmiş ve gelişim göstermiştir. Bu dönemde yeni bir anlayışla organize edilmeye çalışılan sağlık hizmetleri sağlık teşkilatının merkez yapısı; sağlık dairesi, sicil dairesi, muhasebe ve evrak kalemi olmak üzere üç daireden oluşmaktadır. Bu dönemde taşra teşkilatı ise hükümet ve belediyelerin karantina tabiplikleri ve sıhhiye memurlarından oluşan sağlık müdürlüklerinden meydana gelmektedir. Dr. Adnan Adıvar'dan sonra Sağlık Bakanlığı koltuğuna geçen Dr. Refik Saydam 1921 ve 1937 yılları arası dönemde Sağlık Bakanlığı görevini üstlenmiştir. Dr. Refik Saydam bu dönemde sağlık hizmetlerinin sunumunun yurt geneline yayılmasında büyük çaba ortaya koymuş, sağlık hizmetlerinin yapılanmasında başarılar göstermiş ve tarihimizde önemli bir yer edinmiştir. Bu sebepten ötürü "Refik Saydam Dönemi" olarak nitelendirilen bu dönem sağlık mevzuat yapısının oluşturulduğu, sağlık örgütünün kurulduğu ve insan gücüne yönelik birtakım çalışmaların yapıldığı dönem olmuştur. Özellikle bu dönemde sağlık hizmetlerinin köylere kadar yayılmasını sağlamak için "seyyar tabiplik" uygulamasına başlanmıştır. Yine bu dönemde koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek bu hizmetlerin doğrudan genel bütçeden karşılanması sağlanmıştır. Yataklı tedavilerin kamu eliyle, fakat yerel idareler tarafından yürütülmesi politikası belirlenmiştir. Bu bağlamda merkezi hükümet daha çok yol gösterici konumda yer almıştır. Bu politika

çerçevesinde yerel idarelerin hastane açması özendirilmeye çalışılırken, bu idarelere örnek olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illere doğrudan Sağlık Bakanlığına bağlı olacak şekilde Numune Hastaneleri açılmıştır (Görmüş, 2013).

1924’de gerçekleştirilen Kızılay Kongresinde Prof. Dr. Besim Ömer, Dr. Ziya Nuri, Dr. Akil Muhtar ve birtakım kişiler Kızılay tarafından hemşirelik okulunun açılması yönündeki bir görüş üzerinde birleşmişlerdir. Bu dönemde Kızılay’ın kendine has bir hastanesi olmadığı için hemşirelerin hastanede çalışması amacıyla Cerrahpaşa, Guraba ve Haseki gibi üç büyük hastanenin ortasında yer alan bir bina kiralanmış ve Dr. Ömer Lütfi’nin yönetiminde 21 Şubat 1925’te ilk hemşirelik okulu olarak kabul edilen “Hilali Ahmer Hemşire Mektebi” açılmıştır. Ayrıca köy bölgelerine ebe yetiştirebilmek amacıyla 1936’da Konya ve Balıkesir’de birer Köy Ebe Okulu açılmıştır. İlkokulu bitirmiş 15 ve 18 yaş arasındaki kızlar bu okullarda bir yıl eğitime tabi tutulduktan sonra köy ebesi diploması verilerek köylerde görevlendirilmiştir. Benzer şekilde 1943’te yapılan bir düzenleme ile Köy Enstitülerinin ikinci sınıfını başarıyla gecen öğrenciler içerisindeki birtakım kız ve erkeklerden köy sağlık memuru ve köy ebesi yetiştirilmeye başlanmıştır (Dirican, 1970).

Dr. Refik Saydam dönemi sonrasında sağlıkta örgütsel yapılanma devam etmiş ve geliştirilmeye çalışılmıştır. Fakat 2. Dünya Savaşı süresi boyunca devletin genel yapılanmasında olduğu gibi sağlık sektöründe de birtakım yavaşlamalar yaşanmış ve sıtma, cüzzam, sifilis gibi hastalıklar yaygınlaşmıştır. Dr. Refik Saydam döneminden sonra ilk önemli gelişme olarak düşünülen olay 1946-1950 arası dönemde bakanlık görevini üstlenen Dr. Behçet Uz tarafından hazırlandıktan sonra 1946’da toplanan 9. Milli Tıp Kongresinde ortaya konulan ve yürürlüğe giren “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” olarak kayıtlara geçmiştir. Behçet Uz planı olarak adlandırılan plana göre ülkenin 7 sağlık bölgesine ayrılması amaçlanmıştır. Her bölgenin örgütlenerek kendine yeterli hale getirilmesi hedeflenmiştir. Sağlık bölgeleri olarak ayrılan bu bölgelerde her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezinin kurulması, ayrıca kurulan bu merkezlerde 1 ebe, 2 hekim, 1 sağlık memuru ve 1 ziyaretçi hemşirenin bulundurulması hedeflenmiştir. Oluşturulan bu merkezlerde tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin bir arada yürütülmesi planlanmıştır. Ayrıca bölgelerin kurulması tamamlandıktan sonra her bölgede bir tıp fakültesinin açılması düşünülmüştür. Bu planda

koruyucu ve bütünleştirici sağlık hizmetlerinin birleştirilerek ve genel idareden ayrı hale getirilerek hizmet birimlerinin nüfus esasına göre kurulması amaçlanmıştır. Bu bağlamda koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerini tek tek ele alan sistemden ayrılarak sağlık hizmetlerinin tamamını merkezi hükümetin görevi haline getiren bir yapılaşma içerisine girildiği görölmüştür. Dahası eskiden sadece büyük şehirlerin faydalandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal alanların da yararlanması hedeflenmiştir. Hizmet sunumu bağlamında 1954’de yapılan yasal düzenleme ile il özel idarelerine, vakıflara ve belediyelere bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı’na bağlanmıştır (Akdur, 1999).

2.3.4. 1960-1970 dönemi sağlık hizmetleri

Türkiye’de 1961 yılında hayata geçirilen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu ile sağlık hizmetlerinin sunumunun daha çok halkın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde yaygın ve entegre edilmiş bir şekilde sunulması hedeflenmiştir. Bu amaçla ilişkili olarak sağlık ocakları, sağlık evleri, il ve ilçe hastanelerinin açılması planlanmıştır. Bu sağlık kuruluşlarının il içerisinde bütünleşmiş bir yapılanma içerisinde olmasına da özen gösterilmiştir. Sosyalleştirme kanununda öncü olarak nitelendirilen Nusret Fişek sosyalleştirilmek istenilen sağlık hizmetlerinin finansman kısmının nasıl sağlanacağı üzerinde özenle durulmasını istemiştir. Ona göre tüm hizmetlerin devlet tarafından ücretsiz bir şekilde sunulması mümkün değildir. Bu bağlamda Nusret Fişek, sağlık için özel kullanım amacıyla pul ve tuz üzerinden ayrı bir vergi alınmasını planlamış ve taslağına eklemiştir. Ayrıca birinci beş yıllık kalkınma planlamasında sağlık hizmetlerine yer açılmış ve hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler ise: Koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak, personelin düzenli ve dengeli bir şekilde dağıtılmasını sağlamak, devlet hastanelerinde de döner sermaye sistemini uygulamak, ilaç endüstrisini güçlendirmek ve özel hastanelerin açılmasını desteklemek şeklinde ifade edilebilir (Çavmak ve Çavmak, 2017).

1961 yılına kadar geniş bölgede tek yönlü hizmet ilkesine göre hareket eden ve örgütlenmesini bu şekilde yapan sıtma ve verem savaş gibi sağlık hizmetleri bu dönemselle süreçten sonra dar bölgede çok yönlü hizmet politikası esasında hareket etmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinin sunumunun tek elden yönetilmesi ve yurda yayılım göstermesi hedeflenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı şekilde bir anlayış benimsenerek

sağlık ocakları ve bunlara bağlı olarak faaliyet gösteren sağlık evleri ile de herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması ilkesinin öne çıktığı görülmüştür. Sağlık hizmetleri basamakları arasında sevk zorunluluğu ilkesi getirilerek hastaların öncelikli şekilde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına başvurmaları ve tedavi noktasında gerekirse ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmeleri hedeflenmiştir. 1963 yılında uygulamaya başlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ilkesi 1977 yılında bütün yurda yayılması hedeflenmiştir. Fakat takip eden yıllarda bu planlama ile benimsenmeye çalışılan sağlık politikaları iktidarların benimsediği liberal politikalar çerçevesinde çelişkiye uğramıştır. Esasen bunun sonucunda iktidarlar sağlık hizmetlerinin sunumunda birinci basamağa yeteri kadar önem vermemişlerdir. Sağlık ocakları da sağlık merkezleri ve hastanelerin yanında niteliksiz olarak kabul edilen kurumlar olarak kalmışlardır. Türkiye’de 1960 yılından sonra uygulamaya alınan sosyalleştirme ilkesi ile birlikte yapılacak tüm sağlık harcamalarının kamu kaynakları ile karşılanması, hizmetlerin ise kamu sektörü aracılığıyla yürütülmesi ve tüm yurda yayılması hedeflenmiştir (Görmüş, 2013).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin kanun ilk olarak Muş ilinde uygulamaya konulmuştur. Uygulama her yıl birkaç şehre yayılım göstermiş ve 1979 yılına gelindiğinde ise uygulanan il sayısı 45 olmuştur. 1963 ve 1965 yıllarında başarı ile uygulandığı düşünülen sosyalleştirme hakkındaki kanun 1966’dan itibaren başarısız bir boyuta geçmiştir. Başarısızlığın sebepleri ise; Sağlık ocakları ve hastanelere yeteri miktarda hekimin atanmaması, hastaneler ile sağlık ocakları arasında işbirliği ve koordinasyonun sağlanamaması, il düzeyinde sağlık yönetim organlarının yetersizliği, ödeneklerin yeterli düzeyde verilmemesi, araç, gereç ve ilaç yetersizlikleridir (Fişek, 1983).

2.3.5. 1970 sonrası sağlık hizmetleri

1960 dönemi sosyalleştirme politikası sonrası sağlık alanında birtakım yeni gelişmeler yaşanmıştır. Birinci beş yıllık kalkınma planında özellikle sağlık alanında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanunun ilkeleri kabul edilmiş ve Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır. Bu dönemde Sağlık Bakanlığının sosyalleştirme kapsamında görev yapacak personellerin ve tıp öğrencilerinin yetiştirilmesi amacıyla Sağlık Eğitim Araştırma Bölgeleri kurulmasını desteklediği ve altyapılar oluşturduğu görülmektedir. İlk Sağlık Eğitim Araştırma

Bölgesi olarak 1964'te yapılan düzenleme ile “Etimesgut Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi” kurulmuştur. Sonraki süreçte 1967 yılında Erzurum'da, 1968'de İzmir Torbalı'da, 1971'de Abidinpaşa Ankara'da ve 1974 yılında Çubuk ile Silivri'de Sağlık Eğitim Araştırma Bölgeleri açılmıştır. Sosyalleştirmeye ilişkin yasal düzenlemenin 1961'de kabul edilmesinden sonraki 15 yıllık süre içerisinde bu sürecin bütün ülkeye yayılım göstermesi hedeflenmesine rağmen hedeflenen süre sonucunda sadece 47 il sosyalleştirme kapsamında ele alınabilmiştir (Kurt ve Şaşmaz, 2012).

1963 yılında uygulanmaya başlanan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1977 yılına kadar tüm yurda yayılması hedeflenmiştir. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin entegre edilerek tek elden bütün ülkeye yayılması planlanmıştır. Fakat devam eden yıllarda yönetime geçen iktidarlar neoliberal politikalarla hareket etmiştir. Bu durum benimsenen sağlık politikaları ile çelişkili bir durum ortaya çıkarmış ve sosyalleştirme programı hükümetlerden gereken desteği görememiştir. Ayrıca 1970'li yıllarda dünyada genel olarak neoliberal politikalar hayata geçmiştir. Bu politikaların yansıması olarak ise ülkeler, sosyal devlet anlayışından vazgeçerek uzaklaşmıştır. Bu bağlamda Türkiye'de 24 Ocak 1980 kararları ile hükümet politikası belirlenmiştir. Böylece “Aktif özelleştirme dönemi” olarak adlandırılan bir döneme girilmiştir. Yapılan yasal düzenleme ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin devlet görevi olduğunu ifade eden maddeler kaldırılmış, yerine ise yapılacak hizmetleri devletin gözeteyeceğini ve düzenleyeceğini belirten maddeler getirilmiştir (Akdur, 2006).

1980 sonrası dönem Türkiye'de sağlık alanına ilişkin yaşanan düzenlemelerle birlikte, devletin sağlık hizmetlerini daha çok özel sektöre aktararak bu alandan çekilmeye başladığı bir dönem olarak kayıtlara geçmiştir. Sağlık hizmetlerinin kademeli bir şekilde özel sektöre aktarılmasıyla birlikte hizmet üreten kesim ile hizmetten yararlanan kesim arasında nötr olmaktan daha çok devletin aktif yönlendirici rolü üstlendiği görülmüştür. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların temelinde kamu hizmeti yaklaşımını, çözüm kısmında ise özel girişimi göstermeye çalışan neoliberal anlayış, sağlık sorunlarının artmasında neoliberalleşmenin etkisi olduğunu gizlemiştir. 1980 sonrası dönem özellikle dünya ekonomisinde ticari serbestleşmenin ön hazırlıklarının yapıldığı bir dönem olarak bilinmektedir. Türkiye'de 24 Ocak kararları sonrası dönemde neoliberal

politikaların etkin olması özellikle sağlık alanında da önemli sonuçlar meydana getirmiştir. 1981 döneminin sonunda bakanlar kurulu tarafından alınan kararla sağlık yatırımları teşvik kapsamına dâhil edilmiş ve kamu fonlarının özel sektöre geçmesi sağlanmıştır. Benzer şekilde 1983 yılında Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında döner sermaye kapsamında genişleme yaşanmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik birtakım düzenlemeler yaşanmış ve sağlık çalışanlarını ilgilendiren gelişmeler olmuştur (Soyer, 2003).

1980 dönemi sonrasında sağlıkta yapılan düzenlemelere bakıldığında bakanlık düzeyinde birtakım yenilikler ortaya çıkmıştır. Özellikle 1989 yılında “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” “Sağlık Bakanlığı” olarak değiştirilmiştir. Bunun yanı sıra sağlığa ilişkin merkezi düzeyde politika belirleme noktasında Sağlık Bakanlığının sorumlu olduğu belirtilmiştir. 1990 ve 1994 yıllarını kapsayan altıncı kalkınma planı ile sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi konusu, sağlık hizmetlerinin rasyonalizasyonu adı altında planlanarak ortaya konulmuştur. Özellikle bu dönemde uluslararası teşvik ve politika oluşturma süreci hayata geçirilmiştir. 1992’de gerçekleştirilen Ulusal Sağlık Kongresinde ve 1993’te yapılan İkinci Ulusal Sağlık Kongresi’nde ülke genelinde yeni politikalar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılarak hastanelerin özelleştirilmesi ve özerk hale getirilmesi noktasında bu kongrelerde alınan kararlar önemlidir. Bu dönemde “Ulusal Sağlık Dokümanı” adı altında yayınlanan maddeler sağlık hizmetlerinin sunumu açısından önemli birtakım yeni kavramları ortaya çıkarmıştır. Ayrıca sağlık güvencesinden hiçbir şekilde faydalanamayan kimselerin genel sağlık güvencesi altına alınması hedeflenmiştir. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda eşit ve ücretsiz hizmet sağlamak amacıyla 1992’de “Yeşil Kart” uygulamasına başlanmıştır (Kasapoğlu, 2016).

1989 sonrası özellikle 1994’e kadar olan dönemde ekonomik genişleme ile birlikte hem toplumsal yaşam koşullarında hem de sağlık çalışanlarının yaşam koşullarında göreceli de olsa bir iyileşmeden bahsetmek mümkündür. 1994 sonrası dönemde ise durum biraz daha tersine dönmeye başlamış ve kötüleşmiştir. Bu dönemde gelir dağılımının bozulması toplumsal sağlığı kötü etkilemiştir. Çalışanların da bu dönemde yaşam koşullarında kötüleşme yaşanmıştır. Bununla paralel olarak kamu maliyesindeki kötüleşme devam etmiş ve sosyal harcamalara ayrılan payda azalma yaşanmıştır. Hızlı bir şekilde yoksullaşma sürecine giren

Çalışanlar da devletin sosyal politikalarından geniş bir şekilde faydalanamamıştır. Diğer bir ifadeyle hastalar “hizmetin bedelini yararlanan der” durumu ile karşı karşıya bırakılmıştır (Soyer, 2003).

2.3.6. 2000 yılı sonrası sağlık hizmetleri

Türk siyasal hayatında en önemli seçimlerden birisi olarak gösterilen 2002 seçimleri sonrasında iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) döneminde sağlık alanında birtakım değişiklikler yaşanmıştır. AKP döneminde sağlık sektöründeki duruma ilişkin değerlendirme yaparken ne çıkan noktalar “Parti Programı”, “Acil Eylem Planı” ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” dır. Parti Programında sağlık alanına ilişkin konular Sosyal Politikalar başlıklı beşinci bölümde yer almaktadır. Parti programının bu bölümünde “koruyucu ve tedavi edici hizmetler başta olmak üzere sağlık hizmetleri alanı gönüllü kuruluşlara ve özel sektöre açıktır” ifadesi ile sağlıkta özel sektöre yönelim olduğu belirtilmiştir. Seçim sonrasında ne çıkan acil eylem planında da sağlık hizmetlerine ilişkin hususlara yer verilmiştir. Genel sağlık sigortası ve aile hekimliği uygulaması bu planda yer alan önemli konular arasındadır. 2003 yılında ortaya atılan sağlıkta dönüşüm programı ve 2004’te aile hekimliği plan ve hedefleri de sağlık hizmetleri bağlamında ne çıkan diğer konulardır. Sağlıkta dönüşüm programının amacı ise “sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması, sunulması” olarak açıklanmaktadır. Bu bağlamda insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gler ayrılığı, desantralizasyon, hizmette rekabet ve gönüllülük gibi konular ne çıkan konular arasındadır (Hamzaoglu ve Yavuz, 2014).

2003 yılından itibaren 59. Hükümet ile birlikte sağlıkta dönüşüm programı hayata geçirilmiştir. Bu dönüşüm programı ile birlikte sağlıkta daha çok neoliberal politikaların benimsendiği bir sürece girilmiştir. Öncelikle 2003 yılında devlet memuru olan kişilerin ve emekli sandığına bağlı çalışanların sevsiz bir şekilde özel hastanelere başvuru imkânının getirildiği bir uygulamaya gidilmiştir. Bu uygulama ile özel sektörün teşvik edildiği görülmektedir. Bunun yanı sıra 2003 yılıyla birlikte sözleşmeli sağlık personeli istihdamına geçilerek performansa dayalı bir ek ödeme sistemi benimsenmiştir. 2005 öncesi döneme bakıldığında ise Türkiye’de sağlık hizmetleri örgütsel bağlamda parçalanmış ve farklı

unsurlar arasında düzensiz bir yapı göze çarpmaktadır. Fakat bu dönemde tedavi edici sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yürütüldüğü bilinmektedir. Ayrıca Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunun ise tamamen Sağlık Bakanlığının elinde olduğu bir yapı yer almaktadır. Bu bağlamda tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emniyet Genel Müdürlüğü, Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) ve Üniversite hastanelerinde verilmektedir. 2005 yılından sonra ise Üniversiteler ile Milli Savunma Bakanlığına (MSB) bağlı hastaneler dışında, diğer bakanlık ve kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına devredilme işlemi gerçekleşmiştir. Ayrıca 2005 yılında kalite kriterleri performansa dayalı ek ödeme sistemine dâhil edilmiştir. 2006 yılında yapılan bir yasal düzenleme ile de mevcut durumdaki tüm sosyal güvenlik kurumları Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında diğer bir ifadeyle SGK adı altında birleştirilmiştir. 2007 yılında ise kamu sigortalıların tamamına sevsiz bir şekilde özel hastanelere erişim imkânı getirilmiştir. 2008’de 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında ayrılmaya gidilmiştir. Ayrıca 2011 yılında 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında değişikliğe gidilerek temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, yönetimi ve denetlenmesi sağlık bakanlığına bağlı bir kuruluş olarak görev yapan Türkiye Halk Sağlığı kurumuna devredilmiştir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yönetimi ise yine Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan Türkiye Kamu Hastaneleri kurumuna bağlanmış, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının il seviyesinde Kamu Hastaneleri Birlikleri oluşturularak işletilmesi esas alınmıştır (Görmüş, 2013).

Sağlık Bakanlığı hastanelerde hizmet kalitesini ölçmek amacıyla 2005’te “Hizmet Kalite Standartları Ölçeği” geliştirmiştir. 2009’dan itibaren ise kamu hastaneleri hizmet kalite standartlarına ilişkin yılda iki kez değerlendirmeye alınmaya başlamıştır. Ayrıca 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile 1 Ekim 2008’de SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Sigortalıları, 15 Ocak 2010 tarihinde de kamu çalışanları kapsama dâhil edilmiş ve 1992’den beri uygulamada olan Yeşil Kart uygulaması da 1 Ocak 2012 tarihinde uygulamadan kaldırılmıştır. Bunun yanı sıra Aile Hekimliği uygulamasında da önemli gelişmeler yaşanmıştır. Aile Hekimliği uygulaması ile kişilerin kendi seçeceği doktorlar tarafından sağlık hizmeti alabilmesi ve daha sıkı bir şekilde doktor hasta ilişkisinin

öngörüldüğü bir yapı hedeflenmiştir. Aile hekimliği sistemine ise 2004 yılında ilk pilot bölge olan Düzce’de başlanmış ve ilerleyen süreçte Türkiye genelinde yayılmaya başlamıştır. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerine benzer olduğu düşünülen bu uygulamadaki temel ayrım nüfus yapısına göre ekip halinde çok amaçlı hizmeti sunmanın esas alınmasıdır. Ayrıca aile hekimliği sistemini desteklemek amacıyla Toplum Sağlığı Merkezleri kurularak sağlık hizmetlerinin sunumu güçlendirilmeye çalışılmıştır (Kasapoğlu, 2016).

Türkiye’de Nisan 2017 referandumu ile kabul edilen anayasa değişikliği sonrası 24 Haziran 2018 tarihinde yapılan seçimlerle CHS’ye geçiş bürokratik yapılanma üzerinde önemli etkiler oluşturmuştur. CHS’ye geçişle birlikte bürokratik anlamda yeniden yapılanma görülmüş ve bu durum Sağlık Bakanlığına da yansımıştır. Ayrıca Cumhurbaşkanlığı bünyesinde önemli kararlar almak üzere politika kurulları oluşturulmuştur. Bu politika kurulları içerisinde sağlık sektörüne ilişkin “Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu” oluşturulmuştur. Bakanlıkların sayıları 16’ya düşürülmüş, müsteşarlıklar kaldırılmış ve bakanlıkların teşkilat yapıları daha sade hale getirilmiştir. Yeni sistemde 10 Temmuz 2018 tarihinde 1 nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesiyle bakanlıkların merkez teşkilatları yeniden düzenlenmiş ve yeniden yapılandırılmıştır. Hükümet sistemi değişikliği sonrası 1 nolu cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile Sağlık Bakanlığının görevlerinin bazılarında değişikliğe gidilmiş ve bakanlığın temel görevi icraya yönelik olarak yeniden düzenlenmiştir. Hükümet sistemi değişikliği öncesinde bakanlığın görev alanında politika belirleme, strateji geliştirme ve planlama gibi işlevler yer alırken yeni sistemde politika belirleme görevinin cumhurbaşkanlığına bağlı olan Sağlık ve Gıda Politikaları Kuruluna verildiği, bakanlığın ise bu politikaları yürütücü pozisyonda olduğu görülmektedir. Ayrıca yeni hükümet sistemi ile birlikte müsteşarlık makamının kaldırıldığı, bakan yardımcılığının ise devam ettirildiği görülmüştür. Başkanlığa bağlı kuruluş statüsünde yer alan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkanlığı genel müdürlük şeklinde yapılandırılarak yeni sistemde yer almıştır (Öztop ve Lamba, 2019).

2.4. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısındaki Değişimler Ve Yasal Düzenlemeler

Sağlık hizmetlerinin sunumu toplumsal anlamda büyük önem taşıyan konuların başında gelmektedir. Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda yasal

birtakım düzenlemelere gidilmiş ve sağlık hizmetlerinin sunumunun yasal altyapısı oluşturulmaya çalışılmıştır. Nüfusun sağlık hizmetlerine olan talebi zamanla artmış ve sağlık hizmetlerinin sunumu bu bağlamda giderek önem kazanmıştır. Artan talebi karşılamak için sağlık hizmet sunucularının hem niteliğinin hem de sayılarının artırılmasına yönelik birtakım gelişmeler yaşanmıştır.

2.4.1. Cumhuriyet dönemindeki yasal düzenlemeler

Toplumsal yapının korunması ve şüphesiz sağlıklı bir toplum düzeni için sağlık hizmetlerinin başlıca kamusal olarak sunulması ve yasal çerçevede korunması gerekmektedir. Bu bağlamda özellikle Türkiye’de Sağlık hizmetlerinin sunumunun başlıca bir devlet görevi halinde ele alınması Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılmasından sonra gerçekleşmiştir. Türkiye Büyük Millet Meclisinde 3 Mayıs 1920’de kabul edilen 3 sayılı yasayla sağlık hizmetleri bakanlık tarafından yürütülen bir devlet görevi haline getirilmiştir. TBMM Hükümetinin ilk sağlık bakanı olarak tayin edilen Dr. Adnan Adıvar göreve geldiğinde hem yasal olarak hem de altyapı anlamında birçok eksikliğin olduğu bilinmektedir. Dr. Adnan Adıvar’dan sonra bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam kısa süreli aralıklar dışında 1937’ye kadar görevini devam ettirmiştir (Akdur, 1999).

1921 Teşkilat-ı Esasi kanunu 11. Maddesinde yer alan “Sıhhiye işlerinin tanzim ve idaresi vilayet şuralarının salahiyeti dâhilindedir” ifadesiyle sağlığa ilişkin işlerin düzenlenmesi ve yönetilmesi ilk kez vurgulanmıştır. Ayrıca toplumda bu dönemde görülen salgın hastalıklara ilişkin Milli Tıp Kongreleri de özellikle salgın hastalıklarla mücadele kapsamında önemli yer teşkil etmektedir. Yapılan kongreler ile halk bilinçlendirilmeye çalışılmış ve salgın hastalıklar konusu gündemde tutulmuştur. Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam döneminde ise sağlık yasaları ve sağlığa ilişkin devletin sorumlulukları konusu öne çıkmıştır. Bu dönemde çıkarılan yasal düzenlemeler ile devletin sağlığa ilişkin sorumluluklarının çerçevesi belirlenmiştir (Bağcı ve Atasever, 2020).

2.4.2. Demokrat parti dönemi öncesi ve sonrası yasal düzenlemeler

Dr. Refik Saydam dönemi sonrasında sağlıkta birtakım örgütlü yapıların görülmesi devam etmiştir. Fakat 2. Dünya Savaşı’yla birlikte sağlık alanındaki ilerlemelerde belirli aksamalar yaşanmıştır. Özellikle bu dönemde sıtma, sifilis ve cüzzam gibi salgın hastalıklar yayılmaya

başlamıştır. 2. Dünya Savaşı'ndan sonraki süreçte önemli olarak görülebilecek gelişmeler arasında 1946 ve 1950 arasındaki Sağlık Bakanlığı görevini üstlenen Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanıp 1946'da 9. Milli Tıp Kongresinde sunulan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” gösterilebilir. Bu plan ile sağlık hizmetlerinin yurt genelinde yayılımının sağlanması hedeflenmiştir. Bu plan ile sağlık hizmetlerinin tamamı merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir. 2. Dünya savaşıdan sonra yayılan sıtma, suçiçeği, cüzzam ve sifilis gibi salgın hastalıklarla mücadele amacıyla “Olağandışı Sıtma Kontrolü Yasası” çıkarılmış ve hastalık odaklı yapılar geliştirilmeye başlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası kurulması amacıyla birtakım çalışmalar başlatılmıştır. Fakat Genel Sağlık Sigortasını ülke çapında uygulamak mümkün olmadığı için 1945 yılında İş Güvenliği Yasası çıkarılmıştır. Aynı zamanda İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş ve hizmetle istihdama ilişkin Sağlık Bakanlığı tekeli ortadan kaldırılmıştır. 1952'de işçi olarak çalışanlara sağlık hizmeti vermeye başlayan bu kurum finansman ile birlikte sağlık örgütü ve hastane kurma, işletme, personel atama gibi yetkilere sahip olmasına imkân sağlanmıştır. Bunun yanı sıra Emekli Sandığı'nın kurulmasına ve diğer sosyal sigorta kapsamalarının geliştirilmesine ilişkin çalışmaların da yine bu dönemde başladığı görülmüştür (Görmüş, 2013).

1954'te Sağlık Bakanı olarak yeniden göreve başlayan Dr. Behçet Uz'un daha önce ortaya koyduğu plan doğrultusunda hiç söz etmemesinin anlamlı olduğu düşünülmektedir. Çünkü planın ele alındığı konular içerisinde ilaç sanayisinin kontrol edilmesi, koruyucu hekimlik uygulaması için ilaçların bakanlık eliyle yapılması, süt ve mama gibi çocuklar için önem arz eden besinlerin üretilmesi için gerekli tesislerin kurulması gibi birtakım düzenlemelerin yer aldığı bilinmektedir. 1950'de Demokrat Partinin iktidara gelmesi ile Dr. Nihat Reşat Belger'den sonra Sağlık Bakanı olarak görevlendirilen Dr. Ekrem Hayri Üstündağ bu sağlık planları üzerinde durmuş ve geliştirerek Bakanlar Kuruluna sunmak üzereyken kabine dışında kaldığı görülmüştür. Ayrıca 1945'te kabul edilen 4792 sayılı kanunla birlikte İşçi Sigortaları Kurumu kurularak bir kısım çalışanlara sağlığının sigorta edilmesi imkânı getirilmiştir. 1953'te ise özel idare hastaneleri devletleştirilmiş, hasta tedavisinin devlet hizmeti olarak görülmesi kabul edilmiştir. Yapılan bu düzenlemeler halkın devlet imkânlarından faydalanmasına, tıbbi imkânların niteliğinin yükseltilmesine, tedavi ve koruyucu hizmetlerin birlikte yürütülmesine imkân sağlaması açısından büyük önem taşımaktadır (Dirican, 1970).

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin bu dönemde öne çıkan kanunlara bakıldığında ise eczanelerin işletilmesine ilişkin 1953'te 6197 sayılı Eczaneler ve Eczacılık Hakkında Kanun kabul edilmiştir. Benzer şekilde 1943 yılında köy ebeleri ve köy sağlık memurlarına ilişkin kanun kabul edilirken 1954'te ise hemşireler hakkında özel kanunların çıkarıldığı görülmüştür. 1953 yılında ise 6023 sayılı kanun kabul edilmiştir. Bu kanun ile Türk Tabipler Birliği'nin kamu hizmetine yarar mesleki bir kuruluş olduğu kabul edilmiş ve tüzel kişiliğinin olduğu belirtilmiştir (Fişek, 1983).

1954 yılında çıkarılan yasa ile birlikte il özel idareleri, belediyeler ve vakıflara bağlı şekilde faaliyet gösteren hastaneler Sağlık Bakanlığına bağlanmış ve SSK, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri dışında kamuya ait hastanelerin yönetimleri de tek elde toplanarak tamamen merkezi yönetimin sorumluluğu altına alınmıştır. Bunun sonucunda ise il ve ilçe hastanelerinin açılma süreçleri hızlanmış ve sadece büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılma olanağı artmıştır. Bu tarihten itibaren yönetim sürecine dâhil olmaya başlayan liberal politikalar, sağlık alanında özel sektörün geliştirilmesine yönelik gelişmelerin, politika ve çabaların gündeme gelmesine sebep olmuştur. Ayrıca özel sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulmasına da sıcak bakılarak özel kurum ve kuruluşlar bu konu üzerine teşvik edilmiştir. Bu durum bazı hükümetlerin ikili bir tavır sergilemesine sebep olmuş, sağlık hizmetlerine kamusal anlamda yatırımlar devam ederken diğer taraftan özel sağlık kuruluşlarının gelişip ilerlemesi için bir çaba içerisine girilmiştir. Bu ikili tutumdan kaynaklı olarak kırsal alanlarda sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve ilerlemesinde yavaşlama olmuş, koruyucu sağlık hizmetleri istenen düzeye ulaşamamıştır. Bunun sonucunda ise kurum ve kuruluşlar sağlık hizmetlerine ilişkin sorunlarını kendi imkânları ile çözmeye çalışmışlardır (Akdur, 1999).

2.4.3. 1960 dönemi sonrası sağlıktaki yasal düzenlemeler

1960 Dönemi sonrasında Türkiye'de yeni anayasa oluşturma çalışmaları hızlanmıştır. Yeni anayasa yapım sürecinin hızlanması ile birlikte başta yönetim yapısı olmak üzere kamusal alanda ve birçok konuda yeni düzenlemeler ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ülkemizde bu dönemde özellikle sağlık alanında kır ve köylerde yaşayanların gittikçe artan sağlık

taleplerinin geçici tedbirler alınarak karşılanamayacağı anlaşılmıştır. Bu kapsamda yeni birtakım kalıcı düzenlemelerin yapılması hedeflenmiştir.

2.4.3.1. Sosyalleştirme ve özelleştirme dönemi

Sosyalleştirme dönemi olarak adlandırılan dönemin temeli 5 Ocak 1961 tarihinde çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile atılmış ve bu bağlamda anayasanın amaçlarına ulaşmak için Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi ve düzenlenmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. Özellikle sağlıkta sosyalleştirme hizmeti kapsamında birtakım temel yöntemler belirlenmiştir (Dirican, 1970).

1961 Anayasası’yla birlikte sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri asli ve anayasal olarak bir devlet görevi haline getirilmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla Sağlık Bakanlığı müsteşarı görevinde bulunan Dr. Nusret Fişek’in öncülüğünde hazırlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 1961 yılında kabul edilmiştir. 1963’te uygulanmaya başlanan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1977’ye kadar tüm ülkeye yayılması hedeflenmiştir. Ayrıca kabul edilen 224 Sayılı Yasa ile sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi ve tek elden bütün ülkeye yayılması planlanmıştır. Cumhuriyet’in kurulduğu dönemden 1970’li yıllara kadar geçen sürede benimsenen sağlık politikaları sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yürütülmesi esasına dayanmaktadır. Hükümetler seviyesinde bazı dönemlerde bu politikaya itirazlar ve engelleme girişimleri olsa da açıkça bu politika değiştirilemediği gibi aktif özelleştirme programının da uygulanamadığı görülmüştür (Akdur, 1999).

24 Ocak 1980 kararları ile birlikte resmi, yazılı ve devlet politikası neoliberal anlamda bir dönüşüm yaşamıştır. Sağlık hizmetlerinde de bu bağlamda dönüşüm görülmüştür. 1961 Anayasası’nda bulunan sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler 1982 Anayasası’ndan kaldırılmış ve yerine bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddelerin yerleştirildiği görülmüştür. Türkiye’de özellikle 1980 dönemi sonrasında sağlık politikalarında daha çok neoliberal bir anlayış öne çıkmış ve bu bağlamda adımlar atılmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ve örgütlenmesinde yeni

modeller önerilmiş ve reform arayışı içerisine girilmiştir. 1980 dönemi sonrası özellikle sağlık alanında insan gücü politikasında değişimler yaşandığı görülmüştür (Akdur, 2008).

1983'te yapılan yasal bir düzenleme ile Sağlık Bakanlığı'nın yapısı yeniden düzenlenmiştir. 181 sayılı "Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısı ve görevleri ile ilgili esaslar düzenlenmiştir. 181 sayılı KHK döneminde Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısının hiyerarşik, dikey ve yalın olduğu görülmektedir (Durmuş ve Durmuş, 2019).

Sağlık hizmetlerinin neoliberalleşmesine yönelik önemli görülebilecek ilk girişim 1987'de kabul edilen 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" olmuştur. Milli Savunma Bakanlığı dışında ülkedeki sağlık hizmetlerinin tamamının Sağlık Bakanlığı tarafından planlanmasına ve denetlenmesine imkân veren bu kanunla birlikte Genel Sağlık Sigortasının ilk adımları tanımlanarak kamu hastanelerinin işletme tarzında yapılara dönüştürülmesinin de önü açılmıştır. Fakat bu kanunun önemli olarak değerlendirilebilecek maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiğinden dolayı bu yasadan beklenen sonuçlar ortaya çıkmamıştır. Ayrıca 1987 yılında Dünya Bankası ile Türkiye'deki mevcut sağlık durumunu değerlendiren bir anlaşma imzalanmış ve 1988 yılında İlk Dünya Bankası Proje taslağı hazırlanmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından sağlık planının temel noktalarını belirlemek için 1990'da yapılan Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile birlikte 1992, 1993'te yapılan Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri Ulusal Sağlık Politikasının Dokümanlarının belirlenmesine katkı sağlamıştır. Bu dokümanla 2000 yılına kadar desantralize bir sağlık sistemi, aile hekimliği, hastanelerin işletmeleştirilmesi, istihdamda merkeziyetçiliğin kaldırılması ve Genel Sağlık Sigortasının kurulmasının hedeflendiği görülmüştür (Görmüş, 2013).

2.4.4. 2000 Dönemi sonrası sağlıktaki düzenlemeler

Adalet ve Kalkınma Partisinin iktidara gelmesiyle birlikte kamu yönetimi politikalarında yeniden yapılandırılmaya gidilmiştir. Bu süreçte kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması amacıyla 2003 yılında hazırlanan kanun tasarısı taslaklarıyla Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatının kaldırılarak devletin sağlık tesislerinin yerel idarelere devredilmesi planlanmıştır.

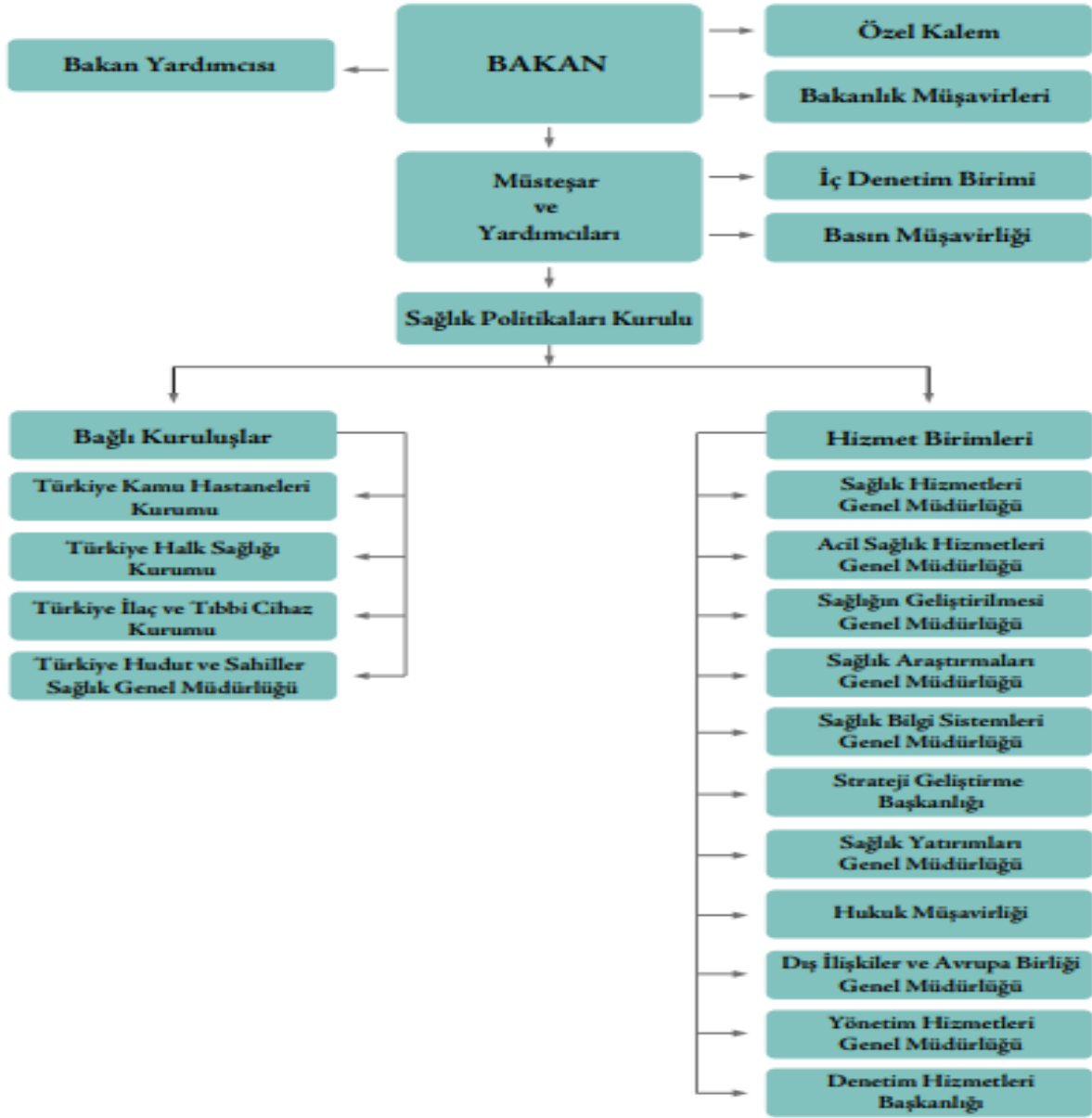
15 Temmuz 2004'te kabul edilen 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanunla birlikte bu ilkenin kabul edildiği görülmüştür. Ayrıca 30 Mayıs 2003'te resmi gazetede yayınlanan “Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ” ile birlikte devlet memurları ve emeklileri ile bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin özel sektör tarafından verilen sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesinin önünün açıldığı ifade edilmiştir. 6 Ocak 2005 gün ve 5283 Sayılı kanunla birlikte SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na devredildiği görülmüştür (Altay, 2007).

2.4.4.1. Sağlıkta dönüşüm programı

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında “5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun,” bu program kapsamında öne çıkmaktadır. Yapılan bu düzenleme ile birlikte kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık yapılarının Sağlık Bakanlığına devredilmesi sağlanmıştır. Ayrıca kamu hastaneleri arasındaki ayırım kaldırılmış ve tüm hastaneler devlet hastanesi olarak düzenlenmiştir. Sağlıkta dönüşüm Programı çerçevesinde yapılan yasal düzenlemelerden birisi de 5258 sayılı Kanun ile birlikte Aile hekimliği sisteminin oluşturulmasıdır. Bu düzenleme ile sağlık ocaklarının kapatılması öngörülürken aile hekimliği uygulaması getirilerek “birinci basamakta verilmesi gereken topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin aile hekimlerince sunulması hedeflenmiştir.” Yine bu program kapsamında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. Bununla birlikte Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'dan oluşan parçalı yapının ortadan kaldırılarak sosyal güvenlik sisteminin tek bir çatıda birleştirilmesi hedeflenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı dâhilinde yapılan yasal düzenlemelerden birisi de 663 sayılı KHK'dır. Yapılan bu düzenleme ile birlikte Kamu Hastane Birlikleri kurulmuştur. Kamu Hastane Birliklerinin kurulması ile birlikte devlet hastaneleri ilgili Kamu Hastane Birlikleri'ne bağlanmış ve Sağlık Bakanlığının rolünde önemli değişimler yaşanmıştır. Bu süreçte Sağlık Bakanlığının hizmet sunumundaki rolü değişmiş ve daha çok politika üreten, politika belirleyen bir yapıya dönüştürülmüştür. Ayrıca 1863 Sayılı Ek Ödeme Yönergesi ile birlikte performansa dayalı döner sermaye uygulamasına geçilerek sağlık personeline yapılacak ödemelerde performans göstergeleri esas alınmıştır (Memişoğlu, 2016).

2.4.4.2. 663 sayılı KHK

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının yapısını yeniden inşa eden düzenlemelerden birisi olan ve 2 Kasım 2011 tarihinde yayımlanan 663 Sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” Resmi Gazete’de yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bu kanun hükmünde kararname ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının, Bakan, Müsteşar, Müsteşar yardımcıları, hizmet birimleri, sağlık politikaları kurulu, bağlı kurul ve kuruluşlardan oluştuğu görülmektedir. Daha öncesinde 181 Sayılı KHK dâhilinde Sağlık Bakanlığı teşkilat şemasında müsteşara yardımcı 3 müsteşar yardımcısı bulunurken 663 Sayılı KHK ile bu sayı 5’e yükseltilmiştir. Ayrıca 663 Sayılı KHK ile birlikte Sağlık Bakanlığının sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek amacıyla “Sağlık Politikaları Kurulu” kurulduğu görülmektedir (Durmuş ve Durmuş, 2019).



Şekil 2.1. 663 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017

2.4.4.3. 694 sayılı KHK

25 Ağustos 2017 tarihinde yayımlanan 694 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığının hem merkez hem de taşradaki teşkilat yapısında değişiklik yaşanmış ve merkezi teşkilatın örgütlenmesi açısından tek çatı denilebilecek modele geçilmiştir. 694 Sayılı KHK ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde önemli rol oynayan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ile koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin sunumunun gerçekleşmesini sağlayan Türkiye Halk

Sağlığı Kurumu başkanlıkları başkanlık düzeyinden alınarak genel müdürlük seviyesine indirilmiştir. Her iki müdürlük kendi görev alanına ilişkin bakanlığın plan ve politikalarına uygun hizmetleri yerine getirmek üzere konumlandırılmıştır. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı bağlı kuruluşları arasında yer alan Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte Bakanlığın merkez ve taşra örgütlenmesinden oluşmuş, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu da Sağlık Bakanlığının merkez örgütlenmesi içerisinde kendisine yer bulmuştur. Bunun yanı sıra 25 Ağustos 2017 tarihli 694 Sayılı KHK ile birlikte Sağlık Bakanlığı merkezi örgütlenme teşkilatına ilk kez Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve İlişkilerin Koordinasyon Birimi ilave edildiği görülmüştür. 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile illerde sağlık alanında en yetkili olarak nitelendirilen kişi İl Sağlık Müdürleri olmuştur. Benzer şekilde il ve ilçelerde sağlık müdürlerinin tabip olmaları zorunlu tutulmuştur (Aydemir, 2020).

2.4.4.4. Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi sonrası değişimler

24 Haziran 2018 seçimleri sonrası Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi fiilen yürürlüğe girmiştir. Yeni sistemle birlikte ortaya çıkan yeniliklere bakıldığında ise yürütme yetkisinin Bakanlar Kurulundan Cumhurbaşkanına devredildiği görülmektedir. Bununla birlikte hükümet, parlamentoda temsil edilen parti gurubundan ziyade Cumhurbaşkanı tarafından belirlenen bakanlarla kurulmaktadır. CHS'ye geçişle birlikte bakanlıkların işlevlerinde birtakım değişiklikler yaşanmış, bakanlıklar uygulayıcı ve denetleyici bir yapı haline gelmiştir. CHS'ye geçiş sonrası bürokratik yapılanmada dönüşümler gerçekleşmiştir. CHS'ye geçişi içeren anayasa değişikliklerinin yürürlüğe girmesiyle birlikte çıkarılan 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı kararnamesiyle cumhurbaşkanlığı teşkilatı başta olmak üzere devletin bürokratik yapısının yeniden düzenlendiği görülmüştür (Güler ve Yılmaz, 2021).

2.4.4.4.1. 1 nolu cumhurbaşkanlığı kararnamesi

24 Haziran 2018'de gerçekleştirilen seçimlerden sonra 10 Temmuz 2018 tarihli resmi gazetede 1 numaralı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı kararnamesi yayımlanmış ve kamu politikasında rol alacak aktörler şekillenmiş, aynı zamanda yeni aktörler de oluşturulmuştur. Parlamenter sistemde başbakan başkanlığında toplanan bakanlar kurulu politikalara ilişkin kararlar verirken yeni sistemle yürütmede Cumhurbaşkanı tek

başına karar verici pozisyona getirilmiştir. Dolayısıyla Cumhurbaşkanı kamu politikalarının belirlenmesi noktasında ana aktör konumuna yükselmiştir. Bununla birlikte bakanlıkların rolünde de birtakım değişiklikler yaşanmıştır. Başbakanlık makamının kaldırılmasının ardından bakanlıkların kanun tasarısı hazırlama görevleri sona ermiştir. Böylece bakanlıkların politikaların planlanmasındaki rolleri ortadan kalkmıştır. CHS ile kamusal politikaların yapım sürecinde mevcut aktörlerin rollerinde birtakım değişiklikler yaşanmış ve yeni aktörler sisteme girmiştir. Bu bağlamda politika kurullarının ve ofislerin politika yapım sürecinde öne çıktığı görülmüştür. Politika kurulları farklı alanlarda politikalar ve stratejiler geliştirirken ofisler ise Cumhurbaşkanının talep ettiği bilgi, analiz ve raporları hazırlamak üzere görevlendirilmiştir (Akman, 2019).

CHS'ye geçişle birlikte Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatına ilişkin değişikliklerin yayımlanan 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin on ikinci bölümünde düzenlendiği görülmüştür. Yeni düzenlemede Sağlık Bakanlığının hizmet birimleri ve görevlerine ilişkin tanımlamalar 353 ve 370. Maddeler arasında yer almıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlara dair görev, yetki, sorumluluk ve teşkilat yapılarına ilişkin tanımlamalara 4 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nde yer verildiği görülmektedir (Durmuş ve Durmuş, 2019).

2.4.5. Sağlıkta insan gücü

Sağlık politikalarının esas alındığı seçenekler, sağlık sektörünün örgütlenmesini, finansmanını ve insan gücü gibi birtakım uygulamalarını belirlediği düşünülebilir (Akdur, 1998). Sağlıkta insan gücü planlaması süreci, hangi toplum grubu için kimin neyi, nerede, nasıl yapacağını ve önceden planlanan sağlık amaçları için insan gücünde olması gereken bilgi, beceri gibi unsurları belirlemeyi içermektedir (Şantaş, Özer ve Çıraklı, 2012).

Tablo 2.1. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler

Sağlık Personelleri	Yıllara Göre Sayılar				
	2016	2017	2018	2019	2020*
Uzman Hekim	78.620	80.951	82.894	85.199	88.127
Pratisyen hekim	43.058	44.649	44.053	46.843	49.760
Asistan Hekim	23.149	24.397	26.181	28.768	33.372
Toplam Hekim	144.827	149.997	153.128	160.810	171.259
Toplam Diş Hekimi	26.674	27.889	30.615	32.925	34.830
Eczacı	27.864	28.512	32.032	33.841	35.364
Hemşire	152.952	166.142	190.499	198.103	227.292
Ebe	52.456	53.741	56.351	55.972	59.040
Diğer Sağlık Personeli	144.609	155.417	177.409	182.456	206.103
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	321.952	339.241	376.367	369.660	408.581
Toplam Personel	871.334	920.939	1.016.401	1.033.767	1.142.469

* 2020 yılında asistan hekim sayısına 2.632 yan dal asistan hekim, toplam diş hekimi sayısına 2.558 asistan diş hekimi, eczacı sayısına serbest eczanelerde çalışan 2.419 ikinci eczacı ve yardımcı eczacı sayıları dâhil edilmiştir.

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

Sağlıkta insan gücü planlaması, sağlık hizmetinin sunumu için gerekli ve büyük önem arz eden bir konudur. Sağlık hizmetinin sunulması ve sağlık turizmi gibi birçok konu başta olmak üzere sağlıkta insan gücü planlaması bir ülkenin sağlık altyapısını oluşturmaktadır. Bu

bağlamda Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığından alınan bilgilere göre yukarıda yer alan tabloda yıllara göre tüm sektörlerle ait sağlık personel sayılarına yer verilmiştir (Bkz. Tablo 2.1). Tablo incelendiğinde sağlık personel sayılarındaki değişimi net bir şekilde görmek mümkündür.

2.4.6. Hizmet veren sağlık kuruluşları

Hizmet veren sağlık kuruluşlarına bakıldığında;

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sağlığın teşvik edilmesi, koruyucu hizmetler ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin birlikte verildiği, ayrıca bireylerin hizmete kolayca erişebildiği düşük maliyetle etkili ve yaygın sağlık hizmeti sunumu olarak ifade edildiği görülmektedir. 2003 yılından bugüne uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programının önemli bileşenlerinden birisi olarak kabul edilen aile hekimliği uygulaması, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olarak düşünülmektedir. Toplum Sağlığı Merkezlerinin, toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici birtakım faaliyetleri gerçekleştiren birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden sağlık kuruluşları olduğu bilinmektedir. Ayrıca toplum sağlığı merkezleri ile bağlı birimler tarafından topluma yönelik sağlıkla ilgili risk ve sorunlar belirlenerek bunların düzeltilmesi ve önlenmesi için çalışmaların yürütüldüğü belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, 2022).

Sağlık İstatistikleri yıllığından alınan veriler doğrultusunda aşağıda yer alan tabloda Türkiye’de yıllara göre birinci basamak sağlık kuruluşu sayıları verilmiştir (Bkz. Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Yıllara Gore Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı

BİRİM	YILLAR				
	2016	2017	2018	2019	2020
Sağlık Ocağı	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	24.428	25.198	26.252	26.476	26.594

Aile Sağlığı Merkezi	7.636	7.774	7.979	7.997	8.015
Toplum Sağlığı Merkezi*	970	972	776	778	779
Sağlık Evi	5.419	5.320	5.259	5.078	5.027
ÇEKÜS Birimi	181	177	172	167	166
Verem Savaş Dispanseri	180	177	173	174	173
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	159	164	175	178	175
E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri	181	189	196	200	198
Halk Sağlığı Laboratuvarları	83	83	83	83	84

* Toplum Sağlığı Merkezi Sayısına Nüfusu 30.000 Ve Üzeri Olan İlçelerde Aynı Hizmeti Veren 429 İlçe Sağlık Müdürlüğü de Dâhil Edilmiştir.

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

İkinci basamak sağlık hizmetleri ise;

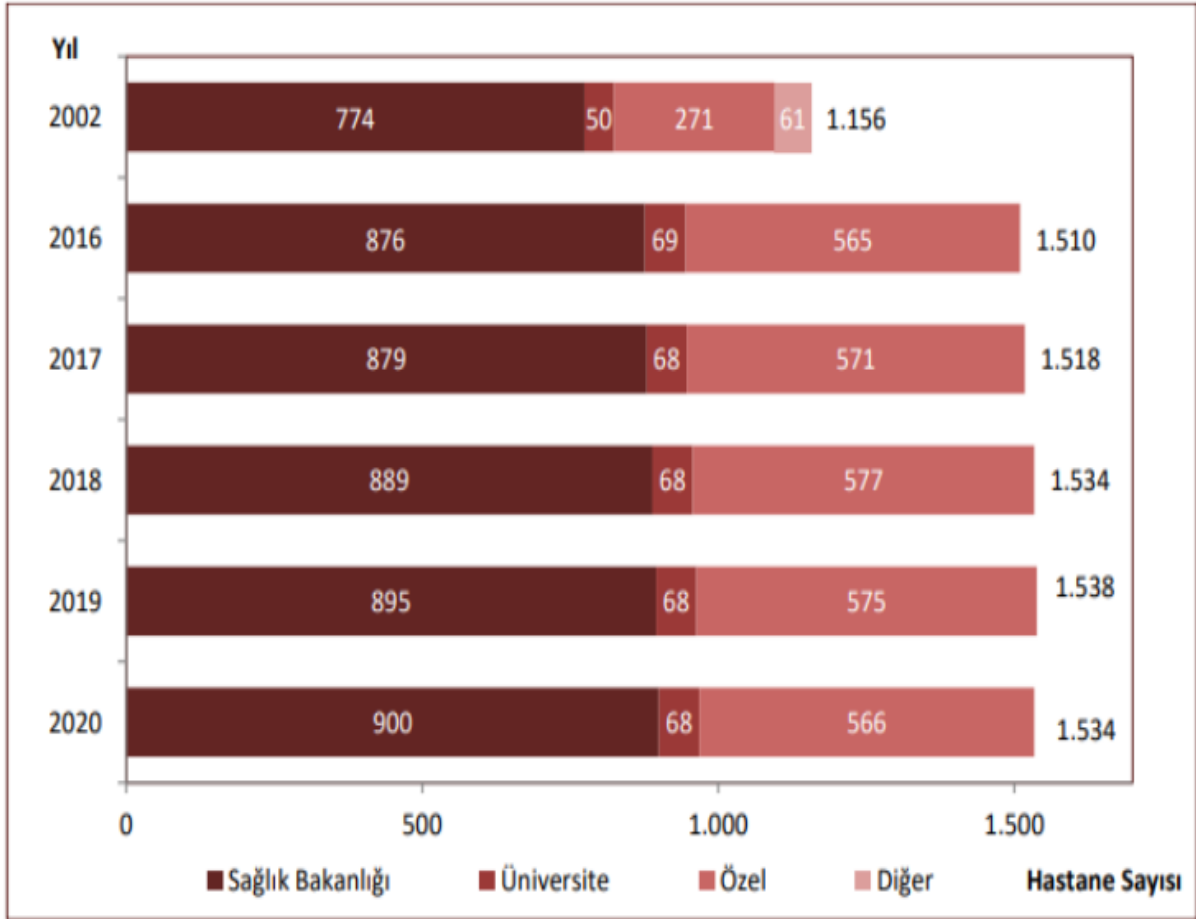
İkinci basamak sağlık hizmet sunucularının ilgili mevzuatında tanımlanan ayaktan ya da yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verilen sağlık kurumları olduğu belirtilmiştir. Bu kapsamda ikinci basamak sağlık hizmet sunucuları şu şekildedir (Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik, 2022);

- ✓ “Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri”
- ✓ “Entegre ilçe hastanesi (E1)”
- ✓ “Bakanlığa bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri”
- ✓ “Kamu kurumlarına ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri”
- ✓ “Özel Hastaneler”
- ✓ “Özel tıp merkezleri ve dal merkezleri”
- ✓ “Ağız ve diş sağlığı hastaneleri”

- ✓ “Diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri” şeklinde yer almaktadır.

Bununla birlikte üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularının ilgili mevzuatta belirtilen özel tedavi uygulanması gerekli olan hastalıklar ile ileri düzeyde inceleme yapmak için kapsamında yüksek teknoloji barındıran araştırma ve eğitim faaliyetlerinin gerçekleştirilebileceği altyapıyı içeren üst düzey sağlık hizmet sunucuları olduğu belirtilmiştir (Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik, 2022).

Bu kapsamda aşağıda verilen şekilde yıllara ve sektörlere göre hastane sayıları yer almaktadır (Bkz. Şekil 2.2). Yıllara göre hastane sayılarındaki değişim aşağıdaki şekilde görülmektedir.



Şekil 2.2. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayıları

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

2.4.7. Sağlık turizmi

Sağlık turizmi dünyada birçok ülke için önemli bir gelir kaynağı haline gelen bir sektör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık turizmi ile birlikte insanlar yaşadıkları ülkedeki ve yurtdışındaki hekimleri, tedavi şekillerini ve sunulan hizmetleri karşılaştırabilmektedir. Dünya nüfusunun yaşlanmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin çeşitlenmesi, cerrahi işlemlerin artması gibi birtakım unsurlar gündemde tutulmaktadır. Sağlık turizmi kapsamında seyahat etmek isteyen kimselerin eskiye göre daha bilinçli olmalarından dolayı bu durum hükümetleri sağlık turizmine ilişkin yeni arayışlara itmektedir. Nitekim sağlık turizmi konusu giderek genişleyen ve bu bağlamda yatırımcıların ilgi odağı haline gelen bir konu olmaktadır. Ülkelerin gelişmiş teknolojiler kullanması sağlık turizminin dünyada yayılmasını hızlandırmıştır. Özellikle Güney Avrupa, Güney Asya ve Güney Amerika bu bağlamda öne çıkan bölgeler olarak gösterilebilir. Sağlık turizmi sadece gelişmiş ülkelerde değil aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde de yayılım göstermeye başlamıştır. Sağlık turizmi tıbbi hizmetlerin yanı sıra termal sağlık tesislerindeki rehabilitasyon hizmetlerini de içermektedir. Sağlık turizminde ise ABD'nin ilk sıralarda yer aldığı bilinmektedir. Avrupa Birliği ülkeleri de teknolojik yatırımlar ve hizmet sunumunun kalitesinden ötürü ABD'den sonra öne çıkmaktadır. Uzak Doğu ülkeleri ve Asya ülkeleri de sağlık turizmi alanında hızlı büyüyen ülkeler kategorisindedir (Yılmaz ve Yılmaz, 2022).

Ülkemizde sağlık turizmi alanındaki düzenlemeler 663 sayılı KHK 03 Ağustos 2018 tarihli 30498 sayılı Resmi Gazete'de yer almıştır. Buna göre, ülkemizde sunulan hizmetlerin uluslararası sağlık hizmetleri alanında tanıtımının yapılması, özel sektörün ve kamunun sağlık turizmine yönelik faaliyetlerinin desteklenmesi ve koordine edilmesi, uluslararası sağlık hizmetlerine ilişkin stratejiler ve politika ile akreditasyon kriterleri ve hizmet sunum standartları konularında bakanlığa önerilerde bulunmak amacıyla Uluslararası Sağlık Hizmetleri unvanıyla bir anonim şirket olan USHAŞ kurulmuştur (USHAŞ Kuruluş Kanunu, 2018).

Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporları incelendiğinde yukarıda yer alan sağlık hizmetleri dışında diğer birtakım sağlık hizmeti uygulamalarının da yer aldığı görülmüştür. Bu bağlamda diğer sağlık uygulamaları başlıklar halinde sunulmuştur.

2.4.8. Diğer sağlık uygulamaları

Anne Dostu Hastane: Anne adaylarının doğum, gebelik ve lohusalık dönemlerinde hasta hakları, güvenliği ve mahremiyetini dikkate alarak doğumlarını gerçekleştirebilecek ortamları oluşturabilmek amacıyla 2010 yılında başlatılan bir programdır. 2021 yılında 4 hastaneye daha anne dostu unvanı verilmesiyle toplamda unvan alan hastane sayısının 83'e ulaştığı görölmüşür (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2021).

Hidroterapi Eşliğinde Travay (HET): HET ünitelerinde hizmet sunumu sırasında oluşabilecek enfeksiyon hastalıklarını önlenmek, kontrol altına almak, sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkeleri ve dezenfektanların seçimindeki standartlar ile alınması gereken tedbirlere ilişkin Suda Travay/Doğum Ünitesi Temizlik ve Dezenfeksiyonu Standartlarının oluşturulduğu ifade edilmiştir. HET hizmeti ile ilgili doğru bilgilendirme yapılması amacıyla gebe okullarında bilgilendirme yapılması sağlanmışır. 2018 yılında 1.015 hastanın Hidroterapi Eşliğinde Travay hizmetinden yararlandığı belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2018).

2020 yılı Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu incelendiğinde Suda doğum ünitelerinin pilot çalışmasının 2018 yılı Ocak ayında başladığı görölmüşür.

Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM): Koruyucu sağlık programı kapsamında 0-18 yaşı grubunda bulunan cinsel istismara uğrayan ya da uğradığı düşünölen çocuklar için multidisipliner yaklaşımla, adli görüşmelerle adli ve psikiyatrik muayenelerin yapıldığı, sosyal gereksinimlerin değerlendirildiği Çocuk İzlem Merkezleri'nin hizmet verdiği ifade edilmiştir. ÇİM'lerin Sağlık Bakanlığı çatısı altında çocuğun tekrar örselenmesini engelleyecek şekilde bütün adli, sosyal ve tıbbi işlemlerin tek merkezde yapılmasına fırsat sağlayan, hastanenin diğer kliniklerinden ayırt edilemeyecek fiziksel yapıda 24 saat hizmet verecek şekilde düzenlendiği belirtilmiştir. 2021 yılı Aralık itibariyle 56 ilde 59 ÇİM'in hizmet verdiği ifade edilmiştir. 81 ile genişletme çalışmalarının sürdüğu belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2021).

Çocuk İzlem Merkezleri'nde aile görüşmesi, adli görüşme, adli muayene ve psikiyatrik değerlendirmelerin gerçekleştirildiği belirtilmiştir. 4.10.2012 tarihli ÇİM Genelgesi ile

ÇİM'lerin sağlık hizmet bölgelerine yaygınlaştırılmasının hedeflendiği vurgulanmıştır (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2017).

Evde Sağlık Hizmetleri: Yatağa tam bağımlı yaşayan vatandaşlara yönelik muayene, tetkik, tahlil, tıbbi bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin aile ortamında evinde sağlanması, bu vatandaşlara ve ailelerine yönelik psikolojik, sosyal desteklerin bir bütün olarak verilmesini sağlamak amacıyla evde sağlık hizmetleri verildiği ifade edilmiştir. Kırsalda yaşayan hastaları da kapsayacak şekilde yaşlı, yatağa ya da eve bağımlı bireylerin ev temelli hizmetlere ulaşımının kolaylaştırılması amacıyla 2021 yılı itibarıyla 710 hastanede, 860 evde sağlık birimi ve 1.252 hastane ekibi ile bu hizmetin sunulduğu belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2021).

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS): Halkla ilişkiler bağlamında öne çıkan konulardan birisi de “Merkezi Hekim Randevu Sistemi”dir. MHRS'nin ana hedefinin hastanelerde muayene öncesi bekleme süresini ortadan kaldırmak ve poliklinik önlerindeki kalabalıkların azaltılarak herkes için daha huzurlu ve sakin bir ortamın oluşturulmasını sağlamak olduğu belirtilmiştir. Vatandaşların kendi zamanlarını doğru yönetebilmelerini sağlamak ve hastanelerdeki hekim işgücünü etkin kullanılabilmek amacıyla 2010 yılında hayata geçirildiği ifade edilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programının önemli bir aşaması olarak görülen MHRS, 140 çağrı merkezi personeliyle Kayseri ve Erzurum ilinde pilot olarak uygulanmaya başlanmıştır. 2012 yılında 81 ildeki bütün kamu hastaneleri projeye dâhil edilerek ülke genelini kapsayan kamudaki en büyük çağrı merkezi olduğu bilinmektedir (MHRS Hakkımızda, 2022).

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM): Sağlık Bakanlığında, halkla ilişkiler faaliyetleri kapsamında 1992 ve 1994 yılları arasında Halkla İlişkiler Koordinatörlüğü adıyla kısa süreli faaliyetler gerçekleştirildiği ifade edilmiştir. 1997 yılında vatandaşların şikâyet, takdir ve değerlendirmelerini iletebilmeleri amacıyla bir hat oluşturulduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar ve ihtiyaçlar çerçevesinde 2003'te SABİM projesi planlanmış olup bunun için gerekli altyapı, uzmanlaşma ve koordinasyondan sonra SABİM'in Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programının bir bileşeni olarak 2004 yılında hizmet vermeye başladığı ifade edilmiştir (SABİM Kurumsal Tarihçe, 2022).

Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER): CİMER'e gelen ve Sağlık Bakanlığını ilgilendiren başvuruların iletişim süreci 2015 Ağustos ayından itibaren SABİM bünyesinde aktif hale gelen Cumhurbaşkanlığı Başvuruları Koordinatörlüğü tarafından yürütüldüğü belirtilmiştir. Kamu kurum ya da kuruluşlarıyla alakalı her türlü öneri, istek ve şikâyet için CİMER'e postayla veya e-posta ile başvuru yapılabildiği ifade edilmiştir. Başvurular CİMER birimi tarafından cevaplandırılmakta ya da ilgili birime yönlendirilmektedir. Yapılan başvuruların Bilgi Edinme Hakkı Kanununa göre en geç 15 gün, Dilekçe Hakkı Kanununa göre ise 30 gün içinde cevaplandırıldığı belirtilmiştir (SABİM Hizmetlerimiz CİMER Birimi, 2022).

Acil Sağlık Hizmetleri: Tedavi hizmetleri kapsamında acil sağlık hizmetleri, acil sağlık sisteminin güçlendirilmesi amacıyla ülke genelinde yaygınlaştırılmaktadır. Acil sağlık hizmetlerine uygun ve zamanında erişimi sürdürmek, acil müdahale sistemini geliştirmek amacıyla ambulans modellerini yenileme çalışmalarının devam ettiği ifade edilmiştir. Ülkemizde eksikliği hissedilen ve acil sağlık hizmetlerini dünyada örnek gösterilen bir seviyeye ulaştıran hava ambulans hizmetlerinin 2008'de faaliyete geçtiği bilinmektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kapsamında yurdun her köşesinde hava, kara ve deniz ambulanslarıyla daha çabuk hizmetin verilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca her türlü coğrafi ve iklim şartlarında hastalara ulaşabilmek ve müdahale edebilmek için kar üzerinde gidebilen ambulanslar temin edildiği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2021).

Şehir Hastaneleri: Kamu özel ortaklığı 1980'li yıllarda popülerliğinin artmasıyla öne çıkan ve özel sektörün kamuda kullanılmasıyla ortaya konulan bir uygulamadır. 1990'larda İngiltere'de kamu özel ortaklığı programının ilerlemesinden sonra Avrupa'da ve dünyanın birçok yerinde öne çıkmıştır. Avrupa'da Portekiz, İspanya, İtalya ve İrlanda gibi ülkelerde kamu özel ortaklığı modeli geliştirilmiştir. Avrupa dışında ise Kanada, Japonya gibi ülkelerde bu modele büyük ilgi gösterilmektedir (Şenel Tekin, 2017).

Ülkemizde ise sağlık hizmetleri temel kanununda Temmuz 2005'te gerçekleştirilen düzenleme ile Sağlık Bakanlığının ihtiyaç duyduğu sağlık tesislerini özel hukuk tüzel kişilerine ya da gerçek kişilere yaptırabilme imkânı getirilmiştir. İlk olarak Sağlık Bakanlığı, temel standartların belirlenmesi ve belirlenen ölçüler dahilinde yapımı planlanan her bir sağlık tesisi projesi için ön fizibilite raporu hazırlanmasında ve hazırlatılmasında öne

çıkılmaktadır. Yüksek Planlama Kurulunun onayı halinde Sağlık Bakanlığı sağlık tesisleri yapılması amacıyla ihale sürecini başlatmaktadır. İhale sürecini kazananlar, yapılması planlanan sağlık tesislerini kendi finansman imkânları ile yapıp işleterek karşılığında devletten kira almaya hak kazanacaklardır (Sözer, 2013).

Kamu özel işbirliği modeli ile yapılması planlanan ve sözleşmesi imzalanmış olan şehir hastanelerinin inşaat süresi boyunca ihale dokümanı, denetim, sözleşme ve eklerine teknik şartnamelere, uygulama projelerine uygun bir şekilde doğrudan ya da müşavirler aracılığıyla denetlenmiş ve yüklenici aracılığıyla gerçekleştirilen işler incelenerek muayene ve kabul işlemlerinin yapıldığı ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2021).

Sağlık Bakanlığı faaliyet raporlarının incelenmesi sonrası öne çıkan sağlık uygulamalarından bazıları yukarıda belirtilmiş olup sonraki bölümde araştırmada kullanılan yöntemler üzerinde durulmuştur.

3. ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma sosyal bilimler kapsamında gerçekleştirilen temel bir nitel araştırmadır. Nitel araştırmalar gözlem, görüşme ve doküman incelemesi şeklinde çeşitli nitel veri toplama yöntemlerinin kullanılarak araştırmak istenilen konunun gerçekçi ve bütüncül olarak incelenmesini esas alan yaklaşım olarak ifade edilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı faaliyet raporları ve stratejik planlarının yanı sıra yarı yapılandırılmış görüşmelerden faydalanılmıştır. Ayrıca bu çalışmada, Adana İl Sağlık Müdürlüğünden yeterli veri alınamadığı için bulgular kısmında Adana İl Sağlık Müdürlüğü ve üniversite etik kurulundan yasal izin alınarak yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerden yararlanılmıştır.

3.2. Çalışma Grubu

Bu araştırmada CHS'nin sağlık hizmetlerinde meydana getirdiği değişikliklerin ortaya konulması amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı "Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde" görevli 9'u idari personel ve 15'i sağlık personeli olmak üzere toplam 24 katılımcı çalışma grubunu oluşturmaktadır.

Araştırmada örneklem grubunun tespitinde amaçlı örneklem tercih edilmiştir. Nitel araştırmalarda araştırmanın konusuna yönelik bilgi ve deneyim sahibi olan kişilerin amaçlı olarak seçilmesi önemlidir (Creswell, 2021; Patton, 2018). Amaçlı örneklem tercih edilmesinin temel gerekçesi araştırma konusuna yönelik zengin veriler elde etmektir. Örneklem grubu ile gerçekleştirilen uygulamalarda araştırma konusunun derinlemesine incelenmesi temel hedef olarak ifade edilebilir (Patton, 2018).

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında Sağlık Bakanlığı faaliyet raporları, sağlık istatistikleri yılı vb. dokümanlar incelenerek CHS ile sağlık sektöründe meydana gelen değişimlerin ortaya konulması hedeflenmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı faaliyet raporları ve sağlık istatistikleri

yıllığı incelendikten sonra uzman görüşü de alınarak hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile veriler toplanmıştır (Bkz. Ek 1).

Doküman incelemesine ilave olarak yarı yapılandırılmış görüşmelerle çalışma kapsamında elde edilen veriler; Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli 9 idari personel ve 15 sağlık personeli olmak üzere toplam 24 katılımcıyla gerçekleştirilen görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır. Araştırmacı tarafından uzman görüşü alınarak hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak katılımcılar ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir (Bkz. Ek 1).

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamında ilgili kurum ve kuruluşlardan gerekli izinler alındıktan sonra araştırmacı tarafından daha önce belirlenen çalışma grubu ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen görüşmeler, görüşülen kişilerin de onayı alınarak ses kayıt cihazı ile kaydedilmiş ve araştırmacı tarafından analiz edilmek üzere bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan diğer veriler ise Sağlık Bakanlığı'na onaylı ve resmi dokümanlardır. Araştırmada kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı tarafından en son yayınlanan 2021 Faaliyet Raporunu da kapsamaktadır. 2022 yılına ait veriler ise Sağlık Bakanlığı tarafından çalışmanın tamamlandığı tarihte henüz yayınlanmamış olduğundan çalışma kapsamına alınamamıştır. Ayrıca bu çalışmada Adana İl Sağlık Müdürlüğü ve Üniversite etik kurulundan yasal izin alınarak yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli 24 katılımcı ile sınırlandırılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmada CHS'nin sağlık hizmetlerine etkisini daha anlaşılır kılmak amacıyla, parlamenter sistemde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesine yönelik yapılan çalışmalar ile sistem değişikliği sonrası gerçekleştirilen uygulamalar karşılaştırmalı şekilde ortaya konulmuştur. Araştırmanın konusuna yönelik doküman incelemesi ve yarı yapılandırılmış görüşme yoluyla elde edilen veriler içerik analizi kullanılarak çözümlenmiştir. Çünkü içerik analizi sosyal bilimler alanındaki nitel araştırmalarda sıkça başvurulan önemli bir tekniktir (Büyüköztürk,

vd., 2018, s. 259). İçerik analizi, sosyal bilimlerde görsel ve yazılı medya mesajları üzerinden ya da belli bir araştırma sonunda ulaşılan kayıtlardan çıkarımlar yapmak için kullanılan bir analiz tekniğidir.

İçerik analizi, araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından toplanan verilerden süreç içerisinde tema ve kodlamalar oluşturarak verilerin çözümlendiği bir analiz yöntemidir. Bu kapsamda sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine yönelik kurumsal yapılanma, sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki temel hedefler ve elde edilen dokümanlar incelenerek başlıklar halinde sunulmuştur.



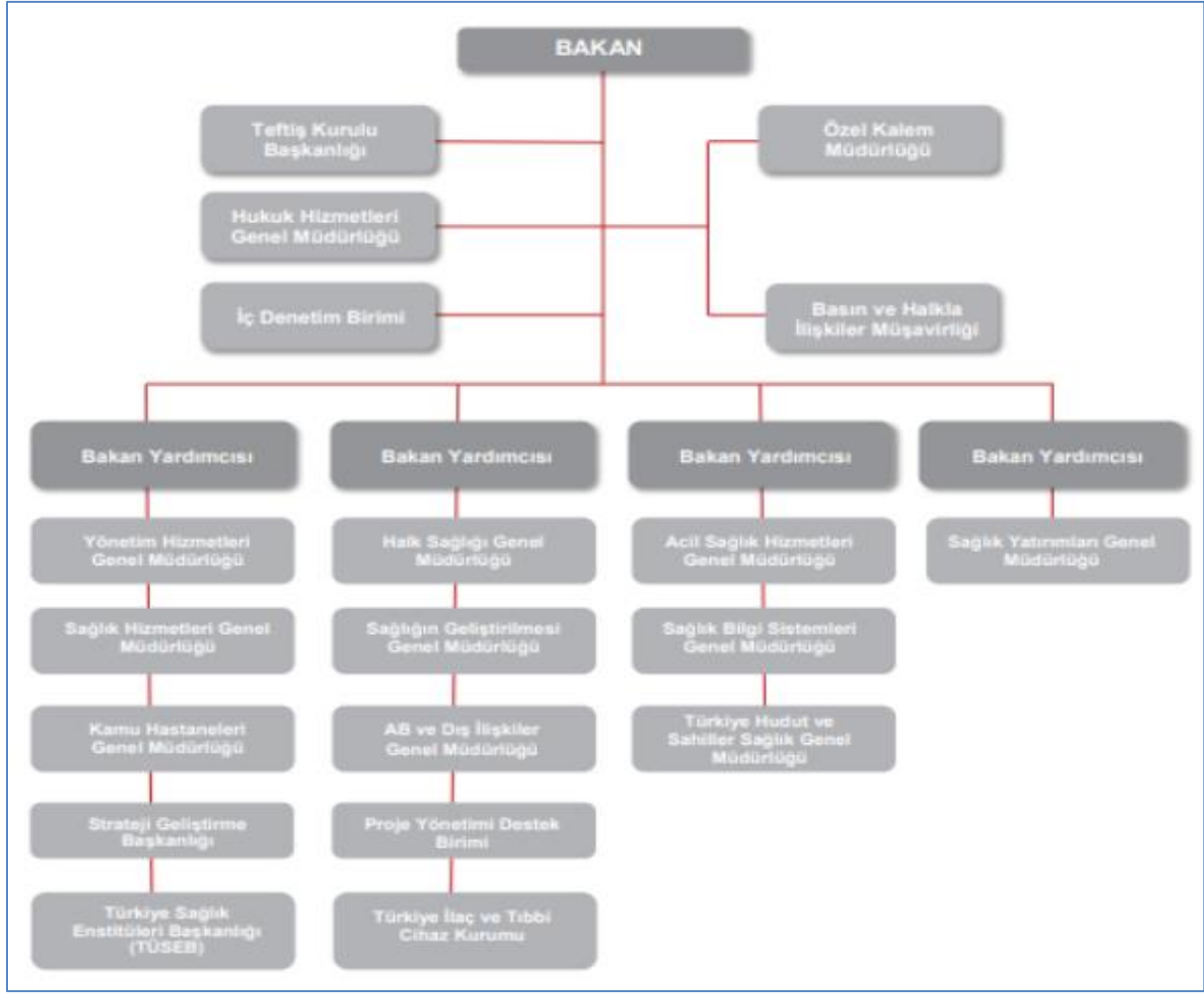
4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi İle Adana’da Sağlık Hizmetlerine İlişkin Yapılan Görüşmeler

Bu bölümde CHS ile sağlık hizmetlerinin sunumunda meydana gelen değişiklikler incelenmiştir. Sağlık Bakanlığı faaliyet raporları ve Sağlık Bakanlığı stratejik planlarından alınan veriler esas alınmış, bu kapsamda uzman görüşü alınarak yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır. Adana ili Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli 9 idari ve 15 sağlık personeli ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiş ve bu yarı yapılandırılmış görüşmeler kapsamında CHS ile sağlık hizmetlerinin sunumunda meydana gelen değişiklikler ortaya konulmaya çalışılmıştır.

4.1.1. CHS ile sağlık bakanlığı teşkilat yapısında meydana gelen değişiklikler

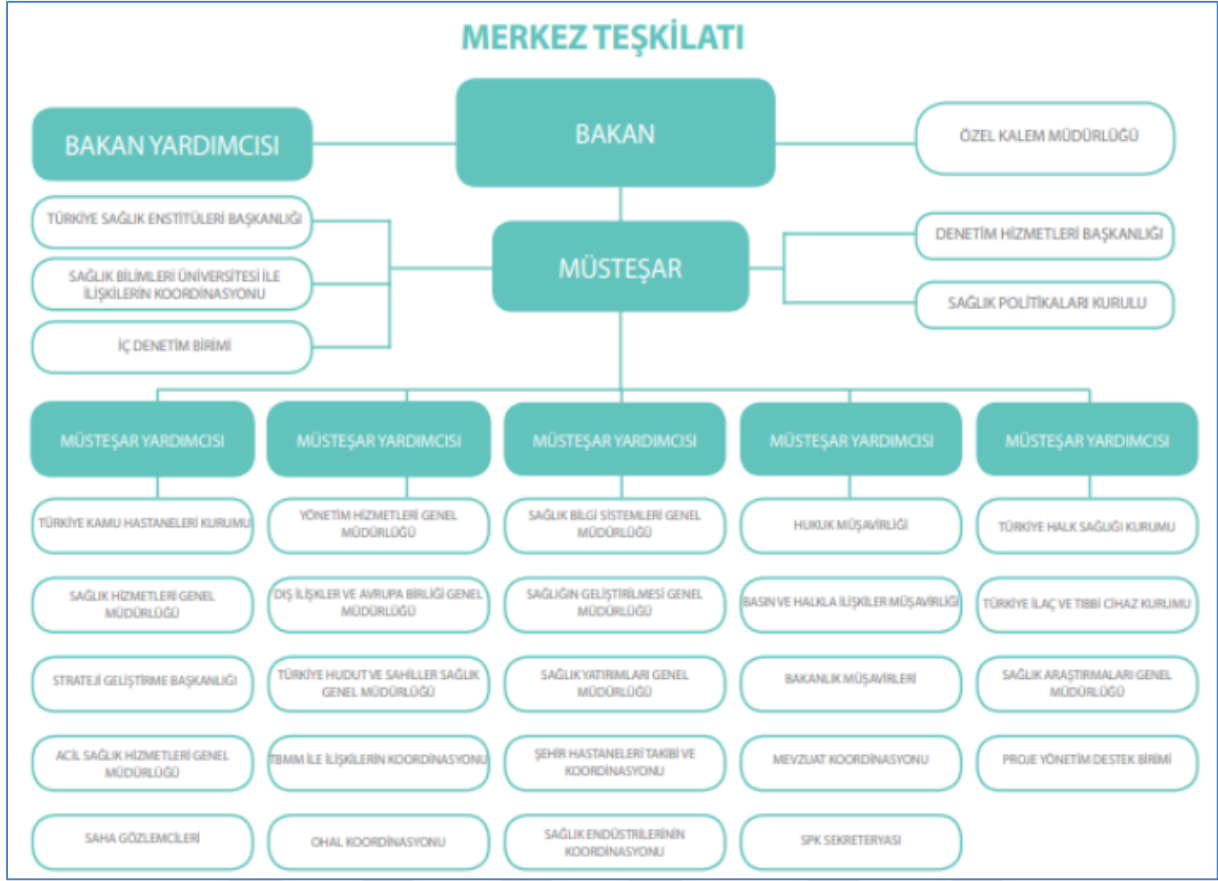
CHS’ye geçişle birlikte, daha önce de belirtildiği üzere, Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı ile görev ve yetkilerinde birtakım değişikliğe gidildiği görülmektedir. Yapılan değişiklikle birlikte Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat yapısı bakan, 4 bakan yardımcısı, 14 hizmet birimi 2 bağlı kurul ve 3 kuruluştan oluşmaktadır (Bkz. Şekil 4.1). Bakanlık teşkilatında en üst amir olarak görülen bakan, bakanlığın icraatlarından ve emri altında bulunan çalışanların faaliyetlerinden ötürü Cumhurbaşkanına karşı sorumludur. Yeni düzenleme ile bakanlığa bağlı Müsteşar ve Müsteşar Yardımcılığı makamları kaldırılmış, Bakana yardımcı olması amacıyla Bakan Yardımcıları görevlendirilmiştir.



Şekil 4.1. Sağlık Bakanlığı Merkezi Teşkilat Yapısı 2018

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2018

Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi öncesinde Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı incelenmiştir (Bkz. Şekil 4.2). Teşkilat şemasında müsteşara yardımcı 5 müsteşar yardımcısının bulunduğu görülmektedir. 2011 yılında yürürlüğe giren 663 sayılı KHK ile Politika belirleme noktasında “Sağlık Politikaları Kurulu” görevlendirilmiştir.



Şekil 4.2. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı 2016

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2016

CHS öncesi sağlık bakanlığı merkezi teşkilat yapısının sistem sonrasına göre daha karmaşık ve nicelik bakımından daha fazla birimden meydana geldiği görülmektedir. Sistem öncesinde sağlık bakanına doğrudan bağlı müsteşar, bakan yardımcısı ve özel kalem birimlerinin olması dikkat çekerken sistem sonrasında müsteşarlıkların yerine doğrudan bakan yardımcılarının görevlendirildiği görülmektedir. Teşkilat yapısında meydana gelen değişimin amaçları arasında bürokratik engellerin kaldırılarak daha hızlı karar alınmasının hedeflendiği düşünülebilir.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmelerde katılımcıların verdikleri yanıtlar CHS sonrası Sağlık Bakanlığı merkezi teşkilat yapısında yaşanan değişimi “hızlı karar alınması, bürokratik engellerin kaldırılması, sağlık personel sayılarının iyileştirilmesi ve sistemin dinamiklik kazanması” temaları etrafında açıkladıkları görülmüştür. Bu görüşmelere ait veriler aşağıda yer almaktadır.

CHS sonrası Sağlık Bakanlığı merkezi teşkilat yapısında yaşanan değişime yönelik yapılan görüşmelerde yer alan katılımcılardan **K1**: “Teşkilat yapısının yine bu sistemin getirdiği en büyük avantajlardan biri olan hızlı karar alma basamağı, teşkilat yapısının oluşturulmasının teşkilinde çok faydalı oldu. Hızlı karar alma noktasında yöneticilerin sözleşme kapsamında atanması ve daha bağımsız hareket edebilmesi ve direk bürokratik engelleri aşıp hedefe yönelik kararlar alabilmesi noktasında bu sistem faydalı olmuştur” şeklinde görüşünü ifade etmiştir. Katılımcı CHS ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında yaşanan değişimin hızlı karar alınması ve bürokratik engellerin aşılarda amaçlara yönelik kararların alınmasını bir avantaj olarak nitelendirmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K9**: “Cumhurbaşkanlığı sistemiyle sağlık hizmetlerinin teşkilat yapısında ve bürokratik yapısında önemli değişiklikler olmuştur. Teşkilat yapısındaki bana göre şahsi olarak en büyük değişikliklerden birincisi sözleşme ile yöneticilerin atanmasıdır. 663 sayılı KHK çerçevesinde bu iş başlatılmıştır. Ancak burada ihmal edilmemesi gereken çok önemli bir şey var. Bunun paralelinde hemen yöneticilerle alakalı bir performans sistemi oluşturulmuştur. Performans sistemine göre başarılı olanların sistemde kalması performans sistemine göre başarısız olanların ise sistemden elimine edilmesi gündeme alınmıştır. Ayrıca bundan önce atanmış olan birçok kişinin idare mahkemeler çerçevesinde kısa sürede geri dönüşü, geri döndükten sonra mutsuz bir yönetici olup verimsiz bir çalışma yürütmesinin de önüne geçilmiştir. Bu yönde faydalı olmuştur. Ancak ben yinede başarılı olan yöneticilere performanslarının daha nitelikli şekilde değerlendirmek suretiyle yöneticiliğe bu şekilde devam etmelerinin sisteme gerçek amacına uygun bir profili kazandırma noktasında daha etkili olacağı kanaatindeyim bunun üzerinde durulması gerekmektedir” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Katılımcı görüşlerinde yöneticilerin atanma şekilleri ve performans sistemine ilişkin görüşlerinin öne çıktığı görülmüştür. Katılımcılardan **K8**: “Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminin karakteristik özelliği zaten bürokrasideki hantallığın önüne geçmesidir. Bu anlamda bu teşkilatlanmada daha hızlı adımların atılabileceği bir mekanizma getirildiğini düşünüyorum genel anlamda sözleşme vs. etkili, tabi burada hızlı adım atılırken bunun bir dezavantajı olduğunu düşünüyorum. Hızlı adım atmanın dezavantajı değil, sözleşmenin getirmiş olduğu kendisine has dezavantaj. Sözleşme imzalayacak kişilerin belirli bir tarafgirlik ve siyasal anlamda bir taraf olması sonucunu doğurabiliyor. Birazcık işin içerisine siyaset ve torpil girmiş olabiliyor, bu da dezavantajı. Ancak tabiki devletin sözleşme ile bir personelini bir yöneticisini ihtas etmesi profesyonel bir

şeydir. Bu tabi doğru uygulandığı zaman benim faydalı olacağına inandığım bir sistem” şeklinde görüşlerini ortaya koymuştur. CHS’nin bürokratik yavaşlığı engelleyerek hızlı karar almanın mümkün olduğu bir teşkilat yapısının ortaya konulduğu katılımcı tarafından açıklanırken sözleşme sürecinin doğru uygulandığı zaman faydalı olabileceğini vurguladığı görülmüştür. Ayrıca sözleşmenin getirmiş olduğu kendisine has dezavantajının olduğu ve sözleşme imzalayacak kişilerin siyasal anlamda bir taraf olması sonucunu doğurabildiği katılımcı tarafından ifade edilmiştir. Katılımcılardan **K7**: “Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminden önce sağlık bakanlığı teşkilatında başta sağlık bakanı bir alt sekmede müsteşar, müsteşar yardımcıları daha sonra ilgili genel müdürlükler şeklinde bir dağılım olmaktaydı. Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi yürürlüğe girmesiyle teşkilat yapısında gözle görülür değişiklikler oldu. Bakan yardımcılarımızın atamaları yapıldı, bakan yardımcılarımızın atamalarının yapılmasıyla bakan onayı gerektiren hususlarda biz daha hızlı karar alabildik ve şu anda neredeyse tüm toplantılarımız, tüm kararların birçoğu genel müdürü aşan konuların birçoğu bakan yardımcılar düzeyinde karar vermek suretiyle hızlı alınıp sahada uygulamaya geçilebiliyor. Personel planlaması da bu işten faydalandı” şeklinde görüşünü ortaya koymuştur. Katılımcılardan **K4**: “Tabiki teşkilat ve bürokratik yapıda değişiklik olduğunu düşünüyorum. Artık sözleşmeli çalışıyoruz. Eskiden kadroluydu, başhekimler öyleydi başhemşireler vardı” diyerek görüşünü açıklamıştır. Sağlık bakanlığı teşkilat yapısında meydana gelen değişikliğin hızlı karar alma açısından işlevsel olduğu katılımcı görüşlerinden anlaşılmaktadır. Ayrıca katılımcılar sağlık hizmetleri noktasında personel sayılarında da artışın meydana geldiğini vurgulamaktadır. Hizmet sunumunda hedeflere yönelik kararların daha hızlı alınması amacıyla bürokratik engellerin aşılma isteği ve uygulamada aktif olan personel sayılarının artması sisteme bir dinamiklik getirmiş ve bu dinamiklik sağlık hizmetleri kapsamında görevli sağlık personellerinin görüşlerine yansımıştır.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerde katılımcılardan **K3**: “Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminin şöyle bir artışı oldu. Bence Sağlık bakanının meclis dışından olması ve saha tecrübesi daha yüksek yani yıllardır siyasetle uğraşan kişiler yerine saha tecrübesi daha yüksek kişilerin bakan olması bazı aksiyonların ve bazı eylemlerin daha doğru ve düzgün alınması sağlandığı kanaatindeyim. Tepe işleyişte bir değişiklik olduğunu düşünüyorum. Özellikle bakan beyin zaten dışardan atanması gibi. Hastane başhekim, başhekim yardımcılığı il sağlık müdürü gibi, bunlar 2017’deki değişiklikte oldu. Taşra teşkilatının tekrar merkezi

yönetimlere, il sağlık müdürlüklerine bağlanmasıyla, bir miktar dinamizm kazandı. En azından çift başlılık ortadan kalktı” şeklinde görüşünü açıklamıştır. Belirtilen görüşte sağlık bakanlığı teşkilat yapısında meydana gelen değişimin hızlı ve doğru karar alınmasında, sistemin dinamiklik kazanmasında ve çift başlılığın giderilmesinde olumlu bir etkisinin olduğu ifade edilmiştir. Katılımcılardan **K6**: “Teşkilat yapısındaki ve bürokratik yapıda meydana gelen değişimler tabiki bunun farkının yaşandığını hissediyoruz sağlık sistemi içerisinde. Personel sözleşmelerinin yenilenmesinin ve yeni düzenlemelerin meydana geldiğini de tabiki düşünüyorum. Bu anlamda daha özel çalışıldığını hasta ya da çalışan bazında daha olumlu işleri yapacak kişilerin tabiki alınacağını ya da bunlara yönelik planlamalar yapıldığını düşünüyorum” şeklinde görüşünü açıklamıştır. Katılımcılar arasında yer alan **K20**: “Teşkilat ve bürokratik yapıda değişiklik yaşandı, biraz daha hızlandı bürokrasi” şeklinde görüşünü belirtirken katılımcılardan **K22**: “Teşkilat ve bürokratik yapıda değişiklik oldu. Bakanlık yapısındaki değişiklikler de sistemsel olarak görülmektedir” ifadeleriyle teşkilat yapısında yaşanan değişimleri belirttiği görülmektedir. Diğer bir katılımcı olan **K23**: “Teşkilat yapısında değişiklik meydana geldi” şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. Yapılan görüşmelerde katılımcılardan **K21**: “Teşkilat yapısı ve bürokratik yapıda değişiklikler olmuştur. Sözleşmeli personellerin alımı artırılmıştır. Çalışma istihdamına insanların katılımı söz konusu olmuştur. Pandemi ile birlikte hizmet sektörüne fazlaca personel alımı olmuştur, gerek doktor gerek hemşire ve tıbbi sekreter yönünden düşünürsek. Artı taşeron firmaların sekreterlerin sürekli işçi olardan kadroya geçişleri söz konusu olmuştur. Sağlıkta olumlu yönde gelişimler olduğunu düşünüyorum ben idari yapı ve teşkilat yapısı açısından, ama tabiki daha da iyileştirmeler daha iyi hizmetler söz konusu olabilir” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcılardan **K12**: “Teşkilat yapısı değişti, şema yapısı değişti. Ama bizler yardımcı sağlık personelleri olduğumuz için yönetici konumunda olmadığımız için bizlere birebir yansıyan bir değişiklik olmadı. İdari anlamda ya da bürokratik anlamda değişiklikler bizi çok fazla bağlamadı açıkçası. Ben şu an bana yansıyan bir değişiklik olduğunu düşünmüyorum” ifadeleriyle katılımcının teşkilat yapısının değiştiğini fakat yardımcı sağlık personeli olarak kendisine yansıyan bir değişiklik olmadığını vurguladığı görülmüştür. Diğer bir katılımcı olan **K5**: “Sağlık sisteminin hizmetlerinin sunumunda biliyorsunuz yakın zamanda 663’le ilgili bir değişiklik olmuştur. Bununla ilgili tabi bazı revizyonlar gerçekleşti, bunlar yerelde sağlık hizmeti sunucularının bu yönetici sağlık

personellerinin belirlenmesinde tabiki yerinde doğru kişilerin seçilmesi noktasında da katkıları olduğunu düşünüyorum” şeklinde görüşlerini ortaya koymuştur. Ayrıca katılımcılardan **K13**: “Değişimler oldu. Bence sınavla olması daha mantıklı olurdu ama sözleşme yapılıyor, olumlu bakmıyorum. Her yerde sınav olması gerekir diye düşünüyorum. Daha önce sınavla alım yapılıyordu, müdür yardımcılığı, şube müdürlüğü onlar daha önce sınavla alınıyordu ama şu an il sağlık müdürlüğü veya bakanlığın uygun gördüğü kişilerin sözleşme imzalamasından dolayı çok olumlu bir yaklaşım değil, yanlış buluyorum sözleşmeli personel çalıştırılmasını. Teşkilat yapısında köklü değişiklikler yapıldı” ifadelerini kullanmıştır. Burada katılımcının teşkilat yapısında değişiklikler yaşandığını fakat sözleşmeli personel çalıştırılmasını doğru bulmadığını vurguladığı görülmüştür.

Yapılan görüşmelerde CHS sonrası teşkilat yapısında hızlı karar alma, sistemin dinamikliği ve bürokratik engellerin aşılması gibi ortaya çıkan birtakım avantajlar katılımcı görüşlerinde yer alırken sözleşmeli personel çalıştırılması ve sözleşme sürecine ilişkin ortaya çıkabilecek dezavantajların katılımcı görüşlerinde yer aldığı görülmüştür.

4.1.2. CHS ile sağlık personel sayılarında meydana gelen değişiklikler

Araştırma kapsamında CHS sonrası sağlık personeli sayılarında yaşanan değişimi ortaya koymak amacıyla “2020 Sağlık İstatistikleri Yıllığı” incelenmiştir. İncelenen yılda 2016 ve 2020 yılları arası tüm sektörlerdeki sağlık personel sayılarının yer aldığı görülmüştür. Sağlık personel sayılarına ait veriler Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler

Sağlık Personelleri	Yıllara Göre Sayılar				
	2016	2017	2018	2019	2020*
Uzman Hekim	78.620	80.951	82.894	85.199	88.127
Pratisyen hekim	43.058	44.649	44.053	46.843	49.760
Asistan Hekim	23.149	24.397	26.181	28.768	33.372
Toplam Hekim	144.827	149.997	153.128	160.810	171.259
Toplam Diş Hekimi	26.674	27.889	30.615	32.925	34.830

Eczacı	27.864	28.512	32.032	33.841	35.364
Hemşire	152.952	166.142	190.499	198.103	227.292
Ebe	52.456	53.741	56.351	55.972	59.040
Diğer Sağlık Personeli	144.609	155.417	177.409	182.456	206.103
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	321.952	339.241	376.367	369.660	408.581
Toplam Personel	871.334	920.939	1.016.401	1.033.767	1.142.469

* 2020 yılında asistan hekim sayısına 2.632 yan dal asistan hekim, toplam dış hekimi sayısına 2.558 asistan dış hekimi, eczacı sayısına serbest eczanelerde çalışan 2.419 ikinci eczacı ve yardımcı eczacı sayıları dâhil edilmiştir.

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

Tablo 4.1 incelendiğinde yıllara göre sağlık personel sayılarında 2018 yılı sonrası genel bazda pozitif yönde bir değişim olduğu görülmüştür. 2018 yılında tüm sektörlerde görevli hemşire sayısı 190.499 iken 2020 yılında bu sayı 227.292 olduğu görülmektedir. Tablo 4.1'e göre toplam hekim sayısı 2018 yılında 153.128 iken 2020 yılında bu sayıda değişim yaşanmış ve 171.259 olmuştur. Toplam personel sayısı ise 2018 yılında 1.016.401 iken bu sayı 2020 yılında 1.142.469 olarak değiştiği görülmüştür. CHS sonrasında sağlık personel sayılarında sistem öncesine göre bir değişim yaşandığı görülmektedir.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmelerde katılımcıların verdikleri yanıtlar sağlık personel sayısında ilerleme olduğunu göstermektedir. Katılımcılardan bazıları ise olumlu değişimin yaşandığını ifade etmelerine rağmen ortaya çıkan eksiklikleri de görüşlerinde belirtmişlerdir. Bu kapsamda katılımcılardan **K18**: “Yeni düzenlemeler meydana geldi, özellikle personel sayısında çok büyük artış oldu, hala da devam ediyor” şeklinde görüşünü açıklamıştır. Katılımcılar arasında yer alan **K24**: “Aslında son zamanlarda olumlu şeyler oldu, bunu görebiliyoruz. Yeni personeller alındı, genç dinamik hemşirelerimiz oldu. Eskiye göre mesai olarak biraz daha iyileştirmizi düşünüyorum” şeklinde görüşleriyle CHS ile sağlık personel sayılarında yaşanan olumlu değişimi ortaya koymuştur. Diğer bir katılımcı olan **K17**: “Bu konuda sağlık hizmetleri personel alımları ciddi manada yükseldi ama başhekim ve idari personel konusunda sayı olarak fazla olsa da

nitelik konusunda eksik kaldığını düşünüyorum. İdareci olanların süzgeçten geçirilmediğini düşünüyorum” şeklinde görüşlerini açıklarken personel sayılarında sayısal anlamda olumlu bir değişimin yaşanmasına rağmen nitelik anlamında değişimin eksik olduğunu vurgulamıştır. Katılımcılardan **K5**: “Zaten bununla ilgili bir düzenleme mevcut ve şu anki mevcut düzenlemede aslında tüm vatandaşlarımıza bu şekilde sağlık eğitimi almış kişilere eşit fırsatların sunulması ve bunların şeffaf bir şekilde yapılmış olması, atamalarının bu şekilde gerçekleşmiş olması ve beraberinde özlük haklarının da iyileştirilmiş olması kesinlikle bence güzel kazanımlar” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcılardan **K20**: “Şehir hastaneleri açıldıktan sonra özellikle personel alımlarında çok artış olduğunu düşünüyorum, sözleşmelerin yenilenmesi de düzenli devam ediyor, bence iyi bir uygulama” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K7**: “İstatistikî bilgiler elimde yok ama ben kendi hastanem için söylüyorum. Özellikle hekim ve diğer yardımcı sağlık personel sayısında kurulduğu günden bugüne çok ciddi artışlar oldu diyebiliriz” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K9**: “Elbette ki personel alımlarında, sözleşmelerin yenilenmesinde Cumhurbaşkanlığının hızlı karar alma, etkin insanları ve yetişmiş insanları sözleşme ile belirli bir platformda çalıştırarak sistemin devinimindeki artışı sağlama noktasında etkili olduğunu düşünüyorum” ifadeleriyle düşüncelerini açıklamıştır.

Yapılan görüşmelerde genel anlamda personel sayılarında yaşanan artışın katılımcı görüşlerinde öne çıktığı görülmüştür. Ancak sayısal anlamdaki olumlu değişimlere rağmen nitelik anlamında bazı eksikliklerin olduğu katılımcı görüşlerinde öne çıkan hususlar arasında yer almıştır.

4.1.3. CHS ile personel maaşları ve bütçede meydana gelen değişiklikler

Araştırmanın konusu çerçevesinde CHS ile Sağlık Bakanlığı bütçesinde yaşanan değişimlerin ortaya konulması amacıyla “Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Merkezi Yönetim Bütçe Gerçekleşmeleri ve Beklentiler Raporu” incelenmiştir. Yıllara göre incelenen raporlarda Sağlık Bakanlığına ait 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 yıllarında Ocak-Haziran dönemi bütçe giderlerinin mevcut olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen veriler Tablo 4.2’de yer almaktadır.

Tablo 4.2. 2016-2021 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Ocak-Haziran Dönemi Bütçe Giderleri

	Bütçe Dönemleri					
	2016 Ocak- Haziran	2017 Ocak- Haziran	2018 Ocak- Haziran	2019 Ocak- Haziran	2020 Ocak- Haziran	2021 Ocak- Haziran
Sağlık Bakanlığı Bütçesi (bin TL)	1.663.409	1.946.427	17.256.583	22.717.345	27.909.919	38.206.025

Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Merkezi Yönetim Bütçe Gerçekleşmeleri ve Beklentiler Raporu 2017, 2019, 2021

Tablo incelendiğinde 2018 yılı Ocak-Haziran döneminde bütçe giderleri 17.256.583 bin TL olduğu görülmektedir. 2019 yılı Ocak-Haziran döneminde ise bütçe giderleri 22.717.345 bin TL olduğu görülürken 2021 yılı Ocak-Haziran dönemi Sağlık Bakanlığı bütçe gideri 38.206.025 bin TL olarak gerçekleştiği görülmektedir. CHS'nin uygulamaya konulduğu 2018 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı bütçesinde bir artışın meydana geldiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2). Yaşanan bu artışta yeni sistemin etkisiyle beraber tüm dünya genelinde ortaya çıkan pandeminin de etkili olduğu düşünülebilir. Salgın hastalıklar, savaşlar ve doğal afetler gibi doğa ve insan kaynaklı birçok faktör sağlık hizmetlerini doğrudan etkileyen durumlar arasında gösterilebilir. Dünya genelinde yaşanan salgın hastalığın diğer tüm ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de sağlık harcamalarında yaşanan artışı tetiklediği söylenebilir.

Araştırmanın konusu dâhilinde CHS ile sağlık bakanlığı bütçesinde ve sağlık personel maaşlarında meydana gelen değişimler katılımcılar ile gerçekleştirilen görüşmelerde irdelenmiştir. Elde edilen veriler, Sağlık Bakanlığı ve sağlık personel maaşlarında olumlu yönde bir değişimin yaşandığını ancak bu değişimin yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Bu kapsamda katılımcılardan **K12**: “Personel maaşlarında yeterli bir değişiklik yaşandığını, artış yaşandığını düşünmüyorum, azalma zaten olmaz ama. Artışın da olduğunu düşünmüyorum, en azından yeterli olduğunu düşünmüyorum. Artış oldu ama yeterli değil bence. Bu kadar yoğun bir çalışma temposuna bence artışın biraz daha fazla olması gerekirdi” şeklinde görüşünü ifade etmiştir. Katılımcının iş temposunun yoğunluğuna oranla maaşının

daha fazla olması gerektiğini vurguladığı görülmektedir. Benzer bir görüş diğer bir katılımcı olan **K11** tarafından: “Evet değişiklik yaşandı, Artış oldu fakat yeterli olmadığını düşünüyorum” şeklinde ifade edilmiştir. Katılımcılar arasında yer alan **K9**: “Genel bütçede her zaman bir artış oldu. Yani sağlık hizmetlerine yansıyan genel bütçelerde kamu adına yapılacak harcamalara esas olmak üzere devletin tahsis etmiş olduğu bütçelerde bir artış olduğu gibi görevli personellerin maaşlarında da bir artış söz konusu oldu. Ama bu artışın enflasyona oranla göreceli olarak reel manada bir artış olup olmadığı hususunu ekonomistlere bırakmak gerekir. O konu ile alakalı çok fazla bir yorum yapmak istemem, ancak şu da bir gerçek ki sağlık sektörü diğer sektörlerle göre çalışan personel açısından çoğu insan yetersiz olduğunu değerlendirse de ben kişisel olarak gerçekten şu an kendi halimden açıkçası memnun olduğunu ifade edebilirim. Olumlu katkıları olmuştur yani onu söyleyebilirim” şeklinde görüşünü belirtmiştir. Katılımcı görüşlerinde genel bütçede ve personel maaşlarında yaşanan olumlu yöndeki değişimi ifade ederken personel maaşlarında yaşanan değişimler hakkında kendisinin memnun olmasına rağmen diğer personellerin memnuniyetsizliğini vurgulamıştır. Bu görüşe benzer olarak katılımcılardan **K13**: “Daha önceki dönemlerdeki ücretimiz şu anki ücretimiz ile kıyasladığımızda şu an aldığımız ücret fazla ama dünya genelinde yaşanan ekonomik sıkıntılar ve pandemiden ötürü, dolardaki artıştan dolayı maaşımız arttı ama alım gücü düştüğü için düşük görünüyor. Ama diğer sektörlerle karşılaştırdığımızda ücretimiz fazla” şeklinde görüşünü ortaya koymuştur. Sağlık personellerinin maaşlarında meydana gelen olumlu değişimin tüm dünyayı etkileyen salgın hastalığın ortaya çıkardığı problemler karşısında yetersiz kaldığı katılımcı tarafından vurgulanmıştır. Katılımcılardan **K2**: “Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminden sonra tüm bakanlıklar biraz daha özgür biraz daha sahaya yönelik çalışmalar yapmaya başladılar. Sağlıkta ciddi bir şekilde personelle ilgili taleplerini ileten Sivil Toplum Kuruluşlarını görmekteyiz, bunlar bakanlık yetkilileriyle, maliye bakanlığı yetkilileriyle yapılan görüşmelerde özellikle de son dönemlerdeki pandeminin de etkisiyle sağlık çalışanlarının ön plana çıkması sonrası ciddi bir iyileştirmeler yapıldı, yapılmaya da devam ediyor. Bunda Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminin etkisi vardır. Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminde biliyorsunuz çok daha kolay karar verilebiliyor, hızlı karar verilebiliyor ve hızlı olarak bunun uygulanması sahada yapılabilir. Bu da cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminin getirdiği artı yönlerden birisidir diye söyleyebiliriz” şeklinde görüşünü ifade etmiştir. Burada katılımcı,

sağlık personellerinin maaşlarında yaşanan değişimi CHS'nin hızlı karar alma mekanizmaları sayesinde yapılan saha çalışmaları ile açıklamıştır.

Diğer bir katılımcı olan **K17**: “Sağlık hizmetleri sınıfında doktorlar açısından iyileştirme olmuştur. Ama yardımcı sağlık hizmetleri konusunda gözle görülür bir değişiklik olduğunu düşünmüyorum, bunun da büyük bir eksiklik olduğunu düşünüyorum. İnşallah ilerleyen zamanlarda değişim olacaktır” şeklinde görüşlerini belirtirken katılımcılardan **K4**: “Maalesef bir değişiklik yaşanmadı. Bütün yükü sağlıkçılar çekmiş olmasına rağmen çalışma barışını bozan şeyler de yaşadık, derse gitmeyen öğretmenler ek ders alırken yıllık izne gidemeyen sağlık personellerine herhangi bir maaşta katkı sağlanmadı, döneri tavandan verdik dediler ama maalesef bizim hemşire, sağlık çalışanı arkadaşlarımız katsayıya takıldığı için yine aynı döneri aldılar. Döner bakımından da yüzde yüz artırsalar da bizim tavana takıldıkları için arkadaşların maaşlarında değişiklik olmamıştır” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Ayrıca katılımcılardan **K6**: “Değişiklik yaşandı tabi ki bir artış oldu, artış olduğunu düşünüyorum ancak bu artışın şu anki mevcut şartlar ve ekonomi içerisinde yeterli olmadığını düşünüyorum” şeklinde görüşlerini belirtirken katılımcılardan **K20**: “2018 sonrasında çok büyük bir değişiklik yaşandığını düşünmüyorum. Hatta son dönemde yetersiz kaldığı da düşünülebilir. Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemiyle ilgili midir değil midir çok kararlı değilim bu konuda ama genel anlamda toplu sözleşmelerde daha düşük rakamlarla imzalar atıldı. O yüzden sağlık personeli bakımından çok yeterli olduğunu düşünmüyorum” ifadeleriyle görüşlerini açıklamıştır. Diğer bir katılımcı olan **K18**: “Personel maaşlarıyla ilgili herhangi bir değişiklik yapıldığını düşünmüyorum. Özellikle de olumlu anlamda iyileştirilmeye gidilmedi. Son dönemdeki pandemiye de göz önünde bulundursak iyileştirmeye gidilmesi gerekiyordu” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K22**: “Maaşların günümüz şartlarına göre enflasyon baz alındığı zaman yada zam oranları dikkate alındığı zaman maaşlarda aksine alım gücü yönünde gerileme olduğunu düşünmekteyim. Olumlu bir değişiklik yaşanmamıştır, aksine olumsuz” ifadeleriyle görüşlerini açıklamıştır. Ayrıca katılımcılardan **K1**: “Ekstra bir değişiklik olduğunu gözlemlemedik. Yıllık artışlara ve ülkenin durumuna göre olan ekonomik sıkıntılara paralel olarak bazı iyileştirmeler bakanlık düzeyinde yapıldı. Covid döneminde özellikle covidde çalışan personeller için tavan ödemeleri gerçekleştirildi. Bunlar da bu pandemi yoğunluğunda çalışanların daha motive bir şekilde çalışmasına zemin hazırladığını düşünüyorum. Ama onun dışında çok ekstra bir

değişiklik ya da ücret artışı olmadı” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Katılımcılardan **K3**: “Hükümet sisteminin etkisinden ziyade normal rutin artışlar oldu. Maalesef hükümet sisteminin çok büyük bir gelir katkısı olmadı. Yine dediğim gibi bir miktar belki bakanlıklar arası iletişimin artırılmasıyla ortak fonlarla bu maaşlar konusundaki yeni yapılması gerektiğini düşündüğüm düzenlemeler ve artışlar da sağlanabileceği kanaatindeyim. Maaş değişiklikleri konusunda yetersiz henüz bunun tabiki dış etmenlerden iç etmenlerden kaynaklı son iki yıldaki artışlar göz önünde bulundurarak biraz daha göz önüne geldi. Önceden bu kadar değildi açıkçası, bununla ilgili bir revizyon olacağı kanaatindeyim, muhtemelen düzenleme yapılacaktır. Zaten cumhurbaşkanlığı hükümet sistemine olayı bağlayacak olursak eski sistemde bu düzenlemeyi yapmak da çok çok uzun zaman alacaktı. Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminde eğer düzenleme yapılmasına karar verilebilirse ki bence kişisel olarak verilmeli, daha hızlı bir şekilde önlem alınacağı kanaatindeyim” ifadelerini kullanmıştır. Diğer bir katılımcı olan **K15**: “Ülkemizin içinde bulunduğu enflasyon durumu ve diğer şeylerle birlikte maaşlarımız artırıldı lakin yeteri kadar olduğunu düşünmüyorum, çünkü enflasyon çok yüksek olduğu için insanların alım gücü çok aşırı şekilde düştü. Yapılan zamların yetersiz olduğunu düşünüyorum” şeklinde görüşlerini açıklamıştır.

Yapılan görüşmelerde CHS’ye geçişle birlikte personel maaşlarında genel anlamda bir artışın yaşandığı katılımcılar tarafından vurgulanmıştır. Bununla birlikte dünya genelinde yaşanan pandemi ve enflasyondaki artıştan ötürü maaşlarda yaşanan artışların yeterli olmadığı da katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

4.1.4. CHS ile sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duyulan teknolojik imkânlardaki değişiklikler

Araştırmanın konusu çerçevesinde CHS ile Sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duyulan teknolojik imkânlarda yaşanan değişimlerin ortaya konulması amacıyla “Sağlık İstatistikleri Yıllığı” incelenmiştir. İncelenen yılda Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel hastanelerdeki toplam cihaz sayılarına ulaşılmıştır. Bu kapsamda 2016, 2018, 2019 ve 2020 yılı Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel hastanelerdeki toplam cihaz sayıları aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Bkz. Tablo 4.3). Tablo 4.3 incelendiğinde 2016 yılı Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel hastanelerdeki toplam MR cihazı sayısı 836 olduğu görülürken bu sayının 2020 yılında 939 olarak değiştiği görülmektedir. BT sayısı 2016 yılında 1.152 olduğu görülürken bu sayının

2020 yılında 1.248 olarak değiştiği görülmüştür. Benzer şekilde 2016 yılı Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerdeki toplam Mamografi cihazı sayısı 931 olduğu görülürken bu sayının 2020 yılında 982 olarak değiştiği görülmektedir. CHS sonrasında sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duyulan teknolojik araçların sayısında ilerleme meydana geldiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.3).

Tablo 4.3. 2016, 2018, 2019 ve 2020 Yılı Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerdeki Cihaz Sayıları

Cihazlar	Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastaneler(2016 yılı toplam cihaz sayıları)	Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastaneler(2018 yılı toplam cihaz sayıları)	Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastaneler(2019 yılı toplam cihaz sayıları)	Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastaneler(2020 yılı toplam cihaz sayıları)
MR	836	915	902	939
BT	1.152	1.211	1.213	1.248
Ultrason	5.470	5.846	6.098	6.080
Doppler Ultrason	4.679	5.557	6.383	6.538
EKO	2.121	2.520	2.714	2.823
Mamografi	931	966	961	982

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

Son yıllarda teknolojiye yaşanan gelişmeler tüm kamu hizmetlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de teknolojik araç kullanımını pozitif yönde etkilediği düşünülmektedir. Hizmet sunumunda kullanılmak üzere ihtiyaç duyulan teknolojik araçların hızlı temin edilerek hizmete sunulmasının sağlık hizmetlerinin niteliğinin artmasını destekleyeceği ifade edilebilir.

Bu bağlamda katılımcılarla yapılan görüşmelerde elde edilen veriler aşağıda yer almaktadır.

Katılımcılardan **K12**: “Teknolojik imkânlar bence arttı, hatta gerçekten çok yerde birçok ülkede olmayan cihazların bence bizim hastanede cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi sonrasında sağlık alanında yatırımların artmasından sonra cihazların ve teknolojik imkânların

da çok daha iyi düzeyde olduğunu düşünüyorum. Büro malzemeleri ve tıbbi cihazlar kesinlikle artış göstermiştir” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Burada katılımcı hükümet sisteminde yaşanan değişim sonrasında sağlık alanında yapılan yatırımların artışıyla sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere teknolojik cihazların arttığını vurgulamıştır. Diğer bir katılımcı olan **K9**: “Büro malzemelerini her zaman tedarik edersiniz, bizim için önemli olan tıbbi cihazlardır. Ben çok olağanüstü katkıları olduğu kanaatindeyim. Mesela şu an bizim şehir hastanesinde kamu özel ortaklığı ile çalışıyor burası, yani bütün teknik altyapısını özel sektör oluşturuyor. Cumhurbaşkanlığının bu yönde aldığı karar çerçevesinde bu firma bize tıbbi cihaz açısından en modern teknolojisi en yüksek olan cihazları ve onun getirdiği yenilikleri bize sağlamak durumunda kalıyor. Dolayısıyla bizim hekimlerimiz burada bu cihazlarla hizmet verdiği için olağanüstü şekilde bir katkı sağlanmış oldu, üstelik devlet buna bir kuruş para harcamadı tamamen özel sektörün desteğiyle” şeklinde tıbbi cihazların temin edilmesinde CHS’nin etkisini vurgulamıştır. Ayrıca kullanılan araçların modernliği ve son teknolojiye olmasında Cumhurbaşkanlığının aldığı kararların etkisinden bahsedildiği görülmektedir. Katılımcılar arasında yer alan **K7**: “Tabiki burada da gelişme yaşandı, özellikle tıbbi cihaz çok ciddi yatırımlar ve ciddi bütçe isteyen bir konu nihayetinde, fakat bütçe ile ilgili alınan hızlı kararlar nihayetinde cihaz planlaması bir yatırımın konusudur, yatırımla ilgili alınan kararlar, vatandaşın sağlık hizmetine ulaşma noktasında büyük kolaylık sağlamıştır. Kendi ilimiz için söylüyorum, bir operasyon için Ankara ilinde bir hastaneye gitmek durumunda kalan cihaz eksikliği nedeniyle bir vatandaşımız artık birçok şikâyetini, cihaza bağlı birçok şikâyetini Ankara’ya gitmeden burada çözebilmektedir” şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir. Geçmiş yıllarda sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen vatandaşların, teknolojik yetersizlikler nedeniyle şehir değiştirerek hizmet aldıkları ancak CHS ile artan yatırımlar sonucunda teknolojik cihaz eksikliği nedeniyle şehir değiştirerek hizmet alınmasının ortadan kalktığı ifade edilmiştir. Burada vatandaşların sağlık hizmetine erişimlerinin teknolojik imkânların artmasıyla daha da kolaylaştığı vurgulanmaktadır.

Diğer bir katılımcı olan **K14** ise “Daha kolay alım oldu. Malzemeler arttı kullanılan malzeme sayısı arttı. Ulaşmak daha kolaylaştı” ifadeleriyle sağlık hizmetlerinde kullanılan malzemelerin sayısında bir artış olduğunu ve bunlara erişimin kolaylaştığını vurguladığı görülmektedir. Katılımcılardan **K3**: “Sadece büro malzemeleri, tıbbi cihazlar nezlinde değil genel anlamda da şehir hastaneleri gerçeği CHS’yle beraber başladı, tamam projesi belki

önceden, sözleşmeleri önceden yapılmıştı, ama hayata geçişi CHS'den sonra oldu. Bir kere burada zaten çok müthiş bir teknolojik atılım oldu. Malzeme alımları konusunda da yine hızlı kararlarla DMO (Devlet Malzeme Ofisi) aktifleştirildi, eskiye göre farklı olarak, hastanelerin bireysel bazda alımlarının azaltılması ülke geneli alımların toplu ihalelerle artırılması, bu da bir iki yıldır çok aktifleştirilmiş vaziyette. Düzgün çalıştırıldığı takdirde çok daha iyi bireysellikten uzaklaşmış oluyor fiyat düşüşlerine sebep olabiliyor. Ama henüz geliştirilmesi gereken yönleri var" şeklindeki görüşüyle teknolojik araçlarda artışın meydana geldiğini, bu araçları bünyesinde barındıran şehir hastanelerinin CHS ile faaliyete geçtiğini belirtmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K5**: "Tabiki ülkemizde birsürü hastane yapıldı. Ve ben yine tabi şehir hastanesinde çalışan biri olarak bunun içerisinde yaşayan birisi olarak burada hastanemizde gerçekten son derece donanımlı tıbbi cihazların olduğunu görmekteyiz. Gerek fiziksel şartlar gerekse kullanılan tüm malzemeler bunlar uluslararası düzeyde nitelikli gerçekten kaliteli malzemeler. Ve bu tüm imkânların şu anda belki de mükemmeliyet merkezi diyebileceğimiz ki şehir hastanelerinde de bunlar hedefleniyor biliyorsunuz, bu noktada bu imkânlarla ulaşılabilir olmak çok güzel, bence ülkemiz için çok faydalı ve güzel bir kazanım" ifadeleriyle görüşlerini açıklamıştır. Katılımcılardan **K6**: "Burada da tabi ki büyük etkileri olduğunu düşünüyorum. Olumlu yönde etkileri olduğunu düşünüyorum. Her türlü cihaz ve malzemeye daha kolay ulaşılabilir oldu" şeklinde görüşlerini açıklarken sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duyulan cihazlara erişimin kolaylaştığını vurgulamıştır. Katılımcılardan **K11**: "Teknolojik imkânların arttığını düşünüyorum. Buna bağlı hasta sayısının da arttığını düşünüyorum" ifadelerini kullanırken katılımcılardan **K17**: "Kesinlikle arttığını ben düşünüyorum. Önceden bazı hastalıkların çözümü bile yokken şu an yeni kurulan hastanelerde tıbbi cihazlar bence genel anlamda çok çok iyi iyileştirildiğini düşünüyorum. Örnek verecek olursak mesela özel olarak tabir ettiğimiz dışarda a hastanesinin yaptığı imkânları devletin sağlamış olduğu imkânlarla hemen hemen eşit olduğunu da söyleyebilirim bu konuda" şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Ayrıca katılımcılardan **K20**: "Kesinlikle artış yaşandığını düşünüyorum. Özellikle tıbbi cihazlarda ve teknolojik aletlerde hızlı bir gelişme yaşandı. Özellikle şehir hastanelerinin imkânlarının çok arttığını düşünüyorum. Fakat burada farklı konuya değinmek istiyorum, merkezi alım platformlarının işleyişindeki hızlanma hala görülmedi bence. Çünkü ihale süreçleri halen uzun, daha kısa sürede halledilebilir diye düşünüyorum" ifadelerini kullanarak tıbbi cihaz ve teknolojik aletlerde imkânların arttığını

belirtirken ihale süreçlerinin halen uzun olduğunu vurgulamıştır. Katılımcılardan **K24**: “İlerlemeler olduğunu düşünüyorum, olumlu gelişmeler yaşandı” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Katılımcılardan **K4**: “Bizim tıbbi cihazlarımızda tabiki artışlar oldu. Çünkü biz şehir hastanesindeyiz. Büro malzemesi sözleşme gereği çalıştığımız için herhangi bir büro malzemesinde de herhangi bir sıkıntı yaşamıyoruz” ifadelerini kullanırken katılımcılardan **K18**: “Özellikle tıbbi cihazlar konusunda büyük iyileştirilmelere gidildi. Özellikle son teknolojik ürünler kullanılıyor ve bu konuda memnunuz” şeklinde görüşlerini açıklamıştır.

Gerçekleştirilen görüşmelerde katılımcıların çoğunluğu teknolojik imkânlarda olumlu yönde değişimin yaşandığını ifade etmiştir. Katılımcıların görüşlerinden hareketle; “cihazlara erişim ve artan imkânlar” temaları belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılar teknolojik imkânlarda yaşanan bu olumlu değişimde CHS ile faaliyete başlayan şehir hastanelerinin oldukça önemli derecede etkisinin olduğunu vurgulamıştır.

4.1.5. CHS ile talep şikâyet birimlerinin kullanımlarındaki değişiklikler

Araştırma kapsamında CHS ile MHRS, SABİM ve CİMER gibi talep şikâyet birimlerinin kullanılmasında meydana gelen değişiklikler incelenmiştir. Aşağıda yer alan tabloda 2018 ve 2019 yılları MHRS üzerinden alınan toplam randevu sayısı ve artış oranları verilmiştir (Bkz. Tablo 4.4).

Tablo 4.4. MHRS Üzerinden Alınan Toplam Randevu Sayısı ve Artış Oranları 2018,2019

Aylar	2018	2019	Artış Oranı
Ocak	12.419.275	14.220.867	%14,51
Şubat	11.547.602	13.374.706	%15,82
Mart	12.483.810	13.621.949	%9,12
Nisan	11.195.806	13.420.037	%19,87
Mayıs	11.588.187	13.145.432	%13,44
Haziran	9.563.710	9.506.229	%-0,60
Temmuz	11.337.162	13.141.268	%15,91
Ağustos	8.626.060	9.897.347	%14,74
Eylül	11.284.755	13.185.376	%16,84
Ekim	12.727.831	13.965.479	%9,72

Kasım	13.152.560	13.858.656	%5,37
Aralık	12.686.156	14.879.551*	%17,29
TOPLAM	138.612.914	156.216.897	%12,70

*31 Aralık 2019 tarihi itibarıyla 70.532.116 vatandaşımıza toplamda 815.524.124 randevu verilmiştir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2019

Tablo incelendiğinde 2018 yılında 138.612.914 olan MHRS randevu sayısının 2019 yılında 156.216.897 olarak değiştiği ve bu değişimin %12,70 olarak gerçekleştiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.4). Sağlık Bakanlığı 2021 yılı faaliyet raporlarından alınan bilgilere göre; Sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmak ve sağlık hizmetleri sunumunda verimi artırmak amacıyla 2010 yılında devreye alınan MHRS hizmet başlangıcından 2021 yılı sonunda kadar 82.580.553 vatandaşımıza toplamda 1.212.900.936 randevu verilmiştir.

144 kişilik MHRS çağrı merkezi olan ALO 182'nin ilk adımı Eylül 2009'da atılmıştır. 2013 Temmuz ayında Aile Sağlığı Merkezleri de MHRS'ye eklenerek kapsama alınmıştır. Hastanelerde kaynak kullanımı ve dağıtımının ölçülmesi suretiyle sağlık hizmetlerinde verimin ve kalitenin artırılmasına, MHRS verileri ile sağlık politikalarının geliştirilmesine yardımcı olmak Sağlık Bakanlığının en önemli hedefleri arasındadır. 2016 yılında 3.289 çalışanıyla 7/24 randevu hizmeti sunularak toplamda yaklaşık 105 milyon kişiye randevu verilmiştir (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2016).

Sağlık Bakanlığı faaliyet raporu 2019'dan alınan verilerine göre; halkla ilişkiler bağlamında SABİM 'de 2019 yılında aylık ortalama 159.644 başvuru oluşturulmakla birlikte başvuruların % 80'i ilk 24 saat içerisinde ilgili birimler tarafından çözüme kavuşturulmuştur. SABİM 'de 915.842 bilgi alma, 490.186 şikâyet, 369.711 MHRS, 92.899 Talep, 21.843 acil yardım talebi olarak 1.915.730 başvurunun oluşturulduğu görülmüştür.

2021 Sağlık Bakanlığı faaliyet raporundan alınan bilgiye göre SABİM 'de 2021 yılında aylık ortalama 373.801 başvuru oluşturulmuş ve bu başvuruların % 84'ü ilk 24 saat içerisinde çözüme kavuşturulmuştur. SABİM 'e 2021 yılında gelen 4.485.607 başvurunun

- ✓ 2.820.986'sı COVID-19 talepleri
- ✓ 40.714 tanesi acil yardım
- ✓ 850.581 bilgi alma

- ✓ 9.907'si teşekkür
- ✓ 40.645'i talep ve öneri olarak oluşturulmuş ve gerekli görülenler ilgili kurum ve kuruluşlara iletilmiştir. Ayrıca SABİM 'e 2021 yılında sağlık çalışanları hakkında tehdit ve şiddet ifadeleri içeren 27.560 başvuru bırakıldığı belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2021).

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezine yapılan yıllık başvuruların sayısına bakıldığında ise 2016 yılında 2.375.000 sayı hedeflenirken başvuru 3.998.967 olarak gerçekleşmiş ve beklenen hedef ile gerçekleşme oranı % 168 olarak kayıtlara geçmiştir (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2016).

Sağlık Bakanlığı 2019 faaliyet raporlarına göre 2019 yılında CİMER koordinatörlüğüne 243.171 başvuru gelmiştir. Öne çıkan konulara bakıldığında ise % 29.21 devlet hastanelerinde yaşanan sorunlar, % 13.25'i tedavi isteği, % 9.51'i hekim doktor şikayeti, % 7.27 rapor uygulamaları, % 6.15'i ilaç talebi ile ilgili olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamında CHS ile MHRS, SABİM ve CİMER gibi talep şikâyet birimlerinin kullanılmasında meydana gelen değişikliklere yönelik gerçekleştirilen görüşmelerde elde edilen veriler incelenmiştir. İncelenen veriler ışığında “şikâyet, randevuda kolaylık, sorun çözümü, sağlık çalışanlarının kendine düzen vermesi” temaları ortaya konulmuştur. Araştırmada yapılan görüşmelerde ilgili birimlerin kullanılmasında bilinçli olunması gerektiği, birimlerin yalnızca şikâyet odaklı olmaması bunun yerine sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi amacıyla kullanımının daha yararlı olacağı ifade edilmiştir. Bu kapsamda görüşme gerçekleştirilen katılımcılardan **K8**: “Ben bir dönem SABİM ve CİMER’de çalıştım. Öncelikle SABİM ve CİMER’in çok önemli bir portal olduğunu düşünüyorum. Verilen hizmetin çok güzel bir hizmet olduğunu düşünüyorum. Ancak burada bu başvurular taşraya gönderilirken merkezden alınırken belirli bir süzgeçten geçmesi gerektiğini düşünüyorum. Çünkü o başvuruların birçoğu aslı astarı olmayan şeylerden ibaret, bazıları içerisinde hakaret barındırıyor. Bunların süzgeçten geçirilerek kurumlara gönderilmesi gerektiğini düşünüyorum. Onun dışında SABİM ve CİMER’in vatandaş tarafından dönem dönem istismar edilebildiğini de düşünüyorum ancak vatandaş tarafından böyle bir istismar var diye oradan elde ettiğimiz, bazı giderdiğimiz çok önemli mağduriyetler var. Sağlık sistemine ulaşamayan insanlara destek olduğumuz portallar. Ancak amacının dışında kullanımı var, bu

noktada da süzgeçten geçmesi gerektiğini düşünüyorum. Sistemin daha iyi olması için. Sağlık hizmetlerinin sunumuna etkisi noktasında şunu söyleyebilirim: Bir, dezavantajlı kişilere sağlık hizmetinin sunulmasını sağlıyor. İkincisi, süzgeç olmaksızın taşraya hastanelere gönderilen şeyler eğer doğrudan sağlık personeline getirilirse çünkü bazıları gerçekten çok mantıksız oluyor, bu kişilerin motivasyonu düşürdüğü için sağlık hizmeti sunumunu olumsuz etkilediği oluyor. Bu çok fazla sağlık personelinin şikâyetçi olduğu bir durum, bunu da belirtmek isterim” şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. Bu görüşmede katılımcının hizmete yönelik olumlu ve olumsuz yanlarını vurguladığı görülmektedir. Ancak her başvurunun değerlendirme sürecinde dikkatle incelenmesi gerektiği aksi takdirde sağlık hizmetlerinde görevli personellerin iş motivasyonlarında bazı olumsuz değişimlerin meydana gelebileceğini ifade ettiği görülmüştür. Diğer bir katılımcı olan **K9**: “Şimdi bu tür yöntemlerle vatandaşın yetkili kurum kuruluş veya şahıslara ulaşmasıyla kamu kurum ve kuruluşlarının kendilerine çekidüzen verme noktasında bir artı sağlanmıştır. Ancak burada şikâyetlerin niteliklerinin iyi incelenerek, iyi ayrıştırılarak çalışanların üzerinde de kırgınlık yaratmayacak bir takibin de iyi yapılması gerektiğine inanıyorum. Ama genel manada sorduğunuz için söylüyorum, bu tür uygulamalar personelin kendine çekidüzen verme daha iyi hizmet sunma noktasında artıları olmuştur” ifadeleriyle görüşlerini açıklamıştır. Benzer şekilde sunulan hizmet kapsamında ilgili şikâyetlerin incelenmesinde gerekli özenin gösterilmesine vurgu yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinde görevli personellerin hizmet sunumunda kendilerini olumlu anlamda geliştirmelerinin önemi ifade edilmiştir.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerde yer alan katılımcılardan **K12**: “Halk açısından bence çok iyi oldu. MHRS’ye ulaşım daha kolay oldu, insanların randevusunu alması daha kolay oldu. Ama tabi CİMER gibi bir kuruluştaki personele bazen geri dönüşler biraz olumsuz olabiliyor. İnsanlar en ufak bir şeyi CİMER’e taşıyıp oradan da personele olumsuz yönde dönüşler olabiliyor” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. MHRS kullanımının vatandaşlar açısından olumlu bir durum olduğu ancak CİMER aracılığıyla gerçekleştirilen şikâyetlerin sağlık hizmetlerinde görevli personellere olumsuz dönüşler sağladığı ifade edilmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K1**: “Bu birimlerin olması gereklidir. Bir düzenin içerisinde sağlık hizmetinin sunumu olması da gerekli. Bu birimlerin aldığı şikâyetlerin değerlendirilmesi ve sonuca bağlanması için de CİMER gibi SABİM gibi şikâyet birimlerinin olması zaten gerekli. Ama bunu kullanmayı bilen insan sayısında çok az bir sayı var. Bu

düzgün kullanılmıyor. Saçma sapan şikâyetler ile iş yoğunluğu hat safhada olan sağlık çalışanları bu şekilde yoruluyor bazı şikâyetlerin bize yansması neticesinde. Pandemi döneminde sayın sağlık bakanının açıklaması ve bize verilen direktifler doğrultusunda biz buraya gelen şikâyetlerin çoğunu zaten görmezlikten getiriyoruz, kendimiz çözüyoruz. Çalışanlarımıza zaten yansıtmıyoruz. Bu konuda da bakanlığın bu sistemin bize bu imkânı sağlaması da güzel bir şeydir” ifadeleriyle görüşlerini açıklamıştır. Yapılan görüşmede katılımcının ilgili birimlerin kullanılmasında bilinçli olunması gerekliliğine vurgu yaptığı görülmektedir. Katılımcılar arasında SABİM, MHRS ve CİMER gibi birimlerin sağlık hizmetlerine yönelik olumlu katkılarını ifade eden **K7**: “SABİM, MHRS CİMER gibi birimlerde vatandaşların sahada yöneticiler tarafından sıkıntıların dinlenebilmesi ve çözüm üretilmesi açısından çok iyi oldu. Yöneticiler baktığımız zaman bazen arka planda vatandaşların yaşadığını fark edemeyebilirler. Ama bu şekilde gelen geri bildirimlerle olumlu katkısı olduğunu düşünüyoruz” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K14**: “SABİM, CİMER gibi sistemlerin yaptırımı olmasa bile sağlık çalışanları biraz daha dikkatli davranmaya başladı. Bu hizmetler sonucunda sağlık çalışanlarının kendilerine çekidüzen vermesini arttı ve etkiledi. Yaptırım olmaması iyi bir şeydir. Çünkü sağlık hizmetleri gönüllülük esası üzerine yapılan bir şey” ifadeleriyle düşüncelerini açıklamıştır. İlgili hizmetlerin vatandaşlar tarafından kullanımı sağlık hizmetlerinde görevli personellerin hizmet sunumunda daha dikkatli olmaları yönünde olumlu etkisinden bahsedilmektedir. Diğer bir katılımcı olan **K5**: “CİMER, SABİM, bunlarla ilgili bunların insanların vatandaşlarımızın ilgili taleplerini, şikâyetlerini ve teşekkürlerini tabiki doğrudan iletebilmeleri güzel bir durum. Fakat bu zaman zaman bunların belki hastanelere iletilirken kişi bazında değil de gerçekten sistemden kaynaklanan sorunlar varsa bunların sınıflanarak belki bir süzgeçten geçiriliyor olması daha üst bir yerlerde çok daha iyi olur diye düşünüyorum. Çünkü gerçekten insanlar hastanelere geldiklerinde psikolojik olarak çok zayıf bir halde oluyorlar ve aşırı bir stres altında oluyorlar, dolayısıyla çok anlık bir kararla bazen buralara başvurmuş ve taleplerini iletmış olabiliyorlar. Bu da bunlarla ilgili geri dönüş olduğunda zaman zaman çok özveriyle çalışan, gerçekten bu noktada çok iyi çalışan personellerimizde zaman zaman motivasyon bozukluğuna neden oluyor, düşüklüğüne neden oluyor daha doğrusu. Ama tabiki burada sadece bunu şikâyet olarak algılamayalım. Bazen öneriler de geliyor, teşekkürler de geliyor, bu kanallar vasıtasıyla ve biz buradan bu teşekkürleri iletiyoruz personelimize ve çok mutlu

oluyorlar bu da artı tarafı diyeyim. Onun dışında tabiki MHRS yine güzel uygulama. İnsanların evlerinden güzelce istedikleri hekimi seçerek randevularını almış olabilmeleri ve bu konuyla ilgili zamanını her türlü imkânını daha etkin bir şekilde kullanarak sağlık hizmetinden faydalanmaları da güzel bir durum” şeklinde görüşlerini açıklamaktadır. Katılımcılar arasında yer alan **K22**: “Kesinlikle sağlık hizmetlerine sunumuna etkisi olumlu yönde oldu. Bazı şikâyetlerinde hekim açısından sıkıntılar yarattığını tepkisel olduğunu düşünmekteyim. MHRS noktasında olumlu gelişmeler olduğunu söyleyebilirim” ifadeleriyle görüşlerini belirtmektedir. Diğer bir katılımcı olan **K20**: “SABİM ve CİMER’in gereğinden fazla vatandaş tarafından kullanıldığını düşünüyorum. MHRS konusunda güzel uygulama çünkü hasta yoğunluğunu azaltıyor bizim açımızdan. Hastaların istediği birime rahat ulaşmasını sağladığını düşünüyorum” şeklinde görüşlerini açıklarken katılımcılardan **K6**: “SABİM, MHRS CİMER evet aslında hasta açısından tabiki kolay ulaşılabilir bir alan ama doğru kullanılmadığını düşünüyorum, yeterli anlaşılmadığını düşünüyorum” ifadelerini kullanmıştır. Diğer bir katılımcı olan **K13**: “CİMER’in kullanılması çok yaygınlaştı, yani herkes şikâyetle bulunabiliyor. Aslında çok da iyi değil ama şikâyet kişilere gidiyor, çözüm makamına ulaşmıyor ondan dolayı işlevi az, daha işlevsel hale getirilebilir. MHRS kayıtları daha çoğaltılabilir. İnsanlarda bu konularda şikâyetçi, MHRS’den randevu alamıyorlar. Birinci veya ikinci basamak hastalarını buraya değil de ikinci basamak hastanelere gönderilse MHRS konusunda buranın daha da rahatlayabileceğini düşünüyorum. Şehir hastanesi bazında baktığımızda. Ama çok güzel bir hizmet MHRS, e-nabız da aynı şekilde” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Burada katılımcının MHRS kullanımının çoğaltılması gerektiğine yönelik görüş belirttiği görülürken yoğunluğu azaltma noktasında birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirme yapılmasının iyi olabileceğini vurguladığı görülmektedir. Katılımcılardan **K17**: “Olumlu yönde artış olduğunu düşünüyorum. Çünkü genel anlamda kişilerin şikâyetleri olsun hatta teşekkürleri bile çok rahat iletişim anlamında kişilere ulaşıyor. Ulaşılabilirlik daha iyi hem olumlu hem olumsuz anlamda” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Diğer bir katılımcı olan **K18**: “Kesinlikle olumlu etkisi olduğunu düşünüyorum” ifadelerini kullanırken katılımcılardan **K11**: “Ben çok olumlu etkilerinin olduğunu düşünüyorum. İnsanların bu vesileyle şikâyetlerini dile getirebildiklerini düşünüyorum” şeklinde görüşlerini belirtmiştir.

Araştırma kapsamında CHS ile MHRS, SABİM ve CİMER gibi talep şikâyet birimlerinin kullanılmasında meydana gelen değişikliklere yönelik gerçekleştirilen görüşmelerde katılımcıların ilgili birimlere yönelik daha çok şikâyet amaçlı bir kullanım gerçekleştiği, bunun yanında sunulan hizmetlere yönelik teşekkür edilmesinin daha anlamlı olabileceğini vurguladıkları görülmüştür. Ayrıca ilgili birimlerin sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan vatandaşlara yönelik olumlu işlevler sağladığı da ifadeler arasında yer almaktadır. Bu birimlerin kullanımında daha bilinçli olunması gerekliliği vurgulanmaktadır. Dahası yapılan görüşmelerde bu birimlerinin belirli bir süzgeçten geçirilerek incelenmesi ve çözüme kavuşturulmasının önemsendiği görülmektedir.

4.1.6. CHS ile sağlık turizmi kapsamında yabancı hasta sayılarındaki değişiklikler

Aşağıdaki şekilde 2015 ve 2021 yılları arasında sağlık turizmi kapsamında ülkemize gelen sağlık turisti sayıları görülmektedir.

Ülkemize Gelen Sağlık Turisti Sayıları



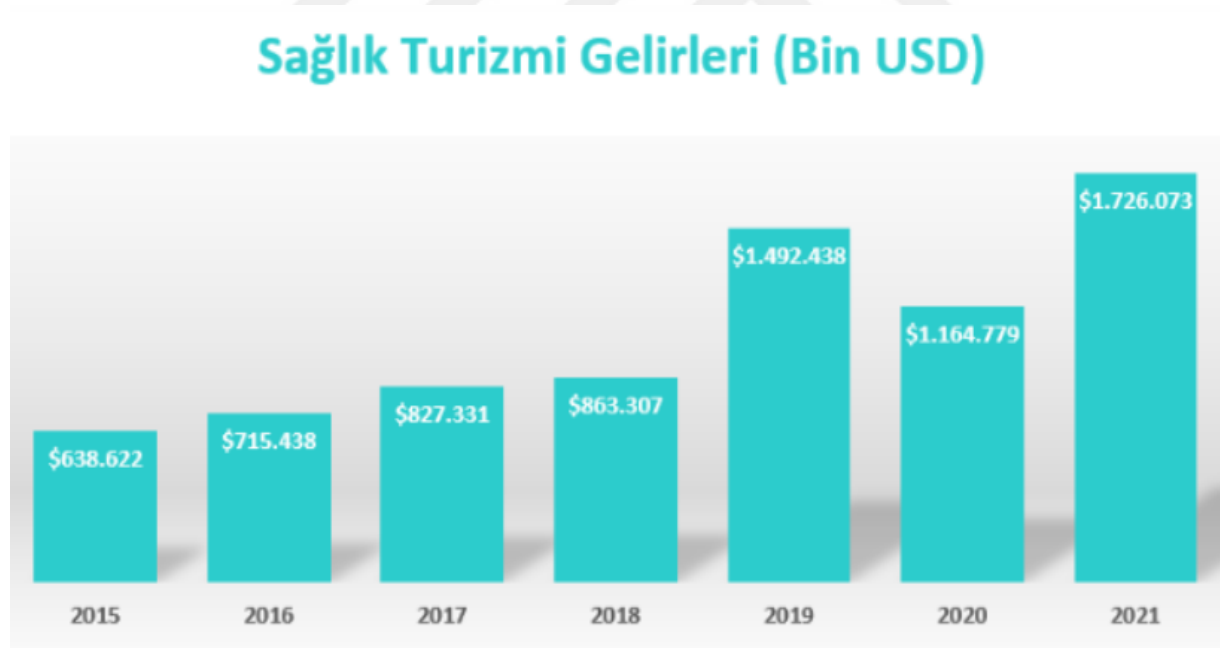
Şekil 4.3. 2015-2021 Yılları Ülkemize Gelen Sağlık Turisti Sayıları

Kaynak: (<https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/>, erişim tarihi: 26.11.2022)

2018 yılında sağlık turizmi kapsamında ülkemize gelen sağlık turisti sayısı 594.851 olduğu görülürken, bu sayı 2019 itibarıyla 701.046 ve 2021 yılında ise 670.730 olarak değiştiği

görülmektedir (Bkz. Şekil 4.3). CHS sonrasında sağlık turizmi kapsamında ülkemizde hizmet alan bireylerin sayısında bir ilerlemenin olduğu söylenebilir. Ancak 2020 yılında bu artışın ters yönde bir azalmaya dönüştüğü görülmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında dünya genelinde yaşanan salgın hastalığın yayılımı ve ülkelerin salgın hastalığa karşı uygulamaya koyduğu birtakım faaliyetlerin etkili olduğu söylenebilir. Salgın hastalığın yayılmasının önüne geçmek ve hastalığı kontrol altına almak amacıyla ülkeler vatandaşlarına ve diğer ülke vatandaşlarının ülkelere girişlerinde bazı kısıtlamalara gitmiştir. Salgın hastalığın yayılımının önüne geçilmesi amacıyla uluslararası seyahatlerin bazı şartlarda gerçekleştirilmesi, ülkemiz sağlık turizmi kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanan kişi sayısında 2020 yılı itibarıyla bir azalmanın yaşanmasını ortaya çıkarmıştır. Azalan bu sayının 2021 yılında salgın hastalığın etkisinin azalmasıyla tekrar eski seviyelere döndüğü görülmektedir (Bkz. Şekil 4.3).

Aşağıda yer alan şekilde sağlık turizmi gelirlerinin 2015 ve 2021 yılları arasındaki değişimi görülmektedir.



Şekil 4.4. Sağlık Turizmi Gelirleri (Bin USD)

Kaynak: (<https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/>, erişim tarihi: 26.11.2022)

Şekil 4.4 incelendiğinde 2018 yılında 863.307 ABD doları tutarında gelir elde edildiği görülürken 2019 yılında 1.492.438 ABD doları tutarında gelir elde edildiği görülmektedir.

CHS sonrasında sağlık turizmi gelirlerinde bir artiş meydana geldiği görülmektedir. 2020 yılında meydana gelen azalmanın ise istisnai bir durum olan pandemiden kaynaklandığı düşün lebilir. Tüm dünyayı etkisine alan salgın hastalığın etkisinin giderek artması nedeniyle ülkeler bazı kısıtlamalara giderek salgının önüne geçmeyi amaçlamıştır. Bu kısıtlamalar arasında yer alan uluslararası seyahatin sınırlandırılması ve belirli şartlarda gerçekleştirilmesi ülkemiz sağlık turizmi gelirlerinin düşmesinde etkili olan faktörlerden birisi olmuştur. Salgın hastalık döneminde sağlık turizmi gelirlerinde meydana gelen bu düşünün geçici bir durum olduğu 2021 yılı verileri incelendiğinde görülmektedir (Bkz. Şekil 4.4). Tüm dünya genelinde salgın hastalığı önlenme çabalarının sonuç vermeye başlamasıyla ülkemiz sağlık turizmi gelirlerinin yükseldiği görülmektedir.

Araştırmanın konusu çerçevesinde CHS ile sağlık turizmi kapsamında muayene hizmeti alan yabancı hasta sayılarındaki değişikliklere yönelik görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar ile gerçekleştirilen görüşmelerde elde edilen veriler incelendiğinde “sağlık yatırımlarının artması, Şehir hastanelerinin etkisi ve yaşıanan g  ler” temaları ortaya konulmuştur. Görüşmelerde katılımcıların neredeyse tamamı sağlık turizmi kapsamında hizmet alan yabancı hasta sayılarında bir artışın yaşandığını ifade etmiştir. Bu kapsamda gerçekleştirilen görüşmelere ait elde edilen veriler aşığıda yer almaktadır.

Katılımcılar arasında yer alan **K3**: “Yabancı hasta sayısında tabiki ciddi bir değişiklik oldu. Adana Şehir hastanesi olarak sağlık turizmi kapsamında henüz yeni yeni artışlar olsa da çünkü bu ciddi bir ekip işı, ciddi bir uygulama alanı. Ki bununla ilgili Sağlık bakanlığının da gerek USHAŞ olsun gerek diğer hizmetleri olsun bir organizasyon çizmeye  alıyor. Bir organizasyon planı oluşturmaya  alıyor. Zor bir iş, ama bu iş yapılacaksa da bu sistemle yapılabilir ancak, çok merkezi sistemlerle yapılabilirse daha verimli olacaktır. Faydalı yani cumhurbaşkanlığı b k met sistemine bağlı sağlık bakanlığında tek noktada toplayıp organizasyonu tek noktada sağlayıp hastaları da tek noktadan mevcut Şehir hastaneleri bazında özellikle dağıtımı yapılabilirse daha verimli olacaktır. Faydalı yani cumhurbaşkanlığı b k met sistemi sağlık turizmi açısından da” Şeklinde görüşlerini ortaya koymuştur. Katılımcının ifade ettiği görüşler arasında CHS’nin sağlık turizmi kapsamında hizmet alan yabancı hasta sayılarında meydana gelen artışta etkisinin olduğu belirtilmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K13**: “Değişiklikler olmuştur. Çünkü bizim kullandığımız teknolojik aletler birçok Ortadoğu  lkelerinde kullanılmıyor ondan dolayı da buraya yönlendirmeler oluyor.

Yabancı sayısında artış var. Avrupa'dan da gelen hastalar var. Ondan dolayı bir katkısının olduğunu düşünüyorum yeni sistemin" ifadeleriyle sağlık turizmi kapsamında hizmet alan yabancı hastaların Ortadoğu ve Avrupa'dan gelen hastalar olduğu, bu artışta ülkemizde sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojiye meydana gelen olumlu değişimlerin etkisinin olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca yabancı hasta sayısında ortaya çıkan artışta CHS'nin etkisinin olduğu katılımcı görüşlerinde yer almaktadır. Katılımcılar arasında yer alan **K7**: "Bu konuda benim sağlık eğitimi kadar şahsen önemseydiğim konulardan bir tanesi. Sağlık turizmi noktasında istatistiklere baktığımız zaman geçmiş yıllara oranla bir artış olduğu şüphesiz, bu da etkili ve hızlı alınan sağlık yatırımlarına olan ilgi ile ilgili. Türkiye'de olumlu olduğunu düşünüyorum, bu konunun. Sağlık turizminin yaygınlaştırılması noktasında daha hızlı, etkili yeterli çalışmalar yapılması gerektiğini düşünüyorum" şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K9**: "Hastaneye gelen yabancı hasta sayısında değişiklik olduğu gibi bu bizim hastanemiz için de geçerli ülkemiz için de geçerli. Yani Türkiye yurtdışında gerek şahısların kendi imkânlarıyla veya sigorta kurumları aracılığıyla Türkiye'ye müracaat ederek burada kaliteli hizmeti daha ucuza tedarik etmeleri suretiyle bir tercih nedeni Türkiye tarafından oluşturulmuştur. Sayılarda değişiklik olduğu gibi çok yeterli değildir bana göre, çünkü Türkiye bunun çok daha üzerinde bir hizmeti sunabilecek potansiyele sahiptir. Bundaki eksikliğin ise sağlık turizmini bizden almak isteyen ülkelerle bizim ülkemiz arasındaki bağlantının sağlaması gereken kurumsal yapılarda iletişim eksikliğinden ve yeterli teşkilatlanmamadan dolayı kaynaklandığını düşünüyorum, bunlar daha profesyonel şekilde olacak olursa çok daha hızlı şekilde biz sağlık hizmetini satarız. Kesinlikle yabancı hasta sayısında ve yapılan hizmetlerin memnuniyetinde de çok ciddi artışlar olmuştur" ifadelerini kullanmıştır. Katılımcının görüşlerinde ülkemizin sağlık turizmi potansiyelinin fazla olduğu ve sağlık hizmeti almak isteyen yabancı hasta sayılarının ülkeler arası koordinasyon sağlanarak artırılabilceği belirtilmiştir. Sağlık turizminde ülkeler arası iş birliği ve iletişimin artırılmasının önemi vurgulanmıştır. Katılımcılar arasında yer alan **K1**: "Tabikide yeni sistemle birlikte şehir hastanelerinin kurulmasıyla beraber, sağlık turizmi kapsamında verilebilecek hizmetlerin sayısı ve niteliği artınca da sağlık turizmi hastamız arttı" ifadelerini kullanmıştır. Sağlık turizminde hizmet alan yabancı hastaların sayısındaki artışta CHS ile faaliyete geçen şehir hastanelerinin etkisi katılımcı tarafından açıklanmıştır. Diğer bir katılımcı olan **K12**: "Evet değişiklik var, fazlasıyla var. Ama bu da hastanenin kapasitesinin

artmasıyla alakalıdır. Hastanedeki imkânların artması beraberinde yabancı hasta sayısında artış oldu” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Yabancı hasta sayısında meydana gelen artışın sağlık hizmetlerindeki imkânların artması ile gerçekleştiği katılımcı tarafından ifade edilmiştir. Katılımcılar arasında yer alan **K5**: “Tabiki hastanemize gelen yabancı hasta sayısında artış söz konusu. Sağlık turizmi gerçekten özellikle şehir hastaneleri bu sağlık turizmine ev sahipliği yapması konusunda bence gerçekten mükemmel yerler, bunun için biçilmiş kaftan diyebilirim. Ve bu noktada tabiki sağlık bakanlığının da bazı girişimleri mevcut, USHAŞ’la birlikte çok güzel bir sistem var aslında, güzelce işleten hastanelerimiz var biz de bu konuda talibiz. Gerekli tabi altyapı mevcut bunun içinde çok iyi bir ekip oluşturulması gerekiyor. Bununla ilgili de ben sağlık turizmine olumlu katkılar olacağını ve bununla ilgili aslında gereken birçok şeye sahip olduğumuzu düşünüyorum” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Sağlık turizminde alt yapının ve ilgili birimlerin faaliyete geçirilmesiyle hizmet alan yabancı hasta sayılarında artış yaşandığı katılımcı tarafından belirtilmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K21** sağlık turizminde hizmet alan yabancı hasta sayısında meydana gelen artışın ülke ekonomisine katkısını şu şekilde belirtmiştir; “Şehir hastanelerinin de özel hastane kapsamında olmasında sağlık turizminin arttığını gözle görebiliyoruz. Artış yaşandı güzel bir yönde. Bu ülke ekonomisine güzel katkıları olabilecek bir durum, yani bu da sağlık sektörünün gerek otelcilik hizmetleri gerek sağlık sektörünün kalitesinin artırılmasıyla daha da fazla olabileceğini düşünüyorum sağlık turizminin”. Hastaneye gelen yabancı hasta sayısında değişiklik olduğunu belirten katılımcılardan **K11**: “Kesinlikle fazlasıyla oldu. Sağlık imkânlarının artması etkili oldu bu konuda” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcılardan **K14**: “Evet artış oldu ama genelde Ortadoğu kökenli olduğu için gelen hastalar, bu da fazla anlaşılamamaya sebep oluyor. Ama İngilizce bilen personel mesela Avrupa olsun, İngilizce bilen ülkelerden gelen hasta olsa farklılık olur biraz daha ama Arapça bilen kişi sayısı az, bunun için de hem Arapça hem Türkçe konuşabilen insanlar lazım bize, tercümanların yetersiz kaldığını düşünüyorum. Ama yabancı hasta sayısında değişiklik var” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Burada katılımcının yabancı hasta sayısının arttığını fakat tercüman sayısının yetersiz olduğunu vurguladığı görülmektedir. Diğer bir katılımcı olan **K18**: “Kesinlikle değişiklik yaşandı, büyük artışlar oldu” ifadelerini kullanırken Katılımcılardan **K17**: “Bence kesinlikle yaşanmıştır” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K6** ise: “Tabiki yaşandı, artış olduğunu düşünüyorum bu anlamda”

ifadeleriyle görüşlerini belirtmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K22**: “Tüm Türkiye’de mutlaka olmuştur. Ama kendi hastanemde kendi bölümüm itibarıyla bakıldığı zaman ya da çevreden duymuş olduğum diğer arkadaşlarla görüşmelerimizde, bizim hastanemizde yabancı ülkelerden sağlık turizmine yönelik gelen hasta sayısı dikkatimi çekmiyor, görmedim. Ama ülke genelinde büyük merkezlerde mutlaka olmuştur. Ankara, İstanbul’da haberlerde basında görüyoruz” şeklinde görüşlerini belirtmiştir.

Araştırma kapsamında katılımcılar ile gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen veriler incelenmiştir. Katılımcıların CHS sonrasında sağlık turizminde meydana gelen değişimlere yönelik görüşleri ortaya konulmuştur. Katılımcılar sağlık turizminde bir ilerlemenin yaşandığını ve bu değişimlerde sağlık hizmetlerinde artan imkânların etkisine vurgu yaptıkları görülmüştür.

4.1.7. CHS ile diğer sağlık hizmetlerinin sunumunda meydana gelen değişiklikler

Araştırma kapsamında CHS ile “Anne Dostu Hastane, Suda Doğum- Hidroterapi Eşliğinde Travay, Çocuk İzlem Merkezleri ve Organ Nakli” hizmetlerinde meydana gelen değişiklikler ve bu değişikliklere yönelik katılımcıların görüşleri ortaya konulmuştur. Araştırmada diğer sağlık hizmetleri kapsamında Anne Dostu Hastane programının 2010 yılında başlatılan bir program olduğu açıklanmıştır. 2017 yılı “Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu” incelendiğinde, 2017 yılında Anne Dostu Hastane Programı kapsamında Burdur, Bilecik ve Manisa Alaşehir Devlet Hastanelerine anne dostu hastane unvanı verildiği vurgulanmıştır. Aynı yıllık planda anne dostu hastane unvanı alan hastane sayısının ise 27’ye yükseldiği ifade edilmiştir.

Anne Dostu Hastane programına yönelik “2018 yılı Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu” incelenmiştir. Raporda anne dostu unvanı alan sağlık kuruluşlarına 2018 yılında 26 hastanenin daha eklendiği ve toplam sayının 52’ye ulaştığı görülmüştür. Ayrıca “2021 yılı Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu” incelendiğinde 2021 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı 4 hastaneye daha anne dostu hastane unvanı verilmesiyle toplamda 83 hastaneye anne dostu hastane unvanı verildiği görülmektedir.

Bu bağlamda 2018 yılında anne dostu hastane unvanı alan sağlık tesisleri Tablo 4.5’te yer almaktadır.

Tablo 4.5. 2018 Yılında Anne Dostu Hastane Unvanı Alan Sağlık Tesisleri

2018 Yılında Anne Dostu Hastane Unvanı Alan Sağlık Tesisleri	
1	Yozgat Akdağmadeni Devlet Hastanesi
2	Çerkezköy İlçe Devlet Hastanesi
3	Çorlu Devlet Hastanesi
4	Trabzon Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi
5	Gaziantep İslahiye Devlet Hastanesi
6	Çorum Sungurlu Devlet Hastanesi
7	Yozgat Sorgun Devlet Hastanesi
8	Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi
9	Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi
10	Malatya Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi
11	İzmir Ödemiş Devlet Hastanesi
12	İzmir Torbalı Devlet Hastanesi
13	Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
14	Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
15	Bitlis Ahlat Devlet Hastanesi
16	Çorum Osmancık Devlet Hastanesi
17	Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
18	Adana Kozan Devlet Hastanesi
19	Batman Kozluk Devlet Hastanesi
20	Isparta Şehir Hastanesi
21	Denizli Çivril Şehit Hilmi Öz Devlet Hastanesi
22	Giresun Bulancak Devlet Hastanesi

23	Burdur Bucak Devlet Hastanesi
24	Çorum Alaca Devlet Hastanesi
25	Mersin Şehir Hastanesi
26	Darıca Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2018

Araştırma kapsamında CHS ile “Anne Dostu Hastane” hizmetlerinde meydana gelen değişikliklere yönelik katılımcılar ile gerçekleştirilen görüşmelerde elde edilen veriler incelenmiştir. Elde edilen verilerde katılımcıların sistem sonrasında anne dostu hastane hizmetlerinde birtakım ilerlemeler yaşandığını ortaya koyduğu görülmüştür. Yaşanan bu değişimler “hastaneye güven, hizmetin takibi ve erişim kolaylığı” temaları kapsamında açıklanmıştır.

Araştırmada CHS ile Suda Doğum- Hidroterapi Eşliğinde Travay (HET) hizmetlerinin sunumunda meydana gelen değişiklikler incelenmiştir. 2018 yılı Ocak ayında Suda Doğum- Hidroterapi Eşliğinde Travay pilot çalışması başlamıştır. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporları incelendiğinde HET ünitelerinde hizmet alan gebe sayısı Aralık 2019 itibarıyla 1.683 olduğu görülmüştür.

2019 yılında hidroterapi eşliğinde travay ünitesi olan sağlık tesisleri Tablo 4.6’da yer almaktadır.

Tablo 4.6. Hidroterapi Eşliğinde Travay Ünitesi Olan Sağlık Tesisleri 2019

Sıra	Hastane Adı
1	Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2	Ankara Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi
3	Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
4	Bursa İnegöl Devlet Hastanesi
5	Çankırı Devlet Hastanesi
6	Isparta Şehir Hastanesi

7	İstanbul Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
8	İzmir Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
9	İzmir Ödemiş Devlet Hastanesi
10	Manisa Akhisar Devlet Hastanesi
11	Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
12	Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
13	Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2019

Araştırma kapsamında CHS ile Suda Doğum- Hidroterapi Eşliğinde Travay (HET) hizmetlerinin sunumunda meydana gelen değişikliklere yönelik katılımcılar ile gerçekleştirilen görüşmelerde elde edilen veriler incelenmiştir. Elde edilen verilerde katılımcıların sistem sonrasında Suda Doğum- Hidroterapi Eşliğinde Travay (HET) hizmetlerinde birtakım ilerlemeler yaşandığını ortaya koyduğu görülmüştür. Yaşanan bu değişimler “farklılaşma ve yenilik” temaları kapsamında açıklanmıştır.

Araştırmada CHS ile Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) hizmetlerinin sunumunda meydana gelen değişiklikler incelenmiştir. Bu kapsamda;

Çocuk İzlem Merkezleri cinsel istismar olgularının yönetilmesi esnasında toplumsal kurumları çocuğun ayağına getirerek tüm gereksinimlerini karşılarken çocuğu da sistem içerisinde ikincil örselemeden korumak amacıyla kurulmuştur. 4.10.2012 tarihli ÇİM genelgesi ile ÇİM’lerin sağlık hizmet bölgelerine yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Çocuk İzlem Merkezlerinde adli görüşme, aile görüşmesi, adli muayene ve psikiyatrik değerlendirme gerçekleştirilmektedir (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2017).

- ✓ 2020 yılı Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporundan alınan bilgilere göre 2020 yılsonu itibarıyla 50 ilde 53 adet ÇİM hizmet vermektedir.
- ✓ 2021 yılı Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporundan alınan bilgilere göre Aralık 2021 itibarıyla 56 ilde 59 ÇİM hizmet vermektedir ve 81 ile yaygınlaştırma çalışmaları devam etmektedir.

Araştırmada CHS ile “Anne Dostu Hastane, Suda Doğum- Hidroterapi Eşliğinde Travay, Çocuk İzlem Merkezleri ve Organ Nakli” hizmetlerinin sunumunda meydana gelen değişikliklere yönelik görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen görüşmelere ait veriler aşağıda yer almaktadır.

Yapılan görüşmelerde katılımcılar arasında yer alan **K20**: “Özellikle kendi hastanemizdeki fizik tedavi birimlerindeki hidroterapi merkezinin gayet iyi kullanıldığını düşünüyorum. Ki büyük birimlerin ve aslında biraz lüks işlemler bence, gayet iyi bir artış yaşandı, organ nâkilinde ve hemodiyalizde, hastaların daha rahat erişebildiğini düşünüyorum” şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K3**: “Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi gelmesiyle beraber merkeziyetçi yaklaşım olduğu için yönetim anlamında ve her ne kadar siyasilerimiz bu görevlerde bulunsa da tek noktadan yönetilmesi, tek noktadan takip edilebilmesi, Avrupa standartlarının değerlendirilmesi ve buna uygun komisyonlar oluşturup hastanelerin geliştirilmesi açısından bir dinamizm kazandırdığı gerçek. Gerek anne dostu hastane olsun gerek bebek dostu hastane olsun, kemoterapi merkezleri olsun kalite verimlilik standartları olsun bunlar açıkçası cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminden sonra hem denetimi hem izlemesi hem de kriterlerin revizyonu ciddi anlamda hızlandı eskiye göre, dolayısıyla standartlar eskiye göre çok daha yükseğe çekilmek durumunda kaldı, bu iyi bir özellik” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcılardan **K9**: “Tabi ki bizim hastanemiz anne dostu hastanedir ve anne dostu hastane demek annelerin gebe olduğu andan itibaren doğumuna kadar doğumdan sonra da belirli zaman dilimleri içerisinde anneleri ve bebekleri takip eden, onların sağlık problemleriyle yakın ilgilenen nitelikli anne bebek hizmeti sağlık hizmeti veren hastaneler anlaşılır. Bu hastanelerin nasıl bir niteliğe sahip olması gerektiği bakanlığımız tarafından planlanmıştır. Ve bu konuyla alakalı her ilde anne dostu hastane ile bu standartlar il düzeyinde sağlandığında annelere ve bebeklere inanılmaz katkı sağlamıştır. Diğerleri ise hidroterapi eşliğinde travay şu an bizim hastanemizde uygulanmıyor. Başka nerede uygulandığı hakkında bilğim yok ancak bunlar özellikle sağlık bakanlığının bu konuda yaptığı çok önemli bir şey var, Türkiye’de sezaryen oranları çok yüksek biz sağlık bakanlığı olarak annelerin normal şekilde doğumunu destekliyoruz. Bu konuyla da alakalı sezaryen olmaktansa ağrısız doğum dediğimiz belden uyuşturmak suretiyle annelerin daha ağrısız daha rahat bir doğum yapmalarını teşvik ediyoruz. Hidroterapi eşliğinde travayda bildiğim kadarıyla Rusya’da ön planda bebeklerin doğar doğmaz suyun içinde doğmasını teşvik eden

bir yöntemdir. Şu an bizim ilimizde böyle bir yöntem var mı onu bilmiyorum. Ancak ülkemizde yapıldığı kesindir. Önceden yapılmayıp şimdi yapılıyorsa bunu siz araştırırsınız bu da Türkiye için önemli bir gelişmedir. Hemodiyaliz ve organ nakil birimlerine gelince olağanüstü, özellikle hemodiyalizin vatandaşların sadece hastanelerden değil özel sektörden de hizmet almasının sağlanması, onları taşıma imkânlarının sağlanması, diyaliz alırken ki konfor imkânlarının artması, takip imkânlarının artması böbrek yetmezliği hastaları için olağanüstü bir artı sağladı geçmiş yıllara göre. Organ nakilleri ise çok daha büyük merkezlerde büyük hastanelerde yapılırken şu an Türkiye’de çok sayıda hastanede hemen hemen her bölgede bölge hastaneleri tarafından yapılmakta. Bizim hastanemizde de kornea nakli, karaciğer nakli, böbrek nakli gibi birçok nakil burada yapılabilir. Kesinlikle hızlı karar alıp hızlı kararlar yatırımların hızlı bir şekilde teşvik edilmesi cumhurbaşkanlığı sisteminin sağlık sistemi üzerine getirdiği en büyük artıdır. Dolayısıyla nitelikli kaliteli ve hızlı hizmeti vermeye devam ediyoruz. Ve bu artarak da büyüyor. Büyüyerek de devam ediyor” şeklinde görüşlerini belirtmiştir.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerde yer alan katılımcılar arasında **K1**: “Tabi ki bunlar çoğu saydığınız birimler daha önceden de hastanelerimizde olan yapıları. Ama yeni hastanelerin kurulması cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminin desteği sayesinde açılan yeni hastanelere bu birimlerin de eklenmesi neticesinde bu sayılar arttı bu hizmetler arttı. Daha hızlı yol alabiliyoruz bu birimlerin açılması konusunda” ifadelerini kullanarak görüşlerini açıklamıştır. Katılımcı, sunulan hizmetlerde CHS’nin etkisiyle birlikte ilerlemelerin yaşandığını belirtmektedir. Diğer bir katılımcı olan **K8**: “Bu söylediklerinizin hepsi özellikli sağlık hizmetleridir. Bu noktada önemli yatırımlar yapılıyor. Zaten şehir hastanelerin hemen hemen hepsinde anne dostu hastanedir, hidroterapisidir, Organ naklidir, bu tip şeyler şehir hastanelerinin merkezinde olan şeyler önem verdiği şeyler özellikli sağlık hizmetleri, buna da yapılan yatırımların arttığını düşünüyorum” şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. CHS ile sağlık hizmetlerinde yapılan yatırımların artmasıyla ilgili hizmetlerin sunumunda olumlu değişimlerin yaşandığı katılımcı tarafından vurgulanmıştır. Katılımcılar arasında yer alan **K14**: “Daha düzenli hale geldi. Organ nakil birimleri daha iyi çalışmaya başladı. Çocuk izlem merkezlerinde çocuk gelişimci arkadaşlarımız çocukların her şeyini izleyebiliyor. Ayrıca hasta dosyalarının doğumundan 18 yaşına kadar tutulmasına yönelik sistem getirildi. Bu da güzel bir şey” ifadelerini kullanarak görüşlerini açıklamıştır. Katılımcı

ile gerçekleştirilen görüşmede CHS ile ilgili sağlık hizmetlerinde olumlu gelişmelerin yaşandığının öne çıktığı görülmektedir. Katılımcılar arasında yer alan **K24**: “Olumlu yönde gelişmeler olduğunu düşünüyorum bu konuda” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Diğer bir katılımcı olan **K15**: “Şehir hastanelerinde özellikle bu tarz özellikli birimlerde artışlar oluyor ama bunların sahada diğer hastanelerin de bünyesine alarak diğer hastanelerde de çoğaltılması ve insanların bu hizmetlerden daha fazla faydalanması gerektiği kanaatindeyim” ifadelerini kullanmıştır. Burada katılımcının bu birimlerin diğer hastanelerde de çoğaltılması gerektiğini vurguladığı görülmektedir. Katılımcılar arasında yer alan **K6**: “Burada da büyük bir değişiklik yaşandı. Hatta bu bölümlerin özellikle her sağlık camiasında gelişmesi yönünde bakanlığın büyük çaba içerisinde olduğunu görüyorum bu sistemle birlikte. Olumlu yönde etkilediğini düşünüyorum” ifadeleriyle görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K11**: “Değişiklik yaşandığını düşünüyorum, farklılaşma oldu” şeklinde görüşlerini açıklarken katılımcılardan **K12**: “Evet farklılaşma var yenilik var, zaten anne dostu hastane bizim hastanemiz bu bağlamda hastanenin, hastalara ve bize olumlu yönde etkisinin olduğunu düşünüyorum” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcılardan **K17**: “Bu konuları idari birim çalışanı olarak yakından takip edebiliyorum, bu konuda olumlu yönde adımlar atıldığını düşünüyorum” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K18**: “Kapsamında genişleme oldu, sayısında artışlar oldu olumlu anlamda” ifadelerini kullanırken katılımcılardan **K22**: “Hemodiyaliz ve organ nakil birimlerinde olumlu gelişmeler oldu, yenilik ve farklılaşma yönünde şehir hastanesinde olumlu gelişmeler oldu. Diğer hastanelerde de olumlu gelişmeler olduğunun farkındayım” şeklinde görüşlerini belirtmiştir.

Araştırma kapsamında ilgili hizmetler, CHS sonrasında yaşanan değişimler ve gerçekleştirilen görüşmeler ışığında desteklenerek ortaya konulmuştur. Katılımcıların CHS sonrası ilgili sağlık hizmetlerinde ilerlemelerin yaşandığını CHS öncesindeki yaşanan durumlar ile karşılaştırmalar yaparak açıkladıkları görülmüştür. CHS sonrasında sağlık hizmetlerinde yatırımların artırılması, ilgili hizmetlerde yaşanan değişimlerin temel etkenleri arasındadır.

4.1.8. CHS ile sağlık hizmetlerinin sunumunda görevli personellerin hizmet içi eğitimlerinde meydana gelen değişiklikler

Araştırma konusu kapsamında CHS ile sağlık hizmetlerinin sunumunda görevli personellerin hizmet içi eğitimlerinde meydana gelen gelişmelerin ortaya konulması amacıyla Sağlık

Bakanlığı faaliyet raporları incelenmiştir. İncelenen bu faaliyet raporları ışığında birinci basamak sağlık kurumlarında görevli diyetisyenlere yönelik hizmet içi eğitimlerin 2018 yılı boyunca 6 kez düzenlendiği görülmüştür. Ayrıca yaklaşık 300 diyetisyene kronik hastalık, gebelik ve yaşlılık gibi sık karşılaşılan özel durumlarda beslenme danışmanlığı eğitimi ve karbonhidrat sayımı kursu verildiği belirlenmiştir. 2018 yılı faaliyet raporlarından alınan bilgilere göre verem haftasında 49.647 sağlık personeline verem hastalığı ile ilgili hizmet içi eğitim verilmiştir. Bu eğitim çalışmaları ile yurt genelinde toplam 1.100.584 kişiye yüz yüze eğitim verilmiştir. Hafta boyunca yapılan eğitim ve propaganda faaliyetlerinde toplam 70.070 afiş, 405.427 broşür ve 429 bez afiş kullanılmış ve 577 stand açılmıştır. Yine Sağlık Bakanlığı faaliyet raporlarından alınan bilgilere göre çalışan insan gücünün yetkinliğini artırmak ve motivasyon kazandırmak amacıyla 2018 yılı boyunca toplam 2.975 kişiye hizmet içi eğitim verildiği görülmüştür.

2020 yılı Sağlık Bakanlığı faaliyet raporları incelendiğinde 2020 yılı içerisinde hizmet içi eğitim yıllık planları dahilinde 112 çalışanlarına 3.844 kişiye temel eğitim, 1.250 kişiye erişkin ileri yaşam desteği eğitimi, 548 kişiye çocuk ileri yaşam desteği eğitimi, 292 kişiye travma ileri yaşam desteği eğitimi verildiği görülmüştür.

2021 yılı Sağlık Bakanlığı faaliyet raporları incelendiğinde 2021 yılı içerisinde hizmet içi eğitim yıllık planları dâhilinde acil sağlık hizmetleri çalışanlarına;

- ✓ 3.196 kişiye temel eğitim
- ✓ 2.872 kişiye erişkin ileri yaşam desteği eğitimi
- ✓ 1.684 kişiye çocuk ileri yaşam desteği eğitimi
- ✓ 480 kişiye travma ileri yaşam desteği eğitiminin verildiği görülmüştür.

Araştırma kapsamında CHS ile sağlık hizmetlerinin sunumunda görevli personellerin hizmet içi eğitimlerinde meydana gelen değişimlerin ortaya konulması amacıyla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yapılan görüşmelerden elde edilen veriler incelendiğinde “hizmet sunumunda bilgi eksikliğinin giderilmesi, hizmetlerde verim artışı, sistemin dinamikliği ve güncellik” temaları ortaya konulmuştur. CHS sonrası hizmet içi eğitimlerin görevli personelde güncel bilgilerin eksikliğinin giderilmesi, sistemin kendini sürekli yenileyerek dinamikliğini koruması ve bu sayede personellerin hizmet verimliliklerinin artmasında önemli

değişikliklerin ortaya çıkmasını desteklediği vurgulanmıştır. Bu kapsamda gerçekleştirilen görüşmelere ait veriler aşağıda sunulmuştur.

Yapılan görüşmelerde katılımcılar arasında yer alan **K2**: “CHS ile birlikte hizmet içi eğitim konusunda değişim yaşandığını düşünüyorum. Çünkü cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminde alınan kararların sahaya hızlı bir şekilde uygulanması noktasında çok ciddi bir takip var, sağlık teşkilatı da hem kendini yenileyen bir teşkilat, sürekli dinamik bir sistem. Hastane afet planı kapsamında bile oluşan yenilenen eğitimler sürekli kendini dinamik tutmak isteyen bir sistem ile karşı karşıyayız ve buna da ayak uydurmaya çalışıyoruz” şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. CHS sonrasında sağlık personellerine yönelik gerçekleştirilen hizmet içi eğitimlerin yenilenmesi ve sistemin dinamikliğini koruması açısından hizmet içi eğitimlerin önemi vurgulanmıştır. Diğer bir katılımcı olan **K9**: “Hizmet içi faaliyetler hem yöneticiler için hem çalışan personel için bakanlığımız tarafından sürekli olarak takip edilmekte ve yürütülmekte, bizler de bu eğitimlere katılıyoruz. Bu eğitim faaliyetleri hem kişilerin bilgi eksikliklerini tamamlamak hem de yeni çıkan bazı uygulamaların saha tarafından bilinmesi ve öğrenilmesini sağlayan etkinliklerdir. Dolayısıyla bunların süresiz ve belirli periyotlarla düzenli olarak yapılması elbette ki eğitim yönünden ciddi bir katkı sağlamaktadır” ifadelerini kullanarak görüşlerini belirtmiştir. Gerçekleştirilen hizmet içi eğitimlerin sürekli takibi, sağlık personellerinin güncel bilgi ve uygulamalardan haberdar olmalarının sağlık hizmetlerinde ciddi katkılar sağladığına vurgu yapılmıştır. Katılımcılar arasında yer alan **K14**: “Hizmet içi eğitim faaliyetleri arttı hastanelerde. Özellikle hastanelerde arttı, üçüncü basamakta artması iyi bir şey. Eskiden il sağlık müdürlüklerinde yapılıyordu, ya da il sağlık müdürlüğünden gelen kişiler veriyordu. Ama şu an kendi hastanemizin içinde bile çalışanlar en deneyimli kişiler veya o konuda liyakatli kişiler eğitim verebiliyor bu güzel bir şey, bunun artışı devamı iyi bir şey” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. CHS sonrası sağlık hizmetlerinde görevli personellere yönelik hizmet içi eğitim faaliyetlerinde yaşanan değişimlere yönelik katılımcılardan **K6**: “Hizmet içi eğitim faaliyetlerinde olumlu yönde bir artış oldu, takibinin de sıkı yapıldığını düşünüyorum bu anlamda” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Katılımcılardan **K11**: “Olumlu değişiklikler olduğunu düşünüyorum” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K20**: “Artma oldu özellikle 2018 sonrası, hizmet içi eğitimler eskiden yapılmıyordu aslında öyle diyeyim. Şu an hem kapsamlı hem de daha fazla” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcılardan **K15**: “Hizmet içi eğitim faaliyetlerinin her dönemde

aktif olması gerektiği gibi olmadığını düşünüyorum. Sağlık personelleri hizmet alırken kâğıt üzerinden ya da sistem üzerinden alıyor. Ve gelişigüzel yapıyor uygulamaların birçoğu da. Belki bunlar sahada ve birebir uygulamalı olarak geniş bir yıla yayılarak uzaktan eğitim şeklinde değil de gerçek eğitim yani normal yüz yüze ve uygulamalı eğitimler olarak kişilerin alacağı eğitimlerin çok daha kapsamlı ve iyi olacağını düşünüyorum” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Burada katılımcının hizmet içi eğitim faaliyetlerinin yetersizliğini ve bu faaliyetlerin daha anlamlı olma noktasında farklı çalışmaların yapılması gerektiğini vurguladığı görülmektedir. Ayrıca katılımcılardan **K18**: “Hizmet içi eğitim faaliyetlerinde artış oldu” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Katılımcılardan **K1**: “Çok bir fark göremedik, eğitim her zaman oluyordu. Bunun hükümet sistemiyle ya da politikalarla alakalı bir durum olduğunu düşünmüyorum. Hizmet içi eğitimler sürekli gelen bir şey” ifadelerini kullanırken katılımcılardan **K17**: “Bu konuda artış olduğunu düşünmüyorum, normal stabil ilerliyor, genel anlamda hizmetler aynı şekilde devam ediyor” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K24**: “Bu konuda artış olmuştur, hizmet içi eğitim güzel yani” şeklinde görüşlerini açıklarken katılımcılardan **K13**: “Çok fazla eğitim var ama işbaşı eğitim olsa bence daha verimli olur, insanlar eğitimi zaman geçirmek için kullanıyor, eğitim yeterince önemsenmiyor. Eğitimler çok fazla ama verimli değil. Verimli bir şekilde kullanılması bence daha güzel olur” ifadelerini kullanmıştır.

Yapılan görüşmelerde hizmet içi eğitimlerde artış yaşandığı yönünde görüş bildiren katılımcıların olduğu görülmekle birlikte yapılan eğitimlerin verimliliğinin artırılması gerektiği yönünde görüşlerin de yer aldığı görülmektedir.

4.1.9. CHS ile sağlık hizmetlerinde meydana gelen diğer değişiklikler

Araştırma kapsamında CHS ile sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişikliklere yönelik katılımcılar ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yapılan diğer görüşmelerde; CHS’nin sağlık hizmetlerinde görevli personellerin hakları/çalışan sağlığı, sağlık hizmeti sunumunda görevli kuruluşlar ile diğer kamu hizmeti sunan kuruluşlar arası koordinasyon, sağlık hizmetlerinin sunumunda vatandaşlara yönelik bilgilendirme faaliyetleri ve engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimine yönelik etkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ayrıca CHS’nin hasta/iş yoğunluğuna etkileri ile hasta memnuniyetine olan etkilerine dair katılımcıların görüşleri

alınmıştır. Gerçekleştirilen görüşmelerde katılımcıların verdikleri yanıtlar alt başlıklar halinde sunulmuştur.

✓ **CHS ile birlikte sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görevli personellerin hakları/çalışan sağlığına yönelik değişimler**

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerde “sağlıkta şiddet, mobbing ve sağlık taramaları” temaları ortaya çıkarılmıştır. Katılımcıların görüşleri incelendiğinde sağlık hizmetlerinde görevli personellerin sağlıkta şiddet ile ilgili probleme yönelik oldukça fazla sayılabilecek düşünceleri tespit edilmiştir. CHS sonrasında bu soruna yönelik çalışmaların yapılması gerekliliği vurgulanmıştır. Katılımcıların, çalışan sağlığına yönelik faaliyetlerde meydana gelen değişimlere düzenli gerçekleştirilen sağlık taramaları boyutunda olumlu yaklaşıtları görülmüştür. Gerçekleştirilen görüşmelerde elde edilen veriler aşağıda yer almaktadır.

Katılımcılar arasında yer alan **K9**: “Çalışan haklarıyla alakalı en önemli unsurlardan biri biliyorsunuz beyaz kod meselesidir. Sağlık çalışanlarına karşı şiddet hususunda muzdaripiz. Bu kadar kutsal bir mesleği yürütürken gereksiz sebeplerle sağlık çalışanlarımızın baskı altında tutulması onlara fiziksel veya sözle yapılan şiddetin çalışanlarımızın üzerinde bir negativite oluşturduğu kesin. Dolayısıyla şu an mesela hukuki açıdan sağlık bakanlığının hala üzerine bazı yeni ilaveler koymak üzere çalışmalarının devam ettiğini biliyoruz. Ancak şu anki haliyle bile hukuki işlemler direk olarak savcılığa iletiliyor. Ve avukatlar aracılığıyla sağlık çalışanlarına hukuki destek sağlanıyor, bu bile şu anki bu pozisyon dâhil ki önümüzde ciddi ilerlemeler olacak, bu pozisyon dâhil sağlık çalışmaları için çok önemli bir katkıdır” şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. K9 görüşlerinde sağlık çalışanlarının şiddet konusunda problemlerinin olduğunu ancak bu problemlere yönelik bakanlık aracılığıyla sağlık çalışanlarına sunulan desteğin varlığından bahsetmektedir. Ayrıca katılımcılardan **K7**: “Sağlık çalışanlarının sağlığı, hakları noktasında daha da çok önemsendiğini düşünüyorum” ifadelerini kullanırken katılımcılardan **K1**: “Sağlık çalışanlarının haklarıyla alakalı maalesef çok iyi düzenlemeleri biz zaten yıllardır görmüyorduk. Bu dönemde de çok çok fazla iyi bir düzenleme ya da iyileştirme göremedik, yani hastalar karşısında ya da medya karşısında sürekli sağlık çalışanlarının maaşlarının konuşuluyor olması, aldığı paranın konuşuluyor olması bizleri yıpratıyor. Bizleri yıpratınca da karşı taraftaki insanların da sağlık çalışanlarına

bu kadar iltimastı geçiyor acaba diye bir yanlış algı oluşturulmasına ve dolayısıyla haklarımızı almamıza da engel oluyor. Sağlık taramaları daha profesyonel şekilde yapılmaya başlandı” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Katılımcılardan **K12**: “Çalışan haklarından ziyade hasta haklarının olumlu yönde etkilendiğini düşünüyorum. Çalışan haklarının bence biraz daha rahatlatılabilmesi en azından o birimin biraz daha güçlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum” açıklamasında bulunmuştur. Ayrıca katılımcılardan **K6**: “Burda dediğim gibi görevli personellerin haklarına yönelik tabiki çalışmalar ve iyi yönde çalışmalar yapılmaya çalışılıyor, bunun farkındayız ancak yeterli olmadığını düşünüyorum” şeklinde görüşlerini belirtirken **K18**: “Sağlık taramalarıyla ilgili artış yaşandı ama sağlık personellerinin haklarıyla alakalı iyileştirmeye çok fazla gidilmedi” diyerek düşüncelerini açıklamıştır. Katılımcılardan **K24**: “Personel hakları konusunda olumlu bir gelişme olduğunu düşünmüyorum. Aksine daha da azaldığını düşünüyorum haklarımızın. Çalışan sağlığına yönelik bu konuda düzenli rutin takipler yapılıyor, bu konuda olumsuz bir şey görmüyorum” şeklinde görüşlerini açıklarken katılımcılardan **K17**: “Çalışan haklarında çok olumlu bir ilerleme düşünmüyorum. Hastanede hasta hakları birimi var ama işleyiş tarzında özellikle darp olaylarında kavga olaylarında bence sağlık çalışanının haklarının üst düzeyde savunulduğunu düşünmüyorum. Bu konuda eksiklikler olduğunu düşünüyorum. Çalışmalar yapılırken bence daha iyi sonuçlar olacağını düşünüyorum” açıklamalarında bulunmuştur. Katılımcılardan **K20**: “Çalışan sağlığına yönelik daha kapsamlı işlemler yapılıyor, mesela basit yaralanmaların da iş sağlığı kapsamına alındığı dolayısıyla sağlık personeline olumlu etkileri olduğunu düşünüyorum” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Bir diğer katılımcı olan **K14**: “Biraz artış oldu, fazla değil yani ama daha iyi olabilir diye düşünüyorum” ifadelerini kullanmıştır.

Yapılan görüşmelerde katılımcıların genel anlamda sağlık personel haklarına yönelik yapılan çalışmaların yetersiz olduğu yönünde görüşlerinin öne çıktığı görülürken sağlık taramaları konusunda yaşanan gelişmelere yönelik olumlu görüşler bildirdikleri görülmüştür.

✓ **CHS ile birlikte sağlık hizmeti sunumunda görevli kuruluşlar ile diğer kamu hizmeti sunan kuruluşlar arası koordinasyona yönelik etkiler**

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerde katılımcıların CHS ile birlikte sağlık hizmeti sunumunda görevli kuruluşlar ile diğer kamu hizmeti sunan kuruluşlar arasındaki koordinasyona yönelik etkileri sorulmuştur. Bu kapsamda yapılan görüşmelerde katılımcıların

koordinasyonun arttığına yönelik görüşler bildirdiği görülmektedir. Gerçekleştirilen görüşmelerde elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Katılımcılar arasında yer alan **K5**: “Merkezden yapılan protokollerin hastanemizde ortak sunulan bazı hizmetlerin yürütülmesinde kesinlikle son derece kolaylık sağladı. Örneğin yegap hizmetleri. Yüksek güvenli adli psikiyatri hastanemiz var bizim. Burada mesela üçlü protokol söz konusu, sağlık bakanlığı, adalet bakanlığı ve emniyet. Ortak bir çalışma ve bunlarla ilgili olan yapılmış olan protokoller gerçekten burada bu kadar karmaşık bir yapı içerisinde ortak bir hizmet sunulurken bunlar yapılmış olması bize o hantallıktan daha çabuk karar alma noktasında işlerin çözüm noktasında hep artılar getirmiştir” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Diğer katılımcılar arasından **K17**: “Bence olumlu yönde iyi etkiler olduğunu düşünüyorum. Özellikle şu son dönemde 112’nin polis merkezine bağlanması, özellikle iletişimin biraz daha çabuk olması, koordinasyonun daha iyi olduğunu söyleyebiliriz” ifadeleriyle görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K14**: “Tek numaraya taşınması bu saydığımız birimlerin, 112’ye bağlanması, bir yerde bir olay olduğu zaman zaten önce polis, sağlık personeli, itfaiye vb. hepsi bir gidiyordu zaten mesela, ama bunların tek numaraya bağlanması güzel bir şey oldu. Amerikadaki 911 gibi düşünebiliriz” şeklinde görüşlerini açıklarken diğer bir katılımcı olan **K6**: “Koordinasyonda da iyi yönde gelişmeler oldu, Daha etkili daha iyi koordinasyon sağlanıyor” ifadelerini kullanmıştır. Diğer bir katılımcı olan **K23**: “Olumlu yönde koordinasyon sağlanıyor” ifadeleriyle görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K1**: “Devlet kurumları arasındaki etkileşim ve irtibat çok çok iyi düzeydedir. Çok hızlı reaksiyon alınabiliyor bu konularda da ve yardımlaşma hatsafhada” ifadelerini kullanırken katılımcılardan **K12**: “Bence sağlık kurumları ve diğer kurumlar entegre çalışıyor, koordineli çalışıyor. Bunlar zaten birbirleriyle iletişim halinde olup daha koordine çalışabiliyorlar” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K13**: “Sağlık hizmetleri sunumunda daha önce 112, 155, 156 jandarma ekipleri ayrı ayrı bir numara kullanıyordu ama artık hepsi birleşti, tek kalem altında yürütülüyor. Mesela 112’yi aradığında bir hasta direk üç birimi de aramış oluyor. O yönden olumlu bir gelişme. Aralarında eşgüdüm var, daha önce yoktu ama şu an var” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcılardan **K18** ise: “Artış oldu diye düşünüyorum. Özellikle de 112’nin ortak bağlanmış olması olumlu” şeklinde görüşlerini belirtmiştir.

Burada katılımcıların CHS sonrası sağlık hizmetleri sunumunda görevli kuruluşlarla diğer kamu hizmeti sunan kuruluşlar arasındaki koordinasyonda bir ilerleme olduğu yönünde görüş belirttikleri görülmüştür.

✓ **CHS ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda vatandaşlara yönelik bilgilendirme faaliyetleri**

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerde katılımcılara CHS ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda vatandaşlara yönelik bilgilendirme faaliyetlerine ilişkin etkileri sorulmuştur. Bu kapsamda elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Yapılan görüşmelerde katılımcı **K7**: “Tabi ki bu özellikli günler, haftalar nihayetinde daha etkili, tabana daha ulaşabilir şekilde icra edilmeye başlandı. Bunun da geri dönüşlerini yani bu da sağlık eğitiminin bir parçasıdır. El yıkama ya da emzirme haftası ya da organ bağışı, hepsi de ayrı ayrı birer nitelikli iştir vatandaşın bilinçlendirilmesi noktasında, bu konuda cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminin olumlu katkıları kesinlikle olmuştur” şeklinde görüş belirtirken katılımcılardan **K18**: “Evet bu konuda da genişlemeler yaşandı” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcılardan **K1**: “Bu sağlık hizmetleri sunumundaki bu özel günlerdeki farkındalığın artırılmasına yönelik hem bakanlık düzeyinde hem hastaneler düzeyinde hem de çalışanlar düzeyinde belli bir sahiplenme ve bunun ortaya sunulmasında bir gayret var. Bu gayreti de bakanlıktan görüyoruz. Bakanlık da cumhurbaşkanlığı sistemine bağlı bir yapı olduğu için tabiki de etkisi vardır” şeklinde görüş belirtirken katılımcılardan **K6**: “Artış bazında etkisi oldu, dediğim gibi bu önemli gün ve haftaların özellikle her sağlık alanında duyurusunun yapılması ve takibinin yapılması yönünde olumlu etkileri oldu” ifadeleriyle görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K23**: “Yaşandı evet, olumlu yönde değişim yaşandı” şeklinde görüş belirtirken katılımcılardan **K24**: “Artış olduğunu düşünüyorum. Gerek sosyal medyada gerek hastanedeki toplantılar, iletişim sağlanabiliyor halkla, halk da bu konuda istekli son zamanlarda bilinçli” şeklinde düşüncelerini paylaşmıştır. Ayrıca katılımcılardan **K20**: “Kesinlikle artış oldu. Özellikle daha eğitimsiz halk kısmında etki yarattığını düşünüyorum. Biraz bilinçlendirme anlamında” ifadelerini kullanmıştır. Diğer bir katılımcı olan **K12**: “Evet yapılıyor, hastanemizde stantlar oluşturuluyor bununla ilgili özellikle emzirme haftasında, artış oldu ve hastalar bilinçlendiriliyor. Broşürlerle yayınlarla, medyayla bu daha destekli bir şekilde hastaların daha bilinçli olması sağlanıyor” şeklinde görüşlerini

belirtmiştir. Katılımcılardan **K5**: “Tabiki bu haftalar, özellikle toplumda bu konularla ilgili farkındalık kazandırma noktasında çok önemli bir fırsat oluyor ve bununla ilgili de yine merkezden bu şekilde tek elden hastanelerde bu işlerin yapılıp yapılmadığının da takibi ile birlikte yani yüksek farkındalık kazandırıyor. Bu artı bir durum” ifadelerini kullanırken katılımcılardan **K14**: “Bence çok az, yani bunun geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Evlere kadar gidilip vatandaşların daha net bilgilendirilmesi, sağlık personellerinin doktor, hemşire, iki hemşire bir doktor iki üç tane diğer sağlık personeli beraber gidip misafir gibi anlatmaları gerektiğini düşünüyorum, bilinçlendirilmesi lazım vatandaşın” şeklinde görüşlerini belirtmiştir.

Yapılan görüşmelerde genel anlamda, katılımcıların vatandaşlara yönelik bilgilendirme faaliyetlerinde birtakım ilerlemelerin yaşandığı yönündeki görüşlerinin öne çıktığı görülmektedir.

✓ **CHS ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi**

Araştırma kapsamında katılımcıların CHS ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimine yönelik görüşleri alınmıştır. Görüşme kapsamında elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Katılımcılar arasında yer alan **K20**: “Engelli vatandaşların sağlık hizmetleri sunumuna çok daha rahat eriştiğini düşünüyorum. Bu konuda gerçekten farklı ve güzel uygulamalar yapıldığını düşünüyorum. Olumlu anlamda” şeklinde görüşlerini belirtirken katılımcılardan **K7**: “Tabi engelli bireylerin sağlık hizmetine ulaşımıyla ilgili yıllardan beri sağlık bakanlığımızın çeşitli mevzuatlarında buna yer verilmiş, bu konuda çeşitli standartlar oluşturulmuş. Özellikle cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi devreye girdikten sonra yapılan yatırımlarda biz engelli bireylerin sağlık tesislerinde sağlık hizmetine ulaşımı noktasında daha çok önemsendiğini düşünüyoruz. Özellikle yapılan son sağlık yatırımlarına baktığınız zaman bilinçli engelli bir bireyin bir sağlık tesisinde gitmek istediği yere ulaşımı noktasında neredeyse her şey var diyebiliriz” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Katılımcılardan **K18**: “Kesinlikle oldu, bu konuda da büyük düzenlemelere ve geliştirmelere gidildi” ifadelerini kullanmıştır. Diğer bir katılımcı olan **K23**: “Oldu evet, artış oldu. Olumlu etkisi oldu”

şeklinde görüşlerini belirtirken katılımcılardan **K17**: “Bence olumlu etkileri olduğunu söyleyebilirim, eskiye nazaran yeni hastanelerde özellikle mesela kurulan yeni şehir hastanelerinde engellilere yönelik hem asansörlerde hem çıkışlarda iyi olumlu etkileri olduğunu söyleyebilirim” ifadelerini kullanmıştır. Ayrıca katılımcılardan **K11**: “Yani olumlu etkilerinin olduğunu düşünüyorum ben, asansörde, yollarda, asansörlerde görme engellilere yönelik düzenlemelerde artış var, olumlu yönde artış olduğunu düşünüyorum” ifadelerini kullanırken katılımcılardan **K12**: “Engelli vatandaşlarımıza engelli bireylerimize yönelik çalışmalar artmıştır. Özellikle asansörlerde dediğiniz gibi engelli rampası düşünülerek yapılmıştır hastanelerin girişinde, özel alfabe asansörlerde mevcuttur zaten. Olumlu yönde etkilenmiştir” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K13**: “Yani şu an mesela şehir hastanesinde baktığımızda tüm asansörlerde engellilere yönelik asansörler var, diğer yerlerde de aynı mesela hastane girişinde çıkışında engelli parkı olsun, engellilere ait sedye olsun, imkânlar var, gelişti. Engelli dostu bir hastane diyebilirsiniz bence bu hastaneye” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcılardan **K4**: “Tabiki oldu. Biz aynı zamanda engelsiz hastaneyiz. Belgesini de aldık. Tabiki kişilerin herkes maalesef dünyaya eşit şartlarda gelmiyor, ama hizmetin sunumunda eşit almayı amaçlıyoruz, engelsiz rampalarımız var, görme engelliler için alfabelerimiz var” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcılardan **K6** ise: “Engellilere yönelik de olumlu yönde etkileri oldu, özellikle engelli vatandaşların da sağlık alanındaki her alana kolay ulaşabilmesi açısından birçok çaba ve çalışma var, burada da olumlu etkileri olduğunu düşünüyorum” şeklinde görüşlerini bildirmiştir.

Bu konuya ilişkin yapılan görüşmelerde katılımcıların genel anlamda birtakım ilerlemeler yaşandığına dair görüşlerinin öne çıktığı görülmektedir.

✓ **CHS ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda iş yoğunluğunda meydana gelen değişiklikler**

Araştırma kapsamında katılımcılara CHS ile birlikte hasta iş yoğunluğunda meydana gelen değişiklikler sorulmuştur. Teknolojik anlamdaki değişimler, yönetsel değişimler ve hasta potansiyelinin artması sonucunda iş yoğunluğunda artış olduğu görüşü öne çıkmıştır. Bu kapsamda;

Katılımcılardan **K11**: “Sağlık hizmetlerinin arttığını, buna bağlı olarak da iş yoğunluğunun da arttığını düşünüyorum” açıklamalarıyla görüşlerini belirtmiştir. Diğer katılımcı olan **K1**: “Bu yeni hükümet sistemiyle birlikte daha hızlı karar alma neticesinde cumhurbaşkanlığı ve alt düzeydeki bakanlıklar ve daha alt düzeydeki il sağlık müdürleriyle hastanelerin hızlı karar almaları neticesinde ve yapılan yatırımlar neticesinde de hem hastaya sunulan sağlık hizmetlerinde artış hem de hastanedeki iş yoğunluğundaki artış gözle görülür bir şekilde tarafımızca hissedilmiştir” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Katılımcılardan **K12**: “Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi değişti tabiki, değişmesinin akabinde de mutlaka teknolojik anlamda birtakım ilerlemeler olmuştur. Birtakım gelişmeler olmuştur. Bunun sonrasında da bize iş yoğunluğu anlamında bilgisayar sisteminde yoğunluk artmıştır, iş yoğunluğumuz arttı, sistemsal anlamda arttı. Ama hasta bazında da hasta yoğunluğu da artmıştır. Çünkü teknolojik anlamda ilerleme olunca bunun hastalara yansması da olumlu anlamda olmuştur mutlaka” ifadelerini kullanırken katılımcılardan **K17**: “Hükümet sisteminden sonra sağlık hizmetlerinde hasta iş yoğunluğu etkisi kesinlikle artmıştır. Neden, özellikle bu yeni sistemle beraber hastane bazlı yenilenme yaşanmıştır. Özellikle şehir hastaneleri olsun diğer hastanelerin gelişim süreçleri de ele alındığında hem iş yoğunluğu arttı hem personel sayıları arttı bununla beraber de iş yükü de arttığını ben düşünüyorum” ifadeleriyle görüşlerini açıklamıştır. Katılımcılardan **K20**: “Hasta yoğunluğuna etkisinin arttığını düşünüyorum. Çünkü sağlık hizmetlerine sunumda ulaşımda çok fazla kolaylık oldu. Özellikle bu durum acil servislerin iş yoğunluğunun artmasında baya bir artış gösterdi bize, yalnız tabi hasta bakımından hasta bazlı düşünecek olursak tabiki hastaların bu durum lehlerine. Ama bizim iş yoğunluğumuz açısından baktığımızda kesinlikle iş yoğunluğunun arttığını düşünüyorum” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K18** ise: “Hasta ve iş yoğunluğunu artırdığını düşünüyorum. Özellikle şehir hastanelerinin açılmasıyla birlikte hem hasta, hasta artışına bağlı olarak da iş yükü arttı” şeklinde görüşlerini bildirmiştir. Diğer bir katılımcı olan **K3**: “Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminde bazı kararların daha çabuk alınabiliyor olduğu için yönetim anlamında, sağlık sisteminde uygulamaya geçme aşamasında bir hız kazandığı aşikâr, önceki yavaşlıklar ortadan kalktı. Yukarıda tepede tek noktadan aşağıya doğru sağlık bakanlığına doğru inen hatta Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminde daha hızlı ve dinamik bir yapı mevcut. Bu dinamik yapının sadece belki öneri olarak sağlık bakanlığı bünyesinde de genel müdürlükler ve bakanlıklar arası işbirliği açısından özellikle

maliye bakanlığı olsun, ekonomi olsun bir miktar iletişim artırılırsa bu hızın daha da artacağı kanaatindeyim” ifadeleriyle görüşlerini açıklamıştır. Katılımcılardan **K23** ise: “İş yoğunluğu arttı” şeklinde görüşlerini belirtmiştir.

Yapılan görüşmelerde genel anlamda katılımcıların hasta/iş yoğunluğunda bir artış meydana geldiğine dair görüşlerinin öne çıktığı görülmektedir.

✓ CHS İle Birlikte Hasta Memnuniyetinde Meydana Gelen Değişiklikler

Araştırma kapsamında katılımcılara CHS ile birlikte hasta memnuniyetinde meydana gelen değişikliklere dair görüşleri sorulmuştur. Bu kapsamda elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Araştırma kapsamında katılımcılardan **K11**: “Olumlu etkileri olduğunu düşünüyorum” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Diğer bir katılımcı olan **K1**: “Kesinlikle pozitif etkilerinin olduğunu düşünüyorum, hastaların sağlık hizmetinin sunumuna çok rahat erişebildikleri her yerde imkân bulabildikleri bir sistem kuruldu. Hastalar memnun” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcılardan **K12**: “Bence etkilemiştir. Hastaların memnuniyeti artmıştır diye düşünüyorum” şeklinde görüşlerini açıklamıştır. Diğer bir katılımcı olan **K8**: “Hasta memnuniyetini artırdığını düşünüyorum” ifadelerini kullanmıştır. Ayrıca katılımcılardan **K6**: “Hastalar aslında birçok sağlık alanına iyi hizmete kolay ulaşabilir düzeye geldi, memnuniyeti etkilemiştir” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K18**: “Bu konuda özellikle şehir hastanelerinin açılmaya başlamasıyla birlikte hasta artışı ve hasta memnuniyeti oldu, ama aynı zamanda hastaların çok fazla beklentiye girmelerine neden oldu bu durum. Yani sonuç olarak memnun değilim diye düşünüyorum” ifadelerini kullanırken diğer bir katılımcı olan **K20**: “Genel anlamda şehir hastanelerinde bence memnuniyet iyidir diye düşünüyorum. Bu konuda istatistikî bir bilgim yok ama diğer hastanelere de çok hâkim değilim ama bence memnundurlar. Çünkü dediğim gibi yani teknolojik imkânların artmasıyla çok değişik ameliyatlar yapılabiliyor” şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Katılımcılardan **K24**: “Şöyle, hasta memnuniyetinde çok olumlu bir gelişme olduğunu düşünmüyorum. Hastalar aksine şartlar güzelleştikçe daha da memnuniyetsiz oluyor bana göre” ifadelerini kullanmıştır. Diğer bir katılımcı olan **K14**: “Dolaylı yönden olmuştur. Yani direk olmamıştır. Sağlık hizmetini veren sonuçta hemşire doktor diğer sağlık çalışanları olduğu için onlara az önce bahsettiğimiz

gibi cimerden gelen talepler sabimden gelen vb. iletişim sistemlerinden gelen bildirimler sayesinde dolaylı yünden etkisi oldu” şeklinde görüşlerini belirtmiştir.

Yapılan görüşmelerde katılımcıların bazılarının hasta memnuniyetine dair ilerlemelerin yaşandığına ilişkin görüşlerinin öne çıktığı görülürken bazı katılımcıların ise hasta memnuniyetinde ilerlemelerin yaşanmadığı yönündeki görüşlerinin de yer aldığı görülmektedir.



5. SONUÇLAR

Yönetim ve hükümet sistemleri demokrasilerde öne çıkan unsurlar arasındadır. Hükümet sistemlerini belirleyen ve yönetim unsurunun hayata geçmesini sağlayan yapı ise anayasadır. Anayasalar, devletlerin ayakta kalması ve toplumsal düzenin sağlanması noktasında büyük önem taşıyan oluşumlardır. Bu bağlamda zaman içerisinde birtakım anayasal değişikliklerle anayasalar ve hükümet sistemleri değişebilmektedir. Ülkemizde 16 Nisan 2017’de gerçekleştirilen referandum ile CHS’ye geçişin yasal altyapısı oluşturulmuş ve 24 Haziran 2018’de yapılan seçimlerle de CHS’ye fiilen geçiş sağlanmıştır. CHS’ye geçişle birlikte yönetsel birtakım değişiklikler yaşanmış, kurum ve kuruluşlar yeniden yapılandırılmıştır. Cumhurbaşkanına kararname yetkisi verilmiş ve yeni birtakım haklar tanınmıştır. Yeni sistemde yürütmenin başı olan cumhurbaşkanı, kabineyi kurma ve bakanları atama yetkisine hâkim olmuştur.

CHS’ye geçişle birlikte yönetim anlamında meydana gelen değişikliklere paralel olarak Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında da birtakım değişiklikler yaşanmıştır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı faaliyet raporları ve stratejik planları incelenmiştir. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı başta olmak üzere bakanlık ve bağlı kuruluşlarında da birtakım değişiklikler meydana geldiği görülmüştür.

Ayrıca CHS’nin hayata geçmesiyle birlikte öne çıkan yapılardan birisi de politika kurulları olmuştur. Sağlıkla ilişkili olarak politika belirleme noktasında öne çıkan Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu’nun sağlık alanında politika belirleme ve yenilik anlamında ön planda olduğu düşünülebilir. Bu bağlamda yönetsel bir değişiklik olan CHS’nin yönetim anlamında meydana getirdiği değişiklikler ile politika belirleme noktasında yeni yapıların oluşturularak daha hızlı ve etkili kararlar alınmasının hedeflendiği görülmektedir.

Tez kapsamında toplam 24 sağlık personeliyle yarı yapılandırılmış görüşmeler de gerçekleştirilmiştir. Yapılan görüşmeler ve incelenen yasal düzenlemeler ışığında CHS’ye geçiş sonrasında; Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında meydana gelen değişikliklerle birlikte hızlı karar alınması ve bürokratik engellerin aşılmasına ilişkin birtakım avantajların ortaya çıktığı görülmüştür. Sağlık istatistikleri yıllığından alınan bilgiler ışığında CHS’ye geçiş sonrası teknolojik imkânların arttığı ve bu durumun katılımcı görüşlerine de yansıdığı görülmüştür. Benzer şekilde sağlık hizmetlerinde vatandaşlara yönelik bilgilendirici

faaliyetlerde birtakım ilerlemeler yaşandığı görülürken kurumlar arası koordinasyonda da CHS sonrası birtakım ilerlemelerin kaydedildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ayrıca hizmet içi eğitim faaliyetlerinde de yapılan iyileştirmelerle birtakım ilerlemelerin yaşandığı ve bunun katılımcı görüşlerine yansıdığı görülürken sağlık personel alımlarında ise CHS sonrası bir artış yaşandığı belirlenmiştir. Sağlık turizmi, diğer sağlık uygulamaları ve engellilere yönelik sağlık hizmetlerinde de benzer şekilde ilerlemelerin kaydedildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ayrıca yarı yapılandırılmış görüşmeler ve değerlendirmeler ışığında çalışan hakları, talep şikâyet birimleri ve maaş düzenlemeleri gibi konularda ise halen yeterli düzeyde ilerlemelerin kaydedilemediği ve CHS sonrası halen birtakım eksikliklerin devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”*. 2. Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Ateş, H. (2020). *Kamu Yönetimi Teorileri*. Ankara: Savaş Yayınevi.
- Bağcı, H. ve Atasever, M. (2020). *Türkiye Sağlık Sistemi*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2018). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Creswell, J. W. (2021). *Nitel Araştırma Yöntemleri*. (M. Bütün, ve S. B. Demir, Çev.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Fişek, N. H. (1983). *Halk Sağlığı’na Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2.
- Görmüş, A. (2013). *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Gözler, K. (2013). *Türk Anayasa Hukukuna Giriş*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Güler, T. ve Yılmaz, A. (2021). *Değişim ve Dönüşüm Dinamikleri Bağlamında Türkiye’de Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi*. 1. Baskı. İstanbul: Ekin Yayınevi.
- Hughes, O. E. (2014). *Kamu İşletmeciliği ve Yönetimi*. (B. Kalkan, B. Akın ve Ş. Akın, Çev.) Ankara: BigBang Yayınları.
- Patton, M. Q. (2018). *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. 6. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

MAKALELER

- Akdur, R. (1998). Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri. *Yeni Türkiye*, 4(23-24), 1984-1995. Erişim Adresi: <https://www.recepakdur.com/media/1445/36-akdur-r-turkiyede-sag-lik-politika-ve-hizmetleri-yeni-tu-rkiye-4-23-24-1984-1995-eylu-l-aralik-1998.pdf>

- Akgül, M., E. (2010). Kuvvetler Ayrılığı İlkesinin Dönüşümü ve Günümüz Demokratik Rejimlerindeki Anlamı. *Ankara Barosu Dergisi*, (4), 79-101. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/397758>
- Akıncı, B. (2018). Türkiye’de Kamu Politikası Oluşturma Sürecinde Yeni Aktör: Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulları. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 2128-2146. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/598212>
- Akman, E. (2019). Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminde Kamu Politikası Aktörleri. *Paradoks Ekonomi Sosyoloji ve Politika Dergisi*, 15(1), 35-54. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/680610>
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-58. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1713583>
- Aydemir, İ. (2020). Sağlık Bakanlığı Örgütsel Yapısında Yaşanan Değişimler: 181, 663 ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler Ekseninde Yaşanan Bu Değişimlerin İrdelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 350-365. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1261135>
- Bakkalbaşı, İ. O. (2017). Yönetim Biliminin Doğuşu Ve İlk Temsilcileri Hakkında Bir Tartışma. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 39(2), 431-452. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/411567>
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/340272>
- Demir, F. (2013). Yarı Başkanlık Hükümet Sistemi ve TürkiyeSemi-Presidential System and Turkey. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 8(Özel), 831-876. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/179450>
- Doğan, B. ve Geyik, A. F. (2020). Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminde Kuvvetler Ayrılığı İlkesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 10(2), 19-46. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1478002>

- Durmuş, A. ve Durmuş, M. N. (2019). Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(2), 216-229. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/795185>
- Duverger, M. (1980). A New Political System Model: Semi-Presidential Government. *European Journal of Political Research*, 8(2), 165-187. Erişim Adresi: <https://sci-hub.se/10.1111/j.1475-6765.1980.tb00569.x>
- Eroğul, C. (2007). 2007 Cumhurbaşkanı Seçimi Bunalımından Çıkarılabilecek Dersler. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 62(03), 167-181. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/36033>
- Gül, C. (2018). Türkiye’de Cumhurbaşkanlığı Sisteminin Dinamikleri Ve Yürütmenin Yeni Konumu. *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 13(2), 235-262. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/608811>
- Gül, H., Kamalak, İ. ve Sallan Gül, S. (2017). Amerikan Başkanlık ve Fransız Yarı-Başkanlık Sistemleri Işığında Türkiye’nin Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi. *Strategic Public Management Journal*, 3(özel sayı), 101-120. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/395496>
- Hamzaoglu, O. ve Yavuz, C. (2014). Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine. *Mülkiye Dergisi*, 30(252), 275-296. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/941>
- Kalkar, Ö. Ş. ve (yemen) Öcal, A. (2020). Bir İçerik Analizi: Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi. *Balıkesir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(2), 1-30. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1746733>
- Kamalak, İ. (2009). Başkanlık Sistemi Türkiye’ye Uyar mı?. *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 3(6), 231-238. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/210922>
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/228165>
- Kılınç, D. (2016). Türkiye’de Bitmeyen Tartışma: Hükümet Sistemi Üzerine Değerlendirmeler. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 20(1), 447-510. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/789018>

- Kılınç, E. İ. (2020). Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminde Kamu Personel Yönetiminin Kurumsal Görünümü. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, 1(2), 50-65. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1110289>
- Kurt, A. Ö. ve Şaşmaz, T. (2012). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 2(1), 21-30. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/643348>
- Memişoğlu, D. (2016). Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Yasama Dergisi*, (34), 62-93. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1115302>
- Mumcu, A. (1986). 1924 Anayasası. *Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi*, 2(5), 383-400. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1156808>
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/842754>
- Özdemir, H. (2020). Türkiye’nin Parlamenter Hükümet Sistemi Tecrübesine Kısa Bir Bakış. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (20), 373-400. Erişim Adresi: busbed.bingol.edu.tr/tr/download/article-file/1086661
- Öztop, S. ve Lamba, M. (2019). Siyaset Ve Yönetim Ayrımının Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminde Sağlık Ve Milli Eğitim Bakanlıkları Üzerinden İncelenmesi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 9(2), 426-439. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/910470>
- Öztürk, N. K. (2019). Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin Temel Dinamikleri. *ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi*, 6(15), 69-87. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/883987>
- Sobacı, M. Z., Miş, N. ve Köseoğlu, Ö. (2018). Türkiye’nin Yeni Yönetim Modeli ve Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı. *SETA PERSPEKTİF*, (206), 1-6. Erişim Adresi: <https://www.setav.org/assets/uploads/2018/06/206-turkiyenin-Yeni-Yönetim-Modeli.pdf?ysclid=lbws9trvry78154065>
- Soyer, A. (2003). 1980’den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis*, (9), 301-319. Erişim Adresi: <https://www.praksis.org/wp-content/uploads/2011/07/009-11.pdf>

- Sözer, A. N. (2013). Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastahaneleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 15(Özel sayı), 215-253. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/756519>
- Şahin, L. ve Nişancı, Ş. (2018). Hükümet Sistemlerinin Yönetimin Boyutları Bağlamında Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 32(3), 859-879. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/503857>
- Şantaş, F., Özer, Ö. ve Çıraklı, Ü. (2012). Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2), 45-59. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/382084>
- Şenel Tekin, P. (2017). Küresel Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Türkiye Sağlık Sektörü Açısından Bir Değerlendirme. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(2), 5-20. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/571901>
- Uluşahin, N. (2003). Demokratik Siyasal Rejimlerin Sınıflandırılmasında Farklı Bir Yaklaşım: “Yarı-Başkanlık”tan “İki Başlı Yürütme Yapılanması”na. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 52(2), 0-0. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/628988>
- Yavuz, B. (2008). 2007 Anayasa Değişikliğinin Doğurduğu Tereddütler ve Çözüm Yolları. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 12(1), 1173-1214. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/789755>
- Yılmaz, H. ve Yılmaz, N. (2022). Dünyada ve Türkiye’de Dijital Sağlık Turizmi Uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(1), 64-72. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1653554>
- Yüksel, C. (2013). Türkiye’nin Gelecek Siyasi Sistem Tercihi Rasyonelleştirilmiş Parlamenterizm, Yarı-Başkanlık ve Başkanlık Sistemleri. *Yasama Dergisi*, (25), 38-70. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1120972>

TEZ ÇALIŞMALARI, KİTAP BÖLÜMLERİ VE DİĞER KAYNAKLAR

- Akdur, R. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması. Ankara: AÜ TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Akdur, R. (2008). Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008, Ankara) Kitabı, 45-71.

- Dirican, M. R. (1970). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni*, 2(7).
- Kütük, A. (2012). Demokratik Hukuk Devleti ve Hükümet Sistemleri Perspektifinden Türk Anayasal Tarihinde Cumhurbaşkanlığı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Sur, S. G. (2013). Türkiye’de Parlamenter Sistem Uygulaması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

BELGELER

- T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2016). Erişim adresi: (<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/9844/0/saglik-bakanligi-2016-yili-faaliyet-raporupdf.pdf? tag1=FA91BC9A51DADBF3C970884C53AE196A71068D91>).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2017). Erişim adresi: (<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/34224/0/tc-saglik-bakanligi-faaliyet-raporu-2017pdf.pdf? tag1=74EE31ED7661C2397D9E758F51661198C7D24AF8>).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2018). Erişim adresi: (<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/34225/0/tc-saglik-bakanligi-faaliyet-raporu-2018pdf.pdf? tag1=D41FAD613499B70338F7A1337C05BF50936BB04F>).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2019). Erişim adresi: (<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/36626/0/tc-saglik-bakanligi-faaliyet-raporu-2019pdf.pdf? tag1=B2C121BEA48144C0FF27ACC9B9796D4ACE1846DB>).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2020). Erişim adresi: (<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/40174/0/2020-faaliyet-raporupdf.pdf? tag1=CFE4DA6D46D2723FAEA3B955BC4E198FEDE93BBE>).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2021). Erişim adresi: (<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/42666/0/2021-faaliyet-raporupdf.pdf? tag1=A479EA3416AA5E001B71B4D2F670F3588B41D42C>).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2020). Erişim adresi: (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan. (2013-2017). Erişim adresi: (<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/9843/0/saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf? tag1=732DB6BBC0692DEE6FC458B05035CFCDB14F1F97>).

- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Merkezi Yönetim Bütçe Gerçekleşmeleri ve Beklentiler Raporu. (2017). Erişim adresi: (https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/02/MYB_GerceklesmeleriveBeklentilerRaporu_2017.pdf).
- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Merkezi Yönetim Bütçe Gerçekleşmeleri ve Beklentiler Raporu. (2019). Erişim adresi: (https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/02/MerkeziYonetimButceGerceklesmeleriveBeklentilerRaporu_2019.pdf).
- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Merkezi Yönetim Bütçe Gerçekleşmeleri ve Beklentiler Raporu. (2021). Erişim adresi: (<https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2021/07/MYB-Gerceklesmeleri-Ve-Beklentiler-Raporu-2021.pdf>).
- Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik. (2022). Erişim adresi: ([https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=39362&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5#:~:text=\(2\)%20İkinci%20basamak%20sağlık%20hizmet,ağız%20ve%20diş%20sağlığı%20merkezleri](https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=39362&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5#:~:text=(2)%20İkinci%20basamak%20sağlık%20hizmet,ağız%20ve%20diş%20sağlığı%20merkezleri)).
- USHAŞ. Kuruluş Kanunu. (2018). Erişim adresi: (<https://www.ushas.com.tr/kurulus-kanunu/>).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Merkezi Hekim Randevu Sistemi. Hakkımızda. Erişim adresi: (<https://www.mhrs.gov.tr/hakkimizda.html>).
- T.C. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi. Kurumsal Tarihçe. Erişim adresi: (<https://sabim.gov.tr/Kurumsal#tarihce>).
- T.C. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi. CİMER Birimi. Erişim adresi: (<https://sabim.gov.tr/Hizmetlerimiz#cimer-birimi>).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. Erişim adresi: (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-saglik-hizmetleri.html>).

EKLER

EK 1: Görüşme Formu

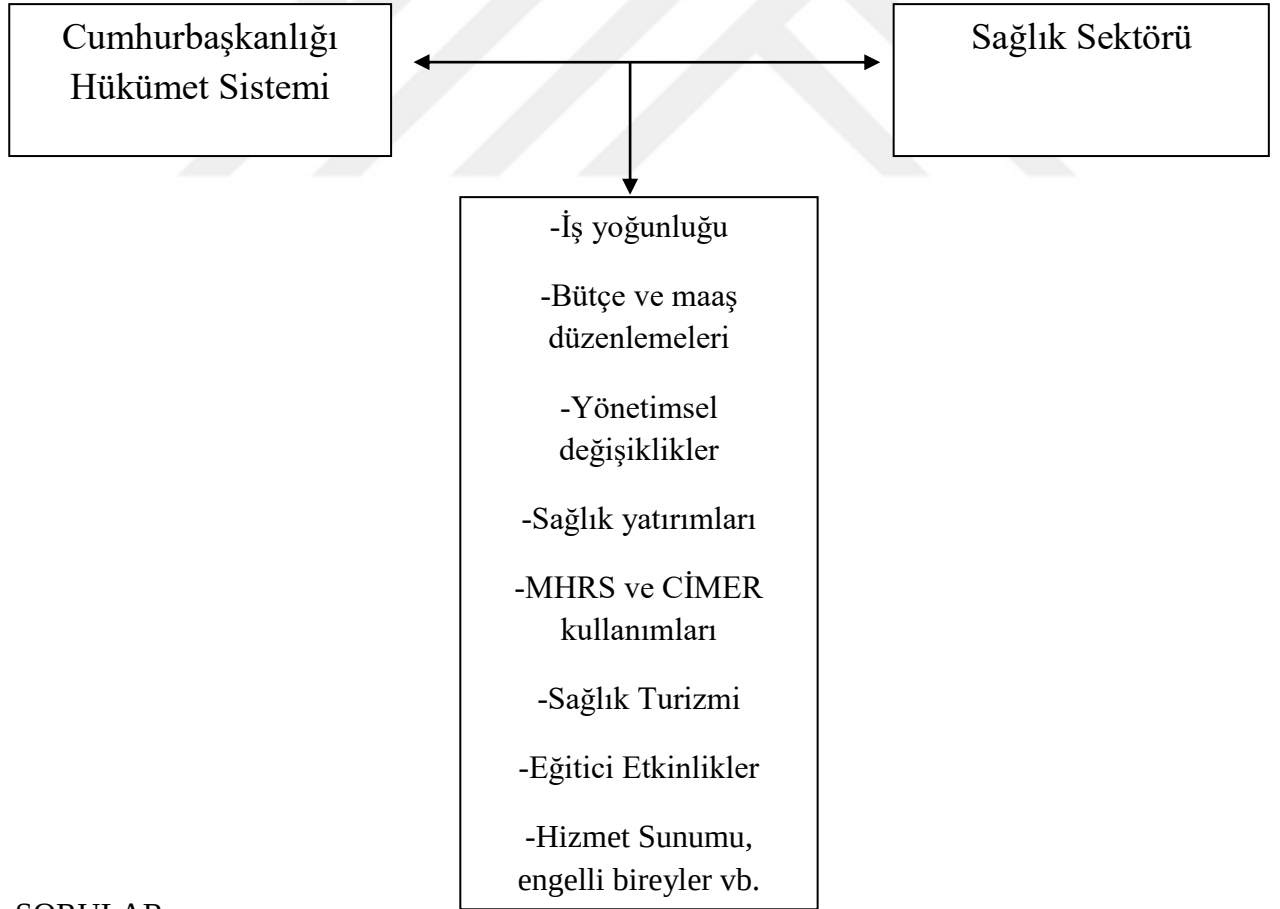
Görüşme Formu-1

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi

Ülkemizde 24 Haziran 2018 seçimleriyle cumhurbaşkanlığı hükümet sistemine geçiş sağlanmıştır. Bu geçiş sonrası bürokratik anlamda birtakım değişiklikler meydana gelmiştir. Benzer şekilde sağlık sektöründe de bazı değişimler yaşanmıştır. Bu görüşme ile birlikte Hükümet sistemi değişikliği sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu bağlamında iş yoğunluğu, bütçe ve maaş düzenlemeleri, yönetsel değişiklikler, sağlık yatırımlarındaki değişimler, teknolojik yenilikler, eğitsel düzenlemeler ve diğer gelişmelerin ortaya konulması hedeflenmektedir.

Araştırmacı: Muhammed Uğur Karalı

Danışman: Doç. Dr. Levent Duman



SORULAR

- 1) Cumhurbaşkanlığı hükümet sisteminin sağlık hizmetlerinde hasta/iş yoğunluğuna etkisi hakkında neler söylemek istersiniz?
- 2) CHS ile birlikte sağlık hizmetleri için planlanan genel bütçe ile sağlık hizmetlerinde görevli personellerin maaşlarında herhangi bir değişiklik yaşandığını düşünüyor musunuz? Bu değişikliğin olumlu ya da olumsuz olduğu hakkındaki görüşleriniz nelerdir?
- 3) CHS ile birlikte sağlık hizmetlerinin teşkilat yapısında ve bürokratik yapıda meydana gelen değişimler hakkında düşünceleriniz nelerdir? (Sağlık hizmetleri personel alımları, Başhekim, idari personel ve sağlık hizmetleri personel sayılarındaki değişiklikler vb.) Sağlık hizmetleri personel alımlarında ve personel sözleşmelerin yenilenmesinde yeni düzenlemelerin meydana geldiğini düşünüyor musunuz?
- 4) Sizce CHS sonrası sağlık yatırımları bağlamında sağlık hizmetleri sunumunda ihtiyaç duyulan teknolojik imkânların sağlanmasına etkisi hakkında düşünceleriniz nelerdir? (Büro malzemeleri ve tıbbi cihazlar vb.)
- 5) CHS ile birlikte halkla ilişkiler bağlamında SABİM, MHRS ve CİMER gibi talep/şikâyet birimlerinin kullanımının sağlık hizmetlerinin sunumundaki etkisi hakkında düşünceleriniz nelerdir?
- 6) Yeni sistemle birlikte sağlık turizmi alanındaki düzenlemeler göz önüne alındığında hastaneye gelen yabancı hasta sayısında bir değişiklik olmuş mudur?
- 7) CHS ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda herhangi bir yenilik/farklılaşma (Anne dostu hastane, Hidroterapi Eşliğinde Travay, Çocuk İzlem Merkezleri, Hemodiyaliz ve Organ nakil birimleri vb.) yaşandığını düşünüyor musunuz?
- 8) CHS'nin sağlık hizmetleri kapsamında hasta memnuniyetine dair etkileri hakkında neler düşünüyorsunuz?
- 9) CHS ile birlikte sağlık hizmetleri kapsamında görevli personellere yönelik hizmet içi eğitim faaliyetlerine etkileri nelerdir?
- 10) CHS ile birlikte sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görevli personellerin hakları/çalışan sağlığına yönelik etkileri hakkında neler düşünüyorsunuz?
- 11) CHS'nin sağlık hizmetlerinin planlanmasında, bu hizmetleri sunan kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetleri dışından farklı kurum ve kuruluşların (MEB,EGM vb.) arasında koordinasyonun sağlanmasına yönelik etkileri hakkında düşünceleriniz nelerdir?

- 12) CHS ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda vatandaşlara yönelik bilgilendirici çalışmalar hakkındaki düşünceleriniz nelerdir? (1-7 Ekim Emzirme Haftası, 15 Nisan Büyümenin  zlenmesi Günü, 4 şubat Dünya Kanseri Günü, 15 Ekim Dünya El Yıkama Günü, 3-9 Kasım Organ Bağışı Haftası vb.)
- 13) CHS'nin engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimine yönelik engelli rampası, görme engelliler için özel alfabe veya engelli bireyler için asansör gibi gerekli yapısal düzenlemelere yönelik etkileri nelerdir? Sağlık hizmetlerinde erişilebilirliğe yönelik çalışmalarda CHS'nin etkileri hakkında düşünceleriniz nelerdir?



EK 2: Gönüllü Katılım Formu



T.C.
ADANA ALPARSLAN TÜRKİŞ BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Muhammed Uğur Karalı tarafından yürütülen "Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin Sağlık Sektörüne Etkileri: Adana İli Örneği" başlıklı araştırmaya / anket çalışmasına davet ediyoruz. Bu araştırmaya / anket çalışmasına katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası fayda ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan hususlar varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Araştırmaya / anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan kys123elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır ve bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca bu bilgileriniz hiçbir kurum ve kişi ile **paylaşılmayacak** ve çalışma sona erdiğinde niteliğine göre anonimleştirilecek veya **imha edilecektir**. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

"Ayrıca resim, görüntü ve ses kayıtları, kimlik, iletişim bilgileri ve mali bilgiler, grup üyelikleri, aile bilgileri, sağlık bilgileri, mülakat değerlendirme raporları, anket formları vb. dâhil olmak üzere kişisel veri içeren tüm bilgileriniz, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu dolayısıyla, hiçbir kurum ve kişiyle paylaşılmayacak ve çalışma süresi sona erdiğinde (resim, görüntü ve ses kayıtları, kimlik, iletişim bilgileri ve mali bilgiler, grup üyelikleri, aile bilgileri, sağlık bilgileri, mülakat değerlendirme raporları, anket formları dâhil tüm bilgiler) yazılı ve elektronik ortamda imha edilecektir."

Araştırmanın Amacı:

(Araştırmanın / Anket çalışmasının amacı, çalışmaya katılmayı kabul edecek olan gönüllünün anlayacağı bir dille, kısa ve öz bir şekilde açıklanmalıdır.)

Bu çalışma Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık sektöründe meydana getirdiği değişiklikleri ortaya çıkarmak amacıyla yapılmaktadır.

Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel Araştırma

*** Tez Çalışması

Araştırmanın Muhtemel Süresi: 9 ay

Katılması Beklenen Katılımcı / Gönüllü Sayısı: 24

Size Getirebileceği Olası Fayda ve Rahatsızlıklar: Sağlık hizmetlerinin sunumundaki değişikliği daha net ortaya koymak adına Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin sağlık sektörüne etkileri incelenerek Adana ili özelinde değerlendirmesi yapılacaktır.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çalışmaya Katılım Onayı

Yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen araştırma / anket çalışmasının amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir olumsuzlukla karşılaşmayacağımı anladım.**

Bu koşullarda söz konusu anket çalışmasına kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

Tarih: / /

Katılımcının (kendi el yazısı ile)	Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:
Adı Soyadı:	Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
İmzası:	İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Sorumlu Araştırmacının:

Adı Soyadı: Muhammed Uğur Karalı

İmzası:

Sayfa 1/2
ATÜ BAYEK.FR.004/01
Yayın Tarihi: 06.05.2019
Revizyon Tarihi: 09.01.2020

EK 3: Adana Şehir Hastanesi Çalışma Onayı



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-95134008-929
Konu : Bilimsel Çalışma Talebi
(Muhammed Uğur KARALI)Hk

ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 24.01.2022 tarihli ve E-E-96172664-605.01-145 sayılı yazı.

İlgi yazıda Hastanemiz bünyesinde uygulanması planlanan, Alparslan Türkeş Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Muhammed Uğur KARALI sorumluluğunda yürütülmek istenilen **"Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin Sağlık Sektörüne Etkileri: Adana İli Örneği"** başlıklı bilimsel çalışmasını hastanemizde gerçekleştirmesi, Başhekimliğimizce uygun görülmüş olup; Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Süleyman ÇETİNKÜNAR
Başhekim

EK 4: Adana İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma Onayı



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ADANA İSTATİSTİK,
ANALİZ VE RAPORLAMA BİRİMİ
17/03/2022 16:51 - E-96172664 - 050.06.04 - 302



Sayı : E-96172664-050.06.04
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Muhammed
Uğur KARALI)

ADANA ALPARSLAN TÜRKİŞ BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Adana Alparslan Türkeş Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Muhammed Uğur KARALI tarafından SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmek istenen, "Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin Sağlık Sektörüne Etkileri: Adana İli Örneği" başlıklı, ekte bulunan bilimsel çalışma talebi Müdürlüğümüz "Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma ile Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Ön İzni Değerlendirme Komisyonu" tarafından 16 Şubat 2022 tarihli toplantıda değerlendirilmiştir.

Başvuru talebinin, Covid-19'a karşı gerekli önlemlerin alınması, çalışmaya katılacak gönüllülerin açık rızasının alınması, kişisel veri elde edilmesi/işlenmesi durumunda 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve alt düzenlemelerine uygun şekilde hareket edilmesi ve çalışma sonuçlarının Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge ve Proje Koordinasyon Birimine sunulması koşulu ile uygun bulunduğunun talep sahibine bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Ahmet Yücel ÇOMU
Müdür a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Bilimsel Çalışma Talebi (Muhammed Uğur KARALI)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 8613177d-caef-493a-8b3b-3a7d65094d83

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Adana İstatistik, Analiz ve Raporlama Birimi

Bilgi için: Kemal LAPÇIN

Telefon: Faks No:

SAĞLIK MEMURU

e-Posta: kemal.lapcin@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Telefon No: (0 322) 455 70 00



Belge Doğrulama Kodu: 5a340232-856e-4446-8949-cf1ba50c34a2

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5: Üniversite Etik Kurulu Onayı



T.C.
ADANA ALPARSLAN TÜRKİŞ BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU KARARLARI

Toplantı Sayısı	Karar Sayısı	Karar Tarihi
18	3	29.12.2021

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Muhammed Uğur KARALI'ya ait "Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin Sağlık Sektörüne Etkileri; Adana İli Örneği" başlıklı Yüksek Lisans Tez Çalışması hakkında görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Muhammed Uğur KARALI'ya ait "Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin Sağlık Sektörüne Etkileri; Adana İli Örneği" başlıklı Yüksek Lisans Tez Çalışması Kurulumuzca incelenmiş olup katılacak olan kişilerden "Gönüllü Katılım Formu" alınması şartıyla uygulamanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Serdar YILDIRIM
BAYEK Başkanı

Prof. Dr. Faruk Fırat ÇALIM
Üye

Prof. Dr. Fatma Nur İPLİK
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Hasan KURTARAN
Üye

Prof. Dr. Haşim KELEBEK
Üye

Prof. Dr. Serkan TOKGÖZ
Üye

Prof. Dr. Tayfun Yusuf YÜNSEL
Üye

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 7Y0E-SPU6-8LA8

Belge Doğrulama Adresi : <https://ebysorgu.atu.edu.tr>

Adres: Balcalı Mahallesi, Çatalan Caddesi No:201/2 01250 Sarıçam/ADANA

Telefon No : +903224550000

Fax No : +903224550009

Bilgi İçin : Cemile GÜNDOĞDU

Bilgisayar İşletmeni

e-Posta : @atu.edu.tr

İnternet Adresi : <http://www.atu.edu.tr>

Kep Adresi : atu@atu.edu.tr Belge Doğrulama Kodu: 5a340232-856e-4446-8949-cf1ba50c34a2

Belge Doğrulama Adresi: <https://yayin.etik.gov.tr/saglik/atu/bilgi-ebys>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

