

Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme

Hafize SEÇTİM¹

ÖZET

Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları, 1980 sonrası uluslararası kuruluşların desteği ile birçok ülkede uygulamaya konulan ve sağlık sisteminde yapısal dönüşümler yaratan sağlık politikaları ile çoğunlukla uyum içerisindedir. Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları içerisinde en kapsamlı reformlar, 2003 yılında uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada; sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde gerçekleşen düzenlemelerin ve uygulamaların, yazılı kaynaklar ve istatistiksel veriler ile betimsel bir değerlendirmesi yapılmıştır. Çalışmada, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın küreselleşmenin sonucu olarak bir vizyon olduğu ve genel anlamda toplumda olumlu karşılandığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Politikası, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Aile Hekimliği, Genel Sağlık Sigortası, Kamu Hastaneler Birliği.

JEL Kodu: I10, I18, I19

An Evaluation Of The Health Transformation Program

ABSTRACT

Health policies implemented in Turkey are often compliance with health policies that have been implemented since 1980s with the support of international institutions and have created structural transformations in the health system of many countries in the world. The most comprehensive reforms in the health policies implemented in Turkey were carried out by the health transformation program implemented in 2003. In this study; a descriptive evaluation of the arrangements and practices realized within the framework of the health transformation program was made using the written sources and statistical data. In the study, it is concluded that Health Transformation Program is a requirement as a result of globalization and has been accepted positively in society in general.

Keywords: Health Policy, Health Transformation Program, Family Medicine, Universal Health Insurance, Public Hospital Union.

¹ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Biga İ.İ.B.F, Kamu Yönetimi Bölümü, hafizesectim@gmail.com

JEL Classification: I10, I18, I19

GİRİŞ

Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarının dünyadaki gelişmelere paralel olarak 1980’lerden itibaren yeni bir paradigma kazandığı görülmektedir. 1978 yılında Alma Ata Konferansı’nda yayımlanan “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” bildirgesi ve 1984 yılında kabul edilen “Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Herkese Sağlık Stratejisi ve Hedefleri” bu politikaların temellerini oluşturmuştur. Yine 1996 yılında yayımlanan Ljubljana Bildirgesi’nde; koruyucu sağlık hizmetleri yöneliminin artırılmasına, finansmana dayalı bir sağlık sisteminin oluşturulmasına, kaliteye odaklanan ve vatandaşların beklentilerine göre şekillenen sağlık hizmetlerine ve sağlığı hedefleyen reformlara yer verilmiştir. Uluslararası kuruluşların desteği ile yön verilen sağlık politikaları birçok ülkede uygulanmaya başlanmış ancak ülkemizde ise yirmi yıllık süreçte bazı düzenlemeler yapılmasına rağmen uygulamada başarılı olamamıştır.

2001 ve 2005 arası yılları kapsayan 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı ile Sağlık Bakanlığı’nın görev ve mevcut teşkilat yapısının düzenleneceği, hastanelerin özerk ve rekabet edebilir bir yapıya dönüştürüleceğinin ve aile hekimliği uygulamasına geçileceğinin vurgusu dönüşümün sinyallerini vermiştir (www.3.kalkinma.gov. tr).

Sağlık politikalarının, 2002 yılında iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından kurulan 58. Hükümet tarafından özellikle ele alındığı görülmektedir. 3 Kasım 2002 seçimlerinin ardından 16 Kasım 2002’ de açıklanan “Acil Eylem Planı” içerisinde, “Herkese Sağlık” başlığı altında, sağlık alanında yürütülecek temel hedefler belirlenmiştir. Bu temel hedefler başlıca şunlardır;

- a) Sağlık bakanlığının idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- b) Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
- c) Sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması,
- d) Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- e) Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- f) Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- g) Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- h) Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- i) Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri yapılması,
- j) Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,

k) Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi(Sağlık Bakanlığı, 2008: 20).

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri sunumundaki maliyetlerin artması, vatandaşların değişen beklenti ve talepleri, kamusal kaynaklardaki sınırlılıklar, etkin, verimli ve kaliteli hizmet sunumunda yetersiz kalınması ve vatandaşların kamu yönetimini sorgulaması gibi nedenler sonucunda sağlık alanında reforma gidilmesi ihtiyacı doğduğunu belirtmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012a: 55-56). 2000 yılı sonrası döneme damgasını vuran hiç kuşkusuz Sağlık Bakanlığı'nın 2003'de yayınladığı "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)"dır.

Türkiye'de 2000 yılı sonrasında uygulanan sağlık politikaları; sağlık hizmet sunumunda, finansman modellerinde, personel mevzuatı, niteliği ve niceliği, kamu özel ortaklıkları, sağlık turizmini geliştirme, sağlık endüstrilerinde yapısal dönüşümlerin gerçekleştirilmesi için düzenlemeler yapılması üzerinde şekillenmiştir. Kamuda; özel sektör sağlık uygulamaları, kamu-özel sektör ortaklıkları teşvik edilmiş, özel sektör lehine destekler sağlanmaya çalışılmıştır. Bu uygulamalar "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı verilen reform politikalarının da temelini oluşturmaktadır. Her ne kadar bu programın uygulamaya geçişi 2003 yılında olsa da aslında 1980'lerle birlikte benimsenen liberal yapısal dönüşüm politikalarının sonucudur ve bu süreçte uygulanan üretimde özel sektör önceliğine dayanan neo-liberal ekonomik yaklaşımlarla uyum içerisindedir.

Eski Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın "Sosyal Güvenlik Kurumu kamu sigortacılığını yapacak, üniversite hastaneleri, tek çatı altında toplanmış özerk kamu işletmeleri (kamu hastaneler birliği çatısı altında birleşen devlet, SSK ve askeri hastaneleri), özel sağlık kuruluşları sağlık hizmetini sunacak, biz de Sağlık Bakanlığı olarak tamamen kürek çekmekten uzaklaşarak dümeni tutan bir bakanlık haline dönüşeceğiz" (Sağlık Bakanlığı, 2007a;17) sözleri, SDP çerçevesinde yapılan yapısal reformlar ile sağlık hizmetlerini finanse eden, sunan ve politika oluşturan kurumların ayrılacağını da vurgulamaktadır.

Sağlık Bakanlığı, "Herkes Sağlık" başlığında belirlediği tüm hedefleri uygulamaya koymuştur. Uygulamada karşılaşılan bazı sorunlarla (örneğin kamu hastaneler birliği uygulaması) yeniden düzenlemelere gidilse de belirlenen temel hedeflere, 2018 yılı sonu itibarıyla büyük ölçüde ulaşılmıştır.

1 . SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı açıklarken dünyada birçok ülkeyi incelediklerini ve özgün bir model oluşturduklarını vurgulamıştır. Türkiye ile sınırlı kalmayıp birçok ülkede de uygulanan bu politikaların oluşumunda gerek bilgi gerekse finansal açıdan Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu

(IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi uluslararası organizasyonların etkileri de belirleyici olmuştur. Temel hedefi, yurttaşların sağlığa erişiminde kısıtlamaya yol açmadan, sağlık alanında artan harcamaları azaltmak ve verimliliği arttırmak olan program, neo-liberal piyasa dinamikleri ekseninde sağlık alanının yeniden yapılandırılması üzerine oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012a: 51; Elbek ve Adaş, 2009: 33-34).

2003 yılı başında hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulan SDP, sekiz tema etrafında dönüşümü hedeflemiştir. Bu hedefler şunlardır;

1. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası, 3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık Bakanlığı, 2008: 20).

Memişoğlu'na göre; SDP, sağlık politikalarının düzenlenmesinde kılavuzluk etmekte ve belli ilkeler ekseninde şekillenmektedir. Program en başında insanı merkeze almaktadır. Ayrıca SDP programı, politikalarda sürdürülebilirlik, hizmetlerde sürekli kaliteyi artırma, tüm paydaşların görüşleri alınarak katılımcı ve uzlaşımçı anlayış geliştirme, yetki devri ve desantralizasyon ile yönetimde güçlendirilmiş sağlık kurumları ve güçler ayrılığı ile sağlık hizmetlerini planlayan, sunan ve finanse eden kurumların birbirinden ayrılmasını kapsamaktadır (Memişoğlu, 2018: 75-76).

SDP çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında yeniden yapılanmaya gidilmiştir. Yeni yapıda politika oluşturma, temel kuralları belirleme ve üst denetim görevlerini Sağlık Bakanlığı'na verilmiş diğer fonksiyonların yerine getirilmesi için Bakanlığa bağlı kuruluşlar teşkil edilmiştir. Bu kuruluşlar şunlardır;

- a) Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini yürüten “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu”,
- b) Hastane hizmetlerini yürüten “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu”,

c) İlaç ve tıbbi ürünlerle ilgili düzenleme ve denetleme yapan “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu”.

Bu çerçevede, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastane Birlikleri'nin kurularak tüm devlet hastaneleri Kamu Hastane Birlikleri'ne bağlanmış, hastanelerde yerinden yönetim ve hastane hizmetlerinde yeniden yapılanma gerçekleşmiştir. Özel hastane kapılarının ücretli hastalar dışında, sağlık ve sosyal güvencesi olanlara da (Emekli Sandığı, BAĞ-KUR, SSK) açılması ile kamu ve özel sektör arasında rekabet oluşturularak, kalite ve verimlilik arttırılmaya çalışılmıştır. Hasta haklarının korunması amacıyla SABİM ve hasta hakları birimi devreye girmiş, vatandaşlara hekim seçme hakkı getirilmiştir. SDP kapsamında ayrıca, çalışan güvenliği uygulamaları, hastane rollerinin kurum bazında belirlenmesi ve gruplandırılması, acil servislerde seviyelendirme ve tescil, yanık tedavisinde yeni yapılanma, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi, merkezi hastane randevu sistemi (MHRS), evde sağlık bakımı hizmetleri, organ nakli hizmetleri, doku ve hücre nakli hizmetleri, replantasyon uygulamaları da gerçekleştirilmiştir. Diğer bir dikkat çeken husus daha önce dikkate alınmayan geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları olmuştur.

SDP çerçevesinde çeşitli kanunlar çıkarılarak düzenlemelere gidilmiştir. Bu çerçevede kabul edilen kanunların başında 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun”, “5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ve “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” gelmektedir.

Türkiye’de uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı; bir boyutunu sağlık alanı ve diğer boyutunu da sosyal güvenlik oluşturan, Sağlıkta Dönüşüm Projesi (faz 1.) ile Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (faz 2.) olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. 28 Temmuz 2004 tarihinde yürürlüğe giren “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” ile Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, sosyal güvenlik kurumlarının kapasitesinin geliştirilmesi, sağlık hizmeti sunumunun yeniden düzenlenmesi, halk sağlığı ve insan kaynakları kapasitesinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir (Bostan ve Çiftçi, 2016:2). Önceki projenin devamı niteliğinde olan ve 29 Eylül 2009 tarihinde yürürlüğe giren “Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi” ile de öncelikli olarak Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planına destek verilmesi öngörülmüştür (www.saglik.gov.tr). Kalkınma planları da programın amaçlarına uygun olarak hazırlanarak sağlıkta dönüşümün tesisi sağlanmaya çalışılmıştır.

SDP ile sağlık personeline ilişkin bazı konularda da düzenlemelere gidilmiştir. Bu kapsamda 5947 sayılı “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile sağlık personeline tam gün çalışma esası (ilerleyen zamanlarda 1., 3., 6. ve 7.

maddelerde değişikliklere gidildi) getirilmiştir. Ayrıca 1863 Sayılı “Ek Ödeme Yönergesi” ile performansa dayalı döner sermaye uygulamasına geçilmiş ve sağlık personeline yapılan ödemelerde performans göstergeleri esas alınmaya başlamıştır (Memişoğlu, 2016: 77).

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı 18.8.2017 tarihinde, 2016 yılında kabul edilen OHAL kapsamında yapılan bazı değişikliklerle tekrar düzenlenmiş, Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneleri Kurumu, genel müdürlük düzeyinde teşkilatlandırılmıştır. Sağlık Bakanlığının taşrada İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği olarak ayrı ayrı yapılandırılarak yeniden İl Sağlık Müdürlüğü çatısı altında toplanmıştır.

2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM UYGULAMALARI

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde birçok uygulama gerçekleştirilmiştir. İlk olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde reformlar yapılarak aile hekimliği, vatandaşa en yakın birimlerde etkin hizmet vererek ikinci ve üçüncü basamaklarda yoğunluğu azaltmak üzere 2004 yılında uygulamaya konulmuştur. SSK ve askeri hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri ile kamu kurumlarında sağlık hizmeti sunumunda farklılıklar ortadan kaldırılmıştır. Kamu Hastaneler Birliği çatısı altında hastanelerin yapısı esnek hale getirilerek, etkin ve verimli yönetilmesi sağlanmaya çalışılmış, genel sağlık sigortası oluşturularak çok parçalı sosyal güvenlik sistemi etkin hale getirilmek istenmiştir. Hasta hakları birimi, SABİM oluşturularak vatandaş haklarını korumada önemli adımlar atılmış, hekimlere performansa dayalı ek ödeme, hekim seçebilme hakkı, hastanelere sınıflarına göre huzur hakkı, sözleşmeli özel sağlık kuruluşlarına başvurabilme hakkı gibi uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sağlık kurumları arasında rekabeti ve kaliteyi arttırmaya yönelik bu uygulamaların yanı sıra şehir hastaneleri ile sağlık hizmetlerinde kamuözel ortaklıkları oluşturulmuştur. Gelişen teknolojiye paralel Türkiye’de sağlık hizmetlerinde ciddi başarılarla imza dijital dönüşümler gerçekleştirilmiştir. Türkiye’de SDP kapsamında gerçekleştirilen en önemli uygulamalardan bazıları; aile hekimliği uygulaması, genel sağlık sigortası uygulaması, performansa dayalı ücretlendirme sistemi, kamu hastaneler birlikleri, hasta hakları, e- sağlık uygulamaları ve şehir hastaneleri ile oluşturulan kamu özel ortaklıkları olarak sıralanabilir.

2.1 . Aile Hekimliği

24.11.2004 tarihinde kabul edilen ve aynı yıl yürürlüğe giren 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, bireysel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu

hizmetlere eşit erişimin sağlanması amaçlanmış ve böylece aile hekimliği dönemi başlamıştır. Aile hekimliği uygulaması, 2010 yılından itibaren tüm Türkiye’de uygulamaya geçmiştir.

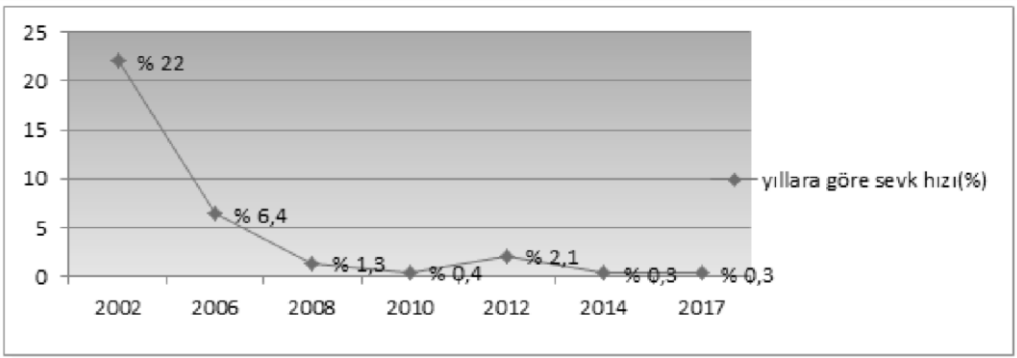
SDP’nin temel amaçları arasında olan bu uygulamayla, halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, kaynakların uygun şekilde kullanarak daha fazla hizmetlerin sağlanması ve hakkaniyet ilkesi ışığında bütün bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının gerek kırsal ve kent gerekse doğu ve batı arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması hedeflenmektedir (<http://ailehekimligi.gov.tr>).

Aile hekimliği uygulaması kapsamında, sağlık ocakları kapatılırken birinci basamakta verilmesi gereken bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin aile hekimlerince sunulması hedeflenmiştir. Çevreye ve topluma yönelik olanlar ise toplum sağlığı merkezlerince yürütülecektir.

Aile hekimliği uygulamasında aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına sözleşmeli çalışma esası getirilmiştir. Sözleşmeler bir yıllık olup, yenilenirken hasta sayısı ve memnuniyeti gibi performans kriterleri dikkate alınmaktadır (Gül ve Dericioğulları, 2010: 332-333). Aile hekimliği uygulamasında çeşitli eleştirilerle de karşılaşmaktadır. Aile hekimlerinin kişi sayısını arttırmaya yönelik diğer hekimlerle rekabet içine girdikleri ve bunun vatandaşın isteklerini koşulsuz yerine getirme gibi bazı etik dışı uygulamalara da yol açabileceği vurgulanmaktadır. Ayrıca aile hekimlerinin çalıştıracakları ek personelin ücretlerini kendilerinin ödemesinin kayıt dışı çalışmaya ve aile sağlığı çalışanlarının ücret ve sosyal haklarında kayıplara yol açabilmesi mümkündür. Birinci basamak sağlık hizmetleri açısından aile hekimliği uygulamasından başka bir alternatif geliştirilmesi söz konusu değilse; öncelikle sevk zinciri zorunluluğunun uygulamaya konması ve aile sağlığı çalışanlarının özlük haklarının korunması için düzenlemeler yapılması gerekmektedir (Gül ve Dericioğulları, 2010: 332, 333; Tekin ve ark. 2014:135139 ; Aksakoğlu ve ark. 2003: 1-9).

Aile hekimliği uygulaması, sağlık istatistikleri ile değerlendirildiğinde göze çarpan bazı hususlar bulunmaktadır, aşağıdaki şekillerde bu hususlar verilmektedir.

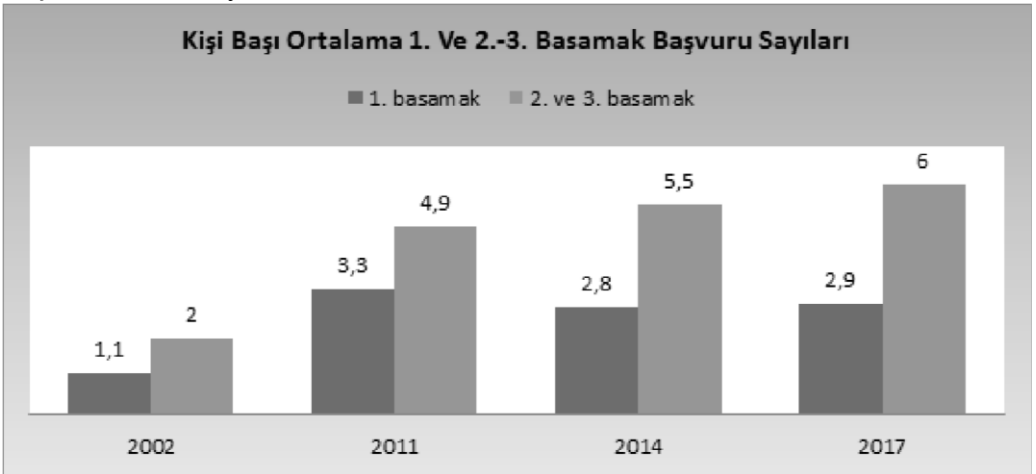
Şekil 1: Türkiye’ de Yıllara Göre 1. Basamak Sevk Hızı



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017'den uyarlanmıştır.

Aile hekimliği uygulamasıyla basamaklandırılmış bir hizmet sunumu sağlanması hedeflenmektedir. Birinci ve ikinci basamak sevk hızı oranları incelendiğinde (şekil 1.), 2002 yılında % 22 olan birinci basamak sevk hızı oranı, 2017 yılında % 0,3'e düşmüştür. Veriler değerlendirildiğinde, vatandaşların aile hekimlerince ikinci ve üçüncü basamağa yönlendirilmeden beklentilerinin karşılandığı söylenebilir.

Şekil 2:Türkiye'de Yıllara Göre 1. ve 2.-3. Basamak Sağlık Kuruluşlarına Kişi Başı Müracaat Sayısı



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017'den uyarlanmıştır.

Yıllara göre müracaat sayılarına göre ise (şekil 2.); birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan kişi başı başvuru sayıları 2002 yılında 1,1; 2011’de 3,3; 2014’de 2,8 ve 2017’de 2,9 olduğu görülmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine kişi başı müracaat sayıları ise 2002’de 2,0; 2011’de 4;9;2014’de 5,5 ve 2017’de 6,0 olmuştur. Yıllara göre artan müracaat sayılarına oranla birinci basamak hizmetleri oranları artma eğilimi gösterememiştir. İkinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarının daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıma girişimi çok başarılı olamamıştır. Bir diğer dikkat çekici nokta ise kişi başı hekime başvuru sayısındaki artışlardır. SDP öncesi 2002 yılında 3,1 olan müracaat sayısı 2017 itibariyle 8,9’a yükselmiştir. Her ne kadar bu değeri SDP ile kesin ilişkilendirmek doğru olmasa da uygulanan politikaların etkisi olabileceği de bir varsayımdır. Birinci basamak sevk hızı ve kişi başı müracaat sayıları beraber yorumlandığında vatandaşların birinci basamak kurumlara uğramadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurdukları söylenebilir. Sağlık istatistiklerine göre değerlendirildiğinde, aile hekimliği uygulamasının hedeflediği “kapı tutuculuk” görevini yerine getirmekte başarılı olamadığı yorumlanabilir.

2.2 . Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bir başka temel bileşeni de Genel Sağlık Sigortası reformudur. Bu düzenleme ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve BAĞKUR’dan oluşan sosyal güvenlik sisteminin tek bir çatı altında birleştirilmesi (Genel Sağlık Sigortası) ve parçalı yapının ortadan kaldırılması amaçlanmıştır. Yeni kurumsal yapının oluşturulması amacıyla öncelikle 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu kabul edilerek Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR tek bir çatı altında birleştirilmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı’na bağlanmıştır. Söz konusu düzenleme ile mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin oluşturularak norm birliğinin hâkim kılındığı, sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği bir sistem oluşturmak amaçlanmıştır. 5502 sayılı Kanun’u tamamlayacak nitelikte olan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ise 2006 yılında, 5510 Sayılı Kanun ile kabul edilmiş, 01.10.2008 tarihinde ise tüm maddeleriyle yürürlüğe girebilmiştir. Kanundan önce sağlık hizmetlerinin finansmanı karma bir yapı sergilemekteydi. Toplumun belli bir bölümü sağlık sigortacılığı, belli bir bölümü ise kamu yardımı modelinden yararlanmaktaydı. Özel harcamalar az da olsa belli bir paya sahipti. 5510 Sayılı Kanun ile sosyal sigorta kapsamında norm ve standart birliği sağlamıştır. 2007 yılından itibaren SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı ödemeleri, 2010 yılından itibaren kamu görevlilerinin ödemeleri, 2012 yılından itibaren de yeşil kart ödemeleri SGK bünyesinde toplanmıştır (Memişoğlu ve Kalkan, 2016: 658).

Genel Sağlık Sistemi kapsamında sağlık hizmetleri, SGK ile sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılacak sözleşmeler yoluyla sağlanmaktadır. Sigortalılar SGK ile sözleşme imzalamış kamu sağlık hizmeti sunucularından ayaktan tedavilerde 2009 yılından itibaren muayene katkı payı ödeyerek, yatarak tedavilerde ise herhangi bir bedel ödemediği yararlanabilmektedir. Sözleşmeli özel sağlık kuruluşları ise belirlenen sınır içerisinde ek ücret talep edebilmektedir. Bu yapıda sağlık hizmetlerini satın alan kurum, sağlık hizmetleri için çeşitli standartlar belirlemektedir ve bu standartlar doğrultusunda hem kamu kesiminden hem de özel sektörden sağlık hizmeti satın alınmaktadır (Tatar, 2011:121). Ayrıca reçete ve ilaç bedelleri üzerinden de değişen oranlarda katkı payı alınabilmektedir.

Genel Sağlık Sigortası, uygulamada olumlu sonuçlar ortaya koysa da bazı eleştirilerle de karşılaşmıştır. Elbek ve Adaş (2009) çalışmasında, Türkiye'nin kayıt dışını azaltan, nüfusun tümünü güvence altına alan ve yurttaşlar arasında farklı sosyal güvenlik sistemleri yaratarak hiyerarşik bir yapılanmaya izin vermeyen bir sosyal güvenlik reformuna ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Ancak TBMM'de kabul edilen yasa bu ihtiyaçlara göre değil, “Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorunu, ekonomik göstergeleri de olumsuz etkilediği”, “son yıllarda bizzat sosyal güvenlik sisteminin kendisi ülke ekonomisinde istikrarsızlık yaratan ana sebeplerden biri haline geldiği” açıklamalarıyla finansman sorununa çözüm olarak gündeme getirilmiştir. Belirli bir gelirin üzerinde olanlardan destek primi ve ayaktan başvuran hastalardan katkı payı alınması da eleştirilen noktalardır (Elbek ve Adaş, 2009: 37-38).

2.3 . Performansa Dayalı Ücretlendirme

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, yeniden yapılandırılan sağlık örgütlenmesinin başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarınca sahiplenilmesini sağlamak ve motivasyon düzeylerini arttırmak amacıyla “performans” olarak adlandırılan hizmet başı ödeme sistemi uygulamaya konulmuştur. Dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ, sistemi, ikinci ve üçüncü basamakta “kim hastasını daha çok memnun ediyor ve daha çok hasta celp ediyorsa, kim daha çok muayene yapıyorsa, müdahalede bulunuyorsa, ameliyat yapıyorsa, hasta takip ediyorsa o kişinin performansı, yani döner sermayeden aldığı katkı payı daha yüksek olacak” diyerek açıklamıştır. Bu sistemle sağlık çalışanları kendi aralarında rekabete teşvik edilerek performans arttırılmaya çalışılmıştır (Elbek ve Adaş, 2009: 3839).

Performansa dayalı ek ödeme; hizmete katkısı oranında yapılan ödemenin yanında, personelin verimliliğini ve çalışma isteklerini arttıran bir uygulama olarak tanımlanmaktadır. Bu uygulamayla kamuda sağlık hizmeti sunan personelin gerek çalışma şartlarının iyileştirilmesi, gerekse sağlık hizmeti sunumundaki performansı karşılığı ücret ödenmesi yoluyla verimli, etkili kaliteli

hizmet sunumunun hedeflendiği belirtilmektedir. Kurumsal düzeyde performans ölçümüyle, sağlık hizmetinde kalitenin, verimliliğin ve hasta memnuniyetinin artırılmasının hedeflendiği ve bireysel performansa olan etkisi nedeniyle tüm personelin kaliteli hizmete katılımının sağlandığı vurgulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008: 149-151).

Uygulamanın sağlık ortamı üzerine yarattığı en önemli olumlu etki tam zamanlı çalışan hekim oranını yükseltmiş olmasıdır. Vatandaşların hekim seçebilmeleri de uygulamanın olumlu bulunan yönlerindedir. Ancak uygulama, hekim odaklı bir uygulama olduğu ve ekip çalışmasına uygun olmadığı konusunda eleştirilmektedir. Ayrıca 2017 sağlık istatistikleri yılına göre; sağlık birimlerinde yatan hasta sayısında, yatak işgal oranlarında ve yatak devir hızında artış ve hastanede kalış süresindeki azalma gerçekleştiği saptanmıştır. Bu oranlar yorumlandığında, bir talep artışının olduğu, sağlık hizmet ve teknolojisinde tüketiminin arttığı söylenebilir. Hekimlerin yaptıkları uygulamalara göre ek ücret kazandığı sisteme yönelik diğer eleştiriler ise adaletsizliğin ve kötü kullanımların artacağı, rekabetin iş barışını kötü etkileyeceği, hasta sayısını arttırmaya çalışan hekimlerin zaman baskısıyla hata yapabileceği yönündedir (Kart, 2013:134-136).

Sağlık Bakanlığı'nın 2010'da yayınladığı personel memnuniyet araştırmasına göre; performansa göre ek ödeme, düzenlenmesi gereken konuların en başında yer almaktadır. Personel tarafından ücretlerde meslekler arası büyük farklılıklar yarattığı, ek ödemenin izin süresince kesilmesi gibi nedenlerle de eleştirilmektedir (Erkan, 2011: 433-436).

2.4 . Kamu Hastaneler Birlikleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda öngörülen önemli düzenlemelerden biri de 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan Kamu Hastane Birlikleri'dir. Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulması ile tüm devlet hastaneleri ilgili Kamu Hastane Birlikleri'ne bağlanırken Sağlık Bakanlığı'nın da rolünde önemli değişimler söz konusu olmuştur. Sağlık Bakanlığı hizmet sunumundan uzaklaşmış, politika belirleyen ve üreten, düzenleyici ve denetleyici bir yapıya dönüştürülmüştür.

Genel sekreterler tarafından yönetilen Birlikler, kapsadığı hastanelerin mali ve idari tüm yetkilerini üstlenmektedir. Bu düzenleme ile hastanelerin finansal ve personel yönetimleri merkezi yönetimden alınmış, kamu hastaneleri özerk bir yapıya kavuşturulmuştur. Böylece hastanelerin, dinamik kararlar alabilen, güçlendirilmiş yerinden yönetim esasına göre yönetilen esnek ve kolay hizmet sunan kurumlar olmaları sağlanmaya çalışılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012a: 199200).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile rekabetin sektörün verim ve kalitesini arttıracığı tezi üzerinden sağlık birimlerinin idari ve mali yönden özerk işletmeler haline getirilmeye çalışılmış ve bu işletmelerin profesyonel işletme mantığı ile

yönetilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Hastane yönetimlerinde ise çok başlıklı hedeflenmiş, hastaneleri piyasa mekanizmalarına göre yönetecek profesyonel hastane yöneticisi ve sadece tıbbi hizmetlere bakan, geri planda bir başhekim ile ayrı yönetim birimleri haline getirilmiştir. Bu uygulama, klasik yönetim anlayışının öne çıkmasıyla istenilen stratejik yönetim anlayışı uygulanamamış, sağlık politikalarında tekrar merkezîyetçiliğe dönülmüştür. 2011 yılında devreye giren Kamu Hastaneler Birliği ile oluşturulan çok başlı sistem ülke şartlarında başarılı olamamış istenilen etkinliği sağlayamamıştır (www.kamupersoneli. net). Hedeflenen sağlık kurumlarının profesyonel sağlık yöneticileri tarafından işletme mantığı ile yönetilmesi fikri, atanan yöneticilerin neredeyse tamamının yine hekim kökenli olması nedeniyle maalesef uygulanamamıştır. Olağanüstü Hal (OHAL) kapsamında çıkarılan 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile getirilen yeni düzenlemede kamu tüzel kişiliği bulunan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Kamu Hastane Birlikleri kapatılarak Bakanlık teşkilatı içinde Halk Sağlığı ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlük düzeyinde yeniden yapılandırılmıştır.

2.5. Hasta Hakları

Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında dikkat çeken noktalardan biri de hasta hakları ve hastaların hekim seçme hakkıdır. Vatandaş odaklı hizmet anlayışı çerçevesinde oluşturulan Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) de hasta hakları açısından olumlu bir uygulamadır.

2004 yılında uygulama giren SABİM hizmeti ile vatandaşların bilgi alma ihtiyaçlarını karşılanmakta, sağlık sistemi işleyişi sırasında mağduriyet yaşayanların sorunlarına doğrudan çözüm bulunmasını sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008: 205-208).

SDP kapsamında devlet hastanelerinin tamamında “Hasta Hakları Birimi” faaliyete geçmiştir. Vatandaşlar, hizmet alma hakkını temin için hasta hakları birimlerine sözlü veya yazılı olarak ihtiyaçlarını iletmekte, kendisine gerekli yardım ve ilettiği konuyla ilgili düzeltici işlemler yapılmaktadır. Uygulamanın, sağlık çalışanlarının haklarıyla çatıştığı, hastalar tarafından istismar edilebildiği gibi gerekçelerle eleştirilmekle birlikte, çalışanlar ve vatandaşlar arasında arabulucu yönünün stresi ve şiddeti azalttığı görüşüyle olumlu karşılanmaktadır (https://www.haberler.com; Bostan, 2008: 16; Solmaz ve Duğan, 2018: 198; Cavlak ve Bostancıoğlu, 2015: 39-40).

2.6 . E-Sağlık Uygulamaları

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya giren Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS), sağlık bilgi sistemlerinde ulusal standartlar getirerek, etkin bilgi sistemi

hizmeti sunmayı sağlamaktadır. Sistem tüm ülkeyi kapsayan hızlı bir iletişim omurgasına sahip olup tıbbi görüntü transferine de imkân vermektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın tüm hastanelerinde tam otomasyona geçirilerek Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS, Alo182) uygulaması başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığına ait kaynakların yürürlükteki mevzuat kapsamında etkin şekilde yönetilmesini ve her düzeydeki karar süreçleri için doğru ve tutarlı bilgi üretimini sağlamak için Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) yapılandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı ayrıca sağlık kurumlarında üretilen her türlü veriyi, doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplayıp, toplanan verilerden tüm paydaşlar için uygun bilgiler üreterek sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedefleyen, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bilgi ve iletişim platformları oluşturmuştur. Bu platformlardan vatandaşlar kişisel sağlık kayıtlarına da ulaşabilmektedir.

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'ya göre; Sağlık Bakanlığı'nın hastaya daha iyi ve kaliteli hizmet sunan ve sağlık çalışanlarının işlerini kolaylaştıran “Kağıtsız Hastaneler” konusunda 2018 sonu itibari ile HIMSS EMRAM derecelendirmelerinde 1 adet seviye 7 ve 164 adet seviye 6 akreditasyonlu kamu hastanesi ile tüm Avrupa ülkelerini geride bırakan Türkiye, aynı kararlılık ve hızla hastanelerini dijitalleştirmeye devam etmekte, sağlık alanında ciddi oranda dijital dönüşümler gerçekleştirmektedir (www.himsseurasia.com).

2.7 . Şehir Hastaneleri

Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modeli, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na bir madde eklenmesine dair 15.7.2005 tarih ve 5396 sayılı Kanun ile hizmet alımı, sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı açısından köklü değişimleri getirerek, kamu örgütlenmesine dâhil olmuştur (Karasu, 2011: 7).

SDP kapsamında hayata geçirilen düzenlemelerden bir diğeri de KÖO modeline dayalı “entegre sağlık kampüsleri” ve “şehir hastaneleri” projeleridir. Kamuya ait sağlık yatırımlarının özel sektör tarafından yapılması ve belli bir süreyle devlete kiralanması olarak ifade edilen bu uygulama ile sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunulması, hizmet kalitesinin artırılması, tedavi çeşitliğinin ülke geneline yayılması ve maliyet etkin sağlık hizmeti sunumunun sağlanması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012b: 233).

KÖO doğrultusunda özel sektör tarafından yapılan hastaneler, belli bir süre zarfı içinde düzenlenen bir sözleşmeyle devlete kiralanmaktadır. Bu kapsamda ülkemizde 2018 sonu itibariyle 21 adet projenin sözleşmesi yapılmış ve bunlardan 8 adet şehir hastanesi hizmete girmiştir. 13 adet projenin ise 2021 yılında tamamlanması beklenmektedir (www.saglik.gov.tr).

Şehir hastaneleri, sağlık alanındaki özelleştirilme politikalarının bir parçası olarak eleştirilmektedir. Devlet tarafından bedelsiz tahsis edilen arsalar üzerine inşa edilen hastanelerde, tıbbi hizmetlerin bir kısmı, destek hizmetlerin tamamı sözleşme yapılan şirkete devredilmektedir. Zarar edildiği takdirde zarar hazine bütçesinden karşılanmaktadır. Belirlenen hasta kotası, hastaneleri kâr amacıyla hasta sayısını arttırmaya yönelik çaba içerisine sokmakla birlikte, devletin sağlık harcamalarında da gereksiz artışlar oluşturabilecektir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları 1980 sonrası dünyanın birçok ülkesinde de uygulanan sağlık politikaları ile paralel dönüşüm içerisine girmiştir. Bu dönüşümün gerçekleşmesinde Dünya Bankası, Avrupa Birliği, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların etkisi belirleyici olmuştur. Türkiye yirmi yıllık süreçte bu politikaları uygulamada tam anlamıyla başarılı olamamıştır. Sağlık politikaları, 2002 yılında iktidara gelen 58. Hükümet tarafından özellikle ele alınmış ve 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” uygulamaya konulmuştur.

SDP çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi ve erişimde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu kapsamda; aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmeler sağlanmıştır.

Verimlilik, etkinlik, kalite ve performansı arttırmayı amaçlayan programın uygulanma sonrasında elde edilen istatistikler, sağlık alanında önemli ilerlemelerin yaşandığını göstermektedir. SDP ekseninde uygulanan politikalar birçok eleştiriye de açıktır. SDP kapsamında yürürlüğe giren aile hekimliği uygulaması, vatandaşa yakın, bölgesindeki halkı tanıyan hekimlerce sunulması açısından olumlu bir uygulama olup, etkin basamaklandırılmış bir sağlık hizmeti sunulması hedeflenmektedir. Hedeflenen basamaklandırılmış hizmetin etkin sunulmadığı sağlık istatistiklerinde gözlenmektedir. İkinci ve üçüncü basamak hizmetlere ulaşımın kolay olması, aile hekimliği uygulamasının etkinliğini azaltmakta ve bu alanda yeni düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Ayrıca hekim eksenli bir uygulama olduğu ve hekim dışı personelin göz ardı edildiği yönünde eleştiriler de bulunmaktadır. Bu konuda hekim dışı personelin özlük haklarının korunması için önlemler alınmalıdır. Aile hekimliklerinin birer özerk işletmeler haline geldiği bu uygulama, neo-liberal politikaların sağlık hizmetlerindeki yansımalarıdır.

GSS ile sosyal güvenlik sistemindeki çok başlılığın ortadan kalkması hizmet sunumu da olumlu etkilemiştir. Vatandaşların SGK ile sözleşme yapan herhangi

bir kamu veya özel sağlık kuruluşundan hizmet alabilmesi olumlu bir gelişmedir ancak belirli bir gelirin üzerinde olanlardan destek primi ve ayaktan başvuran hastalardan katkı payı alınması, yoksul kesimin sağlık hizmetlerine ulaşımını kısıtlayabilir. Bu doğrultuda dezavantajlı grupların mağduriyetine neden olabilecek noktaların göz önüne alınarak daha kapsayıcı bir düzenleme yapılması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın daha çok politika oluşturan, düzenleyen ve denetleyen bir role geçmesi, hastanelerin finansal ve personel açısından özerk yapıya büründürülmesi amacıyla oluşturulan Kamu Hastaneler Birlikleri maalesef ülke şartlarında başarılı olamamış bir uygulamadır. Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının sağlık alanında yansımaları olan uygulama, ölçek ekonomisi ile kamu kaynaklarının daha etkin kullanımını sağlamayı da amaçlamıştır. Stratejik yönetim anlayışı ile ülke şartlarına uygun yeni bir model geliştirilmesi kaynak kullanımında etkinliği arttırabilecektir. Hastane yönetimi profesyonel yöneticilik devrini de başlatan bu uygulama, hedeflenen yöneticilerin birçoğunun yönetim alanında eğitim almamış hekim kökenli yöneticiler olması gibi nedenlerle amacına ulaşamamıştır. Hastaneler günümüzde büyük işletmelerle yarışabilecek çapta hizmet üretebilen kuruluşlardır. Hastane yönetimi profesyonel yöneticiliğin uygulanması zorunludur. Hastane yönetimi sağlık hizmetlerinin sadece işletme bilgisi ya da tıp bilgisiyle sağlanmasının zor olduğu bir faaliyettir. Bu açıdan hastane yöneticileri hekim kökenli olacaklarsa yönetim eğitimi almış olanların göreve getirilmesi ya da hastane yönetimi alanında eğitilmesi daha başarılı sonuçlar getirebilecektir.

Hasta hakları, insan hakları kuramında "sağlık hakkı" olarak ifade edilen temel hakka dayandırılır (Hatemi, 2006: 42-44). SDP çerçevesinde hasta hakları uygulaması ile gerçekleştirilen başta hekim seçme hakkı, SABİM ve hasta hakları birimi gibi uygulamalar, vatandaşlar ve personel tarafından genelde olumlu karşılanmaktadır. Çalışan haklarının yeterince göz önüne alınmadığı yönünden eleştirilen uygulamada, çalışan hakları ve hasta haklarının bütünsel olarak ele alınması daha iyi sonuçlar doğurabilecektir.

SDP ile uygulamaya giren Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS), sağlık bilgi sistemlerinde ulusal standartlar getirmiş ve etkin bilgi sistemi hizmeti sunmayı sağlamıştır. E-sağlık uygulamaları sağlık alanında en verimli uygulamalar arasındadır. Sağlık Bakanlığı dijital uygulama alanında birçok hizmeti sunarak ekonomik anlamda da büyük tasarruf sağlamıştır. Ülkenin her tarafından ulaşılabilen kişisel sağlık bilgileri ile kaliteli ve güvenilir hizmet sağlanmaktadır. Ülkenin tüm hastanelerini dijital hale getirmeye çalışan bakanlık bu konuda ciddi adımlar atmaktadır. Bu alanda kişisel bilgilerin paylaşımında güvenlik önlemlerinin alınması açısından zafiyetler de mevcuttur ve hasta hakları açısından bazı tedbirlerin alınması gerekmektedir.

SDP kapsamında uygulamaya giren kamu özel ortaklıkları en çok eleştiri alan konulardandır. KÖO özelleştirme politikalarının bir parçası olarak görülmektedir. Sözleşme yapılan şirketlerin zararının devlet bütçesinden karşılanması, belirlenen hasta kotasının işletmeleri kâr amacıyla hasta sayılarını arttırma çabası içine sokabilecek ve devletin sağlık harcamalarını gereksiz artışlara sebep olabilecektir. Sağlık; sosyo-ekonomik ve kültürel bileşenleri olan, toplumdaki gelir dağılımı, yoksulluk, işsizlik gibi yapısal sorunlarla birlikte ele alınması gereken çok daha geniş ve çok boyutlu bir kavramdır. Sahip olduğu dışsallığı sağlık alanını özel kılmaktadır. Toplumda korunmasız kesimin sağlık hizmetlerinden mahrumiyeti, bu özelliğinden dolayı toplumun geri kalanını da etkileyecektir. SDP kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerinde birçok uygulama gerçekleştirilmiştir. Bu uygulamaların kapsamının daha da arttırılması gerekmektedir. Tedavi edici hizmetlerin maliyetleri ülke ekonomisine ciddi yük getirmekte bunun azaltılması sadece koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin sunumuyla mümkün olacaktır. Ülkedeki nitelikli sağlık personeli sayısında ciddi artışlar istatistiklere yansımaya rağmen hala OECD ülkeleri ortalamasının altındadır. Etkili hizmet sunumu da ancak nitelikli personelle sağlanabilir ve bu konuda kararlılık devam ettirilmelidir. Sonuç olarak birçok eleştiriye maruz kalsa da Sağlıkta Dönüşüm Programı küreselleşmenin getirdiği bir vizyondur ve topluma yansımaları olumlu olmuştur.

KAYNAKLAR

- AKSAKOĞLU, G., KILIÇ, B., UÇKU, R. (2003), Aile Hekimliği Modeli / Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir, Toplum ve Hekim Dergisi, 18(4), 251257.
- ATASEVER, M. (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- BOSTAN, S., ÇİFTÇİ, F. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri, SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7 (2), 1-8.
- CAVLAK, H , BOSTANCIOĞLU, D . (2014). Avrupa Birliğine Uyum Sürecinde Türkiye'deki Sağlık ve Hasta Hakları, International Anatolia Academic Online Journal / Sosyal Bilimler Dergisi, 2 (2), 27-42.
- ELBEK, O., ADAŞ, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12 (1), 33-44.
- ERKAN, A. (2011). Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması, Maliye Dergisi, 160, 423-438.

- GÜL, S. S., DERİCİOĞULLARI, D. E. (2010). Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar, Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildiriler Kitabı, İstanbul: Petrol-İş Yayını, 317-337.
- HATEMİ, H. (2006). Özel Hasta Gruplarının Hakları, Sağlık Hakkı Dergisi, 1, 42-44.
- KARASU, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu Özel Ortaklığı, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66 (3), 217-262.
- KART, E. (2013). Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri, Çalışma ve Toplum Dergisi, 38 (3), 103-139.
- MEMİŞOĞLU, D. KALKAN, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Yönetişim, İnovasyon ve Türkiye, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21 (2), 645-665.
- MEMİŞOĞLU, D. (2016). Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı, Yasama Dergisi, 34, 62-93.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2007a). Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2007b). 21. Hedefte Türkiye, Sağlıkta Gelecek, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, İlerleme Raporu, (Ed.) AKDAĞ, R., Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2018). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2012a). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), (Ed.) AKDAĞ, R., Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2012b). Stratejik Plan 2013-2017, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- SOLMAZ, B., DUĞAN, Ö. (2018). Sağlık Çalışanı ile Hasta ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden “İletişim” Üzerine Bir İnceleme, AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18 (2), 185-206.
- TATAR, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, Sosyal Güvenlik Dergisi, 1 (1), 103-133.
- TEKİN, Ç., BOZKIR, Ç., SAZAK, Y., ÖZER, A. (2014). Malatya İl Merkezinde Çalışan Aile Hekimleri ile Aile Sağlığı Elemanlarının, Aile

Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri, İş Doyumu Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Fırat Tıp Dergisi, 19 (3), 135-139.

YILDIRIM, H. H. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık Sen Yayınları, S.21, Ankara.

<http://www3.kalkinma.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83DA6FF03C7B4FCD157A140EEA4FF44> (02.01.2019)

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> (02.01.2019)

<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>

(02.01.2019) <https://sygm.saglik.gov.tr/> (10.01.2019)

<https://himsseurasia.com/nedediler/> (07.01.2019)

<https://www.kamupersoneli.net/gundem/saglik-bakani-demircan-turkiye-decok-basliligin-kaldirildigi-h32212.html> (15.01.2019)

<https://www.haberler.com/sabim-e-sikayet-edilen-sadece-4-hekim-uyari-almis-4170115-haberi/> (15.01.2019)

