

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KAMU SAĞLIK
HİZMETLERİNİN MALİ SÜRDÜREBİLİRLİĞİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mustafa Necati ÇOLAK

Enstitü Anabilim Dalı: Maliye

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Temel GÜRDAL

OCAK-2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KAMU SAĞLIK
HİZMETLERİNİN MALİ SÜRDÜREBİLİRLİĞİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mustafa Necati ÇOLAK

Enstitü Anabilim Dalı : Maliye Ana Bilim Dalı

“Bu tez 25.7.1/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Prof. Dr. Cemal BİRDAL	Başarılı	
Prof. Dr. Tarık VURAL	Başarılı	
Dr. Öğr. Örnek Hakan YAMUR	Başarılı	

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU	Sayfa : 1/1
Öğrencinin		
Adı Soyadı	:	Mustafa Necati ÇOLAK
Öğrenci Numarası	:	y086006006
Enstitü Anabilim Dalı	:	Maliye
Enstitü Bilim Dalı	:	
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Sağlıkta Dönüşüm Programının Kamu Hastaneleri Ölçeğinde Sağlık Hizmetinin Mali Sürdürülebilirliğine Etkisi
Benzerlik Oranı	:	%9
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,		
☒ Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim. /01/2019 Öğrenci İmza 		
☒ Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir. Bilgilerinize arz ederim. /01/2019 Öğrenci İmza 		
Uygundur		
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Temel GÜRDAL Tarih:/01/2019 İmza: 		
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR EYK Tarih ve No:	Enstitü Birim Sorumlusu Onayı	

ÖNSÖZ

Bu tezin kaleme alınmasından önce yüksek lisans hazırlık ve ders aşamasında 2 yıl boyunca kendisinin talebesi olmaktan mutluluk duyduğum, maliye bilimi adına çok şey öğrendiğim, sonrasında tez danışman hocam olmayı kabul eden, tez yazım süresi boyunca geçen tüm zamana rağmen bana güvenerek çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden, yaptığı analiz ve yorumlarla çalışmamın tekâmül etmesine vesile olan danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Temel GÜRDAL'a göstermiş olduğu katkılar, yol gösterici fikirleri ve zahmetlerinden dolayı içten saygı ve minnetlerimi sunarım.

Tez savunma sınavı sırasında jüri üyeleri Prof. Dr. Tarık VURAL ve Dr. Öğr. Üyesi Hakan YAVUZ yeni bakış açıları kazandırarak, çalışmamın son haline gelmesine katkı sağlamışlardır. Değerli katkılarından dolayı kendilerine teşekkürlerimi borç bilirim.

Çalışmamın anket analizleri konusunda değerli bilgilerini benimle paylaşan Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN, Doç. Dr. Tarık GEDİK ve Dr. Öğr. Üyesi Pembe GÜÇLÜ hocalarıma teşekkür ederim. Ayrıca anket çalışmamızda bizlere destek olan meslektaşlarıma ve yönetici arkadaşlarıma, yoğun iş ortamlarında bizlere ayırdıkları zaman ve verdikleri katkı için teşekkürlerimi iletirim.

Her konuşmamızda beni cesaretlendiren ve hiçbir şey için hiçbir zaman geç olmadığını vurgulayarak bu çalışmanın her zaman canlı kalmasını sağlayan Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK hocama desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anneme, babama ve sevgili abime; zamanlarından eksiltilmeme müsaade ederek bana çalışma azmi ve zamanı kazandıran, çalışmamı bitirmem konusundan teşvik ve desteklerini her zaman hissettiğim, eşime ve 3 evladıma şükranlarımı sunuyorum.

Mustafa Necati ÇOLAK

25/01/2019

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
GRAFİKLER	vi
ÖZET.....	vii
SUMMARY	vii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1:SAĞLIK HİZMETİ VE TÜRKİYE’DE GELİŞİMİ	8
1.1. Sağlık Ekonomisi Kavramına Genel Bakış	8
1.1.1. Sağlık Hizmeti Özellikleri	11
1.1.2.Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sosyal Devlet İlkesi.....	14
1.1.3.Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri	18
1.1.4.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	21
1.2.Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	24
1.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem Sağlık Hizmetleri	24
1.2.2. Kuruluş Dönemi Sağlık Hizmetleri (1920-1923)	25
1.2.3. Kurumsallaşma Dönemi Sağlık Hizmetleri (1923-1946)	25
1.2.4. Milli Sağlık Dönemi Sağlık Hizmetleri (1946-1960)	27
1.2.5. Sosyalizasyon Dönemi Sağlık Hizmetleri (1960-1980)	28
1.2.6. Yeni Dönem Sağlık Hizmetleri (1980-2002).....	30
BÖLÜM 2 : SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE MALİ	
SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK	33
2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı	33
2.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç, Hedef ve İlkeleri	35
2.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri	39
2.1.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulama Süreci	44
2.1.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Maliye Politikası.....	44
2.2. Mali Sürdürülebilirlik	51
2.2.1. Mali Sürdürülebilirlik Kavramı	51
2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Ana Fikri Sürdürülebilirlik.....	54

BÖLÜM 3: ANKET ÇALIŞMASI GENEL BİLGİLERİ VE ANALİZLERİ	60
3.1. Anket Çalışması Hakkında Genel Bilgiler	60
3.1.1. Anket Çalışmasının Amacı	60
3.1.2. Anket Çalışmasının Yöntemi	60
3.1.3. Anket Çalışmasının Sınırlılıkları	61
3.1.4. Anket Çalışmasının Evreni ve Örneklem	61
3.1.5. Anket Çalışmasının Verilerinin Analizi ve Hipotezleri.....	63
3.2. Anket Çalışmasının Verilerinin Ki-Kare Analiz Tabloları	68
3.2.1. Katılımcıların Demografik Verileri ile Diğer Yargıların Analizi	71
3.2.2. Katılımcıların Maliye Politikası Yaklaşımları İle Diğer Yargıların Analizi.....	82
3.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Mali Sürdürülebilirlik Başarısı İle Diğer Yargıların Analizi	88
BÖLÜM 4: BAZI SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI BİLEŞEN UYGULAMALARININ KAMU HASTANELERİNE ETKİLERİ VE YÖNETİCİ GÖRÜŞLERİ.....	92
4.1. Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanması	92
4.2. Kamu Hastanelerinde Global Bütçe Uygulamaları	99
4.3. Performans Sisteminin Uygulamaları	104
4.4. Kamu Hastanelerindeki Malzeme Uygulamaları	110
4.5. Kamu Hastane Birlikleri Kurulmasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisi..	117
4.6. Genel Sağlık Sigortasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisi.....	124
4.7. Katılım Payı Alınmasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisi.....	128
SONUÇ.....	138
KAYNAKÇA	145
EKLER.....	155
ÖZGEÇMİŞ.....	161

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇSHB	: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
BAĞ-KUR	: Esnaf, Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasılat
HBYS	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HMB	: Hazine Maliye Bakanlığı
İMF	: International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
KHB	: Kamu Hastaneleri Birliği
KHK	: Kanun Hükümünde Kararname
KİK	: Kamu İhale Kanunu
OECD	: Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TKHK	: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TL	: Türk Lirası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSİAD	: Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği
VB	: Ve Benzeri
YY	: Yüzyıl

TABLO LİSTESİ

Tablo 1	: GSYİH, Sağlık harcamaları ve Muayene Sayılarının Karşılaştırılması* ...	58
Tablo 2	: Seçilen Ana Kütleye Ait Bilgiler	62
Tablo 3	: Seçilen Örnek Kitleye Ait Bilgiler.....	62
Tablo 4.1	: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Soru ve İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu	68
Tablo 4.2	: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Soru ve İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu	69
Tablo 5	: Katılımcıların 41. İfadenin, Diğer İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu.....	69
Tablo 6	: Katılımcıların 8. Sorunun, Diğer İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu	70
Tablo 7.1	: Katılımcıların 7 Uygulama Grubunun, Diğer İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu	70
Tablo 7.2	: Katılımcıların 7 Uygulama Grubunun, Diğer İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu	71
Tablo 8	: Cinsiyet Dağılım Tablosu	71
Tablo 9	: Ankete Katılanların Cinsiyetlerin HoRet Katılımları (%'lik Oranları).....	72
Tablo 10	: Ankete Katılanların Yaşlarının Dağılımları.....	73
Tablo 11	: Ankete Katılanların Yaşlarının HoRet Katılımları (%'lik Oranları).....	74
Tablo 12	: Ankete Katılanların Hizmet Sürelerinin Dağılımları.....	75
Tablo 13	: Ankete Katılanların Hizmet Süresinin HoRet Katılımları (%'lik Oranları)	76
Tablo 14	: Ankete Katılanların Meslek Dağılımları.....	77
Tablo 15	: Meslek Gruplarına Göre Karar Verici Yöneticiliğin Dağılımı	77
Tablo 16	: Ankete Katılanların Mesleklerinin HoRet Katılımları (%'lik Oranları)	79
Tablo 17	: Ankete Katılanların Görevleri HoRet Katılımları (%'lik Oranları)	80
Tablo 18	: Ankete Katılanların Eğitim Durumu Dağılımları	81
Tablo 19	: Ankete Katılanların Eğitimleri HoRet Katılımları (%'lik Oranları)	82
Tablo 20	: SDP'nin Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşımının Dağılımları	82
Tablo 21	: Ankete Katılanların SDP'nin Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşımlarının HoRet Katılımları (%'lik Oranları).....	86
Tablo 22	: Anketin 41. İfadesinin Dağılım Tablosu	88

Tablo 23 : Ankete Katılanların SDP'nın Diğer Sağlık Programlarına Göre Başarısına Yönelik Yaklaşımlarının HoRet Katılımları (%'lik Oranları).....	90
Tablo 24 : Anketin 16. İfadesinin Dağılım Tablosu	96
Tablo 25 : Ankete Katılanların Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanmasına Yönelik Yaklaşımlarının HoRet Katılımları (%'lik Oranları).....	97
Tablo 26 : Anketin 10. İfadesinin Dağılım Tablosu	101
Tablo 27 : Ankete Katılanların Kamu Hastanelerinde Global Bütçeye Geçilmesine Yönelik Yaklaşımlarının HoRet Katılımları (%'lik Oranları).....	103
Tablo 28 : Anketin 15. İfadesinin Dağılım Tablosu	105
Tablo 29 : Ankete Katılanların Kamu Hastanelerinde Performans Sistemi Uygulamalarına Yönelik Yaklaşımları HoRet Katılımları (%'lik Oranları)	107
Tablo 30 : Anketin 14. İfadesinin Dağılım Tablosu	111
Tablo 31 : Ankete Katılanların Kamu Hastanelerinde Malzeme Uygulamalarına Yönelik Yaklaşımları HoRet Katılımları (%'lik Oranları)	112
Tablo 32 : Anketin 24. İfadesinin Dağılım Tablosu	115
Tablo 33 : Anketin 28. İfadesinin Dağılım Tablosu	118
Tablo 34 : Ankete Katılanların KHB'lerin Kurulmasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisine Yönelik Yaklaşımları HoRet Katılımları (%'lik Oranları).....	120
Tablo 35 : Anketin 37. İfadesinin Dağılım Tablosu	124
Tablo 36 : Ankete Katılanların GSS'nin Mali Sürdürülebilirliğe Etkisine Yönelik Yaklaşımları HoRet Katılımları (%'lik Oranları).....	126
Tablo 37 : Ankete Katılanların 9. İfade ile 32. İfade Arasındaki Katılım Dağılımlarının Karşılaştırması (%'lik oran)	130
Tablo 38 : Toplanan Muayene/Katılım Payı, Muayene Sayısı, Hastalardan Alınan Katkı Bedelinin GSYİH İçindeki Sağlık Harcamaları İle Karşılaştırılması*	132
Tablo 39 : Anketin 9. İfadesinin Dağılım Tablosu.....	133
Tablo 40 : Ankete Katılanların Katılım Ücreti Alınmasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisine Yönelik Yaklaşımları HoRet Katılımları (%'lik Oranları).....	134
Tablo 41 : Katılım Payı Alınmasını Gören Yöneticiler ile Ankete Katılanların SDP'nın Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşımlarının Karşılaştırılması (%'lik oran)	136

GRAFİKLER

Grafik 1 : Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı	48
Grafik 2 : Yıllara Göre Kamu- Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%'lik Oranlar)	55
Grafik 3 : 2004-2016 Yılları Arası Faiz Dışı Fazla Harcamaları Ve Sağlık Harcamalarındaki Artış Oranları (%'lik Oranlar)	57
Grafik 4 : Tanımlayıcı Model	65
Grafik 5 : SDP'nin Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşım Dağılımlarını Gösterir Pasta Grafik (%'lik Dağılım)	83
Grafik 6 : Yıllara Göre Sigorta Harici Bireysel Cari Sağlık Harcamalarının Toplam Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%'lik Oranı)	84
Grafik 7 : 2016 Yılı Rakamları İle Kişi Başı Sigorta Harici Bireysel Yapılan Sağlık Harcaması Reel (TL).....	84
Grafik 8 : SB'nın Yıllara Göre Ek Ödeme Harcamaları (Milyon TL)	108
Grafik 9 : SB'nın Yıllara Göre Stoklarının Karşılaştırılması (Milyon TL).....	113
Grafik 10 : SB'nın Yıllara Dayalı Laboratuvar, İlaç, Tıbbi Sarf Harcamaları (Milyon TL).....	116
Grafik 11 : SB'nın Laboratuvar, İlaç, Tıbbi Sarf Kalemlerinin Toplamı ile Toplam Giderlerinin Yıllara Göre % Değişim Oranları	117
Grafik 12 : SB'nın Yıllara Dayalı Gelir, Gider Harcamaları Karşılaştırılması (MilyonTL)	122
Grafik 13 : SGK'nın Yıllara Dayalı Gider Bütçe, GSS, Bütçe Açığı Açıklarının Karşılaştırılması (Milyon TL)	127

Sakarya Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Özeti

Yüksek Lisans	X	Doktora	
Tezin Başlığı: Sağlıkta dönüşüm programının kamu sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine etkisi.			
Tezin Yazarı : Mustafa Necati ÇOLAK		Danışman: Prof.Dr. Temel GÜRDAL	
Kabul Tarihi : 25/01/2019		Sayfa Sayısı: viii (ön kısım)+ 144(tez)	
Anabilim Dalı: Maliye		Bilim Dalı :	
SB Sağlık hizmetinde zaman içinde yaşanan değişimlerin ardından 2003 yılında SDP ilan etmiştir. İlan edilen SDP'nin yol gösterici ilkelerinden birisi olan sürdürülebilirliğin sağlık hizmetlerinin mali alanındaki yansımaları çalışmamızın esas konusunu oluşturmuştur. Maliye politikası ile SDP arasındaki ilişki klasik, keynesyen, neo liberal maliye politikası görüşleri bağlamında incelenecektir. Sürdürülebilirlik kavramından maliye politikası kapsamında ne anlaşılması gerektiği aktarılmaya çalışılacaktır. Ülkemizde sağlık hizmeti alanında yaşanan değişimler dönemsel olarak değerlendirilmiştir. SDP'nin amaçları, hedefleri, bileşenleri özetlenecektir. SDP'nin sürdürülebilirlik tanımı ve sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliği adına yapılan uygulamalar aktarılacaktır. Sağlık hizmetlerinin 2003-2017 yılları arasındaki dönemi incelemeye tabi tutulmuştur. İnceleme birimi ise kamu hastaneleridir. KHB yöneticilerinin SDP ile alakalı fikirleri anket sonuçlarına göre analiz edilmiştir. Bu sayede KHB ilk dönem yöneticileri ile SB algısının ve hali hazırdaki durum arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi sağlanmıştır. Anket içinde 8 adet çoktan seçmeli soru ve 33 adet 5'li likert ölçeği kullanılan ifade bulunmaktadır. SDP'nin kamu hastaneleri ölçeğinde, sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine etkisini değerlendirmek için tanımlayıcı model kullanılmıştır. Bu modelleme “Sözleşmeli KHB Yöneticilerinin Bazı Demografik Verileri”, “Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşımları”, “Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Diğer Sağlık Programlarına Göre Başarısına Yaklaşımları”, “Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP Bileşenlerinin Yedi Uygulama Alanına Yönelik Yaklaşımları”, SDP Kapsamında Yargı İçeren Dokuz İfade” başlıkları ile ifade edilmiştir. Bu modelleme ile oluşan hipotezlerin ret ve kabul durumları ortaya çıkmıştır. KHB yöneticilerinin SDP'nin neo liberal maliye politikalarını temel aldığına daha çok katıldıkları görülmüştür. Ayrıca SDP'ni sürdürülebilirlik kapsamında uygulanan diğer programlara göre daha başarılı gördükleri anlaşılmıştır. Bununla birlikte ülkemizde sağlık hizmeti finansmanın mali sürdürülebilirliğinin sağlandığı bir sistemin tam anlamıyla kurulmadığı fikrini taşıdıkları görülmüştür.			
Anahtar kelimeler: Maliye Politikası, Mali Sürdürülebilirlik, Sağlık Bakanlığı politikası, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kamu Hastane Yöneticisi			

Sakarya University
Institute of Social Sciences Abstract of Thesis

Master Degree	X		P.h.D.	
Title of the Thesis : The effect of health transformation program on the financial sustainability of public health services				
Author of Thesis: Mustafa Necati ÇOLAK Supervisor: Prof.Dr. Temel GÜRDAL				
Accepted Date: 25 January 2019			Number of Pages: viii (pre text)+ 144 (main body)	
Department: Finance Science			Subfield:	
MH announced the HTP (Health Transformation Program) in 2003, following changes in health service over time. The sustainability which is one of the guiding principles of HTP will be the main subject of our study. The relationship between fiscal policy and HTP will be examined in the context of classical, keynesian, neo-liberal fiscal policy views. The term sustainability refers to the need to understand what is to be understood within the scope of the fiscal policy. Changes in the field of health care in our country will be evaluated periodically.Changes in health services in our country are evaluated periodically. The objectives, targets and components of HTP will be summarized. HTP's definition of sustainability and applications for the financial sustainability of health services will be evaluated. The period between the years 2003-2017 of health services has been examined Review units are the public hospitals. HTP-related ideas of public hospital union (PHU) managers were analyzed according to survey results. In this way, it will be ensured that the relations between PHU first-level managers and MH perception and current situation will be evaluated. The questionnaire contains 8 multiple choice questions and 33 items with 5 Likert scale. A descriptive model was used to evaluate the impact of HTP on public hospitals' financial sustainability. "This modeling iler Some Demographic Data of Contracted PHU Managers," "Fiscal Policy Approaches of Contracted PHU managers based on HTP" "Approaches of Contracted PHU managers to HTP's Success over Other Health Programs" "Approaches are expressed in the headings of İ Nine Expressions That Include Judiciary under HTP approach". The rejection and acceptance of the hypotheses created by this modeling has increased. It was observed that the PHU managers were more involved in HTP based on neo-liberal fiscal policies. Moreover, it was understood that they considered the HTP to be more successful than the other programs implemented within the scope of sustainability. In addition, it is seen that the health sustainability of healthcare financing in our country is not fully established.				
Keywords: Fiscal Policy, Financial Sustainability, Ministry of Health policy, Health Transformation Program, Public Hospital Manage				

GİRİŞ

Bilindiği gibi sağlık, bireyler ve devletler için önemli ve vazgeçilemez bir hizmet alanıdır. Günümüzde ülkelerin gelişmişlik göstergeleri değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, verilen sağlık hizmetlerinin kapsamı ve kalitesinin gelişmişlik göstergeleri arasında sayılmaktadır. Kamu maliyesi açısından bakıldığında ise sağlık hizmeti ve bu hizmetin kamu maliyesine etkilerinin önemli bir inceleme alanını oluşturduğu görülmektedir. Devletler için sağlık hizmetlerinin, hangi şekillerde ve nasıl bir kapsamda verilmesi gerektiği sorusunun her zaman tartışma konusu olduğu bilinmektedir. Verilen sağlık hizmetleri ile alakalı olarak birçok ülkenin farklı modeller benimsediği anlaşılmaktadır.

Klasik ekonomik görüş 20.yy ilk yarısına kadar, gelişmiş ekonomiye sahip birçok devletin, ekonomik anlayışı ve piyasa sistemi üzerinde hâkim olmuştur. Bu anlayış ile sağlık hizmetleri konusunda, devletin ağırlıklı rolünün hizmet verici bir yaklaşımda değil hizmeti kontrol edici bir yaklaşıma dönüşmesi gerektiği savunulmuştur. Klasik iktisadi düşüncenin önde gelen isimlerinden olan Adam Smith devletin eğitim ve sağlık hizmetlerine verdiği desteğin sınırlı olması gerektiğini savunduğu görülmektedir. Ancak bu görüşü eleştiren John Maynard Keynes sanıldığı gibi ekonominin kendiliğinden oluşan bir dengeye sahip olmadığını ve devlet müdahalesine ihtiyaç duyduğunu açıklamıştır (Pehlivan, 2008:23-24).

1929 ekonomik buhranı sırasında başta ABD olmak üzere dünya ülkeleri bu durgunluğu aşmak için çeşitli yollar denemiş fakat kısa vadede başarılı olamamışlardır. Gelişen süreçte serbest piyasa ekonomisinin getirdiği aksaklıklar nedeniyle ihmal edilen eğitim, sağlık, konut ihtiyacı gibi alanlarda devlet klasik ekonomik görüşün çizdiği alan dışına çıkmış ve etkin bir rol izlemeye başladığı görülmektedir. (Pehlivan, 2008:67-68).

John Maynard Keynes kapitalizmin düştüğü bunalımda, devlete önemli görevler yükleyerek, sosyal devlet düşüncesinin kapitalist sistem içerisinde önem kazanmasını sağlamıştır (Şahin, 2006:43). II. Dünya savaşından çok önce daha 1880 yılında sosyal sigorta sistemi Bismarck Almanya'sında kurulmuş ve "Refah Devleti (Wohlfahrtsstaat)" kavramı 1920'lerde Almanya'da gündeme gelmiştir. Sosyal refah devleti temel olarak sosyal güvenlik, sağlık uygulamaları, eğitim hizmeti, gibi işlerin yanı sıra, tam istihdam

sağlanması ve özel sektör uygulamalarını kontrol altına almak gibi pek çok görev üstlenmiştir (Gencay, 1995:2-3). II. Dünya savaşı sonrası “Refah devleti (welfare state)” kavramı, savaşı kazanan devletlerin yeniden inşa edilmesi için alınan iktisadi tedbirleri ve toplumsal reformları ifade etmek için kullanılmıştır (Şahin, 2006:43).

1970’lerde dünya ekonomisini etkileyen petrol krizi sonrası keynesyen politikalara eleştiriler getirilmiştir. Yeni liberal politikalar ve küreselleşmenin etkisiyle de neo liberal politikalar devletlerin sağlık ve sosyal politikalarını şekillendirir olmuştur. Bu dönemde ülkemizde yürütülen sağlık hizmetleri bu değişimden nasibini almış ve özel sektörün de etkin olduğu yeni bir döneme girilmiştir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin hangi temellere dayanılarak verileceği konusunda zaman içinde değişik politikaların izlendiği görülmüştür. Dünyada yaşanan değişikliklerden Türkiye’de verilen sağlık hizmetleri de etkilenmiştir. Zaman içinde yaşanan değişimlerin ardından dönemin hükümeti 2003 yılında açıkladığı SDP ile sağlık hizmeti alanında yaşanan sıkıntıları giderme konusunda geliştirdiği yol haritasını kamuoyuna ilan etmiştir. Açıklanan bu programın ana fikri zamanla değişim gösterdiği ve programın sürdürülebilir olması en önemli unsur haline geldiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanmasında mali sürdürülebilirliğin oluşturulmasının gerekli olduğu belirtilmektedir. Mali sürdürülebilirliğin oluşturulması için başlatılan uygulamaların kamu hastanelerinde verilen hizmetleri büyük ölçüde etkilediği görülmektedir.

Çalışmanın Konusu

SB SDP’nin ana eksenini olarak sosyal devlet ilkesini gözeticeğini beyan etmiştir (SB, 2003:3). Bu ilke SDP’nin temellerinden olan insan odaklılık kavramıyla hayat bulmuştur. Dönemin hükümetinin ilan ettiği SDP’nde Türkiye de sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda devlet, sosyal güvenlik sistemleri, kişisel katkılardan oluşan karmaşık bir yapı olduğunu beyan etmektedir (SB, 2003:16). İlan edilen SDP çalışmamızın ana konusunu oluşturacaktır.

SDP’nin geniş etki alanı, farklı bilim dallarını ilgilendiren uygulamaları ve yaklaşık 16 yıllık uygulama süresi ile birçok açıdan incelenmesi gereken bir dönüşüm hareketi olduğunu düşünmekteyiz. SB SDP’nin küresel gelişmeleri gözetken, ülkemizin

sosyoekonomik gerçeklerine uygun, Türkiye modeli oluşturmak için hazırlandığını savunmuştur (SB, 2010:27). SB, SDP'nin amacını ve hedefini, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması, sunulması olarak öne çıkarmıştır. SB açıkladığı bu hedefe ulaşmak için adeta bir mihenk taşı olarak gördüğü temel ilkeleri, planlı, yapısal, sürdürülebilir, kavramları ile izah etmiştir.

Türkiye'de sağlık hizmetinden memnuniyetin 2003 yılında %39,5 iken 2016 yılında ise 75,4'e yükseldiği belirlenmiştir (<https://www.haberturk.com>, 13.09.2018). Bu memnuniyeti artırmanın ve sunulan sağlık hizmeti alanının genişletilmesinin kamu maliyesi açısından bir bedeli olacağı açıktır. Gelişen süreç içinde sağlık hizmetine artan talebin, muayene ve tedavi hizmetlerinin maliyetinde beklenenin üzerinde bir yükselişe neden oluşturduğu görülmektedir. Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi bu maliyeti karşılayacak güfte olmadığından genel bütçeden bu sisteme aktarımlar yapılmıştır. 2010 yılı yayınlanan 2009 yılı verilerine göre bu aktarım GSYİH'nin %3,1 ile 29,2 milyar TL bulmuştur (Şimşek, 2010:39) SGK yapılan bu aktarım yıllar içinde devam etmiş ve 2017 yılında 20,6 milyar TL olarak gerçekleşmiştir (<http://haber.sol.org.tr>, 03.09.2018).

OECD'nin yayınladığı ve Türkiye'nin sağlık sisteminin incelendiği raporda Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin mali açıdan sürdürülebilir olabilmesi için yeni tedbirler alınması gerektiği ve sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde hükümetin kontrol sağlaması gerektiği vurgulanmıştır. 2002'de 124 milyon civarında olan hasta muayene sayısı, 2009'da 295 milyona çıkmış ve 2016 yılında 685 milyona ulaşmıştır. Başlı başına bu rakam bile sağlık hizmet sunumunun ne kadar fazla arttığının bir göstergesi olarak görülmektedir. Bu harcamanın daraltılması adına doğrudan hastaneye başvuranlardan katkı payı alınması, yeni malzeme yönetim sistemleri, global bütçe sistemine geçilmesi ve başkaca uygulamalar başlatılması kararları verildiği görülmektedir.

SDP üzerinde kamu maliyesi açısından farklı bakış açıları ile değerlendirilen çalışmalar yapılabilir. Ancak çalışmamızın esas konusunu SDP'nin yol gösterici ilkelerinden birisi olan sürdürülebilirliğin sağlanması adına mali alandaki uygulamalar ve yeniliklerin, sağlık hizmeti üzerindeki yansımalarını oluşturacaktır. Bu çalışma yapılırken KHB ilk

dönem yöneticilerin bakış açıları, SDP uygulamaları ve bileşenleri kullanılarak yapılacak değerlendirme sonuçları beraber irdelenecektir.

Çalışmanın İçeriği

Çalışma dört ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ekonomik bir olgu olarak sağlık hizmetlerinin ne anlama geldiği ve nasıl anlaşılabilirliği konusundaki görüşlere yer verilecektir. Sağlık hizmetini diğer ekonomik faaliyetlerden ayıran özellikleri konusundaki görüşler aktarılacaktır. Sağlık hizmetlerinin nasıl sınıflandırıldığı hakkında özet bilgiler verilecektir. Bu bölümde Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan bu yana izlenen sağlık politikaları dönemsel olarak anlatılacak ve SDP'na kadar geline süreç aktarılmaya çalışılacaktır.

İkinci bölümde ise SDP'nın neden uygulamaya koyulduğu, hangi temel kaynaklardan beslendiği, aktarılacaktır. SDP'nın uygulama amacı, temelleri, bileşenleri, yol gösterici ilkeleri anlatılmaya çalışılacaktır. Ayrıca kavram olarak sürdürülebilirliğin tanımı yapılacaktır. Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlikten anlaşılması gerekenlerin ne olduğu üzerinde durulacaktır. SDP'nın mali sürdürülebilirlik tanımı aktarılacaktır. Ayrıca SDP faaliyet sürecinde geliştirilen ve zaman içinde dönüşüme uğrayan mali alandaki uygulamalar aktarılacaktır. Bu uygulamaların yataklı tedavi hizmeti veren kamu sağlık tesislerine etkileri üzerinde durulmaya gayret gösterilecektir.

Üçüncü bölümde 2011 yılında kurulan ve 2017 yılında kapatılan KHB'nin ilk dönem yöneticilerinin katılımı ile gerçekleştirilen anket hakkında genel bilgiler verilecektir. Ankete katılan yöneticilerin demografik verilerinin, mesleki ve eğitim bilgilerinin analizi yapılacaktır. Geliştirilen modelleme sonucu ortaya konulan hipotezler ve hipotezlerin kabul ret durumları aktarılacaktır. Anket ile SDP'nın hangi maliye politikasını temel aldığı ve sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine etkileri üzerindeki görüşler analiz edilecektir. Ayrıca SDP uygulamaları sayesinde ülkemizde sürdürülebilir bir finansal sistem kurup kurulmadığı hakkındaki KHB yönetici görüşleri aktarılmaktadır.

Dördüncü bölümde ise, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, kamu hastanelerinde global bütçe uygulamaları, performans sistemi, kamu hastanelerindeki malzeme uygulamaları, KHB kurulmasının mali sürdürülebilirliğe etkisi, GSS'nin mali

sürdürülebilirliğe etkisi, katkı payı ve ek ücretler alınmasının mali sürdürülebilirliğe etkileri üzerinde değerlendirme yapılmaya çalışılacaktır. Ayrıca bu bölümde SDP bileşenleri sonucu oluşan yedi uygulama hakkında KHB'nin ilk dönem yöneticilerinin anket içinde görüşleri ifade edilmeye gayret gösterilecektir.

Çalışmanın Amacı

SDP'nin temel ilkelerinden olan sürdürülebilirlik ilkesi SDP'nin kamu maliyesi açısından yapılacak bir incelemede üzerinde en çok durulabilecek kavram olarak öne çıkmaktadır. Bu ilke SDP ilan metninde “Geliştirilecek olan sistemin, ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyecek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir” (SB, 2003:25) kelimeleri ile izah edilmektedir. Çalışmamızın temel amaçlarında bir tanesi SDP ile mali sürdürülebilirlik kavramları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Sağlık hizmetleri sınıflandığında tedavi edici hizmetlerin maliyetlerinin daha yüksek olduğu literatür taraması sonucunda görülen bir sonuçtur. Ülkemizde tedavi edici sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu daha çok kamu hastaneleri eliyle yürütülmektedir. Bu açıdan bakıldığında SDP sonrasında uygulamaya koyulan mali değişikliklerin kamu hastaneleri üzerindeki etkilerini incelemek çalışmamızın başkaca bir amacıdır.

SDP politikalarının sahaya doğru aktarılması ve uygulamanın siyasi otoritenin hedeflediği şekilde gerçekleştirilebilmesi için kurum yöneticilerinin SDP hakkındaki düşüncelerinin önemli olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında ülkemizde yataklı tedavi hizmeti veren kamu hastaneleri yöneticilerinin çalıştıkları kurumları etkileyen mali uygulamalar hakkındaki görüşlerinin ne olduğunu ortaya koymak çalışmanın bir diğer amacıdır. Anket içeriği seçilirken SDP'nin ilan metninde geçen sağlık politikası belirleyicilerinin amaç ve hedef olarak ortaya koydukları ifadelerin anket içine yerleştirilmesine gayret gösterilmiştir. Bu sayede KHB ilk dönem yöneticilerinin SDP'nin amaç ve hedeflerine ne kadar katılıp katılmadıkları analiz edilmeye çalışılmıştır. SDP'nin uygulayıcıları olan birlik yöneticileri ile kurallarını koyan SB görüşleri arasında benzerlik veya farklılıklar olup olmadığı değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın Önemi

Yapılan literatür taramasında SDP'nin yol gösterici ilkelerinden sürdürülebilirlik ilkesinin bir bütün olarak ele alındığı ve bu ilkelerin maliye politikası açısından değerlendirilerek hazırlanan bir çalışma olmadığı görülmektedir. SDP'nin yol gösterici ilkelerinden sürdürülebilirlik ilkesinin öne çıkarılarak yapılan bu çalışmanın, SDP'nin ilke ve bileşenlerinin daha iyi anlaşılması adına literatüre sağlayacağı düşünülen katkılar önemsenmektedir.

Sürdürülebilirlik ilkesinin zaman içerisinde artan önemi ve değişen mali uygulamaların SDP üzerindeki etkilerinin, yataklı tedavi hizmeti veren kamu hastaneleri üzerinden anlatılmasının literatüre katkı yapacağı değerlendirilmektedir. Böylelikle içeriden bir ses olarak; KHB'ne bağlı sağlık tesisleri yöneticilerinin bahsi geçen düzenlemeler ile alakalı görüşlerinin ve SDP'na bakış açılarının nasıl şekillendiğine dair bizlere ışık tutacağı düşünülmektedir. Bu çalışma vasıtası ile kamu hastaneleri yöneticilerinin SDP'nın sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve uygulamaya koyulan mali süreçler hakkında fikirlerinin ortaya koyulması ve bu durumun literatüre yapacağı katkı önemsenmektedir.

Çalışmanın Yöntemi

Öncelikle çalışma konusu ile alakalı kaynaklar basılı ve dijital olarak belirlenmiştir. Sonrasında Sakaya Üniversitesi Kütüphanesi ve dijital ortamda kaynak taraması yapılmıştır. Konu hakkında daha önce yayınlanan kitap, tez, makale, inceleme raporları, ilerleme raporları, haberler incelenmiştir.

SDP ile alakalı SB yayınları ve konu ile alakalı resmi gazete nüshalarında tarama yapılmış ve gerekli olanlar belirlenmiştir. Ayrıca konu ile alakalı diğer kurumların yayınları incelenmiştir. Yukarıda sayılan kaynaklardan elde edilen bilgiler analiz edilerek karşılaştırılmıştır.

Araştırmanın evrenini oluşturan sözleşmeli KHB yöneticilerinin 2013 yılı itibarıyla 2072 kişiden oluştuğu bilinmektedir (<https://www.personelsaglikhaber.net>, 06.07.2013). KHB ilgili dönem yöneticilerinden 371 kişiden oluşan örneklem üzerinden anket uygulaması yapılmıştır. Anket içeriğinde 8 adet çoktan seçmeli soru ve 33 adet 5'li

likert ölçeği kullanılan ifade mevcuttur. Değerlendirmeler ve analizler bu gruplar üzerinden gerçekleştirilmiştir. Anketler matbu olarak ve oluşturulan e-mail adresi ile dijital ortamda doldurularak tamamlanmıştır. Elde edilen veriler SPSS istatistik program aracılığıyla güvenilirlik, Kolmogorow Smirnov normallik testi, frekans analizi ki-kare analizi, testlerine tabi tutulmuştur.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmada SDP temel ilkeleri sürdürülebilirlik ilkesi bağlamında incelenecektir. SDP sağlık hizmeti üzerine olan etkileri, tedavi hizmeti veren sağlık kurumları üzerinden aktarılacaktır. Maliye politikası ile SDP arasındaki ilişki klasik, keynesyen, neo liberal ekonomik görüşler bağlamında incelenecektir. Dönemsel olarak bakıldığında sağlık hizmetlerinin 2003-2017 yılları arasındaki dönemi merkez olarak alınacaktır. SDP'nin sağlık hizmeti üzerine olan etkileri, SB'na bağlı tedavi edici sağlık hizmeti veren kamu hastaneleri üzerinden aktarılacaktır. Bu anlatım yapılırken ilgili tesislerde ve genel sekreterliklerde mali yetki ve uzmanlıkları olan sözleşmeli yöneticilerin görüşlerine yer verilmiştir.

BÖLÜM 1:SAĞLIK HİZMETİ VE TÜRKİYE’DE GELİŞİMİ

1.1. Sağlık Ekonomisi Kavramına Genel Bakış

Yaşadığımız çağda sağlık hizmeti sunumu her geçen gün daha çok önem kazandığı görülmektedir. Yaşlanan dünya nüfusunun kaliteli sağlık hizmeti beklentilerinin yanında, sağlık harcamaları da arttığı vurgulanmaktadır. Bu durum sağlık sisteminin ve sağlık harcamalarının kendi haline bırakılması ihtimalini ortadan kaldırmaktadır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. maddesinden de anlaşılacağı üzere, hiç bir ekonomik zorunluluk insan sağlığına zarar verecek işlemin nedeni olamayacağı beyan edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sürdürülebilmesi için, sağlık sektöründeki uygulamaların, piyasadaki genel ekonomik prensiplerin göz önünde tutulduğu, ekonomik disiplin içinde yönetilmeleri gerektiği anlaşılmaktadır.

Ekonomi bilimin en genç alt dallarından biri sağlık ekonomisidir. Bağımsız olarak değerlendirmeye yaklaşık 60 yıl önce başlanmıştır. Ancak yapısı ve hizmet özellikleri gereği, önemi hızla artmış ve hakkındaki akademik çalışmaların çoğaldığı görülmektedir (Şenatar, 2003:25). Ekonomi biliminin genel kural ve prensiplerinin sağlık alanına uygulanması, başka bir ifade ile bu prensiplerin sağlık alanına uygun hale getirilmesi sonucunu ortaya çıkaran uygulamalı bir alt dala, sağlık ekonomisi denilebilir. Farklı bir izahat ile sağlık ekonomisi, “Sağlık sektörüne ayrılan kaynaklarının iyi şekilde (en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel) kullanarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürmek” şeklinde tanımlanabilir. Bu durumda sağlık ekonomisinin iki ana unsurundan bahsedilebilir birincisi en iyi üretimi sağlamak, ikincisi en iyi bölüşümü sağlamaktır (Tokat, 1998:14).

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin her yönü ile ekonomik tahlilinin yapılmasını merkez noktası haline getirmiştir. Bu alan iki farklı bakış açısı ile anlatılabilir. Bunlardan ilki pozitif yaklaşım olarak isimlendirilmiştir. Bu yaklaşım özetle ekonomik olaylar arasında neden sonuç ilişkilerini araştırmaktadır. Sadece anlamaya ve olayı aydınlatmaya odaklanmıştır. Pozitif yaklaşımda sağlık hizmetini sadece ekonomik olarak değerlendirirken, kişilerin ve toplumların değer yargılarından olabildiğince uzak olunması gerekmektedir. Bu yaklaşımda verileri rasyonel değerlendirmek esas kabul

edilmektedir. İkinci yaklaşım normatif yaklaşım olarak adlandırılmaktadır. Bu yaklaşım ekonomik olayları sadece rakamlar ve veriler üzerinden değerlendirmemektedir. Bu verilerin yanı sıra sağlık ekonomisi üzerinde değerlendirme yaparken insanların değer yargılarının da payı olduğu kabul görmektedir. Normatif yaklaşımda değer yargıları, adalet duygusu, siyasi bakış açıları ve bunların oluşturduğu anlayışın, sağlık politika tercihlerini şekillendirdiği ifade edilmektedir. Bu bilgiler ışığında sağlık ekonomisinin; genel ekonomik sistem içerisinde sağlık hizmeti verilmesinde ülke kaynaklarının kullanımı ve dağılımının nasıl yapılacağına karar verilmesi olarak tanımlandığı görülmektedir (Uzkesici, 2002:165).

Sağlık ekonomisinin çalışma usulü ve işleyiş sistematığının genel ekonomik düzenin çalışma düzeni ile uyuşması beklenmektedir. Sağlık ekonomisinin günümüzdeki serbest piyasa ekonomisi anlayışı ile tam anlamı ile uyuşmayan ve uyuşmasının mümkün olmadığı taraflarının olduğu bilinmektedir. Bir diğer ifade ile sağlık ekonomisinin sağlık hizmetlerinin çok ve geniş disiplinleri bünyesinde toplaması ve sağlık hizmeti piyasasının, dışsallık, belirsizlik, gibi farklılıkları nedeniyle ekonomi biliminin genel yaklaşımlarından ayrıldığı görülmektedir (Çalışkan, 2008:29). Toplumların sağlık düzeyi ve sundukları sağlık hizmeti toplumsal refah üzerinde doğrudan etkilidir. Bu etki sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin en temel noktalarından birisi olarak görülmektedir.

Ayrıca sağlık ekonomisindeki sağlık hizmeti dağılımı, kamu uygulamalarının yol açtığı iç etkisizlik, sağlık hizmetlerinin faydalananlar arasındaki adaletsizlik, sağlık ekonomisinin temel problemleri olarak öne çıkmaktadır (Çoban, 2009:2). Sağlık sektöründeki bir başka önemli sorunda bilgi asimetrisidir. Doktorlar ile hastaları arasındaki bilgi asimetrisi, hastanın aldığı hizmeti doğru tahlil edememesine ve değerlendirme yapamamasına neden olmaktadır. Bu zorluk nedeniyle hastalar, kendi gelecekleri hakkındaki tercihleri genelde doktorun kanaatine bırakmaktadırlar. Bu unsurlar sağlık sektörünün genel ekonomik kurallara göre değerlendirilmesini güçleştirmekte olduğu görülmektedir.

Genel kurallara bağlı ekonomik işletmede üretim yapılan alandaki talep, belli bir değer üzerinden hesaplanabilmekte ve buna göre üretim yapıp piyasaya arz edilmektedir. Ancak sağlık ekonomisi alanında faaliyet gösteren bir işletmenin talep ve talebin hacmi

konusunda net bir fikre sahip olması çok mümkün değildir. Sağlık ekonomisinde talep daha çok bilinçli değil tesadüfidir.

Sağlık ekonomisi yapısı gereği genel ekonomik değerlerden farklı değerlerle açıklanmak durumundadır. Başkaca bir örnek verecek olursak; Amortisman terimini “Taşınmaz malların aşınmalarına karşılık olarak yıllık kârdan ayrılan belirli pay, aşınma payı, yıpranma payı” (www.tdk.gov.tr, 06.08.2018) olarak alırsak standart bir ekonomik işletmenin yıpranma payı giderleri göreceli olarak sağlık hizmeti veren bir işletmeden daha az olacaktır. Zira gelişen teknoloji ile birlikte sürekli değişen ve yenilenen cihazlar sağlık hizmetlerinin maliyetini ve yıpranma payı değerlerini artırmaktadır. Ekonomik sistemin temel dinamiklerinde kıt kaynakların paylaşımı, kârın en üst düzeye çıkarılması, arz-talep dengesi gibi ölçülebilen değerlendirme kıstasları yatarken, sağlık ekonomisinin temelinde insan sağlığını korumak ve bozulan insan sağlığını, maliyeti ne olursa olsun düzeltmeye çalışmak gibi maliyeti ölçülemez değerler yattığı bilinmektedir.

Genel ekonomik mantık açısından bakılırsa yaşlı olan, yüksek ve uzun süreli ekonomik değer üretemeyecek, kendisine yapılan yatırım karşılığında elde edilecek faydanın ve kârın gerçekleşme seviyesinin çok düşük olacağı 69 yaşında bir hastayı sağlığına kavuşturmak için harcanan para ekonomik görünmeyebilmektedir. Bu kişiye yapılacak harcama yerine hizmet üretebilecek daha genç birine yatırım yapmak ekonomi değerleri açısından daha faydacı bir yaklaşım olabilmektedir. Oysaki sağlık sektörü açısından bu iki bireyin değeri aynı olup ikisine de verilecek hizmet aynı kalite ve hassasiyette olmalıdır.

Yukarıdaki örnekten de anlaşılacağı gibi sağlık sektörünün değerleri ile ekonomik sistemin değerleri tam anlamıyla uyuşmadığı anlaşılmaktadır. Devletlerin sosyal politikaları gereği sağlık hizmetlerinin verilmesini kendi haline bırakamayacakları anlaşılmaktadır. Bu kadar değerli olan bir hizmetin sürdürülebilir, kesintisiz ve tüm bireylere ulaştırılabilmesi için belli kurallara bağlanması gerektiği bilinmektedir. İnsanların yaş ortalamalarının uzaması, kronik hastalıkların artması devletlerin sağlık sektörüne ayırdıkları ekonomik payların yükselmesine sebep olduğu bilinmektedir.

1.1.1. Sağlık Hizmeti Özellikleri

Sağlık kavramı toplumu oluşturan her bireyin gündemini meşgul eden ilk konulardan biridir. Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre sağlık kelimesi “Vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık uygulamalarına ve sağlık politikalarına yön veren DSÖ tarafından kabul edilen sağlık tanımı ise “Bedensel, zihinsel ve toplumsal olarak tam bir iyilik hali” diye açıklamaktadır (Akdur, 1999:5).

1982 Anayasası’nın 56. maddesi; “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” hükmüyle, sağlık hakkına anayasal güvence sağlamaktadır. Benzer bir tanım, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Kanun ile sağlık mevzuatına girmiştir. Bu Kanunun 2. maddesine göre, sağlık tanımı “yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.” şeklinde yapılmaktadır. Aynı kanunda sağlık hizmeti “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhî kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlanmıştır.

Sağlık sisteminin ne olduğu konusunda birçok tanımlama olmasına karşılık son dönemlerde en çok kullanılan tanım DSÖ’nün tanımlaması olmaktadır. Buna göre sağlık sistemi; birincil amacı doğrudan sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan bir sistem olarak tanımlanabilir. DSÖ sağlık sisteminin üç temel amacını ortaya koymuştur. Bunlar; “Sağlığın geliştirilmesi”, “Hastaların meşru beklentilerinin karşılanması” ve “Adil finansman” olarak açıklanmaktadır (Karagan, 2008:31-32).

Sosyal devlet uygulamaların yaygın olduğu ülkeler başta olmak üzere, sağlık sektörü çoğu ülkede kamu payının oldukça yüksek olduğu bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ülkelerde; sosyal güvenlik sistemlerinin gelişmişliği ve tabana ne kadar yayıldığına bağlı olarak, kamu kaynakları gittikçe artan oranda sağlık harcamaları için ayırmaktadırlar. Bu durum ülkelerin ekonomi yönetiminde söz sahibi olan maliyeciler ve ekonomistlerinin de bu konu üzerine çözümler aramasına neden olmuştur (Kök ve Sayın, 2009:277).

Günümüz ekonomik sisteminin kurucularından sayılan Adam Smith “Sağlık hizmeti piyasaya bırakılamayacak denli önemli kritik bir alandır” (www.ebto.org.tr, 02.04.2010) diyerek hem bu sektörün önemini vurgulamış ülke idarelerinin sağlık sektörü üzerinde oluşması muhtemel güçlü etkileri açısından fikir vermiştir. Sağlık hizmetine kamu ekonomisi açısından bakıldığında literatür de birçok sınıflandırma ve ayırım yapıldığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri gereği kamusal hizmetler ve dışsallık kavramları ile bağlantılı izahatlarının konunun anlaşılması için aktarılması gerektiği görülmektedir.

Mal ve hizmetler kamu ile ilişkileri anlamında incelendiğinde, bireylerin bu hizmetleri bütüncül ve eşit olarak alıp almadığına göre değerlendirilmeler yapıldığı görülmektedir (Şener, 1998:50). Ayrıca bireylerin bu hizmet veya tüketimden uzak tutulup tutulamayacağına ve ticari rekabet durumuna göre sınıflandırılmalarında bulunmaktadır. Bu ayırımın kamusal mal ve hizmetler, yarı kamusal mal ve hizmetler, özel mal ve hizmetler olarak sınıflandırmaya tabi tutulması genel kabul görmüştür. Bu pencereden bakıldığında birbirine rakip olan mal ve hizmetler özel mal ve hizmetler, rekabetin yaşanmadığı ve bireylerin mahrum edilemeyeceği mal ve hizmetler kamusal mal ve hizmetler olarak isimlendirilmektedir. Bahsedilen iki türünde özelliğini taşıyan mal ve hizmetlere karma veya yarı kamusal mal ve hizmet ismi verildiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin alınması toplumlara dışsal fayda sağlarken kişilere de bireysel fayda oluşturur (Şener, 1998:57). Bu değerlendirmeler ışığında koruyucu sağlık hizmetlerinin kamusal mal ve hizmet özelliği gösterdiği görülmektedir. Tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal ve hizmet olarak değerlendirilebileceği görülmüştür.

Koruyucu hekimliğin salgın hastalıklar ve kötü alışkanlıklar gibi toplumsal faydanın üst seviyede sağlanmasının amaç edinildiği alanlarda sağlık hizmetleri verdiği bilinmektedir. Verilen bu hizmetler sonrasında diğer bireylerin elde ettiği ve pazarlanamaz olan toplumsal fayda dışsal fayda olarak adlandırılabilir (Uluatam, 1999:33). Sağlık hizmetinde elde edilen toplumsal fayda kişisel faydadan daha yüksektir. Bilhassa bulaşıcı ve kolay yayılan hastalıklarda toplam fayda kişisel faydanın çok üstündedir. Bu açıdan bakıldığında koruyucu hizmetler sadece hizmeti alan birey ve aileler için değil toplumun tamamı için önem taşımaktadır. Bu anlamda dışsallık

kavramı; toplum içindeki bireylerin sağlık hizmetinden bir bedel ödemediği fayda sağlamalarını ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği doğan bu dış faydayı pozitif dışsallık olarak isimlendirmek doğru olacaktır (Nadaroğlu, 1998:62). Sağlık hizmetlerinde bireysel faydası sosyal faydasından az olan mal ve hizmetlerin piyasaya eksik sunulması, sosyal faydası bireysel faydasından büyük olan mal ve hizmetlerin ise aşırı sunulması kaynakların dengeli kullanımını engellemektedir. Sağlık hizmeti toplumsal faydanın en üst seviyede sağlandığı pozitif dışsallığa sahip bir hizmet türü olduğu görülmektedir.

Bu durumda dengenin kurulabilmesi adına kamu müdahalesi kaçınılmaz olmaktadır (Mutlu, 1989:10). Sağlık hizmetlerinin alınması sonucu doğan bireysel fayda toplumsal faydadan daha az olduğundan hizmet üretimi sadece piyasaya bırakılırsa sağlık hizmeti yüksek ihtimal ile eksik üretilecektir. Piyasa üretimi pazarlanabilen ve bireylere dönük yapacağından toplumsal faydaya dönüşecek sağlık hizmetleri üretilmesi azalacak veya hiç üretilmeyecektir. Çünkü tüketici birey şahsına fayda sağlamayan hizmeti toplumsal faydası olsa bile almak istemeyecektir. Sağlık hizmeti kişiler bir bedel ödemese bile dışsallık özelliği gereği bireylerinde fayda görmesi nedeni ile erdemli mallar sınıfında yer almaktadır. Birey sağlık hizmeti seçimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığından bu hizmetin önemini kavrayamayarak toplumsal sağlık sorunlarına neden olabilir. İnsanlar bu konuda kendi tercihleri ile baş başa kaldıklarında tercihlerinden çarpık sonuçlar ortaya çıkar ve bu durumda üretim ve tüketim müdahale edilmesi sonucu ortaya çıkabilir (Uluatam, 1999:39). Bu durum sağlık hizmetlerinde kamu kesiminin daha etkin olmasını açıklamaktadır. Bu etkinlik ve sağlık hizmetleri sonucu ortaya çıkan pozitif dışsallık, sağlık hizmetlerini kamu müdahalesine açık hatta bu müdahalelerin bazen zorunlu olduğu bir alan haline getirdiği bilinmektedir.

Piyasa koşullarında belli hizmetler tüketici tarafından ihtiyaçları karşılama derecesi, yaygınlık, fiyat olarak kıyaslanır. Böylelikle tüketici hangi hizmeti alacağına bu kıyaslama sonucu karar verir. Ancak sağlık ekonomisinde çoğu zaman beklenmedik şekilde ortaya çıkan sağlık hizmeti alma ihtiyacı mevcuttur. Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfidir. Planlanabilen aşılama, koruyucu hekimlik uygulamaları gibi bazı hizmetlerin dışında kalan sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyulacağı bilinemez. İnsanlar aileleri, toplum ve kendi sağlıkları nedeni ile bu hizmeti almak zorunda

kalmakta ya da kendi tercihleri dışında zorunlu olarak almaktadırlar (Çoban, 2009:14). Bu durumda sağlık hizmetleri talepleri tesadüfî oluşmakta ve ikame edilemez katı özellikler gösterdiği anlaşılmaktadır.

Sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireyler özel eğitim almadıkları veya daha önce aynı tecrübeleri yaşamadıkları takdirde hangi sağlık hizmetine nasıl ve ne kadar ihtiyacı olduğu konusunda karar verici olamaz. Hastalardan kendi teşhislerini kendilerinin koyması beklenemez. Bu durumda genel ekonomik sistemde talebi belirleyen tüketici, sağlık hizmetinde talebi belirleme şansına sahip değildir. Sağlık hizmetlerinde arz edenin talep edene göre çok daha fazla bilgisi bulunmaktadır. Sağlık hizmetinde hastalar almış oldukları hizmetin yeterliliğini ve kalitesini ölçme konusunda yeterli donanıma sahip değildirler. Sağlık hizmetlerinin arzını sağlayanlar, talep edenleri yönlendirir ve kendi bakışlarına göre karar vermelerini sağlayabilirler. Bu durum genel ekonomik süreçlerdeki talep tanımlaması ile uyumsuz ve kendine has süreçler ortaya çıkarır (Sur ve Hayran, 1998:36). Sağlık hizmeti sunumunun en önemli unsuru olan hekimlerinin sayılarının azlığı da arz talep dengesi açısından genel ekonomik beklentilerin dışında süreçlerin oluşmasına neden olmaktadır. Bilindiği gibi hizmetleri talep edenler ile arz edenler arasında bilgi açısından yakınlık olması veya bu bilginin kısa sürede öğrenilebilir olması talep edenler açısından faydalı ve ekonomik sonuçlar oluşturmaktadır. Sağlık hizmetinde hizmet sunucularının bilgilerinin hizmeti talep edenlerden çok daha üst seviyede olması arz sunucuları arasında rekabetin ve ekonomik etkinliğin azalmasına neden olmaktadır (Sayım, 2015:8). Sağlık hizmetlerinde talebi sağlık hizmetini sunan belirlediği ve hizmeti sunan ile alan arasında bilgi farkının üst seviyede olduğu bilinmektedir.

1.1.2.Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sosyal Devlet İlkesi

Sosyal devletin tanımını “Devletin sosyal barışı ve sosyal adaleti sağlamak amacıyla, sosyal ve ekonomik hayata aktif şekilde müdahalesini meşru ve gerekli gören bir devlet anlayışıdır.” (Özbudun, 2004:13) şeklinde tanımlandığı bilinmektedir. Başka bir tanımda ise sosyal adaletin sağlanması için eşitlik kavramını toplumdaki tüm fertlere yayacak aktif uygulamalar ve müdahaleler devletini sosyal devleti olarak görebiliriz denilmektedir (Serter, 1994:33). Sağlık hizmetlerinin sunumu yapılırken ülkelere göre farklılıklar oluşmaktadır. Devletler siyasi yaklaşımlar, ekonomik bakış açıları,

toplumsal kabuller ve beklentiler gibi pek çok nedenin etkin olduğu karar verme mekanizmaları sonucu kendilerine has sağlık hizmeti sunumlarını hayata geçirmektedirler. SB ilan ettiği SDP metninde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda devlet, sosyal güvenlik sistemleri, kişisel katkılardan oluşan karmaşık bir yapı olduğu tespitine yer vermektedir (SB, 2003:16).

Klasik iktisadi düşünceenin önde gelen isimlerinden olan Adam Smith devletin ekonomik düzene müdahalesinin sınırlı olması gerektiğini belirtmiş ve devletin eğitim ve sağlık hizmetlerine verdiği desteğin sınırlı olması gerektiğini savunmuştur. Klasiklerin düşüncelerini tenkit eden John Maynard Keynes klasiklerin sandığı gibi ekonominin kendiliğinden oluşan bir dengeye sahip olmadığını ve devlet müdahalesine ihtiyaç duyduğunu savunmuştur (Pehlivan, 2008:23-24). 19. yy’ da batı toplumlarında yaygın olan “Jandarma Devlet” anlayışının tersi sosyal devlet anlayışıdır. Klasik ekonomik anlayışa göre, devletin görevleri savunma, güvenlik ve adalet hizmetlerinden ibarettir. Bu devlet anlayışına göre, devlet bireylerin güvenliğini sağlamalı, ama onların faaliyetlerine müdahale etmemelidir (Giritli, Bilgen ve Akgüner, 1998:24).

II. Dünya savaşından çok önce sosyal sigorta sistemi Bismarck Almanya’sında kurulmuş ve “Refah Devleti (Wohlfahrtsstaat)” kavramı Almanya’da gündeme gelmiştir. Sosyal refah devleti temel olarak sosyal güvenlik, sağlık uygulamaları, eğitim hizmeti, gibi işlerin yanı sıra tam istihdam sağlanması özel sektör uygulamalarını kontrol altına almak gibi pek çok görev üstlenmiştir (Gencay, 1995:2-3). Büyük İktisat Buhranı sonrası ekonomik ve toplumsal gelişmeler klasikler yerine John Maynard Keynes’in görüşlerin doğruluğunu ortaya koymuştur. Gelişen süreçte serbest piyasa ekonomisinin getirdiği aksaklıklar nedeniyle eğitim, sağlık, konut ihtiyacı gibi alanlarda devlet klasik görüşün çizdiği alan dışına çıkmış ve etkin bir rol izlemek zorunda kalmıştır (Pehlivan, 2008:67-68). Sosyal devlet düşüncesinin yaygın olarak yaşama geçmesi keynesyen düşünce ile mümkün olmuştur.

Devletler bu süreçte klasik ekonomik düşünceenin aksine sosyal refahı sağlamak ve gelir dağılımındaki dengeyi gerçekleştirmek için emekli dul ve yetimlere ödemeler yapmak, işsizlik sigortaları kurmak, sakat ve yaşlılara yardım yapmak ile sosyal transferler denen harcamaları gerçekleştirmiştir (Ulusoy, 2007:318). Yani ekonomik anlamda sadece düzenleyicilik yapan devletler yerine vatandaşları için özel harcamalar yapan ve bu

anlamda ekonomiye müdahale eden sosyal devlet anlayışı güçlenmeye başlamıştır (Gökbunar ve Kovancılar, 1998:251-256).

1970’lerde yaşanan ekonomik kriz sonrasında ortaya çıkan neo liberalizmin, krizden çıkış olarak piyasa hareketlerine dayalı ekonomik anlayışı temel alan görüşleri hükümetler tarafından kabul görmeye başlanmıştır. Bu kabul sonrasında devletler tarafından toplumsal ve siyasal alanda yeniden yapılanmalar başlamıştır. “Hantal ve verimsiz kamu tarafından üretilen mal ve hizmetlere karşı, serbest piyasa mekanizmasının daha etkin ve verimli olduğu” savına dayanan neo liberalizm, “değişim ilişkilerinde sağlanacak özgürlüğün, bölüşüm ilişkilerinde adaleti sağlayacağı” görüşünden hareketle, piyasanın nihai olarak herkesin lehine sonuçlar doğuracağı iddiasında bulunmuştur (Elbek ve Adaş, 2009:34). Böylelikle bazı ülkelerde eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi sosyal güvenlik hizmetleri özelleştirilmiştir. Sosyal devlet, yerini piyasa kanalıyla hizmetlerin sunulmasını kolaylaştıran devlet görüşüne bırakmıştır. Küreselleşmenin etkin olmaya başladığı bu süreçte devletin sınırlı ve sorumlu olması fikri yaygınlaşmış, ‘devletin küçültülmesi’ gereğine dikkat çeken düşünceler ağırlık kazanmıştır (Kara, 2009:369-386).

Osmanlı Devleti’nde karşılıklı yardımlaşma, sosyal, aile veya şehir içi yardımlaşma en kuvvetli geleneklerden biriydi. Bu durum devletin vatandaşları için yapması gereken harcamaları ve finansman için ayrılacak kalemleri azaltıyordu. Maddi bir karşılık beklemeden, başkalarına yardım etmek gibi bir düşüncenin mahsulü olan vakıf kurumları, sosyal ve ekonomik hayat üzerinde kolaylaştırıcı etkiler bırakmıştır (Kazıcı, 1985:9). Vakıflar sayesinde birçok mülk, yapı ve tesis istikrara kavuşmuş; değişen şartlara rağmen bu kurumlar hizmet vermeye devam etmişlerdir. Vakıflar bireylere götürülmesi gereken hizmetlerin büyük bir bölümünü kendileri yerine getirerek Osmanlı İmparatorluğu içerisinde sosyal devlet uygulamalarının mali yükünü devlet üzerinden almıştır (Koç, 2004:100).

Sosyal devlet anlayışının Türkiye’de ortaya çıkışı ve gelişimine dair gelişmeler Türkiye Cumhuriyeti Anayasalarında da açıkça görülmektedir. Sosyal devlet anlayışına dair hükümler Cumhuriyetin ilanından sonra ilk Anayasa olan 1924 Anayasasında yer almıştır. 1924 Anayasasında devletin sosyal görev ve sorumluluklarını belirleyen açık hükümler bulunmamakla birlikte Anayasanın 80. ve 87. maddelerinde eğitim ve

öğretimin parasız yapılması konusunda kanuni düzenlemeler yapılmıştır. Pek çok ülke İkinci Dünya Savaşı sonrasında sosyal güvenlik sistemlerini kurmuş ve geliştirmiştir. Ülkemizdeki çalışma hayatından ortaya çıkan emek, sermaye, meslek gruplarının talepleri ile 1940 yılların sonlarına doğru dernekler ve sendikalar oluşmaya başlamış ve bugün hizmet veren SGK'nın ilk hali olan İşçi Sigortaları Kurumu 1946 yılında kurulmuştur (Bayri, 2004:229-256). 1961 anayasasında sosyal devletin görevlerini belirlenerek bu yolda izlenecek ekonomik, sosyal ve kültürel amaçlı politikaları tespit etmenin bir devlet görevi olduğu ifade edilmektedir. 1982 Anayasasında ise devletin bir hukuk devleti olarak kişilerin ve toplumun refah, huzur, mutluluğunun sağlanması görevleri bulunduğu belirtilmektedir. Kişinin temel hak ve hürriyetlerini sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak şekilde sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engellerin kaldırılması gerektiği hükme bağlanmaktadır. İnsanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartların hazırlanmasının devletin temel görevi olduğu belirtilmiştir (Kantarıcı, 2003:81).

Sosyal güvenlik kurumları sosyal devlet uygulamalarının geniş tabana yayılmasında önemli bir hizmet aracı konumundadır. Bu kurumların toplumdaki yoksul ve muhtaç kişilerin ihtiyaçlarına çözüm bulunması ve bireylerin yaşamlarını çeşitli risklere karşı ekonomik güvence altına alınmasını amaçladığı belirtilmektedir (Alper, 2003:144).

Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi içerisinde kendine özgü ve önemli kurgusal sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunların çözümü için sistemin yeniden yapılandırılma ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. Sisteme ilişkin reform tartışmalarının 1990'lı yıllardan sonra hız kazandığı görülmektedir. 1992 yılında Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun çıkarılmıştır. Bu kanun ile hiç bir sosyal sandığın güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, GSS uygulamasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanması hakkında düzenlemeler yapılmış ve sosyal devlet uygulamalarının alanı genişletilmiştir (Resmi Gazete, 1992:21273). Sonrasında sosyal güvenlik sistemindeki sorunların sistemin yeniden yapılandırılması ihtiyacını doğurduğu anlaşılmaktadır. 1999 yılında 4447 sayılı kanunla ciddi düzenlemeler yapılsa da sistemin finansal sorunları çözülememiştir (Gümüş, 2007:20). Ayrıca 2006 yılında çıkartılan ve tüm yönleri ile

2012 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu bu alanda önemli bir aşama olarak görülmektedir. GSS ile sigortalardan yararlanacak kişiler ve bu kişilere sağlanacak haklar, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılama yöntemleri belirlenmiştir. GSS'nın işleyişi ile ilgili usûl ve esaslar düzenlenerek genel bir sağlık sigortası sistemine geçiş yapılmıştır (Resmi Gazete, 2006:26200).

1.1.3.Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile alakalı yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık hizmetlerinin finansmanın ülkeden ülkeye uygulanan sağlık ve maliye politikaları türüne göre farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Ülkeler kamu kaynaklarının oluşturduğu, çalışanlardan elde edilen primlerin kullanıldığı, özel sağlık sigorta birikimlerinin ve sigorta harici bireylerinin doğrudan ödeme yaptıkları sistemleri kullanmaktadırlar. Ülkelerin sayılan sistemlerin bir tanesini veya karma olarak birkaçını veya tamamını kullandıkları görülmektedir. Finansman yöntemi olarak ağırlıklı kullanılan yöntemin ülkenin sağlık hizmetlerinin nasıl verileceği yönündeki görüşünü belirlediği görülmektedir.

Ancak her ne olursa olsun kişinin sağlık hizmetine ne zaman ihtiyacı olduğunun bilinmemesi nedeni ile bir başka kurum veya şirketin ödeme yaptığı hizmeti veren ve alan dışında üçüncü taraflarında sürece dahil olduğu sistemler ağırlık kazanmıştır (Tatar, 2011:105-129).

Bu finansman yöntemleri değerlendirilirken ilk olarak iki kola ayrılabilceği görülmektedir. Bunlardan birincisi kamunun ağırlık kazandığı vergi, pirim vb. araçlarla toplanan tutarlarla oluşturulan kamu kesimi finansman yöntemleridir. İkincisi ise kişilerin kendi imkan ve tasarrufları ile kamu finansman yöntemleri dışında kalan özel sigortalar, sağlık tasarruf hesapları vb. yöntemlerle oluşan özel kesim finansman yöntemleridir (Güleç ve Oğur, 2010:86-96).

Kamu kesimi finansman yöntemlerinden ilki kamu kaynaklı finansman yöntemidir. Bu finansman yönteminin asıl kaynağı toplanan vergiler ile diğer kamu kaynaklarından aktarılan paylar sonucu oluşturulan tutarların sağlık harcamalarında kullanılması temel amaç edinilmiştir. Bu yöntemle elde edilen tutar ya tüm bireyler için eşit şekilde harcanmakta veya pirim ödeme imkânı olmayan ve özellikli bireyler için

harcanmaktadır. Bu uygulamada toplanan tutarlar halk sağlığı hizmetleri, aşılama hizmetlerinde yoğun olarak kullanılmaktadırlar. Ayrıca 18 yaş altı bireylerin ve pirim ödeyecek gücü olamayan kişilerin sağlık harcamaları bu tutarlarla karşılanmaktadır.

Kamu kesimi finansman yöntemlerinden ikincisi prime dayalı finansman yöntemidir. Bu yöntemde en fazla primi toplayan ve harcayan sosyal güvenlik kurumları yine en fazla açık veren kurumlardır. Bu sistemle çalışanlardan elde edilen primler ortak bir güvenlik havuzunda toplanmakta hasta ile hekim arasındaki üçüncü kişi rolü sosyal güvenlik kurumlarına verilmektedir. Çalışan her birey ilgili sosyal güvenlik kurumları vasıtası ile sağlık hizmetlerini almaktadır. Bu sistem daha çok ayaktan veya yatarak tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmaktadır. Bu sistemi tüm ülkelerde görmek mümkündür. Ayrıca bu sisteminin toplam sağlık harcamalarında ki payı artış göstermektedir (Şenatalar, 2003:28).

Özel kesim finansman yönteminin iki temel ayağı bulunmaktadır. Bunların ilki özel sağlık sigortası yöntemidir. Bu yöntemle tıpkı kamunun topladığı primler gibi kişilerin veya kurumların oluşabilecek sağlık sorunlarına karşı kendilerini özel sigorta kuruluşlarına sigortalatmasıdır. Böylece kişiler veya kurumlar kamunun sağladığı imkânlarla ek imkânlarla kavuşmaktadırlar. Bu sistem ancak ek katkı sağlayabilecek kişilere hizmet vermektedir. Böylelikle kişiler daha kaliteli, daha hızlı ve sosyal sigortaların kapsayamadığı alanlarda bile sağlık hizmeti alabilmektedirler (Öz, 2008:15). Söz konusu sistemde hasta ile hekim arasında üçüncü kişi rolü özel sağlık sigortası kuruluşlarına düşmektedir. Bu sistemde toplanan primler ve özel sağlık sigortası sözleşmesi ile bireylerin sağlık giderlerini karşılanmaktadır. Yine bu kolda değerlendirilebilecek olan tıbbi tasarruf hesabı uygulamaları gündemde olan bir yöntemdir. Bu yöntemle bireylerin hesaplarında zorunlu veya gönüllü olarak topladıkları tutarlar sağlık hizmeti alımında kullanılmaktadır. Böylelikle toplanan tutarlar zamanı gelince kişinin sağlık harcamalarına kullanılmaktadır (Güvercin, Mil ve Tarım, 2016:85).

Özel kesim finansman yöntemlerinin ikinci ayağı ise sigorta harici bireysel olarak yapılan ödemelerdir. Bu kapsamdaki ödemeleri kişi kendi cebinden yapar yani üçüncü bir taraf yoktur. Bu sistemde bir sağlık güvencesinden bahsetmek mümkün değildir.

Kullanıcı katılım ve katkıları (muayene ve ilaç katkısı) bu anlayış üzerinde değerlendirilmektedir.

Hastalık risklerine karşı kamu kesimi finansman araçlarının yaygınlaşması ve kapsamının genişlemesi sigorta harici bireysel yapılan ödemeleri azaltmaktadır. Fakat 1970'lerden sonra uygulamaya başlanan Neo Liberal sağlık politikaları kamu kesimi finansmanında azalmalar öngörüldüğünden sigorta harici bireysel yapılan ödemelerde artışlar meydana geldiği görülmektedir.

sigorta harici bireysel yapılan harcamalar kapsamına, sosyal güvence kapsamı dışındaki sağlık hizmetleri (Estetik cerrahi vb.) uzun bekleme süreleri olan hizmetler, özel diş hekimliği hizmetleri, özel testler, ilaç payları, muayene katılım ücretleri vb. hizmetlerden oluşmaktadır. Ayrıca hastaların özel ilgi görmek amaçlı gönüllü olarak sağlık hizmeti sunan kişilere aldıkları hediyeler ve ödedikleri tutarlar girdiği anlaşılmaktadır (Yaşar, 2008:18-19).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile alakalı olarak SDP incelendiğine belli tespitleri yapıldığı görülmektedir. Bu kapsamda SDP'na göre bu anlamda ülkemizde iki temel taraf söz konusudur. Bunlardan ilki finansmanın tamamen kamu kaynaklarından, diğeri ise hizmeti talep eden bireyler tarafından karşılanmasıdır. Türkiye bu iki uç arasında karma bir yapıya sahiptir. Türkiye'de sağlık harcamalarının devlet bütçesi, sosyal güvenlik kurumları ve bireylerin kişisel harcamaları olarak üç temel kaynağı vardır. Sağlık finansmanının şekli ve durumu ile ilgili SDP metninde belli tespitler yapıldığı görülmektedir.

Devlet, bir taraftan ağırlıklı olarak sağlığı finanse ederken diğer taraftan da hizmet sunumunu gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Devlet dolaylı olarak, tahmin edilenin çok üstünde kaynağı bu sektöre aktarmaktadır. Sektörün karmaşık yapısı ve yönetiminden dolayı bu kaynakların kullanımı kontrol edilememekte ve kaynak ihtiyacı sürekli arttığı görülmektedir (Akdağ, 2003:5).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda hangi yöntem seçilirse seçilsin bu seçenekler ile hizmet sunumu arasında farklı eşleştirmeler yapılabilir. Sadece vergi ile desteklenen bir sistemde sağlık hizmeti üretim ve sunumu kamu sağlık kuruluşlarınca gerçekleştirilebilir. Hizmetlerin kamu sağlık kuruluşlarınca gerçekleştirildiği bir

sistemde kamu sigortacılığı da uygulanabilir. Bu iki düzende de özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alınabilir. Kurgulanacak tüm sistemlerde sistem içindeki oyuncuların davranış amaçları ve sistemin kolaylaştırıcı ve zorlayıcı yanları bulunmaktadır. Sağlık hizmetinde hangi sistem belirlenirse belirlensin sistemlerin ölçülmesi için en temel ölçütler etkinlik ve hakkaniyet olarak belirlenmelidir (Şenatalar, 2003:28).

1.1.4.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

DSÖ'nün tanımlarından ve 224 sayılı kanun metninden anlaşılacağı üzere; sağlık hizmeti sadece hastalara sunulan bir hizmet olmakla kalmayıp, “İnsan sağlığına zarar veren faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması” amacıyla gerçekleştirilen çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç temel hizmet türünden oluştuğu görülmektedir (Fişek, 1983:1).

Koruyucu sağlık hizmetleri bireye ve çevreye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılabilir. Bu hizmetler diğer sağlık hizmetlerine göre maliyeti düşük ve tüm toplumu etkilediği için, etki alanı yüksek hizmetlerdir. Bu anlamda bakıldıklarında kamu yararının çok üst düzeyde olduğu görülmektedir. Ayrıca bu tip hizmetler kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilmektedir. Genel olarak birinci basamak veya temel sağlık hizmetleri olarak değerlendirilebilirler (Bulutoğlu, 1981:297).

Bu tanımın dışında koruyucu sağlık hizmetlerinin kişilerin hastalıktan, yaralanmaktan ve erken ölmekten korumak amacıyla verilen hizmetler olarak tarif edildiği de görülmektedir. Ayrıca bu amaçla bireye ve çevreye yapılan tüm müdahalelerde bu hizmet içerisinde sayılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde temel unsur toplumun sosyal ekonomik ve kültürel yönden kalkındırılarak hastalıklara neden olan etkenleri ortadan kaldırmayı veya azaltmayı amaçlamaktadır (SB, 2001:2).

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık personeli tarafından verilen aşılama, beslenme eğitimi, sağlık eğitimi vb. hizmetler olarak sıralandığı görülmektedir. Böylelikle sağlıklı bireylerin, sağlıklı bir toplum oluşturacağı varsayılmaktadır. Bu açıdan bakıldığında bu hizmetlerin önemli bir dışsallığa sahip olduğu görülmektedir

(Çoban, 2009:16). Koruyucu hekimliğin daha çok çevreye dönük hizmetler kısmında ise salgın hastalıklarla savaş, çevre ve hava kirliliği ile mücadele, temiz su sağlanması, oluşan ve oluşabilecek salgın hastalıklara karşı önlemler alınması, gıda güvenliğinin sağlanması gibi hizmetler sayıldığı görülmektedir.

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin büyük kısmı aile hekimleri tarafından verilmekte ve organize edilmektedir. Görüldüğü gibi koruyucu sağlık hizmetlerinde amaç hastalık ortaya çıkmadan önce hastalığın oluşmaması için gerekli önlemlerin alınması esasına dayanmaktadır. Bu hizmetlerin finansmanı kamu tarafından sağlanmaktadır. Kişilerin ödeme imkânı dikkate alınmadan beklenen en üst düzey fayda için kamu finansmanı gücü kullanılarak hizmet verilmektedir. Verilen hizmetler bölge ve grup farkı gözetilmeksizin bölünmez şekilde üretilmektedir. Bu hizmetlerin maliyeti olası bir hastalık salgınına göre çok daha düşük olmaktadır. Koruyucu hekimlik hizmetlerinden aşılama hizmetlerinin maliyeti çok düşük olmasına rağmen çok yüksek bir dışsal fayda sağladığı anlaşılmaktadır (Bulutoğlu, 1981:298).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri bedensel açıdan sakat kalmış veya ruhsal açıdan desteğe ihtiyacı olan bireylerin, üçüncü kişilere ihtiyaçları olmadan hayatlarını kendi başlarına sürdürebilmelerini sağlamak amaçlı verilen sağlık hizmetlerinin genel adı olarak tanımlandıkları bilinmektedir (Öztek, 2001:297).

Rehabilitasyon hizmetleri ele alındığında tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri adı altında iki koldan oluştuğu görülmektedir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, hastalık yada kaza sonucu oluşan sakatlık ve kayıplar ile kaybedilen çalışma gücünün yeniden sağlanması için sağlık personelleri tarafından verilen hizmetlerdir. Fizik tedavi uygulamaları, protez ve destek cihazı ve benzeri uygulamaları bu kapsama girmektedir. Sosyal rehabilitasyonun ise bireylerin yaşadıkları ruhsal ve duygusal sorunların çözülmesinde bireylere destek olmak gibi bir amaç taşıdığı bilinmektedir. Bireylerin kötü alışkanlık sonucu edindikleri bağımlılıkların ardından topluma kazandırılabilmesi için verilen hizmetler bu kapsamda değerlendirilmektedir. Bağımlılık destek hizmetleri, yeni işe uyum sağlama vb. hizmetler bu kapsamda değerlendirilmektedir (Öner, 2017:7). Her ne kadar rehabilite edici sağlık hizmetlerin bireye ve topluma faydası olsa da sağlık hizmetleri kanununda belirtildiği üzere, bu tip hizmetler 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel

Kanununa göre ücrete tabi tutulmuş ve tedavi masraflarının kayıtları oldukları sigorta şirketlerinde veya kurumlarında tahsili esasa bağlanmıştır (Resmi Gazete, 1987:19461). İlgili kanunda bahsi geçen hizmetlere ücret tahakkuk ettirildiğinden bu yönüyle koruyucu sağlık hizmetleri özelliklerinden ayrılmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir sebepten dolayı rahatsızlanan bireylerin tekrar eski sağlığına dönebilmesi için yapılan tüm çalışmaların genel adı olarak tanımlandığı görülmektedir. Bu hizmetler nerede ve nasıl veriliyor olursa olsun ana özelliği tamamen sağlık personeli ve sektörece verilen hizmetler olduğu anlaşılmaktadır (Akdur, 1999:6). Bu hizmet hastalığın ortaya çıkması, tanı ve teşhisi, tedavi edilmesi gibi aşamaların tümünü içine almaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri üç farklı bölümde ele alınabilir. Bunlardan ilki birinci basamak tedavi hizmetleridir. Bu hizmet evde veya sağlık kuruluşlarında hasta yatırılmadan ayaktan tanı ve tedavisinin düzenlenme şeklindedir. İkinci basamak tedavi hizmetleri ise hastanelerde evde veya diğer sağlık kuruluşlarında tanısı yapılmış, hastaların tedavisinin hastanede yatarak sağlanmasıdır. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri ise ileri tahlil ve özel bakım ihtiyacı olan hastalar için verilen sağlık hizmetleri olarak sınıflandığı görülmektedir (Gündüz, 2002:3).

Tedavi edici sağlık hizmetleri değerlendirildiğinde sağlık hizmeti açısından daha yüksek maliyetli olan özel laboratuvar işlemleri, görüntüleme süreçleri, büyük cerrahi müdahaleler, kanser gibi tedavisi meşakkatli olan tedaviler, yoğun bakım gibi birçok tıp dalını ilgilendiren özel aletlere ihtiyacı olan süreçler düşünülmelidir. Bu hizmetler genelde koruyucu hizmetlerin yeterli verilememesinden doğan sonuçları, düzeltmek amaçlı hizmetlerdir. Daha açık bir ifade ile yeterli fiziksel ve sosyal ortam bulamayan, sağlıklı yaşam biçimi geliştiremeyen bireylerin yaşadığı toplumda çok daha fazla ve karmaşık sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu sorunların çözümü özel bilgi ve beceri gerektiren tedavi edici sağlık hizmetleri ile giderilmeye çalışılmaktadır. Bu sebepten dolayı kamu sağlık otoritesini bu alana özel önem vermek zorunda kalmaktadır. Harcamaların ve yatırımların büyük bir kısmı bu alan için yapılmaktadır. Sağlık hizmeti denince akla ilk tedavi edici hizmetler kavramının gelmesinin ana nedeni bu uygulamalar olduğu görülmektedir (Gündüz, 2002:4).

Bu hizmetler koruyucu hizmetler gibi ücretsiz değildir. Hem sosyal güvenlik kurumları vasıtası ile devletin hem de diğer sigorta şirketleri vasıtası ile bireylerin maliyetlerine

katlandığı hizmetlerdir. Bireylerin çalışma gücündeki geçici ya da sürekli kayıpların kişiye yeniden kazandırılmasını ve fayda oluşmasını tedavi edici sağlık hizmetleri sağlamaktadır. Bu tedavi yönteminin koruyucu sağlık hizmetlerine göre, daha çok bilgi teknik kapasite isteyen pahalı süreçler olduğu ifade edilmektedir (Tokalaş, 2006:23). Bu hizmet türü kamunun faydasından daha çok bireysel faydayı hedef almaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri sosyal faydası açısından değerlendirildiğinde bireyin verimliliğin artırdığı ve ortalama ömrü uzattığı görülmektedir. Bu durumda kısmen milli gelire katkısı olduğu söylenebilir (Gümüş, 2012:11). Tedavi edici sağlık hizmetleri her ne kadar bireylerin faydasını hedef alsa da hastalıkların neden olduğu negatif dışsallıkların önlenmesi açısından topluma pozitif dışsallık sağlamaktadır (Çoban, 2009:18).

1.2.Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

1.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem Sağlık Hizmetleri

Selçuklu Devleti ve Osmanlı İmparatorluğu zamanında sağlık konusu önem verilen bir hizmet alanı olarak belirtilmiştir. Tıp bilgisinin ve uygulamalarının gelişimi için bu konuda eğitim veren kurumların kurulması teşvik edilmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetleri genel olarak darüşşifa ismi verilen kurumlar ve benzerleri tarafından verilmiştir. Bu tip kurumların genelde zenginler tarafından yaptırılıp, bu kurumlara vakfedilen gelir getirici işletmeler sayesinde ayakta durduğu anlaşılmaktadır. Bu kurumlarda din, dil, ırk ayrımı yapılmadan ücretsiz sağlık hizmeti verilmiştir. Aynı kurumlarda ülke dışından gelen hekimlerde çalıştırılmıştır (Şeker, 1997:162-163). Bu dönemde özel hekimlik çok yaygın olarak sağlık hizmeti sunmaktaydı, maddi olarak güçlü olan insanların 20.yy başlarına kadar evlerinde sağlık hizmeti aldıkları bilinmektedir (Çavmak ve Çavmak, 2017:48).

Selçuklu Devleti ve Osmanlı İmparatorluğu döneminde hekimler usta çırak anlayışı ile yetiştirilmiştir. Bu anlayış 1827 yılında Cerrahhane-i Amire kurulması ile modern tıp eğitimi anlayışına dönüşmüştür. Aynı dönemlerde sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasında başkent dışındaki yerlerde darüşşifalar başkentte ise hekimbaşılık idari ve uygulama alanları olarak öne çıktığı görülmektedir (Dirican ve Bilgel, 1993:535).

Fatih Sultan Mehmet'in kurduğu hekimbaşılık bugőn ki SB'na denk bir yetkiye sahip olmuştur. Hekimbaşı, vakıf, özel, resmi tőm sağlık hizmeti veren kuruluşları denetmekle gőrevlendirilmiřtir. Lőzumu halinde hastane ağmak, kapatmak, hekim atamak hekimbaşının görevleri arasındadır (SB, 1992:11).

Tanzimat Fermanının ilanından sonra sağlık hizmetlerinde de yeni bir döneme geğilmiştir. II. Abdőlhamit döneminde açılan Hamidiye hastaneleri fakir ve kimsesizler için sağlık hizmeti sunmuştur. Aynı kişilerin yaşadıkları mahallerde hastane olmaması durumunda askeri hastanelerden sağlık hizmeti almalarına mősaade edilmiştir. Başkentte ihtiyaç sahibi olanların sağlık ve bakım hizmeti alabilmeleri için 1896 yılında Darőlaceze kurulmuştur. Osmanlı İmparatorluğu döneminde herkese ulaşabilen yaygın bir sağlık teşkilatı kurulamadığı anlaşılmaktadır (Őlman, 2011:180).

1.2.2. Kuruluş Dönemi Sağlık Hizmetleri (1920-1923)

SB, Tőrkiye Bőyők Millet Meclisi'nin açılışından sonra 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 numaralı Kanun ile "Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekāleti" (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) adı ile kurulmuştur. İlk sağlık bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Dönemin şartları dolayısıyla daha çok savaş sőreci ve sonrasında oluşan durumların organizasyonu ile ilgilenilmiştir. Kurtuluş savaşının verildiği gőnlerde bile SB'nın kurulmuş olması, bu konuya verilen őnemin bir gőstergesidir (Akdağ, 2011:19). Bu dönemde en bőyők problemlerden biri olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için bőyők gayret gösterilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri őnemsenmiřtir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin yőkő yerel yöneticilere bırakılmıştır. Meclis hőkőmetinin savaşı őncelemiř olması sağlık hizmetine yeterli önem verilememesine neden olmuştur. Fakir hastalar için ücretsiz muayene yapan hőkőmet tabiplikleri kurulmuştur. Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanı için sandıklar oluşturulmuş, işçi ve işverenden belli bir katkı payı alınarak, bu sandıkların işletildikleri görölmektedir (Fişek, Özşuca ve şuğle, 1997:15-16).

1.2.3. Kurumsallaşma Dönemi Sağlık Hizmetleri (1923-1946)

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin geniş kitlelere sunulmasında ve geliştirilmesinde en bőyők engel yeterli sayıda yetişmiş sağlık personelinin bulunmamasıdır. Bu nedenle devlet sağlık personelinin yetiştirilmesi ile alakalı yeni uygulamalara geçmiştir. Doktor

yetiştirmek amacıyla tıp fakülteleri önemsenmiş ve tıp talebe lojmanları açılmıştır. Çalışma saatleri düzenlenmesi amacıyla 1924 yılında hekimler için mecburi hizmet şartı getirilmiştir. Çalıştıkları yerde de lojman imkânı tanınmıştır. Böylelikle hekim sayısında hissedilir derecede artış meydana geldiği anlaşılmaktadır (Fişek, zşuca ve şuğle, 1997:159-160).

Koruyucu hekimliğin daha sağlıklı yürütülmesi adına, 1928 yılında “Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur. Enstitü, bakteriyolojik tahlil ve kontrol, kimya, aşı, serum, BCG viroloji ve virüs açıları gibi çeşitli bölümler içermekteydi. Bu dönemde aşı üretiminin yapılabiliyor olması çok önemli bir gelişme olarak kayda geçirilmiştir. 1923-1937 yılına kadar sağlık bakanı olan Dr. Refik Saydam yurdumuzda sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesinde katkı sağlamıştır. SB’nın elindeki verilerden, 1923 yılında, hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurluklarının içinde olduğu 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 56 sağlık memuru ve 136 ebe ile hizmet verildiği anlaşılmaktadır (Akdağ, 2011:19).

Dr. Refik Saydam’ın yrttğu sağlık politikası dört temel üzerine inşa edilmiştir. Bunlardan ilki sağlık yönetimi ve planlamasının tek elden yönetilmesidir. İkincisi merkezi yönetiminin koruyucu hekimlik hizmetlerini, yerel yönetimlerin tedavi edici hekimlik hizmetlerini yürütmesidir. nc temel ilke ise tıp fakültelerinin ve sağlık personeli eğitiminin cazibenin artırılması ile bu konudaki eksikliğin tamamlanma çabasıdır. Son temel ise ülkede yaygın olarak görülen sıtma, frengi, verem, cüzzam gibi hastalıklarla etkin mücadeledir. Bu temeller kullanılarak verilen hizmetler geniş bölgede tek amaçlı hizmet ve dikey örgütlenme modeli olarak adlandırılmaktadır. Yapılan yasal düzenlemelerle koruyucu hekimlik kavramı getirilmiş, ile tabiplikleri kurulmuş, muayene ve tedavi evleri açılmış, hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştır. İlk yıllarda yerel yönetimlere verilen tedavi edici sağlık hizmetlerinin sorumluluğu yavaş yavaş SB’nca üstlenmeye başlanmıştır. Bu uygulamanın bir yansıması olarak 1924-1946 yılları arasında Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas, İstanbul (Haydarpaşa), Trabzon illerinde numune hastaneleri adıyla merkezi yönetime bağlı hastaneler açılmıştır (Akdağ, 2011:20). Günümüzde de etkileri halen güçlü şekilde hissedilen halk sağlığı uygulamalarının temelleri bu dönemde atılmıştır. SB’nın görev, yetki ve

sorumluluklarını tam olarak ortaya koyan yasal düzenlemelerde bu dönemin ürünleridir. Salgın hastalıklarla mücadelede önem veren dikey örgütlenme modeli benimsendiği görülmektedir (OECD, 2008:32).

1.2.4. Milli Sağlık Dönemi Sağlık Hizmetleri (1946-1960)

Geliştirilen Milli Sağlık Planı 1946 yılında hükümet tarafından onaylanmıştır. Bu plan ile ülkemizdeki sağlık hizmetinde yeni bir döneme girilmesi hedeflenmiştir. Dr. Behçet Uz'un SB'ndan ayrılmasıyla, hükümet tarafından kabul görülmesine rağmen ilgili plan kanunlaşamamıştır (Akdağ, 2011:21). İkinci Dünya Savaşı'nın bitmesiyle, dünya ekonomisindeki hızlı kalkınma dönemi, ülkemizi de etkilemiştir. Artan ekonomik refaha bağlı olarak halkın sağlık hizmetlerindeki beklentisi yükselmiştir. Bunun bir neticesi olarak yerel yönetimlerin sunduğu tedavi edici sağlık hizmetleri yetersiz kalmaya ve ihtiyacı karşılamamaya başlamıştır. Bu olayların tetiklemesi ve 1950'li yıllarda Demokrat Partinin iktidar olması ile sağlık politikaları değişmeye başladığı görülmektedir (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1997:163).

Milli Sağlık Planı yeni dönemin Sağlık Bakanı Dr. Kemali Beyazıt geri çekilmiş ve yasalaşamamıştır. Ancak Milli Sağlık Planı yasal metin haline getirilmese de içerdiği değişimlerden büyük bir kısmı sağlık yapılanması içerisinde hayat bulmuştur. İhtiyacı karşılamayan yerel yönetimlere bağlı yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır. Her kırk köyü kapsayan on yataklı sağlık hizmet birimleri kurularak, bu alandaki ihtiyaçlar karşılanmaya çalışılmıştır. Dönemdeki nüfusun artırılması politikalarının bir gereği olarak çocuk ölümlerinin önlenmesi için ana çocuk sağlığı merkezleri kurulmuştur. Bu çalışmaların neticesinde 1950 yılında 43.6 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi ortalaması 1975 yılında 59.7 yıla çıkmıştır. Bu dönemin başka bir uygulaması da ülkenin 16 sağlık bölgesine ayrılması ve bu merkezlerin nitelikli tedavi-sağlık hizmeti verilmesinin sağlanmasıdır. Yine aynı dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanması için sağlık bankasının kurulması, halkın bir ücret karşılığında sigortalanması esas kabul edilmiştir. Ödeme gücü olmayanların sağlık harcamalarının ise il özel idaresi tarafından karşılanması karara bağlanmıştır. Bu dönemin sonuna doğru hizmete ihtiyacı olan vatandaşlar sağlık hizmetlerinin yoğunlaştığı merkezlerden yeterli hizmet alamadıklarından şikâyetçi olmuşlardır. Bu durum sağlıkta yeni bir politikanın kapısını açmıştır. Bu politika

hastanın sağlık hizmetlerinin verildiği yere gelmesi yerine, sağlık hizmetlerinin hastanın olduğu yere götürülmesi şeklinde özetlenmektedir (Akdağ, 2011:20-22). Bu dönemde Türkiye’deki bireylerin entegre sağlık hizmeti alabilmesi için sağlık ocakları kurulmuş ve yaygınlaştırılmıştır. Sağlık hizmetindeki kalitenin artırılması için SB’nın hizmet sunumundaki rolü artırılmıştır. Sağlık finansmanının sürdürülebilir olması adına SSK ve diğer sandıkların kurulması karara bağlanmıştır (OECD, 2008:32).

1.2.5. Sosyalizasyon Dönemi Sağlık Hizmetleri (1960-1980)

27 Mayıs 1960 darbesinden sonra sağlık hizmetlerinde planlı döneme geçildiği savunulmaktadır. Planlı dönem, ihtiyaçların geleneksel ve gelişigüzel önlemlerle çözülemeyeceğini temel almıştır. 1961 Anayasasında sağlıkla ilgili hükümlere yer verilmiştir. Ayrıca 224 sayılı ”Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” un çıkarılmıştır (Resmi Gazete, 1961:10705). 1961 Anayasasında, ”sosyal devlet” ilkesinin benimsenmesi ile başlayan dönemde sosyal güvenlik sistemi, primli-primsiz olarak adlandırılabilcek iki farklı yöntemin yer aldığı karma bir yapıya büründüğü görülmektedir. 1961 Anayasasının 48.Maddesinde, herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve devletin bu hakkı sağlamakla görevli olduğu hükme bağlanmıştır. Primli sistem açısından ilk reform,1964 tarihinde düzenlenen 506 sayılı ”Sosyal Sigortalar Kanunu” (Resmi Gazete, 1964:11766) ile SSK’nun kurulmasıyla gerçekleştirilmiştir. Ardından 1971 tarihinde ”Bağ-Kur” adı ile anılan daha çok esnaflara hizmet veren sandık kurulmuştur. T.C. Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur kurumlarından başka, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nun geçici 20. Maddesine göre ticaret ve sanayi odaları üyelerine, ek olarak yardım sağlayan özel sandıkların kurulmasına izin verilmiştir (Fişek,  zşuca ve şuğle, 1997:12-139). 224 sayılı ”Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” (Resmi Gazete, 1961:10705) sayesinde özellikle kırsal alana daha çok ve daha kaliteli hizmet götürülmesi hedeflenmiştir. Bu kanunla modern sağlık yönetimi ilkelerine uygun olarak koruyucu hekimliğe öncelik verilmiş ve tedavi hekimliğinin bunu tamamlayıcı nitelikte olması öngörülmüştür. Böylelikle sağlık hizmetlerinin ülkenin her alanına götürülmesi amaçlanmıştır. Sağlık hakkının sosyal devlet anlayışının gereği olarak, anayasal güvence altına alınması ve hazırlanan beşer yıllık dönemleri kapsayan planlarda yer alması bu dönemin önemli gelişmelerindendir. Sağlık evi adı verilen ve her 2500 kişilik

bir nüfusa hitap eden birimler kurularak sağlık hizmeti vatandaşın ayağına götürülmüştür. Sağlık evleri bir köy ebesi tarafından yönetilmiştir. Başlıca doğum, ana çocuk sağlığı ve koruyucu hekimlik alanında etkinlik göstermiştir. Sağlık evinin bir üstü olan sağlık ocağı ve sağlık merkezleri ise daha üst düzeyde kadroya ve donanımına sahip üniteler haline getirilmiştir. Bu kademeli yapı ile temel sağlık hizmetlerinin uzak yerleşim birimlerine kadar ulaştırılması hedeflenmiştir. Hastaların büyük yerleşim merkezlerine akması önlenmek istenmiştir. Sağlık hizmetlerinin vatandaşın ayağına götürülmesi için, koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici sağlık hizmetlerinin uyumlu bir biçimde yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Bunun için, acil vakalar dışında bu merkezlerinin içerisinde yer aldığı sevk zinciri uygulamasına geçilmiştir. Sevk zinciri ile yerinde tedavi olabilen hastaların, büyük merkezlerdeki sağlık kurumlarına yığılmasının önlenmesi amaçlanmıştır. Ancak sağlık hizmetlerinin en büyük bölümünü elinde tutan ilgili bakanlık bütçesine genel bütçeden ayrılan pay bu işlemler için yeterli olmamıştır. İlgili bütçesi artırılması gerekirken azaltılmıştır. Bu nedenlerden ve istihdam edilemeyen personellerden kaynaklı sorunlardan dolayı program başarılı olarak uygulanamadığı anlaşılmaktadır (DPT, 1989:91).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, hizmetin cazibesini yitirmesiyle büyüyen personel açığı, “tam gün çalışma” yasası (Resmi Gazete, 1978:16341) ile giderilmeye çalışılmıştır. 1978 yılı sonunda çıkarılan bu yasayla, kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin, serbest çalışması yasaklanmış ve sağlık alanında çalışan tüm personele belli bir tazminat ödenerek, kamu sağlık hizmetlerinin çekiciliği artırılması hedeflendiği görülmektedir. Türkiye’de 1978’de başlatılan “tam gün uygulaması”, hastanelerin hekim açığını, bir yandan hekimlerin ücretlerini arttırırken bir yandan da muayenehanelerini kapatma zorunluluğu koyarak gidermeyi amaçlamıştır. Ancak, başarılı olanlar yerine, tüm sağlık personelinin ödüllendirilmesi, hekimlerin ücretlerinin yeterli miktarda yükseltilememesi ve hastaneyi bırakıp muayenehaneyi tercih etmelerine neden olduğu savunulmaktadır. Ayrıca açık bulunmayan sağlık personelinin (eczacı, diş hekimi, hastabakıcı) ve idari personelin maaşlarının çok artırılmasının da söz konusu personelin hastanelerde aşırı istihdamına sebep olduğu savunulmaktadır (Bulutoğlu, 1971:291).

Bu dönemde yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir anlayışa geçilmesi hedeflenmiştir. Küçükten büyüğe doğru sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Önceki dönemin dikey örgütlenme ilkesi zayıflatılmıştır. 1965'te 554 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" (Resmi Gazete, 1965:11976) ile önceki dönemlerde yürütülen nüfus artırıcı (Pro-natalist) politikadan vazgeçilerek nüfus azaltıcı (anti-natalist) politikaya geçilmiştir. Yeni birimler açılarak geniş bölgede tek yönlü hizmet ilkesi yerine dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı benimsendiği ifade edilmektedir (Akdağ, 2011:23).

1.2.6. Yeni Dönem Sağlık Hizmetleri (1980-2002)

Türkiye'de 1982 Anayasası ile sosyal devlet ilkelerine uygun olarak vatandaşların sağlık hizmeti alması güvence altına alınmıştır. İlgili Anayasanın 56. maddesinde "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" hükmü getirilmiştir. Aynı Anayasanın 60. maddesi "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar" demektedir (Akdağ, 2011:23-24). 24 Ocak 1980'de dönemin hükümeti tarafından ekonomi alanında alınan kararlar sağlık hizmetlerinin sunumunu da etkilemiştir. Bu dönemde liberal politikalar uygulanan gelen devletçi politikaların alternatifi olarak ortaya çıkmıştır. 1980 Anayasasında zikredilen devletin özel kesimdeki sağlık kurumlarından da yararlanacağı beyanı, bunun ilk işareti olarak algılanmaktadır. Liberalleşmenin sonucu olarak 1980'li ve 1990'lı yıllar boyunca sağlık hizmeti alanında sosyal devlet uygulamalarının önemi azalmıştır. Ekonomideki kamu payının azaltılması, özel sektörün teşvik edilmesi, sosyal devlet uygulamalarının içeriğinin zayıflatılması devletin sağlık alanında üstlendiği hükümlülüklerden kısmen vazgeçmesi sonuçlarını doğurmuştur. Kamu kaynaklarının yetersizliği ve kamu işletmeciliğinin sorunları nedeniyle özel sektör işletmeciliğinin daha verimli ve başarılı olacağı inancı gelişmiştir. Dikkatli incelendiğinde 1961 Anayasasında vatandaş için vazgeçilmez bir hak olarak tanımlanan sağlık hakkı 1982 Anayasasında sadece bir hizmet olarak tanımlanmıştır. Bu fark sağlık hizmeti politikalarındaki temel bir ayrımı

işaret etmektedir. Böylelikle sağlık hizmeti devlet tarafından karşılanan bir gereksinim olmaktan çıkarıldığı belirtilmektedir. Devlet bu hizmeti vermeye devam etse bile daha çok sağlık kuruluşlarını planlayıp, denetleyen bakış açısına büründüğü görülmektedir. Günümüzde yürürlüğe konulan GSS'nin temellerinin 1982 Anayasası ile atıldığı ifade edilmektedir (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1997:88).

3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” (Resmi Gazete, 1987:19461) 1987 yılında çıkarılmıştır. Bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemelerin zamanında yapılamadığı ve bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesinden dolayı, bütünüyle uygulama imkânı bulunamamıştır. Bu dönemde GSS tekrar gündeme gelse de yasal düzenleme yapılamamıştır. 1986 yılında Bağ-Kur mensuplarına farklı sağlık yardımları yapılmaya başlanarak kamu sağlık sigortacılığında 3 başlı bir yapı oluşmuştur. Farklı sağlık sandıklarının farklı uygulamaları sağlık hizmetlerinin sunumunu ve bundan duyulan memnuniyeti azaltmıştır. Bu dönemde Devlet Planlama Teşkilatı ve SB işbirliği ile çeşitli toplantılar yapılarak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması için çaba sarf edilse de bu çabalar istenilen sonuca ulaşılamamıştır. 1992 yılında 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” (Resmi Gazete, 1992:21273) ile sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda yeterli ekonomik düzeyden mahrum olan vatandaşların sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır. Aynı dönemde farklı tarihlerde ve farklı isimlerde sağlık hizmetlerinin iyileşmesi için çeşitli kanun tasarıları hazırlanmış ancak hiçbiri yasallaşmamıştır. Bu dönemdeki tasarılarda GSS'nin kurulması ve bu sürecin tek elden yürütülmesi ortak hedef olarak öne çıkmaktadır. 1980’de başlayan sağlık hizmetindeki liberalleşme etkisi, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, SB’nin koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması olarak etkilerini göstermektedir (Akdağ, 2011:23-24). Bu dönemde daha önce oluşturulan entegre sağlık hizmetlerinin eksiklikleri giderilmeye çalışılmıştır. Bu anlamda sistemin ayakta kalabilmesi için kaynak aktarımları kısıtlı olsa da gerçekleştirilmiştir. Kısıtlı kaynak aktarımları nedeniyle 1987 yılında çıkartılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu istenilen neticeleri sağlamamıştır. Bunların sonucu olarak sistemsel reformları destekleyen yasalar çıkartılamamıştır.

Etkin, herkese ulaşan bir sağlık politikası benimsenmemiştir. Sağlık sektörünün canlandırılması ile ilgili çabaların sonuçlanamadığı vurgulanmaktadır (OECD, 2008:33).



BÖLÜM 2: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye’de cumhuriyetin kurulduğu 1923 yılından, 2003 yılına kadar geçen 80 yıl içerisinde çalışmamızda belirtildiği üzere; sağlık hizmetlerinin daha kaliteli, yaygın, etkin ve verimli sunulabilmesi adına ilgili dönemin iktidarlarının sağlık alanını değişime tabi tutularak sürekli yenileme çabasına girdikleri görülmektedir. 2003 yılında ilan edilen SDP metni incelendiğinde yeniden yapılandırılmaya başlanan kamu hizmetlerinin bir parçası olan sağlık hizmetini de yeniden yapılandırılmasının sosyal devlet uygulamalarının bir gereği olarak algılandığı belirtilmektedir. Ayrıca yapılacak olan değişimle sağlık hizmetlerinin daha sağlam bir zemine kavuşturulması, sağlık hizmet sunucularının çözülmemiş ve büyümüş sorunlarının giderilmesinin hedeflendiği görülmektedir.

Bu kapsamda SDP metnin giriş bölümünde, ilk önce ele alınacak üç konu öne çıkmaktadır. Bu üç konu özellikle belirtilmektedir. Bunlardan ilki SSK hastanelerinin SB hastaneleri ile birleştirilip, ortak kullanıma açılmasıdır. İkincisi birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlenmesi adına aile hekimliği sistemine geçilecek olması, üçüncüsü ise hastanelerin idari ve mali anlamda güçlendirilerek daha özerk hale getirilmesidir. Tüm bunlar gerçekleştirildiğinde ise SB rolünün planlama ve denetleme olacağı ve yıllardır düşünülen GSS sistemine geçileceği ifade edilmektedir (Erdoğan, 2003:3).

Ülkemizin gelmiş olduğu durumda sağlık hizmetlerindeki değişiminin kaçınılmaz olduğu belirtilmektedir. Bu değişim sayesinde hizmetin daha sağlıklı sunulması hedeflenmektedir. SDP sayesinde geliştirilecek yeni bakış açılarının sorunların çözülmesinde etkin bir araç olacağı belirtilmektedir. SDP çalışmaları yapılırken geçmiş dönemdeki 80 yıllık birikimden fayda sağlanacağı ve tecrübelerinden yararlanılacağı ifade edilmektedir. Kısacası geçmiş dönemin emek ve fikirlerinin işler ve faydalı olanlarının bu döneme aktarılacaktır. Bu amaçla dönüşüm programına katkı vermek isteyen sektör adına söz söyleyecek kişiler ve kurumlar fikirlerini beyan etmek üzere programa destek olmaya davet edilmektedir. SDP’nın başarılı olabilmesi için en önemli

unsurun kesintisiz siyasal ve mali kaynak olduğu aşikârdır. Bu kapsamda SDP uygulayıcılarına gerekli desteğin sürekli şekilde hükümet tarafından verileceği vurgulanmaktadır (Akdağ, 2003:5).

SDP ilan metninde siyasi otoritenin ilgili programa herkesin katkı sağlayabileceğini ve programın geçmiş dönemlerin tecrübelerine de içereceğini beyan etmesine rağmen bu söylemin gerçekçi olmadığını ileri süren çalışmalar da mevcuttur. Ülkemizde kurulan hükümetler sağlık reformu konusunda benzer politikalar üretmektedir. Türkiye'deki sağlık sisteminin sorunsuz olmadığı aşikârdır. Ancak bunların çözümü için uygulanan politikalar sağlık sektöründe hizmet veren bireylerin önerilerinin dikkate alınmadığı sağlık hizmetlerinin parası olanın alabileceği bir materyal haline getirildiği sonuçlar doğuracaktır. Sorunlara bir bütün halinde bakılmadan, sistemde çalışan bireylerin fikirlerine değer vermeden, sağlık alanındaki özelleşmeler ve özerkleşmeler durdurulmadan, sağlık sistemindeki sorunların çözümü mümkün görülmediği izah edilmektedir (Hamzaoglu, 2010:87).

Yukarıdaki temel esaslar aktarılarak SDP 2003 yılının Aralık ayında SB tarafından ilan edilmiştir. SDP'nın ilk bölümünde ülkemizin 1920 yılından 2003 yılına kadar uygulamış olduğu sağlık hizmeti politikaları özetlenmiştir. Dönemin hükümetleri dünyadaki değişim ve gelişimlere uygun, sağlık hizmeti dönüşümlerini gerçekleştirebilme çabasında olduğu belirtilmektedir. Günümüzdeki en modern sağlık hizmetini sunduğunu iddia eden ülkelerin bile sağlık hizmeti iyileştirme çabalarının devam etmektedir. Sağlık hizmeti yenilik ve değişimlerle sürekli arayış içinde olacaktır. Özellikle Refik Saydam ve Behçet Uz dönemindeki sağlık politikaları etkin şekilde uygulandığı beyan edilmiştir. Nusret Fişek döneminde yürütülen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çalışmaları sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması için önemli bir dönüm noktası olduğu kabul edilmektedir (Akdağ, 2003:8-11).

SDP'nın ikinci kısmında ise yürürlükte olan sağlık hizmet uygulamalarının kısa ancak etkin bir analizi yapılmıştır. Öncelikle demografik bilgiler verilerek geçmiş dönemin bu alandaki fotoğrafı çekilmiştir. Bu anlamda en öne çıkan unsur ise anne bebek ölümlerinde Türkiye'nin Avrupa'daki birçok ülkeye göre daha fazla ölüme sahip olmasıdır. Ayrıca doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin geçmiş dönemlere göre artmış olsa da yine de OECD ülkelerine göre geride kaldığı vurgulanmaktadır. Sağlık

hizmetlerinin organizasyon ve sunumunda çok başlı bir yapı bulunmaktadır. Bu yapının özellikle tedavi edici hizmetlerde hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri istenilen seviyede verilememekte, sevk zincirinin etkin bir şekilde uygulanamamaktadır. Türkiye’deki sağlık hizmeti finansmanını hem kamu hem birey tarafından karşılanan karma bir sistemdir. Kaynaklar eksik ve yetersizdir. Var olan kaynaklarda karmaşıklık ve kontrolsüzlük nedeniyle etkin kullanılamamaktadır. Sağlık hizmetindeki insan kaynağı hem yetersiz hem de dengeli dağıtılmamıştır. Günümüzde işleri kolaylaştıran teknolojik unsurlar ve bilgi sistemleri bazı sağlık kuruluşlarında hiç, bazılarında ise çok az kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından olan sağlık istatistikleri bile doğru tutulamamaktadır. Kullanılan ilaçlar büyük çoğunlukla ithal, pahalı olan ilaçlardır. Her sosyal güvenlik sandığı, ilaç konusunda farklı düzenlemeler yaptėı vurgulanmaktadır. Süreci yönetmekle sorumlu olan SB verimi düşük insan kaynağı ile çalışmakta olduğu tespitleri yapılmaktadır. Ayrıca farklı zamanlarda farklı birimler için yapılmış olan görev ve tanımlar neticesinde yetki ve sorumluluk karmaşasının üst seviyede bulunduğu ifade edilmektedir (Akdağ, 2003:11-21).

2.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç, Hedef ve  lkeleri

SDP ilan edilmesine olanak sağlayan 2003 yılındaki hükümet ‘‘Türkiye’de yaşayan her vatandaşın yaşam kalitesi yükseltmek ve bunun için ülkenin imk nlarını en akılcı şekilde kullanmak ve kaynakların hakkaniyete uygun bir şekilde dağılımını sağlamaktır.’’ anlayışını benimsemiştir. Bu anlayışla sahip hükümetin sağlık hizmetlerinin iyileştirmesi için yeni politikalar belirlemesi amaçları doğrultusunda etkin bir adım olarak ortaya çıkmaktadır.

SDP geniş kitleleri etkileyen sağlık hizmetini dönüştürme iddiasında olsa da program için reform kelimesi kullanılmamıştır. Bunun nedeni SDP hazırlanırken tamamen farklı ve yeni fikirler ortaya koyulmayıp hem Türkiye’nin hem de dünyanın tecrübelerinden faydalanarak sistemin iyileştirme çabasıdır. Bu çabanın gerçekleştirilebilmesi için ortaya koyulan SDP’nin temel amacı ise ‘‘Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır’’ (Akdağ, 2003:24) olarak tanımlanmıştır.

SDP'nin ortaya çıkış amacı kamu idaresi tarafından bu şekilde izah edilse de bahsi geçen dönüşümün küreselleşmenin bir sonucu olduğunu ifade eden çalışmalar bulunmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin artan gelir düzeyi, diğer hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de daha kaliteli hizmet sunulması talebini doğurmaktadır. Bu durum gelişmekte olan ülkelere sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve verimliliğini artırırken, maliyetlerinin düşürülmesi baskısını doğurmaktadır. Bu baskı bu ülkelerde sağlık reformlarının yapılmasını sürekli gündemde tutmaktadır. Sağlık reformları gündeme geldiğinde gelişmiş ülkelerin sağlık hizmeti sunumundaki tecrübeleri sağlık hizmeti politikası belirleyicilerine uluslararası kuruluşlar tarafından sürekli örnek gösterilmektedir. Bu nedenle sağlık reformu yapılmak istenen ülkelerde, küresel aktörlerin etkilerinden dolayı benzer uygulamalar görülmektedir. Yöresel farklılıklar ve uygulamaların reform süreçlerinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Ülkemize has özellikler önemslenmediğinden ortaya çıkan reform çalışmaları her zaman istenilen sonucu doğurmadığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada SDP'nin küresel politikaların etkisinde kaldığını vurgulanmaktadır (Ağartan, 2010:71).

SDP içerisinde geçen etkinlik, verimlilik ve hakkaniyet kelimelerinin farklı şekilde anlaşılması için program yürütücüleri bu anlamda hangi tanımda neyi kastettiklerini izahat getirmişlerdir. Sağlık hizmeti sunumunda etkinlik ile kastedilenin vatandaşın uygulanacak sağlık politikaları ile sahip olduğu sağlık seviyesinin yukarıya çekilmesi olduğu bilinmelidir.

Bu amaca ulaşmak için SDP belirli hedefler ortaya koymuştur. Etkinlik konusunda ana hedef insanların koruyucu hekimlik vasıtaları ile hastalanmalarını engellemektir. Hedeflerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği bilimsel şekilde ölçülerek kamuoyunun gözetimine açık olacaktır.

Bu hedeflerin ilki anne bebek ölümlerinin düşürülmesidir. İkinci hedef ise doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin artırılmasıdır. Üçüncü hedef olarak epidemiyolojik parametrelerde görülecek iyileşmeler olarak belirlenmiştir.

Verimlilik elde bulunan imkânların ihtiyaçlara göre kullanılmak suretiyle maliyetin düşürülmesi, aynı kaynakla daha çok sağlık hizmeti üretilmesi olarak tanımlanabilir.

Verimlilik konusunda sırasıyla; insan kaynağının doğru dağıtılması, malzeme yönetiminin sağlıklı yapılması, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliğinin düzeltilmesi, koruyucu hekimlik uygulamalarının aktifleştirilmesi, sağlık hizmeti sunucularının tamamını sistem içine alınması ve uyumunu içeren altı hedef belirlenmiştir.

Ülkemizde yaşayan insanların ihtiyaç duyduklarında, rahatlıkla sağlık hizmetini alabilmeleri ve bu hizmetin mali yüküne kendi güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanması hakkaniyet olarak tanımlanmıştır.

Daha açık bir ifade ile farklı sosyal seviyedeki vatandaşların aynı kalitedeki sağlık hizmetine ulaşmalarını sağlamaktır. Ülkenin doğusu ve batısı, köy ve kent arasındaki sağlık hizmeti sunum farklılıklarının kabul edilebilir seviyelere çekilmesi hedeflenmiştir. (Akdağ, 2003:24).

Her ne kadar SDP'nı ortaya koyan idare asıl hedefin bireylerin almış oldukları sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi olduğunu savunsalar da bu konu hakkında farklı görüşlerde mevcuttur. SDP'nın asıl hedefi uluslararası güçlerin ülkemizdeki sağlık hizmetlerinden, dolayısıyla sağlık ekonomisinden daha fazla pay almasını sağlayacak bir program olduğu belirtilmektedir. Özellikle uluslararası finans kuruluşlarının programını uygulamasındaki ısrarın temel nedeninin pay mücadelesi olduğu savunulmaktadır. SDP ile ortaya çıkacak uygulamaların sermaye sahipleri dışındaki toplumsal kesimlerin onayı alınmadan uygulamaya koyulduğu görüşü savunulmaktadır. Ülkemizde sanayi ve iş adamlarının kurmuş olduğu TÜSİAD'ın hazırlamış olduğu sağlık raporu ile SDP'nın benzerlikleri bunun en belirgin kanıtı olarak görülmektedir (Avcı, 2005:56).

SDP'nın Türkiye'deki sağlık sorunlarına çözüm olabilmesi için, sağlık hizmetini kamusal hak olarak görmesi, devlet tarafından eşit ve ücretsiz olarak sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca finansmanının tamamen genel bütçeden karşılanmasının sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini esas alan bir politika belirlenmelidir. Bölgeler arası eşitsizliklerin ortadan kaldıracağı sağlık hizmeti sunulması sağlanmalıdır. Ancak bu anlayışlarla üretilen sağlık hizmetleri toplumun ihtiyaçlarını karşılayacağı savunulmaktadır (Avcı, 2005:56).

SDP hazırlanırken program yürütücüleri tarafından temel ilkeler belirlenmiştir.

Bu ilkelerden ilki insan merkezliktir. Sağlık hizmetinden faydalanan birey ve bireyin istek ve arzuları, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve hizmet sunumunun şekillenmesinde esas alınması ilkenin tanımıdır. Ailenin sağlığın gelişmesindeki etkisinden hareketle birey aynı zamanda aile sağlığı bütünü içerisinde değerlendirmektedir.

Çalışmamızın bundan sonraki bölümünde önemli bir yer tutacak olan sürdürülebilirlik ilkesi ise; yeni geliştirilen sağlık sisteminin, eldeki kaynak ve imkânlarla uyum göstermesi ve kendini sürekli besleyecek bir devamlılık içerisinde olması olarak tanımlanmaktadır. Sürdürülebilirlik ilkesi bu bölümde SDP içerisinde zikredilmiştir (Akdağ, 2003:25). Çalışmamızın aşağıdaki bölümlerinde daha ayrıntılı olarak izah edilecek olan bu ilke SDP'nin mali sürdürülebilirliğinin dayanağı olarak karşımıza çıkmaktadır. SDP uygulamaya konulduktan sonra mali anlamda yapılan birçok değişiklik bu ilke esas alınarak sürdürülebilir bir sağlık hizmeti ortaya koymak adına icra edildiği görülmektedir.

Sürekli kalite gelişimi ile bireylere verilen sağlık hizmetini yeterli görmeyip daha iyi bir sağlık hizmeti sunmak adına hatalardan ders çıkaran bir geri bildirim sistemi kurulması hedeflenmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda rol alan tüm tarafların görüşlerini yapıcı çerçevede izah edebilecekleri alan oluşturulması katılımcılık ilkesinin tanımı olarak izah edilmiştir. Böylelikle farklı kaynakların bir araya gelmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Uzlaşmacılık ilkesi ise sağlık hizmeti sunucularının karşılıklı menfaatlerini gözeterek ortak bir zeminde buluşmalarını sağlamaktır. Çatışma yerine kurallar koyarak ve denetlenerek bu uyumun oluşması beklenmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda yer alan ve sağlık hizmetini alan tüm bireylerin, etkin kurumların, istenen amaca uygun davranılması gönüllülük esası ile teşvik edilerek sağlanacağı ifade edilmektedir.

Güçler ayrılığı, sağlık hizmetini veren, kontrolünü, planlamasını ve mali desteğini sağlayan unsurların ayrıştırılması ilkesinin tanımıdır. Böylelikle bu güçler arasında çatışma yerine oluşacak etkin hizmet anlayışı ile daha iyi sağlık hizmeti verilmesi hedeflenmektedir.

Merkezden yönetilmenin getirdiği sorunların yereldeki yönetim gücünü artırarak giderilmesi çabası desantralizasyon ilkesi olarak benimsenmiştir. Böylelikle özerk yapıdaki kuruluşların daha hızlı ve etkin kararlar alması beklenmektedir.

Hizmette rekabet ilkesi ise sağlık hizmeti sunumunun kurallarını belirleyip yeni sağlık hizmeti sunucularının yarıştığı ve sayılarının arttığı bir yapıya kavuşmayı izah etmektedir. Böylelikle sağlık hizmeti sunumunda kalitenin artacağı, maliyetin düşeceği vurgulanmaktadır (Akdağ, 2003:25).

2.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

SDP birbiri ile bağlantılı ve sektörün tümünü kapsamayı hedefleyen sekiz bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenlerin uygulanması mükemmel bir sistemin doğmasını sağlayamayabilir. Asıl olan ülkemizin kaynaklarını öncelik sıralamasına göre şekillendirip ihtiyaçlara cevap verecek bir sistem kurmak olduğu belirtilmektedir. Bu açıdan bakıldığında bu bileşenlerin ilki “Planlayıcı ve Denetleyici bir SB” dır. SB ülkenin sağlıkta, insan kaynaklarının ve maddi imkânlarının daha etkin kullanması adına kural koyan ve denetleyen bir yapıya ulaştırılacaktır. Bu sayede SB ve bağlı kuruluşlar yerinden yönetim çerçevesinde şekillendirilecek anayasa da ifadesini bulan sağlık hizmetlerinin “Tek Elden Planlama” görevi tam anlamı ile icra edecektir. Bu çerçevede sağlık, insan gücünün planlanması, dikey yapılanmadan yatay yapılanmaya dönüş, taşra teşkilatının gücünün artırılması, sağlık hizmetlerinin modernleştirilmesi ve iyileştirilmesi, inisiyatif alan yönetim anlayışı oluşturulması, sağlık eğitiminin yeniden kurgulanması sağlanmış olacaktır. SB bu planlamaları yaparken sosyal devlet ilkesini göz önünde tutulacağını açıklanmaktadır. Ancak daha çok sağlık hizmeti sunumunda kural koyan akreditasyon ve eğitim standartlarını belirleyen gözetim görevini üstleneceği ifade edilmektedir (Akdağ, 2003:27).

Bu bileşenlerinin ikincisi “Herkesi tek çatı altında toplayan GSS” dır. SDP hakkaniyet ilkesi gereği bireylerin kendi maddi imkânları ölçüsünde katılacağı bir sigorta sistemi oluşturulması kaçınılmaz bir değişim olarak öne çıkmaktadır. Mevcut sistemdeki çok başlı sosyal sandık yapısı nedeni ile sağlık ve emeklilik sigortalarının birbirinden ayrılmadığı, gerçekçi olmayan bir durum oluşturmaktadır. Bütün çabalara rağmen sigortalı birey sayısı, istenilen sayının altındadır. Sistemin tek çatı altına alınması ile

hasta ile hekim arasındaki para ilişkisinin sonlanması, sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin artması ve denetlenmesi hedeflenmektedir. Ayrıca tek elden yürütülecek politikalar sayesinde artan ilaç ve tıbbi malzeme giderlerinin düşeceği öngörülmektedir. Bu sürecin uygulanabilmesi için, sürece dahil olacak bireylerle alakalı olarak fakirlik sınırı belirlenecek, ödeme gücü olmayanların primi kamu tarafından ödenecektir. Sağlık primleri diğer primlerden ayrılarak ayrı bir havuzda toplanacaktır. Sağlık hizmeti sunucuları ile sigorta kurumları arasında sözleşme imzalanması yoluna gidilecek ve alınan bu hizmet mutlak denetlenecektir. Özel sağlık sigortalarının tamamlayıcı bir rol ile sistem içerisinde yer alacakları belirtilmektedir. Bu kapsamda özel sağlık sigortacılığı imrendirilecektir. Bu sürecin sağlıklı işletilebilmesi için her bir sigortalıya tek bir numara verilecektir. Bireylerin sigortalık durumu ile ilgili süreçlerden sağlık kurumları sorumlu olmayıp, sigorta kurumları sorumlu olacağı bir sistem öngörülmektedir (Akdağ, 2003:28-29).

SDP ilan metninde GSS yürürlüğe koyularak ödeme gücü olmayanların devlet tarafından karşılanacağı beyan edilse de bu konuda farklı görüşlerin olduğu görülmektedir. Bu görüşe göre GSS yürürlüğe girdiğinde sermayedarların sağlık hizmetlerindeki kârlarını artırılmasına ilişkin yeni bir mekanizma ortaya çıkacağı ifade edilmektedir. Aynı zamanda bu yasa sonrasında başlatılan uygulamalar, sağlık hizmetlerinin finansmanında devlet katkısı azaltılarak sigorta harici bireysel ödeme, katkı payı gibi uygulamalarla bireysel ödemelerin artmasına neden olacağı savunulmaktadır. Böylelikle kişilerin alacağı sağlık hizmetlerinin seviyesi gelirleri ile ilişkilendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin verilmesinde kamunun etkinliği azaltılarak kâr getirici alan olan tedavi hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinde de özel sektörün önün açıldığı belirtilmiştir (Hamzaoğlu, 2010:80-84).

Üçüncü bileşen ise “Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi” dir. Sağlık hizmeti sunumu planlanırken ve verilirken yurdumuzdaki bireylerin sosyal yapısı ekonomik koşulları, yaşadığı coğrafyanın etkileri mutlaka göz önünde tutulacağı belirtilmektedir. Bu amaçla daha önceden uygulanmaya koyulan ve ülkemiz sağlık hizmetine katkıları olan sağlıkta sosyalizasyon politikaları günümüz şartlarına adapte edilerek ve güçlendirilerek yeniden hayata geçirilmesi amaçlanmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgeler ve bireyler arasındaki eşitsizliklerin

azaltılması ile erişimi kolay ve yaygın sağlık hizmeti sunulması ilkesine yaklaşacaktır. Bu amaca hizmet etmek adına özel sektörün hizmetteki rolünün artırılması önemsenmektedir. Bu rolün artırılması bütün sürecin özel sektöre devredilmesinin aksine özel sektör ile rekabet edilerek sağlanacağı belirtilmektedir (Akdağ, 2003:29).

Bahsi geçen üçüncü bileşene ulaşabilmek adına temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve aile hekimliği sistemine geçilmesi önem arz etmektedir. Bu maksatla temel sağlık hizmetlerinin konumu koruyucu hekim güçlendirerek sağlık hizmetindeki diğer alanların üzerinde etki oluşturabilecek bir seviyeye çıkması hedeflenmektedir. “Aile hekimliği” veya “Genel Pratisyenlik” sistemleri ile bireye dönük “Tek Pencere” yaklaşımı ile bireyin sağlık kayıtlarının ve sağlık durumlarının tek elden etkin şekilde değerlendirilmesinin sağlanacağı savunulmaktadır (Akdağ, 2003:30).

Konu hakkındaki başka bir çalışmada ise; 1961 yılından itibaren uygulanan ve temeli sağlık evleri sistemi olan sosyalizasyon dönemi sağlık hizmeti politikalarında SDP ile değişiklikler meydana gelmiştir. SDP uygulamaya konulduktan sonra aile hekimliği sistemi Türkiye genelinde yaygınlaştırılmıştır. Böylelikle aile hekimlerinin vermiş olduğu sağlık hizmeti kalitesinin artırılması kendilerine bağlı nüfusla daha yakından ilgilenebilmeleri esas alınmıştır. Böylelikle anne bebek ölümlerinde azalmalar görülmüştür. Koruyucu hekimlik çalışmalarının daha etkin bir seviyede yürütülmesi hedeflenmiştir. 2004 yılında başlayan aile hekimliğine geçiş sistemi 2010 yılında 81 ile yaygınlaştırılarak sonuçlandırılmıştır. Bu sistem 1990’lı yıllardan itibaren Türkiye’yi yöneten hükümetlerin gündeminde var olan ancak uygulanma imkânı bulunamamış bir sistemdir. Bu sistemin hastalıklara genel yaklaşım gösteren, hasta hekim arasında sürekli bir bağ kuran, hekimlerin bütüncül ve kapsamlı bir yapı oluşturduğu aktarılmaktadır (Gümüş, 2010:10-13).

Bu uygulamaların hayat bulabilmesi ve sonrasında yataklı tedavi kurumlarındaki hizmetlerin etkin ve maliyeti düşük verilebilmesi adına kademeli ve etkili sevk zinciri uygulamasına geçilmesi sistemin önemli bir ayağı olarak görülmektedir. Kurulacak sevk zincirine uymadan yataklı tedavi kurumlarına başvuran bireylerin ödeyecekleri katkı payı sosyal devlet anlayışına aykırı görülmemesi gerektiği ifade edilmektedir (Akdağ, 2003:31).

Türkiye’deki tüm hastaneler sigorta kurumu ile imza edecekleri hizmet sözleşmeleri sayesinde bu kuruma bağlı tüm hastalara hizmet götürebileceklerdir. Bu maksatla verilen hizmetlerde fiyatlar mutlak denetim altında olacaktır. Sağlık hizmeti maliyetinde kurumlar yerine bireyler gözetilecektir. Kamu hastaneleri daha verimli ve sektörle rekabet edebilir hale getirilmesi hedeflenmektedir. Merkezle bağları zayıflatılıp özerk yapıları güçlendirilecektir. Tüm kamu sağlık kurum ve kuruluşları SB denetiminde özerk hale getirilecektir. Öncelikli bu kurumlarda sağlık hizmeti sunumunda kalite ve anlayış birliği oluşturulacaktır. Bu çalışmalar yapılırken kamu hastanelerinin sağlık hizmetini daha üst düzey bir bedelden vermelerinin engelleneceği ifade edilmektedir. Yerel yönetimin kararlarda etkin olduğu müşteri odaklı bir organizasyon yapısı kurulacağı ve bu yapıda performansa bağlı ödeme sistemleri oluşturulacağı aktarılmaktadır (Akdağ, 2003:32).

Bu bileşenlerin dördüncüsü “Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü” dür. SDP bahsedilen sağlık hizmeti sunumunun dönüşümünün başarılı olması şüphesiz bu hizmeti sunan sektör çalışanlarının eğitim anlayış ve nitelik bakımından gerekli donanımlara sahip olması önemsenmektedir. Özellikle hekimlerin eğitimi ve işe başladıktan sonra uzmanlaşmaları konusunda yeni ve etkin önlemler alınması önem kazanmaktadır. Hemşirelik hizmetleri için oluşacak sağlık insan gücünün üniversite temelli olması ve dünya gerçeklerine göre eğitim alması için gerekli değişimler önemsenmektedir. Hastane işletmeciliklerinde hekim dışı personelinin etkin kullanılmasına önem kazanmaktadır. Hekimlere uygulanan zorunlu hizmetin kaldırılmasının önemli bir hedef olacağı belirtilmektedir (Akdağ, 2003:33).

Beşinci bileşen ise “Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları” kurulmasıdır. Bu kapsamda sağlık hizmeti çalışanlarına mezuniyet sonrası uzmanlaşma eğitimlerinin verilmesi önemli bir adım olacaktır. Üniversiteler dışında SB bünyesinde “Hıfzıssıhha Okulu” açılacaktır. Tıp eğitimi mezuniyet sonrası hizmet vermeye odaklı bir anlayışa büründürüleceği ve tıpta uzmanlık eğitiminin belli kurallara bağlanması gerektiği belirtilmektedir (Akdağ, 2003:34).

Bu bileşenlerin altıncısı ise “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon” süreçlerinin yönetilmesidir. Sağlık hizmeti sunumunda en az kullanılan malzeme kadar herkesin kabul edebileceği ve ilan edilmiş hizmet standartlarının varlığı

da önemlidir. Hizmet standartlarının oluşması tek başına yeterli görülmemektedir. Bu standartları denetleyen ve geri bildirim yoluyla sonuçlarını değerlendiren yapılara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu yapının işler olabilmesi için sağlık hizmeti sunan ve bu hizmete kaynak oluşturan kurumlar tarafından kabul görmeleri gerekmektedir. Bu amaçla “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” kurulmasının bu boşluğu dolduracağı düşünülmektedir (Akdağ, 2003:34).

Yedinci bileşen ise “Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma” dır. İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların piyasaya sunulması, aynı türdekilerinin ortak standardının olması, ruhsatlandırma vb. işlemleri sürekli takip edecek, denetleyecek, güç odaklarının etkisinden uzak, bağımsız, konusunda uzman personelin çalıştığı kurumlar eliyle sürecin yönetilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu kapsamda Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulması ile sektörde yerli üretimin artırılması, sağlık hizmetlerindeki girdi maliyetlerinin düşürülmesinin sağlanması planlanmaktadır (Akdağ, 2003:35).

Bu bileşenlerin sekizincisi ise “Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi” dir. Günümüzde sağlık politikalarının doğru belirlenmesi, sağlık hizmeti sunumu ile yönetim kararlarının doğru verilebilmesi için şüphesiz doğru girilmiş, doğru seçilmiş ve doğru değerlendirilmiş bilgiye ihtiyaç vardır. Bu bilgilerin sağlıklı depolanması ve akışı önem arz etmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda koordinasyon ve eş güdüm sağlanması önemli görülmektedir. Bireylere ait sağlık bilgilerinin hem hekimler tarafından, hem de bireyler tarafından ulaşılabilir olması bu kayıtların sağlıklı tutulmasına ve saklanmasına bağlıdır. Bu kapsamda internet teknolojileri ile hasta kayıtlarının standart hale getirilmesi, transferinin yapılabilmesi önemlidir. Elde edilecek bilgilerle karar vericilerin karar mekanizmalarının daha aktif olması sağlanabilmektedir. Provizyon sistemi ile ilaçların denetlenmesi sağlanacak ve geliştirilecek teknolojilerle sağlık hizmetlerinde “elektronik randevu” hizmeti verileceği ifade edilmektedir (Akdağ, 2003:36).

2.1.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulama Süreci

SDP ile ilgili uygulamaya koyulacak her süreçle bütüncül bakış açısı önem kazandığı vurgulanmaktadır. Bu kapsamda SDP uygulamaya koyulurken her zaman için dört aşamadan geçerek hayat bulacağı ifade edilmektedir.

Bunlardan ilki “Kavramsallaşma” sürecidir. Bu noktada hükümet hedefleri ve ülkemizin birimleri ile hazırlanan SDP içeriğindeki bileşenler, amaçlar, ilkeler, uygulama süreçleri kavramsal olarak ortaya koyulacaktır. Böylelikle konu hakkında fikri olan sağlık hizmeti sunucusu kişi ve kurumlar ile müzakere edilerek SDP metninde geçen her tanım ve sürecin kavramsallaştırılma mekanizmasına dahil edileceği beyan edilmektedir (Akdağ, 2003:37).

İkincisi ise “Yasalaşma” sürecidir. SDP ile ilgili her türlü tanım ve süreç kavramsallaşması aşamasını geçtikten sonra kendi tanımı ve niteliğini bulduğunda ihtiyaç olması durumunda mevzuat değişikliği yapılarak ilgili sürecin hukuki zemini oluşturulacağı belirtilmektedir (Akdağ, 2003:37).

Üçüncüsü “Kontrollü Yerel Uygulamalar” sürecidir. Sağlık hizmetlerinin geniş bir alanda sunulması değişikliklerin birden bire uygulamaya konulmasını güçleştirmektedir. Bu maksatla tüm Türkiye’de yapılacak değişikliklerin öncesinde sınırlı ve kontrollü olarak belli bir alanda uygulaması yapılacaktır. SDP’nin bileşenleri bu kapsamda değerlendirilecektir. Böylelikle geri bildirim metodu ile eksik taraflar düzeltilmesinin hedefleneceği belirtilmiştir (Akdağ, 2003:38).

Dördüncüsü ise “Türkiye Geneline Yaygınlaştırma” dır. SDP’nin bileşenlerinin hepsi bu dört aşamadan geçmesi zorunlu olmayacaktır. Her bileşenin kendi özelliğine göre bir süreç işletilecektir. Bu süreçler işletilirken süreçler hakkında söz söylemek isteyenler kurumlar ile iletişim kanalları ile fikirlerini beyan edebileceklerdir. Özellikle de DSÖ ile ortak çalışmalar yürütüleceği ve Avrupa komisyonu fonları sayesinde ek kaynaklar oluşturabileceği ifade edilmektedir (Akdağ, 2003:38).

2.1.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Maliye Politikası

Maliye Politikasının tanımının yapıldığı çalışmalar incelendiğinde pek çok farklı tanımlamayla karşılaşmak mümkündür.

J.Maynard Keynes maliye politikasını, “Gelirin daha eşit bölüşümü için iradi bir vasıta ve sermaye birikiminin ölçülü olarak büyümesini sağlayan bir istikrar faktörü” olarak tanımlamıştır (www.ekodialog.com, 10.12.2018).

Ahmet Ulusoy ise “Kamu harcamaları ve kamu gelirleri gibi kamu sektörünün mali değişkenlerinin miktar ve bileşiminde iktisat politikası amaçlarını gerçekleştirmek (ekonomik büyüme, ekonomik istikrar, gelir dağılımı adaleti vs.) için yapılan düzenlemeler” şeklinde bir maliye politikası tanımı yapmıştır (Ulusoy, 2007:21).

Osman Pehlivan maliye politikasını “Makro ekonomik hedeflere ulaşabilmek için devletin vergi ve harcama programını uzlaştırmasıdır.” diye tanımlamaktadır (Pehlivan, 2008:258).

Yukarıdaki tanımlar incelendiğinde Keynes’in daha çok gelirin eşit bölüşümünü önemseydiği görülmektedir. Ulusoy’un tanımında ise kamu harcamalarının merkez noktada görüldüğü ve büyümenin sağlanabilmesi için yapılan ve yapılacak gerekli düzenlemelerin maliye politikası tanımı olarak ifade edilmektedir. Pehlivan ise belirlenen hedeflere ulaşabilmek adına kamu erkinin toplanan vergi ile harcama programlarının uzlaştırılması süreçlerini maliye politikası olarak izah edilmektedir. Çalışmamızın birinci bölümünde de izah edildiği üzere sağlık hizmetlerinin sunulmasının oluşturduğu ekonomik değerler ve büyüklük, sağlık hizmetlerinin kamusal mal olma özelliği, geniş kitleleri etkileme yeteneği, sağlık hizmet sunumunda maliye politikası kapsamı içerisinde değerlendirilmesini zaruri kıldığı görülmektedir.

Çalışmamızın içerisinde yer alan ve KHB yöneticilerine yönelttiğimiz soruları içeren anket metni incelendiğinde maliye politikası ile alakalı olarak üç temel yaklaşımın ankete katılanlara sorulduğu görülecektir. Bu nedenle üç temel yaklaşım hakkında özet bilgiler aktarılacaktır.

Bunlardan ilki Adam Smith görüşleri etrafında şekillenen ve klasik maliye politikası olarak adlandırılan yaklaşımdır. Bu düşünceye esas olarak arz ve talebin kendi kendine bir dengeye geleceğini ve piyasanın kendi kurallarını belirleyeceği ilkesine dayanmaktadır. Adam Smith önderliğindeki bu giriş devletin eğitim ve sağlık hizmetlerine verdiği desteğin kısıtlı olması veya hiç müdahale edilmemesi gerektiğini savunmaktadır (Pehlivan, 2008:23-24). Klasik maliye politikası anlayışına göre her arzın kendi talebini yaratması ekonomik olarak belli sonuçlar doğurmaktadır. Bu

sonuçlardan birinin de piyasada ve sosyal alanda oluşan aksaklıkların geçici olduğu ve kendi içlerinde yeni dengeler kurarak bir müdahale yapılmaksızın düzeleceği ilkesidir. Klasik maliye politikasına göre devletin sosyal amaçlı süreçlerde bile müdahale yapmasının gereksiz olacağı hatta ekonominin kendi işleyişini aksayacağı aktarılmaktadır. Bu fikrin bir sonucu ise, devlet faaliyetlerinin sınırlı tutulması, devlet bütçesinin küçük ve denk hazırlanması olacağı belirtilmektedir (Ataç, 2009:4-5).

Klasik maliye politikası görüşleri zaman içerisinde eleştirilmiştir. John Maynard Keynes bu eleştirileri en üst düzeyde seslendiren ekonomistlerden olduğu bilinmektedir. Klasik maliye politikası savunucularının iddia ettiği gibi ekonominin piyasada kendiliğinden düzenli bir şekilde oluşan dengeli bir yapıya sahip olmadığını savunmaktadır. Ayrıca ekonominin dengede kalabilmesi için mutlak müdahaleye, özellikle devletin müdahalesine ihtiyaç duyduğu aktarılmaktadır (Pehlivan, 2008: 23-24). Zaman içinde klasik maliye politikası anlayışının ürettiği serbest piyasa ekonomisi nedeniyle piyasa da aksaklıklar olduğu anlaşılmaktadır. Oluşan bu aksaklıkların sonucunda ekonomik dengeler bozulmuştur. Bozulan bu ekonomik dengeler nedeniyle eğitim, sağlık gibi sosyal amaçlı politikalar bireylerin ihtiyaçlarına cevap veremez hale geldiği belirtilmektedir. Bu sorunlara çözüm arayan devletler, klasik ekonomik anlayışın devletler için çizdiği sınırların dışına çıkmış, müdahaleci ve etkin politikalar izlenmeye başladıkları görülmüştür (Pehlivan: 2008: 67-68).

1929 yılında ABD’de yaşanan ve sonrasında dünyayı etkileyen büyük ekonomik buhran döneminde klasik maliye politikası görüşlerinin ekonomik durgunluğu gidermek için yeterli olmadığı görülmüştür. Keynes büyük buhran dönemindeki izlenimlerine dayanarak devletin piyasalara müdahalesinin gerekli olduğu tezini ortaya atmış ve bilimsel olarak düzenlemiştir. Böylelikle keynesyen maliye politikasının temel kuralları ortaya çıkmıştır. Bu fikirlerden etkilenen dönemin ABD yöneticileri Keynes’in önerilerini uygulamış ve böylelikle büyük buhran dönemi devletin müdahaleleri ile sonlandırdığı bilinmektedir (Ataç, 2009:5-6-7).

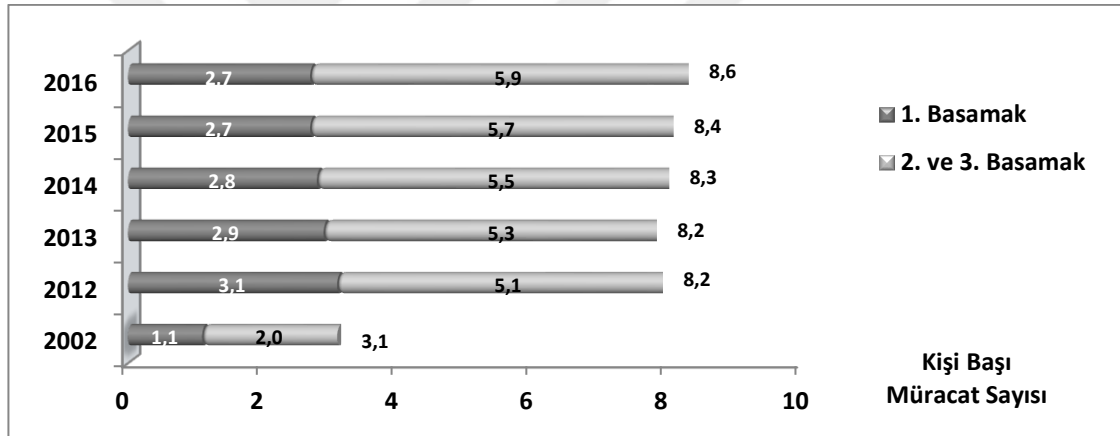
Keynesyen maliye politikaları sayesinde devletler eğitim, sağlık gibi alanlarda da yeni sorumluluklar yüklendiği görülmüştür. Bu durum klasik maliye politikası anlayışının ürettiği kapitalist ekonomik sistem içerisine sosyal devlet uygulamalarının yerleşmesine neden olduğu ifade edilmektedir (Şahin, 2006:43).

1970’li yıllara gelindiğinde, dünya ekonomisinde oluşan gelişmeler yeni bir maliye politikası görüşünün oluşmasına sebep olmuştur. Bu dönemde ortaya çıkan neo liberalizm görüşü, bugün bile etkisini devam ettiren ve ekonomik faaliyetleri belirleyen ana unsur haline gelmiştir. 1973-1974 yıllarında dünya ekonomisinde yaşanan petrol krizi, keynesyen maliye politikalarının uygulamalarına büyük ölçüden son verilmesinde etkin olduğu belirtilmektedir (Daldal, 2016:85-87). Bu dönemdeki petrol fiyatlarının aşırı artışı ve oluşan petrol krizleri sonucunda devletlerin ekonomiye ve sosyal yaşama müdahalelerinin azaltılması taleplerini gündeme getirdiği görülmüştür (Çımrın, 2009:199).

Ortaya çıkan bu yeni akım, yaşanan krizden kurtulmanın yolunun, piyasa kurallarına dayalı, toplumsal ve siyasal olarak reorganizasyon yapılması ile mümkün olacağını savunmaktadır. Böylelikle kamunun ürettiği yavaş, etkin olmayan ve verimsiz mal ve hizmetlere karşı, daha etkin, verimli olduğuna inanılan serbest piyasa mekanizmalarının tercih edilmesi gerektiği görüşü devletler tarafından benimsenmeye başlanmıştır. Bu değişimin zaman içinde bölüşümde adaleti sağlayacağı inancı gelişmiştir. Neo liberal maliye politikası görüşlerine göre; serbest piyasa ekonomisi, siyasal, bireysel ve toplumsal özgürlükleri en üst seviyeye çıkaracaktır. Bunların yanında artan üretim ve pazarlama rekabeti neticesinde üretilecek mal ve hizmetlerin daha ucuza elde edileceği fikri benimsenmiştir. Neo liberal maliye politikası görüşüne göre devletin rolü; özel sektörün, istediği piyasalara girişini teşvik etmektir. Devletin bir diğer rolü ise sosyal refah ile ilgili süreçlerin ağırlıkla özel sektör tarafından icra edilmesini sağlanması olarak belirlenmiştir (Elbek ve Adaş, 2009:34). Bu dönemde dünyanın iletişim araçlarıyla hızla değişmesi ile birlikte küreselleşme, serbestleşme, özelleştirme gibi yeni süreçler oluşmuştur. İster istemez devletlerin anlayışlarını değiştirmeye zorlandıkları görülmüştür. Hatta bazı ülkelerde eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi kamu malı sayılan alanlar dahi özelleştirme kapsamı içerisine alındığı görülmüştür. Küreselleşme ve neo liberal maliye politikaları ile devletlerin sınırlı ve sorumlu bir yapıya büründürülerek küçülmesi yönündeki fikirler ağırlık kazanmıştır (Kara, 2009:369-386). SDP’nın ilan metni incelendiğinde, bu konu ile alakalı olarak birkaç bölümde maliye politikalarının temel yaklaşımları ile alakalı fikirlerin ipuçlarını bulmak mümkün görünmektedir. SDP’nın amacı “Vatandaşın yaşam hakkının ve sağlıklı bir hayat sürdürebilmesinin güvence altına alınması sosyal devlet anlayışının temel göstergelerinin bir tanesidir”

diyerek tanımlanmıştır (Erdoğan, 2003:3). Buradan anlaşılacağı üzere SDP ilan metninde sosyal devlet ilkesine atıfta bulunulmuştur. Dolayısıyla devletin sağlık politikalarına müdahale etmesi gerektiği ilkesi ile uyumlu bir yaklaşım sergilenmiştir. Ayrıca 1960'lı yıllarda uygulanan sağlık hizmetindeki sosyalizasyon politikalarının önemli olduğu vurgulanmıştır. Sosyalizasyon politikalarının daha verimli, aynı zamanda kolay ulaşılabilir hale getirileceğinden bahsedilerek devletin vatandaşların lehine ücretsiz sunduğu sağlık hizmetlerinin devam edeceği vurgusu yapılmıştır. SDP ile hastanın sağlık hizmetine ulaşmasının önündeki engeller azaltılmıştır. Hastane birleştirmeleri, ilaç teminin kolaylaştırılması, yeni hastanelerin açılması, hastaneden hizmet alma şartlarının kolaylaştırılması gibi uygulamalar sağlık hizmetine olan talebi artırmıştır.

Grafik 1: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı



Kaynak: SB, 2017:143 (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü).

Artan bu talep neticesinde SDP uygulamaya başlamadan önce grafik 1 den anlaşılacağı üzere Türkiye’de kişi başı hekime müracaat ortalaması 2002 yılında 3,1 iken 2016 yılında 8.6’ya yükselmiştir (SB, 2017:143). Bu alandaki OECD ortalaması 2016 yılında 6,9’dur. Hastaların 2003 yılı ve öncesine göre hekime daha kolay ulaşabilir olduğu görülmektedir. Öyle ki Türkiye’deki bu oran OECD ülkelerinin ortalamasının üzerine çıkmıştır (SB, 2017:144).

Sağlık hizmetinde yaşanan değişikliklerle meydana gelen bu talep artışının, Keynesyen Maliye politikası yaklaşımının; ekonomilerde üretim ve istihdam hacminin, toplam talep düzeyine bağlı olduğu prensibi ile uyum sağladığı görülmektedir (Ataç, 2009:9).

Böylelikle artan talep ile hem özel sektör hem de kamu sektörü sağlık hizmeti alanında istihdamı artıracak yeni yatırımların yapıldığı bir dönemin başladığı görülmektedir (SB, 2017:144).

SDP ilan metni ile Ulusal İlaç Kurumu, Tıbbi Cihaz Kurumlarının kurulacağı beyan edilmiştir. Sağlık ekonomisinde önemli bir mali büyüklük teşkil eden ilaç ve tıbbi malzemelerin oluşturduğu ekonomik büyüklüğe yön verilecek bu kurumların kurulması devletin maliye politikası olarak, bu alanda düzenleyici rol üstleneceği anlamına gelmektedir. Ülkemizde yaşayan vatandaş arasındaki gelir düzeyi ve coğrafi bölge farklarından kaynaklı sağlık hizmeti sunumundaki eşitsizliğin giderilmesi için çalışılacağı vurgulandığı görülmektedir.

SDP ilan metni incelendiğinde temelde ülkemizde geçmiş dönem sağlık politikalarının hiçbirinin ret edilmediği anlaşılmaktadır. 1960'lı yıllarda uygulanan ve sosyal devlet ilkesinin gerekliliklerini yerine getiren sosyalizasyon politikalarına sahip çıkıldığı görülmektedir. Ayrıca SDP içerisinde bu politikalardan daha farklı olarak 1980 yılından sonra sosyal devlet uygulamalarının zayıflatıldığı ve neo liberal sağlık politikalarının ağırlığının arttığı vurgulanmaktadır.

SDP ilan metninde bahsedilen ve tüm kamu sağlık kurum ve kuruluşları SB denetiminde özerk hale getirileceği ve sağlık kuruluşlarının SB doğrudan bağlı olma zorunda olmadığı belirtilmesi neo liberal maliye politikalarının etkili olacağı anlayışını doğurmaktadır. Türkiye'deki sağlık hizmeti finansmanının en önemli sağlayıcısının kamu kaynakları olduğu, ancak bunların kontrolsüz ve karmaşık uygulamalar olduğu SDP ilan metninde yer almaktadır. Bu sebepten dolayı bütçe yükünü artırdığı devletin sağlığı finanse ederken aynı zamanda da sağlık hizmeti vermeye çalıştığı tespitleri yapılmıştır. Bu nedenle devletin üzerine binen yükün azaltılması ve SB'nin daha çok denetleyici, kural koyucu şekilde konumlandırılması gerektiği savunulmaktadır.

Sağlık personeli ödemelerini, performans sistemi ile yapılacağını beyan edildiği görülmektedir. Sağlık primi ödeyen bireylerden fazladan katkı payı ve katılım ücretleri ile sigorta primi hariç ilave ücret talep edildiği görülmektedir. SGK'nun özel sağlık tesisleri ile yapacağı hizmet sözleşmeleri sayesinde özel sektörün sağlık hizmet

sunumundaki payının artıracağını beyan edilmiştir. Tüm bu uygulamaların neo liberal politikalar ile uyum sağladığı belirtilmektedir.

Ayrıca konu hakkında yapılan bir çalışmada SDP ile ülkemizde hayat bulan liberal iktisat politikaları gereği sağlık hizmetleri yeniden yapılandırıldığı vurgulanmıştır. Bu çalışmada; kamu açısından sağlık hizmeti, özellikle tedavi edici hizmetler bütçe disiplininin sağlanması gereken bir harcama kaleminden görülmekte olduğu belirtilmiştir. Özel sektör için ise bu alan yüksek kârların elde edilebileceği bir yatırım alanı olarak algılanmaktadır. KHB'lerin kurulması ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin içinde yer alan 2. Basamak sağlık hizmetleri herhangi bir özgün farklılığı olmayan sağlık ekonomisinin ve piyasa ilişkilerinin nesnesi haline getirilmesi sağlanacaktır (Tüzün, 2010:93).

SDP her ne kadar beyan edildiği üzere sosyal devlet ilkelerini gözetmek kaygısında olsa da, daha sonra başlatılan bazı uygulamaların süreci değiştirdiği görülmektedir. Performans sistemi uygulamaları, uygulayıcılıktan ayrılıp karar verici olmaya çalışan SB, sevk zinciri olmadan katkı ücretlerinin alınmayacağını ilan edilmesine rağmen katkı payı uygulamasının başlatılması, kişilerin tek reçete ile alacağı ilaçlara sayı sınırlaması getirilmesi ve ek ücretler talep edilmesi uygulamalarının neo liberal maliye politikası ile uyumlu süreçler olduğu değerlendirilmektedir.

SB'nın 2003 yılında yayınladığı belgede SDP'nın amacını ve hedefini sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması, sunulması olarak öne çıkarılmıştır (SB, 2003:25-26). SB açıkladığı bu hedefe ulaşmak için adeta bir mihenk taşı olarak gördüğü temel ilkeleri de belirlemiştir. Bu temel ilkeler incelendiğinde maliye politikası açısından anlamlandırabileceğimiz ve etkin bir sağlık hizmetlerinin sürekliliği açısından çok önemli olan sürdürülebilirlik ilkesi öne çıkmaktadır. Çalışmamızın bundan sonraki bölümünde sürdürülebilirlik kavramı üzerinde durulacaktır. SDP'nın sağlık hizmetini sürdürülebilir kılmak adına devreye soktuğu yeni uygulamalara irdelenecektir.

2.2. Mali Sürdürülebilirlik

2.2.1. Mali Sürdürülebilirlik Kavramı

Maliye politikasında mali sürdürülebilirlik (fiscal sustainability) ilkesi son dönemde üzerinde sıkça durulan bir kavramdır. Yapılan tarama çalışmasında üzerinde herkesin anlaşılmaya vardığı bir mali sürdürülebilirlik tanımı olmadığı anlaşılmaktadır.

Budina ve Vijnbergen sürdürülebilirlikle ilgili görüşlerini “Bütçe açıklarının sürdürülebilirliği, ekonomilerde mali disiplinin sağlanması açısından oldukça önemli bir konudur. Özellikle 1970’li yıllardan sonra dünya ekonomisinde yaşanan yapısal politika dönüşümleri ve dışsal şoklar nedeniyle fiyat istikrarının sağlanması için maliye politikalarının bir kısıt oluşturduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, mali disiplinin sağlanması, uygulanan para politikasının hedeflerine ulaşabilmesi açısından yaşamsal öneme sahiptir.” diye açıklamışlardır (Ceylan, 2010:389).

Mali sürdürülebilirlik Burnside ye göre ise, “Bir hükümetin borçlarını ödeyebilme gücü yanında aynı politikalar setini koruyabilme gücüdür.” şeklinde tanımlanmıştır. Izquierdo ve Panizza ise “Bir ülkenin borçlarını ödeyememe ya da borçlarını aşırı şekilde monetizasyonla finanse etme aczine düşmeden, mevcut bütçe kısıtı içinde gelecekteki borçlarını ödeyebilmek için önemli bir düzenlemeye ihtiyaç duymaksızın borç oranını kontrol altında tutabilmesi” şeklinde tanımlanmıştır (Şen, Sağbaş ve Keskin, 2010:104-105).

Mali sürdürülebilirlik tanımlarının ortak bir yönü olduğunu ve ortak yönün Domar’ın fikirlerine dayandığını vurgulayan çalışmalarda bulunmaktadır. Domar mali sürdürülebilirliği “Sonsuz zaman süresinde elde edilecek bütün faiz dışı fazlaların net bugünkü değerlerin toplam kamu borcunun başlangıç değerine eşit olmasıdır.” şeklinde tanımlamıştır (Göktan, 2008:426).

Yukarıdaki tanımlardan da anlaşılacağı üzere mali sürdürülebilirlik kavramı ile devlet ya da hükümetlerin borçlarının ödenmeye devam edilmesi noktasında bir bağ kurulduğu görülmektedir. Borçların ödenebilmesi için mali dengenin sağlanmış olması ve bu durumun süreklilik arz etmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ödeme gücünün varlığının belirlenmesi adına tek bir dönemi baz almak yerine, dönemler arası karşılaştırma

yapmanın mali sürdürülebilirlik kavramın sağlıklı olarak tanımlanmasında önemli bir kriter olduğu anlaşılmaktadır.

Fransız hükümeti 1920’lerde kamu borcu sorunu ile karşılaşmıştır. Bu dönemde Keynes’in, Fransız hükümetinin mali sürdürülebilirliğin oluşturulabilmesi için yeni politikalar belirlemesi gerektiği önerisi ile sonuçlanan tespitleri anlam kazanmaktadır. Keynes “Kamunun yükümlülüklerinin ulusal gelire oranı aşırı yüksek değerlere ulaşmıştır”, “Tahvil sahiplerinin alacaklarının, vergi verenlerin karşılayabileceğinin çok üstüne çıktığı aşikârdır.” “Hükümetin vergi artırmak veya harcamaları azaltmak veya sahip olduklarını azaltmak arasında karar vermesi gerekmektedir” tespitlerini yapmıştır (Ergün, 2005:4).

Yukarıda Keynes’in yapmış olduğu üç tespitin mali sürdürülebilirliğin önemi açısından değerli veriler sunduğu düşünülmektedir. İlk tespit; kamunun yükümlülükleri nedeni ile yapması gereken harcamalar yine kamunun elde ettiği gelire oranlandığında aşırı derece yükselmiştir. Kamunun bu anlamdaki gelir gider dengesi gelir aleyhine bozulmuştur. Böyle bir durumun mali sürdürülebilirlik üzerinde olumsuz etki göstereceği ifade edilmektedir.

İkinci tespit; ellerinde tahvil olanların tahvil karşılığında alacakları varsayılan tutar, vergilerden elde edilen gelirlerin çok üstüne çıktığı vurgulanmıştır. Bu durumun kamunun yeniden borçlanmasını zorlaştırdığı ve mali sürdürülebilirlik üzerindeki baskıyı artıracağı belirtilmektedir.

Üçüncü tespitle ilgili olarak ise iyileşme sağlanabilmesi için hükümetin vergi artırmak, harcama azaltmak veya ellerinde bulunanları azaltmak gibi günümüzde acı reçete diye tabir edilen önlemleri almak zorunda kalacağı vurgulanmaktadır. Bu alınacak önlemler mali sürdürülebilir ilkesinin ihlal edildiği durumlarda hükümet veya devletlerin karşılaçağı olası tabloyu göstermesi açısından önem taşımaktadır. Bu üç tespitin ışığında; hükümet veya devletlerin en azından kamusal sorumluluklarını yerine getirebilmek için gelir gider dengesi olan ve mali sürdürülebilirlik ilkesine bağlı bir sisteme sahip olmalarının gerektiğinin vurgulandığı görülmektedir.

Literatür taramasında mali sürdürülebilirlik (fiscal sustainability) ile mali yeterlilik (fiscal solvency) kavramalarının farklı kavramlar olduğunu vurgulayan çalışmalar

bulunmaktadır. Bir ülkenin mali yeterlilik ilkelerine uyumunun seviyesi belirlenmeden o ülkede mali sürdürülebilirlik ilkesinin işleyip işlemediğinin sorgulamak anlamsız olacağı izah edilmektedir. Bu açıdan bakıldığında mali yeterlilik ile ilgili göstergeler bizlere o ülkenin mali sürekliliği sağlayıp sağlamayacağının belirtisi hükmünde olacaktır. Mali sürekliliğin içinde mali yeterliliği de taşıyan daha kuşatıcı bir kavram olduğu anlaşılmaktadır (Şen, Sağbaş ve Keskin, 2010:104).

Hükümetlerin maliye politikalarının sürdürülebilir olması hususunda birçok fikir ve tanım olduğu bilinmektedir. Bu tanımlardan yola çıkarak, sürdürülebilir maliye politikasını; hükümetlerin önlerindeki zamanlarda yapacakları ödemelerin dengelerini aksatmayacak şekilde, güncel maliye politikalarının yürütülmesi olarak tanımlamak mümkündür (Ergün, 2005:4).

Devlet yada hükümetlerin belirledikleri maliye politikaları sonucunda oluşan mali yapı belli dönemlerde krize girmekte ve ekonomik hayat durağanlaşmaktadır. Ülkelerin krizlerden çıkışı ile alakalı olarak Cícero'nun yapmış olduğu tespit manidardır. Cícero; “Bütçe denkleştirilmeli, Hazine tekrar doldurulmalı, kamu borcu azaltılmalı, devlet yöneticilerinin haddini bilmezliği ıslah ve kontrol edilmeli” (Karakurt ve Akdemir, 2010:226) diyerek belki de mali disipline ve sürdürülebilirliğin kendi döneminde nasıl olacağına işaret etmiştir.

Mali sürdürebilirlik ilkesi ekonomik krizlerle yakından ilişkilidir. Kriz dönemlerinin aşılmasında mali sürdürülebilirliğe sahip bir anlayış geliştirmek devlet ya da hükümetlerin gündemini oluşturmaktadır. Devlet yada hükümetler krizlerden çıkışla ilgili yeni politikalar geliştirmek zorunda kaldığı bilinmektedir. (Karakurt, 2010:169-180). Bu tespitinde doğruladığı gibi ekonomi yönetimleri oluşan krizlerin etkilerini azaltmak adına yeni teşvik paketleri ilan edilebilmektedir. Ayrıca vergi indirimleri veya yeni maliye politikaları gündeme gelmektedir. Bu değişiklikler oluştururken büyümeyi sağlamak ve krizden çıkış yolunu bulmanın ancak büyüme ile şekilleneceği düşünülmektedir. Büyüme ise mali sürdürülebilirlikle yakından ilişkilendirilmektedir (Karakurt, 2010:169-180).

Dünya ekonomileri içinde sürdürülebilirlik ilkesinin bu kadar değer kazanmasının birçok nedeni vardır. Bu nedenler arasında krizlerden daha az etkilenme çabası ve

yatırımcılarda güvenli alanlar sağlayıp ekonomik büyümeyi devamlı kılmanın önemli etkileri olduğu düşünülmektedir. Bunlarla birlikte dünya ekonomisinin önemli oyuncularından olan IMF'nin mali sürdürülebilirlik ilkesine verdiği önem, IMF ile çalışan ülkelerde de mali sürdürülebilirlik ilkesine dikkatleri çekmiştir (Ergün, 2005:15). IMF program yürüttüğü ülkelerin bir kısmında enflasyonun düşürülmesi ve sürdürülebilir bir büyümenin sağlanmasını temel hedef olarak ortaya koymuştur (Şeker, 2005:227). Ortaya koyulan bu hedef üye ülkelerin, maliye politikalarında etkilerini göstermiş ve mali sürdürülebilirlik en önemli kriterlerden biri haline gelmiştir. “Bu plandaki amaç, gelişmekte olan ülkelerdeki mali dengesizliklerin iktisadi olarak sürdürülemez boyutlara ulaşmadan önce azaltılıp azaltılmayacaklarını belirlemektir” (Arisoy ve Ünlükaplan, 2010:445).

2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Ana Fikri Sürdürülebilirlik

SDP'nin yol gösterici ilkelerden olan sürdürülebilirlik ilkesi SDP'nin maliye politikası açısından üzerinde en çok durulabilecek konu olarak öne çıkmaktadır. Bu ilke SDP ilan metninde “Geliştirilecek olan sistemin, ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyecek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir” (SB, 2003:25) kelimeleri ile tanımlanmıştır.

Ancak zamanla SDP uygulamaları sonrasında sağlık hizmet sunumunun sürekliliğinin sağlanmasının daha önemli bir unsur haline geldiği görülmektedir. Bu nedenle SB'nın daha sonra yayınladığı metinlerde SDP'nin sürdürülebilirlik ilkesi programın ana fikri olarak tanımlanmış olduğu görülmektedir (Akdağ, 2011:7). SB'nın yayınladığı metinlerde SDP ile sağlık hizmeti sunumunda verimliliğin arttığı, bu verimliliğin ise mali sürdürülebilirliği sağladığının vurgulandığı görülmektedir.

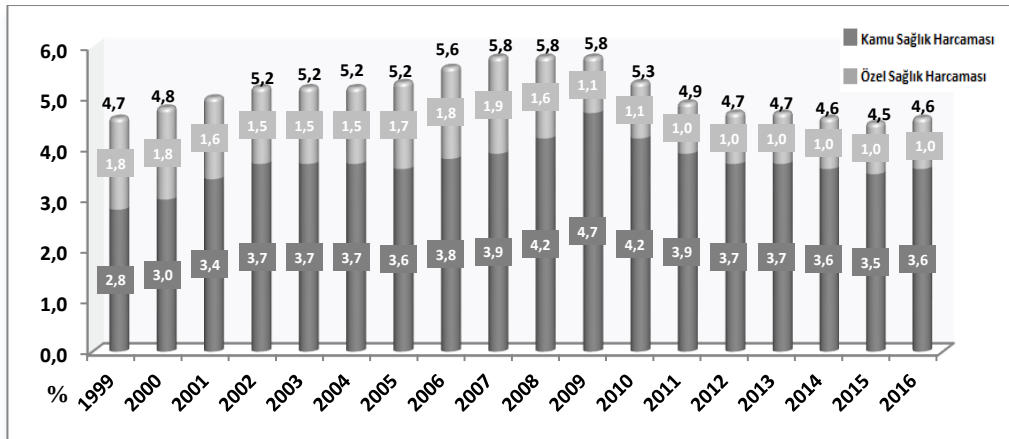
SDP uygulamaya başlanması ile mali sürdürülebilirliği sağlamak adına finansal kaynakların birleştirilerek ortak veri havuzu sayesinde bu kaynakların etkin ve sürekli bir sağlık hizmeti sunumunda kullanılmasının mali sürdürülebilirliği sağlayacağı ifade edilmektedir (Akdağ, 2011:301).

SB tarafından SDP ile mali sürdürülebilirliğin temel ilkesinin gelir ve gider eşitliğinin sağlanabilmesine yönelik uygulamaların hayata geçirilmesi olarak tarif edildiği görülmektedir.(Akdağ, 2011:344).

SDP uygulamalarının ilk yıllarına kamu sağlık harcamalarının arttığı bilinmektedir. Bu artışın nedenleri arasında prim toplama yöntemleri, hastanın hekime kolay ulaşılabilir olması, yeni tedavi seçenekleri ve teknolojileri arz yönlü bir artışa neden olması sayılmaktadır. Ayrıca ülkemizde doğuştan yaşam süresi beklentisinin uzaması, pozitif yöndeki sosyoekonomik gelişmeler, kronik hastalıklar ve bağımlılıkların artmasının kamu sağlık harcamalarında artışa neden olacağı ve bunun sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğe etkisi olacağı vurgulanmaktadır (Akdağ, 2011:74-75).

Grafik 2 incelendiğinde SDP uygulamalarının başladığı 2003 yılından itibaren 2005 yılına kadar toplam sağlık harcamalarının GSYİH'a göre %5,2 seviyesinde stabil bir oran gösterdiği görülmektedir. 2006 yılından itibaren SDP programı gereği kamu hastanelerinin birleşmesi sonrasında hastanın hekime ulaşma oranının artması ve GSS kapsamın genişlemesi 2008 yılı itibari ile yataklı tedavi kurumlarındaki hastaların tüm tıbbi malzemelerin SB tarafından karşılanmaya başlanması önemli değişiklikler arasında sayılmaktadır. Bu nedenlerle artan sağlık harcamalarının GSYİH içindeki sağlık harcamaları oranında artışa neden olduğu görülmektedir. Bu oran 2006 yılında %5,6'ya sonraki üç yılda %5,8'e yükselmiştir. 2009 yılı sonrasında sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için tedbirler alınması gerekliliği hissedilmeye başlanmıştır.

Grafik 2: Yıllara Göre Kamu- Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%'lik Oranlar)



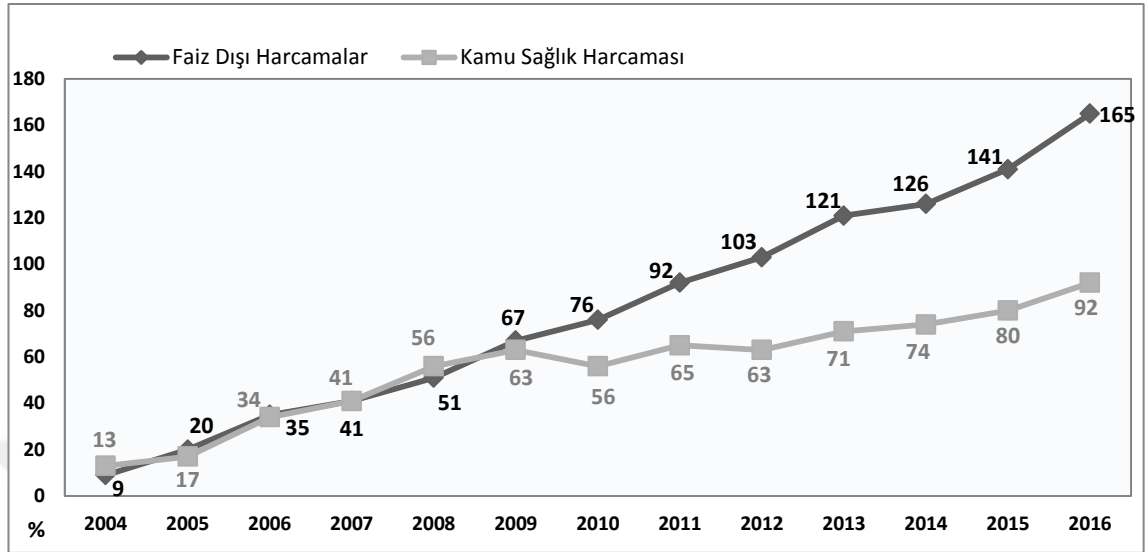
Kaynak: SB, 2017:235 (TÜİK).

2009 yılından sonra alınan mali önlemler ve katılım payı uygulaması sonrası sağlık hizmetine GSYİH ayrılan pay azalmaya başlamış 2010 yılında %5,3'e gerilemiştir. KHB'lerin kurulması ile bu oran önce %4,7'ye, sonrada 2015 yılında %4,5'e ve 2016 yılında %4,6'ya kadar gerilemiştir. Grafik 2'den de anlaşılacağı üzere 2011 ve 2016 yılları arasında özel sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı %1 ile aynı kalırken kamu sağlık harcaması azalmıştır. Bu kaynak azalması aynı zamanda KHB'lerinin kurulduğu ve çalıştığı dönemdir. 2016 yılı sonu verilerine göre GSYİH sağlığa ayrılan pay (%4,2), SDP ilan edildiği 2003 yılından (%5,2) daha düşük bir seviyede bulunmaktadır.

Bu konudaki çarpıcı bir tespit sistemin mimarlarından gösterilen Sebahattin Aydın kaleme aldığı bir yazı ile dile getirilmiştir. Sebahattin Aydın ve arkadaşları Enis Barış, Salih Mollaalioglu tarafında kaleme alınan British Medical Journal da yayınlanan yazı içeriğinde "Artık önemli zorluk, daha komplike bir sağlık sisteminin nasıl doğru yöne yönlendirileceği ve verimlilik ve finansal sürdürülebilirliği iyileştirirken, giderek artan iddialı vatandaşlık, demokratik ve çoğulcu devlet yapısına bağlı olarak değişen ihtiyaçlar ve tercihlere nasıl adapte edileceğidir. Bunlar diğer OECD ve AB üye ülkelerinin bugün karşı karşıya oldukları sorunlarla aynı sorunlardır." denilerek SDP'nın mali sürdürülebilirlik ayağının ne kadar önem taşıdığı anlatılmaktadır (Akdağ, 2011:405). OECD tarafından 2008 yılında yayınlanan raporda Türkiye'de sürdürülen sağlık hizmetlerinin mali açıdan sürdürülebilir olabilmesi için yeni tedbirler alınması gerektirdiğinin belirtilmesi bu açıdan önemli bir tespit olduğu görülmektedir (OECD, 2008:123).

SDP ilanı oluşan arz fazlalığı ve çeşitliliğinin sağlık hizmeti talebini yukarı yönde etkilediği görülmüştür. Bu kapsamda SDP'nın mali sürdürülebilirliğini sağlamak için finansal dengenin kurulması kaçınılmaz bir hal almıştır. SDP'nın sürdürülebilir bir yapıda tutulabilmesi için başta SB ile konu hakkında yetkili diğer devlet kurumları, birçok çalışma yapmış ve yeni uygulamaları hayata geçirmişlerdir.

Grafik 3: 2004-2016 Yılları Arası Faiz Dışı Fazla Harcamaları Ve Sağlık Harcamalarındaki Artış Oranları (%'lik Oranlar)



Kaynak: SB, 2017:243 (TÜİK ve Kalkınma Bakanlığı).

Grafik 3’de yer alan bilgiler incelendiğinde 2008 ve 2009 yıllarının sağlık harcamalarında dönüm noktaları oldukları görülmektedir. SDP’nin uygulanmaya başlandığı ilk yıllardan sonra kamu sağlık harcamalarının 2009 yılına kadar faiz dışı harcamaların artış hızı yüzdesi ile yakın bir seyir izlediği görülmektedir. 2004 yılında kamu sağlık harcamaları faiz dışı harcamalardan 4 puan, 2008 yılında 5 puana yukarıda olduğu görülmektedir. Faiz dışı harcama artışından daha yukarıda bir oranda sağlık harcaması artışı oluşmasını engellemek ve sağlık hizmetinde mali sürdürülebilirliği sağlamak adına SB çalışmaları ve OECD raporları doğrultusunda 2009 yılından itibaren kamu sağlık harcamalarının düşürülmesi veya ek kaynaklar oluşturulması için çalışmalar hızlandırılmıştır. SDP uygulanmaya başladıktan sonra, tıbbi teknolojinin daha ucuza mal edildiği personel verimliliğinin artırıldığı, sağlık hizmetlerinde hizmet alımı yöntemleriyle verimlilik sağlandığı, ilaç fiyatlarının kontrol altına alındığı, SB tarafından ortaya koyulmaktadır. SB bu dönemde yapılan çalışmalar ile mali sürdürülebilirliği sağlayacak çalışmalar yapıldığını ve bu konuda başarılı olduklarını açıkladığı görülmektedir. Ayrıca bu yöntemlerle sağlık hizmeti sunumuna ek kaynaklar oluşturulduğu tespiti yapılmaktadır (Akdağ, 2011:365).

Çalışmamızın esas alanı olan SB yönetiminde tedavi edici sağlık hizmeti veren yataklı tedavi kurumları bu çalışmaların merkezine oturtulmuştur. SDP ilan edildikten sonra

yataklı tedavi kurumlarının mali sürdürülebilirliğine doğrudan veya dolaylı olarak etki eden uygulamaların 2009 yılından sonra daha sıkı takip edildiği veya yeni uygulamalar başlatıldığı görülmektedir. SB tarafından zaman içinde SDP bileşenleri gereği 7 grup uygulamanın sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğinin sağlanması için devreye alındığı görülmektedir. Bu uygulamalara genel olarak bakıldığında GSS uygulamasına geçilmesi, kamu hastanelerin tek çatı altında toplanması, kamu hastanelerinde global bütçe sistemine geçilmesi, merkezi satın alma kurulması, tıbbi malzeme ve ilaçların hastaneler arası devri, stok üst sınırı uygulanması gibi uygulamaları içeren malzeme süreçlerin güncellenmesi, hastanelere başvuran kişilerden katılım ücreti alınması, hekimler için performans sistemine geçilmesi, KHB'nin kurulması uygulamalarının temelinde sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğinin sağlanması için önlemlerin alınması gayesinin mevcut olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların sonrasında geçen süreçte grafik 3'den anlaşılabileceği üzere 2009 yılından sonra faiz dışı harcamaların artışı ile sağlık harcamalarının artışı arasındaki makas açılmış ve 2016 yılında kamu sağlık harcamalarının artış hızı faiz dışı harcamalarda 73 puan aşağıda kalmıştır. Bu durum SDP sonrası sunulan sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğinin sağlanması adına olumlu bir veri olarak görülmüştür.

Tablo 1: GSYİH, Sağlık harcamaları ve Muayene Sayılarının Karşılaştırılması*

Açıklamalar	2002	2010	2011	2012	2012	2014	2015	2016
GSYİH (Milyon)	359.359	1.160.014	1.394.477	1.569.672	1.809.713	2.044.446	2.338.647	2.608.526
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	725 %
GSYİH içinde Sağlık Harcaması (%)	5,2	5,3	4,9	4,7	4,7	4,6	4,5	4,6
Artış/Azalış	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	17,70 %
GSYİH içinde Sağlık Harcaması (Milyon)	18.774	61.678	68.607	74.744	84.390	94.750	104.508	119.759
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	637 %
Muayene Sayısı Adet	208.966.049	539.085.967	611.786.297	621.786.297	630.321.124	643.922.030	660.099.447	685.709.179
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	328 %
Sağlık Harcaması/ Muayene Sayısı (TL)	89,84	114,41	112,14	120,21	133,88	147,15	158,32	174,65
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	194 %
GSYİH/ Muayene Sayısı (TL)	1.719,70	2.151,82	2.279,35	2.524,46	2.871,10	3.174,99	3.542,87	3.804,13
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	221 %

Kaynak: SB, 2017:143-233-235 (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, TÜİK).

*Muayene sayıları tüm sağlık tesislerini kapsar

Tablo 1 incelendiğinde GSYİH içindeki kamu sağlık harcamaları oranı azalsa da KHB'lerin kurulduğu ve çalıştığı dönemde sağlık hizmetleri sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirlik ilkesi gereği alınan kararlar ile azaltılmadan sürdürülmüştür. Aynı dönemdeki verilerden sağlık hizmetlerinin büyüklüğünü anlamak adına muayene

sayıları incelendiğinde, kamu hastanelerinde 2002 yılında 208 milyon civarında olan muayene sayısının, 2012 yılında 621 milyona, 2016 yılında ise 685 milyona çıktığı görülmektedir.

Her ne kadar hasta muayene sayıları artmış olsa bile; 2002 yılından sonra 7,25 kat artan GSYİH içinde sağlık harcamalarının 6,37 kat ile daha düşük bir seviyede arttığı görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki artış GSYİH'in artış miktarı oranında sağlanmış olsaydı, 2016 yılında sağlık harcamalarının 119 milyar TL yerine 136 milyar TL olacağı anlaşılmaktadır. Yıllık muayene sayılarının GSYİH ve sağlık harcamaları ile karşılaştırılması sonucu elde edilen verilere göre bir muayene başına düşen harcamanın GSYİH'ında ki artış oranının çok gerisinde kaldığı ve sağlık harcamaları ile kıyaslandığında 2,21 kat GSYİH'a göre 1,94 kat arttığı görülmektedir. Muayene başına yapılan harcamanın hem GSYİH hem de sağlık harcamalarının artış seviyesinin çok altında kalması ayrı bir çalışma konusu olması gerektiği düşünülmektedir. Ancak süreç konumuz açısından değerlendirildiğinde özellikle 2009 yılından sonra sağlık hizmetlerinde mali sürdürülebilirliği sağlamak adına alınan önlemler ve yeni çalışmaların varlığının hissedildiği görülmektedir.

BÖLÜM 3: ANKET ÇALIŞMASI GENEL BİLGİLERİ VE ANALİZLERİ

3.1. Anket Çalışması Hakkında Genel Bilgiler

3.1.1. Anket Çalışmasının Amacı

Bu çalışmanın amacı 2003 yılında ilan edilen SDP'nin ilkelerinden sürdürülebilirlik ilkesinin maliye politikaları açısından değerlendirilmesidir. Ayrıca bu değerlendirme yapılırken 2012-2013 arasında hizmet veren sözleşmeli yöneticilerinin SDP'nin sürdürülebilirlik ilkesi ile alakalı algılarını belirlemek ve analiz etmektir. SDP'nin mali sürdürülebilirliğin korunması için hayata geçirilen uygulamalar hakkında farklı görüşlerin olduğu bilinmektedir. Çalışmanın sözleşmeli yöneticilerin konu hakkındaki fikirlerinin seslendirildiği bir araç olacağı düşünülmektedir.

3.1.2. Anket Çalışmasının Yöntemi

Çalışmamıza konu olan anket toplamda 8 soru ve 33 ifadeden oluşmaktadır. Anketin soruları hazırlanırken SDP kapsamında sağlık politikası belirleyicilerinin SDP'nin ilan edildiği 2003 yılından 2013 yılına kadar geçen sürede, sağlık hizmetinde mali sürdürülebilirliğin sağlanması adına uygulamaya koyduğu düzenlemeler konu edilmiştir. Bu düzenlemeler içinde özellikle tedavi edici sağlık hizmeti sunan kamu sağlık tesislerinin etkilendiği değişiklikler anket konusu edilmeye çalışılmıştır. KHB yöneticilerinin algıları belirlenirken çoktan seçmeli sorular ve 5'li Likert ölçeğine göre hazırlanmış ifadeler kullanılmıştır. Anket değerlendirmesinde fonksiyon testleri ve Non-Parametrik analiz yöntemleri uygulanmıştır. Anket verileri KHB yöneticilerinin algıları maliye politikası görüşleri ve SDP metnindeki ifadeler eksen alınarak değerlendirilmiştir. Anket metinleri hazırlanırken ifadeler arasında karşılıklı ilişki ağı kurulmaya çalışılmıştır. Şöyle ki; anket soruları seçilirken SDP'nin ilan metninde sağlık politikası belirleyicilerinin amaç ve hedef olarak ortaya koydukları ifadeler uygulama metni içine yerleştirilmiştir. Bu sayede KHB yöneticilerinin SDP'nin amaç ve hedeflerine ne kadar katılıp katılmadıkları analiz edilmeye çalışılmaktadır. SDP'nin uygulayıcıları olan KHB yöneticileri ile kurallarını koyan SB algıları arasındaki benzerlik veya farklılıklar değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

3.1.3. Anket Çalışmasının Sınırlılıkları

Çalışma yapılırken belli sınırlılıklarla karşılaşmıştır. Bu çalışmada SDP yol gösterici ilkeleri sürdürülebilirlik ilkesi bağlamında incelenmiştir. SDP'nin sağlık hizmeti üzerine olan etkileri, tedavi edici sağlık hizmetleri sunan yataklı tedavi edici sağlık hizmeti veren kamu hastaneleri üzerinden aktarılacaktır. Bu aktarım yapılırken ilgili tesislerdeki yöneticiler ile mali süreçlerin işletilmesi yetki ve uzmanlıkları olan diğer sözleşmeli personellerin görüşlerine yer verilecektir. Anket çalışmasında maliye politikası ile SDP arasındaki ilişki klasik, keynesyen, neo liberal ekonomik görüşler bağlamında incelebilecektir. Dönemsel olarak bakıldığında sağlık hizmetlerinin 2003-2017 yılları arasındaki dönemi merkez olarak alınacaktır.

3.1.4. Anket Çalışmasının Evreni ve Örneklem

SDP'nin tüm ülkenin her türlü sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve sorunların çözülmesi için uygulanmaya koyulduğu belirtilmektedir. Bu büyük alanda inceleme yapmanın hayli güç bir iş olacağı açıktır. Bu etkinin nasıl anlaşıldığı konusunda tedavi hizmeti sunan kamu hastanelerinin sözleşmeli personeli üzerinden hareket edilecektir. Ülke genelindeki KHB'nde mali sorumluluk sahibi olarak 2013 yılı itibari ile çalışan toplam 2072 sözleşmeli yönetici bulunmaktadır (<https://www.personelsaglikhaber.net>, 06.07.2013). İllerde kurulan KHB mali anlamdaki sorumlu personelleri örneklem grubuna dâhil edilmiştir. Böylelikle hem sağlık tesisi boyutunda hem de genel sekreterlikler boyutunda mali süreçleri elinde tutan yöneticilere ulaşmak hedeflenmiştir.

Ülke genelinde çalışan tüm sözleşmeli personele ulaşmak çok uzun zaman alacağından örnekleme yöntemi ile belirlenen sayılardaki yöneticilere ulaşılması hedeflenmiştir. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile illerde kurulan KHB'nin harcama yetkilisi olan genel sekreterler, aynı kanunla gider gerçekleştirme görevliliği verilen mali hizmet başkanları, sağlık tesisi ölçeğindeki harcama yetkilileri hastane yöneticileri ve hastane ölçeğinde gider gerçekleştirme görevlileri idari ve mali işler müdürleri ve KHB bünyesinde mali işler konusunda istihdam edilen uzmanlar örneklem grubuna dahil edilmiştir.

Tablo 2: Seçilen Ana Kütleye Ait Bilgiler

KHB Meslek Grubu	Ana Kütle Sayısı
Genel Sekreter	87
Başkan	87
Hastane Yöneticisi	281
İdari ve Mali Müdür	794
Müdür Yardımcısı	464
Uzman	359
Toplam	2072

Böylelikle hem hastane boyutunda hem de genel sekreterlikler boyutunda mali süreçleri elinde tutan yöneticilere ulaşmak hedeflenmiştir. Aşağıdaki tabloda örnek kitlesine ait bilgiler bulunmaktadır.

Tablo 3: Seçilen Örnek Kitleye Ait Bilgiler

KHB Meslek Grubu	Ana Kütle Sayısı	Örnek Kütle Sayısı	Örnek Kütle Yüzdesi
Genel Sekreter	87	18	20,69
Başkan	87	22	25,29
Hastane Yöneticisi	281	43	15,3
İdari ve Mali Müdür	794	122	15,37
Müdür Yardımcısı	464	88	18,97
Uzman	359	78	21,73
Toplam	2072	371	17,91

Çalışmada, çalışma evrenini istatistiki olarak temsil edecek veriye ulaşılması için uygulanacak anket sayısı belirlenirken 2013 yılı itibari ile toplam çalışan sayısı 2072 oluğu göz önüne tutularak aşağıdaki formül yardımıyla örneklem hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{N \cdot D^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q} \quad (\text{Dorman at all, 1990})$$

Örneklem hesaplamasında kullanılan formülde; n: Örnek büyüklüğü (2072), Z2: Güven katsayısı (% 95'lik güven katsayısı 1,96 alınmıştır), P: Ölçmek istediğimiz özelliğin evrende bulunma ihtimali (Çalışmamızın çok amaçlı olmasından dolayı bu oran %50 alınmıştır), Q: 1-P, D: Kabul edilen örneklem hatası (%5) şeklinde ele alınmıştır. %95 güven düzeyi için örnek büyüklüğü hesaplanmış ve yapılması gereken minimum anket

sayısı 325 adet olarak bulunmuştur. Çalışma kapsamında 371 çalışana ulaşılmıştır ve toplam 371 anket üzerinden istatistiksel değerlendirme yapılmıştır.

3.1.5. Anket Çalışmasının Verilerinin Analizi ve Hipotezleri

İlgili anket sonrası soru ve ifadelerle ilgili farklı analizlere başlanmadan önce anketin güvenilirlik testleri yapılmıştır. Yapılan güvenilirlik testinde kullanılacak olan ifadelerin genel güvenilirliği 0,99 düzeyinde, (Cronbach's Alpha =0,705) güvenli ($p \geq 0,70$) olarak hesaplanmıştır.

Güvenilirlik testi sonrasında ilgili anket sonuçlarının analiz edilmesinde parametrik veya parametrik olmayan analiz yöntemlerinin hangilerinin kullanılmasının daha doğru olacağını anlayabilmek adına ilgili anket soru ve ifadelerine Kolmogorow Smirnov normallik testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre değişkenlerin normal dağılım göstermediği ($p < 0,05$) görülmüştür. Bu nedenle ilgili anket soru ve ifadeleri için bundan sonraki parametrik olmayan (Non-Parametrik) analiz yöntemleri tercih edilmesinin daha doğru olacağı görülmüştür. Bu amaçla ilgili anketin soru ve ifadeleri frekans analizi, ki-kare analizi testlerine tabi tutulmuştur. Anket soru ve ifadeleri ile alakalı olarak yapılan tüm değerlendirmeler, bu analizler sonucuna göre kaleme alınmıştır.

SDP'nin KHB ölçeğinde, sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine etkisini değerlendirmek için tanımlayıcı model kullanılmıştır. Bu model sayesinde anket içerisindeki 8 soru ve 33 ifadenin, aralarındaki ilişkilerin anlamlılık düzeylerinin ölçülmesi hedeflenmektedir.

Bu tanımlayıcı model oluşturulurken, ifadeler ve sorular arasında, ifadelerin kendi aralarında anlamlılık ve katılım derecelerini anlamak ana gayeyi oluşturmaktadır. Bu nedenle ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin demografik (meslek, görev, cinsiyet, çalışma yılı, yaş, eğitim durumu) verileri "Sözleşmeli KHB Yöneticilerinin Bazı Demografik Verileri" adı ile ilk veri grubu olarak belirlenmiştir.

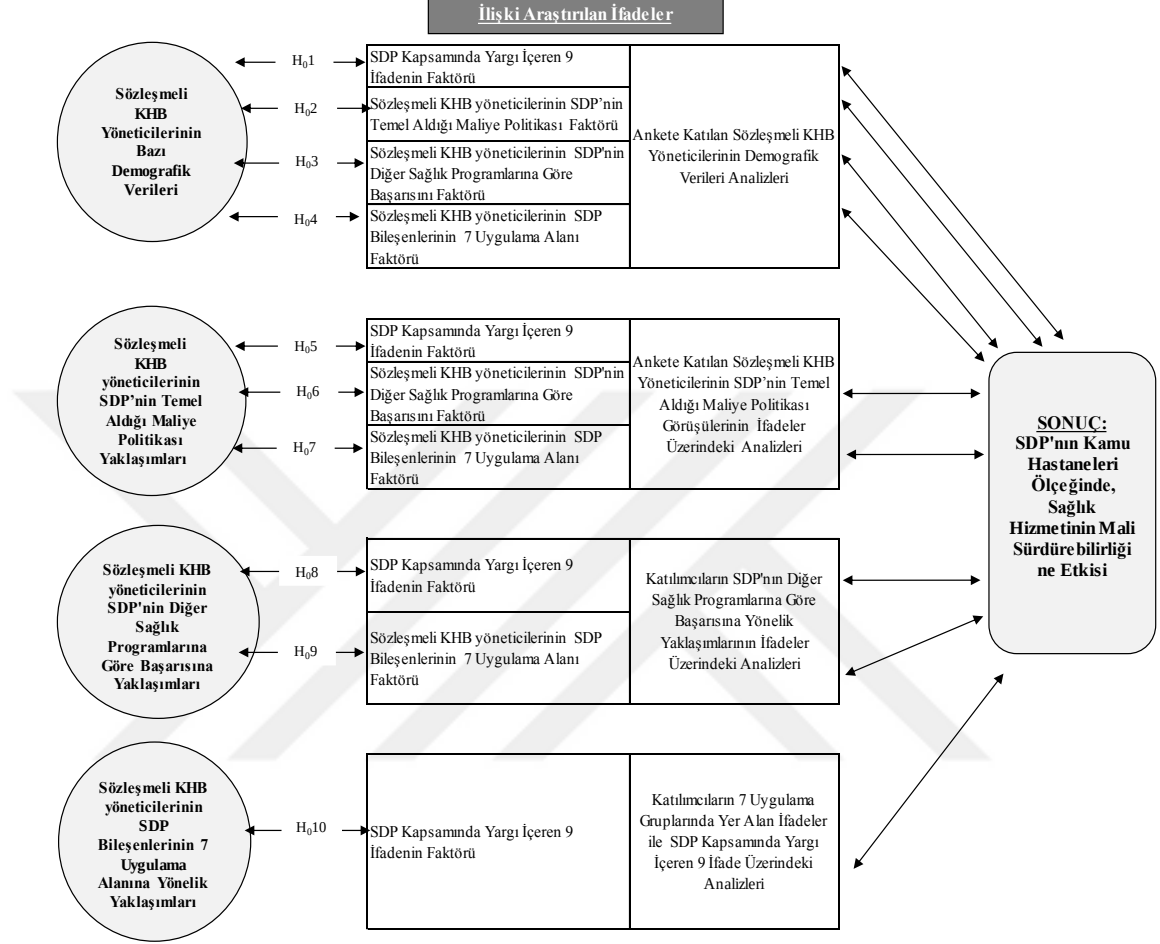
İkinci veri olarak ankete katılan KHB yöneticilerinin SDP'nin hangi maliye politikası görüşünü temel aldığı sorusunun dağılımı alınmıştır "Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşımları" adı ile modellemeye dahil edilmiştir.

Ankete katılan KHB yöneticilerinin Türkiye’de uygulanan sağlık programları içinde SDP’nin mali sürdürülebilirlik açısından başarısı hakkındaki fikirlerini içeren ifade dağılımı üçüncü veri olarak alınmıştır. “Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Diğer Sağlık Programlarına Göre Başarısına Yaklaşımları” adı ile modellemeye dahil edilmiştir.

SDP metni içinde zikredilen ve zaman içinde uygulamaya konulacağı beyan edilen; “Planlayıcı ve Denetleyici bir SB”, “Herkesi tek çatı altında toplayan GSS”, “Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi” olarak bir kısım bileşen tanımlanmıştır. Tanımlanan bu bileşenlerin uygulamalarını içeren yedi uygulama ifadesi; “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir.”, “Kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesi (Kamu sağlık tesislerinin sunduğu sağlık hizmeti için Sosyal Güvenlik Kurumu ile yıllık götürü bedel anlaşma) mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulamadır.”, “2009 yılında başlatılan kamu hastanelerin karşılıklı mal ve hizmet değişimi uygulaması mali sürdürülebilirliği olumlu şekilde etkilemiştir.”, “Kamu hastanelerinde kullanılan performans sistemi sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırmaktadır.”, “S.S.K. hastanelerinin Sağlık Bakanlığı yönetimine devredilmesi mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulamadır.”, “Kamu hastane birliklerin yapmış olduğu kaynak geliştirme çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacaktır.” “Genel sağlık sigortasının kapsamının geniş olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur.” İfadelerinin dağılımı “Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP Bileşenlerinin 7 Uygulama Alanına Yönelik Yaklaşımları” altında dördüncü veri grubu olarak alınmıştır. Modelleme yapılırken ankette yargı belirten 9 ifade ise, “SDP Kapsamında Yargı İçeren 9 İfade” adı ile modellemeye dahil edilmektedir.

Anket içinde yer alan SDP, bu verilerden grafik 4’de verilen tanımlayıcı model oluşturulmuştur.

Grafik 4: Tanımlayıcı Model



Belirlenen model kapsamında aşağıda görüldüğü gibi 10 hipotez kurulmuş ve test edilmiştir. Araştırma kapsamında kurulan hipotezler şu şekildedir;

H₀₁: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin bazı demografik verileri ile SDP kapsamında yargı içeren 9 ifadenin bir kısmı arasında ilişki yoktur.

H₁₁: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin bazı demografik veriler ile SDP kapsamında yargı içeren 9 ifadenin bir kısmı arasında ilişki vardır.

H₀₂: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin bazı demografik verileri ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları arasında ilişki yoktur.

H.2: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin bazı demografik verileri ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları arasında ilişki vardır.

H.3: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin bazı demografik verileri ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP 'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yaklaşımları arasında ilişki yoktur.

H.3: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin bazı demografik verileri ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP 'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yaklaşımları arasında ilişki vardır.

H.4: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin bazı demografik verileri ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP bileşenlerinin yedi uygulama alanına yönelik yaklaşımlarının bir kısmı ile ilişki yoktur.

H.4: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin bazı demografik verileri ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP bileşenlerinin yedi uygulama alanına yönelik yaklaşımlarının bir kısmı ile ilişki vardır.

H.5: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile SDP kapsamında yargı içeren dokuz ifadenin bir kısmı ile arasında ilişki yoktur.

H.5: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile SDP kapsamında yargı içeren dokuz ifadenin bir kısmı ile arasında ilişki vardır.

H.6: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yaklaşımları arasında ilişki yoktur.

H.6: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yaklaşımları arasında ilişki vardır.

H.7: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP bileşenlerinin yedi uygulama alanına yönelik yaklaşımlarının bir kısmı arasında ilişki yoktur.

H.7: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP bileşenlerinin yedi uygulama alanına yönelik yaklaşımlarının bir kısmı arasında ilişki vardır.

H.8: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yönelik yaklaşımları ile SDP kapsamında yargı içeren dokuz ifadenin bir kısmı arasında ilişki yoktur.

H.8: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yönelik yaklaşımları ile SDP kapsamında yargı içeren dokuz ifadenin bir kısmı arasında ilişki vardır.

H.9: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yönelik yaklaşımları ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP bileşenlerinin yedi uygulama alanına yönelik yaklaşımlarının bir kısmı arasında ilişki yoktur.

H.9: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yönelik yaklaşımları ile sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP bileşenlerinin 7 uygulama alanına yönelik yaklaşımlarının bir kısmı arasında ilişki vardır.

H.10: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP bileşenlerinin yedi uygulama alanına yönelik yaklaşımları ile SDP kapsamında yargı içeren dokuz ifadenin bir kısmı arasında ilişki yoktur.

H.10: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP bileşenlerinin yedi uygulama alanına yönelik yaklaşımları ile SDP kapsamında yargı içeren dokuz ifadenin bir kısmı arasında ilişki vardır.

3.2. Anket Çalışmasının Verilerinin Ki-Kare Analiz Tabloları

Çalışmamızın verilerin analizi ve hipotezler bölümünde belirtildiği üzere, anket soru ve ifadeler arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek için modellemedeki tüm gruplar arasında frekans testi ve ki-kare testi yapılmıştır. Ortaya koyulan hipotezlerin doğruluğu veya yanlışlığı ki-kare testleri sonucunda kabul ve reddi şeklinde aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Ayrıca aşağıdaki tablolarda soru ve ifadeler arasında veya ifadelerin kendileri arasında oluşan ilişkilerin anlamlılık dereceleri rakamsal değer olarak verilmiştir. Çalışmamızın bundan sonraki bölümlerinde soru ve ifadeler veya ifadelerin kendileri aralarında ilişki kurulurken aşağıdaki tablolar temel alınacaktır.

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Soru ve İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu

İfade		Katılımcıların Bazı Demografik Özellikleri İle İlişki Araştırılan Hipotez Yargıları											
		Katılımcının Mesleği (A)				Katılımcının Görevi (B)				Katılımcının Cinsiyeti (C)			
		Ki-kare	SD	ÖD	Karar	Ki-kare	SD	ÖD	Karar	Ki-kare	SD	ÖD	Karar
SDP Kapsamında Yargı İçeren 9 İfadenin Faktörü	17. ifade	23,057	28	0,730	HoKabul	29,778	20	0,074	HoKabul	4,877	4	0,300	HoKabul
	18. ifade	30,488	28	0,340	HoKabul	14,416	20	0,809	HoKabul	9,992	4	0,041	HoRet (C1)
	20. ifade	28,884	28	0,418	HoKabul	44,182	20	0,001	HoRet (B1)	3,087	4	0,543	HoKabul
	21. ifade	50,857	28	0,005	HoRet (A1)	53,236	20	0,000	HoRet (B2)	3,509	4	0,477	HoKabul
	33. ifade	40,485	28	0,060	HoKabul	31,556	20	0,048	HoRet (B3)	11,388	4	0,023	HoRet (C2)
	34. ifade	33,028	28	0,235	HoKabul	24,058	20	0,240	HoKabul	3,728	4	0,444	HoKabul
	36. ifade	31,142	28	0,311	HoKabul	31,200	20	0,053	HoKabul	6,145	4	0,189	HoKabul
	38. ifade	57,064	28	0,001	HoRet (A2)	36,646	20	0,013	HoRet (B4)	4,915	4	0,296	HoKabul
	40. ifade	29,792	28	0,373	HoKabul	48,380	20	0,000	HoRet (B5)	6,396	4	0,171	HoKabul
Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Temel Aldığı Maliye Politikası Faktörü	8. Soru	15,477	21	0,798	HoKabul	11,325	15	0,729	HoKabul	0,076	3	0,995	HoKabul
Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Diğer Sağlık Programlarına Göre Başarısını Faktörü	41. ifade	47,819	28	0,011	HoRet (A3)	21,957	20	0,343	HoKabul	1,003	4	0,909	HoKabul
Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP Bileşenlerinin 7 Uygulama Alanı Faktörü	9. ifade	40,965	28	0,054	HoKabul	20,972	20	0,399	HoKabul	3,038	4	0,552	HoKabul
	10. ifade	24,165	28	0,673	HoKabul	16,156	20	0,707	HoKabul	0,348	4	0,987	HoKabul
	14. ifade	101,337	28	0,000	HoRet (A4)	29,976	20	0,070	HoKabul	5,259	4	0,262	HoKabul
	15. ifade	33,291	28	0,225	HoKabul	30,849	20	0,057	HoKabul	6,398	4	0,171	HoKabul
	16. ifade	26,152	28	0,565	HoKabul	32,995	20	0,034	HoRet (B6)	3,838	4	0,428	HoKabul
	30. ifade	24,067	28	0,678	HoKabul	41,898	20	0,003	HoRet (B7)	5,878	4	0,208	HoKabul
	37. ifade	16,920a	28	0,950	HoKabul	14,114	20	0,825	HoKabul	19,160	4	0,001	HoRet (C3)

Tablo 4.2: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Soru ve İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu

İfade		Katılımcıların Bazı Demografik Özellikleri İle İlişki Araştırılan Hipotez Yargıları											
		Katılımcının Hizmet Süresi (D)				Katılımcının Yaşı (E)				Katılımcının Eğitim Düzeyi (F)			
		Ki-kare	SD	ÖD	Karar	Ki-kare	SD	ÖD	Karar	Ki-kare	SD	ÖD	Karar
SDP Kapsamında Yargı İçeren 9 İfadenin Faktörü	17. ifade	23,792	24	0,474	HoKabul	26,631	24	0,322	HoKabul	23,813	16	0,094	HoKabul
	18. ifade	33,689	24	0,090	HoKabul	33,999	24	0,085	HoKabul	19,064	16	0,265	HoKabul
	20. ifade	22,307	24	0,561	HoKabul	37,260	24	0,041	HoRet (E1)	45,231	16	0,000	HoRet (F1)
	21. ifade	30,947	24	0,155	HoKabul	48,148	24	0,002	HoRet (E2)	41,003	16	0,001	HoRet (F2)
	33. ifade	27,657	24	0,275	HoKabul	43,108	24	0,010	HoRet (E3)	21,366	16	0,165	HoKabul
	34. ifade	26,997	24	0,305	HoKabul	26,107	24	0,348	HoKabul	13,382	16	0,645	HoKabul
	36. ifade	28,926	24	0,223	HoKabul	30,668	24	0,164	HoKabul	13,782	16	0,615	HoKabul
	38. ifade	46,597	24	0,004	HoRet (D1)	53,462	24	0,001	HoRet (E4)	30,704	16	0,015	HoRet (F3)
	40. ifade	27,716	24	0,272	HoKabul	29,746	24	0,193	HoKabul	14,078	16	0,593	HoKabul
Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Temel Aldığı Maliye Politikası Faktörü	8. Soru	21,779	18	0,242	HoKabul	26,268	18	0,094	HoKabul	18,779	12	0,094	HoKabul
Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Diğer Sağlık Programlarına Göre Başarısını Faktörü	41. ifade	28,212	24	0,251	HoKabul	23,023	24	0,518	HoKabul	17,179	16	0,374	HoKabul
Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP Bileşenlerinin 7 Uygulama Alanı Faktörü	9. ifade	28,893	24	0,224	HoKabul	23,867	24	0,469	HoKabul	22,607	16	0,125	HoKabul
	10. ifade	15,323	24	0,911	HoKabul	17,509	24	0,826	HoKabul	20,523	16	0,198	HoKabul
	14. ifade	41,715	24	0,014	HoRet (D2)	40,283	24	0,020	HoRet (E5)	25,873	16	0,056	HoKabul
	15. ifade	40,300	24	0,020	HoRet (D3)	47,531	24	0,003	HoRet (E6)	18,167	16	0,314	HoKabul
	16. ifade	15,971	24	0,889	HoKabul	25,106	24	0,400	HoKabul	14,835	16	0,537	HoKabul
	30. ifade	22,919	24	0,525	HoKabul	40,896	24	0,017	HoRet (E7)	45,418	16	0,000	HoRet (F4)
	37. ifade	33,117	24	0,102	HoKabul	30,430	24	0,171	HoKabul	9,139	16	0,908	HoKabul

Tablo 5: Katılımcıların 41. İfadenin, Diğer İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu

İfade		Katılımcıların 41. ifade ile ilişki araştırılan Hipotez Yargıları			
		41.Soru: Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Diğer			
		Ki-kare	SD	ÖD	Karar
SDP Kapsamında Yargı İçeren 9 İfadenin Faktörü	17. ifade	60,521	16	0,000	HoRet (B1)
	18. ifade	27,031	16	0,041	HoRet (B2)
	20. ifade	79,571	16	0,000	HoRet (B3)
	21. ifade	48,863	16	0,000	HoRet (B4)
	33. ifade	43,147	16	0,000	HoRet (B5)
	34. ifade	106,485	16	0,000	HoRet (B6)
	36. ifade	43,329	16	0,000	HoRet (B7)
	38. ifade	16,721	16	0,404	HoKabul
	40. ifade	74,836	16	0,000	HoRet (B8)
Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP Bileşenlerinin 7 Uygulama Alanı Faktörü	9. ifade	25,404	16	0,063	HoKabul
	10. ifade	41,995	16	0,000	HoRet (B9)
	14. ifade	31,297	16	0,012	HoRet (B10)
	15. ifade	47,765	16	0,000	HoRet (B11)
	16. ifade	25,449	16	0,062	HoKabul
	30. ifade	58,667	16	0,000	HoRet (B12)
	37. ifade	36,419	16	0,003	HoRet (B13)

Tablo 6: Katılımcıların 8. Sorunun, Diğer İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu

İfade		Katılımcıların 8. Soru İle İlişki Araştırılan Hipotez Yargıları			
		8.Soru: SDP'de Temel Alınan Maliye Politikası (A)			
		Ki-kare	SD	ÖD	Karar
SDP Kapsamında Yargı İçeren 9 İfadenin Faktörü	17. İfade	9,041	12	0,699	HoKabul
	18. İfade	39,879	12	0,000	HoRet (A1)
	20. İfade	8,194	12	0,770	HoKabul
	21. İfade	30,256	12	0,003	HoRet (A2)
	33. İfade	13,076	12	0,364	HoKabul
	34. İfade	23,816	12	0,022	HoRet (A3)
	36. İfade	28,848	12	0,004	HoRet (A4)
	38. İfade	16,288	12	0,178	HoKabul
	40. İfade	8,815	12	0,719	HoKabul
Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP Bileşenlerinin 7 Uygulama Alanı Faktörü	9. İfade	30,779	12	0,002	HoRet (A5)
	10. İfade	17,945	12	0,117	HoKabul
	14. İfade	15,556	12	0,212	HoKabul
	15. İfade	25,070	12	0,014	HoRet (A6)
	16. İfade	12,940	12	0,373	HoKabul
	30. İfade	19,004	12	0,088	HoKabul
Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Diğer Sağlık Programlarına Göre Başarısını Faktörü	37. İfade	25,053	12	0,015	HoRet (A7)
	41. İfade	16,430	12	0,172	HoKabul

Tablo 7.1: Katılımcıların 7 Uygulama Grubunun, Diğer İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu

İfade		Katılımcıların 7 Uygulama Grubu İle İlişki Araştırılan Hipotez Yargıları															
		Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanmasına Yönelik Uygulamaları (A)				Kamu Hastanelerinde Global Bütçe Uygulamaları (B)				Performans Sisteminin Uygulamaları (C)				Kamu Hastanelerindeki Malzeme Uygulamaları(D)			
		Ki-kare	SD	ÖD	Karar	Ki-kare	SD	ÖD	Karar	Ki-kare	SD	ÖD	Karar	Ki-kare	SD	ÖD	Karar
SDP Kapsamında Yargı İçeren 9 İfadenin Faktörü	17. İfade	51,332	16	0,000	HoRet (A1)	70,983	16	0,000	HoRet (B1)	52,084	16	0,000	HoRet (C1)	29,446	16	0,021	HoRet (D1)
	18. İfade	38,134	16	0,001	HoRet (A2)	25,318	16	0,064	HoKabul	28,181	16	0,030	HoRet (C2)	29,111	16	0,023	HoRet (D2)
	20. İfade	37,576	16	0,002	HoRet (A3)	78,526	16	0,000	HoRet (B2)	51,008	16	0,000	HoRet (C3)	25,734	16	0,058	HoKabul
	21. İfade	29,817	16	0,019	HoRet (A4)	65,982	16	0,000	HoRet (B3)	48,415	16	0,000	HoRet (C4)	37,275	16	0,002	HoRet (D3)
	33. İfade	8,612	16	0,929	HoKabul	37,562	16	0,002	HoRet (B4)	63,763	16	0,000	HoRet (C5)	24,154	16	0,086	HoKabul
	34. İfade	35,890	16	0,003	HoRet (A5)	50,899	16	0,000	HoRet (B5)	35,762	16	0,003	HoRet (C6)	24,040	16	0,089	HoKabul
	36. İfade	28,002	16	0,032	HoRet (A6)	41,131	16	0,001	HoRet (B6)	43,259	16	0,000	HoRet (C7)	22,956	16	0,115	HoKabul
	38. İfade	23,697	16	0,096	HoKabul	34,936	16	0,004	HoRet (B7)	23,205	16	0,108	HoKabul	12,183	16	0,731	HoKabul
	40. İfade	33,301	16	0,007	HoRet (A7)	24,086	16	0,088	HoKabul	58,863	16	0,000	HoRet (C8)	34,081	16	0,005	HoRet (D4)

Tablo 7.2: Katılımcıların 7 Uygulama Grubunun, Diğer İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu

İfade		Katılımcıların 7 Uygulama Grubu ile İlişki Araştırılan Hipotez Yargıları											
		KHB Kurulmasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisine Yönelik Uygulamaları (E)				GSS'nin Mali Sürdürülebilirliğe Etkisine Yönelik Uygulamaları (F)				Katlı Payı ve Ek Ücretler Alınmasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisine Yönelik Uygulamaları (G)			
		Ki-kare	SD	ÖD	Karar	Ki-kare	SD	ÖD	Karar	Ki-kare	SD	ÖD	Karar
SDP Kapsamında Yargı İçeren 9 İfadenin Faktörü	17. İfade	54,706	16	0,000	HoRet (E1)	16,439	16	0,423	HoKabul	52,658	16	0,000	HoRet (G1)
	18. İfade	31,322	16	0,012	HoRet (E2)	38,397	16	0,001	HoRet (F1)	35,630	16	0,003	HoRet (G2)
	20. İfade	93,883	16	0,000	HoRet (E3)	43,690	16	0,000	HoRet (F2)	31,843	16	0,010	HoRet (G3)
	21. İfade	53,828	16	0,000	HoRet (E4)	43,743	16	0,000	HoRet (F3)	32,947	16	0,008	HoRet (G4)
	33. İfade	32,698	16	0,008	HoRet (E5)	65,978	16	0,000	HoRet (F4)	18,345	16	0,304	HoKabul
	34. İfade	70,217	16	0,000	HoRet (E6)	40,837	16	0,001	HoRet (F5)	29,979	16	0,018	HoRet (G5)
	36. İfade	24,478	16	0,080	HoKabul	78,378	16	0,000	HoRet (F6)	21,826	16	0,149	HoKabul
	38. İfade	21,632	16	0,155	HoKabul	67,673	16	0,000	HoRet (F7)	27,374a	16	0,038	HoRet (G6)
	40. İfade	28,422	16	0,028	HoRet (E7)	37,891	16	0,002	HoRet (F8)	22,857	16	0,118	HoKabul

3.2.1. Katılımcıların Demografik Verileri ile Diğer Yargıların Analizi

Çalışmamıza temel oluşturan anket içerisinde katılımcıların cinsiyeti, yaşları, sağlık sektöründe geçirdikleri hizmet yılı süreleri meslekleri, KHB bünyesindeki görevleri ve eğitim durumları demografik verileri olarak belirlenmiştir. Katılımcıların demografik verileri ile soru ve ifadeler arasındaki yapılan analizler sonucu ortaya çıkan anlamlılıkların çokluğu, bu çalışmanın sözleşmeli KHB yöneticileri hakkında keşfedici bir çalışma olduğu yönünde izler taşıdığını düşündürmektedir. Katılımcıların demografik verilerinin frekans analizleri aşağıda sırası ile gösterilmiştir. Ayrıca katılımcıların demografik verileri ile anketteki diğer soru ve ifadeler arasında yapılan analiz sonuçları tablo 4.1. ve 4.2. verilmiştir. Bu tablolarda geçen verilere bağlı olarak aşağıdaki analizler yapılmıştır.

Tablo 8: Cinsiyet Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Bayan	76	20,49
Bay	295	79,51
Toplam	371	100

Ankete katılan toplam 371 yöneticinin 76'sı yani yüzde ifade ile %20,49'u bayanlardan oluşmaktadır. Yine ankete katılanların 295'i yani yüzde ifade ile %79,51'i baylardan oluşmaktadır. Ülkemizdeki istihdam verileri incelendiğinde her çalışanların %29,5'nin bayan olduğu görülmektedir (T.Ü.İ.K, 13.08.2012). Bu açıdan bakıldığında KHB

sözleşmeli olarak çalışan kadın yönetici sayısının Türkiye’deki bu ortalama oranın gerisinde kaldığı görülmektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin cinsiyetlerinin anket soru ve ifadelerine katılmalarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin cinsiyetleri ile tablo 4.1.’de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(C1): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir.”,

“H₀Ret(C2): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü artmıştır.”,

“H₀Ret(C3): Genel sağlık sigortasının kapsamının geniş olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur.” ,

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 9: Ankete Katılanların Cinsiyetlerin H₀Ret Katılımları (%’lik Oranları)

H ₀ Ret	Katılımcının Cevabı	
	Bayan Katılımcılar	Bay Katılımcılar
H ₀ Ret(C1) Katılıyorum	56,58%	54,92%
H ₀ Ret(C2) Katılıyorum	30,26%	47,80%
H ₀ Ret(C3) Katılıyorum	48,68%	71,86%

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinden bayan olanların SDP’nin daha önceki hükümetlerin çalışmalarını da kendi içeriğinde barındırdığına erkek yöneticilere göre %56,6 oranı ile daha çok katıldıkları belirlenmiştir. Erkek yöneticilerin SDP’nin bütçeye yükünü artırdığına yönelik görüşü bayan yöneticilere nazaran %47,8 oranı ile daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bayan yöneticilerin %79 oranı ile GSS’nin kapsamının geniş olmasının bütçe yükünü artırdığı görüşüne erkek yöneticilere daha fazla katıldıkları belirlenmiştir.

Tablo 10: Ankete Katılanların Yaşlarının Dağılımları

Katılımcıların Yaş Aralıkları	Dağılım	Yüzde
18-24 Yaş Arası	2	0,54
25-31 Yaş Arası	29	7,82
32-38 Yaş Arası	146	39,35
39-45 Yaş Arası	106	28,57
46-52 Yaş Arası	65	17,52
53-59 Yaş Arası	20	5,39
60 Yaş ve Üzeri	3	0,81
Toplam	371	100,00

Ankete katılan KHB yöneticilerin %39,35’inin 32-38 yaş altında bireylerden oluştuğu görülmektedir. Bu sınıfa 32 yaş altı yöneticiler eklendiğinde bu oran %47 gibi bir değere yaklaşmaktadır. SB’nın KHB yöneticilerinin yarısına yakın bir kısmını göreceli olarak genç nüfus içinde değerlendirilebilecek bir gruptan seçildiği görülmektedir. Geri kalan yöneticilerin %28,57’si 39-45 yaş gibi hem aktif hem verimli olabilecek yaş grubundan seçildiği anlaşılmaktadır. KHB yöneticilerinin %75’inin 18-45 yaş grubu çalışanlardan oluştuğu görülmektedir. Bu değerlerden anlaşılacağı üzere birlik yöneticilerinin çoğunluğu 45 yaş altı çalışanlardan oluştuğu görülmektedir. KHB yöneticilerinin sadece %6’sı 53 yaş ve üstü çalışanlardan oluşmaktadır. SB’nın yönetici tercihlerinde sağlık hizmetlerinin özellikleri olan dinamik, aktif değişime açık yapısının yönetici tercihlerini etkilediği görülmektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin yaş dağılımlarının anket soru ve ifadelerine katılmalarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin yaş dağılımları ile tablo 4.2.’de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(E1): Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanılmıştır.”,

“H₀Ret(E2): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(E3): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü artmıştır.”,

“H₀Ret(E4): Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olmuştur.”,

“H₀Ret(E5): 2009 yılında başlatılan kamu hastanelerin karşılıklı mal ve hizmet değişimi uygulaması mali sürdürülebilirliği olumlu şekilde etkilemiştir.”,

“H₀Ret(E6): Kamu hastanelerinde kullanılan performans sistemi sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırmaktadır.”,

“H₀Ret(E7): Kamu hastane birliklerin yapmış olduğu kaynak geliştirme çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacaktır.”

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 11: Ankete Katılanların Yaşlarının H₀Ret Katılımları (%’lik Oranları)

HoRet	Katılımcının Cevabı	
	45 Yaş Altı Katılımcılar	45 Yaş Üzeri Katılımcılar
HoRet(E1) Katılıyorum	71,37%	70,40%
HoRet(E2) Katılıyorum	69,96%	59,09%
HoRet(E3) Katılıyorum	43,46%	46,59%
HoRet(E4) Katılıyorum	62,19%	60,22%
HoRet(E5) Katılıyorum	96,81%	90,90%
HoRet(E6) Katılıyorum	64,31%	53,40%
HoRet(E7) Katılıyorum	82,33%	81,81%

Tablo 11’de yer alan değerlendirme verileri esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerden 45 yaş altı katılımcıların SDP’nin ülke kaynaklarını en akılcı şekilde kullanıldığına, SDP’nin temelinde sosyal devlet uygulamalarının yer aldığına, hekime kolay ulaşmanın sağlık harcamalarını artırdığına, KHB’lerde uygulanan malzeme uygulamalarının doğru olduğuna, kamu hastanelerinde uygulanan performans sisteminin harcamaları artırdığına, KHB’lerde uygulanan kaynak geliştirme çabalarının yeterli olacağına, 45 yaş üstü yöneticilere göre daha fazla katıldıkları görülmektedir. Bilindiği gibi kamu hastanelerinde kullanılan performans sistemi belli veriler sonucu oluşan değerlerin çarpımı sonucu elde edilen tutarın belli bir hesaba göre çalışanlara

döner sermaye olarak dağıtılmasından oluşmaktadır. Ankete katılan KHB yöneticilerin den 45 yaş altı olan yöneticilerin yönettikleri sağlık tesislerin gider kalemlerinin önemli bir bölümünü yaklaşık %30’nu kapsayan ve hastane personeline ödenen döner sermaye tutarını oluşturan performans sisteminin sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliği üzerindeki baskısını diğer yaş grubuna göre daha çok önemsemektedirler. Başka bir ifade ile bu yöneticilerin performans sisteminin hastane bütçelerine yükünün beklenen veya gereğinden daha fazla olduğu fikrinde oldukları görülmektedir.

Bunula birlikte 45 yaş üstü yöneticilerin SDP ile sağlık hizmetlerinin bütçeye yükünün arttığına 45 yaş altı yöneticilere göre daha çok katıldıkları belirlenmiştir. Başka bir ifade ile 45 yaş üstü yöneticiler SDP’nin genel uygulamalarının bütçe üzerine etkilerini 45 yaş altı yöneticilere göre daha çok önemsedikleri görülmektedir.

Tablo 12: Ankete Katılanların Hizmet Sürelerinin Dağılımları

Katılımcıların Hizmet Yılları	Dağılım	Yüzde
0-4 Yıl Arası	17	4,58
5-9 Yıl Arası	38	10,24
10-14 Yıl Arası	121	32,61
15-19 Yıl Arası	76	20,49
20-24 Yıl Arası	76	20,49
25-29 Yıl Arası	39	10,51
30 Yıl ve Üzeri	4	1,08
Toplam	371	100,00

Yukarıdaki değerler incelendiğinde illerde kurulan KHB yöneticilerinin yaklaşık %15’nin en fazla 9 yıldır çalışma hayatı içinde yer aldıkları görülmektedir. SDP’nin ilan tarihinin 2003 olduğu düşünüldüğünde çalışanların %15’nin SDP’nin ilanı sırasında sağlık sistemi içinde çalışmadıkları anlaşılmaktadır. Başka bir deyişle SB’nin görevlendirdiği yöneticilerinin %15’nin SDP uygulamaları dışında herhangi bir sağlık hizmeti mantığı içinde çalışmadıkları ve sistemin içine doğdukları görülmektedir. Diğer yöneticilerin ise %32’sinin SDP’nin ilk dönemine tanık oldukları görülmektedir. Geri kalan ve toplam KHB yöneticilerinin %52 sini oluşturan kısmının ise SDP ilanı öncesi ve sonrası sağlık hizmetlerini kıyaslayacak kadar sistem içinde bulundukları görülmektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin hizmet sürelerinin anket soru ve ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin hizmet süreleri ile tablo 4.2.'de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumlarının aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(D1): Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olmuştur.”,

“H₀Ret(D2): 2009 yılında başlatılan kamu hastanelerin karşılıklı mal ve hizmet değişimi uygulaması mali sürdürülebilirliği olumlu şekilde etkilemiştir.”,

“H₀Ret(D3): Kamu hastanelerinde kullanılan performans sistemi sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırmaktadır.”,

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından Ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

**Tablo 13: Ankete Katılanların Hizmet Süresinin H₀Ret Katılımları
(%’lik Oranları)**

HoRet	Katılımcının Cevabı	
	24 Yıl Altı Katılımcılar	24 Yıl Üzeri Katılımcılar
HoRet(D1) Katılıyorum	61,58%	62,79%
HoRet(D2) Katılıyorum	95,73%	93,02%
HoRet(D3) Katılıyorum	64,63%	39,53%

Tablo 13’deki değerlendirme verileri esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerden 24 yıl ve aşağısında çalışanların, kamu hastanelerinde malzeme uygulamalarının mali sürdürülebilirliğe olumlu katkısı olacağına, 24 yıl ve üzerinde çalışanlara göre daha fazla katıldıkları görülmektedir. Ankete katılan yöneticilerden 24 yıl ve üzerinde çalışanların, hastanın hekime kolay ulaşmasının harcamaları beklenenin üzerinde artırdığına, 24 yıl altı yöneticilere göre daha fazla katıldıkları görülmüştür. Ankete katılan yöneticilerin yaş verisi ile hizmet yılı verisinin uyumlu olduğu görülmektedir. Performans sisteminin bütçeye yükünü artırdığına, %64,63 oranı ile hizmet süresi 24 yıl

ve altı olan (45 yaş ve altı) yöneticilerin, %39,53 oranı ile hizmet süresi 24 yıl ve üstü olan (45 yaş üstü) yöneticilere göre daha çok katıldıkları belirlenmiştir.

Tablo 14: Ankete Katılanların Meslek Dağılımları

Meslekler	Dağılım	Yüzde
Akademisyen Hekim	7	1,9
Akademisyen	2	0,5
Uzman Hekim	43	11,6
Hekim	15	4,04
Diş Hekimi	3	0,81
Genel İdari Sınıf Memur/Yönetici	173	46,63
Yardımcı Sağlık Personeli	114	30,73
Diğer	14	3,77
Toplam	371	100,00

İllerde kurulan KHB’nde görevli yöneticilerinin meslek grupları incelendiğinde; genel olarak iki grup altında toplanılabileceği görülmektedir. Birinci grubu hekim kökenli olanlar (Akademisyen Hekim, Uzman Hekim, Hekim, Diş Hekimi) ve ikinci grubu hekim kökenli olmayanlar (Diğer Akademisyen, Yardımcı Sağlık Personeli, Genel İdari Sınıf Memur/ Yönetici, Diğer) olarak belirleyebiliriz. Anket değerlendirmesine katılan yöneticilerin meslek dağılımları tabloda yer almakta olup, %82,48’lik kısmının hekim kökenli olmayan yöneticilerin yer aldığı, hekim kökenli yöneticilerin ise %17,52’lik kısmını oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 15: Meslek Gruplarına Göre Karar Verici Yöneticiliğin Dağılımı

Yöneticiliğin Dağılımı	Hekim	Hekim Olmayan
Mali Karar Verici, Yönetici, Harcama Yetkilisi	63 (%93,6)	4(%6,3)
Denetimci Yönetici, Gerçekleştirme Görevlisi	0(%0)	139 (%100)
Mali Karar Verici Olmayan Yönetici	2 (%1,2)	163 (%98,7)
Toplam	65 (%17,5)	306(%82,4)

Ankete katılan birlik yöneticilerinden birinci grupta olan yöneticilerin 65 kişi ile toplamda tüm yöneticilerin %17,5’ni oluşturduğu görülmektedir. İkinci grupta olan

yöneticiler ise 306 kişi ile toplamda tüm yöneticilerin %82,4'ünü oluşturmaktadırlar. KHB yöneticilerinin arasında harcama yetkilisi görevinde başka bir ifade ile yani mali anlamda karar verici yönetici pozisyonunda bulunanların %93,6 birinci grupta olan hekim yöneticilerden oluştuğu görülmektedir. Harcama yetkiliğini yürüten birlik yöneticilerinin %6,3'nin ikinci grupta yer alan yöneticilerden oluştuğu görülmektedir.

Hekim kökenli yöneticiler toplam birlik yöneticilerinin %17,5'ni oluştururken karar verici yöneticilikte %82,4'lük oranla temsil edilmektedirler. Hekim kökenli olmayan yöneticiler toplam yöneticilerin %82,4'ünü oluştururken karar verici yöneticilikte %6,3'lük oranla temsil edilmektedirler. Bu değerlerden anlaşılacağı üzere illerde kurulan KHB'inde mali anlamda karar verici yöneticiliğin neredeyse tamamının hekim kökenli yöneticiler tarafından yürütüldüğü söylenilebilir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin mesleklerinin anket soru ve ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin meslekleri ile tablo 4.1.'de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(A1): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(A2): Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olmuştur.”,

“H₀Ret(A3): Sağlıkta Dönüşüm Programı Türkiye' de uygulamaya konulan sağlık programları içinde mali sürdürülebilirlik açısından en başarılı olanıdır.”,

“H₀Ret(A4): 2009 yılında başlatılan kamu hastanelerin karşılıklı mal ve hizmet değişimi uygulaması mali sürdürülebilirliği olumlu şekilde etkilemiştir”,

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 16: Ankete Katılanların Mesleklerinin HRet Katılımları (%'lik Oranları)

HRet	Katılımcının Cevabı	
	Hekim Kökenli Katılımcılar	Hekim Kökenli Olmayan Katılımcılar
HoRet(A1) Katılıyorum	50,00%	71,66%
HoRet(A2) Katılıyorum	77,14%	60,00%
HoRet(A3) Katılıyorum	75,71%	75,33%
HoRet(A4) Katılıyorum	90,00%	97,00%

Tablo 16'deki değerlendirme verileri esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerin, SDP'nin ülkemizde uygulanan sağlık alanındaki diğer programlara göre mali sürdürülebilirlik açısından başarılı program olduğu görüşünü hem hekim kökenli yöneticiler (%75,71) hem de hekim kökenli olmayan yöneticilerin (%75,33) birbirlerini yakın bir şekilde destekledikleri görülmektedir. SDP'nin sosyal devlet ilkelerini temel aldığına hekim kökenli yöneticilerin %50'si katılım gösterirken, hekim kökenli olmayan yöneticiler %71,66 katılım göstermektedir. Hekim kökenli yöneticiler %90 ile hekim kökenli olmayan yöneticilerin %97 değerleri ile kamu hastanelerinde uygulanan malzeme uygulamalarının başarılı olacağına katılım göstermektedirler. Hekim kökenli yöneticiler %77,14 ile hekim kökenli olmayan yöneticilerin %60 değeri ile hastanın hekime kolay ulaşmasının sağlık harcamalarını beklenenin üzerinde artığına katılımlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin görevlerinin anket soru ve ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin görevleri ile tablo 4.1.'de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“HRet(B1): Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkanları en akılcı biçimde kullanılmıştır.”,

“HRet(B2): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“HRet(B3): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü artmıştır.”,

“HoRet(B4): Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olmuştur.”,

“HoRet(B5): Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır.”,

“HoRet(B6): S.S.K. hastanelerinin Sağlık Bakanlığı yönetimine devredilmesi mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulamadır.”,

“HoRet(B7): Kamu hastane birliklerin yapmış olduğu kaynak geliştirme çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacaktır.”

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 17: Ankete Katılanların Görevleri HoRet Katılımları (%’lik Oranları)

HoRet	Katılımcının Cevabı	
	Hekim Kökenli Katılımcılar	Hekim Kökenli Olmayan Katılımcılar
HoRet(B1) Katılıyorum	57,37%	73,87%
HoRet(B2) Katılıyorum	47,54%	71,29%
HoRet(B3) Katılıyorum	55,73%	41,93%
HoRet(B4) Katılıyorum	73,77%	59,35%
HoRet(B5) Katılıyorum	42,62%	49,67%
HoRet(B6) Katılıyorum	93,44%	90,96%
HoRet(B7) Katılıyorum	85,24%	81,61%

Tablo 17’deki değerlendirme verileri esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerden hekim kökenli görev yapan yöneticilerin; SDP’nin sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükünün arttığını, kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşımının sağlık harcamalarını beklenin üstünde artırdığını, SSK hastanelerinin SB devrinin doğru bir uygulama olduğunu, KHB’lerin kaynak geliştirme çalışmalarının yeterli olacağına, hekim kökenli olmayan yöneticilere göre daha çok katıldıkları belirlenmiştir. Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülke imkânlarının daha akılcı biçimde kullanıldığı, sağlık hizmetindeki mali politikaların sosyal devlet olgusunu temel aldığı, Türkiye’de

sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürebilir bir mali sistemin henüz kurulamadığına hekim kökenli olmayan yöneticilerin daha çok katıldıkları belirlenmiştir.

Tablo 18: Ankete Katılanların Eğitim Durumu Dağılımları

Eğitim Düzeyi	Dağılım	Yüzde
Lisans	203	54,72
Yüksek Lisans	93	25,07
Doktora	10	2,7
Tıp Fakültesi	65	17,52
Toplam	371	100,00

Yukarıdaki değerler incelendiğinde illerde kurulan KHB'leri yöneticilerinin yaklaşık %55'nin üniversitelerin 4 yıllık eğitim veren fakültelerinden mezun oldukları görülmektedir. Ayrıca yaklaşık %27'lik bir grubun ise lisans eğitimleri üzerine yüksek lisans veya doktora eğitimi aldıkları görülmektedir. İlgili birlik yöneticilerinin yaklaşık %17'lik kısmını ise eğitimini tıp fakültelerinde tamamladıkları görülmektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin eğitim düzeylerinin anket soru ve ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin görevleri ile tablo 4.2.'de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(F1): Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanılmıştır.”,

“H₀Ret(F2): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(F3):Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olmuştur.”,

“H₀Ret(F4): Kamu hastane birliklerin yapmış olduğu kaynak geliştirme çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacaktır.”,

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından Ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 19: Ankete Katılanların Eğitimleri HoRet Katılımları (%’lik Oranları)

HoRet	Katılımcının Cevabı	
	Tıp Fakültesi Mezunu Katılımcılar	Tıp Fakültesi Mezunu Olmayan Katılımcılar
HoRet(F1) Katılıyorum	58,46%	73,85%
HoRet(F2) Katılıyorum	46,15%	71,89%
HoRet(F3) Katılıyorum	70,76%	59,80%
HoRet(F4) Katılıyorum	86,15%	81,37%

Tablo 19’deki değerlendirme verileri esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerin uygulamaya konulan mali politikalar ile ülke imkânları en akılcı bir biçimde kullanıldığı, sağlık hizmetlerinde yürürlükte olan mali politikaların sosyal devlet olgusunu temel aldığı ifadelerine tıp fakültesi mezunu olmayan yöneticilerin (hekim kökenli olmayan) daha çok katıldıkları belirlenmiştir. Ankete katılan yöneticilerin sağlık sektöründeki görev ve meslek verilerinin yukarıdaki ifadelere katılım hususunda örtüştüğü belirlenmiştir. Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarını artırdığı, KHB’lerin kaynak geliştirme çalışmalarının yeterli olacağına, tıp fakültesi mezunu yöneticilerin daha çok katıldıkları görülmüştür. Yine aynı şekilde ankete katılan yöneticilerin sağlık sektöründeki görev ve meslek verilerinin yukarıdaki ifadelere katılım hususunda örtüştüğü belirlenmiştir.

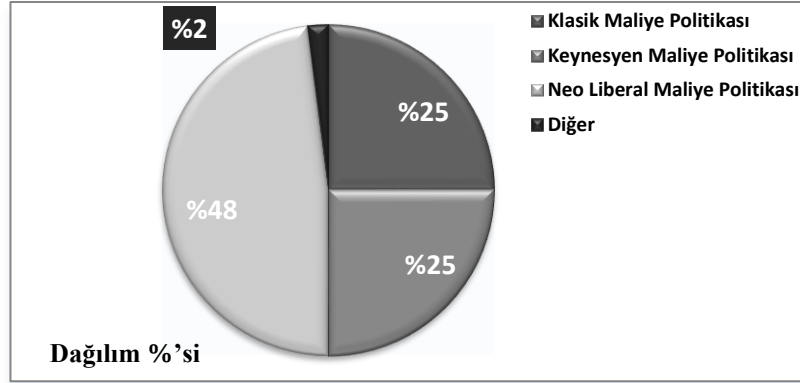
3.2.2. Katılımcıların Maliye Politikası Yaklaşımları İle Diğer Yargıların Analizi

KHB’lerde çalışan sözleşmeli yöneticilerin SDP’nin temel aldığı maliye politikası sizce hangisidir sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde yaklaşık % 48’nin yani yarıya yakınının bu politikanın neo liberal maliye politikası olduğu algısında oldukları görülmektedir.

Tablo 20: SDP’nin Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşımının Dağılımları

Maliye Politikası Yaklaşımı	Dağılım	Yüzde
Klasik Maliye Politikası	92	24,80
Keynesyen Maliye Politikası	92	24,80
Neo Liberal Maliye Politikası	178	47,98
Diğer	9	2,43
Toplam	371	100,00

Grafik 5: SDP'nın Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşım Dağılımlarını Gösterir
Pasta Grafik (%'lik Dağılım)



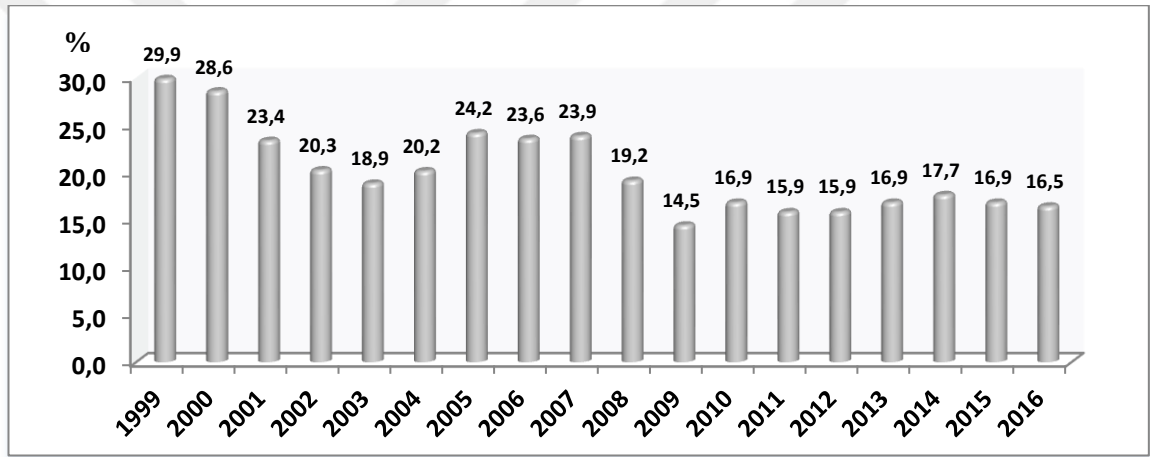
Yapılan literatür taramasında da anlaşılabileceği gibi konu hakkında fikir üreten bir kısım kişilerde de SDP'nın temel aldığı maliye politikasının neo liberal maliye politikası olduğu görüşünde oldukları görülmüştür. SDP'nın ilan metni incelendiğinde "vatandaşın yaşam hakkının ve sağlıklı bir hayat sürdürülebilmesinin güvence altına alınması sosyal devlet anlayışının temel göstergelerinden biridir" (Erdoğan, 2003:3) ifadesi ile SDP'nin amacının sosyal devlet anlayışına uygun olarak tasarlandığı ifade edilmektedir. Bu bilgidен hareketle SDP'nin ilanı sırasında sosyal devlet ilkesinin değеr gördüğü ve önemsendiğı söylenilebilmektedir. John Maynard Keynes'in kapitalizmin düştüğü bunalımda, devlete önemli görevler yükleyerek, sosyal devlet düşüncesinin önem kazanmasını sağlamıştır (Şahin, 2006:43). Bu tespitten hareketle sosyal devlet anlayışı ile keynesyen ekonomik anlayışın arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu söylenilebilmektedir. Ancak özellikle 2009 yılından sonra SDP Sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğinin sağlanması adına belli uygulamalardaki denetim ve verim artırılmış ve yeni uygulamalara geçilmiştir. SDP dönemi neo liberal politikaların ikinci fazı olarak tanımlanabilir. Öyle ki devlet bu politikalar gereğı özelleştirme ve serbest ticaret ile sermaye grupları için elverişli ortamlar hazırlamaktadır. Bu kapsamda sağlık alanındaki kamu-özel ortaklığı en önemli faaliyet olarak göze çarptığını belirten çalışmalar mevcuttur (Etiler, 2011:2-11).

Başka çalışmalarda ise devam ettirilecek SDP'nın zamanla neo liberal politikalar çerçevesinde sosyal güvenlik ve sağlık alanlarında devletin fonksiyonlarının azalacağı

özel sağlık hizmeti ve sigortacılığının aktif olacağı yeni bir sürecin başlayacağı öngörülmektedir (Kerman ve Eke, 2014:80).

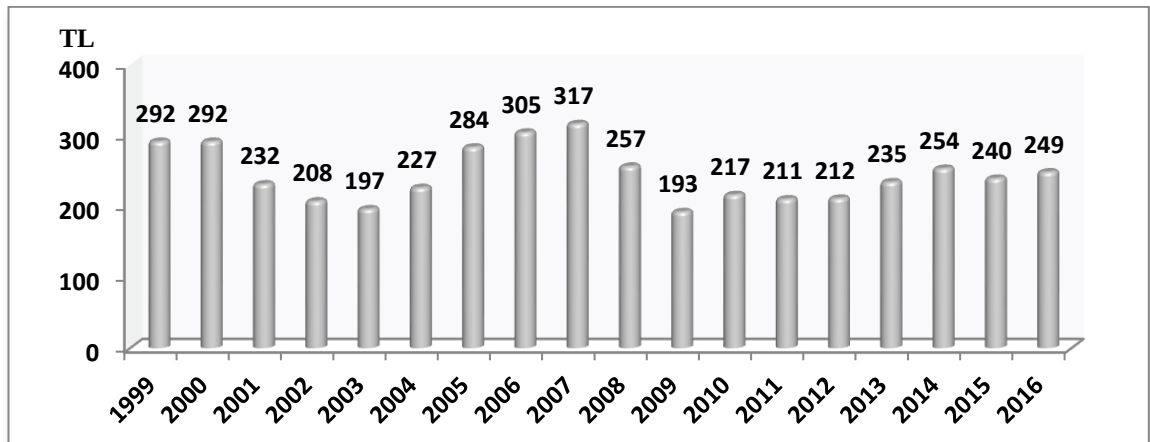
Yaşanan süreç hastalar açısından değerlendirildiğinde, hastaların artan sağlık harcamaları ile karşı karşıya kaldıklarını, ücretsiz olduğu beyan edilerek verilen sağlık hizmetlerinin, sigorta harici bireysel olarak destekledikleri görülmektedir. Ayrıca SDP uygulamaları sağlık hizmeti verenleri vasıfsız hale getirdiği ve neo liberal ekonomik görüşün sağlık sistemine hakim olduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (Öcal, 2017:77).

Grafik 6: Yıllara Göre Sigorta Harici Bireysel Cari Harcamalarının Toplam Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%'lik Oranı)



Kaynak: SB, 2017:242 (TÜİK).

Grafik 7: 2016 Yılı Rakamları İle Kişi Başı Sigorta Harici Bireysel Sağlık Harcaması Reel (TL)



Kaynak: SB, 2017:240 (TÜİK).

Yukarıda bulunan grafik 6 ve grafik 7 incelendiğinde ülkemizde bireylerin yaptığı sağlık harcamaları 2002-2009 yılları arasında karşılaştırıldığında sigorta harici bireysel yapılan sağlık harcamalarının oransal ve parasal değer olarak azaldığı görülmektedir. 2009-2016 yılları karşılaştırıldığında ise sigorta harici bireysel yapılan sağlık harcamalarının oransal ve parasal değer olarak arttığı görülmektedir. Sigorta harici bireysel yapılan sağlık harcamalarının 2002-2009 yılları arasında keynesyen maliye politikalarının önerdiği şekilde azaldığı görülmektedir. 2009-2016 yılları incelendiğinde mali sürdürülebilirlik kaygılarının başladığı 2009 yılından itibaren sigorta harici bireysel yapılan sağlık harcamalarının artış göstermeye başladığı ve bu durumun neo liberal maliye politikaları ile uyum sağladığı görülmektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin SDP'nın temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile anket ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nın temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile tablo 6.'da yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(A1): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir.”,

“H₀Ret(A2): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(A3): Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık işletmeciliğinin kalitesi yükselmiştir.”,

“H₀Ret(A4): Sürekli artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaşmıştır.”,

“H₀Ret(A5): Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir.”,

“H₀Ret(A6): Kamu hastanelerinde kullanılan performans sistemi sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırmaktadır.”,

“H₀Ret(A7): Genel sağlık sigortasının kapsamının geniş olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur.”

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 21: Ankete Katılanların SDP’nın Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşımlarının H₀Ret Katılımları (%’lik Oranları)

HoRet	Katılımcının Cevabı		
	Klasik Maliye Politikası	Keynesyen Maliye Politikası	Neo Liberal Maliye Politikası
HoRet(A1) Katılıyorum	65,00%	40,20%	55,00%
HoRet(A2) Katılıyorum	51,10%	58,60%	68,50%
HoRet(A3) Katılıyorum	85,80%	83,70%	91,00%
HoRet(A4) Katılıyorum	73,90%	63,00%	61,80%
HoRet(A5) Katılıyorum	77,20%	55,40%	72,50%
HoRet(A6) Katılıyorum	73,90%	61,90%	56,10%
HoRet(A7) Katılıyorum	74,00%	52,40%	71,90%

Tablo 21’deki değerlendirme verileri esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerin SDP ile uygulamaya konulan mali politikalarında daha önceki hükümet çalışmalarına yer verildiğine, sürekli artan sağlık harcamaların mali srdrebilirliğe zarar verdiğine, hastalardan katılım ücretinin alınmasının mali sürdürebilirlik açısından gerekliliğine, kamu hastanelerinde kullanılan performans sisteminin sağlık harcamalarını artırdığına, GSS’nin kapsamının geniş olmasının sağlık harcamalarını artırdığına klasik maliye politikası görüşündeki yöneticilerin daha çok katıldıkları belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerindeki mali politikaların sosyal devlet olgusunu temel aldığını, SDP uygulamalarıyla sağlık işletmeciliğinin kalitesinin artığını ise neo liberal Maliye Politikası görüşündeki yöneticilerin daha çok katıldıkları belirlenmiştir.

SDP'nin klasik maliye politikası kurallarına göre şekillendiğine katılan yöneticilerin %65'i SDP ile hayat geçirilen mali politikalarının daha önceki hükümetlerin çalışmalarında yer verilerek şekillendiğine katılmaktadır. Hem neo liberal politikaları %55 hem de keynesyen politikaları %40,2 oranında destekleyen yöneticilerde azımsanmayacak oranda, SDP'nin önceki dönem hükümetlerin çalışmalarını da kapsadığını düşünmektedirler. Bu durum ankete katılan yöneticilerin görüşleri ile SDP çalışmaları yapılırken geçmiş dönem birikimden fayda sağlanacağını, geçmiş dönemin emek ve fikirlerinin işler ve faydalı olanlarının bu döneme aktarılacağını beyan eden SB görüşü ile uyumunu ortaya koymaktadır.

Ankete katılan yöneticiler SDP'nin hangi maliye politikasına göre şekillendiğini düşünürlerse düşünseler %50'yi aşan oranlarda SDP'nin sosyal devlet ilkesini gözeterek kurgulandığını savunmaktadırlar. Yöneticilerin bu görüşü, SB, SDP'nin ilan metninde konu hakkındaki beyanları ile uyumaktadır. SDP'nin neo liberal maliye politikası kurallarına göre şekillendiğine katılan yöneticilerin %68.5 SDP'nin sosyal devlet olgusunu desteklediğine katılmaktadır.

SDP'nin neo liberal maliye politikası kurallarına göre şekillendiğine katılan yöneticilerin %91'i SDP'nin başarılı bir program olduğuna katılmaktadır. Diğer iki maliye politikasını savunan yöneticilerinde SDP'nin başarılı olduğuna katılma oranları %83'ün üzerindedir. Ankete katılan yöneticilerin büyük çoğunluğunun SDP'nin temel aldığı maliye politikaları konusunda farklı düşünse de başarılı olduğu konusunda ortak bir fikre sahip oldukları görülmüştür.

Bilindiği üzere klasik maliye politikası görüşüne göre devletin ekonomideki yerinin daralması, belli ve sınırlı alanlarda yer alması gerektiği savunulmaktadır. Ankete katılan yöneticilerden SDP'nin klasik maliye politikası kurallarına göre şekillendiği fikrine sahip yöneticilerin aynı zamanda artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaştığına, hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gerekli olduğuna, performans sistemi sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırdığına, GSS kapsamının geniş olmasının sağlık harcamalarının artırmış olduğuna diğer maliye politikası görüşlerini savunan yöneticilere göre daha çok katıldıkları görülmüştür. Bu tespitten hareketle SDP'nin temel aldığı maliye politikasının, klasik maliye politikası olduğuna katılan yöneticilerin bu tercihi bilinçli yaptıkları ve diğer

bazı ifadelerle de bu yaklaşımın temel kuralları çerçevesinde katılım gösterdikleri anlaşılmaktadır. Ayrıca hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gerekli olduğuna en az katılımın SDP'nin keynesyen maliye politikasını görüşü ile şekillendiğini savunan yöneticilerden gelmiş olması da bu tercihinde bilinçli yapıldığını göstermektedir.

3.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Mali Sürdürülebilirlik Başarısı İle Diğer Yargıların Analizi

SDP'nin mali sürdürülebilirlik başarısı çalışmamıza temel oluşturan anketin "Sağlıkta Dönüşüm Programı Türkiye'de uygulamaya konulan sağlık programları içinde mali sürdürülebilirlik açısından en başarılı olanıdır." 41. İfadesine verilen cevaplar üzerinden değerlendirilecektir.

Tablo 22: Anketin 41. İfadesinin Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Hiç Katılmıyorum	30	8,1
Kısmen Katılmıyorum	11	3,0
Kararsızım	51	13,7
Kısmen Katılıyorum	126	34,0
Tamamen Katılıyorum	153	41,2
Toplam	371	100,00

Anketin 41. İfadesi "Sağlıkta Dönüşüm Programı Türkiye' de uygulamaya konulan sağlık programları içinde mali sürdürülebilirlik açısından en başarılı olanıdır." ile alakalı birlik yöneticilerinin yaklaşık % 75'i SDP'ı ülkede uygulamaya konulan sağlık programlarından mali sürdürülebilirlik açısından en başarılı olduğu algısında olduklarını göstermektedir. Bu düşüncüyü paylaşmayan yönetici oranının ise %11,1 olduğu görülmektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin SDP'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yönelik yaklaşımları ile anket ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yönelik yaklaşımları ile tablo 5'de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(B1): Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlanmıştır.”,

“H₀Ret(B2): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir.”,

“H₀Ret(B3): Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkanları en akılcı biçimde kullanılmıştır.”,

“H₀Ret(B4): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(B5): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü artmıştır.”,

“H₀Ret(B6): Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık işletmeciliğın kalitesi yükselmiştir.”,

“H₀Ret(B7): Sürekli artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaşmıştır.”,

“H₀Ret(B8): Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır.”,

“H₀Ret(B9): Kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesi (Kamu sağlık tesislerinin sunduğu sağlık hizmeti için Sosyal Güvenlik Kurumu ile yıllık götürü bedel anlaşma) mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulamadır.”,

“H₀Ret(B10): 2009 yılında başlatılan kamu hastanelerin karşılıklı mal ve hizmet değışimi uygulaması mali sürdürülebilirliği olumlu şekilde etkilemiştir.”,

“H₀Ret(B11): Kamu hastanelerinde kullanılan performans sistemi sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırmaktadır.”,

“H₀Ret(B12): Kamu hastane birliklerin yapmış olduğu kaynak geliştirme çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacaktır.”,

“HoRet(B13): Genel sağlık sigortasının kapsamının geniş olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur.”,

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 23: Ankete Katılanların SDP’nin Diğer Sağlık Programlarına Göre Başarısına Yönelik Yaklaşımlarının HoRet Katılımları (%’lik Oranları)

HoRet	Katılımcının Cevabı	
	SDP’nin Başarılı Olduğuna Katılıyorum	SDP’nin Başarılı Olduğuna Katılmıyorum
HoRet(B1) Katılıyorum	77,77%	46,34%
HoRet(B2) Katılıyorum	60,21%	39,02%
HoRet(B3) Katılıyorum	76,70%	43,90%
HoRet(B4) Katılıyorum	72,04%	43,90%
HoRet(B6) Katılıyorum	89,24%	75,60%
HoRet(B9) Katılıyorum	81,36%	65,85%
HoRet(B10) Katılıyorum	95,34%	92,68%
HoRet(B5) Katılıyorum	44,08%	65,85%
HoRet(B7) Katılıyorum	63,44%	80,48%
HoRet(B8) Katılıyorum	40,14%	78,04%
HoRet(B11) Katılıyorum	58,42%	85,36%
HoRet(B12) Katılıyorum	49,66%	70,73%
HoRet(B13) Katılıyorum	65,23%	68,29%

Tablo 23’deki değerlendirme esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticiler SDP’nin başarısı ile diğer ifadeler arasında katılım derecesine göre bir bağ olup olmadığı analiz edilmiştir. SDP’nin başarısı ile aralarında anlamlı ifadeler çıkan ifadelerin irdelenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

Ankete katılan ve SDP’nin başarılı olduğuna daha çok katılan yöneticilerin, kamu hastanelerin karşılıklı mal ve hizmet değişimi uygulamasının mali srdrebilirliğe katkısı olduğuna, sağlık işletmeciliğin kalitesinin yükseldiğini, kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesinin mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğuna, kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlandığına, uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin

imkanları en akılcı biçimde kullanıldığına daha çok katıldıkları görülmüştür. Başka bir ifade ankete katılan yöneticilerin SDP'nı bu alanlarda başarılı gördükleri belirlenmiştir. Ancak ankete katılan yöneticilerin SDP'nin uygulamaya konulan sağlık programları içinde mali sürdürülebilirlik açısından en başarılı olduğunu düşünmelerine rağmen henüz ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından sürdürülebilir bir sistem kurulmadığını düşündükleri belirlenmiştir.

Ayrıca SDP'nin başarılı olduğuna katılan yöneticilerin aynı zamanda SDP ile uygulamaya konulan mali politikaların daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendiğine ve yürürlükteki mali politikaların sosyal devlet olgusunu temel aldığına katılımlarının yüksek olduğu görülmüştür.

SDP'nin başarısız olduğuna daha çok katılan yöneticilerin, SDP ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükünün arttığına, artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verdiğine, kullanılan performans sistemi sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırdığına, KHB'lerin yapmış olduğu kaynak geliştirme çalışmalarının mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayamayacağına, GSS kapsamının geniş olmasının sağlık harcamalarının artmasına neden olduğuna daha fazla katıldıkları görülmektedir. Başka bir ifade ile ankete katılan yöneticilerin ile SDP'nin bu alanlarda daha başarısız olduğu fikrine sahip oldukları görülmektedir.

BÖLÜM 4: BAZI SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI BİLEŞEN UYGULAMALARININ KAMU HASTANELERİNE ETKİLERİ VE YÖNETİCİ GÖRÜŞLERİ

4.1. Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanması

Ülkemizde 1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Kanunu ile sosyal sigortaların kuruluşu sağlanmış ve ilkeleri belirlenmiştir. Ardından çalışma hayatındaki her türlü duruma müdahale etmek ve 1945 yılında yürürlüğe giren 4772 sayılı kanunun hükümlerinin uygulanması amacı ile İşçi Sigortaları Kurumu kurulması kararlaştırılmıştır. Bu kurumun özel kanun hükümlerine bağlı olarak çalışacağı ve mali ve idari bakımdan bağımsız bir yapıya haiz olduğu bu kanunda belirtilmiştir. Böylelikle 1946 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur (Resmi Gazete, 1945:6058).

İşçi Sigortaları Kurumu kurulması ile daha önce kurulan çok sayıda işçi sandığı da birleştirilerek bu kurum bünyesine alınmıştır. Bu kurum sonraki dönemlerde 1965 yılında SSK, 2006 yılında ise diğer sosyal güvenlik sandıkları ile birleşerek SGK adını almıştır. İşçi Sigortaları Kurumuna kurulduğu 1946 yılında büyük üretim kuruluşları ve sivil toplum kuruluşlarının hastaneleri SSK'na devredilmiştir (<https://gurhan.fisek.net>, 13.08.2017). Böylelikle İşçi Sigortaları Kurumu kendi bünyesinde sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. İşçi Sigortaları Kurumu'nun yönetim şekli ve isimleri zaman içinde değişikliğe uğramış olsa bile 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin SB'na Devredilmesine Dair Kanun” yayınlanana kadar sağlık hizmeti vermeye devam ettiği görülmektedir (Resmi Gazete, 2005:25705).

Çalışmamıza konu olan SDP ilan metni incelendiğinde sağlık hizmetlerinin sorunlarının aktarıldığı sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu bölümünde sağlık politikası belirleyicileri sağlık hizmetlerinde karmaşık ve çok başlı bir yapıya sahip olduğu tespitine yer vermişlerdir. Ayrıca yapı içindeki yönetin anlayışının stratejik unsurlardan uzak olduğu belirtilmiştir. SB, SSK, üniversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında etkili bir koordinasyon olmadığı vurgusu yapılmıştır (Akdağ, 2003:14).

Ayrıca ilan metninde kamu hastanelerinin verimliliği konusu da ele alınmıştır. Bu kapsamda SB ve SSK hastanelerinin merkeziyetçi yapısı, esnek ve akılcı olmayan malzeme ve personel yönetiminin ilgili hastanelerde verimsizliğin oluşmasının nedenleri olduğu görüşüne yer verilmiştir (SB, 2003:24).

SDP'nın hedeflerinden biri olan verimlilik, “Kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi” olarak tanımlanmaktadır (SB, 2003:24). Programda insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu esas çerçevesinde değerlendirileceği vurgulanarak ülkemizin konu ile alakalı kaynaklarının sistem içine alınması ve uyumunun sağlanması yoluyla verimliliğin artırılacağı belirtilmiştir (SB, 2003:24).

SSK hastaneleri hitap ettikleri nüfus gereği ülke çapındaki kurumlar nezdinde hizmet sunumunda ikinci sırada olduğu belirtilmiştir. SDP'nın ilan metninde yer alan hükümlerin yerine getirilebilmesi için yapılması gereken işlerin başında SSK'nın bünyesindeki hastanelerin diğer kamu hastaneleri ile birleştirilerek hizmetin tek çatı altından verilmesi olduğu görülmüştür. İki yıl boyunca yapılan çalışma ve değerlendirmeler neticesinde 19.02.2005 tarihinde, SSK hastaneleri SB'na devri gerçekleştirilmiştir. Böylelikle SSK'nın sağlık alanındaki finansmanı ve hizmet sunumu ayrılmıştır (Atasever, 2014:93-94).

SDP'nın uygulamaya başladığı yıllarda yataklı tedavi kurumları için alınan ilk önemli karar SSK hastanelerin yapılan değişikliklerle SB'na devri olmuştur. Bu devir işlemi 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin SB'na Devredilmesine Dair Kanun” kabulü ile gerçekleşmiştir (Resmi Gazete, 2005:25705). Bu devir sayesinde sağlık hizmetlerinin farklı kişilerce farklı şekillerde alınması, hastanelerinin hizmet kalitelerinin farklı olması gibi bir durum ortadan kaldırıldığı ve bu kararlar sağlık hizmetlerinin herkes için eşit uygulamasının savunan sosyal devlet ilkelerine uygun hareket edildiği SB tarafından beyan edilmiştir (SB, 2010:149).

SB kamu hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi ile sağlık hizmeti sunumunda rol alan bütün kaynakların halka açıldığını vurgulamıştır. SB tarafından kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi ile daha önce dengesiz yükler altında kalan

SSK'nun ayırım yapmaksızın dengeli biçimde bütün vatandaşlara hizmet eder hâle geldiği tespiti yapılmıştır. Kamuda sağlık hizmetine erişme güçlüğü çeken birçok vatandaşın, hizmet alma imkânına kavuştuğu ve hastane ayırımının ortadan kalkması ile hastalara tercih imkânı sunulmasının sağladığı vurgusu yapılmıştır (SB, 2011:197).

Devir öncesinde SSK hastaneleri incelendiğinde bazı verilerin çarpıcı olduğu görülmektedir. Devir öncesi dönemde bir SSK'lının yıllık hekime başvuru sayısı 1,5 oranına ancak ulaşabilmiştir. SSK hastalarına hizmet verebilecek doktor sayısının 8.000 olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca SSK hastanelerinde bir hekim günlük ortalama 93 hasta düştüğü hesaplanmıştır. Bu mantıkla hareket edildiğinde SSK'lı bir hastaya ayaktan verilen sağlık hizmetleri için bir doktorun sadece 8 dakikası ayrıldığı hesaplanmıştır. SSK bünyesi içinde ilaç işlemleri hastane içerisinde kurulan eczaneler vasıtası ile verildiği ve tüm SSK hastalarının hizmet alabileceği sadece 148 hastane eczanesinin bulunduğu belirlenmiştir (SB, 2011:9).

Devir işlemi sonrasında 2011 yılında yayınlanan SB verilerine göre 37 milyon SSK'lı bireyin diğer tüm vatandaşlar gibi 2.448 hastane ve tıp merkezi ile birlikte 6.520 aile sağlığı merkezinden ve 24.000 eczaneden hizmet alır hale geldiği tespit edilmiştir (SB, 2011:91).

Kamu hastanelerinin etkinlikleri ve birleşmeleri OECD raporlarına da konu olmuştur. Bu raporlarda kamu hastanelerindeki bakım kalitesi ve hasta memnuniyetine ilişkin sağlam veriler mevcut olmamasına rağmen, bilgilendirici görüşmelere dayanan niteleyici bilgiler, hasta memnuniyeti ve algılanan bakım kalitesi açısından üniversite hastanelerinin birinci sırada yer aldığını ve onları SSK hastanelerinin izlediğini göstermektedir. Düşük maaşlı SB sağlık personeli, kamu hastalarına bakma konusunda fazla teşvike sahip olmadıkları ve zamanlarını muayenehanede geçirmeyi tercih ettikleri için SB hastaneleri genel olarak en alt sıralarda yer aldığı bilgisi vurgulanmaktadır. Ancak durum hasta yoğunluğu, yatak sayısı, hastaneye kabul edilen hasta sayısı ile orantılı olarak değerlendirildiğinde SB hastaneleri, ülkedeki hastanelere yapılan tüm kabullerin yarısından fazlasından sorumlu olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle asıl yükü SB hastaneleri üstlendiği görülmüştür. SB hastanelerini SSK hastaneleri ve üniversite hastanelerinin izlendiği vurgulanmıştır (OECD, 2008:26).

SSK hastanelerinin SB'na devredilmesinden sonra SSK'nun hastane hizmeti verme işlevinden çıkmıştır. Bu durum SSK'nun sadece sağlık hizmetlerinin satın alınmasına odaklanmasına yardımcı olmaktadır. Birleşme ile kamu hastaneleri arasındaki yönetim ve ödeme mekanizmalarının uyumlu hale getirilmesinin sağlandığı tespiti yapılmıştır (OECD, 2008:44).

Kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanmasına ilişkin uygulamalar kapsamında SSK hastanelerinin SB'na devri ile alakalı yapılan çalışmalar daha çok hastanelerin verimliliği üzerine yoğunlaşmıştır. Henüz devir işlemleri gerçekleşmeden önce ülkemiz genelindeki 69 SSK hastanesinin 1998-2001 yılı SB verileri üzerinden verimlilik çalışması yapılmıştır. SSK hastanelerinin teknolojik alt yapı ve insan kaynağı açısından verimli olmadığı görüşüne yer verilmiştir. Verimsizliğin bir diğer nedenin ise SSK hastanelerinin yönetsel anlayışlarının günümüz yönetim anlayışından uzak olduğu bilgisine yer verilmiştir (Güçlü ve Tutar, 2004:43).

Kamu hastanelerinin tek çatı altında toplama çalışmaları kapsamında SB ve OECD çalışmaları göz önünde tutulduğunda kamu hastanelerinin performanslarında ve verimliliklerinde artış olduğuna ilişkin tespitler bulunmaktadır. Devredilen SSK hastanelerinin SB hastanelerine yakın bir verimlilik düzeyinde oldukları ve hastanelerin bütünleşme sürecinin olumlu ilerlediği görülmektedir. SB hastanelerinin verimlilik seviyelerini koruduğu, devredilen SSK hastanelerinin SB hastaneleri ile eşdeğer verimlilik düzeyinde oldukları görülmektedir. Konu hakkında yapılan başka çalışmada SB'na devredilen 64 hastane verimliliği üzerinde durulmuştur. 2005-2007 döneminde devredilen hastanelerde ortalama %10'luk bir verimlilik artışı olduğu bilgisine yer verilmiştir. SSK hastanelerinin devir sürecinin SDP'na olumlu katkılar sağladığı tespiti yapılmıştır. Görülen verimlilik artışının sadece hizmet kalitesi açısından değerlendirilmesinin yanlış olacağı, hastanelerin alt yapısında ve teknik kapasitelerinin artmasının verimlilik artışında etken olduğu tespiti yapılmıştır (Tosun ve Aktan, 2011:113). Fakat daha önce yapılan ve 75 SSK genel hastanesinin verimlilik analizi ortaya koyan başka bir çalışmada ise SSK hastanelerinde küçük bir miktar gerileme olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Şahin, 2008:38).

SSK hastanelerinin SB'na devri ile tek hedefin hizmet verenlerin bir elde toplanması olmadığı görülmektedir. Bu birleşmenin asıl amacının sağlık hizmetlerinin finansmanı

ile sunumunun ayrılması olduğu tezinin ağırlık kazandığı görülmektedir. Ayrıca kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması işleminin, daha özerk yapıya sahip işletmecî mantığı ile yönetilen sağlık tesisleri oluşturmanın bir basamağı olarak görülmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu sürecin bir sonucu olarak sağlık hizmetlerinin yüksek oranda özerkleştirilmesi ve özelleştirilmesinin önünün açılacağı belirtilmektedir (www.deu.edu.tr, 13.09.2017).

SSK hastanelerinin SB'na devir işleminin tamamlanması ile SSK hastanelerindeki hasta yığılmasının önüne geçileceği tespiti yapılmıştır. SB'nın bahsi geçen devir uygulaması ile SDP'nın ilan metni içinde yer alan verimlilik tanımı arasında bir bağ gördüğü anlaşılmaktadır. Böylelikle uygulamaya konulan mali politikalar kapsamında SSK hastanelerinin SB'na devri uygulaması ile ülkenin imkânları en akılcı biçimde kullanılması hedefi arasında doğru orantılı bir bağ kurduğu görülmektedir.

Tablo 24: Anketin 16. İfadesinin Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Hiç Katılmıyorum	14	3,8
Kısmen Katılmıyorum	4	1,1
Kararsızım	14	3,8
Kısmen Katılıyorum	80	21,6
Tamamen Katılıyorum	259	69,8
Toplam	371	100,00

Anketin 16. İfadesi “S.S.K. hastanelerinin SB’ğı yönetimine devredilmesi mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulamadır.” ile alakalı olarak yukarıdaki tablodan da anlaşılabacağı üzere devir işleminin mali sürdürülebilirlik için doğru olduğuna kısmen katılan yöneticilerde eklendiğinde birlik olarak yöneticilerinin %90,4’nün uygulamanın mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğunu algısında oldukları söylenilebilir. Bu işlemin birlik yöneticiler tarafından yüksek bir destekle genel kabul gören bir uygulama olduğu anlaşılmaktadır.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanmasına yönelik yaklaşımları ile anket ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanmasına yönelik yaklaşımı

tablo 7.1’de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.
“H₀Ret(A1): Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlanmıştır.”,

“H₀Ret(A2): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir.”,

“H₀Ret(A3): Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanılmıştır.”,

“H₀Ret(A4): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(A5): Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık işletmeciliğın kalitesi yükselmiştir.”,

“H₀Ret(A6): Sürekli artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaşmıştır.”,

“H₀Ret(A7): Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır.”,

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 25: Ankete Katılanların Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanmasına Yönelik Yaklaşımlarının H₀Ret Katılımları (%’lik Oranları)

HoRet	KHB Yöneticileri; Kamu Hastanelerin Tek Çatı Altında Toplanması Mali Sürdürülebilirlik Açısından Doğrudur, İfadesine	
	Katılıyorum	Katılmıyorum
HoRet(A1) Katılıyorum	76,10%	44,44%
HoRet(A2) Katılıyorum	55,75%	44,44%
HoRet(A3) Katılıyorum	72,56%	55,55%
HoRet(A4) Katılıyorum	67,84%	72,22%
HoRet(A5) Katılıyorum	88,49%	66,66%
HoRet(A6) Katılıyorum	64,30%	61,11%
HoRet(A7) Katılıyorum	47,78%	66,66%

Tablo 25'deki değerlendirme esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerin SSK hastanelerinin SB'na devredilmesi ile yargı içeren ifadeler arasında katılım derecesine göre bir bağ olup olmadığı analiz edilmiştir.

Bu analiz sonrasında aralarında anlamlı bir ilişki çıkan ifadelerin değerlendirmesi yapılmıştır. SSK hastanelerinin SB yönetimine devredilmesinin mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğuna daha çok katılan yöneticilerin böylelikle kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlandığına, SDP ile uygulamaya konulan mali politikaların bazılarının önceki hükümet çalışmalarına da yer aldığına, SDP uygulamaları ile sağlık işletmeciliğin kalitesi yükseldiğine, artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaştığına, ülkemizde henüz sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali yapı kurulduğuna daha çok katıldıkları görülmüştür. Başka bir ifade ile yöneticilerin SSK hastanelerin SB devri ile yukarıdaki ifadeler arasında neden ve sonuç ilişkisi kurdukları görülmektedir.

Ayrıca SSK hastanelerinin SB yönetimine devredilmesinin mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğuna katılan yöneticilerin bu devir ülkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanıldığı ifadesine yüksek bir katılım gösterdikleri görülmüştür. Bahsi geçen devir uygulamasının SB'na göre SDP'nin ilan metni içinde yer alan verimlilik tanımını ile ilişkili olduğunun savunulduğu bilinmektedir (SB, 2003:24). Bu noktadan hareketle anket katılan yöneticiler ile SB politika belirleyicilerinin konu hakkındaki düşüncelerinin aynı çizgide oldukları görülmektedir. Yöneticilerin SSK hastanelerinin SB'na devri uygulaması ile uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkenin imkânları en akılcı biçimde kullanılması hedefi arasında doğru orantılı bir bağ kurdukları söylenilebilir.

SSK hastanelerinin SB yönetimine devredilmesinin mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğuna katılan yöneticilerin, yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel aldığına daha çok katılmadıkları görülmüştür. Bu veriye dayanılarak ankete katılan yöneticilerin SB'nın bu devir sayesinde sağlık hizmetlerinin herkes için eşit uygulamasının savunan sosyal devlet ilkelerine uyumlu hareket edildiği beyanına katılmadıkları anlaşılmaktadır.

Konu ile alakalı literatür tarandığında SSK hastanelerinin SB'na devrinin olumlu sonuçlar doğurmadığı ve sağlık hizmeti sunumu maliyetini artırdığı görüşlerine de yer verildiği görülmüştür (Hamzaoglu, 2010:72-87). Birlik yöneticilerin hem 16. ifadeye katılım dereceleri hem de 20. ifadeye katılım dereceleri göz önünde tutulduğunda bu görüşe katılmadıkları görülmektedir. Aksine KHB yöneticilerinin ilgili ifadelere katılım derecelerinden anlaşılabileceği gibi SSK hastanelerinin devrin olumlu olduğu konusunda sağlık politika belirleyicileriyle aynı algı içinde oldukları söylenilebilir.

4.2. Kamu Hastanelerinde Global Bütçe Uygulamaları

Literatür tarandığında sunulacak sağlık hizmetlerinin kapasitesi ve kapasiteye bağlı olarak harcamanın en baştan belli bir sınıra göre belirlenmesi veya bu harcamalar için üst hedefler belirlenmesinin global bütçe olarak tanımlandığı görülmektedir. Bunun yanında harcamaları belli bir sınırdan tutmayı hedefleyen global bütçe uygulamasını, tanıya dayalı diğer uygulamalara göre daha basit ve maliyeti kolay, disiplin altına alan bir uygulama olarak görülmektedir. Global bütçe uygulamalarında toplu ödeme öngörüldüğünden bireysel performansların düşmesi sistemin eleştirilen yanı olarak belirtilmiştir (Akyürek, 2012:216).

Ülkemizdeki global bütçe uygulamasını SB ve SGK arasında tüm kamu hastanelerinde verilen sağlık hizmeti bedelinin, kişilere ait faturalar üzerinden değil, belirlenen yıllık götürü bir bedel belirlenerek, SGK tarafından SB'na ödenmesi olarak tanımlayabiliriz.

SDP ile kurgulanan yeni sağlık hizmeti sisteminde kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması ile SGK'nun sağlık hizmeti alan, SB'nın ise sağlık hizmeti veren kurumlar olarak ayrıştığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinin önceki bölümlerde bahsedildiği üzere, ülkeler arasında ve ülke içinde zaman zaman farklılık gösterdiği görülmektedir. Geri ödeme sisteminde global bütçeye geçilmesinin kanuni alt yapısı 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu kanunu ile hazırlanmıştır (Resmi Gazete, 2006:26173). Ayrıca 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu ile SGK'ya sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlardan götürü bedel sağlık hizmeti alma yetkisi tanınmıştır (Resmi Gazete, 2006:26200).

Ülkemizde SDP'nın ilanından sonra artan sağlık harcamaları ve geri ödeme sisteminin karmaşıklığından dolayı öncelikle vaka başı ödeme sistemine, sonrasında ise global

bütçe ödeme sistemine geçilmesinin doğru olacağını belirten çalışmalar mevcuttur (Aydın ve Demir, 2006:65-85). Sağlık politikası belirleyicileri, global bütçe öncesi sisteme aşırı iş yük getirildiğini ve global bütçeye geçilmesi gerektiği savunmuşlardır (SB, 2011:269).

Sağlık politikası belirleyicilerinin bu kararı sonrası öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, 2007 yılında global bütçe uygulamasına geçilmiştir. Arkasından tedavi edici sağlık hizmeti sunan hastanelerde ise 2009 yılında global bütçe uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama ile ülke genelinde 700 milyon evrak düzenleme zorunluluğu ortadan kaldırıldığı ve 2.000 kişilik personel tasarruf yapıldığı belirtilmiştir (<https://slideplayer.biz.tr/>, 05.04.2015).

Ülkemizde yürütülen uygulamada her yıl yenilenen bir protokol vasıtası ile kamunun ürettiği sağlık hizmetlerinin bedelleri SGK tarafından hizmet üreticilerine ödenmektedir. Bu protokolün tarafları SB, HMB, AÇSHB'dır. Tarafların üçlü imzası ile bir sonraki yılın sağlık hizmeti bedelleri 12 eşit taksit halinde sağlık hizmeti sunucu SB ödenir. 2007 yılında başlatılan uygulamada global bütçe rakamı 11.4 milyar TL iken (SB, 2013:6), 2018 yılında üzerinde uzlaşılan 36 milyar 600 milyon TL olarak karara bağlanmıştır (<https://www.saglikaktuel.com>, 10.12.2018).

Ülkemizde global bütçe uygulamaların başlatılmasında, karmaşık geri ödeme sisteminde kurtulma ve aşırı iş yükünü azaltma çabalarının ana temel olduğu vurgulansa da, bu uygulamanın sağlık hizmeti sunumunun mali sürdürülebilirliğini sağlamak adına getirilen bir sınırlama olduğu ifade edilmektedir (<https://slideplayer.biz.tr/>, 05.04.2015).

Bu kapsamda global bütçe uygulamalarının ülkemiz bütçesinde oluşan açıkların ve sağlık alanında artan giderlerin hükümet tarafından kontrol edilme çabalarının sonucu olduğu belirtilmektedir. Böylelikle sağlık harcamalarındaki artışın üst bir sınır koyularak kontrol altına alınması hedeflenmiştir. Bu sayede sağlık hizmet sunucularının kendilerini mali olarak sınırlamaları sağlanmaya çalışılmıştır. Böylelikle sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine olumlu bir katkı yapılması hedeflendiği görülmektedir.

Literatür incelendiğinde global bütçe uygulaması ile esas amacın sağlık hizmetini finanse eden kurumun karşılaşacağı riskleri, hizmet sunumu yapan kurumlara devretmesi olduğu bilinmektedir. Ancak ülkemiz uygulamasında böyle bir risk transferi

gerçekleşmemektedir. Bu durum uzun dönemde global bütçenin de istenilen çözümü üretemeyeceği sonucunu doğuracağını belirten çalışmalar mevcuttur (<http://www.sdplatform.com>, 13.11.2018).

Çalışmamıza temel oluşturan anketin 10. ifadesinde “Kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesi (Kamu sağlık tesislerinin sunduğu sağlık hizmeti için Sosyal Güvenlik Kurumu ile yıllık götürü bedel anlaşma) mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulamadır.” ifadesi ile katılımcılara global bütçe uygulaması ile sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliği arasında bir bağ görüp görmedikleri ve uygulamanın doğruluğu hakkında görüşleri istenmiştir. 10. ifadenin dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 26: Anketin 10. İfadesinin Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Hiç Katılmıyorum	32	8,6
Kısmen Katılmıyorum	23	6,2
Kararsızım	28	7,5
Kısmen Katılıyorum	117	31,5
Tamamen Katılıyorum	171	46,1
Toplam	371	100,00

Yukarıdaki tablo incelendiğinde birlik yöneticilerinin yaklaşık % 46’sının kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesinin mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğu algısını çok güçlü bir şekilde taşıdıkları görülmektedir. İlgili orana kısmen katılıyorum cevabını veren yöneticiler eklendiğinde %77,6’lık bir yönetici kesiminin global bütçe uygulamalarının sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğinin sağlanması için gerekli olduğu düşüncesinde oldukları görülmektedir. Bu düşüncüyü paylaşmayan yönetici oranının ise %14.8 de kaldığı görülmektedir.

Bu ifadenin analizine göre, KHB yöneticileri global bütçe uygulamaların destekledikleri ve bu konuda sağlık politikası belirleyicileri ile aynı şekilde düşündüklerini doğrulamaktadır. Bu sonuç KHB yöneticilerinin yarıya yakının global bütçe uygulamalarının zamanla istenilen çözümü üretemeyeceği şeklindeki görüşe katılmadığını ortaya koymaktadır.

Ülkemizde kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmeti bedellerinin faturalandırma işlemlerinin, verilen sağlık hizmetlerinin türüne ve cinsine göre tek tek veya paket

halinde faturalandırılması mümkün bulunmaktadır. Yürürlükte bulunan SUT hükümlerine göre hangi uygulamaların paket olarak hangi uygulamaların tek tek faturalanacağı ve fiyatlarının ne kadar olduğu karara bağlanmıştır. Dolayısı ile paket fiyat uygulaması ve SUT fiyatları, sağlık hizmeti sunan kamu hastanelerinin gelirlerinin hesaplanmasında ana unsur haline gelmektedir.

Paket fiyat uygulamasının kamu hastanelerinin gelirlerinin hesaplanmasında ana unsur haline geldiği bilinmektedir. Anketin 10. ifadesi ve 13. ifade arasında ayrıca ki-kare testi uygulandığında KHB yöneticilerinin kamu hastanelerinde uygulanan vaka başına paket fiyat uygulamalarını da destekledikleri ve doğru buldukları sonucuna ulaşılmaktadır. Bu açıdan bakıldığında ankete katılan yöneticilerin hastane gelirlerin faturalanmasında ve tahsilatında toptancı bir yaklaşım olsa da kendi yüklerini azalttığından bu iki uygulamaya daha çok katıldıkları görülmektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesine yönelik yaklaşımları ile anket ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır.

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesine yönelik yaklaşımı tablo 7.1’de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(B1): Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlanmıştır.”,

“H₀Ret(B2): Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanılmıştır.”,

“H₀Ret(B3): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(B4): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü artmıştır.”,

“H₀Ret(B5): Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık işletmeciliğin kalitesi yükselmiştir.”,

“H₀Ret(B6): Sürekli artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaşmıştır.”,

“H₀Ret(B7): Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olmuştur.”,

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından Ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 27: Ankete Katılanların Kamu Hastanelerinde Global Bütçeye Geçilmesine Yönelik Yaklaşımlarının H₀Ret Katılımları (%’lik Oranları)

HoRet	KHB Yöneticileri; Kamu Hastanelerinin Global Bütçeye Geçilmesi Mali Sürdürülebilirlik Açısından Doğrudur, İfadesine	
	Katılıyorum	Katılmıyorum
HoRet(B1) Katılıyorum	80,20%	43,63%
HoRet(B2) Katılıyorum	77,43%	45,45%
HoRet(B3) Katılıyorum	73,26%	55,54%
HoRet(B4) Katılıyorum	43,05%	47,27%
HoRet(B5) Katılıyorum	88,88%	80,00%
HoRet(B6) Katılıyorum	63,88%	67,27%
HoRet(B7) Katılıyorum	60,41%	58,18%
13. İfadeye Katılıyorum	66,40%	52,47%

Tablo 27’deki değerlendirme esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerin kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesinin mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğu ifadesi ile diğer ifadeler arasında katılım derecesine göre bir bağ olup olmadığı analiz edilmiştir.

Bu analiz sonrasında, aralarında anlamlı bir ilişki çıkan ifadelerin değerlendirmesi yapılmıştır. Kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesinin mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğuna daha çok katılan yöneticilerin, kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlandığı, ülkemizin imkanları en akılcı biçimde kullanıldığı, yürürlükteki mali politikaların sosyal devlet olgusunu temel aldığı, SDP ile sağlık işletmeciliğın kalitesinin yükseldiğı, hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olduğu ifadelerine daha çok katıldıkları görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında

SGK denetimin kısmen azaldığı, SB'nın tedavi harcamaları karışığında alacağı ve kamu hastanelerine dağıtacağı tutarın bir yıl önceden belirlendiği, global bütçe sistemi yöneticiler tarafından hastanelerinin finansmanı alanında öngörü geliştirilebildiğinden ve akılcı gördüklerinden olumlu karşılanmaktadır. Bunun yanında yöneticilerin hastaların hekime kolay ulaşılabilir olunmasının global bütçenin sistemini tehdit ettiğini düşündükleri görülmektedir.

Kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesinin mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğuna katılan yöneticilerin, artan sağlık harcamalarının mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaştığına, SDP ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü arttığına daha çok katılmadıkları görülmektedir. Başka bir ifade ile yöneticilerin global bütçe uygulamalarının artan sağlık harcamalarını azaltacağı ve SDP'nin bütçeye artan yükünü artırmayacağı fikrinde oldukları görülmektedir.

4.3. Performans Sisteminin Uygulamaları

Performans sistemi sağlık politikası belirleyicileri tarafından “SB'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak, ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir.” olarak tanımlanmaktadır (Aydın ve Demir, 2006:6). SDP kapsamında 2003 yılında 10 kurumda uygulamaya konulan performansa dayalı ek ödeme sistemi 2004 yılı itibariyle tüm illerde uygulamaya geçmiştir (Resmi Gazete, 2006:26166).

Gelişmiş ülkeleri özellikle 1980'lerden sonra liberal politikalara devlet uygulamalarında daha çok değer verdikleri bilinmektedir. Bu durumun bir sonucu olarak etkin ve verimli bir kamu yönetimi kurma çabaları gelişmiştir. Bahsedilen hareketin ülkemiz açısından da belirleyici olduğu ve ilgili performans sisteminin de bu eksen etrafında kurgulandığı yönünde tespitler bulunmaktadır (Eraslan ve Tozlu, 2011:34).

SB sistemin çıkış noktasını; personele hizmete sağladığı katkı oranında ek ödeme yapılarak sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve verimi arttırmak olarak belirlemişlerdir (www.kalite.saglik.gov.tr, 12.01.2015). Bahsedilen sistemin ülkemize has bir sistem

olarak kurgulanmış olduğu sağlık politikası belirleyicileri tarafından da teyit edilmiştir (Arslan, 2011:425).

Tablo 28: Anketin 15. İfadesinin Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Hiç Katılmıyorum	59	15,9
Kısmen Katılmıyorum	46	12,4
Kararsızım	37	10,0
Kısmen Katılıyorum	104	28,0
Tamamen Katılıyorum	125	33,7
Toplam	371	100,00

Anketin 15. İfadesi “Kamu hastanelerinde kullanılan performans sistemi sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırmaktadır.” ile alakalı birlik yöneticilerinin yaklaşık %61,7’si yürürlükte bulunan performans sisteminin sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırdığı algısında olduklarını göstermektedir. Birlik yöneticilerinin yaklaşık % 28,3’ü ise yürürlükte bulunan performans sisteminin sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırmadığı algısında oldukları görülmektedir.

İlgili sistemin hastaneler cephesinde hizmet yükünü daha fazla artırdığı ve sigorta harici bireysel yapılan sağlık harcamalarının büyük oranda kamu sağlık harcamasına dönüştüğü yapılan ilk değerlendirmelerde kabul görmüştür (Aydın ve Demir, 2006:65-85). Ayrıca bu veri 2012 yılına kadar sigorta harici bireysel yapılan sağlık harcamalarının azalma eğiliminde olması ile uyumludur. Bu değerlendirmeler ışığında bakıldığında politika belirleyicileri ile birlik yöneticilerinin performans sistemi nedeni ile kamu sağlığı harcamalarının arttığı yönündeki algılarının uyuşmakta olduğu belirlenmiştir. KHB yöneticilerinin performans sistemin mali sürdürülebilirliği etkileyecek güçte olduğunu kabul ettikleri, bu durumu ile alakalı kaygılı oldukları hatta performans sisteminin mali sürdürülebilirliği olumsuz yönde etkilediğine dair çok güçlü bir algı içinde olmadıkları söylenilebilir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin kamu hastanelerinde performans sistemi uygulamalarına yönelik yaklaşımları ile anket ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin kamu hastanelerinde performans sistemi uygulamalarına yönelik

yaklaşımı tablo 7.1’de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(C1): Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlanmıştır.”,

“H₀Ret(C2): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir.”,

“H₀Ret(C3): Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanılmıştır.”,

“H₀Ret(C4): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(C5): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü artmıştır.”,

“H₀Ret(C6): Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık işletmeciliğın kalitesi yükselmiştir.”,

“H₀Ret(C7): Sürekli artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaşmıştır.”,

“H₀Ret(C8): Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır.”,

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 29’deki değerlendirmeye verileri esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerin kamu hastanelerinde kullanılan performans sisteminin sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırdığı ifadesi ile diğer ifadeler arasında katılım derecesine göre bir bağ olup olmadığı analiz edilmiştir.

Bu analiz sonrasında aralarında anlamlı bir ilişki çıkan ifadelerin değerlendirmesi yapılmıştır.

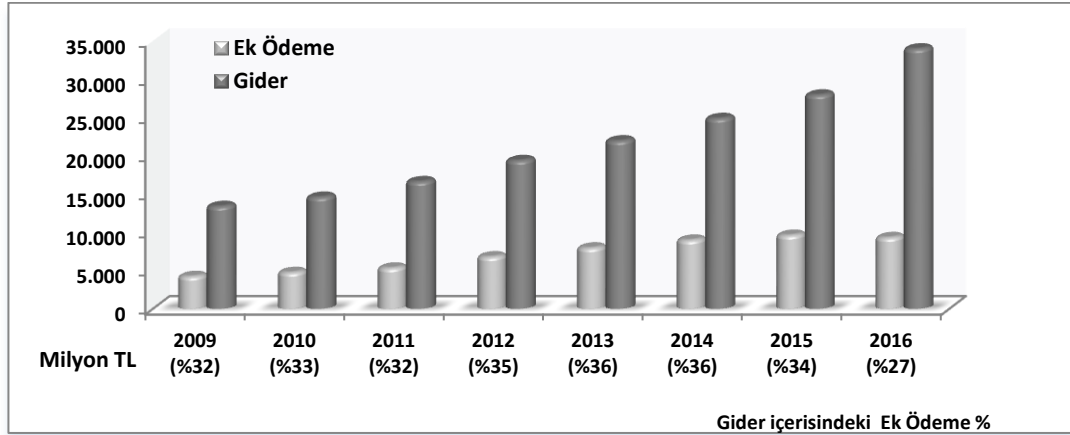
Tablo 29: Ankete Katılanların Kamu Hastanelerinde Performans Sistemi Uygulamalarına Yönelik Yaklaşımları HoRet Katılımları (%’lik Oranları)

HoRet	KHB Yöneticileri; Kamu Hastanelerinin Kullanılan Performans Sistemi Sağlık Harcamalarını Beklenin Üzerinde Artırdığı, İfadesine	
	Katılıyorum	Katılmıyorum
HoRet(C1) Katılıyorum	69,43%	73,33%
HoRet(C2) Katılıyorum	59,38%	53,38%
HoRet(C3) Katılıyorum	68,12%	76,19%
HoRet(C4) Katılıyorum	66,37%	69,52%
HoRet(C5) Katılıyorum	47,16%	37,14%
HoRet(C6) Katılıyorum	85,15%	96,19%
HoRet(C7) Katılıyorum	69,86%	51,42%
HoRet(C8) Katılıyorum	52,83%	41,90%
32. İfadeye Katılıyorum	56,33%	50,47%
13. İfadeye Katılıyorum	65,06%	47,61%

Kamu hastanelerinde kullanılan performans sisteminin sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırdığı daha çok katılan yöneticilerin, uygulamaya konulan mali politikaların daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verdiği, SDP ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükünün arttığı, artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaştığı fikrine daha çok katıldıkları görülmektedir. Başka bir izah ile performans sisteminin sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırdığı ifadesine tamamen katılanların bu artışın sağlık hizmeti sunumuna yükünü de arttırdığı algısı içinde oldukları görülmektedir. Performans sisteminin sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırdığı ifadesine tamamen katılanların sürekli artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar veriyor algısını da destekledikleri bu iki ifade arasında pozitif bir bağ kurulduğu söylenilebilir. Ayrıca performans sisteminin sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırdığı yönünde görüş beyan eden yöneticilerin ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamadığı ifadesine daha çok katıldıkları görülmektedir.

SB’nın 2009-2016 yıllarına ait Ek Ödeme harcamalarının karşılaştırmaları Grafik 8’de görülmektedir.

Grafik 8: SB'nın Yıllara Göre Ek Ödeme Harcamaları (Milyon TL)



Kaynak: <https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm>, 10.08.2017.

SB'nın 2009-2016 yıllarına ait Ek Ödeme harcamalarının toplam gider ile karşılaştırmaları Grafik 8'de verilmektedir. Türkiye genelinde SB'nın ek ödeme harcamasının gider harcamaları içerisindeki payı 2009-2012 yılları arasında ortalama %33,08 olarak gerçekleşmiştir. 2013-2015 yılları arasında ise ek ödeme harcamasının gider harcamaları içerisindeki payı %35,33 olduğu görülmektedir. 2013 ve 2014 yıllarında toplam gider içindeki ek ödeme oranı en yüksek seviye çıktığı ve 2016 yılında %27'ye gerilediği bu değer 2009 yılından bu yana en düşük seviyeye indiği görülmektedir.

Grafik 8 ayrıntılı olarak incelendiğinde KHB yöneticilerinin 15. ifadeye katılım dağılımları ile bu verilerin uyduğu görülmektedir. KHB yöneticilerinin performans sisteminin giderleri beklenenden fazla artırdığı ve sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğini olumsuz etkileyeceği yönündeki görüşlerinin 2012-2013-2014 yılları gerçekleştirmeleri örtüştüğü belirlenmiştir. Artan bu payın kontrol altına alınabilmesi için SB tarafından çalışmalar yapılmış ve bu oran 2015-2016 yıllarında düşürülmüştür. KHB yöneticilerinin performans sistemi hakkındaki görüşlerinin gerçeklerle uyduğu, toplam giderin %33'ü civarında oluşan performans ödemelerinin sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğinin sağlanmasında her zaman takip edilmesi gereken bir veri ve önemli bir harcama kalemi ve olduğu görülmektedir. SDP uygulayıcıların performans sistemi uygulamaları neticesinde çalışan memnuniyeti ve mali sürdürülebilirlik arasında kaldıkları görülmektedir.

Kamu hastanelerinde kullanılan performans sisteminin sağlık harcamalarını beklenenden fazla artığına daha çok katılan yöneticilerin, kamu hastanelerine gelecek hasta sayısının oluşmasında etkin bir araç olacak sevk zincirinin uygulanmamasının mali sürdürülebilirliğe zarar verdiği ifadesine daha çok katıldıkları görölmektedir. Başka bir ifade ile; sevk zinciri uygulanmadığı için hekimlerin baktığı hasta sayısının arttığı, bu artışında performans sistemi ile dağıtılan tutarları yukarı yönde hareketlendirdiğı, sevk zinciri uygulamasının yapılmamasının mali sürdürülebilirliğe olumsuz etkisi olduğu fikrinde oldukları görölmektedir. Bunun yanında katılan yöneticiler, kamu hastanelerde çalışmakta olan hekimlerin alacakları döner sermaye tutarını doğrudan etkileyen hizmet puanı üzerinde baskı oluşturan paket fiyat uygulamalarının mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir yaklaşım olduğunu ifade etmektedirler.

Kamu hastanelerinde kullanılan performans sisteminin sağlık harcamalarını beklenenden fazla artığına daha çok katılan yöneticilerin; kamu hastanelerinin sunduğı sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlandığına, SDP ile sağlık işletmeciliğın kalitesi yükseldiğine, uygulanan mali politikalar sayesinde ölkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanıldığına katıldıkları belirlenmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikaların sosyal devlet olgusunu temel aldığı ifadelerine katılmadıkları görölmektedir. Ankete katılan yöneticilerin bu fikirlerinden hareketle kamu hastanelerinde uygulanan performans sisteminin çalışanlar ve sağlık hizmeti açısından istenilen etkiyi henüz tam olarak sağlamadığı yönünde bir algı içinde oldukları görölmektedir. Başka bir ifade ile ankete katılan yöneticiler kullanılan performans sisteminin sağlık hizmeti kalitesinin yükselmesinde etkin olamayacağı ve bu sistemin kaynakları akılcı bir şekilde kullanılmadığı fikrini taşımaktadırlar.

Konu ile alakalı olarak performans sisteminin çalışanlar arasındaki ücret dengesini bozduğu yönünde çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca hekimlerin daha fazla performans puanı toplayabilmek için, hastalara daha az zaman ayırarak daha fazla hastaya bakma eğilimleri ortaya çıktığı ve bu durumun sağlık hizmet sunucularının aralarındaki bağı kopartılması ve daha çok para kazandırmanın hekimin öne çıkması gibi çok tehlikeli bir durumu tetiklediğı tespitleri mevcuttur (Ceylan, 2009:68-69).

Sistemin kurgulanma temelinde yatan hekim performansı uygulamaları ve SDP kapsamında hayata geçirilen yeniliklerle hastanın hekime ulaşma oranının arttığı, sağlık hizmeti sunumunu genişlettiği, tespitleri bizzat sağlık hizmeti politika belirleyicileri tarafından zikredilmektedir. Bunun sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğini olumsuz etkileyebileceği görülmüştür. Bu durumu önceden gören sağlık politikası belirleyicileri bir yandan hastaların erişimini kolaylaştıracak adımlar atarken, bir yandan da aşırı talebi frenleyecek mekanizmalar geliştirmenin önemini vurgulamışlardır (Aydın ve Demir, 2006:26).

4.4. Kamu Hastanelerindeki Malzeme Uygulamaları

SDP uygulama başladıktan sonra hastanelerin mali tabloları üzerinde değerlendirmeler yapılmıştır. Değerlendirmeler sonrasında aynı malzemeden aynı veya farklı illerdeki hastanelerde birbirlerinin ihtiyaçlarını karşılayacak sayıda bulunduğu ancak bu malzemelerin karşılıklı olarak bedelli veya bedelsiz alınıp verilmediği görülmüştür. Konu ile alakalı SB tarafından 02.01.2008 tarih ve 2008/1 sayılı genelge ile SB bağlı kurum ve kuruluşların birbirlerinden belli kurallar içerisinde mal ve hizmet alabilmesinin önü açılmıştır. Sonrasında bu tip alımlar, 4734 sayılı KİK kapsamı dışına alınarak hastane yöneticilerinin hareket alanı genişletilmiştir (Resmi Gazete, 2008:27075).

Daha sonra konu ile alakalı olarak kapsamlı bir çalışma yapılmış ve sağlık hizmeti veren sağlık tesislerinin teşhis, tedavi ve diğer amaçlı olarak birbirlerinden yapacakları mal ve hizmet alımlarının şeklini belirleyen bir yönetmelik hazırlanmıştır (Resmi Gazete, 2009:27134).

Yapılan tüm bu düzenlemelerin amacının; SB'na bağlı bulunana tüm tesislerde ihtiyaç fazlası veya hiç kullanılmayacak demirbaş, ilaç, sarf malzemelerin yeniden hizmet içine girmelerini sağlamak, etkin bir stok yönetimi yapmak olarak açıklandığı görülmektedir (Atasever, 2014:135).

Tablo 30: Anketin 14. İfadesinin Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Hiç Katılmıyorum	5	1,35
Kısmen Katılmıyorum	3	0,8
Kararsızım	9	2,4
Kısmen Katılıyorum	70	18,9
Tamamen Katılıyorum	284	76,55
Toplam	371	100,00

Anketin 14. İfadesi "2009 yılında başlatılan kamu hastanelerin karşılıklı mal ve hizmet değişimi uygulaması mali sürdürülebilirliği olumlu şekilde etkilemiştir." ile alakalı birlik yöneticilerinin yaklaşık % 77 sinin kamu hastanelerin karşılıklı mal ve hizmet değişimi uygulaması mali sürdürülebilirliği olumlu şekilde etkilediği algısında olduklarını görülmektedir. SB bu uygulamalar sayesinde 2009 yılında 88 Milyon TL tutarında, 2010 yılında ise 33,5 Milyon TL tutarında ihtiyaç fazlası malzemenin, hastaneler tarafından dışarıdan satın alınmadan, kendi bünyelerinden karşılandığını açıklamışlardır (SB, 2011:278-283).

Hastanelerin birbirlerinden karşılıklı malzeme alımın önünü açan düzenleme ile beraber hastanelerdeki stok seviyesinin en fazla 3 ay ile sınırlandırılması kararı uygulama konulmuştur. Böylelikle hastanelerin ellerinde 3 aylık ihtiyaçlarından fazlasını malzemelerini ihtiyacı olan hastanelere satmaları veya bedelsiz devredilmesi istenmiştir. Bu sayede atıl durumdaki malzemelerin sağlık hizmeti sunumuna kaynak olarak oluşturulması amaçlanmıştır (SB, 2011:278-283). Uygulamanın hastaneler arasında yerleşmesinden sonra stok seviyesi uygulaması güncellenmiş ve stok seviyesi en fazla 60 güne düşürülmüştür (SB, 2013:09).

Sözleşmeli KHB yöneticilerin kamu hastanelerinde malzeme uygulamalarına yönelik yaklaşımları ile anket ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin kamu hastanelerinde malzeme uygulamalarına yönelik yaklaşımı tablo 7.1’de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(D1): Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlanmıştır.”,

“H₀Ret(D2): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir.”,

“H₀Ret(D3): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(D4): Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır”,

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından Ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 31: Ankete Katılanların Kamu Hastanelerinde Malzeme Uygulamalarına Yönelik Yaklaşımları H₀Ret Katılımları (%’lik Oranları)

HoRet	KHB Yöneticileri; Kamu Hastanelerin Karşılıklı Mal ve Hizmet Değişim Uygulamaları Mali Sürdürülebilirliği Olumlu Etkilemiştir, İfadesine	
	Katılıyorum	Katılmıyorum
HoRet(D1) Katılıyorum	73,72%	50,00%
HoRet(D2) Katılıyorum	54,51%	50,00%
HoRet(D3) Katılıyorum	68,92%	25,00%
HoRet(D4) Katılıyorum	48,30%	100%
22. İfadeye Katılıyorum	85,87%	100%
26. İfadeye Katılıyorum	34,46%	12,50%
31. İfadeye Katılıyorum	90,11%	62,50%

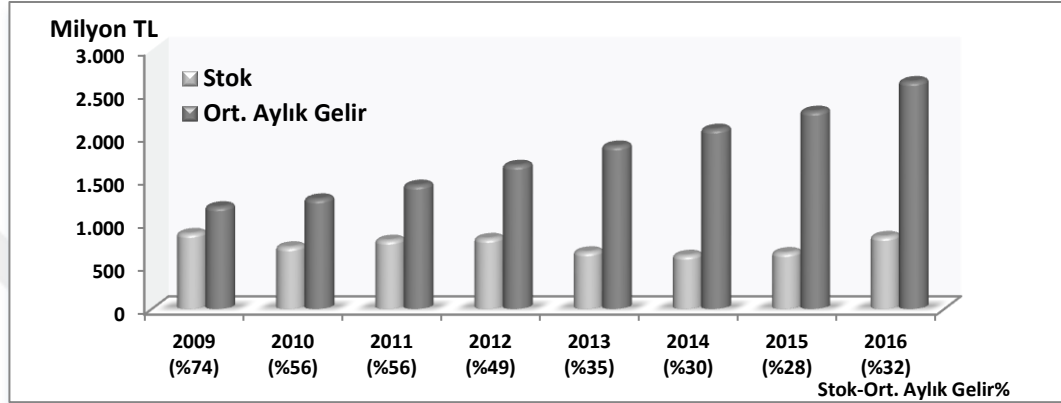
Tablo 31’deki değerlendirmeye verileri esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerin kamu hastanelerin karşılıklı mal ve hizmet değişimi uygulamasının mali sürdürülebilirliği olumlu şekilde etkilediği ifadesi ile diğer ifadeler arasında katılım derecesine göre bir bağ olup olmadığı analiz edilmiştir.

Bu analiz sonrasında aralarında anlamlı bir ilişki çıkan ifadelerin değerlendirmesi yapılmıştır. Kamu hastanelerin karşılıklı mal ve hizmet değişimi uygulamasının mali sürdürülebilirliği olumlu şekilde etkilediği ifadesine katılan yöneticilerin, kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlandığı, SDP ile uygulamaya konulan mali politikaların önceki hükümet çalışmalarına da yer

verdiği, yürürlükteki mali politikalarına sosyal devlet olgusunu temel aldıklarına daha çok katıldıkları görülmektedir.

Grafik 9’da SB’nın 2009-2016 yıllarına ait stok ve ortalama aylık gelirleri arasındaki karşılaştırmaları görülmektedir

Grafik 9: SB’nın Yıllara Göre Stoklarının Karşılaştırılması (Milyon TL)



Kaynak: <https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm>, 10.08.2017.

KHB’ne bağlı kamu hastanelerinin gider harcama kalemlerine bakıldığında, ek ödeme, hizmet, kanuni yükümlülükler, personel gider, diğer işletme giderleri gibi harcamaların toplam gider harcamalarının yaklaşık %75’e karşılık geldiği belirlenmiştir. Dolayısı ile KHB’ne bağlı kamu hastanelerinin mal, malzeme ve hizmet aldıkları firma ödemelerine diğer bir deyişle, sarf malzeme, ilaç gibi önemli kalemlere gider bütçesinin içinden %25’lik pay ayırma zorunluluğu olduğu görülmektedir. Bu bilgiler ışığında stokların, ortalama aylık gelire oranını incelendiğinde; 2009 %74, 2010, 2011 ve 2012 yıllarında ortalama aylık gelirlerinin yarısı oranında sarf malzeme aldıkları görülmektedir. Bu da 2012 ve öncesinde hastanelerin daha çok malzeme olarak firmalara olan borçluluk gün sürelerinin uzadığı anlamına geldiği görülmektedir. Bu veriler KHB’ne bağlı kamu hastanelerinin stoklarının yüksek olduğu gibi sonucu göstermektedir. 2012 yılında kurulan KHB bünyesinde açılan stok birimleri, ihtiyaç tespit komisyonu ile sağlık tesislerinin ihtiyaç planlamaları doğru bir şekilde yapılmaya çalışılmış, sipariş takip modülleri oluşturularak takiplerin yapılması ve uzmanlar tarafından kontrol edilmesi sayesinde aktif stok yönetimi kavramları çalışanlar tarafından benimsenmesi sağlanmıştır. Böylelikle stokların, ortalama aylık gelirlere oranının 2013, 2014, 2015 ve 2016 yıllarında %30’lar seviyesinde çekildiği görülmektedir.

Yapılan bu uygulamalar sayesinde yıllar içinde stok oranını azalması sağlanmıştır. Böylelikle fazla tutulan stoğun kurum finansmanı üzerindeki olumsuz etkileri bertaraf edildiği görülmüştür. Azaltılan stokların sağlık hizmetlerinin sunumunu olumsuz engellemediği ve bu hizmete bağlı olarak hastanelerde gelir artışları olduğu görülmüştür. Başka bir ifade ile oransal olarak stoklar azalırken KHB'ne bağlı kamu hastanelerinin gelirlerinde artış görülmüştür.

SB'nın uygulamaya koyduğu mevzuat sonrasında hastanelerde satın alınacak malzemelerin ihtiyaç olup olunmadığının belirlenmesi, kişilerin yetkisinden alınıp, alanında uzman olan bir komisyonun takdirine bırakılmıştır. Ayrıca HBYS programları üzerinden yapılan güncellemeler ile herhangi bir malzemenin azami stoğun 90 gün olması kurala bağlanmıştır. 90 gün üstü stok gün süresi olan malzemeler ise ihtiyaç fazlası olarak diğer hastanelere devrinin yapılması kuralı getirilmiştir. Bu kapsamda 2009-2013 yılları arasında 342 Milyon TL tutarındaki mal ve malzeme ücretsiz olarak diğer hastanelerin kullanımına açılmıştır. Aynı yıllarda 190 Milyon TL tutarındaki mal ve malzeme ise 90 günlük stok süresini geçtiğinden bedelli olarak diğer hastanelerin kullanımına sunulmuştur. Konu ile alakalı veriler incelendiğinde 2011 yılında SB hastanelerinin toplam ilaç, tıbbi sarf, laboratuvar giderlerinin toplam bedelinin 2.8 Milyar TL olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda yapılan değerlendirme neticesinde hayata geçirilen bu uygulama ile SB'na bağlı hastanelerin ilaç, tıbbi sarf, laboratuvar ihtiyaçlarını %4'ünün sistem içerisinde karşılandığı görülmektedir (<https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm>, 10.08.2017). Böylelikle daha etkin bir stok yönetimi yapıldığı ve bu konudaki gereksiz stoğun azaltılarak tasarruf sağlandığı görülmektedir. Çalışmamıza katılan KHB yöneticilerinin SB tarafından ortaya koyulan bu uygulamaları destekledikleri ve sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliği açısından faydalı gördükleri bilinmektedir. Bahsi geçen veriler de bu düşüncüyü desteklemektedir.

Bu ilişkiden hareketle ankete katılan yöneticilerinin KHB bünyelerinde merkezi satın alma birimlerin kurulması sonrasında girdi maliyetlerinin azalması beklentisi ile aynı kaynakla daha fazla sağlık hizmeti verildiği algısı içinde oldukları söylenilebilir.

SB tarafından ilan edilen 2009/45 sayılı genelge merkezi satın alma birimleri kurmuştur. Aynı genelge ile belli büyüklükteki hastanelerin mal ve malzeme

ihtiyaçlarının büyük hastaneler tarafından karşılanmasının  n  açılmıştır. Bu düzenleme ile ilaç ve tıbb  malzeme satın alma yapan hastane sayısı 835’den 312’ye düşürülmüştür. Uygulama KHB’lerin kurulduğu 2011 yılına kadar devam etmiştir. Bu tarihten sonra KHB bünyesinde kurulan merkezi satın alma birimlerindeki tüm hastanelerin ihtiyaçlarının karşılanması için satın alma işlemi yapmaya başlanmış ve merkezi satın alma süreçleri daha çok güçlenerek tek elde toplanmıştır. KHB yöneticilerinin kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol aılmaksızın, performans hedeflerine uygun, etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamakla sorumlu oldukları belirlenmiştir (TKHK, 2012:3131). KHB bünyesinde merkezi satın alma birimlerinin kurulması ve ilgili birliklerin bu konuda adım atması gerektiği duyurulmuştur (TKHK, 2012:03).

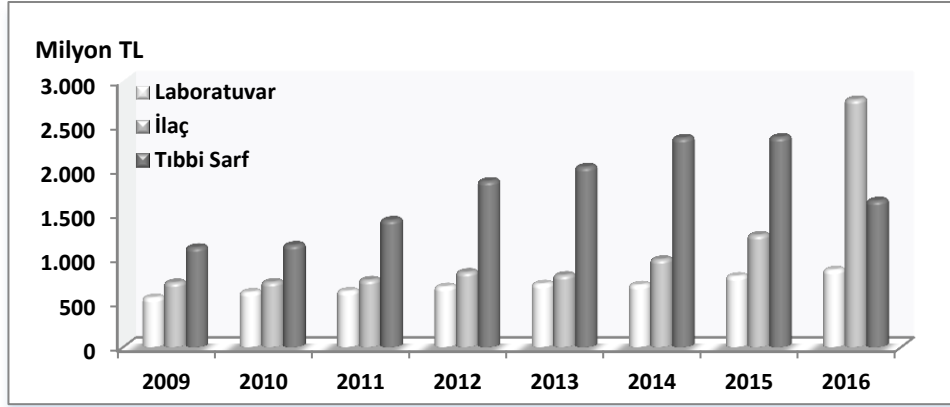
Tablo 32: Anketin 24. İfadesinin Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Hiç Katılmıyorum	22	5,9
Kısmen Katılmıyorum	9	2,4
Kararsızım	22	5,9
Kısmen Katılıyorum	88	23,7
Tamamen Katılıyorum	230	62,0
Toplam	371	100,00

Anketin 24. İfadesi “Merkezi satın alma birimlerinin oluşturulması mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulamadır.” ile alakalı birlik yöneticilerinin yaklaşık % 62’sinin merkezi satın alma birimlerinin kurulmasının mali sürdürülebilirliği olumlu etkileyeceği algısında olduklarını görülmektedir. Kamu hastaneleri birliği genel sekreterliklerinin kurulmasından sağlık tesislerinin bütçe yönetimi ile alakalı olarak genel sekreterlikler yetkili kılınmıştır (TKHK, 2012:03).

SB’nın 2009-2016 yıllarına ait laboratuvar, ilaç ve tıbbi sarf harcamaları tutarları grafik 10’da görülmektedir. Hastanelerin laboratuvar harcamalarına ait ihaleler laboratuvar sarf malzemeleri ve kit karşılığı cihaz alımları olmak üzere iki kısımda incelenmektedir. Özellikle kit karşılığı cihaz alımı ihalelerine ait sözleşmelerin süreleri en az 24 aylık olması sebebiyle ihalelerinin yenilendiği sürede oransal olarak ani bir artış, bir sonraki yılda daha az oranda bir artış olduğu gözlemlenmektedir.

**Grafik 10: SB'nın Yıllara Dayalı Laboratuvar, İlaç, Tıbbi Sarf Harcamaları
(Milyon TL)**



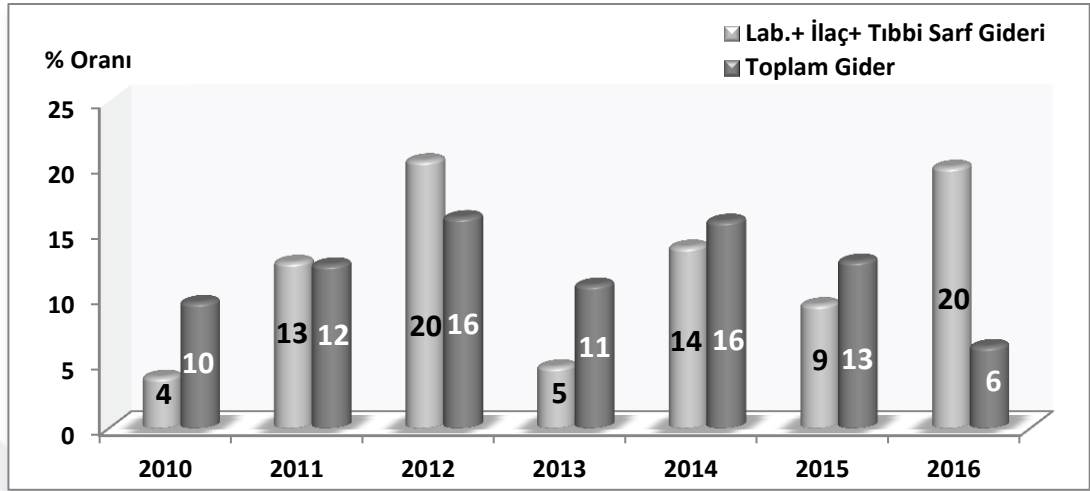
Kaynak: <https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm>, 10.08.2017.

SB'na bağlı hastanelerin ilaç harcamalarında özellikle 2015 ve 2016 yılları arasında ciddi bir artış olduğu görülmektedir. Bunun sebebi ise 2015 yılının sonundan itibaren başlayıp, 2016 yılında da devam eden maliyeti yüksek olan ve kanser hastalarının tedavisinde kullanılan ilaçların SB tarafından satın alınmaya başlamasının olduğu bilinmektedir.

Tıbbi sarf ihalelerine ait sözleşmelerin sürelerinin uzun olması, bu harcama kaleminin yoğun bir payının 22 (f) (vücut içinde kullanılan ortez, protez malzemeleri bedellerinin SB tarafından karşılanması) yöntemi ile satın alınan malzemelerden oluşması, bu harcama kalemlerinin ihalesiz yapılması, hastanın anatomisine uygun olması, hekim tercihinin etkin olmasının fiyatlarının yukarıda kalmasına pozitif etki yaptığı görülmektedir.

Grafik 11 verilerine göre 2010 yılında toplam gider harcamaları %10 artar iken ilaç-tıbbi sarf ve laboratuvar giderleri %4 artmıştır. 2011-2012 yıllarında ilaç-tıbbi sarf ve laboratuvar giderleri toplam giderden daha hızlı bir artış göstermiştir.

Grafik 11: SB'nın Laboratuvar, İlaç, Tıbbi Sarf Kalemlerinin Toplamı ile Toplam Giderlerinin Yıllara Göre % Değişim Oranları



Kaynak: <https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm>, 10.08.2017.

KHB'lerin taşrada teşkilatlandığı 2012 Kasım ayından sonra hastaneler arasındaki bedelsiz malzeme devirleri, merkezi satın alma uygulamaları yoğunlaşmış ve hızlanmıştır. Bu gelişmeler mal ve malzeme fiyatları üzerindeki negatif yönlü etki oluşturmuştur. Alınan önlemler ve azami stok uygulamalarının etkileri ile 2013-2014-2015 yıllarında ilaç-tıbbi sarf ve laboratuvar giderlerinin artış hızının toplam giderlerin artış hızından aşağıda kaldığı görülmüştür. Ancak KHB'nin 2016 yılında kapatılacağına ifade edilmesi, kanser tedavisinde kullanılan ilaçların SB'na tarafından temin edilmeye başlanması gibi nedenlerden dolayı ilaç-tıbbi sarf ve laboratuvar giderleri toplam gider harcamalarından daha fazla arttığı görülmektedir. Bu veriler ile KHB yöneticilerinin konu hakkındaki fikirlerinin, SDP içerisinde yer alan mal ve malzeme uygulamaları ile uyduğu görülmektedir.

4.5 Kamu Hastane Birlikleri Kurulmasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisi

SDP'nın ilan metni incelendiğinde bileşenler başlığı altında kamu hastanelerinin idari ve mali açıdan özerkliğe sahip işletmelere dönüştürülmesi ile alakalı görüş beyan edildiği anlaşılmaktadır. Böylece kamu hastanelerinin diğer hastanelerle yarışabilecek performansa sahip özerk işletmelere dönüşecekleri görüşünün savunulduğu görülmektedir (SB, 2003:32). Ayrıca yine sağlık politikası belirleyicileri tarafından kaynakların daha etkin ve verimli kullanılabilmesi ve yerinden yönetim modelinin

gelişmesi adına kurulduğunu beyan etmektedirler (SB, 2013:32). Gelişen süreç içinde kamu hastaneleri için öngörülen bu yapı değişikliğe uğrayarak TKHK'nun kurulması ile hayata geçirilmiştir. Bu amaçla illerde ilgili kurumun taşra teşkilatı olarak KHB kurulmuştur (Resmi Gazete, 2011: 28103).

Bu değişikliklerle ilgili SB neo liberal mali politikaları yaklaşımına paralel olarak bu dönüşümün zorunlu kıldığını belirtmişlerdir. Yeni yapısıyla SB'nin SDP'nin ilan metninde izleri bulunan düzenleyici, denetleyici ve rehberlik rolü içinde SB anlayışının pekiştiğini savunmuşlardır (SB, 2012:2). KHB kurulurken SDP'nin uygulamaya koyulacak her süreçle bütüncül bakış açısı geliştirilmesi gereği hayata geçirilecek “Kontrollü Yerel Uygulamalar” süreci işletilmediği görülmektedir. Diğer uygulamalarda (aile hekimliği, performans sistemi, malzeme uygulamaları) başvuru pilot uygulama yöntemi yerine KHB tüm Türkiye’de aynı anda kurulmuştur.

Tablo 33: Anketin 28. İfadesinin Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Hiç Katılmıyorum	17	4,6
Kısmen Katılmıyorum	27	7,3
Kararsızım	46	12,4
Kısmen Katılıyorum	95	25,6
Tamamen Katılıyorum	186	50,1
Toplam	371	100,00

Anketin 28. İfadesi “Kamu hastaneleri birliklerinin kurulması aynı kaynakla daha fazla sağlık hizmeti verilmesini sağlamıştır.” ile alakalı birlik yöneticilerinin %50’si KHB’lerin kurulması aynı kaynakla daha fazla sağlık hizmeti verildiği algısında olduklarını görmektedir. Ayrıca kısmen katılanlar birlik yöneticilerini de ilave edildiği takdirde bu oran yaklaşık %76 seviyelerine yükseleceği görülmektedir.

KHB’lerde çalışan birlik yöneticilerinin birliklerinin kurulmasının mali sürdürülebilirliğe etkisinin olumlu olacağı ve bu durumun kaynakların verimli kullanılacağı düşünülmektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin KHB’lerin kurulmasının mali sürdürülebilirliğe etkisine yönelik yaklaşımları ile anket ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB

yöneticilerinin KHB'lerin kurulmasının mali sürdürülebilirliğe etkisine yönelik yaklaşımı tablo 7.2'de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(E1): Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlanmıştır.”,

“H₀Ret(E2): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir.”,

“H₀Ret(E3): Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkanları en akılcı biçimde kullanılmıştır.”,

“H₀Ret(E4): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(E5): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü artmıştır.”,

“H₀Ret(E6): Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık işletmeciliğinin kalitesi yükselmiştir.”,

“H₀Ret(E7): Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır.”

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 34'deki değerlendirme verileri esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerin KHB'nin yapmış olduğu kaynak geliştirme çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacak ifadesi ile diğer ifadeler arasında katılım derecesine göre bir bağ olup olmadığı analiz edilmiştir.

Bu analiz sonrasında aralarında anlamlı bir ilişki çıkan ifadelerin değerlendirmesi yapılmıştır. KHB'nin yapmış olduğu kaynak geliştirme çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacak ifadesine katılan yöneticilerin, kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlandığı, SDP ile uygulamaya konulan mali politikaların önceki hükümet çalışmalarına da yer verdiği, mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânlarının en akılcı biçimde kullanıldığı, yürürlükteki mali politikaların sosyal devlet olgusunu temel aldığı, SDP

uygulamaları ile sağlık işletmeciliğın kalitesinin yükseldiğı, sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem kurulabildiğı ifadelerine daha çok katıldıkları görölmektedir.

Tablo 34: Ankete Katılanların KHB'lerin Kurulmasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisine Yönelik Yaklaşımları H₀Ret Katılımları (%'lik Oranları)

HoRet	Katılımcı; KHB'lerin Kaynak Geliştirme Çalışmaları Mali Sürdürülebilirliğe Yeterli Katkı Sağlamıştır, ifadesine	
	Katılıyorum	Katılmıyorum
HoRet(E1) Katılıyorum	75,40%	35,00%
HoRet(E2) Katılıyorum	57,37%	35,00%
HoRet(E3) Katılıyorum	74,75%	40,00%
HoRet(E4) Katılıyorum	71,47%	45,00%
HoRet(E5) Katılıyorum	40,32%	70,00%
HoRet(E6) Katılıyorum	91,14%	60,00%
HoRet(E7) Katılıyorum	48,19%	75,00%
22. İfadeye Katılıyorum	87,54%	95,00%
25. İfadeye Katılıyorum	85,24%	30,00%
26. İfadeye Katılıyorum	31,47%	40,00%
27. İfadeye Katılıyorum	28,85%	55,00%
28. İfadeye Katılıyorum	80,00%	50,00%
29. İfadeye Katılıyorum	88,52%	65,00%
31. İfadeye Katılıyorum	90,81%	60,00%

Ankete katılan yöneticiler KHB'lerin kurulması ve mali sürdürülebilirlik için önemli olan kaynak geliştirme çalışmaları ile sağlık hizmetlerinin finansmanın daha düzenli sağlanacağını, böylelikle ülkemizin imkânlarının akılcı kullanılacağını, sağlık hizmeti kalitesinin yükseleceğini ifade etmektedirler. Ayrıca KHB'nin kurulması ve yapılacak çalışmalar ile sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem kurulabileceğini ifade ettikleri görölmektedir.

KHB'nin yapmış olduğı kaynak geliştirme çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacak ifadesine katılan yöneticilerin SDP ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükünün artığına katılmadıkları görölmüştür.

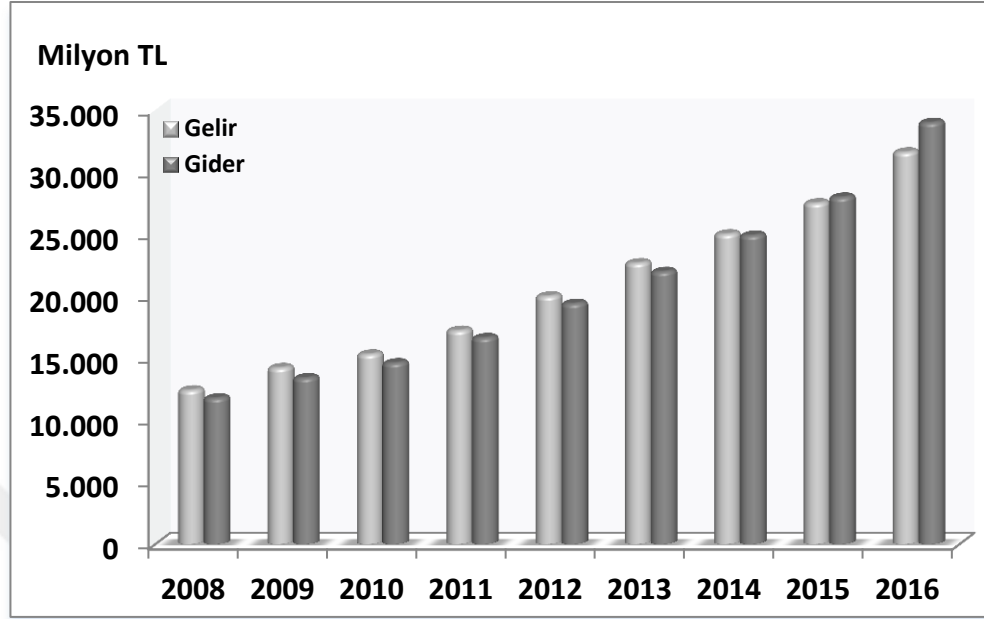
KHB'nin yapmış olduğı kaynak geliştirme çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacak ifadesine katılan yöneticilerin, KHB'nin kurulmasıyla yöneticilerin

mali hareket alanının daralması mali sürdürülebilirliği olumsuz etkilemediğine, KHB'nin kurulmasıyla aynı kaynakla daha fazla sağlık hizmeti verilmesini sağlandığına, birlik bütçesinin tek elden takip edilmesi mali sürdürülebilirlik açısından doğru olduğuna, Kamu hastanelerinde akılcı ilaç uygulamasının mali sürdürülebilirliğe katkı sağlayacağına, KHB'nin kurulmasıyla hizmet girdi bedellerinde azalma görüldüğüne, kamu hastanelerinin yapmış olduğu tasarruf çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacağına daha fazla katıldıkları görülmüştür.

Bilindiği gibi kamu hastaneleri KHB kurulmadan önce daha belli oranda kendi harcamalarına karar veren daha özerk bir yapı ile yönetiliyorlardı. KHB'nin kurulması ile kamu hastaneleri tek bütçe, ortak satın alma, tek malzeme havuzu, tek personel kaynağı mantığı ile yönetilmeye başlanmıştır. Böylelikle kamu hastane birliklerinin kurulması sonrasında kamu hastanelerinin yok edildiği tespitleri ve KHB'lerin kurulması ile sağlık hizmetlerinin serbest piyasa koşullarına terk edildiğini dile getirilmektedir (<https://odatv.com>, 08.06.2016). Kamu hastane birliklerinin kurulma aşamasında yapılan tartışmalarda kamu hastaneler birliklerinin sağlık hizmetinde özelleştirmenin yolunu açacağı ve bu uygulamanın sağlık politikalarında siyasallaştıracağı yönünde görüş beyan edilmiştir. Sözleşmeli yöneticilerin varlığının ve çalışma ilkelerinin sağlık hizmetinde emeğin değersizleştirilmesi ve metalaşmasını sağlayacağı yönünde görüşleri içeren çalışmalar olduğu bilinmektedir (Ulutaş, 2010:112-115).

Yukarıdaki analiz dikkate alındığında KHB genel sekreterliği ve hastane yöneticilerinde yer aldığı katılımcı yöneticilerinin birlik bütçesinin tek elden takip edilmesine, kendilerinin mali konularda karar verme alanlarının kısmen daralmasına olumsuz bakmadıkları görülmektedir. Ayrıca bu uygulamalar ile aynı kaynaktan daha fazla sağlık hizmeti üretilebileceğine ve hizmet girdi bedellerinde azalma olacağına inandıkları görülmektedir. Bu ilişkinin varlığı ve yöneticilerin konu hakkındaki algılarının SDP'nin ilke ve amaçları ile uyduğuna ifade etmektedir. Ayrıca stok çalışmalarının sonucu ve bütçe göstergeleri, oluşan gelir artışları, birlik yöneticilerin aynı kaynakla daha fazla sağlık hizmeti üretmek için çaba sarf ettiklerini göstermektedir.

**Grafik 12: SB'nın Yıllara Dayalı Gelir, Gider Harcamaları
Karşılaştırılması (Milyon TL)**



Kaynak: <https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm>, 10.08.2017.

SB'na bağlı kamu hastanelerinde 2008-2016 yıllarına ait gelir ile gider harcamaları arasındaki karşılaştırmaları Grafik 12'de görülmektedir. Sırasıyla 2008 yılında %5.15, 2009 yılında %5.75, 2010 yılında %4.61, 2011 yılında %3.41, 2012 yılında %2.99, 2013 yılında 3.09, 2014 yılında %0.43 ile gelirin gider harcamalarından fazla olduğu (yüzde olarak) görülmektedir.

Bu veriler ile anketin analiz sonuçları gelir gider karşılaştırılması açısından değerlendirdiğinde sözleşmeli KHB yöneticilerin yapılan kaynak geliştirme çalışmalarının mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacağı yönündeki görüşlerini desteklememektedir. Her ne kadar oransal olarak stokların azaltıldığı dönemlerde gelirleri artmış olsa da ilgili gelirler giderleri karşılayamamıştır. Özellikle 2014 yılından sonra gelir gider dengesi gider lehine bozulmuştur. Bu bozulma sonrasında 2015 yılında %-1.68, 2016 yılında -7.53 ile kamu hastanelerinin gelirlerinin giderin gerisinde kaldığı ve harcamalarının gelirden fazla olduğu (yüzde olarak) görülmektedir.

Grafik 12 incelendiğinde sağlık hizmetinde mali sürdürülebilirlikle alakalı kaygıların başladığı 2009 yılı ve sonrasında kamu hastanelerinin gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu görülmektedir. Her ne kadar gelir gider arasındaki makas daralsa da 2014 yılına

kadar durum böyle devam etmiştir. Ancak SB tarafından yeni başlatılan uygulamaların hayata geçirilmesinde ek gelirler oluşturulamaması, bu amaçla hastanelerin gelir havuzunun kullanılması önemli bir açmaz olarak görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin daha kolay ulaşılabilir olması ve daha çok bireye ulaştırılmasına rağmen SUT’de yukarı yönlü değişikliğe gidilmemesi, böylece SGK’nın ödediği tutarların artırılmaması, gelir gider arasındaki dengenin 2015-2016 yıllarında gelir aleyhine bozulmasına neden olduğu değerlendirilmektedir. Bu durumun mali sürdürülebilirliğin ana ilkelerinden olan gelir gider eşitliği ilkesi ile uyuşmadığı ve sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine zarar verdiği görülmektedir.

Çalışmamızın SDP ve mali sürdürülebilirlik bölümünde sunduğumuz 2004-2016 yılları arası faiz dışı fazla harcamaları ve sağlık harcamalarındaki artış oranlarını gösterir grafik 3’ten de anlaşılacağı üzere; 2009 yılından itibaren kamu sağlık harcamalarındaki artış faiz dışı harcamaların artışından aşağıda kalmıştır. KHB’lerin kurulduğu 2012 yılında, kamu sağlık harcamalarının artış, faiz dışı harcamaların artışından 40 puan aşağıda kalmıştır. 2016 yılında ise farkın açıldığı ve kamu sağlık harcamalarının artışı, faiz dışı harcamaların artışından 78 puan aşağıda kaldığı görülmektedir.

Yine aynı bölümdeki yıllara göre kamu-özel sağlık harcamasının GSYİH içindeki payının gösterildiği grafik 2 incelendiğinde; 2009 yılında kamu sağlığı harcamaların GSYİH içindeki payının %5,8 ile 2002-2016 döneminin en fazla değerine ulaştığı görülmektedir. KHB’lerin kurulduğu 2012 yılında kamu sağlığı harcamaların GSYİH içindeki payının %4,8 düştüğü ve bu payın 2016 yılında %4,6 ya gerilediği görülmektedir. Hastaların muayene sayılarında dolayısı ile almış oldukları sağlık hizmetlerinde bir azalma olmadığı aksine artış olduğu çalışmamızın yukarıdaki bölümlerinde verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin genişlemesine rağmen kamu sağlık harcamalarının artışının faiz dışı harcamaların artışının gerisinde kalması ve kamu sağlığı harcamalarının GSYİH içindeki payının azalması verileri göz önünde tutulmalıdır. Bu veriler ile anket analizleri beraber değerlendirildiğinde; ankete katılan yöneticilerin global bütçe uygulamalarının artan sağlık harcamalarını azaltacağı ve SDP’nin bütçeye artan yükünü artırmayacağı, fikrinin oluşan mali grafikler ile uyduğu belirlenmiştir. Bu açıdan bakıldığında KHB’nin kurulmasının mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğu görülmektedir.

4.6. Genel Sağlık Sigortasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisi

SDP'nın ana temel bileşenlerinden biri GSS reformudur. Bu reformun yapılması ve uygulamaya koyulması sosyal devlet ilkesinin bir gereği olarak kabul edilmektedir. Sosyal güvencesi olmayan nüfusun güvence içine alınması sosyal devlet uygulamalarının gerekliliklerindendir (Elbek ve Adaş, 2009:34).

Yukarıda da belirtildiği gibi Türkiye'deki herkesin sağlık sigortası güvencesine kavuşturulması ve var olan sağlık sigortası kuruluşlarının tek çatı altında toplanması için SGK kurulmuştur. Ardından amacı kişileri güvence altına almak ve herkesin hakkaniyetli bir şekilde sağlık hizmetlerine erişebilmesini ve herkesin sağlık güvencesine kavuşmasını sağlamak olarak ifade edilen GSS hayata geçirilmiştir (Resmi Gazete, 2006:26200). SGK'nın verileri dikkate alındığında ülke nüfusun % 85'ünü oluşturan 63,8 milyon kişinin GSS kapsamı içine alındığı görülmektedir (<http://www.sgk.gov.tr>, 08.11.2018).

Ancak Türkiye gibi gelişmekte olan ve sosyal güvenlik kuralları düzgün işlemeyen kısıtlı imkânları olan ülkelerde GSS için gerekli finansman sağlanmasında sorunlarla karşılaşmaktadır. Türkiye örneği için geline bu noktada vatandaş, katkı payı veya katılım payı adı altında ek ödemeler yaparak GSS sistemine primler dışında da katkı sağlamak zorunda da bırakılmışlardır. Anlayışta ve söylemde sosyal devletin gerekliliği olan GSS uygulaması desteklenmiş olsa da fiili durumda sağlık hizmetindeki talebi dengelemek ve mali sürdürülebilirliği sağlamak adına sosyal devlet anlayışı ile örtüşmeyen uygulamalar hayata geçirilmek zorunda kaldığı görülmektedir (Resmi Gazete, 2006:26200).

Tablo 35: Anketin 37. İfadesinin Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Hiç Katılmıyorum	38	10,2
Kısmen Katılmıyorum	38	10,2
Kararsızım	46	12,4
Kısmen Katılıyorum	116	31,3
Tamamen Katılıyorum	133	35,8
Toplam	371	100,00

Anketin 37. İfadesi “GSS'nin kapsamının geniş olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur.” ile alakalı birlik yöneticilerinin yaklaşık %36'sının GSS'nin

kapsamının geniş olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur algısında oldukları görülmüştür. GSS'nin kapsamının geniş olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur ifadesine kısmen veya tamamen katılanların yaklaşık %67'lik bir oranla temsil edildiği görülmektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin GSS'nin mali sürdürülebilirliğe etkisine yönelik yaklaşımları ile anket ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin GSS'nin mali sürdürülebilirliğe etkisine yönelik yaklaşımı tablo 7.2'de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(F1): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir.”,

“H₀Ret(F2): Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanılmıştır.”,

“H₀Ret(F3): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(F4): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü artmıştır.”,

“H₀Ret(F5): Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık işletmeciliğın kalitesi yükselmiştir.”,

“H₀Ret(F6): Sürekli artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaşmıştır.”,

“H₀Ret(F7): Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olmuştur.”,

“H₀Ret(F8): Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır.”,

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 36: Ankete Katılanların GSS'nin Mali Sürdürülebilirliğe Etkisine Yönelik Yaklaşımları HoRet Katılımları (%'lik Oranları)

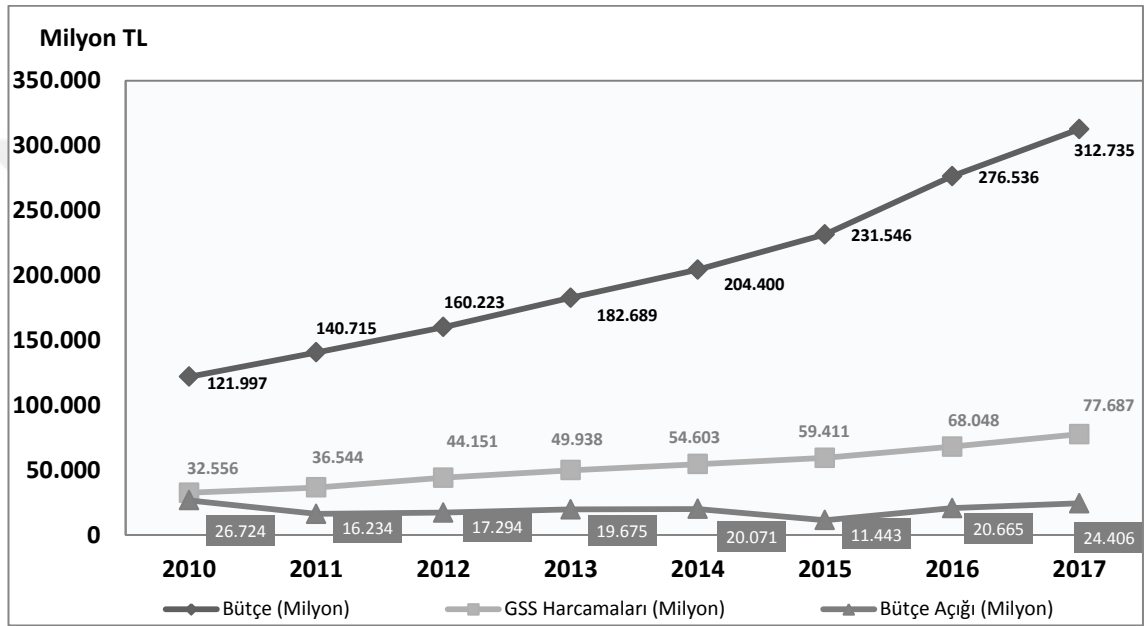
HoRet	Katılımcı; GSS Kapsamının Geniş Olması, Sağlık Harcamalarının Artmasına Neden Olmuştur, ifadesine	
	Katılıyorum	Katılmıyorum
HoRet(F1) Katılıyorum	57,42%	53,94%
HoRet(F2) Katılıyorum	69,47%	85,52%
HoRet(F3) Katılıyorum	62,65%	81,57%
HoRet(F4) Katılıyorum	46,58%	47,36%
HoRet(F5) Katılıyorum	88,75%	90,78%
HoRet(F6) Katılıyorum	73,09%	43,42%
HoRet(F7) Katılıyorum	69,87%	43,42%
HoRet(F8) Katılıyorum	51,40%	44,73%
21. İfadeye Katılıyorum	62,65%	81,57%

Tablo 36'daki veriler değerlendirmeye esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerin GSS'nin kapsamının geniş olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur ifadesi ile diğer ifadeler arasında katılım derecesine göre bir bağ olup olmadığı analiz edilmiştir. Bu analiz sonrasında aralarında anlamlı bir ilişki çıkan ifadelerin değerlendirmesi yapılmıştır.

“GSS'nin kapsamının geniş olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur” ifadesine katılan yöneticilerin, ülkemiz sağlık hizmetlerinin finansmanında henüz sürdürülebilir bir mali sistem kurulamadığı, artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verdiği, kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olmasının sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artırdığına, SDP ile uygulamaya konulan mali politikalarda daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verildiği ifadelerine daha çok katıldıkları görülmektedir. Başka bir ifade ile kapsamı geniş tutulan GSS'nin hastanın hekime ulaşabilir olumasını kolaylaştırdığı, bu durumun doğal olarak sağlık hizmeti harcamalarını artıracak ve sistemin mali sürdürülebilirliğini olumsuz etkileyeceği görüşünü taşıdıkları görülmektedir. Özellikle kamu hastanelerinin gelir gider dengesi göz önünde tutulduğunda GSS'nin tam anlamı ile yürürlüğe girdiği 2012 yılından sonra kamu hastanelerinde gelirin gider makasının daralmaya başladığı ve 2015 yılından itibaren gider lehine bozulduğu bilinmektedir. Bu açıdan bakıldığında ankete katılan yöneticilerin fikirleri ile gerçek durumun kamu hastanelerinin gelir gider dengesi açısından uyduğu görülmektedir. Ancak GSYİH içindeki kamu sağlık

harcamaları veriler değerlendirildiğinde 2009 yılından itibaren başlayan düşüşün GSS'nin tam anlamı ile uygulanmaya başlandığı 2012 yılı dahil olmak üzere düzenli olarak sürdüğü görülmektedir. İlgili değer 2015 yılında %4,5 iken 2016 yılında %4,6 olarak gerçekleşmiştir. GSYİH içindeki kamu sağlık harcamaları verileri ile ankete katılan yöneticilerinin fikirleri uyum göstermemektedir.

Grafik 13: SGK'nın Yıllara Dayalı Gider Bütçe, GSS, Bütçe Açığı Açıklarının Karşılaştırılması (Milyon TL)



Kaynak: <http://www.sgk.gov.tr>, 08.11.2018.

Yukarıda grafikte 2010-2016 yılları arasında GSS kapsamında yapılan yıllık harcamaların tutarı ve bir önceki yıla göre artış oranı verilmiştir. GSS tabanlı harcamaların en çok 2012 yılında artışı görülmektedir. En düşük artışın ise 2014 ve 2015 yılında gerçekleştiği görülmektedir. Bu durumun SGK bütçe açıkları değerleri ile uyduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarında devletin katkısı 2009 yılında %81 iken bu payın 2014 yılında %77,5'e gerilediği bilinmektedir (Sayım, 2017:13) Bu durum neticesinde GSS kapsamı sağlık harcamaları açısından sorgulanacak alan olarak karşımıza çıktığı görülmektedir.

SGK'nın 2009 yılında 28.702 Milyon TL açık verdiği ve bu değer 2003-2016 yılları arasındaki rakamsal olarak en büyük açık olduğu bilinmektedir (<http://www.sgk.gov.tr>, 14.12.2018). Bu verinin çalışmamızda vermiş olduğumuz diğer veriler ile uyuşmakta

olduğu görülmektedir. SGK'nın en çok açık verdiği 2009 yılı aynı zamanda kamu sağlık harcamalarının arttığı ve mali sürdürülebilirlik ile akalı kaygıların yükseldiği, çözüm önerilerinin tartışılıp uygulanmaya başladığı dönem olarak anlaşılmaktadır.

Ayrıca 13. Grafik incelendiğinde SGK'nın elde etmiş olduğu gelirlerin giderlerini karşılamadığı görülmektedir. Yapılan düzenlemeler ve alınan önlemler neticesinde 2015 yılında açık rakamsal olarak son 13 yılın en düşük seviyesine gerilemiştir. Ancak 2016 yılında bu açığın yine artış periyoduna girdiği görülmektedir. 2009 yılından itibaren azalan SGK bütçe açığının GSS'nin tam olarak yürürlüğe girdiği 2012 yılında tekrar artışa geçtiği, 2015 yılında kısmi olarak azalsa da 2016 yılında tekrar artış gösterdiği görülmektedir. Bu nedenle sağlık politika belirleyicilerinin tüp bebekten, diş tedavisine kadar tüm tedavi ve ilaç giderlerini karşılayan GSS kapsamını daraltma arayışına girdiği iddiaları gazete haberlerine ve makalelerine konu olmuştur. Bu amaçla sağlık politikası belirleyicilerinin “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” uygulamasının aktifleştirilmesi üzerinde çalıştıkları haberleştirilmiştir. Böylelikle GSS'nin devlete yükünün azaltılması, imkânları olanların GSS kapsamı dışına çıkarılan hizmetleri ve ödemeleri karşılamak için, özel sigorta şirketlerinden “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” poliçesi satın almalarını sağlayacak bir düzenleme söz konusu olduğu belirtilmiştir (<http://www.milliyet.com.tr>, 11.05.2015). Bu veriler ile ankete katılan yöneticilerin katılım dağılımları analiz edildiğinde yöneticilerin bu konu hakkındaki görüşlerinin gerçek durumla uyum sağladığı görülmektedir.

“GSS'nin kapsamının geniş olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur” ifadesine katılan yöneticilerin, mali politikalar sayesinde ülkemizin imkanları en akılcı biçimde kullanıldığına, SDP ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü arttığına, SDP ile sağlık işletmeciliğin kalitesi yükseldiğine daha çok katılmadıkları görülmektedir. Başka bir ifade ile GSS'nin sağlık harcamalarını artırdığını düşünen yöneticiler, ülke kaynakların akılcı kullanılmadığını düşünmektedirler.

4.7. Katılım Payı Alınmasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisi

SDP ilan edilirken SB sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinin maliyetinin düşürülerek verilebilmesi için sevk zinciri başlatılmasının gerekli olacağını vurgulamıştır. Sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltacağı ve

mali sürdürülebilirliğe katkısı olacağı vurgulanmıştır. Sevk zinciri uygulaması başlatıldığı halde zincire uymadan yataklı tedavi kurumlarına başvuran kişilerden katkı payı alınmasının sosyal devlet anlayışına aykırı olamayacağı, SB tarafından dile getirildiği görülmektedir (Akdağ, 2003:31). 5510 sayılı kanun 70. maddesi uygulama açısından bazı temel ilkelere işaret edilmiş ve diğer ayrıntılar SB ile SGK'ya bırakılmıştır. Bu madde ile sevk zinciri uygulamasının kanuni alt yapısı sağlanmış olduğu görülmektedir. Ayrıca bu durum bir zorunluluk olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2006:26200). SB sevk zinciri uygulamasının pilot olarak hayata geçirilmesi kararını aldığı bilinmektedir. Ancak pilot çalışma başlatıldıktan sonra vatandaşların tepkisini çeken sevk zinciri uygulaması öncelikle ertelenmiş ve sonrada tamamen devre dışı bırakılmıştır (www.haberler.com, 17.12.2015).

SB'nın 2009 yılında artan kamu sağlığı harcamalarının kontrol altına alınması adına yeni kararlar vermek durumunda kaldığı görülmektedir. Bu yeni karara en belirgin örneğinin hasta talebini frenleyecek olduğu düşünülen hastalardan katılım payı alınması olduğu görülmektedir. Böylelikle sağlık sigortası için belli bir bedel ödeyen kişilerden fazladan başka bir maliyete katlanmaları istenmiştir. Böylelikle kanuni alt yapısı hazırlanmış olan sevk zinciri uygulamasına geçilmeden katkı payı ücretinin alınmaya başlandığı görülmektedir (Resmi Gazete, 2008:27097.7.Mükerrer). Bu kararla ilgili birçok açıklama yapılmış olmasına rağmen katkı payı uygulanmasının en önemli etkeninin SDP'nin sürekliliğin sağlanması için talep yönetimin sağlanması olduğu dönemin hükümeti tarafından kabul edilmiştir (Şimşek, 2010:30). Bu bilgiler ışığında katkı payı uygulamasının sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğini sağlamak adına devreye alınmak istenen sevk zinciri uygulamasının yerine ikame edilen ve asıl amacının hastaların taleplerini yönetmek olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetindeki yaşanan değişikliklerle meydana gelen bu talep artışı ile keynesyen ekonomik yaklaşımının ekonomilerde üretim ve istihdam hacmi toplam talep düzeyine bağlı olduğu prensibi ile uyum sağladığı görülmektedir. Yukarıdaki bilgilerden anlaşılabileceği üzere sağlık hizmetine artan talebin SDP'nin mali sürdürülebilirliğine zarar verebileceği endişesi ile SDP'nin sürekliliğin sağlanması adına talep yönetimin yapılabilmesi için katılım payı uygulamasının başlatılmış olduğu görülmektedir.

Tablo 37: Ankete Katılanların 9. İfade ile 32. İfade Arasındaki Katılım Dağılımlarının Karşılaştırması (%’lik oran)

32. İfade İle 9. İfade Karşılaştırması		9. İfade			
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Toplam
32. İfade	Katılıyorum	138 (%37)	7 (%2)	52 (%14)	197
	Kararsızım	26 (%7)	1 (%0)	17 (%5)	44
	Katılmıyorum	95(%26)	3 (%1)	32 (%9)	130
	Toplam	259	11	101	371

Yukarıdaki tablodan anlaşılaçağı üzere katılım payı alınmasını mali sürdürülebilirlik açısından gerekli gören (9.İfade) yöneticilerin aynı zamanda sevk zincirinin uygulanmamasının mali sürdürülebilirliğe zarar verdiğini (32. İfade) düşündükleri görölmektedir. Bu tablodaki verilere göre katılım payı alınmasının mali sürdürülebilirlik açısından gerekli olduğuna katılan yöneticilerin %37’si sevk zincirinin uygulanmamasının mali sürdürülebilirliğe zarar verdiği fikrine sahip oldukları görölmektedir. Bu açıdan bakıldığında ankete katılan yöneticilerin sevk zincirinin uygulanamamasının mali sürdürülebilirliğe zarar verdiği konusunda SB gibi düşündüğü anlaşılmaktadır.

Sağlık Politikası belirleyicilerinin tespitinden hareketle hastanın hekime kolay ulaşabilir olmasını sadece poliklinik hizmeti ile açıklamanın doğru olmayacağı düşünülmektedir. Hastanın hekimle buluşma sıklığını tarif eden hastanın hekime ulaşma oranı, aynı zamanda tüm sağlık hizmetlerinin dolayısı ile sağlık hizmetindeki mali yapının şekillendiricisi ve tetikçisi olarak görölebilir. Bu oranın düşmesi, çıkması veya korunabilmesi sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemekte olduğu düşünülmektedir. OECD verilerine göre Avrupa ölkelerinde hastanın hekime yıllık başvuru sayısı kişi başına ortalama %6,5 seviyesindedir. Ölkemizde bu oran 2002 yılında %3,2 iken 2012 yılında %8,2 ye yükselmiştir (SB, 2013:58). OECD ortalamasının üstüne çıkan bu değeri sonrası OECD tarafından 2008 yılında yayınlanan rapor çok belirleyici ve aydınlatıcı olduğu görölmektedir. İlgili raporda Türkiye’de sürdürölen sağlık hizmetlerinin mali açıdan sürdürölür olabilmesi için yeni tedbirler alınması gerektiğini vurgulamıştır (OECD, 2008:123). SB’na bağılı 2.ve 3. basamak

hastanelerde yapılan muayene sayılarında oluşan artışların doğurduğu yeni mali durum sağlık politikası belirleyicilerini yeni bir kararlar vermek durumunda bırakmıştır. Doğrudan hastaneye başvuranlardan alınacak katılım payı işleminin sevk zinciri uygulaması ile eş zamanlı olarak başlatılması öngören SDP 2003 yılındaki ilan metnine göre bu alanda farklılaştığı görülmektedir. Bu değişiklik ile SDP'nin bu alanda keynesyen maliye politikalarından uzaklaşarak neo liberal maliye politikalarına yaklaştığı anlaşılmaktadır. Başlangıçta birinci basamak sağlık hizmetleri katılım ücreti 2 TL, İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarındaki muayenelerden 8 TL özel sağlık kuruluşlarındaki muayene işlemlerinden 15 TL katılım ücreti tahsil edilmesi kararlaştırılmıştır (Resmi Gazete, 2009:27353). Birinci basamak sağlık hizmetleri 2010 yılında katılım ücreti sisteminin dışına çıkarılmıştır. 2012 yılında katılım ücretlerinin yanı sıra çalışanlardan reçete yazılan ilaç bedelinin %20 si emeklilerden ise %10 tutarında katkı bedeli alınmasına ve her reçete başına 3 TL 3 kutu ilaçtan fazla yazılan her ilaç kutusu için 1 TL katılım ücreti alınması uygulamasına karar verildiği görülmüştür (Resmi Gazete, 2012:28819). Konu ile alakalı son düzenleme sonrasında ikinci basamak resmi sağlık kuruluşlarındaki muayenelerden 6 TL ve SB bağlı üçüncü basamak hastanelere başvuranlardan 7 TL, diğer üniversite hastanelerine başvuranlardan 8 TL, özel sağlık kuruluşlarındaki muayene işlemlerinden 12 TL katılım ücreti tahsil edilmesine karar verilmiştir. Bu değişiklik SUT ile yapılmış ve yeni katılım ücretleri karara bağlanmıştır (Resmi Gazete, 2017:29935).

Katılım ücretlerinin hastalara ne kadar ek yük getirdiği veya başka bir deyişle sisteme ne kadar katkı yaptığı konusunda açıklama yapıldığı bilinmektedir. Bu açıklamaya göre 2010 yılında katılım payının adı altında toplanan tutarın 1.370.000.000 TL olduğu ilaç katkı payının ise 353.000.000 TL'ye ulaştığı belirtilmiştir (www.milliyet.com.tr, 12.06.2016).

Tablo 38: Toplanan Muayene/Katılım Payı, Muayene Sayısı, Hastalardan Alınan Katkı Bedelinin GSYİH içindeki Sağlık Harcamaları İle Karşılaştırılması*

Açıklamalar	2002	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GSYİH içinde Sağlık Harcaması (Milyon)	18.774	61.678	68.607	74.744	84.390	94.750	104.508	119.756
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	%680
Hastadan Toplanan Katkı Payı (Milyon)		1.723.	1.916	2.088	2.357	2.646	2.921	3.341
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	
Muayene Sayısı Adet	134.138.461	336.772.546	366.890.243	386.649.146	410.068.343	424.786.425	445.535.291	469.718.440
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	%350
Muayene/ Katılım Payı (TL)		5,12	5,22	5,40	5,75	6,23	6,56	7,11
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	%194

Kaynak: SB, 2017:143-233 (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve TÜİK).

* Muayene Sayıları 2. ve 3. Basamak Sağlık Tesislerini Kapsar.

Bahsi geçen rakamlar değerlendirildiğinde 2010 yılında GSYİH içindeki sağlık harcamalarının %2,79'nun katılım ve katkı paylarından oluştuğu görülmektedir. Başka bir deyişle hastalar sistem içine sağlık harcamalarının %2,79'nu katılım veya katkı payı olarak sigorta harici bireysel olarak aktarmaktadırlar (SB, 2017:143-233). 2012-2017 yılları arasında katılım ve katkı ücretleri değişmese de muayene sayıları attığı bir ortamda muayene başına katılım ücretinin azalması beklenirken bu tutarın arttığı görülmektedir. Bu tutarın artmasının nedeninin GSYİH içindeki sağlık harcamaları oranının gerekli miktarda yükselmemesi olduğu görülmektedir.

Ülkemizde katılım ücreti alınması uygulaması hastanelere olan başvurularda bir azalma meydana getirmediği görülmektedir. Bu sayı 2009 yılında 162.8 milyon kişi iken artarak devam etmiş ve 2012 yılında 273.5 milyon kişiye ulaşmıştır. Katılım payı uygulaması çıkış hedefini tam anlamı ile gerçekleştirmemesine rağmen uygulamasına devam edildiği bilinmektedir (SB, 2017:143-233). Ancak katılım payı uygulamanın başlatıldığı 2009 yılından bu yana yapılan sağlık harcamaları incelendiğinde bu kararın yansımaları görülebilmektedir. Yapılan bir çalışmada devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının 2009 yılında %81 olduğu ancak uygulama değişiklikleri ile bu payın 2014 yılında ise %77,5'e düştüğünü vurgulamaktadır (Sayım, 2017:13) Buna mukabil bireyler tarafından sigorta harici bireysel yapılan sağlık harcamasının

toplam sağlık harcaması içindeki payının 2009 yılında %14,1 iken 2014 yıllarında %17,8 çıktığını görölmektedir. Devletin yaptığı harcamalardaki %3.5’lik azalma ve bireylerin ceplerinden yaptıkları harcamadaki artış arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu söylenilebilmektedir (SB, 2017:241).

Tablo 39: Anketin 9. İfadesinin Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Hiç Katılmıyorum	77	20,8
Kısmen Katılmıyorum	24	6,5
Kararsızım	11	3,0
Kısmen Katılıyorum	100	27,0
Tamamen Katılıyorum	159	42,9
Toplam	371	100,00

Anketin 9. İfadesi “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir.” ile alakalı birlik yöneticilerinin yaklaşık %42,9’u hastalardan muayene başına katılım ücreti mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğunu düşünmektedir. İlgili ücretin alınmasının mali sürdürülebilirlik açısından hiç doğru olmadığını düşünenlerin kısım %20,8’lik bir oranla temsil edilmektedir. Ancak ilgili katılım oranının %50’nin altında kalması kamu hastanelerinde yönetici olarak çalışan hastalardan katılım ücreti alınması uygulamasını çok güçlü olarak desteklemediklerini göstermektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin sevk zinciri uygulanmamasının sağlık tesisleri üzerinde oluşturabilecekleri negatif veya pozitif etkileri uygulama başlatılmadığından görme şansları olmadığı değerlendirilmektedir. Ayrıca global bütçe uygulaması ile sağlık tesislerinin gelirlerinin bir nevi garanti altında olduğu izleminin doğması ankete katılan birlik yöneticilerin sevk zinciri uygulaması hakkında algılarının belli bir noktada belirginleşmesini engellediğı düşünölmektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin katkı payı ve ek ücretler alınmasının mali sürdürülebilirliğe etkisine yönelik yaklaşımları ile anket ifadelerine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığı anlamak için ki-kare testi uygulanmıştır. Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin katkı payı ve ek ücretler alınmasının mali sürdürülebilirliğe etkisine yönelik yaklaşımları tablo 7.2’de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

“H₀Ret(G1): Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlanmıştır.”,

“H₀Ret(G2): Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir.”,

“H₀Ret(G3): Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanılmıştır.”,

“H₀Ret(G4): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.”,

“H₀Ret(G5): Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık işletmeciliğinin kalitesi yükselmiştir.”,

“H₀Ret(G6): Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olmuştur.”,

Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticileri tarafından Ret edilen hipotez ifadelerinin ki-kare testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 40: Ankete Katılanların Katılım Ücreti Alınmasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisine Yönelik Yaklaşımları H₀Ret Katılımları (%’lik Oranları)

HoRet	Katılımcı; Hastalardan Katılım Ücreti Alınması Mali Sürdürülebilirlik Açısından Gereklidir, ifadesine	
	Katılıyorum	Katılmıyorum
HoRet(G1) Katılıyorum	78,37%	62,37%
HoRet(G2) Katılıyorum	61,38%	40,59%
HoRet(G3) Katılıyorum	74,13%	65,34%
HoRet(G4) Katılıyorum	69,11%	66,33%
HoRet(G5) Katılıyorum	90,73%	81,18%
HoRet(G6) Katılıyorum	63,32%	57,42%
11. İfadeye Katılıyorum	68,33%	39,60%
12. İfadeye Katılıyorum	74,90%	69,30%

Tablo 40’da değerlendirme verileri esas alınmıştır. Ankete katılan yöneticilerin hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir, ifadesi ile diğer ifadeler arasında katılım derecesine göre bir bağ olup olmadığı analiz edilmiştir.

Bu analiz sonrasında aralarında anlamlı bir ilişki çıkan ifadelerin değerlendirmesi yapılmıştır. Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir ifadesine katılan yöneticilerin, Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlandığına, SDP ile uygulamaya konulan mali politikalar da daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verildiğine, mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanıldığına, sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel aldığına, SDP uygulamaları ile sağlık işletmeciliğinin kalitesi yükseldiğine, kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olduğuna daha çok katılmaktadırlar. Ankete katılan yöneticilerin katılım dağılımlarının birbirleri ile ve hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir ifadesi ile uyumlu olduğu görülmektedir. Başka bir ifade ile SGK hesabında toplanan bu tutarların sağlık hizmetlerinin finansmanına ek katkı yapıldığı düşünülmektedir. Şöyle ki; sağlık hizmetlerinin finansmanın etkin bir şekilde sağlanmasını savunan yöneticilerin aynı zamanda sağlık harcamalarını artıran hastanın hekime kolay ulaşmasının önünde bir engel oluşturacak katılım payı alınması uygulamasını desteklemesi tutarlı bir yaklaşımdır. Ankete katılan yöneticilerin katkı payı uygulamasının başlatılması ile sağlık hizmetlerinin finansmanın etkinliği arasında bağ kurmasının uygulanan politikalar ile aynı yönde olduğu görülmektedir. 2010 yılı SGK sağlık harcamalarının 32.556 milyon TL, o yıl toplanan katılım ve katkı paylarının 1.723 milyon TL olduğu bilinmektedir (www.sgk.gov.tr 16.08.2018). Bu açıdan bakıldığında 2010 yılında SGK'nın yapmış olduğu sağlık harcamasının %5,29'u hastalar tarafından primler dışında bireysel ödenerek karşılandığı görülmektedir. Ayrıca bu uygulamadan elde edilen gelirin sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracağını da varsaymaları tutarlı bir yaklaşımdır. Yöneticiler, yapılan uygulamaların temelinde sosyal devlet olgusunun varlığına katıldıkları halde katılım payı alınmasını desteklemeleri SB katkı payı alınması sosyal devlet anlayışına aykırı görülmemeli (Akdağ, 2003:31) düşüncesi ile uyduğu görülmektedir.

Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir ifadesine katılan yöneticilerin tıpkı katılım payı gibi reçete edilen ilaçlardan kutu başına ek ücret istenmesi mali sürdürülebilirlik açısından gerekli olduğuna daha fazla katılmaktadırlar.

Ayrıca ankete katılan yöneticilerin SDP ilan metninde belirtildiği üzere yürürlükteki mali politikaların sosyal devlet olgusunu temel aldığı konusunda SB ile aynı yönde olduğu görülmektedir. Bu kapsamda katılım payı alınmasına en az katılımın SDP'nin temel aldığı görüş keynesyen maliye politikası görüşüdür fikrini savunan yöneticilerden gelmesi de bu kapsamda tutarlı bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 41: Katılım Payı Alınmasını Gören Yöneticiler ile Ankete Katılanların SDP'nin Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşımlarının Karşılaştırılması (%'lik oran)

Katılımcının Cevabı	H ₀ Ret(B1) Katılıyorum
Klasik Maliye Politikası	77,20%
Keynesyen Maliye Politikası	55,40%
Neo Liberal Maliye Politikası	72,50%

Bu tabloda hastalardan katılım payı alınması mali sürdürülebilirlik açısından gerekli olduğu düşüncesine katılan yöneticiler bir grup olarak alınmakta ve SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımı sorusuna verilen yanıtların dağılımına ile analiz yapılmaktadır.

Analiz sonrasında cevap olarak klasik maliye politikası şeklinde görüş belirten yöneticilerin %77,20'si, neo liberal maliye politikası olarak cevap belirten yöneticilerin %72,50'si, keynesyen maliye politikası olarak cevap belirten %55,40'ı hastalardan katılım payı alınmasını destekledikleri görülmektedir. Katılım payının alınmasını en çok destekleyenlerin katılım payının temelinde neo liberal ve klasik maliye politikaları olduğunu savundukları görülmektedir.

Devletin küçülmesini sınırlı ve sorumlu olması gerektiğini savunan klasik ve neo liberal maliye politikası görüşüne katılan yöneticilerin devletin yapacağı sağlık harcamalarını azaltan katılım payı alınması uygulamasını desteklemeleri tutarlı olarak yorumlanmaktadır. Katılım payı uygulamasına bu grup içindeki en düşük desteğin sosyal devlet uygulamalarını önceleyen devletin mali alanda etkisinin güçlü olmasını öneren keynesyen maliye politikası görüşüne katılan yöneticilerden gelmesi de anlamlı görülmektedir.

Ayrıca ankete katılan yöneticilerin SDP ilan metninde belirtildiği üzere yürürlükteki mali politikaların sosyal devlet olgusunu temel aldığı konusunda SB ile aynı yönde olduğu görülmektedir.



SONUÇ

2003 yılında ilan edilen SDP temel olarak sağlık hizmetlerinin etkin, verimli, adaletli verilmesini esas alındığı ifade edilmektedir. Ülkemizin kaynaklarının kıt olması, aynı kaynak ile daha fazla sağlık hizmeti üretilmesini ve sağlık hizmetinde sürdürülebilir bir mali sistem kurulmasını daha da gerekli hale getirmiştir. SB mali alanda yapılan faaliyetlerin gayesini sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğini sağlamak olarak beyan etmektedir. Ayrıca başarılı bir sistem kurdukları fikrini savundukları tespit edilmiştir. Ancak SDP'nin başarılı olmadığı, sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğinin sağlanmadığı, SDP'nin uygulamalarının sağlık hizmetini piyasalaştırdığı ve piyasa insafına bıraktığını savunan çalışmaların bulunduğu görülmüştür.

Ankete katılan yöneticilerin demografik verilerinin analizini SDP'nin ilan tarihinin 2003 yılı olduğu göz önüne alınarak yapıldığında; SB'nin görevlendirdiği yöneticilerinin %14,8'nin SDP uygulamaları dışında herhangi bir sağlık hizmeti mantığı içinde çalışmadıkları ve sistemin içine doğdukları görülmektedir. Diğer yöneticilerin %32'sinin SDP'nin ilk dönemine tanık oldukları, %41'nin ise SDP ilandan önce 14 yıl boyunca başkaca sağlık politikaları içinde hizmet ürettikleri, %11.2'sinin ise 20 yıl boyunca önceki sağlık hizmeti anlayışları ile hizmet verdikleri tespit edilmiştir. Bu verilerden hareketle SB'nin yönetici tercihlerini yaparken ilgili mevzuat müsaade etmesine rağmen sadece SDP içene doğan yöneticilerle çalışmayı seçmediği, yoğunluk olarak önceki hizmet mantığını bilen ve yaşayan yöneticileri tercih ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamıza konu olan dönemde, KHB'ne bağlı genel sekreterlik ve hastanelerde görev yapan yöneticilerin çoğunluğunun hekim kökenli olmayan personel olduğu (%82,48), hekim kökenli olanların ise daha az sayıda oldukları (%17,52) görülmüştür. Ancak SDP'nin mali sürdürülebilirliğinin sağlanması adına önem arz eden mali konularda karar verme yetkisinin hangi kesimde olduğuna bakıldığında durumun farklılık arz ettiği görülmektedir. Hekim kökenli olan yöneticilerin karar verici pozisyonların %93,65'ni, hekim kökenli olmayanların ise %6,35'ni, ellerinde tuttukları tespit edilmiştir. Bu verilere dayanılarak SB'nin illerde kurulan KHB'nde mali anlamda karar verici yönetici pozisyonların neredeyse tamamında hekim kökenli yöneticiler ile çalışmayı

tercih ettiği görülmektedir. Ayrıca SB'nin yönetici tercihlerini 45 yaş ve altı çalışanlardan (%76,28) yaptığı tespit edilmiştir. SB'nin yönetici seçimlerinin sağlık hizmetlerinin özellikleri olan dinamik, aktif değişime açık yapısı ile uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır.

Ankete katılan yöneticilerden SDP'nin neo liberal ve klasik maliye politikası kuralarına göre şekillendiği fikrinde olan yöneticilerin diğerk ifadelere katılım dağılımları incelenmiştir. KHB yöneticilerinin bu tercihi bilinçli yaptıkları ve SDP ile alakalı diğerk ifadelere katılım oranlarının bu yaklaşımın temel kuralları çerçevesinde, hastalardan katılım ücreti alınmasının gerektiğine, GSS'nin kapsamının geniş olduğuna, diğerk maliye politikası görüşlerini savunan yöneticilere göre daha çok katıldıkları görülmüştür. Ayrıca hastalardan katılım payı alınmasının mali sürdürülebilirlik açısından gerekli olduğuna en az katılımın, SDP'nin keynesyen maliye politikası görüşü ile şekillendiğini savunan yöneticilerden gelmiş olması, bu tercihin de bilinçli yapıldığını göstermektedir. Bu verilere dayanılarak ankete katılan yöneticilerin SDP'nin temel aldığı maliye politikasının hangisi olduğu konusunda verdikleri cevapların anketin diğerk sorularına verdiği cevapları ile uyum gösterdiği ve diğerk katılımlarının dağılımının da çoğunlukla ilgili politikalar ekseninde olduğu sonucuna varılmıştır.

Ankete katılan yöneticilerin maliye politikası görüşleri ile demografik veriler kıyaslandığında meslekleri, görevleri, eğitim durumları ayrımlarını hekim kökenli ve hekim kökenli olmayan yönetici olarak değerlendirdiğimizde; hekim kökenli yöneticilerin SDP'nin temel aldığı politikanın neo liberal maliye politikaları olduğu yönündeki katılımı hekim dışı personele göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hekim kökenli olmayan yöneticiler ise SDP'nin temel aldığı politikaların klasik maliye politikaları ve keynesyen maliye politikalarıdır, fikrine hekim kökenli personele göre daha çok katıldıkları belirlenmiştir. Bu katılım derecelerinin her durumda (meslek, görev, eğitim) hekim kökenli ve hekim kökenli olmayan yöneticiler arasında aynı şekilde olduğunun görülmesi konunun aydınlatılması için ayrı bir çalışma yapılması gerektiği sonucunu doğurmaktadır.

Ankete katılan yöneticilerin SSK hastanelerinin SB yönetimine devredilmesini güçlü bir şekilde destekledikleri anlaşılmaktadır. Aynı yöneticilerin yapılan bu devirin mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğu, böylelikle sağlık işletmeciliğinin

kalitesinin yükseldiği fikrine sahip oldukları görülmüştür. Ankete katılan yöneticilerin ilgili ifadelerle katılım derecelerinden anlaşılacağı gibi SSK hastanelerinin devir konusunda SB ile aynı algı içinde oldukları tespiti yapılmıştır. Ayrıca yöneticilerin SSK hastanelerinin SB devri ile yukarıdaki ifadeler arasında pozitif yönlü bir neden ve sonuç ilişkisi kurdukları kanaatine varılmıştır.

Ankete katılan yöneticilerin kamu hastanelerinde başlatılan global bütçe uygulamasını güçlü bir şekilde destekledikleri tespit edilmiştir. Global bütçe sisteminin SGK'nın kamu hastaneleri üzerindeki denetimini kısmen kaldırdığı bir uygulama olduğu bilinmektedir. Yöneticilerin bu uygulamayı iş yüklerinin azaldığı, hastanelerinin finansmanı anlamında öngörü geliştirme ve planlama yapma şansı verdiği için olumlu karşıladıkları görülmektedir. Ancak yöneticilerin, hastaların hekime kolay ulaşılabilir olmasının ve kamu sağlık harcamalarının beklenenden fazla artmasının global bütçe sistemini tehdit ettiği fikrinde oldukları belirlenmiştir. Artan sağlık hizmetine rağmen kamu sağlık harcamalarının artışının faiz dışı harcama artışının gerisinde kalması ve kamu sağlığı harcamalarının GSYİH içindeki payının azalması verileri ile anket analizleri beraber değerlendirildiğinde; yöneticilerin global bütçe uygulamalarının artan sağlık harcamalarını azaltacağı ve SDP'nin bütçeye yükünü artırmayacağı düşüncesine sahip oldukları sonucuna varılmıştır.

Ankete katılan yöneticilerin performans sisteminin büyük oranda sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırdığı görüşünü destekledikleri görülmüştür. Bu görüşe katılan yöneticilerin sürekli artan sağlık harcamaları, mali sürdürülebilirliğe zarar veriyor algısını da destekledikleri ve bu durumun sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem kurulamamasında önemli bir etken olduğu fikrine sahip oldukları belirlenmiştir. Ankete katılan yöneticilerin kullanılan performans sisteminin sağlık hizmeti kalitesinin yükselmesinde etkin olamayacağı ve bu sistemin kaynakları akılcı bir şekilde kullanmadığı fikrini taşıdıkları tespit edilmiştir. Ankete katılan yöneticilerin kamu hastanelerinde çalışmakta olan hekimlerin alacakları döner sermaye tutarını doğrudan etkileyen hizmet puanı üzerinde baskı oluşturan paket fiyat uygulamalarının mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir yaklaşım fikrinde oldukları görülmüştür. Ayrıca yöneticilerin sevk zinciri uygulanmadığı için, hekimlerin baktığı hasta sayısının arttığını, bu artışında performans sistemi ile dağıtılan tutarları yukarı

yönde hareketlendireceği için sevk zinciri uygulamasının yapılmamasının mali sürdürülebilirliğe olumsuz etkisi olduğunu ve uygulanan performans sisteminin yeterli olmadığını savundukları sonucuna varılmıştır.

Çalışmamıza katılan KHB yöneticilerinin SB tarafından ortaya koyulan malzeme yönetimi uygulamalarını destekledikleri ve sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliği açısından faydalı gördükleri tespit edilmektedir. KHB'nin kurulması ile yıllar içinde stok miktarları azaltılmıştır. Fazla tutulan stoğun kamu hastaneleri finansmanı üzerindeki olumsuz etkileri bertaraf edildiği ve borçluluk süresini olumlu etkilediği görülmektedir. Merkezi satın alma birimlerinin kurulmasının, SDP'nin başarısını olumlu olarak etkilendiğini savundukları görülmektedir. KHB yöneticilerinin merkezi satın alma birimlerinin kurulması ile SDP'nin mali başarısı arasında pozitif yönlü bir bağ kurdukları tespit edilmektedir. Azaltılan stoklar sağlık hizmetlerinin sunumunu olumsuz engellemediği ve bu hizmete bağlı olarak hastanelerde gelir artışları yaşandığı, SDP sonrasında başlatılan malzeme uygulamaları ve merkezi satın alma işlemlerinin sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine olumlu katkı sağladığı sonucuna varılmıştır.

Ankete katılan KHB yöneticilerinin birlik bütçesinin tek elden takip edilmesine, kendilerinin mali konularda karar verme alanlarının kısmen daralmasına rağmen olumsuz bakmadıkları belirlenmiştir. KHB yöneticilerinin algılarının bu ifadeler bağlamında, SDP'nin ilke ve amaçları ile uyumunu vurgulanmaktadır. Ayrıca çalışmamız içerisinde KHB dönemi için aktarılan veriler (azalan stok oranı, artan gelir miktarı) ve bütçe rakamları göz önünde tutulduğunda birlik yöneticilerin aynı kaynakla daha fazla sağlık hizmeti üretmek için çaba sarf ettiklerini sonucuna varılmıştır.

Ankete katılan yöneticilerin, GSS'nin geniş kapsamlı olmasının sağlık harcamalarını artırdığı düşüncesinde oldukları belirlenmiştir. Özellikle kamu hastanelerinin gelir gider dengesi verileri göz önünde tutulduğunda, GSS'nin tam anlamı ile yürürlüğe girdiği, 2012 yılından sonra kamu hastanelerinde gelir gider makasının daralmaya başladığı ve 2015 yılından itibaren gelir aleyhine bozulduğu bilinmektedir. Bu açıdan bakıldığında ankete katılan yöneticilerin fikirleri ile dönemde ki mali durumun kamu hastanelerinin gelir gider bütçeleri anlamında uyum olduğu sonucuna varılmıştır.

Ankete katılan yöneticilerin genel anlamda katılım payı alınmasını destekledikleri görülmektedir. Yöneticilerin katılım payı alınmasının sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine olumlu etki yaptığı fikrinde oldukları anlaşılmaktadır. Ancak katılım payının alınmasını gerekli gören yöneticilerin çoğunluğu ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem kurulmadığına inanmaktadır. Bu katılım derecesi kendi içinde tutarlı bir yaklaşımdır. Şöyle ki; ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı mali anlamda sürdürülebilir olmadığı görüldüğünden önlem olarak sevk zincirinin uygulanması düşünülmüş ve uygulama başlatılamayınca katılım payı alınmaya başlanmıştır. Ankete katılan ve katkı payının alınmasını destekleyen yöneticilerin ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanması için sürdürülebilir mali bir sistem kurulmadığı algısı SB görüşleri ile farklılık göstermektedir.

Yol gösterici diye tanımlayabileceğimiz ilkeleri merkeze alarak oluşturulan SDP uygulamaları ile başlangıçta sağlık tesisleri ve donanımları modernize edildiği bilinmektedir. GSS uygulamasının başlatılması, artan maliyetlere rağmen 2009 yılına kadar katkı ücreti alınmaması, ülkedeki her vatandaşın asgari aynı sağlık hizmeti güvencesine kavuşturulması gibi uygulamalarla keynesyen maliye politikası bağlamında sosyal devlet ilkelerinin işlediği bir yapı kurulmaya çalışıldığı anlaşılmaktadır. 2009 yılına gelindiğinde hem OECD raporları hem de SB kendi tespitleri ışığında sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliği konusunda kaygılar oluştuğu anlaşılmaktadır. Artan sağlık harcamaları yeni önlemler alınmasını gerektirmiştir. Bu yapı içinde zamanla mali sürdürülebilirlik ilkeleri zarar görmeye başladığında; küreselleşme, sağlık hizmetindeki memnuniyet beklentisinin sürekli artması, piyasa koşullarının etkisi ile yol gösterici ilkelerin ilan edilişindeki amaçlardan uzaklaşarak daha neo liberal bir yapı içine büründüğü görülmektedir. Bu anlamda bakıldığında, sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nın hangi maliye politikası kurallarına göre işlediği konusunda tam bir fikir birliğinde olmadıkları belirlenmiştir. Ankete katılan KHB yöneticilerinin yarıya yakın bir kısmı SDP'nın temel aldığı maliye politikasının neo liberal maliye politikası olduğu görüşünü taşımaktadırlar. KHB yöneticilerinin diğer yarısı ise SDP'nın temel aldığı maliye politikasının eşit ağırlıkta klasik maliye politikası ve keynesyen maliye politikası olduğu görüşünü taşımaktadır. KHB yöneticilerinin konu hakkındaki yaklaşımlarının, SDP'nin Türkiye ve dünya gerçeklerine hizmet talep eden bireylerin toplumsal değerlerine göre şekillenen, neo liberal maliye politikaların, daha aktif olarak

kullanılmaya başlandığı, karma politikaların birleşiminden oluştuğu görüşünde oldukları sonucuna ulaşılmaktadır.

Ankete katılan yöneticilerin SDP'nin mali sürdürülebilirlik anlamında ülkemizde uygulanan diğer programlara göre daha başarılı olduğunu düşünse de ülkemizde sağlık hizmeti alanında sürdürülebilir bir finansal sisteminin henüz kurulamadığı fikrine sahip oldukları yapılan analizler sonucunda görülmektedir. Ankete katılan yöneticilerin özellikle artan sağlık harcamalarının, hastanelerde kullanılan performans sisteminin, GSS kapsamının geniş olmasının, SDP'nin kamu hastaneleri ölçeğinde mali sürdürülebilirliğinin sağlanması ve sürdürülebilir bir finansal sistemin kurulması önünde engel oluşturdukları fikrine sahip oldukları sonucuna ulaşılmaktadır.

Her ne kadar küreselleşmenin ve neo liberal politikaların hayatımızın her alanına artan etkileri olsa da özellikle sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasının bir seviyeden sonra durdurulmasının sosyal devlet prensipleri açısından doğru olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda SDP uygulamalarının halkımızın sağlık hizmeti ihtiyaçlarına karşılık verip vermediği başka bir çalışmanın konusu olarak alınabilir. Ancak süreç mali sürdürülebilirlik açısından değerlendirildiğinde kıt kaynakların etkin kullanılması adına devlet geleneğimizde kullanılan vakıf mantığının daha güçlü bir şekilde işletilip denetimi SB'na bağlı SGK ile anlaşmalı fark ve katılım ücreti talep etmeyen hastanelerin açılması ve bu hastanelerin devlet tarafından pozitif ayrıma tabi tutulmasının, sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine uzun dönemde katkısı olacağı kanaatini taşımaktayız.

Ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresinin arttığı ve yaşlanan bir nüfus yapısına doğru ilerlediği bu nedenle de GSS sitemimizin bu duruma göre konumlandırılması önem taşımaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğinin önündeki en büyük risklerden biri olarak belirtilmektedir. Artan yaşlı nüfusun daha çok ve maliyeti sağlık hizmetini talep edeceği gelişmiş ülke örneklerinden anlaşılmaktadır. Ayrıca emeklilerin fazla olduğu bir sosyal güvenlik sistemini işletmek için ek kaynaklar gerekeceği de bilinmektedir. Bu kapsamda koruyucu hekimlik hizmetlerinin yaygınlaştırılması, tedavisi pahalı hastalıklara neden olan bağımlılıklarla daha başarılı mücadele edilmesinin sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğin sağlanması için önemli olduğu kanaatini taşımaktayız. Yöneticilerin özellikle SDP uygulamaları ile sağlık

işletmeciliğinin kalitesinin yükseldiği fıkırinde oldukları anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğinin sağlanması için kamu hastanelerinde global bütçe sistemine geçilmesinin doğru olduğu ve kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması ile ülkemizin imkanları en akılcı biçimde kullanıldığı fikrine sahip oldukları anlaşılmaktadır. Sözleşmeli yöneticilerin KHB’nde uygulanan malzeme politikalarının sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliği anlamında olumlu olduğu kanaatini taşıdıkları görölmektedir. Yöneticilerin hastalardan katılım ve katkı payı alınmasının sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine olumlu katkısı olacağı fıkırinde oldukları anlaşılmıştır. Kamu hastanelerinde uygulanan tıbbi malzeme uygulamaları, ortak satın alma birimlerinin oluşturulması, global bütçe uygulamaları ve KHB’nin kurulmasının sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine olumlu katkı sağladığı görölmektedir. SDP’nın özellikle 2009 yılından sonra başlatılan mali uygulamaları sayesinde sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğinin sağlanmasına olumlu katkılar sağladığı sonucuna varılmaktadır.

KAYNAKÇA

- AĞARTAN, Tuba (2010), "*Finans ve Reform Salgını-Sağlıkta Reform Salgını ve Türkiye*", TES-İŞ Dergisi, Sayı: Nisan 2010, Ankara.
- AKDAĞ, Recep (2003). "*Sağlıkta Dönüşüm*", Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- AKDAĞ, Recep (2012), "*Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003- 2011)*", Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- AKDUR, Recep (1999), "*Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslaması*", Ankara.
- AKYÜREK, Ç. Erkan (2012), "*Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye*", Sosyal Güvenlik Dergisi (Journal Of Social Security), Ankara.
- ALPER, Yusuf (2003), "*Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar*" Ekin Yayınları, 4. Baskı, Bursa.
- ARISOY, İbrahim ve ÜNLÜKAPLAN, İlder (2010) "*Türkiye 'de Mali Açıkların Sürdürülebilirliği ile Kamu Gelirleri ve Harcamaları İlişkisinin Analizi*", Maliye Dergisi, Sayı 159, Temmuz-Aralık,s.444-462, Ankara.
- ATAÇ, Beyhan,(2009), "*Maliye Politikası*", Turan Kitabevi, 8.Baskı, Ankara.
- ATASEVER, Mehmet (2014), "*Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi-2002-2013 Dönemi*" SB Yayınları, Ankara.
- AVCI, Y.Tekin (2005), "*Sağlık ve Sosyal Hizmetler Sendikası, Sağlıkta Dönüşüm programı ile hedeflenen nedir?*" TMMOB Maden Mühendisleri Odası, Haziran 2005 Dönemi, s.54-56.
- AYDIN, Sabahattin ve DEMİR, Mehmet (2006), "*Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*", SB Yayınları, Basım:1, Ankara.
- BAYRİ, Osman (2004) "*Türkiye 'de Sosyal Güvenlik Sisteminin yeniden yapılandırılması :Bir Genel Reform Çerçevesi*", Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı 2, s.229-256.
- BULUTOĞLU, Kenan (1971) "*Kamu Ekonomisine Giriş: Kamu Hizmetlerinin İktisadi Tahlili*", s.291, İstanbul.

- BULUTOĞLU, Kenan (1981), "*Kamu Ekonomisine Giriş*", Filiz Kitabevi, 3. Basım, s.297, İstanbul.
- CEYLAN, Reşat (2010), "*Türkiye 'de Mali Sürdürülebilirlik Göstergeleri İstikrarlı mı?*" Maliye Dergisi, Sayı 158, Ocak-Haziran ,s.388-396.
- CEYLAN, Zeynep (2009), "*Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye Açısından Bir Değerlendirme*" Sayıştay Dergisi, s.74-75,45-72.
- ÇALIŞKAN, Zafer,(2008), "*Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım*", H.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt 26,Sayı:2, s. 29-50.
- ÇAVMAK, Şeyda ve ÇAVMAK, Doğançan (2017), "*Türkiye 'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı*", Sağlık Yönetim Dergisi, Cilt:1, Sayı:1, s.48-57.
- ÇELİK, Hüseyin, "*Global Bütçe, Nereye Kadar*" (<http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/217/Global-butce-Nereye-kadar.aspx>), (13.11.2018).
- ÇIMRIN, KÖKALAN, Füsün (2009), "*Küreselleşme, Neo-Liberalizm ve Refah Devleti İlişkisi Üzerine*" Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE), s.23.
- ÇOBAN, Hilmi (2009), "*Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye 'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*", T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir.
- DALDAL, Şule (2016), "*Neo Liberalizm, Finansallaşma ve Emek Piyasaları*" Marmara Üniversitesi İktisat Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, Dergi Park Yayınları, İstanbul.
- DEREBEK, Erkan (2005) "*Sağlıkta Dön(v)üşüm: SSK Hastanelerin Devri*", www.deu.edu.tr/userweb/erkan.derebek/dosyalar/sskdevri.doc), (13.09.2017).
- DİRİCAN, Rahmi ve BİLGEL, Nazan (1993), "*Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)*", Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2.Baskı, s.535, Bursa.
- DORMAN J.S., LaPorte R.E., Stone R.A. ve Trucco M., 1990, Worldwide Differences in the Incidence of Type I Diabetes are Associated with Amino Acid Variation at Position 57 of the HLA-DQ Beta Chain, Proc Natl Acad Sci. USA 87.

- ELBEK, Osman ve ADAŞ, B.Emin (2009), “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme” Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, Sayı 1, s.33-43-75-85.
- ERASLAN, M.Tarık ve TOZLU, Ahmet (2011), "Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi", Sayıştay Dergisi, Sayı:81.
- ERDOĞAN, R.Tayyip (2003). "Sağlıkta Dönüşüm", Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- ERGÜN, Mine (2005), “Sürdürülebilir Maliye Politikası ve Maliye Politikasının Ekonomik Aktivite Üzerine Etkileri: AB Uyum Sürecindeki Türkiye Örneği ve AB Ülkeleri Deneyimleri”, DPT Yayınları, Yayın No :2684.
- ERKAN, Arslan (2011), "Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması", Maliye Dergisi Yayınları, Sayı:160, Ocak-Haziran.
- Eskişehir Tabip Odası, (www.ebto.org.tr/index.php?option=comcontent&task=view&id), (02.04.2010).
- ETİLER, Nilay (2011), "Neo Liberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri", Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, s.2-11.
- FİŞEK, A. Gürhan, ÖZSUCA, Ş.Türkan ve ŞUĞLE, M.Ali (1997), "Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi: 1946-1996", Sosyal Sigortalar Kurumu-Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Ankara.
- FİŞEK, A.Gürhan (2004), “SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri: Ver-kurtul”, Çalışma Ortamı Dergisi - Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim Eylem Merkezi Vakfı Yayını, Kasım-Aralık 2004, Sayı 77, <https://gurhan.fisek.net/ssk-hastanelerinin-saglik-bakanligina-devri-ver-kurtul/> (13.08.2017).
- FİŞEK, Nusret H. (1983), "Halk Sağlığı'na Giriş", Hacettepe Üniversitesi-DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No:2, Ankara.
- GENCAY, Şaylan (1995), "Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi", İmge Yayınları, 1. Baskı, Ankara.
- GİRİTLİ, İsmet, BİLGİN, Pertev ve AKGÜNER, Tayfun (1998), "İdare Hukuku I", Der Yayınları, s.24, İstanbul.
- GÖKBUNAR, Ramazan ve KOVANCILAR, Birol (1998) “Sosyal Refah Devleti ve Değişim”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı:3-Güz, s251-266.

- GÖKTAN, Alper (2008), "*Türkiye’de Mali Sürdürülebilirlik Üzerine Ampirik Bir Çalışma*", Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt:XXV, Sayı:2, s.425-444.
- GÜÇLÜ, Aslan ve TUTAR, Hasan (2004), "*Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle SSK Hastanelerinde Görece Verimlilik Analizi: Yönetim ve Organizasyon İlkeleri Açısından Bir Değerlendirme*", Dergi Park Yayınları, (dergipark.gov.tr/download/article-file/330898), (16.09.2017).
- GÜMÜŞ, Erdal (2010) “*Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler*”, Seta Analiz, s.1-24.
- GÜMÜŞ, Erdal, (2007), "*Kamu Maliyesi Perspektifinden Sosyal Güvenlik Reform Süresinin Değerlendirilmesi ve Finansal Geleceği, 22.Türkiye Maliye Sempozyumu Bildirileri*", Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü Yayınları, s20-46, İstanbul.
- GÜMÜŞ, Sefer (2012), "*Hizmet Kalitesinin Hizmet Performansına Etkisi*", Hiper Yayınları, Sayı:2012-11, İstanbul.
- GÜNDÜZ, H.Erdin, (2002), "*Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi*", Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- GÜVERCİN, Ali, MİL ve H.İbrahim, TARIM, Bülent (2016), "*Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)*", Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 2. Cilt, 13.Sayı.
- HAMZAOĞLU, Onur (2010), "*Finans ve Reform Salgını, Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye’de Sağlıkta Reform-Dönüşüm*", Tes-İŞ Dergisi, Ankara.
- İSLAM, Murat (2014), T.C.Sağlık Bakanlığı, Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği, "*Global Bütçe ve Sağlık Tesislerine Dağıtımı*", (<https://slideplayer.biz.tr/slide/2905491/>) (05.04.2015).
- İSTANBULLUOĞLU, Hakan, GÜLEÇ, Mahir ve OĞUR, Recai (2010), "*Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri*", Dirim Tıp Gazetesi, Sayı:85, s.89.
- "Kamu Hastanelerinde Sözleşmeli Yöneticiler". (<https://www.personelsaglikhaber.net/haberler/%20kamu-hastanelerinde-yonetici-say%C4%B1s%C4%B1-ac%C4%B1kland%C4%B1-2072-yonetici-var-h76327.html>) (06.07.2013).
- KANTARCI, H.Bülent (2003), “*Sosyal Devlet Sosyal güvenlik ve Türkiye’de Zorunlu Askerlik Hizmeti*”, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: Aralık, s:10.

- KARA, Bülent (2009), “*Sosyal Devletten Küresel Devlete: Türkiye’de Kamu Çalışanları Ve Temel Haklar*”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı:1, s.369-386.
- KARAGAN, Erhan (2008), “*Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması*”, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- KARAKURT, Birol (2010), “*Küresel Krizi Önlemede Maliye Politikasının Rolü ve Türkiye’nin Krize Maliye Politikası Cevabı*”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt:24, Sayı:2.
- KARAKURT, Birol ve AKDEMİR, Tekin (2010), “*Kurallı Maliye Politikası: Türkiye de Kurallı Maliye Politikası Örnekleri*” Maliye Dergisi, Sayı:158, Ocak-Haziran, s.226-261.
- KAZICI, Ziya (1985), “*İslami ve Sosyal Acıdan Vakıflar*”, Marifet Yayınları, 1.Baskı, İstanbul.
- KERMAN, Uysal ve EKE, Erdal (2014), “*Sosyal Devletten Neo Liberal Devlete Türk-Sağlık Sektöründeki Paydaşların Sağlıkta Dönüşüm Algısı*”, Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi.
- KOÇ, Muzaffer (2004), “*Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi Gelişimi ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi*”, Ofis Yayınları, 1. Baskı, Malatya.
- “*Maliye Politikasının Tanımı ve Tarihi Gelişimi*” (http://www.ekodialog.com/kamu_maliyesi/maliye_politikasi_nedir.html), (10.12.2018).
- MUTLU, Ayşegül (1989), “*Dışsal Ekonomiler ve Çevre Kirlenmesi*”, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, No:7219, İstanbul.
- NADAROĞLU, Halil, (1998), “*Kamu Maliyesi Teorisi*”, Beta Basım Yayım Dağıtım, Baskı:10, Yayın no: 337, İstanbul.
- OECD, World Bank (2008), “*OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye*”, OECD ve Dünya Bankası.
- ÖCAL, Fatoş (2017), “*Neoliberal Sağlık Politikalarının Etkinlik Analizi*”, Fiscaeconomia, Vol.1(1), s.77-98.
- ÖNDER, R.Ömer (2017), “*Sağlık Hizmetleri Tanımı, Sınıflandırılması, Evrensel Boyut (2)*”, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Dersi, Ankara.

- ÖZ, Ece (2008), "*Ulusal Hane halkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi*", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- ÖZBUDUN, Ergun (2004), "*Anayasa Hukuku*", Anadolu Üniversitesi Yayınları, Baskı:2, Eskişehir.
- ÖZTEK, Zafer (2001), "*Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri*", Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı:1, s.294-298, Ankara.
- PEHLİVAN, Osman (2008), "Kamu Maliyesi" Derya Kitabevi, Trabzon.
- "Pilot İl Seçilen Isparta'da Sevk Zinciri Uygulaması Durduruldu", 17.01.2009, (<https://www.haberler.com/pilot-il-seccilen-isparta-da-sevk-zinciri-haberi/>) (17.12.2015).
- Resmi Gazete, (1945), İşçi Sigortaları Kanunu, Kanun Karar No:4792, Sayı: 6058, Tarih: 16.07.1945.
- Resmi Gazete, (1961), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, Kanun Karar No:224, Sayı: 10705, Tarih: 12.01.1961.
- Resmi Gazete, (1964), Sosyal Sigortalar Kanunu, Kanun Karar No:506, Sayı: 11766, Tarih: 29.07.1964.
- Resmi Gazete, (1965), Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Kanun Karar No:557, Sayı: 11976, Tarih: 10.04.1965.
- Resmi Gazete, (1978), Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Kanun Karar No:2162, Sayı: 16341, Tarih: 09.07.1978.
- Resmi Gazete, (1987), Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kanun Karar No:3359, Sayı: 19461, Tarih: 15.05.1987.
- Resmi Gazete, (1992), Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, Kanun Karar No:3816, Sayı: 21273, Tarih: 03.07.1992.
- Resmi Gazete, (2005), Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, Kanun Karar No:5283, Sayı: 25705, Tarih: 19.01.2005-Mükerrer.
- Resmi Gazete, (2006), Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, Sayı: 26166, Tarih: 12.05.2006.

- Resmi Gazete, (2006), Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kanun Karar No:5510, Sayı: 26200, Tarih: 16.6.2006.
- Resmi Gazete, (2006), Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Kanun Karar No:5502, Sayı: 26173, Tarih: 20.05.2006.
- Resmi Gazete, (2008), Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ Kanunu, Sayı: 27097.7, Tarih: 31.12.2008-Mükerrer.
- Resmi Gazete, (2008), Kamu İhale Kanunu İle Kamu İhaleleri Sözleşmeleri Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kanun Karar No:5812, Sayı: 27075, Tarih: 05.12.2008.
- Resmi Gazete, (2009), Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ (Sıra No: 12), Sayı: 27353, Tarih: 18.09.2009.
- Resmi Gazete, (2009), Sağlık Hizmeti Sunan 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu Kapsamındaki İdarelerin Teşhis ve Tedaviye Yönelik Olarak Birbirlerinden Yapacakları Mal ve Hizmet Alımlarına İlişkin Yönetmelik, Sayı: 27134, Tarih: 07.02.2009.
- Resmi Gazete, (2011), Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Kanun Karar No:663, Sayı: 28103, Tarih: 02.11.2011-Mükerrer.
- Resmi Gazete, (2012), Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Sayı: 28819, Tarih: 12.11.2012.
- Resmi Gazete, (2017), Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Sayı: 29935, Tarih: 31.12.2016-Mükerrer
- Sağlık Bakanlığı (2003), "Sağlıkta Dönüşüm", Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2011), "*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*", Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No:832, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2013), "*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*", Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No:917, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2014), "*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*", Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No:956, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2017), "*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016*", Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No:1083, Ankara.

- Sağlık Bakanlığı, Tek Düzen Muhasebe Sistemi, (<https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm>), (10.08.2017).
- "Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Arttı", (<https://www.haberturk.com/saglik/haber/1412607-saglik-hizmetlerinden-memnuniyet-artti>), (13.09.2018).
- SAYIM, Ferhat (2015), "*Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri*", Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler, Yıl 2015, Sayı:15-1, İstanbul.
- SAYIM, Ferhat (2017), "*Türkiye’de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi*", Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, Yıl 2017, Sayı:15, Yalova.
- Sağlık Bakanlığı, "*2018 Yılı Global Bütçe Protokolü*", (<https://www.saglikaktuel.com/haber/saglik-bakanligi-2018-yili-global-butce-protokolu-61339.htm>), (10.12.2018).
- "Sağlık Hizmet Sunumunda Kaliteyi Artırmak", (<https://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,8380/8sayi-2014-2.html>), (12.01.2015).
- SERTER, Nur (1994), "*Devlet Görevlerindeki Gelişmelerin Sonucu Olarak Sosyal Devlet*", İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.
- "SGK'nin resmi rakamları Erdoğan'ı yalanlıyor!", (<http://haber.sol.org.tr/emek-sermaye/sgknin-resmi-rakamlari-erdogani-yalanliyor-192592>) (03.09.2018).
- SUR, Haydar ve HAYRAN, Osman (1998), "*Sağlık Hizmetleri El Kitabı*", Yüce Yayınları, Baskı:1, İstanbul.
- ŞAHİN, Hüseyin (2006), "*Türkiye Ekonomisi*", Ezgi Kitap Evi, Bursa.
- ŞAHİN, İsmet (2008), "*Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına Devredilen SSK Genel Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Karşılaştırmalı Analizi*", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Sayı:1.
- ŞEKER, Mehmet (1997), "*İslam da Sosyal Dayanışma Müesseseleri*", Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, Baskı:4, s.163, Ankara.
- ŞEKER, Murat (2005), "*İstikrar Politikası Aracı Olarak Bütçe Uygulamaları*" İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, 47. Seri, İstanbul.
- ŞEN, Hüseyin, SAĞBAŞ, İsa ve KESKİN, Abdullah (2010), "*Türkiye’de Mali Sürdürülebilirliğin Analizi: 1975-2007*", Maliye Dergisi, Sayı:158, Ocak-Haziran, s.103-123.

- ŞENATALAR, Burhan (2003), “*Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış*”, C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi, Sayı:25.
- ŞENER, Orhan (1998), “*Kamu Ekonomisi*” Alkım Yayınları, 6. Baskı, İstanbul.
- ŞİMŞEK, Mehmet, “*Maliye Bakanlığı Faaliyet Raporu-2009*” T.C. Maliye Bakanlığı.
- TATAR, Mehtap (2011), “*Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi*”, Sosyal Güvenlik Dergisi, Sayı:1, s.105-129.
- T.C. SGK, Aylık İstatistik Bilgileri, (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri), (08.11.2018).
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, Kurumsal Politikalar, Faaliyet Raporları, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumsal_politikalar/faaliyet_raporu), (14.12.2018).
- T.C. Başbakanlık DPT (1989), “*Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994*”, s.91, Ankara.
- TERZİ, Cem (2003), “*Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Hastaneler Birliği Panel*”, (<https://odatv.com/saglikta-donusum-ve-kamu-hastaneler-birligi-panelde-tartisildi-2101131200.html>), (08.06.2016).
- TKHK, (2012), “*Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*”, Sayı: 3131, 31.10.2012.
- TKHK, (2012), “*Satın Alma İşlemleri*”, 2012/03 sayılı Genelge, 02.11.2012.
- TOKALAŞ, Sevinç (2006), “*Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*” T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Mali İktisat Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- TOKAT, Mehmet (1998), “*Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996*” Sağlık Bakanlığı Yayınları, Baskı:1, Ankara.
- Türk Dil Kurumu, (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c0667295eb517.08231997), (06.08.2018).
- T.Ü.İ.K., “*İstatistiklerle Kadın*”, 2012, Sayı:13458, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13458> (13.12.2018).
- TÜZÜN, Hakan (2010), “*Finans ve Reform Salgını, Sağlıkta Dönüşüm ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri*”, Tes-İŞ Dergisi, Nisan 2010, Ankara.
- ULUATAM, Özhan (1999), “*Kamu Maliyesi*”, İmaj Yayıncılık, Baskı:6, Ankara.

- ULUSOY, Ahmet (2007), "*Maliye Politikası*", Üç Yol Kültür Merkezi, 5.Baskı, Trabzon.
- ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2010), "*Finans ve Reform Salgını, Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Emek Sürecine Yansımaları*", Ankara Üniversitesi, Tes-İŞ Dergisi, Nisan 2010, Ankara.
- URAS, Güngör (2013), "*Genel Sağlık Sigortasını Daraltmak Zor*", (<http://www.milliyet.com.tr/yazarlar/gungor-uras/genel-saglik-sigortasi-ni-daraltmak-zor-1794763/>), (11.05.2015).
- UZKESİCİ, Nuray (2002), "*Sağlık Kurumları Yönetimi*", Anadolu Üniversitesi Yayınları, Baskı:1, Eskişehir.
- ÜLMAN, İŞİL, Yeşim (2011), "*Türkiye’de 19. ve 20 yüzyıllarda Tıp Tarihinin Ana Hatları (1827-1923)*", Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 40. Yılda 40 Kitap Serisi, Üniversite Yayın no: 4711, Fakülte Yayın no:00249, 2007:175-186, İstanbul.
- "*Vatandaşın cebinden muayene ve katkı payı olarak 1 milyar 730 milyon çıktı*" <http://www.milliyet.com.tr/-vatandasin-cebinden-muayene-ve-katki-payi-olarak-1-milyar-730-milyon-gundem-1369991/>, (12.06.2016).
- YAŞAR, YENİMAHALLELİ, Gülbiye (2008), "*Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neo-liberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler*", Mülkiye Dergisi, Cilt: 32 Sayı:260, s.157-192, Ankara.

EKLER

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine

İzmir

Bilindiği gibi Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılından beri uygulanmaktadır. Sürdürülebilirliğin Sağlıkta Dönüşüm Programı metnindeki tanımı “Gerçekleştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olmasını ve kendini besleyecek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir” şeklinde verilmiştir.

Sağlık sistemindeki kamu sağlık tesislerinin yöneticilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programının kamu hastaneleri ölçeğinde, sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğine etkisi ile alakalı görüşlerini almak için hazırlanan bu çalışmanın İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ile ortaklaşa yürütmesi düşünülmektedir. Ankete katılanların bilgileri ve değerlendirmeleri kesinlikle gizli tutulacak ve elde edilen veriler bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır.

Bu çalışma ile alakalı işlemlerim yürütülmesi için gereğini arz ederim.29/07/2013

Osman Nuri
Genel Sekreter

Araştırmacılar Adına

Mustafa Necati ÇOLAK

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İZMİR KUZEY KHB GENEL SEKRETERLİĞİ
Tarih:30.07.2013 15:19
Gelen Evrak / 24085
İlgili birim : GENEL SEKRETER PROF.DR.OSMAN NURİ
01201324085

ANKET

DEĞERLİ KATILIMCI;

Akademik bir çalışma için hazırlanan bu anketin amacı; siz değerli yöneticilerin, Sağlıkta Dönüşüm Programının kamu hastaneleri ölçeğinde, sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine etkisi ile alakalı görüşlerini almaktır. **Ankete katılanların bilgileri ve değerlendirmeleri gizli tutulacak ve elde edilen veriler bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır.**

Sürdürülebilirliğin Sağlıkta Dönüşüm Programı metnindeki tanımı “Gerçekleştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olmasını ve kendini besleyecek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir” şeklinde verilmiştir.

Klasik İktisadi Görüş: Bu görüşün önde gelen isimlerinden olan Adam SMİTH devletin ekonomik düzene müdahalesinin sınırlı olması gerektiğini belirtmiştir. **Devletin eğitim ve sağlık hizmetlerine verdiği desteğin sınırlı** olması gerektiğini savunmuştur.

Keynesyen Görüş: klasiklerin düşüncelerini eleştiren John Maynard KEYNES klasiklerin sandığı gibi ekonominin kendiliğinden oluşan bir dengeye sahip olmadığını ve **devlet müdahalesine ihtiyaç duyduğunu** savunmuştur. (Pehlivan,2008:23-24)

Neo-Liberal Görüş: Hantal ve verimsiz kamu tarafından **üretilen mal ve hizmetlere karşı, serbest piyasa mekanizmasının daha etkin ve verimli olduğu savına dayanan** neo-liberalizm, değişim ilişkilerinde sağlanacak özgürlüğün, bölüşüm ilişkilerinde adaleti sağlayacağı görüşünden hareketle, piyasanın nihai olarak herkesin lehine sonuçlar doğuracağı iddiasında bulunmuştur. (Elbek,Adaş,2009:34)

Sizlerin 6-7 dakikanızı alabilecek olan bu ankete katılımınızla edineceğimiz bilgiler çalışmamız için çok değerli olacaktır.

Teşekkür eder saygılarımızı sunarız

Araştırmacılar:

Doç. Dr. Temel GÜRDAL (Sakarya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü)

Mustafa Necati ÇOLAK

SORULAR

1-) Görev Yaptığınız Genel Sekreterlik ve Bağlı Sağlık Tesisini Yazınız

2-)Mesleğiniz?

Akademisyen Hekim ☐ Akademisyen ☐ Uzman Hekim ☐ Hekim ☐ Diş Hekimi ☐
Genel İdari Sınıf Memur/Yönetici ☐ Yardımcı Sağlık Personeli ☐ Diğer (Belirtiniz).....

3-)Göreviniz?

Genel Sekreter ☐ Başkan ☐ Hastane Yöneticisi ☐ Başhekim ☐
İdari ve Mali Müdür ☐ Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ☐ S.T. Otelcilik Müdürü ☐
Başhekim Yardımcısı ☐ Müdür Yardımcısı ☐ Uzman ☐ Büro Görevlisi/Memur ☐

4-)Cinsiyetiniz?

Bayan ☐ Bay ☐

5-)Kaç Yıldır Sağlık Sektöründe Çalışıyorsunuz?

0-4 ☐ 5-9 ☐ 10-14 ☐ 15-19 ☐ 20-24 ☐ 25-29 ☐ 30-+ ☐

6-)Yaşınız?

18-24 ☐ 25-31 ☐ 32-38 ☐ 39-45 ☐ 46-52 ☐ 53-59 ☐ 60-+ ☐

7-)Eğitim durumunuz:

Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora ☐ Tıp Fak. ☐

8-) Sizce Sağlıkta dönüşüm programının temel aldığı maliye politikası yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?(Yandaki metinde bulunan açıklamaya göz atabilirsiniz.)

Klasik Maliye Politikası ☐ Kevmesven Maliye Politikası ☐

Neo-liberal Maliye Politikası ☐ Diğer:(Belirtiniz).....

Aşağıdaki düşüncelere katılma derecenizi belirtiniz	Katılım Dereceniz				
	Hiç Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
9-) Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir.					
10-) Kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesi (Kamu sağlık tesislerinin sunduğu sağlık hizmeti için Sosyal Güvenlik Kurumu ile yıllık götürü bedel anlaşma) mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulamadır.					
11-) Reçete edilen ilaçlardan kutu başına ek ücret istenmesi mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir.					
12-) Reçete başı maliyet hesabına göre bir reçetenin SGK ya maliyetinde azalma olmuştur.					
13-) Kamu hastanelerinde paket fiyat uygulamaları mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir yaklaşımdır.					
14-) 2009 yılında başlatılan kamu hastanelerin karşılıklı mal ve hizmet değişimi uygulaması mali sürdürülebilirliği olumlu şekilde etkilemiştir.					
15-) Kamu hastanelerinde kullanılan performans sistemi sağlık harcamalarını beklenenden fazla artırmaktadır.					
16-) S.S.K. hastanelerinin Sağlık Bakanlığı yönetimine devredilmesi mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulamadır.					
17-) Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı etkin bir şekilde sağlanmıştır.					
18-) Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir.					
19-) Sağlık hizmetlerinin finansmanı için toplanan kaynaklar koordinasyon eksikliği olmadan kullanılmaktadır.					
20-) Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanılmıştır.					
21-) Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali					

politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır.					
22-) Kamu hastanelerinde uygulanan stok yönetimi (maksimum 60 günlük stok) uygulaması mali sürdürülebilirliği olumlu şekilde etkilemiştir					
23-) Kamu hastanelerinde yürütülen verimlilik çalışmaları mali sürdürülebilirlik açısından yeterli değildir.					
24-) Merkezi satın alma birimlerinin oluşturulması mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulamadır.					
25-) Kamu hastanelerinin yapmış olduğu tasarruf çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacaktır.					
26-) Kamu hastaneleri birliklerinin kurulmasıyla hizmet girdi bedellerinde azalma görülmemiştir.					
27-)Kamu hastaneleri birliklerinin kurulmasıyla yöneticilerin mali hareket alanını daralması mali sürdürülebilirliği olumsuz etkilenmiştir.					
28-) Kamu hastaneleri birliklerinin kurulması aynı kaynakla daha fazla sağlık hizmeti verilmesini sağlamıştır.					
29-) Birlik bütçesinin tek elden takip edilmesi mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulamadır.					
30-) Kamu hastane birliklerin yapmış olduğu kaynak geliştirme çalışmaları mali sürdürülebilirliğe yeterli katkı sağlayacaktır.					
31-) Kamu hastanelerinde akılcı ilaç uygulamasının başlaması sağlık finansmanının mali sürdürülebilirliğini sağlayacak en önemli uygulamalardandır.					
32-) Sevk zincirinin uygulanmaması mali sürdürülebilirliğe zarar vermektedir.					
33-) Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü artmıştır.					
34-)Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık işletmeciliğin kalitesi yükselmiştir.					
35-) Sağlık uygulama tebliğindeki fiyatlar mali sürdürülebilirliği sağlayamayacak düzeydedir.					
36-) Sürekli artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaşmıştır.					
37-) Genel sağlık sigortasının kapsamının geniş olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur.					
38-) Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olmuştur.					
39-) Sağlıkta Dönüşüm Programı hayata geçmeden					

önce sağlık hizmetini ağırlıklı olarak kamu hastaneleri üstlenmiştir. Yapılan mali değişikliklerle bu denge özel sektörün lehine değişmeye başlamıştır.					
40-) Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır.					
41-) Sağlıkta Dönüşüm Programı Türkiye' de uygulamaya konulan sağlık programları içinde mali sürdürülebilirlik açısından en başarılı olanıdır.					



ÖZGEÇMİŞ

Mustafa Necati ÇOLAK, 01.07.1978 Trabzon Vakfıkebir ilçesinde öğretmen bir ailenin 6. çocuğu olarak doğdu. Babasının öğretmen olması sebebiyeti ile ilk ve orta öğrenimini Sakarya ve Trabzon illerinde tamamlamıştır. 1996 yılında Trabzon Sağlık Meslek lisesini bitirdikten sonra Ankara Üniversitesi Dil Tarih ve Coğrafya Fakültesinden (Lisans) 2001 yılında mezun oldu. 2006 yılında Anadolu Üniversitesi Hayvan Sağlığı ve Laboratuvar (Önlisans) ve 2017 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Yönetimi (Lisans) mezunudur. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Maliye Programında Sağlıkta Dönüşüm Programının Mali Sürdürülebilirliği konusunda Tezli Yüksek Lisans Programına devam etmektedir. 2001-2003 yılları arasında ilk atama yeri olan Sungurlu Devlet Hastanesinde (Çorum) Sağlık Memuru, 2003-2006 yılları arasında İl Sağlık Müdürlüğünde (Sakarya) Sağlık Memuru, 2006-2009 yılları arasında Toyota-sa Acil Yardım Hastanesinde Müdür Yardımcısı (Sakarya), 2009-2011 yılları arasında Sapanca İlçe Devlet Hastanesinde Hastane Müdürü (Sakarya), 2011-2012 yıllarında arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hastane Müdür, 2012-2013 yılları arasında Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinde Mali Hizmetler Başkanı (Sakarya), 2013 yılında Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinde Uzman (İzmir), 2013-2014 yılları arasında Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinde Genel Sekreter (Sinop), 2014-2016 yılları arasında Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinde Mali Hizmetler Başkanı (Sakarya), 2016 yılından itibaren İl Sağlık Müdürlüğü (Sakarya) Şef olarak görev yapmaktadır. Mustafa Necati ÇOLAK'ın 2004 yılında Sağlık Bakanlığında Maaş Ödülüne ve Sakarya Valiliğince, 2009 yılında ise Sapanca Kaymakamlığıınca Takdirname verilmiştir. Ayrıca Hastane Yönetimi, Kalite, Mevzuat, Risk Değerlendirme, SPSS gibi çeşitli alanda kurs ve seminerlere katılmış olup, MERP Eğitimci Belgesine (2005) UMKE Eğitimci Belgesine (2006), TSE Baş Tetkikçi Belgesine (2008) sahiptir. Evli ve 3 çocuk babasıdır.