

## SAĞLIK KURULUŞLARININ KARŐILAŐTIĐI FİNANSAL SORUNLARIN TESPİTİ VE SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

### DETERMINATION OF THE PROBLEMS OF HEALTH INSTITUTIONS AND SOLUTION PROPOSALS FOR THE PROBLEMS

Emine Müge ÇETİNER<sup>1</sup>  
Eda ÖZEN<sup>2</sup>

#### ÖZ

Sağlık kuruluşları, ÷lkede uygulanmakta olan sağlık sisteminin yapı taŐı olup finansal açıdan etkin yönetimi sağlık reformlarının etkisiyle günümüzde daha çok önem kazanmıŐtır. Sağlık kuruluşlarının temel amacı, kişilerin hasta olmaları durumunda zamanında erken tanı ve hedefe uygun tedavisini gerçekleŐtirerek kişinin en kısa zamanda sağlıklı olmasını sağlamaktır. Ancak bu hedefine ulaŐmak isteyen sağlık kuruluşları, eldeki sınırlı olan kaynaklarını etkili ve verimli bir Şekilde kullanması gerekmektedir. Bu makale çalıŐmasının amacı, sağlık sektöründe faaliyet gösteren kamu ve özel sağlık kuruluşlarının mevcut uygulamalardan kaynaklanan finansal yönetim sorunlarını incelemek ve önem derecelerini ortaya koyarak finansal yönetim sorunlarının çözüme yönelik önerilerde bulunmaktır. Mevcut uygulamada bulunan sağlık sisteminin son dönem reform çalışmaları olan Genel Sağlık Sigortası, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu reform çalıŐmalarının yasal düzenlemelerini içeren Sağlık Mevzuatını konu alan bu çalışmada evrenimizi Bakırköy, Bahçelievler ve Gaziosmanpaşa bölgesinde faaliyet gösteren kamu hastaneleri ile özel hastanelerin yöneticileri ile finans alanında görev yapan diğer mali ve idari birim çalışanları oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Veriler ise Bağımsız Örneklem T-Testi ve ANOVA Tekniği ile analiz edilmiştir. Anket yoluyla elde edilen verilerin analiz sonuçlarına göre, bir takım reform girişimleri sonucunda ortaya çıkan Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bu reform çalıŐmalarının yasal düzenlemelerini içeren Sağlık Mevzuatı ile ilgili sorun görme düzeyi orta ve yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. ÇalıŐmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlık sistemine ilişkin bir takım öneriler sunulmuŐtur. Araştırma sonuçları, devletin ileriye yönelik sağlık alanında uygulamaya koyacağı politikalara yön vermesi açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıkta Dönüşüm, Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlık Mevzuatı, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası.

**JEL Kodları:** I10, I18, G18.

#### ABSTRACT

Health institutions are the cornerstone of the health system being implemented in the country and financially effective management has gained more importance with the effect of health reforms. The main purpose of the health institutions is to ensure that the person is healthy as soon as possible by performing early diagnosis and appropriate treatment in case of illness. However, healthcare organizations wishing to achieve this goal need to use their limited resources effectively and efficiently. The aim of this article is to examine the financial management problems of public and private health institutions operating in the health sector and to make suggestions for the solution of financial management problems by revealing their importance. In this study, which covers the recent reform studies of the health system in the current practice on the General Health Insurance, the Health Transformation Program and the Health Legislation, which includes the legal regulations of these reform studies, we have been working on manager and financial workers who work in the field of public and private hospitals which has located in Bakırköy, Bahçelievler and Gaziosmanpaşa districts. A questionnaire was used for data collection. In this research, it is aimed to get some results for not only selected districts but also all health institutions. Data were analyzed with Independent Sample T-Test and ANOVA Technique. According to the analysis results of the data obtained through the questionnaire, it was determined that the level of problems related to the Health Legislation including the General Health Insurance and Health Implementation Communiqué, the Health Transformation Program and the legal regulations of these reform studies were found to be medium and high. In the light of the results obtained from the study, a number of recommendations were made regarding the health system. The results of the research are important in terms of directing the policies that the state will implement in the field of health in the future.

**Key Words:** Health Transformation, Health Services Financing, Health Legislation, Social Security and General Health Insurance.

**JEL Cods:** I10, I18, G18.

<sup>1</sup> Prof. Dr., İstanbul Kültür Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Uluslararası Ticaret Bölümü, [m.cetiner@iku.edu.tr](mailto:m.cetiner@iku.edu.tr)

<sup>2</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Kültür Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yüksek Lisans Programı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, [eda.ozen1994@gmail.com](mailto:eda.ozen1994@gmail.com)

## 1.GİRİŞ

Finansman fonksiyonu, bir işletmenin gereksinin gördüğü kaynakları (fonları) en elverişli şartlarda sağlaması ya da elde var olan kaynaklardan en elverişli bir biçimde yararlanması gayretine yönelik işletme fonksiyonlarından bir tanesidir.

Finansal Yönetim, bütün kurumlar için oldukça önemlidir. Bu kurumlar, kâr amacı taşıyan kurumlar olabileceği gibi kâr amacı taşımayan okul ve kamu hastaneler gibi kurumlar da olabilir. Bu bağlamda, diğer işletmelerin finans yönetimine ilişkin olan temel amaç ve vazifeler sağlık kuruluşları için de geçerli olduğundan sağlık kuruluşlarını soyutlamak mümkün değildir. Sağlık kuruluşları girdi olarak insan kaynakları, ilaç, tıbbi malzeme, cihaz, arsa, bina vb. unsurları tedarik ederek bunları üretim sürecinde bulunan ameliyathaneler, poliklinikler, laboratuvarlar vb. yerlerde kullanmaktadır. Sağlık kuruluşlarının çıktıları ise muayene edilen hasta sayısı, taburculuğu yapılan hasta sayısı, tetkik sayısı, hastalara yapılan ameliyat sayısı vb.dir. Sağlık kuruluşları, herhangi bir sorunla karşılaşmadan bu süreci yürütebilmek ve giderlerinin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için de finansmanını nasıl sağlanacağını bilmek için finansmana ihtiyaç duyarlar.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda farklı mekanizmalar ve düzenlemeler uygulanmaktadır. Bunun sonucunda kamu ve özel olmak üzere iki ayrı boyutun ortaya çıkarmakta ve bunun sonucunda; sunulan hizmetin kimin kullandığı, kim tarafından sunulduğu ve finansmanın sağlama yolu gibi unsurlar baş göstermektedir. Kamusal nitelikli sağlık hizmetinde hizmet anlayışı koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanırken, toplumun bütünü hedeflenmektedir. Bunun yanında koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından karşılıksız olarak gerçekleştirilmektedir.

Elbette kamu ya da özel sağlık kurumlarının karşılaşmış olduğu sıkıntılar sadece krizin yol açtığı sorunlarla sınırlı olmayıp finansman, sağlık mevzuatı ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) olmak üzere birtakım yerlerde de sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle sağlık kurumlarının durumuna farklı boyutlardan bakılmalıdır ve finansal yönetim yönünden yaşanan sorunları tespit etmek gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık sektöründe faaliyet gösteren kamu ve özel sağlık kurumlarının mevcut uygulamalardan kaynaklanan finansal yönetim sorunlarını incelemek ve önem derecelerini ortaya koyarak bu finansal yönetim sorunlarının çözümüne yönelik önerilerde bulunmaktır. Araştırma konusu yeni, güncel bilgi ve görüşler ışığında ele alınmış olduğundan literatüre katkısı olacağı düşünülmektedir. Çalışmanın geniş kapsamlı yapılmış olması, diğer yapılmış olan çalışmalardan farklılaştırmaktadır.

Çalışma sekiz ana bölümden oluşturulmuştur. Giriş bölümü olan ilk bölümün ardından ikinci bölümde sağlık hizmeti kavramı ve türleri tanımlandıktan sonra üçüncü bölümde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişim süreci, dördüncü bölümde Türk sağlık sistemi ile ilgili son dönem reform çalışmaları açıklanmış; beşinci bölümde konu ile ilgili daha önceki çalışmaların yer aldığı literatür bölümü yer almakta, altıncı bölümde araştırma yöntemi (metodoloji), yedinci bölümde araştırmanın bulguları son bölümde ise sonuç ve öneriler bölümü yer almaktadır.

## 2. SAĞLIK HİZMETLERİ

### 2.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri, insanların sağlıklarını korumak, onları hasta olduklarında tedavi altına almak, tedavi sonrasında iyileşemeyen, sakat kalanların birilerine bağımlı kalmadan yaşamlarını sürdürmesi ve toplumu oluşturan bireylerin sağlık seviyesini arttırmak amacıyla yapılmış olan planlı çalışmalara denilmektedir (Tokat, 1991, s.1).

Dünya Sağlık Örgütüne göre; “Belirli sağlık kuruluşlarında, sağlık personelinin yararlanarak toplumun ihtiyacına göre değişen hedefleri gerçekleştirmek, bireylerin ve toplumun sağlığını koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak amacıyla ülke çapında yaygınlaşmış olan organizasyondur”. (Öztürk, 1993, s.5)

Ülkemizde 05.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 2. Maddesine göre sağlık hizmetleri; “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.”

Sağlık hizmetlerinin amacı, tanımında belirtildiği üzere; çevresel olarak sağlıklı bir ortam hazırlamak, vatandaşlara sağlık hizmetlerini sosyal, coğrafi, maddi-manevi ve diğer imkânlara takılmadan ihtiyacı kadar

verebilmek, eşit ölçüde ve kaliteli olarak verilmesi, sağlığı geliştirmek yoluyla bireylerin sağlıklı olmasını sağlamaktır (Zorlu, 1996, s.8).

## 2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin amaçlarına ulaşabilmesi için bazı özellikleri taşıması gerekmektedir. Sahip olduğu genel özellikleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- **Talebin Tahmin Edilememesi (Rastlantısal Olması):** Hastalık veya rahatsızlık durumu, önceden tahmin edilmesi zor olan bir durum olup bireylerin bu yönde yapacakları harcamalarda da belirsizlik söz konusu olacaktır. Bu bağlamda sağlık hizmetinin tüketimi rastlantısaldır (Çamcı, 2007a, s.3).
- **Kamusal Özellik:** Bireylere sunulan sağlık hizmetleri bireysel olarak sunulabileceği gibi toplumun tamamına yönelik olarak da sunulabilmektedir. Bu ise koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Bu hizmetler fiyatlandırılıp kişilere satılamaz. Dolayısıyla vatandaşların ücret vermesi beklenemez (Tekin, 1987, s.263).
- **Dışsal Özellik:** Tam kamusal mal ve hizmetler (koruyucu sağlık hizmetleri) toplumu oluşturan bireylerin tamamına dışsal fayda sağlamaktadırlar. Örneğin, vatandaşlara yapılan aşılar sadece kişilere değil, ortaya çıkabilecek bir salgını önleyerek tüm toplum için dışsal fayda oluşturmaktadır (Şener, 2005, s.54).
- **Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilemez ve Ertelenemezlik Özelliği:** Sağlık hizmetleri o anda karşılanması gerekmekte olup, nitelikleri gereğince çoğu zaman ertelenmesi mümkün olamayabilmektedir. Ayrıca diğer mal ve hizmetlerle ikame edilemez ve farklı bir sağlık hizmeti de gereksinim duyulan sağlık hizmetinin yerine kullanılamaz (Özçatal, 1999, s.9).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda farklı mekanizmalar ve düzenlemeler uygulanmaktadır. Bunun sonucunda kamu ve özel olmak üzere iki ayrı boyutun ortaya çıkarmakta ve bunun sonucunda; sunulan hizmetin kimin kullandığı, kim tarafından sunulduğu ve finansmanın sağlama yolu gibi unsurlar baş göstermektedir. Kamusal nitelikli sağlık hizmetinde, toplumun tamamı hedeflenmekte hizmet anlayışı ise koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanmaktadır (Somunoğlu, 2012,s.10).

## 2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık Hizmetleri dört ana başlık altında incelenir.

### 2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyleri ve toplumu hastalıktan korumak amacıyla taşıyan bu hizmetler, kişilerin tümünün sağlığının korunup geliştirilerek bunlara yönelik alınması gereken önlemlerin tümüne denir. Koruyucu sağlık hizmeti, bireye ve çevreye yönelik hizmetleri kapsar (Çamcı, 2007b, s.56). Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalığa yol açan riskleri ortadan kaldırmayı ya da belli bir seviyeye indirmeyi hedefler. Koruyucu sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar; Aile Sağlığı Merkezleri, Dispanserlerdir.

### 2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerin hastalanmaları veya sakatlanmaları halinde verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta bireyleri tedavi etmek için uygulamaya konulan hizmetlerdir. Temel amaç, alınan önlemlere rağmen ortaya çıkan hastalıkların teşhisinin en erken bir şekilde yapılması, hızlı ve etkili bir şekilde vatandaşların sağlığına kavuşturulmasıdır (Tengilimoğlu ve Çalık, 2000, s.12).

**Birinci basamak sağlık hizmetleri;** kişilerin hasta olmaları durumunda aile sağlığı merkezlerine, verem hastalığına yakalanmaları halinde tedavisinin yapılmak üzere verem savaş dispanserlerine, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerine başvurarak ayaktan tanı ve tedavisinin yapıldığı, yine kişilerin evlerinde sunulan hizmetleri kapsamaktadır.

**İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri:** Devlet hastaneleri, özel hastaneler, dal hastaneleri gibi kuruluşlarda kişilerin hastalıklarının teşhis edilmesi ve yatışının yapılarak tedavisi için sunulan hizmetleri kapsamaktadır.

**Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri:** Eğitim ve araştırma hastaneleri, onkoloji hastaneleri vb. hastanelerde kişilere sunulan ileri düzeydeki hizmetleri ifade etmektedir.

Hastaların bu hizmetlerden verimli bir şekilde yararlanması ve hastaların amacına uygun bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanması için basamaklar arasındaki sevk zincirine önem verilmesi ile mümkündür. Sağlık hizmeti talep eden kişilerin sağlık kuruluşlarında yığılmalarının önlenmesi sevk zincirine uygun hareket edilmesi ile mümkündür.

### **2.3.3.Esenlendirici (Rehabilitate Edici) Sağlık Hizmetleri**

Bireyin herhangi bir hastalık durumunda veya geçirdikleri kaza sonucunda bedensel ve psikolojik açıdan başkalarına bağımlı olmadan yaşamını sürdürmesi için sunulan hizmetlerdir (Yerebakan, 2000, s.21). Bu hizmetlerin sağlıkla ilgilenen boyutuna tıbbi rehabilitasyon, toplumsal ve sosyal boyutuna ise sosyal rehabilitasyon denilmektedir (Şen, 2010, s.15.)

### **2.3.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlık durumu iyi olan vatandaşların sağlık düzeyinin daha ileri düzeye arttırmak için verilen hizmetlere denir. Bu verilen sağlık hizmeti; kişinin bedensel ve zihinsel sağlık durumunu, yaşam süresini ve yaşam kalitesini arttırma amacını taşımaktadır. Fakat burada temel sorumluluk bireye düşmektedir (Savaşayen, 2012, s.6).

## **3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ**

Ülkemizde sağlık hizmetlerini topluma sunma görevi Sağlık Bakanlığına ait olup, Sağlık Bakanlığı ise 9 Haziran 1936 yılında kurulmuştur. Sağlık Bakanlığının görevi; sağlık hizmetlerini yürütmek, sağlık çalışanlarını nitelikli hale getirmek, kurumda hizmet içi eğitim yapmak, özel tarafa sağlık kurumları kurma ve işletme imkânı sağlamak ve bunları denetim yapmaktır (Ünver, 2001, s. 12).

Türkiye’deki sağlık reform girişimleri dört başlıkta ele alınmaktadır.

### **3.1. Kurumsallaşma Dönemi / Reform Öncesi Dönem: 1920–1960**

İlk sağlık sisteminin kurumsallaşması Sağlık Bakanlığının kurulmasına dayanmaktadır. Sağlık Bakanlığı Mayıs 1920 yılında kurulmuş olup ilk adı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığıdır. Temelleri atıldığından bu günümüze kadar sağlık politikalarının oluşturulmasında ve sağlığa ilişkin hizmetlerin vatandaşlara ulaştırılmasında temel kurum Sağlık Bakanlığı olmuştur. Bakanlık dışında bazı aktörler de sağlık alanında görev almıştır. Bu aktörler; Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, sağlık evi, dispanserler, mülga sağlık ocakları, nüfusun tümünü kapsamayan sağlık hizmeti finansmanı ve sunumunda rol alan SSK ve Emekli Sandığı gibi. Türk sağlık sisteminin ana hukuksal çerçevesi ve temelleri de bu dönemde oluşturulmuştur ve zamanla çok sayıda değişimler yaşanmıştır (<http://www.un.org.tr/ana-sayfa/>, 2018).

Kurumsallaşma dönemi; (<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/okulsagligi.pdf>, 2018).

1. Yapılanma dönemi
2. Koruyucu sağlık hizmetleri
3. Ulusal Sağlık Politikası dönemini kapsamaktadır.

1950 yılından önce ulusal sağlık politikası ve hastalığı önleyici sağlık hizmetlerine önem verilmiş olup, tedavi edici sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığının sorumluluğuna verilmemiştir. Bu sorumluluk belediyelerin sorumluluğuna verilmiştir. Ancak ilerleyen yıllarda bu sorumluluk belediyelerden alınarak Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Yine bu dönemde 15 yıl Sağlık Bakanı olarak görev yapan Refik Saydamın kurumsallaşma adına yaptığı çalışmalar Türk Sağlık Politikası ve sağlık sisteminin belirli bir şekil almasında rol oynamıştır (<http://www.absaglik.com/>, 2018)

1950 yılında Türkiye önemli bir gelişme göstererek yeni devlet hastaneleri kurulmuş, özel muayene yapma ve yüksek ücret verildiği görülmüştür. Yalnız bu dönemde önemli bir sorun ortaya çıktığı görülmüştür. Bu sorun insan kaynağının dengesi dağılım göstermesiydi (<http://www.un.org.tr/ana-sayfa/>, 2018)

### 3.2. Birinci Dalga Sağlık Reformları: 1960-1980

Bu dönemde ortaya çıkan en önemli gelişme 1960 darbesidir. Bu darbe ile birlikte yaygın devlet müdahalesi olmuş ve bu müdahale sağlık alanında da görülmüştür. Yine bu dönemi şekillendiren diğer bir unsur ise Devlet Planlama Teşkilatı altında başlatılan Beş Yıllık Kalkınma Planıdır. Beş Yıllık Kalkınma Planı, sağlık politikalarının belirlenmesinde ön plana çıkmıştır (<http://www.absaglik.com//>,2018)

1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” çıkarılmıştır. Kabul edilen bu kanun ülkemizin bugünkü sağlık sistemini oluşturmaktadır. Sosyalleştirme kanununun ortaya çıktığı dönemin bakanlık müsteşarı Nusret Fişektir. 1961 yılında kabul edilip 1963 yılında uygulamaya konulmuştur. Bu kanunun temel amacı; yaygın, entegre, kademeli ve sürekli sağlık hizmetlerinin tüm bireylere ulaşmasını sağlamaktır (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2007, s.100). Kanunun temel hedefi, tüm bireylerin sağlık düzeyini arttırmaktır ve bu amaçla halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmiştir (Akdur, 2007, s.32).

Bu kanunun gerektirdiği uygulamalar öncelikle pilot çalışmalarla başlatılmıştır. İlk kez Muş ilinde başlatılmıştır (Çamcı, 2007c, s.55). Sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon reformu iki ana ayağa sahiptir. Bunlar finansman ayağı ve örgütlenme ayağıdır. Bu reformun finansman modeli karma bir yapıyı öngörmüş olup bu karma yapının da primler, bireylerin katkıları ve devlet kurumlarının bütçesinden oluşması öngörülmüştür. Örgütlenme ayağı ise kamuda çalışan sağlık personelleri için tam zamanlı çalışma, basamaklandırma sistemi, sevk zinciri, sürekli eğitim, alt yapı sağlama ve sektörler arası işbirliği unsurlarını kapsamaktadır (Kaya, 2008, s.26). Bu dönemde ortaya çıkan diğer bir unsur ise Devlet Planlama Teşkilatı kapsamında başlatılan Beş Yıllık Kalkınma Planıdır. Beş Yıllık Kalkınma Planında yer alan programlar ise koruyucu hekimlik, halk sağlığı, çevre sağlığı, nüfus planlaması, personel sıkıntısı, idari yapı, işçi sağlığı, sağlık sigortası ve özel hastanelere yönelik programlardır. Ülkemizde şuan uygulanmakta olan kalkınma planı ise Onuncu Kalkınma Planıdır (2014-2018). Ancak sistem planlandığı gibi olmamış ve uygulanamamıştır. Finansman ve örgütlenme ile ilgili yapılması istenen amaçlar uygulamaya konulamamıştır.

### 3.3. İkinci Dalga Sağlık Reformları: 1980 Sonrası Dönem

Bu dönemde 1980 Askeri darbe yaşanmış olup Turgut Özal’ın kurmuş olduğu hükümet döneminde liberal politikalar benimsenmiştir. Sosyal amaçlarla uygulanan politikalardan vazgeçilerek özel sektör teşvik edilmiş, yani ağırlıklı olarak özelleştirme politikaları uygulanmıştır.

1961 Anayasası sağlık hizmetlerini devletin temel görevi olarak görürken, 1982 Anayasası ile devlet düzenleyici ve denetleyici olarak yer almıştır. Tam gün yasası, maddi açıdan devleti zorlaması gerekçesi ile kaldırılmıştır. 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından “Sağlık Sektörü Master Planı Etüd” projesi başlatılmış, bazı reformlar planlanmıştır. 1992 yılında Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır. 1993 yılında sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili bazı düzenlemeler yapılmasını öngören Ulusal Sağlık Politikası kararları alınmıştır.

Bu politikanın temel ilkeleri şunlar olmuştur:

1. Sağlık hizmeti sunumu ile finansmanın ayrılması.
2. Genel Sağlık Sigortası (Nüfusun tamamını kapsamaması).

Ancak bu plandan beklenen sonuçlar alınamamıştır (Belek, 2001, s.438).

1990 yılından itibaren Dünya Bankası ile sağlık alanında bazı projeler yapılmak üzere anlaşma yapılmıştır. Bu projeler birinci ve ikinci sağlık projeleridir. 1998 yılında birinci sağlık projesi tamamlanmıştır. Bu projenin amaçları; temel sağlık hizmetlerine vatandaşların ulaşabilirliğinin sağlanması, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık sektörü yönetiminde etkinliği arttırmak ve Sağlık Bakanlığının yönetim kapasitesini arttırmaktır. İkinci projenin amaçları ise yukarıda saydığımız amaçları destekler nitelikteki amaçları kapsamaktadır (Görgün, 2009, s.112). 1992 yılından sonra sosyal sigortalar kurumu, emekli sandığının ve BAĞ-KUR kurumlarının tek çatı altında toplanması, genel sağlık sigortasının yürürlüğe girmesi, aile hekimliği uygulaması ve hastanelerin özerk sağlık kurumlarına dönüştürülmesi çalışmaları başlatılmak istense de uygulamaya konulamamıştır. Bunun nedeni ise o dönemde koalisyon hükümetinin etkili ve hızlı karar alamamaları ve ekonomik krizdir.

### 3.4. Üçüncü Dalga Sağlık Reformları: 2000 Sonrası Dönem

2002 tarihindeki genel seçimlerden tek parti hükümeti olarak Ak Parti hükümeti çıkmış ve sağlık alanındaki reformu ise Sağlıkta Dönüşüm Programı olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, genel sağlık sigortasının kurulması, devlet hastanelerine mali ve yönetsel özerklik sağlamak, birinci basamak sağlık sisteminin sağlamaştırılması ve aile hekimliğinin uygulamaya konulması amaçlanmıştır.

## 4.TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ İLE İLGİLİ SON DÖNEM REFORM ÇALIŞMALARI

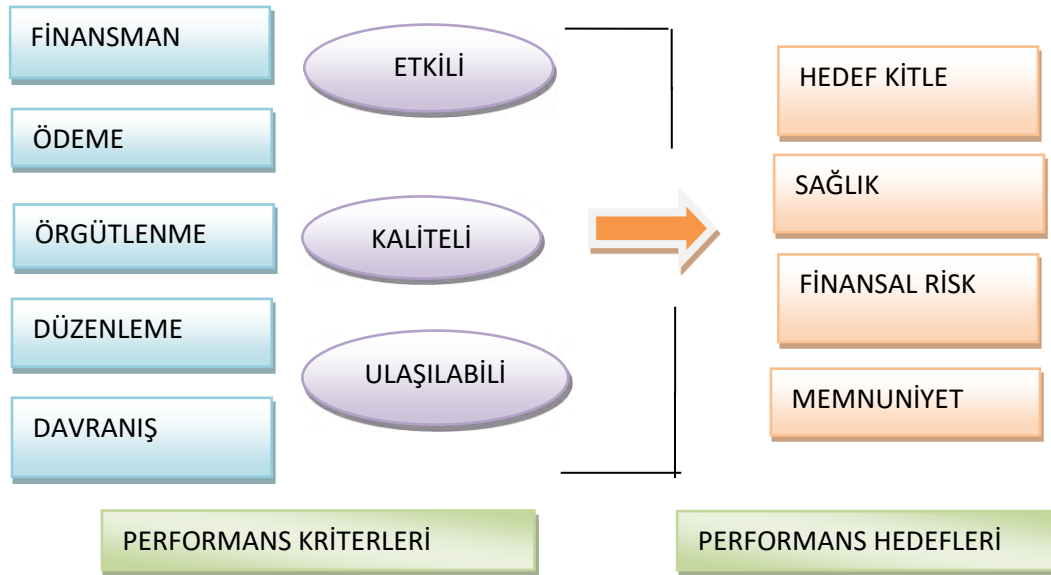
### 4.1. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık Bakanlığı ile Mülga Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı düşünülmüş ve uygulanabilmesi için Sağlıkta Dönüşüm Projesi hazırlanmıştır. Ocak 2003 yılında, 58. Cumhuriyet Hükümeti “Acil Eylem Planı” başlığıyla sağlık alanındaki önemli konuları kamuoyuna açıklamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile “Herkesin Sağlık” başlığı altında, sağlıktaki temel hedefler ortaya konulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında başlatılmış, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulmasında önemli reformlar önermektedir. Programı bir “dönüşüm” olarak isimlendiren Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programını şu şekilde ifade etmektedir. Programın amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde, (i) organize edilmesi, (ii) finansmanının sağlanması ve (iii) sunulmasıdır. Bu amaçlara yönelik ilkeler ise “insan merkezlik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı ve hizmette rekabettir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, 2018)

Sağlıkta Dönüşüm Programında amaç; Kişilere sunulacak olan hizmetlerin etkililik, verimlilik ve eşit kriterler çerçevesinde sunulmasıdır (Sülkü, 2011, s.31).

Şekil 1:Sağlıkta Dönüşümün Başlıca Kontrol Mekanizmalar



**Kaynak:** Roberts ve Arkadaşları, Sağlıkta Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2008. Erişim Tarihi: 25.05.2018.

Şekil 1’den anlaşılacağı gibi belirlenmiş performans hedefleri ve bu hedefleri ortaya koyma amacını taşıyan performans kriterleri, sağlık sisteminin etkin ve finansal açıdan sürdürülmesini sağlayacaktır.

### 4.1.1.Programın Amaçları

Programın amaçları şu şekildedir: (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, 2018)

- Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın elde edilmesi ve sunulmasıdır.
- Uygulanacak politikalarla vatandaşların sağlık seviyesinin yükselmesi sağlanacaktır.
- Doğumda beklenen ortalama ömrün uzatılması, anne ve çocuk ölüm oranlarının azaltılması temel arzulardır.
- Kaynakları verimli bir şekilde kullanarak maliyetlerde azaltma sağlanarak mevcut kaynakla daha çok hizmetin sunulmasının sağlanmasıdır.
- Bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlamak ve hakkaniyet ilkesi doğrultusunda vatandaşların maddi imkanları oranında hizmetin sağlanmasıdır.

### 4.1.2.Programın Temel İlkeleri

Programın temel ilkeleri dokuz tane olup şu şekilde sıralayabiliriz:

- a) İnsan Merkezilik: Sağlık hizmetlerinden faydalanacak olan bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini temel alan bir ilkedir.
- b) Sürdürülebilirlik: Ülkemiz sisteminin kaynaklar açısından yeterli olması ve kendini besleyecek bir yapıda olmasıdır.
- c) Sürekli Kalite Gelişimi: Verilen hizmetleri ve ortaya çıkan sonuçları yetersiz göyerek sürekli olarak daha iyiyi elde etmektir.
- d) Katılımcılık: Var olan sağlık sisteminde yer alan ilgili tüm tarafların fikir ve tavsiyelerinin alınması, sistemin kapsamına alınan bütün bileşenler ile kaynak bütünlüğünün sağlanmasıdır.
- e) Uzlaşmacılık: Sağlık sektöründe yer alan taraflar arasında birbirlerinin çıkarları gözetilerek ortak görüşlerde buluşma ilkesidir.
- f) Gönüllülük: Sistemde sağlık hizmetini veren kesimlerin, hizmet talep eden vatandaşlara veya kurumlara ayrımcılığa başvurmadan davranmaları ilkesidir.
- g) Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetinin finansmanı, planlaması, denetimi ve hizmetin üretiminde görevli olan güçlerin birbirlerinden ayrılmasıdır.
- h) Desantralizasyon: İdari ve mali açıdan bağımsız hale getirilen kuruluşların merkezi idare yönetiminden çıkarılarak yerinden yönetimin gerçekleştirilmesidir.
- i) Hizmette Rekabet: Sağlık hizmeti sunumunda farklı hizmet sunucuları arasında rekabet ortamının sağlanmasıdır.

### 4.1.3.Programın Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri şu şekildedir:

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
- Herkesi tek çatı altında toplayan bir genel sağlık sigortası
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
  - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği

- Etkili, kademeli sevk zinciri
- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
  - Ulusal ilaç kurumu
  - Tıbbi cihaz kurumu
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; Sağlık Bilgi Sistemi

#### 4.1.4.Hastanelerdeki Değişim Uygulamaları

Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan değişim uygulamaları şunlardır: (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>, 2018).

- Tüm vatandaşlarımızın 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ücret ödemeksizin faydalanması imkanı sağlanmıştır.
- 112 Acil hizmetleri tamamen ücretsiz hale getirilmiştir.
- Kamu hastaneleri 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun” ile tek çatı altında birleştirilmiştir.
- 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” kapsamında kişilerin sağlık sigortalarıyla özel sağlık kuruluşlarına ve tıp merkezlerine başvurmaları sağlandı.
- Kişilerin kamu ve özel tüm hastanelerde acil ve yoğun bakım tedavi hizmetlerinden ücretsiz bir şekilde yararlanması sağlanmıştır.
- Özel sağlık kuruluşlarında ilave ücret alınmasının önüne geçildi.
- Kişilerin acil durumlarda sigortasının olup olmadığı farketmeksizin her türlü sağlık hizmetine ücret ödemedi faydalanması sağlanmıştır.
- Ayaktan tedavi kapsamına giren hizmetlerin ödeme kapsamına alınmasını,
- Kişilerin dış tedavisine yönelik hizmetlerden ücret ödemedi yararlanmasının önü açılmıştır.
- İlaçta Referans Fiyat Sistemi uygulamasına geçilmiştir.
- Kişilerin ilaçlarını istedikleri eczaneden satın alabilmelerinin önü açılmıştır.
- Sağlık Uygulama Tebliği ile hastanelerin yatarak tedavi gören hastalar için ilaç ve tıbbi malzemeleri ücretsiz almalarının önü açılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan personellere performansa dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir.
- Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile kamuda tam gün çalışma özendirilmiştir.
- Tüm sağlık kuruluşlarında performans esaslı bütçeleme uygulayarak hedef odaklı yönetime geçilmiştir.
- “Global Bütçe Modeli” geliştirilerek Bakanlığımızca sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanında uygulanmıştır.



- SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı sigortalısı olan kişilerin genel sağlık sigortası prim oranlarının eşitlenmesi sağlanmıştır.
- Özel hastaneler ve tıp merkezlerinden bütün herkesin sağlık sigortalarıyla hizmet alması sağlanmıştır.
- Genel Sağlık Sigortası kapsamına 18 yaşın altında bulunan tüm vatandaşlar sosyal güvencesi olsun ya da olmasın alınmıştır.
- Aile hekimliği sisteminde performansa dayalı ve kayıtlı olan kişi başına ödeme sistemi hayata geçirilmiştir.
- “Yönetici performansı” uygulaması ile hastane yöneticileri için ödemeye esas olmak üzere uygulamaya geçirilmiştir.
- İlaçta tek geri ödeme komisyonu kurulmuştur.
- Sağlıkla ilgili tüm bilgiler görülmesi için Sağlık-Net’ uygulaması geliştirilmiştir.
- ”Hekimlerin kamu ve özel sağlık işletmelerinde eş zamanlı çalışmalarını ortadan kaldırmak amacıyla “Tam Zamanlı Çalışma” çıkarılmıştır.
- Sağlık kuruluşlarında “Merkezi Hastane Randevu Sistemi” uygulaması başlatılmıştır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık işletmelerinde “Hasta Hakları Birimi” kurulmuş ve doktor seçme hakkı getirilmiştir.
- İlaç Takip Sistemi (İTS) ile ilacı geçtiği her aşamada izlenmesi amaçlanmıştır.
- Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) yayınlanmıştır.

## 4.2. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Genel Sağlık Sigortası (GSS)

Sosyal Güvenlik Kurumu; Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli sandığı ve BAĞ-KUR kurumlarının 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal güvenlik kurumuna devredilerek kurulmuş olup, Mülga Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilgili bir kuruluşudur (Kırımlı, 2013, s. 15).

Kurumun temel amacı, hizmet sözleşmesi altında bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılan sigortalı kişileri iş hayatının öngörülemeyen risklerine karşı sigorta etmek amacıyla sosyal güvenliklerini sağlamaktır.

Temmuz 2004 tarihinde Mülga Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından “Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi” taslağı kamuoyuna takdim edilmiştir. Böyle bir sistemin düşünülmesinin nedeni; Sağlık verilerinin tek bir merkezde ele alınmaması ve harcama finansmanının tek bir merkezden kontrol edilmemesi, giderlerin ölçüsüzlüğü, bürokrasi işlemlere ve sağlık politikalarının oluşturulmasında yanlışlıklara neden olduğu düşünülmüştür. Bu bağlamda vatandaşlarımızın tümünü kapsayan bir Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması düşünülmüştür (Orhaner, 2000, s.40).

Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel ve işlevsel oluşumu, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin düzenli olarak yürütülmesi gibi birtakım organize ve reform yapılmıştır. 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmetin sunumundan ayrılmıştır. Bahse konu yasa ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR kapsamında olan bireyler genel sağlık sigortası kapsamında sağlıklarına ilişkin bir güvence elde etmişlerdir. Yeşil kart sahibi vatandaşlar kapsama alınması için çalışmalar başlatılmıştır (Serin, 2004, s.15).

“Genel sağlık sigortası kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayan, sağlık sigortasıdır”. (TTB, 2005, s.30).

Genel sağlık sisteminin getirmiş olduğu en önemli yeniliklerden biri, bütün vatandaşları kapsamış olmasıdır. En önemli amacı, sistem dışında hiç kimsenin kalmaması ve ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından ödenmesi amaçlanmıştır. 25 yaşına kadar sigortalının çocukları anne veya babası üzerinden, 25 yaşını doldurduklarında ise Kurum tarafından sigortalı sayılacaklardır.

## 5.LİTERATÜR ÖZETİ

Bu bölümde konu ile ilgili yapılmış olan çalışmalar yer almaktadır.

Güvercin ve arkadaşları (2016) tarafından Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nun bu finansmandaki yerinin ortaya konulması amacıyla yapılan çalışmada sağlık harcamalarının oranının giderek artması, GSS sistemi üzerinde baskı oluşturduğunu ve bu sistem üzerindeki etkisini azaltmak, sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla birtakım araçlara gereksinim duyulduğunu ifade etmektedir. Bu araçlardan bazılarının ise, aile hekimliği uygulamasının tam anlamıyla işlerlik kazandırılması, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun arttırılması ve sevk zinciri sistemine uyulması gerektiği ifade edilmiştir.

Gümüş (2010) tarafından Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler isimli yapılan çalışmada Sağlıkta Dönüşüm kapsamına genel sağlık sigortasının sadece temel teminat paketinde yer alan sağlık hizmetlerinin bedelini karşılaması ve katılım payı uygulaması ödeme gücü yetersiz olanları dışlayıcı, sosyal sigortacılık anlayışı ile bağdaşması mümkün olmayan bir niteliğe sahip olduğunu ifade etmiştir.

Mısırlı (2007) tarafından Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği isimli yapılan çalışmada sosyal güvenlik reformunun başarılı olması için salt yasal düzenlemelerin yetmeyeceği, reformun başarısının ülkenin eğitim, bilim, ekonomi, toplumsal yaşam gibi tüm alanlarda topyekün kalkınmanın gerektiği ile sistemin finanse edilebilmesi için ülke kaynaklarının boşa sarf edilmemesi, doğru planlama ile ihtiyaçların gerek teknoloji ve bilgi, gerek tıbbi malzeme olarak kendi üretimimizle karşılanması yolu ile kaynak etkin kullanımı metodu ile verimliliğin artırılması gerektiğini ifade etmiştir.

Çiftçi (2011) tarafından Sağlık Sistemi ve Finansmanı: Türkiye ve Çeşitli Ülkeler isimli yapılan çalışmada, koruyucu sağlık ve halk sağlığına yönelik politikaların geliştirilerek daha maliyetli olan tedavi edici sağlık hizmetlerine daha az kamu kaynağı ayrılması gerektiği, özel sektörün de sistemde yer alması gerektiğini ifade etmiştir.

Özmen (2013) tarafından Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri isimli yapılan çalışmada, GSS ile ulaşılabilirliği artan sağlık hizmetine artan talep ve sağlık hizmeti harcamalarının bütçesinin kontrolünü zorlaştırdığı, sürdürülebilir bir sistemin devreye sokulduğu, fiyatlandırma üzerinde durulduğu, faturaların kontrol altında tutularak etkili bir denetim modelinin kurulmaya çalışıldığı ifade edilmiştir.

Er (2011) tarafından Sağlıkta Dönüşüm Aracı: Genel Sağlık Sigortası isimli yapılan çalışmada, “Sigorta “ yaklaşımından vazgeçilerek; sadece prim koşulunu yerine getiren “sigortalı kişileri” değil, ülkede yaşayan bütün bireyleri kapsayan ve artık insan hakları bağlamında ele alınması gereken sağlık hakkına dayalı bir sistem kurularak, sağlık giderleri genel bütçedeki vergilerle karşılanmalıdır şeklinde ifade etmiştir.

Erol ve Özdemir (2014) tarafından Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulanan politikalar, Türkiye’deki sağlık sistemini devletin neredeyse tümüyle hizmet sunumundan çekildiği, tedavi edici sağlık hizmetlerine odaklanmış bir yaklaşımla büyütülen bir “piyasa”da özel sektörün egemen olduğu, bu nedenle de başta yoksullar olmak üzere toplumun dar gelirli kesimlerinin sağlık hizmetine erişimlerinin kısıtlanacağı bir yapıya doğru hızla sürüklendiği ve bu yapının da sağlıkta eşitsizlikleri azaltmasının beklenmemesi gerektiği ifade edilmiştir.

Başol ve Işık (2015) tarafından Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler isimli yapılan çalışmada, SDP ile istenildiği şekilde Türk sağlık sisteminin yapısal olarak değiştiğini ve bu değişimin hızlı olduğunu, sigorta kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, kalite ve akreditasyona önem veren bir bakış açısının geliştirilmesi, hasta hakları ve

verimlilik, etkililik, rekabet, hekim seçme hakkı gibi kavramlarının ön plana alınması ile reformun sonuçlarının son derece etkili ve önemli olduğunu ifade etmiştir.

Tunca (2014) tarafından Türkiye’de Sağlık Harcamalar ve Finansmanı adlı yapılan çalışmada ise SDP ile ilaç tüketiminin artış gösterdiği, özellikle üniversite hastanelerinin iş yükünün çoğaldığını, tıp hizmetlerinin olmazsa olmaz ilkesi olan araştırma ve geliştirme hizmetlerinin aksaması ve OECD ülkelerine kıyasla oldukça düşük bir düzeyde olan uzman personel sıkıntısının artma riskinin baş gösterdiğini, sonuç olarak ilaç konusunda SDP’nin hedeflediği etkinlikten uzaklaştığını ifade etmiştir.

Soysal ve Yağar (2015) tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Bir Araştırma adlı yapılan çalışmada, ankete katılan vatandaşların memnun oldukları alana bakıldığında %70’i sağlık güvencelerinin arttığını, %63’ü hizmet sunumunun iyileştirildiğini ve %90’ını da gelir düzeyi yetersiz bireylerin ve 18 yaşın altında çocukların devletçe kapsama alınmasını olumlu bir gelişme olduğunu düşündüklerini, bu nedenle katılımcıların SDP’yi olumlu fakat yetersiz bir gelişme olarak gördükleri ortaya çıktığını ifade etmiştir.

Mamur Işıklı (2016) tarafından Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm isimli yapılan çalışmada, sağlığın devlet eliyle sunulması gereken bir hizmetin kar alanı haline getirilmesi ilerleyen dönemlerde özellikle toplumun dar gelirli sınıflarının sağlık hizmetine erişimlerinin daha da kısıtlanacağı bir yapıyı hazırladığını ifade edilmiştir.

## **6.ARAŞTIRMA YÖNTEMİ**

### **6.1.Araştırma Evren ve Örneklemi**

Bu araştırmanın evrenini İstanbul İli Bakırköy, Bahçelievler ve Gaziosmanpaşa bölgesinde bulunan kamu ve özel sağlık kuruluşları oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır.

Çalışmada işletmelerin yatırım ve finans kararlarından sorumlu olan kişiler “finans yöneticisi” olarak kabul edilmiştir. Anketlerin uygulandığı yöneticiler; Hastane Müdürü, Hastane Müdür Yardımcısı, İdari/Mali Hizmetler Müdürü, İdari /Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı, Finans Müdürü, Muhasebe Müdürü, Kurumlar Döner Sermaye Birim Müdürü, Başhekim, Başhekim yardımcısı ile finans alanında görev yapan diğer mali ve idari birim çalışanları oluşturmuştur.

### **6.2. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırları**

Bu çalışmanın kapsamını İstanbul ili Bakırköy, Bahçelievler ve Gaziosmanpaşa Bölgesinde faaliyette bulunan devlet ve özel hastane yöneticileri ile finans alanında görev yapan diğer mali ve idari birim çalışanları oluşturmaktadır. Özel hastanelerle yapılan birçok görüşmeye rağmen çoğu hastanenin bilgilerini paylaşmaktan çekinmeleri bu araştırmanın önemli kısıtlarından birisidir. Yine özel hastaneler içerisinde yer alan özel tıp merkezleri ise yatarak sağlık hizmeti vermemeleri, birkaç dalda sağlık hizmeti vermeleri vb. nedenlerle özel hastanelerden ayrılmaktadırlar. Bu yüzden çalışmanın kapsamına alınmamıştır. Kamu ve özel hastaneler olmak üzere toplamda 213 adet anket yapılmıştır. Araştırma, 2018 yılı Haziran-Eylül ayları arasında yapılmıştır.

### **6.3.Veri Toplama Yöntemi**

Veri toplama aracı olarak “Anket” formu kullanılmıştır. Anket çalışması 5 ana başlık altında toplanmış ve 28 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde anketi dolduran kişinin özellikleri ile ilgilidir. İkinci bölümde anketi dolduran kişinin Finansal Yönetim Bilgi Düzeyini ölçmeye yönelik sorular sorulmuştur. Üçüncü bölümde Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği konusunda sorular, cevapları önem derecesine göre sıralanacak şekilde oluşturulmuştur. Dördüncü bölümde Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışmaları ilgili sorular, cevapları önem derecesine göre sıralanacak şekilde oluşturulmuştur. Beşinci bölümde ise Finansal Yönetim Açısından Sağlık Mevzuatı ilgili sorular, cevapları önem derecesine göre sıralanacak şekilde oluşturulmuştur. Sorulara verilmesi istenen cevaplar 5’li Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. Üçüncü bölümde sorulara verilmesi istenen cevaplar “Çok Önemsiz, Önemsiz, Fikrim Yok, Önemli, Çok Önemli” ve diğer Dördüncü ve Beşinci bölümde ise sorulara verilmesi istenen cevaplar ise “Hiç Katılmıyorum, Kısmen Katılmıyorum, Emin Değilim, Kısmen Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum” şeklinde ölçeklendirilmiştir. Sonuncu bölümde ise anketi cevaplandırması istenen hastane yöneticisinin ve çalışanların, finansal sorunlara dair görüşlerini yazmasına imkân veren açık uçlu bir soru sorulmuştur.

## 6.4.Ölçek Geliştirme Sürecine İlişkin Bulgular

Devlet ve Özel hastane yöneticileri ile finans alanında görev yapan diğer mali ve idari birim çalışanlarının Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği, Sağlıkta Dönüşüm Çalışmaları ve Sağlık Mevzuatına ilişkin görüş ve memnuniyetlerini belirlemeye yönelik bir ölçek aracı geliştirilmesindeki ilk aşamada benzer çalışmalar incelenmiş ve uzman görüşleri alınmıştır. Daha sonra görüş ve memnuniyeti ifade edebilecek sorular (maddeler) oluşturulmuştur. Katılımcıların görüşlerini ifade edebilecek 28 tane soru sorulmuştur. 28 maddelik taslak ölçek için 5 dereceli Likert tipi bir anket formu hazırlanmıştır. 28 maddelik taslak ölçek üzerinde güvenilirlik analizi, geçerlilik analizi ve açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Testi oluşturan maddelerin analiz edilerek maddelerin testten çıkartılıp çıkartılmamasına karar vermek için öncelikle Madde Analizi yapılmıştır. Madde Analizi sonucuna göre; Ölçeklerde yer alan maddelerin birbirleri ile ilişkisi yüksek düzeyde olduğu belirlenmiş ve bu nedenle ölçeklerden madde çıkarımı yapılmamıştır. Ardından ölçeklerde yer alan bütün soruların (maddelerin) birbirleriyle tutarlılığını ve yeterliliğini ortaya koymak amacıyla Güvenilirlik analizi yapılmıştır. Likert tipi bir ölçeğin güvenilirliğini test etmek için; Cronbach tarafından geliştirilen ve kendi adıyla  $\alpha$  Cronbach katsayısının kullanılması gerekir. Ölçeğin  $\alpha$  katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı ölçeğin unsurlarını tanımlamaya yönelik maddelerden oluştuğu söylenebilir. Likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı mümkün olduğunca 1'e yakın olmalıdır. Alfa değeri 0 ile 1 arasında yer alır ve kabul edilebilir bir alfa değerinin en az 0,65 olması arzu edilir. Çalışmamızda sorulan Likert ölçekli maddelerin çalışanlar tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı Cronbach testi ile test edilmiştir. Hazırlanan ölçeklere ait maddelerin iç tutarlılıkları Cronbach's Alpha ile ölçülmüş ve anketin güvenilirlik katsayısı % 70'in üzerinde çıktığı için oldukça yüksek derecede güvenilir bir anket olduğu ortaya çıkmıştır. Ölçme aracında yer alan maddelerin ölçülmek istenen özellikle yüksek düzeyde ilişki vermesi ve faktörler arasındaki ilişkinin kurama uygun olma durumunu test etmek için Yapı Geçerliliği ölçülmüştür. Yapı Geçerliliğini test etmek için Faktör Analizi yöntemi uygulanmıştır. Ölçeğin faktör analizine uygunluğunun belirlenmesi ve mevcut örneklemin evreni temsil edip etmediğini belirlemek amacıyla Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Barlett's Küresellik Testi yapılmıştır. KMO değerinin 0.60'dan büyük olması ve Barlett's testinin anlamlı olması ölçeğin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. KMO değeri sırasıyla; 0,851, 0,695, 0,782 ve 0,839 olduğu ve Barlett's sonucu ise  $p < 0.01$  önem düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Faktör analizi sonucuna göre madde çıkarımı yapılmasına gerek duyulmamıştır. Sonuç olarak 28 maddelik ölçeğin yapılmış olan analizlerle geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır.

**Tablo 1.** Ölçeğe İlişkin Güvenilirlik Katsayısı Sonuçları

Boyutlar	Soru Sayısı	Cronbach's Alpha
Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları	10	0,911
Finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Sorunlar	4	0,786
Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları	6	0,882
Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları	4	0,901

## 6.5.Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Analizlerde verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını incelemek için normal dağılım analizlerinden Kolmogorov- Smirnov analizi yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun olmasından dolayı parametrik testler kullanılmıştır. Gruplar arasında ortalamalara ve varyanslara göre farklılık olup olmadığını tespit etmek için parametrik testlerden "T-testi" ve "ANOVA" kullanılmaktadır. Ancak, bu iki test gözlem sayısının 30'dan fazla olduğu ve normallik varsayımının geçerli olduğu durumlarda geçerlidir. Dağılımların normal çıktığı belirlendiği için 2' li gruplar arasındaki farklılıkların belirlenmesinde Bağımsız Örneklem T-testi, 2'den fazla grupların arasındaki farklılıkların belirlenmesinde Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) testi uygulanmıştır. Testte anlamlı sonuç verenlerin anlamlılığının hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post-Hoc analizlerinden LSD testi yapılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $\alpha=0.05$  kabul edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler IBM

SPSS Statistics 22.0 programında yapılmıştır. Daha sonra veriler analiz edilerek birtakım bulgular elde edilmiştir. Elde edilen bulgular ise Araştırma Bulguları başlığı altında incelenmiştir.

## 7. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Anketi yanıtlayan katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular aşağıda Tablo 3'de yer almaktadır.

**Tablo 2:** Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>Cinsiyet</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Kadın	127	59,6
Erkek	86	40,4
Toplam	213	100,0
<b>Yaş</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
25-30	66	31,0
31-40	83	39,0
41-50	36	16,9
51 ve üzeri	28	13,1
Toplam	213	100,0
<b>Hastane Mülkiyeti</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Devlet	139	65,3
Özel	74	34,7
Toplam	213	100,0
<b>Görev</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Müdür	17	8,0
Müdür Yardımcısı	22	10,3
Diğer	174	81,7
Toplam	213	100,0
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Doktora	15	7,0
Yüksek Lisans	55	25,8
Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu	44	20,7
Diğer	99	46,5
Toplam	213	100,0
<b>Tecrübe</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 yıl veya altı	40	18,8
2-3 yıl	47	22,1
4-5 yıl	52	24,4
6 yıl veya üzeri	74	34,7
Toplam	213	100,0

Tablo 2'de katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %59,6'sının kadın, %40,4'ünün erkek, %31'inin 25-30 yaş, %39'unun 31-40 yaş, %16,9'unun 41-50 yaş aralığında olduğu belirlenirken %13,1'inin 51 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %65,3'ü devlet hastanesinde %34,7'si özel hastanede görev yaptığı belirlenirken, %8'inin müdür, %10,3'ünün müdür yardımcısı, %81,7'sinin diğer görev türlerinde birinde görev yaptıkları belirlenmiştir. Katılımcıların %7'si doktora mezunu, %25,8'i yüksek lisans, %20,7'si sağlık bilimleri yüksekokulundan, %46,5'i ise diğer fakülte türleri veya yüksekokullardan mezun oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların %18,8'nin 1yıl veya altı, %22,1'in 2-3 yıl, %24,4'ün 4-5 yıl, %34,7'nin ise 6yıl veya üzeri tecrübeye sahip oldukları belirlenmiştir.

**Tablo 3: Katılımcıların Finansal Yönetim Bilgi Seviyesine Göre Dağılımı**

<b>Finans Muhasebe Konusunda Eğitim Alma Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	138	64,8
Hayır	75	35,2
Toplam	213	100,0
<b>Finans Muhasebe Alanında Ders Alındıysa Eğitimin Tamamlanma Şekli</b>		
Dört Yıllık Lisans Eğitimi	52	37,7
Yüksek Lisans Eğitimi	20	14,5
Meslek İçi Gelişim Ve Eğitim Sertifika Program	37	26,8
Finansal Yöneticilik Alanında Özel Eğitim Kursuna Katıldım.	15	10,9
Diğer	14	10,1
Toplam	213	100,0
<b>Daha Önce Finans Konusunda Görev Yapma Durumu</b>		
Evet	77	36,2
Hayır	136	63,8
Toplam	213	100,0
<b>Finans Yöneticiliği Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı Duyma Durumu</b>		
Evet	125	58,7
Hayır	88	41,3
Toplam	213	100,0
<b>Sağlık Kurumunun SGK İle Anlaşma Olması Durumu</b>		
Evet	213	100
Toplam	213	100,0
<b>Sağlık Kurumunun Özel Sağlık Sigortası ile Anlaşmalı Olması Durumu</b>		
Evet	94	44,1
Hayır	119	55,9
Toplam	213	100,0
<b>Sağlık Kurumunun Mali Yönden Zorluk Yaşama Durumu</b>		
Evet	120	56,3
Hayır	93	43,7
Toplam	213	100,0

Tablo 3’de katılımcıların finansal yönetim bilgi seviyelerine göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların % 64,8’i finansal muhasebe konusunda eğitim aldığı, %35,2’sinin eğitim almadığı, %37,7’si muhasebe eğitimini lisans eğitimi süresinde, %14,5’i yüksek lisans eğitiminde, % 26,8’i meslek için gelişim ve eğitim sertifika programında, % 10,9’u finansal yöneticilik alanında özel bir eğitimde, % 10,1’i diğer yerlerden eğitim aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %36,2’si daha önce finans konusunda bir görev yaptığı, %63,8’inin görev yapmadığı, %58,7’sinin finans yöneticiliği konusunda eğitim görme ihtiyacı duyarken %41,3’ünün eğitim göremeye gerek duymadığı belirlenmiştir. Devlet ve özel hastanelerin %100’ünün SGK ile anlaşmalı olduğu, aynı zamanda %44,1’inin özel sağlık sigorta kuruluşu ile anlaşmalı olduğu, % 55,9’unun özel sağlık sigortası kuruluşu ile anlaşmalı olmadığı belirlenirken katılımcıların %56,3’ünün sağlık kurumunun mali yönden zorluk yaşadığını düşündüğü %43,7’sinin ise bir zorluk yaşamadığını düşündüğü belirlenmiştir.

**Tablo 4:** Araştırmaya Katılanların Mülkiyetleri İle Genel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Uygulama Tebliği İle İlgili Olarak Hastanelerinde Sorun Yaşadığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı

Mülkiyet		Genel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Uygulama Tebliği İle İlgili Olarak Hastanenizin Sorunlar Yaşadığını Düşünüyor Musunuz ?		
		Evet	Hayır	Toplam
Devlet Hastanesi	N	102	37	139
	%	73,4	26,6	100,0
Özel Hastanesi	N	60	14	74
	%	81,1	18,9	100,0
Toplam	N	162	51	213
	%	76,1	23,9	100,0

Devlet hastanesinde görev yapanların olanların %73,4'ünün Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği ile ilgili hastanelerinin sorunlar yaşadığını belirtirken %26,6'sının sorunlar yaşamadığını belirttiği belirlenmiş, özel hastanede görev yapanlara göre ise Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği ile ilgili hastanelerinin sorunlar yaşadığını düşünenlerin oranı %81,1 sorun yaşamadığını düşünenlerin oranı ise %18,9 olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 5:** Araştırmaya Katılanların Mülkiyetleri İle Sağlık Bakanlığının Yürütmekte Olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Olarak Hastanelerinde Sorun Yaşadığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı

Mülkiyet		Sağlık Bakanlığının Yürütmekte Olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Olarak Hastanenizin Sorunlar Yaşadığını Düşünüyor Musunuz?		
		Evet	Hayır	Toplam
Devlet Hastanesi	N	94	45	139
	%	67,6	32,4	100,0
Özel Hastanesi	N	59	15	74
	%	79,7	20,3	100,0
Toplam	N	153	60	213
	%	71,8	28,2	100,0

Devlet hastanesinde görev yapanların olanların %67,6'sının sağlık bakanlığının yürütmekte olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili hastanelerinin sorunlar yaşadığını belirtirken %32,4'ünün sorunlar yaşamadığını belirttiği belirlenmiş, özel hastanede görev yapanlara göre ise Sağlık bakanlığının yürütmekte olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili hastanelerinin sorunlar yaşadığını düşünenlerin oranı %79,7'i sorun yaşamadığını düşünenlerin oranı ise %20,3 olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 6:** Araştırmaya Katılanların Mülkiyetleri İle Günümüzde Uygulanmakta Olan Sağlık Mevzuatı İle İlgili Olarak Hastanelerinde Sorun Yaşadığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı

Mülkiyet		Günümüzde Uygulanmakta Olan Sağlık Mevzuatı İle İlgili Olarak Hastanenizin Sorunlar Yaşadığını Düşünüyor Musunuz?		
		Evet	Hayır	Toplam
Devlet Hastanesi	N	102	37	139
	%	73,4	26,6	100,0
Özel Hastanesi	N	61	13	74
	%	82,4	17,6	100,0
Toplam	N	163	50	213
	%	76,5	23,5	100,0

Devlet hastanesinde görev yapanların olanların %73,4'ünün günümüzde uygulanmakta olan Sağlık Mevzuatı ile ilgili hastanelerinin sorunlar yaşadığını belirtirken %26,6'sının sorunlar yaşamadığını belirttiği belirlenmiş, özel hastanede görev yapanlara göre ise günümüzde uygulanmakta olan Sağlık Mevzuatı ilgili

hastanelerinin sorunlar yaşadığını düşünenlerin oranı %82,4 sorun yaşamadığını düşünenlerin oranı ise %17,6 olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 7:** Hastanenin Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği İle İlgili Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

Hastanenin Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği İle İlgili Sorun Yaşama	n	%
Evet	162	76,1
Hayır	51	23,9
Toplam	213	100

Katılımcıların %76,10' nun hastanelerinde Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği ile ilgili sorunlar yaşadığı belirlenirken %23,90'nun herhangi bir sorun yaşamadığı belirlenmiştir.

**Tablo 8:** Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Hastanenin Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

Hastanenin Sağlıkta Dönüşüm İle İlgili Sorun Yaşama	n	%
Evet	153	71,8
Hayır	60	28,2
Toplam	213	100

Katılımcıların %71,8'inin çalıştığı kurumun Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili sorunlar yaşadığı belirlenirken %28,2'sinde herhangi bir sorun yaşamadığı belirlenmiştir.

**Tablo 9:** Sağlıkta Mevzuat Sorunları İle İlgili Hastanenin Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

Sağlıkta Mevzuat Sorunları İle İlgili Hastanenin Sorun Yaşama Durumları	n	%
Evet	163	76,5
Hayır	50	23,5
Toplam	213	100

Katılımcıların %76,5'inin çalıştığı kurumun Sağlıkta Mevzuat sorunları yaşadığı belirlenirken %23,5'inde herhangi bir sorun yaşamadığı belirlenmiştir.

**Tablo 10:** Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları

İfadeler	n	$\bar{x}$	s.s
Genel sağlık sigortası sağlık bakım hizmetleri ödemeleri için gerekli politikaların ve araçların geliştirilmesine yönelik çalışmaların yeterliliği	162	4,24	0,86
Sağlık tesisine müracaat eden bireylerin tıbbi kayıtlarının korunmasına yönelik önlemlerin alınması	162	4,01	0,86
Finansal yönetim açısından fatura kaçaklarının önlenmesine yönelik önlemlerin alınması	162	4,01	0,92
Ulusal ilaç bilgi bankası veritabanının günümüz koşullarına uygunluğu	162	4,11	0,88
Hastane yönetim bilgi sistemini destekleyecek enformasyon sistemlerinin kurulmasına yönelik çalışmaların yeterliliği	162	4,01	1,00
Temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla sağlık bilgi sisteminden beklenen verimin alınması	162	4,15	0,81
Finansal yönetim açısından sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonunca ödenecek miktarların sağlık hizmetlerini karşılayacak bir yapıda olması	162	3,94	0,95
Sağlık uygulama tebliği (SUT) kapsamında olmayan SGK' lı hastaların tedavisine ilişkin işlemlerin faturalandırması	162	4,09	0,88
Hastane giderlerinin her yıl artış göstermesine rağmen sağlık uygulama tebliği (SUT) fiyatlarının artmaması	162	3,15	0,69
Sağlık uygulama tebliği (SUT) fiyatlarındaki ücretlerin gerçek maliyetleri yansıtmaması	162	2,17	0,66
<b>Genel Ortalama:</b>		<b>3,79</b>	

Finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri incelendiğinde genel düzeylerin yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ( $\bar{X}= 3,79$ ). En yüksek sağlık sorunları



düzeyine ait maddenin 4,24 ortalama ile “Genel sağlık sigortası sağlık bakım hizmetleri ödemeleri için gerekli politikaların ve araçların geliştirilmesine yönelik çalışmaların yeterliliği” maddesi olduğu belirlenirken en düşük sağlık sorunu düzeyine ait maddenin 2,17 ortalama ile “Sağlık uygulama tebliği (SUT) fiyatlarındaki ücretlerin gerçek maliyetleri yansıtması” maddesi olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 11:** Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışmaları Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları

İfadeler	n	$\bar{x}$	s.s
Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarına getirilen sevk sistemi esasları, vatandaşa tam olarak tanıtılmadığından dolayı etkin bir şekilde işlememektedir.	153	3,48	1,27
Sağlık hizmet sunucularının SGK ile sözleşme imzalaması, hizmet sunucularına faydasından çok zararı olmaktadır.	153	2,41	1,20
Sağlıkta finansal yönetimi destekleyen eğitim ve bilim kurumlarının kurulması, sağlıkta dönüşümünde başarıyı yakalayamamıştır.	153	3,27	1,26
Sağlık tesisi yöneticiliğince kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede esnek bırakılması sorunlar oluşmasına sebep olmaktadır.	153	3,50	1,21
<b>Genel Ortalama:</b>		<b>3,15</b>	

Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri incelendiğinde genel düzeylerin orta seviyede olduğu belirlenmiştir ( $\bar{X}= 3,15$ ). En yüksek Sağlıkta Dönüşüm düzeyine ait maddenin 3.50 ortalama ile “Sağlık tesisi yöneticiliğince kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede esnek bırakılması sorunlar oluşmasına sebep olmaktadır.” maddesi olduğu belirlenirken en düşük Sağlıkta Dönüşüm maddesinin 2,41 ortalama ile “Sağlık hizmet sunucularının SGK ile sözleşme imzalaması, hizmet sunucularına faydasından çok zararı olmaktadır” maddesi olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 12:** Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlar Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları

İfadeler	n	$\bar{x}$	s.s
Etkililik	153	3,92	0,94
Verimlilik	153	4,09	0,93
Sürdürülebilirlik	153	4,05	0,91
Sürekli kalite gelişimi	153	4,00	0,97
Gönüllülük	153	3,99	0,83
Hizmete rekabet	153	3,92	1,02
<b>Genel Ortalama:</b>		<b>4,00</b>	

Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları düzeyleri incelendiğinde genel düzeylerin yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ( $\bar{X}= 4,00$ ). En yüksek sağlıkta dönüşüm düzeyine ait maddenin 4,09 ortalama ile “Verimlilik” maddesi olduğu belirlenirken en düşük sağlıkta dönüşüm maddesinin 3,92 ortalama ile “Etkinlik” ve “Hizmete rekabet” maddeleri olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 13:** Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları

İfadeler	n	$\bar{x}$	s.s
Sağlık mevzuatı, uzun süre ihtiyacı cevap verecek şekilde ve günün şartlarına göre yeniden düzenlendiğinde sorunlar çözülebilir.	163	2,65	1,14
Sürekli değişen yönetim kadroları ve sağlık mevzuatları nedeniyle yeterince verim alınmamakta ve işin sahiplenmesi istenilen düzeyde olmamaktadır.	163	2,90	1,10
Günümüzde yürürlükte olan sağlık mevzuatının neleri içerdiği ve günlük uygulamalarda nasıl yararlanılacağı konusunda sağlık yöneticileri ve çalışanlar bilgi sahibidirler.	163	3,07	1,17
Sektörde haksız rekabetin önüne geçilmesi için yasal düzenlemelerde yapılan değişiklikler yeterli düzeydedir.	163	2,36	1,12
<b>Genel Ortalama:</b>		<b>2,74</b>	

Finansal yönetim açısından Sağlıkta Mevzuat soruları düzeyleri incelendiğinde genel düzeylerin orta seviyede olduğu belirlenmiştir ( $\bar{X}= 2,74$ ). En yüksek Sağlıkta Mevzuat düzeyine ait maddenin 3,07 ortalama ile “Günümüzde yürürlükte olan sağlık mevzuatının neleri içerdiği ve günlük uygulamalarda nasıl yararlanılacağı konusunda sağlık yöneticileri ve çalışanlar bilgi sahibidirler.” maddesi olduğu belirlenirken en düşük sağlıkta mevzuat maddesinin 2,36 ortalama ile “Sektörde haksız rekabetin önüne geçilmesi için yasal düzenlemelerde yapılan değişiklikler yeterli düzeydedir” maddesi olduğu belirlenmiştir.

## 7.1. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN TEST EDİLMESİ

### 7.1.1. Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunlarına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

**Tablo 14:** Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşamayı Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşamayı	n	$\bar{X}$	ss	sd	t	p
Evet	69	3,23	0,48			
Hayır	93	4,20	0,37	160	14,641	<b>0,000*</b>
**p<0.01						

**H<sub>1.7</sub>:** Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri sağlık tesisinin mali zorluklar yaşamayı değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin sağlık tesisinin mali zorluklar yaşamayı değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin sağlık tesisinin mali zorluklar yaşamayı değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak % 99 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir [t(160)=14,641 p<0.01, p=0.000].

**Tablo 15:** Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Görev Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Görev	N	$\bar{X}$	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Müdür	17	4,69	0,03	Gruplar arası	32,181	2	16,091		<b>0,000**</b>
Müdür Yardımcısı	22	4,49	0,09	Grup içi	33,334	159	0,210	76,751	
Diğer	123	3,54	0,52	Toplam	65,515	161			

\*\*p<0.05  
1.Grup= Müdür, 2.Grup= Müdür Yardımcısı, 3.Grup= Diğer

**H<sub>1.9</sub>:** Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri görev türüne göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin görev türüne göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu belirlenmiştir [F(2-161)=0 76.751, p<0.01, p= 0.000].Görevi diğer ( $\bar{x}$  =**3,54**) olan katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunu düzeylerinin görevi müdür ( $\bar{x}$  =**4,69**) ve müdür yardımcısı ( $\bar{x}$  =**4,49**) olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı LSD testi ile test edilmiş, 3. Grup ile 1. ve 2.Gruplar arasında gözlemlenen fark anlamlı bulunmuştur.

### 7.1.2.Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı Sorunlarına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

**Tablo 16:** Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Daha Önce Finans Görevi Üstlenme Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Daha Önce Finans Görevi Üstlenme	n	$\bar{X}$	ss	Sd	t	p
Evet	17	2,74	0,89			
Hayır	136	3,22	0,87	151	2,139	0,034*

\*p<0.05

**H<sub>2.4</sub>:** Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm düzeyleri daha önce finans görevi üstlenme gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem T-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir [t(151)= 2,139 p<0.05,p= 0.034].

**Tablo 17:** Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Yaş Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Yaş	n	$\bar{X}$	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
25-30	41	3,58	0,89	Gruplar arası	10,632	3	3,544	4,866	<b>0,003**</b>
31-40	62	3,08	0,83	Grup içi	108,533	149	0,728		
41-50	32	2,87	0,80	Toplam	119,165	152			
51 ve üzeri	18	3,04	0,93						
**p<0.01 1.Grup=25-30, 2.Grup= 31-40, 3.Grup= 41-50, 4.Grup= 51 ve üzeri									

**H2.8:** Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm düzeyleri yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm düzeylerinin yaş göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir [F(3-152)= 4.866, p<0.01, p= 0.003]. Yaşı 25-30 ( $\bar{x}$  =**3,58**) olan katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm düzeylerinin yaşı 31-40 ( $\bar{x}$  =**3,08**), yaşı 41-50 ( $\bar{x}$  =**2,87**) ve yaşı 51 ve üzeri ( $\bar{x}$  =**3,04**) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı LSD testi ile test edilmiş, 1. Grup ile 2. 3. ve 4. Gruplar arasında gözlemlenen fark anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 18:** Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresi Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Kurumda Çalışma Süresi	n	$\bar{X}$	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
1 yıl veya altı	29	3,25	0,91	Gruplar arası	11,036	3	3,679	5,069	<b>0,002**</b>
2-3 yıl	28	3,54	0,76	Grup içi	108,129	149	0,726		
4-5 yıl	35	3,34	0,75	Toplam	119,165	152			
6 yıl veya üzeri	61	2,85	0,92						
**p<0.01 1.Grup=1 yıl veya altı, 2.Grup= 2-3 yıl, 3.Grup= 4-5 yıl, 4.Grup= 6 yıl ve üzeri									

**H2.11:** Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm düzeyleri kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm düzeylerinin kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu belirlenmiştir [F(3-152)= 5.069, p<0.01, p= 0.002]. Çalışma süresi 6 yıl ve üzeri ( $\bar{x}$  =**2,85**) olan katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin çalışma süresi 1 yıl ve altı ( $\bar{x}$  =**3,25**) 2-3 yıl ( $\bar{x}$  =**3,54**) ve 4-5 yıl ( $\bar{x}$  =**3,34**) olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı LSD testi ile test edilmiş, 4. Grup ile 1. 2. ve 3. Gruplar arasında gözlemlenen fark anlamlı bulunmuştur.

### 7.1.3.Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlara Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

**Tablo 19:** Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Daha Önce Finans Görevi Üstlenme Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Daha Önce Finans Görevi Üstlenme	n	$\bar{X}$	ss	Sd	t	p
Evet	17	2,54	0,36	151	11,934	<b>0,000**</b>
Hayır	136	4,18	0,55			
**p<0.01						

**H3.4:** Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanılan sorunları düzeyleri daha önce finans görevi üstlenme gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanılan sorunları düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem T-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanılan sorunları düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir [t(151)= 11,934 p<0.01,p= 0.000]. Daha önce finans görevini üstlenmeyenlerin ( $\bar{X}=4,18$ ) finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm sorunları düzeylerinin daha önce finans görevini üstlenenlere ( $\bar{X}= 2,54$ ) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 20:** Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı	n	$\bar{X}$	ss	Sd	t	p
Evet	65	3,33	0,56	151	14,772	<b>0,000**</b>
Hayır	88	4,48	0,40			
**p<0.01						

**H3.5:** Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanılan sorunları düzeyleri Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanılan sorunları düzeylerinin Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem T-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanılan sorunları düzeylerinin Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir [t(151)= 14.772 p<0.01,p= 0.000]. Yöneticilik konusunda eğitim görmek istemeyenlerin ( $\bar{X}= 4,48$ ) finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm sorunları düzeylerinin eğitim görmek isteyenlere ( $\bar{X}= 3,33$ ) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak; katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği ile ilgili sorunları, finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışması ile ilgili sorunları ve katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına

ulaşmasında yaşanan sorunları görme düzeyi; sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre, katılımcıların görev türüne göre, daha önce finans görevi üstlenme değişkenine göre, yaş değişkenine göre, çalışma süresi değişkenine göre ve finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılık gösterdiği tespit edilirken; katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği ile ilgili sorunları, finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm çalışması ile ilgili sorunları, katılımcıların finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları ve Sağlık Mevzuatı ile ilgili sorunları görme düzeyi; cinsiyet değişkenine göre, hastane mülkiyetine göre, finansal muhasebe konusunda eğitim alma değişkenine göre, özel sağlık sigortası ile anlaşmalı olması değişkenine göre, son bitirilen öğrenim değişkenine göre, finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

## 8.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı, sağlık sektöründe faaliyet gösteren kamu ve özel sağlık kuruluşlarının mevcut uygulamalardan kaynaklanan finansal yönetim sorunlarını incelemek ve önem derecelerini ortaya koyarak finansal yönetim sorunlarının çözümüne yönelik önerilerde bulunmaktır. Bu amaçla; Bakırköy, Bahçelievler ve Gaziosmanpaşa bölgesinde faaliyet gösteren kamu hastaneleri ile özel hastanelerin yöneticileri ile finans alanında görev yapan diğer mali ve idari birim çalışanları araştırmaya seçilmiştir.

Çalışma sonuçları dikkate alındığında; birtakım reform girişimleri sonucunda ortaya çıkan Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu sağlık uygulamalarına ilişkin yasal düzenlemeleri içeren Sağlık Mevzuatı ile ilgili sorunların orta ve yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu nedenle bu reform çalışmaları konusunda sorun görme düzeyinin orta ve yüksek düzeyde olması bir takım yeni reform girişimlerinin yapılması zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Anketimizin üçüncü bölümünde yer alan Genel Sağlık Sigortası ve SUT ile ilgili hazırlanan anket sonucuna göre “Genel Sağlık Sigortası sağlık bakım hizmetleri ödemeleri için gerekli politikaların ve araçların geliştirilmesine yönelik çalışmaların yeterliliği” maddesi en yüksek sağlık sorunu düzeyi olarak bulunmuştur. Bu noktada devletin gerekli politika ve araçların geliştirilmesine yönelik yapılan çalışmaları iyileştirmesi konusunda bazı çalışmalar yapılmalıdır. Anketimizin dördüncü bölümünde yer alan Sağlıkta Dönüşüm Çalışması ile ilgili hazırlanmış olan anket sonucuna baktığımızda en yüksek sağlık sorunları düzeyine ait maddenin “Sağlık tesisi yöneticiliğince kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede esnek bırakılması sorunlar oluşmasına sebep olmaktadır.” maddesi tespit edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile daha iyi kaynak tahsisi ve bu kaynakları verimli kullanmayı sağlamak üzere kamu hastanelerine finansal ve yönetsel özerklik sağlanmıştır. Ancak elde edilen sonuçlardan SDP ile kaynakların kullanımı konusunda kamu hastanelerine finansal özerkliğin tanınması başarılı bir sonuç vermediği görülmüştür. Sonuç olarak devletin bu noktada sağlık hizmetlerinin sunulması konusunda sağladıkları kaynakların verimli kullanılması için sağlık kurumlarını kaynak kullanımında esnek bırakmamak denetim mekanizmasını devreye sokması gerekmektedir. Yine kişilerin sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşma derecesi hakkında verdiği cevapların sonucuna göre en yüksek maddenin “verimlilik”, bu maddeyi “sürdürülebilirlik” maddesi ile “sürekli kalite gelişimi” maddesi takip etmektedir. Anketimizin beşinci bölümünde yer alan sağlık mevzuatı ile ilgili hazırlanan anket sonucuna baktığımızda en yüksek sağlık sorunları düzeyine ait maddenin “Günümüzde yürürlükte olan sağlık mevzuatının neleri içerdiği ve günlük uygulamalarda nasıl yararlanacağı konusunda sağlık yöneticileri ve çalışanlar bilgi sahibidirler” maddesi olduğu tespit edilmiştir. Mevzuatın uygulamasından sorumlu olan sağlık yöneticileri yürürlükte olan mevzuatı takip etmeli, güncellenen mevzuata nasıl ulaşacağını ve günlük uygulamalarda nasıl yararlanacağını çok iyi bilmelidirler. Bu bağlamda hastane yöneticilerinin sağlık mevzuatı konusundaki bilgilerini sürekli güncel tutmaları önerilir. Mevzuat bilmeyi gerektiren bir meslek alanında çalışan personellerin mevzuat konusunda bilgilerini güncel tutması ve hâkim olabilmeleri için birimler arasında eğitimlerin düzenlenmesi önerilebilir. Çalışanların birbirlerine mevzuatı anlatmaları bilgilerini pekiştirmesine ve daha çok mevzuata hâkim olmasını sağlayacaktır.

Ortaya çıkan anket sonucundan mevcut uygulanmakta olan sağlık reformlarının (Sağlıkta Dönüşüm Programı, Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Mevzuatı) beklentiyi karşılamadığı ortaya çıkmıştır. Sağlıkta yeniden yapılanma arayışlarını zorunlu kılan en önemli nedenlerden biri de sürekli artış gösteren sağlık harcamalarıdır. Bu bağlamda artan sağlık harcamalarını kontrol altında tutmak Sağlıkta Dönüşüm Programının bir diğer amacıdır. Ancak 2003 yılından itibaren uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sosyal güvenlik alanında yapılan reform ile sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık harcamaları TÜİK’e göre (2017) yıllara göre artış göstermiştir. Sonuç olarak, ortaya çıkan bu görüntü SDP’nin istenilen dönüşümü yaratmadığı sonucuna götürmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Reformunun tamamlayıcısı konumunda olan en önemli bileşeni ise Genel Sağlık Sigortasıdır. Genel Sağlık Sigortası ile birlikte toplumu oluşturan tüm bireyler arasında sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanım konusunda ayrımcılığın olmadığı, bütün vatandaşlara eşit kapsam ve kalitede sağlık hizmeti sunulması amaçlansa da ülkemizde halen belirli kesimler sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık giderlerinin karşılanması yönünden sosyal

güvenceden yoksundur. Sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta esasına göre prim ödeme yükümlülüğü karşılığında yerine getirilecek olması sebebiyle kişiler yönünden eşitsizliklerin bütünüyle kaldırılması mümkün olamayacaktır. Böylece bu modelin “toplumun tümünü kucaklama” ve “sağlık hizmetlerinden yararlanamayan kimseyi bırakmama” savı gerçekleşmemektedir.

Bu itibarla, ülkemiz sağlık sisteminin finansallığını sürdürebilmesi için;

1. Ülke kaynaklarının boşa israf edilmemesi,
2. Kayıt dışı istihdamı ve sistemdeki kaçakları önleyici tedbirlerin alınması,
3. Tüm vatandaşları kapsayan, kişilerin fazladan para ödemek zorunda kalmadığı, prim ödemeye dayalı finansman şeklinin değil de genel bütçeye dayalı bir sosyal güvenlik sisteminin olduğu,
4. Devletlerin kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik denetimlerin yapıldığı,
5. Kamunun finansman yükünün ve finansman miktarının azaltılmasını sağlamak için özel sağlık sigortasının yaygınlaştırıldığı,
6. Devletin gerekli politika ve araçların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapması,
7. Mevzuatın uygulamasından sorumlu olan sağlık yöneticilerinin ve çalışanların yürürlükte olan mevzuatı çok iyi bilmeleri için eğitimlerin düzenleneceği bir sağlık sisteminin oluşturulması uygun olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

AKDUR, Recep. (2007), Sağlık Sektörü (Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu), Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No: 25, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

BAŞOL, Emel ve IŞIK, Abdülkadir. (2015), Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler, Social Science, Namık Kemal Üniversitesi, İİBF Maliye Bölümü, Tekirdağ.

BELEK, İlker. (2001), Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası, İstanbul: Sorun Yayınları.

ÇAMCI, Melahat. (2007a, 2007b, 2007c), "Sağlık Yönetimi, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

ÇİFTÇİ, Halil İbrahim.(2011), Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemleri ve Finansmanı, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.

ER, Ünal. (2011), Sağlıkta Dönüşümün Aracı: Genel Sağlık Sigortası, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

ERGÖR, Gül ve ÖZTEK, Zafer. (2000), Türkiye'de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi, Erişim Tarihi: 15.05.2018, <<http://www.un.org.tr/ana-sayfa/>>.

EROL, Hatice ve ÖZDEMİR, Abdullah. (2014), Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, Adnan Menderes Üniversitesi, SGD Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 4, Sayı 1, Aydın.

GÖRGÜN, Hülya. (2009), "Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri" Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale.

GÜMÜŞ, Erdal. (2010), Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler, İstanbul: Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı.

GÜVERCİN, Ali; MİL, Halil İbrahim ve TARIM, Bülent. (2016), Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Bartın Üniversitesi, İ.B.B.F Dergisi, Cilt 7, Sayı 13, Bartın.

HÜLÜR, Ünal. (2008), Sağlık Bakanlığı-Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, Erişim Tarihi: 15.05.2018, <<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/okulsagligi.pdf>>.

KAYA, Neval. (2008), Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

KIRIMLI, Gül. (2013), Özel Hastanelerde Özel Sağlık Sigortası İşleyişi ve Sorunları, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

MAMUR IŞIKÇI, Yasemin. (2016), Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm, Giresun Üniversitesi, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, Cilt 9, Sayı 46, Giresun.

MISIRLI, Nilüfer. (2007), Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi SBE.

ORHANER, Emine. (2000), Türkiye'de Sağlık Sigortası, Ankara: Gazi Kitabevi.

ÖZÇATAL, Elif Özlem. (1999), "Türkiye'de Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliği", Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bursa.

ÖZMEN, Sümeyye. (2013), Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa.

ÖZTÜRK, Azim. (1993), "Sağlık Sektöründe Özelleştirme: Devlet Hastaneleri Açısından Bir Değerlendirme", MPM Verimlilik Dergisi, Sayı 3, Ankara.

ROBERTS ve Arkadaşları. (2008), Sağlıkta Dönüşüm, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Erişim Tarihi: 25.05.2018.



SAVAŞTAYEN, Bengü. (2012), Sağlık İşletmelerinde Faaliyet Denetimi ve Bir Uygulama Örneği, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

SERİN, İlhan. (2004), Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, İstanbul: Kazancı Kitabevi.

SOMUNOĞLU, Sinem. (2012), “Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi” Sağlık Kurumları Yönetimi-1 Derleyen: Mehtap Tatar, Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayını.

SOYSAL, Abdullah ve YAĞAR, Fedayi. (2015), Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Bir Araştırma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İ.İ.B.F. Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş.

SÜLKÜ, Seher Nur. (2011), Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara.

ŞEN, Murat. (2010), Türkiye’de Sağlık Finansmanı ve Kamu Hastanelerinin Etkinlik Analizi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.

ŞENER, Olgun. (2005), Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış (2007), T.C. Sağlık Bakanlığı-Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Yayın No:12.

TEKİN, Fazıl. (1987), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı,” Eskişehir Anadolu Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, Eskişehir.

TENGİLİMOĞLU, Dilaver ve ÇALIK, Ç. (2000) Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Sayı 3, Ankara.

TOKAT, Mehmet. (1991), Hastanelerde Maliyet, Etkinlik ve Performans Analizi, Ankara: Milli Produktivite Merkezi Yayınları.

TTB. (2005), Genel Sağlık Sigortası, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

TUNCA, Dilara. (2014), Türkiyede Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

ÜNVER, Hediye. (2001), Hastanelerin Kuruluş Sorunları, Kuruluş Tanıtımı, İstanbul İlinde Faaliyet Gösteren Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

YEREBAKAN, Metin. (2000), Özel Hastaneler Araştırması, Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin.(2007), Nasıl Bir Sağlık Reformu?, Ankara, Erişim Tarihi: 23.04.2018, <<http://www.absaglik.com/>>.

ZORLU, Erdal. (1996), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılanmasında Özelleştirmenin Yeri”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

## İnternet Kaynakları

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Erişim Tarihi: 25.05.2018, <<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>>.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Erişim Tarihi: 20.06.2018, <<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>>.