

# KAMU HASTANE BİRLİKLERİ: SAĞLIK HİZMETLERİNİN PİYASALAŞTIRILMASINDA BİR İNŞA VE TASFİYE SÜRECİ

Bilge ŞENTÜRK\*

**Öz:** İkinci basamak sağlık hizmetlerinin köklü biçimde dönüşümüne yol açan düzenlemelerden biri olarak Kamu Hastane Birlikleri (KHB), bu çalışmanın temel konusunu oluşturmaktadır. 2011 yılında oluşturulan KHB, 2017 Ağustos ayında yayımlanan 694 Sayılı KHK ile kaldırılmış ve hastanelerde eski yönetim yapısına yeniden dönülmüştür. Bu çalışmada Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun ve buna bağlı birliklerin kapatılmasıyla sonuçlanan yönetsel süreç, son dönemde yaşanan gelişmeler kapsamında yeniden ele alınmakta ve tasfiye sürecine giden yol hem literatürde yer alan çalışmalar hem de Sayıştay Raporları ışığında ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Dünya Bankası hedefleri doğrultusunda, KHB ve döner sermaye işletmeleri yoluyla kısmi bir desentralizasyon oluşturulmuş; giderlerin büyük kısmı döner sermaye bütçelerinden karşılanmaya başlanmış; yeni yönetim kadrolarının oluşması ve taşeronlaşmanın hızlanması ile birlikte esnek istihdam ve performansa dayalı ödemelerle beraber yeni bir ücretlendirme modelinin ağırlık kazanmasına zemin hazırlanmıştır. Birliklerin tasfiyesi, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılma sürecinin tamamlandığı ya da bu süreçten vazgeçildiği anlamına gelmemekte olup hastane birlikleri ile oluşturulmuş yapının yerine konabilecek araçlardan biri olarak şehir hastaneleri, analiz edilmesi gereken yeni bir sistem olarak önemli bazı çalışmalar tarafından ele alınmaya başlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** sağlıkta dönüşüm projesi, kamu hastane birlikleri, sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması

## *Public Hospital Unions: A Construction and Dissolution Process in the Marketization of Health Care Services*

**Abstract:** *Public Hospital Unions (PHUs) as one of the regulations leading radical transformation in the secondary healthcare are the main argument of this study. PHUs were constituted in 2011, but closed in August 2017 by the Decree Law 694 and returned to the old governance structure. In this study, the governance process which is resulted with the abolishment of Public Hospitals Institution of Turkey and its units (PHUs) are tackled again by recent developments. This dissolution process is exposed by the literature and the reports of Chamber of Accounts. In the direction of World Bank targets, a partial decentralisation was achieved by the PHUs and their working capital enterprises. Most of the hospital expenditures started to be covered by the working capitals. The new management positions and subcontracting practices caused flexible employment to be established in time. Also the performance-related payments gained weight in the wage system. The dissolution does not mean that the marketization process has been completed or given up. The "city hospitals" has been started to be discussed in some studies as a new system which is a substitute for the old PHUs.*

**Key words:** *health transformation project, public hospital unions, marketization of the health care services*

## Giriş

Türkiye'de 1980 sonrasında uygulamaya konan ve kamusal alanların hemen hepsinde yaşanan neoliberal reformlar, sağlık sistemini hem anayasal hem de uygulama alanlarında köklü bir dönüşüme sürüklemiştir. 1961 Anayasası'nda bir "devlet ödevi" olarak kabul edilen sağlık hizmetleri sunumu (Madde 49); 1982 Anayasası'nda kamu ve özel sektör tarafından icra edilebilen bir hizmet biçimine dönüşmüş ve devletin ödevi, hizmet sunumunu icra eden kuruluşları düzenlemek ve denetlemek ile sınırlandırılmıştır (Madde 56). Anayasal değişimin altında yatan neoliberal ideoloji, özellikle 1980 sonrasında gelişmekte olan çoğu ülkenin yaşadığı bir dönüşümün de temelini oluşturmaktadır. Türkiye'de ise sağlık

hizmetlerinin niteliği ve örgütlenme yapısının piyasaya uygun hâle getirilmesine (özelleştirmeye) yönelik temellerin, 1986 yılında Dünya Bankası (DB) tarafından yapılan "Türkiye'de Sağlık Sektörü Araştırması" ile atılmaya başlandığı söylenebilir.<sup>1</sup>

DB desteği ile yürütülen proje ve destekler sağlık hizmetlerinde kurumsal yapının geliştirilmesi ve fiziki olanakların güçlendirilmesi yönünde sürmüş; seçilen illerde (Ankara, İstanbul, Muğla, Mardin, Diyarbakır, Sivas, Tokat ve Yozgat) denenmek üzere, il düzeyinde sağlık birimlerinin oluşturularak hizmetlerin desentralizasyonunun sağlanması ve bu birimlerde hizmet kalitesinin artırılması ile birlikte

\*Arş. Gör., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İktisat Bölümü

Geliş Tarihi / Received : 04.07.2018

Kabul Tarihi / Accepted : 24.09.2018

katkı paylarının da yer aldığı kendi kaynaklarıyla yönetilmelerinde sorumluluğun arttırılması planlanmıştır (Savaş, 2012). 1992 yılı SB tarafından yayımlanan "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı"nda "birinci basamak hizmetlerin aile hekimliğine dayandırılması" ve "hastanelerin özerkleştirilmesi" planlanan reformlar olarak öne çıkararak reformların yasal temelleri hızla oluşturulmaya başlanmıştır<sup>2</sup> ve hastanelerin özerkleştirilmesi adına yönetim ilkeleri "işletmecilik"<sup>3</sup> anlayışına göre yeniden belirlenmiştir. 1990'lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri dönemin Sağlık Bakanı Akdağ tarafından dört maddede özetlenmektedir (Akdağ, 2008). Bunlar: (i) *Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması*, (ii) *Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi*, (iii) *Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi*, (iv) *Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulmasıdır*. Ancak 1990'lı yıllarda Sağlık Reformu kapsamında planlanan değişiklikler, Hükümet ve Sağlık Bakanı değişiklikleri ve özellikle 1994 Krizi sonrasında girilen bunalım nedenleriyle hayata geçirilememiş ve sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasında istenilen sonuca ulaşamamıştır. Buna karşılık reformların devamına ilişkin planlar, yeni kurulan hükümet programında açıklanmış<sup>4</sup> ve 2004 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)" olarak sistemli biçimde hayata geçirilmeye başlanmıştır.

SDP kapsamında sağlık hizmetlerinin sunum yapısına ilişkin düzenlemeler, SB'nin yeniden yapılandırılması ve birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri modelinde bir takım değişikliklere gidilmesi üzerinden planlanmıştır. Bu düzenlemeler kapsamında koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin niteliği; sağlık kuruluşlarının fiziksel, yönetsel ve finansal yapıları; genel sağlık politikası belirleyicilerinin sorumluluk alanları; sağlık çalışanlarının istihdamına yönelik özellikler; kısaca sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin tüm faktörler köklü biçimde dönüşüm geçirmektedir.<sup>5</sup> SDP kapsamında özellikle Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısı değiştirilerek "bağlı kuruluşlar" statüsü altında ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devrine hazırlık sağlayan yarı özerk yapılanmalar oluşturulmuştur. Bu bağlı kuruluşlardan biri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı olan Kamu Hastane Birlikleri'dir.

2011 yılında çıkarılan ve SB'nin teşkilat yapısının köklü biçimde dönüştürüldüğü söz konusu 663 sayılı

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK kapsamında oluşturulan Kamu Hastane Birlikleri (KHB), 2017 yılında çıkarılan 694 Sayılı KHK ile kaldırılmıştır. Bu çalışma, KHB'nin, 6 yıllık bir dönemde sağlık hizmetleri sunumu üzerindeki etkilerini ve kuruluş amaçlarını gerçekleştirme sürecini Sayıştay Raporları çerçevesinde incelemeyi amaçlamaktadır. İzleyen bölümde, KHB'nin kurumsallaşma süreci ve sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerine değinilmekte; daha sonra ise Sayıştay raporları çerçevesinde KHB'nin performansı irdelenmektedir.

### **Kamu Hastane Birlikleri'nin kurumsallaşma süreci ve sağlık hizmet sunumu üzerindeki etkileri**

KHB'nin kurumsallaşma ve hazırlık süreci 2002 yılı DB Raporu ve 2003 yılı Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ve Sağlık Kanunu Tasarısı'na dek uzanıyor olsa da, birliklerin temeli, 2007 yılında hazırlanan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" ile atılmış ve tasarıda geçen maddelerin büyük çoğunluğu 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile 2011 yılında kanunlaşmıştır. Böylece SB'ye bağlı ve il düzeyinde sağlık hizmeti veren hastaneler, "Kamu Hastane Birlikleri (KHB)" yapısı altında toplanarak idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmeye başlanmış ve tüm birlikler, SB teşkilatına bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK)'na bağlanmıştır. Böylece TKHK merkez teşkilatı, KHB ise taşra teşkilatı olarak belirlenmiştir.<sup>6</sup>

KHB'nin kuruluş amaçlarını, 2003 yılında oluşturulan öncül taslakta izlemek mümkündür. Buna göre kamu hastanelerinin merkeze bağımlı mevcut yapısından "kurtarılması" ve özerk birer işletme hâline dönüştürülerek "sektörün diğer aktörleri" ile rekabet edebilir bir hâle getirilerek verimliliğin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Hastane yöneticilerinin istihdam ve atanma biçimlerinin ise, performansla bağlanması planlanmıştır. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'nın "genel gerekçe" başlığı altında ise, SDP kapsamında döner sermaye uygulaması ve hizmet satın alımına başlanmış olması sonucunda hastanelerin, "kendi gelirlerini edinme ve bunları hizmet gereklerine göre verimli şekilde kullanma konusundaki kapasitesi"nin geliştiği öne sürülmüştür. Hazırlanan bu zemin sonucunda KHB sistemi ile hastanelerin "madde ve insan gücü anlamında her türlü kaynağı sınırsızca merkezden talep etmeleri"nin önüne geçileceği belirtilmiş ve bu

kaynakların yaratımında hastane birliklerinin sorumluluğu olmaları hedeflenmiştir (TBMM, 2007).

TKHK'nın, kendi bünyesine bağlı sağlık kurumlarını "kaynakların etkili ve verimli kullanılması" suretiyle "işletebilmesi" için, il düzeyinde (81 ilde toplam 91 adet) Kamu Hastaneleri Birlikleri kurulmuştur (Madde 30). Yer alan hükümlere göre birliklerin yönetimi, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Bu teşkilat yapısına göre genel sekreterlik, en üst karar ve yürütme organı iken, birliğe bağlı her bir hastanenin yönetiminden sorumlu olan kişi hastane yöneticisidir. Eski teşkilat yapısında yer alan başhekimlik kadroları ise yeni teşkilat yapısına göre hastane yöneticisi altında yer almaktadır. Genel sekreterlik ve hastane yöneticiliği kadroları, özel sektörde ya da kamu sektöründe iş tecrübesine sahip ve (dört yıllık) üniversite mezunu olma şartıyla beraber sözleşmeli uzman kadroları olarak belirlenmiştir. Söz konusu tecrübe ve üniversite lisans mezuniyet alanının sağlık hizmetleriyle ilgisi olmak zorunda değildir. Yöneticilerin atanma ve görevden alınma süreçleri performansla bağlantılı gibi, bu kişilerin görev ve sorumluluklarından biri de hastaneler birliğini ya da hastaneleri belirli bir performans programına göre yönetmeleridir (Madde 31).

Birliğe bağlı hastanelerin, performans ölçütlerine göre A, B, C, D ve E olarak sınıflandırılması planlanmış ve hastanelerin kurumsal performans değerlendirilmelerinin (tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri), TKHK ya da özel değerlendirme kuruluşları tarafından gerçekleştirilebileceği ifade edilmiştir (Madde 34). Bölgesel düzeydeki hastanelerin oluşturduğu kamu hastane birliklerinin de her birinin performansı, kendilerine bağlı olan hastanelerin ağırlıklı sınıflandırmasına göre belirlenecektir. Sınıflandırmalara göre yeterli performansı sağlayamayan yöneticilerin (birliklerde genel sekreterlerin, hastanelerde hastane yöneticilerinin) işine son verilebilecektir. Bu düzenlemenin kamu sağlık çalışanlarının istihdam biçimini ve hastanelerin finansmanını nasıl etkileyeceği, 663 Sayılı KHK'nın kabulünden önce OECD'nin Türkiye sağlık sistemini ele aldığı raporunda şu şekilde belirtilmektedir (OECD, 2008): "Kanun, bölgesel düzeyde ortak bir hastane birliği oluşturulması imkânını da sunmaktadır. Bu birlik, program planlama, bütçeleme ve uygulamayı ortaklaşa üstlenecek bir hastaneler ağından meydana gelecektir. Pilot hastane birlikleri, sağlık personeli işe alımı ve kaynak tahsisi kararları konusunda daha

fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olacaktır. Hastane çalışanları, artık kamu çalışanı sınıfında olmayacak ve artık sağlık sektöründe ömür boyu istihdam hakkına sahip olmayacaklardır. SB, hizmet kalitesini garanti etmekten ve hastane birliklerinin SB standartlarına uymalarını sağlamaktan sorumlu olacaktır."

Söz konusu raporda, KHB ile birlikte yalnızca yönetici kadrolarının değil; bu birliklere bağlı hastanelerde çalışan sağlık personelinin, esnek ve güvencesiz çalıştırılacağı planlanmıştır. Üstelik personel, birlik içindeki hastaneler arasında geçici ya da zorunlu görev kapsamında yer değiştirilebilecektir. Rapor da belirtildiği üzere, kaynak tahsisinde özerklik ve esneklik sağlanmasıyla beraber, kendilerine bağlı bulunan hastanelerin bütçeleme sorumluluğu birliklere yüklenmektedir. Yine, bu rapor öncesinde hazırlanan Kamu Yönetimi Temel Kanunu tasarısına göre hastanelerin temel gelir kaynağının, verdikleri hizmetlerden elde ettikleri kazançlara bağlı kılınması planlanmıştır (Ünlütürk Ulutaş, 2011). Bu hizmetler karşılığında hastanelerin gelirleri; SGK ödemeleri, özel sigorta şirketlerinin ödemeleri, hastaların cepten ödemeleri, kuruma ait taşınmazların satış, kiralama, eğitim vb. faaliyetler karşılığında elde edilen gelirlerden oluşacaktır. Böylelikle kamusal finansmanın (genel bütçe) önceliğini yitireceği söylenebilir. Buna göre devlet, hastanelere yalnızca "yardım" adı altında gelir aktarabilecektir. Ancak 2011 yılında uygulamaya geçen 663 Sayılı KHK'de birliklerin gelirlerine ilişkin herhangi bir ifadeye yer verilmeyerek hâlen devam etmekte olan dönüşüm sürecinde hükümet, finansman alanında böyle ani bir geçiş yerine, genel bütçeden giderek azalan oranda da olsa aktarım yapmayı tercih etmektedir (Cevahir, 2016).

Hem 663 Sayılı KHK ile kurulan KHB'ler ile hem de söz konusu KHK öncesinde mevcut mevzuat yapısından faydalanarak hastanelerin işletmeleştirilmesi amacıyla yapılan SDP uygulamaları sonucunda sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli değişimler meydana gelmiştir. Öncelikle sosyal güvenlik kurumlarından elde edilen gelirler arttırılarak hastanelerde fiziksel ve teknolojik yenilenme çalışmaları yapılmıştır (Savaş, 2012). Hastane ve hasta yatağı sayısının ve yoğun bakım ünitelerinin arttırılması, acil servis hizmetlerinin geliştirilmesi, yeşil kart sahiplerinin ayaktan tedavilere bağlı ilaçlarının devletçe karşılanması, SSK hastanelerinin SB'ye devriyle beraber SSK'ya bağlı hastaların eczane ve hastane hizmetleri alanındaki olanaklarının genişlemesi gibi sağlık hizmetlerine erişimi arttıran

uygulamalara geçilmiştir. Bu uygulamaların yanında randevu sisteminin düzenlenmesi, bekleme sürelerinin kısaltılması, hekim seçme hakkı, hekimlere tek kişilik poliklinik odaları sağlanması gibi yenilikler hastaların sağlık hizmetlerine olan memnuniyet düzeyini arttırmıştır (SB, 2007). SDP'nin, sağlık hizmetlerini piyasaya uyumlu hâle getirmek üzere tasarıldığı dikkate alındığında, yapılan bu yenilikler sonucunda hastaların birer müşteriye dönüştüğü ve "kurumsal performans" için temel ölçüm kriterlerinden biri hâline getirilmeye çalışıldığı da söylenebilir. Nitekim SB'nin, sistemin performansını ölçen bir kriter olarak "hasta memnuniyeti"ne ciddi ölçüde önem verdiği göze çarpmaktadır.

Hizmet sunumunu etkileyen diğer önemli bir değişken, sağlık personelinin ücretlendirilmesinde performans uygulamasının başlatılmasıdır. Hastanelerdeki tüm işlemlerin kayıt altına alınmasıyla (otomasyonun sağlanmasıyla) beraber çalışanlara, bu işlemlerden kaynaklı performans ödemesi başlatılmış ve Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'nın "genel gerekçe" başlığı altında bu yolla "tam gün" çalışmanın özendirilerek verimliliğin artırıldığı iddia edilmiştir<sup>7</sup>. Tam gün yasası ve performans sistemi ile hekimlerin daha fazla hizmet sunuyor olmalarının yanında hekim sayısı da artış göstermiştir.

Kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi yönündeki tüm girişimlerin, özel sektörün işletmecilik tekniklerine karşılık geldiği açıktır. "Asosyal sağlık" olarak dikkat çekilen bu yeni yapılanma doğrultusunda, hastane yönetimleri tarafından gelirlerin arttırılması ve maliyetlerin düşürülmesi yönündeki uygulamalar hız kazanmıştır (Yavuz, 2015). Öncelikle, kamu hastanelerinin performansa göre sınıflandırılmasının, eşitsizliğinin bir ön kabulü olduğu açıktır (Cevahir, 2016). Çünkü böyle bir durumda verilen hizmetlerin, hastaneler arasındaki rekabete göre farklılaşması sonucunda hastalar, nitelikli hizmet için daha fazla ödeme yapmak ve yoksul hastalar, sınıflandırmaya göre düşük seviyedeki hastanelere başvurmak zorunda kalabilecektir (Balta, 2013; BSB, 2011).

Yöneticilerin, çalışanlara daha fazla sağlık çıktısı üretmeleri yönünde baskı uygulamalarından (hekim başına muayene sayısı, konsültasyon sayısı, hastaneye gelir getirici tetkik ve tedavi ve yatak sayısını arttırma, daha az gelir getiren servislerde yatak sayılarını azaltma, yatış sürelerini azaltma, vb.) endişe duyulduğu ifade edilmiştir (Yavuz, 2012).

Nitekim hastanelerde, çalışanlardan "hasta döngüsü" arttırmaları istenmeye başlanmış ve endişe duyulan tüm etkiler kendini göstermeye başlamıştır. KHB'ye bağlı hastanelerde etkinlik (aynı girdi ile aynı kalitede daha fazla çıktı üretmek ya da aynı kalitede aynı çıktı miktarı için daha az girdi kullanmak) ilkesinin yerine getirilmesi ve performans sisteminde iyi puan yakalanabilmesi adına maliyetlerin düşürülmeye çalışıldığı ancak hasta döngüsünün hızlanması için personele ciddi baskılar yapıldığı ifade edilmektedir (Tükel, 2017). Bu durumun çalışanlar üzerinde hem psikolojik hem de fiziksel tahribata yol açtığı; ayrıca gelir getirici tedaviler üzerinden hastaların gereksiz/aşırı tanı ve tedaviye maruz kaldıklarına dikkat çekilmektedir (Kart, 2013).

Hasta ve çalışan haklarının ihlali anlamına gelen söz konusu etkilerin, aynı zamanda, verimlilik ilkesine ters düşecek bir takım sonuçlar doğuracağı da düşünülmelidir. Bu etkiler sonucunda sağlık çalışanlarının performansları zamanla düşebileceği gibi, gereksiz/aşırı tanı ve tedaviye maruz kalan hastalar ise sağlık sistemine daha fazla mali yük getirebilecektir. Nitekim OECD (2008) raporuna göre Türkiye'de hekime başvuru sayısında ve buna bağlı olarak hekim üretkenliğinde artış yaşansa da, performansa göre ödeme uygulamasının hekimlerin durumunda iyileşmeye yol açmadığı öne sürülmüştür (OECD, 2008). Buna ek olarak personele yapılan ek ödemelerde miktar ve ödeme zamanı bakımından eşitsizlik ve düzensizlik mevcuttur (TTB, 2016). Sağlık çalışanlarının ücretlerinde performans uygulamasının hekimler arasında yarattığı rekabet, iş barışını bozmakta; daha fazla hasta bakmak, tetkik, ameliyat vb. uygulamalara yönelme üzerinden ücretlerde ciddi farklılıklara, muayene sayılarında artışlara ancak hastaya ayrılan muayene sürelerinde kısalmaya yol açmaktadır<sup>8</sup>.

Sağlık hizmetlerinin maddi getiriye göre koşulandığı böyle bir ortamda, hekimlik mesleğinde de bir takım dönüşümler meydana gelmeye başlamıştır. Bunlardan biri, hekimlerin hangi dalda uzmanlaşacağı yönündeki motivasyonudur. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Eyüp GÜMÜŞ'ün yaptığı açıklamaya göre hekimlerin, hasta sağlığı üzerinde riski yüksek olan tıbbi uygulamaların yoğunlaştığı branşlarda uzmanlaşma istekleri azalmaktadır. Örneğin komplikasyona bağlı davalar en fazla kadın doğum ve genel cerrahi branşlarda yoğunlaşmış ve bu alanlarda ataması yapılan uzmanlık öğrencilerinin puanları diğerlerine göre düşme eğilimine girmiştir. Hekimlerin, söz

konusu riskin değerlendirmesini, performans sisteminden alacağı ücrete göre yaptığını belirten müsteşar, uzmanlık dalı seçiminde performansa bağlı ücretlendirmenin de önemli olduğuna dikkat çekmektedir.<sup>9</sup>

### **Kamu Hastaneleri Birlikleri'nin tasfiyesi ve Sayıştay Raporları ışığında bir durum değerlendirmesi**

Uygulamaya geçildikten yaklaşık 6 yıl sonra, 2017 yılı Ağustos ayında çıkarılan 649 Sayılı KHK ile Kamu Hastaneler Birliği Kurumu, "Genel Müdürlük"e çevrilerek "bağlı kuruluş (özerk) statüsünden, SB'ye bağlı merkez teşkilat yapısına yeniden bağlanmıştır. İllerdeki üçlü yapının tek yönetim yapısına indirilmesi olarak ifade edilen bu gelişmeyle İl Sağlık Müdürü, Genel Sekreter ve Halk Sağlığı Müdürlüğü ayrımı kaldırılarak İl Sağlık Müdürlüğü, taşra teşkilatlanmasında başlıca müdürlük olarak belirlenirken; diğer müdürlükler, taşradan çekilerek merkeze bağlanmış ve birim hâline getirilmiştir (**SB, 2017a**). Buna göre KHB'lere ait döner sermaye işletmeleri ve Halk Sağlığı Döner Sermaye İşletmeleri de, İl Sağlık Müdürlüğü döner sermaye işletmesi'ne bağlanmıştır (**SB, 2017b**). İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlüğü ve sağlık tesislerindeki tüm yöneticiler, performansa dayalı sözleşmeyle istihdam edilmeye başlanmıştır (**SB, 2017a**). Söz konusu değişikliğin bir "geri dönüş" olmadığını vurgulayan Sağlık Bakanı Ahmet DEMİRCAN, KHB sisteminde yönetim konusunda yaşanan "çok başlılığın" hastanelerde verimsizliğe yol açtığı açıklamasında bulunmuştur.<sup>10</sup>

Esasında bu yönde bir saptama, Sayıştay'ın 2015 ve 2016 yılı için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nu incelediği raporlarda yer almış ve KHB'ye bağlı hastanelere ait mali kaynakların etkin kullanılmadıkları ifade edilmiştir (**Sayıştay, 2016; Sayıştay, 2017**). Bu saptamayı destekleyecek benzer bulgulara, 2013 yılına ait raporda da rastlanılmaktadır. Söz konusu raporlara göre KHB'ye bağlı hastanelerde özellikle yönetim ve muhasebe işlemlerine yönelik ciddi sorunlara işaret edilmektedir. Bu saptamalardan biri, hastanelerde gerçekleşen girişimsel hizmetlerin, SGK'ya fazladan fatura edildiği ve bu sayede personelin performans ücretlerinin ve kurumun mali performans değerinin mevzuata aykırı biçimde arttırıldığıdır<sup>11</sup>. 2013 yılında bu yolla gerçekleşen işlemler doğrultusunda yaklaşık 7 milyon TL değerinde fazla fatura yaratıldığı belirlenmiştir. Fazladan faturalandırmaya konu olan bir diğer işlem ise aynı dışın birden fazla çekimidir. 2013 yılında, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri'nde 16 bin 49

adet dışın, birden fazla kez çekilmiş olduğu görülmektedir. KHB'nin, fazla faturalandırma işlemlerine yönelik açıklamaları, genellikle MEDULA<sup>12</sup> sisteminden kaynaklanan teknik hatalara ve sisteme bilgi girişi yapan kullanıcıların dikkatsizliklerine işaret etmektedir (**Sayıştay, 2014**).

Fazladan faturalandırma işlemi, kullanılan malzemeler üzerinde de söz konusudur. Aşırı fiyatlandırma yapılarak düşük fiyatlı malzemelerin, çok yüksek fiyattan fatura edildiği ve bu yolla yaklaşık 15,5 milyon TL değerinde fark yaratıldığı saptanmıştır<sup>13</sup>. SUT'da belirtilen muayene sürelerine göre hesaplandığında, bir hekimin mesai saatleri arasında bakabileceği hasta sayısı sınırlıdır. Örneğin bir psikiyatr hekiminin, bireysel psikoterapi işlemi için hasta başına 30 dakika ayırması gerekmektedir. Bu koşulda günde sekiz saat çalışan bir hekimin en fazla 16 adet bireysel psikoterapi yapabileceğini belirten Sayıştay (2014)'a göre bazı kamu hastanelerinde söz konusu işlem sayısının bir hekim için 114'e kadar çıkabildiği tespit edilmiştir. Tüm kamu hastanelerinde yalnızca bu işlem için yaratılan fazladan fatura değeri 467.390 TL'dir.

Mevzuat dışı uygulamalara özellikle dışarıdan hizmet alımı için yapılan ihalelerde rastlanmaktadır. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4 üncü maddesi uyarınca; kamu hizmetlerinde istihdam edilen kadrolar "memurlar, sözleşmeli personel, geçici personel ve işçiler"den oluşmaktadır. Ancak satın alma, tahakkuk, faturalandırma ve yaklaşık maliyet hazırlama gibi yönetim alanını oluşturan önemli birimlerde taşeron firma emekçilerinin istihdam edildiği saptanmıştır. Bu durumu, kamu kurumlarında insan kaynağı alanında yaşanan sıkıntılara dayandıran Sayıştay raporunda, söz konusu birimlerde çalıştırılan taşeron işçilerin mutlaka bir kamu görevlisi tarafından gözetim ve denetim altında olması gerektiği belirtilmektedir. Raporda belirtildiği üzere personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alım ihalelerinde, taşeron firmaya sağlanabilecek kâr oranı %5'i geçmemelidir. Ancak söz konusu ihalelerde mevzuata uyulmaması sonucunda taşeron firmaya aktarılacak kâr oranı artmaktadır. İhale kapsamında istihdam edilen işçilere asgari ücret verileceği öngörülmesine rağmen, ücretlendirmeden kaynaklanan yaklaşık maliyetin, asgari ücretin % 10 artırımlı tutarı üzerinden; yol bedelinden kaynaklanan yaklaşık maliyetin 22 gün yerine 26 gün üzerinden; yüklenici (firma) karından kaynaklanan maliyetin, %5 yerine %6,5 üzerinden hesaplandığı tespit edilmiştir. Ayrıca taşeron haricinde kurum tarafından çalıştırılan işçilerin 2015

ve 2016 yıllarında kıdem tazminatlarında yanlış hesaplamalar mevcuttur. Taşeron firma dışındaki hastanelerin kendi personeline verilen ek ödemelerde de (nöbet, ev nöbeti, bayramlarda tutulan nöbet ücretleri vb.) hastaneler arasında uygulama ve tutar farklılıklarına rastlanılmaktadır (**Sayıştay, 2017**).

Temizlik, güvenlik ve yemek hizmeti gibi hizmet alım ihalelerinin "açık ihale" ya da "pazarlık usulü" ile yapılması gerekirken, doğrudan temin yöntemleriyle gerçekleştirildiği ve bunun sonucunda saydamlık, ihtiyaçların uygun şartlarla ve zamanında karşılanması ve kaynakların verimli kullanılması ilkelere ihlal edildiği belirtilmektedir. Üstelik, ihalelerin KHB Genel Sekreterlik kapsamında merkezi olarak yapılmaması, verimlilik ilkesine ters düşen temel sorunlardan bir diğeridir. 663 sayılı KHK'yla il düzeyinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinin yönetimi, kamu hastane birliği çatısı altında birleştirilmesiyle ölçek ekonomisinin getirdiği avantajlardan ve yönetsel etkililikten yararlanılmaya çalışıldığını belirten Sayıştay (2017) raporunda, genel sekterliğe ait satın alma ve ihale yapma yetkisinin hastanelere devredildiği ve böylece ihtiyaç duyulan mal ve hizmetlerin satın alım ve ihale süreçlerinin büyük kısmının hastaneler tarafından ayrı ayrı (hastane düzeyinde) gerçekleştirildiği saptanmıştır. Daha fazla miktarda mal ve hizmet alabilecek ve bu sayede fiyatları düşürebilecek olan merkezi yönetim sisteminin yetki devri sonucunda her hastanenin daha yüksek fiyattan mal ve hizmet alması, her defasında her hastane için ayrı ilan verilmesi<sup>14</sup>, uzman personel tarafından hazırlanmayan alım ve ihale süreçlerinde yapılan hataların idari giderleri ve riski arttırması gibi maliyet artışına ve gecikmelere neden olunmuştur (**Sayıştay, 2017**).<sup>15</sup>

KHB'ye bağlı hastaneler, stokta buldukları fazladan ilaç ve tıbbi malzemeyi kayıtlarda belirtmek ve diğer hastanelerin ihtiyaç duyup talep etmesi hâlinde bu malzemelerin devrinden sorumludur. 2016 yılının denetlendiği Sayıştay raporunda önemli görülen sorunlardan biri, hastanelerde malzeme kayıt sistemlerindeki rakamsal tutarsızlıklardır. Yıllık ihtiyaç miktarları hastaneler tarafından aşırı düzeyde belirlenmektedir. Bazı durumlarda azami stok miktarının, ortalama çıkış miktarından 50, 100, 500 kat fazla olduğu saptanmıştır. Azami ve ortalama miktarlarda görülen %10'luk farkın dahi riskli olduğunu kabul eden malzeme yönetim sistemine rağmen bu duruma yol açan temel neden, Sayıştay'a göre, hastanelerin, azami

stok miktarlarını düşük göstererek depolarda fazla ilaç ve tıbbi malzeme olmadığı yönünde KHB sistemini yanıltmak istemeleridir. Çünkü hastaneler kısa vadede ihtiyaç duyacağı malzemeyi ellerinde tutmak istemekte, yeni bir ihale ya da alım süreci ile zaman kaybetmekten kaçınmaktadır.

Hastalardan alınan katılım paylarının önemli bir kısmının SGK'ya tahsil edilmediğini saptayan Sayıştay incelemesinde 2013 yılında hastanelerce toplanan katılım paylarının tutarının 93.252.217,79 TL olduğu ve bu tutarın yaklaşık %17'sinin SGK'ya tahsil edilmediği belirtilmektedir. Ağız ve Diş Sağlığı hizmetleri için belirlenen katılım paylarının, diğer hizmetlere göre yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu hizmeti veren kuruluşlar aracılığıyla toplanan tutarların beklenenden oldukça düşük olduğu, saptanan diğer hususlar arasındadır. Bu durum Sayıştay tarafından, söz konusu kuruluşların, katılım payları gerektiren işlemleri muhasebe sistemlerine hiç işlemediği ya da düşük tutarlar üzerinden işlediği ile açıklanmaktadır (**Sayıştay, 2014**).

2016 yılına ait rapora göre önemli bir kaynak israfı Ankara'da yaşanmış olup Mamak Belediyesi'ne ait bir arazi üzerine Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından Devlet Planlama Teşkilatı'na ait bir proje kapsamında, sözleşme bedeli 7.029.000,00 TL olan tıbbi bir merkez inşa edilmesidir.<sup>16</sup> Ancak inşaata konu olan arazi, esasında üzerine üniversite kurmak için bir vakıf tarafından belediyeden 25 yıllığına bedelsiz olarak tahsil edilmiş durumdadır. Vakfın kullanımındaki bu arazi üzerinde kamu kaynaklarıyla inşa edilen sağlık merkezi, 25 yıl boyunca vakfın kullanımına tahsis edilmiş olmaktadır. Sağlık merkezi, 25 yılın sonunda bedelsiz biçimde belediyenin mülkiyeti hâline gelse de, yapılacak yeni bir anlaşma ile vakfın kullanımına geçmesi açısından yasal bir engel oluşturmamaktadır. Özellikle gayrimenkul değerler üzerinden elde edilen gelirlerin yönetimi konusunda eksiklikler bulunmakta; bu alanda kuruma ait alacaklara tutarlı biçimde faiz işletilmemekte, takip ve kayıtları yapılmamaktadır. Bu duruma yol açan temel nedenlerden birinin, yöneticilerin sık aralıklarla değişime uğraması ve bu şekilde kurumsal hafızanın bulanıklaşması olarak ifade edilmiştir. Ayrıca personel sayısında alacak takibi konusunda eğitim eksiklikleri de yönetsel sorunlara yol açmaktadır (**Sayıştay, 2016**).

Sayıştay raporlarında ifade edilen söz konusu yönetsel aksaklıklar ve mevzuata aykırı uygulamalar

sonucunda KHB ile sağlanması hedeflenen verimlilik artışının sağlanamadığı, 2013, 2015 ve 2016 yılına ait raporlarda sunulan bütçe analizlerinden de görülebilmektedir. Bu raporlardan hareketle oluşturulan Tablo 1’de, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı döner sermaye işletmelerinin mali yapısına ilişkin bazı göstergeler yer almaktadır. Hastanelere ait döner sermaye gelirlerinin, giderlerden fazla verdiği 2013 yılıyla karşılaştırıldığında, 2015 yılında meydana gelen %0,55 düzeyindeki açığın yanında; 2016 yılında %14 düzeyinde ciddi bir açıkla karşı karşıya kalmıştır.<sup>17</sup> 2016 yılında giderler toplamı, 2013 yılına göre nominal olarak %65; reel olarak %51,2 oranında artmıştır<sup>18</sup>. Reel rakamlara bakıldığında, genel yönetim giderlerinde %-1,68 oranında ufak bir düşüşe karşılık, hizmet üretim giderlerinde %48,9 oranında yüksek bir artış yaşanmıştır. Söz konusu artışın büyük bir kısmını dışarıdan sağlanan fayda ve hizmet giderleri (yemek, tıbbi atık, görüntüleme vb.) oluşturmaktadır.

Sayıştay (2016)’ın, 2015 ve daha önceki yıllar için hastanelere ait döner sermaye işletmeleri üzerine yaptığı incelemeler sonucunda, bu yapıda bir bütçelemenin sürdürülebilirliği ve gerekliliği ciddi biçimde sorgulanmıştır. Döner sermaye ile elde edilen hastane bütçelerinin; uygulama, muhasebat, kontrol ve denetim gibi alanlarda bir takım sorunlar içerdiği ifade edilmiştir. Bu sorunlardan biri, döner sermaye bütçesinin, hastanelere genel bütçeden aktarılan bütçenin yanında ikincil bir kaynak oluşturuyor olmasıdır ve bu koşul altında bütçe yönetmeliğin temel ilkelerinden olan “bütçe birliği”nin sağlanamamasıdır. Döner sermaye bütçesi, genel bütçenin iki katından fazlasına ulaşmıştır. Bu durum, hastane hizmetlerinin ağırlıklı olarak döner sermaye bütçesi ile sürdürülmekte olduğunu, ancak her iki bütçeyle elde edilen kaynakların hangi gider kalemleri için harcanacağı konusunda bir düzenleme olmamasından dolayı “mali saydamlık” ve “hesap verme” sorumlulukları yeterli düzeyde gerçekleştirilememektedir. Söz konusu ikili yapı,

**Tablo 1. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na Bağlı Döner Sermaye İşletmelerinin Mali Yapısına İlişkin Bazı Göstergeler (TL)**

	2013		2015		2016		TL Bazında Reel Değişim (2013-2016)
	TL	Toplam giderler içindeki payı	TL	Toplam giderler içindeki payı	TL	Toplam giderler içindeki payı	
Gelirler toplamı	20.535.446.038	-	23.903.529.603	-	27.192.158.923	-	%21,7
Giderler toplamı	18.944.076.930	-	24.035.113.568	-	31.164.634.533	-	%51,2
Genel yönetim gideri	3.181.641.853	%16,8	3.881.309.391	%16,2	3.403.125.340	%10,9	%-1,68
-Personel giderleri (Personel maaşları ve sözleşmeli yönetici personele ek ödemeler)	1.298.683.994	%6,9	1.575.243.113	%6,6	1.601.031.501	%5,1	%13,3
-Paylar (Hazine, Merkez Bankası, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu vb.)	1.317.124.791	%7	1.560.287.740	%6,5	1.750.367.035	%5,6	%22,2
Hizmet üretim gideri	16.311.586.216	%86	20.153.804.177	%83,9	26.429.147.029	%84,8	%48,9
-Dışarıdan Sağlanan Fayda ve Hizmet Gideri (yemek, tıbbi atık, görüntüleme vb.)	4.828.804.986	%25,5	6.315.008.508	%26,3	8.216.532.968	%26,3	%56,4
-İlk Madde ve Malzeme Giderleri (Medikal, kırtasiye, laboratuvar malzemeleri vb.)	4.259.059.208	%22,5	5.237.771.997	%21,8	6.267.313.177	%20	%35,2
-Ek ödeme giderleri (Sağlık ve diğer tüm personele ek ödemeler)	6.373.753.430	%33,7	7.867.332.530	%32,7	9.019.236.609	%28,9	%30,1

Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı döner sermaye işletmeleri üzerinde 2013, 2015 ve 2016 yıllarına ait denetim raporlarında belirtilen verilerle yazar tarafından düzenlenmiştir. Raporda geçen gider kalemlerinin tümü (amortisman, maaşlar, diğer giderler vb.) tabloya yansıtılmamıştır.

hastane faaliyetlerinin mali yönden izlenebilirliğini kısıtlamaktadır. İzlenebilirlik ölçüsünde yapılan değerlendirmeler sonucunda hastanelerin ciddi ölçüde verimsiz işletildiği kanaatine varılmıştır. Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulması ve döner sermaye işletmeciliği yoluyla kendi kaynakları ile sürdürülebilir hizmet sağlaması planlanan yapı, bu amacı gerçekleştirebilecek yeterliliğe sahip bulunmamış, öz kaynakların dahi "son derece verimsiz" kullanıldığı, giderek artan borç yükü ve zarar oranları ve genel bütçeden aktarım söz konusu iken hastane faaliyetlerini "döndürebilecek" düzeyde bir döner sermaye olmadığı ifade edilmiştir (**Sayıştay, 2016**).

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun, bu kanı karşısında verdiği yanıt ise, Kurum'un yönetim ve muhasebe alanındaki sorumlulukları hariç tutulduğunda, dönüşüm sürecinde olan Türkiye Sağlık Sistemi'nin çıkmazlarını genel hatlarıyla özetler niteliktedir: *"Üretilen hizmetlerin fiyatlarını, GSS kapsamında bulunanlar için kendisinin belirleyemediği; en ucra yerlerde dahi hizmet verme zorunluluğu ve sorumluluğunun bulunduğu; giderlerinin yaklaşık %75'inin ödemede önceliği bulunan sabit giderlerinden oluştuğu; kur, enflasyon, deflatör, tarife, maaş ve ücret artış oranları üzerinde insiyatifi bulunmadığı; ekonomiye yön verenlerce hedeflenen borçlanma tutarları nedeniyle değişken giderlerine yönelik olarak borç vadelerinin uzadığı; Bakanlar Kurulu Kararlarıyla ücretsiz hizmet sunulanların kapsamının her geçen yıl genişlemesi nedeniyle ilave gidere katlandığı; karşılığı tam olarak konulamayan gelir artışları için ek ödeme giderlerinin arttığı; uzun yıllardır SUT fiyatlarındaki durgunluğa rağmen, tahakkuklarını bu fiyatlar üzerinden oluşturmak durumunda kaldığı, coğrafyamızda yaşanan göç krizi nedeniyle milyonlarca geçici koruma altına alınanlara hizmet vermeye başladığı; üst yüklenici olarak değerlendirildiği için kıdem tazminatlarının sorumluluğunu üstlendiği; artan nöbet ücretlerini döner sermaye kaynaklarından karşıladığı; afilyasyonlarla birlikte üniversitelerin gider artırıcı unsurlarına da destek vermeye çalıştığı"* gibi sorunlara dikkat çekilmiştir (**Sayıştay, 2016**).

Buna göre mevcut yapı, hastane yönetimlerini, birer işletme anlayışı çerçevesinde davranmaya zorlamakta ancak verilen hizmetin kamusal niteliği bu anlayış ile bağdaşmamaktadır. Kamusal sağlık hizmetlerinin esas alıcısının SGK olduğu göz önünde bulundurulduğunda, hizmet üreten ve finanse eden kurumların ayrılması noktasında hastanelerin gelir arttırmak, maliyet düşürmek vb. mikro düzeyde uygulamalara başvurmak zorunluluğuyla

beraber, makroekonomik koşullardan da olumsuz etkilendiği anlaşılmaktadır. Bu koşullar altında rekabet, kalite, kâr elde etme vb. ilkelerin etkin olması mümkün olmadığı gibi; Sayıştay tarafından "sosyal yön" olarak ifade edilerek kamusal niteliğine dikkat çekilen sağlık hizmetlerinin zarar ediyor olması örtük olarak kabul edilse dahi, artan zararın öz kaynakları eritiyor olma tehlikesi, Kamu Hastane Birliği uygulamasının sakıncalarını gözler önüne sermiştir.

### Sonuç yerine

Dünya Bankası'nın, Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ni değerlendirdiği "Türkiye Cumhuriyeti'ne Yönelik Dünya Bankası Ülke İşbirliği Stratejisi 2012-2015" raporunda "Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılına kadar yeniden yapılandırılarak sadece sağlık sektöründe liderlik fonksiyonları üzerinde odaklanması; tüm kamu hastanelerinin, kamu hastane birlikleri olarak teşkilatlandırılması ve global bütçeden performans sözleşmelerine göre ödeme yapılması" beklentileri yer almaktaydı. Başka bir deyişle, tamamlanamayan temel proje konuları, SB'nin yeniden yapılandırılması ve hastanelerin mali yönden özleştirilmesi olarak DB'nin gündeminde yer almakta ve bir an önce tamamlanması beklenmekteydi (**DB, 2012**). Ancak bugün, hedefe konan dönüşüm sağlanamamış ve Kamu Hastane Birlikleri, 1990'lı yılların ünlü söylemini hatırlatan bir "kara delik"<sup>19</sup>in içinde kendisiyle beraber kamusal kaynakların ciddi düzeyde kaybına neden olmuştur. Sayıştay raporları ışığında, Kamu Hastane Birlikleri uygulamasıyla hızlanan taşeronlaşma ve performansla bağlı ücretlendirme yoluyla sağlık hizmetlerinin piyasalaştırıldığı ve bu nedenle maliyetlerin daha da arttığı görülmektedir. Girişimsel hizmetlerin ve muayenelerin gereksiz artışının yanında, verilmeyen hizmetlerin de SGK'ya fatura edilmesi, malzemelerin fazladan fatura edilmesi, yanlış ve etkin olmayan ihale uygulamaları gibi maliyet artırıcı faaliyetlerin yanında; gayrimenkullerden elde edilecek gelirler, alacakların takibi vb. konularda süregelen yönetim eksiklikleri dolayısıyla ek gelir yaratımındaki başarısızlıklar da önemli boyutta olmuştur.

2017 yılı Ağustos ayı itibarıyla, kurulmasından yaklaşık 6 yıl sonra Kamu Hastane Birlikleri'nin kaldırılarak hastane yönetim biçimlerinde eski yapıya yeniden döndüğüne tanık olmaktadır. Yerine getirilmesi beklenen hedefler ele alındığında, aslında Kamu Hastane Birlikleri ve döner sermayeleri yoluyla kısmi bir desentralizasyon oluşturulmuş; giderlerin büyük kısmı döner sermaye bütçelerinden



karşılanmaya başlanmış; taşeronlaşmanın hızlanması ile birlikte esnek istihdam ve performansa dayalı ödemelerin ağırlık kazanmasıyla beraber esnek ücretlendirme hedefine doğru yol alınmıştır. Ancak sonuca giden yolda Kamu Hastane Birlikleri, finansal sürdürülemezlik nedeniyle kendini yok eden bir sisteme dönüşmüş ve kamuoyuna hesap verilebilirlik tehlikeye girmiştir.

Hastanelerin piyasaya uygun hâle getirilmesi, uluslararası finans kurumları nezdinde henüz sürecini tamamlamamış bir dönüşüm planı olarak yeni çözüm arayışları doğuracak görünmektedir. Bilindiği üzere Sağlıkta Dönüşüm Projesi, yola çıkış ilkeleri bağlamında yeni bir proje olmamakla beraber, kendi içinde de bir takım dönüşümlere tanık olmakta ancak dayandığı öz itibarıyla sağlık hizmetlerinin kamusal kaynaklar aracılığıyla özelleştirilmesini farklı araçlarla yeniden gündeme getirmeye devam etmektedir. Bu gündemi ise, en güncel hâliyle “şehir hastaneleri” oluşturmaktadır (Yavuz, 2018). Yeni bir Sayıştay raporuna daha konu olan hâliyle Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, şehir hastaneleri özelinde ciddi bir denetime daha tabi tutulmuştur.<sup>20</sup> Henüz kamuoyu ile paylaşılmayan ve TBMM’ye sunulmayan raporun ayrıntıları, Uludağ tarafından hazırlanan ve Cumhuriyet Gazetesi’nde yayınlanan haberde yer bulmuştur (Uludağ, 2018). Raporda yer alan saptamalara göre şehir hastaneleri, var olan düzenlemeler ve kuralsızlıklar ile işleyişine devam ettiği sürece, Kamu Hastane Birlikleri’ne göre çok daha büyük bir kaynak israfına yol açacak görünmektedir.

Kamu Hastane Birlikleri ile karşılaştırıldığında, SB’den daha bağımsız olacağı düşünülen söz konusu kamu-özel ortaklığı sistemi olan şehir hastaneleri, hizmetlerin daha fazla oranda ve kolaylıkla özel sektöre gördürüleceği anlamına gelmektedir. Ticari hizmetlerin tamamen özel sektöre devredilmesi, yapılan sözleşmelerin ticari gizlilik hakkına dayanılarak kamuoyuyla paylaşılmasının önüne geçecek ve böylece kamusal kaynakların özel sektöre aktarımının kolaylaşacağı söylenebilir. Yüksek Planlama Kurulu, şehir hastanelerinin inşasında planlanan yatak sayılarına göre, bölgede mevcut olan diğer hastanelerin yatak sayılarının azaltılması ya da hastanelerin kapatılmasını öngörmektedir (Erbaş, 2017). Mevcut (esasinda şehrin merkezlerinde yer alan) hastanelerin kapatılarak şehir hastanelerine taşınmasıyla beraber sağlık hizmetlerine ulaşım zorlaşacaktır ve bu da acil sağlık hizmetlerinin aksamasına yol açabilecektir.

SDP’nin sağlık hizmetlerini piyasalaştırmasına ve sevk sisteminin yokluğuna bağlı olarak birinci basamak hizmetlerle tedavi edilebilecek nitelikteki başvurular, hastanelerde yoğunlaşmıştır. Ulaşım sorunu nedeniyle bu başvuruların azalabileceği ele alındığında, şehir hastaneleri için verilen %70 doluluk garantisini sağlayabilecek hasta potansiyeline ulaşmak için, hastaları bu hastanelere sevk edecek ya da özendirilecek yeni uygulamalara başvurulması gerekeceği düşünülmektedir. Şehir hastaneleri ile koordineli çalışan semt polikliniklerinin kurulması ve hastaların bu polikliniklerce öncelikli olarak şehir hastanelerine yatışlarının sağlanması ya da GSS’nin kapsadığı özel sağlık hizmetlerinin daraltılması ve bu şekilde GSS kapsamındaki hastaların devlet kurumlarını tercih etmesinin sağlanması, bu konuda önerilen çözümler arasındadır (Songür ve Top, 2018). Semt polikliniklerine benzer bir yapı, Yavuz’un dikkat çektiği ve 64. Hükümet Eylem Planı’nda belirtilen, acil hizmetlerin de dâhil edileceği, birinci ve ikinci basamak tedavilerinin iç içe geçtiği yeni bir sistem olarak “butik hastaneler”in kurulması da planlanan değişiklikler arasındadır (Yavuz, 2017; TBMM, 2016). Bu da aile hekimliği sistemi ile dönüştürülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin, kısa dönemde yeni bir dönüşüme daha girmesi anlamına gelmektedir. Planlanan uygulamalar ve getirilen çözüm önerileri doğrultusunda hem birinci hem de ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yeni bir yapısal dönüşüme konu olacağı görülmekte ancak bu dönüşümün sağlık hizmetlerinde erişim ve hakkaniyet sorununa çözüm getirmekten uzak olduğu düşünülmektedir.

### Dipnotlar

1. Söz konusu araştırma doğrultusunda 1987 yılında Bakanlar Kurulu’na sunulan “3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun Tasarısı”, sağlık kurumlarının tek bir işletme çatısı altında birleştirilmesi (Kamu Hastane Birlikleri gibi), sigorta sistemlerinin tek çatı altında birleştirilmesi (GSS gibi), finansmana ilişkin olarak hizmet kullanımı karşılığında vatandaşlardan “katkı payı” alınması gibi uygulamalar içermekteydi; ancak uygulamaların anayasaya aykırılığı, yeniliklerin yasalaşmasını engellemiştir.
2. 1995 yılında Ankara’da bulunan Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, “Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi” olarak yeniden isimlendirilerek aynı yıl “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”, 22168 Sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır.
3. Atalay (2015:64)’ın belirttiği üzere bu ilkelerin “(i) Katılımcılık ve işletmecilik esaslarına göre sevk ve idare, (ii) Desentralizasyon ve oto kontrol, (iii) Hizmette rekabet,

(iv) Modern tıbbi bilgi, metod ve teknolojinin takibi, (v) Giderlerin, işletme gelirleri ile karşılanması'na bağlı olarak "işletmecilik" anlayışına dayandığı açıktır.

**4.** "Partimiz, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini sosyal devlet anlayışının vazgeçilmez unsurları arasında görür. Sosyal güvenlik şemsiyesi tüm halkı kapsayacak şekilde düzenlenecektir. Devlet herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorundadır. Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi, nitelikli bir toplum için vazgeçilmezdir" (AKP Programı).

**5.** Neoliberal politikalarla gündeme gelen ve devlet kurumlarının verimsizliği üzerine yükselen tartışmalar sonucunda devletin rolünün, kapitalizmin ihtiyaçlarına göre yeniden yapılandırılması, kamusal sağlık hizmetlerinin yapısını da etkilemiştir. Bu doğrultuda merkeziyetçi, bürokratik, hiyerarşik ve katı kurullarla tanımlanan ve bu özellikleriyle eleştirilen mevcut devlet yapısı; etkinlik, verimlilik, performans, kalite, müşteri odaklılık, yönetim vb. ilkelerle bütünleşmiş bir "yeni kamu yönetimi" anlayışına göre yeniden düzenlenmeye başlanmıştır (Erençin ve Yolcu, 2008). Bu değişim "minimal devlet" anlayışının, "etkin devlet" anlayışıyla desteklenmesi anlamına gelmektedir ve böylece devletin küçülmesine dayanan "Birinci Kuşak Yapısal Reformlar" yerine, devletin düzenleyici bir görev üstlenmesine dayanan "İkinci Kuşak Yapısal Reformlar" gündeme getirilmiştir (Ataay, 2007).

**6.** İlgili kararnamenin 29. maddesinde SB'ye bağlı (özerk) kuruluş statüsü verilen TKHK'nin görev ve sorumlulukları şu şekilde belirtilmektedir: Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak, b) Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması maksadıyla Bakanlığa teklifte bulunmak, c) Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistemi için her türlü alt yapıyı kurmak, ç) Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak, d) Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışma yürütmek, e) Hastane hizmetleriyle ilgili yapılacak çalışmalarda gerekli komisyonları kurmak, f) Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek, g) Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idari ve malî hizmetleri yürütmek.

**7.** "Kim hastasını daha çok memnun ediyor ve daha çok hasta celp ediyorsa, kim daha çok muayene yapıyorsa, müdahalede bulunuyorsa, ameliyat yapıyorsa, hasta

takip ediyorsa", o kişinin performansı, yani döner sermayeden aldığı katkı payı daha yüksek olacak ve bu sayede sağlık çalışanları kendi aralarında rekabete teşvik edilecektir (2003 yılında dönemin Sağlık Bakanı "Recep Akdağ'la Sağlıkta Dönüşüm Söyleşi"nden aktaran Elbek (2010)). Ancak 2007 yılında SB tarafından yayınlanan Sağlıkta Performans Yönetimi" adlı yayında, yine dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın önsözünde bu konuyla ilgili olarak "Bu sistemde ödüllendirme, zannedilenin aksine çok hasta görene değil, zamanın, mekânın, kaynağın verimli kullanılmasına ve verilen hizmetlerin kayıt altına alınmasına göre yapılmaktadır. Yani kişinin kendi çalışma ve gayretinin yanında çalıştığı bölümün ve kurumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi esastır" ifadesi yer almaktadır.

**8.** Kart (2013)'in çalışmasında derinlemesine görüşme yapılan hekimlerden birinin açıklaması şu yöndedir: "Bazı hekimlerin çalışma isteğinde bir artma oldu. Ancak burada daha çok hastaya hizmet etme ya da toplumu sağlıklı kılma çabası şeklinde değil. Daha çok hasta bakıp reçete yazıp performans puanı toplama yönünde bir istekten söz ediyorum... Hekimin gözünde, hastayı müşteri, meslektaşını da rakip esnaf algısına büründürüyor..." Bir başka hekim görüşüne göre: "Performans kaliteyi ölçmüyor. Kriterlerin değişmesi gerekir. Çok hasta bakıyorsun ama kaliteli bakılmıyor. Performansla iş hasta memnuniyeti değil müşteri memnuniyeti olmaya başladı. Performans öncesi süreci de hatırlıyorum. Sadece hekimlik yapıyorduk. Performans diye bir amacımız yoktu. Önceliğimiz hastalığı tedavi etme. Koruyucu sağlık hizmetleri ön planda geliyordu. İşin kalitesi düştü... Hasta müşteri konumuna düşürüldü..."

**9.** "... çok komplike işler yapan branşlar, malpraktis korkusu olan branşlarda Tıpta Uzmanlık Sınavı'na girişlerde puanlarda da azalma görüyoruz. Buna karşılık daha az riskli olan branşlarda da puan artışları ve oraya karşı bir aktivite görüyoruz. Burada performansın etkisi de var. "8 lira alacaksam ve daha az riskli olan branş 9 lira alacaksa, niye yüksek riskli bir işle uğraşayım? Daha yüksek ücret alabileceğim veyahut da riskim az olacak olan alanlara gireyim." şeklinde bir trend de oluştu." <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/saglik-bak/tr-saglik-bakanligi-mustesari-malpraktis-sebebiyle-hekimler-riskli-branslardan-uzaklasiyor-2-13-76619.html>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2018.

**10.** <http://www.trthaber.com/haber/gundem/saglik-hizmetlerinde-cok-baslilik-kalkacak-330262.html>, Erişim tarihi: 6 Nisan 2018.

**11.** Bir başka örnek Kahramanmaraş, Aydın, Adıyaman, İstanbul, Mardin illerinde tayini çıkan, ücretsiz izne ayrılan, askere giden ya da istifa eden personelin ilişkisinin hastane bilgi sisteminden kesilmeyerek bir süre daha çalışıyor gösterilerek kendilerine ek ödeme sağlandığı yönündedir.

12. Hastanelerde, hastalara yapılan işlemlerle ilgili her türlü bilgiyi kayıt altına alan dijital sistem.

13. Örneğin "iğne ucu"nun, Türkiye genelinde ortalama fiyatı 1,27 TL olduğu halde adedi 3.240 TL'ye; "Lateks Muayene Eldiveni", Türkiye genelinde ortalama fiyatı 1,54 TL olduğu halde adedi 5.320 TL'ye fatura edilmiştir (Sayıştay, 2014).

14. Örneğin bütçe büyüklüğü açısından beşinci sırada olan İstanbul Beyoğlu KHB bünyesindeki sağlık tesislerinin ilan gideri 1.706.739,86 TL, altıncı sırada olan Ankara 2. Bölge KHB bünyesindeki sağlık tesislerinin ilan gideri 553.418,69 TL olarak gerçekleşmiştir. Bağlı bulunan tesis sayısı arttıkça, her biri için yapılan ilan gideri, masrafları daha çok katlamaktadır.

15. Sayıştay (2017), bu durumu şu şekilde belirtmektedir: Özellikle şartnamelerin hazırlanması aşamasında rekabeti önleyici hükümlere yer verilmesi, özel mevzuat bilgisi gerektiren özellikli mal ve hizmet alım ihalelerinde alt mevzuata aykırı hükümlere yer verilmesi veya ihale sürecinde tekliflerin değerlendirilmesi aşamasında hatalar yapılması neticesinde istekliler Kamu İhale Kurumu'na başvurmakta ve ihale süreci en az iki ay sekteye uğramaktadır. Her sağlık tesisinde ihale mevzuatına hâkim en az bir kişi istihdam etmek çok zor olsa da her genel sekreterlikte en az bir uzman personel istihdamı mümkündür. Bu durumda hata ihtimali düşecek ve ihtiyaçlar çok daha hızlı bir şekilde karşılanacaktır.

16. "Pankreas Adacık Hücre İzolasyon Merkezi" isimli DPT projesi kapsamında yapılmış olan tesis, 19.05.2016 tarihinde Aziz Sancar Araştırma Merkezi adıyla hizmete açılmıştır.

17. Sayıştay Raporları, yalnızca 2013, 2015 ve 2016 yıllarına ait olarak elde edilebilmektedir.

18. 2013 yılından 2016 yılına dek yıllık ortalama enflasyon oranı %8,08 olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2018).

19. Kamu ve özel sektörden tahsil edemediği alacaklara bağlı olarak devlet bütçesi yardımlarıyla ayakta durabilen sosyal güvenlik sistemimiz, dönemin meşhur söylemiyle "kara delik" olarak nitelendirilmekteydi (Balta, 2013:153).

20. Şimdiye kadar dört şehir hastanesi inşa edilmiş olup sözleşmesi tamamlanmış 22 adet proje daha bulunmaktadır. Denetlenen hastaneler Isparta, Mersin, Adana ve Yozgat illerinde yer almaktadır (SB, 2018).

## Kaynaklar

- Akdağ, R.** (2008) *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- AKP Programı 5.4.** (2018) *Sağlık*: [http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum\\_](http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum_), Erişim tarihi: 31 Mart 2018.
- Ataay, F.** (2007) *Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler*, 1. Baskı, Ocak 2007, Deki Yayınevi, Ankara.
- Atalay, A. S.** (2015) *Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu-Özel Ortaklığı*,

*Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa içinde*, G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel, Ö. Birler (Der.), NotaBene Yayınları, 1. Baskı, Ankara ss. 57-83.

**Balta, E.** (2013) *Herkes için Sağlıktan Paran Kadar Sağlığa: Türkiye'de Sağlık Politikalarının Neoliberal Dönüşümü, Praksis: Sayı: 30-31: 147-166.*

**BSB** (2011) *Sağlıkta Dönüşümün Bugünü, Derinleşen Küresel Kriz ve Türkiye'ye Yansımaları: Ücretli Emek ve Sermaye içinde, Bağımsız Sosyal Bilimciler, Yordam Kitap, İstanbul s.183-215.*

**Cevahir, E.** (2016) *Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansımaya Örnekleri*, Kibele Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul, Mart, 2016.

**DB** (2012) *Türkiye Cumhuriyeti'ne Yönelik Dünya Bankası Ülke İşbirliği Stratejisi 2012-2015, Erişim Tarihi 25 Temmuz 2017, <http://siteresources.worldbank.org/TURKEYEXTN/Resources/361711-1209146546290/4937885-1331724092518/TurkishCPS.pdf>.*

**DPT** (1989) *Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu*, Ankara.

**Elbek, O.** (2010) *Performans ve Hekimlik*, *Toplum ve Hekim*, 25 (6): 432-447.

**Erbaş, Ö.** (2017) *Rızayla veya Zorla: Şehir Hastaneleri*, *Toplum ve Hekim*, 32(6): 427-431.

**Erençin, A., Yolcu, V.** (2008) *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetim*, *Memleket, Siyaset Yönetimi*, 3 (6): 118-136.

**Kart, E.** (2013), *Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri, Çalışma ve Toplum Dergisi, Sayı: 2013/ 3 (38), Sayfa 103-140, Erişim Tarihi 15 Nisan 2017, <http://www.calismatoplum.org/sayi38.htm>.*

**OECD** (2008), *Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, OECD ve Dünya Bankası*, 2008.

**Savaş, N.** (2012), *Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Dünya Bankası'nın Ulusal Sağlık Mevzuatımıza Etkisi*, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6 Ekim.

**Sayıştay** (2014) *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2013 Yılı Sayıştay Denetim Raporu*, Erişim tarihi: 3 Mayıs 2018. [https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2013/Genel\\_B%C3%BCt%C3%A7e\\_Kapsam%C4%B1ndaki\\_%20Kamu\\_%C4%B0dareleri/T%C3%9CRK%C4%B0YE%20KAMU%20HASTANELER%C4%B0%20KURUMU.pdf](https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2013/Genel_B%C3%BCt%C3%A7e_Kapsam%C4%B1ndaki_%20Kamu_%C4%B0dareleri/T%C3%9CRK%C4%B0YE%20KAMU%20HASTANELER%C4%B0%20KURUMU.pdf).

**Sayıştay** (2016) *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2015 Yılı Sayıştay Denetim Raporu*, Erişim tarihi: 3 Mayıs 2018, [https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2015/Genel\\_B%C3%BCt%C3%A7e\\_Kapsam%C4%B1ndaki\\_%20Kamu\\_%C4%B0dareleri/T%C3%9CRK%C4%B0YE%20KAMU%20HASTANELER%C4%B0%20KURUMU.pdf](https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2015/Genel_B%C3%BCt%C3%A7e_Kapsam%C4%B1ndaki_%20Kamu_%C4%B0dareleri/T%C3%9CRK%C4%B0YE%20KAMU%20HASTANELER%C4%B0%20KURUMU.pdf).

**Sayıştay (2017)** *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2016 Yılı Sayıştay Denetim Raporu*, Erişim tarihi: 3 Mayıs 2018. [https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2016/Genel\\_B%C3%BCt%C3%A7e\\_Kapsam%C4%B1ndaki\\_%20Kamu\\_%C4%B0dareleri/T%C3%9CRK%C4%B0YE%20KAMU%20HASTANELER%C4%B0%20KURUMU.pdf](https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2016/Genel_B%C3%BCt%C3%A7e_Kapsam%C4%B1ndaki_%20Kamu_%C4%B0dareleri/T%C3%9CRK%C4%B0YE%20KAMU%20HASTANELER%C4%B0%20KURUMU.pdf).

- Songur, C., Top, M.** (2018) Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Nisan 2018, 8(1): 159-186
- SB** (2007) *Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*, SB Yayınları.
- SB** (2017a) 2018 Yılı Plan ve Bütçe Sunumu, , Erişim tarihi: 2 Haziran 2018. [https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/2018\\_Yili\\_Plan\\_Butce\\_Sunumu\\_14\\_11\\_2017.pdf](https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/2018_Yili_Plan_Butce_Sunumu_14_11_2017.pdf).
- SB** (2017b) Döner Sermaye Bütçe ve Muhasebe İşlemleri, Erişim tarihi: 12 Nisan 2018. [https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/dsermaye\\_butce\\_muh\\_isl03102017.pdf](https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/dsermaye_butce_muh_isl03102017.pdf).
- SB** (2018) Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri, Erişim tarihi: 20 Haziran 2018, <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>.
- TBMM** (2007) Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, Erişim tarihi: 6 Nisan 2018 <http://www.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>.
- TBMM** (2016) *Tutanak Dergisi*, <https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d26/c015/tbmm26015076.pdf>.
- TTB** (2016) TTB ve İTO'dan İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Hakkında Açıklama, Erişim tarihi: 3 Nisan 2018, [http://ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=67a3f9de-9232-11e7-b66d-1540034f819c](http://ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=67a3f9de-9232-11e7-b66d-1540034f819c).
- Tükel, Y.** (2017) Kamu Hastane Birlikleri Modelinin İflası ve Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında Değişiklikler, Erişim tarihi: 10 Nisan 2018. <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/kamu-hastane-birlikleri-modelinin-iflasi-ve-saglik-bakanligi-teskilat-yapisinda-degisiklikler/>.
- TÜİK** (2018) Türkiye İstatistik Kurumu, TÜFE Endeks Verileri, Erişim tarihi: 19 Haziran 2018. [www.tuik.gov.tr/PreIstatistik-Tablo.do?istab\\_id=650](http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistik-Tablo.do?istab_id=650).
- Uludağ, A.** (2018) Erişim tarihi: 20 Haziran 2018, [http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/ekonomi/999520/Sehir\\_hastanelerinde\\_skandallar\\_zinciri\\_\\_Usulsuzlugu\\_ortaya\\_cikarinca\\_gorevden\\_alindi.html](http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/ekonomi/999520/Sehir_hastanelerinde_skandallar_zinciri__Usulsuzlugu_ortaya_cikarinca_gorevden_alindi.html).
- Ünlütürk Ulutaş, Ç.** (2011) *Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, Ankara: Notabene.
- Yavuz, C. I.** (2012) *Sağlık Hizmetleri ve Kapitalizm, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde, Elbek O.(Ed.), İstanbul, Hayykitap.
- Yavuz C.I.** (2015) Kamu Hastane Birlikleri ve Hastanelerde Yapısal Dönüşüm, *Toplum ve Hekim*, Ocak-Şubat 2015, 30;(1):3-12.
- Yavuz, C. I.** (2017) İnsana Karşı Piyasa: Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik içinde, *Verilerle Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda Etkililik, Verimlilik ve Hakkaniyet*, Der. Yenimahalleli Yaşar, G., Göksel, A., Birler, Ö., s. 75-102. 1.Baskı, İstanbul.
- Yavuz, C. I.** (2018), *Yeni Teşkilat Yeni Sorunlar*, *Tıp Dünyası*, <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/11/yeni-teskilat-yapisi-yeni-sorunlar/>, Erişim tarihi: 5 Haziran 2018.