



HASTANELERDE REFORM(!)

Dr. Bülent KILIÇ*, Dr. Eriş BİLALOĞLU**

Hastane hizmetleri, sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahiptir ve toplumun da en çok önem verdiği hizmetler hastane hizmetleridir. Tedavi edici hizmetlerin önemini yadsımamakla birlikte bir gerçeğin altını önemle çizmek gerekir: **Sağlık hizmetleri öncelikli olarak hastane hizmetlerinden oluşmaz ve hem bireylerin hem de Sağlık Bakanlığı'nın bu yanlış yaklaşımını değiştirmek gerekir.**

Hastaneler; Türkiye'de uygulanan 224 sayılı Sosyalleştirme Yasasına göre; birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk edilerek gelen bireylerin, yatırılarak veya ayakta, tedavi ve/veya rehabilite edildikleri, ileri tanı ve tetkik olanaklarına sahip ikinci, üçüncü basamak yataklı tedavi kuruluşlarıdır. Ayrıca tüm acil olgular hastanelerde tedavi olanağına sahiptirler. Yasaya göre sevk edilmeden gelen hastalar ise bedelini ödemek koşuluyla hastanelerden yararlanabilirler.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ve belirli bir sağlık sistemine sahip olamayan ülkelerde hastaneler, toplumun çoğunlukla ilk başvuruyu yaptığı yerlerdir. Bu ülkelerde, nüfus ve coğrafya özellikleri dikkate alınmadan, plansız bir şekilde yapılmış hastaneler ve yetersiz sevk sistemleri vardır. Böylece bölük pörçük ve düzensiz olarak yapılaşan hastaneler, standartlara uymayan mimari yapılar ve yetersiz polikliniklerdeki aşırı kalabalıklarla karşılaşılır. Bu nedenle bir yandan gereksiz başvurularla hastanelerde aşırı yığılmalar olurken, diğer yandan erken tanı ve tedavi eksikliği nedeniyle hastanelere çok ilerlemiş olgular gelmektedir. Her iki durumdan da hastanelerin hizmetleri kötü yönde etkilenmektedir. Ne yazık ki bu durum günümüzde Türkiye için geçerlidir. Oysa 1961 yılında çıkarılan "Sosyalleştirme Yasası" sevk sistemine dayalı basamaklandırılmış bir sistemi içermektedir. Buna

göre sağlık hizmetleri içinde Sağlık Ocakları ilk basamak başvuru yerleridir. Hastaneler ise birinci basamaklara destek olmak üzere kurulmuş ve genellikle ilçe veya il merkezlerinde yerleşmiş "Bölge Hastaneleri"dir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerine göre hastanelerin en önemli işlevi, birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan destek ve eğitim hizmetleridir. Buna göre hastanelerdeki uzman hekimlerin kendilerine sevk edilen hastalar hakkında sağlık ocağı hekimine bilgi vermesi gerekir. Ayrıca belli periyotlarla uzman ve pratisyen hekimler eğitim toplantıları yaparlar. Görüldüğü gibi sistem birbiriyle rekabet içinde değil, yardımlaşma içinde çalışan hekimler ve kuruluşlar üzerine oturtulmuştur. Bir diğer önemli nokta bu sistemin özellikle hastane birinci basamak ilişkileri açısından ilk kurulduğu yıllarda Türkiye'nin Doğu'sunda, Türkiye'ye gelen İngiltere Sağlık Bakanlığı eski müsteşarı Goodman'ın Lancet dergisinde yazdığı gibi son derece iyi bir şekilde işlediğidir. (Goodman, 1964). Ayrıca yıllarca Üniversite Eğitim Araştırma Bölgeleri'nde de sistem denenmiştir. Bu sayıda Ö. Aşut'un sağlık ocağı-hastane ilişkilerini aktardığı yazısı (Aşut, 1995), ve Etimesgut, Çubuk, Narlıdere gibi Eğitim Araştırma Bölgeleri'nin raporları buna en güzel örnektir.

Tüm bu gerçekler ortada iken Sağlık Bakanlığının görevini yapmaması ve üstelik bunu reform iddiaları ile gizlemeye çalışması Türkiye için bir talihsizliktir. Bilindiği gibi Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, son 4 yıldır reform iddiaları ile sağlıktaki gündemi sürekli olarak meşgul etmektedir. Ortaya konulan önermeler adına uygun olarak bir "yeniden biçimlenme" (reform) olmakla birlikte, bu biçimlenme ve değişim ne yazık ki daha iyiye doğru değil, daha kötüye doğrudur. Sağlıkta reform önerileri sağlıksızlığı üreten, toplum sağlığını tehdit eden bir paket olarak kamuoyunun önünde durmaktadır. 1961 yılında çıkarılan "Sosyalleştirme Yasası"ndan sonra yükümlülüklerini yerine getirmeyen politikacılar, 1978 yılındaki Alma-

* TTB Halk Sağlığı Kolu

** Toplum Hekim Dergisi Yayın Kurulu Üyesi.

Ata Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Bildirgesi'nden sonra yeni bir şey bulmuş gibi sözde TSH düşkünü olmuşlardı. Aynı kolaycı, reklamcı ve yanlış düşünce biçimi şimdi de Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefinden yola çıkmakta ve politikacıların emrindeki teknokratların sloganı bu sefer "Türkiye Üçüncü Bin Yıla Hazırlanıyor" olmaktadır (Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 1993).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü hastanelerle ilgili ortaya koyduğu reform önerileri ile bir yandan kendi saptadıkları gerekçelerle çelişirken diğer yandan hazırlanan dokümanlarda "desantralizasyon", özelleştirme ile eş anlamlı olarak tanımlanarak teorik yanlışlıklara da düşülmektedir (Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 1994 ve 1995).

Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün hastaneleri ile ilgili reform önerilerinin temel gerekçeleri şöyle sıralanabilir: Merkeziyetçilik, verimsizlik, koordinasyon bozukluğu ve rekabet ortamı olmayışı. Bu yazıda önce bu gerekçeler sırayla incelenecek ve daha sonra "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu" ve Semt Poliklinikleri gibi bazı konular ele alınacaktır.

Merkeziyetçilik ve Desantralizasyon:

Sağlıkta Strateji dergisinin Mart 1995 tarihli sayısında desantralizasyon; özerkleştirme ve özelleştirme olarak ikiye ayrılmakta ve dolayısıyla desantralizasyon bilerek ya da bilmeyerek özelleştirme ile karıştırılmaktadır. Desantralizasyon, otoritenin, kaynakların veya işlevlerin belli bir sektör içinde merkezden periferik aktarılmasıdır. Özelleştirme ise kamu sektöründen özel sektöre kaynak aktarımı demektir ve bu nedenle özelleştirme temelde desantralizasyondan ayrı bir tanımdır (Collins, Green; 1994) ve (Belek, 1995). Ancak bu karıştırma özellikle Dünya Bankası ve USAID (United States Agency for International Development) gibi kurumlar tarafından bilinçli olarak yapılmaktadır. Böylece desantralizasyonun sahip olduğu popülariteden yararlanılarak Üçüncü Dünya Ülkelerinde özelleştirme yapılmaktadır. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün de Dünya Bankası'ndan alınan kredi karşılığı 1. ve 2. Sağlık Projelerini yürüttüğü göz önüne alınırsa bu kavram karmaşasının bilinçli olarak yapıldığı tahmin edilebilir.

Desantralizasyon, tüm ülkeler için gerçekten gerekli bir yapılandırma değildir. Özellikle TSH içinde desantralizasyon, toplum katılımı ve sektörler arası işbirliği ile bağlantılı bir kavramdır. Böylece merkezi hükümetin yerini, en uçtaki yoksul insanın gücü almaktadır. Yani desantralizasyon, toplumun (bireylerin) kamu mal ve araçları üzerinde söz hakkına

sahip olması, karar verme mekanizmalarına müdahale, edebilmesi demektir. Görüldüğü gibi bu tanımın içinde özelleştirme, piyasa düzenleme stratejileri ve rekabet gibi kavramlar yoktur.

Ancak herşeye karşın desantralizasyon özellikle demokratik anlayışın tam yerleşmemiş olduğu ülkelerde istenmeyen sonuçlara da yol açabilmektedir. Afrika ve Latin Amerika deneyimleri şu sonuçları ortaya çıkarmıştır. (Collins, Green; 1994).

a) Yeterli sağlık insangücü, yeterli finansman düzenlemeleri gibi alt düzey yönetsel kapasiteleri güçlendirmeden yapılan desantralizasyon sağlık hizmetlerinin daha kötü verilmesine yol açmaktadır.

b) Yerel otoriteler de sıklıkla egemen güçlerin buyunduruğu altındadır. Bu nedenle desantralizasyon istenenin tam tersi sonuçları doğurabilmektedir.

c) Merkezi kaynaklardan periferdeki bölgelere yapılacak kaynak aktarımı gereksinimlere göre olmamakta, politikacıların gücüne göre olmaktadır.

d) Merkezi hükümetler, bu sefer periferik taşınmakta aynı yapıyı orada devam ettirmektedirler (desantralizasyon aracılığıyla merkezileşme).

Bu nedenle yukarıda sıralanan sakıncalara karşı önlemler almak son derece önemlidir. Çünkü bu önlemler alınmaksızın yapılacak bir desantralizasyon daha kötü sonuçlara yol açabilecektir.

Verimsizlik:

Hastanelerdeki reformlar için ilk gerekçe olarak yatak kullanım oranının %57,5 olduğu yani "verimsizlik" gösterilmektedir (Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 1992 ve 1994). Bu verimsizliğe çözüm olarak desantralizasyon (özerkleştirme ve özelleştirme) önerilmektedir. Oysa Türkiye'de 1994 yılında yapılan bir araştırmaya göre Kapasite Kullanım Oranı başta olmak üzere hastanelerdeki bir çok performans değişkeninde özel hastaneler kamu hastanelerinden daha verimsiz çıkmıştır (Bakınız Tablo 1).

Yapılan araştırmanın sonuçlarına göre "verimsizlik" bir gerekçe olarak gösterilerek, kamu hastaneleri özelleştirilemez. Çünkü Tablo 1'de görüldüğü gibi en azından SSK Hastaneleri, Kapasite Kullanım Oranı, Kaba Ölüm Hızı, hekim başına düşen poliklinik, yatan hasta ve ameliyat sayıları açısından özel hastanelere göre daha verimli işlemektedir.

Koordinasyon Bozukluğu:

Özelleştirmede gösterilen bir başka gerekçe "koordinasyonsuzluktan doğan kaynak savurganlıkları"dır. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü bunu şöyle açıklamaktadır: "Çoğu

Tablo 1 : Hastanelerin Mülkiyet Durumuna Göre Bazı Performans Değişkenleri

Mülkiyet Durumu	Kapasite Kullanım Oranı (yüzde)	Ortalama Yatış Süresi (gün)	Kaba Ölüm Hızı (binde)	1 Hekime Düşen Poliklinik (1 yılda)	1 Hekime Düşen Yatan Hasta (1 yılda)	1 Uzman Hekime Düşen Ameliyat (1 yılda)
Özel Hastaneler (n= 90)	18	3,2	17	603	185	72
Yabancı/Azınlık Hastaneleri (n= 6)	35	5,0	28	936	1363	444
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri (n= 324)	33	3,8	10	4393	184	62
SSK Hastaneleri (n= 64)	68	5,6	11	6734	249	94
Genel Ortalama (n= 494)	35	4,0	12	3925	206	73

Kaynak: K. Ersoy, Ş. Kavuncubaşı (1995)

(Not: Kaynaktaki bazı tabloların birleştirilmesi ile değiştirilerek hazırlanmış yeni bir tablodur, asıl metinde böyle bir tablo yoktur.)

zaman, aynı yerleşim merkezinde inşa edilen farklı kamu kuruluşlarına ait hastanelere ayrı ayrı cihazlar alınmakta, bunlar için ayrı ayrı personel çalıştırılmakta ve hiç birinden tam kapasite ile yararlanılamamaktadır. Bu sorunların tek çözüm yolu hastanelerin desantralizasyonudur.(....). Hastanelerin desantralizasyonu, özelleştirme ve özerkleştirme olarak iki ana grupta düşünülmektedir. Kamuya ait hastaneler ya belli bir süre için kiralama ya da işletme hakkının devredilmesi yöntemiyle özelleştirilecektir." (Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 1994). Oysa bu çözüm (!) doğal olarak şöyle bir sonuca yol açacaktır: Aynı yerdeki özel A hastanesi Bilgisayarlı Tomografi cihazı alınca, rekabet halindeki özel B hastanesi de almak zorunda kalacaktır. Yani kaynak savurganlığı ve koordinasyon bozukluğu özelleştirmede en üst düzeye çıkacaktır.

Hastaneler Arası Rekabet:

Sağlık hizmetlerinde temel ilke rekabet değil yardımlaşma olmalıdır. Çağdaş ve insanca bir hizmetin ilk kuralı budur. Bu nedenle hekimler ve hastaneler birbirleriyle yardımlaşan ve iletişimde bulunan bir yapı içinde olmalıdırlar. Günümüzde özel sektörde çalışan hekimlerin birbirlerini (rakiplerini) karalama yarışı hastaların dahi kafasını karıştırmaktadır. Bu nedenle hastalar genellikle iki üç hekim ve hastane gezdikten sonra birisine karar vermekte, yani hekime güvenememektedirler. Serbest piyasa koşulları altındaki hizmet sunumu tıp ahlakı ve tıp mesleki açısından yüz kızartacak sahnelerle yol açmaktadır.

Hastane hizmetlerinin diğer bir temel özelliği de eğitim işlevleridir. Özellikle birinci basamakla hastaneler arasında eğitime dayanan bir ilişki olmalıdır.

Hekimler, sevk ettikleri hastalarına konulan tanıyı ve tedaviyi hastanelerden gelecek yanıtlarla izlemeli, belli periyotlarla eğitim toplantıları yapılmalıdır. Zaman zaman uzman hekimler birinci basamağa giderek danışmanlık ve eğitim yapmalıdır. Özelleştirilmiş hastanelerde ise böyle bir geri besleme düşünülmemektedir. Günümüzdeki özel hastanelerde de böyle bir örnek görülmemektedir. Oysa geçmişte Sağlık Eğitim Araştırma Bölgelerinde bunun en iyi örnekleri görülmüştür (Aşut, 1995).

Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarısı

Sağlık Bakanlığı, hastanelerin özelleştirilmesi yolunda günümüze kadar üç adım atmıştır. Bunlardan birincisi, KİT'lerin özelleştirilmesini amaçlayan 4046 sayılı yasaya yataklı tedavi kurumlarının da dahil edilmesidir. Böylece hastanelerin özelleştirilmesi şimdiden "Özelleştirme Yüksek Kurulu ve Özelleştirme İdaresi"nin sorumluluğuna verilmiştir. İkinci adım, 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu'nun, Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen personel istihdamına yönelik maddelerinin bir yönetmelikle düzenlenmesidir. "Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları" yönetmeliği ile ilk aşamada Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi "sağlık işletmesi"ne dönüştürülmüştür. Üçüncü ve son adımsa hastanelerin özelleştirilmesi amacıyla bir yasa hazırlanmasıdır. Son DYP-SHP koalisyon hükümetinin Bakanlar Kurulu tarafından hazırlanan ve 9 Ocak 1995 tarihinde TBMM'ye sunulan yasa tasarısına göre sağlık işletmeleri şöyle tanımlanmaktadır: "Sağlık işletmeleri kendi gelirleri ile

giderlerini karşılayabilen, rekabet edebilen, kendi personelini istihdam edip ücretini belirleyebilen ve personel giderlerini kendi gelirlerinden karşılayan, hizmetlerini sözleşmeler yoluyla sunan, tüzel kişiliğe sahip hastanelerdir" (Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarısı, Madde 8; 1995).

Sağlık İşletmelerinin Yönetim Kurulu 7 kişiden oluşmaktadır: İşletme Genel Müdürü (yönetim kurulu başkanıdır), Tıbbi Hizmetler Müdürü (uzman hekim), İşletme Müdürü (İşletme/yönetim mezunu), Hemşirelik Hizmetleri Müdürü (hemşire), İl Özel İdaresi temsilcisi (vali tarafından atanacak), Maliye Bakanlığı temsilcisi (vali tarafından atanacak) ve İl genel Meclisinin seçeceği bir üye. Yönetim Kurulu başkanı olan İşletme Genel Müdürü ilgili Bakanlık tarafından, işletme içinden veya dışından belirlenecek üç aday arasından üç yıllığına atanacaktır. Üç adayın ikisi işletme çalışanları tarafından, biri yönetim kurulu tarafından belirlenecektir (Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarısı, Madde 9, 10, 14; 1995).

Görüldüğü üzere yasa tasarısı demokratik işlerlik ve desantralizasyon açısından büyük çelişkiler ve yanlışlıklarla doludur. Yönetim Kurulu Başkanı, ilgili Bakanlık tarafından atanmaktadır. Üstelik hastane dışından olabilen ve yönetim kurulu tarafından da önerilen 3 aday içinden. Yani şöyle bir olasılık her zaman var: Yönetim Kurulu kendisine en uygun adayın adını bildirecek ve Bakanlık hastane çalışanlarının seçtiği kişiyi seçmeyip, kendi uygun bulunduğu adayı atayacak. Böyle bir atama yöntemine "yönetimin desantralizasyonu" (!) adı verilmektedir. Durum bununla bitmemektedir; yönetim kurulu üyelerinin geri kalan müdürleri (tıbbi hizmetler, işletme, hemşirelik) işletme genel müdürü tarafından önerilen 3 aday içinden Bakanlık tarafından atanmaktadır. Benzer şekilde yönetim kurulu üyelerinin kalan iki tanesini de vali atamaktadır ki bu durum yönetimin periferde yayılması (desantralize edilmesi) veya yönetime katılma olarak değil, atanmışların atamaları olarak nitelenebilir.

Bir önemli konu da personel üzerinedir. Tasarıya göre işletme kendi personelini kendisi belirleyecek ve ücretini kendisi ödeyecektir. Sözleşmeli personel olarak tanımlanacak bu konum için sağlık personelinin güvencesinden ise hiç bahsedilmemektedir. Sağlık personelinin sendika, toplu sözleşme, grev, iş güvencesi gibi haklarını vermeden böyle bir uygulama çok sakıncalı durumlar doğuracaktır. Hastane Yönetim Kurulları düşük ücretle çalıştıracakları sağlık personelini sömürecekleri gibi gerektiğinde kolaylıkla işten çıkarabileceklerdir. Unutmamalıdır ki artık Türkiye'de mezun olacak hekimlerin büyük

çoğunluğu potansiyel işsiz konumundadır ve kâr amacıyla çalışacak özel hastaneler için bu büyük bir avantajdır.

Sağlık Yöneticilerinin Atanma Biçimleri:

Özelleştirme için öne sürülen gerekçelerden biri de hastane yöneticilerinin profesyonel olmayışı ve siyasi baskı altında yanlış kararlar vermesidir. Yapılan saptama doğrudur ancak önerilen yasa tasarısı ile merkezi yapının bu baskısı kaldırılmamakta aksine atama yöntemi daha da sağlama alınmaktadır. Hastane başhekimleri, sağlık müdürleri gibi önemli konumdaki sağlık yöneticilerinin, konuyla ilgili eğitimi olmayan kişiler arasından partizanca seçilmeleri tavrı bilinçli olarak devam ettirilen bir durumdur. Siyasi otorite isterse bunun önüne geçebilir. Ancak hükümetlerin bu konuda büyük bir samimiyetsizlikleri söz konusudur ve ilgili yasa tasarısı taslağı da bunu ortaya koymaktadır. Yasa kesinleşirse, hastaneler iktidar yandaşlarına peşkeş çekilen kârlı iş alanları haline getirilecektir.

Semt Poliklinikleri:

Hastane polikliniklerinde olan aşırı yığılmalar, Sağlık Bakanlığınca bazı hastanelerde semt poliklinikleri yolu ile aşılmaya çalışılmıştır. Oysa semt poliklinikleri, sevk zinciri uygulaması yapıldıktan sonra düşünülebilecek bir çözümdür. Sevk zincirinin olmadığı bir sistemde, semt poliklinikleri bağlı oldukları hastanenin yükünü azaltma işlevi göstermezler. Bu durumda semt poliklinikleri, sadece tedavi edici hizmete dayanan, açılışları belli bir planlamaya dayanmayan, çoğunlukla siyasi propaganda amacıyla açılmış, belli bir kayıt ve istatistiğe dayanmadan hizmet veren yapılar olmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın bu alandaki yanlış uygulamalarına çok yeni bir örnek Ankara'dan verilebilir. 1995 yılı başında Gölbaşı 1 Nolu Merkez Sağlık Ocağı kapatılmış ve yerine Ankara Acil Yardım ve Trafik Hastanesine bağlı Gölbaşı Semt Polikliniği açılmıştır. Bu durum şunu kanıtlamaktadır: Sağlık Bakanlığınca göre sağlık ocağı önemsizdir. Bir hastanenin poliklinik hizmetlerini azaltmaya yönelik planlanan semt polikliniği ise sağlık ocağından daha önemlidir. Yani Sağlık Bakanlığınca göre sağlık hizmeti; aşı yapmak, bebek ve gebe izlemek, çevreye yönelik koruyucu önlemler almak değil, sadece kendisine gelenleri tedavi etmektedir. Sağlık Bakanlığınca bu konudaki daha büyük kusuru ise gösterilen tüm çabalara, Ankara Tabip Odası'nın çeşitli defalar girişimlerine, Gölbaşı Belediye Başkanı ve mahalle muhtarlarının isteklerine rağmen yanlış kararından dönmemesidir. Bu durum Sağlık Bakanlığınca çarpık sağlık anlayışını gözler önüne sermektedir.

Sonuç:

Hastanelerin özelleştirilmesi için siyasi iktidarlar büyük bir çaba içindedir ve bu amaçla uzun süredir bilinçli bir politika izlenmektedir. Bunun en büyük kanıtlarından biri kamu hastanelerinden özel sektöre yapılan sevklerdir. Bilgisayarlı tomografi, anjio gibi tetkikler ve bazı ameliyatlar uzun süredir çeşitli gerekçelerle anlaşmalı özel hastanelerde yapılmaktadır. Örneğin SSK, 1993 yılında özel sektöre 161 milyar TL tutarında ödeme yapmıştır (Şemin, Amato; 1995). Bir diğer kanıt özel hastane yapımı için verilen yatırım teşvik belgeleridir. 1992 yılı verilerine göre sağlık alanında tutarı 10 milyon doları aşan 22 adet yatırım teşvik belgesi verilmiştir ve bunların üçte biri 10 kuruşa aittir (Bayındır İnşaat, Sevgi A.Ş., Albaraka Türk A.Ş. vb.). (Soyer, 1994).

Siyasi iktidarların temel yanılması sağlığın tanımındadır. Sağlık hizmetleri sadece tedavi edici hizmetler olarak algılanmaktadır ve bunun da en önemli vitrini olarak hastaneler görülmektedir. Oysa sağlık hizmetinin en önemli aşaması birinci basamak sağlık hizmetleridir ki Türkiye'de bu, sağlık ocaklarında somutlanmaktadır. Bu nedenle önce sağlık anlayışının çağdaşlaşması, sonra da çok önemli bir sağlık hizmeti gören hastanelerin sağlık çalışanlarının ve toplumun katılımı ile gerçek anlamda özerkleştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Aşut, Ö. (1995) "Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Ocak Hastane İlişkileri", Toplum ve Hekim, Hastaneler Özel Sayı, 10(69-70)
- Belek, İ. (1995) "Özelleştirme Tartışmalarının Açığa Çıkardığı Sorunlar", Sağlıkta Özelleştirme kitabı içinde, Sorun yayınları, İstanbul, s: 146-65
- Collins C., Green, A. (1994) "Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries" Int. J. Health Services, 24(3), 459-75
- Goodman, N.M. (1964), "Turkey's Experiment in the "Socialisation" of Medicine"; The Lancet, January, 4, 1964, pp: 36-8
- Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarısı (1995)
- Ersoy, K.; Kavuncubaşı, Ş. (1995) "Mülkiyet Yapısı ve Örgütsel Performans", Toplum ve Hekim, 10(66): 107-13
- Sağlık Bakanlığı (1992) I. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları, s: 193-201
- Sağlık Bakanlığı (1992) Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı, s: 49-51
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1992), Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, s: 2-4,2-5
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1993), Ulusal Sağlık Politikası, s: 10
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1994), "Hastane Reformu" Sağlıkta Strateji Dergisi, 1:9
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1995), "Sağlık Reformları: Hastane Özerkleşmesi, Sağlıkta Strateji Dergisi, 5: 10-1
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (1995), "Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994" yayın no: 566
- Soyer, A. (1994), "Sağlık Alanında Yatırım Teşvik Belgeleri" Toplum ve Hekim, 9(62): 94-105
- Şemin, S.; Amato Z. (1995) "Tıp Fakülteleri ve Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Nüfusta BT Cihazı Kullanım Düzeyinin Araştırılması" Toplum ve Hekim, Hastaneler Özel Sayı, 10(69-70)