

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ ve KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SOSYAL POLİTİKA VE SOSYAL HİZMETLER BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM: TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SÜRECİNİN EKONOMİ POLİTİK DEĞERLENDİRMESİ

Öznur SARIAHMETOĞLU

2501120824

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi, Berrin OKTAY YILMAZ

İSTANBUL – 2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI



ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : ÖZNUR SARIAHMETOĞLU Numarası : 2501120824
Anabilim Dalı / Anasanat Dalı / Programı : SOSYAL POLİTİKA VE SOSYAL HİZMETLER Danışmanı : DR. ÖĞR. ÜY. BERRİN OKTAY YILMAZ
Tez Savunma Tarihi : 30.07.2019 Saati : 14:00
Tez Başlığı : "SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM:TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ SÜRECİNİN EKONOMİK POLİTİK DEĞERLENDİRMESİ"

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜNE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- PROF. DR. YEŞER YEŞİM ÖZER YÜRÜR	<i>Yeşer</i>	KABUL
2- PROF. DR. UĞUR TEKİN	<i>Uğur Tekin</i>	Kabul
3- DR. ÖĞR. ÜY. BERRİN OKTAY YILMAZ	<i>Berrin</i>	KABUL

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- DR. ÖĞR. ÜY. EYLEM ÖZDEMİR		
2- DR. ÖĞR. ÜY. EVREN BAYRAMLI		

ÖZ

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM: TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ SÜRECİNİN EKONOMİK POLİTİK DEĞERLENDİRMESİ

Öznur SARIAHMETOĞLU

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyini belirlemesi sebebiyle sosyal yaşam açısından oldukça önemlidir. Ülkelerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları bütçeler, ülkenin gelişmişlik düzeyini göstermektedir. Türkiye'de sağlık hizmetleri konusundaki düzenlemeler ve sağlıkta dönüşüm ihtiyacı uzun yıllar gündemi meşgul etmiş, 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı açıklanmıştır. Bu çalışmanın temel amacı sağlıkta dönüşüm programı kapsamında Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecinin ekonomi politik açısından değerlendirmektir. Çalışmada literatür taraması yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre kamu hastanelerinin yarı otonom hale getirilmesi suretiyle oluşan Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği, etkililik ve verimlilik açısından istenen seviyenin gerisinde kalmış, bu nedenle de 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte değişen sağlık sisteminin yeniden kurgulanmasına ihtiyaç duyulmuş 02.10.2012 tarihinde 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulmuş olan Kamu Hastaneleri Birlikleri, 25.08.2017 tarihli 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kapatılmış ve Sağlık Sistemi'nde yeniden merkezi bir yapı oluşturulması amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında bir yöntem aracılığıyla ilerleme kaydedilmesi ve ulaşılan bilgilerin geçerli-güvenilir olduğunun kabul edilmesi sınırlılıkları oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, sağlıkta dönüşüm, Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği, sağlık sistemi, sağlık harcamaları

ABSTRACT

HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM: ECONOMIC ASSESSMENT OF THE POLITICAL PROCESS IN TURKEY ASSOCIATION OF PUBLIC HOSPITALS

Öznur SARIAHMETOĞLU

Health services are very important in terms of social life as they determine the health level of the society. The budgets allocated by the countries for health services indicate the level of development of the country. regulations and health needs transformation in health services in Turkey has occupied the agenda for many years, it is explained in the health transformation program in 2003. The main purpose of the scope of the health transformation program of work of the Public Hospitals Association of Turkey is to evaluate the process in terms of economic policy. Literature survey method was used in the study. making semi-autonomous public hospital according to the results obtained in this study formed by Turkey Public Hospital Association, lagging behind the desired level of effectiveness and efficiency, for this reason, the need to re-establish the health system changed with the Decree Law No. 663 was established on 02.10.2012 with the Decree Law No. 663, Public Hospitals Unions were closed with the Decree Law No. 694 dated 25.08.2017 and re-established in the Health System. and a central structure. Making progress through a method within the scope of the study and accepting that the information obtained is valid and reliable are limitations.

Keywords: Health care, health reform, Turkey Association of Public Hospitals, healthcare system, health expenditure

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında desteğini esirgemeyen tüm aşamalarda büyük bir sabır ve özveri gösteren danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Berrin OKTAY YILMAZ'a, yoğun çalışmalarım sırasında her zaman yanımda olan ve akademik gelişimimin sürekli destekçisi olan canım annem, babam, kardeşim ve babaanneme, motivasyon desteğini benden hiç esirgemeyen değerli meslektaşım kadim dostum Esranur ÖZER'e, çalışmalarım sırasında bana her zaman ümit ve destek verdikleri için Mülga Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği yöneticileri ve Tıbbi Hizmetler Başkanlığı Psiko-Sosyal Destek Hizmetleri Birimi çalışanları ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı-6 Hastane Hizmetleri Birimi'nde görev yapan tüm ekip arkadaşlarıma, yazım kuralları denetimi konusundaki yardımı ve titiz çalışmasından dolayı Şaziye SAĞLAM'a ve çalışmam sırasında küçük veya büyük yardımını esirgemeyen herkese teşekkür ederim.

Öznur SARIAHMETOĞLU

İSTANBUL, 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM İHTİYACI.....	4
1.1 Sağlık Hizmetleri ve Kapsamı	4
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği ve Önemi	7
1.3. Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Faktörler	10
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	13
1.5. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Kapsamı	15
1.7. Türkiye’de Sağlık Sistemine Getirilen Eleştiriler.....	21
1.8. Türkiye Sağlık Sisteminin Farklı Ülkelerin Sağlık Sistemleri ile Karşılaştırılması	26
1.8.1. Amerika Sağlık Sistemiyle Karşılaştırma	28
1.8.2. Almanya Sağlık Sistemiyle Karşılaştırma	30
1.8.3. İngiltere Sağlık Sistemiyle Karşılaştırma	32
1.8.4. Hollanda Sağlık Sistemiyle Karşılaştırma	33
1.8.5. İskandinav Ülkelerinin Sağlık Sistemiyle Karşılaştırma	35
1.9. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm İhtiyacı.....	36
İKİNCİ BÖLÜM	39
TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM	39
2.1. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ile İlgili Bilgiler	39

2.2. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kapsamı	45
2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı	47
2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Kapsamı	48
2.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci	49
2.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Önemi	50
2.2.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamındaki Faaliyetler	51
2.3. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm İhtiyacını Karşılama İçin Yürütülen Çalışmalar	52
2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi	56
2.4.1. 2003-2011 Yıllarına Yönelik Değerlendirme	57
2.4.2. 2011 ve Sonrasına Yönelik Değerlendirme	63
2.5. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye Göre Taşra Teşkilatı Yapısı	66
2.5.1. Sağlık Bakanlığı	66
2.5.2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	69
2.5.3. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	71
2.5.4. Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü	71
2.6. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameler ile Birlikte Olası Kazanımlar	73
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	75
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ SÜRECİNİN EKONOMİK POLİTİK DEĞERLENDİRMESİ	75
3.1. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Kapsamı	75
3.1.1. Kamu Hastane Birlikleri	75
3.1.2. Birliklerin Görevleri	76

3.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Süreci	76
3.2.1. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Teşkilat Yapısı	77
3.2.1.1. Birliklerin Oluşumu	77
3.2.1.2. Teşkilat Şeması	77
3.2.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğinin Yapılanması	80
3.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğinin Kamu Yararı Açısından Değerlendirilmesi.....	82
3.4. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Sürecinin Ekonomi Politik Değerlendirilmesi.....	82
3.5. Birliklerden Başkanlıklara: 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (Madde 184-194)	85
3.6. İlgili Çalışmalar.....	86
SONUÇ.....	88
KAYNAKÇA	94

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Anlayışının Tarihi Gelişimi.....	20
Tablo 2. Genel Sağlık Sigortasının İçeriği.....	24
Tablo 3. Alman Sağlık Sisteminin Türk Sağlık Sisteminden Ayrıldığı Noktalar.....	30
Tablo 4. Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (Amerikan Doları Cinsinden)	41
Tablo 5. Yıllara Göre Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı (%)	42
Tablo 6. Türkiye'de 2017 Yılı Sağlık Harcamaları İstatistikleri.....	44
Tablo 7. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	45
Tablo 8. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları.....	51
Tablo 9. Sağlıkta Dönüşümle Birlikte yapılan Regülasyonlar.....	53
Tablo 10. Sağlıkta Dönüşümde Bürokrasiyi Azaltmak İçin Yapılan Çalışmalar	55
Tablo 11. Türkiye'de Tedavi ve İlaç Giderleri 2002-2009 (Milyar TL)	57
Tablo 12. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ile İlgili Veriler	60
Tablo 13. Türkiye'de ve Avrupa Birliği Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet Oranı (2003).....	64
Tablo 14. Türkiye'de ve Avrupa Birliği Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet Oranı (2011).....	65
Tablo 15. Kamu Hastane Birlikleri Yapılanması Kıyaslaması	81

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	6
Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Başlıca Özellikleri Error! Bookmark not defined.	
Şekil 3. Kalite Özelinde Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Faktörler	11
Şekil 4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	14
Şekil 5. Sağlık Sisteminin Kapsamı	17
Şekil 6. Sağlık Ekonomisinin İçeriği	22
Şekil 7. Sağlık Sisteminin Unsurları ve Amaçları	27
Şekil 8. Amerikan Sağlık Sistemi	29
Şekil 9. Hollanda Sağlık Sistemi Örgütlenmesi	34
Şekil 10. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşümde Kontrol Mekanizmaları	37
Şekil 11. Türkiye'de Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı (2002-2011)	59
Şekil 12. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Müracaat Sayısı (2002-2011)	59
Şekil 13. 663 Sayılı KHK Sonrasında Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı	67
Şekil 14. 694 Sayılı KHK Sonrasında Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı	68
Şekil 15. Kamu Hastane Birlikleri Merkez Teşkilat Şeması	78
Şekil 16. Kamu Hastane Birlikleri Taşra Teşkilat Şeması	79

KISALTMALAR LİSTESİ

AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
Bknz	: Bakınız
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
IMF	: Bakınız
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TTB	: Türk Tabipler Birliği
Vb.	: Ve benzeri

GİRİŞ

Teknolojide yaşanan gelişimin sağlık alanına yansımaları ile birlikte sağlık hizmetlerinin niteliğinde önemli değişimler olmuştur. Tıpta yaşanan gelişmeler, sağlıkta dönüşüm yapılmasını gerekli hale getirmiştir. Sağlık alanında kaydedilen ilerlemeler ve sağlık hizmetlerinin dönüşümü, bu çalışma konusunun seçilmesindeki temel etkidir.

Sağlık hizmetleri, sadece doktorların yaptıkları tedaviler ile sınırlandırılmaktan uzaktır ve çok daha geniş bir kapsama sahip ekip çalışmasıdır (Kasapoğlu, 2016: 141). Sağlık hizmetlerinin tüm sağlık personelini ilgilendiren bir yapıda olması, bu hizmetlerde etkililik hedeflerinin gerçekleştirilmesini güçleştirmektedir. Bu yönüyle sağlık hizmetleri başarı elde edilmesi için yoğun emek gösterilmesi gereken bir alandır ve çalışmada sağlık hizmetlerinin bu niteliği dikkate alınarak ilerleme kaydedilmektedir.

Ülkelerin sağlıkla ilgili programlarının önemli bir parçası konumunda olan sağlık hizmetleri, aynı zamanda sosyal yaşamın belirleyicilerinden bir tanesidir. Birden fazla boyutta önem ifade eden bir yapısı bulunan sağlık hizmetleri, özellikle son 20 yıllık süreçte büyük bir hızla gelişim göstermektedir (Çelebi Çakıroğlu ve Harmancı Şeren, 2016: 37). Sağlıkta dönüşümün başlıca gündem maddelerinden birisi olmasını sağlayan bu durum çalışma kapsamındaki odak noktalarından bir tanesidir.

Sağlık hizmetlerine ayrılan finansman, ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyini göstermesinin yanında sağlık hizmetlerine gösterilen önemle ilgili fikir vermektedir. Sağlık hizmetlerinin Gayri Safi Milli Hasıla içerisindeki payının yüksek olması, yaşam süresi, sağlık hizmetlerine erişim, sosyal gelişme, kronik rahatsızlıklarda azalma gibi olumlu sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (Akbulut, Yenimahalleli Yaşar ve Yıldırım, 2015: 40). Bu konuda Türkiye'nin konumunu belirleyebilmek adına bu çalışma ile sağlıkta dönüşüm programı ve diğer ülkelerin sağlık sistemiyle ilgili karşılaştırma yapılmıştır.

Çalışma kapsamında seçilen ülkelerin sağlık sistemi açısından gelişmiş olarak nitelendirilmesi tercih edilmiş, bu sayede Türkiye'nin sağlık sistemi açısından gelişmiş ülkelere karşı konumunu ortaya koyulmuştur.

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı 2003 yılından bu yana ülkedeki politik gündemin önemli konularından bir tanesidir. Sağlıkta dönüşüm sürecinde Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği süreci ise bu çalışmanın temel araştırma konusunu meydana getirmektedir. Kamu Hastaneleri Birliği süreci, özerk sağlık işletmeleri statüsüne geçmeyi hedefleyen bir süreçtir (Ataay, 2007: 19). Çalışmada bu süreç ekonomi politik açıdan değerlendirmeye alınmaktadır.

“Ekonomi politik, politika ile ekonomi arasındaki etkileşimi konu alır” (Altan, 2013: 5). Ekonomi politik, pek çok farklı alanda kullanılmaya müsait ve yoğun bir biçimde ilgi çeken bir kavram konumundadır. Bu çalışmada Kamu Hastaneleri Birliği süreci ve sağlıkta dönüşüm özelinde ekonomi politik açısından değerlendirmeler yapılmıştır.

Bu çalışmanın temel amacı sağlıkta dönüşüm programı kapsamında Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecinin ekonomi politik açısından değerlendirmesini yapmak olarak belirlenmiştir. Çalışmanın temel sorusu “Kamu Hastaneleri Birliği sürecinin sağlıkta dönüşüm sürecinde ekonomi politik açıdan yarar sağlayıp sağlayamadığı” şeklindedir.

Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık hizmetlerinin niteliği ve Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğine geçiş sürecinde yaşanan sağlıkla ilgili gelişmeler problem durumunu meydana getirmektedir.

Literatür taraması yönteminin kullanıldığı çalışmada güncel kaynaklardan makale ağırlıklı olacak şekilde yararlanılmasının yanında yasal mevzuatlardan yararlanılmıştır.

Çalışma planı aşağıda paylaşıldığı gibidir:

- Birinci bölümde Türkiye'de sağlık hizmetleri ve sağlıkta dönüşüm ihtiyacı hakkında bilgi verilmektedir.
- İkinci bölümde Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm programıyla ilgili incelemeler, ikinci bölümü meydana getirmektedir.
- Üçüncü bölümde Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Sürecinin ekonomi politik değerlendirmesi yapılmaktadır.

- Sonuç ve öneriler kısmında, elde edilen bilgilerin tartışılmış ve Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ve Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği süreci ile ilgili öneriler getirilmesi suretiyle çalışma tamamlanmıştır.

Böyle bir çalışmanın hazırlanması Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm süreciyle ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Benzer konuda çalışma hazırlayacak olan araştırmacıların faydalanabileceği nitelikte bilgiler elde edilmesi, çalışmanın olası katkıları arasında yer almaktadır. Ayrıca Türkiye ve sağlık sistemi gelişmiş ülkeler arasında yapılan kıyaslamalar Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm açısından ilerleme kaydetmesi gereken noktaların tespit edilmesi noktasında katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Sağlık sistemi gelişmiş olan ülkeler ile Türkiye'nin sağlık sisteminin karşılaştırılması, Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm konusunda örnek alabileceği sistemlerle ilgili fikir vermesi sebebiyle katkı sağlamaktadır.

Sağlık projelerinde ekonomik politiğin konumuna dair çıktılar elde edilmesiyle birlikte uygulayıcılara yönelik yol gösterici bilgiler sunulması olasıdır. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecinin ekonomi politik açıdan değerlendirilmesi, doğru hamlelerin belirlenmesi ve geliştirilmesi, yanlış hamlelerin ise tekrarlanmaması bakımından katkı sağlayacak niteliktedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM İHTİYACI

Çalışmanın birinci bölümü Türkiye’de sağlık hizmetleri ve sağlıkta dönüşüm ihtiyacı hakkındaki araştırmaya ayrılmıştır. Bu kapsamda sağlık hizmetleri ve kapsamı, sağlık hizmetlerinin niteliği ve önemi, sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler, sağlık hizmetlerinin finansmanı, Türkiye’de sağlık sisteminin tanımı, Türkiye’de sağlık sisteminin tarihi gelişimi, Türkiye’de sağlık sistemini getirilen eleştiriler, Türkiye sağlık sisteminin farklı ülkelerin sağlık sistemleri ile karşılaştırılması, Türkiye’de sağlıkta dönüşüm ihtiyacı konularına ilişkin açıklama getirilmektedir.

1.1 Sağlık Hizmetleri ve Kapsamı

Bireylerin sağlığını kazanması ya da sağlık düzeyinin iyileşmesi için yürütülen hizmetler, sağlık hizmetleri olarak nitelendirilmektedir.

Sağlık hizmetleri, içinde bulunulan an itibariyle belli olmasa da her bireyin kullanabilme ihtimalinin olduğu bir hizmet türü olması sebebiyle diğer kamu hizmetlerinden ayrılan bir yapıdadır. Toplumun sağlık düzeyi ve refahıyla ilişkisinin bulunması, sağlık hizmetlerinin üzerinde ekonomi-politik açıdan da yoğun bir biçimde durulan bir konu olmasını sağlamaktadır (Yaylalı, Kaynak ve Karaca, 2012: 563).

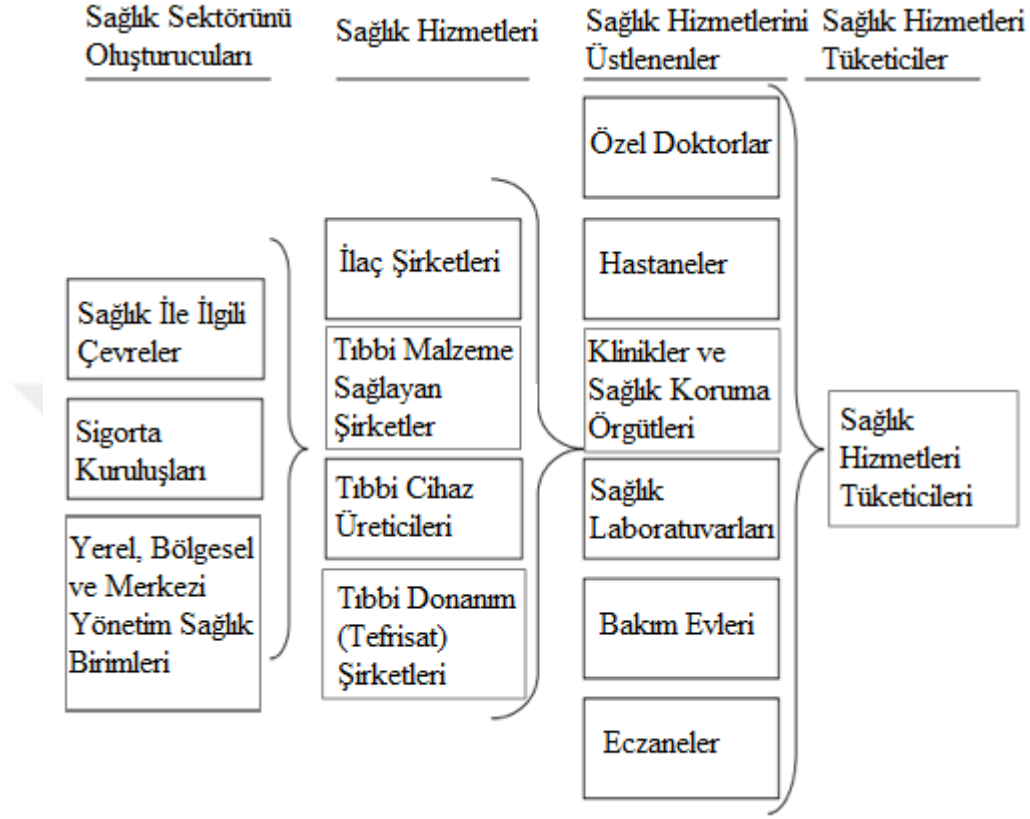
Daha geniş bir tanımda sağlık hizmetleri: “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir” (Saraçoğlu ve Öztürk, 2016: 296).

Sağlık hizmetleri, koruyucu ve tedavi edici içerikte olabilir. Bireyin sağlığını tekrar kazanmasına yönelik olan hizmetler tedavi edici sağlık hizmetlerini meydana getirmekte iken sağlık düzeyini korumak ve mümkünse daha yüksek düzeye taşımak amacıyla hizmet eden sağlık hizmetleri ise koruyucu sağlık hizmetleri olarak nitelendirilmektedir (Çavmak ve Çavmak, 2017: 49).

Tüm bireylerin kullanma ihtimalinin bulunması, sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde yapılandırılmasını gerektirmektedir. Buna göre sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adil bir biçimde sunulmasına özen gösterilmesi beklenmektedir (Şantaş, 2017: 564). Sağlık hizmetlerinin sunulmasında etkililik, verimlilik, eşitlik gibi hususların/hedeflerin gerçekleşmesi noktasında devletlere önemli görevler düşmektedir. Tüm bunlar aynı zamanda sağlık hizmetlerinin geniş bir kapsamda ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu kapsam genel hatlarıyla aşağıdaki şekil üzerinde gösterildiği gibidir.

Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı



Kaynak: Erdem 2007: 51.

Şekil 1’de görüldüğü üzere sağlık hizmetleri; sağlık sektörünü meydana getirenler, sağlık hizmetlerinde kullanılan ürünleri sağlayan işletmeler, sağlık hizmetlerinin sunumunu üstlenen kişiler ve kurumlar, sağlık hizmetlerini tüketen bireyler şeklinde bir içeriğe sahiptir. Sağlık hizmetlerinin kapsamını oluşturan tarafların her birisi ayrı ayrı önem ifade etmektedir.

Sağlık sistemi içerisinde kişisel tıbbi hizmetler ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlığı korumayı ve sağlık düzeyinin iyileştirmeyi-geliştirmeyi hedefleyen hizmetlerin varlığı söz konusudur (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 5). Sağlık sisteminin içerisinde yer alan sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu kişisel sağlık hizmetlerinin varlığını kapsayan bir yapıdadır. Sağlık sistemi içerisinde sağlığı iyileştirme amacına hizmet eden her bir girişim, sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmeye müsaittir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak yataklı sağlık tesisleri ve poliklinikler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Sağlık düzeyinin iyileştirilmesine yönelik olan bu hizmetlerin gerek maliyeti yüksek olmakta gerekse de bireyler hastalığa yakalandıktan sonra tedavi olmaya çalıştıkları için ölüm oranlarını arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin koruyucu-önleyici alanda kapasitesinin ve kapsamının genişletilmesi önem arz etmektedir.

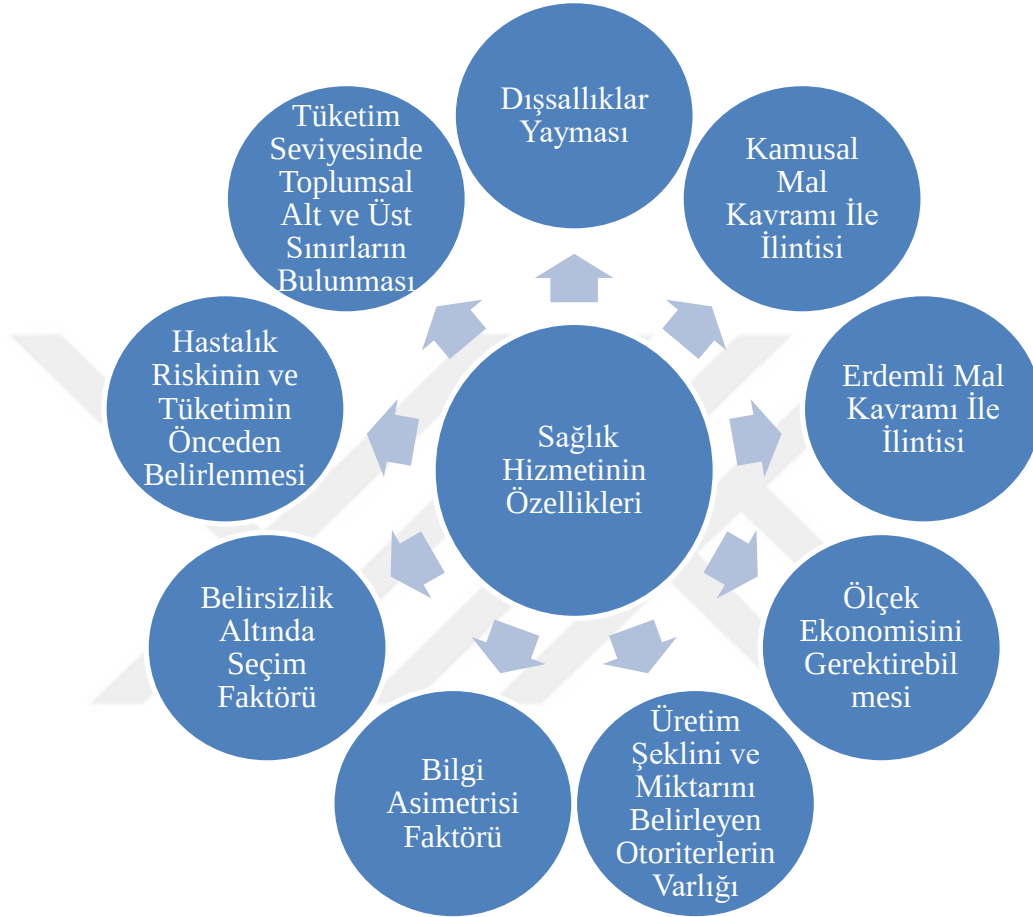
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği ve Önemi

Toplumsal bir hizmet olması, sağlık hizmetlerinin başlıca niteliği olarak görünmektedir. Çünkü sağlık hizmetleri, tüm nüfusu ilgilendiren bir hizmet konumundadır (Aktan ve Işık, 2007: 1). Sağlık hizmetlerinin toplumsal bir hizmet niteliği taşıyor olması, aynı zamanda diğer hizmet türlerinden ayrılan temel nokta olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetleri; çağdaş koşullara uygun, kaliteli, eşit ve sürdürülebilir olmak durumundadır (Bostan ve Çiftçi, 2016: 2). Sağlık hizmetlerinin temel nitelikleri arasında yer alan bu hususlar aynı zamanda sağlık hizmetleri sunumunda dikkat edilmesi gereken noktaları göstermesi bakımından önemlidir.

Aşağıdaki şekilde sağlık hizmetlerinin temel nitelikleri açıklanmaktadır.

Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Başlıca Özellikleri



Kaynak: Sayım, 2015: 6.

Şekil 2’de görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinde tüketim riski önceden belirlenmemektedir. Belirsizlikler altında seçim yapılan sağlık hizmetlerinde üretim şeklini belirleyen otoriteler bulunmaktadır. Erdemli mal ile ilişkili olması, dışsallıklar yayması ve ölçek ekonomisini gerektirmesi sağlık hizmetlerinin başlıca özellikleri arasında kendisine yer edinmiştir. Sağlık harcamalarının belirlenebilmesi için önceki yıllara ait tutulan verilerin ve istatistiklerin doğruluğu büyük önem arz etmektedir. Aksi takdirde sağlık hizmetlerini oluşturan başlıca etmenler arasında eşitsizlikler yaşanması muhtemeldir.

Sağlık hizmetlerinin diğer özellikleri ise aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Altay, 2007: 33):

- i. “Birey ve toplum sağlığının belirleyicisidir.
- ii. Toplumun gelişmişlik düzeyine göre değişir.
- iii. Kültürel algılarla ilişkilidir.
- iv. Sosyal yaşama bağlı olarak gelişir.
- v. Tedavi edici nitelikte olabildiği gibi koruyucu ve rehabilite edici nitelikte olabilir.
- vi. İlaç ve eczacılık hizmetlerini de kapsar.
- vii. Ne zaman kullanılacağı belirsiz bir hizmet türüdür.
- viii. İnsan niteliğinin geliştirilmesi için sağlık hizmetleri temel ihtiyaçlardan birisi konumundadır.
- ix. Ertelenemez nitelikte hizmetler içerir.
- x. Hizmetin kullanım biçimi tüketici konumundaki hasta tarafından değil doktor tarafından belirlenir.
- xi. Sağlık hizmetleri diğer hizmet türlerinden farklı olarak ikama edilebilir olmaktan uzaktır”.

Yukarıda sıralanan maddelerden anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinin çok sayıda ayırt edici nitelikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kapsamını belirleme ve diğer hizmetlerle karşılaştırma yapabilme açısından yer verilen niteliklerin bilinmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri, bilgi tabanlı bir alandır ve bilginin toplanması ile işlenmesini gerektirmektedir (Saluvan, 2013: 27). Sağlık hizmetlerinde kalite hedeflerinin gerçekleşmesi noktasında bilginin kullanımı belirleyici roller üstlenmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çabalar geçmişten bugüne düzenli bir biçimde devam etmektedir.

1.3. Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Faktörler

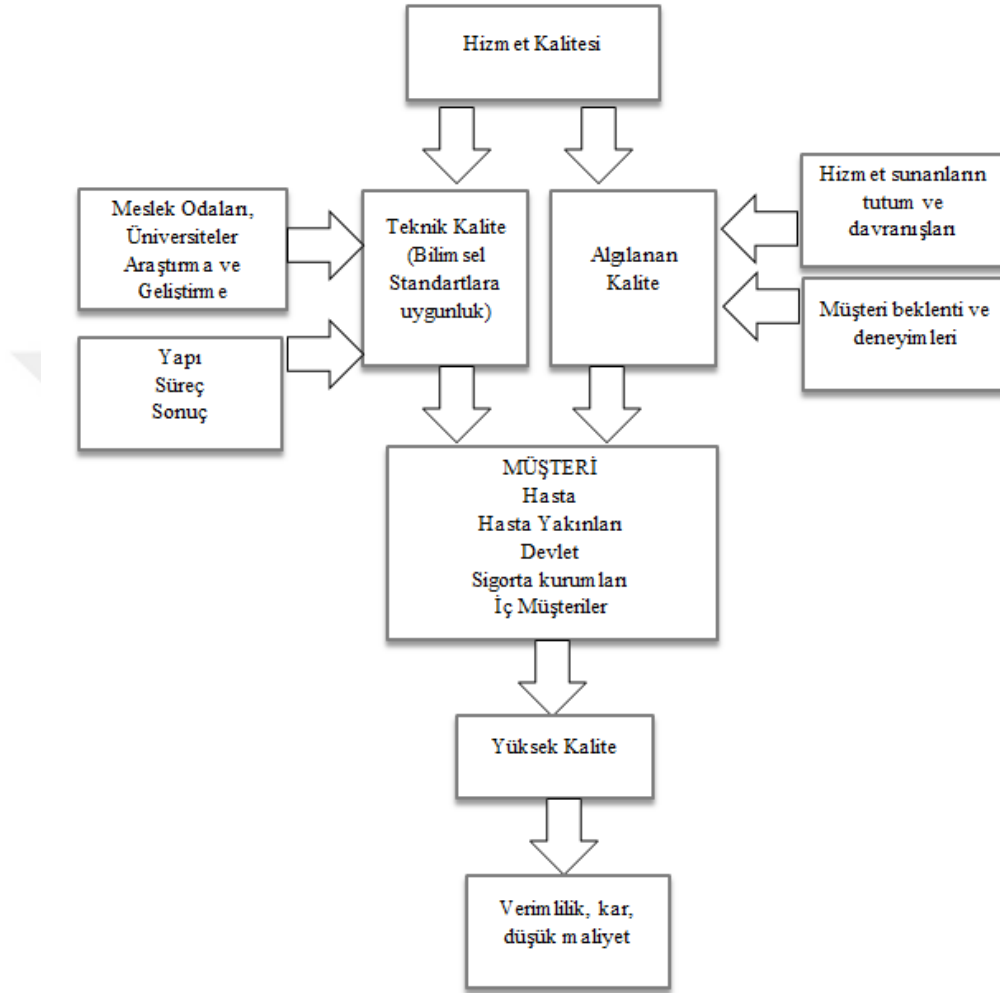
Talep, sağlık hizmetlerini etkileyen en temel faktörlerden birisi konumundadır.

Sağlık hizmetleri talebi ise yaşı, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu gibi demografik değişkenlerin yanında sosyal açıdan içinde bulunulan durum ve hanehalkı büyüklüğü gibi faktörlerin etkisi altında şekillenmektedir. Örneğin yaşı ilerledikçe yaşlanan bireylerin karşılaştığı sağlık sorunlarının artması yaşı sağlık hizmetleri talebi konusundaki temel belirleyicilerden biri olmasını beraberinde getirmektedir (Saraçoğlu ve Öztürk, 2016: 307).

Dünyada yaşanan teknolojik gelişme eğilimi, sağlık hizmetlerini etkileyen faktörlerden birisidir. Son dönemdeki gelişmelerin neticesinde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yeni yaklaşımların öne sürölmesi söz konusudur (Taşı, 2012: 82). Sağlık hizmetlerinin sunulması şeklini belirlemesi sebebiyle bu yöndeki gelişmeler sağlık hizmetlerini etkileyen temel faktörler arasında kendisine yer edinmiş durumdadır.

Kalite sağlık hizmetlerini etkileyen faktörlerden birisidir. Kalite özelinde sağlık hizmetlerini etkileyen temel hususlar aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.

Şekil 3. Kalite Özelinde Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Faktörler



Kaynak: Devedbakan, 2006: 130.

Şekil 3'te görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi algılanan kalitenin yanında bilimsel standartlara uygunluk – yani teknik kalite – unsurlarına göre belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerini sunan personelin tutum ve davranışları ile hastaların beklentileri arasındaki uyum düzeyi, sağlık hizmetlerini etkileyen kalite faktörleri arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin müşterisi konumundaki hastaların yanında hasta yakınlarının da sağlık hizmetlerinde etkisinin bulunduğu yukarıdaki şekil aracılığıyla anlaşılmaktadır.

Sağlık hizmetleri üzerinde etkisi olan diğer faktörler ise aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Çıraklı, Gözlü ve Gözlü, 2014: 63):

- i. Rekabet,
- ii. Maliyetler,
- iii. Sağlık hizmetlerini kullanmanın maddi bedeli,
- iv. Karlılık faaliyetleri,
- v. Müşteri profilinin değişmesi,
- vi. Müşteri tutumu,
- vii. Doktorlar başta olmak üzere sağlık hizmetlerinde yer alan tüm personelin yeterliliği,
- viii. Hasta memnuniyeti,
- ix. Bireysel ve toplumsal düzeyde sağlık düzeyi,
- x. Yasal düzenlemeler,
- xi. Hastalık riskleri,
- xii. Sağlık hizmetlerini sunan hastaneler ve diğer sağlık kurumlarının sahip olduğu imkanlar,
- xiii. Sağlık hizmeti talebi,
- xiv. Toplumun sağlık hizmetleri konusundaki bilgi seviyesi,
- xv. Sağlık hizmetleri içerisinde kamu kesiminin ve özel kesimin sahip olduğu pay şeklindedir.

Görüldüğü üzere sağlık hizmetleri üzerinde etkisi bulunan çok sayıda faktörden bahsedilmesi mümkündür. Değerlenen faktörlerin bir kısmı bireysel düzeyde, bir kısmı örgütsel düzeyde, bir kısmı ise toplumsal düzeyde yer almaktadır. Sağlık alanında görev yapan personelin yeterliliğinin yanı sıra ülkenin sağlık hizmetleri açısından içinde bulunduğu durum sağlık hizmetleri üzerinde etkilidir. Sağlık sektörünün kendisine özgü nitelikleri de sağlık hizmetlerinde etkili faktörler arasındadır.

İnsan hayatını şekillendiren tüm hususları sağlık hizmetlerini etkileyen birer faktör olarak değerlendirmek mümkündür. Buna göre sosyal katılım, siyasi yönetim,

ekonomik koşullar, insan hakları gibi hususlar sağlık hizmetleri üzerinde etkisini göstermektedir (Şantaş, 2017: 545).

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

En genel anlatımla sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlık sektöründe kullanılacak olan kaynakların aktif hale getirilerek kullanılmasını ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi toplumu oluşturan bireylerin sağlık hizmetlerinden sürdürülebilir bir biçimde faydalanabilmesi açısından kritik bir konudur (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 89).

“Sağlık finansmanının temel amacı, beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında bireyleri hastalığın finansal yükünden korumaktır” (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 135). Buradan hareketle sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunun sunulan ya da sunulacak olan sağlık hizmetleri için gereken ekonomik kaynakları oluşturma ve maliyetleri karşılama hedefine yönelik olduğu söylenebilir.

Aşağıdaki şekil üzerinde sağlık hizmetlerinin finansmanının genel yapısı açıklanmaktadır.

Şekil 4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık Hizmet Arzı**Kamu*****MERKEZİYETÇİ YÖNTEM**

(Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve merkezi yönetimin organizasyon ve yönetiminde devlet sunulur)

*** YERLEŞTİRME YÖNTEMİ**

(Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve yerel yönetim kuruluşlarının organizasyon ve yönetiminde hizmet arz edilir.)

*Kişi cebinden (ilave) para ödeyerek kamu hastanelerinde daha iyi koşullarda ve ayrıcalıklı özel sağlık hizmeti alabilir. (Örneğin, devlet hastanelerinde ilave bedel ödeyerek özel odalarda kalınması)

Özel*** İHALE YÖNTEMİ**

(Devletin özel kesimden sağlık hizmetleri için gerekli tıbbi cihaz satın alımı v.s.)

***HAVALE (SEVK) YÖNTEMİ**

(Örneğin, hastaların tedavi için özel hastanelere sevk edilmesi ve harcamalarının devlet tarafından karşılanması)

***KUPON YÖNTEMİ**

(Örneğin, düşük gelirli kesimlere sağlık kuponu verilmesi ve özel hastanelerin bu kupon karşılığında hizmet sunması)

*** SÜBVANSİYON YÖNTEMİ**

(Hizmet arz eden özel sağlık kuruluşlarına devlet bütçesinde destek sağlanması)

***PİYASA YÖNTEMİ**

(Kişi cebinden para ödeyerek özel hastanelerden yararlanabilir; kişi özel sigortaya kayıtlı olur ve özel hastane harcamaları özel sigorta tarafından karşılanır.)

Kaynak: Aktan ve Işık, 2007: 6.

Şekil 4'te görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi kamu sektörü ve özel sektör açısından farklılıklar içermektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda ülkedeki sağlık hizmetleri arz düzeyinin belirleyici konumda olduğu yukarıdaki şekil aracılığıyla anlaşılmaktadır.

Sağlık hizmetleri finansmanı yapılırken kamu sektöründe genel vergiler, tahsisli vergiler ve zorunlu sigortanın finansman yöntemleri kapsamında yer aldığı görülmekte iken özel sektörde gönüllü sigorta ve cepten ödeme yöntemlerinin bulunduğu dikkat çekmektedir (Tatar, 2011: 111). Sağlık hizmetleri finansmanının kamu sektörü ve özel sektör olarak temelde ikiye ayrılmasına karşın alt

sınıflandırmanın olduğunu göstermesi sebebiyle bu yöntemlerin bilinmesinde fayda vardır denilebilir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanının gelir toplama, fon biriktirme, sağlık hizmetlerini satın alma olmak üzere üç temel fonksiyonu bulunmaktadır. Gelir toplama fonksiyonu yapılan ödemelerin çeşidi ve ödemeyi kimin yaptığı konuları ile ilgilienmektedir. Fon biriktirme fonksiyonu sağlanan gelirlerin yönetilmesini ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin satın alma fonksiyonunda ise toplanan gelirlerin sağlık hizmetlerini sunan taraflara aktarılmasına yönelik girişimler söz konusudur (Güvercin, Mil ve Tarım, 2016: 83).

“Temel olarak ekonomi politik, politik kurumlar ve ortam ile iktisadi sistem arasındaki etkileşimi, ekonomi, hukuk, siyaset ve sosyoloji gibi bilim dallarından faydalananarak araştıran disiplinler arası bir alanı ifade eder” (Altan, 2005: 5). Ekonomi politiğin sahip olduğu kapsamın belirlenebilmesi açısından bu açıklamanın dikkate alınmasında fayda vardır. Ekonomi politik, ulusal ve uluslararası boyuta sahip bir kavram niteliği taşımaktadır.

1.5. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Kapsamı

Sağlık sistemi denildiğinde akla sunulan sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti sunan kurumlar, sağlıkla ilgili finansman düzenlemeleri gibi konulardaki tüm eylemler gelmektedir. Sağlık sisteminin etkililiği, ülke genelindeki sağlık seviyesini belirleyen bir faktör olması sebebiyle son derece önemli bir konudur. Türkiye için de sağlık sistemi geliştirilmesi için çaba gösterilen alanlardan birisi olarak görünmektedir (İleri, Seçer ve Ertaş, 2016: 181).

Bir ülkede sağlık alanında hizmet veren kurum sayısının artması ve özel sağlık sigorta kurum sayısının fazla olması rekabeti artırmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2009: 191). Türkiye'de böyle bir seviyeye gelinmesi durumunda sağlık hizmetlerini kullanacak olan bireylerin avantajlı bir konuma geçmesi söz konusu olacaktır. Bu nedenle Türkiye'de sağlık sistemi konusunda öncelikle hizmet veren kurum sayısını artırmaya odaklanmakta fayda vardır denilebilir.

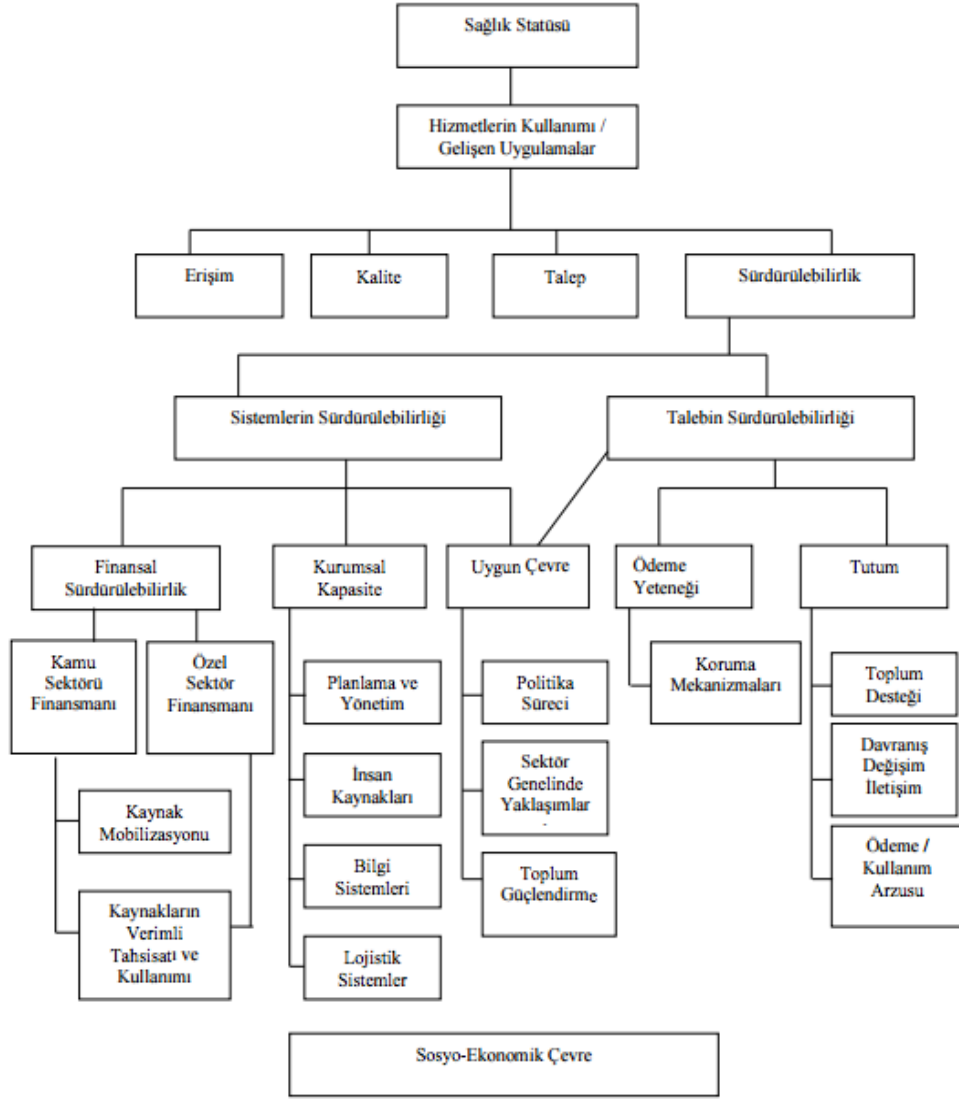
Türkiye'de sağlık sisteminin temelini oluşturan unsurlar sağlık hizmetleri kaynakları ve yönetimi, sağlık hizmetlerinin organize edilmesi, sağlık hizmetlerinin sunulması ve sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi şeklinedir.

Sağlık sisteminin oluşturulmasında insanların sağlığını koruma ve eski sağlıklarını kazanmalarını sağlama, sağlık harcamalarını kontrol etme gibi amaçlar bulunmaktadır (Daştan ve çetinkaya, 2015: 106). Bu amaçlar Türkiye'de sağlık sisteminin içeriğini şekillendiren yapıda olması sebebiyle önemli bir yere sahiptir.

Sağlık sisteminin kapsamı aşağıdaki şekilde gösterildiği gibidir.



Şekil 5. Sağlık Sisteminin Kapsamı



Kaynak: Özer, 2015: 25.

Şekil 5'te görüldüğü üzere sağlık sisteminin içeriğini şekillendiren temel unsurlar; erişim, kalite, talep ve sürdürülebilirliktir.

Bu temel unsurlar arasından sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi noktasında sistem ve talep sürdürülebilirliğinin etkili olduğu yukarıdaki şekil aracılığıyla anlaşılmaktadır. Ayrıca sosyal ve ekonomik çevrenin sağlık sisteminin içeriğini şekillendiren yapıda olduğu görülmektedir.

Türkiye'de sağlık sisteminin temel amaçları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Çelebi ve Cura, 2013: 49):

- i. Ülkenin sağlık seviyesini yükseltmek,
- ii. İhtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine etkili ve tatmin edici bir biçimde yanıt verebilmek,
- iii. Adil finansman sağlamak,
- iv. Sağlık hizmetlerini vatandaşlar açısından her zaman ulaşılabilir konuma getirmek,
- v. Sağlık hizmetlerine – özellikle koruyucu hizmetlere – toplum katılımını artırmak,
- vi. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını mümkün hale getirmek,
- vii. Sağlık hizmetlerini yenilikçi bir anlayışla sunmak ve bunu ülke genelinde hakim kılmak şeklindedir.

Yukarıda sıralanan maddelerden anlaşılacağı üzere Türkiye'de sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin etkili ve sürdürülebilir bir biçimde sunulmasına yönelik amaçlara sahiptir. Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu konusunda belirlenen hedefler, aynı zamanda sağlık sisteminin yapısı ve işleyişi açısından belirleyici olmaktadır. Sağlık sisteminin belirtilen amaçlarını gerçekleştirmesi için ekonomik kaynağa sahip olmanın yanında sağlık personeli ihtiyacının karşılanması gerekmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde genellikle özel sektör dinamizminin yeterince etkili olmaması sebebiyle hükümetlerin sağlık hizmetlerinin finansmanı ile daha çok uğraştıkları ifade edilmektedir (Ener ve Yelkikalan, 2003: 110). Türkiye için de geçerli olan bu durum Türkiye'nin sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinin önemli bir yeri olduğu anlamına gelmektedir.

1.6. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Türkiye'de sağlık sisteminin geçmişten bugüne önemli bir sorun niteliği taşıdığı söylenebilir. Etkili bir sağlık sisteminin olmaması ve sürdürülebilir bir şekilde çözüm üretilmemesi, sağlık sistemi ile ilgili sorunların güncelliğini korumasını beraberinde getirmektedir. “Ülkemizde sosyal sigortalar, sosyal yardımlar, sağlık sigortacılığı ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı 31 Mayıs 2008 tarihinde Mecliste kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunuyla yürütülmekte ve yönetilmektedir” (Gülay, 2017: 20).

Sağlık sisteminin tarihi gelişiminde aşağıdaki tablo üzerinde yer alan hususların bilinmesinde fayda vardır.

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Anlayışının Tarihi Gelişimi

Başlangıçta hâkim olan temel sağlık anlayışı	Günümüzde temel sağlık yaklaşım
Kırsal kesimde yaşayan yoksulların temel sağlık hizmetleri paketlerine ve temel ilaçlara daha kolay erişebilmesi	Evrensel ulaşım (Universal Access) ve sosyal sağlık güvenesine ulaşma amacıyla mevcut sağlık sistemlerinin yeniden düzenlenmesi ve dönüşümü
Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi	Toplumda bulunan herkesin sağlığı ile ilgilenme
Bilhassa akut ve bulaşıcı olmak üzere az sayıda seçilmiş hastalığa odaklanma	Hastalık ve risklerin kapsamını dikkate alarak, insanların beklenti ve ihtiyaçlarını kapsamlı olarak karşılama
Köy düzeyinde sağlık eğitimi, sanitasyon, su ve hijyen iyileşmesini sağlama	Sağlıklı hayat tarzlarının özendirilmesi sosyal ve çevresel zararların sağlığa olan etkilerinin azaltılması
Gönüllü profesyonel olmayan toplum sağlığı çalışanları için basit bir teknoloji	Teknoloji ve ilaçlara erişimi kolaylaştıran ve doğru kullanımını sağlayan sağlık çalışanları ekibi
Yerel sağlık komiteleri eliyle yerel kaynakların harekete geçirilmesi ve sağlık merkezlerinin yönetimine katılım	Politika tartışmalarına ve hesap verebilirlik mekanizmalarına sivil toplumun örgütlü katılımı
Devlet tarafından finanse edilen ve sunulan, yukarıdan aşağıya merkezi yönetim esaslı sağlık hizmetleri	Küresel bağlamda işleyen çoğulcu (Pluralistik) sağlık sistemleri
Artan kısıtlıkların yönetimi ve küçülme (downsizing)	Sağlık kaynaklarının artışı yöneterek evrensel erişime (Universal Coverage) doğru yönlendirme
Karşılıklı yardım ve teknik destek	Küresel dayanışma ve birlikte öğrenme (Joint Learning)
Hastanenin antitezi olarak Temel Sağlık	Bütün basamaklarda kapsamlı sonuç almanın koordinatörü olarak Temel Sağlık
Temel Sağlık Hizmetleri ucuzdur ve mütevazı yatırım gerektirir.	Temel Sağlık Hizmetleri ucuz değildir: makul yatırım gerektirir, alternatiflere göre harcanan parayla daha iyi eğer üretir.

Kaynak: Akdağ, 2008: 40.

Tablo 1'deki bilgilerden de anlaşılacağı üzere gerek tıp alanında yaşanan gelişmeler gerek teknolojiye kaydedilen ilerleme gerekse yaşam koşullarının farklılaşmaya başlaması sağlık hizmetlerine olan yaklaşımın dolayısıyla da sağlık sistemlerinin tarihi gelişimini etkilemiştir.

Türkiye'de sağlık sisteminin tarihi gelişimi;

- i. Osmanlı Devleti dönemi (ilk dönem),
- ii. İkinci dönem (1923-1938),
- iii. Üçüncü dönem (1938-1960),
- iv. Dördüncü dönem (1960-1980),
- v. Beşinci dönem (1980-2000),
- vi. Altıncı dönem (2000 ve sonrası) şeklinde sınıflandırılarak değerlendirilmektedir (Kasapoğlu, 2015: 145).

Türkiye'de sağlık sisteminin tarihi gelişimi konusunda 2003 yılı ve sonrasında ayrı bir biçimde değerlendirmek gerekmektedir. Çünkü 2003 yılının Aralık ayında kamuoyu ile paylaşılan sağlıkta dönüşüm programı, sağlık sisteminin tasarlanması bakımından belirleyici olmuştur. Türkiye'de sağlık sisteminin gelişimindeki dönüm noktalarından birisi olan sağlıkta dönüşüm programı sağlık sektörünün sorunlarının gerçekçi bir biçimde ele alınması ve çözülmesi amacına hizmet etmektedir (Çavmak ve Çavmak, 2017: 52). Çalışmanın temel araştırma konusunu meydana getiren sağlıkta dönüşüm ilerleyen kısımlarda ayrıntılı biçimde ele alınacağı için bu kısımda Türkiye'nin sağlık sisteminin gelişimini açıklarken daha fazla ayrıntı verilmesine gerek görülmemiştir.

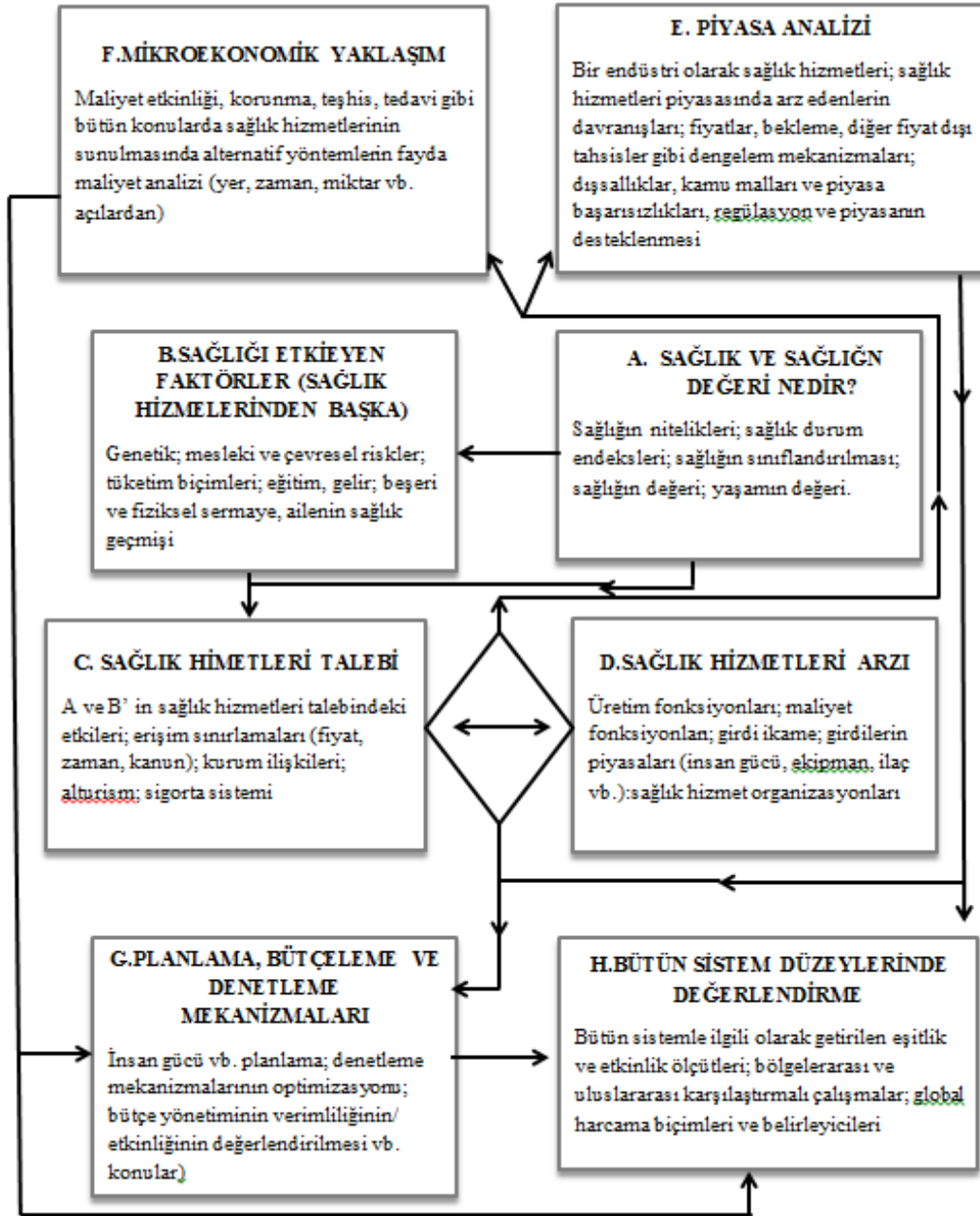
1.7. Türkiye'de Sağlık Sistemine Getirilen Eleştiriler

Bir ÷lkedeki saēlık sisteminin insan saēlığını olumlu y÷nde geliştirme, yaşam süresini uzatma, tedavi hizmetleri sunma ve saēlık maliyetlerine karşı finansal koruma amaçlarına yönelik faaliyetlerini sürdürmesi söz konusudur (Uēurluoēlu ve Çelik, 2005: 7). Türkiye'de için de geçerli olan bu amaçlar, Türkiye'de saēlık sistemine getirilen eleştirilerin başında gelmektedir.

Toplumsal nitelik taşıma, saēlık hizmetlerinin temel özellikleri arasında yer almaktadır ve saēlık sistemi içerisinde yürüt÷len girişimlerin odak noktasında bulunmaktadır. Saēlık hizmetlerinin pazarlanması ve saēlık sisteminin iktisadi yönünün ön plana çıkmaya başlamasıyla birlikte saēlık sisteminin toplumsal niteliēi tartışılır hale gelmektedir (Altay, 2007: 42). Türkiye'de saēlık sistemine getirilen temel eleştirilerden birisi de sistemin toplumsallaşmasının yetersiz olduğudur.

Saēlık ekonomisi, Türkiye'de saēlık sistemine getirilen eleştiriler arasında yer almaktadır. Bu kapsamda yer alan eleştiri alanları aşağıdaki şekil üzerinde gösterildiēi gibidir.

Şekil 6. Saēlık Ekonomisinin İçeriēi



Kaynak: Çoban, 2009: 7.

Şekil 6'da görüldüğü üzere sağlık ekonomisiyle ilgili olarak sağlık hizmetleri talebi, sağlık hizmetleri arzı, sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler, piyasa analizleri,

planlama, bütçeleme, denetleme, ekonomik yaklaşımlar gibi başlıklardan bahsedilmesi olasıdır.

Bu hususlar aynı zamanda sağlık sisteminin toplumsal niteliğinden ziyade ekonomik niteliğiyle değerlendirilmesini beraberinde getirmektedir. Türkiye'de sağlık sistemine getirilen eleştiriler arasında sağlık ekonomisiyle ilgili konuların payı oldukça yüksektir.

Sağlık hizmetlerinin kamu niteliğinden uzaklaştırılarak özelleştirilmesinin desteklendiği düşüncesi, Türkiye'de sağlık sistemine getirilen eleştirilerden bir tanesidir. Türkiye'de sağlıkla ilgili atılan pek çok adımda bu yönde eleştirilerin bulunduğu görülmektedir. Türkiye'de aile hekimliği uygulamasına geçilmesi kararının alınması bu kapsamda verilebilecek örnekler arasında yer almaktadır. Yine çok uzun yıllar Türkiye'nin gündemini meşgul eden ve 2008 yılında uygulamaya geçirilen Genel Sağlık Sigortası da (GSS) bu konuyla ilgili eleştiriler arasında yer almaktadır (Kasapoğlu, 2016: 148).

Prim borcu olanların sağlık hizmetlerinden faydalanmasını engellemesiyle eleştirilen Genel Sağlık Sigortası ile ilgili temel hususlar aşağıdaki tablo üzerinde gösterildiği gibidir.

Tablo 2. Genel Sağlık Sigortasının İçeriği

Popülasyon Grubu	Kapsam Mekanizması	Katkı Kaynağı ve Oranı	Zorunlu Gönüllü Üyelik	ve	Bağımlılar İçin Kapsam
Özel Çalışanları	Sektör Genel Sigortası	Sağlık %12,5 işveren ve %5 çalışan katkısı) (%7,5	Zorunlu		Evet
Mavi yakalı Kamu Sektörü Çalışanları	Genel Sigortası	Sağlık %12 (%7 işveren ve %5 çalışan katkısı)	Zorunlu		Evet
Serbest Meslek, Esnaf ve Tüccarlar	Genel Sigortası	Sağlık Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Minimum ücretten daha fazla geliri olanlar için zorunlu		Evet
Tarım İşçileri	Genel Sigortası	Sağlık Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Minimum ücretten daha fazla geliri olanlar için zorunlu		Evet
Aktif Memurlar	Genel Sigortası	Sağlık Genel bütçe maaşın %12'si	Zorunlu		Evet
Emekli Memurlar	Genel Sigortası	Sağlık Emekliler aktif memurken katkı yaptığı için prim ödememektedir.	Zorunlu		Evet
Aylık geliri asgari ücretin üçte birinden daha az olan vatandaşlar	Genel Sigortası	Sağlık Genel bütçe	Uygunluk konusu	testi	Hayır
İşsizlik sigortası kapsamında olan işsizler	Genel Sigortası	Sağlık Genel bütçe	Uygun olduklarında		Hayır
Ülkede ikamet eden yabancılar	Genel Sigortası	Sağlık Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Gönüllü		Hayır

Kaynak: Özer, 2015: 62.

Tablo 2’de yer alan bilgilerde genel sağlık sigortasının içeriği genel hatlarıyla açıklanmaktadır. Sigortanın eleştirilmesine neden olan hususların başında katkı oranları ile üyelik durumu yer almaktadır.

Zorunlu üyelik ya da uygunluk testi durumunda sigortanın kapsamına girilmesi, prim borcu olan vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanamaması, genel sağlık sigortasının içeriğinde eleştirilen konular arasında yer almaktadır.

Sağlık hizmetleri, sosyal hayatın yanında ekonomik hayatı doğrudan etkileyen bir alan niteliği taşıdığı için hükümetlerin öncelikli gündem maddesi olmak durumundadır (Çavmak ve Çavmak, 2017: 56). Türkiye'de sağlık sisteminin gerek ekonomik gerekse sosyal açıdan toplumun ihtiyaçlarına yanıt veremediği düşüncesi, sağlık sisteminin eleştirilmesinin temel nedeni olarak görünmektedir.

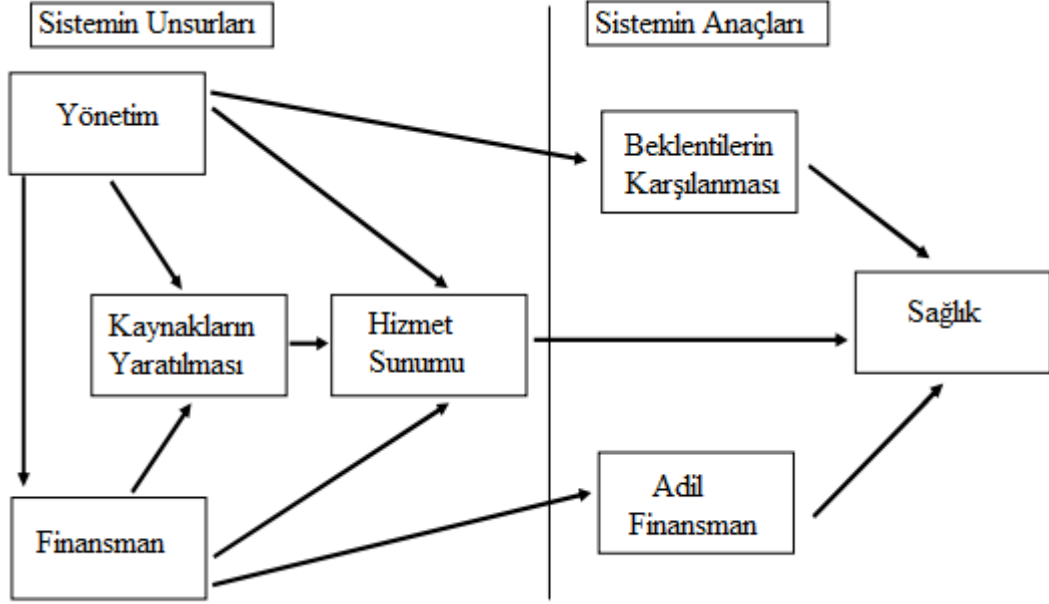
Hasta hekim ilişkileri, günümüzde giderek ticari bir hal almaya başlamıştır (Durmaz ve Erdem, 2017: 580). Türkiye'de sağlık sisteminin buna müsaade etmesi eleştirilerin yapılmasını beraberinde getirmektedir. Türkiye'de sağlık sisteminin sağlıkla ilgili tüm hizmetlerin ekonomik unsurlardan bağımsız bir duruma getirilmesi yönünde girişimlerin olması ve bu konuda olumlu sonuçlar elde edilmesi ile birlikte bu eleştirilerin yerini övgüye bırakması beklenebilir.

1.8. Türkiye Sağlık Sisteminin Farklı Ülkelerin Sağlık Sistemleri ile Karşılaştırılması

Dünyadaki pek çok ülke vatandaşlarına daha etkili sağlık hizmetleri sunmak, sağlık harcamalarını kontrol etmek, toplumun sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek gibi amaçlarla sağlık sistemi modeli geliştirmektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 106). Türkiye sağlık sistemi ile ABD, Almanya, İngiltere, Hollanda, İran ve İskandinav ülkelerinin sağlık sistemi modelleri bu kısımda karşılaştırılmaktadır. Karşılaştırmada bu ülkelerin seçilme nedeni gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinin Türkiye ile karşılaştırılarak uyarlama yapılabilecek alanları belirlemektir.

Seçilmiş ülkeler ile Türkiye'nin sağlık sistemi açısından karşılaştırılması noktasında öncelikle Türkiye'de sağlık sisteminin içeriğine yönelik bilgi verilmesi gerekmektedir. Türkiye'de sağlık sisteminin unsurları ve amaçları aşağıdaki şekilde gösterildiği gibidir.

Şekil 7. Sağlık Sisteminin Unsurları ve Amaçları



Kaynak: Okursoy, 2010: 62.

Şekil 7’de görüldüğü üzere sağlık sistemi; yönetim, kaynak meydana getirme, finansman ve hizmet sunumu unsurlarından meydana gelmektedir.

Sağlıkla ilgili beklentilerin karşılanması ve finansmanın adil bir biçimde sağlanması ise sağlık sisteminin amaçlarını meydana getirmektedir. Belirtilen araçların etkili bir biçimde kullanılması ile birlikte beklentilerin karşılanması ve adil finansman sağlama amaçlarının gerçekleşmesi mümkün görünmektedir. Böylece hedeflenen sağlık düzeyine ulaşılması olasılığı artmaktadır.

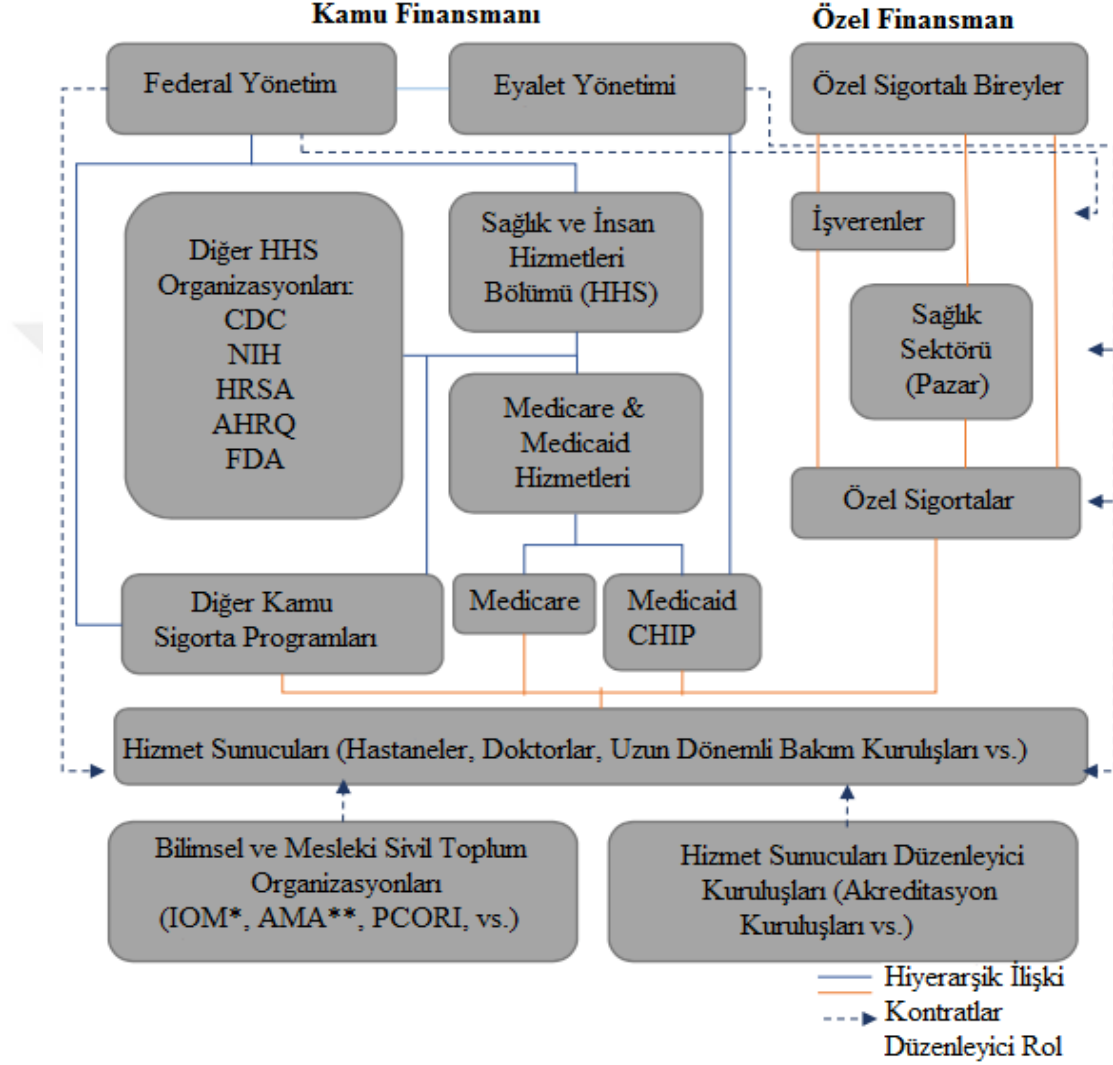
1.8.1. Amerika Sağlık Sistemiyle Karşılaştırma

Dünyada sağlık harcamalarının kişi başına olacak şekilde incelenmesi durumunda en yüksek değerin Amerika Birleşik Devletlerinde olduğu görölmektedir. Buna karşın Amerikan halkının dünyadaki en sağlıklı toplum olduğunu söylemek mümkün değildir. Teknolojik açıdan gelişmişliğin yüksek düzeyde olması, Amerika sağlık sisteminin gelişiminde etkisi olan temel hususlardan birisidir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 108).



Amerika sağlık sisteminin içeriği aşağıdaki şekil üzerinde gösterildiği gibidir.

şekil 8. Amerikan Sağlık Sistemi



Kaynak: Kırılmaz, Amarat ve nal, 2017: 89.

şekil 8’de yer alan ABD sağlık sistemi, bilimsel ve mesleki sivil toplum organizasyonları açısından Türk sağlık sistemine göre daha geniş bir yapıdadır. Özel finansman, Amerikan sağlık sistemi ile Türk sağlık sistemi arasındaki farklardan birisidir. IOM ve AMA, Amerikan sağlık sisteminin gelişmesi için önerilerde bulunan ve stratejiler geliştiren kuruluşlardır ve bu yönüyle Türk sağlık sisteminden ayrılan bir yapıda görünmektedir.

1.8.2. Almanya Sağlık Sistemiyle Karşılaştırma

Türkiye'de sağlık hizmetinde ana sunucu ağırlıklı olarak kamudur ve hastaneler de ağırlıklı olarak kamudur. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri temelde kamu ve özel uygulamalar şeklindedir. Hekimler ise ağırlığı maaşlı hekimler olarak görünmektedir. Almanya'da ise ana hizmet sunucusu ayakta bakım hizmetlerinde özel, yataklı tedavide ise kamu şeklindedir. Hastanelerin yüzde 50'den fazlası özeldir ve Türk sağlık sisteminden ayrılan temel noktalardan birisidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bağımsız bireysel uygulamalar vardır ve bu da Türk sağlık sisteminden ayrılan nitelikler arasındadır. Hekimler ise bağımsız ve maaşlı uzmanlar biçimindedir (Öztürk ve Karakaş, 2015: 44).

Almanya sağlık sistemi ile Türkiye sağlık sistemi arasında farklılıkları meydana getiren konular aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir.

Tablo 3. Alman Sağlık Sisteminin Türk Sağlık Sisteminden Ayrıldığı Noktalar

Alman Sağlık Sistemindeki Farklılıklar

Asistan hekim ve uzmanlık	TUS gibi bir sınav yoktur. Hastaneler asistan ihtiyaçlarını kendileri karşılar. Tabip odası dergilerinde kadrolar yayınlanır. Uzmanlık sınavını Tabip Odası ve Bakanlık organize eder.
Yan Dallar	Asistanlık her zaman İç Hastalıkları veya Cerrahi bilimler olarak başlar ve bu süre 3 yıldır. Sonrasında istenen branşta yan dal yapılır. Süre 3 yıldır.
Çalışma Saatleri	Genel olarak 3 vardiyada çalışılır. 08:00 -16:00 normal çalışma 15:00-23:00 gece çalışması şeklindedir. 15:00' den sonra az sayıda hekim çalışır.
Nöbet ve nöbet sonrası zorunlu izin	Nöbet tutan hekim sonrasında evine gider. Gece nöbet tutan bir hekim 1 extra izin günü hak eder.
Sabit Maaş ve İlave Ücretler	Asistan hekimler ort. 2333-3000, uzman hekimler ort. 4000-4500 euro net maaş alır. Kıdeme göre bu maaş artar. Nöbet, icaplar da saat ücreti ort. 30 eurodur. Mesai dışı fazla çalışmalarda her 835 saate 1 gün ilave izin günü dâhil edilir.
Ev Doktoru	Hastanı tedavisinde primer sorumlu hekimdir.
Doktor Bütçesi	Ülke çapında ev doktorlarının reçete yazma ve teknik etme bütçesi mevcuttur. Limit doktora ve kliniğe göre değişebilir. Kanser ilaçları gibi bazı ilaçlar limit dışında kabul edilir.

Epikriz		Öncelikli amacı ev doktorunu bilgilendirmektir. Ev doktoruna hitaben yazılır. Taburculuk sonrası ilaçları da ev doktoru reçete eder. Hafta sonu taburculukta 2 günlük ilaç hastaya elden verilir.
ICD-10-GM		Hastanelerde ICD-10 standart olarak kullanılmaktadır. Fiyatlandırma ise (SUT-benzeri) oldukça detaylı bir kodlama kullanılmaktadır. Örneğin akciğer biyopsi ve lavajda hangi loptan alındığı da kodlanması gerekmektedir. Hastalar 0-2 gün, 3-10 gün ve 10 gün üzeri yatışa göre değerlendirilir. 10 günlük yatışta hastaların tanılarıyla da orantılı olmak üzere ort. 8000 euro para ödenir.
Hasta seviyeleri	bakım	Hastalar hastalıkların ağırlığına göre SGK tarafından 3 grubu ayrılır, gruba göre evde verilecek hizmetler ve süreleri değişir.
Evde Seviyeleri	Bakım	Bakım seviyelerine göre gruplanan hastalara gezici bir ekip belirlenen sürelerde ziyaret eder. Grup.1: Günde 90 dk, Grup.2: günde 3 saat Grup.3: günde 5 saat bakım hizmeti alır.
Evde Hizmetleri	Bakım	Ameliyat sonrası, uzun süre yatmış hastalar için taburculuk sonrası mobilizasyon hastanın ve dönüşünü hızlandırmak için özel rehabilitasyon klinikleri hastane bünyesinde yer alır.
Taburculuk sonrası rehabilitasyon		Ameliyat sonrası, uzun süre yatmış hastalar için taburculuk sonrası mobilizasyon ve hastanın ve dönüşü hızlandırmak için özel rehabilitasyon klinikleri hastane bünyesinde yer alır.
Yasal DNR/DNI		Hastaların yasal olarak entübe edilmeyi istememe ve reanimasyon istememe hakkı vardır. Ağır bir hasta servise yattığında bu durumu hemen netleştirilmesi oldukça önemlidir.
Hospiz (Darülaceze)		Kimsesiz tedaviyi reddeden hastalar için bakımevleridir.

Kaynak: Gülşen, 2016: 972.

Tablo 3'te görüldüğü üzere asistan hekim ve uzmanlık, bütçe, çalışma saatleri, ücretler, hasta bakım seviyesi, evde bakım hizmetleri, epikriz, hospiz gibi konularda yer verilen farklı uygulamalar aracılığıyla Alman sağlık sistemi, Türk sağlık sisteminden ayrılmaktadır. Sağlık sisteminin yapısına özgü farklılıkların bulunduğu gibi hastane uygulamalarına yönelik farklılıkların yer alması, iki ülkenin sağlık sistemi karşılaştırmasında göz önünde bulundurulması gereken bir ayrıntıdır. Türkiye'nin sağlık sisteminde iyileşme kaydetmek için Alman sağlık sisteminden yapabileceği uyarlamalar olduğu bu bilgiler aracılığıyla anlaşılmaktadır.

1.8.3. İngiltere Sağlık Sistemiyle Karşılaştırma

Çoğunlukla vergiler aracılığıyla finanse edilen bir sağlık sisteminin olduğu İngiltere’de sağlık hizmetlerinin kalitesi yüksektir. Merkeziyetçi ve bütüncül bir yapının olduğu İngiltere sağlık sisteminde Ulusal Sağlık Hizmetleri aracılığıyla hizmet sunumu gerçekleşmektedir. Nüfusun tamamını kapsayan bir sağlık sistemi olması sebebiyle gelişmiş bir sistem niteliği taşıyor olması öne çıkan yönlerden birisidir (Gülay, 2017: 23). İngiltere sağlık sisteminin özellikleri, Türk sağlık sistemine göre daha gelişmiş ve daha etkili bir sistemi işaret etmektedir.

İngiltere’deki Ulusal Sağlık Hizmetlerinin yapılanması ve ülkedeki sağlık sektörü durumu kapsamında yer alan bilgiler ise aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Tontuş, 2019: 4-5):

- i. Yılda 150 milyar pound düzeyinde sağlık harcaması yapılmaktadır.
- ii. Harcamaların büyük çoğunluğu devlet tarafından yapılmaktadır.
- iii. Sağlık harcamalarında özel sağlık harcamalarının payı yüzde 15 ile yüzde 20 arasında değişmektedir.
- iv. Ulusal Sağlık Hizmetlerine göre uzman doktora sevk edilen vatandaşlar yaklaşık dört buçuk ay sonra tedavi görme hakkına sahiptir.
- v. Kanser şüphesi olan durumlarda 15 gün içerisinde ilgili branş uzmanı tarafından muayene edilme hakkı bulunmaktadır.
- vi. Ulusal Sağlık Hizmetlerinde belirtilen muayene olma hakkını korumanın güç olması sebebiyle belirtilen standartlarda farklılıklar meydana gelmesi söz konusu olabilir.
- vii. Göz tedavileri, estetik ameliyatlar ve dişçilik hizmetleri devlet tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleridir.

Sıralanan maddelerden anlaşılacağı üzere İngiltere sağlık sistemi, gelişmiş bir sağlık sistemi olarak nitelendirilmeye müsaittir. Sunulan hizmetlerin büyük oranda devlet tarafından ücretsiz biçimde karşılandığı görülmektedir.

Aile hekim modelinin Avrupa kıtasında en çok gelişip örgütlendiği ülke İngiltere'dir (Aksakoğlu ve Giray, 2006: 335).

Aile hekimi uygulamasının yaygınlaşmasında İngiltere'nin katkıları bulunduğu için bu durum ülkenin sağlık sisteminin öncü niteliğini meydana getirmektedir.

1.8.4. Hollanda Sağlık Sistemiyle Karşılaştırma

Ağırlıklı olarak özel kurumların hizmet sunucusu konumunda olduğu Hollanda'da hekimlerin ağırlıklı olarak bağımsız olduğu görülmektedir. Hastanelerin özel nitelikli hastanelerin yanında kar amacı gütmeyen hastanelerin ağırlıklı olduğu dikkat çekmektedir. Bu özellikler Hollanda sağlık sisteminin Türk sağlık sisteminden ayrılan yönleri arasındadır. Dünyanın önde gelen sağlık sistemlerinden birine sahip olan Hollanda sağlık sistemi, elektronik sağlık hizmetleri konusunda fark meydana getiren bir ülke konumundadır (Kılıç, 2017: 203).

Hollanda'nın sağlık sistemi yapılanmasının içeriği aşağıdaki şekil üzerinde gösterildiği gibidir.

Şekil 9. Hollanda Sağlık Sistemi Örgütlenmesi



Kaynak: Tontuş, 2019: 6.

Şekil 9’da görüldüğü üzere Hollanda’da refah, spor ve sağlık bakanlığı aynı sekreterliğe bağlı görünmektedir.

“Hollanda’da e-Sağlık sisteminin cildiye, göz ve mental hastalıklar kliniği ve evde sağlık bakımında aktif olarak kullanıldığı, sistemi kullanan kliniklerde hastaların büyük bir çoğunluğunun birinci basamakta tutulduğu görülmüştür.

Bu sayede sağlık harcamalarında %50’ye varan oranlarda tasarruflar sağlanıp hasta bekleme süreleri azalmış ve hizmete ulaşım kolaylaşmıştır” (Kılıç, 2017: 203).

1.8.5. İskandinav Ülkelerinin Sağlık Sistemiyle Karşılaştırma

Türk sağlık sisteminin İskandinav ülkeleriyle karşılaştırılması noktasında değinilmesi gereken başlıca hususlar şu şekilde özetlenmektedir: “İskandinav ülkelerinde sağlık ve sosyal bakım hizmetleri vergiler ile finanse edilmekte ve kamu harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaktadırlar. 1990 yılından günümüze sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı İsveç, Norveç ve Danimarka’da sabit kalmakla birlikte sosyal harcamalarda ciddi artışlar meydana gelmiştir. Sağlık ve sosyal koruma hizmetleri sektörlerinin büyüklüğü ve etkinliği, İskandinav modelinin temel bir özelliğidir” (Armağan ve Dikmen, 2015: 70).

Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, İngiltere, Hollanda ve İskandinav ülkelerinin sağlık sistemleri ile Türk sağlık sisteminin karşılaştırılmasının yapıldığı bu bölümde diğer ülkelerin sağlık sistemlerinin daha gelişmiş olduğu görülmüştür. Bu ülkelerle Türk sağlık sisteminin karşılaştırılmasının yapılma nedeni de gelişmiş durumdaki ülkelerin sağlık sistemlerinden doğru uyarlamalar yapılabilmesi için üstün yönlerin ortaya koyulmasıdır.

Genel bir değerlendirme yapılacak olduğunda Türk sağlık sisteminin gelişmiş ülkelere göre ilerleme kaydetmesi gereken pek çok yön olduğu görülmektedir. Türkiye’nin sağlık sisteminin ana hizmet sunucusu, hastaneler, birinci basamak sağlık hizmetleri, hekimler gibi noktalarda gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmıştır. Türkiye’nin sürdürülebilir bir sağlık hizmeti başarısı elde etmesi için sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların artış göstermesi gerektiği söylenebilir. Sağlık

sistemleri gelişmiş olan ülkelerle yapılan karşılaştırmalar, sağlığa yapılan harcamalar konusunda Türkiye'ye karşı bir üstünlük olduğunu göstermektedir.

1.9. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm İhtiyacı

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ihtiyacı sosyal, ekonomik ve kültürel açıdan değerlendirilmesi gereken bir konudur.

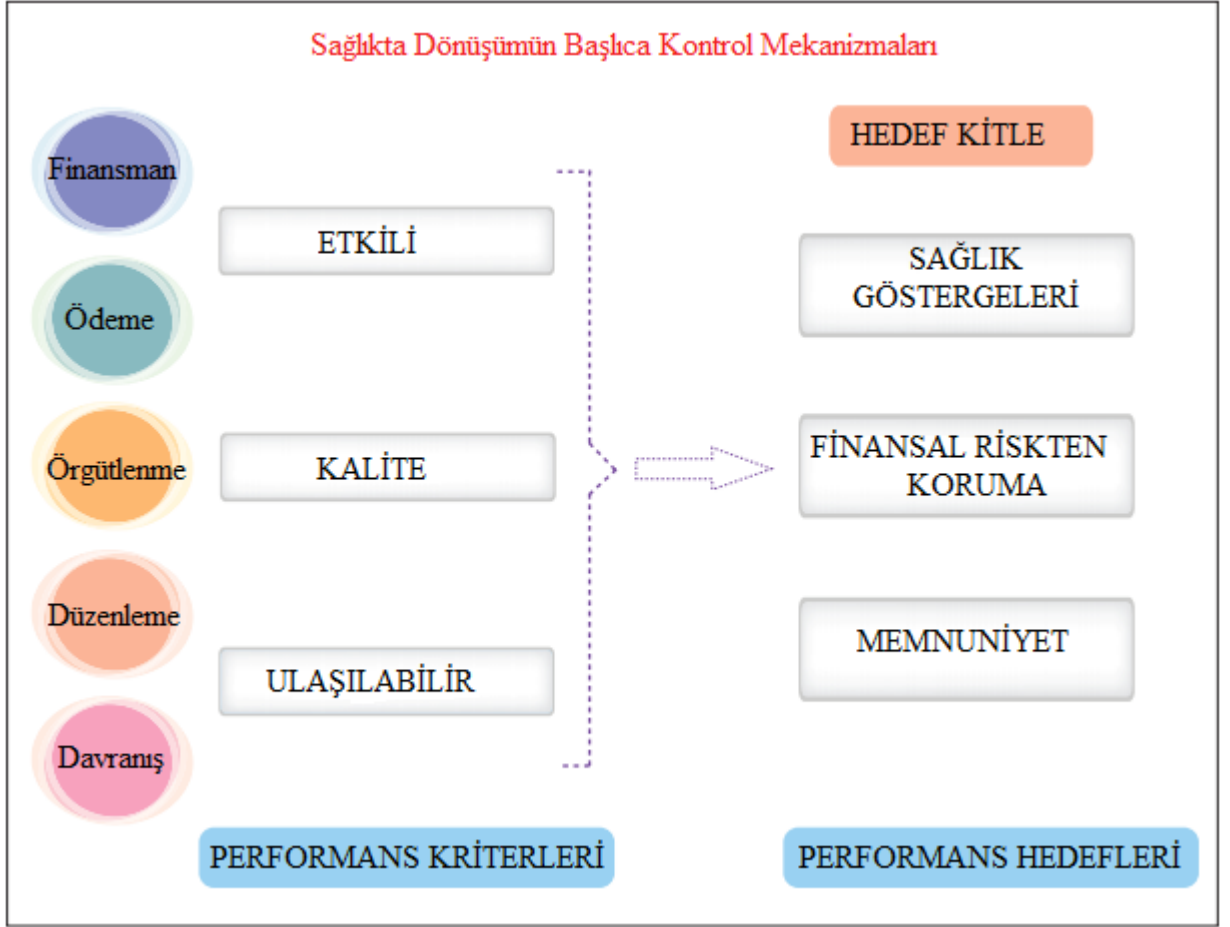
Bir ülkedeki sosyo-ekonomik ve kültürel gelişimlerin sağlık hizmetlerinin ihtiyacını ortaya çıkaran bir konumda olması sebebiyle böyle bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır (Kasapoğlu, 2016: 133).

Tıp alanında yaşanan gelişmelerle birlikte Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ihtiyacının ortaya çıktığını söylemek mümkündür.

Sağlıkta dönüşüm sürecinin gelişimi, Türkiye'de beş temel konu etrafında gerçekleşmiştir. Bunlar siyasi ve ekonomik istikrar, AB üyelik adaylığı, reform dinamiği, uluslararası kuruluşlar, destek ve kararlılık şeklindedir (Soysal ve Yağar, 2015: 319). Belirtilen konularda sergilenen performansa göre sağlıkta dönüşüm açısından sergilenen performans gelişim göstermiştir.

Türkiye'de sağlıkta dönüşümle ilgili kontrol mekanizmaları açısından ihtiyacı ortaya çıkaran faktörler aşağıdaki şekil üzerinde gösterildiği gibidir.

Şekil 10. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşümde Kontrol Mekanizmaları



Kaynak: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf> , s.29, Erişim Tarihi: 15.12.2018.

Şekil 10'da görüldüğü üzere sağlıkta dönüşüm konusunda finansman, ödeme, örgütlenme, düzenleme ve davranış gibi konularda kontrol mekanizmalarının olması, Türkiye'de sağlıkta dönüşümle ilgilidir. Performans kriterleri ve performans hedeflerinin Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ihtiyacının belirginleşmesi noktasında etkili olduğunu göstermektedir. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ihtiyacının uzun yıllar tartışılan bir konu olması, bu hususların önemini meydana getirmektedir.

Sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması, Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ihtiyacının ortaya çıkmasında etkili olmuştur (Erol ve Özdemir, 2014: 13). Yeniden yapılandırma yönünde yürütülen girişimler, örgütlenmenin yanı sıra finansman ve sağlık hizmetlerinin sunulması gibi konuları içermektedir.

Toplumda sağlıkla ilgili temel belirleyiciler; doğumda beklenen yaşam sũresi, bebek ȓlũmleri, 65 yaş ve ȓzerinde yaşam beklentisi şeklindedir (Kasapoğlu, 2016: 170). Sağlık alanıyla ilgili olan bu gȓstergeler, aynı zamanda Tũrkiye'de sağlıkta dȓnũřũm ihtiyaacının belirginleşmesinde etkili olmuştur. Tũrkiye'de sağlıkta dȓnũřũm ihtiyaacının olduğu, sağlık sistemi gelişmiş olan ȓlkelerle yapılan kıyaslamalarda da belirgin bir biçimde gȓrũlmũřtũr.

Çalışmada buraya kadar verilen bilgiler Tũrkiye'de sağlık hizmetleri ve sağlıkta dȓnũřũme duyulan ihtiyaacı aacıklamaya yȓnelik olarak gerçekteşmiştir. Buradan sonraki kısımlarda ise Tũrkiye'de sağlıkta dȓnũřũm programının içeriğiyle ilgili bilgiler verilmesi suretiyle ilerleme kaydedilmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

Çalışmanın ikinci bölümü Türkiye’de sağlıkta dönüşüm hakkındaki araştırmaya ayrılmıştır. Bu kapsamda Türkiye’de sağlık harcamaları ile ilgili bilgiler, Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve kapsamı, Türkiye’de sağlıkta dönüşüm ihtiyacını karşılamak için yürütülen çalışmalar, sağlıkta dönüşüm programının değerlendirilmesi, 663 sayılı kanun hükmünde kararname ve 694 sayılı olağanüstü hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında kanun hükmünde kararnameye göre taşra teşkilatı yapısı, 663 sayılı kanun hükmünde kararname ve 694 sayılı olağanüstü hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında kanun hükmünde kararnameler ile birlikte olası kazanımlar konularına yönelik açıklama getirilmektedir.

2.1. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ile İlgili Bilgiler

Bir ülkede sağlık harcamaları, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan harcamaları içermektedir (Çankaya, 2018: 136). Böyle bir durumda sağlık harcamaları ile ilgili olarak sağlık hizmetlerinin niteliğinin belirleyicilerinden birisi olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Sağlık harcamaları, bir toplumun gelişmişlik göstergeleri arasında yer almaktadır. Sağlık harcamaları denildiğinde aşağıdaki harcama türlerinden bahsedilmesi mümkündür (Sayım: 2017: 14):

- i. Sağlık kurumları için yapılan harcamalar,
- ii. Sağlık işgücü için yapılan harcamalar,
- iii. Çevre sağlığı için yapılan harcamalar,
- iv. Çalışma koşullarını iyileştirmek için ayrılan finansman,
- v. Donanım için yapılan harcamalar,
- vi. Ruhsal sağlık koşullarını iyileştirmek için ayrılan finansman,

- vii. Sağlık eğitimi için yapılan harcamalar,
- viii. İlaç ve tıbbi malzemeler için yapılan harcamalar,
- ix. Personel ve teşkilat planlaması için yapılan harcamalar,
- x. Araştırma-geliştirme için yapılan harcamalar,
- xi. Standardizasyon-kalibrasyon için yapılan harcamalar şeklindedir.

Yıllara göre olacak şekilde Türkiye'yi de içerecek şekilde kişi başı sağlık harcamaları aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir. Ortalama değerler ile Türkiye'nin durumu açısından bilgiler elde edilebilmesi için böyle bir yol izlenmiştir.



Tablo 4. Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (Amerikan Doları Cinsinden)

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	973	1413	1793	2270	2677	3363	4349	4811
Avustralya	639	921	1207	1617	2259	2980	3800	4500
Avusturya	774	925	1627	2250	2898	3503	4457	4896
Belçika	639	963	1351	1708	2245	3204	3965	4419
Çek Cumhuriyeti	–		547	895	981	1474	1884	2077
Danimarka	890	1247	1537	1864	2507	3243	4495	4698
Estonya	–	–	–	395	522	831	1274	1447
Finlandiya	563	915	1359	1473	1853	2589	3239	3559
Fransa	665	1028	1440	2093	2544	3254	4016	4288
Hollanda	731	958	1410	1791	2340	3820	5028	5099
İngiltere	467	688	958	1344	1827	2762	3422	3289
İrlanda	508	653	785	1185	1761	2938	3780	3890
İspanya	362	493	868	1188	1538	2270	3016	2998
İsrail	610	784	1028	1435	1765	1829	2081	2304
İsveç	940	1265	1589	1738	2286	2963	3717	4106
İsviçre	1029	1465	2023	2558	3221	4015	5299	6080
İtalya	–		1352	1495	2028	2473	3019	3209
İzlanda	750	1176	1659	1902	2740	3304	3299	3536
Japonya	540	856	1114	1557	1969	2491	3213	3649
Kanada	777	1259	1735	2054	2519	3451	4445	4602
Kore	86	155	315	479	743	1282	2086	2291
Lüksemburg	–	–	–	1903	3269	4152	4403	4578
Macaristan	–	–	–	657	852	1434	1656	1803
Meksika	–	–	295	385	508	730	976	1048
Norveç	664	937	1364	1855	3043	4301	5413	6140
Polonya	–	–	288	409	583	856	1395	1540
Portekiz	276	394	626	1012	1654	2212	2767	2457
Slovakya	–	–	–	503	605	1139	2094	2105
Slovenya	–	–	–	970	1450	1961	2364	2667
Şili	–	–	–	396	613	842	1368	1577
Yeni Zelanda	488	611	980	1246	1610	2124	3042	3182
Yunanistan	488	–	843	1258	1451	2352	2624	2409
ABD	1102	1834	2851	3788	4791	6735	8247	8745
Türkiye	69	67	157	178	453	620	1039	984
Ortalama	629	913	1182	1467	1885	2573	3340	3500

Kaynak: Daştan ve Çetinkaya, 2015: 111.

Tablo 5. Yıllara Göre Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı (%)

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	8,4	8,8	8,3	10,1	10,4	10,8	11,5	11,3
Avustralya	6,1	6,5	6,8	7,3	8,1	8,5	8,9	9,0
Avusturya	7,5	6,4	8,3	9,6	10	10,4	11	11,1
Belçika	6,3	7,0	7,2	7,6	8,1	10	10,5	10,9
Çek Cumhuriyeti	–	–	4,4	6,7	6,3	6,9	7,4	7,5
Danimarka	8,9	8,5	8,3	8,1	8,7	9,8	11,1	11,0
Estonya	–	–	–	6,3	5,3	5	6,3	5,9
Finlandiya	6,3	7,1	7,7	7,8	7,2	8,4	9,0	9,1
Fransa	7,0	8,0	8,4	10,4	10,1	11	11,7	11,6
Hollanda	7,4	7,3	8,0	8,3	8,0	10,9	12,1	11,8
İngiltere	5,6	5,8	5,8	6,8	7,0	8,3	9,6	9,3
İrlanda	8,1	7,4	6,0	6,6	6,1	7,6	9,3	8,9
İspanya	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,3	9,6	9,3
İsrail	7,7	7,2	7,1	7,6	7,5	7,9	7,7	7,3
İsveç	8,9	8,5	8,2	8,0	8,2	9,1	9,5	9,6
İsviçre	7,2	7,6	7,7	9,3	9,9	10,9	10,9	11,4
İtalya	–	–	7,8	7,1	7,9	8,7	9,4	9,2
İzlanda	6,3	7,2	5,8	8,2	9,5	9,4	9,3	9,0
Japonya	6,4	6,5	8,9	6,8	7,6	8,2	9,6	10,3
Kanada	7,0	8,1	3,9	9,0	8,8	9,8	11,4	10,9
Kore	3,6	3,5	5,4	3,7	4,3	5,6	7,3	7,6
Lüksemburg	5,2	5,2	7,0	5,6	7,5	7,9	7,2	7,1
Macaristan	–	–	4,4	7,3	7,2	8,4	8,0	8,0
Meksika	–	–	7,6	5,1	5,1	5,9	6,2	6,2
Norveç	7,0	6,6	4,8	7,9	8,4	9,0	9,4	9,3
Polonya	–	–	5,7	5,5	5,5	6,2	7,0	6,8
Portekiz	5,1	5,6	–	7,5	9,3	10,4	10,8	9,5
Slovakya	–	–	–	6,0	5,5	7,0	9,0	8,1
Slovenya	–	–	–	7,5	8,3	8,4	8,9	9,4
Şili	–	–	–	5,2	6,4	6,6	7,4	7,3
Yeni Zelanda	5,8	5,0	6,8	7,1	7,6	8,4	10,2	10,3
Yunanistan	5,9	–	6,7	8,7	8,0	9,7	9,5	9,3
ABD	9,0	10,4	12,4	13,7	13,7	15,8	17,7	16,9
Türkiye	2,4	1,6	2,7	2,5	4,9	5,4	6,7	5,4
Ortalama	6,6	6,7	6,9	7,5	7,8	8,7	9,5	9,3

Kaynak: Daştan ve Çetinkaya, 2015: 114.

Tablo 4 ve tablo 5’te yer alan bilgiler incelendiğinde Türkiye'nin sağlık harcamalarının gelişmiş ülkelerin oldukça altında bir düzeyde olduğu, hatta Türkiye'nin gelişmemiş pek çok ülkeden daha az sağlık harcaması yaptığı grlmektedir. 1980 yılından 2012 yılına kadar olan dönemdeki bilgilere göre tablodaki ülkeler arasından Türkiye sağlık harcamalarını en az yapan ülke konumundadır. 2012 yılı itibariyle bin doların altında sağlık harcaması yapılan tek lke Türkiye olarak görünmektedir. Yapılan sağlık harcamalarının GSYH oranına göre incelenmesi durumunda ise benzer sonuçlar elde edilmektedir. Türkiye'nin yine en düşük değere sahip olduğunun görüldüğü GSYH tablosunda, nüfus faktörünün etkisiyle diğer ülkelerle olan farkın biraz daha azaldığı grlmektedir. Yine de ortalama olarak yüzde 9,3 olan oranının Türkiye'de yüzde 5,4 olması düşündürücü ve önlem alınması gereken bir konudur.

Son açıklanan bilgilere göre Türkiye'nin sağlık harcamaları ile ilgili veriler aşağıda gösterildiği gibidir.

Tablo 6. Türkiye'de 2017 Yılı Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Sağlık Harcaması 140 milyar 647 milyon TL olarak gerçekleşti

Sağlık harcamaları 2017 yılında %17,4 oranında artarak, 140 milyar 647 milyon TL'ye ulaştı. Cari sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2016 yılında %94 iken, 2017 yılında %93.1 oldu.

Hizmet Sunucularına göre sağlık harcamaları, 2016, 2017

		(Milyon TL)					
	sağlık	Toplam		Genel devlet		Özel sektör	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017
Toplam							
harcaması		119 756	140 647	94 012	109 744	25 744	30 904
Cari sağlık harcaması		112 540	130 981	88 279	101 786	24 261	29 195
Hastaneler		60 141	69 636	49 099	56 826	11 042	12 810
Evde hemşirelik bakımı		1	1			1	1
Ayakta bakım sunanlar		14 257	17 163	10 283	11 403	3974	5760
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar		29 321	33 908	21 675	25 553	7645	8355
Halk sağlığı yönetimi ve sigorta		5 355	6011	5355	6011		
Genel sağlık yönetimi ve sigorta		498	601	272	293	227	309
Sınıflandırılmayan diğer kategori		2967	3660	1596	1700	1371	1960
Yatırım		7216	9666	5733	7958	1483	1709

Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Bilgi yoktur

Sağlık harcaması gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYH) %4,5'ini oluşturdu

Toplam sağlık harcamasının GSYH' ye oranı, 2017 %4.5 oldu. Genel devlet sağlık harcamasının GSYH' ye oranı ise %3., olarak gerçekleşti.

Sağlık harcamalarının %78'i genel devlet bütçesinden karşılandı

Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2016 yılında %78.5 iken 2017 yılında %78 olarak gerçekleşti

Sağlık harcamalarının %17,1'i hanehalkları tarafından karşılandı

Hanehalkları tarafından tedavi, ila. Vb. amaçlı yapılan cepte sağlık harcaması 2017 yılında %22.7 artarak 24 milyar 4 milyon TL oldu. Hanehalkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2017 yılında %17.1 olarak gerçekleşti.

Kişi başı sağlık harcaması 1 751 TL olarak gerçekleşti

Kişi başı sağlık harcaması 2016 yılında 1 511 TL iken, 2017 yılında %15.9 artarak 1.751 TL' ye yükseldi. Kişi başı sağlık harcaması ABD Doları (\$) bazında değerlendirildiğinde ise 2016 yılında 500 \$ iken 2017 yılında 480 \$ olarak hesaplandı.

Kaynak:http://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/RAPORLAR/tuik_2018_saglik_harcamalari_2017.pdf , Erişim Tarihi: 21.12.2018.

Tablo 6'da yer alan bilgilere göre Türkiye'de sağlık harcamaları bir önceki yıla göre Türk Lirası cinsinden yüzde 16 düzeyinde artış göstermiştir. Döviz kurlarındaki dalgalanmanın etkisiyle dolar cinsinden bu değer düşüş gösterdiği tablo üzerindeki dikkat çeken noktalardan birisidir. Devletin sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamasına oranının yüzde 78 düzeyinde sabit kalması, göz önünde bulundurulması gereken bir ayrıntıdır. GSYH'nin yüzde 4,5'inin sağlık harcamalarına ayrılması, Türkiye'nin sağlık harcamaları konusunda istenen iyileşmeyi sağlamadığını göstermektedir.

2.2. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kapsamı

Sağlıkta dönüşüm programıyla ilgili yıllara göre bilinmesi gerekenler aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir.

Tablo 7. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Tarih	Değişiklik
	Sağlıkta Dönüşümün Programı açıklandı.
2003	Performansa dayalı ek ödeme pilot çalışması başladı Devlet memurları özel hastanelerden yararlanmaya başladı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödemeye geçildi Aile hekimliği pilot uygulaması başladı
2004	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası TBMM' ye gönderildi. İlaç fiyatlarının belirlenmesinde ülkelerarası referans fiyatlamaya geçildi. İlaçta geri ödeme referans fiyatlama yöntemine geçildi. İlaçta KDV oranı %8' e indirildi. SSK sağlık kurumları ve bazı kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredildi.
2005	SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başladı Yeşil kart sahiplerinin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödemeye başladı Yeşil Kart sahiplerinden ilaçta %20 katılım payı alınmaya başladı. Sağlık Bakanlığı hastanelerine global bütçe uygulamasına geçildi. Daha önce geri ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı.
2006	Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı maddeleri iptal edildi. Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi.
2007	Sosyal Güvenlik Kurumunda MEDULA sistemi devreye girdi. Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili kanunlar yürürlüğe girdi.
2008	Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası ile ilgili kanunlar yürürlüğe girdi. 18 yaş altında tüm nüfus güvence altına alındı. İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz +%15 olarak değiştirildi.
2009	Ödeme Komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayınlandı. Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi. Yeşil Kartlılar özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakımlarından ücretsiz yararlanmaya başladı. İlaçta global bütçe uygulamasına geçildi.
2010	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde yeni indirim oranları getirildi. Aile hekimliği tüm yurttan yaygınlaştı. Özel hastaneler sınıflandırılarak alabilecekleri ilave ücretler belirlendi. Aktif kamu çalışanları ve bağımlıları SGK' ya devredildi. Tam gün yasası ile ilgili düzenlemeler yapıldı.
2011	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde teşhisle ilişkili gruplara geçildi. Tam gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı.

Kaynak: Tatar, 2011: 128.

Tablo 7’de yer alan bilgilere göre sağlıkta d6nüşüm programının açıklandığı 2003 yılından itibaren devam eden düzenlemeler ve girişimler bulunmaktadır. Yapılan düzenlemeler incelendiğinde köklü değişiklikler yapılması için alınan kararların olduğu görölmektedir. 2003-2011 yılları arasında Sağlıkta D6nüşüm Programı’nın 1.fazı olarak nitelendirilen bölümde yaşanan en önemli gelişmeler ise 2004 yılında hastanelerde performansa dayalı ek ödemeye geçilmesi, 2008 yılında 18 yaş altı tüm bireylerin Genel Sağlık Sigortası altında güvence altına alınması ve 2011 yılında tam gün yasası ile özel muayenahanelerin kapatılması olarak sıralanabilmektedir. Yine Sosyal Güvenlik Kurumu Kanununun çıkarılması, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun yürürlüğe girmesi de bu dönemde yaşanan önemli gelişmelere örnek olarak gösterilebilir.

2.2.1. Sağlıkta D6nüşüm Programının Amacı

Toplum için sağlık, kaybedildiğinde ikame edilmesi en zor konulardan biri olması nedeniyle üzerinde önemle durulan bir konudur ve devletlerin toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için adımlar atmaları gerekmektedir.

Sağlıkta d6nüşüm programı ile hastaların ve hasta yakınlarının sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyeti artırmak hedeflenmektedir. Bu hedefe ne düzeyde ulaşıldığıyla ilgili çok sayıda çalışma yapılmış, yapılmaya devam etmektedir ve çalışmalarda farklı sonuçlar elde edildiği görölmektedir (Bostan ve Çiftçi, 2016: 7).

Sağlıkta d6nüşümün başlıca hedefleri aşağıdaki gibi maddeler halinde sıralanmaktadır (Soysal ve Yağar, 2015: 318):

- i. Toplumun tamamını kapsayacak şekilde genel sağlık sigortası oluşturma,
- ii. Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rollerini yeniden düzenleme,
- iii. Kaliteli bir şekilde sağlık hizmetleri sunumunun yapılmasını ülkenin geneline yayma,

- iv. Yeterli sağlık personeli sayısına ulaşma,
- v. Sağlık alışanlarının motivasyon düzeyini yükseltme,
- vi. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırma ve akreditasyon sağlama,
- vii. Sağlık sistemini destekleyecek yeterlilikte eğitim ve bilim kurumları oluşturma,
- viii. Akılcı ilaç kullanımı için uygun altyapıyı oluşturma,
- ix. Sağlık hizmetlerinde malzeme yönetiminde kurumsal yapılanmayı gerçekleştirme,
- x. Sağlık bilgi sistemi aracılığıyla karar süreçlerinde bilgiye erişim olanaklarını artırma şeklindedir.

2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Kapsamı

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı genel sağlık sigortası ve aile hekimliği uygulamasıyla ilgili süreçlerin etrafında şekillenmektedir (Aksakoğlu, 2006: 3). Bu nedenle Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programının kapsamına dair genel sağlık sigortası ve aile hekimliğinin önemli bir yeri vardır.

Sağlıkta dönüşüm programını araştırırken hastanelerin konumu, hastaların yaklaşımı, sağlık personelinin düşüncesi, toplum sağlığının durumu gibi konuları dikkate almak gerekmektedir (Harmancı Seren, 2014: 23). Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programının içeriğini sağlıklı bir biçimde belirleyebilmek adına böyle bir bakış açısına gerek vardır. Örneğin hastaların ve hasta yakınlarının programın kapsamından memnun olmasına karşın sağlık personelinin programdan rahatsızlık duyması söz konusu olabilir. Bu gibi örnekleri artırmak mümkün olduğu için Türkiye'de sağlıkta dönüşümün kapsamına dair farklı yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olmasını sağlamak hedeflenmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlıkla ilgili adımların yanında sosyal amaçlar önemli bir yere sahiptir.

Bu nedenle sağlıkta d n    m programı kapsamında sosyal güvenlik reformu nitelendirmesi yapılmaktadır (Soysal ve Yağar, 2015: 318).

2.2.3. Sağlıkta D n    m Programı Süreci

Sağlıkta d n    m, Türkiye'de uzun yıllardan beri gündemde olan konulardan bir tanesidir. Sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde sunulması, finanse edilmesi, planlama ve denetimin daha iyi yapılması gibi reformların gerçekleşmesine yönelik çabalar, sağlıkta d n    m sürecinin temelini oluşturmaktadır ( avmak ve  avmak, 2017: 51). Bu nedenle sağlıkta d n    m sürecinin Türkiye'nin gündeminde uzun süredir yer alması olağan karşılanmaktadır.

Türkiye'de sağlıkta d n    m sürecinin Cumhuriyetin ilan edilmesinin ardından dönemlere göre incelenmesi halinde aşağıdaki gibi bir sıralama ortaya çıkmaktadır (Kasapoğlu, 2016: 135):

- i. Sağlıkta d n    mde birinci dönem (1923'ten 1938'e kadar olan yılları içermektedir),
- ii. Sağlıkta d n    mde ikinci dönem (1938'den 1950'ye kadar olan yılları içermektedir),
- iii. Sağlıkta d n    mde     nc  dönem (1950'den 1960'a kadar olan yılları içermektedir),
- iv. Sağlıkta d n    mde dördüncü dönem (1960'dan 1980'e kadar olan yılları içermektedir),
- v. Sağlıkta d n    mde beşinci dönem (1980'den 2000'e kadar olan yılları içermektedir),
- vi. Sağlıkta d n    mde altıncı dönem (2000 yılından günümüze kadar olan yılları içermektedir) şeklindedir.

2000 yılı ve sonrası sağlıkta d n    m programı açısından diğer dönemlere göre daha önemli bir yere sahiptir. Bunun nedeni Türkiye'de sağlıkta d n    m programının 2003 yılında hayata geçirilmeye ba lamasıdır (Bıyık ve Tekin, 2015: 103). 2003 yılında sağlıkta d n    m programının uygulanmaya başlamasıyla birlikte

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin içeriğinde kayda değer değişiklikler yaşandığı bilinmektedir.

2.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Önemi

Sağlıkta dönüşüm programı ile ilgili değinilen hususlar, programın önemine dair aydınlatıcı bilgiler içeriyor konunun ayrı bir başlık altında yeniden ele alınması gerekli görülmüştür. Toplumun tamamını içerecek şekilde sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinin yapılması, sağlıkta dönüşüm programının önemini meydana getirmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2011: 60). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılması hedefiyle birlikte bu konuda ilerleme kaydedilmesi tasarlanmaktadır.

Resmi ve resmi olmayan aktörlerin sağlıkta dönüşüm programı üzerinde etkili olması, sağlıkta dönüşümün önemini oluşturan konulardan birisidir. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programında etkisi bulunan bu aktörler arasından öne çıkanları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Memişoğlu, 2010: 82):

- i. Sağlık Bakanlığı,
- ii. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı,
- iii. Maliye Bakanlığı,
- iv. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı,
- v. Yüksek Öğretim Kurumu,
- vi. OECD,
- vii. IMF,
- viii. Dünya Bankası,
- ix. Dünya Sağlık Örgütü,
- x. Sendikalar ve diğer sivil toplum örgütleri şeklindedir.

Sıralanan aktörlerin her birisinin sağlıkta dönüşüm sürecine farklı düzeyde katkıları olmuştur. Bakanlıklar ve ulus ötesi kurumların yanında sivil toplum örgütlerinin katkıları göz ardı edilmemesi gereken bir ayrıntı niteliği taşımaktadır.

2.2.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamındaki Faaliyetler

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programını öncelikle sağlık hizmetlerine erişim açısından ele almak gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine kısıtlı erişimin daha geniş çevreye yayılmasını sağlayan sağlıkta dönüşüm programı, sağlık hizmetlerine olan talebin kayda değer düzeyde artmasını beraberinde getirmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte gerçekleşen bu değişimin dolaylı ve doğrudan etkiler aracılığıyla gerçekleştiğini söylemek mümkün görünmektedir. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı Türk Sağlık Sistemi üzerinde yapısal değişiklikler ortaya çıkarmıştır (Atılgan, 2015: 9).

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında yürütülen faaliyetlerde sürdürülebilir olmayı sağlamak büyük önem ifade etmektedir. Sağlıkta sürdürülebilirliği sağlamak için sağlam finansman modeline ihtiyaç duyulmaktadır (Soyer, 2009: 180). Bunun için bütçe planlamasının etkili bir biçimde yapılması ve genel sağlık sigortası kapsamında yeterli gelir elde edilmesi gerekmekte, elde edilen gelirler sağlık hizmetlerinde doğru bir biçimde kullanılmalıdır.

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı kapsamında yürütülen faaliyetlerde belirli amaç ve hedefler etrafında ilerleme kaydedilmiştir. Bu amaç ve hedefler aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir.

Tablo 8. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları

Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları Sağlıkta Dönüşüm Programının Sonuçları

Birinci Basamak

Sağlıkta dönüşüm programı için gerekli ortamın oluşması finansal kaynakların kuvvetlendirilmesi, hizmet kalitesinin gelişimi, devamlılığın sağlanması ve sigorta işleyişinde kapsamın geniş tutulmasını içerir.

2015 yılı sonuna kadar anne ölüm hızının azaltılması

2016 yılı sonuna kadar bebek ölüm hızının azaltılması

İkinci Basamak

Aile hekimliği hizmetinin başlaması ve genel sağlık sigortasının uygulanmasında gerekli bütün işlemlerin hazırlanmasını içerir.

Sağlık hizmetlerinden vatandaşların yararlanabilmesi için önlerine maddi engel çıkarılmaması

Sağlık hizmetlerinin kullanılmasında Avrupa Birliği standartlarında olmasının sağlanması

Sağlıkta harcamaların ülkenin ekonomisi ile paralel düzeyde artışının sağlanması

Sigorta hizmetinde yapılan genel vergilerin azaltılması

Kaynak: Erdoğan, 2014: 109.

Tablo 8’de görüldüğü üzere Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı kapsamında birinci ve ikinci basamak şeklinde ayrılan hedeflerin gerçekleşmesine yönelik faaliyetler yürütülmüştür. Bebek ve anne ölüm hızının düşürülmesi, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların artması, sağlık hizmetleri konusunda AB standartlarına ulaşılması, vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanması sürecinde ekonomik engellerin ortadan kaldırılması gibi amaçlara yönelik faaliyetlerin varlığı görülmektedir. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programının amaçlarının hizmet kalitesi, sürdürülebilirlik, aile hekimliği uygulaması, finansal kaynakların güçlendirilmesi, genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi gibi konuları içerdiği yine yukarıdaki tablo aracılığıyla anlaşılmaktadır.

2.3. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm İhtiyacını Karşılama İçin Yürütülen Çalışmalar

Dünyada sağlık reformu ile ilgili girişimler Almanya, İngiltere, Kanada, Arjantin, Şili gibi ülkelerde uygulanmaya başlamıştır (Harmancı Seren, 2014: 20). Görüldüğü üzere gelişmiş ülkelerin yanı sıra gelişmekte olan ülkelerin de sağlık reformu için öncü olacak şekilde çaba göstermesi söz konusudur. Türkiye ise burada değinilen gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre sağlık reformu konusunda geç harekete geçmiş bir ülkedir.

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı gereğince sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi konusunda yapılan çalışmalarda Avrupa ülkeleri ile kıyaslamalar yapılmıştır. Yapılan araştırmalar neticesinde İngiltere, Almanya, Portekiz ve Hollanda gibi Avrupa ülkelerinin sağlık finansman sistemlerinin uyarlanması faydalı olacağı ifade edilmiştir (Çelikay ve Gümüş, 2011: 58). Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ihtiyacını karşılamak için finansal sistem özelinde yapılan araştırmaların önemli bir yeri vardır.

Sağlıkta dönüşüm ihtiyacını karşılayabilmek için bazı konularda ayarlama (regülasyon) yapılmıştır. Bu konular arasından öne çıkanları aşağıdaki tabloda üzerinde gösterildiği gibidir.

Tablo 9. Sağlıkta Dönüşümle Birlikte yapılan Regülasyonlar

Regülasyon Adı	Yıl	Regülasyon Konusu
Sağlıkta Dönüşüm Programı	2003	Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sunumu ve finansmanı
Sosyal Güvenlik Kurumu	2006	Sosyal Güvenlik Kurumunun kuruluş, teşkilât, görev ve yetkilerine ilişkin usul ve esasları düzenlenmektedir. (5502 sayılı kanun)
		Sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak, bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlenmektedir. (5502 sayılı kanun)

Sağlık Uygulama Tebliğ	2007	5502 ve 5510 sayılı kanunlar çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve kapsam maddesinde olan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ödenecek bedellerin bildirilmesidir.
Aile Hekimliği	2011	2002' de pilot bölgede başlanan ve 2011 yılı itibariyle Türkiye genelinde başlanan Aile Hekimliği modeli birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanmasını ifade etmektedir. (5258 sayılı kanun)

Kaynak: Gülşen ve Yıldırım, 2017: 164.

Tablo 9'da görüldüğü üzere sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte kademe kademe ilerleme kaydedilmiş, aile hekimliği örneğinde olduğu gibi bazı uygulamalarda ise pilot uygulama yapıldıktan sonra Türkiye genelinde uygulamaya geçilmesi söz konusu olmuştur.

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ihtiyacını karşılamak için yapılan çalışmalardan bazıları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Bostan ve Çiftçi, 2016: 2):

- i. Sağlık bakanlığının teşkilat yapısı değiştirilmiş, yeniden yapılandırılma işlemi gerçekleşmiştir.
- ii. Kamu hastaneleri tek çatı altında toplanmıştır.
- iii. Özel hastanelerde kamu hastanelerine oranla hizmet sunumu ve ilaç gibi konularda daha geniş kapsamlı bir biçimde değişim gerçekleşmiş, bir anlamda dönüşüm yaşanmıştır.
- iv. Aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılacak şekilde uygulanmaya başlamıştır.
- v. Evde bakım hizmetleri, merkezi randevu sistemi, hasta hakları gibi konularda yeniden yapılanma adımları atılmıştır.
- vi. Sağlık hizmetlerinin sunulması sürecinde bürokrasi azaltılmıştır.
- vii. Genel sağlık sigortası sistemi uygulamaya geçirilmiştir.

Sağlık kurumların bürokrasinin azaltılması için yürütülen çalışmalar, Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ihtiyacını karşılamak üzere yürütülen çalışmalar kapsamında yer almaktadır. Bu hususlar aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir.

Tablo 10. Sağlıkta Dönüşümde Bürokrasiyi Azaltmak İçin Yapılan Çalışmalar

Bilgi, Belge İstenmesi	.Kurumda olan belgeleri isteme .Noter tasdiki isteme, yerine belgenin aslını gör suretini al. .Nüfus cüzdan sureti, adli sicil kaydı, ikamet kaydı, sağlık raporu isteme; yerine beyan al. .Nihai işlem yapılma aşamasına kadar belge isteme. .Başka kurumlarda olan belgeleri isteme ve o kurumlarla paylaş. .Belgenin aslı yerine suretini, örneğini kabul et. .Gereksiz yazışma yapma. .Yazışmalara süre sınırlaması getir ve uygula. .Yazışmaları elektronik ortamda yap. .Yazışmalarda paraf ve imza atan görevli sayısını azalt, ara kademeleri kaldır.
Yazışmalar	.Kuruma gelen evrakı talep sahibinin huzurunda öngörülen sürede sonuçlandır, olumlu ya da olumsuz sonucu talep sahibine bildir. .Gelen evraka alındı fişi düzenle. .Gelen evrakla ilgili talebi hizmet standartlarında öngörülen sürede sonuçlandır, olumlu ya da olumsuz sonucu talep sahibine bildir. .Sonucun olumsuz olması durumunda gerekçesini ve sonraki müracaat mercilerinin iletişim bilgileri de bildir.
Yetki Devri	.Hizmeti, hizmet talep edene yakın noktada sun. .Tek kapıda hizmet imkânlarını geliştir. .Merkez birimlerinde yukarıdan aşağıya yetki devret. .Merkez birimlerinden taşraya yetki devret. .Taşrada daha alt kademelere yetki devret. .Hizmet binalarına tekerlekli sandalye rampaları yap. .Mümkün olan binalara asansör yap.
Özürllülerin Erişimi	Hizmete refakatçi görevlisi bulundur. .Özür durumuna uygun yönlendirme işaretleri bulundur. .Özürllü tuvaleti ve banyosu dizayn et. .Özürllü araç park yeri ayarla.

Hizmet Standartları	.Asansör yapılamayacak olup üst katlarda hizmet veren birimlerden hizmet alacak özürllüler için bina girişlerine çağrı butonu koy ve bu tür talepleri karşılayacak personel bulundur. .Her kurumun sunduğu hizmetlere standart belirle. .İstenen belgeleri açık açık belirt. .Hizmet sunum süresini taahhüt et ve bu süreye uy. .Hizmet akışında meydana gelecek aksaklıklar için birinci ve ikinci müracaat yerlerini, iletişim adreslerini belirle. .Hizmet envanter ve hizmet standartlarını hizmet kapılarında ve kurumsal internet sayfalarında ilan et.
----------------------------	---

Kaynak: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> , Erişim Tarihi: 28.02.2019.

Görüldüğü üzere belge isteme, yetki devri, yazışmalar, hizmet standartları, engelli bireylerin hizmetlere olan erişimleri gibi konularda çalışmalar yapılarak sağlıkta dönüşüm kapsamında bürokrasinin azaltılması için girişimler olmuştur.

2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi

Sağlık sektörü kamusal alanda hizmet veren tüm sektörler arasında toplumun birbiriyle iletişim ve etkileşim içinde olduğu hizmetin 7 gün 24 saat devam ettiği en dinamik hizmet olarak nitelendirilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu programın en önemli basamağı olarak görülen Kamu Hastaneler Birliği, hizmet sunumundaki kalitenin artırılması ve kamu kaynaklarının daha verimli bir biçimde kullanılmasından hareketle kurgulanmış ve hayata geçirilmiştir.

Anayasamızın 60. Maddesine istinaden, “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar” denilmektedir. Yine Anayasamızın 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.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye'deki mevcut sağlık sistemini analiz ettiği 2000 Yılı Raporu ve ülkemizde sağlık sisteminde yaşanan mevcut sorunlar (sağlık hizmetlerindeki mali artışlar, hasta memnuniyetinin azalması, kamu ödeme kapasitesinin sınırlanmaya başlaması vb. nedenler) 2002-2003 yılları arasında yönetimde olan siyasi otoritenin “Acil Eylem Planı” çerçevesinde “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın hazırlık çalışmalarını başlatmasını sağlamıştır. Bu minvalde sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli olarak en uygun şekilde yeniden örgütlenmesi, finans kaynaklarının gözden geçirilmesi, bireylere sunulan hizmetin eşit hale getirilmesi ve sürdürülebilirlik ilkesiyle bu doğrultuda ilerlemesi amaçlarıyla 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” başlatılmıştır.

Çalışmanın bu kısmında 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” hakkında değerlendirme yapılırken 2003-2011 yılları arasındaki dönem ve 2009 sonrası dönem şeklinde değerlendirme yapılmaktadır.

Sağlıkta dönüşüm programı değerlendirilirken görsel ağırlıklı olacak şekilde ilerleme kaydedilmesi tercih edilmiştir.

2.4.1. 2003-2011 Yıllarına Yönelik Değerlendirme

2003 yılında uygulamaya geçirilen sağlıkta dönüşüm programı, ilk yıllarda hızlı bir biçimde etkisini göstermiştir. Toplum tarafından olumlu bir şekilde karşılanan sağlıkta dönüşüm programının değerlendirmesinde esas önemli nokta ise sürdürülebilirliktir. Bunu gerçekleştirmenin yolu da etkili bir finansman modeline sahip olmaktır (Soyer, 2009: 180).

Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte ilaç ve tedavi giderlerine ilişkin veriler aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir.

Tablo 11. Türkiye'de Tedavi ve İlaç Giderleri 2002-2009 (Milyar TL)

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Yıllık Artış Oranı %
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	----------------------

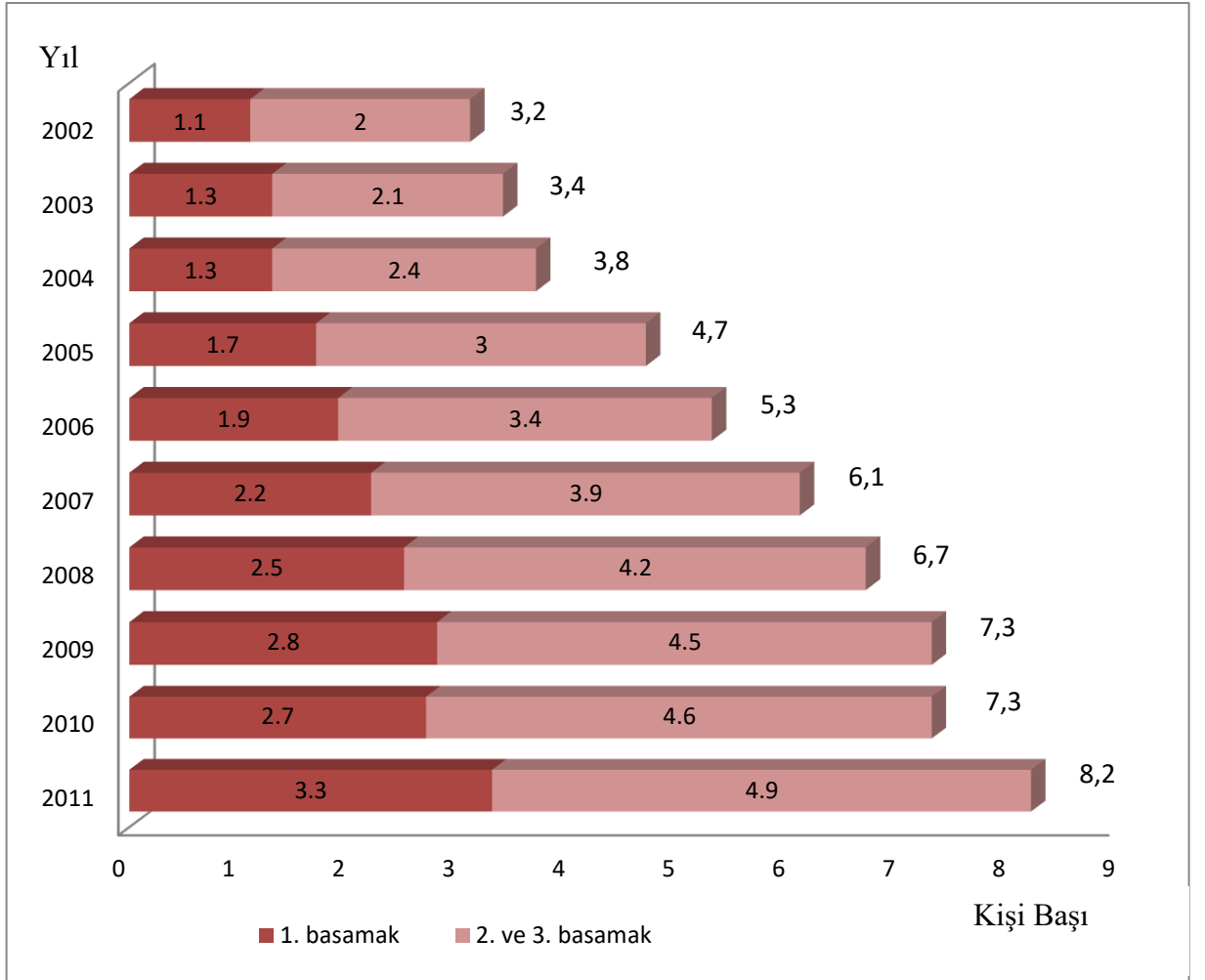
Toplam												
Kamu												
Sağlık												
Harcaması	9,9	13,6	16,8	17,6	23	26,7	32,6	38,5	39,7	45,0	17,9	
(Sadece												
Tedavi ve												
İlaç												
Giderir)												
İlaç	5,2	6,8	7,9	8,7	10,1	11,1	13	16,1	15,3	16	13,3	
Tedavi	4,2	6,1	8,1	7,9	12,1	14,7	18,5	21,0	22,4	25,2	21,8	
Devlet												
Hastaneleri	2,6	4	5,4	4,9	7,8	9,2	10,2	11,9	12,7	14,2	19,6	
Üniversite												
Hastaneleri	1,1	1,4	1,7	1,7	2,2	2,7	3,4	3,6	4,1	4,6	17,2	
Özel												
Hastaneler	0,6	0,8	1,0	1,3	2,1	2,8	4,8	5,5	5,5	6,4	33	
Diğer												
Sağlık	0,5	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	0,5	0,5	0,6	-	
Gid.**												
Aile												
Hekimliği	0	0	0	0	0	0	0,5	0,8	1,4	3,1	-	
Toplam												
SGK												
Harcaması												
(Sadece	7,6	10,7	13,2	13,6	17,7	20,0	25,4	28,8	32,5	36,5	18,2	
Tedavi ve												
İlaç												
Giderleri)												
Tedavi	2,8	4,4	5,9	5,6	8,5	10,3	14	15,1	18,5	21,9	24,4	
İlaç	0,3	5,6	6,4	7	8,4	8,8	10,7	13,2	13,5	14,1	14,0	
Devlet												
Hastaneleri	1,8	3,0	4,1	3,5	5,4	6,4	7,3	7,9	9,6	11,3	20,0	
Üniversite												
Hastaneleri	0,6	0,8	1,1	1,1	1,3	1,5	2,3	2,5	3,6	4,1	23,0	
Özel												
Hastaneler	0,4	0,5	0,7	1,0	1,7	2,3	4,4	4,7	5,2	6,4	40	
Diğer												
Sağlık	0,5	0,8	0,8	1,0	0,8	1,0	0,7	0,5	0,5	0,5	-	
Gid.**												

Kaynak: Erol ve Özdemir, 2014: 25.

Tablo üzerinde yer alan veriler incelendiğinde Türkiye'de toplam kamu sağlık harcaması ile toplam SGK harcaması miktarının ilgili dönemde önemli ölçüde artış gösterdiği anlaşılmaktadır.

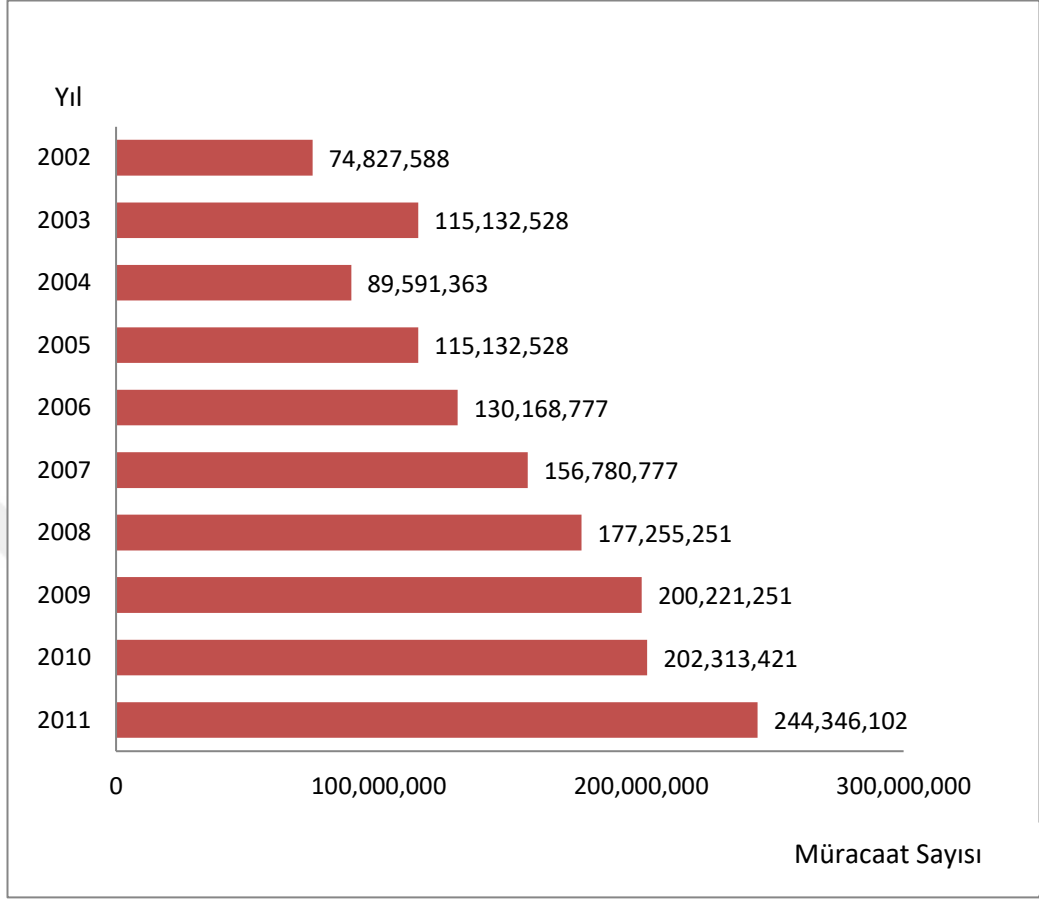
Aynı dönemde sağlık hizmetlerine yapılan müracaat oranları ve toplam müracaat satıları ise aşağıdaki şekillerde gösterildiği gibidir.

Şekil 11. Türkiye'de Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı (2002-2011)



Kaynak: Bahçe, Köktaş ve Abukan, 2013: 301.

Şekil 12. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Müracaat Sayısı (2002-2011)



Kaynak: Bahçe, Köktaş ve Abukan, 2013: 301.

Şekil 11 ve şekil 12’ye göre kişi başına sağlık hizmetlerine müracaat sayısı ve hekime müracaat sayısı 2003 yılından itibaren düzenli bir biçimde artış göstermiştir. Hekime müracaat sayılarının birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak hizmetler için geçerli olduğu görülmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programının uygulamaya geçmesi ile birlikte finansman açısından elde edilen veriler ise aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 12. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ile İlgili Veriler

Yıl	Reformlar	Sağlık Harcaması Payı (%)			
		Devlet	Sosyal Güvenlik Fonları	Özel Kesim Özel Kesim (toplam)	Cepten Harcamalar
2003	Sağlıkta Performansa dayalı ek ödeme pilot çalışması başladı. Devlet memurları özel hastanelerden yararlanmaya başladı.	2,7	44,2	28,8	18,9
2004	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödemeye geçildi. Aile hekimliği pilot uygulaması başladı. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası TBMM'ye gönderildi. İlaç fiyatlarının belirlenmesinde ülkelerarası referans fiyatlamaya geçildi. İlaçta geri ödemedeki referans fiyatlama yöntemine geçildi. İlaçta KDV %8'e indirildi.	26,2	45,5	28,3	20,2
2005	SSK sağlık kurumları ve bazı kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredildi. SSK üyeleri ilaçların serbest eczanelerden almaya başladı. Yeşil Kart sahiplerinin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başladı. Yeşil Kart sahiplerinden ilaçta %20 katılım payı alınmaya başlandı.	27,3	40,4	32,3	24,2

2006	Sağlık Bakanlığı hastanelerine global bütçe uygulamasına geçildi. Daha önce geri ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı. Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı maddeleri iptal edildi.	27,2	41,7	31,1	23,6
2007	Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi. Sosyal Güvenlik Kurumunda MEDULA sistemi devreye girdi. Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili kapsamlı düzenlemeler yapıldı.	28,4	40,4	31,2	23,9
2008	Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası ile ilgili kanunlar yürürlüğe girdi. 18 yaş altında tüm nüfus güvence altına alındı.	26,7	46	27,3	19,2
2009	İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz + %15 olarak değiştirildi. Ödeme komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayınlandı. Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi.	31	49,5	19,5	14,5

Kaynak: Atılgan, 2015: 20.

Tablo 12’de görüldüğü üzere sağlıkta dönüşüm programının istenen etkililikte uygulanabilmesi için düzenli olarak adımlar atılması söz konusu olmuştur.

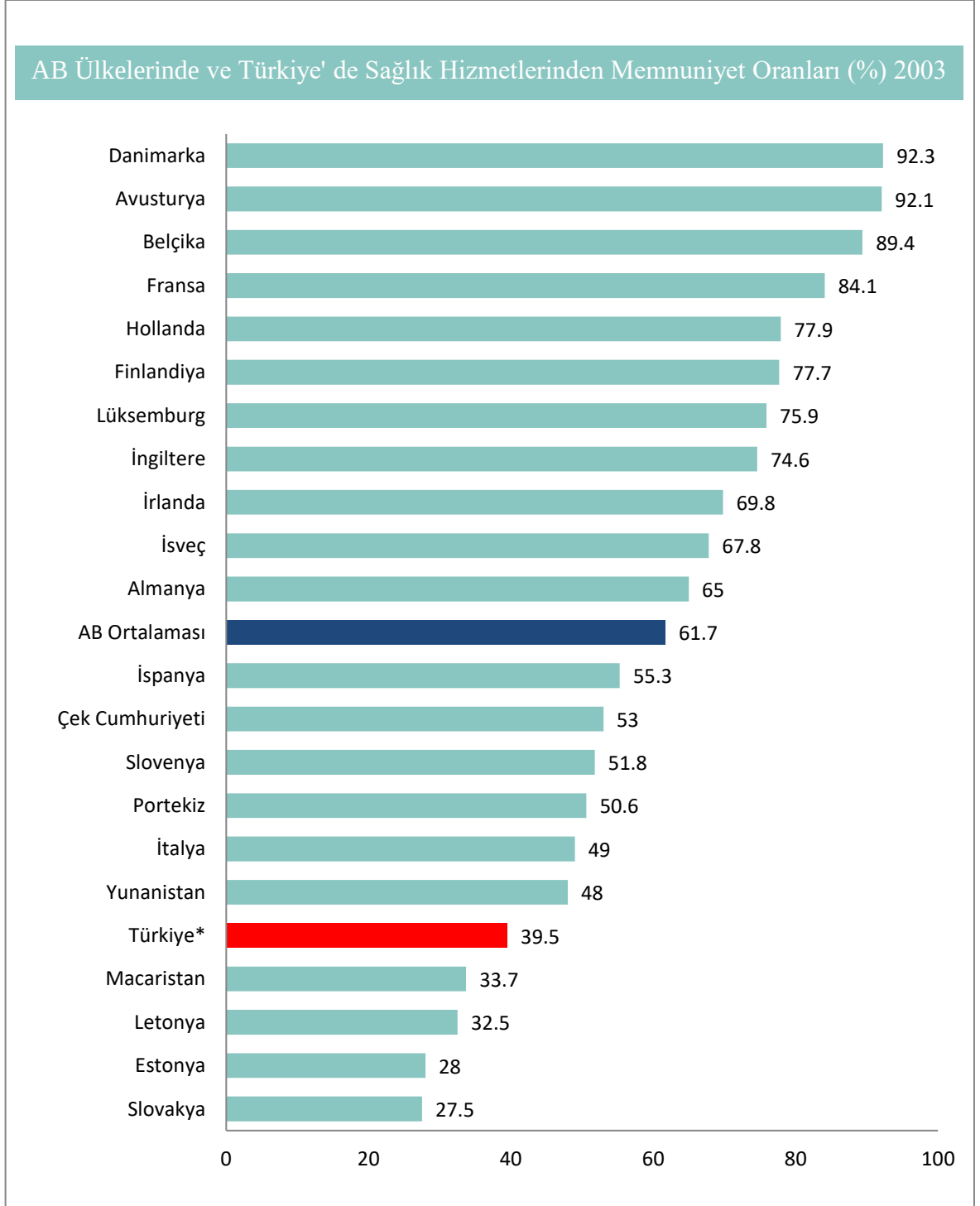
Sağlıkta dönüşüm kapsamındaki hizmetlerin finanse edilebilmesi noktasında devletin payının 2003 yılında yüzde 27 düzeylerinde seyrederken 2009 yılında yüzde 31'e ulaştığı, 2011 yılında ise yeniden yüzde 27 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Sosyal güvenlik fonları ise sağlıkta dönüşüm programının uygulanmaya başladığı yıl yüzde 44 iken 2009 yılına gelindiğinde 49.5, 2011 yılında ise yüzde 52.1 seviyesine gelmiştir. Sağlıkta dönüşüm programının uygulanmaya başladığı dönemde 2003 yılında yaklaşık yüzde 29 olan özel kesimin oranı ise 2009 yılında yüzde 19.5, 2011 yılında ise yüzde 20.9 olarak belirlenmiştir.

2.4.2. 2011 ve Sonrasına Yönelik Değerlendirme

2011 yılında aile hekimliği Türkiye geneline yayılacak şekilde uygulanmaya başlamıştır ve bu süreç şu şekilde açıklanmaktadır: “2002’de pilot bölgede başlanan ve 2011 yılı itibariyle Türkiye genelinde başlanan Aile Hekimliği modeli birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanmasını ifade etmektedir. (5258 sayılı kanun)” (Gülşen ve Yıldırım, 2015: 164-165)

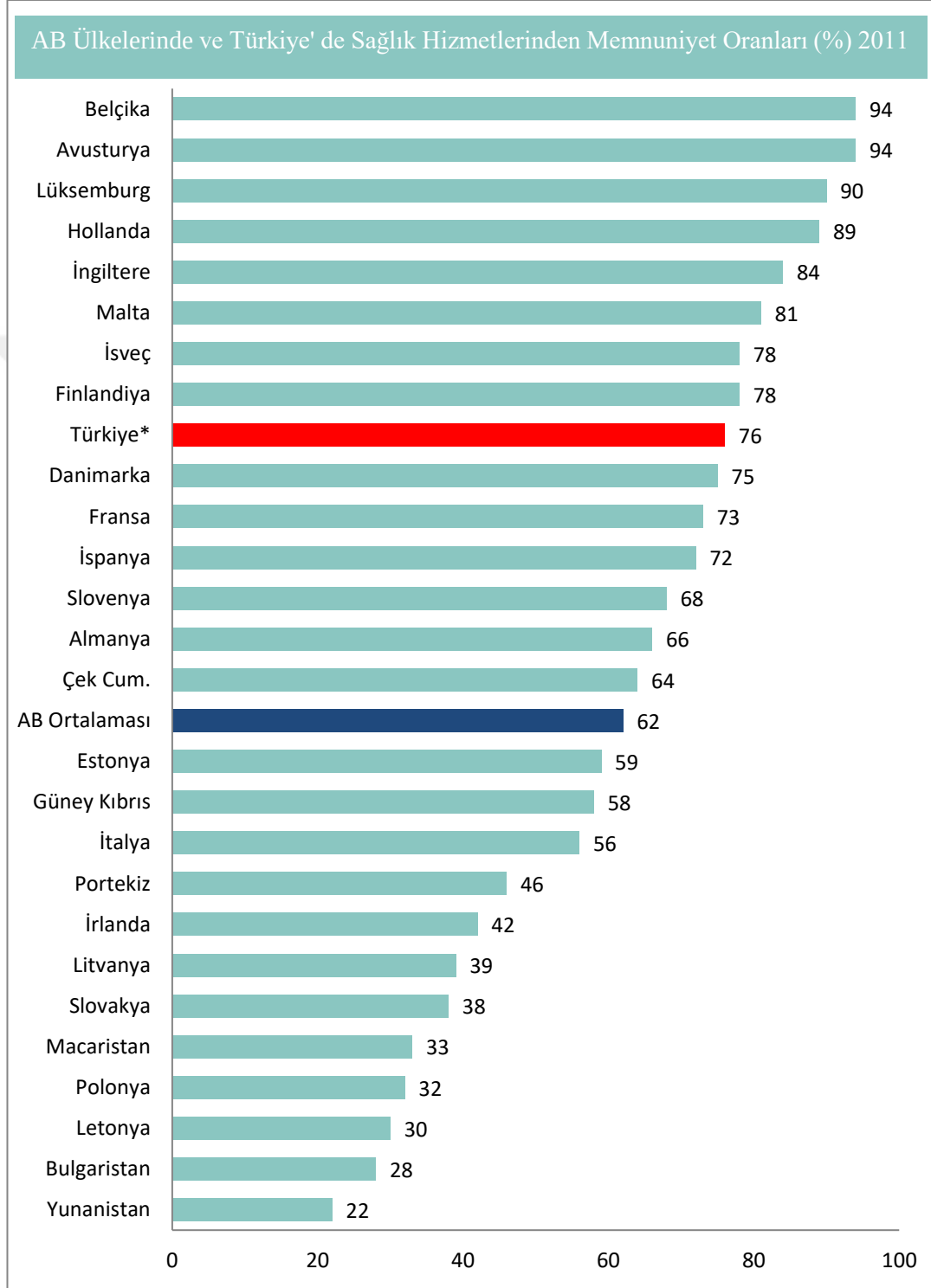
Sağlıkta dönüşüm programı hakkında değerlendirme yaparken sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı verileri yardımcı rol oynamaktadır. Bu kapsamda elde edilen veriler aşağıda gösterildiği gibidir.

Tablo 13. Türkiye'de ve Avrupa Birliği Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet Oranı (2003)



Kaynak: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> , Erişim Tarihi: 01.03.2019, s.360.

Tablo 14. Türkiye'de ve Avrupa Birliği Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet Oranı (2011)



Kaynak: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> , Erişim

Tarihi: 01.03.2019, s.361.

Tablo 13 ve tablo 14’te yer alan verilerden hareketle 2003 yılında yüzde 39,5 memnuniyet oranıyla Avrupa Birliği ülkelerinden yalnızca 4 tanesini geçebilen Türkiye, yine aynı yıl içerisinde yüzde 61,7 olan Avrupa Birliği ortalamasının yüzde 22,2 oranında aşağısında kalmıştır. 2011 yılı verilerine bakıldığında ise Türkiye’de sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı yüzde 76 seviyesine ulaşmıştır. 2011 yılı Avrupa Birliği ortalaması ise yüzde 62’dir. Aradan geçen 8 senelik sürede Türkiye’nin sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranını 2 katından fazlasına taşıdığı görülmektedir. Sağlıkta dönüşüm programının değerlendirilmesi noktasında bu veriler önemli bir yere sahiptir.

2.5. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye Göre Taşra Teşkilatı Yapısı

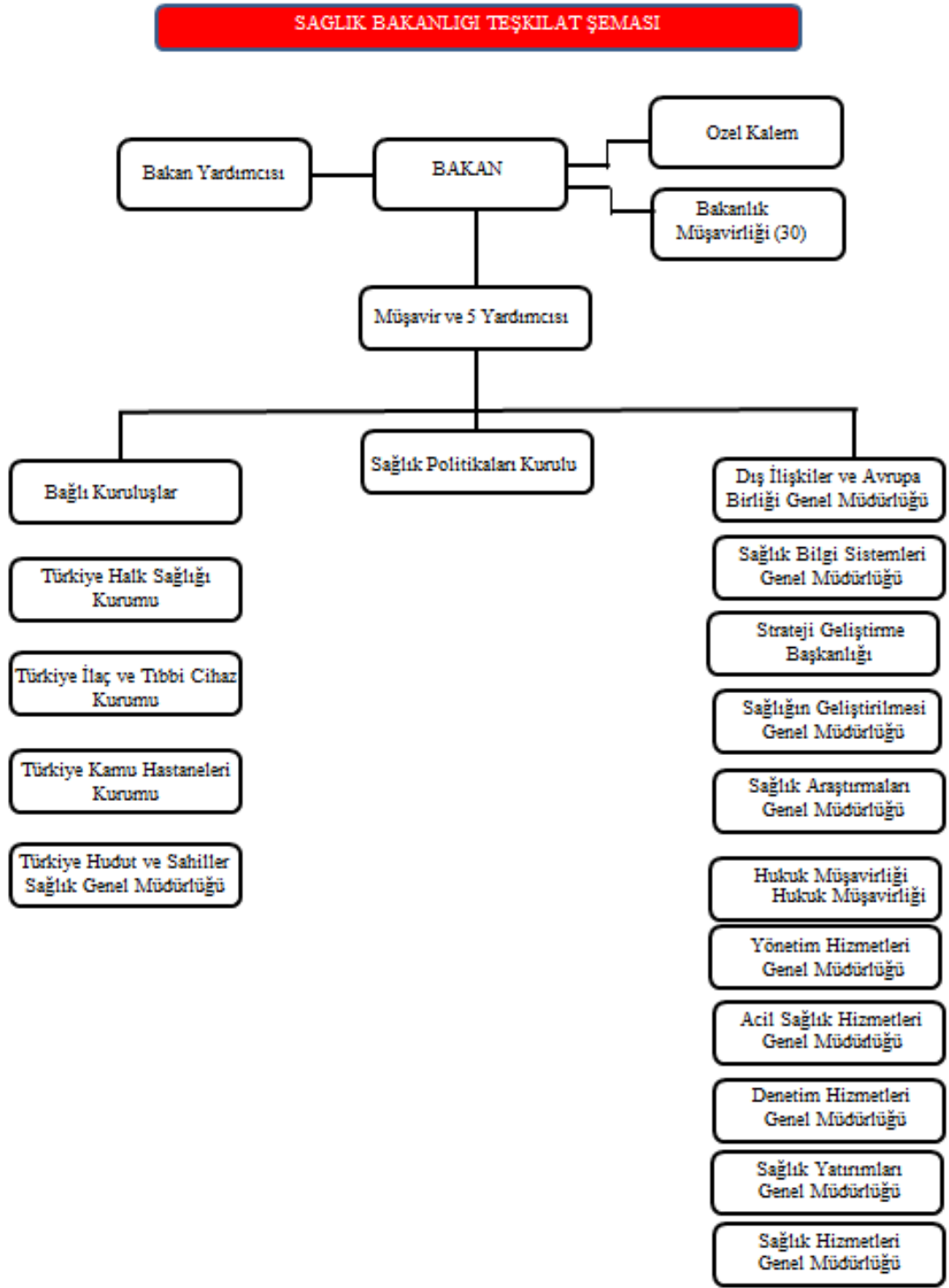
Bu kısımda 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ve 694 sayılı Olağanüstü Hal kapsamında yapılan düzenlemelere göre taşra teşkilat yapısı açıklanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü konularına ilişkin açıklamalar getirilmektedir.

2.5.1. Sağlık Bakanlığı

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin amacı şu şekildedir. “Bu Kanun Hükmünde Kararnamenin amacı; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir” (www.resmigazete.gov.tr).

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye göre Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı aşağıdaki şekilde gösterildiği gibidir.

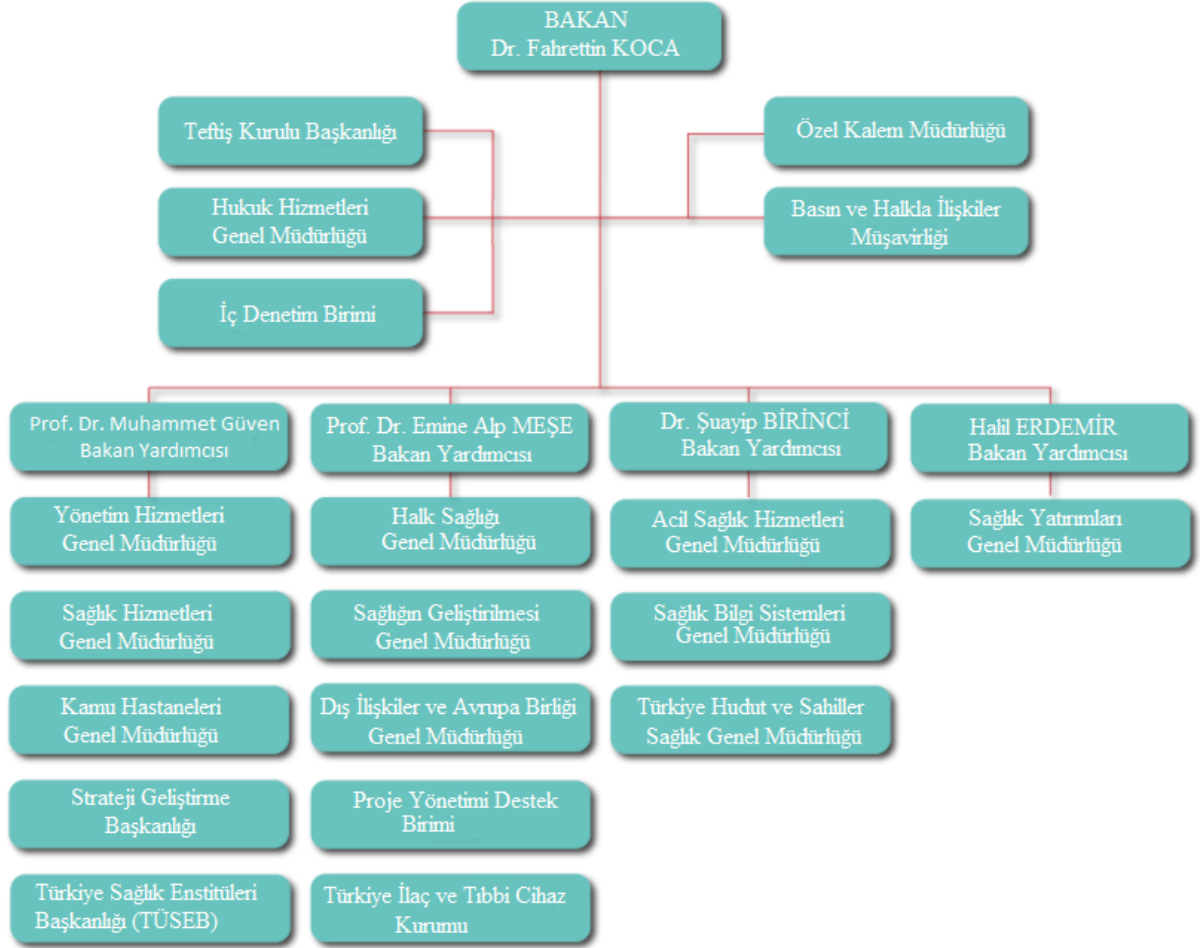
Şekil 13. 663 Sayılı KHK Sonrasında Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı



Kaynak: Acar, 2018: 711.

Şekil 14. 694 Sayılı KHK Sonrasında Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte teşkilat yapısı ise görev dağılımlarını da içerecek biçimde aşağıdaki şekilde gösterildiği gibidir.



Kaynak: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html> , Erişim

Tarihi: 01.04.2019.

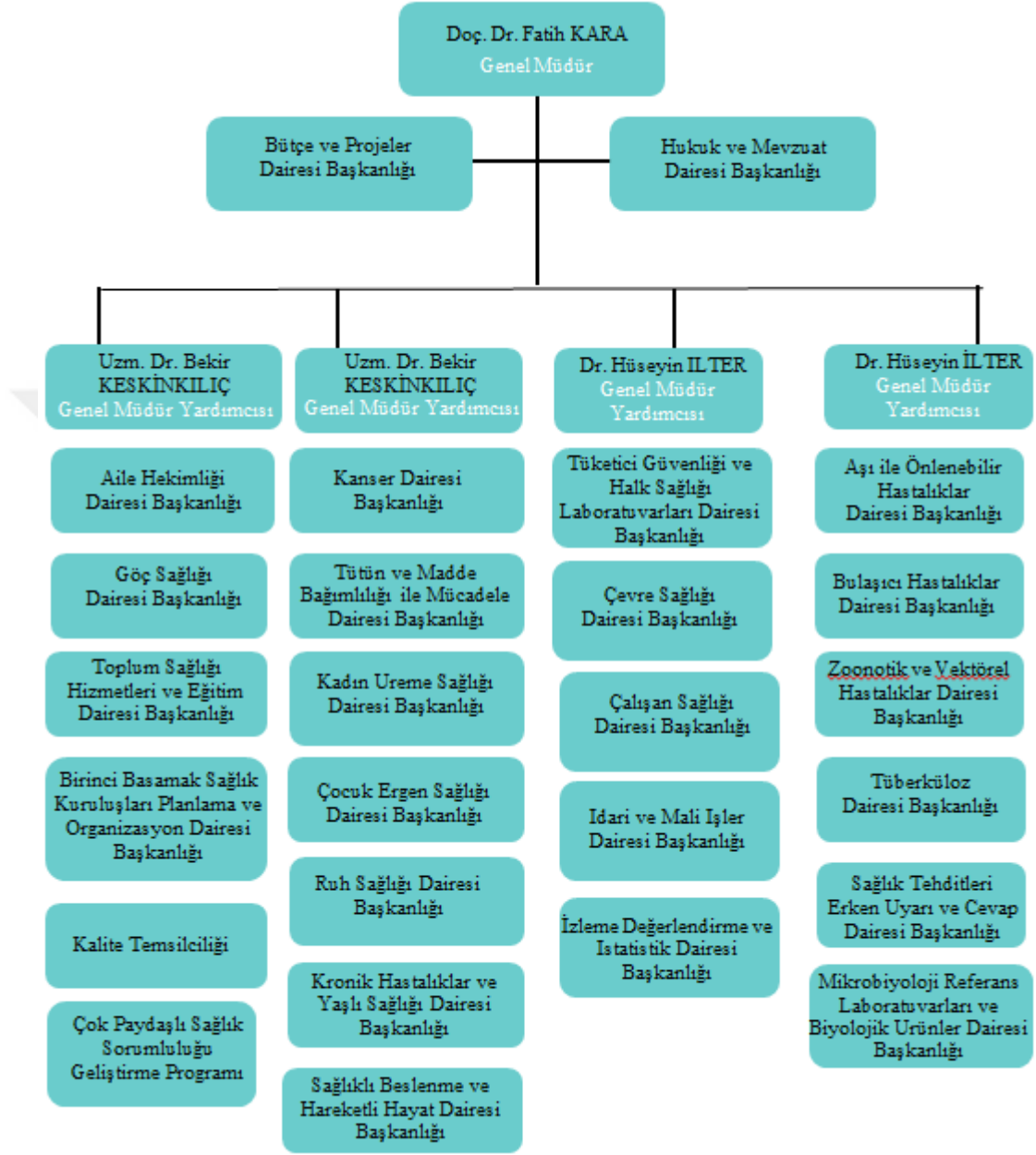
694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve çalışma konusuyla ilişkisi ise şu şekilde açıklanmaktadır: “11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 26 ncı, 29 uncu, 30 uncu, 31 inci, 32 nci, 33 üncü ve 34 üncü maddeleri ile 58 inci maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu” ibaresi, yürürlükten kaldırılmıştır. Diğer mevzuatta

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna yapılmış olan atıflar Sağlık Bakanlığına yapılmış sayılır” (www.mevzuat.gov.tr).

Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlar ve hizmet birimlerinin açıklanmasında belirleyici konumda olan bu şemalar, aynı zamanda Sağlık Bakanlığının organizasyon yapısını ortaya koymaktadır. Sağlıkta tek çatıya geçilmesi anlamına gelen ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yerelleştirilen sağlık hizmetin yeniden merkezileştirilmesini öngören bu organizasyon yapısı ile birlikte hizmet sunumunda iyileşme olacağı ve sağlık harcamalarının yönetiminde kazanımlar olması beklenmektedir. Olası kazanımlara ilişkin değerlendirme bir sonraki bölümde yer alacak şekilde plan yapılmıştır.

2.5.2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan Türk Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının temel sağlık hizmetlerini yürütmek görevini yerine getirmektedir. Türk Halk Sağlığı Kurumu, kamu tüzel kişiliğine sahip olup Sağlık Bakanlığı politika ve stratejilerine uygun biçimde faaliyetlerde yer almaktadır (Sayıştay, 2012: 1). 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Türk Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Bakanlığına bağlı Genel Müdürlük haline getirilmiştir.



Kaynak: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kurumsal/organizasyon-yapisi.html> ,

Erişim Tarihi: 01.04.2019.

2.5.3. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

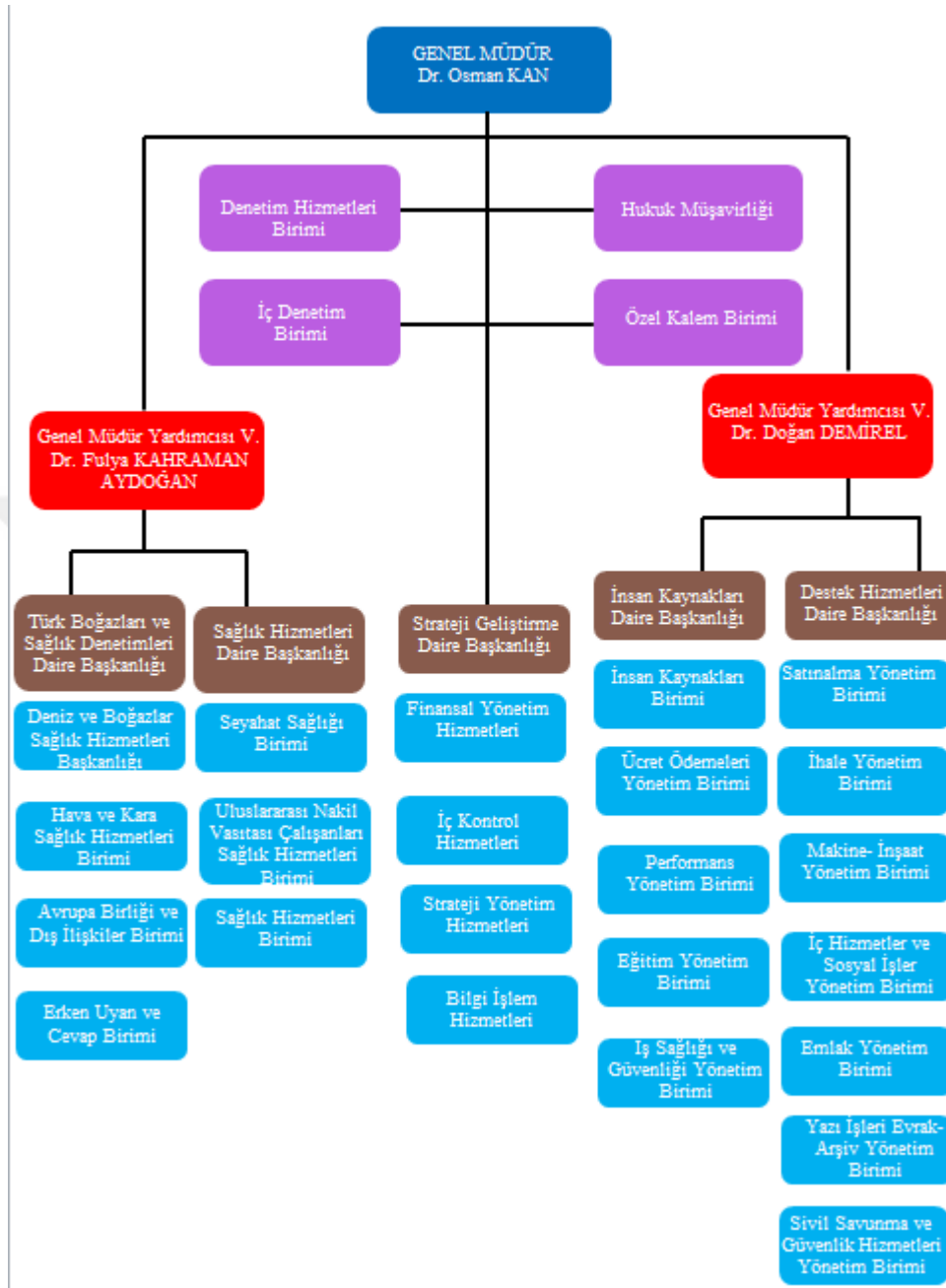
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun nihai görevi ilaç temini sağlama ile tıbbi cihaz ve kozmetik ürünlere yönelik düzenleyici, denetleyici, yönlendirici politikalar geliştirerek ve uygulayarak insan sağlığına hizmet etmek ve araştırma-geliştirme faaliyetlerinde bulunmaktadır. Kurumun hedefi ise insan sağlığına odaklı, bilimselliği esas alan, mükemmelliği amaçlayan, uluslararası alanda öncü ve referans kurum olmaktır (<https://www.titck.gov.tr/kurumsal>).

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu; Türk farmakopesini hazırlama, ilaç ve tıbbi cihazlarla ilgili denetimler yapma, ruhsatlandırma, önemli ilaçların piyasada düzenli yer almasını sağlama, ilaç fiyatlarını belirlemek için çalışma yapma, ilaç ve tıbbi cihazlarla ilgili olarak oluşan ihtilafları çözme gibi görevlerine yerine getirmektedir (<https://www.titck.gov.tr/kurumsal/gorevalanlari>).

2.5.4. Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü

Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü'nün misyonu halk sağlığını tehdit edebilecek riskleri öngörerek önlemek amacıyla uluslararası standartlarda sağlık denetimi yapmak ve küresel düzeyde sağlık hizmeti sunmaktır. Kurumun vizyonu ise sağlık odaklı hizmet sunumu sağlamak ve sürekli denetim anlayışı ile uluslararası alanda norm belirleyen sağlık otoritesi olmaktır (<http://www.sp.gov.tr/tr/kurum/s/64/Turkiye+Hudut+ve+Sahiller+Saglik+Genel+Mudurlugu>).

Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü teşkilat yapısı ise aşağıdaki şekilde gösterildiği gibidir.



Kaynak: <http://www.hssgm.gov.tr/MerkezTeskilatSemasi> , Erişim Tarihi: 01.04.2019.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü ile ilgili verilen bilgilerin ardından Kanun Hükmünde Kararnameler aracılığıyla yapılan düzenlemeler neticesinde ne gibi kazanımların elde edilebileceğinin araştırmasına geçilmektedir.

2.6. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameler ile Birlikte Olası Kazanımlar

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname sonrasında oluşan düzen, üç başlı bir sağlık teşkilat yapısını ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile bu konuda tekrar düzenleme yapılmıştır. Yapılan düzenlemeler neticesinde birtakım kazanımlar elde edildiği/edileceği düşünülmektedir. Kanun Hükmünde Kararnamelere ilişkin yapılan düzenlemeler neticesinde ele edilmesi olası kazanımlardan bazıları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (www.mevzuat.gov.tr ; Acar, 2018: 718-719):

- i. Strateji ve hedef belirlemede işbirliği ve ortaklık sağlanmaktadır.
- ii. Kararlar daha etkin ve hızlı bir biçimde alınmaktadır.
- iii. Ulusal ve uluslararası koordinasyon daha az bürokrasi ile yapılabilir.
- iv. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve verimliliği artmaktadır.
- v. Örgüt yapısındaki kargaşanın önüne geçilmiştir.
- vi. Merkezden alım yapılması sebebiyle daha uygun maliyetle alım yapılabilmektedir.
- vii. Sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi artmaktadır.
- viii. Kaynakların daha etkili bir biçimde değerlendirilmesi mümkün olmaktadır.
- ix. Birimlerin kendi görev alanlarına odaklanmaları sağlanmıştır.
- x. Karar alma süreçlerindeki karmaşaların önüne geçilerek daha etkili kararlar alınması mümkün olmuştur.
- xi. Çalışanların sergilediği performans göstergelerinde artışlar gözlenmeye başlamıştır.
- xii. Sağlık personeli daha motive bir biçimde görevlerini yerini getirmeye başlamıştır.

xiii. Oluşan yeni sistem personeli çalışmaya teşvik etmektedir.

Sıralanan maddelerden anlaşılacağı üzere Kanun Hükmünde Kararnameler aracılığıyla yapılan düzenlemelerin pek çok kazanımı barındırması söz konusudur. Bu noktada 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin birtakım karmaşaları beraberinde getirdiği, 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte bu konulara çözüm getirildiği yönünde bilgiler elde edilmiştir.

Değişen kamu yönetimi düşüncesine paralel olarak Türkiye'de sağlık teşkilatlarında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birtakım değişikliklere gidilmiştir. Yapılan değişikliklerin olumlu sonuç vermemesi ve sağlık sisteminde çok başlılığa neden olması ile birlikte yeni bir Kanun Hükmünde Kararname düzenlenmiş, 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile sağlık teşkilatının önceki düzene dönüşü sağlanmıştır (Acar, 2018: 721).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ SÜRECİNİN EKONOMİK POLİTİK DEĞERLENDİRMESİ

Çalışmanın üçüncü bölümü Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecinin ekonomi politik değerlendirmesinin araştırılmasına ayrılmış durumdadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna ilişkin kapsam, süreç, kamu yararı, ekonomi politik gibi konular özelinde incelemeler yapılmaktadır. Konuyla ilgili benzer çalışmalara yer verilmesi ve model önerisi sunulması ile birlikte bu bölümdeki araştırmanın tamamlanması planlanmaktadır.

3.1. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Kapsamı

Bu bölümde Kamu Hastane Birlikleri ve birliklerin görevleri hakkında bilgiler verilerek ilerleme kaydedilmektedir.

3.1.1. Kamu Hastane Birlikleri

Türk sağlık hizmetleri açısından Kamu Hastane Birliklerinin geçmişi çok eskilere uzanmamaktadır. 2007 yılındaki yasa tasarısı ile birlikte Kamu Hastane Birliklerini işaret eden düzenlemeler yapıldığı görülmektedir.

Kamu Hastane Birlikleri geçişinin gerekçesi olarak idari ve mali açıdan özerklik sağlanması belirtilmiştir (Aktel vd., 2013: 48).

Kamu hastanelerinin özerkliğinin sağlanması sorunsuz bir süreç değildir. Nitekim yapılan düzenlemeler neticesinde Kamu Hastane Birliklerine geçişte birtakım sıkıntılar yaşanmıştır (Küçük ve Şahin, 2015: 106). Bu nedenle Kamu Hastane Birlikleri tartışmaların yaşandığı bir süreç olarak görünmektedir.

3.1.2. Birliklerin Görevleri

Birliklerin görevlerine ilişkin başlıca hususlar aşağıdaki gibi maddeler halinde sıralanmaktadır (<https://rapor.saglik.gov.tr/tkhk2014/tkhk2014.pdf>):

- i. Sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek,
- ii. Kuruma bağlı olan kuruluşlarda sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde yürütülmesini sağlamak,
- iii. Performans değerlendirmeleri yapmak,
- iv. Rapor hazırlanmak,
- v. Değerlendirme yapılabilmesi için gerekli altyapıyı kurmak,
- vi. Sağlık hizmetlerinin sunumunda iyileştirme çalışmaları yapmak,
- vii. Ulusal ve uluslararası kurumlarla işbirlikleri geliştirmek,
- viii. Hastane hizmetlerine ilişkin komisyonların kurumunu gerçekleştirmek,
- ix. Personelin atama, nakil gibi işlemlerini yapmak,
- x. İdari ve mali işlemleri yürütmek şeklindedir.

3.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Süreci

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecinde sona ulaşılmıştır. Yapılan düzenleme ile birlikte kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özerk olması sağlanmış, yerinden yönetim ilkesi gereğince genel sekreterlikler aracılığıyla Kamu Hastane Birliklerine bağlanmıştır. Genel sekreterlik; tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıklarından oluşmaktadır (Memiş, 2015: 35).

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği süreci şöyle açıklanmaktadır: “Kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir ve bunlar üst yapı olarak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlıdır” (Küçük ve Şahin, 2015: 105).

3.2.1. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Teşkilat Yapısı

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği teşkilat yapısı birliklerin oluşumu ve teşkilat şeması şeklinde iki farklı başlıkta açıklanmaktadır.

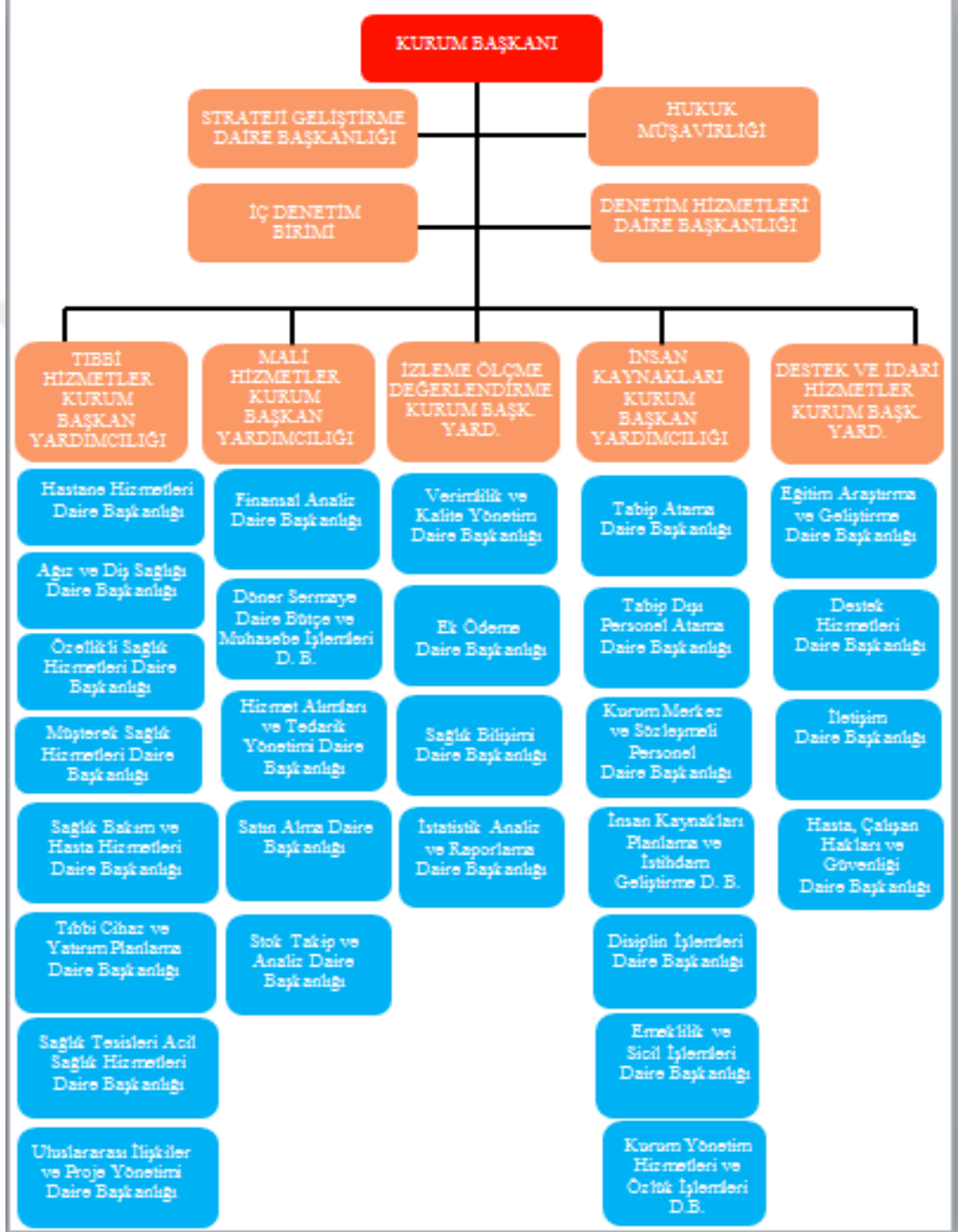
3.2.1.1. Birliklerin Oluşumu

Birliklerin oluşumu genel sekreterlik ve hastane yöneticilikleri olmak üzere iki temel kategoride gerçekleşmektedir. Genel sekreterlik karar ve yürütmeye üst organdır. Hastane yöneticilikleri ise birliğe bağlı olan hastane yöneticilerinin yönetimini ifade etmektedir. Genel sekreterlik kapsamında tıbbi hizmetler başkanlığı, idari hizmetler başkanlığı, mali hizmetler başkanlığı yer almakta iken hastane yöneticilikleri ise başhekimlik, idari ve mali işler müdürlüğü, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü şeklindedir (Memiş, 2015: 35). Kamu Hastane Birlikleri kapsamında hastaneler (diş hastanelerini de içermektedir), protez merkezleri, semt poliklinikleri, Amatem, gibi tedavi merkezleri de yer almaktadır (Memiş, 2015: 35).

3.2.1.2. Teşkilat Şeması

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliklerinin teşkilat şeması merkez ve taşra için ayrı ayrı şekiller üzerinde gösterilmektedir.

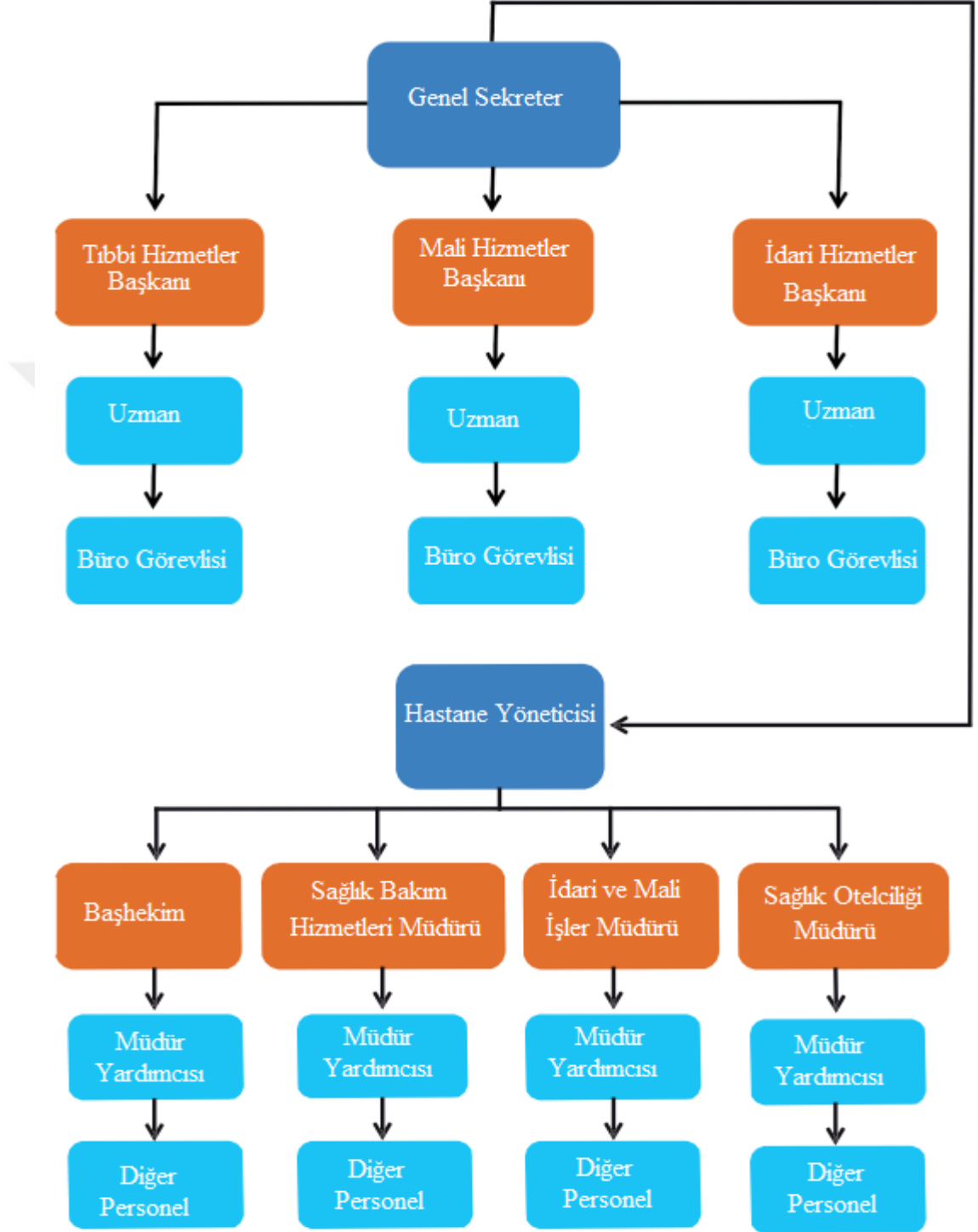
Şekil 15. Kamu Hastane Birlikleri Merkez Teşkilat Şeması



Kaynak: <https://rapor.saglik.gov.tr/tkhk2014/tkhk2014.pdf> , Erişim Tarihi:

05.04.2019.

Şekil 16. Kamu Hastane Birlikleri Taşra Teşkilat Şeması



Kaynak: <https://rapor.saglik.gov.tr/tkhk2014/tkhk2014.pdf> , Erişim Tarihi: 05.04.2019.

Sağlık Bakanlığı, merkez ve taşra teşkilat yapılanmasını verimlilik esası olarak 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde organize etmiştir. Üretken ve faydalı sağlık hizmeti sunulması amacıyla, sağlık hizmeti ihtiyacına göre yapılan lokal planlamalara uygun olarak Kamu Hastane Birlikleri teşkilat yapısı oluşturulmuştur.. Sağlık tesislerinden hizmet alan bireylerin ve sağlık çalışanlarının memnuniyeti ön planda tutularak birlik işleyişi modelinin belirlendiği belirtilerek Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurum Başkanlığı tarafından yayınlanan; 31.10.2012 tarihli ve 3131 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge” çerçevesinde; “Kurum Başkanı, Genel Sekreterle doğrudan; başkanlar, hastane yöneticileri, başhekim ve müdürlerle Genel Sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar” ibaresine istinaden İllerde Birlik sayısına göre Genel Sekreter görevlendirmeleri yapılmıştır. Belirlenen Genel Sekreterler ise kendi alt ekiplerini kurarak Genel Sekreterlikleri ve sağlık tesislerinin yönetim ekiplerini belirlemişlerdir.

3.2.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğinin Yapılanması

Buraya kadar verilen bilgiler Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğinin yapılanmasına yönelik fikir verecek nitelikte olsa da yapılanmanın ayrı bir başlık altında ele alınması gerekli görülmüştür. Türkiye Kamu Hastane Birlikleri, hastanelerin kaynak kullanımını iyileştirme ve yönetim performansını geliştirme amacına hizmet edecek şekilde yapılanmıştır. Bireylerin sağlık hizmetlerinden memnun olmasını sağlayacak bütüncül bir yapı oluşturulması da Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğinin yapılanması kapsamında öncelikli hususlardan birisidir. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği, mali ve idari açıdan etkililiği sağlayacak şekilde yapılanmayı esas almıştır. Bunu yaparken sağlık çalışanlarının memnuniyet duyması da önemsenmiştir. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği, Türkiye'de kamu hastanelerinin etkili ve verimli bir şekilde çalışmasını sağlamak için yapısal değişiklik yapma girişiminin bir sonucu olarak görünmektedir (Arslan ve Orhaner, 2018: 32).

Kamu Hastane Birliklerinin yapılanması ile ilgili kıyaslama, aşağıdaki tablo üzerinde gösterildiği gibidir.

Tablo 15. Kamu Hastane Birlikleri Yapılanması Kıyaslaması

Özellik/Hukuksal Yapı	Kamu Birlikleri Uygulaması Kanun Tasarımı (2007)	Hastaneleri Pilot Hakkında Genel Hastane Yöneticilikleri	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Kanun Kararname
Teşkilat Yapısı	Yönetim Kurulu Genel Sekreterlik Yöneticilikleri	Genel Hastane Yöneticilikleri	Genel Sekreterlik Hastane Yöneticilikleri
Bakanlıkla İlişkisi	İlgili Kuruluş	Bağlı Kuruluş	Taşra Teşkilatı
Performans Denetimi	Var (Kamu veya özel bağımsız değerlendiricilere yaptırılabilir.)	Var (Kamu veya özel bağımsız değerlendiricilere yaptırılabilir.)	Var (Kamu veya özel bağımsız değerlendiricilere yaptırılabilir.)
Personel Rejimi	Sözleşmeli Personel	Sözleşmeli Personel	Sözleşmeli Personel
Finansman	Hazine yardımının gerekirse öngörüldüğü ve ağırlıklı olarak kendi gelirleri üzerine kurulmuş bir yapı	Genel Bütçeden pay alan bir yapı	Genel Bütçeden pay alan bir yapı

Kaynak: Aktel vd., 2014: 50.

Tablo 15’te pilot uygulama ve sonrasındaki Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte değişenlerin anlaşılmasına katkıda bulunacak nitelikte bilgiler yer almaktadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğinin yapılanması, Türkiye’de bir şehirde Kamu Hastaneleri Birliği dışında sağlık kurumunun olmayacağını gösterecek şekildedir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve daha verimli bir biçimde sunulabilmesi için yapılan faaliyetleri içermektedir. Hasta ve sağlık personelinin memnuniyetini esas alan Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği, hizmet kalitesini sürekli iyileştirmek ve sağlık hizmetlerinde iyi örnekleri yaygınlaştırmak için yürütülen girişimleri içerecek şekilde bir yapılanma örneği olarak görünmektedir.

3.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğinin Kamu Yararı Açısından Değerlendirilmesi

Hastanelerde bireysel olarak sağığı korumak ve iyileştirmek için yürütölen girişimlerin yanı sıra toplumsal fayda gözetilmektedir (Çalışkan, 2016: 7). Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğı için de toplumsal fayda yani kamu yararı öncelikli konulardan birisi olmuştur ancak bu noktada istenilen sonuçlara ulaşılp ulaşılamadığı tartışmalıdır.

Türkiye'de yapılan araştırmalarda sağık hizmetlerinden duyulan memnuniyeti etkileyen faktörler olarak 10 bin kişiye düşen yatak sayısı, 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı, hane halkı büyüklüğü, kişi başına gelir şeklinde sıralanmaktadır (Boz, Yılmaz ve Şenel, 2018: 216). Belirtilen konularda Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğine geçişle birlikte gözle görülür ilerlemeler kaydedilemediğı için sürecin kamu yararı bakımından büyük kazanımlar içerdiğini söylemek güçtür.

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğinin kamu yararı açısından değerlendirilmesi noktasında bölgelere göre farklı sonuçlar elde edilmesi mümkün olsa da genel manada istenen sonuçların olmadığı ve sürecin başarısız sonuçlandığı söylenebilir. Nitekim birliklerden başkanlıklara tekrar dönüş yapılması ve eski sisteme dönölmesi de bu çıkarımı destekler nitelikte görünmektedir.

3.4. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğı Sürecinin Ekonomi Politik Değerlendirilmesi

“Kamu hastanelerinin yarı otonom hale getirilerek piyasa benzeri bir yapıya dönüşmesi süreci başlatılmış, kamu hastane birlikleri oluşturulmuştur. Döner sermaye ve performansa dayalı ödeme sistemi ile sağık çalışanları kamu kurumları içinde rekabete dayalı bir ücretlendirme mekanizması içine çekilmişlerdir” (Erol ve Özdemir, 2014: 12).

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecinde yapılan denetimlerde bazı verilerin güvenilir olmadığına dikkat çekilmiştir. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (www.ttb.org.tr):

- i. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı kurumlarda ticari alan kiralari tahsilinde sorunlar yaşanmaktadır.
- ii. Kurumların kamu alanlarını kullanırken elektrik, su gibi borçlarını gerektiği biçimde ödemedikleri görülmektedir.
- iii. Sigorta şirketlerinden tahsil edilmesi gereken alacaklarda SGK ve Bakanlık karşı karşıya gelmiştir. Bu vakalarda kamu kaynaklarına önemli ölçüde (10 milyonlarla ifade edilen) zarar verilmiştir.
- iv. Laboratuvar, yemek, tıbbi atık gibi hizmet giderlerinde yüksek rakamların ortaya çıktığı tespit edilmiştir.
- v. Mali tablolarda yer almayan işlemlerin bulunduğu yönünde sonuçlar elde edilmiştir.
- vi. İzne çıkan personele maaş ödenmeye devam etmesi gibi usulsüz uygulamalar saptanmıştır.
- vii. Hizmet ihalelerinde doğrudan temin yönteminin kullanıldığı belirlenmiştir.

Sıralanan maddelerden anlaşılacağı üzere Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecinde mevzuata aykırı olarak nitelendirilen hedeflerin yanı sıra netlik kazanmayan alanlar bulunmaktadır. Ulaşılan bu veriler eşliğinde Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecinde ekonomi politik açıdan istenen sonuçlara ulaşamadığı ve olumsuz verilerin elde edildiği bu bilgiler aracılığıyla anlaşılmaktadır. Sayıştay tarafından hazırlanan raporda bazı verilerin güvenilir olmadığının vurgulanması bu sonucu destekler nitelikte görünmektedir.

25 Ağustos 2017 tarihinde yürürlüğe giren 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında köklü değişiklikleri beraberinde getirmiştir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, bağımsız birer kuruluş olmaktan çıkartılarak merkez teşkilat içerisinde Genel

Müdürlükler haline getirilmiştir. Böyle Genel Sekreterlik adıyla da anılan Kamu Hastaneleri Birlikleri yapılanması sona ermiştir. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı, yeniden illerde İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde toplanmış hastaneler, 2011 öncesinde olduğu gibi yeniden hastane başhekimlerinin yönetimine girmiştir. Sözleşmeli pozisyonlar ise, illerde il sağlık müdürlerini içerecek şekilde yeniden organize edilmiştir.

663 sayılı KHK ile ilk kez sağlık alanıyla başlayan kamuda karlılık ve verimlilik kavramları ifade edilmeye başlanmış; neo-liberal politikalara uygun bir şekilde sistemin yeniden çerçevelendirilmesi amaçlanmıştı. Bu sistemin getirisiyle hekimlerin bire bir hastayla geçirdikleri süre kısalarak, hastaların tetkik ve tedavi için görüntüleme merkezlerinde geçirdikleri süreler uzamaya başlamıştır. Hekimler performans kaygısıyla hastanın tedavisine odaklanmanın yanı sıra doğru puantajı getirecek olan hizmetlere yönelmişlerdir. Tüm bunların bir sonucu olarak da sağlık hizmetlerinde niteliğin giderek azaldığı niceliksel performans kaygısının ön plana çıktığı düşünülmektedir.

Kamu Hastaneleri Birlikleri kuruluş amacı değerlendirildiğinde kâr elde etmeye yönelik kurumlar olarak yapılandırılmasa da hastanelerin kendi bütçelerini hasta gelirleri üzerinden kendilerinin yönetmesine ve hazineden destek alınmadan döner sermayelerin kendi öz kaynaklarından oluşturulmasına yönelik bir amaç taşımakta idi. Kamu Hastaneleri Birliklerinin neticesinde oluşacak gelirlerden oluşmaktaydı. Bu gelirler de, ağırlıklı olarak Sosyal Güvenlik Kurumundan (SGK) alınacak geri ödemeler ve hastaların bireysel olarak ücretli yapacakları katkı paylarından oluşmaktadır. Bu bilgilerin yanı sıra , sadece 2016 yılında 20.6 milyar liralık açık verdiği raporlanan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun, 10 yıldır Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarını arttırmaması ve sağlık hizmeti üretme maliyetlerinin çok altındaki değerlerde geri ödeme yapması nedeniyle kamu hastanelerinin geri ödemeler noktasında zorluk yaşadığı söylenebilmektedir.

2016 yılında yayımlanan Sayıştay raporuna istinaden, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin borçlanma içinde oldukları, kar etmenin yanı sıra mali açıklar vermeye başladıkları, döner sermaye sisteminde açıklar yaşandığı belirtilmiştir. Rapor

içerisinde ek olarak Sağlık Bakanlığı hastanelerinde döner sermaye bütçesi uygulamasının kaldırılarak merkezi yönetim bütçesinin esas alınması önerilmekteydi.

Kamu Hastaneleri Birlikleri modeline geçildikten sonra, çok değil birkaç yıl içinde, sağlık hizmetlerinde giderek düşen nitelik “müşteri memnuniyeti” üzerine kurulu bir yaklaşımla yeniden yapılandırılmaya çalışılmış, ancak kamu hastanelerinin döner sermayelerinin negatif yönde etkilendiği Sayıştay raporuyla resmiyet kazanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2013 yılsonu sağlık harcaması 84 milyar liradır. Bu durum Türkiye’de genel sağlık harcamalarının arttığını göstermektedir. Bu artışın önemli nedeni hastane harcamalarıdır ve hastane harcamaları kayıt dışı sarf, ilaç ve malzeme giderleri, düzensiz göçmenler vb. nedenlerle günden güne artmaktadır. Bu durum hastane yönetimlerinde sorun olduğunu, Kamu Hastane Birliklerinin bu konuda da fayda oluşturmadığını göstermektedir.

3.5. Birliklerden Başkanlıklara: 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (Madde 184-194)

Sağlıkta dönüşüm programı uygulamasının çatısı hükmünde 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı 2011 yılında yeniden düzenlenmiştir. Yasanın yürürlüğe girmesi 2012 yılının Kasım ayında gerçekleştirilmiştir. Bu yasal düzenleme ile sağlıkta dönüşüm programı kendi bütünlüğü içinde tamamlanmıştır.

Sistem kurgusunda, bağlı kuruluşlar kavramı ile kamu adına sağlık hizmeti sunucularını özerkleştirip, sorumlu hale getiriyordu. Uygulama kamu hastanelerini merkezde Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığına, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlıyordu. Hastane düzeyinde ise hastane yönetimi “Yönetici” unvanıyla bir nevi Genel Müdür görevlendirmesi yapıyordu.

Bütün üst düzey yöneticiler sözleşmeli ve performans ölçümüne tabi kılınmıştı. Yapılanma 2013 yılı itibariyle tam uygulamaya başlanmıştır.

Bu yıl çıkartılan 694 sayılı KHK ile kamu hastaneleri birlik yapılanmasına son verilmiştir. 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname kapsamında alınan kararlar yerine işlemler bulunmaktadır. 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 184'üncü maddesinden 194'üncü maddesine kadar olan kısmı Sağlık Bakanlığı ve Bakanlığa bağlı kuruluşların teşkilat yapısı ve görevleri ile ilgili hükümler içermektedir (www.mevzuat.gov.tr).

Kanun Hükmünde Kararnamenin 184'üncü maddesi şu şekildedir: “11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 7'nci maddesinin birinci fıkrasına f) bendinden sonra gelmek üzerine aşağıdaki bentler eklenmiş ve diğer bentler buna göre teselsül ettirilmiştir. g) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, ğ) Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü” (www.resmigazete.gov.tr). Böylece 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile oluşan Kamu Hastaneleri Birliği süreci, 25 Ağustos 2017 tarihinde 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname aracılığıyla değişmiş, Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı yeniden tek merkezde toplanmıştır.

694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri ile ilgili olan kısımları, ekler kısmında yer almaktadır.

3.6. İlgili Çalışmalar

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecine yönelik yapılan araştırmalarda, çoğunlukla sistemin olumsuz sonuçlar doğurduğu/doğuracağı düşüncesiyle hazırlanan çalışmalar bulunmaktadır. Bu kısımda ilgili çalışmalara yer verilirken yöntem ve sonuçlar özelinde açıklama getirilmektedir.

Yazıcı (2018), yapmış olduğu çalışmada mevzuatlar ve literatür taramasını kullanarak ilerleme kaydetmiştir.

Araştırmacı 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan Kamu Hastane Birlikleri Genel Sekreterliklerinin 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname

ile kapatıldığını belirtmiş, Türkiye'de kalıcı bir sağlık politikasının benimsenmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Yapılan değişikliklerin Türkiye'de sağlık hizmetlerinde istihdam biçimini karmaşık bir hale getirdiği, çalışmada elde edilen sonuçlardan birisidir.

Aslan ve Erdem (2017), literatür taraması şeklindeki çalışmada Türkiye'de Kamu Hastaneler Birliğini sürecinin devletin sağlık harcamalarını azaltma girişimi olduğunu belirtmiştir. Araştırmacı bu projenin istenen şekilde sonuçlanmadığı yönünde bilgiler elde etmiştir. Çalışmada Türkiye'nin sağlık sisteminin Batı ülkelerindeki stratejik ve yönetsel açıdan radikal yapılanmayı incelemesi ve uyarlaması yönünde öneriler getirilmiştir.

Gürdal ve Gündüz (2013), 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte ortaya çıkan Kamu Hastane Birliklerinde raporlama konusunu ele almış, mali şeffaflığın sağlanması gerekliliğine vurgu yapmışlardır. Çalışmada elde edilen sonuçlar birlikler ve bağlı kuruluşlarda performans ölçümü ve kaynakların belirlenmesinde raporlamanın hayati öneme sahip olduğu, bölümsel raporlama yapılmasıyla birlikte kamuda hesap verebilirlik ve şeffaflık düzeyinin artacağı yönünde sonuçlar elde edilmiştir.

Boz, Yılmaz ve Şenel (2018), Türkiye Kamu Hastane Birliklerinin performanslarını araştırmıştır. Araştırmada Pabon Lasso modelinden faydalanılmıştır. Araştırmacıların elde ettiği sonuçlar Türkiye Kamu Hastane Birliklerinin performanslarının gelir düzeyi, 65 yaş üstü nüfus yoğunluğu, 10 bin kişiye düşen yatak sayısı, hane halkı büyüklüğünden etkilendiğini ortaya koymaktadır.

Acar (2018), sağlıkta dönüşüm programında Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısını araştırmıştır. Araştırmada teşkilat yapısı Isparta ili örneği üzerinden analiz edilmiştir. Araştırmacıya göre 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile alınan kararlar planlama açısından yetersiz olduğu için başarıya ulaşmamıştır. Sağlık teşkilatlanması açısından amacına ulaşmayan düzenlemenin ardından 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile eski sisteme dönüldüğü araştırmacı tarafından vurgulanan sonuçlardan birisidir.

SONUÇ

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı hakkında yapılan araştırmada Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğinin ekonomi politik değerlendirmesi yapılmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği beklenen olumlu etkileri ortaya çıkarmamış, başarıya ulaşamayan bir süreç olmuştur. 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile sağlıkta eski sisteme dönüş yapılması bu sonucu destekler nitelikte görünmektedir.

Çalışmada ilk olarak Türkiye'de sağlık hizmetleri ve sağlıkta dönüşüm ihtiyacına dair bilgiler verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin ne zaman kullanılacağına önceden bilinmemesi ve ertelenemez olması gibi niteliklerinin ayırt edici konumda olduğu yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Toplumların gelişmişlik düzeyinin bir göstergesi olması, sağlık hizmetlerinin özelliklerinden birisi olarak belirlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi, bir ülkenin sağlık sisteminin etkili bir şekilde işlemesi bakımından kritik öneme sahiptir. Çalışmada elde edilen sonuçlar sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinin fon biriktirme, gelir toplama ve sağlık hizmetlerini satın alma olmak üzere üç temel fonksiyonu olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de sağlık sistemi; sağlık hizmetleri kaynakları ve yönetimi, sağlık hizmetlerinin organize edilmesi, sağlık hizmetlerinin sunulması ve sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi bileşenlerinin bir araya gelmesiyle oluşmaktadır. Türkiye'de sağlık sisteminin etkililik ve sürdürülebilir çözüm üretebilme açısından yetersiz olduğu çalışmada vurgulanan sonuçlardan birisidir. Türkiye'de son yıllarda yataklı tedavi kurumları sayısının artan nüfusa oranla talebi karşılayamadığı raporlandırılmış bu nedenle de kamu hastanelerine ek olarak özel hastanelerle yatak kapasitesi desteklenmeye çalışılmıştır. Ancak farklı çalışmalar kamu hastanelerinde bulunan yatak kapasitelerinin de %70 doluluk oranıyla hizmet verdiğini göstermektedir. Bu rakamlar yeni hastane açılması yönündeki planlamalar düşünüldüğünde düşüktür ve hastane işletmeciliği ve kamu kaynaklarının etkin yönetimi açısından verimsizliği göstermektedir.

Özetle Kamu Hastaneleri Birliklerinin kurulması ve lokalize bölgeler ile sağlık sisteminin yönetilmesi verimliliği artıramamıştır.

Bu örnekten yola çıkılarak ayrıştırılmış bir kamu hastane düzeninden vazgeçilerek 2017 yılında geçilen yeni merkeziyetçi sistemin yarar sağlayıp sağlamayacağı ise yıllara göre istatistiki verilerek incelenerek değerlendirilmesi gereken ayrı bir araştırmanın sonucudur.

Sağlık sisteminin yeterince etkili olmaması ile birlikte Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ihtiyacı uzun yıllardan bu yana gündemde olan bir konudur. Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ihtiyacını; tıp alanındaki gelişmeler, sosyal, ekonomik ve kültürel boyutta ele almak gerekmektedir. Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm sürecinin gelişimi ise siyasi ve ekonomik istikrar, AB üyelik adaylığı, reform dinamiği, uluslararası kuruluşlar, destek ve kararlılık konuları etrafında gelişim göstermiştir.

2003 yılında açıklanan sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte Türkiye'de sağlık hizmetleri konusunda yeni bir dönem başlamıştır. Yıllara göre sağlıkta dönüşüm gelişmelerinin paylaşıldığı çalışmada ulaşılan sonuçlar toplum sağlığını koruma, yeterli personel sayısına ulaşma, genel sağlık sigortası uygulaması gibi temel gelişmeler odak noktasında yer aldığını ortaya koymaktadır.

Sağlıkta dönüşüm programı hakkındaki değerlendirmelerde Türkiye'nin program aracılığıyla sağlık hizmetleri konusunda ilerleme kaydettiği yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı neticesinde bireylerin kamu hastanelerinden duydukları memnuniyetin arttığı ve sağlık hizmeti almak için daha çok kamu hastanelerini tercih etmeye başladıkları bilinmektedir. Ancak Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programının tüm hedeflerini gerçekleştirdiğini söylemek güçtür ve niceliksel olarak artan hasta sayısı paralelinde niteliksel verimlilikte iyileşme sağlanamamıştır.

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte olumlu yönde gelişmeler kaydedilse de önemli olan nokta sürdürülebilirliktir. Türkiye'de 2003 yılında sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı yüzde 39 iken 2011 yılında bu oran yüzde 76'ya ulaşmıştır. Sağlıkta dönüşüm programının toplumun sağlık hizmetlerine karşı yaklaşımını olumlu yönde etkilediğini göstermesi bakımından bu sonuç önemlidir. Ancak sağlık çalışanları üzerindeki memnuniyet oranlarına ilişkin çalışmalara ulaşamamış olmakla birlikte Kamu Hastaneleri Birliklerinin insan kaynağı planlama ve yönetici belirleme stratejilerinin sağlık çalışanları arasında

memnuniyetsizlikle karşılandığı bilinmektedir. Özellikle Genel Sekreter, Hastane Yöneticisi, İdari & Mali İşler Müdürü vb. kadrolara sağlık alanı dışından ve özel sektörden yöneticilerin atanması hoşnutsuzlukla karşılanmış olduğundan 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname kapsamında Hastane Yöneticiliği kavramı kaldırılmış, Genel Sekreter terimi Başkan olarak revize edilmiş ve yine sağlık alanında çalışan personel arasından yönetici seçilmeye başlanmıştır.

Sağlıkta dönüşüm programı gereğince yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların yapısında düzenlemeler yapılmıştır. Yapılan değişiklikle birlikte istenen sonuçlar oluşmamış, aksine sağlıkta çok başlılık sorunu ortaya çıkmıştır. Değişim sırasında Sağlık Bakanlığı yöneticilerinin yaptığı açıklamalardaki en dikkat çekici noktanın “çok başlılığı kaldırıyoruz” vurgusu olduğu göze çarpmıştır. 2017 yılında 694 Sayılı KHK ile kurumların yeniden birleştirilerek Kamu Hastane Birlikleri yapısından 5 (beş) yıl gibi kısa bir sürede vazgeçilmesi de sisteme verilerin sürenin az olması nedeniyle verimliliğinin ölçülenmesini zorlaştırmıştır. 2007 yılı itibariyle hastanelerin Genel Sekreterlikler mağrifetiyle Hastane Yöneticiliği makamı tarafından yönetilmesi şeklinde uyarlanan bir taslak metin ile gündeme gelen, 2011 yılında ise 663 sayılı KHK ile ise hastane içerisinde kurulacak yönetim kurulu modelini esas alan Hastane Yöneticiliği’ne tam yetki vermeyip sadece genel sekreterliği yetkilendiren bir yapı oluşturan Sağlık Bakanlığı, 2017 yılı itibariyle her iki yönetim modelini de sonlandırarak alarak tekrar merkeziyetçi yapıya geri dönmüştür.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de Kamu Hastaneleri Birlikleri’nin nihai kurulma amacının “kamu kaynaklarının etkili, verimli ve adil kullanılması” olarak belirtiliyordu. Bu yapıya ve bu yapının bağlı olduğu Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu adıyla kurulan idari açıdan özerk yapıya son verilmesi “kaynakların etkili, verimli ve adil kullanılması” hedefine erişilemediğini gösteriyor denilebilir ve bu anlamda da sorunun çok başlılıktan daha farklı bir bakış açısıyla ele alınmasının gerekliliğini söyleyebiliriz. Ancak Sağlık Bakanlığı’nın Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu hastanelerinin yapısını ve rekabete uygun hale getirilmesi ve böylece sağlıkta “kontrollü bir finans ve piyasa” ortamının oluşturulmasını amaçladığını düşünürsek birleşme ile oluşan yeni yapıda yeni mekanizmalar ve sistemler oluşturulacağını beklemeliyiz.

Şehir hastaneleri bu mekanizmaların en yeni ve canlı örneğini oluşturmakta olup Şehir Hastaneleri'nin etkinliği ve verimliliğinin araştırılması başka bir araştırmanın konusu olabilecek niteliktedir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecinin ekonomi politik değerlendirmesi kapsamında ulaşılan sonuçlara göre kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacına hizmet eden bir süreç olmakla birlikte bu hedefe istenen düzeyde ulaşamamıştır. Genel sekreterlik uygulaması, sağlık hizmetlerinin hasta merkezli verilme anlayışını güçlendiren bir uygulama olmuştur. Özellikle hasta şikayetlerinin yerinde çözülerek azaltılması önemli ölçüde başarılmıştır. Sağlık hizmetlerinin verilme süreçleri, kalite uygulamaları, hastanenin fiziksel ve tıbbi cihaz yapısı hasta lehine iyileştirilmiştir. Aynı zamanda verimlilik ve mali etkinlikte en önemli parametrelerden biri olmuştur. Özellikle sistem hakkında hastaların olumlu görüşleri ön plana çıkmıştır. Genel sekreterlik yapılanmasının getirdiği iyileşmelerin kamu, özel ve üniversite hastanesi gibi birçok hastane bulunan şehir merkezlerindeki büyük Sağlık Bakanlığı hastanelerinde daha gözlemlenebilir hale gelmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli basamağı olan Kamu Hastaneleri Birliklerinin toplumu oluşturan bireyler arasındaki etkilerine baktığımızda, yaşanan değişim ve gelişmelerin olumlu karşılandığı hizmete ulaşma noktasında birçok etkili adımın atıldığı söylenebilir. Kamu Hastane Birlikleri, bireylerin daha kaliteli hizmet almasına kümülatif bir katkı sağlayarak amaçlanan hedefe doğrudan fayda sağlamaktadır. Kamu Hastaneleri Birliklerinin olduğu 2012-2017 yıllarına bakıldığında sistem Ankara'da toplanmış olan merkezin yükünü azaltmış, toplumun da ihtiyacı olan kolay erişilebilir sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde gerçekleştirmiştir. Bu yönüyle Kamu Hastaneleri Birlikleri süreci merkezi yönetim baskının azaltıldığı bir yerel yönetim anlayışını benimsemesi ve yerelden yönetim algısını güçlendirmesi bakımından yenilikçi ve güçlü bir modeldir. Muhakkak sistemin süregeldiği beş senelik zaman dilimi kısa bir dönemdir, ancak yerelleşen yapının hızlanması ve özellikle büyükşehirlerin birden fazla birlik kurularak yönetilmesiyle kısa vadede tıbbi, idari ve mali süreçlerde ivme kazanılmıştır.

Sistem yönetsel birim sayısını artırmıştır. Ama bu artış bürokratik işlem süreçlerine şimdilik olumsuz yansımamıştır.

Sağlık çalışanları iş yükü ve streslerindeki artışın, kazançlarına yansımadığını düşünmekteler. Hastanelerde kullanılan malzemelerin ürün kalitesinde sorunlar yaşana bildiği diğer bir eleştiri konusudur.

İller düzeyindeki yönetim anlayışında da sağlık sisteminin üç başlı yönetim yapısı ve yönetim liderlerinin arasındaki bir takım sorunlar sisteme getirilen ön önemli eleştiridir. Sistem liderlerinin görevlendirilmesinde mesleki hiyerarşinin gözetilmemesi sorunların büyümesine neden olmuştur. Bu süreç içerisinde sorunlarının çözümü yolunda beklenen adımların atılmayışı bir başka eksiklikler. Aslında denetleyenle denetlenen arasında bazı uyumsuzlukların olması işin doğası gereğidir. Fakat denetleyen kurumun etkinliği için denetim gücünün yüksek olması gerekir. Ne yazık ki, denetleyen kurumundaki Sağlık Müdürlüklerinin denetim argümanları ve gücü yeterli olmamıştır. Özellikle genel sekreterliklerin bağlı bulunduğu Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında görevli Kamu Hastaneleri Kurum Başkanlarının sık değişmesi de sorunların ayrı bir bileşeni görülebilir.

Sağlık sisteminin hasta merkezliliği, fiziki yapılanma, tıbbi ve teknolojik düzeyin iyileştirilmesi devam etmelidir. Bunlarla birlikte sağlık hizmetlerinin sunum kalitesinin iyileştirilmesine, hekim ve sağlık personelinin hastalarına daha fazla zaman ayırmasına, hasta bakım kalitesinin artırılarak, yıllık ortalama hekime gitme sayısının makul düzeye düşürülmesine ihtiyaç vardır. Sağlık çalışanlarının iş yükü ve iş stresleri gibi kazançlarının da iyileştirilmesi beklentisine cevap verilmelidir. Ayrıca yönetsel hiyerarşi, mesleki hiyerarşi ile desteklenmelidir.

Kamu Hastaneleri Birliği yapılanmasının bazı sorunları olmakla birlikte, kamu hastanelerinin yönetimine bir canlılık ve farkındalık getirmiş ve kendi uygulama süreci içinde kısmen başarılı olmuştur. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecinde genel manada istenen sonuçların olmadığı ve sürecin başarısız sonuçlandığı çalışmada ulaşılan sonuçlardan birisidir.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre kamu hastanelerinin yarı otonom hale getirilmesi suretiyle oluşan Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği, etkililik ve verimlilik açısından istenen seviyenin gerisinde kalmış, başarısız olmuştur.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte sağlık sisteminin yapısının değişmesi, Türkiye'de sağlık sisteminin çok başlı bir şekilde faaliyet göstermesine neden olmuştur. 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile eski

sisteme dönülmesi, Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği sürecinin başarısız olduğunun kanıtı olarak görünmektedir. Ancak 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile merkeziyetçi yapıdan uzaklaşmaya yönelik olarak başlatılan süreç 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile tekrar merkezi bir yapı kazanmış bu durum da İl düzeyindeki yönetimlerde bürokratik süreçlerin yeniden uzamasına neden olmuştur.

Ulaşılan sonuçlara göre aşağıdaki öneriler getirilmektedir:

- Sağlık hizmetleri sürdürülebilirlik ilkesine göre tasarlanmalıdır.
- Türkiye'de etkili bir sağlık sistemi oluşturulması için sağlık hizmetlerinin finansmanı başarılı bir biçimde yürütülmelidir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerine olan yatırım arttırılmalı, iyi bir insan kaynağı planlaması ile koruyucu önleyici hizmetler geliştirilmelidir.
- Gelişmiş ülkelerin başarılı olmuş sağlık sistemlerinden uyarlamalar yapılmalıdır.
- Sağlıkta Dönüşüm Programıyla sağlık sisteminde iyileştirici adımlar atılmış ancak zaman içerisinde dönüşen sağlık politikaları nedeniyle sistem daha rekabetçi kar amacı güden sağlık tesislerini ortaya çıkarmıştır. Katılım payı ödemelerinin düzenlenmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasıyla “Herkes için Sağlık” ilkesinin daha ulaşılabilir olacağı düşünülmektedir.
- Toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmeti her bir bireyi içerisine alacak şekilde kurgulanan ücretsiz ve eşit yapılandırılmış adil bir yapıda kurgulanmasıdır. Bunun için de koruyucu-önleyici faaliyetlerin sağlık sektöründeki yerinin güçlendiği birinci basamak sağlık hizmetlerinin kuvvetlendiği bir sistem kurmakla ilgilidir.

694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin sağlık sistemi için yarar sağlayıp sağlamadığı farklı bir araştırmada değerlendirilebilir bir konu olmakla birlikte sistemin ölçümlenebilmesi ve izlenebilmesi için yapının olgunlaşmasına ve yönerge ve yönetmeliklerle yasal boşlukların doldurulmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

- Akbulut, Yasemin, Yenimahalleli Yaşar, Gülbiye, Yıldırım, Türkan: “Türkiye ve Almanya sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi”, **Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayını**, S.4, 2015, ss.1-20.
- Akdağ, Recep: “Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri”, **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yayını**, S.770, Ankara. 2008.
- Aksakoğlu, Gazanfer, Giray, Hatice: “Birleşik Krallıkta ulusal sağlık hizmetinin öyküsü”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, S.21, 2006, ss.335-343.
- Aksakoğlu, Gazanfer: “Sağlıkta dönüşüm ve tıp eğitimi”, **Tıp Eğitimi Dünyası**, Özel Sayı, 2006, ss.1-8.
- Aktan, Coşkun Can, Işık, A. Kadir: “Sağlık hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler”, **Sağlık Bakanlığı Aura Yayınları**, 2007, ss.1-8.
- Aktel, Mehmet, Altan, Yakup, Kerman, Uysal, Eke, Erdal: “Türkiye’de sağlık politikalarının dönüşümü: Sağlık Bakanlığının taşra örgütlenmesi üzerinden bir analiz”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, C.15, S.2, 2013, ss.33-62.
- Altan, Mehmet: **Uluslararası ekonomi politik**, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir.
- Altay, Asuman: “Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, S.64, 2007, ss.33-58.
- Armağan, Ramazan, Dikmen, Süleyman: “İskandinav ülkeleri vergi sistemleri ve gelirlerinin karşılaştırmalı bir analizi”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.17, S.2, 2015, ss.67-81.
- Arslan, Ümit, Orhaner, Emine: “Kamu hastanelerinde performans yönetimi”, **Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi**, C.1, S.2, 2018, ss.30-42.
- Aslan, Sevil, Erdem, Ramazan: “Hastanelerin tarihsel gelişimi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, S.27, 2017, ss.7-21.
- Ataay, Faruk: “Kamu hastane birlikleri tasarısı üzerine değerlendirme”, **Türk Tabipleri Birliği Yayını**, 2007.
- Atılğan, Emre: “Sağlıkta dönüşüm programının Türkiye’de sağlık hizmetleri talebi üzerine etkileri”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, S.96, 2015, ss.8-23.
- Bahçe, Serdal, Köktaş, Altuğ Murat, Abukan, Deniz: “Sağlık hizmetleri reformu ve hane halkı refahı: Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı”, **Uluslararası Avrasya Ekonomileri Konferansı**, 2013, ss.299-307.
- Bıyık, Erhan, Tekin, Kemal: “Sağlıkta dönüşüm programına ilişkin sağlık personelinin görüşlerinin karşılaştırılması”, **Sağlık Akademisyenleri Dergisi**, C.2, S.2, 2015, ss.103-110.
- Bostan, Sedat, Çitfçi, “Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane

- Fatma: hizmetleri üzerindeki değişim etkisi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, C.7, S.2, 2016, ss.1-8.
- Boz, Canser, Yılmaz, Faruk, Şenel, İ. Kerem: “Türkiye Kamu Hastane Birliklerinin yatak kullanım performansı üzerinde etkisi olan faktörler”, **Kamu Denetçiliği Kurumu**, C.5, S.9, 2018, ss.203-221.
- Çalışkan, Zafer: “Kamu Hastane Birlikleri performansının Pabon Lasso modeli ile analizi”, **Sosyal Güvence Dergisi**, C.5, S.10, 2016, ss.1-24.
- Çankaya, Muhammet: “Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları artışının nedeni istihdam olabilir mi”, **Sağlık Akademisyenleri Dergisi**, C.5, S.2, 2018, ss.135-143.
- Çavmak, Şeyda, Çavmak, Doğancan: “Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı”, **Sağlık Yönetimi Dergisi**, C.1, S.1, 2017, ss.48-57.
- Çelebi Çakıroğlu, Oya, Harmancı Seren, Arzu Kader: “Sağlıkta dönüşüm programının sağlık sistemi ve sağlık çalışanları üzerindeki etkileri”, **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi**, C.3, S.1, 2016, ss.37-43.
- Çelebi, A. Kemal, Cura, Serkan: “Etkinlik göstergeleri açısından sağlık sistemleri”, **Maliye Dergisi**, S.164, 2013, ss.37-57.
- Çelikay, Ferdi, Gümüş, Erdal: “Sağlıkta dönüşümün ampirik analizi”, **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, C.66, S.3, 2011, ss.55-92.
- Çelikay, Ferdi, Gümüş, Erdal: “Türkiye'de sağlık hizmetleri ve finansmanı”, **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.11, S.1, 2009, ss.177-216.
- Çetin, Fatma Gökçen: “Sağlıkta dönüşüm programı ekseninde sağlığın ekonomi politiği”, **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.19, S.1, 2017, ss.274-293.
- Çıraklı, Ümit, Gözlü, Mehmet, Gözlü, Kenan: “Sağlık kurumlarında algılanan hizmet kalitesinin değerlendirilmesi”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, S.7, 2014, ss.61-82.
- Çoban, Hilmi: “Sağlık ekonomisi ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması”, **Doktora Tezi**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
- Daştan, İlker, Çetinkaya, Volkan: “OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, C.5, S.1, 2015, ss.104-134.
- Devebakan, Nevzat: “Sağlık işletmelerinde teknik ve algılanan kalite”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C.8, S.1, 2006, ss.120-149.
- Durmaz, Tuğba, Erdem, Ramazan: “Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden değerlendirilmesi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, S.29, ss.579-604.
- Ener, Meliha, Yelkikalan, Nazan: “Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin yeniden yapılanması ve finansmanı: Türkiye deneyimi”, **Kocaeli**

- Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C.6, S.2, 2003, ss.99-113.
- Erdem, Şeniz: “Sağlık hizmetleri pazarlaması: hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları üzerine bir uygulama”, **Yüksek Lisans Tezi**, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
- Erdoğan, Habibe: “Türkiye’de sağlık politikaları ve sağlıkta dönüşüm programı”, **Yüksek Lisans Tezi**, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
- Erol, Hatice, Özdemir, Abdullah: “Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, C.4, S.1, 2014, ss.9-34.
- Erol, Hatice, Özdemir, Abdullah: “Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, C.4, S.1, 2014, ss.9-34.
- Gülşen, Abdülaziz: “Türkiye’de sağlık sisteminin finansmanı ve İngiltere ile karşılaştırması”, **Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi**, S.12, 2017, ss.17-37.
- Gülşen, Aşkın: “Alman sağlık sistemi ve göğüs hastalıkları”, **Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği**, 2016, ss.672-673.
- Gülşen, Mustafa Alpın, Yıldırım, Mustafa: “Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında uygulanan sağlık regülasyonlarının üniversite hastanelerinin mali yapılarına etkisi”, **Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.10, S.4, 2017, ss.159-172.
- Gürdal, Kadir, Ferhat Gündüz: “Kamu hastaneleri birliklerinde dms 18 bölümsel raporlama uygulaması ve öneriler”, **Sayıştay Dergisi**, S.88, 2013, ss.49-67.
- Güvercin, Ali, Mil, Halil İbrahim, Tarım, Bülent: “Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve SGK”, **Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.7, S.13, 2016, ss.80-94.
- Harmancı Seren, Arzu Kader: “Sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm projesine ilişkin görüşleri”, **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi**, C.1, S.1, 2014, ss.19-24.
- İleri, Hüseyin, Seçer, Betül, Ertaş, Handan: “Sağlık politikası kavramı ve Türkiye’de sağlık politikalarının incelenmesi”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi**, S.12, 2016, ss.176-186.
- İstanbuluoğlu, Hakan, Güleç, Mahir, Oğur, Recai: “Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri”, **Dirim Tıp Gazetesi**, 2010, ss.86-99.
- Kasapoğlu, Aytül: “Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü”, **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, C.19, S.2, 2016, ss.131-174.
- Kılıç, Taşkın: “E-Sağlık, iyi uygulama örneği: Hollanda”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, C.6, S.3, 2017, ss.203-217.
- Kırılmaz, Harun, Amarat, Mustafa, Ünal, Özgün: “Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi”, **Strategic Public Management Journal**, C.3, S.6, 2017, ss.78-104.

- Küçük, Yavuz Selim, Şahin, Bayram: “Kamu hastane birlikleri uygulamasına ilişki sağlık yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirilmesi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C.18, S.2, 2015, ss.103-121.
- Küçük, Yavuz Selim, Şahin, Bayram: “Kamu Hastane Birlikleri uygulamasına ilişkin sağlık yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirilmesi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C.18, S.2, 2015, ss.103-121.
- Memiş, Metin: **Kamu Hastane Birlikleri: saha araştırması**, SASAM Enstitüsü, Ankara, 2015.
- Memişoğlu, Dilek: “Bir kamu politikası analizi örneği: sağlıkta dönüşüm programı”, **Yasama Dergisi**, S.32, 2018, ss.62-93.
- Okursoy, Algin: “Türkiye’de sağlık sistemi ve kamu hastanelerinin performanslarının değerlendirilmesi”, **Doktora Tezi**, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
- Özer, Özlem: “Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik: paydaş görüşleri ve değerlendirmeleri”, **Doktora Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.
- Öztürk, Zekai, Karakaş, Esma Tuğba: “Avrupa Birliğine üye ülkelerde sağlık sistemleri ve organizasyon yapısı: Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere örneği”, **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Dergisi**, C.1, S.2, 2015, ss.39-59.
- Sağlık Bakanlığı: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>, Erişim Tarihi: 18.12.2018.
- Saluvan, Mehmet: “Sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmede bilgi sistemlerinin rolü”, **Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi**, C.2, S.1, 2013, ss.25-39.
- Saraçoğlu, Sıtkıcan, Öztürk, Fahriye: “Sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirleyicileri: Türkiye üzerine bir uygulama”, **İş ve Hayat Dergisi**, C.2, S.4, 2016, ss.293-342.
- Sayım, Ferhat: “Sağlık hizmetinin özellikleri”, **Akademik Arge Dergisi**, S.15, 2015, ss.1-12.
- Sayım, Ferhat: “Türkiye’de sağlık ekonomisi istatistikleri ve sağlık harcamalarının gelişimi”, **Yalova Sosyal Bilimler Dergisi**, C.7, S.15, 2017, ss.13-30.
- Soyer, Ata: “Sağlıkta dönüşümün neresindeyiz? bundan sonra bizi neler bekliyor”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C.2, S.4, 2009, ss.179-182.
- Soysal, Abdullah, Yağar, Fedayi: “Sağlıkta dönüşüm programı”, **Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, C.12, S.2, 2015, ss.313-344.
- Şantaş, Fatih: “Yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkisi”, **Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, S.13, 2017, ss.545-591.
- Taş, Dersu: “Sağlık hizmet kalitesinin ölçümüne ilişkin bir araştırma”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, S.4, 2012, 79-102.
- Tatar, Mehtap: “Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**,

- S.1, 2011, ss.103-133.
- Torbacı, Yunis: “Kamu hastane birliklerinde satın alma uygulamaları ve mal alımlarının değerlendirilmesi”, **Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.
- Türkiye Cumhuriyeti Sayıştay Başkanlığı: **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu**, Denetim Raporu, Ankara, 2013.
- Türkkan, Alpaslan: “Kamu hastane birlikleri hakkında kanun tasarısı ve hakkaniyet”, **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, C.9, S.1, 2011, ss.58-66.
- Uçar, Cemal: “Kamu hastaneleri birliği çerçevesinde kamu hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinin kamu yararı açısından incelenmesi”, **Yüksek Lisans Tezi**, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
- Uğurluoğlu, Ece, “Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C.11, S.1, 2008, ss.133-160.
- Özgen, Hacer: “Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve Dünya Sağlık Örgütü yaklaşımı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C.8, S.1, 2005, ss.3-29.
- Uğurluoğlu, Özgür, “Sağlık hizmetleri talebi: Erzurum ilinde bir araştırma”, **Ege Akademik Bakış Dergisi**, C.12, S.4, 2012, ss.563-573.
- Çelik, Yusuf: “Sağlık politikalarındaki değişim ve istihdam biçimine etkisi”, **İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, C.20, S. Özel Sayı, 2018, ss.121-146.
- Yaylalı, Muammer, “Sağlık politikalarındaki değişim ve istihdam biçimine etkisi”, **İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, C.20, S. Özel Sayı, 2018, ss.121-146.
- Kaynak, Selahattin, “Sağlık politikalarındaki değişim ve istihdam biçimine etkisi”, **İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, C.20, S. Özel Sayı, 2018, ss.121-146.
- Karaca, Zeynep: “Sağlık politikalarındaki değişim ve istihdam biçimine etkisi”, **İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, C.20, S. Özel Sayı, 2018, ss.121-146.
- Yazıcı, Ergün: “Sağlık politikalarındaki değişim ve istihdam biçimine etkisi”, **İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, C.20, S. Özel Sayı, 2018, ss.121-146.

<http://www.hssgm.gov.tr/MerkezTeskilatSemasi> , Erişim Tarihi: 01.04.2019.

<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.694.pdf> , Erişim Tarihi: 01.04.2019.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> , Erişim Tarihi: 01.04.2019.

<http://www.sp.gov.tr/tr/kurum/s/64/Turkiye+Hudut+ve+Sahiller+Saglik+Genel+Mudurlugu> , Erişim Tarihi: 01.04.2019.

http://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=675e8746-9232-11e7-b66d-1540034f819c , Erişim Tarihi: 08.04.2019.

http://www.tuseb.gov.tr/enstitu/taceseyuklemeler/RAPORLAR/tuik_2018_saglik_harcamaları_2017.pdf , Erişim Tarihi: 21.12.2018.

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kurumsal/organizasyon-yapisi.html> , Erişim Tarihi: 01.04.2019.

<https://rapor.saglik.gov.tr/tkhk2014/tkhk2014.pdf> , Erişim Tarihi: 05.04.2019.

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> , Erişim Tarihi: 01.03.2019.

<https://www.titck.gov.tr/kurumsal> , Erişim Tarihi: 01.04.2019.

<https://www.titck.gov.tr/kurumsal/gorevalanlari> , Erişim Tarihi: 01.04.2019.

Tontuş, H. Ömer, <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/ust/birlesikkrallik.pdf> , Erişim Tarihi: 15.02.2019.

Tontuş, H. Ömer, <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/ust/hollanda.pdf> , Erişim Tarihi: 15.02.2019.