



T.C.

**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI**

**PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE
PRİM SİSTEMİ VE SAĞLIK OCAKLARINDA BİR
ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hüseyin SAĞLAM

**Tez Danışmanı:
Yrd. Doç. Dr. Ali Cüneyt ÇETİN**

ISPARTA, 2006

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TEZLİ YÜKSEK LİSANS
TEZ SAVUNMASI VE SÖZLÜ SINAV TUTANAĞI

İLGİ: Enstitü Yönetim Kurulu'nun 24./09/2024. Tarih ve 205./01/9. Sayılı kararı.

İSLEME Anabilim Dalında ders
dönemine ait Eğitim-Öğretim programını başarı ile tamamlayan
0030201009
Hüseyin ŞAELAN 'in hazırladığı
«Perforansa Dayalı Döner Serbest
Pozisyon Sistemi ve Sağlıklı Oculanma
Bır Arastırması»

.....
başlıklı TEZLİ YÜKSEK LİSANS TEZİ ile ilgili TEZ SAVUNMASI ve
SÖZLÜ SINAVI Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 25. md. si uyarınca
29./09./2024. günü saat 10.30 'da yapılmış; sorulan sorular ve
alınan cevaplar sonunda adayın tez savunmasının KABULÜNE / REDDİNE
/ DÜZELTME SÜRESİ VERİLMESİNE, OYBİRLİĞİYLE /
~~OTÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir. 01/10/2024

SINAV JÜRİSİ

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

Prof. Dr. Bayram Aray

Doç. Dr. Serap KARAYICI

Yrd. Doç. Dr.





Dr. Cengiz ÇETİN
Dr. Cengiz ÇETİN

ÖZET

Bu çalışma sağlık ocaklarında uygulanmakta olan performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının hizmet sunumuna, sağlık çalışanlarına ve hasta memnuniyetine etkilerini irdelemeyi amaçlanmıştır.

Çalışma altı bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık hizmetlerinin genel yapısı hakkında bilgiler verilmiş, sağlık hizmetleri piyasasının arz ve talep durumuyla birlikte sağlık hizmetleri tüketiminin özellikleri ve maliyeti belirleyen unsurlar ele alınmıştır. İkinci bölümde Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin durumu, kamusal sağlık hizmetlerinin konumu açısından ele alınmış, Avrupa Birliği ile bütünleşme sürecinde Türk sağlık sektöründeki gelişmeler incelenmiştir. Üçüncü bölümde ise sağlık ocağı ve hastane işletmeciliğinde yönetim ve organizasyonun nasıl olduğu ve olması gerektiği dünyadan ve Türkiye'den örneklerle irdelenmiştir. Bu bölümde ayrıca sağlık hizmetlerinde profesyonelleşme de ele alınmıştır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde sağlık hizmetleri açısından döner sermaye işletmeleri, yönetim ve örgüt yapıları, denetim ve muhasebe sistemi hakkında bilgiler verilmiştir. Beşinci bölümde ise, sağlık ocaklarıyla ilgili genel bilgiler verilmiş ve sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması üzerine gerçekleştirilen araştırmaya ilgili bilgiler ele alınmıştır. Son bölümde ise, sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması üzerine yapılan araştırmanın sonuçlarına yer verilmiştir. Isparta'daki üç sağlık ocağında hastalar ve sağlık ocağı çalışanları üzerine anket yöntemi ile gerçekleştirilen uygulamada sağlık ocaklarındaki döner sermaye uygulamasının hastalar ve çalışanlar tarafından farklı algıansa da genel olarak olumlu bulunduğu bulunulmuş; diğer yandan uygulamadaki kimi eleştiriyeye muhtaç yönlerin olduğu da ortaya çıkarılmıştır.

Sağlık ocaklarındaki döner sermaye uygulaması çalışanlar arası rekabet, dayanışma gibi olguları olumsuz etkileyebilmekte; sağlık yönetim birimlerinin özerk bir yapıya kavuşmasına engel olabilmekte, hastaların 'hizmet alan' yerine 'hizmet satın alan' olarak algılanmasının önünü açabilmektedir.

ABSTRACT

This dissertation aims at finding the effects of circulating capital premium system applied at village clinics on health sector workers and patients' satisfaction.

The study is composed of six sections. At the first section, some information about general structures of health service is given and with the situation of supply and demand of health service, characteristics and elements determining the cost of health service are dealt with.

At the second section, the situation of health service in Turkey in general is examined with specific reference to public health service and the developments within the Turkish health service during the period of uniting with EU are investigated.

At the third section, the management of hospitals and village clinics is examined with the examples from both in Turkey and the world. At this section, professionalism in the health sector service is studied, as well.

At the fourth section of the study, some information about administrating of the circulating capital premium service, management and structure of the organization, inspection and the system of accountancy is given.

At the fifth section, general information about the village clinics is given and findings which have been gained from the research on the application of the circulating capital premium system based on performance at village clinics are examined.

At the sixth and the last section, the consequences of the research investigating the application of the circulating capital premium system based on performance at the village clinics take part. The case study was realized at three village clinics in Isparta through survey forms. In spite of the fact that circulating capital premium service at village clinics is perceived differently from health service workers and patients, in general the view is positive about it. However, it has been found out that there are some problems to be criticized.

The circulating capital premium system at village clinics may cause rivalry among the workers and may have negative effects on solidarity. It can prevent health management units from being autonomous and it may also cause the patients being perceived as “health service customers” not “patients” .

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER.....	i
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	ix
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK HİZMETLERİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER	3
1. 1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı.....	3
1. 2. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri.....	4
1. 2. 1. Sağlık Hizmetleri Talebi.....	4
1. 2. 2. Sağlık Hizmetleri Arzı.....	5
1. 3. Sağlık Hizmetleri Tüketiminin Özellikleri	7
1. 4. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti	7

İKİNCİ BÖLÜM

2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GENEL DURUMU	10
2. 1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Güçlü Yönleri	10
2. 2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Zayıf Yönleri	13
2. 3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sahip Olduğu Fırsatlar	15
2. 4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerini Tehdit Eden Unsurlar	15
2. 5. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Temel İtici Güçler	16

2. 6. Avrupa Birliği İle Bütünleşme Sürecinde Türk Sağlık Sektöründeki Gelişmeler	17
2. 6. 1. Hastane Akreditasyon Sistemi.....	19
2. 6. 2. Sağlık Sektörü Reformu	23
2. 6. 3. Kamu Hastanelerinde Kalite Çalışmaları	26

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ	30
3. 1. Bazı Dünya Ülkeleri Sağlık Hizmetleri Yönetiminden Örnekler.....	34
3. 2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetimi	45
3. 3. Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Yaşanan Sorunlar	46
3. 4. Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Modern Yöntemler	50
3. 5. Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Profesyonelleşme	51

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SAĞLIK HİZMETLERİ AÇISINDAN DÖNER SERMAYE İŞLETMELERİ	56
4. 1. Sermaye ve Döner Sermaye Kavramı.....	56
4. 2. Döner Sermaye İşletmelerinin Kuruluş Amacı.....	56
4. 3. Döner Sermaye İşletmelerinin Faydaları	58
4. 3. 1. Döner Sermaye İşletmelerinin Ekonomik Faydaları	58
4. 3. 2. Döner Sermaye İşletmelerinin Toplumsal Faydaları	61
4. 4. Döner Sermayeli Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ve Örgüt Yapısı.....	62
4. 5. Döner Sermayeli Sağlık İşletmelerinde Muhasebe Sistemi.....	64

4. 6. Döner Sermayeli Sağlık İşletmelerinde İhale İşlemleri.....	65
4. 7. Döner Sermayeli Sağlık İşletmelerinde Denetim	66
4. 7. 1. İşletme İçi Denetim.....	66
4. 7. 2. İşletme Dışı Denetim	68

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. SAĞLIK HİZMETLERİ SEKTÖRÜNDE SAĞLIK OCAKLARI VE PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİM SİSTEMİ UYGULAMASI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA..... 70

5. 1. Sağlık Ocakları İle İlgili Genel Bilgiler.....	70
5. 1. 1. Sağlık Ocaklarının Temel Hizmetleri.....	71
5. 1. 2. Sağlık Ocaklarının Ekonomik Yapısı	73
5. 1. 3. Sağlık Ocakları Hizmetlerinde Dışsallık ve	

Bölünebilirlik.....	74
---------------------	----

5. 1. 4. Sağlık Ocakları Hizmetlerinde Değerlendirme ve	
---	--

Denetim.....	76
--------------	----

5. 2. Sağlık Ocaklarında Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim

Sistemi Uygulanması Üzerine Araştırma	80
5. 2. 1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı.....	80
5. 2. 2. Araştırmanın Önemi	80
5. 2. 3. Araştırmanın Sınırlamaları	81
5. 2. 4. Araştırmanın Türü	81
5. 2. 5. Araştırmanın Yöntemi	81
5. 2. 6. Ana Kütle ve Örnek Kütlelerin Seçimi.....	81
5. 2. 7. Veri Toplama Yöntemi	81
5. 2. 8. Anket Sorularının Hazırlanması	82

5. 2. 9. Hipotezler ve Alternatifleri.....	82
5. 2. 10. Araştırmada Kullanılan Ölçekler.....	83
5. 2. 11. Veri Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	84

ALTINCI BÖLÜM

6. SAĞLIK OCAKLARINDA PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİM SİSTEMİ UYGULAMASI ARAŞTIRMA SONUÇLARI

6. 1. Sağlık Ocağı Çalışanları Üzerinde Uygulanan Anket Sonuçları	85
6. 1. 1. Anket Katılımcıları İle İlgili Genel Bilgiler	85
6. 1. 2. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Sağlık Ocağına Gelen Hasta Sayısına Etkisi	86
6. 1. 3. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Çalışma Motivasyonuna Etkisi	87
6. 1. 4. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Birim Zamanda Bakılan Hasta Sayısına Etkisi	87
6. 1. 5. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Madde Tattının Sağlama Etkisi.....	87
6. 1. 6. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Sağlık Ocağı Harcamalarına Etkisi	89
6. 1. 7. Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Doktor-Hasta İlişkisine Etkisi.....	89
6. 1. 8. Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasına Sağlık Ocağı Hastalarının Yaklaşımı	90
6. 2. Sağlık Hizmeti Alanlar Üzerinde Uygulanan Anket	

Sonuçları	91
6. 2. 1. Anket Katılımcıları İle İlgili Genel Bilgiler	91
6. 2. 2. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Verilen Hizmet Çeşitliliğine ve Hizmet Kalitesine Etkisi	92
6. 2. 3. Sağlık Hizmeti Alanların Hizmet Fiyatlarını Algılayışları	94
6. 3. Araştırma Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Öneriler	95
6. 3. 1. Araştırma Sonuçlarının Değerlendirilmesi	95
6. 3. 2. Öneriler	98
KAYNAKÇA.....	101
EKLER	108

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABF	: Etkinlik tabanlı finansman
Age	: Adı geçen eser.
Agy	: Adı geçen yayın.
AHA	: Amerikan Hastaneler Birliği
APEC	: Asya – Pasifik Ekonomik İşbirliği.
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
ES	: Emekli Sandığı
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
ICI	: Joint Commission International
KGS	: Kalite Güvence Sistemi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KİT	: Kamu İktisadi Kuruluşu
MBK	: Millî Birlik Komitesi
NAFTA	: Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması
NAPH	: Amerikan Ulusal Kamu Hastaneleri Birliği
NHS	: Ulusal Sağlık Hizmetleri
NIS	: Ulusal Sigorta Şeması
NKSH	: Net Toplam Kamu Sağlık Harcaması
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
PFI	: Özel Finansman Girişimi

PHİS	: Kamu Sağlığı Sigorta Sistemi
SB	: Sağlık Bakanlığı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
Vb.	: Ve benzeri.
Vd.	: Ve diğerleri.
UDKK	: Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu

Şekiller Dizini:	Sayfa
Şekil 6.1. Çalışanların Meslekî Dağılımı	85
Şekil 6.2. Çalışanların Eğitim Durumu.....	86
Şekil 6.3. Döner Sermaye Primi Uygulamasının Sağlık Ocağı Harcamalarına Etkisi.....	89
Şekil 6.4. Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasına Sağlık Ocağı Hastalarının Yaklaşımı.....	90
Şekil 6.5. Yanıtlayıcıların Yaş Profili.....	91
Şekil 6.6. Sağlık Ocağına Gelenlerin Sigortalanma Biçimi.....	92
Şekil 6.7. Döner Sermaye Uygulamasının Geçerli Olduğu Sağlık Ocağının Genel Durumu Hakkında Hastaların Görüşü.....	94

Çizelgeler Dizini:	Sayfa
Çizelge 1.1. Sağlık Arzı Göstergeleri	6
Çizelge 3.1. ABD’de Kamu Hastanelerinin Ortalama Gelir Yüzdesi Dağılımı.....	35
Çizelge 3.2. Bir Hastanın Hastaneye Maliyetinin Dağılımı.....	43
Çizelge 3.3. Yöneticiler ve Hekimler Arasındaki Farklar.....	49
Çizelge 5.1. Sağlık Ocaklarında Poliklinik Hizmetleri.....	77
Çizelge 5.2. 2. Basamak’ta (hastanelerde) 2001 Yılında Verilen poliklinik Hizmeti ve Yatırılan Hasta Sayıları.....	78

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin yönetimi ve finansmanı her ülkenin öncelikli sorunudur. Bunun nedeni halkın sağlık hizmetlerine olan vazgeçilemez ihtiyacıdır. Buna karşın bu hizmetin maliyeti her geçen yıl tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de büyük oranda artmaktadır.

Esas itibarıyla sağlık hizmetleri, teknolojik çalışma alanlarından çok, politika, yönetim, işletme ve finans açısından yapılacak köklü atılımlara ihtiyaç duymaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin finansmanında yapılacak aklıcı değişiklikler, sağlık sektörüyle ilişkili her türlü teknolojik gelişimin itici gücünü oluşturma potansiyeli taşımaktadır. Bu açıdan bakıldığında, sağlık hizmetlerinin finansal ve idari açıdan doğru yönetiminin, ürün olarak karşılığı sadece halkın memnuniyeti değil aynı zamanda geniş açılımlı bir teknolojik gelişimdir. Mali karşılığı büyük olan bu köklü değişikliklerin halka açıklanması ve benimsenilmesi sorunun kritik bir aşamasını oluşturmaktadır.

Sağlık her insanın toplumdan talep etmesi gereken temel bir haktır. Dolayısıyla toplumun ve yönetimin karşılaması gereken bir hizmet gibi algılanmaktadır. Geçmişten günümüze sağlık hizmetlerinin artan etkinliği ve kalitesi sayesinde insan refahı artmış, üretim potansiyeli gelişmiş ve insan ömrü çok kısa zaman dilimi içerisinde fark edilir ölçülerde uzamıştır. Günümüzün ve geleceğin bilgi toplumunda sağlık, yine devlet tarafından karşılanması gereken bir hizmet ve görev alanı olarak görülmektedir.

Değişen küresel koşullara ayak uydurmak amacıyla Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı da 1980'lerle birlikte sağlık hizmetlerini geliştirmek ve maliyet kalemlerini karşılamayı sürdürülebilir kılmak amacıyla döner sermaye işletme modelinin sağlık kurumları bünyesinde yaygınlaştırılması için çaba harcaya gelmiştir.

Bu çalışma sağlık ocaklarında uygulanmakta olan performansla dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının hizmet sunumuna, sağlık çalışanlarına ve hasta memnuniyetine etkilerini irdelemeyi amaçlamıştır.

Çalışma altı bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık hizmetlerinin genel yapısı hakkında bilgiler verilmiş, sağlık hizmetleri piyasasının arz ve talep durumuyla birlikte sağlık hizmetleri tüketiminin özellikleri ve maliyeti belirleyen unsurlar ele alınmıştır. İkinci bölümde Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin durumu, kamusal sağlık hizmetlerinin konumu açısından ele alınmış, Avrupa Birliği ile bütünleşme sürecinde Türk sağlık sektöründeki gelişmeler incelenmiştir. Üçüncü bölümde ise sağlık ocağı ve hastane işletmeciliğinde yönetim ve organizasyonun nasıl olduğu ve olması gerektiği dünyadan ve Türkiye'den örneklerle irdelenmiştir. Bu bölümde ayrıca sağlık hizmetlerinde profesyonelleşme de ele alınmıştır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde sağlık hizmetleri açısından döner sermaye işletmeleri, yönetim ve örgüt yapıları, denetim ve muhasebe sistemi hakkında bilgiler verilmiştir. Beşinci bölümde ise, sağlık ocaklarıyla ilgili genel bilgiler verilmiş ve sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması üzerine gerçekleştirilen araştırma ile ilgili bilgiler ele alınmıştır. Son bölümde ise, sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması üzerine yapılan araştırmanın sonuçlarına yer verilmiştir. Isparta'daki üç sağlık ocağında hastalar ve sağlık ocağı çalışanları üzerinde anket yöntemi ile gerçekleştirilen uygulamada sağlık ocaklarındaki döner sermaye uygulamasının hastalar ve çalışanlar tarafından farklı algılanması da genel olarak olumlu bulunduğu bulunulmuş; diğer yandan uygulamadaki kimi eleştiriyse ihtiyaç yönlerin olduğu da ortaya çıkarılmıştır.

Sağlık ocaklarındaki döner sermaye uygulaması çalışanlar arası rekabet, dayanışma gibi olguları olumsuz etkileyebilmekte; sağlık yönetim birimlerinin özerk bir yapıya kavuşmasına engel olabilmekte, hastaların 'hizmet alan' yerine 'hizmet satın alan' olarak algılanmasının önünü açabilmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK HİZMETLERİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Bir ülkenin kalkınmasında ve refah düzeyinin yükseltilmesinde sağlık hizmetleri çok boyutlu ve karmaşık bir hizmetler zinciridir. Kamu harcamaları içerisinde cari ve yatırım harcamaları özelliği taşıyan bu hizmetler özel bir öneme sahiptir. Geniş bir faaliyet yelpazesini kapsayan sağlık hizmetleri çok sektörlü ve çeşitli kamu kuruluşu ve özel işletmeler tarafından üstlenilerek yerine getirilmektedir.

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilitasyon yapmak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltebilmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin birinci amacı; “kişilerin hasta olmamalarını sağlamak ve kişileri hastalıklardan korumaktır. Ancak, her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan; hastaların tedavisi söz konusu olur. Bugünkü bilgilerle ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak tedavi edilemez; bazıları ölürl, bazıları ise sakat kalır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı ise, sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, diğer bir ifadeyle rehabilite etmektir”.¹

¹ CAN, N., “Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu”, <http://www.un.org.tr/who/EU/bul6avbirsaglik.htm>, (23.07.2006).

1. 2. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri

Çağdaşlığın temel unsurlarından birisi sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğidir. Günümüzde ancak yeterli ve kaliteli sağlık hizmetleri alan toplumlar çağdaş sayılabilir. Sağlık hizmetleri, her geçen gün dünyanın her yerinde daha önem verilen bir konu haline gelmekte ve sosyo-ekonomik gelişmenin itici güçlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Ancak, sürekli olarak artan gereksinimlere ve talebe karşın sağlık alanındaki kaynaklar sınırlıdır. Bu nedenle sağlık hizmetleri piyasasının ekonomik yanı daha önemli hale gelmektedir.

1. 2. 1. Sağlık Hizmetleri Talebi

Sağlık hizmetleri talebi, kişinin belli bir sağlık sorunuyla ilgili olarak sağlık kurumlarından yararlanabilme olanağıdır. Kişinin sağlık sigortası ya da yeşil kartı varsa; sağlık hizmetlerinin fiyatı talebi etkilememektedir. Sağlık hizmetleri talebini etkileyen en önemli etmen sağlık ihtiyacının hayatın devamı için zorunlu ve önemli bir ihtiyaç olmasıdır. Sağlık hizmetleri ikame edilemez. Bu nedenle sağlık hizmetleri talebinde diğer malların fiyatı talebi etkileyen önemli bir unsur değildir. Sağlık hizmetleri stoklanamaz. Sağlık hizmetlerine olan talep iyi belirlenirse buna göre sağlık hizmetleri arzı daha doğru belirlenebilir.² Sağlık hizmetlerine olan talebi ortaya koymada, bir kişinin yılda ne sıklıkta (ortalama olarak) hekime (sağlık hizmetine) başvurduğu önemli bir ölçüt olmaktadır. OECD ülkelerinde bir kişi yılda ortalama 6,1 kez hekime başvururken Türkiye’de bu oran 0,5 ile 4 arasında değişmektedir.³

Türkiye’de sağlık hizmetlerine olan talebin düşük olmasının nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:⁴

² SARGUTAN, A.E., “Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi”, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993, s. 153.

³ SARGUTAN, a.g.e., s. 141.

⁴ ORHANER, E., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 1, 1-22, 2006, s. 6.

- Sağlık güvencesi olmayan kişiler kendi kendilerini tedavi etmekte, tedavide çaresiz kalırlarsa sağlık kurumlarına başvurmaktadırlar.

- Sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasına sahip kişiler sağlık hizmetlerinden memnun olmadıkları için mecbur kalmadıkça sağlık kurumlarına gitmemektedir.

- Sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli verilmesi sağlık hizmetlerine olan talebi geciktirmektedir.

Sonuç olarak, halkın sağlık hizmetlerini elde etmesini kolaylaştıracak ve gecikmeleri önleyecek sağlık müdacaat zinciri etkin çalışmamaktadır.

1. 2. 2. Sağlık Hizmetleri Arzu

Sağlık hizmetleri arzı, sağlık kurumlarının belli bir zamanda belli bir fiyattan sağlık hizmetinden satmaya razı oldukları miktardır.⁵ Sağlık hizmeti ise sağlık ocağı, hastane, laboratuvar, vb. sermaye unsurları ile hekim, hemşire, hastabakıcı, laborant, vb. emek unsurlarından oluşan ekonomik bir hizmet malıdır. Sağlık hizmetini sunan (arz eden) üretici ve satıcılar için sağlık hizmetleri arzını belirleyen en önemli unsur, sağlık hizmetlerinin üretim maliyetidir. Sağlık hizmeti ile ilgili hekim, hemşire, idari personel vb ile sağlık ocağı, hastane gibi binalar, çeşitli tıbbi araç ve gereçler üretim girdilerini meydana getirir. Söz konusu üretim girdileri için yapılan harcamalar sağlık hizmetlerinin üretim maliyetini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri arzında fiyatlarda görülen değişme de etkilidir. Ancak sağlık hizmetleri arzında kamu kesimi için fiyatların etkisi düşüken, özel kesim için ise yüksektir. Özel kesim, fiyatlar yüksek ise sağlık yatırımı yapmaktan vazgeçebilmektedir.

Sağlık hizmetleri arzını belirleyen bir diğer etmen ise, hekim sayısı, teknoloji, hastane, araç-gerecin uyumlu artışıdır. Hekim sayısı artmadığı

⁵ ORHANER, E., “Türkiye’de Sağlık Sigortası”, Gazi Kitabevi, Ankara, 2000, s. 17.

sürece, hastane, sağlık ocağı sayısının artması sağlık hizmetleri arzında gelişme olduğu anlamına gelmez.

Sağlık hizmetleri arzının arttığında, teşhis ve tedavi araçlarında, ilaç endüstrisinde ileri teknolojiye sahip olmak sağlık kurumlarını finansman yönüyle zorlamaktadır. Diğer taraftan sağlık hizmetleri arzında kamu denetimi nedeniyle özel firmaların piyasaya girişi kolay olmamaktadır.

Çizelge 1. 1. Sağlık Arzı Göstergeleri.

Fiziksel Mekân Göstergeleri	Yıllar	
	2003	2004
Yatak Sayısı	180797	187788
Yatak başına düşen nüfus	289	378
Yatak kullanım oranı (%)	61	64,9
Sağlık İnsan gücü Göstergeleri		
Hekim Sayısı	97763	99304
Hekim Başına Düşen Nüfus	718	716
Hemşire Sayısı	80900	84400
Hemşire Başına Düşen Nüfus	881	850

Kaynak: DPT, “2006 Yılı Programı”, Ankara, 2005. s. 148.

Çizelge 1. 1.’den görülebileceği üzere 2004 yılı itibarıyla Türkiye’de 716 kişiye bir hekim düşmektedir. Diğer yandan 1980 yılı göstergelerine bakıldığında bile hekim başına düşen nüfus ABD’de 520, Fransa’da 580, İspanya’da 460, İtalya’da 340, Yunanistan’da 420 kişidir. Türkiye’de özellikle

ekonomik gelişme düzeyi düşük bölgelerde hekim sayısı az olduğu için hekim basına düşen nüfus daha fazladır.⁶

1.3. Sağlık Hizmetleri Tüketiminin Özellikleri

Sağlık alanında kamu harcamaları Sağlık Bakanlığı, Hıdud ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma Fonu, diğer bakanlıklar, sivil kuruluşlar, sosyal güvenlik kurumları (SSK, Emekli Sandığı, Bağkur), Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve belediyeler tarafından üstlenilirken, özel harcamalar vatandaşların kendileri tarafından karşılanmakta ya da özel sigorta programlarına verilen primlerle yapılmaktadır. Özel harcamalar Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının beşte birini meydana getirmektedir. Bu harcamaların büyük bir bölümü özel sağlık hizmetleri için kullanılırken, bir kısmı da hastane ya da sağlık ocağı benzeri kuruluşlarda döner sermayelerine yapılan resmî ödemelerden oluşmaktadır.⁷

Dünya Bankası Raporuna göre Bağ-Kur'lıların yüzde 40'ı, SSK'lıların yüzde 17'si; Emekli Sandığı'na bağlı olanların yüzde 10'u, hiçbir sağlık güvencesi olmayanların ise yüzde 30'u özel sağlık sunucularından yararlanmaktadır.⁸

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve nitelikli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etmek için çabalaması sağlık giderlerini artış yönü etkilemektedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde en önemli finansman kaynağı devlet bütçesidir. Sağlık harcamalarının finansmanı,

⁶ KONGAR, B., “Sağlık Sigortaları”, Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı, Ankara, 1989, s. 15.

⁷ TÜBİTAK, “Sağlık Sektörünün Mevcut Durumu”, “TUBİTAK, Teknoloji Öngörü Raporu, Vizyon 2023 Sağlık ve İlaç Paneli; Ek:22”, 2003, s. 4.

⁸ TÜBİTAK, a.g.y., s. 4.

1960 sonrası Planlı Kalkınma Dönemiyle birlikte ağırlıklı olarak bütçeden (hazineden) karşılanmıştır. Dünya Bankası, sağlığa ayırdığı 1993 Dünya Kalkınma Raporu'nda ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık hizmetleri paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak hükümet tarafından finanse edilmesini önermiştir. Sağlık harcamalarında işveren, işçi ve devletin katkısıyla finanse edilen ve yasalılık, sakatlık, emeklilik gibi konular yanında sağlık konusunda da başvuru olan sosyal sigortalar da önemli bir finansman kaynağıdır.

Özel kesim, sağlık harcamalarına doğrudan hizmet bedelini ödeyerek, bağış ve yardımlar yaparak ya da özel sağlık sigortası yoluyla sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadır.

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

Kamu sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi ya da bütçeye kaynak oluşturan vergilerdir. Bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan pay 2004 yılında % 3,3, 2005 yılı içinse (planlanan) % 3,9'dur.⁹ Özel kesim, sağlık harcamalarının finansmanına doğrudan ödemelerle ya da kamu sağlık sigortası dışında kendi iradesiyle özel sağlık sigortası yaptırarak katılabilir.

Kamu sağlık sigortası çok sayıda kişiye belli sayıda risklere karşı asgari güvence sağladığından daha fazlasını isteyen kişiler özel sağlık sigortası yaptırmaktadır. Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür.¹⁰ Türk Ticaret Kanununda belirtilen sigorta çeşitleri arasında uzun süre kaza sigortası içinde yer alan sağlık sigortası halen

⁹ DPT, **Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar Raporu**, Ankara, 17 Ekim 2004.

¹⁰ ORHANER, a.g.e., 2000, s. 76.

Hazine Müsteşarlığı'nca genel şartları onaylı sekiz sigorta çeşidinden biri olmaktadır.¹¹

¹¹ AVCI, A., (1997), **Özel Sigorta Kanunları Uygulanması ve Mevzuatı**, Melisa Matbaacılık, İstanbul, s. 30 – 31.

İKİNCİ BÖLÜM

2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GENEL DURUMU

Türk sağlık sistemi son derece karmaşık bir yapıya sahiptir. Mevcut durum gerçekçi bir planlamanın sonucu olmaktan çok zaman içindeki gelişmelerin bir sonucudur. Türk sağlık sistemindeki aktörler kamu, yarı kamu, özel ve vakıf kuruluşlarından oluşmuştur. Bu aktörler arasındaki ilişkiler düzenlenmemiş ve yapılandırılmamıştır.

2. 1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Güçlü Yönleri

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin güçlü yönleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:¹²

- Türkiye yaş ortalaması açısından genç bir nüfusa sahiptir. Yeterli iş olanaklarına kavuşturulduğu takdirde genç nüfus sağlık sektöründe işgücü, finansman ve insan kaynakları açısından bir avantaj taşıyabilir.
- Türkiye’de Hekimlerin eğitimi bazı aksaklıklara rağmen bir seviyede verilmekte ve düzenli olarak sürmektedir. Dağılımın ve istihdamın bozuk olmasına rağmen çok sayıda hekim bulunmaktadır. Sağlık personeli, özellikle büyük Tıp Merkezlerinde, yüksek teknolojiyi kullanmakta ve yeni uygulamaları yapabilmektedir.
- Türkiye’de Sağlık Kurumları yetersizlikler ve aksaklıklara rağmen geleneksel olarak bir çalışma yöntemine ve organizasyona sahiptir.
- Türk toplumu hastalıklarının tedavisi için tıp merkezlerine gitme alışkanlığına sahip olmuştur.
- Referans hastanelerinin bir çoğunda çağdaş teknolojik donanım yeterli düzeyde bulunmaktadır.

¹² TUBİTAK, vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiogorusu/ paneller/saglikveilac/raporlar/son/EK-21.

- Tıp Fakültesi Hastanelerinin sayı olarak artırılarak yaygınlaştırılması
- tıpta eğitim seviyesinin düşmesi ve gereksiz yere yüksek sayıda hekim yetiştirilmesi gibi sakıncaları içermekle birlikte, daha doğru işletmecilik kuralları uygulandığı takdirde bu hastaneler kamu hastanelerinin görevlerini daha fazla destekleme potansiyeli taşımaktadırlar.
- Hastane döner sermayeleri, DPT ve hükümet politikalarıyla desteklenmiş ve bunun sonucunda başta gelişmiş hastaneler olmak üzere döner sermaye sistemleri yerleşmiştir. Bu şekilde sağlık sektöründe reel para akışı sağlanmış, hastanelerin profesyonel ve çağdaş işletmeler olabilmesine ilişkin bir ilk adım atılmıştır.
- Türkiye’de verimli çalışan hekim ve sağlık personeli için, verimli çalışmayan personelle kıyaslandığında finansal açıdan ödüllendirme mekanizması yok denecek kadar kısıtlıdır. Bununla birlikte, yeni yasal düzenlemelerle, döner sermaye katkı payına göre hekimlerin aldığı destekte bazı kısıtlı olanaklar sağlanmıştır. Yeni yerleşmekte olan bu modelin geliştirilmesi, verimliliğin ödüllendirilmesi gibi bir temel çalışma kuralının işlenmesini sağlayabilir.
- Türkiye’de özel hastane işletmeciliği son dönemlerde bir miktar desteklenmiş ve birçok yetersizlikler olmakla birlikte bu konuda sınırlı bir deneyim yaşanmıştır.
- Türkiye’de birçok aksaklık ve yetersizliklere rağmen, bebek ölüm hızında, aşıyla korunabilen hastalıklarda, verem ve sıtma gibi hastalıklarda yavaş ancak düzenli bir azalma mevcuttur. Bu azalma tümüyle olmasa bile kısmen sağlık kurumlarının bu konuyla ilişkili çalışmalarına bağlıdır.
- Düzenli aşılama sayesinde Polio gibi hastalıkların eliminasyonu sağlanmıştır.
- Dünya çapında büyük tehdit oluşturan HIV enfeksiyonu ve AIDS insidansı, son yıllardaki yavaş artışa rağmen Türkiye’de gelişmiş Batı ülkelerine ve Afrika ülkelerine göre çok daha azdır.

- Türkiye’de geleneksel nedenlerle, uyuşturucu madde bağımlılığı, alkol tüketimi ve alkolizm oranı, gelişmiş Batı ülkelerine göre daha düşüktür. Sigara ve tütün kullanımını engelleyici bazı yasal düzenlemeler de yapılmıştır.

- Sağlık hizmetlerinde, eğitimde, denetimde, örgütlenmede, yetki ve sorumluluk, hiçbir gelişmiş Batı ülkesinde olmadığı kadar, merkezi, bürokratik ve politik bir örgütlenmeyle, Sağlık Bakanlığının elinde bulunmaktadır. Buna karşın, son yıllarda TTB (Türk Tabipleri Birliği) ve UDKK (Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu) içinde, bu yetki ve sorumlulukların büyük bir kısmının sivil meslek kuruluşlarına devredilmesi gerektiğine dair düşünceler ve çalışmalar ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu durum, sistemini çağdaş sistemlerle uyumlu hale getirmesi gereken Türkiye için umut verici bir başlangıçtır.

- İşletmede ciddi sorunlar olsa da, birinci basamak sağlık hizmetlerinde (Sağlık Ocağı...vb) fiziksel alt yapı ve hizmet ağı mevcuttur.

- Türkiye iletişim ve bilişim teknolojisinde bazı önemli gelişmeler sağlanmıştır.

- Yaşlı, hasta ve sakatların bakım ve desteklenmeleri çoğu zaman geleneksel olarak aile içinde sağlanabilmektedir. Bu durum sağlık sistemini bir ölçüde rahatlatakmaktadır.

- Türkiye’de bir eczane ve iletişim ağı mevcuttur.

- İşletmede bazı sorunlar olmakla birlikte 112 acil hasta taşıma sistemi kurulmuştur.

- Yönetiminde son dönemde ciddi bozukluklar olmasına rağmen, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi bazı koruyucu tıp hizmetlerini üstlenmiştir.

Türkiye’nin genç nüfusunun yeterli olanaklara kavuşturulmasıyla sağlık hizmetlerinin bu güçlü yönleri, sağlık sektöründe işgücü, finansman ve insan kaynakları açısından bir avantaja dönüştürülebilir ve topluma daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunulabilir.

2. 2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Zayıf Yönleri

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin zayıf yönleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:¹³

- Sağlık kuruluşlarının çoğu ve personelin kontrolü, merkezi ve politik bir kuruluş olarak Sağlık Bakanlığının elinde bulunmaktadır. Bu durum, hükümetlerin politik menfaatlerini arttırmakta, ancak ülkenin sağlık sorunlarının çözümünde yetersizliklere yol açmaktadır.
- Türkiye’de sağlık politikaları, ülkenin sağlık sorunlarına gerçekçi, akılcı ve kalıcı çözümler getirmekten çok, hükümetlerin ve politikacıların seçimlerde tabandan gelen tepkileri önleyebilmeleri prensibi üzerine oturmıştır. Bu durum Sağlık konusunu halkçı yaklaşımların hedefi haline getirmektedir.
- Sağlık sorunlarına idari yaklaşımların çoğu, günümüzde sağlığın tüm ilke düzenini etkileyebilecek büyüklükte, sektörel ve tümüyle profesyonel bir alan olduğunu kavramaktan uzaktır. Türkiye’de sağlık sorunlarının çözümünde akılcılık ve gerçekçilik birer dünya görüşü olarak benimsenmemiştir.
- Türkiye gelir kaynakları ve ekonomik açıdan artı değerleri düşük bir ülkedir. Bütçede zorunlu ve yüksek bir askeri harcama oranı vardır. Sağlık hizmetleri için genel bütçeden daha fazla pay ayrılması ülke gerçekleriyle bağdaşmamaktadır. Dolayısıyla haklı veya haksız bütün itirazlara rağmen hiçbir hükümet sağlık sektörüne kamu kaynaklarından yeterli bir pay ayıramamakta ve yakın gelecekte de ayırması beklenmemektedir.

- Sağlık Sektörü için aktarılan kaynakların %41’i genel vergi ve fon gelirlerince subvanse edilerek karşılanmaktadır. Sağlık Sigortası ve Emekli Sandığına sağlık için alınan primlerden bağımsız olan bu vergi ve fonların ise, gerçek toplanma nedeni tedavi edici sağlık sektörünün desteklenmesi değil, ülkenin kalkınmasıyla ilişkili yatırımlardır. Aktarılan bu paranın büyük bir bölümünü iş verimliliği düşük personel harcamaları ve tedavi edici tıp

¹³ TÜBİTAK, a.g.y.

uygulamaları oluşturmaktadır. Böylece kamu gelirleri haksız yere israf edilmektedir.

- Türkiye'nin sağlık için devlete bağlı kurumlar yoluyla harcadığı gerçek toplam harcama belirli değildir. İçlerinde TBMM, MSB, Askeri Hastaneler ve Merkez Bankası gibi kuruluşların bulunduğu bir çok devlet kurumu, kendi personel ve yakınlarının sağlık harcamaları için, sigorta primi ödeyen vatandaşlara dahi sağlanmayan özel ayrıcalıklar sunmaktadır. Kamu kaynaklarından sağlanan tüm bu kalemler göz önüne alındığında ortaya çok daha değişik bir israf, çifte standart ve eşitsizlik tablosu çıkabilmektedir.

- Sağlık hizmetlerinin finansman yönetimi, profesyonel nitelikte, alanlarında yeterlilikleri kanıtlanmış kişilerce değil, kalifiye olmayan kişilerce yapılmaktadır. Sonuçta, sağlık sektöründe gelir ve gider dengesi tümüyle bozulmuş, büyük iç borçlanmalara gidilmiş sağlık sisteminin açıkları, prensiple bu amaç için toplanmayan genel bütçenin vergi ve fonlarınca karşılanmaya çalışılmış ve sistem iflasa yaklaşmıştır.

- Türkiye'de kamu kesimindeki sağlık sisteminde, sağlığa ayrılan kısıtlı kaynaklar, politik nedenlerle ve asıl amacından farklı olarak, koruyucu tıp ve sağlıkta altyapı yatırımlarından çok tedavi edici tıp alanına yönlendirilmektedir.

- Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü ve Tıbbi Örgütünün bürokratik mekanizmalarına bakıldığında sistemin yatay örgütlenmesinin gereksiz yere şişirilmiş olduğu ve verimsiz çalıştığı dikkati çekmektedir.

Merkeziyetçi yapının kaldırılması, kaliteli insan gücü yetiştirilmesi, sağlık hizmetlerine aktarılan payın artırılması, politik kaygılardan uzak durulması ve profesyonel yönetim anlayışının geliştirilmesi bu zayıf yönleri ortadan kaldırmaya yardımcı olacaktır.

2. 3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sahip Olduğu Fırsatlar

Fırsatlar, çevrede ne gibi ilginç gelişmelerin yaşandığı, teknoloji ve pazarda oluşan değişimler, hükümet politikalarındaki değişiklikler, sosyo-kültürel yapıdaki değişimler, yerel olaylar gibi faktörlerdir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sahip olduğu fırsatlar aşağıdaki gibi sıralanabilir.¹⁴

- Avrupa Birliği ile uyum süreci, sağlık alanında eğitim, sağlık hizmeti ve finans konularında verimlilik artırıcı ve gelişmiş yöntemlerin benimseneceği değişimlere yol açabilir.
- Sağlık alanında doğru işletmeye yönelik, akılcı düzenlemeler yapıldığı takdirde, Türkiye’de mevcut bulunan iyi yetişmiş hekim ve sağlık personeli, Avrupa Topluluğu ülkelerine daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilir.

- Türkiye, Avrupa Birliği’nin Bilimsel Çerçeve Programları’nın üyesi ve ortağı olmuştur. Bu tip işbirlikleri Türk hekim ve araştırmacıları için yeni kaynaklar yaratabilir.

Türkiye’nin, Avrupa Birliği üyeliğine aday ülke statüsü kazanması sağlık hizmetleri kalitesinin artırılması için bir fırsat oluşturmaktadır. Bunun için AB fonlarından yararlanılması ve bu fonların akılcı kullanılması gerekmektedir.

2. 4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerini Tehdit Eden Unsurlar

Karşılaşılan engeller, rakiplerin neler yaptıkları, beklenen iş, ürün veya hizmet standartlarıdaki değişimler, değişen teknoloji konumu, finansal sorunlarınız gibi faktörlerdir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerini tehdit eden unsurlar aşağıdaki gibi sıralanabilir¹⁵:

¹⁴ TÜBİTAK, a.g.y.

¹⁵ TÜBİTAK, a.g.y.

- Türkiye’de sağlık hizmetleri alanunda en büyük tehdit, hükümetlerin sağlık sektöründe akılcı düzenlemeleri içeren politik iradeyi gösterememeleri ve popülist uygulamalarıdır.

- Çağdaş ekonomi kurallarının sağlıklı bir şekilde i letilememesi sonucunda Türk hastaneleri tümüyle çalışamaz hale gelebilir.

- Türkiye’nin son 20 yılda yürüttüğü düşük kaliteli ve gerektiğinden çok sayıda hekim ve uzman hekim yetiştirme politikaları, zorunlu devlet hizmeti yasaları gibi uygulamalar Türkiye’nin çok sayıda, yetersiz, işsiz veya gizli işsiz konumundaki hekimle dolmasına yol açmıştır.

Tıbbi hizmet, teknoloji ve malzeme fiyatları, kısaca maliyetler, her geçen yıl büyük bir oranda artmaktadır. Bu durum, salt Türkiye’nin değil, gelişmiş Batı  lkelerinin sağlık sektörleri ve ekonomileri için de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır.

2. 5. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Temel İtici G  ler

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde temel itici g  ler aşağıdaki gibi sıralanabilir:¹⁶

- Sağlık sektörünün en temel itici g  c  toplumun sağlığa olan zorunlu ihtiya ıdır.

- Türkiye’nin genç nüfusu yeni çözüm arayışları için önemli bir faktördür.

- Avrupa Birliği uyum süreci sağlık hizmetleri alanındaki sorunların çözümünde bir itici güç olabilir.

Türkiye’de ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Bunun nedeni insanların daha sağlıklı yaşamak istemeleri ve bunun için sağlık hizmetlerinden

¹⁶ TÜBİTAK, a.g.y.

daha fazla yararlanmalardır. Böylece sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanma isteği sağlık hizmetleri talebini artıran bir güç olmaktadır.

2. 6. Avrupa Birliği İle Bütünleşme Sürecinde Türk Sağlık Sektöründeki Gelişmeler

Hızlı küreselleşmenin yaşandığı günümüzde, sermaye, teknoloji, mal ve hizmet piyasalarında olduğu gibi, sağlık sektörü de ciddi bir değişim süreci içerisine girmiştir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nde ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık politikası; “*İrk, din, politik inanç ve ekonomik güç ayrıcılığı olmaksızın, herkesin olabilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanma hakkı*” olarak ve sağlık ise; “*yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” şeklinde tanımlanmıştır.¹⁷

Günümüzde globalleşme rüzgarları hızla esmekte olup, ülkeler ortak çıkarlarını korumak için bölgesel entegrasyonlara gitmektedirler. Avrupa Kıtasında; Avrupa Birliği (AB), Amerika Kıtasında; Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması (NAFTA) ve Asya Kıtasında; Asya – Pasifik Ekonomik İşbirliği (APEC) entegrasyonları yaşanmaktadır. Bugünkü konjunktürde, bölgesel entegrasyonların dışında kalan ülkelerin, ekonomik ve politik açıdan gelişme imkanları sınırlıdır. Küreselleşme sürecinde, Avrupa Birliği en başarılı entegrasyon olarak görülmektedir.¹⁸

Türkiye, 1958 yılında kurulan Avrupa Birliği ile 1963 yılında “Ortaklık Anlaşması” imzalamış, 1995 yılında “Gümrük Birliği”ni gerçekleştirmiştir. 10-11 Aralık 1999 tarihlerinde yapılan AB Konseyi Helsinki Zirvesi'nde ülkemize tanınan “Aday Ülke Statüsü”, Türkiye–AB ilişkilerine yeni bir ivme kazandırmıştır.

¹⁷ CAN, a.g.e.

¹⁸ CAN, a.g.e.

Türkiye'ye tanınan “Aday Ülke Statüsü” kapsamında, Avrupa Birliği Komisyonu tarafından, Türkiye için, 8 Kasım 2000 tarihinde açıklanan “Katılım Ortaklığı Belgesi”ne karşılık, Türkiye 24 Mart 2001 tarihinde, Bakanlar Kurulu’nda kabul edilen Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin “Ulusal Program”ı yayımlanmıştır.

Ulusal Programda; Birlik müktesebatına uyum sağlanması için; Türk mevzuatında ihtiyaç duyulan değişiklikler, yenilikler ve oluşturulması gereken yeni kurumlar ile bu düzenlemelerin gerektireceği finansman ihtiyacı belirlenmiştir.

Sağlık sektörünün kalkınma üzerindeki rolünü ön plana çıkartan yeni ekonomik yaklaşım kapsamında, Ulusal Program’da yer alan sağlık konularında, Türk sağlık mevzuatının Avrupa Birliği sağlık mevzuatına uyumlaştırılması gerekmektedir.¹⁹

Sağlık hizmetlerinin yüksek seviyelerde olduğu AB’de sağlık konuları sosyal politikalar içinde yer almaktadır. Birliğe üye ülkeler, sosyal politikalarını değiştirme, tek tip veya ülkeler üstü bir sosyal politika uygulama yönünde bir düzenlemeye gitmemiştir. Bu nedenle, sosyal politikalar içinde yer alan sağlık politikaları, ulusal düzeyde organize edilmiş olup, ülkelerarasında sağlık ve sağlık finansman sistemleri, hizmet sunumu, mevzuat ve uygulamaları konularında farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin; İtalya, İngiltere ve İrlanda gibi bazı ülkelerde sağlık hizmetleri tamamen devletin sorumluluğunda iken, Belçika, Fransa ve Almanya’da sağlık hizmetlerinde devlet ve özel sektör olmak üzere, karma sistem uygulanmaktadır. Sağlık sektöründe özel sektörün ağırlıklı olduğu ülke ise Hollanda’dır (Sağlık Bakanlığı, 1993a). Aynı şekilde, AB ülkelerinde, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinde de farklılık vardır.

¹⁹ CAN, a.g.e.

AB'de sağlık sektörüne yönelik ortak bir düzenleme ve politika olmamakla birlikte, Birlik içinde yapılan düzenlemelerde sağlık konularına yer verilmiştir. AB mevzuatında sağlık sektörünün yerine bakıldığında;²⁰

- Kurucu anlaşmalarda (Avrupa Kömür Çelik Topluluğu Anlaşması, Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu Anlaşması, Avrupa Ekonomik Topluluğu (Roma) Anlaşması) sağlık konularına dolaylı olarak sosyal politikalar içinde değinilmiştir.
- Kurucu anlaşmalarda değışiklik yapan anlaşmalarda (Tek Avrupa Senedi, Maastricht Anlaşması, Amsterdam Anlaşması) sağlık konularına doğrudan yer verilmiştir.

AB'de 1993 yılında yürürlüğe giren ve Roma Anlaşmasında önemli değışiklikler yapan Maastricht Anlaşması ile sağlık politikasının resmî hedefleri belirlenmiş ve sağlık politikası Birliğin diğeri politikası arasında yer almış (Madde 5 ve 129) ve bu konularda çeşitli faaliyet programlarının belirlenmesi ve yürütülmesi karara bağlanmıştır.

2. 6. 1. Hastane Akreditasyon Sistemi

Türkiye, etkili birinci basamak hizmetlerinin ilk destekleyicilerindendir ve son on yılda, sağlık reformu açısından iyi bir ilerleme kaydetmiştir. Ancak Dünya Bankası'nın yazmış olduğu son raporlardan birinde de vurgulandığı üzere: “Yakın geçmişte gerçekleştirilen belirgin ilerlemeye karşın Türkiye, halkının sağlık durumunu açısından pek çok orta düzey gelirli ülkenin oldukça arkasında yer almaktadır.” Türk Hükümeti, Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin uygulanmasının finansmanına yardımcı olmak üzere Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası'na bir başvuru hazırlamaktadır.²¹

²⁰ ALAIN, L., “The Future of European Health Policy”, Eurohealth, Volume 4, Number 5, Winter:1-2, 1998, s. 1-2.

²¹ Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi, “Kurumsal Değerlendirme Hastane Akreditasyon Sistemi Sonuç Raporu”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara. 12 Nisan 2004.

Sağlık hizmetleri akreditasyonu konusundaki uluslararası deneyimlerin, pek çok başarıyla birlikte pek çok başarısızlığı da olmuştur. Mevcut durumda, sağlık tesisi akreditasyon programına sahip yaklaşık 40 ülke bulunmaktadır; bunların 11'i halihazırda gelişmiş ve diğer 11'i de Avrupa'da gelişmekte olan ülkelerdendir. Uluslararası Akreditasyon Ortak Komisyonunca İstanbul'da akredite edilmiş halihazırda üç hastane bulunmaktadır. Şimdi de bu sağlık hizmetlerini geliştirme sürecini, bir akreditasyon süreci ile Türkiye'deki sağlık tesislerine yayma zamanı gelmiştir.²²

Dünya Bankası ikraz programlarının desteğiyle, Türkiye'deki hastaneler; fiziksel koşullar, ekipman, personel alımı, farmasötikler, standartlar ve sağlık hizmeti sunumunun diğer yönleri açısından, son yirmi yılda büyük ilerleme kaydetmişlerdir. Kalitenin artırılması şimdi daha büyük bir öncelik arz etmektedir ve yapılacak çok şey vardır. Bir akreditasyon programı, maliyetlere çok büyük ekleme yapmaksızın kaliteyi geliştirme fırsatı sunmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi, teknik analiz ve program oryantasyonunun, Türkiye'yi ilerletecek şekilde olmasını sağlamıştır. Zaman, doğru zamandır ve paydaşlar, uygulama için daha da ileri çalışma ve başlangıç planları yapma zamanının geldiğini düşünmektedirler.

Hastane akreditasyon sistemi hasta odaklı olacak; hastalara yönelik sağlık hizmeti sunumunun kalitesine katkı sağlayacak; sağlık sisteminde sürekli kalite gelişimini teşvik edecek; net standartların sağlanması temelinde hastanelerin objektif, sistematik değerlendirilmesini sağlayacak; hastalar için sağlık hizmetleri çapında tutarlılık ve hakkaniyet yaratacaktır.²³

Akreditasyon, sağlık tesislerinin veya programların; prosedürler, fiziksel yapılar, idari ve finansal süreçler ve bakım kalitesine ilişkin sonuçlarla ilgili bir takım standartlara göre “*diş*” değerlendirme sürecidir. Bazı bir kaç ülke, hekimleri de akredite ediyor olsa da akreditasyon, normalde kişilere değil, sadece sağlık tesislerine veya sağlık eğitim programlarına uygulanır.

²² Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi, a.g.e.

²³ Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi, a.g.e.

Akreditasyonun temel amaçları şunlardır:²⁴

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına yönelik standartları karşılamada optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile yönetimini stimule etmek ve geliştirmek,
- Seçilmiş yapı, süreç ve sonuç standartlarını veya kriterlerini karşılayabilmek için sağlık hizmetleri kuruluşlarının mukayeseli veritabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltmak,
- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve “en iyi uygulamalar” konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamlaştırmak ve hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmak.

Akreditasyon standartları, tesis yöneticilerinin, sürekli kalite gelişimini nasıl yönetebileceği konusunda rehberlik sağlamaktadır. Bir sağlık tesisi, bu tesis kalite standartlarını karşıladığında veya aştuğunda, “akreditasyon” derecesini kazanır. Kurumlar, genelde; sigorta kurumları, hükümet veya sağlığı koruma kurumları gibi sağlık için ödeme yapan kurumlardan daha fazla geri ödeme alabilmeyi gerektelendirmek için akreditasyon istemektedirler. Bu ödeyiciler, ödeme yapılan hizmetlerin yüksek ve gelişen kalitede olmasını sağlamak istemektedirler. Akredite kurumlar, tipik olarak akreditasyon işleminin yürütülmesinden doğan maliyetleri ödemektedirler. Akreditasyon programları normal olarak bağımsız, Sivil Toplum/Özel Gönüllü Kurumlar tarafından, bu kurumların tanınmış uzmanlardan oluşan ve kendilerine ait fon kaynağına sahip (genellikle

²⁴ Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi, a.g.e.

akreditasyon verilen kurumların ödediği ücretlerden oluşmaktadır ve bu kurumlar doğrudan Devlet Kurumlarına bağlı değildir) yöneticiler kurulu ile gerçekleştirilir.²⁵

Sağlık hizmetlerine ve hizmetleri geliştirecek akreditasyon gibi mekanizmalara, sağlık hizmetlerinin kalitesi için dünya çapında artan bir talep bulunmaktadır. Sağlık reformunu desteklemek, hizmet yönetim kalitesini geliştirmek ve sürekli kalite gelişimini teşvik etmek amacıyla hükümetler, akreditasyona artan destek sağlamaktadırlar.

Türkiye’de bir kaç hastane tesisi “akreditasyon” statüsüne sahiptir. Hepsi de İstanbul’da yer almaktadır ve sayıları üçtür; bunlar İstanbul Memorial Hastanesi, Metropolitan Florance Nightingale Hastanesi ve Amerikan Hastanesi’dir. Bu üç hastane, ABD’de bulunan ve 1998 yılından beri hastaneleri akredite eden bir kuruluş olan Joint Commission International (JCI) tarafından akredite edilmişlerdir. Özel hastaneler ve devlet hastanesi olmayan hastaneler (268 tesis), Türkiye’deki toplam hastane kapasitesinin sadece %8’ini oluştursa da bunların kapasitesi 1995 ile 2000 yılları arasında iki katına çıkmıştır.

Türkiye’de başarılı bir Ulusal Akreditasyon programının oluşturulması, geliştirilmesi ve uygulanması için muhtemel opsiyonlar veya alternatifler aşağıdaki şekilde sıralanabilir:²⁶

- Akreditasyon Programının Daha Geç Bir Tarihe Ertelenmesi:

Sağlıkta Dönüşüm Projesi, ulusal sağlık reformu için oldukça geniş ve büyük bir ajandaya sahiptir. Önümüzdeki on yıl içinde sağlık sisteminin her sektörü için önerilen değişiklikler vardır. Ulusal ajandadaki pek çok faaliyetle birlikte, diğer ulusal önceliklerden dolayı, akreditasyonun geliştirilmesi ve uygulanmasının daha geç bir tarihe ertelenmesine yönelik bir düzenleme yapılabilir. Bu alternatif, ISO inisiyatiflerini içeren mevcut akreditasyon

²⁵ Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi, a.g.e.

²⁶ Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi, a.g.e.

faaliyetlerinin var olan ortamda devam etmesine, geliştirilmesine ve başarılı olmasına imkan sağlayacaktır.

- Dışarıdan Bir Program Alarak Türkiye'ye Uyarlanma:

Birçok ülkede yıllar içerisinde biriken önemli uluslararası tecrübe akreditasyon programlarını başarılı bir şekilde geliştirilmesi için gerekli hususlar konusunda bir veri tabanı ve gerçek hayat tecrübeleri sonucunu ortaya çıkarmıştır. Satın almak için bazı uluslararası programlar mevcuttur, fakat bunlar temel olarak, sadece standartları içermekte ve teknik yardım sağlamamaktadır. Uluslararası Ortak Komisyon, teknik yardım sağlayan ve iyi bir şekilde oluşturulmuş tek programdır. Bununla birlikte AB yardım konusuyla ilgilenmektedir, hem İrlanda hem de Danimarka diğer programlara bazı teknik yardımlar sağlamamıştır. Şayet bu opsiyon seçilirse, ulusal bir program geliştirilmesinde Türkiye'ye yardım etmek için nelerde teknik yardımın uygun olacağının saptanması için ilave araştırmalar yapılmasına ihtiyaç duyulacaktır. Türkiye akreditasyon konusunda çok az tecrübeye sahip olduğundan, bu metot, sürdürülebilir ve daha düşük maliyetli opsiyon olabilir.

- Tüm Akreditasyon Programının Geliştirilmesi:

Sürdürülebilir bir akreditasyon programının kurulması ve uygulanması için gerekli zaman uzunluğu (genellikle 3-5 yıl) göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle uluslararası standartları karşılayan Türkiye'ye özgü bir programın geliştirilmesine yönelik ortaya çıkacak maliyetler karşılanmalı ve söz konusu programa yeterli zaman ayrılmalıdır.

Türkiye'de kırsal ve kentsel hastaneler ile birinci basamak sağlık tesislerinin özel ihtiyaçlarına uygun programa sahip olma gereksinimi, geliştirme ve uygulama işlemlerinin daha fazla zaman almasına neden olacaktır; ancak bu program daha sürdürülebilir bir alternatif olmaktadır.

2. 6. 2. Sağlık Sektörü Reformu

Sağlık sistemi reformunun nihai amacı, sağlık hizmetleri sonuçlarının etkin, dengeli ve sürdürülebilir bir şekilde iyileştirilmesidir. Ancak, reform

müdahalelerinin sağlık durumunu mutlaka doğrudan etkilemesi gerekmez; bu daha çok; kaynakların harekete geçirilmesi ve tahsisi, dengeli ve adil dağıtım, kaynaklara kolay ulaşım, sağlık hizmetlerine olan talep ve bunlardan yararlanma, sağlık hizmetlerinin üretimi ve sağlanması etkin ve etkili olarak yapılması gibi konularda yapılacak iyileştirmelerle ortaya çıkar. Bu nedenle, Türkiye’de sağlık sektörünün sorunlarına hitap etmeyi amaçlayan herhangi bir reform stratejisi, en azından aşağıda sıralanan beş sorumlu alan etrafında şekillenmek zorundadır.²⁷

- Kaynak mobilizasyonu ve tahsisinde yapılacak iyileştirmeler,
- Sağlık hizmetlerine ulaşmada sağlanacak iyileştirmeler,
- Sağlık hizmetlerine olan talebin ve hizmetlerden yararlanma oranının artırılması,
- Sağlık hizmetlerinin nasıl daha etkin şekilde üretilip sunulacağı,
- Sağlık hizmetlerinin klinik etkinliğinde sağlanacak iyileştirmeler.

Türkiye’de sağlık sektörü reformunun yanıtlamak durumunda olduğu birinci ve en önemli zorluğu, toplumun tümünü kapsayacak sağlık hizmetleri için yeterli finansman sağlanmasıdır. Halen, üç sağlık sigorta kuruluşu sigorta hizmeti sağlamaktadır: SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı. Bunların dışında, yukarıdaki kuruluşlardan hiçbirinden sağlık sigortası satın almaya yeterli mali imkanları olmayanlar için de Yeşil Kart programı bulunmaktadır. Çalışan devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler doğrudan genel gelirlerle finanse edilmektedir. Ülkedeki özel sağlık sigorta kapsamı küçük olup, yaklaşık 500,000 kişiyi kapsamaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, bu sigorta sistemi ile birçok insan sigorta kapsamı dışında kaldığı gibi, nominal olarak sigortalı görünen birçok kişi de yetersiz bir düzeyde sigortalanmış olmaktadır.²⁸

²⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, “**Yaygınlığı ve Verimliliği Geliştirmek amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar**”, Rapor no: 24358-TU, Birinci Cilt, Ankara, 2002.

²⁸ Yaygınlığı ve Verimliliği Geliştirmek amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar, a.g.e.

SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından farklı sağlık sigortalarının seğeneklerinin ve devlet memurları ve refah programlarına sağlanan Yeşil Kart gibi sigortaların etkinlik, riskin havuzda toplanması ve finansmanın konsolidasyonuna yararlı olmak üzere tek bir zorunlu sosyal sağlık sigorta sistemi veya bir Sağlık Fonu şeklinde kombine edilmesi gereğine işaret etmektedir.

Bir Sağlık Fonunun kurulması fonların akışını değiştirecektir. Sağlık Fonunun kurulması;

- Hükümetin, sigorta yönetiminde deneyimi olan tek idari kuruluşu olan, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü bünyesinde, özerk, yasal bir şemsiye örgüt olarak kurulmalıdır,
- Sosyal güvenlik sisteminde yapılacak genel reformun bir parçası olmalıdır.

SSK ve Bağ-Kur sosyal güvenlik kurumları olarak çalışmaya devam edecekler, ancak topladıkları tüm sağlık sigortası primlerini Sağlık Fonu'na aktaracaklardır.

Benzer şekilde, tüm çalışan devlet memurları Sağlık Fonunun üyeleri olacaklar ve bunların ana departmanları sağlık sigorta primlerini doğrudan kendi adlarına yataacaktır. Benzer şekilde Emekli Sandığı tüm sağlık sigorta primlerini Sağlık Fonu'na devredecek ve Yeşil Kart programı da Sağlık Fonu bünyesine dahil edilecektir.

Devlet ödeme gücü olmayanlar için onların adına prim ödeyecektir. Sağlık Fonu özerk bir kurum olarak yönetilmeli ve ilgili aktüeryal deneyime ve kanıtlanmış sonuçlara sahip kişiler arasından seçilecek profesyonel yönetim elemanlarına sahip olmalıdır. Hükümet, Sağlık Fonunun yönetim ve idaresini kontrol etmek üzere, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Türk Tabipler Birliği, sendikalar

ve tüketici danışma grupları arasından üyeler seçerek, bir Yönetim Kurulu tayin edebilir.²⁹

Türkiye'deki sağlık durumunun ve sonuçların iyileştirilmesi için, en iyi yaklaşımın hangisi olduğu tasarlanırken, hem arz-tarafında hem de talep-tarafında yer alan faktörler dikkate alınmalıdır. Sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti, tek başına, bunlardan yararlanılmasını garanti etmediği gibi, yararlanılması da tek başına, sağlık durumunda bir iyileştirmeyi garanti etmez.³⁰

Benzer şekilde, eğitim düzeylerini artırma, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın muhtemel faydaları konusunda uyarı ve bilgilendirme ve sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılmasını teşvik edecek diğer faktörler, tek başlarına, yararlanma oranının artmasını garanti edemezler.³¹

Sonuç olarak, sağlık durumunun ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için stratejiler tasarlanırken; spesifik olarak anne ve bebek ölümlerini azaltmayı hedef alan bir temel hizmetler paketinin hazırlanması ve söz konusu paketin fakir ve mağdur insanlara ulaştırılması temel öğeler olmaktadır.

2. 6. 3. Kamu Hastanelerinde Kalite Çalışmaları

Ülkemizde 1990'lı yıllarla birlikte kısmi olarak sağlık sektörü ve yaygın olarak da hastane işletmeciliğinde kalite kavramı sistematik olarak Toplam Kalite Yönetimi (TKY) odaklı olarak tartışılmaya başlanmıştır. Ancak, 1997'li yıllarla birlikte ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi (KGS) ile tartışılmaya başlanan kalite yönetimi bir gelişme sürecine girmiştir.

Türkiye'de hastane işletmeciliği sektöründeki kaliteye yönelik doğal olarak çeşitli akademik ve mesleki platformlarda, verimsizlikleri ve önemli kalite sorunlarını dile getiren hastaneler açısından oldukça önemli bir aşamadır. Ancak hastane işletmeciliği sektörüne çok önemli katkıları reddedilemeyecek

²⁹ Yaygınlığı ve Verimliliği Geliştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar, a.g.e.

³⁰ Yaygınlığı ve Verimliliği Geliştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar, a.g.e.

³¹ Yaygınlığı ve Verimliliği Geliştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar, a.g.e.

olan ISO 9001 KGS'nin tüm katkılarına karşın sonuçta tüm sorunları çözecek bir sihirli değnek olarak algılanma tehlikesi de mevcuttur. Hastanelerin temel amacı, müşterilerinin taleplerinin nedenini oluşturan sağlık tanımı kapsamındaki hizmetlerin üretilmesidir.

Türkiye'deki sağlık kuruluşları TKY'nin ortaya koyduğu “profesyonel yönetim yaklaşımı” açısından ele alındığında, mevcut örgütsel yapılarının sahip olduğu yönetici profilinin TKY felsefesini uygulayabilmesi bir yana sağlık sistemindeki önemli kalite ve verimlilik sorunlarını ne ölçüde çözebileceği ciddi bir sorun olmaktadır.

Türkiye'deki Özel ve Kamu Hastanelerinin bilimsel ve işletmecilik ilkelerine göre yönetilip yönetilmedikleri üzerine yapılan bir araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:³²

- Hastaneler genel olarak bir “işletme” biçiminde görülmemekte, özellikle kontrol teknikleri yeterince bilinmemekte ve bunlardan yararlanma oranı düşük kalmaktadır.
- Kontrol tekniklerinin kullanılabilmesi için verilerin yeterli ve güvenilir olması, kayıtların doğru tutulması ve ölçülecek ve izlenecek faaliyetlerle ilgili olmaları gerekirken, tutulan kayıtların daha çok standart istatistiklerin oluşturulmasına yaradıkları görülmektedir. Bu açıdan özel ve kamu hastaneleri arasında fark bulunmadığı söylenebilir.

- Hastanelerin “bilimsel” dolayısıyla, “işletmecilik ilkelerine” göre yönetilmedikleri dikkat çekmektedir. Nitekim, birbirleriyle bağlantılı sorulara verilen yanıtlar arasındaki tutarsızlıklar da cevaplayıcıların işletmecilik formasyonuna yeterince sahip olmadıklarının ve buna bağlı olarak işletme ile ilgili konulara vakıf bulunmadıklarının bir göstergesidir.

Müşterinin gereksinimleri tıp profesyonelleri tarafından belirlenerek hizmet üretim süreci ve bu süreçte kullanılacak tüm girdiler de yine bu profesyonellerce tasarlanmaktadır. Tıp profesyonellerince tasarlanan bu hizmet

³² ÇATALCA, H., “Türkiye’deki Özel ve Kamu Hastanelerinin İstatistik Kullanımına İlişkin Karşılaştırmalı Bir Araştırma” Modern Hastane Yönetimi, C.2, s.4, Mayıs 1998.

sürecinin kalitesinin tanımlanması ve değerlendirilmesi planlı ve sistematik çalışmaları gerektirmektedir, çünkü sunulan hizmetin teknik yönü ancak bu alanda uzmanlaşmış kişi ve / veya kişilerce bilinebilecek karmaşıklıktadır. Bu bağlamda; kalite sorunu oluştuğunda müşterinin direkt yaşamını ve / veya yaşam kalitesini etkileyen aşağıdaki süreçler planlı ve sistematik olarak yürütülen faaliyetler ile güvence altına alınmalıdır.³³

Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen Hastane Yönetimi Uygulamaları ve Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları çerçevesinde eğitim toplantıları düzenlenmektedir.³⁴

Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı tarafından yataklı tedavi kurumlarında verilmekte olan sağlık hizmetlerinin Toplam Kalite Yönetimi anlayışı çerçevesinde, etkin, ulaşılabilir, verimli ve kaliteli olarak sunulabilmesinin desteklenmesi amacıyla çeşitli çalışmalar sürdürülmektedir.

Yukarıda açıklanan araştırma sonuçları doğrultusunda ülkemiz sağlık kuruluşlarının kapsamlı bir biçimde yeniden düzenlenmesi gündeme gelmektedir. Bu bağlamda bir sistemde kaynaklanan sorunların % 90-95'inin sistemin yapısı, en önemlisi ise yönetim sorumluluğundan kaynaklandığı görüşünü dile getiren kalite öncülerinin ışığında olaya baktığımızda aşağıdaki öneriler sunulabilir:³⁵

- Ülkemiz sağlık kuruluşlarının yönetim ve örgütlenme biçimleri günümüz bilimsel bilgi ve deneyimleri doğrultusunda yeniden düzenlenmelidir.
- Ülkemizde sağlık kuruluşlarının yönetiminde görev alacak tüm sağlık profesyonellerinin yönetim bilgi ve deneyimine özen gösterilmelidir.

³³ ŞAHİN, Ü., “**Hastane İşletmeciliğinde ISO 9000 Kalite Güvence Belgesi ve Kalite Kavramı**”, <http://www.merih.net/ml/wusah03.htm>, (12.07.2006).

³⁴ T. C. Sağlık Bakanlığı, “**Hastane Yönetimi Uygulamaları ve Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları Bölgesel Eğitim Toplantıları**”, www.saglik.gov.tr/sb/, (21.06.2006).

³⁵ TOKER, F., ŞAHİN, Ü., **Toplam Kalite Yönetimi'nde Yöneticinin Rolü**, <http://www.siteky.com/frame塞尔tky/tkymain19.htm>, (21.07.2006).

- Üst yönetimin başarısını destekleyici olarak başhemişirelik, başeczacı, diyetisyen vb. orta kademe yönetim görevi verilecek personele de yönetim eğitim ve deneyimi kazandırılmalıdır.

Bu çerçevede Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin, toplam kalite yönetimi anlayışı ile; kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” hazırlanarak 30 Ekim 2002 / 10311 sayılı Makam Onayı ile çıkarılmış ve tüm Valiliklere gönderilmiştir.

Ayrıca, 2002 yılı içinde tüm yataklı tedavi kurumu yöneticilerine “Hastane Yönetimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları” konulu bir eğitim programı verilmiştir. Üst yönetimin Toplam Kalite Yönetimi konusunda bilgilendirilmesi ve kalite anlayışının geliştirilmesi amacıyla Bölgesel Eğitim Toplantıları planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.³⁶

³⁶ Sağlık Bakanlığı, a.g.e.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

Günümüzde sağlık hizmetleri yönetiminde aktif rol oynayan hastane yöneticileri, genellikle çok karmaşık bir örgütü işletmek, çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşımak ve yüze yakın değişik profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı personelin uyumunu sağlamak zorundadır. Bir işletme olarak hastanelerin yönetimi söz konusu olduğunda, öncelikle hastanelere özgü özelliklerin tanımlanması bir zorunluluk haline gelmektedir.³⁷

Hastaneler, kamusal otorite ve toplumsal baskı grupları ile karşılıklı etkileşimde bulunan örgütlerdir. Hastanelerde sunulan hizmetler, tüm uluslarca anayasal bir hak olarak güvence altına alınan ve tanımlaması oldukça güç bir kavram olan sağlıkla ilgili hizmetlerdir. Bu özellik ise hastanelerin yönetimi ve işlevlerini daha da karmaşık hale getirmektedir.

Hastaneler, hizmet üretim süreci en karmaşık işletmelerdir. Hastanelerin hizmet üretim sürecini karmaşık kılan faktörlerin en önemlisi ise hizmet yelpazesinin karmaşıklığıdır.

Günümüzün en karmaşık üretim sürecine sahip işletmeleri konumundaki hastaneler, aynı zamanda matris yapıda örgütlerdir. Matris örgüt yapısı, ilk önce uzay işletmelerinde oluşturulan bir örgüt modeli şeklidir. Daha sonra diğer işletmelerde ve daha sonra da diğer hizmet işletmelerinde; özellikle hastane ve mesleki danışmanlık şirketlerinde uygulamaya başlanmıştır. Matris organizasyon yapısı, iki ayrı ilişki üzerine kurulmuş bulunmaktadır. Bunlar; Dikey ve yatay ilişkilerdir.

Diğer organizasyon yapılarında emir komuta şeklindeki dikey ilişkiler esastır, yatay ilişkiler ise istisnadır ve uygulaması özel şekilde tarif edilmiştir.

³⁷ KOÇEL, T., *İşletme Yöneticiliği*, İstanbul Üniversitesi Yayın No: 2998, 1982, s.180-187.

Buna karşılık, matris bir yapıda, hem dikey hem yatay ilişkiler aynı derecede öneme sahiptir ve biri diğerine üstün değildir.

Matris organizasyonda fonksiyonel yönetici ile vaka yöneticisi olmak üzere iki tür yönetici bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından, nerede (hangi vakada) ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Vaka yöneticisi ise, neyin ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir. Bu nedenle, uzmanlık bölümleri içinde çalışan personel bir yandan uzmanlıkları nedeniyle ilgili bölümün yöneticisine (dikey ilişki); bir yandan da bu uzmanlıklarını belirli bir vakada uyguladıkları için bu vakanın yöneticisine (yatay ilişki) karşı sorumlu olacaklardır.

Matris yapıyı diğerlerinden ayıran özellik budur. Bu yapıda, vaka yöneticisi daha önceki yapılarda gördüğümüz emir - komuta yetkisine değil, fakat matris yapının bir özelliği olan “vaka yetkisi”ne sahiptir. Ayrıca, vaka yöneticisi ile uzmanlık bölümleri arasında astlık - üstlük ilişkisi yoktur. Ancak bu yöneticiler de, projenin gerçekleşmesi için uzmanlık bölümleri ile birlikte çalışmak zorundadır. Bütün bu özellikler, aynı zamanda, matris yapının çalışmasındaki güçlükleri de ifade etmektedir.³⁸

Ancak, hastanelerde matris yapının uygulanması farklılık göstermektedir. Hastanelerin hasta bakım hizmetlerinin vaka yöneticileri hekimlerdir. Dolayısıyla vaka ekibinin diğer üyeleri olan eczacı, diyetisyen ve hemşireler, bir işgünüde birden fazla vaka yöneticisi ile ekip halinde çalışmak zorundadırlar. Dolayısıyla, bu ekip üyeleri her bir vaka yöneticisinin yönetim anlayışı doğrultusunda iş görme durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca proje yönetiminde yatay ilişki söz konusu olması gerekirken; ülkemizde proje yöneticisi olan hekimler, ekip üyelerine karşı dikey ilişkiyi de (emir - komuta ilişkisini de) direkt ve çok sık kullanmaktadırlar.

Matris yapının hastaneler yönünden başlıca özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

³⁸KOÇEL, a.g.e.

- Vakayı oluşturan işlerin gerçekleştirilmesi sorumluluğunu fonksiyonel yöneticiler ile vaka yöneticisi ortak taşımaktadır.
- Vaka yöneticisi ile diğer ekip üyeleri arasında hiyerarşik bağ yoktur. Dolayısıyla, birisi diğerine emir veremez.
- Vaka ekibi içinde yer alan elemanlar, iki ayrı amire bağlıdır ve bu elemanlar her iki amiri de tatmin etmek zorundadır.

Matris organizasyonda yetkinin kaynağı mevki veya pozisyon değil, fakat bilgi ve yetenektir. Örgüt içi iletişim çok yönlüdür. Projenin gerçekleşmesi için planlama ve koordinasyon son derece önemli hale gelmiştir. Bu bağlamda, matris yapıda karşılaşılacak ana sorunlar; kişilerin performansının değerlendirilmesi, olumsuz ilişkiler, haberleşme, karışıklık ve düzensizlik, iş ihalelerinde açıklık ve sorun çözmenin olamaması, çatışmalar ve önderin kim olduğudur.³⁹ Dolayısıyla matris yapının işleyişinde vaka yöneticisi hekimlerin performansları ve yargıları en önemli kavram olarak karşınıza çıkmaktadır.

Ancak günümüzün tüm çağdaş kalite yaklaşımları doğrultusunda proje yöneticisinin, en kaliteli çıktıya ulaşmasında temel yaklaşımı; iyi bir takım kaptanı olabilmesini gerekli kılmaktadır. Ancak, doktorlar kültürel ve geleneksel olarak iyi takım oyuncular değillerdir. Onların mesleklerinin doğası gereği, asılları kendi takımlarını destekleseler de bireysel hastalar için verilen sorumluluk önemlidir. Birçok doktor takımdaki eşit oyuncular olarak işlerinde pek az deneyim kazanırlar. Bir takımda etkili olarak çalışmak, bir tek oyuncu olmanın gerektirdiğinden farklı beceriler gerektirir ve doktorların pek azı bu becerileri elde etmeyi başarır.⁴⁰

Olaya yukarıdaki tespitler bağlamında baktığımızda; kaliteyi temel olarak alan proje yöneticisi konumundaki hekimler, ekipte yer alan tüm üyelerin bilgi, beceri ve yeteneklerinin sürece katılımını sağlayabilme becerisi

³⁹ KOÇEL, a.g.e. 180-187.

⁴⁰ SIMPSON, J., “Doktorlar ve Yönetim Sıkıntı Nedeni?” **Toplum ve Hekim**, C.12, s.80, Temmuz-Ağustos 1997, S.68-69.

gösterebilmelidirler. Ancak yukarıdaki yaklaşımı benimsemeyen bir proje yöneticisinin başarılı olabilmesi; ülkemiz gerçekliğinde kabul görebilecek bir yaklaşımdır. Çünkü, ülkemizde proje yöneticileri tarafından tasarlanan sağlık hizmetinin teknik kalitesi izlenmemekte ve çoğunlukla kişiler arası ilişkiler ve fiziki mekanlar ön plana çıkmaktadır.

Hastanelerde yaşanan ya da hastaneleri en karmaşık kılan faktörlerin başında fonksiyonel yöneticilerin çabalarının örgütlenmesi ve bu örgüt yapısının ise çağdaş yönetim anlayışının gerektirdiği öngörüler ile tüm işgörenderin çabalarının aynı hedefe kanalize edilmesi sorunundan kaynaklanmaktadır. Fonksiyonel yöneticilerin genel olarak (özel olarak da ülkemize özgü bir durum olarak) herhangi bir şekilde yönetim eğitimine ve dolayısıyla da, teorik bilgi ile desteklenmiş yönetim bilgi, beceri yeteneklerine sahip olmalarıdır.⁴¹

Bu durum gelişmiş sağlık sistemlerinde ise hastanelerin fonksiyonel yöneticilerinin iş gerekleri arasında yönetim becerileri ile ilgili eğitim koşulları konulmasına neden olmaktadır.

En karmaşık hizmet süreçlerine sahip işletmeler olarak hastaneler aynı zamanda ağırlıklı olarak teknik yönünün değerlendirilmesi uzmanlık gerektiren süreçleri yöneten orta kademe (proje ve fonksiyonel) yöneticiler tarafından yönetilen işletmelerdir.

Özellikle hastanelerde sunulan doğrudan hasta bakım hizmetlerinin tüm süreçlerinde temel yönlendirici olarak yer alan hekimlerin hastane yönetimi ve kendi konumlarına yönelik yargıları bu soruyu gündeme getirmektedir. Ancak burada vurgulanması gereken en önemli konu oldukça karmaşık fonksiyonel yönetici karmasına sahip hastanelerin en üst yönetiminde yer alacak yöneticinin, kim olduğu ya da kim olacağı sorusundan ziyade; yönetim

⁴¹ ŞAHİN, Ü., **Hastane İşletmeciliğinde Kalite**, Eskişehir-1999, s.140.

yaklaşımı ve bu yaklaşımı sergileyebileceği örgütsel yapının ne olması gerektiği önem kazanmaktadır.⁴²

3.1. Bazı Dünya Ülkeleri Sağlık Hizmetleri Yönetiminden Örnekler

Bir ülkenin sağlık hizmetlerinde özel sektör ile kamu sektörü arasındaki dağılım payı, o ülkedeki yönetim biçimiyle yakından ilgilidir. Serbest piyasa ekonomisinin geçerli olduğu ülkelerde özel sektörün payı yüksekken, daha sosyal bir devlet modeli benimsenmiş ülkelerde sağlık hizmetleri zorunlu sağlık sigortaları ya da devlet tarafından finanse edilir. Yine de bu her zaman geçerli bir söylem değildir. Örneğin, serbest piyasa ekonomisinin geçerli olduğu İngiltere sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını kamulaştırarak bunun önemli ve başarılı bir örneğini vermiştir. Kamu hastanelerinin sağlık hizmetleri içerisindeki konumuya benimsenen politikalara göre değişiklik göstermektedir.

Gelişmiş ülkeler içerisinde kamu hastanelerinin en zor durumda olduğu ülke Amerika'dır.⁴³ Kapitalist ekonominin geçerli olduğu Amerika'da sağlık hizmetleri büyük ölçüde özel sigortalar tarafından finanse edilmektedir.⁴⁴ Zorunlu sağlık sigortası uygulaması yoktur. Bu yüzden Amerika sağlık hizmetlerine en çok para harcayan ülke olmasına karşın (GSMH'nın %15'i, Batı Avrupa ülkelerinde bu oran %8)⁴⁵ sağlık hizmetlerindeki standart Kuzey Avrupa ülkelerinden düşüktür.⁴⁶

Amerika Tabipler Birliği'nin karşı çıkmasına rağmen 1964 yılında başlatılan Medicare ve Medicaid programları gelir düzeyi düşük vatandaşların

⁴² ŞAHİN, Ü., “Hastane Yönetimi”, <http://www.stratejiyonetim.net/unitsahn36.htm>, (23.07.2006).

⁴³ VAKNİN, S., *The Sickly State of Public Hospitals*.

www.znag.org/interactive/content/display_item.cfm?itemID=5447 (02.08.2006).

⁴⁴ ÜSTÜNEL, A., “İngiliz ve Amerikan Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması”, <http://www.merih.net/ml/wazins21.htm>, (10.08.2006).

⁴⁵ ÜSTÜNEL, a.g.e.

⁴⁶ FİŞEK, N., “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları”, http://www.itb.org.tr/n_fisek/kitap_1/27.html (10.08.2006).

sağlık giderlerini karşılamak amacıyla uygulamaya konulmuştur. Ancak Amerika'da herhangi bir sağlık sigortası olmayan vatandaş sayısı 40 milyondan fazla olduğu ve bu sayı her geçen yıl bir milyon arttığı için kamu tarafından finanse edilen bu programlar yetersiz kalmakta, devlet hastaneleriyse artan talebe cevap verememektedir.

Amerika'da, kamu hastanelerinin konumunda seyredilen düşüş, 1950 sonrasına dayandırılabilir.⁴⁷ Kamu hastaneleri yapıları gereği serbest pazar ekonomisi içinde rekabet edemez halde olduklarından yalnız kalmışlardır. Yerel yönetimler tarafından finanse edilen devlet hastaneleri, bu yönetimlerin 1950 sonrasındaki bütçelerinde kamu hastanelerine ayrılan payı kısıtlamalarından etkilenmişlerdir. Ayrıca Medicare, Medicaid gibi dar gelirli vatandaşlar için uygulanan sağlık sigortaları bu kişilerin ilgisini kamu hastanelerinden özel sektöre yöneltmiş, bu durum yerel yönetimlerin bütçeden özel sektöre de pay ayırmasına neden olmuştur.⁴⁸ Ayrıca nitelikli sağlık personelinin sunulan çalışma koşulları ve araştırma olanakları nedeniyle özel sektöre kayması kamu hastanelerinin çöküşündeki bir başka önemli nedendir.

Çizelge 3. 1. ABD'de Kamu Hastanelerinin Ortalama Gelir Yüzdesi

Dağılımı

Gelir Kaynakları	Medicaid	Medicare	Yerel Yönetim Desteği	Özel Sigortalar	Kendin Öde / Diğer
Gelir Yüzdesi	41	20	15	17	7

Kaynak: STOLZENBERG, a.g.e.

Tüm bunların sonucunda 1996-2002 yılları arasında Amerika'daki kamu hastanelerinin önemli bir kısmı kapanmış, bazı kamu hastaneleriyse

⁴⁷ STOLZENBERG, E., "A Governance Change for Public Hospitals", www.ache.org/membership/AdvtoFellow/CASERPTS/governance99.cfm, (12.08.2006).

⁴⁸ STOLZENBERG, a.g.e.

büyük şehirlerden kent dışına doğru kaymıştır (önde gelen taşralardaki hastanelerin sayısı %27 azalmayla 134'ten 98'e, büyük şehirlerdeki hastaneler %16 azalmayla 83'ten 70'e düşmüştür).⁴⁹ Amerikan Hastaneler Birliği'nin (AHA) raporlarına göre 1995'te 100 büyük hastanenin ortalama yatak kapasitesi 581'ken, bugün kamu hastanelerinin yalnızca %15'inde yatak kapasitesi 200'ün üstündedir.⁵⁰ Kamu hastanelerinin kaynak yönetimi, alım-satım işlemleri hükümet kuruluşlarınca yönetilmektedir. Özerk bir idareden yoksundurlar. Bu da işlemlerde yavaşlık ve uzmanlık eksikliği getirmektedir. Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar arasında olan kamu hastanelerinin rekabetçi olması, bütçe artırma yöntemleri araması diğer kâr amacı gütmeyen kuruluşların itirazlarına yol açabilir.⁵¹ Bu duruma aranan başlıca çözüm hastane yönetimlerinin özelleştirilmesidir.

Columbia/HCA gibi bu işi üstlenen şirketler hizmetlerden ya da kaliteden kısmaksızın toptan alım ve sofistike faturalandırma gibi yöntemlerle verimi arttırabileceklerini iddia etmektedirler.⁵² Yine de kamu hastanelerinin ağır yükü düşünülüğünde bu masraflı bir çözüm olabilir. Bir başka çözüm de hastanelerin kimi bölümlerinin (temizlik, yemek, vb.) işletmelerinin özelleştirilmesidir. Böylece hastane üzerindeki sağlık hizmetleri dışındaki yükler azalabilir ve rekabetçi bir anlayışla işletilen bu birimlerle hastanenin gelirleri arttırılabilir.

Yine de Amerika'da nüfusun hiçbir sağlık sigortası olmayan önemli bir kesimine hizmet veren kamu hastanelerinin serbest pazar ekonomisi koşullarında, gelir ve giderlerini dengeleyerek daha iyi hizmet sunabilmesinin yöntemleri araştırılıyor. Medicare ve Medicaid programları sayesinde yakında kamu hastanelerine gereksinim olmayacağı umudunun 15 yıl içinde bu programların yetersiz kalması sonucunda boşa çıkmasıyla ilk kez 1980'de

⁴⁹ HIGGINS, M., “**Public Hospitals Decline Swiftly**”, The Washington Times, 17 Ağustos 2005.

⁵⁰ VAKNIN, a.g.e.

⁵¹ STOLZENBERG, a.g.e.

⁵² AFSCME, “**The Rise of for-Profit Organizations**”, <http://www.afscme.org/unal/nurse05.htm> (17.07.2006).

toplanan Amerikan Ulusal Kamu Hastaneleri Birliği (NAPH), hâlâ çok fazla sigortasız hastaya hizmet veren kamu hastanelerinin gelişimini sağlamak amacıyla kuruldu.

Hastaneleri bir çatı altında toplayan NAPH, son yirmi yıl boyunca hastanelere toplam 20 milyar dolar ek ödenek akmasını sağladı.⁵³ Kamu hastanelerinin ayakta kalabilmesi için çözüm arayan NAPH, bununla yalnızca sigortasız hastalara daha iyi hizmet sunabilmeyi değil, sigortalı hastaları da kamu hastanelerine çekebilmeyi hedefledi. NAPH'in kamu hastanelerinin ıslahı için gördüğü çözüm, finansmanı en verimli biçimde kullanmaktan, bu da hastanelerin bir işletme anlayışı çerçevesinde planlı bir idareyle yönetilmesinden geçiyor.⁵⁴

NAPH'in yaygın organı Safety Net'in hastanelerdeki fon yönetimine ayrılmış bir sayısında hastanelerdeki kaynak ve kaynak kullanımını sıkıntısı gözler önüne serildikten sonra bu kötü tablounun dışında kalan iki hastane, akılcı yatırımlar ve disiplinli bir yönetimle nasıl başarılı olunacağını örneği olarak vermişti: Boston Tıp Merkezi ve Cleveland Metro Sağlık Sistemi.⁵⁵ Boston Tıp Merkezi Massachusetts Eyaleti'nin üçte birine ücretsiz sağlık hizmeti sunan 547 yatak kapasiteli bir hastane.

Hastanenin gelirlerinin %33'ü Medicare'den, %28'i Medicaid'den, %20'si özel sigortalardan, %19'u da kendisi ödeyen hastalardan ve diğer kaynaklardan sağlanıyor.⁵⁶ Bilgi sistemlerini yenileyen ve bilgisayarlı sisteme geçiş yapan Boston Tıp Merkezi yetkilileri, savuracak paraları olmadığını,

⁵³ National Association of Public Hospitals and Health Systems, “**The History of NASH**” http://www.naph.org/Content/NavigationMenu/About_NAPH/History/History.htm, (11.06.2006).

⁵⁴ ROLLINS, G., “Becoming the Provider of Choice: Achieving a Balance Payer Mix through Wise Investments and Efficient Operations”, **Safety Net** (NAPH'in üç ayda bir yayımlanan yaygın organı), Kış, 2002, c. 16, no:3, s. 16-18.
http://www.naph.org/Template.cfm?Section=The_Safety_Net_Archive&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=2404, (17.06.2006).

⁵⁵ ROLLINS, a.g.e.

⁵⁶ MOYLAN, C., “**Managing car efor Uninsured Patients**”. Temmuz 2005.
<http://www.naph.org/Template.cfm?Section=Home&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=5582>, (23.06.2006).

düşük bütçeleriyle yapacakları yatırımların birtakım giderleri kısacak ve de kaliteyi arttıracak nitelikte olmasına öncelik verdiklerini belirtiyor. Bilgi sistemlerinde yaptıkları değişimin hastaneye şimdiden 10 milyon dolarlık tasarruf ettirdiğini, tamamlandığında bu tasarrufun iki katına çıkacağını da ekliyorlar.⁵⁷ Boston Tıp Merkezi'nin ayrıca birden fazla hizmet içeren, iki ya da daha fazla yıl boyunca program desteği gerektiren ve 1 milyon doları aşan yatırımlarına karar veren bir Stratejik Yatırım Komitesi de var.

Metro Sağlık Sistemi ise stratejik yöntemlerle bütçesini dengeli kullanarak donanımlarını yeniliyor. Bu hastanede yapılan en büyük girişimlerden biriyse, kentlerdeki alışveriş merkezlerinde üç sağlık şubesi açmaları oldu. Eğer rekabetçi olmak istiyorlarsa bunu bilinen yöntemlerle yapamayacaklarını söyleyen hastane yetkilileri, bu yatırımlarının işlevliliklerini şimdiden %54 oranında arttığını belirttiler.⁵⁸ Şubeler aynı zamanda başka yatırımcılara da ilham ve cesaret verdi.

Metro Sağlık Sistemi'nin daha az göze çarpan diğer yatırımları arasında ücret toplamayı iki katına çıkartan elektronik kayıt sistemi, hastaların yemeklerin kalitesinden şikayet etmelerini önleyen ve hasta başına günde 6 dolarlık tasarruf edilmesini sağlayan yeni bir yemek uygulaması ve birkaç milyon dolara mal olsa da yılda 700 bin dolar tasarruf edilmesini sağlayan yeni ısıtma sistemi de bulunmaktadır. Harcamalarını kazanca dönüştürmeyi becerebilen yatırımlarıyla Metro Sağlık Sistemi pazarın da güvenini kazanarak Moodys Yatırım Hizmetleri'nden Aaa notu almayı başarmıştır.

Sonuçta Amerika'daki hastaneler için toplu bir uygulama olmasa da hastanelerin kendi inisiyatifleriyle ayakta kalmak ve güçlenmek için çaba gösterdikleri, bunun yolunun da yönetimlerini yerel yönetimler yerine bir işletmeye ya da kurulla bırakarak daha etkili ve verimli kılmaktan geçtiği söylenebilir. NAPF'in birlik çatısı altında hareket etmeyi sağlaması ve çözüm

⁵⁷ ROLLINS, a.g.e. s. 17.

⁵⁸ ROLLINS, a.g.e. s. 17.

arayışlarının da unutulmaması gerekir. Yine de sigortasız hasta sayısındaki artışta bu kısmi düzenlemelerin yeterli olup olmayacağını zaman gösterecektir.

İngiltere'deki durumsa Amerika'dakinden bir hayli farklıdır. Sağlık hizmetlerinin temel kamu hizmetleri arasında sayıldığı İngiltere'de bu hizmetler 1948'ten beri, vergilerle finanse edilen Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) tarafından yürütülmektedir. Bu sisteme göre tüm sağlık harcamaları devlet tarafından finanse edilmektedir. Ayrıca sağlık giderleri de Amerika'nın aksine düşüktür (1993'teki verilere göre GSMH'nin %7.1'i). NHS sistemi 1991'deki reformlarla değişime uğramıştır. Hastaneler arasında kontrollü bir rekabeti hedefleyen bu reformlarla serbest piyasa ekonomisinin olumlu yönleri NHS modeliyle birleştirilmeye çalışıldı. Böylece hizmetin sunumu ve finansmanı ayrıldı.

Hastaneler özerkleşip vakıf haline geldiler ve hizmetlerini satmaya başladılar. Sağlık idareleriye bu hizmeti satın alan, hizmet kalitesini ölçen ve sağlık ihtiyaçlarını tespit eden birimler oldular. Böylece, 1991'den sonraki reformlarla global bütçe tahsisine yönelen NHS sisteminde, bütçeyi kullanan kuruluşu esneklik ve özerklik tanıdı. Ancak, kaynak kullanımında serbestlik kazanan yöneticiler bu yetkiye paralel olarak hastanenin performansından da sorumlu tutulmaya başlandılar.⁵⁹

NHS'nin bu reformları hastanelere bir rekabet ortamı sağlayıp hizmet kalitesini arttırırsa da NHS'nin sosyal yapısını serbest pazar ekonomisine uydurduğu için çeşitli eleştiriler de aldı. Bu eleştirilerin başında, hastanelerin, ücretleri devlet tarafından ödenen hastaları uzun süre bekletmesine rağmen, giderlerini kendi cebinden karşılayan hastalara hem muayene hem de ameliyat hizmetlerinde öncelik tanınması geliyor. Öyle ki NHS'nin bu yoldan geliri, devlet bütçesinden aldığı ödeneye göre hızla artıyor. 2000 yılında NHS'nin hizmetlerini satarak elde ettiği gelirin 340 milyon Sterlin olduğu saptanmış.

⁵⁹ ÜSTÜNEL, a.g.e.

Önde gelen NHS hastanelerinin kimisi için de özel hastalar başlıca gelir kaynaklarından biri olmuştur.⁶⁰

NHS hastaneleri için öngörülen kamu-özel sektör evliliğinin eleştirilen bir başka meyvesi de 1992'de uygulamaya konulan Özel Finansman Girişimi'dir (PFI). Bu uygulamaya göre hastanelerdeki çeşitli hizmetler (temizlik, yemekhane, çamaşırhane, vb.) özel sektöre devrediliyor. Bu uygulamanın eleştirilen yanıysa özel sektörün kâr amacı gütmesi nedeniyle bu hizmetlere ayrılan giderin sağlık hizmetlerinden kesinti yapmaya neden olması. PFI sisteminin ilk uygulamasının sonuçlarına bakıldığında yatak giderlerinde %30, klinik personel giderlerinde %25'lik bir kısıtlamaya gidildiği görülebilir.

1997'den bu yana NFS hastanelerinde 12.000'in üzerinde yatak eksiltmesi yapılmıştır.⁶¹ Bu görüştekilerin endişesi, hastanelerdeki kamu bütçesinden gelen payın azalmasıyla devlet kontrolünün de azalması ve “verimlilik” ve kâr amacı güden özel sektör anlayışının yerleşmesiyle, sağlık giderlerini devletin karşıladığı hastalara yeterli ve kaliteli hizmet sunmamasıdır.

NHS sistemine bunun tam tersi açıdan da eleştiriler getirilmektedir. Ücretsiz sağlık hizmetleri uzun kuyruklara ve böylece hizmetlerin yetersiz kalmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinden en çok faydalanan kesim olan 65 yaş üstü insanların sayısı artarak nüfusun %20'sini oluşturmaya başlamıştır. Bu da kamu harcamalarının ve hastanelerinin üzerinde önemli bir yükür. Ayrıca NHS hastaneleri, sağlık donanımlarını geliştirmek ve daha deneyimli personel çalıştırmak için özel sektörden sağlanacak gelire gereksinimindedir.⁶²

⁶⁰ Gorton, E., “**Britain: Cash for Beds Scandal in National Health Service**”. World Socialist Web Sitesi. 17 Ocak 2002. http://www.wsws.org/articles/2002/jan2002/nhs-j17_pn.shtml (18.06.2006).

⁶¹ Pollock, A., “**Bad Medicine: National Health Care System in Great Britain**”, New Internationalist Magazine, Nisan 2003.

⁶² Brack, E., “Is the NHS Falling Apart? British Council in Poland.” http://elt.britcoun.org:pl/h_nhs.htm, (27.06.2006).

İngiltere'deki NHS'ye benzer bir uygulamayı, kapitalist ekonomilerine rağmen sağlık hizmetlerini sosyal devletin yükümlülükleri arasında sayan İskandinav ülkelerinde de görmek mümkün. Norveç'teki sağlık sektörü NHS'nin daha az merkezi bir uyarlaması sayılabilir. Çünkü Norveç'te karar mekanizmalarına yerel yönetimler de katılmaktadır. Norveç'teki sistemin finansmanı da İngiltere'deki gibi kamu-özel sektör bileşimi tarafından sağlansa da, özel sektörün ağırlığı hâlâ çok düşük olduğundan kamu kesimi İngiltere'deki gibi yoğun bir baskıya maruz kalmamıştır. Özel hastanelerdeki yatak sayısı 2003'teki ölçümlere göre toplam yatak sayısının yalnızca %1.4'ünü oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra 1990'da 2 olan özel hastane sayısı da 2004'te 26'ya çıkmıştır.

Norveç'te kamu hastaneleri finansmanını en çok etkileyen unsurlardan biri yerel yönetim bölgelerine ayrılan finansmandır. Yerel yönetim bölgelerinin 1980'den itibaren getirilen yeni düzenlemelerle, vergileri sabit kaldığından gelirlerini artırması olanaklı değildi. Bütçeden en büyük payı alan fizik hastanelerinin giderlerindeyse 1990-97 arasında %0.7'yle %7 arasında bir artış gözlemlendi. Bunun üzerine 1997'de yürürlüğe giren Etkinlik Tabanlı Finansman (ABF) uygulamasıyla hastane ödeneğinin tedavi edilen hasta sayısına göre belirlenmesine karar verildi.

Norveç'teki bir başka uygulama da uzman personelin, yerel yönetim birimleri ya da Ulusal Sigorta Şeması'yla (NIS) sözleşmeli olarak çalışmalarıdır. 1984'te başlayan bu çalışma başlangıçta sözleşmesiz olarak yürüyordu, fakat 90'ların başında bu uygulamada gözlenen artış bunun bir yasayla düzenlenmesi gereğini doğurdu ve 1992 ve 1998'de çıkarılan yasalarla sözleşme zorunluluğu getirildi.

Almanya ve Fransa gibi diğer önde gelen Avrupa ülkelerindeyse, Türkiye'deki SSK gibi zorunlu sağlık sigortası sistemi uygulanmaktadır. Almanya'da sağlık giderleri, maaşlardan kesilen %9 ile %17 arasında değişen sigorta primlerinden karşılanmaktadır. Kamu hastanelerinin de idaresi merkezi olmadıktan onların arasında da hem sigorta şirketleriyle sözleşmelerini güvence altına almaları hem de sundukları sağlık hizmetleri açısından rekabet

vardır. Bu rekabet hastalara bürokrasi üzerinde üstünlük sağlar. Hastanelere akan kaynağın yüksek olması hastaların hizmet için daha az beklmeleri daha az şikayet etmeleri anlamına gelir. Ancak, gelir-gider hesaplamalarındaki gevşekliliği önlemek için idari işlemler hastane giderlerine ağır bir yük olmaktadır. Bu yük de sigorta primlerine %27'lik bir gider olarak yansır (bu oran İngiltere'de %5'tir).

Fransa'daysa tüm vatandaşlar Kamu Sağlığı Sigorta Sistemi (PHIS) bünyesi altında zorunlu sağlık sigortaları tarafından sigortalanmıştır. Hem çalışanların hem işverenin katkısıyla ödenen bu sigortaların primlerinden elde edilen gelir, sağlık harcamalarının %75'ini karşılar. Bu sigorta kapsamında kamu hastaneleri ve özel hastaneler arasındaki ayrım kalkmıştır. Hastalar ikisini de seçmekte serbesttirler. Toplam yatak sayısının %65'i kamu hastanelerinin elindedir.⁶³

Kamu hastanelerinin finansmanı ve işletilmesi konusunda dikkati çeken bir başka ülke de Avustralya'dır. 750 adet kamu hastanesine devlet (Milletler Topluluğu ve Yerel Hükümet) bütçesinden yıllık 17 milyar doların ayrıldığı Avustralya'da da kamu hastanelerinden faydalanan yaşlı nüfusunun oranındaki artış bu hastanelerden yeterli ve verimli hizmet alma sorununu gündeme getirmiştir. 2002-03 yıllarında 3.5 milyon kamu hastası, 371.000 özel sigortalı hasta ve emeklilerin de aralarında bulunduğu sigortasız 160.000 hasta bu hastanelere kabul edilmiştir. 1998-2002 arasında kamu hastanelerinin yatak sayısı %6.5 oranında düşerek 1000 hasta için 2.43 olmuştur.

Avustralya'da hükümetin kamu hastaneleri tarafından verilen ücretsiz sağlık hizmetlerine yapacağı katkı, kanunlar çerçevesinde yapılan beş yıllık Avustralya Sağlık Sözleşmeleri'yle belirlenir. 1998-2003 yılları arasındaki anlaşmaya göre, Avustralya Hükümeti kamu hastanelerine ödenek olarak 31.7 milyar dolar ayırmıştır. Bu ödeneklerin neredeyse yarısı sağlık personelinin ücretlerine girmektedir. Bunun dışındaki giderler hastane binası, yatak temini, su, elektrik, güvenlik gibi çeşitli hizmetlere ve ilaç ve tıbbi malzemeler gibi

⁶³ COUFINNAL, A., “The French Health Car System: A Brief Overview”, <http://www.irdes.fr/english/wp/pwg.pdf> (27.06.2006).

daha yüksek kalemlere ayrılmıştır. 2000-01 yıllarındaki raporlara göre, hastaneye kabul edilmiş bir hastanın maliyeti 3.017 dolardır.⁶⁴

Çizelge 3. 2. Bir Hastanın Hastaneye Maliyetinin Dağılımı.

Hasta Bakımı	Tıbbi Harcamalar	İlaç Giderleri	Tıbbi Donanım Giderleri	Teshis/ Benzeri Hastalıklar	Diğer Çalışanlar	Diğer Giderler
%29	%20	%5	%8	%8	%15	%15

Kaynak: **Avustralya Hükümeti, Sağlık ve Yaşlanma Bölümü, Faaliyet Raporları**, <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-ahca-sooph-where.htm> 23.06.2006).

1984 yılında Milletler Topluluğu'nun Medicare programıyla tanıştığı Avustralya'da, o zaman nüfusun üçte ikisini oluşturan özel sigortalı vatandaş sayısı hızla düşmüş, 1996 ve sonrasında üçte birin bile altına düşmüştür. Bu durum, hükümeti ve basını alarmına geçirmiştir; çünkü özel sektörün sağladığı hizmet olmayınca kamunun sağladığı sağlık hizmetlerinde yığılma yaşanacak, hastaneler ve hizmetler yetersiz kalacaktır. 2000-2001 istatistiklerine göre sağlık giderlerinin %47'sini karşılayan (sağlık giderleri havuzunun %23'ü yerel hükümet, %7'si sağlık fonları, %17'si sigortasız hastaların bireysel ödemeleri, %6'sı da diğer kaynaklar tarafından karşılanmaktadır) Milletler Topluluğu bunun üzerine özel sağlık sigortasını teşvik etmek üzere çeşitli önlemler almıştır. Milletler Topluluğu'nun sağlık giderlerindeki ağırlığı kamu bütçesi yerine özel sigortalara yüklemeye isteginin çeşitli nedenleri şunlardır:⁶⁵

- Rekabet
- Bürokrasinin azalması

⁶⁴ Avustralya Hükümeti, Sağlık ve Yaşlanma Bölümü, **Faaliyet Raporları**, <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-ahca-sooph-where.htm>, (23.06.2006).

⁶⁵ MCAULEY, I. "Funding Health Care-taxes, insurance or markets?" **Paper for Health Insurance Summit**, Sydney, 12-13 Temmuz 2003. <http://resources.dnt.canberra.edu.au/imcauley/conf/hcconf.pdf>, (23.07.2006).

- Özel hastanelere destek sağlanması ve devlet hastaneleri üzerindeki yükün azalması
- Sigortalılar için eşitlik
- Vergi yükünün azalması
- Kamu hizmetlerinin daralması

Özel sağlık sigortaları üzerinde sürüp giden bu tartışmalar Medicare programının geliştirilmesini geri planda bırakmıştır. Özel sektör için harcanan bu çabalar evrensel bir sağlık sigortası olan ve Amerika'daki gibi bir güvenlik ağı (Safety Net) olarak görmedikleri Medicare'i güçlendirilmek amacıyla kullanılsa çok daha verimli sonuçlar elde edileceğini savunan uzmanlar, sağlık giderlerinin kamu ödenekleriyle, gereksiz harcama yapmaksızın sağlanabileceği kanısındadırlar.⁶⁶

Çeşitli gelişmiş ülkelerde genel olarak sağlık hizmetlerinin, özel olarak da kamu hastanelerinin durumuna bakıldığında ne kamu ödeneklerinin ne de özel sektör yatırımlarının tek başına yeterli olmadığını göstermektedir. İngiltere örneğinde olduğu gibi, sağlık giderlerinin büyük oranda devlet tarafından finanse edildiği durumlarda kamu hastanelerinde fazla yığılma yaşanabilmektedir. Ya da Amerika örneğinde olduğu gibi nüfusun önemli bir kesiminin kamu, özel ya da zorunlu çalışma sigortasına sahip olmadığı durumlarda İngiltere'deki gibi bir yığılma yaşanabilmekte, üstelik hastaneler çok daha yetersiz kalmaktadır.

Amerika örneği, sağlık giderlerine harcanan miktarın alınan hizmetle doğru orantılı olamayabileceğini gözler önüne sermektedir. Türkiye'deki SSK'ya benzeyen, çalışanların zorunlu olarak sağlık sigortası kapsamına alındığı Fransa ve Almanya'daki uygulamalarda ise rekabeti ve böylece daha iyi hizmet verilmesini sağlayan birden çok sigorta kuruluşu vardır. Böylece Fransa ve Almanyanın sağlık hizmetleri uygulamaları, hem finansman ağırlığını kamuya yıkmamaları hem de sağlık hizmetlerinden yararlanmak

⁶⁶ CORRELL, D., “**AMA address-Public Hospitals and alternatives to acute care**”, <http://www.cota.org.au/AMAAspeech.htm>, (28.07.2006).

isteyen herkesi özel sigorta yaptırmaya mecbur etmemeleri açısından en sağlıklı model olarak durmaktadır.

3. 2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetimi

Hastanelerde sunulan hizmetlerin temel özelliği, hizmet süreçlerinin her müşterinin beklenti ve gereksinimleri paralelinde tasarlanarak; aşırı işlevsel bağımlılık gösteren ünite ve/veya ünitelerde çeşitli mesleklerdeki iş görenlerinin işbirliği ile sunulmasıdır. Dolayısıyla herhangi bir müşteriye sunulan hizmetin performans göstergelerinin yüksekliği, ekip üyelerinin bir arada iş görme istek ve / veya hastaya odaklanma düzeylerine bağlıdır. Dolayısıyla ekip üyeleri arasındaki ikna edici iletişim sürecinin sağlanması önem kazanmaktadır. Bu sürecin tasarlanması ise proje yöneticileri ile fonksiyonel yöneticilerin çağdaş yönetim öngörülere doğrultusunda yönetim yaklaşımları sunmalarına bağlıdır. Tersi durum ise, çatışma potansiyeline sahip hastaneleri güç savaşının yaşandığı bir arenaya dönüştürecektir.

1970’li yıllara kadar yönetim işi, denetim yönelimli bir çerçevede niteleniyordu. Yöneticiler, kendi çalışmalarının başlıca odak noktasını (planlama, organize etme ve koordinasyon sağlama aşamalarının tanımlanmasından sonra) çalışma sürecini denetlemek olarak saptayan bir anlayışa göre yetişmişlerdir. Dolayısıyla başvurdukları yöntemler de çalışanların faaliyetlerini denetlemeyi öngörüyordu. Bu yönetim tarzında, başarı, belirlenmiş olan bir kişinin denetim süreçlerini geliştirme şeklinde somutlaşıyor ve sonuçlara korkudan dolayı ulaşıyordu. Bu yönetim tarzı doğası gereği talimatçıydı.⁶⁷

Türkiye’de hastane işletmeciliği sektörüne baktığımızda ise sektör % 94 oranında kâr amaçsız kamu hastanelerinden oluşmakta ve örgüt yapıları ise Cumhuriyetimiz kuruluş yıllarında çıkarılan kanunların yönlendirici hükümleri paralelinde oluşturulmaktadır. Türkiye’de kamu hastanelerinin yönetim modelinin 1970’li yıllardaki “denetim” yaklaşımına denk düştüğü söylenebilir.

⁶⁷ ŞAHİN, a.g.e.

Ancak denetim anlayışlı bu yönetim yaklaşımında bile, denetim işlevi istenen performansta yerine getirilememektedir.

Türkiye’de üniversite hastanelerinin örgütsel yapıları tüm bilimsel yönetim öngörülerini dışında anlaşılması güç ve güç olduğu kadar da zor bir bulmacayı çözmeyi gerektiren karmaşık bir yapıdadır. Burada vurgulanabilecek en çarpıcı sonuç; oldukça yüksek puanlarla işletme fakültelerine öğrenci alan bu üniversitelerimizin bir taraftan tüm çağdaş işletmecilik ve yöneticilik bilgi birikimi ve yaklaşımlarını öğrencilerine ders olarak aktarırken, diğer taraftan da kendi yönetimlerindeki hastaneleri 1970’lerin yönetim anlayışlarının gerisinde bir yönetim anlayışı ile yönetilmelerine nasıl tahammül gösterebildikleridir.

Günümüzün en karmaşık işletmeler konumundaki hastanelerde sunulan hizmetler, bir yandan tüm çağdaş toplumlarca bireylerine doğuştan elde edilen bir hak olması yanında diğer yandan da o ülkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyinin tanımlanmasında da kullanılan bir ölçüt konumundadır. Olaya Türkiye açısından bakıldığında ise sektörün yaklaşık % 94’ünün kâr amaçsız kamu hastanelerinden oluşması, Türkiye’de hastanelerin çağdaş öngörüler doğrultusunda yönetiminin gündeme gelmesini engellemektedir.

3. 3. Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Yaşanan Sorunlar

Yönetim, “amaçların başka insanlarla birlikte ve onlar yoluyla gerçekleştirilmesidir”. Buna göre, sağlık yöneticisi “sağlık hizmetlerinin, amaçlara uygun olarak, başka insanlarla ve onlar yoluyla sunulmasını sağlayan kişi” olarak tanımlanabilir.⁶⁸

Bugün sağlık hizmetlerinde görev alan yöneticileri sınırlayan başlıca iki faktör vardır:

- Yönetim konusunda bilgi ve beceri eksikliği,

⁶⁸ HAYRAN, O., “Sağlık Hizmetlerinde Yönetim: Hekimler mi? Profesyonel Yönetici mi?”, **Management - Education - Research - Informatics for Health**, <http://www.merih.net/m1/wosmhay21.htm>, (24.07.2006).

- Mevcut yasal düzenlemeler.

Genellikle hekim olan hastane ve sağlık kuruluğu yöneticileri tıp fakültesinde “yönetim” konularında yeterli bilgi ve becerilerle donatılmamış kişilerdir. Oysa, nasıl ki bir hastalığın tanı ve tedavisi için ayrıntılı bir teorik ve uygulamalı eğitim gerekiyorsa bir sağlık kuruluşunun yönetimi için de eğitim gereklidir. Nasıl ki aynı hastalığın belirtileri ve tedavisi kişiler arasında farklılıklar gösterebiliyorsa, yönetim fonksiyonu da benzer kurumlar arasında farklılık gösterebilmektedir. İyi bir sağlık yöneticisinin öncelikle bu alandaki bilgi ve beceri eksikliğini gidermesi gereklidir.⁶⁹

Öte yandan sağlık yöneticisi yönetime ilişkin her türlü bilgi ve beceri ile donanmış olsa bile mevcut yasal düzenlemeler ile sınırlı kalmak zorundadır. Kısaca “mevzuat” adını verdiğimiz yasal düzenlemeler genellikle kamu yararını gözetmek amacıyla yapılmıştır ve kamudaki bir sağlık yöneticisi için buna ek olarak yol gösterme gibi bir işlevi de bulunmaktadır.

Hekimler ile sağlık kuruluşlarında görev alan yöneticiler arasındaki ilişkiler her zaman gergin olmuştur. Özellikle özel sektörde birinin kazancı diğerinki ile yakından ilişkili olmakla birlikte ve her iki grup da aslında iyi bir sağlık hizmeti sunmak amacını taşımakla birlikte ilgi alanları farklıdır.

Son yıllarda tüm dünyada ve Türkiye’de hekimlerle ilgili olarak şu değişimler dikkati çekmektedir:⁷⁰

- Hekim sayısı artmakta, hekim başına düşen nüfus azalmaktadır,
- Sunulan sağlık hizmeti miktarı artmaktadır,
- Hekime başvuru oranları artmaktadır,
- Zaten yüksek olan uzmanlaşma eğilimi yan dal uzmanlığı şeklinde artmaktadır,
- Muayenehanede tek hekim olarak çalışma yerine grup halinde çalışma eğilimi artmaktadır.

⁶⁹ HAYRAN, a.g.e.

⁷⁰ HAYRAN, a.g.e.

Sağlık hizmetleri ve hekimlik mesleği, özellikleri nedeniyle meslekten olmayan kişilerce denetlenmesi ve yönetilmesi zor olan alanlardır. Sağlık sektöründe müşteriye sunulan şey, önceden belirlenmiş standartlara uygun olarak üretilmiş bir ürün değil, nitelikleri her hastaya göre değişiklik gösterebilen, üretildiği anda tüketilen, elle tutulamayıp gözle görülemediği için de kalitesi kolay denetlenemeyen bir hizmettir.

Özellikle tanı ve tedavi hizmetlerinin niteliği hekimlerin bilgi ve becerisi ile yakından ilişkilidir. Nitekim “*Hekimlerin hastaları, hastanelerin hekimleri vardır*” söylemi bu gerçeği ifade etmek için kullanılmaktadır. Dolayısıyla, hekimlerin sağlık yönetimindeki ağırlığını dikkate almamak mümkün değildir. Buna ek olarak, özerklik açısından belki de en gelişmiş meslek olan hekimliğin, meslekten olmayan yöneticilerce denetim altında tutulmasının güçlüğü de işin bir başka boyutunu oluşturmaktadır.⁷¹

Öte yandan, sağlık hizmetlerinin yönetimi, sağlık kuruluşlarının mimarisinden başlayarak, laboratuvar hizmetleri, ameliyathane hizmetleri, dosyalama ve arşiv hizmetleri, otelcilik hizmetleri, yeme-içme ve temizlik hizmetleri, eczane hizmetleri gibi çok geniş bir yelpazeye yayılan hizmetlerin yönetimi, insan kaynakları planlaması ve yönetimi, finansal yönetim gibi birbirinden farklı pek çok faaliyetin bir arada yürütülmesini gerekli kılmaktadır. Tıp fakültesinde ise bu konularda eğitim almamış olan hekimlerin bu alanlarda başarılı olacağını söylemek mümkün değildir.

Meslek olarak Yöneticilik ile Hekimlik arasındaki farklılıklar şu şekilde özellenmektedir:⁷²

⁷¹ HAYRAN, a.g.e.

⁷² HAYRAN, a.g.e.

Çizelge 3. 3. Yöneticiler ve Hekimler Arasındaki Farklar.

YÖNETİCİLER	HEKİMLER
Pek Çok Alanı Bilirler	Uzmandırlar
Bireyleri Denetlerler	Denetime Gelmezler
Kural Koyarlar	Kuralları Sevmeyiz
Çok Çeşitli İnsan Grupları ile İlgilenirler	Hastalarla İlgilenirler
Kararları Ulaşma ile Oluştururlar	Bireysel Karar Verirler
Gerçekçidirler	İdealisttirler
Kuruluşu Temsil Ederler	Kendilerini Temsil Ederler
Maliyet Kontrolünü Ön Planda Tutarlar	Maliyet Kontrolünü Sevmeyiz

Kaynak: <http://www.merih.net/ml/wosmhay21.htm>

Görüldüğü gibi yöneticiler ile hekimler arasında benzerliklerden çok zıtlıklar bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yönetiminde en önemli iki öğeden birisi olan “maliyetlerin kontrolü” genellikle hekimlerin bilgi ve becerisini aşan konu iken, “sunulan hizmetin kalitesi” hekimler ile yakından ilişkili bir konudur. Kaliteli sağlık hizmeti üretimi, diğer mal ve hizmetlerin üretiminden farklı olarak sağlık personeli ile özellikle de hekimler ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle yönetim sürecinde hekimlerin yer alması kaçınılmazdır. Nitekim bu nedenle zaman içerisinde sağlık hizmetlerinin yönetimi hizmeti sunan hekimlerin denetimine girmiştir.

Mezuniyet sonrası eğitim programları ile yöneticilik ve çağdaş işletmecilik konularındaki açıklarını kapatan bazı hekimlerin profesyonel yönetici olarak sağlık kuruluşlarının başına geçtiği son yıllarda çok görülen bir örnektir. Ancak, kazanılan deneyimler ve yapılan çalışmalar, yönetici-hekimlerin bir süre sonra meslektaşları tarafından tıpkı diğer yöneticiler gibi görülmeye başlandığını ve hekim olma avantajının ortadan kalktığını

göstermektedir. Zaten mesleğini tamamen bırakarak yöneticiliğe soyunan yeterli sayıda hekim bulmak da mümkün olamamaktadır.⁷³

Bu gelişmenin tipik bir örneği ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında yaşanmaktadır. Hemen hemen tümü hekim olan sağlık müdürleri ve “başhekim” hastane yöneticilerinden özellikle sağlık müdürleri, il içerisindeki tüm sağlık hizmetlerinin yönetim ve denetiminden sorumlu oldukları halde, yönetici olarak etkinlikleri, doğrudan hasta ile karşı karşıya olan, yani hizmeti üreten bir hekim kadar fazla değildir. Hastane yöneticisi olan başhekimin bile kamu hastanelerinde mevzuatı, özel hastanelerde ise patronun isteklerini uygulamaya koymanın ötesinde etkin bir yöneticilik işlevi bulunmamaktadır. Öte yandan “Hekimleri hekimden başkası yönetemez” anlayışı ise özellikle bizim ülkemizde neredeyse karşı çıkılmaz bir kural haline gelmiştir.⁷⁴

Bir yandan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve karmaşıklığı karşısında maliyetlerin kontrolü için gerekli olan profesyonel yöneticilik bilgi ve becerileri, diğer yandan kaliteli sağlık hizmetleri sunumunda hekimin başrolde olması ve hekimlik mesleğinin özerkliği, sağlık hizmetlerinin yönetiminde yeni bir yönetici tipini veya mevcut yönetici-hekim işbirliğinin yeniden düzenlenmesini zorunlu kılmaktadır.

3. 4. Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Modern Yöntemler

Hastane Dergisi (Hospital News) yaptığı araştırmalarında ‘sağlık kuruluşlarının yönetimi ve organizasyonu’ ve ‘modern hastane yönetimi nasıl olmalıdır?’ sorularına cevap aramaktadır.

Aşağıda söz konusu araştırmadan elde edilen sonuçlar verilmektedir.⁷⁵

“Yönetim bilimi ve sanatının mazisi her ne kadar yaklaşık 100 yıl bulunmaktadır da ilköğretilerden beri her alanda yönetimin esaslarını belirtmeye

⁷³ HAYRAN, a.g.e.

⁷⁴ HAYRAN, a.g.e.

⁷⁵ KIZMAZ, Ş., “Hastane Yönetiminde Modern Yöntemler” **Hastane Dergisi**, Sayı 16, <http://www.hastanedergisi.com/sayil6/kepapak.asp>, (01.08.2006).

yönelik çabaların bin yıllara dayandığı bilinmektedir. Hastane yöneticiliğinin oturmuş bir sisteme sahip olma macerası ise son 70 yıldadır”.

“Bir hastanenin bugün için uygun şekilde yönetilmesinde öne çıkarılması gereken konular arasında öncelikle, mesleği ve unvanı ne olursa olsun hastane yöneticisi olan herkesin hastane yönetimi konusunda bir eğitim alması zorunluluğudur. Hastane yönetimi karmaşık bir iştir ve eğitimini almadan bunu hiç kimse yapamaz.”

“Sağlık hizmetleri “sınan” odaklı olmaktan çıkartılıp, “kullanan” odaklı hale getirilmelidir.”

“Genel olarak hizmet kullanıcıların ihtiyaç ve beklentilerinin uygun yöntemlerle zaman zaman belirlenmesi ve hizmetlerin bunlara göre yönlendirilmesi gerekmektedir. Burada son bir nokta ise hastanede kullanılan her bir kaynağın yönetiminde optimal noktaları belirleyecek yöntemlerle çalışan ve sözlerine kulak verilen bir teknik grubun mutlaka oluşturulmasıdır.”

“Modern bir hastane kavramından söz edilebilmesi, öncelikli olarak modern bir sağlık sistemi ve yapılandırılmış rekabet koşullarını barındıran bir pazarın varlığını gündeme getirmektedir. Dolayısıyla, ülkemiz sağlık sisteminin günümüz çağdaş öngörileri doğrultusunda yeniden yapılandırılması, birinci öncelikli konu haline gelmektedir. Diğer konular ise: Sağlık yönetiminin herhangi bir bilgi birikimini gerektirmeyecek şekilde doğaçlama olarak tüm sağlık personeli tarafından yapılabilen bir iş olduğu yargısının ortadan kaldırılmasıdır”.

Tüm bunlara ilaveten, sağlık kuruluşlarının modern yönetimi ve organizasyonunun ekip çalışması ile hastane hizmetlerinin güvenilirliğini sağlamaya yönelik karşılaştırılabilir standartların tanımlanması ve izlenmesi yoluyla başarılabileceği söylenebilir.

3. 5. Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Profesyonelleşme

Dünya Sağlık çevrelerinde, sağlık sorunlarının çözümünde “yönetim”in önemli bir işlevi olduğu her vesile ile ifade edilen bir konudur. Bu konu bizim

ülkemiz için özel bir önem taşımaktadır. Ülkemizdeki sağlık düzeyi göstergelerinin kötülüğü ve sağlık sektörünün içinde bulunduğu çıkmazların temelinde kaynak yetersizliği, sağlık insan gücü ve araç-gereç yetersizliğinden çok “kötü yönetim”in hatta, “yönetimsizliğin” rol oynadığı dikkati çekmektedir.⁷⁶

Dünyanın gelişmiş hemen her ülkesinde kurum ve kuruluşların yönetimi, alanlarında uzmanlaşmış yöneticilerce yapılmaktadır. İçinde bulunduğumuz dönem, pek çok sosyal bilimci tarafından “yönetim devrimi”nin yaşandığı bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Bilgi üretiminin hızlandığı ve bilgiye ulaşmanın inanılmaz bir biçimde kolaylaştığı bu dönemde üretim ve hizmet sektörlerinde başarıya ulaşmanın tek yolu, “iyi yönetim”dir.⁷⁷

Profesyonelleşme, bir “iş”in “meslek” haline dönüşmesi olarak tanımlanabilir. “Meslek” olmanın başlıca koşulları ise şu şekilde tanımlanmaktadır:⁷⁸

- Teori ve araştırmaya dayanan, uygulama becerileri gerektiren özel bilgi birikiminin olması,
- Giriş ve uzmanlaşma standartları ile resmî makamlarca kabul gören bir eğitim sürecinin olması,
- Özel bir alanda uygulama yetkisinin bulunması ve kendi faaliyetlerini denetleyebilmesi, hesabını verebilmesi,
- Bireylere hizmet sunarken, topluma hizmet anlayışına dayanan bir etik yaklaşımının bulunması.

Bu koşullardan da anlaşılacağı üzere bir “iş”in “meslek” haline dönüşmesindeki en önemli özellik “otonomi” yani özerklik kazanmasıdır.

Örneğin, hekimlik eski Yunan’da ustaların yanında kazanan bir zanaat, Roma’da ise hekimler zenginlerin evinde hizmet veren bir tür köle

⁷⁶ KIZMAZ, a.g.e.

⁷⁷ KIZMAZ, a.g.e.

⁷⁸ KIZMAZ, a.g.e.

iken, Avrupa'daki reform hareketleri ile kilisenin her alandaki tekelinin kırılması ve bilgi ile mülkiyetin büyük oranda özel ellere geçmesi sonucu meslek haline dönüşmüştür.⁷⁹

18. yüzyıla gelindiğinde Batı'da sınırlı sayıda "iş"in "meslek" haline geldiği görülmektedir. Sanayileşme ve ticaretin gelişmesi ile birlikte yeni hizmetlere ve mesleklere olan ihtiyaç artmış, 19. yüzyıldaki bilimsel-teknolojik gelişmelere paralel olarak da çeşitli alanlarda profesyonelleşme hız kazanmıştır. Bu süreç içerisinde ortaya çıkan her yeni mesleğin kabulü pek de kolay olmamış, yetki ve güç alanı konusunda zaman zaman diğer mesleklerle çatışmalar yaşanmıştır.

Sağlık yönetiminde profesyonelleşmenin geçmişi incelendiğinde çeşitli ülkelerde farklı gelişmeler izlenmekle birlikte hemen her ülkede hekimlerin bu alanda dönemsel ağırlıkları olduğu dikkati çekmektedir. Örneğin, ABD'de başlangıçta sağlık kuruluşları, aynı zamanda bunların sahibi olan hekimlerce yönetilir iken, daha sonra bu işin yeni gelişen sağlık yöneticilerine bırakıldığı, son yıllarda ise gerek hekim sayısındaki fazlalığın zorlaması, gerekse hekimlerin sağlık hizmeti üretimindeki rolünün önemi nedeniyle sağlık yöneticiliği alanına hekimlerin yeniden hakim olmaya başladığı görülmektedir.⁸⁰

Ülkemizde ise hemen her dönemde Sağlık Yöneticiliği hekimlerin tekelinde kalmış, sağlık yöneticisi yetiştirmek amacı ile 60'lı yıllarda açılan Hacettepe Sağlık İdaresi Yüksekokulu mezunlarına bile sağlık sektöründe yeterince aktif rol verilememiştir. Sağlık yöneticiliği bir yana, hekimlik dışındaki tüm diğer sağlık mesleklerinin yakın zamana kadar "yardımcı sağlık personeli" olarak nitelenmesi bu tekelciliğin ve hekim egemenliğinin tipik bir göstergesidir.

Aslında sağlık hizmetlerinin özelliği dikkate alındığında hekimlerin yönetim sürecinde yer almasının kaçınılmaz olduğu görülmektedir. Tıptaki

⁷⁹ KIZMAZ, a.g.e.

⁸⁰ KIZMAZ, a.g.e.

aşırı uzmanlaşma, yeni teknolojilerin kullanımı gibi etkenlerin yanı sıra acil vakalardaki karar mekanizmasında söz konusu olan belirsizlikler ve hastalıkların tanı-tedavisine ilişkin bilgilerin karmaşıklığı hekimleri her zaman yönetici, en azından klinik yönetici olmaya zorlamaktadır.

Başka bir deyişle, sağlık hizmeti sunumunda kaynakların kullanılması ve önceliklerin belirlenmesi konusunda karar verici konumda olan hekimlerin sağlık yöneticiliği işlevinden uzak kalması mümkün değildir. Ancak, tıp eğitiminin yapılmasının ve müfredat programlarının bu gerçeği dikkate almadığı, yönetim, muhasebe ve işletme konularına yer vermediği de ortadadır. Bunun doğal sonucu olarak sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerde bile yıllarca “*aşırı idarecilik*” ve “*yetersiz işletmecilik*” anlayışı ile yürütülmüştür.⁸¹

Hekimler arasında sağlık yöneticiliğine ilişkin olarak yapılan araştırmalarda çok farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Hekimlerin bir kısmı için yönetim ve işletmecilik konuları gereksiz zaman kaybı olup başka profesyonellerce yürütülmesi daha uygun iken, bir kısmı için ise sağlık hizmetlerinin yönetimi hekim dışı profesyonellere bırakılamayacak kadar önemli özellikler taşımaktadır. Başka profesyonellere bırakılmasına karşı olanların başlıca endişesi, “hastalık” ve “hasta” kavramlarına yabancı olan profesyonellerin kaynak kullanımı ve önceliklerin saptanması konusunda insani değerlerden çok parasal değerlere göre hareket edeceği düşüncesine dayanmaktadır.

Öte yandan hemen hiç bir hekim “klinikisyen” kimliğini bir yana bırakıp tamamen yönetim ve işletmecilik alanlarına yönelmeyi de uygun bulmamaktadır. Bu noktada hekimlerin sağlık yönetiminde hangi düzeyde ve ne kadar yer alması gerektiği sorularına yanıt bulunması gerekmektedir.⁸²

Ülkemizdeki sağlık sektöründe de çeşitli konularda yönetici-hekim bulunmakla birlikte, bazı istisnalar dışında çoğunluğun, yönetim bilgi ve becerisinden yoksun olarak bu işleri yürüttüğü bilinmektedir. Son yıllarda

⁸¹ KIZMAZ, a.g.e.

⁸² KIZMAZ, a.g.e.

gerçek sağlık hizmetlerinde verimliliği artırma çabaları sonucu, gerekse hekim sayısının aşırı artışına bağlı olarak hekimlerin sağlık yönetimi alanına yönelindikleri dikkati çekmektedir. Halen bu amaçla üç üniversitede mezuniyet sonrası eğitim programları yürütülmektedir. Ancak bu programlarda da bir karmaşa söz konusudur.

Özetle, sağlık alanında profesyonelleşme konusu, tüm dünyada ve ülkemizde bir “gereklilik” hatta “zorunluluk” olarak kabul görmekte birlikte yeni bir meslek türünün ortaya çıkışının ve güç alanının belirlenmesi sancıları çekilmektedir.⁸³

⁸³ KIZMAZ, a.g.e.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SAĞLIK HİZMETLERİ AÇISINDAN DÖNER SERMAYE İŞLETMELERİ

Bu bölümde sağlık hizmetleri açısından döner sermaye işletmelerinin durumu ve konumu yasal, ekonomik ve tarihsel yönlerden ele alınmaktadır.

4. 1. Sermaye ve Döner Sermaye Kavramı

Sermaye, “bir ticaret girişiminin gerçekleştirilmesi ve yürütülmesi için gerekli olan, bu işte kullanılan para ve paraya çevrilebilecek malların tümü”dür.⁸⁴ Döner sermaye ise “kurumların kârları ile bağışlardan ve devlet yardımlarından teşekkül eden” sermayeye verilen addır.⁸⁵

4. 2. Döner Sermaye İşletmelerinin Kuruluş Amacı

Kamu maliyesi alanında belirli ve sürekli bir hedefin elde edilmesi için genel ve katna bütçeden bir miktar paranın, azaltılmamak koşuluyla bir kuruluş ya da bir kuruluşla bağlı işletmelere verilmesi döner sermaye işletmesinin özünü meydana getirir.⁸⁶ Döner sermayenin tahsil edildiği kuruluş genellikle ayrı ayrı gelir kaynaklarına sahip olduğundan, zaman içerisinde, giderlerini yıllık devlet bütçesinden değil, kendi gelirlerinden karşılayacak ve tahsis edilen döner sermayeyi muhafaza edecektir. Bu ise döner sermaye işletmesinin bağlı bulunduğu kurumun ekonomik anlamda devlete yük olmamasını sağlar, ki kârna iktisadî model uygulayan ekonomilerde, döner sermaye işletmelerinin temel kuruluş amacı bu olmaktadır.⁸⁷

⁸⁴ PÜSKÜLLÜOĞLU, A., “*Türkçe Sözlük*”, Yapı Kredi Yayınları, 1995, s. 1335.

⁸⁵ 9/1/1961 tarih ve 10702 sayılı Resmî Gazete, 209 sayılı yasa, madde 2.

⁸⁶ **Genel Ekonomi Ansiklopedisi**, Cilt 1, İstanbul, Milliyet Yayınları, 1988, s. 232.

⁸⁷ Genel Ekonomi Ansiklopedisi, a.g.e., s. 232.

Döner sermaye ile yönetilen kuruluşun zarar etmesi ile tahsis edilen varlığı azalursa, sermayeyi ilk tahsis eden devlet bütçesinden yeni tahsislerle sermayenin tükenmesi önlenir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı döner sermaye işletmelerinin kuruluş amacı, aşağıda sıralanan işlemlerin gerçekleştirilebilmesini kolaylaştırmak ya da gerçekleştirmektir.⁸⁸

- Muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil işlerini,
- Aşı, ilaç, serum, insan kanı ve kan ürünleri imâlî ile istihsal veya imâl edilecek diğer maddeleri,
- Bastırılan veya yaptırılan her nevi belgeleri,
- Trafik kazaları ile ilgili olarak özel veya 13.10.1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununa göre zorunlu sigortalı olan kişilere verilecek hizmetler ile sigortalı turistlere ve yabancı hastalara verilen sağlık hizmetlerini,
- Sağlık alanında verilecek kurs, eğitim, araştırma, yayın ve danışmanlık hizmetlerini,
- Diğer kamu ve özel sektör kuruluşlarının sağlık alanında sunduğu hizmetlere kredi notu verilmesini ve akredite edilmesini,
- Atölye, tamirhane ve depolarda gerçekleştirilen sağlık hizmetleriyle ilgili montaj, demontaj ve proje işlerini,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında üçüncü şahıslarca yapılacak sağlık alanı dışındaki tanıtım hizmetlerini.

Maliye Bakanlığınca yayımlanan yılları Bütçe Uygulama Talimatlarında yer alanlar hariç, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu uyarınca belirlenen tarife üzerinden fiyatlandırılmaya ve yukarıda belirtilen mal ve hizmetlerden elde edilecek gelirler ile sağlık kurum ve kuruluşlarına üçüncü

⁸⁸ 27/04/2005 tarihli ve 25798 sayılı Resmî Gazete, 5335 sayılı yasa.

şahıslarca yapılacak her türlü bağış ve yardımları döner sermayeye gelir kaydetirmeye yetkilidir.

4. 3. Döner Sermaye İşletmelerinin Faydaları

Döner sermayeli işletmelerin sayısı son yıllarda giderek artmıştır. Bu işletmeler genellikle genel ve katma bütçeli idarelere bağlı olarak kurulmuşlar ve özellikle 1970'li yıllardan sonra da sayılarında gözle görülür bir artış olmuştur. Kimi alanlarda bu artış oranı %50 iken, kimi alanlarda ise örneğin Milli Eğitim Bakanlığı gibi, %200'lere ulaşmıştır. Tek tek ele alındığı zaman önemsiz ve dağınık gibi görünen döner sermaye işletmeleri, toplu olarak göz önüne alındıklarında ulusal ekonomide büyük bir güç haline geldikleri görülmür.⁸⁹

Döner sermayeli işletmelerin yararları, kuruluş nedenlerinden ve ekonomik güçlerinden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla bu kuruluşlar Türkiye'ye gerek ekonomik gerekse toplumsal yönden büyük yararlar sağlamaktadırlar.

Bu çerçevede değerlendirildiğinde döner sermayeli işletmelerin en belirgin ekonomik ve toplumsal faydaları aşağıdaki şekilde belirtilebilir.⁹⁰

4. 3. 1. Döner Sermaye İşletmelerinin Ekonomik Faydaları

Döner sermaye işletmelerinin ekonomik faydaları; Ekonomideki atıl kapasiteyi değerlendirme, piyasadaki talebi karşılamak ve devlete gelir sağlamak üzere üç şekildedir.⁹¹

- *Ekonomideki atıl kapasiteyi değerlendirmek:*

⁸⁹ ALAGÖZ, A., **Kamu Döner Sermaye İşletmeleri**, DSİ: Marbaası, Ankara, 1982, s. 15.

⁹⁰ ALAGÖZ, a.g.e.

⁹¹ ALAGÖZ, a.g.e.

Genellikle kamu işletmelerinde üretim faktörleri tam kapasite ile çalıştırılmamaktadır. İşletmelerde üretim faktörlerinin, kapasite boşluğunu gidermek üzere kullanılmaları, daha fazla mal ve hizmet üretimi, kalkınmakta olan ekonomilerin temel sorunları arasında yer almaktadır. Ayrıca, gelişmekte olan ekonomilerde, kamu hizmetlerinin geliştirilmesinde devletin kaynakları tek başına yeterli olamamaktadır. Bu nedenle kamu hizmetlerinden faydalananlardan belirli ölçüde ücret alınması ve kamu hizmetlerinin finansmanında kişilerden faydalanılması ihtiyacı ortaya çıkmaktadır.⁹²

Döner sermayeli işletmeler, kamu hizmeti üretimi sırasında ortaya çıkan atıl kapasiteyi doldurarak önemli faydalar sağlamaktadır. Genel ve karma bütçeli idareler, kamu hizmetlerini yürütürken, mal ve hizmet üretmektedirler. Üretim sırasında genellikle bir kapasite boşluğu doğmaktadır.⁹³

Kapasite boşluğu, gelişmekte olan ve üretimini artırmaya çalışan ülkelerde daha önemli bir yer tutmaktadır. Mal ve hizmet üretimi arttığı oranda yani üretim kapasiteleri doldurulabildiği oranda refah da artmış olacaktır. Bununla birlikte istihdam hacmi de artmış olacaktır. Bu durum aşağıdaki örneklerde daha açık olarak görülecektir.

Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı döner sermayeli işletmeler, ulusal savunmamız için savaş zamanının ihtiyacı olan araç, gereç ve malzeme yapımı ile onarımı ve benzeri işleri yapmak için kurulmuştur. Savaş zamanının ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulan askeri fabrika ve tesislerin barış zamanında da tam kapasite ile çalıştırabilmesi ancak döner sermaye tahsis etmekle mümkün olabilir.⁹⁴

Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı okullarda, özellikle meslek liselerinde öğrencilere uygulamalı eğitim vermek için kurulmuş atölyelerde eğitim

⁹² DALLI, M., **Hastanelerde Döner Sermaye Uygulaması ve Yönetime Etkileri**, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1992, s. 5.

⁹³ COŞKUN, G., **Devlet Bütçesi**, Turhan Kitabevi, Ankara, 1991, s. 71.

⁹⁴ ALAGÖZ, a.g.e., s. 18.

dönemlerinde bu işlev yerine getirilirken, özellikle tatil dönemlerinde boş kalan kapasite döner sermaye işletmeciliği vasıtasıyla değerlendirilmektedir.⁹⁵

Ülkemizde atıl kapasite kullanımına yönelik döner sermaye işletmesi kurulması sınırlıdır. Daha öncede belirtildiği gibi bu işletmeler özel amaçlara yönelik olarak kurulmaktadır.⁹⁶

Piyasadaki Talebi Karşılama:

Kamu işletmelerinin ürettiği kamusal mal veya hizmetler toplam talebi karşılamayabilir. Bu mal veya hizmetlerin toplam talebi karşılamadığı durumlarda belirli bir talep fazlası oluşacaktır.

Döner sermayeli işletmeler, ekonomide toplam talebin önemli bir kısmını karşılayacak miktarda mal veya hizmet üretimini yaparak, ülke kalkınmasına katkıda bulunmaktadır. Bazı döner sermayeli işletmelerin mal ve hizmet üretimleri oldukça önemli boyutlara ulaşmakta ve geniş bir talebi karşılayabilmektedir. Bu döner sermayeli işletmelerin başlıcaları şunlardır:

Devlet Üretme Çiftlikleri Genel Müdürlüğü, Tekel Genel Müdürlüğü, Orman Genel Müdürlüğü, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı askeri fabrika ve tesisler, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Akşam Sanat Okulları, Ağaç ve Metal İşleri Endüstri Meslek Lisesi, Darphane döner sermaye işletmeleridir.⁹⁷

Devlete Gelir Sağlama:

Döner sermaye işletmeleri yaptıkları ticari işler karşılığında elde ettikleri gelirleri dolayısıyla vergi ödedikleri gibi, karlarının bir kısmını hazineye yatırmak durumundadırlar. Bu işletmeler, özel kuruluş yasalarında

⁹⁵ ÖZDEMİR, H., **Döner Sermaye İşletmelerinin Kamu Bütçesi İçindeki Yeri**, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1992, s. 35.

⁹⁶ BULUTOĞLU, K., KURTULUŞ, E., **Bütçe ve Kamu Harcamaları**, Kent Basımevi, İstanbul, 1981, s. 451.

⁹⁷ ALAGÖZ, a.g.e., s. 18.

aksine bir hüküm bulunmadıkça, nominal sermaye limitlerini tamamladıktan sonra yıllık karlarını hazineye yatırmak zorundadır.⁹⁸

Bu zorunluluk, Genel Muhasebe Kanunu'nun 49. madde hükmünden geldiği gibi, bütçe yasalarıyla da getirilmektedir. Genel Muhasebe Kanunu'nun 49. maddesi; "...bu kurum ve idarelerin döner sermaye ödeneklerinden kullanılmayan tutarı yıl sonunda yok edilir, kullanılan sermayelerden doğan gelir fazlaları da bütçeye gelir yazılır" hükmü ile bu zorunluluk doğmaktadır. Ayrıca, yıllık karlardan bir kısmının hazineye aktarılması gereği de 1975 yılından beri bütçe yasalarına konan hükümlerle gerekli kılınmaktadır.⁹⁹

Döner sermaye sistemiyle, kamu hizmetine iktisadi bir nitelik kazandırmanın yanında, verimin daha da artması amaçlanmaktadır. Buradaki hakim özellik, söz konusu kamu hizmetini geliştirmektir. Bu sebeple, döner sermaye işletmeleri yalnızca kar amacı güden kuruluşlar olarak değerlendirilemez.¹⁰⁰

Ne var ki sağlık işletmelerinde, sağlık hizmeti verilmekteyken, yapılan işin niteliğinden çok niceliğinin temel alındığı dikkate alırsa; bu durumun orta ve uzun erimde, sağlık çalışanları ile çalışanların yaptıkları işler arasında yabancılaşmaya yol açması olasıdır.

4. 3. 2. Döner Sermaye İşletmelerinin Toplumsal Faydaları

Döner sermayeli işletmelerin kurulmasındaki temel amaç ekonomik olduğu halde, bu faaliyetler yürütülürken işletmeler toplumsal faydalar da sağlamaktadırlar. Hatta bazı döner sermayeli işletmelerin toplumsal faydaları, ekonomik faydalarından daha çok olmaktadır. Örneğin eğitim ve sağlık kurumları, ceza ve tevkif evleri, tarımsal kurumlar ile Arsa Ofisi gibi döner

⁹⁸ ERGÜR, H., "Türkiye'de Kamu Döner Sermaye İşletmeleri Uygulaması": (Kuruluşu, Kamu Ekonomisindeki Yeri, Devlet Bütçesi ile İlişkileri Açısından), Sevinç Matbaası, Ankara, 1987, s. 16.

⁹⁹ COŞKUN, a.g.e., s. 72.

¹⁰⁰ DALLI, a.g.e., s. 5.

sermayeli kuruluşların toplumsal faydaları, ekonomik faydalarından daha fazladır.¹⁰¹

Sağlık kurumlarında toplum sağlığını korumak ve geliştirmek yönünde hizmetler sunulmakta, bu sayede sağlıklı bir toplum oluşturmaya çalışılmaktadır. Bu hizmetlerin sunulmasında ve geliştirilmesinde sağlık kurumları döner sermaye işletmelerinin büyük katkısı olmaktadır.

Üniversite döner sermaye işletmeleri bilimsel çalışmaların kamu kesimine ve özel sektöre ulaştırılarak toplumun bütün kesimlerinde faydalanılmasına ve bilimsel çalışmaların devamına olanak vermektedir. Bu sayede eğitimin kalitesinin ve etkinliğinin sürekli artırılması olanaklı kılınmaktadır.

Döner sermaye yöntemi ile bütçe üzerinde kamu kuruluşlarının meydana getirmesi olası yük hafifletilir; bu ise söz konusu bütçeye tabî vatandaşların sağladığı ulusal gelir payını düzeltici etkiyi haiz olur.

Döner sermaye işletmelerinin, işletme çalışanlarına sağlayacağı ücret motivasyonu, işletmenin verimini de artıracığı için, toplumsal refah olumlu yönde etkilenecektir.

Ne var ki, sağlık gibi yaşamsal bir konuda oluşturulan döner sermaye işletmeleri, sağlık ile para arasında doğrudan bir ilinti kurulmasına yol açıyor görünümünü vermektedir. Bu ise, yeşil kart ve benzeri sosyal devlet / sigorta uygulamalarından yoksun bireylerin refahlarını olumsuz yönde etkilemeye aday bir uygulama olmaktadır.

4. 4. Döner Sermayeli Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ve Örgüt Yapısı

Döner sermaye işletmeleri yönetim kurulları veya işletme müdürü tarafından yönetilmektedir. Yönetim kurulları yetkilerini, uygun gördükleri zaman yürütme kurullarına devredebilirler.¹⁰²

¹⁰¹ ALAGÖZ, a.g.e., s. 19.

Bakanlıklarda, yönetim kurulu başkanı ve ita amiri ilgili bakan olabileceği gibi bakanın görevlendireceği genel müdürler de olabilir. Döner sermaye işletmelerinin yönetiminde işletme müdürü, tahakkuk memuru, sayman, veznedar, ayniyat memuru, ambar memuru, sayman mütemmeleri görev almaktadır.¹⁰³

Sağlık Bakanlığı döner sermaye işletmelerine aşağıdaki yetkileri sağlayabilir:¹⁰⁴

- Her nevi tüketim maddeleri, tıbbî, cerrahî alet, malzeme, cihazlar, mefûşat ve demirbaş eşya satın alınması,
- Tamirat, tadilat, inşaat, tıbbî ve fennî tesisat ile kamulaştırma yaptırılması,
- İhtiyaç halinde hizmet satın alınması,
- Taşınır ve taşınmaz satın alınması, ihtiyaç duyulan taşınmazlar üzerinde sınırlı aynı hak tesis edilmesi, kiralanması ve bunlara ilişkin her türlü giderin yapılması,
- Tamir, imâl atölyeleri açılması ve bunlara sermaye tahsis edilmesi,
- Ambulans, cenaze arabası ve hizmet aracı satın alınması ile kiralanması veya hizmet satın alınması yoluyla temini ve bunlara ilişkin giderlerin yapılması,
- Fiyatlandırılan mamûllerin serbest piyasaya veya sair müesseselere intikal ettirilmesi ve buna ilişkin giderlerin yapılması,
- DeneySEL amaçlı ve hizmet gereği canlı hayvan beslenmesi ve bunların ürünlerinden faydalanılması ile zirai mahsullerden ihtiyaç görülenlerin yetiştirilmesi, bakımı ve satışına ilişkin giderlerin yapılması,
- Eğitim hastanelerinde uzmanlık eğitimi yapmakta olan yabancı uyruklulara 500 YTL' ye kadar ödeme yapılması.

¹⁰² 05.07.1983 tarihli ve 18098 sayılı Resmi Gazete.

¹⁰³ DALLI, a.g.e., s. 7.

¹⁰⁴ 27/04/2005 tarihli ve 25798 sayılı Resmi Gazete, 5335 sayılı yasa.

Döner sermayeli işletmeler, gerekli gördükleri hallerde sundukları hizmetleri, Bütçe Uygulama Talimatında belirlenen fiyatları aşmamak üzere belirleyecekleri fiyat üzerinden, birbirlerinden temin edebilirler.

Döner sermaye gelirlerinden, sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmetlerini aksatmamak ve yılı yatırım programı ile ilişkilendirilmek kaydıyla Sağlık Bakanlığınca belirlenen miktar; genel bütçe ödeneği ile devam etmekte olan kurum ve kuruluşun bina projelerinin tamamlanmasına yönelik inşaat işleri için harcanmak üzere ilgili saymanlığa aktarılır.

Döner sermayeli işletmelerin tıbbî cihaz, tıbbî sarf malzemesi, ilaç ve büro malzemeleri gibi merkezi olarak satın alınmasında fayda görülen mal alımları ile hizmet alımları, bedelleri her döner sermaye işletmesinin kendi bütçesinden karşılanmak kaydıyla toplu olarak yapılabilir. Bu durumda ita amirliği Sağlık Bakanlığınca belirlenir.

Döner sermayeli işletmeler, kullanmadıkları veya ihtiyaç fazlası olan mal ve demirbaşları bedelsiz veya tespit edilecek bedel üzerinden birbirlerine devredebilirler. Aynı il sınırları içerisindeki döner sermayeli işletmeler ariyet sözleşmesi ile birbirlerine mal verebilirler.

Döner sermayeli işletmeler, süreklilik arz eden hizmet alımları ile maliyeti yüksek ve ileri teknoloji ürünü olan tıbbî cihazların hizmet alımı yoluyla temini veya kiralannması için döner sermaye kaynaklarından, gelecek yıllara yaygın yüklenmelere girişebilir.

4. 5. Döner Sermayeli Sağlık İşletmelerinde Muhasebe Sistemi

Döner sermayenin istilizam ettireceği işleri görmek, hesapları merkezde tetkik ve umumî bilançoyu tanzim ve hesap işlerini takiple mükellef olmak üzere, merkezde Sosyal Yardım Umum Müdürlüğüne bağlı bir Döner Sermaye Müdürlüğü ve muhasebe teşkilatı ile ayrıca sağlık müesseselerinde

(Rehabilitasyon-esenlendirme) döner sermaye işletme idare ve muhasebe teşkilatı kurulur.¹⁰⁵

Bakanlık merkezde kurulacak Döner Sermaye Müdürlüğü ve muhasebesi vasıtasıyla müesseselere tahsis olunan döner sermayelerin hareketını takip eder. Döner sermayenin işletilmesinden hasıl olacak kârlar, her yıl sonunda, Bakanlığın göstereceği lüzuma göre, döner sermayeye ilave edilir veya merkezde bir hesapta toplanır.

4. 6. Döner Sermayeli Sağlık İşletmelerinde İhale İşlemleri

Döner sermayeli işletmeler ihale işlemlerini, 2003 yılına kadar “Döner Sermayeli İşletmeler İhale Yönetmeliği” esasları uyarınca yürütmekteydi. Söz konusu yönetmelik 2886 sayılı Devlet İhale Kanunundan farklılık arz ediyordu. Döner sermayeli işletmeler 2003 yılından itibaren satın, trampa, mülkiyetin gayri aynı hak tesisi ve kiraya verme işleri dışında kalan (mal ve hizmet alımı, yapım işleri ile kiralama ve taşıma) işlerinin ihalelerini 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu hükümlerine göre düzenlemektedir. Döner sermaye işletmelerinin kamu harcaması yapılmasını gerektirmeyen, sadece gelir sağlayan işleri Döner Sermayeli İşletmeler İhale Yönetmeliğine göre; kamu harcaması yapılmasını gerektiren işleri ise 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu hükümlerine göre yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşlardaki idarî ve muhasebe işleri, 10896 sayılı (2 Eylül 1961 tarihli) Resmî Gazete’de yayınlanan “Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumları ile esenlendirme (rehabilitasyon) tesislerine verilecek döner sermaye hakkındaki 209 sayılı kanun gereğince işletme, idare ve muhasebe işlerine dair yönetmelik”in 11 Şubat 2006’da yayınlanan 26077 sayılı Resmî Gazete’de ifade edilen değişikliklerle belirtildiği üzere 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu hükümleri çerçevesinde gerçekleştirilir.

¹⁰⁵ 9/1/1961 tarih ve 10702 sayılı Resmî Gazete, Madde: 4.

Bakanlığın her türlü alım, satım, kira, trampa ve benzeri işlemleri ise 4 Ağustos 1984 tarih ve 18479 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan “*Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği*” hükümlerine tabîdir. Kurum ve kuruluşlarda üretilen mal ve hizmetlerle, üretim esnasında meydana gelen manül ve yarı manül maddeler ile fireler maliyet bedelinin altında olmamak kaydıyla kuruluşlar tarafından tespit edilecek bedel ile aynı ihale yönetmeliğinin hükümlerine göre satılır.

4. 7. Döner Sermayeli Sağlık İşletmelerinde Denetim

Döner sermayeli sağlık işletmelerinde denetim; işletme içi denetim ve işletme dışı denetim olmak üzere iki şekildedir.

4. 7. 1. İşletme İçi Denetim

Sağlık Bakanlığı’na bağlı döner sermaye işletmelerinde idarî ve malî iç denetimin nasıl olması gerektiği 12 Mayıs 2006’da yayımlanan 26166 sayılı Resmî Gazete’de yer alan “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik”le düzenlenmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığı’na bağlı ve döner sermaye esasına göre çalışan işletmelerde muayene ve girişimsel işlemlerin yapılıp yapılmadığının takibi ile bu konudaki gerekli düzenlemelerin yapılmasından başhekim sorumludur. Başhekimce, sağlık kuruluşunda yapılan hizmetlerin düzenli kayıt altına alınması ve kurumlara gönderilen faturaların hatasız düzenlenmesini sağlamak amacıyla, girişimsel işlemlerin, bütçe uygulama talimatı ilkelerine uygunluğu ile bu işlemlerin nitelik ve nicelik yönünden değerlendirilmesi ve denetlenmesi için inceleme heyeti oluşturulur.

Heyet, girişimsel işlemlerin yapılmasından tahakkuk ve faturalanmasına kadar geçen süreçte, tıp etiği ve kayıtlara uygunluğunu denetler. Ayrıca, heyet, girişimsel işlemlerle ilgili itiraz ve şikayetleri değerlendirir. Heyet, o dönem içinde yapacağı incelemeler sonucunda hazırlayacağı raporu döner sermaye komisyonunun toplantısı öncesinde başhekimine sunar. Başhekim, inceleme heyeti üyelerini, mesleğinde en az 10 yıl çalışmış, yok ise daha az çalışmış ve

disiplin cezası alınmış olan eğitim ve araştırma hastanelerinde şef, şef yardımcıları ve başasistanlar, devlet hastanelerinde uzman tabipler yok ise diğer tabipler arasından seçer. İnceleme heyeti üyelerinin yapmış oldukları işlemlerin değerlendirilmesi ve denetlenmesi başhekim tarafından yapılır. İnceleme heyeti üye sayısı, hastanenin yatak sayısı ve personel sayısı dikkate alınarak 3'ten az, 9'dan fazla olamaz. İnceleme heyeti üyelerinin görev süresi, takvim yılı sonu itibarıyla sona erer. Görev süresi sona eren üye tekrar seçilebilir. Heyet başkanlığını meslekte en kıdemli olan üye yapar. İnceleme heyeti kararlarını salt çoğunluk ile alır. Eşitlik halinde başkanın oy verdiği tarafın görüşü yönünde karar alınır. İnceleme heyetinin, çalışmalarını sırasında ihtiyaç duyduğu bilgi ve belgeler ile kayıtlar ilgili birimlerce ivedilikle temin edilerek heyete sunulur. Heyetin sekreteryasını hastane müdürü yapar. İnceleme heyeti kararları başhekimce uygulanır. Başhekim, inceleme heyeti kararlarına istinaden ek ödemeye esas olacak işlemleri sonuçlandırarak kesin karara bağlar.

Başhekimce, önceki ödeme dönemleri için inceleme yaptırılabilir. Kuruluşlarda, tabip muayene ve girişimsel işlemler puanına esas olan, tabip muayene ve girişimsel işlemleri yapmadığı halde yapmış gibi gösterenler hakkında, idari soruşturma başlatılır. Tabip muayene ve girişimsel işlemlerin yapılıp yapılmadığının takibi ile bu konudaki gerekli düzenlemelerin yapılmasından İl Sağlık Müdürlüğü sorumludur. Söz konusu idari soruşturma raporuna istinaden hakkında, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 125 inci maddesine göre cezalandırılanlardan, uyarma cezası alanlara bir ay, kınama cezası alanlara iki ay, aylıktan kesme cezası alanlara üç ay, kademe ilerlemesinin durdurulması cezası alanlara altı ay süreyle ek ödeme yapılmaz. Ek ödeme yapılmaması işlemine, cezanın ilgiliye tebliğ tarihinden itibaren başlanır.

4. 7. 2. İşletme Dışı Denetim

Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermayeli işletmelerde yapılan işletme dışı denetimi; Devlet Denetleme Kurulu, Başbakanlık Teftiş Kurulu, Maliye Bakanlığı, Sayıştay ve Yasama organlarınca gerçekleştirilebilir.

Devlet Denetleme Kurulu idarenin hukuka uygunluğunun, düzenli ve verimli şekilde yürütülmesinin ve geliştirilmesinin sağlanması amacıyla, Cumhurbaşkanlığı'na bağlı olarak kurulan Devlet Denetleme Kurulu, Cumhurbaşkanı'nın isteği üzerine, tüm kamu kurum ve kuruluşlarında ve sermayesinin yarısından fazlasına bu kurum ve kuruluşların katıldığı her türlü kuruluşta, kamu kurumu niteliğinde olan meslek kuruluşlarında, her düzeydeki işçi ve işveren meslek kuruluşlarında, kamuya yararlı derneklerle vakıflarda, her türlü inceleme, araştırma ve denetlemeleri yapar.¹⁰⁶

Başbakanlık Denetleme Kurulu Başbakan'ın emri ve onayı üzerine, bütün kamu kurum ve kuruluşlarıyla, kamu iktisadi teşebbüslerinde teftişin etkin bir şekilde yürütülmesi hususunda genel prensipleri tespit etmek ve personelin verimli çalışmasını teşvik edici teftiş sistemini geliştirmek ve bu kuruluşlarla bunların işitirak ve ortaklıklarında, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarında, teftiş, denetim veya bu maksatla kurulmuş olan birimlerin görev, yetki ve sorumluluklarını haiz olarak her türlü inceleme, araştırma, soruşturma ve teftiş yapmak veya yaptırmak, teftiş kurulunun yetkisi dahilinde kabul edilmiştir.¹⁰⁷

Devlet hazinesinin temsilcisi olan Maliye Bakanlığına, döner sermayeli işletmelerin; denetimi ile yıllık bütçelerinin yapılmasında, finansman sağlanmasında, elde ettikleri gelir ve kârlar üzerinde yetkiler tanınmıştır. Ayrıca işletmelerin kuruluş kanunları ile yönetmeliklerinin çıkarılmasında ve

¹⁰⁶ Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, Madde 108.

¹⁰⁷ T.C. Başbakanlık, Başbakanlık Teftiş Kurulu Yönetmeliği, Madde 1.

saymanlarının atanmasında da Maliye Bakanlığı'nın yetkisi vardır. Maliye Bakanlığına yapılan denetim mali denetim olmaktadır.¹⁰⁸

Maliye Bakanlığı'na bağlı Döner Sermaye ve Fonlar İnceleme Şubesi, işletmelerin bilançoları ve ekleri ile yıllık bütçelerini ve muhasebe işlemlerini şekli bakımından incelemektedir. Yani, yıllık bilanço ve bütçelerinin yönetmelik hükümlerine göre düzenlenip düzenlenmediği, hesap hatalarının olup olmadığı ve benzeri incelemeler yapılır. Bilanço ve ekleri ile bütçeleri; kanun ve tüzük yönetmeliklerine göre hazırlanmamışsa, bunlar ile hesaplardaki hata ve noksanlıkların düzeltilirilmesi sağlanır. Ayrıca, bu şubeye işletmelerden veya bağlı oldukları idarelerden hesap dönemi itibarıyla gelen bilanço, gelir tablosu ve ekleri incelenir. Bu inceleme sonunda, genel bütçeli idarelere bağlı olan bütün döner sermaye işletmeleri kapsamına alan “Döner Sermayeli Kuruluşların Mali Yılı İçindeki Sermaye Hareketlerini Gösterir Çizelge” adlı bir rapor düzenlenir. Bu rapor Hazine Müsteşarlığına gönderilir ve devlet hesaplarına alınır.¹⁰⁹

Sayıştay; döner sermayeli işletmelerin gelir, gider ve malları ile nakit, tahvil ve senet gibi değerlerin alınıp verilmesini, muhasebe kayıt ve belgelerinin denetimini yapar. Bu denetim, söz konusu mal ve mülke ilişkin hesapların incelenmesi ve saymanların yargılanması şeklinde olur.

Türkiye’de yasama denetimi, Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından yapılmaktadır. Döner sermayeli işletmelerin, bilanço ve eklerinin Sayıştay Kesin Hesap Şubesinde incelenmesi tamamlandıktan sonra, hazırlanan raporlar Sayıştay Genel Kuruluna verilir. Genel Kurul da bu raporları Türkiye Büyük Millet Meclisi Plan ve Bütçe Komisyonuna sunar ve bu raporlar komisyonda değerlendirilir.

¹⁰⁸ ALAGÖZ, a.g.e., s. 153.

¹⁰⁹ ALAGÖZ, a.g.e., s. 156.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. SAĞLIK HİZMETLERİ SEKTÖRÜNDE SAĞLIK OCAKLARI VE PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİM SİSTEMİ UYGULAMASI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

5. 1. Sağlık Ocakları İle İlgili Genel Bilgiler

1961 yılında kabul edilen sağlık ocakları hakkındaki yasa 1 Ocak 1964 tarihini itibarıyla bütün Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır. Yasaya göre her 5000-10000 nüfusa bir sağlık ocağı kurulması öngörülmüştür. Yasa tasarı 1961’de kabul edildikten sonra, “sosyalleştirme harcamaları” ilk kez 1962 yılı bütçesine girmiştir. Uygulama planının orijinalinde Edirne, Çankırı ve Muş’ta aynı anda uygulamaya konulması düşüncesi varken, bütçe tartışmalarında gündeme getirilen “olanakların kısıtlılığı” gerekçesiyle, gerekenin üçte biri kadar bir parayla 1963’te yalnızca Muş’ta başlatılabilmektedir. İzleyen yıllarda da aynı bölgedeki diğer illere yaygınlaştırılmıştır.

Sağlık ocakları üçe ayrılır:

- Köy Tipi (köylerde kurulur)
- D-1 tipi (ilçelerde kurulur ve 10000-30000 arası nüfusa hizmet eder)
- A-1 tipi (en büyük sağlık ocağı türüdür ve kentlerde bulunur)

Sağlık sistemi en uçtan merkeze doğru sağlık evleri, sağlık ocakları ve hastaneler olmak üzere yapılandırılır. Hizmetten yararlanacaklar öncelikle bağlı oldukları sağlık evi veya sağlık ocağına başvururlar ve tıbbi bakımdan gerek görülmedikçe hastaneye sevk edilmezler (Madde 13).

224 sayılı yasa 27 Mayıs 1960 askeri müdahalesinin belirlendiği ortamda kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. O dönemde yönetim erkini elinde toplamış olan Milli Birlik Komitesi (MBK) tarafından, Komite’nin görev süresinin son günü olan 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiş ve 12 Ocak 1961 tarihinde resmî gazetede yayımlanmıştır.

Kanun taslağı, dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanmıştır.¹¹⁰ Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Ragıp Üner'dir. Nusret Fişek yasa taslağının yazımında Britanya ve İsveç sağlık sistemlerinden önemli derecede etkilennmiştir. İlk taslakta “sosyalizasyon” adını taşıyan yasanın adı sonuçta Sosyalleştirme, Sağlık Ünitesi olan birinci basamak sağlık kurumunun adı “Sağlık Ocacı” olarak değiştirilmiştir. Son kanun tasarısı hükümet üyelerinin imzalarıyla kanunlaşmak üzere MBK’ne sunulmuştur.¹¹¹

5.1.1. Sağlık Ocaklarının Temel Hizmetleri

1961 yılında gerçevesi belirlenen sağlık sistemi içinde sağlık ocakları birinci basamak, hastaneler ise yeterlilik düzeylerine göre ikinci ve üçüncü basamak kurumları olarak tanımlanlar.

Sağlık ocaklarından, evde ve ayakta tedavi edici hizmetler, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi temel işlevlerinin yanında, diğer sektörlerle birlikte toplumsal kalkınmada da rol alması beklenir.¹¹² Bu nedenle sağlık ocaklarının belediye, millî eğitim, tarım, sosyal hizmetler il ve ilçe müdürlükleri gibi diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde çalışması istenir. Sağlık ocacı gerek gördüğünde hastaları bir üst basamağa sevk eder.¹¹³ Sağlık ocağında hekim, sağlık memuru, halk sağlığı hemşiresi, ebeler görevlidir. Sağlık ocaklarında ekip hizmeti ile kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici hizmetler birlikte verilir. Sağlık ocaklarında sağlıkla ilgili düzenli olarak kayıtlar tutulur.

¹¹⁰ Türk Tabipler Birliği, “**10 Soruda 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**”, <http://www.ttb.org.tr/web/224.html>, (23.07.2006).

¹¹¹ Türk Tabipler Birliği, a.g.e.

¹¹² AKDUR, R., “**Sağlık sektörü temel kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin birliğe uyumu**”, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, Ankara, 2003, s. 11.

¹¹³ GÜLERYÜZ, İ., ALTINYOLLAR, H., “**Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi hakkında Yönerge, Sağlık Personeli İçin Temel Mevzuat**”, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın, Ankara, 2002.

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olarak sunulur. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şunlardır:¹¹⁴

- Bağışıklama
- Sağlık eğitimi
- Aile planlaması hizmetleri
- 0-6 yaş grubu sağlam çocukların izlenmesi
- Gebe ve lohusaların izlenmesi
- Beslenme durumunun iyileştirilmesi
- Erken tanı ve tedavi
- Kemoprofilaksi
- Kişiisel hijyen

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise;

- Yeteri kadar ve temiz su temini
- Katı ve sıvı atıkların zararsızlandırılması
- Gürültü ile savaş
- Vektörlerle savaş
- İyonizan radyasyonla savaş
- Hava kirliliği ile savaş
- Konut hijyeninin sağlanması

benzeri konulardır. Bunlara ek olarak sağlık ocaklarının yönetim ile ilgili görevleri, sağlık ocağı kayıtlarının tutulması, bölgenin sağlık durumunu ortaya çıkaran istatistiksel bilgilerin derlenmesi ve adli hekimlik ile ilgili görevleri de vardır.

¹¹⁴ BİLGE, N., “**Bir Sağlık Hizmet Modeli Olarak Aile Hekimliği**”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı web sayfası, <http://www20.uludag.edu.tr/~nazanders2.html>, (12.08.2006).

5. 1. 2. Sağlık Ocaklarının Ekonomik Yapısı

Kan bankası ve kan nakil merkezleri ile ilgili yasa dışarda tutulacak olursa ülkemizde tedavi edici sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilebilecek döner sermaye uygulamalarını tanımlayan ilk yasa (202 Sayılı Yasa) 1961 yılında kabul edilmiştir. 224 sayılı yasaya göre sağlık ocaklarının ekonomik finansmanı Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının ödedikleri prim, kamu kurumlarının bütçeleri ve hastaların hizmeti kullanım anında yapacakları cepten ödemelerle sağlanır (Madde 2). Sosyalleştirilmiş bölgelerde, hastanın ücretini ödemek koşuluyla istenilen sağlık personelini ve kurumunu seçme hakkı vardır (Madde 5). Sosyalleştirme kapsamında çalışmayan sağlık personeli mesleklerini serbest olarak icra edebilecektir (Madde 4). Bağlı oldukları sağlık ocaklarına başvuranlar, bu kurumca sunulan her tür sağlık hizmetinden parasız yararlanacaktır (Madde 14).

2001 yılında, 4618 sayılı yasada yapılan değişiklikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık ocakları için "Döner Sermaye İşletmesi" kurulması ya da kurulmuş olanlara katılım zorunlu olmuştur.¹¹⁵ Yasayla her ilde sağlık kuruluşlarının tümünü kapsayacak şekilde bir döner sermaye işletmesi kurulması öngörülmüştür.

Yayınlanan yasanın "Ek-2" başlıklı maddesinde sağlık ocaklarına getirilen döner sermaye uygulamasına ilişkin şu ifade aktarılmıştır:¹¹⁶ "Sağlık Bakanlığı'na bağlı il düzeyindeki mevcut döner sermayeli işletmelerden, 1999 yılı gayri safi gelirleri bir trilyon liranın altında olanlar, Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak birleştirilir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlardaki ana çocuk sağlığı, sağlık ocağı ve halk sağlığı laboratuvarları gibi koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan tedavi hizmetlerini de kapsamak üzere, her ilde bir adet döner sermayeli işletme kurulur. Yasada yer alan hükümlere göre, personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, o birimde görevli yardımcı hizmetler ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına

¹¹⁵ 23/1/2001 tarih ve 24296 sayılı Resmî Gazete.

¹¹⁶ 23/1/2001 tarih ve 24296 sayılı Resmî Gazete.

dahil personele, bir yılda alacakları aylık, yan ödeme ve her türlü tazminat tutarının %80'ini, diğer personele ise %100'ünü aşmamak üzere ek ödeme yapılabilecektir.”

“Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” Sağlık Bakanlığı'nın yataklı tedavi kurumlarını kapsamaktadır.¹¹⁷ Daha sonra 1976'da söz konusu 209 sayılı yasada bir değişiklik yapılmış, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı kurum ve hastaneler ile esenlendirme müesseselerine verilen döner sermaye miktarı artırılmıştır.¹¹⁸

1983 yılında çıkan 2907 sayılı Yasa'dan sonra, 1989 yılında çıkartılan 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile prim ödemeleri yaygın hale getirilmiştir.¹¹⁹

5. 1. 3. Sağlık Ocakları Hizmetlerinde Dışsalılık ve Bölünebilirlik

Sağlık hizmetleri hem kamusal hem de özel hizmet özelliği gösterirler. Bu hizmetlerin sağladığı faydanın bir kısmı topluma (dışsalılık) bir kısmı da hizmetten yararlanan kişiye ait olmaktadır.¹²⁰ Finansman biçimi kamu ve özel (karma finansman)'dır. Bu mal ve hizmetler, parçalar halinde bölünebilir ve fiyatlandırılabilir. Bu mal ve hizmetlere örnek olarak eğitim ve sağlık hizmetleri gösterilebilir. Yarı kamusal mal ve hizmetler, nitelikleri itibarıyla piyasa tarafından üretilir. Ancak, bu malların toplum açısından taşıdığı önem, toplumsal faydası, en önemlisi de yeterince üretilmedikleri durumlarda ortaya çıkacak maliyetler, piyasanın yanında devletin de üretimde bulunmasına neden olmaktadır.¹²¹

¹¹⁷ 09/01/1961 tarihli ve 10702 sayılı Resmî Gazete.

¹¹⁸ 18/03/1976 tarihli ve 16249 sayılı Resmî Gazete.

¹¹⁹ 27/06/1983 tarihli ve 19906 sayılı Resmî Gazete, 2907/1 md.

¹²⁰ KARAARSLAN, E., “Kamu Kesimi Eğitim Harcamalarının Analizi”, Maliye Dergisi, 149. sayı, Mayıs – Aralık 2005, s. 49.

¹²¹ KARAARSLAN, a.g.y., s. 49.

Kamusal malların bir kısmı önemli ölçüde dışsallık yaratırlar. Dışsallık, bir ekonomik birimin üretim ve/veya tüketim faaliyeti sonucunda başka birimin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarının olumlu ve/veya olumsuz yönde etkilenmesidir. Dışsal ekonomilerin kamu ekonomisi yönünden taşıdığı önem, herhangi bir kamusal malın kamu kesimine mi yoksa özel kesime mi sunulması gerektiğine olarak tanımsıdır. Olumlu anlamda dışsallığın söz konusu olduğu kamusal mallarda, özel kesim üretici biriminin genellikle üretimi üstlenmemeleri, bu hizmetlerin kamu kesimine yerine getirilmesini zorunlu kılmaktadır. Öte yandan olumsuz anlamda dışsallığın söz konusu olduğu mallarda, özel kesim topluma, tazmin etmedikleri birtakım ek maliyetler yüklemektedirler. Bu durumda da kamu ekonomisine ihtiyaç duyulmakta ve ek sosyal maliyetin ya düzenleyici vergilerle telafisi, ya da söz konusu üretimin kamu kesimine üstlenilmesi gerekmektedir.¹²²

Sağlık ocaklarında da sürdürülen koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli ölçüde olumlu dışsallık etkileri söz konusudur. Örneğin, tüm toplum üyelerini kapsanmaya yönelik genel bir aşı kampanyası topluma önemli boyutta dışsal faydalar sağlamaktadır. Aynı şekilde tedavi edici sağlık hizmetlerinde de özel fayda yanında çok önemli ölçüde dışsallık söz konusudur. Toplumdaki bir kişinin dahi tedavi edilerek sağlığına kavuşturulması en azından üretimde bir artışa sebep olacaktır.¹²³

Kamusal malların önemli özelliklerinden birisi de “bölünmezlik” özelliğidir. Bölünmezlik (indivisibility) ve dışlanmazlık (non-exclusion) özelliğine sahip mallara pür kamusal veya tam kamusal mal adı verilir. Savunma, diplomasi, adalet hizmetleri bu tür mallara örnek olarak verilebilir. Bölünebilir ve pazarlanabilir mallara ise, pür özel veya tam özel mallar adı verilir. Pür olmayan mallar ise bu iki özelliği bir arada taşımayan mallara denilmektedir. Pür olmayan mallar; yarı kamusal mallar, doğal tekel malları, ortak havuz malları (klüp mallar) ile merit ve demerit mallar olarak

¹²² YUMUŞAK, İ. G. ve AYDIN, M., “**Bilgi Kamusal Bir Mal midir?**”, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (10) 2005 / 2, s. 104-122, s. 113.

¹²³ YUMUŞAK ve AYDIN, a.g.y., s. 113 – 114.

sınıflandırılabilir. Döner sermaye uygulamasının kapsamında yer alan sağlık ocağı hizmetleri, yarı kamusal mal/hizmet statüsünde olduğu için, bölünebilir hizmet verdiği varsayılır.¹²⁴

5. 1. 4. Sağlık Ocakları Hizmetlerinde Değerlendirme ve Denetim

Sağlık ocağı hizmetlerinin yerinde izlenmesi, değerlendirilmesi, ve denetlenmesi amacıyla, Sağlık Bakanlığı adına, İl Sağlık Müdürlükleri görevlidir. Müdürlük bünyesinde oluşturulan denetim ekibi, ildeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik denetim takvimini ve programını aylık olarak hazırlar. Bu hazırlığa birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik olarak izleme ve değerlendirme formlarının hazırlanması da dahildir. İzleme ve değerlendirme sonuçları il sağlık müdürlüğüne bildirilir ve ilgili il sağlık müdürlüğü bizzat değerlendirilme yapar. Yürütülen izleme ve değerlendirme çalışmalarına ilişkin sayısal bilgiler aylık olarak Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bildirilir.¹²⁵

Genel olarak kabul edilen anlayışa göre birinci basamağa başvuran hastaların % 95'inin tanı ve tedavisinin söz konusu basamakta gerçekleştirilmesi gerekir.¹²⁶ Sevk hızının standart değeri % 5-10 arasında olmalıdır.

¹²⁴ AKTAN, C. C., (2005), “**Ekonomik Regülasyonların Rasyonelliği: Piyasa Başarısızlığı,**” <http://www.canaktan.org/ekonomi/regulasyon/piyasa-basarisiz.htm>, (16.07.2006).

¹²⁵ T. C. Sağlık Bakanlığı, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Hakkında Genelge”, Sayı: 7681, 16.07.1997.

¹²⁶ BİLGEL, a.g.y.

Çizelge 5. 1. Sağlık Ocaklarında Poliklinik Hizmetleri.

BÖLGELER	Hekim Başına Düşen Yıllık Ortalama Poliklinik Sayısı	Poliklinik Başına Düşen Ortalama Laboratuvar Sayısı	II. Basamak Kuruluşlara Sevk Hızı (% Olarak)
Marmara	4632	0,0	13,2
Ege	4302	0,1	12,8
Akdeniz	3627	0,0	13,0
İç Anadolu	3405	0,1	13,6
Karadeniz	3660	0,0	16,4
Doğu Anadolu	3561	0,0	19,0
Güney Doğu Anadolu	3643	0,0	20,3
Türkiye	3875	0,05	14,4

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. “Sağlık İstatistikleri 2001”, <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2001/69-70.htm> (16.07.2006).

Çizelge 5.1.'e göre Türkiye genelinde birinci basamaktan hastanelere sevk oranının %14,4'lere ulaştığı görülmektedir. Ayrıca dikkati çeken diğer bir özellik de, hekim başına düşen yıllık ortalama poliklinik sayısının düşüklüğü ile sağlık ocaklarında laboratuvar olanaklarından hiç yararlanılmadığı gerçeğidir.

2. basamak sağlık kuruluşları olan hastanelerin poliklinik yüklerinin yüksek oluşu ve buna karşılık hastane polikliniklerinde muayene edilen kişilerin sadece yaklaşık % 5'inin yatırırlarak tedavi edilmeleri, Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tedavi edici hizmetlerin istenen düzeyden çok uzakta olduğunun göstergesidir.

Çizelge 5. 2. İkinci Basamak'ta (Hastanelerde) 2001 Yılında Verilen Poliklinik Hizmeti ve Yatırılan Hasta Sayıları.

Hastahane sayısı	Poliklinik hizmeti verilen kişi sayısı	Hastahane başına düşen poliklinik hizmeti sayısı	Yatırılan hasta sayısı	Yatırılan hastaların poliklinik hizmeti alanlara oranı
1126	120.268.687	106.810	5.290.024	0,044

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, “Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılığ 2001”. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2002.

2001 yılı verilerine göre, Türkiye’de 5773 adet sağlık ocağı vardır.¹²⁷ Bunların %62’si kırsal ve %38’i kentsel tiptedir. Bunlardan doktoru olmayan sağlık ocağı oranı %11.3’tür. Sağlık ocaklarında yaklaşık 12000 sağlık evi, 40000 civarında pratisyen hekim ve 300 dolayında aile hekimi mevcuttur.

Ortalama nüfuslara bakıldığında, doktor başına 4768, ebe başına 5471, hemşire başına 6074 ve sağlık memuru başına 10154 kişi düştüğü görülmektedir. Standart kadrolara göre sağlık ocaklarının doluluk oranları ise şöyledir:¹²⁸

Doktor: %70.8, Diş doktoru: %12.2, Eczacı: %6.1, Sağlık memurları: %46.1, Çevre sağlık teknisyenleri: %52.4, Hemşireler: %68.1, Ebeler: %70.8 Laboratuvar teknisyenleri: %50.4, Memurlar: %28.3.

TTB’nin hesaplarına göre, nüfusa göre sağlık ocağının yeterli hâle gelmesinin bir koşulu, yılda en az yüz sağlık ocağı yapılması yönündeyken,

¹²⁷ T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Sağlık İstatistikleri Yılığ 2001”.

¹²⁸ Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Çalışma Yılığ ı”, Ankara, 2001.

2000 – 2003 sürecinde bu sayıya ulaşlamamıştır.¹²⁹ Sağlık ocaklarının dağılımı da Türkiye için düzenli bir işlevle gerçekleştirilmemiştir. Bu bakımdan en büyük yetersizlik, büyük kentlerde ve ülkenin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndedir. Büyük kentlerde, sağlık ocaklarının sayıca -ve de nitelikçe- yetersiz oluşu, bu kentlerde özel polikliniklerin yaygınlaşmasına yol açmıştır.¹³⁰ Yasaya göre 5-10 bin kişiye bir sağlık ocağı düşmesi gerekiyorken, İstanbul'da ancak 50 bin kişiye bir sağlık ocağı düşer.¹³¹ Bu ortalama bir rakamdır, bazı yörelerde, söz konusu oranın 100-150 binleri bulduğu ifade edilmektedir.

Bugün sağlık ocaklarının üçte biri, kendi binasında değildir. Bu binaların özelliği, sağlık ocaklarının işlevlerinin yerine getirilmesine olanak sağlamamasıdır.

Her dokuz sağlık ocağından birinde hekim yoktur.¹³² Güneydoğu Anadolu'daki sağlık ocaklarının % 20'sinde doktor yoktur. Türkiye'de pratisyen hekim – sağlık ocağı ilişkisine bakıldığında, pratisyen hekim(sağlık ocağındaki) başına 4.400 nüfus söz konusuysen, bu sayı Marmara'da 7.600'a, Güneydoğuda 6.400'e ulaşabilmektedir. Söz konusu iki bölge, ebe-hemşire yetersizliği noktasında da ön sıradadır. Bunun anlamı, bu personelin, giderek artan iş yüküdür.

Sağlık ocaklarına ilişkin güncel sorunlar şöyle özetlenebilir:¹³³

- Yeterli sayıda sağlık ocağı yoktur. Bu durum birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli sorunlar yaratmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumlarındaki eksiklik bakımından özellikle üç büyük ilde ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile Doğu Anadolu Bölgesi'nde sorun yaşamaktadır.

¹²⁹ Tıp Dünyası Dergisi, "Sağlıkta Özelleştirmede Yeni Adım", 1 Mart 2003 Sayısı, s. 23.

¹³⁰ Tıp Dünyası Dergisi, "Sağlıkta Özelleştirmede Yeni Adım", a.g.e.

¹³¹ Tıp Dünyası Dergisi, "Sağlıkta Özelleştirmede Yeni Adım", a.g.e.

¹³² Tıp Dünyası Dergisi, "Sağlıkta Özelleştirmede Yeni Adım", a.g.e.

¹³³ Türk Tabipler Birliği, a.g.e.

- Personel dağılımında, bütün zorunlu hizmet uygulamalarına karşın, bölgeler arasında eşitlik sağlanamamıştır. Bu açıdan sorunlu olan bölgeler ise Güneydoğu Anadolu Bölgesi ile Doğu Anadolu Bölgesi illeridir.
 - Sevk sistemi uygulanmamaktadır.
 - Bakanlık, sağlık hizmetini değerlendirmeye ve yeniden planlamaya yönelik etkin bir bakış açısına sahip değildir ve ilgili kurumları çalıştırmamaktadır.
 - Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi sağlık ocakları için yatırım yapmaya elverişli değildir.
 - Sosyalleştirme uygulaması için gereken yönetici kadronun eğitim ve istihdamına yönelik yeterli çaba gösterilmemiştir.
- Yasada kendi sağlık ocaklarına başvuranların yararlanacakları hizmetlerin parasız olduğu belirtilmiş olmasına rağmen, birinci basamak sağlık kurumlarının sunduğu hizmetler de (dernek ve vakıflara kesilen paralarla) paralı sunulmaya başlanmıştır. Bu uygulama özellikle dar gelirli, ancak birinci basamak hizmetlerine daha çok gereksinimi olan grupların hizmet kullanımını engelleyici ve eşitsizlikleri artırıcı etkiye sahiptir.

5. 2. Sağlık Ocaklarında Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulanması Üzerine Araştırma

5. 2. 1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Araştırmanın amacı; Türkiye'nin sağlık sektöründe yer alan sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye prim sisteminin mevcut sağlık sistemine katkı düzeyini ölçebilmektir.

5. 2. 2. Araştırmanın Önemi

Sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye uygulamasının sağlık sistemine yaptığı katkı, sağlık sisteminin bütünü'nün işleyişi için gerek hastalar gerekse sağlık hizmetini sağlayanlar ve devlet bakımından önem taşır.

5.2.3. Araştırmanın Sınırlamaları

Araştırma Kurtuluş, Gülcü ve Vatan Sağlık Ocaklarında çalışan 6 doktor, 25 ebe, 10 hemşire, 9 sağlık memuru ve 60 hasta/hasta yakını üzerinde Mart ve Nisan 2006 sürecinde gerçekleştirilmiştir.

5.2.4. Araştırmanın Türü

Yapılan araştırmanın türü; keşifsel araştırmadır. Keşifsel araştırmada esas amaç, araştırılacak pazarlama probleminin tanınması veya keşfedilmesi, problemin kesin olarak saptanması, problemin geçerli değişkenlerinin ve bunlar ile ilişkilerinin belirlenmesidir. Keşifsel araştırmalarda en temel özellik; problemin ne olduğunun bilinmesidir.¹³⁴

5.2.5. Araştırmanın Yöntemi

Bu bölümde ana kütle seçimi ve örnek kütle seçimi, veri toplama yöntemi, anket sorularının hazırlanması ve veri analizinde kullanılan istatistikî yöntemlere ilişkin bilgi verilmektedir.

5.2.6. Ana Kütle ve Örnek Kütlenin Seçimi

Yapılan araştırma için Isparta ilindeki sağlık hizmeti sağlayıcıları ile bu hizmetten yararlanan hastalar / hasta yakınları seçilmiştir.

5.2.7. Veri Toplama Yöntemi

Türkiye’de sağlık ocaklarında performansla dayalı döner sermaye uygulamasının değerlendirilebilmesi için anket yapılacaktır.

Yüz yüze anket yöntemi, anketörün cevaplayıcı ile karşı karşıya gelmesi ve soru sorması şeklindedir. Cevaplayıcıya yardımcı olabilmek, daha

¹³⁴ KURTULUŞ, K., (1991) **Pazarlama Araştırmaları**, İstanbul, Avcıol Basım, 1998, s. 308.

çok soru sorma imkanının olması, geri dönme hızının yüksek olması gibi nedenlerden dolayı yüz yüze anket yöntemi seçilmiştir. Anket Isparta'daki Kurtuluş, Gülcü ve Vatan Sağlık Ocaklarındaki sağlık çalışanları ve buradaki hizmetten yararlanmaya gelenler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Anket formu örnekleri EK-1'de verilmiştir.

Araştırma Mart ve Nisan 2006 sürecinde uygulanmıştır. Bir anket formunun cevaplandırılması ortalama olarak beş dakika sürmektedir.

5.2.8. Anket Sorularının Hazırlanması

Araştırmada bölüm 5.2.9.'da belirtilen hipotezlere ilişkin veri toplanması amaçlanmıştır.

5.2.9. Hipotezler ve Alternatifleri

i) Ho = Sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye uygulaması sağlık ocaklarının verimini olumlu yönde etkilemektedir.

Ha = Sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye uygulaması sağlık ocaklarının verimini olumsuz yönde etkilemektedir.

ii) Ho = Sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye uygulaması liyakata dayalı ve hastabakıcıların çalışma verimini olumlu yönde etkilemektedir.

Ha = Sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye uygulaması liyakata dayalı ve hastabakıcıların çalışma verimini olumsuz yönde etkilemektedir.

iii) Ho = Sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye uygulaması liyakata dayalı ve doktorların çalışma verimini olumlu yönde etkilemektedir.

Ha = Sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye uygulaması liyakata dayalı ve doktorların çalışma verimini olumsuz yönde etkilemektedir.

iv) Ho = Sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye uygulaması liyakata dayalı ve ebe/hemşirelerin çalışma verimini olumlu yönde etkilemektedir.

Ha = Sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye uygulaması liyakata dayalı ve ebe/hemşirelerin çalışma verimini olumsuz yönde etkilemektedir.

v) Ho = Sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye uygulaması hastalara sağlanan hizmetin kalitesini olumlu yönde / artış yönü etkilemektedir.

Ha = Sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye uygulaması hastalara sağlanan hizmetin kalitesini olumsuz yönde / azalış yönü etkilemektedir.

vi) Ho = Sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye uygulaması, önceki uygulamalara kıyasla çalışanlar için daha tatminkar bir işletim sisteminin önünü açmıştır.

Ha = Sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye uygulaması, önceki uygulamalara kıyasla çalışanlar için daha az tatmin sağlayan bir işletim sisteminin önünü açmıştır.

5. 2. 10. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Anket formundaki soruların bir bölümü kapalı bir bölümü açık uçludur. Kapalı uçlu sorular üçlü, dörtlü ve beşli Likert ölçeğine dayalıdır. Bu bölümde cevaplayıcıların sağladıkları ya da hizmet olarak aldıkları unsurlara ilişkin beğeni / tatmin ölçütlerini değerlendirmek amaçlı sorular mevcuttur.

Likert Toplama ölçeğinde verilen bir konu hakkında cevaplayıcının fikirlerinin öğrenilmesi amaçtır. Ölçekte, önce konu hakkında birkaç ifade hazırlanır ve ifade için kabul derecelerini göstermeleri istenir.¹³⁵

¹³⁵ TOKOL, T., *Pazarlama Araştırması*, Vipaş, A.Ş. Bursa, 1998, s. 56.

Anket formlarında ayrıca cevaplayıcıların demografik özellikleri olan yaş, eğitim ve gelir seviyelerine ilişkin sorular bulunmaktadır.

5. 2. 11. Veri Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Gerçekleştirilen araştırmanın veri analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler şu şekilde açıklanabilir:

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluklarının belirlenmesi, ileride kullanılacak yöntemlerin seçimi için önemlidir. Bağlantı analizi, tatmin ve kriter değişkenleri arasındaki ilişkinin yönünü ve derecesini saptamayı amaçlar. Korelasyon analizi ile değişkenlerin arasındaki ilgiye en fazla katkıda bulunan değişkenlerin saptanması ve ilgili değişkenin hangi değişkenlerden etkilendiği ya da hangileri ile ters orantılı ilişki içinde olduğu test edilecektir.¹³⁶

¹³⁶ TURANLI, M. ve GÜRİŞ, S., **Temel İstatistik**, Der Yayınevi, İstanbul, 2000, s. 717.

ALTINCI BÖLÜM

6. SAĞLIK OCAKLARINDA PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİM SİSTEMİ UYGULAMASI ARAŞTIRMA SONUÇLARI

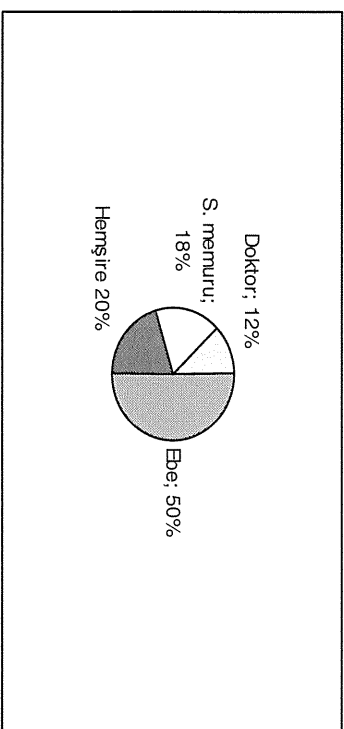
Sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması üzerine yapılan araştırmadaki istatistiki analizler Microsoft Excel ve SPSS 9.0 kullanılarak yapılmıştır.

6. 1. Sağlık Ocağı Çalışanları Üzerinde Uygulanan Anket Sonuçları

Anket Kurtuluş, Gülcü ve Vatan Sağlık Ocaklarında çalışan 50 sağlık görevlisi tarafından yanıtlanmıştır.

6. 1. 1. Anket Katılımcıları İle İlgili Genel Bilgiler

Çalışanların yarısı ebe, %18'i sağlık memuru, %20'si hemşire ve %12'si doktordur.

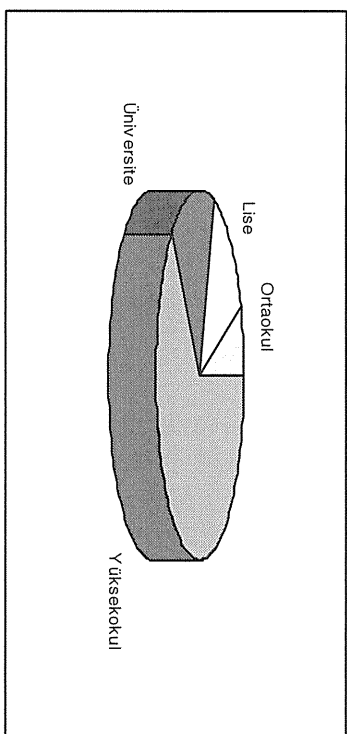


Şekil 6. 1. Çalışanların Meslekî Dağılımı.

Çalışanların %64'ü yüksekokul¹³⁷, %16'sı üniversite, %14'ü lise¹³⁸ %6'sı ise ortaokul mezunudur.

¹³⁷ İki yıllık ön lisans.

¹³⁸ Lise mezunu olan 7 kişiden 3'ü sağlık meslek lisesi mezunu olduğunu belirtmiştir.



Şekil 6. 2. Çalışanların Eğitim Durumu.

Anketi yanıtlayan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 35.9'dur. Yanıtlayıcıların %18'i 25 – 29 yaş grubundadır, %64'ü 30 – 39 yaş grubundadır, %18'i ise 40 – 47 yaş grubundadır.

Anketi yanıtlayanların %76'sı kadın, %24'ü erkektir. Burada sağlık ocağında çalışan hemşire ve ebelerin kadın olagelmesinin baskın etmen olduğu belirtilmelidir.

Anketin yapıldığı tarih itibarı ile çalışanların %38'i sağlık ocağında henüz dört yıldan daha az çalışmaktadır. %36'sı 5 – 9 yıl arası çalışma gelmiştir. Anketi yanıtlayanların %26'sı ise 10 ya da daha fazla yıldır sağlık ocağında çalışmaktadır. Dolayısı ile çalışanların en az %62'sinin performansına dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması öncesi uygulamalardan haberdar olduğu ileri sürülebilir.

6. 1. 2. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Sağlık Ocağına Gelen Hasta Sayısına Etkisi

Ankete katılanların %42'si sağlık ocağında performans dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının sağlık ocağına gelen hasta sayısını artış yönü etkilediğini belirtirken, %58'i herhangi bir değişiklik olmadığını belirtmiştir. Hiçbir yanıtlayıcı söz konusu uygulamanın hasta sayısında azalma yönü etkide bulunduğu yönünde görüş belirtmemiştir.

6. 1. 3. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Çalışma Motivasyonuna Etkisi

Ankete katılanların %32'si sağlık ocagında performansla dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının çalışma motivasyonunu olumlu yönde etkilediğini belirtirken, %68'i, herhangi bir değişim olmadığını belirtmiştir. Hiçbir yanıtlayıcı performansla dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının motivasyonu olumsuz etkilediği yönünde görüş belirtmemiştir.

6. 1. 4. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Birim Zamanda Bakılan Hasta Sayısına Etkisi

Ankete katılanların %78'i sağlık ocagında performansla dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının birim zamanda bakılan hasta sayısında bir değişikliğe yol açmadığını belirtirken; %16'sı sayıda artış yönlü bir değişim olduğunu, %6'sı ise azalış yönlü bir değişim olduğunu ifade etmiştir.

Yanıtlardan sağlık ocagında performansla dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının hasta sayısı ve çalışma motivasyonu ile performansla olumlu (artış) yönlü etki yaptığı görüşü ağır basmaktadır.

6. 1. 5. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Maddî Tatmin Sağlama Etkisi

Ankete katılanların %94'ü sağlık ocagında performansla dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının çalışanların işten sağladıkları maddî tatmini olumlu (%76) ya da çok olumlu (%18) etkilediğini belirtirken, %6'sı herhangi bir değişim olmadığını belirtmiştir. Diğer yandan çalışanların %34'ü döner sermaye dağıtım oranından hiç memnun olmadığını, %44'ü memnun olmadığını belirtirken; hoşnut (%18) ve çok hoşnut (%4) olanların oranı düşük kalmıştır.

Diğer yandan ankete katılanların %36'sı performansla dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının sağlık çalışanlarının tümünün gelirlerini olumlu yönde etkilediğini ifade ederken, %50'si uygulamadan asıl kazançlı

çıkanların doktorlar olduğunu vurgulamış ve bu durumdan duydukları görece hoşnutsuzluğu gerek yukarıdaki maddî tatmin oranının düşüklüğü, gerekse yazılı ek ifadelerle belirtmişlerdir.

Katılımcıların %10'u müdür yardımcıları ve müdürlerin, %4'ü ise hizmetlilerin bu uygulamadan olumlu etkilendiğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte katılımcıların %40'ı performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının sağlık ocagında çalışan hiçbir meslek grubunu olumsuz etkilemediği yönünde görüş belirtirken, %32'si bu uygulamanın bürokratik işlemleri ve evrak yükünü artırdığını, %12'si bu uygulama ile doktorların çok fazla prime hak kazandığını ve bunun kendilerini olumsuz etkilediğini, %2'si tıbbi sekreterlerin olumsuz etkilendiğini (aşırılaşan evrak yükünden ötürü), %8'i uygulamadan en az payı alan hizmetlilerin bundan olumsuz etkilendiğini, %6'sı ise hemşire ve sağlık memurlarının performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasından olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir.

Yukarıdaki hoşnutsuzluk ifadelerine koşut olarak, anketi yanıtlayanların %42'si performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının sağlık ocagı çalışanları arasında çeşitli rekabet çatışmalarına yol açtığını ifade etmiştir. %52'si ise herhangi bir rekabet çatışması olmadığı yönünde görüş belirtmiştir.¹³⁹

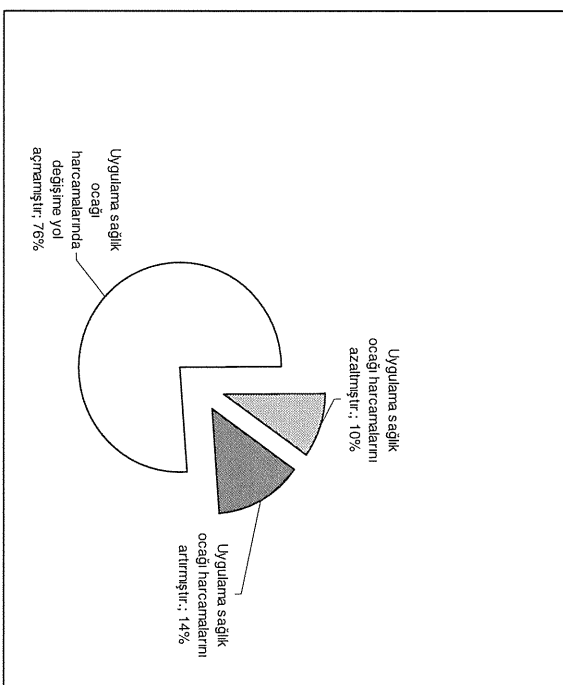
Anketi yanıtlayanların % 48'i performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması ile birlikte sağlık ocagı ile ocagın bağlı bulunduğu il sağlık müdürlüğü arasındaki ilişkide kayda değer bir farklılaşma olmadığını düşündüğünü belirtmekle birlikte; %32'si ekonomik, %26'sı ise yönetsel bakımdan sağlık ocagının performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması öncesi döneme göre il sağlık müdürlüğüne daha bağlı kıldığını yönünde görüş belirtmiştir.¹⁴⁰

¹³⁹ Ankete katılanların %6'sı bu konuda görüş belirtmemişlerdir.

¹⁴⁰ Bu konuya ilişkin soruda yanıtlayıcıların birden fazla şık işaretleme hakkı bulunduğu için yüzde toplamının %100'den büyük çıkması olağandır.

6. 1. 6. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Sağlık Ocağı Harcamalarına Etkisi

Ankete katılanların %76'sı döner sermaye uygulaması ile sağlık ocağının harcamalarında herhangi kayda değer bir değişme olmadığını ifade ederken, %14'ü artış, %10'u ise azalış yönlü bir değişim görüldüğü yönünde görüş belirtmiştir.



Şekil 6. 3. Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulamasının Sağlık Ocağı Harcamalarına Etkisi.

Ankete katılanların %82'si sağlık ocağında performans dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması sonrasında sağlık ocağındaki teknolojik donanım ve bilgi-işlem donanımının olumlu yönde değiştiğini ifade ederken, %18'i böylece bir değişim gerçekleşmediğini vurgulamıştır.

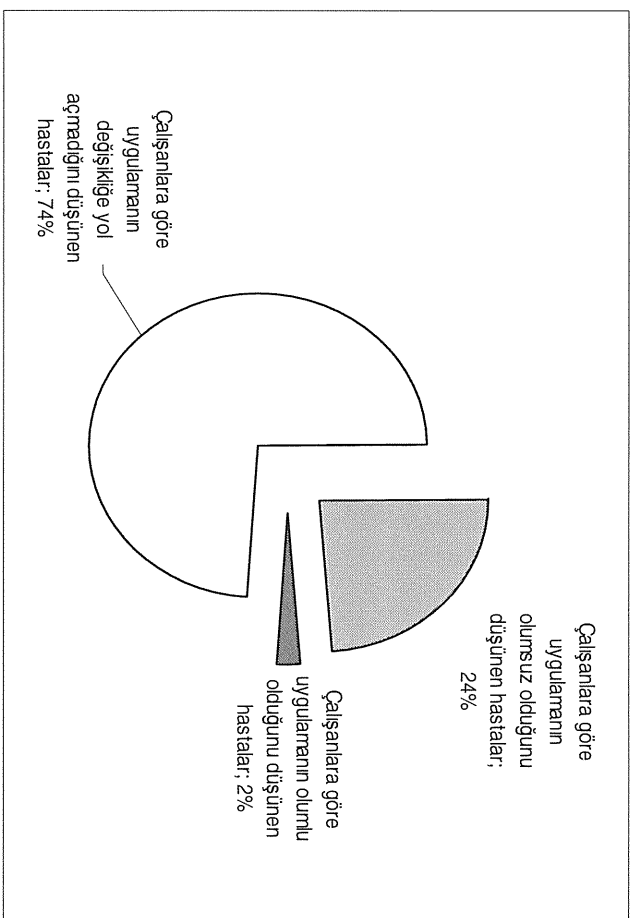
6. 1. 7. Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Doktor-Hasta İlişkisine Etkisi

Ankete katılanların %40'ı sağlık ocağında döner sermaye primi uygulaması sonrasında hastalara daha fazla ilgi gösterilmeye başladığını

belirtirken, %60'ı bu açıdan herhangi bir değişim olmadığı yönünde görüş belirtmiştir.

6. 1. 8. Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasına Sağlık Ocağı Hastalarının Yaklaşımı

Ankete katılanların %74'ü, hastaların döner sermaye uygulamasına başlamasının herhangi bir farklılık yarattığını düşünmedikleri görüşünde olduklarını belirtmektedir.



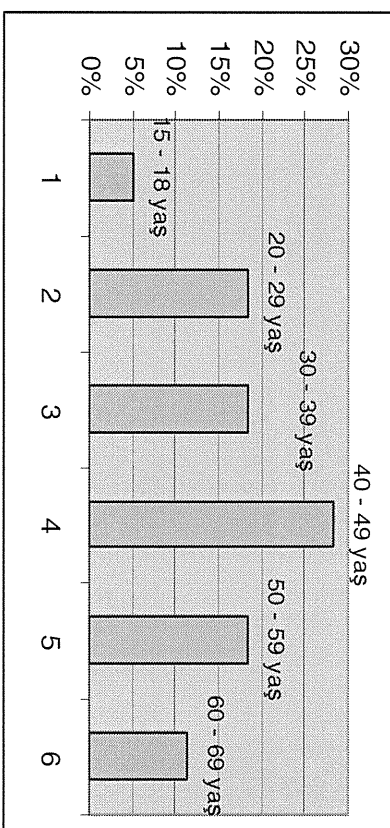
Şekil 6. 4. Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasına Sağlık Ocağı Hastalarının Yaklaşımı.

Ankete katılanların %24'ü uygulamadan hastaların hoşnut olmadığını belirtmiş, bir yanıtlayıcı ise hastaların bu durumdan hoşnut olduklarını ifade etmiştir.

6. 2. Sağlık Hizmeti Alanlar Üzerinde Uygulanan Anket Sonuçları

6. 2. 1. Anket Katılımcıları İle İlgili Genel Bilgiler

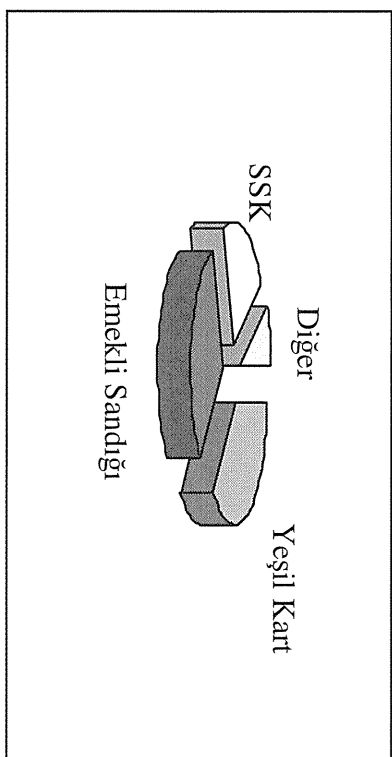
Bu ankete katılan toplam 60 kişinin yaş ortalaması 40.9'dur. Katılımcıların üçü 15 – 18 yaş arasındadır. 11'i 20-29 yaş aralığında, bir diğer 11'i ise 30 – 39 yaş aralığındadır.



Şekil 6 . 5. Yanıtlayıcıların Yaş Profili.

Katılımcıların 17'si (%28.3'ü) 40 – 49 yaş aralığında, 11'i 50 – 59 yaş aralığında, 7'si 60 – 69 yaş aralığındadır. Sağlık ocağı hizmetinden yararlananların, Türkiye'deki yaş ortalamalarının oldukça üzerinde bir yaş ortalaması vermesi, vücudun yaşlandıkça sağlık hizmetlerine daha gereksinim duyduğu düşünülrse, şaşırtıcı değildir.

Sağlık ocağından yararlananların % 50'si on yıldan uzun süredir buradan yararlanmakta olduklarını belirtmiştir. %42'si ise 5 – 10 yıl arası bir süredir buradan yararlanmakta olduğunu ifade etmiştir. Ankete katılanlardan yalnızca %8'i buradan son dört yıldır ya da daha az süredir yararlanmakta olduğunu ifade etmiştir. Bu yanıtlardan yola çıkılarak, sağlık ocağının kurumsal olarak hizmet verdiği bölge halkının nezdinde kalıcı bir imge bırakmış olduğu belirtilebilir. Diğer yandan sağlık ocaklarından yararlanan yanıtlayıcıların çoğu (%92) sağlık ocaklarının döner sermaye sistemi öncesi ve sonrası halini bilmektedir.



Şekil 6. 6. Sağlık Ocağına Gelenlerin Sigortalama Biçimi.

Sağlık ocağına gelenlerin %37'si Emekli Sandığına tabidir, %33'ü yeşil kart ile sigorta kapsamındadır, %22'si SSK'den sigortalıdır.

Sağlık ocağına gelenlerin %50'si hasta olduğu için, %31'i bir yakınına eşlik etmek amacıyla, %17'si pansuman, enjeksiyon, kontrol ya da destek amacıyla sağlık ocağına gelmiştir. %2'si ise diğer nedenlerle sağlık ocağına gelmiştir.

6. 2. 2. Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulanmasının Verilen Hizmet Çeşitliliğine ve Hizmet Kalitesine Etkisi

Ankete katılanların %38'i hizmet çeşitliliğinin döner sermaye uygulaması ile birlikte arttığını belirtirken (hatta söz konusu dilim içine dahil edilenlerden %7'lik bölüm¹⁴¹ “çok” olumlu anlanda hizmet çeşitliliği artışı gördüğünü belirtmiştir), %62'si kayda değer bir değişiklik olmadığını görüşündedir. Olumsuz görüş olmaması, döner sermaye uygulamasının vatandaş nezdinde genelde olumlu algılandığı olarak yorumlanabilir.

Katılımcıların %35'i sağlık ocağındaki hizmet çeşitliliğini yetersiz bulurken, %38'i çeşitliliğin artırılması gereğine vurgu yapmıştır. %23.3'lük

¹⁴¹ 4 kişi.

kesim hizmet çeşitliliğini yeterli bulurken, %3.3'lük bir kesim ise hizmet çeşitliliğinin “çok fazla” olduğunu düşünmektedir.

Ankete katılanların %59'u uygulamaya ile hizmet kalitesinin çok olumlu (%28) ya da olumlu (%31) yönde değiştiğini ifade etmişlerdir. %31 ise kayda değer bir değişim olmadığını vurgularken, %10 olumsuz anlamda kalite değişimi olduğunu belirtmiştir. Olumsuz görüş bildirenler aşı, doğum kontrolü, sağlık raporu hazırlanması alanlarındaki olumsuz kalite değişimine özel vurgu yapmıştır.

Yanıt verenlerin %63'ü doktorların verdiği hizmet kalitesinin performansla dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması ile daha olumlu yönde değiştiğini, %5'i değişimin “çok olumlu” olduğunu belirtirken; %30'luk bir bölüm herhangi kayda değer bir değişim gözlemlemediğini ifade etmiş, %1.7 ise (bir kişi) değişimin olumsuz yönde olduğunu söylemiştir.

Yanıt verenlerin %18.3'ü diğer sağlık ocağı görevlilerinin verdiği hizmet kalitesinin çok olumlu anlamda değişiklik gösterdiğini, %62'si ise olumlu yönde değişiklik olduğunu ifade ederken %19.7'lik bölüm herhangi kayda değer bir değişim olmadığını ifade etmiştir. Yanıt verenlerin %52'si hemşirelerin verdiği hizmetlerin “çok olumlu” değiştiğini, %43'ü olumlu yönde değiştiğini %5'i ise kayda değer bir değişim olmadığını düşündüğünü ifade etmiştir.

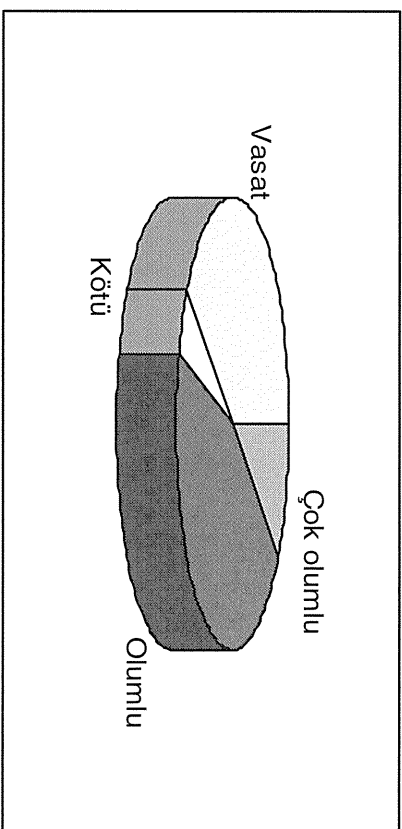
Burada doktorların verdiği hizmet kalitesindeki değişimin, hemşireler ve diğer sağlık ocağı çalışanları ile karşılaştırıldığında daha az olumluya çevrildiği, hemşirelerin ise verdikleri hizmette en fazla kalite iyileşmesi gösteren çalışanlar olduğu söylenebilir.

Yanıt verenlerin %66.7'si, sağlık ocaklarındaki performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının bir sonucu olarak elde edilen gelirden ocakta çalışanlara prim aktarılmasında ayrımında olduğunu ifade etmiştir. Yanıt verenlerin %78.3'ü söz konusu sistemle sağlık hizmetlerinin daha olumlu yönde işleyeceğine ilişkin inancını ifade etmiştir.

6. 2. 3. Sağlık Hizmeti Alanların Hizmet Fiyatlarını Algılayışları

Sorulara yanıt verenlerin %8.3'ü sağlık ocağındaki fiyatları bütçesi için çok uygun bulurken, %37'si uygun bulduğunu belirtmiştir. Sorulara yanıt verenlerin %50'si ise fiyatların uygun olmadığını belirtmiştir¹⁴².

Yanıt verenlerin %43.3'ü sağlık ocağında verilen hizmetlerin tamamının herkes için eşit ve ücretsiz olması gerektiğini belirtirken, %16.7'si bir miktar katkı payı alınması gerektiğini ifade etmiş; %40'lık bir kesim ise hizmetin tamamen ücretsiz olması gerektiğini söylemiştir.



Şekil 6. 7. Döner Sermaye Uygulanmasının Geçerli Olduğu Sağlık Ocağının Genel Durumu Hakkında Hastaların Görüşü.

Katılımcıların %10'u performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulanmasının geçerli olduğu sağlık ocağının genel durumunu “çok olumlu” bulmakta, %44.7'si “olumlu bulmakta”; %40'ı durumun “vasat” olduğunu düşünmekte, %5 ise sağlık ocağının durumunu olumsuz görmektedir.

¹⁴² %5'lik bir bölüm ise bu konuda fikir belirtmemiştir.

6. 3. Araştırma Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Öneriler

6. 3. 1. Araştırma Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Araştırmada çıkan sonuçların bir önceki bölümde de ifade edildiği üzere, gerek sağlık ocağında çalışanlar, gerekse çalışanların verdiği hizmetten yararlananlar performans dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının sağlık ocaklarının verimini olumlu etkilediğini düşündürmektedir. Bu konuda hizmet alanların, hizmeti sağlayanlara göre daha olumlu düşünüyor olması çalışanların döner sermaye hizmeti konusunda daha bilgili ve bilinçli olmasından ötürü bu konuda daha tenkinli yanıt vermesinden kaynaklanmış da olabilir. Her durumda, bu çalışmada, bölüm 5.2.9.'da ifade edilen hipotezlerden ilki:

Ho = Sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması sağlık ocaklarının verimini olumlu yönde etkilemektedir. reddedilmemektedir.

Yine 6.1.'deki sonuçlara bakılarak 5.2.9.'da sunacağı belirtilen hipotezlerden üçü:

Ho = Sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye uygulaması liyakata dayalı ve hastabakıcıların çalışma verimini olumlu yönde etkilemektedir.

Ho = Sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye uygulaması liyakata dayalı ve doktorların çalışma verimini olumlu yönde etkilemektedir.

Ho = Sağlık ocaklarında performans dayalı döner sermaye uygulaması liyakata dayalı ve hemşirelerin çalışma verimini olumlu yönde etkilemektedir.

reddedilmez. Bu üç hipotez de sağlık ocağından sağlık hizmeti alanların verdiği yanıtlarla koşut önermeler içermektedir. Ne var ki, hizmet alanların görüşlerine dikkat edildiğinde hizmet performans ve kalitesinin gelişimi doktorlarda diğer çalışanlarda olduğundan daha az, ebe ve hemşirelerde ise diğer çalışanlarda olduğundan çok daha fazla olduğu ifade edilmektedir.

Yukarıdaki önermelere koşut bir biçimde beşinci hipotez:

Ho = Sağlık ocaklarında performansla dayalı döner sermaye prim sistemini uygulaması hastalara sağlanan hizmetin kalitesini olumlu yönde / artış yönü etkilemektedir.

Bu hizmeti sağlayan tüm öğelerin bir bütün olarak kalite artışı imlenmesi, dahası, sağlık ocagından hizmet sağlayanların aldıkları hizmette genel bir iyileşme bulmalarından ötürü reddedilemez. Aynı biçimde:

Ho = Sağlık ocaklarında performansla dayalı döner sermaye prim sistemini uygulaması, önceki uygulamalara kıyasla çalışanlar için daha tatminkar bir işletim sisteminin önünü açmıştır.

Bu hipotez de, çalışanlara sağlanan performans/maddiyat bağlantılı doyumun hizmet performansını ve niteliğini olumlu yönde etkilediği göz önüne alınarak reddedilmez. Bu çalışmada ele alınan hipotezlerin tamamı, uygulamada görüşleri alınan 50 sağlık ocacı çalışanı ve 60 sağlık ocagından yararlanan kişinin verdiği yanıtlar ışığında reddedilmemiştir.

Araştırma sonuçlarında dikkat çeken diğer yönler ise şöyle özetlenebilir:

Araştırmada doktorların diğer çalışanlara göre prim uygulamasından daha büyük yüzde alıyor olması, doktorlarla diğer sağlık ocacı çalışanları arasında bir rekabet ortamı doğmasına yol açmıştır. Doktorlar dışındaki bir kısım çalışanlar (anketi yanıtlayan çalışanların yaklaşık %15'i) bu uygulamanın motivasyonlarını olumsuz etkilediğini özellikle belirtme gereksinimi duymuşlardır. Bu durum ileride istenmeyen gerginliklerin meydana gelmesine zemin oluşturabilir.

Döner sermaye uygulamasından sağlık müdürleri ve müdür yardımcılarının fazla kazanç sağladığı tespiti yapılmış (%10 oranında yanıtlayıcılarca), aynı zamanda döner sermaye uygulaması ile sağlık ocaklarının ekonomik (%32) ve yönetsel (%26) bakımlardan il sağlık müdürlüklerine daha fazla bağlı kılındıkları ve bunun da merkeze tâbî olunmasını daha mümkün kıldığını anketi yanıtlayan sağlık ocacı çalışanları ifade etmişlerdir.

Döner sermaye uygulaması sağlık ocağının çağdaş donanımıyla, özellikle de bilgi-işlem aygıtlarıyla donatılabilmesini daha olanaklı kılmıştır.

Gerek sağlık ocağından sağlık hizmeti alanlar, gerek burada sağlık hizmeti verenlerin tekil muhatabı artık devlet değil aynı zamanda birbirleridir. Yani doktorlar ve diğer sağlık ocağı çalışanları artık hastalardan alınan ödemelerin kendileri için de maddî bir değeri olduğunun ayrırmındadır. Diğer yandan hastalar da verdikleri paranın (ya da onlar için sigortadan sağlanan paranın) bir bölümünün sağlık ocağı çalışanlarına doğrudan aktarılmasında olduğunun farkındadır. Bu durum ister istemez hasta – doktor, hasta – hastabakıcı, hasta- ebe ve hasta-hemşire ilişkilerinde farklılaşmaya yol açmıştır. Artık sağlık çalışanları hastaları yalnızca hasta olarak değil, aynı zamanda kâr getiren müşteriler olarak da algılamaktadır. Bundan ötürü her ne kadar hizmet çeşitliliği ve kalitesi döner sermaye uygulaması ile birlikte iyileşmiş de olsa, hastalar artık salt kamusal ya da özel sigorta şemsiyesinden yararlanan bireyler değil, aynı zamanda müşteridir. Bu durumun 1982 anayasasının 57. maddesinde geçen “herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir... 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 vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurulumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” maddesi ile ne denli örtüştüğü tartışmaya açık bir konudur.

Hastalara asıl sağlık hizmetini sağlayan ve sağlık konusunda bilgi ve deneyim donanımı en yüksek düzeyde bulunan doktorların verdiği hizmetin niteliğinin hastalarca – diğer sağlık ocağı çalışanlarına kıyasla - fazla yüksek bulunmaması fakat hemşirelerin hizmet kalitesinin giderek çok olumlu bir biçimde gelişmekte olduğunun düşünülmesi; diğer yandan doktorların aldıkları primlerin diğer çalışanların motivasyonunu olumsuz etkilemekte oluşu doktorların aldıkları eğitim ve buna mukabil aldıkları yüksek maaşın da

etkisiyle sağlık ocaklarında adı konulmamış bir yabancılaşma ve statü zıtlaşması meydana getirmektedir.

6. 3. 2. Öneriler

Sağlık ocaklarında başlatılan performans dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması genel olarak hastalar tarafından da, sağlık çalışanları tarafından da bütünüyle olumsuz ya da olumlu olarak değeriendirilmezken; uygulamanın olumlu yanlarının görelî daha ağır bastığı hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının ifadelerinden çıkarılmıştır. Yine de döner sermaye ödemelerinin özellikle doktorlar lehine orantısız aktarım içerdiği görüşünün ve bu görüşe eşlik edecek benzer eşitlikle ilintili görüşlerin sağlık ocağı işletmelerinde çalışanlar arası huzursuzluğu tetikleme olasılığı mevcuttur.

Çalışmadan çıkarılabilecek bir başka olumsuz algılanması olası durum ise, döner sermaye işletmelerinin tabî olduğu mevzuatın merkezi idareyi ilgili işletmenin yönetimine daha sıkı bağladığı; ekonomik konularda atılacak adımlarla büyük ölçüde ilintili bu merkezi anlayışın, sağlık ocakları yönetiminde olumsuzluklara yol açması da olasılık dışı değildir.

Çalışmanın gözler önüne serdiği noktalardan bir diğeri ise, döner sermaye işletmesi uygulamasının, 1982 anayasasında yer alan herkesin sağlıklı ve eşit bir ortamda yaşama hakkına ilişkin hükümlerin ve sosyal devlet anlayışına muhalif sayılabilecek bir biçimde, sosyal sigortası olmayan bireyleri olumsuz etkileyebileceğidir. Yeşil kart ve benzeri uygulamalarla böylesi bir eğilimin önü alınmak istense de, artık potansiyel olarak vatandaşlar hem hasta, hem de müşteri olarak algılanmaktadır. Bu ise parası olmayacak hastaların sağlık hizmetlerine kolaylıkla erişebilmesini engelleyici sorunlara yol açabilir.

Performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulaması ile sağlık çalışanlarının alacağı ücretlerde meydana gelecek artışlar, belirlî ölçüde döner sermaye işletmesinin sağlayacağı kazanç artışlarına bağlanmıştır. Bu durumda, örneğin ülkede bir ekonomik kriz ortamına girildiğinde, sağlık çalışanlarının uğraması olası kayıplarını karşılayacak bir mekanizma bulunmamaktadır. Devletin, bu konuda çözüm getirici adım atması, olası bir motivasyon

kırılmasını engelleyici olacaktır. Yine döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemelerin, emeklilik dönemindeki maaşa katkıda bulunmaması, emekli olan çalışanın maaşında ciddi oranda değer kaybına yol açabilecektir. Belirtmek gerekir ki, çalışanlar yıllık ve hastalık izinlerinde döner sermayeden ek ödeme alamamaktadır.

Sağlık çalışanlarına yapılacak ek ödemelerle ilgili yürürlükte olan yönergeler gereği gerçekleştirilmekte olan “performans değerlendirilmesi” uygulaması orta erimde olumsuzluklara neden olabilir. Emegün performans göre ücretlendirilmesi, işveren ücret esnekliği ile işgücü maliyetini düşürebilir. Performansa dayalı ücretlendirme ile çalışanların reel çalışma süreleri dışındaki zamanın ücretlendirilememe riski mevcuttur.

Sağlık çalışanlarının maaşlarına gelecek katkı daha çok izlemler (muayene ve tetkikler) ile sağlanacağı için, toplumsal sağlığın korunmasına yönelik koruyucu hizmet uygulamaları arka planda kalmaktadır; bu durum döner sermaye işletmesi için, madet bakımından olumlu gibi görünse de, orta ve uzun erimde toplumsal olumsuzluklara yol açabilecektir. Benzer bir biçimde verilen hizmetin niteliği yerine niceliğinin puanlamada ve performans değerlendirilmesinde temel alınması, sağlık çalışanlarını yabancılaştırıcı yönde rol oynayacaktır. Dolayısı ile günde 40 hastaya verimli ve nitelikli hizmet veren bir hekimin kazanacağı puan, günde üstünlükörü ve kısa sürede 80 hastaya bakacak bir hekiminkinden düşük olacaktır. Bu durumda, çalışanlar zaman içinde doğal olarak nitelikli fakat az sayıda izlem gerçekleştirmek yerine; kısa sürede çok sayıda izlem gerçekleştirmeye çalışacaklar; bu ise genel sağlık kalitesini orta ve uzun erimde olumsuz etkileyecektir.

Buraya kadar dile getirilen olumlu ve olumsuz noktalar ele alındığında, sağlık ocaklarında yürürlükte olan performans dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasında aşağıda belirtilen yönlerde gelişme ve değişim sağlanması olasılıkla olumlu sonuçlar verecektir:

Sağlık ocaklarında herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ve parası da olmayan hastaların tedavisi için alternatif fon oluşturulması yönünde teşvik edici bakanlık uygulamaları yürürlüğe konabilir.

Sağlık ocaklarında doktorlar ve diğer sağlık kurumunu çalışanları arasında olduğu düşünülen puanlama / ücret orantısı adaletsizliğini giderici düzenlemeler yapılabilir.

Hastalardan, tedavi ya da izlem sonrası sağlanacak yazılı geribildirim, sağlık çalışanlarının performans değerlemesinde kullanılabilir. Böylelikle, nicelikle birlikte nitelik de sağlık hizmeti uygulamalarında değerlendirme kapsamına alınabilmiş olur.

Sağlık ocaklarının yönetimi ekonomik anlamda biraz da bu işletmelerde çalışanları motive edici çehreye kavuşturulabilir. Bunun için merkezi ve güçlü konumdaki ekonomik denetim ögelerinin değiştirilmesi ya da hafifletilmesi yararlı olabilir.

Sağlık çalışanları arasında oluşması olası performans değerlendirme rekabeti ve sağlanacak puanların getireceği olası yabancılaşma, kurumsal kültürün yerleştirilmesi ve kuruma çalışan bireyler arası iletişimin daha sağlam temellere oturtulması yönünde geliştirilebilir. Bu yönde bakanlığın alacağı toplumsallaşma ve dayanışma uygulamaları güçlendirici ve özendirici yaklaşımlar etkili olabilir.

Sağlık ocağı çalışanları ve sağlık ocaklarından yararlanan yurttaşlar, buralarda sağlanmakta olan hizmetin sonuçta bir kamu hizmeti olduğu ve sağlığın birçok başka hizmet ya da meta gibi vazgeçilebilir bir öge olmadığı yönünde bilinçlendirilmeli ve çalışanlardan ya da hastalardan kaynaklanabilecek olumsuz girişimlerin söz konusu bilinçlendirme çabası paralelinde önüne geçilmelidir.

Sağlık ocaklarında performansa dayalı döner sermaye prim sistemi uygulamasının sağlık çalışanlarına, sağlık hizmetinden yararlanan yurttaşlara ve bir bütün olarak Türkiye’ye sağladığı yararlar ve bu yararların daha verimli kılınabilmesi için yeni bilimsel çalışmalar yapılması ve bu çalışmaların yürütme erkinde yer alan bürokratlarca ciddiyeyle değerlendirilmesi, elbette tüm ülke vatandaşlarının yararına olacaktır.

KAYNAKÇA

Kitaplar:

- AKDUR, R., “Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu” Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, Ankara, 2003.
- ALAGÖZ, A., **Kamu Döner Sermaye İşletmeleri**, DSİ: Matbaası, Ankara, 1982.
- AVCI, A., **Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı**, Melisa Matbaacılık, İstanbul, 1997.
- BULUTOĞLU, K., KURTULUŞ, E., **Bütçe ve Kamu Harcamaları**, Kent Basımevi, İstanbul, 1981.
- COŞKUN, G., **Devlet Bütçesi**, Turhan Kitabevi, Ankara, 1991.
- DALLI, M., **Hastanelerde Döner Sermaye Uygulaması ve Yönetime Etkileri**, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1992.
- ERGÜR, H., **Türkiye’de Kamu Döner Sermaye İşletmeleri Uygulaması: (Kuruluşu, Kamu Ekonomisindeki Yeri, Devlet Bütçesi İle İlişkileri Açısından)**, Sevinç Matbaası, Ankara, 1987.
- Genel Ekonomi Ansiklopedisi, İstanbul, Milliyet Yayınları, 1988.
- GÜLERYÜZ, İ., ALTINYOLLAR, H., **Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Sağlık Personeli İçin Temel Mevzuat**, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını Ankara, 2002.
- KAVUNCUBAŞI, Ş., **Ekip Çalışması ve TKY Açısından Önemi - Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Ed. Çoruh Mithat, Ankara, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1998
- KOÇEL, T., **İşletme Yöneticiliği**, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayın No: 2998, 1982.
- KONGAR, B., “Sağlık Sigortaları”, Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı, Ankara, 1989.
- KURTULUŞ, K., (1991) **Pazarlama Araştırmaları**, İstanbul, Avcıol Basım, 1998.
- ORHANER, E., **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası**, Gazi Kitabevi, Ankara, 2000.
- PÜSKÜLLÜOĞLU, A., **Türkçe Sözlük**, Yapı Kredi Yayınları, 1995.
- SARGUTAN, A. E., **Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi**, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993.
- SUNAR, E., **TC 1982 Anayasası**, Say Yayınları, İstanbul, 2002.

- ŞAHİN, Ü., **Hastane İşletmeciliğinde Kalite**, Eskişehir, 1999.
- TOKOL, T., **Pazarlama Araştırması**, Vipaş.A.Ş. Bursa, 1998.
- TURANLI, M., ve GÜRİŞ, S., **Temel İstatistik**, Der Yayınevi, İstanbul, 2000.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılı 2001**, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2002.

Makaleler:

- ALAIN, L., “The Future of European Health Policy”, **Eurohealth**, C 4, S. 5, Kış:1-2, 1998.
- ÇATALCA, H., “Türkiye’deki Özel ve Kamu Hastanelerinin İstatistik Kullanımına İlişkin Karşılaştırmalı Bir Araştırma”, **Modern Hastane Yönetimi**, C.2, S.4, Mayıs 1998.
- KARAARSLAN, E., “Kamu Kesimi Eğitim Harcamalarının Analizi”, **Maliye Dergisi**, 149. sayı, Mayıs – Aralık 2005.
- ORHANER, E., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı: 1, 2006.
- POLLOCK, A., “Bad Medicine: National Health Care System in Great Britain”, **New Internationalist Magazine**, Nisan 2003.
- ROLLINS, G., “Becoming the Provider of Choice: Achieving a Balance Payer Mix through Wise Investments and Efficient Operations”. **Safety Net**, Kış, 2002, c.16, no:3.
[http://www.naph.org/Template.cfm?Section=The_Safety_Net_Archive&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=2404,\(17.06.2006\).](http://www.naph.org/Template.cfm?Section=The_Safety_Net_Archive&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=2404,(17.06.2006).)
- SIMPSON, J, “Doktorlar ve Yönetim Sıkıntı Nedeni?” **Toplum ve Hekim**, C.12, S.80, Temmuz-Ağustos 1997.
- Tıp Dünyası Dergisi, “**Sağlıkta Özelleştirmede Yeni Adım**”, 1 Mart 2003 Sayısı.
- YUMUŞAK, İ. G. ve AYDIN, M., “Bilgi Kamusal Bir Mal mıdır?”, **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, S. 10 2005 / 2.

İnternet Kaynakları:

- AKTAN, C. C., (2005), “**Ekonomik Regülasyonların Rasyonelliği: Piyasa Başarısızlığı,**” <http://www.canaktan.org/ekonomi/regulasyon/piyasa-basarisiz.htm> ., (16.07.2006).
- AMERICAN FEDERATION OF STATE, COUNTY & MUNICIPAL EMPLOYEES, “**The Rise of for-Profit Organizations**” <http://www.afscme.org/unanurse05.htm> (17.07.2006).
- Avustralya Hükümeti, Sağlık ve Yaşlanma Bölümü, **Faaliyet Raporları**, <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-ahca-sooph-where.htm> (23.06.2006).
- BILGEL, N., “**Bir Sağlık Hizmet Modeli Olarak Aile Hekimliği**” Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı web sayfası, <http://www20.uludag.edu.tr/~nazan/ders2.html>, (12.08.2006).
- BRACIK, E., “**Is the NHS Falling Apart?** British Council in Poland.” http://elt.britcoun.org/pl/h_nhs.htm, (27.06.2006).
- COUFINNAL, A., “**The French Health Car System: A Brief Overview**”, <http://www.irdes.fr/english/wp/pwg.pdf>, (27.06.2006).
- CORRELL, D., “**AMA address-Public Hospitals and alternatives to acute care**”. <http://www.cota.org.au/AMASpeech.htm> (28.07.2006).
- FİŞEK, N., “**Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları.**” http://www.tb.org.tr/n_fisek/kitap_1/27.html, (10.08.2006).
- GORTON, E., “**Britain: Cash for Beds Scandal in National Health Service**”. World Socialist Web Sites. 17 Ocak 2002. http://www.wsws.org/articles/2002/jan2002/nhs-j17_pjn.shtml (18.06.2006).
- CAN, N., “**Avrupa Birliği İle Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu**”, <http://www.un.org.tr/who/EU/bul6avbirsaglik.htm>, (23.07.2006).
- HAYRAN, O., “**Sağlık Hizmetlerinde Yönetim: Hekimler mi? Profesyonel Yönetici mi?**”, Management - Education - Research - Informatics for Health, <http://www.merih.net/ml/wosmhay21.htm>, (24.07.2006).
- KIZMAZ, Ş., “**Hastane Yönetiminde Modern Yöntemler**”, Hastane Dergisi, Sayı 16, <http://www.hastanedergisi.com/sayil6/kapak.asp>, (01.08.2006).
- MCAULEY, I., “**Funding Health Care-taxes, insurance or markets?**” Paper for Health Insurance Summit, Sydney. 12-13 Temmuz 2003. <http://resources.dnt.canberra.edu.au/imcauley/confs/hcconf.pdf> (23.07.2006).
- MOYLAN, C., “**Managing car efor Uninsured Patients**”, Temmuz2005, <http://www.naph.org/Template.cfm?Section=Home&Template>

=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=5582, (23.06.2006).

NATIONAL ASSOCIATION OF PUBLIC HOSPITALS AND HEALTH SYSTEMS, “**The History of NASH**”,

http://www.naph.org/Content/NavigationMenu/About_NAPH/History/History.htm, (11.06.2006).

STOLZENBERG, E., “A Governance Change for Public Hospitals” www.ache.org/membership/AdvtoFellow/CASERPTS/governance99.cfm, (12.08.2006).

ŞAHİN, Ü., “**Hastane İşletmeciliğinde ISO 9000 Kalite Güvence Belgesi ve Kalite Kavramı**”, <http://www.merih.net/ml/wusah03.htm>, (12.07.2006).

ŞAHİN, Ü., **Hastane Yönetimi**, <http://www.stratejiyonetim.net/unitsahn36.htm>, (23.07.2006).

TOKER F.ve ŞAHİN, Ü., **Toplam Kalite Yönetimi’nde Yöneticinin Rolü**, <http://www.sitetky.com/frameset/ky/tkymain19.htm>, (21.07.2006).

Türk Tabipler Birliği, **10 Soruda 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**, <http://www.ttb.org.tr/web/224.html>, (23.07.2006).

T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **Sağlık İstatistikleri 2001**, <http://www.saglik.gov.tr/extra/istatistikler/temel2001/69-70.htm>, (16.07.2006).

T. C. Sağlık Bakanlığı, **Hastane Yönetimi Uygulamaları ve Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları Bölgesel Eğitim Toplantıları**, www.saglik.gov.tr/sb/, (21.06.2006).

ÜSTÜNEL, A., **İngiliz ve Amerikan Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması**, <http://www.merih.net/ml/wazust21.htm>, (10.08.2006).

VAKNİN, S., **The Sickly State of Public Hospitals**, www.zmag.org/interactive/content/display_item.cfm?itemID=5447 (02.08.2006).

Resmî Yönetmelikler:

Resmî Gazete

9/1/1961 tarihli 10702 sayılı.

18/3/1976 tarihli 16249 sayılı.

27/6/1983 tarihli 19906 sayılı.

05/07/1983 tarihli ve 18098 sayılı.

23/1/2001 tarihli 24296 sayılı.

27/04/2005 tarihli 25798 sayılı.

11/2/2006 tarihli 26077 sayılı.

T.C. Başbakanlık, Başbakanlık Teftiş Kurulu Yönetmeliği, Ankara, 2006.

T. C. Sağlık Bakanlığı “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Hakkında Genelge”, Sayı: 7681, 16.07.1997.

Raporlar:

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Çalışma Yılı”ı”, Ankara, 2001.

TÜBİTAK, “Teknoloji Öngörü Raporu, Vizyon 2023 Sağlık ve İlaç Panel, Ön Rapor”, Ankara T. C. Sağlık Bakanlığı “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Hakkında Genelge”, Sayı: 7681, 16.07.1997.

T.C. Sağlık Bakanlığı, “Kurumsal Değerlendirme Hastane Akreditasyon Sistemi Sonuç Raporu”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 12 Nisan 2004.

T.C. Sağlık Bakanlığı “Yayınliğı ve Verimliliğı Geliştirmek amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar”, Ankara, 2002, Rapor no: 24358-TU, Birinci Cilt, 2003.

Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu”, <http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9512/4.htm> (11.07.2006).

TÜBİTAK, “Sağlık Sektörünün Mevcut Durumu”, “

TÜBİTAK, Teknoloji Öngörü Raporu, Vizyon 2023 Sağlık ve İlaç Panel,Ek:22”, 2003.

Devlet Planlama Teşkilatı, “2006 Yılı Programı”, Ankara, 2005.

Devlet Planlama Teşkilatı, “Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar Raporu”, 17 Ekim 2004, Ankara.

Tezler:

- TOKER, F., “Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yönetim Eğitimi İhtiyacı-
Kocaeli Örneği”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi,
İstanbul, 2000.
- DALLI, M., “Hastanelerde Döner Sermaye Uygulanması ve Yönetimine
Etkileri”, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1992.
- ÖZDEMİR, H., Döner Sermaye İşletmelerinin Kamu Bütçesi İçindeki Yeri,
Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1992.

Eklr:**Ek 1: Sağlık Ocağı alışanları Anket Formu.**

- 1) Sağlık ocağındaki göreviniz/mesleğiniz:
- 2) Eğitim durumunuz:
- 3) Yaşınız:
- 4) Cinsiyetiniz: O Erkek O Kadın
- 5) Kaç yıldır bu Sağlık Ocağında hizmet veriyorsunuz?
 O 0-4
 O 5-10
 O 10 yıldan fazla
- 6) Döner sermaye uygulaması başladıktan sonra sağlık ocağınıza gelen hasta sayısı ne yönde değişti?
 O Arttı
 O Azaldı
 O Değişmedi
- 7) Sağlık ocağındaki döner sermaye primi uygulamasının, çalışma veriminizi, azminizi artırdığını düşünüyor musunuz?
 O çok artırdı.
 O Artırdı.
 O Değişim olmadı.
 O Azalttı.
 O çok azalttı.

8) Sağlık ocağındaki döner sermaye primi uygulaması, verdiğiniz sağlık hizmeti verimini (birim zamanında bakılan hasta sayısı bakımından) ne yönde değiştirdi?

O Çok olumlu.

O Olumlu.

O Değişim olmadı.

O Olumsuz.

O Çok olumsuz.

9) Sağlık ocağındaki döner sermaye primi uygulaması, çalışanların işten aldıkları madî tatmini ne yönde etkiledi?

O Çok olumlu.

O Olumlu.

O Değişim olmadı.

O Olumsuz.

O Çok olumsuz.

10) Sağlık ocağınız herhangi bir ulusal ya da uluslararası akreditasyon derecesine¹⁴³ sahip mi ya da bu yönde bir süreç başlatıldı mı?

O Evet sahip (lütfen akreditasyon kurumunu belirtiniz):

.....

O Evet sahip olma aşamasında (lütfen akreditasyon kurumunu belirtiniz):

.....

O Hayır değil ve bu yönde bir girişim yok.

O Bilgisi yok.

¹⁴³ Örneğin: ISO, EFQM, Baldrige, JHCAO vb.

- 11) Çalıştığınız sağlık ocağının bilgisayar/bilgi işlem donanımı döner sermaye uygulamasından sonra değişti mi? Yantınız “evet”se, değişimin niteliği konusunda bilgi verir misiniz?
- ☐ Evet.
- ☐ Hayır.
- 12) Çalıştığınız sağlık ocağında doktor-hasta ilişkileri, döner sermaye uygulamasına geçildikten sonra değişti mi?
- ☐ Artık hastalara daha yakından ve daha fazla ilgi gösteriliyor.
- ☐ Değişim olmadı.
- ☐ Artık hastalara daha sınırlı ve az ilgi gösteriliyor.
- 13) Çalıştığınız sağlık ocağına başvuran hastalar, verdiğiniz hizmet karşılığı döner sermaye primi alacağınızı biliyorlar mı?
- ☐ Evet.
- ☐ Hayır.
- 14) Çalıştığınız sağlık ocağına başvuran hastaların, döner sermaye uygulamasına yaklaşımı nasıl?
- ☐ Bu uygulamadan hoşnutlar.
- ☐ Bu uygulama onların sağlık ocağına yaklaşımında pek bir değişime neden olmadı.
- ☐ Bu uygulamadan hoşnutsuzlar.
- 15) Meslek gurubunuz için Döner Sermaye Primi dağıtım oranını biliyor musunuz?
- ☐ Evet.
- ☐ Hayır.
- 16) Döner Sermaye Primi dağıtım oranından memnun musunuz?
- ☐ Çok memnunuz
- ☐ Memnunuz

☐ Memnun değilim

☐ Hiç memnun değilim

17) Döner sermaye uygulamasından olumlu etkilenen sağlık ocağı birini oldu mu, olduysa belirtiniz?

☐ Tıbbi Sekreterler.

☐ Doktorlar.

☐ Hizmetliler.

☐ Hemşireler ve Sağlık Memurları.

☐ Diğer: (Lütfen belirtiniz)

Yukarıdaki etkinin nedenini kısaca belirtir misiniz:.....

.....

18) Döner sermaye uygulamasından olumsuz etkilenen sağlık ocağı birini oldu mu, olduysa belirtiniz?

☐ Tıbbi Sekreterler.

☐ Doktorlar.

☐ Hizmetliler.

☐ Hemşireler ve Sağlık Memurları.

☐ Diğer: (Lütfen belirtiniz)

Yukarıdaki etkinin nedenini kısaca belirtir misiniz:.....

19) Döner sermaye uygulaması sağlık ocağı çalışanları arasında çeşitli rekabet çatışmalarına yol açtı mı?

☐ Evet.

☐ Hayır.

☐ Fikri yok.

20) Döner sermaye uygulaması sağlık ocağınız ile ocağınızın bağlı bulunduğu İl Sağlık Müdürlüğü arasındaki ilişkiyi ne yönde etkiledi? (Birden fazla sık işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Sağlık ocağı yönetsel bakımdan daha özerk bir çehreye kavuştu.
- ☐ Sağlık ocağı ekonomik bakımdan daha özerk bir çehreye kavuştu.
- ☐ Herhangi kayda değer bir değişme olmadı.
- ☐ Sağlık ocağı yönetsel bakımdan merkezi yönetime daha bağımlı kılındı.
- ☐ Sağlık ocağı ekonomik bakımdan merkezi yönetime daha bağımlı kılındı.

21) Döner sermaye uygulaması sonrasında sağlık ocağının mutlak harcamaları ne yönde değişti?

- ☐ Artış yönünde değişim oldu.
- ☐ Azalış yönünde değişim oldu.
- ☐ Herhangi bir değişme olmadı.

Ek 2: Hasta Anket Formu

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz: O Erkek O Kadın
- 3) Kaç yıldır bu Sağlık Ocağındaki hizmetlerden yararlanıyorsunuz?
 O 0-4
 O 5-10
 O 10 yıldan fazla
- 4) Sağlık Ocaklarında döner sermaye uygulaması yapılması, verilen hizmet çeşitliliğini ne yönde artırdı?
 O Çok olumlu.
 O Olumlu.
 O Değişim olmadı.
 O Olumsuz.
 O Çok olumsuz.
- 5) Sağlık Ocaklarında döner sermaye uygulaması yapılması, aldığınız hizmet kalitesini ne yönde değiştirdi?
 O Çok olumlu.
 O Olumlu.
 O Değişim olmadı.
 O Olumsuz.
 O Çok olumsuz.
- 6) Sağlık ocağına hangi amaçla geldiniz:
 O Hasta olduğum için.
 O Hasta yakını olduğum için.
 O Pansuman / enjeksiyon / kontrol / destek için.
 O Diğer.

- 7) **Herhangi bir sosyal güvenlik uygulamasından yararlanıyor musunuz?**
- O Emekli Sandığı, BAĞKUR, SSK v. b.
- O Yeşil kart.
- O Özel sigorta.
- O Hayır, herhangi bir sosyal güvenlik uygulamasına dahil değilim.
- 8) **Sağlık ocağındaki fiyatlandırma sistemini bütçeniz için uygun buluyor musunuz?**
- O Evet, büyük ölçüde.
- O Evet, bir miktar.
- O Hayır.
- O Fikri yok.
- 9) **Sağlık ocağındaki döner sermaye uygulamasının, aldığınız sağlık hizmeti kalitesi bakımından olumlu olduğunu düşünüyor musunuz?**
- O Evet, büyük ölçüde
- O Evet, bir miktar.
- O Hayır.
- O Fikri yok.
- 10) **Sağlık ocağındaki doktorların hizmet sunumları hakkındaki düşüncenizi belirtiniz.**
- O Çok olumlu.
- O Olumlu.
- O Yasat.
- O Olumsuz.
- O Çok olumsuz.

11) Sağlık ocağındaki hastabakıcıların/görevlilerin hizmet sunumları hakkındaki düşüncenizi belirtiniz:

- ☐ Çok olumlu.
- ☐ Olumlu.
- ☐ Vasat.
- ☐ Olumsuz.
- ☐ Çok olumsuz.

12) Sağlık ocağındaki hemşirelerin hizmet sunumları hakkındaki düşüncenizi belirtiniz:

- ☐ Çok olumlu.
- ☐ Olumlu.
- ☐ Vasat.
- ☐ Olumsuz.
- ☐ Çok olumsuz.

13) Sağlık ocağının size verdiği hizmet karşılığında, döner sermaye priminin artacağını biliyor musunuz?

- ☐ Evet.
- ☐ Hayır.

14) Aldığınız hizmet karşılığında, döner sermaye geliri artan sağlık ocağının size daha iyi hizmet vereceğini düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet.
- ☐ Hayır.

15) Sağlık Ocağındaki hizmetlerin ne şekilde sunulmasını istersiniz?

- ☐ Herkese eşit ve ücretsiz olmalı.
- ☐ Bir miktar katkı payı alınmalı.
- ☐ Tamamen ücretli olmalı.

16) Sağlık Ocaklarında sunulan hizmet çeşitliliğini yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Yeterli.
☐ Yetersiz.

☐ Hizmet çeşitliliği artırılmalı.

☐ Hizmet çeşitliliği çok fazla.

17) Sağlık ocağının genel durumu hakkındaki düşüncenizi belirtiniz:

- ☐ Çok olumlu.
☐ Olumlu.
☐ Yasat.
☐ Olumsuz.
☐ Çok olumsuz.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı ve Soyadı: Hüseyin Sağlam

Doğum Yeri: Gelendost

Doğum Yılı: 1971

Medeni Hali: Evli

Eğitim Durumu:

Lise: 1985-1989 Çevre Sağlığı Meslek Lisesi

Lisans: 1991-1997 Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi

Yüksek Lisans: SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü

Yabancı Diller:

1. İngilizce ÜDS 42

İş Deneyimi:

1989-1991 Zonguldak Sağlık Müdürlüğü Çevre Sağlığı Teknisyeni

1991-2006 Isparta Sağlık Müdürlüğü Çevre Sağlığı Teknisyeni