T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ



ÖZELLEŞTİRME SÜRECİNİN TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINA ETKİSİ

KEMAL GELEGEN

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ MUZAFFER ÖZSOY

MAYIS-2019
EDİRNE

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kemal GELEGEN tarafından hazırlanan "Özelleştirme Sürecinin Türkiye'deki Sağlık Hizmetleri Alanına Etkisi" Konulu **Yüksek Lisans** tezinin Sınavı, Trakya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 19-6 maddeleri uyarınca 25.04.2019 günü saat 09.30 'da yapılmış olup, yüksek lisans tezinin Kabul Edilmesine **OYBİRLİĞİ/~~OYÇOKLUĞU~~** ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Muzaffer ÖZSOY (Danışman)	Kabul Edilmesine	
Dr. Öğr. Üyesi Aykut TAVŞANCI	Kabul Edilmesine	
Dr. Öğr. Üyesi Serdar CANPOLAT	Kabul Edilmesine	

* Jüri üyelerinin, tezle ilgili kanaat açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine/Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10249609
Yazar Adı / Soyadı	KEMAL GELEGEN
T.C.Kimlik No	16738932346
Telefon	5364683620
E-Posta	kemal-gelegen-22@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Özelleştirme Sürecinin Türkiye'deki Sağlık Hizmetleri Alanına Etkisi
Tezin Tercümesi	The Privatization Process ın Turkey the Impact on the Health Care Field
Konu	Sağlık Kurumları Yönetimi = Health Care Management
Üniversite	Trakya Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	133
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ MUZAFFER ÖZSOY
Dizin Terimleri	Sosyal özelleştirme politikası=Social privatization policy ; Sağlık harcamaları=Health expenditures ; Kamu-özel sektör ilişkileri=Public-private sector relations ; Kamu-özel sektör ortaklığı=Public-private partnership
Önerilen Dizin Terimleri	Sağlık Harcamaları, Özelleştirme, Sağlıkta Refah, Serbest Piyasa

21.05.2019

İmza:.....

Tezin Adı: Özelleştirme Sürecinin Türkiye'deki Sağlık Hizmetleri Alanına Etkisi

Hazırlayan: Kemal GELEGEN

ÖZET

Dünya genelinde, üretimin yapısında 1970'lerin başından itibaren önemli değişikliler ve ekonomik durgunluklar meydana gelmiştir. 1980 yılına gelindiğinde ise dünya genelinde sağlıkta reform ve özelleştirme çalışmaları başlamıştır. Türkiye'de ise 1995 yılında 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı dâhilinde Sağlıkta Sosyalizasyon politikalarının uygulanmadığı görülmektedir. Bu durum Türkiye'de bulunan özel sağlık kuruluşlarının kâr amacı doğrultusunda hareket etmesine sebep olmuştur.

Türkiye gibi az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere uygulanan özelleştirme politikası ise KİT'lerin yabancı sermayeye aktarılması şeklindedir. Ancak sağlık alanındaki özelleştirmelerin, ticari bir kaygı içinde pazar ve piyasa mekanizması doğrultusunda tekelci finans kuruluşlarına bırakılmasının doğru olmadığı düşünülmektedir. Sağlık alanındaki özelleştirmelerin ticari bir kaygı ile politik alanda ilerlemesi az gelişmiş ülkelerin en büyük sorunlarından biridir.

Türkiye'de özellikle 2002 yılından itibaren önem kazanan sağlıkta özelleştirme çalışmaları, son 18 yıldır Türkiye'de hız kazanarak devam etmiş ve devlet tarafından desteklenmiştir. Böylece bireyler sadece kamu hastanelerinden değil özel hastanelerden de faydalanma eğilimine girmişlerdir. Bu durum sağlık hizmetleri sunumunda çeşitliliğe neden olarak sağlık harcamaları, sağlık personeli sayısı ve hastanelerin maliyetlerinde değişikliğe sebep olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Özelleştirme, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Harcamaları, Sağlık Çalışanları Sayıları, Sağlıkta Refah, Politika ve Sağlık

Thesis Name: The Privatization Process ın Turkey the Impact on the Health Care Field
Prepared by: Kemal GELEGEN

ABSTRACT

In the world-wide structure, significant changes and economic stagnations have occurred since the early 1970s. In 1980, health reform and privatization started in the world. In Turkey, there has not been applied in 1995. 7. Socialization in health policies, including the Five-Year Development Plan. This situation is caused to move in line with the profit of private health institutions in Turkey.

The privatization policy applied to least developed and developing countries such as Turkey is to be transferred to foreign capital in the form of kits. However, it is considered that it is not right to leave the privatizations in the field of health to the monopolist financial institutions in a commercial concern in line with the market and market mechanism. One of the biggest problems of underdeveloped countries is the progress of the privatizations in the field of health with a commercial concern.

Since 2002, health has gained importance especially in privatization efforts in Turkey in the last 18 years, he continued gaining momentum in Turkey and was supported by the state. Thus, individuals tend to benefit not only from public hospitals but also from private hospitals. This has led to a variety of health care provision, resulting in changes in health expenditures, the number of health personnel and the costs of hospitals.

Key Words: Privatization, Health Services, Health Expenditures, Numbers of Health Workers, Welfare in Health, Policy and Health

ÖNSÖZ

Özelleştirme uygulamaları, günümüz dünyasının vazgeçilmez, politik ve ekonomik unsuru haline gelmiştir. Bu duruma sebep olan en önemli etken, ülkeler arasındaki gelişmişlik farklarıdır. Özellikle sanayisi gelişmemiş, eğitim kalitesi düşük, işsizliğin fazla ve istihdam oranının düşük olduğu ülkeler, sermayedarlar tarafından birer yatırım alanına dönüştürülmüştür. Özellikle halkın çoğunluğunun geçimini tarımla sağladığı, verimli topraklara sahip olan ülkelere, hızlı yatırımların yapıldığı görülmektedir. Bu ülkelere en güzel örneği; Kenya, Güney Afrika ve Fas oluşturmaktadır. Diğer taraftan da az gelişmiş olmakla beraber gelişime açık Türkiye gibi ülkelerde, geçimini sadece tarımda çalışanların değil, hizmet sektörü ve sanayi sektöründe çalışanların da etkin olduğu ülkelerde, yatırımlar genellikle imar ve hizmet sektörüne yönelik olmaktadır. Sağlık sektörü, hizmet sektörü alanında yatırımların yapıldığı ve özelleştirmelerin yoğun olduğu en önemli sektör konumundadır. Biz de çalışmamızda Türkiye'nin Bu sektördeki durumuna bakmaya çalıştık.

Yüksek lisans eğitimimin boyunca bana yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Fatma LORCU'ya sonsuz sevgi ve saygılarımı sunarım. Aynı zamanda saygı değer hocam, Prof. Dr. Agah Sinan ÜNSAR'a ilgi ve alakalarından dolayı çok teşekkür ederim. Elbette zorlu tez yazımım boyunca benden yardımlarını esirgemeyen, sabır ve hoşgörü ile bana yol gösteren, her daim yanımda olan, danışman hocam sayın Dr. Öğretim Üyesi Muzaffer ÖZSOY'a teşekkürü bir borç bilir saygı ve şükranlarımı sunarım. Elbette tez çalışmasının tüm sorumluluğu tarafıma aittir.

Hayatımın her döneminde olduğu gibi, beni bu süreçte destekleyen sevgili babam Hasan GELEGEN'e, Annem Fatma GELEGEN'e ve kardeşim Kübra GELEGEN' e sonsuz sevgi ve saygılarımı sunarım. İnsanın eğitim hayatında karşılaşacağı ender insanlardan olan Nezaket İlkem SALMAN'a da tez sürecindeki yardımlarından dolayı en içten teşekkürlerimi sunarım.

Kemal GELEGEN

EDİRNE-2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **I**
ABSTRACT ..... **II**
ÖNSÖZ ..... **III**
İÇİNDEKİLER ..... **IV**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **VIII**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **X**
KISALTMALAR LİSTESİ ..... **XI**
GİRİŞ **1**

1. BÖLÜM **2**
1. ÖZELLEŞTİRME VE SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR **2**
1.1. Özelleştirme Tanımı ve Kavramı 2
1.1.1. Özelleştirme Türleri 3
1.1.2. Özelleştirmenin Amaçları 4
1.1.2.1.Özelleştirmede Sosyal ve Siyasal Amaçlar 4
1.1.2.2. Özelleştirmede Mali Amaçlar 5
1.1.2.2.1. Devlete Gelir Sağlanması 5
1.1.2.2.2. Vergilendirme ile İlgili Düzenlemeler 5
1.1.2.2.3. KİT'lerin Borç Yükünden Kurtulması 7
1.1.2.3. Özelleştirmede Ekonomik Amaçlar 7
1.1.2.3.1. Sermayenin Tabana Yayılmasını Sağlamak 8
1.1.2.3.2. Verimliliği Arttırmak 8
1.1.2.3.3. Ekonomide İstikrarın Sağlanması 9
1.1.2.3.4. Serbest Piyasa Ekonomisinin Etkinliğini Arttırmak 10
1.1.2.3.5. Kaynakların En Uygun Şekilde Dağılımını Sağlamak 10
1.1.2.3.6. İlgili Kuruluşlarda Kârlılık ve Verimlilik Yaratmak 11
1.1.3. Özelleştirme Yöntemleri 12
1.1.3.1. Mülkiyetin Devri (Satış) 12

1.1.3.2. İşletme Hakkı Devri 13
1.1.3.3. Kiralama 13
1.1.3.4. Mülkiyetin Gayri Ayni Haklara Tesisi 14
1.1.3.5. Gelir Ortaklığı Modeli ve Sair Hukuki Tasarruf 14
1.1.4. Özelleştirme ve Kamu Yararı 15
1.1.5. Özelleştirmenin Olumlu ve Olumsuz Etkileri 16
1.1.5.1. Özelleştirmelerin Olumlu Etkileri 17
1.1.5.2. Özelleştirmenin Olumsuz Etkileri 17
1.2. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Tanımı 18
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri 18
1.2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 19
1.2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 19
1.2.1.3. Rehabilite Edici (Esenlendirici) Sağlık Hizmetleri 19
1.3. Sağlık Piyasası 20
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri 21
1.5. Sağlık hizmetlerinde Hastane Çeşitleri 24
1.5.1. Özel Hastaneler 24
1.5.2. Kamu Hastaneleri 25
1.5.3. Üniversite Hastaneleri 25
1.5.4. Şehir Hastaneleri 25
1.6. Sağlık Hizmetlerinin İlkeleri 26

2. BÖLÜM 29
2. TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE BÜTÇE, YATIRIMLAR, HARCAMALAR VE HİZMET KALİTESİNİN ÖNEMİ 29
2.1. Sağlıkta İşletmelerinde Hizmet Kalitesi 29
2.1.1. Kurumsal Yapı 30
2.1.2. Kalite Göstergeleri 30
2.1.3. Kalitenin Değerlendirilmesi 31
2.1.4. Kalite Standartları 32
2.1.4.1. Sağlıkta Hastalar İçin Hizmet Kalitesinin önemi 32

2.1.4.2. Teknolojik Gelişmişliğin Sağlıkta Hizmet Kalitesine Etkisi 33
2.1.4.3. Sağlık Teknolojisinin Değerlendirilmesi ve Bilgi İlişkisi 34
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Özel Finansman Çeşitleri 36
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Aktif Özelleştirme Olan Özel Sağlık Sigortacılığı 37
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Pasif Özelleştirme Olan Cepten Ödemeler 37
2.2.2.1. Doğrudan Ödemeler 38
2.2.2.2. Kullanıcı Katkıları 39
2.2.2.3. Enformel Ödemeler 39
2.3. Sağlık Harcamaları 40
2.3.1. Sağlıkta Cari Harcamalar 42
2.3.2. Sağlıkta Yatırım Harcamaları 43
2.3.3. Katastrofik Sağlık Harcamaları 44
2.4. Sağlıkta Doğrudan Yabancı Sermaye Yatırımları 45
2.5. Sağlıkta Sabit Sermeye Yatırımları 48
2.6. Türkiye'de Sağlıkta Bütçenin Durumu 50

3. BÖLÜM 53
3. TÜRKİYE'DE, 2002-2018 YILLARI ARASINDA, SAĞLIK ALANINDA YAPILAN ÖZELLEŞTİRMELERİN, SAĞLIK SEKTÖRÜNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 53
3.1. 2002-2018'li Yıllarda Sağlık Politikaları 53
3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kamu-Özel İşbirliği 54
3.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Taşeronlaşma 57
3.1.3. Sağlık Kurumlarında İdari Ve Mali Alanda Özerkleştirme 61
3.1.3.1. Yerel Düzeyde Sağlık Hizmetlerinde Bütçe Giderleri 62
3.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği 66
3.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Sözleşmeli İstihdamı 66
3.2. Sağlıkta Özelleştirmelerin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi 67

3.3. Sağlıkta Özelleştirmelerle Birlikte Hastanelerin Müracaat, Muayene Sayıları ile Fatura Tutarlarının, Ortalama Maliyet Değişimleri 74
3.4. Sağlıkta Özelleştirmelerle Birlikte Sağlık Sektöründe Çalışan Personel Sayılarındaki Değişimler..... 80
3.5. Sağlıkta Özelleştirmelerle Birlikte Sağlık Sektöründe Bazı Araç-Gereç ve Ameliyat Gruplarının Sektörler Bazında İncelenmesi 86
3.6. Sağlıkta Sektöründeki Gelişmeler ve Değişimler Doğrultusunda Türkiye'nin Sağlıkta Refah Seviyesinin Durumu 93

SONUÇ VE ÖNERİLER..... 96
KAYNAKÇA 99

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: 2010-2018 Yıllarında Devlet Bütçesine Göre Vergi Ödeyenlerin, Vergilerinin Nereye Harcanacağının Fonksiyonel Sınıflandırılması (Milyon TL). 6
Tablo 2: Sağlıkta Hizmet Kalitesi ve Gösterge Yönetimindeki Aşamalar..... 31
Tablo 3: Sağlık Harcamalarında Devam Eden ve Tamamlanan Yatırımların, Sağlık Tesislerine Dağılımı..... 45
Tablo 4: 2002-2018 Yılları Arasında Devlet Bütçesinden, Sağlık Bakanlığına Ayrılan Ödenekler (Bin TL)..... 51
Tablo 5: 1986-2017 Yılları Arasında, KÖİ ile Yapılan Sağlık Tesisleri Proje Sayısının, Diğer KÖİ Projelerinin İçindeki Sırası 57
Tablo 6: 2017 Yılında Sağlık Hizmetlerinin, Ekonomik ve Fonksiyonel Sınıflandırma Düzeyinde Bütçe Giderleri (Bin TL) 64
Tablo 7: 2002-2017 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Harcamalarının Sektörel Dağılımı (Milyon TL) 68
Tablo 8: 2002-2017 Yıllarında, Sağlık Harcamaları İçinde, Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL) 71
Tablo 9: 2002-2017 Yıllarında, Genel Sağlık Harcamaları İçinde, Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının, Türüne Göre Dağılımı (Milyon TL) 72
Tablo 10: 2008-2018 Yıllarında, Sağlık Hizmeti Sunucusunun Türüne Göre, Hastanelere Müracaat Sayısı (Bin Adet)..... 75
Tablo 11: 2008-2018 Yıllarında, Sağlık Hizmeti Sunucusunun Türüne Göre, Hastanelerde Fatura Tutarı ve Yüzdesel Dağılımları (Bin TL) 76
Tablo 12: 2008-2018 Yıllarında, Sağlık Hizmeti Sunucusunun Türüne Göre, Hastanelerde Fatura Tutarı ve Müracaat Sayısının, Müracaat Başına Ortalama Maliyetleri (TL) 77
Tablo 13: 2002-2016 Yıllarında, Sağlık Sektörlerinin Türüne Göre, Muayene Sayıları (Milyon Kişi) 79
Tablo 14: 2008-2017 Yıllarında Türkiye'de, Sektörlere Göre Sağlık Çalışanı Sayıları (Bin Kişi) 80
Tablo 15: 2002-2017 Yıllarında, Sağlık Çalışanı Başına Düşen Kişi Sayısı 84

Tablo 16: 2019 Yılı Kamu Hastanelerinde ve 2018 Yılı Serbest Piyasada Çalışan Diş Hekimlerinin Uygulayacağı Bazı Diş Sağlığı Hizmetlerinin Fiyat Tarifeleri 85
Tablo 17: 2002-2017 Yıllarında Yataklı Sağlık Kurumlarının Sayısı 86
Tablo 18: 2002-2016 Yılları Arasında, Yoğun Bakım Yatak Sayıları..... 87
Tablo 19: 2002-2015 Yılları Arasında Sektörlere Göre A-B-C Grubu Ameliyatların Dağılımı 88
Tablo 20: 2008-2017 Yılları Arasında, Yataklı Tedavi Kurumlarında Bazı Cihazlarda Görüntüleme Sayısının, Sağlık Sektöründeki Dağılımı..... 89
Tablo 21: 2018 Yılı İtibariyle Türkiye'nin Avrupa Birliği Ülkeleri İçinde, Sağlıkta Refah Sıralaması ve Puanları (Avrupa) 93
Tablo 22: 2007-2018 Yılları Arasında, Türkiye'nin Sağlıkta Refah Sıralaması ve Puanları (Dünya) 94

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Türkiye'de Sağlıkta Kalite Sisteminin Unsurları 30
Şekil 2: Yeni Gelişen Sağlık Teknolojisinin Kabullenilmesinde Rol Alan Paydaşlar 34
Şekil 3: Türkiye'de Sağlıkta Yatırım Harcamalarının, Yapım Aşamasındaki Durumuna Göre Dağılımı 43
Şekil 4: Sağlık Sisteminde Sürdürülebilirlik ve Yatırımlarda Etkili Olan Faktörler 47
Şekil 5: İşletme Sermayesinin Sağlık Kurumlarındaki Döngüsü 50
Şekil 6: 1986-2017 Yıllarında Uygulama Sözleşmesi İmzalanan KÖİ Projeleri ve Bu Projelerin Sektörel Olarak Yüzdesel Dağılımı 56
Şekil 7: Sağlık Sektöründe, 2002-2013 Yılları Arasındaki Taşeron İşçi Sayıları 59
Şekil 8: Kamu Sektöründeki Kurum ve Kuruluşlarda, Taşeronlaşmanın Yüzdesel Dağılımı 60

KISALTMALAR LİSTESİ

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AEP: Acil Eylem Planı

AKP: Adalet ve Kalkınma Partisi

ARGE: Araştırma Geliştirme

BAĞ-KUR: Esnaf ve Sanatkârlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

B: Bakınız

BT: Bilgisayarlı Tomografi

D: Diastol (Kan Akım Hızı)

DYSY: Doğrudan Yabancı Sermaye Yatırımları

E: Esas

SBF: Siyasal Bilgiler Fakültesi

PFI/ÖFG: Private Finance İnitiative/ Özel Finans Girişimi

EKO: Ekokardiyografi

ESA/AUA: European Space Agency/Avrupa Uzay Ajansı

EUnetHTA/ASTDA: Europen Network For Health Technology Assessment/ Avrupa Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Ağında

GSS: Genel Sağlık Sigortası

HHK: Hususi Hastaneler Kanunu

K: Karar

KDV: Katma Değer Vergisi

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

KİT: Kamu İktisadi Teşebbüsleri

KÖİ: Kamu Özel İşbirliği

KÖO: Kamu Özel Ortaklığı

M: Memur

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme

ORT: Ortalama

ÖHY: Özel Hastaneler Yönetmeliği

PHA: Planlanan Hizmet Alımı

RG: Resmi Gazete

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Projesi

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SP: Sağlık Personeli

SS: Sosyal Sigorta

İİBF: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SSYM: Sabit Sermaye Yatırım Malları

STD: Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TEDAŞ: Türkiye Elektrik Dağıtım Anonim Şirketi

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

TL: Türk Lirası

TOBB: Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

USHS: Ulusal Sağlık Hizmeti Sistemi

WHO/DSÖ: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

YASED: Yabancı Sermaye veya Uluslararası Yatırımcılar Derneği

YİD: Yap İşlet Devret

GİRİŞ

Günümüz dünyasında ve Türkiye'de küreselleşmeyle birlikte her geçen gün hız kazanan serbest piyasa ekonomisi ve liberalleşme politikaları, özelleştirme alanında da oldukça etkili olmaya başlamıştır. Bu durum liberal ekonomiyi savunan devletlerin özelleştirme alanında da daha fazla söz sahibi olmasına neden olmuştur. Dolayısıyla, bu ülkeler özelleştirme politikalarına da yön vererek gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde eğitim, enerji, köprü, otoyol ve 1970-1980'li yıllardan günümüze kadar da sağlık hizmetleri alanında özelleştirmelerin en büyük destekçisi olmuşlardır.

Özellikle son yıllarda küresel bir hal alan dünya ekonomisinde, gerek politik gerek ekonomik açıdan önem verilen konulardan biri özelleştirmelerdir. Dünyada ilk özelleştirme hareketleri 1970'li yıllarda Şili'de ortaya çıkmıştır. Bunun en önemli nedeni, ekonomik açıdan zayıf olması ve bu ekonomik zayıflığın ülkeyi özelleştirmeye mahkûm etmesidir. Politik olarak özelleştirme ise 1979'da İngiltere'de "Thatcher hükümetinin" iktidara gelmesiyle yaşanmış, özelleştirme çalışmaları etki alanını genişletmiştir. Bu dönemde belirlenen hedefler doğrultusunda özelleştirmenin, sermaye sahipleri aracılığıyla, dünya geneline, özellikle gelişmekte olan ülkelere yayılması sağlanmıştır. Bu yayılım, ilgili ülkelerin hukuki, siyasal ve ekonomik yapılarını etki altına alarak daha kolay bir şekilde gerçekleştirilmiştir.

Türkiye'de ise özelleştirme çalışmaları, 1980'li yılların başından itibaren hız kazanmıştır. Özellikle 2002-2018 yıllarında AKP hükümetinin iktidara gelmesi ile enerji, köprü, otoyol, eğitim, fabrika ve özellikle sağlık alanında özelleştirmeler hız kazanmıştır. Bu şekilde devlet hizmetlerinin bu alanlarda azaltılması, devletin halka sunmakla yükümlü olduğu alanların şirketlere devredilmesi, aynı zamanda da devletin maddi kaynaklarını başka alanlarda kullanılması amaçlanmıştır.

1. BÖLÜM

1. ÖZELLEŞTİRME ve SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

Bu bölümde özelleştirme ve sağlık ilgili genel tanımlara yer verilmiştir. Bu tanımlar özelleştirme için; özelleştirmelerin amaçları, yöntemleri ve özelleştirme türlerini kapsamaktadır. Sağlık ile ilgili olarak ise; sağlık ve sağlık piyasasının ne olduğu, sağlık hizmetlerinin ilkeleri, özellikleri ve hastane çeşitleri üzerinde durulmuştur.

1.1. Özelleştirme Tanımı ve Kavramı

Geçmişten geleceğe var olan ve sürekli değişerek başka formlarda karşımıza çıkan ekonomik sorunlar günümüz dünyasında ve Türkiye'de de hala devam etmektedir. Doğal kaynakların tükeniyor olması ve ülkeler arası rant yarışları, dünyayı tek bir devlet gibi düşünmemizi sağlayan özelleştirmeyi kaçınılmaz kılmaktadır. Dünyada özelleştirme ile ilgili net bir tanımlama bulunmamaktadır. Bunun en önemli nedeni ise özelleştirme kavramının politika, siyaset, ekonomi, hukuk, iktisat gibi bilim dallarının hepsiyle yakından bağlantılı olmasıdır.

Özelleştirme genel olarak iki şekilde ele alınmaktadır. Bunlar; dar anlamda özelleştirme ve geniş anlamda özelleştirmedir. Dar anlamda özelleştirme; kamuya ait belirli kurum ve kuruluşların belirli şartlar altında özel kurum ve kuruluşlara devredilmesidir (Sezgin, 2010: 156).

Geniş anlamda özelleştirme ise; Devletin ekonomiye müdahalesini en aza indirmeyi amaçlamakla beraber tamamen ortadan kaldırmayı da hedefleyen özelleştirme şeklidir. Mülkiyet devrinde belirli kuruluşların devlet desteği ile yönetimde söz sahibi olmasını da gerekli kılmaktadır. KİT'lerde kısmen veya tamamen devletin müdahale alanının yok olması, aynı zamanda bu kurum ve kuruluşların bütçeye olan yükünün azalmasını da sağlamaktadır. Geniş anlamda özelleştirmede hedeflenen mülkiyet transferinin devletin kontrolünden çıkarak,

özel yönetime sahip olup liberal ekonomi çerçevesinde birer sermaye şirketine dönüşerek halka hizmet etmesidir (İleri, 1998: 150-151).

1.1.1. Özelleştirme Türleri

Genel olarak bakıldığında yazarlar, ekonomistler ve politikacılar arasında özelleştirme türleri ile ilgili görüş birliği yoktur.

Tam olarak görüş birliği olmamasına rağmen yazarlar özelleştirme sektörünün dört kategoriye ayırmışlardır. Bu özelleştirme türleri (Tatar, 1997: 76); Denasyonalizasyon, hizmet finansmanının özelleştirilmesi, hizmet üretiminin özelleştirilmesi, liberalizasyon ve deregülasyon'dur.

A. Denasyonalizasyon (Açık Özelleştirme): Milli olan endüstri ve kamu kurumlarının özel sektöre devredilmesi, devlet eliyle yürütülen eğitim, sağlık gibi alanlardan devletin hizmetini yavaş bir biçimde çekerek bu alanlarda özel sektörün hizmet vermesidir (Özer, 2005: 21).

B. Hizmet Finansmanının Özelleştirimesi: Devlet, kamu kurum ve kuruluşlarında hizmet vermeye devam etmektedir. Bu hizmetlerin karşılığında hizmetlerden faydalanan kişilerden kullanıcı katkıları almaktadır. Bu özelleştirme türünde vergilerin yerini kullanıcıların katkıları almıştır. Böylece devletin etkinliği, kullanıcıların katkıları doğrultusunda devam etmektedir (Özer, 2005: 21).

C. Hizmet Üretiminin Özelleştirilmesi: Kamu hizmetlerindeki yetersizlik ve vatandaşların taleplerinin karşılanamaması, devletin yetersiz olduğu alanlardaki hizmetlerin, özelleştirme baskısı altına girmesine neden olmuştur. Özellikle 1980'lerde çoğu kamu hizmeti, alternatif üretim biçimlerine dönüştürülmüştür. Bu neo-liberal gelişme, Avrupa'daki ülkelerde çoğunlukla kamu hizmetinin üretiminin pazarlanması şeklinde gerçekleşmiştir. Neo-libereal gelişmelerle paralel hareket eden devlette, geçmişte sunduğu hizmetleri terk etmiş ve standart klasik görevlerini yaparak hizmet üretmeye devam etmiştir (Kılıç ve Eren, 2006: 78).

D. Liberalizasyon ve Deregülasyon: Mal, hizmet ve sermayenin ülkeler arasında

rahat dolaşmasını sağlamak için kısıtlamaların kardırılması, aynı zamanda kamusal alanda bulunan tekel güçlerinin azaltılarak rekabetçi ortamın oluşmasına olanak sağlanmasıdır (Özer, 2005: 21). Deregülasyon ise, finansal piyasalardaki mevcut düzenlerin ya da kuralların kaldırılması, kısaca kuralsızlaştırma olarak tanımlanmaktadır. 1997/1998 Asya krizi sonrasındaki finansal çalışmalar deregüalsyona örnek olarak verilebilir (Delice vd., 2004: 102).

1.1.2. Özelleştirmenin Amaçları

Özelleştirmenin amaçları; dünyanın içinde bulunduğu ekonomik durum ve ülkelerin ekonomik refah seviyesine göre değişkenlik göstermekle birlikte, çoğunlukla kabul edilen siyasi, mali, sosyal ve ekonomik amaçlar olarak kabul edilmektedir (Tümer, 2004: 20).

1.1.2.1. Özelleştirmede Sosyal ve Siyasal Amaçlar

Siyasal ve sosyal amaçlar tamamen toplumsal refahı arttırmak, var olan refah düzeyini en üst seviyeye çıkarmak ve bu duruma paralel olarak işsizliğin azaltılması, son olarak da ülke genelinde yolsuzlukları önlemektir (Ulusoy ve Yılmaz, 2017: 7).

Özelleştirme çalışmalarının artmasını destekleyenlere göre; toplumsal gelir düzeylerinde artışlar olacaktır. Bu durumun gerçekleşmesi için hisse senedine sahip olan kurum içi çalışanlar ücret dışındaki gelirlerden de yararlanacaktır. İşletmelerden kâr elde etme sadece belli bir üst sınıfa ait olmayıp en alt gelir düzeyindeki bireylerinde bundan faydalanacağı öngörülmektedir (Gül, 2004: 19).

Hisse senetlerinin yaygınlaşması, işçilerin ilgili ekonomik girişimlerin faaliyet sonuçları ile daha yakından ilgili olmalarına olanak tanınması, rekabeti engelleyen kısıtlamaların ortadan kaldırılması, demokrasiye uygun bir biçimde halkın ilgili hizmetlerden etkin ve verimli bir şekilde faydalanmasını sağlamak, özelleştirmenin önemli amaçlarındandır. Burada en önemli unsurlardan bir diğeri de özelleştirmenin, rekabeti her alanda en üst düzeye çekerek geliştirmesidir (Chouraqui, 1989: 46).

1.1.2.2. Özelleştirmede Mali Amaçlar

Özelleştirmenin ana amacı ile mali amacı arasında belirgin bir paralellik vardır. Devletinin asli görevlerine yönelerek ekonomiyi, pazar mekanizmalarına bırakması ise özelleştirmelerin temel unsurunu oluşturmaktadır. Mali amaçla, özelleştirmelerin serbest piyasaya bırakılması arasındaki ilişkinin kritik noktası, devletin elinde bulunan hantal kuruluşların özel sektöre bırakılıp devleti mali yükten kurtararak ek gelir oluşturmasıdır (Süslü ve Yanardağ, https://www.mevzuatdergisi.com/2002/07a/01.htm, 21.02.2019 tarihinde erişildi).

1.1.2.2.1. Devlete Gelir Sağlanması

Türkiye Cumhuriyeti tarihinde ekonomik ve mali alanlardaki istikrarsız dalgalanmalara kalıcı bir çözüm getirilememiştir. Bu durumun en önemli nedenleri; ülkemizde sanayinin gelişmemesi ve sanayideki çalışmaların ekonomik getirisi düşük alanlarda yapılması, ARGE çalışmalarına ayrılan bütçenin çok kısıtlı oluşu, eğitim alanına yatırım yapılmaması sayılabilir. Bunlarla birlikte en önemli etken, çoğunlukla doğrudan ülkeye giren yatırımların yetersiz oluşu, yani sermayenin yetersizliğidir (Örnek, 2008: 205-206).

Özelleştirme ile birlikte asıl hedeflenen KİT'lerin devlet bütçesi üzerindeki baskıyı azaltıp, ekonomide liberal politikalar lehine kurulan pazar mekanizmalarına işlerlik kazandırarak ilgili sektörde rekabetçi bir ortam yaratmaktır. Böylece sermaye tabana yayılacak ve kaynakların doğru bir biçimde kullanılması sağlanacaktır. Aynı zamanda yatırım yapılacak ülkede sermayenin tabana yayılmasıyla birlikte gelişmiş bir sermaye piyasası oluşacaktır. Sermayenin tabana yayılması ve kaynakların etkin kullanılması devlete gelir sağlayacak, ülkedeki ekonomi canlanacaktır (Demirbaş ve Türkoğlu, 2002: 246-247).

1.1.2.2.2. Vergilendirme ile İlgili Düzenlemeler

Vergilendirme ile ilgili düzenlemelerde, son yıllarda vergi potansiyelinin tam olarak kullanılabilmesi için gündeme getirilen uygulamalardan en önemlisi vergi idaresindeki bazı hizmetlerin özelleştirilmesidir. Özellikle, verimliliği düşük birimlerin özelleştirilmesinin vergi gelirlerinde önemli oranda artışa sebep olacağı

düşünülmektedir. Fakat bu uygulama ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Diğer bir ifadeyle, eğer vergi idaresinin belli faaliyetlerinin ya da hizmetlerinin özel sektör eliyle yürütülmesine karar verilecekse, ilk olarak ülkedeki var olan mevcut yapı için ayrıntılı değerlendirmeler yapılmalı ve bu değerlendirmeler neticesinde, özelleştirildiğinde istenilen vergi potansiyeline ulaşmaya katkı sağlayacak birimlerin, faaliyetlerinin özel sektöre devredilmesine özen gösterilmelidir (Sarısoy, 2018: 70).

Tablo 1: 2010-2018 Yıllarında Devlet Bütçesine Göre Vergi Ödeyenlerin, Vergilerinin Nereye Harcanacağının Fonksiyonel Sınıflandırılması (Milyon TL)

Yıllar ve Sektörler	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Çevre	0.297	0.395	0.363	0.532	0.542	0.514	0.592	0.593	0.606
Faiz Giderleri	56.750	47.530	50.250	68.215	52.000	-	-	-	-
Genel Kamu Hizmetleri	98.750	48.546	58.114	121.216	78.123	87.696	103.164	174.084	214.024
Savunma	15.146	17.008	18.251	20.420	21.955	23.317	27.088	29.793	41.892
Kamu Düzeni ve Güvenlik	17.164	20.991	23.559	28.750	31.954	34.350	42.430	48.407	58.529
Ekonomik İşler ve Hizmetler	32.001	35.841	43.848	51.189	52.669	57.469	69.759	83.506	97.805
Sağlık	**14.960**	**18.464**	**15.550**	**18.043**	**20.023**	**22.004**	**27.559**	**34.614**	**40.611**
Dinlenme, Kültür ve Din	4.586	5.478	6.558	7.794	8.911	9.714	11.156	11.896	13.105
Eğitim	38.002	45.645	53.061	63.510	73.346	81.695	101.800	113.058	124.278
İskân ve Toplum Refahı	4.276	4.745	4.948	6.244	4.570	4.659	5.240	6.775	7.124
Sosyal Güvenlik ve Yardım	61.798	67.929	76.446	86.343	92.340	97.525	125.719	142.399	164.779
TOPLAM	**343.433**	**312.177**	**350.585**	**471.724**	**435.891**	**418.429**	**513.915**	**644.532**	**762.147**
Sağlık (%)	**4,35**	**5,91**	**4,43**	**3,82**	**4,59**	**5,25**	**5,36**	**5,37**	**5,32**

Kaynak: (Maliye Bakanlığı: Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, *Bütçe Büyüklükleri ve Bütçe Gerçekleşmeleri,* https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html, 25.02.2019 tarihinde erişildi).

Tablo 1'e göre Türkiye'deki vergi gelirlerinin büyük çoğunluğunun, genel kamu hizmetleri ile sosyal güvenlik ve yardımlara ayrıldığı görülmektedir. Devlet, 2018 yılında aldığı toplam 762,147 milyon TL'lik vergi gelirinin 40,611 milyon TL'sini sağlık alanına harcamıştır. Bu rakam % 5,32 gibi oldukça düşük bir yüzde

oranına denk gelmektedir. Dolayısıyla, Türkiye'de, özelleştirmelerin finans kaynağını, halktan alnın vergiler oluşturuyor demek oldukça yanlış olacaktır.

1.1.2.2.3. KİT'lerin Borç Yükünden Kurtulması

İşletmeler borçlarını ödeyememeleri durumunda, elinde bulunan mevcut kaynaklarını satmak zorunda kalabilmekte, aynı zamanda borçlarının yeniden incelenmesi veya ertelenmesi için de ilgili kuruluşa talepte bulunabilmektedirler. KİT işletmeleri için en etkin çözümlerden birisi de borç ödemelerinin ertelenmesi ve yerinin öz sermaye ile değiştirilmesidir. Bu değişimin gerçekleşmesi için mali ve ekonomik durumu güçlü ve güçsüz KİT işletmelerinin birleştirilmesi en uygun yol olmaktadır. Bu birleştirme işlemi ile KİT'lerin işletme içerisinde bölünmesine olanak sağlanmış olmaktadır. Bu bölünme ile, KİT işletmelerinin içinde anonim şirketler ortaya çıkarak işletmedeki işsizliğin azalmasına ve rekabetçi bir ortamın ortaya çıkmasına olanak sağlanılmaktadır (Erol, 1993: 9).

KİT'lerin yaptıkları çalışmalar bazı durumlarda hazineye gereğinden fazla yük oluşturmaktadır. Vergi yolu ile finansman sağlayan ülkelerde vergi gelirlerinin düşük olması durumunda, finansman ihtiyacı Merkez Bankası tarafından karşılanmakta bu nedenle de enflasyon ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda, KİT'lere ait hisse senetlerinin dünya piyasalarında satılması da döviz gelirlerinde artışa sebep olmaktadır (Şen, 2007: 12).

1.1.2.3. Özelleştirmede Ekonomik Amaçlar

Özelleştirme, kişilerin rasyonel ve ekonomik davranışlarının serbest piyasa ekonomisine ne şekilde yansıdığı ile yakından ilgilidir. Ülkede bulunan KİT'lerin serbest piyasadan bağımsız şekilde hareket etmeleri ve devlet içerisindeki tekelci durumları, buna bağlı olarak belirledikleri fiyat sistemi, yatırım ve sermaye girişini olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Bu durum, optimal düzeyde istikrarlı bir işleyiş sergilemesi gereken piyasa mekanizmasını, olumsuz ekonomik ve finansal durumlarla karşılaştırmaktadır (Yurdakul, 2010: 7).

Özelleştirmelerde ekonomik amacın temelini, ülkedeki serbest piyasayı bütün kurum ve kuruluşlarda, mevzuata uygun bir şekilde etkin kılmak, sermayeyi

tabana yaymak, elde edilen gelirlerin ülkedeki en verimli üretim alanlarında kullanılmasını sağlamak ve mevcut kaynakları optimal düzeyde oluşturmaktadır (Özbek, 2007: 4).

1.1.2.3.1. Sermayenin Tabana Yayılmasını Sağlamak

Sermayenin tabana yayılmasındaki en büyük işlev kurumsal yatırımcılara aittir. Sermaye piyasalarının en önemli işlevlerinden bazıları ülkedeki finansal sistemde bulunan fonlarla arz-talep dengesini sağlayıp kaynakları etkin ve verimli kullanılmaya yönlendirmesidir. Bu yönlendirmenin en başında sermayenin tabana yayılması gelmektedir. Şirketlerde ortak tasarrufları olan bireyler, hisse senetlerinin değer artışlarından yararlanmaktadır. Bu durum mülkiyetin tabana yayılmasına ve tasarruf sahipleri arasındaki gelir farklılığından kaynaklanan aynı maliyet-kâr düzeyini paylaşma olanağı sağlamaktadır. Gelişmekte olan piyasalarda küçük tasarruf sahiplerinin, sahip olduğu birikimleri etkin alanlara yönlendirmek, kurumsal yatırımın en önemli işlevidir. Bireylerin tasarruflarından kaynaklanan pozitif yönlü fon fazlalıklarının, kâr oranın en yüksek olabileceği alanlarda, analiz edilerek mevzuata uygun bir şekilde, işletmeye açılması sermayenin tabana yayılması açsından oldukça önemlidir (Kocabıyık ve Usul, 2010: 65).

1.1.2.3.2. Verimliliği Arttırmak

Yapılan araştırmalar neticesinde araştırmacıların büyük bir kısmı, özel mülkiyetin verimliliği pozitif yönde etkileyerek arttırdığını savunmaktadır. Aynı zamanda araştırmacılar bazı faktörlerin, özelleştirmeyle verimlilik arasında etkin olduğu kanısındadır. Bu faktörler; organizasyon durumu, dinamik ve politik faktörlerdir. Dinamik faktörler; daha çok özelleşen kamu kurumunda ya da firmada hızlı ve etkin bir şekilde verimlilik göstermesi olarak değil bu verimlilik düzeyinin zamanla artacak olmasıdır. Politik faktörler ise; daha çok hükümetin özelleştirilecek kurumu belirlemesi ile alakalıdır. Bu belirleme de, geliri yüksek olan bir kurum olabileceği gibi, özelleştirmeden elde edilecek gelirin, ilgili kurum ya da firmanın kâr ve verimliliğine göre daha önemli görülebilir. Organizasyon ile alakalı faktörler ise; şirketler grubu tarafından yönetilen bir kamu kurumunun özel

bir işletmeye devredilmesiyle alıcı firmanın, satın aldığı firmanın birleşik gücünü kullanarak verimliliğini arttırmasıdır. Ancak özelleştirilen kurumun bazı konularda çözüme kavuşmamış, işlemleri varsa ve satın alan kurum bu duruma bir ayrıcalık göstermiyorsa verimlilik olmayabilir (Öner, 2000: 3-4).

Gelişmekte olan ülkelerin finansman ihtiyacı, talep edilen projeleri bireylere sunmak için en önemli koşullardan biridir. Finansman ihtiyacını karşılayamayan ülkeler bütçe üzerinde yük oluşturmaktadır. Bu durum devletlerde, kamu-özel sektör ortaklığının gündeme gelmesine neden olmuştur. Bu ortaklığın ekonomik açıdan en önemli getirisi ise; ülke içerisindeki atıl sermayenin verimli bir şekilde kullanılarak devletin borç yükünden kurtulmasıdır. Bu durumun gerçekleşmesi, yabancı sermayenin ülke içerisine girerek ilgili yatırım alanlarında çalışmalara başlamasıyla olmaktadır (Karaca, 2012: 425). Fakat kamu kesiminde siyasal politikaların etkin olması, hükümetlerin rasyonel karar almalarını engellemektedir. Bu gibi durumlarda iktidarlar siyasal kararlara uygun davranamayarak rekabet ortamı yaratamamakta ve istenilen kâr düzeyine ulaşamamaktadırlar. Dolayısıyla, etkin olmayan verimsiz çalışmaların sayısında artışlar meydana gelmektedir (Tümer, 2004: 24).

1.1.2.3.3. Ekonomide İstikrarın Sağlanması

Türkiye'nin ve gelişmekte olan diğer ülkelerin en önemli sorunlarından biri de sermayenin yetersizliğidir. Aynı zamanda teknolojik çalışmalar konusunda beklenilen verimin alınamaması da, ülkeleri yabancı sermayeye mahkûm etmiştir. Bu ülkelerde reel gelirin düşüklüğü, tasarrufların da yetersiz olmasına sebep olmuştur. Tasarrufların yetersiz olduğu ülkelerdeki en belirgin özellik, sermayenin iç kaynaklardan değil yabancı kaynaklardan sağlanıyor olmasıdır. Bir ülkede ekonomik etkinliğin ve istikrarın pozitif yönde olabilmesi için istihdam alanının fazla olması gerekmektedir. Yabancı sermayeli kuruluşların en olumsuz özelliği, var olan kurumları satın alarak yatırım yapmalarıdır. Bu şekildeki özelleştirme ülkedeki istihdam alanının artmasına bir katkı sağlamamaktadır. Özelleştirmeyle ülkeye gelen yabancı yatırımcıların ihtiyacı olan finansmanı öz kaynaklarından sağlaması beklenirken, iç ve dış kaynaklardan sağlaması borçlanmaya neden

olmaktadır. Özellikle büyük firma ve işletmelerin yerel kaynaklardan olan sermaye piyasalarına başvurması, yerli yatırımcılar için olumsuz bir durum sergilemektedir (Alagöz vd., 2008: 83-84).

Özelleştirmenin en temel ekonomik gerekçesi, milli ekonomi içerisindeki serbest piyasa ekonomisine daha fazla yer ayırmaktır. Piyasa ekonomisin genişletilmesi sağlanırken kamu ekonomisinde bir daralma meydana gelecektir. Kamu ekonomisinin daralmasıyla birlikte, KİT'lerin faaliyetlerinin devam ettiği alanların da özel sektöre devredilerek rekabet ortamının oluşturulması, serbest piyasanın etkinliği açsından oldukça önemlidir. Devletin buradaki en önemli görevi bu aşamalar gerçekleşirken yasal tedbirleri almak ve uygulamaktır. Böylece özelleştirilen KİT'lere ait hisse senetlerinin menkul kıymetler borsasında işlem görmesi, sermaye piyasalarında hareketliliğe neden olacak ve menkul kıymetlerin arzında artış yaşanacaktır (Tandırcıoğlu, 2002: 199).

1.1.2.3.4. Serbest Piyasa Ekonomisinin Etkinliğini Arttırmak

Bir ülkede serbest piyasa ekonomisinin varlığını sürdürebilmesinin en önemli koşullarından birisi, özel girişimcilerin o ülkedeki yatırımlara devam ediyor olmasıdır. Özel girişimcilerin etkin olmasının en temel koşulu ise; rekabet ortamının olmasıdır. Rekabetin etkin olduğu ülkelerde piyasaya girişler serbest olacak ve özel girişimciler ortaklık kurarak sözleşmeler düzenleyebileceklerdir. Fakat serbest piyasa ekonomisinden istenilen verimin alınabilmesi için hukuksal düzenlemeler yetmemektedir. Ayrıca özel mülkiyet hakkının devlet tarafından korunması gerekmektedir. İşleyen bir serbest piyasa ekonomisinden söz edebilmek için devlet rekabet ortamı oluşturmalı, rekabeti engelleyen durumları ortadan kaldırarak, bireylerin konulan yasalara göre hareket etmelerini sağlamalıdır. Devlet bu koşulları sağlamak dışında piyasaya müdahalede bulunmamalıdır (Akçay, 2008: 19-20).

1.1.2.3.5. Kaynakların En Uygun Şekilde Dağılımını Sağlamak

Piyasa ekonomisinin etkinliğinin artması, aynı zamanda kaynakların optimal bir şekilde dağıldığının da göstergesidir. Piyasa ekonomisinden beklenen

temel amaçlardan biri de kaynakların optimal ve rasyonel bir şekilde dağılmasını sağlamaktır. Teorik olarak neo-klasik modeller, kaynak dağılımının nasıl olacağı üzerinde durmuşlardır. Bu modellere göre rekabet koşullarının en etkin durumda olduğu varsayılarak kaynak dağılımı ele alınmaktadır (Yüksel, 2006: 6). Kaynakları verimli bir şekilde kullanmanın diğer bir yolu ihale yöntemidir. Bu yöntemle kamu kurum ve kuruluşları, var olan kaynaklarıyla üretim yapmak yerine mal ve hizmetleri dışarıdan almaktadır. Bu yöntemde hizmetlerin nasıl ve ne şekilde gerçekleştiğini kamu kurumu denetlemekte fakat, hizmet ve üretim özel teşebbüs tarafından gerçekleştirilmektedir. İhale yöntemi iç kaynakların piyasa ekonomisine katılmasını sağlar. Ek kaynakları da ortaya çıkararak devletin kıt kaynaklarını optimum şekilde kullanılması da ihale yönteminin kazanımlarındandır (İlkorkor, 2010: 65-71).

1.1.2.3.6. İlgili Kuruluşlarda Kârlılık ve Verimlilik Yaratmak

Özelleştirme programlarının etkin bir şekilde işlemesini sağlamak için, özelleştirilecek kamu kurum ve kuruluşlarının ya da ilgili firmaların ekonomik, mali ve hukuki bilgilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bilgiler; kuruluşun varlık ve net aktif değerleri, kuruluşla ilgili tam ve net bilgilerin elde edilmesi, ihale şartlarının nasıl yapıldığı ile alakalı bilgilerdir. Bu bilgiler elde edilirken firmanın ya da ilgili kuruluşun fiyat kontrolleri mutlaka yapılmalıdır. Özellikle firmalardaki ürün fiyatlarının özelleştirme öncesi, düşük belirlenmesi kârlılığı azaltmaktadır. Kârlılığın azalması, firmaya olan talebin azalmasına da neden olmaktadır. Özelleştirme sonrasında ise kârlılık ve fiyatlarda artış olmaktadır. Fiyatların artması özelleştirmeyi kötü gösterirken, kârlılığın artması pozitif bir görünüm sergilemektedir (Demir, 2000: 14). Kârlılığın ve verimliliğin arttırılması özelleşen kamu kurumlarının temel amaçlarından olmaktadır. Bu amaç doğrultusunda ilerleyen işletmelerde özelleştirmeye bağlı olarak bazı olumsuz sonuçlar elde edilmiştir. Sendikal örgütlülüğün etkisizleştirilmesi, üretim aşamalarında ve siyasi faktörlerin üzerinde, sosyal denetimlerin yapılmasının kısıtlanmasına yol açmıştır. Bu durum sonucunda işletmelerde üretim aşamalarında kural dışı eğilimler yaygınlaşarak taşeronlaşma başlamıştır. Taşeronlaşmayla birlikte kayıt-dışı sektördeki üretim faaliyetlerinde SSK primlerinin düşük olması ve işçilerin düşük

ücretlere çalıştırılmaları sermaye sahiplerini kârlarını arttırmada önemli bir avantaj sağlamıştır (Bilgin, 2001: 7).

Kârlılık işletmelerde işletmenin kuruluşundan itibaren en önemli amaçtır. İstenilen düzeyde kâr elde edebilmeleri için işletmelerin, sahip oldukları kaynakları etkin bir biçimde kullanmaları sağlanmalıdır. Sahip olunan kaynakların etkin ve verimli kullanılması işletmedeki hissedarların gelirini, dolayısıyla da kârını arttıracaktır. İşletme faaliyetlerini kapsayan varlık ve kaynakların, yani çalışma sermayesinin verimli bir şekilde kullanılması, kârlılık için en önemli unsurdur (Toroman ve Sönmez, 2015: 15).

1.1.3. Özelleştirme Yöntemleri

Devletin özelleştirme kararı aldığı KİT'ler ve ilgili kamu kuruluşlarının özel sektöre devretmesi için kullandığı yöntemler ile özelleştirilme çalışmalarında kullanılan devretme şekilleri, özelleştirme yöntemleri olarak değerlendirilebilir. Bu duruma göre özelleştirme yöntemlerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Cebe, 2015: 8);

- Mülkiyetin devri (Satış yöntemi),
- Kiralama yöntemi,
- İşletme hakkının verilmesi,
- Mülkiyetinin gayrı ayni hakların tesisi,
- Gelir ortaklığı ve sair hukuki tasarruf modeli, bilinen özelleştirme yöntemleridir.

1.1.3.1. Mülkiyetin Devri (Satış)

Satış, özelleştirilecek olan kurum ve kuruluşların kâr elde etmek için faaliyet göstermesini sağlayan bütün mal ve hizmet üreten birimlerinin belli bir bedel karşılığında ilgili sermaye sahiplerine devredilmesidir (R.G: 24.11.1994/22124). Mülkiyetin devredilmesi, devredilme işleminin durumuna göre varlık ve hisse senedi satışı olarak olabilmektedir. Özellikle varlık satışlarında, devletin elinde bulunan arsaların, fabrikaların, köprülerin direkt yolla satın alınması devletin hızlı bir şekilde net gelir elde etmesini sağlamaktadır. Hisse senetlerinin satışından beklenen faydanın sağlanamayacağı düşüncesi varlık

satışlarını daha da önemli kılmaktadır. Bunun en önemli nedeni ise; hisse senetlerinin yurt içinde bulunan sermaye piyasalarında satılıp satılmayacağının bir garantisinin olmamasıdır. Hisse senetlerinin ülkedeki sermaye piyasalarında satılmayışı o ülkedeki sermaye piyasalarının verimsiz, aynı zamanda da yetersiz olduğunun göstergesidir (Orkunoğlu, 2010: 5-6).

1.1.3.2. İşletme Hakkı Devri

Bir işletmenin ilgili olduğu alanda faaliyet göstermesi için bir takım varlıklara ihtiyacı vardır. Bu doğrultuda bir varlığın iktisadi değeri varsa, aynı zamanda işletmeye istenilen sonuçta getiri sağlıyorsa bu değerden faydalanma hakkı işletme hakkıdır. İşletme hakkının devri ise, bir kişinin sahip olduğu işletme hakkını başka bir kişiye devretmesidir. Bu devretme işlemi "İşletme hakkı devir sözleşmelerinin" konusunu oluşturmaktadır. İşletmeler ticari amaçlar doğrultusunda sahip oldukları varlıklara göre mal ve hizmet üretmektedirler. İşletmelerin çalışma hakkı denilen bu kavram, işletme devir sözleşmeleri ile yakından alakalıdır. Kısaca işletmenin varlıklarından faydalanarak üretim yapan işletme sahibinin kural olarak bir sözleşmeye bağlı bir şekilde işletme hakkını, başka bir işletmeciye devretmesidir (Ayanoğlu, 2007: 4).

1.1.3.3. Kiralama

Bu yöntem adından anlaşılacağı üzere kuruluşların aktiflerinde bulunan kaynakları belirli bir ödeme karşılığında, belirli bir süre için kullanım hakkını, satın alan kuruluşa bırakılmasıdır. Kiralama yönteminde ki en önemli özellik, özelleştirmeden bir önceki aşama olarak görülmesidir. Bu yöntemde aslında istenilen işletmeyi tüm varlıklarıyla kiralayan kuruluşun belli bir zaman sonunda işletmeyi satın alması ile özelleştirmenin gerçekleştirilmesidir. Kiralama uygulamalarında daha çok ilgili alt-yapı çalışmalarına ait araç ve gereçler özel bir firma tarafından kiralanır. Çalışmalar ilgili firma tarafından yapılır ve özel firma hükümete ödeme yapmaktadır. Özel firmalarda temel amaç kâr sağlamak olduğu için, maliyetleri en aza indirmeyi planlar ve bunun için kiraladığı varlıkların bakımlarını daha iyi şekilde yapar (Aşan, 2014: 21).

1.1.3.4. Mülkiyetin Gayri Ayni Haklara Tesisi

Bu yöntem, kurum ve kuruluşların aktiflerinde bulunan, mal ve hizmet üretmeyi sağlayan faaliyet alanları ile varlıklarına ait intifa ve irtifak gibi hakların tesisini içermektedir. Fakat bu hakların tesisinde, Orman Kanunu ve Kıyı Kanunu gibi kanunların getirmiş olduğu bazı kısıtlamalar yer almaktadır (Türkiye Özelleştirme İdaresi Başkanlığı, http://www.oib.gov.tr/, 13.01.2019 tarihinde erişildi). İntifa hakkının devri usulü, yerel yönetimlerin son zamanlarda alternatif hizmet üretebilmeleri için kullanılmaya başlanılan bir yöntemdir. Medeni Kanun'da intifa hakkı; aksi yönde bir düzenleme olmadığı sürece sahibine taşınır, taşınmaz, haklar veya bir mal varlığı üzerinde tam yararlanma yetkisi veren sınırlı ayni hak olarak tanımlanmıştır. İntifa hakkının devri, alternatif üretimlerin yapılabilmesi için yerel yönetimlerin ellerinde bulunan taşınmazları devir etmesidir. İntifa hakkının devrindeki en önemli husus; mülkiyetin yerel yönetimlerde kalmasıdır. Medeni hukuktaki düzenlemeler intifa hakkı sahibine elinde bulundurduğu zilyetliği yönetme ve kullanma hakkı vermektedir (Yörükoğlu ve Eryiğit, 2012: 161).

1.1.3.5. Gelir Ortaklığı Modeli ve Sair Hukuki Tasarruf

Gelir ortaklığı modeli ve sair hukuki tasarruflar; özelleştirilecek kurum ve kuruluşların, kuruluş aşamalarında ya da sonraki aşamalarında ki yapıları dikkate alınarak yukarıda açıklanmış özelleştirme yöntemleri dışında kalan, özel kanunlarla, hukuki olarak belirlenen diğer yöntemlerdir (Ateş, 2014: 433). Gelir ortaklığı senetleri ise 2983 sayılı "Tasarrufların Teşviki ve Kamu Yatırımlarının Hızlandırılması Hakkındaki kanunla" kamuya ait yatırımların etkin ve verimli bir şekilde yapılmasına olanak sağlayan, ülkemizde kullanılan sermaye piyasası araçlarından biridir. Gelir ortaklığı modelinde gelir ortaklığı senetleri kullanılarak hava alanı, köprüler, barajlar, kara ve demir yolları gibi devlete ait alt yapı çalışmalarının finansmanı sağlanmaktadır. Bu modelde en önemli unsur ilgili yatırımcıların gelir ortaklığı senedi ile gelire ortak olmasıdır. Gelir ortaklığı senetlerinde yatırımcılar, mülkiyete ortak olamamaktadırlar (Gülnar, 2016: 91).

1.1.4. Özelleştirme ve Kamu Yararı

Özelleştirmedeki asıl amaçlarından biri de işletmelerin ya da özelleştirilen devlet kurumlarının, en yüksek düzeyde kâr elde etmelerinin sağlanması ve verimliliklerinin sürekli hale getirilmesidir. Şirketlerin maliyetlerini düşürerek etkin bir verimlilik politikası elde etmesi için rekabet oldukça önemlidir. Devlete ait olan kamu işletmelerinde ise durum farklıdır. Kamu işletmelerinde, özel sektörde olduğu gibi rekabetin olmaması bu işletmelerin verimlilik düzeyinde negatif bir görünüm sergilenmesine sebep olmaktadır. Bu durumun en önemli nedenlerinden birincisi, devletin tekelinde bulunan işletme ve firmalarda, bütçe kısıtlarının, özel sektöre göre oldukça esnek olması ve devlete ait kamu işletmeleri, zarar ettikleri zaman devlet bütçesinden parasal destek alabiliyor olmalarıdır. Kamuya ait işletmelerin devletin bütçesinden aldıkları desteklerin ne kadar saydam ve etik olduğu ise oldukça tartışmalıdır. Bu da rekabetin verimlilik üzerindeki olumlu etkisini ortadan kaldırmaktadır. İkinci neden ise; siyasetçilerin kamu işletmelerini bazı durumlarda rant ve oy için kullanmalarıdır. Rekabet düzeyi yüksek olan serbest bir piyasa mekanizmasına sahip ekonomide, işletmelerin kâr ve zarar durumu hakkında bilgi sahibi olma, siyasetçilerin etkin olduğu bir ekonomiye göre oldukça kolaydır. Vatandaşların kamu yararına çalışmayan bir devlet işletmesini denetlemeleri ve o işletme hakkında bilgi sahibi olmaları neredeyse imkânsızdır. Rekabetin olduğu bir ekonomide, işletmeler fiyat rekabeti konusunda pazar ve müşteri kaybetmemek için oldukça dikkatlidir. Kamu yararı gözetmeyen, devlet tekelindeki işletmelere ise, vatandaşlar sadece seçimlerle dolaylı olarak müdahale edebilmektedirler. Özel sektörde müdahaleler daha çabuk gelişmektedir. Bunun nedeni rekabetin özel sektörde verimliliği olumlu yönde etkilemesidir (Atiyas ve Oder, 2008: 19). Ayrıca ülkenin ekonomik açıdan hacminin büyük olması, yolsuzlukların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Devlet bir taraftan sahip olduğu büyük ölçekli kamu kurumlarını desteklemek için oldukça fazla meblağ ayırırken, özelleştirme aşamasında ise bu kurumları çok düşük fiyatlara satmaktadır. Bu aşamalarda bazı kamu görevlileri, kamu kaynaklarını etik dışı kullanıp kamu yararını düşünmemektedir (Özdemir, 2008: 188).

1.1.5. Özelleştirmenin Olumlu ve Olumsuz Etkileri

Sosyal devlet olmanın en önemli özelliği, kamu girişimlerinin var olmasıdır. Fakat küreselleşen dünya ile birlikte kamu girişimciliği yerini özelleştirmeye bırakmıştır. Özelleştirme sadece, devlet eliyle yürütülen kamuya ait iktisadi yatırımlar ile sınırlı kalmayarak sağlık, eğitim, alt yapı ve sosyal güvenlik gibi kamusal niteliğe sahip hizmetlerin de özelleştirilmesini gerekli kılmıştır. Devletin, ekonomik etkinliğinin sınırlanması ve ekonomik yaptırımlarının azalması anlamını taşıyan bu süreç, özelleştirmelerin hız kazandığı zaman olmuştur. Devlet sermaye sahiplerine, özelleştirmeyi teşvik eden kanunlar sunmuştur. Ortaya çıkan bu değişimler, kapitalizm ile birleşince sosyal devletteki sermaye ve emeğin dengede durma çabaları sermaye lehinde güç kazanarak emek faktörünün önemini yitirmeye başlamasına sebep olmuştur (Şahin, 2009: 60).

Sübvansiyonlar, yatırımları teşvik etmede oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu desteklemelerle milli ekonominin yanında piyasa ekonomisinin gücü artacaktır. Aynı zamanda piyasa ekonomisinin gücünün artması bazı olumsuz gelişmelere sebep olacaktır. Sübvansiyonların verilmesindeki en önemli sorun, teşvik edilecek aktif yatırımcıların etkin bir şekilde belirlenememesidir. Sübvansiyonların potansiyel üretici ve sermaye sahiplerine verilmemesi, sektörde faaliyet gösteren işletmeler arasında adaletsiz durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Aktan, 2010: 109).

Serbest piyasa ekonomisi ve özel girişimcilik, ekonomik büyüme sürecinde oldukça önemlidir. Birçok ülke bölgeler arası kalkınmada teşvik ve girişimcilikten yararlanmaktadır. Akademik kaynaklar girişimcilere olanaklar sunan ülkelerin ekonomik gelişimini hızlı bir şekilde sağladığı görüşündedirler. Dolayısıyla, birçok devlet özel girişimciliği politika haline getirmiştir. Buradaki amaç, söz konusu devletin diğer devletler ile rekabet ederek ekonomisinin küreselleşmeye uyum sağlamasını sağlamaktır (Perktaş, 2014: 473).

1.1.5.1. Özelleştirmelerin Olumlu Etkileri

Özelleştirmelerin, hangi amaçlarla yapıldığı ve bu amaçların doğru bir şekilde belirlenmesi, istihdamı olumlu bir şekilde etkilemekte ve planlanan yatırımlarla, finansal açıdan katkı sağlayarak ekonomik büyümeyi desteklemektedir. Aynı zamanda da hükümetlerin sosyal amaçlı yatırımları için daha fazla finans kaynağı ayırmasını sağlamaktadır. Özelleştirmeyi yapacak yetkililer planlamalar yapmalı, amaçları belirlemeli ve birbiriyle çelişen amaçları ortadan kaldırma yoluna gitmelidir. Böylece özelleştirme aşamaları etkin olacak ve ilgili kurumda çalışanlar mağdur olmayacaktır. Özelleştirmenin olumlu etkilerinin sonuçlarını görebilmesi için ve başarılı bir özelleştirme olabilmesi için ülkedeki bütün kamuoyu ve çalışanlar tarafından kabul görmüş olması gerekmektedir. Türkiye'de ise özelleştirme bütçede oluşan açıkların giderilmesi için kaynak olarak görülmektedir. Aynı zamandan belli bir plan ve amaç doğrultusunda olmadığı görüşü yaygındır (Aksu, 1991: 140).

1.1.5.2. Özelleştirmenin Olumsuz Etkileri

Özelleştirmede olumsuz etkilerinden en dikkat çekici olanı, devlet elinin ülkedeki en önemli hizmet alanlarında var olmamasıdır. "Kamu Hizmeti" dediğimiz hizmetlerin birçoğu artık kamu tekelinden çıkmıştır. Günümüzde devletlerin sosyal güvenlik alanında dahi özelleştirmeler yapması devletin geleneksel rolünü tamamen yok etmiştir. ABD'nin bazı eyaletlerinde hapishanelerin dahi özelleştirilmesi, devletin ulusal güvenlik alanında özelleştirme çalışmaları yaptığını göstermektedir. Devletlerin sosyal ve ulusal güvenlik konularındaki geleneksel rolünün aynı zamanda görevlerinin özelleştirmeyle ortadan kalkması devrim niteliğindedir (Aktan, 2008: 2).

1980'lerde başlayan özelleştirmeyle birlikte tekel, gelişmemiş ülkelerde devlet kontrolü olarak ele alınmıştır. Devletin büyük ve gelişmiş tekelleri sübvansiyonlarla desteklemesi, serbest pazarda küçük ve yerli işletmelerin zor durumda kalmasına neden olmuştur. Buna bağlı olarak devletin, ihtiyacı olan halka yardımları azalmıştır (Erdoğan, 2002: 2).

1.2. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Tanımı

Geleneksel olarak en çok kabul edilen sağlık tanımlaması, Dünya Sağlık Örgütü'nün tarafından yapılmıştır. Buna göre, sağlık; "yalnızca hastalığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik" halidir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlık ruhsal ve fiziksel olarak iyi olmaktan öte sosyal açıdan da iyi olma durumudur (Akdur, 1999: 5). Sağlık hizmetleri ise; olası bir kaza ya da hastalık ortaya çıktığı zaman kayıpların giderilmesi için istenilen ve her insanın faydalanma ihtimalinin oldukça yüksek olduğu bir hizmet türüdür (Yaylalı vd., 2012: 563).

Sağlık hizmetleri siyasi ve politik açıdan tüm ülkeler için en öncelikli konuların başında gelmektedir. Cumhuriyetin ilan edilmesiyle birlikte yeni, genç ve savaştan çıkmış bir ülke olan Türkiye'de ilk olarak sağlık bakanlığı kurulmuştur. Kurulan bakanlığın ilk sağlık hizmeti savaş yaralarını tedavi etmek olmuştur. 1929 yılı ekonomik buhranı ile beraber keynezyen politikalar önem kazanmış, ulus devletlerin sayısı da artarak devam etmiştir. Ulus devletlerin varlığı ile devletler sağlık alanında oldukça aktif rol üstlenmeye başlamıştır. Devletlerin sağlık hizmetleri alanındaki etkin müdahaleleri olsa bile özel hastaneler ve özel hastanelere bağlı olarak özel hekimler var olmuştur. Refah politikalarının etkin olduğu bu dönemde bile özel sağlık hizmetlerinin var olması nüfusun gelir dağılımının çeşitlilik göstermesi ile alakalıdır. Gelir dağılımındaki çeşitlilik, talepleri farklı kılmıştır. Dönemin politikaları gereği, sağlık hizmetlerinin verilmesinde devletin etkin olması ve aynı zamanda özel hekimliğin de var olması, o dönemde usulsüzlüklere neden olmuştur. Sabahattin Ali'nin "Sulfata" adlı eserinde devlet doktorları özelinde yaptığı ve "Böbrek" adlı eserinde özel hekimlik özelinde yaptığı sert eleştiriler o dönem için oldukça önemli eserlerdir (Ş. Çavmak ve D. Çavmak, 2017: 56).

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Koruyucu sağlık

hizmetleri de çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve insana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki gruba ayrılmıştır (Çetin, 2015: 9).

1.2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; toplumda var olan hastalıkların ortaya çıkışının engellenmesi, sağlıklı bir toplum oluşturulmasıyla ilgili hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri; bireye ve çevreye yönelik olarak iki grupta incelenir. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri, sağlıklı bir çevre ortamı oluşturmayı hedeflemektedir. Bu hedef doğrultusunda çevreyi kötü koşullara maruz bırakan faktörleri ortadan kaldırmaktadır. Bireye yönelik koruyucu hizmetleri; sağlık görevlileri aracılığıyla yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetler; aşı, hastalığın erken teşhisi, sağlığa uygunluk, sağlıkla ilgili bilgilendirme, zararlı alışkanlıklardan korunma yolları, ilaçların kullanımı, psikolojik destekler ve beslenmeyi kapsayan hizmetlerdir (Coşkun, 2017: 7).

1.2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tıbbi müdahalelerin tümüne tedavi edici sağlık hizmetleri denilmektedir. Tedavinin tam olarak gerçekleşmesi için gerekli olan ilaçların kullanımı, cerrahi müdahaleler tedavi edici sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Bu hizmet çeşidinde kişilerin en üst düzeyde fayda alması beklenmektedir. Bu hizmet çeşidi üç gruba ayrılmaktadır: birinci basamak tedavide hastalar evde tedavi edilirken, ikinci basamak tedavide hastanelerde tedavi edilmektedirler. Üçüncü basamak tedavide ise yüksek teknolojiye sahip üniversite ve araştırma hastanelerinde tedavi edilmektedir. İlk iki basamakta iyileşemeyen hastalar üçüncü basamak tedavi hizmetinden faydalanmaktadırlar (Milli Eğitim Bakanlığı, 2015: 6).

1.2.1.3. Rehabilite Edici (Esenlendirici) Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon, hasta olan bireyin fiziksel ve ruhsal fonksiyonları geri kazanarak bu fonksiyonları en üst düzeyde kullanmasını sağlama süreci olarak tanımlanmaktadır. Rehabilitasyon hizmetlerinin amacı, hastalıkları yok ederek bireyin tekrardan çalışmasını, sosyalleşmesi ve öğrenmesini sağlamaktır. Bu iyileşme sürecinin gerçekleşmesi için bireyin ruhsal ve fiziksel becerilerini

kazanması en büyük hedeftir. Bireyin iyileştiğinin göstergesi olarak aşağıdaki becerileri sorunsuz bir şekilde yapması gerekir. Bu beceriler şunlardır (Gürhan ve Üstün, 1994: 46);

- **Fiziksel Beceriler:** Yaratıcı işlere katılarak sosyalleşme, fiziksel açıdan sorunsuz olarak spor yapabilme, temiz ve sağlıklı ortam sağlayabilme, yemek ve alışveriş yapabilme ve de toplu taşıma araçlarını kullanabilmektir.
- **Duygusal Beceriler:** İnsan ilişkilerinde sosyal sıkıntı yaşamama, seçici ödüllendirme, otokontrol sağlayabilme, görüşme yapabilme ve problemleri algılayıp çözebilme potansiyeline sahip olmaktır.
- **Entelektüel Beceriler:** Problemleri saptayabilme, hedef ve amaç belirme, parayı kullanma ve toplumsal kaynaklardan istifade edebilmektir.
- **Öğrenme Becerileri:** Bilgisayar kullanabilme, hobilerinin olması, okuma, yazma, aritmetik işlem yapabilme, konuşması ve soru sarabilme, adres sorma, adres bulma, gönüllü yardım etme ve cevap verme, dinleme, zamanlama konusunda dikkatli olma, gözlemleyebilme, oturmayı ve kalkmayı bilme, sessiz, dikkatli ve de odaklanabilme becerileridir.
- **Çalışma Becerileri:** Zamanı etkin kullanabilme, işe dayanma gücü, iş araçlarını kullanabilme, iş bulma ve arama, iş için özel becerilere sahip olma, ilgilendiği işle ilgili karar verebilme, istediğinde işi değiştirme nedenini saptayabilme becerileridir. Bireyler bu becerilerle toplumda var olmaktadırlar.

1.3. Sağlık Piyasası

Sağlık hizmetlerinin çok büyük kısmı bireylere özel bir şekilde sunulur. Bu nedenle, fiyatlanması ve piyasada alınıp satılması mümkündür. Fakat burada alınıp satılan sağlık değil, sağlık hizmetidir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri, özel piyasada fiyata konu olabilen ve arz talep koşullarına göre seviyesi belirlenen hizmetler olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasının yapısı, iyi işleyen ve rekabete dayalı piyasa yapılarına göre belirgin farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklara göre, sağlık hizmetleri piyasası, standart piyasa

koşullarını yerine getirmekten uzaktır. Sağlık hizmetleri piyasasının yapısından kaynaklanan ve genel olarak "piyasa aksaklıkları" olarak bilinenlerden farklı özellikler taşımaktadır. Sağlık hizmetleri piyasası, yapısı gereği "aksak rekabet" ve "eksik bilgi" özelliklerini taşır. Standart rekabetçi piyasalarda, çok satıcı, maksimum kâra odaklanmış firmalar ve yatırımcılar, bilgi düzeyi yüksek alıcılar, tüketicilerin malın bedelinin tamamını ödemeleri gibi nitelikler söz konusu olmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasının ise, bu standartlaşmış niteliklerden farklı özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler şunlardır (Altay, 2007: 37-38);

- Bilgi düzeyi düşük sağlık hizmeti alıcısı,
- Sağlık firmalarının çok büyük bir kâr amacına odaklanamaması,
- Nüfusu yoğun yerler dışında, az sayıda hastanenin olması,
- Sağlık hizmetinden faydalanan kişilerin, sağlık sigortası gibi nedenlerle sunulan hizmetin maliyetine tam olarak katılmaması olarak sıralanabilir.

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Toplumların en temel haklarından biri olan sağlık hakkının çeşitli özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler şunlardır (Somunoğlu, 2012: 10);

- Sağlık hizmetleri erdemli hizmetlerdir ve aynı zamanda emek yoğun bir hizmet alanıdır,
- Sağlık hizmetleri için, depolanma ya da stoklanma söz konusu değildir,
- Sağlık hizmetlerinde, belirsizlik ve bilgi asimetrisi vardır,
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi olmamakta ve bazı durumlarda devlet müdahalesi gerekli olmaktadır.

A. Kamusallık Özelliği: Kamusal mallar, bedel ödemeyi gerektirmeyen insanların sunulan hizmeti tükettikten sonra belli bir fayda elde ettikleri ve faydadan dışlanmasının mümkün olmadığı mallardır. Bu mallar serbest piyasa tekeline bırakılmamaktadır. Kamusal malların rakipsizlik ve dışlanmazlık olmak üzere iki belirgin özelliği vardır. Sağlık hizmetleri, yararlanan bireye özel fayda sağlamasının yanında topluma da dışsal olarak fayda sağlamaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin yarı kamusal hizmet olduğunu göstermektedir (Öztürk ve

Saraçoğlu, 2016: 296).

B. Erdemli Hizmet Olma Özelliği: Bazı özel mal ve hizmetlerin sadece serbest piyasa mekanizması tarafından üretilip hizmete sunulmasının yanında kamu tarafından da üretilmesi ve finanse edilmesi gerekmektedir. Erdemli mallar, devletin kendi çıkarları doğrultusunda, bireylerin ilgisiz kalmaları ya da yanlış ve eksik bilgilerle donatılmaları sebebiyle bir malın tüketiminin engellenmesi ya da tüketiminin sunulması yoluyla bireylerin, tüketim durumlarına yön vermesidir. Sağlık hizmetleri alanında zorunlu sağlık sigortası en güncel ve en önemli erdemli mal örneğidir (Saraçoğlu, 2014: 14-15).

C. Sağlık Hizmetlerinin Depolanamaması ve Ertelenememesi: Hizmetler, depolanamaz, stoklanamaz, geri iade edilemez ve yeniden satılmaları olanaksızdır. Örneğin, yatak kapasitesi dolmuş olan bir hastanenin veya herhangi bir kurumun bekleme salonunda bireylerin stoklanamaması kaybedilmiş hizmet kapasitesidir (Karaca, 2014: 21). Diğer taraftan da akut olan ve kişinin sağlığını riske sokan sağlık hizmetlerinden bireyler mahrum edilmesi söz konusu değildir. Kişilerin tedavilerinin ertelenmesi hem aileye hem de topluma, ilerleyen zamanlarda ekonomik yük oluşturmaktadır (Saltık, 1995: 38).

D. Belirsizlik Özelliği: Bazı durumlarda bilgilerin yetersiz oluşu belirsizliğe sebep olmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında da, piyasaya yön veren sermeye sahipleri için talebin hangi sağlık sektöründe, nasıl, ne şekilde ve hangi durumlarda gerçekleşeceği belirsizdir. Bu nedenle, taleplerin ansızın olması, mal ya da hizmetin hangi zamanda ve ölçüde tüketimin gerçekleşeceğinin bilinememesi sağlık sektöründe belirsizliklere sebep olmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008: 205).

E. Asimetrik Bilgi Özelliği: Sağlık hizmeti talebinde bulunanlar ile hizmeti sunan kurumlar arasında asimetrik bilgi vardır. Asimetrik bilgi, hizmeti talep eden kurum ya da hastaların, hizmet arz eden kurum ve kuruluşlar karşısında tam olarak sorunlarını açıklayarak pazarlık yapabilme imkânını en aza indirmektedir. Bu durumda sistem, sağlık hizmetini sağlayanlar lehine çevrilerek hizmeti talep edenlerle, arz edenlerin birbirlerini denetleyebilme imkânını ortadan

kaldırmaktadır. Eksik rekabetin olduğu bu durumlarda sunulan sağlık hizmetlerinde maliyetlerin düşürülmesi, verimliliğin artması ve toplumsal faydanın en üst düzeye çıkması için devlet müdahalesi gerekmektedir (Gümüş ve Çelikay, 2014: 181).

F. Dışsallık Özelliği: Sağlık hizmetlerinin tüketim ve üretiminde dışsallıkların oluşması durumunda piyasa aksaklıkları görülmektedir. Genel olarak ekonomik birimlerin tüketim ve ya üretim faaliyetleri neticesinde oluşan etkilerlerle birlikte, diğer ekonomik birimlerin bu tüketim ve ya üretimden etkilenmesi olarak tanımlanmaktadır. Dışsallığın oluşması durumunda bu etkiler için bir fiyat belirlenememekte, piyasa oluşturulamamakta ve bu durumların sonucunda piyasadaki fiyatlar, hizmetlerin sosyal faydasıyla birlikte maliyetini yansıtamamaktadır (Çalışkan, 2008: 44).

G. Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilememesi: Sağlık hizmetlerine talebin ne kadar ve hangi ölçüde olacağı genellikle önceden bilinemez. Bu durumun en önemli nedeni verilecek sağlık hizmetinin niteliğinin ve miktarının öngörülememesidir. Sosyal amaç doğrultusunda hareket eden sağlık hizmetlerinin, bu nedenlerde ertelenmesi ve ikame edilmesi mümkün olmamaktadır. Toplumsal faydayı amaçlayan sağlık hizmetleri ikamesi olmayan kamusal hizmetlerdir (Kocasoy, 2014: 8).

H. Devlet Müdahalesinin Gerekli Olması Özelliği: Türkiye'de son yıllarda uygulanmaya başlayan sağlıkta dönüşüm çalışmalarıyla birlikte ilgili kuruluşlar, raporlarlar belirterek Türk sağlık sistemine bazı roller biçmiştir. Bu raporlarda Sağlık Bakanlığı sadece sağlık personellerinin çalışma koşullarını belirleyerek sağlık politikalarına yön vermektedir. Sağlık Bakanlığı böylece denetleyen, ilgili koşullarla alakalı düzenlemeler yapan ve bunları planlayan bir kurum olarak sınırlandırılmıştır (Karasu, 2011: 235). Günümüzde sosyal devlet anlayışının gelişmesi ve kamu kurumlarında sosyal devlet anlayışının önem kazanması sağlık hizmetlerinin, bazı alanlarının sosyal hizmetlerle beraber değerlendirilmesine neden olmuştur. Başta koruyucu sağlık hizmetleri olmakla birlikte, sağlık hizmeti veren bazı kurumlar, sosyal hizmet veren kurumlar arasında gösterilirken devlet

ve sağlık hizmetleri ayrılmaz bir bütün olmuştur (Sayım, 2015: 20). Sağlık hizmetlerine yönelik devlet müdahalesinin olması, bazı durumlarda beklenmedik maliyetlere neden olmaktadır. Bu maliyetlerin en belirgin olanı da yolsuzluktur. Kamu gücüne sahip kişilerin bu gücü kendi çıkarları doğrultusunda kullanması, sağlık sektörünün de asimetrik bilgi ve belirsizlik gibi özelliklere sahip olması, yolsuzlukları kolaylaştırmaktadır (Avcı ve Teyyare, 2012: 205).

1.5. Sağlık hizmetlerinde Hastane Çeşitleri

Hastaneler genel olarak türlerine göre sınıflandırıldığında üç kategoride toplanmaktadır. Bunlar; özel hastaneler, kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleridir (Erdem, 2007: 69). Aynı zamanda, son yıllarda Sağlıkta dönüşüm programıyla (SDP) şehir hastaneleri kavramı, Türkiye'de, sağlık sektöründe önemli bir konuma gelmiştir. Türkiye'nin 9 Yıl içerisinde toplam 168.494 hasta yatağının nitelikli hale getirileceğinin söylenmesi ve böylece Türkiye'nin 2023 yılına sağlık tesisleri alt yapısını yenilemiş tek ülke olarak gireceğinin belirtilmesi, şehir hastanelerine verilen önemi ortaya koymaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014: 25)

1.5.1. Özel Hastaneler

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde (ÖHY) belirtildiği üzere özel hastaneler "teknolojiden faydalanma durumlarına, çalışma alanlarına, hizmet üreten birimlerine, yatak kapasitesinin durumuna, hizmet verilen uzmanlık alanlarının kalitesine ve âdetine göre, özel dal ve genel hastaneleridir" şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca, Hususi Hastaneler Kanunu'nun (HHK) 1. bendinde *"Kamunun özel idareleriyle belediyelere ait olan hastanelerden ve devletin kendine ait resmi hastanelerin dışında„ hasta iyileştirmek ya da yeni hastalıklara maruz kalmış bireylerin tekrar eski haline dönene kadar sağlıklı koşullarda beslemek, tedavi etmek ve doğumlarını gerçekleştirmek amacıyla hizmete açılmış veya açılacak olan sağlık yurtlarına "hususi (özel) hastaneler"* şeklinde bir tanım mevcuttur (Selvi, 2014: 3).

1.5.2. Kamu Hastaneleri

Hastaneler, çeşitli mesleğe sahip bireylerin kendi dallarına uygun bir şekilde hizmet verdiği, hastaların yatarak ya da ayakta tedavi olup hizmet aldığı kurumlardır. Hastanelerin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı eğer devlet bütçesinden karşılanıyorsa bu hastanelere kamu hastaneleri denmektedir. Yataklı tedavi yöntemi ile sağlık hizmetlerinden faydalanma ilk olarak kamu hastanelerinde görülmüş, sağlıkta özelleştirme çalışmalarıyla özel hastanelerde de yaygınlaşmıştır (Kaya ve Şentürk, 2017: 146). Kamu hastanelerinin diğer bir tanımı da üniversite, belediye, il özel idaresi ve en önemlisi devlet gibi kamu tüzelkişilerinin, sağlık hizmeti sunmakla görevli olduğu hastanelerdir. Kamu hastanelerinin öncelikli amacı, özel sektörün hizmet vermediği yerlerde hizmet vermek olup bu hizmeti sunarken de kâr amacı gütmemesidir. Kamu hastaneleri hizmet sunmak için ilgili bölgenin nüfusuna göre kurulmaktadır (Köseoğlu ve Ocak, 2010: 71).

1.5.3. Üniversite Hastaneleri

Sağlık hizmetleri açısından üniversite hastaneleri, bünyesinde bulunan dernek ve vakıflar ile döner sermayeden elde edilen gelirlerden harcama yapan hastanelerdir. Bunların yanında katma bütçeden de harcamalar yapmaktadırlar. Katma bütçeli kuruluşlar, özellikle hizmetlerin sunulması açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetlerini de katma bütçeye sahip kurum ve kuruluşlardan sunmaktadır. Bu hastanelerin finansal sisteminde katma bütçeler ve döner sermayeli işletme mutlaka vardır. Finansal yapıda, katma bütçede ve döner sermayede ita amirleri rektörlerdir (İbicioğlu ve Can, 2008: 262-264).

1.5.4. Şehir Hastaneleri

KÖO'lığı kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından, Türkiye'nin 22 farklı şehrinde, 30 “Entegre Sağlık Kampüsü” oluşturulmaktadır. KÖO'lığı denilen bu model 1990'lı yıllarda etkinliğini arttırmıştır. Bu yıllardan itibaren devletlerle özel sektöre hâkim olan sermeye sahipleri arasında sağlık hizmetlerinin finansmanın

sağlanması için anlaşmalar yapılmıştır. KÖO'lığı sağlık hizmetlerinden başka farklı alanlarda da kullanılabilen bir model olarak değerlendirilmektedir (Cerrahoğlu, 2016: 81).

Dünyada ve ülkemizde, konu olan sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığının sonucu olan şehir hastanelerinin idari hukuktaki sözleşme esaslarındaki ismi Yap-Kirala ya da Yap-Kirala-İşlet-Devret olarak geçmektedir. KÖO'lığı denilen bu modelde özel sektördeki sermeye sahipleri yatırımlarını yaparak ilgili projeyi oluştururlar ve sahiplik yetkisini kamuya devrederler. Bazı durumlarda ise inşa ettiği projeyi ve bu projeye bağlı birimleri devlete kiralar. İnşa edilen projenin özel sektörün tekelinde olmasının yanlış olacağına karar verildiği zaman KÖO'lığı modeli tercih edilmektedir. Şehir hastaneleri denilen oluşumda da özel sektör devlete, projeyi oluşturup kiralar ve devlettin isteği biçimde hizmetleri üretir. Bununla birlikte tedaviler ve tıbbı sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumdaki bütün hemşire, doktor ve diğer personellerin temini devlet tarafından sağlamaktadır (Çınar vd., 2017: 221).

Sağlık hizmetlerine erişimle birlikte sağlıkta kaliteli hizmetin önemi artmıştır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin artmasıyla beraber sağlık harcamalarının da artacak olması kaçınılmazdır. Bu duruma en iyi örnek şehir hastaneleridir. Şehir hastanelerine yönelik harcamaların artmasının en önemli nedenlerinden biri de %70'lerde yatak doluluğu garantisi verilip hastanelerin dolmaması halinde oluşan farkın devlet tarafından ödenmesidir. Oluşan bu sağlık harcamalarının belirli bir kısmını devletin yükünü hafifletmek amacıyla halka, tamamlayıcı sağlık sigortası ya da doğrudan ödetilmesinin gerekli görülmesidir (Koçkaya, 2017: 16).

1.6. Sağlık Hizmetlerinin İlkeleri

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumun da yetkili olan kurum, Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı, hizmet sunumunun gerçekleşmesi süreçlerinde, diğer bazı bakanlıklar ve özel kurumlar ile birilikte çalışmak ve iş birliği yapmak zorundadır. Sağlık kurumlarının, hizmet sunacakları yerin

belirlenmesi, bu kurumların hizmet sunabileceği, hasta kapasitesine uygun fiziksel yapılarının olup olmadığı, alt yapı hizmetleri, kurumların finansal durumları ve ne kadar sağlık personelinin olduğu gibi birçok konuda devletin diğer kurum ve birimleriyle etkileşim içinde olmalıdır. Sağlık hizmeti çeşitliliği, alternatif sunma ve kamunun eksik ve yetersiz kaldığı alanların, özel sektöre devredilmesi konusunda da özel sektöre yön veren yatırımcılarla da belli noktalarda iş birliğine gitmektedir. Bu derecede karmaşık bir yapısı olan sağlık hizmetlerinin sunum sürecinin de birçok özelliği vardır. (Aydoğan, 2015: 72). Bu özelliklere paralel olarak sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve daha verimli sunulabilmesi, aynı zamanda sağlık hizmetlerinden faydalanmada adaletli olunması ve sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanması için bazı ilkeler benimsenmiştir. Bu ilkeleri şu şekilde sıralayabiliriz (Somunoğlu, 2012: 17);

A. Hizmette Rekabet İlkesi: Sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin tek başına hizmet sunması, rekabeti engellediği için, diğer yatırımcıları da sağlık hizmeti sunmaya teşvik edilmesinin gerekli olmasıdır (Somunoğlu, 2012: 17).

B. Desantralizasyon İlkesi: Klasik olarak desantralizasyon; merkezi idareden yerel idarelere doğru, yetkilerin, görevlerin ve kaynakların aktarımı olarak tanımlanabilir. Modern tanımı ise, merkezi idarenin sahip olduğu, idari yetkilerin belli bir bölümünün, yerel idarelere, taşra kuruluşlarına, federe birimlere, meslek kuruluşlarına, gönüllülük esasına göre çalışan, dernek ve dernek benzeri kuruluşlara aktarılmasıdır (Özcan, 2005: 25).

C. Güçler Ayrılığı İlkesi: Sağlık hizmetlerinin sunumundaki üç önemli unsur olan, sağlık hizmetini üretenler, sağlık hizmetine finansman sağlayanlar ve bunları denetleyen birimlerin, birbirlerin bağımsız olmasıdır (Somunoğlu, 2012: 17).

D. Gönüllülük İlkesi: Bu ilkeyi bir örnekle açıklayacak olursak, 17 Ağustos 1999 yılında, Marmara Bölgesi'ndeki 7,4 şiddetindeki depremde, gerek sağlık personellerinin, sağlık hizmeti sunarken istekli olması, gerekse vatandaşların depremzedelere, istekli bir şekilde yardım etmesi, gönüllülük ilkesi ile yakından ilgilidir (Betil, 2013: 18).

E. Uzlaşmacılık İlkesi: Sağlık sektöründe ya da sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan bir sorunun demokratik yollarla, bireylerin veya kurumların birbirlerinin haklarına saldırmadan çözüme kavuşturulması yöntemidir (Somunoğlu, 2012: 17).

F. Katılımcılık İlkesi: Sağlık hizmetini, daha verimli bir hale getirmek için, sağlık hizmetini üretenlerle sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin görüş ve önerilerinin değerlendirilmesidir (Somunoğlu, 2012: 17).

G. Sürekli Kalite Gelişimi İlkesi: Sağlık hizmet kalitesinin, sürekli en iyi olana ulaşma doğrultusunda ilerlediğini ve sistemi daha işlevsel bir duruma getirmek için yapılan hataları, bir daha yapmamayı hedefleyen bir ilkedir (Somunoğlu, 2012: 17).

H. Sürdürülebilirlik İlkesi: Sağlık hizmetleri sunumunda beklentilere her zaman cevap verebilmek ve ülkenin sağlık sisteminin, sağlık hizmetleri ile uyum içinde çalışabilir olması sürdürülebilirlik ilkesinin en önemli koşullarındandır (Somunoğlu, 2012: 17).

İ. İnsan Merkezlilik İlkesi: Sağlık sektöründe yapılacak tüm değişim ve yeniliklerin insan odaklı bir biçimde ele alınarak, sistemin etkin ve verimli olmasının sağlanmasıdır (Somunoğlu, 2012: 17).

2. BÖLÜM

2. TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE BÜTÇE, YATIRIMLAR, HARCAMALAR ve HİZMET KALİTESİNİN ÖNEMİ

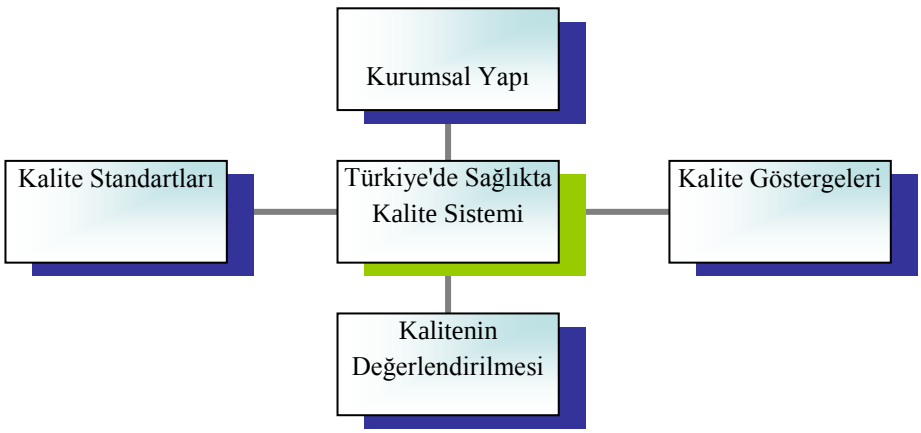
Bu bölümde sağlıkta hizmet kalitesi, sağlık hizmetlerinde harcama çeşitleri, sağlıkta yatırımların neleri kapsadığı ve devlet bütçesinden sağlığa ayrılan ödeneklerin yıllar içindeki değişimi üzerinde durulacaktır. Son yıllarda özelleştirme çalışmalarının hız kazanmasıyla birlikte bu unsurlar oldukça önem kazanmıştır. Dolayısıyla, bir ülkede her alanda olduğu gibi, sağlık alanında da, bu unsurların ilgili ülkedeki durumu, özelleştirmelerin ne düzeyde olacağına yön verecektir.

2.1. Sağlıkta İşletmelerinde Hizmet Kalitesi

Hizmet sektörü, dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de hızlı bir şekilde gelişen sektörler arasındadır. Sağlık sektörünün de bir hizmet sektörü olması, ayrıca hizmet sektöründeki en önemli sektörlerden biri olması, sağlık sektörünü özellikle hizmet kalitesi anlamında daha üst düzey bir performans sergilemesini gerekli kılmıştır. Bunun en önemli nedeni, sağlık hizmetlerinde güvenin çok önemli olmasıdır. Güvenin olmadığı yerde, hayati tehlike riskine karşı bireylerin savunmasız olması ve güvensizliğin sürekli bir şekilde artarak devam etmesi sağlık işletmelerine karşı güveni daha çok sarsacaktır (Yeşim: 2015: 76).

Sağlık hizmeti sunmakta olan işletmelerden hizmet alan hastalar, hizmet aldıkları esnada ya da hizmet aldıktan sonra, hizmet veren işletme personelinin hizmet kalitesini değerlendirme imkânları oldukça zordur. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde teknik bilgi, beceri ve kalite çoğunlukla sağlık çalışanlarının bakış açısına göre değerlendirilmektedir. Bunun nedeni ise bu alandaki bilgilerin hizmeti alan tüketiciler tarafından bilinmemesidir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 42). Sağlık hizmetlerinde kalite, sadece sağlık hizmetlerini sunanlar ve hizmeti alan hastalar açısından değil, hükümetler içinde oldukça önemli bir konudur.

Sağlık hizmetlerinin kaliteli olması toplumda sağlık açsından refah yaşatacak ve hükümetlere siyasi kazanımlar sağlayacaktır (Dursun ve Çerçi, 2004: 2).



Şekil 1: Türkiye'de Sağlıkta Kalite Sisteminin Unsurları
Kaynak: (Sağlık Bakanlığı: Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, *Türkiye'de Sağlıkta Kalite Sistemi,* https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html, 19.02.2018'de erişildi).

2.1.1. Kurumsal Yapı

Sağlıkta kalitenin sağlanması için, iyi bir teşkilatlanma ve kurumsal yapı gerekmektedir. Türkiye'de kurumsal yapı bakanlığa bağlı olan merkez teşkilatlardan, sağlık sektöründe çalışan bütün personele kadar sunulan hizmetlerde bütün paydaşlarını dâhil edecek şekilde tasarlanmıştır. Sağlık hizmetleri genel müdürlüğü ve il kalite koordinatörlüğü kurumsal yapının en üst mercilerini oluşturmaktadır. Bu makamlara bağlı olarak THSK, TKHK, üniversite ve özel 2. ve 3. basamak sağlık kurumları ile özel sağlık kuruluşları bulunmaktadır (https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html, 19.02.2018'de erişildi).

2.1.2. Kalite Göstergeleri

Sağlık hizmetinde kalitenin gelişim ve ilerleme kaydedebilmesi için hizmet faaliyetlerinin gözetim altında tutulması gerekmektedir. Bununla birlikte elde edilen verilerin sistematik bir biçimde kontrol altında olması diğer bir gerekçedir. Bu veriler hizmet kalitesindeki gelişim ile alakalı somut veriler sunma açısından oldukça önemlidir. Somut verilerin elde edilmesindeki temel amaç,

kalite faaliyetlerindeki ilerlemenin, ölçülebilir olmasını sağlamasıdır. Veriler ile ölçüm, hizmet aşamalarının gözlemlenebilmesini ve yönetiminin hangi aşamada olduğu hakkında bilgi vermektedir. Böylece sağlık hizmetindeki bütün aşamaların ne durumda olduğu değerlendirilebilmektedir. Bu değerlendirmeler sonucunda hangi alanlarda iyileştirmeler yapılması gerektiği ve bu iyileştirmelerin düzenli bir hale gelmesi sağlanabilmektedir. Sağlıkta kalitenin hizmet alanına etkisini pozitif yöne çevirmek için bu düzenlemeler gereklidir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2015: 6).

Tablo 2: Sağlıkta Hizmet Kalitesi ve Gösterge Yönetimindeki Aşamalar

Aşamaların Sıralaması			
1.	Ölçülecek göstergelerin belli olması	Verileri elde etme	**8.**
2.	İlgili sorumluların belli olması	Verileri somut sonuçlara dönüştürme	**9.**
3.	Gösterge izlem aşamasının incelenmesi	Elde edilen sonuçları inceleme	**10.**
4.	Alt göstergeleri belirleme	Hedef değere karar verme	**11.**
5.	Veri toplama yönteminin belli olması	İyileştirmeye gerekliliğine karar verme	**12.**
6.	Veri toplama ile analizlerin periyodu	İyileştirmelere başlanması (Gerekli ise)	**13.**
7.	Personel eğitilmesi	Gösterge izlem aşamalarının incelenmesi	**14.**

Kaynak: (T.C.Sağlık Bakanlığı: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, *Gösterge Yönetim Rehberi,*1. Baskı, Ankara 2015, s. 7).

2.1.3. Kalitenin Değerlendirilmesi

Sağlıkta değerlendirme genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarındaki sağlıkta kalite standartlarının ne ölçüde uygulandığını ve uygulama aşamalarını belirlemek için yapılan incelemeyi içermektedir. Sağlıkta değerlendirmeler, her yıl bakanlığın belirlediği bir tarihte, bakanlık tarafından yapılmaktadır. Değerlendirmelerde esas olan ilgili kurumların almış oldukları puanlardır. Puanı 95'in üstünde olan kurum ve kuruluşlara, öz değerlendirme sonuçlarını, takip eden yılın, Ocak-Haziran ayları içerisine Bakanlığa göndermeleri durumunda o yıl değerlendirme yapılmaz ve var olan kalite puanı geçerli kabul edilir. Eğer kurum ve kuruluş değerlendirme yapılmasını talebi ederse o yıl içinde tekrar

değerlendirme yapılmaktadır. Bu değerlendirmelerin, SKS değerlendirme rehberine uygun bir şekilde yapılması gerekmektedir. Bu rehbere uygun olarak ilgili kurum ve kuruluşlara puanlar verilmektedir. Sonuçlardan memnun olmayan kuruluşlar yedi gün içerisinde itiraz etmek zorundadır. İtiraz sonuçları otuz gün içinde sonuçlandırılır (R.G: 27.06.2015/29399).

2.1.4. Kalite Standartları

Türkiye'deki sağlıkta kalite sistemindeki unsurlardan biri de sağlıkta kalite standartlarıdır. Kalite standartları, temel olarak kabul gören ve ölçülebilir nitelikte olan ortak hedefler belirleyen, bu hedefler doğrultusunda ortak bir bakış açısı ile devamlı gelişmeyi amaçlayan yapıya sahiptir. Belirlenen bu standartların bir diğer amacı da yaptırım ve teşviklerle sağlık sektöründeki değişimi kültürel bir boyuta getirmeyi amaçlamaktadır. Kalite standartları, belirli bir süreç doğrultusunda şekillenmeli ve bilimsel çalışmalara paralel hareket etmelidir. Kalite standartları aynı zamanda kontrol ve talimat mekanizması olmamalıdır. Standartlar küreselleşen dünyadaki kalite standartları ile uyum içinde olmadır. Kalite standartlarındaki politikalar, devamlı bir şekilde gelişmeye açık olmalı, ulusal ve uluslararası çıkarlara uygun bir şekilde gelişim sergilemeli ve belirleyici aynı zamanda da üretken politikalar olmalıdır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2017: 12).

2.1.4.1. Sağlıkta Hastalar İçin Hizmet Kalitesinin önemi

Sağlık hizmetlerinde kalitenin, günümüz Türkiye'sinde ve dünyada önem kazanması ve hasta memnuniyetinin hizmet kalitesi ile yakından ilişkisi, bu alandaki çalışmaların sayısını arttırmıştır. Sağlık hizmetlerin faydalanmak isteyen hastaların, hizmet sağlayan ve bu hizmetleri sunanlardan beklentileriyle ihtiyaçlarının giderilmesinde, önceliklerin belirlenip belirlenen bu hizmetlerin nasıl sunulduğu ile ilgili görüşleri, sağlık hizmetlerinde kalitenin daha verimli olması açısından önem taşımaktadır (Kıdak ve Aksaraylı, 2008: 89).

Sağlık hizmetlerinin en önemli amacı, hastaların durumlarına göre çeşitlilik gösteren sağlık hizmetlerini, hastanın ihtiyacına göre istediği kalitede,

istediği zamanda, istediği şekilde ve en az maliyetle ortaya koymaktır. Bu temel amaçla beraber, hızla değişen ve gelişen teknoloji, maliyetlerin artışta olması, hastaların hizmet alırken memnuniyetsizliklerinin oluşmasıyla birilikte, kaliteli hizmet talep etmeleri sağlık sektöründe karmaşık bir durum yaratmıştır. Türkiye'de sağlık sektöründeki taleple beraber sağlık işletmelerinin sayısı artmakta fakat nüfusa göre yetersiz kalmaktadır. Toplumların gelir oranındaki artışlar, hasta bireyleri daha kaliteli sağlık hizmeti almaya yönlendirmektedir. Hizmet kalitesinin yükseltilerek hastalara daha tatmin edici sağlık hizmeti sunmak için nüfusa göre sağlık işletmeleri açılmalı, doktor ve diğer sağlık personeli eksikliği giderilmeli, hastaların ihtiyaç duyduğu tıbbi donanım hastanelerde bulunmalı ve sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanacak olumsuzluklara karşı önlem alınmalıdır (Hamşıoğlu vd., 2012: 91). Hizmet kalitesini yükseltmek ve yerel düzeyde eksiklikleri gidermek konusunda il özel idareleri, yerel katılımcılarla iş birliği içine gitmesi önem arz etmektedir. Diğer yandan, merkezi diğer grupların katkılarının da bu iş birliğine dâhil edilmesiyle vatandaşlara, istekleri doğrultusunda, daha üst düzey bir sağlık hizmeti sunma imkânı ortaya çıkacaktır (Erençin ve Yolcu, 2008: 131).

2.1.4.2. Teknolojik Gelişmişliğin Sağlıkta Hizmet Kalitesine Etkisi

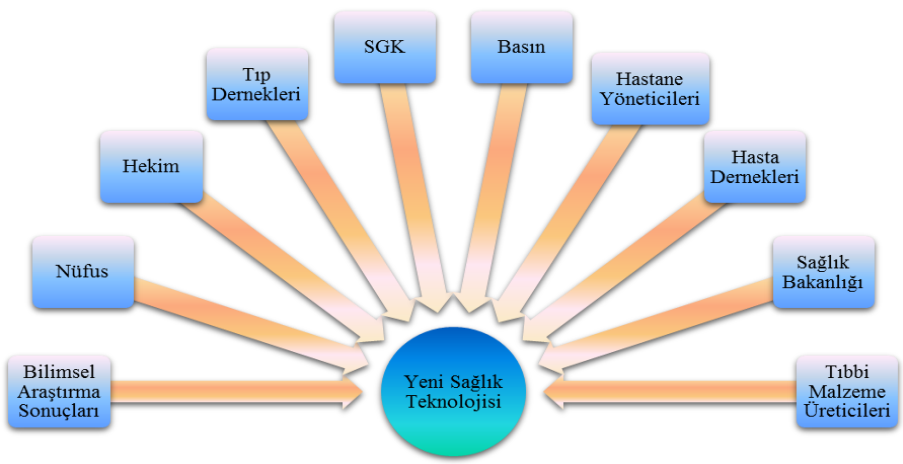
Sağlık hizmetleri alanında, teknoloji kullanımı ülkeler ile sağlık kurum ve kuruluşlarının koşul, alt yapı imkânları ve ihtiyaç durumlarına göre geliştirilmesi amacı güden politikalarla bağdaşmaması, "sağlık hizmetlerinde süreklilik, eşitlik ve ulaşılabilirlik olması gereklidir" ilkesiyle çelişmektedir. Bu sebeple hükümetler sağlık politikalarını uygun bir şekilde belirlemeli daha sonra bu politikalar doğrultusunda halka sosyal ve bireysel fayda sağlayacak hizmetler sunmalıdır (Sargutan, 2005: 118).

Sağlık teknolojisi, ortaya çıkan veya ortaya çıkma ihtimali olan hastalıkların ve salgınların önceden önlem alınarak bu hastalıkları teşhis, tedavi ve rehabilite edilmesinde kullanılan müdahaleler bütünüdür. Sağlık teknolojisi, müdahale gerektiren durumlarda kullanılan bilgi teknolojileri, ilaçlar, organizasyon sistemi, tıbbi cihazlar ve sağlık hizmetlerini içermektedir. Sağlık

teknolojilerindeki temel amaç yaşam süresini uzatarak yaşamda kaliteyi arttırmak, hizmet sunumundaki tedavi kalitesinin iyileştirilmesine bağlı olarak kazaların, yaralanmaların ve tedavi esnasındaki acının en aza indirgenmesini sağlamaktır. Sağlık teknolojisinin hâkim olduğu alanlarda, tekerlekli sandalyeler, gözlükler, insülin, MRI cihazları, ameliyat araç ve gereçleri, hamilelik testleri, yaşam destek üniteleri gibi ürün grubu olduğu sayılabilir (Dikbaş ve İmrak, 2014: 3).

2.1.4.3. Sağlık Teknolojisinin Değerlendirilmesi ve Bilgi İlişkisi

Kişisel bir tüketim olan sağlık hizmetleri düşünüldüğünde, algılanan sağlık seviyesi oldukça önemlidir. Kişi sağlık durumu hakkında bir endişeye kapıldığı an, ilk olarak sağlık durumunun hassasiyetine göre bir karar verip ardından bir sağlık kurumuna gitmektedir. Bu karar aşamasında bireylerin, sağlık bilgisi ve bu bilgilerin yanında araştırıp ulaştığı diğer bilgilerde bireyin sağlıkla ilgili bilgi birikimi edinmesi açısından oldukça önemlidir. Günümüzde toplumların bilgiye ulaşmasının kolay olması ve bilgi teknolojisinin bu kolaylıkla beraber yaygınlık göstermesi, ekonomik bir sektör olarak sağlık hizmetlerinde talep artışını ortaya çıkarmıştır. Bu talep artışıyla beraber ülkelerde refah düzeyleri yükselmekte, iktisadi ve sosyal alanlarda kalkınmalar gerçekleşmektedir (Kırılmaz, 2005: 91).



Şekil 2: Yeni Gelişen Sağlık Teknolojisinin Kabullenilmesinde Rol Alan Paydaşlar
Kaynak: (Garrido vd., *Health Technology Assessment and Health Policy-Makıng In Europe*, No:14, United Kingdom, 2008, s. 16).

Sağlık Teknolojilerinin değerlendirilmesi faaliyetleri, ön yargıdan bağımsız bir biçimde sağlık teknolojisinin, ekonomik veya klinik açıdan etkinliğini, objektif yönde ortaya koymak için pratik bir yaklaşım göstermektedir. STD, sağlık politikasına karar verenlere nasıl bir teknolojiden faydalanması gerektiği konusunda ve geri ödeme kurumlarına rehberlik ederek de bütçede, teknolojik güvenilirlikte, maliyetlerin istenilen düzeyde olmasında, toplumsal, etiklik, yasal ve organizasyonel faaliyetler gibi konularda bilgi sağmaktadırlar. Elde edilen bu bilgileri, sağlık politikalarına karar veren kişilere istenilen alanda ve düzeyde ulaştırarak bilgi akışı sağlamaktadır (Garrido, 2008: 16; Aktaran: Erdem ve Yiğit, 2016: 221).

Şekil 2'ye göre bu bilgi akışından; ulusal ve bölgesel karar vericiler, sağlıkla ilgilenen basın kurumları, sağlık politikasına yön verenler, SGK gibi geri ödeme kuruluşları, tıp dernekleriyle hastalara hizmet veren dernekler, sağlık alanında ki profesyoneller ve dernekleri ile sağlık sanayi gibi, yeni oluşan bir sağlık teknolojisinin yaygınlık kazanmasında görev alan gruplar faydalanmaktadır (Erdem ve Yiğit, 2016: 220).

Sağlık teknolojileri değerlendirme yöntemi, daha çok gelişmiş ülkelerde olmak üzere, tüm dünyada sağlık politikalarının belirlenmesi aşamasında, sağlık hizmetleri alanında da maliyetin verimliliği ve etkinliği üzerinde oldukça fazla kullanılmaktadır. STD yöntemi; sağlık teknolojisi alanında gerekli olan sağlık sistemleri, sağlık alanındaki tıbbi donanımlar ve gerekli ilaçların maliyetlerinin eksiksiz, tam, doğru ve net bir şekilde belirleyerek sağlık hizmetleri alanında politika yürütenlere fikir sağlama ve bu fikirleri uygulama aşamasında destek olmaktadır. Avrupa Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Ağında (EUnetHTA) STD; ekonomik, toplumsal ve tıbbi konularla alakalı olan bilgileri etkin, saydam, sistematik ve yansız bir biçimde ortaya koyan disiplinin oldukça önemli olduğu bir süreçtir. STD'de hedeflenen hastalara en iyi sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirerek güvenilir ve etkinliği yüksek olan sağlık politikalarıyla sağlık alanında, en üst değere ulaşmak olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014: 9).

Sağlık hizmetlerinde zamanla yaygınlaşan talep ve bununla birlikte bu hizmetlerin sunumunda yararlanılan teknolojilerin komplike hale gelmesi artan maliyetleri de beraberinde getirmektedir. Bu durum milli gelirden, sağlık bakım hizmetlerine aktarılan kaynak miktarında artışa sebep olmaktadır. Bu hizmetleri karşılayacak kamu gelirlerinin arzu edilen pay oranında arttırılmasının zor olması, sağlık sisteminin ihtiyaçlara yönelik elverişli ve kontrollü işleyişini gerekli kılmaktadır. Bu kaynak ihtiyacı içinde beşeri sermayenin de yer alması, kaynak dağılımının adil bir şekilde yönlendirilebilmesi için oldukça önemlidir (Özyılmaz, 2014: 36).

Bireyler öğrenme ve yaşantı yoluyla kazandığı her türlü bilgiyi çalışmalarında kullanabilmeyi amaçlar. Bu yüzden bireyler bu bilgileri, çeşitli teknolojik donanımlarla belirli bir düşünsel düzen, sıra ve plan içinde ortaya koymak amacındadır. Böylece fayda maksimize olacaktır. Bir bilginin sadece var olması yeterli olmamaktadır. Önemli olan hızlı ve etkili bilgiye ulaşma, karar verme, sorun çözme ve tam olarak fayda sağlamaktır. Bireyler, ilgili kuruluşlar elindeki bilgi ile etkin bir sonuca ulaşmak için var olan bilgileri yapılandırma, sistemli hale getirme ve organize edip bilgileri depolama çabası içerisindedirler (Dinç, 2014: 15-16).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Özel Finansman Çeşitleri

Özelleştirme çalışmaları "sağlık hizmetlerinin finansmanında" ve "sağlık hizmetlerinin üretiminde" olmak üzere iki alanda yapılmaktadır. Üretim alanında yapılan özelleştirme, birinci basamak sağlık hizmetleriyle hastaneler alanında yapılmaktadır. Teknolojik bilgi ve kullanım gerektiren alanlar ile temizlik ve yemek alanı gibi bölümler taşeronlara devredilmektedir. Özel sektör taşeronlaşma yoluyla bu alanlarda hizmet üretimi gerçekleştirmektedir. Kamuda mülkiyetin koruma altında olduğu bölümlerde ise; piyasa mekanizmasına işlerlik kazandırılması sağlanarak piyasa mantığının hâkim olduğu uygulamaların olması hedeflenmektedir. Bu şekilde yapılan uygulamalar ile kamu mülkiyetindeki alanlar işletmeleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ise aktif ve pasif iki özelleştirme yöntemi izlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının

vatandaşa yüklenmesi olan cepten ödemeler yöntemi pasif bir özelleştirme yöntemiyken özel sigortacılık alanındaki faaliyetlerin artışta olması aktif bir özelleştirme yöntemi olarak değerlendirilmektedir (Doğan, 2017: 3).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Aktif Özelleştirme Olan Özel Sağlık Sigortacılığı

Bu sigorta türü gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerden çok gelişmiş ülkelerde uygulanmaktadır. Sosyal sigorta sisteminin ve İngiltere USHS sistemine benzer sistemlerin olmadığı ülkelerde kullanılan bir çeşit finans yöntemidir. Bu sigorta türünün en önemli özelliklerinden biri kişinin isteği doğrultusunda uygulanan gönüllü bir sigorta çeşidi olmasıdır. Sosyal sigorta uygulaması olan ülkeler ile USHS gibi kuruluşlara sahip ülkelerde de özel sağlık sigortası almak isteyen bireyler de bulunabilmektedir. Bu nedenle bu sağlık hizmetinden faydalanmak isteyen kişiler için şirketler bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası; kişisel beklenti ve tercihlere cevap verirken, ülkenin finansman yapısında bir değişikliğe yol açmadığı ölçüde olumlu sonuçlar verecektir. Dolayısıyla tek başına bir finansman mekanizması olarak başvurulması pek mümkün değildir. Bu durumun en önemli nedenlerinden biride piyasa başarısızlıklarıdır (Yıldırım, 2012: 53). Türkiye ise, dünyadaki gelişmiş ülkelere göre özel sağlık sigortaları alanında oldukça geri kalmış bir durumdadır. Bu durumun en önemli nedenleri arasında ekonominin, özel sağlık sigortacılığına olumsuz yansımaları ve bireylerin inançlarıdır (Pişkin, 2017: 47).

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Pasif Özelleştirme Olan Cepten Ödemeler

Bu ödeme çeşidi, kişilerin üretilip sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanmak için direkt olarak cepten ödemiş oldukları harcamalar bütünüdür. Cepten ödemeler oluşabilecek bir hastalık riskine karşı herhangi bir finansal koruma özellikleri bulunmamaktadır. Cepten ödemeler, üç gruba ayrılmıştır. Bu gruplar; enformel (biçimsel olmayan) ve doğrudan ödemeler ile kullanıcı katkılarıdır. Günümüzde oluşabilecek olan hastalık risklerine karşı kamusal ve özel nitelikli çeşitli finansman yöntemleri ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan bu

yöntemlerin giderek yaygın bir hal kazanması cepten ödemeler sisteminin önemini kaybetmesine neden olmuştur. 1970'li yıllarda, sağlık harcamalarında önemli artışlar meydana gelmiştir. Bu dönemde aynı zamanda ekonomik daralmalarda ortaya çıkmıştır. Bu gibi sorunların olduğu dönemde temel sağlık hizmetlerinin faaliyet alanını genişletme çabaları kaynakların etkin kullanılmasıyla beraber yeni kaynakların bulunması gerekliliğine sebep olmuştur. Bu gereklilik cepten ödeme yönteminde çeşitliliğe neden olmuş ek kaynaklar yaratılmıştır (Mossialos ve Dixon, 2002a: 22; Aktaran: Yenimahalleli-Yaşar, 2007: 16).

Bilinen en eski özel finansman ödeme türü cepten ödemelerdir. Oluşan hastalıkları, finansal krizlere karşı koruma sağlayacağı görüşü sebebiyle özel sigortacılığı meydana getirmiştir. Özel sağlık sigortacılığında oluşan sorunlar nedeniyle yirminci yüzyılın son çeyreğine doğru tıbbi tasarruf hesapları ortaya çıkmıştır. Böylece özel sağlık sigortacılığındaki sorunlarına çözüm getirilmesi amaçlanmıştır (Yenimahalleli-Yaşar, 2007: 16).

2.2.2.1. Doğrudan Ödemeler

Doğrudan ödeme kavramı, bekleme süreleri oldukça uzun olan ve sosyal güvence kapsamının dışında kalan hizmetlere yapılan ödemelerdir. Doğrudan yapılan ödemeler, sunulan sağlık hizmetine erişimin aksadığı durumlarda yapılmaktadır. Çoğunlukla özel sektörde görülmektedirler. Laboratuarlar ile diş sağlığı hizmetleri doğrudan ödemelerin yapıldığı hizmet alanlarıdır (İstanbulluoğlu vd., 2010: 90).

Doğrudan ödemeler sisteminde belirgin olan özelliklerinden biri hizmet sunan kurumların, üretim sürecindeki kararları ile piyasa mekanizmasını minimal düzeyde etkileyen (Deficiency ya da Compensatory Payments) ve ya etkisinin olmadığı (Pure Decoupling veya Decoupled Payments) bir ödeme sistemidir. Adından da anlaşılabileceği gibi bu sistemde doğrudan yapılan bir ödeme söz konusu olmaktadır. Hizmeti sunan üreticiye, hizmet alan kişi, herhangi bir aracı kurum ve kuruluşa gerek duymaksızın ödemeyi direkt olarak yapmaktadır. Üreticiye yapılan bu doğrudan ödeme, politikaların transfer etkinliğini de bu şekilde arttırmış bulunmaktadır (Yorgun, 2006: 2).

2.2.2.2. Kullanıcı Katkıları

Herhangi bir sağlık güvencesi dâhilinde olan kişilerin, sunulan sağlık hizmetinden faydalanmaları için önceden belirlenen miktarı ödemeleri durumudur. Kullanıcı katkılarında genellikle talep oranının düştüğü görülmektedir (Tıraş, 2013: 144).

Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetleri sektöründe özel sektörün faaliyet göstermesinin neticelerinden biri olmakla birlikte bu durum, kullanıcı katkılarının özelleştirme yöntemi olarak değerlendirilmesine neden olmuştur. Kullanıcı katkılarına eleştirisel yoldan yaklaşanlar adalet anlayışı üzerinde durmuşlardır. Bu eleştirisel yaklaşım gelir düzeyi düşük, sigorta kapsamında olan kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanırken alınan kullanıcı katkı paylarının zamanla bu hizmetlerden faydalanma taleplerinde azalışa neden olacağı yönündedir. Kullanıcı katkılarının minimal düzeye indirgenmesi, alınan kullanıcı katkı paylarından elde edilen gelirin sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amacına hizmet etmesi, düşük gelirli kişilere, ücret alınmadan hizmet verilmesi yönüyle oldukça önemli olmaktadır (Çoban, 2009: 126). Kullanıcı ödemeleri hariç, bütün sağlık gelirleri halka açıktır. Sağlık için yapılan tahsilât kamu ve özel sağlık sigortalarıyla merkezi ve yerel yönetim bütçelerinde toplanır. Elde edilen bu gelirler hizmet sağlayıcılara aktarılır. Ülkeler ekonomik açıdan büyüdükçe birleştirilmiş sağlık finansmanı, kullanıcı katkılarından elde edilen gelire hâkim olmaktadır. Amaç bu fonları bir araya getirerek sağlık hizmeti alan bireyler arasında eşitliği sağlamaktır. Gelişen sağlık sektöründe adil bir fon oluşturabilmek için elde edilen sağlık gelirlerini iyi bir şekilde kullanmak oldukça önemlidir (World Bank, 2014: 10).

2.2.2.3. Enformel Ödemeler

AB'nin benimsediği görüşe göre enformel istihdamın durumunu belirlemek için, ''milli çıkarlara bağlı kayıt'' olup olmadığına bakılmaktadır. Bu bakış açısına göre; "AB'ye üye olmuş olan ülkelerin hukuksal düzenleri arasındaki farklılıkları da inceleyip hukuka uygun olan fakat kayıtları ve bildirimleri ilgili kurumlara yapılmamış, bütün ücret gerektiren faaliyetler

bütünüdür" tanımı anlaşılmaktadır (Erdut, 2007: 54). Sağlık sektörü açısından ise sağlık hizmetlerini sunan doktor, hemşire ve hastane personeline hizmetten faydalanmadan önce ödenen ücretlerdir. En yaygın kullanım olarak "bıçak parası" denilen enformel ödemeler sağlık hizmetini alan ve sunanlar tarafından farklı nedenleri olduğu söylenmektedir (Çoban, 2009: 127). Enformel istihdamdan yararlanan bireyler çoğunlukla ülkelerin toplumsal, ekonomik ve siyasal yönden en güçsüz bölgelerinde yaşamaktadırlar. Bu kişiler mülteciler, işsizler, mevsimlik işlerde çalışanlar, çocuklar, öğrenciler ve kendi hesabına çalışmakta olan kişilerden oluşmaktadır (Kapar, 2006: 51). Dolayısıyla, "Bir ülkede, gerek sağlık alanında gerek başka alanlarda enformel istihdamın fazla olması, o ülkede enformel ödemelerinde fazla olacağı anlamını taşımaktadır" demek yanlış olmayacaktır.

1980'li yıllardan itibaren uygulanan kamu kesimini sağlık teknolojileri açısından yetersiz bırakılıp bu donanım eksiklikleri özel sektörün gidermesi için devletler tarafından bilinçli politikalar geliştirilmiştir. Aynı zamanda kamu hastanelerinde çalışmakta olan personellerin yarı zamanlı çalışma sisteminin etkisiyle hizmet sunumunda verimsizlikler oluşmuştur. Bu durumlar kamu hastanelerinde çeşitli sorunların oluşmasına zemin hazırlamıştır. Bu sorunların en önemlilerini "zorunlu bağışlar" ya da "bıçak parası" denilen enformel ödemeler oluşturmuştur. Bu ödemelerle birlikte, kamu hastanelerinde "tanıdık ilişkilerinin" bazı işlemleri kolaylaştırdığı bir ortam oluşmuştur. SDP ile Türkiye'de, SSK güvencesine sahip kişilerin de emekli sandığına tabii olanlar kişiler gibi özel hastanelerin hizmetlerin faydalanmasının yolu açılmıştır. Ayrıca, yeşil kartlıların ayakta gerçekleşen tedavi ücretlerinin karşılanmaya başlaması ve 18 yaşının altında olan bütün genç nüfusun kamu tarafından sigortalı yapılması sağlık hizmetlerine erişim noktasında hakkaniyet anlayışının geliştiğini göstermektedir (Elbek ve Adaş, 2009: 42).

2.3. Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları, çoğunlukla sağlıklı bireyler yetiştirilmesi, bu bireylerin sağlıklarının korunması ve sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulması

için yapılan harcamalar bütünüdür. Bir ülkede sağlık harcamalarının önem kazanması ve bu alanda yatırımların artması bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyerek toplumun yaşam süresini uzatacaktır. Özellikle sağlık alanında yapılacak olan yatırımlar ile teknoloji destekli teçhizatlar sağlık hizmetlerinin sunulmasında daha etkin olacaktır. Bu durum ekonomik büyümenin gerçekleşmesi için bir neden oluşturarak sağlık harcamalarının daha fazla arttırılmasını sağlayacaktır (Akar, 2014: 311). Sağlık harcamalarının artması ülkelerdeki ekonomik refah seviyesini pozitif olarak etkilemektedir. Bu etkinin sebepleri ise sağlıklı kişilerin daha üretken olacağı, sağlıklı insanların iyi bir eğitimle, beşeri sermayeye olumlu yönde katkı sağlayarak yatırım alanında aktif olacakları düşüncesidir. Ayrıca yaşam süresinin fazla eğitim kalitesinin de yüksek olması yabancı sermayenin yatırım için o ülkeyi tercih etmesine sebep olacaktır (Bloom ve Canning, 2000: 1207).

Ekonominin refah seviyesine ulaşmasında önemli bir faktör olan sağlık harcamaları ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak farklılıklar gösterebilmektedir. Sağlık harcamaları, özellikle son zamanlarda toplam harcama ile toplam gelir içindeki payının, artış eğiliminde olduğu bilinmektedir (Öztürk ve Uçan, 2017: 145).

Sağlık harcamalarındaki bu artışın nedenleri maddeler halinde belirtebiliriz (Kılavuz, 2010: 174);

- Asimetrik bilgi, maliyetlerin artmasına neden olmaktadır,
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve bireylerin bu hizmetlerin faydalanmasında ileri teknoloji gerekmektedir,
- İleri teknoloji gerektiren tıbbı donanımlar için yüksek sermaye ihtiyaç duyulmaktadır,
- Bireyler sağlık konusunda daha bilinçli olma çabası içerisindedirler,
- Çoğunlukla gelişmiş ülkelerdeki toplumlarda gelirin artmasına paralel olarak sağlık harcamalarına yoğun talep oluşmaktadır,
- Ortalama insan ömrünün uzamasıyla kronikleşmiş hastalıkların çoğalması ve insanlarda yetersizliklerin görülmeye başlanması,

- Her arz kendi talebini yaratır görüşü,
- Sağlık alanındaki hizmetlerin üretilmesinde ve bu hizmetlerin sunulmasında insan faktörünün oldukça önemli olması, yani sağlık sektörünün emek yoğun bir sektör olduğu gerçeğidir.

Dünya genelinde sağlık harcamalarını karşılayan kuruluşlar kamu ve özel sektör olarak iki grupta incelenmektedir. Özel sektörde yapılan sağlık harcamalarını genellikle cepten ödemeler olarak nitelendirilmektedir. Bu ödemeyi hane halkları yapmaktadır. Cepten ödemelerin yanında özel sağlık sigortaları, hane halklarına gerekli hizmeti sunan ve bu hizmet karşılığında kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ile sektördeki firmaların çalışanlarına ödediği ücretlerde özel sektör harcamalarını kapsamaktadır. Kamu sektöründeki sağlık harcamalarında ise sosyal güvenlik fonları, yerel yönetimler ve merkezi devlet yönetimi tarafından yapılmakta olan harcamaları kapsamaktadır (Yurdadoğ, 2007: 594).

2.3.1. Sağlıkta Cari Harcamalar

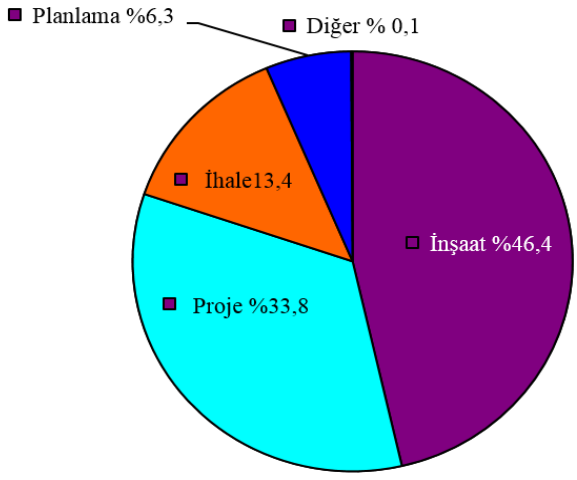
Devletlerin ülkedeki yönetimin etkin bir şekilde devamını sağlayabilmeleri için yapılmakta olan harcamalardır. Cari harcamalarda süreklilik önemli olmakla beraber tüketime yönelik harcamaları kapsamaktadır. Bunun nedeni sağladıkları faydaların çoğunlukla cari yıl içinde tükenmesi gösterilebilir (Tuncer ve Yüksel, 2011: 219). Bu tanım doğrultusunda sağlıkta cari harcamaları dokuz kategoriye ayırabiliriz. Bu harcama çeşitleri (Atasever, 2014: 63);

- Kanuni yükümlülükler,
- Tıbbi tetkikler,
- Hizmet alımları,
- Sınıflandırılamayan giderler,
- İlaç gereksinimleri,
- Personele ücret ödemeleri,
- Gerekli tıbbi malzemeler,
- Sağlık yönetimi giderleri,
- Diğer cari harcamalarıdır.

2.3.2. Sağlıkta Yatırım Harcamaları

Yatırım harcamalarındaki en önemli amaç, üretim kapasitesini maksimum seviyeye çıkarmaktır. Yatırım harcamaları aynı zamanda ülkedeki ekonominin üretim kapasitesini direkt olarak arttırmayı hedeflemektedir. Yatırım harcamalarını oldukça önemli bir duruma getiren unsur ise yapılan yatırım harcamalarının, yapıldığı yılın dışındaki yıllarda da fayda getirmesidir. Baraj, köprü, yollar, sağlık ya da eğitim hizmeti gibi alanlarda hizmet veren binaların onarılmasıyla bu kurumlarda bulunan makine, taşıt ve hizmet üretmek için gerekli olan donanımlara yapılan harcamalardır (Yalınpala, 1997: 5). Bu tanım doğrultusunda sağlıkta yatırım harcamalarını beş kategoride inceleyebiliriz. Bu harcamalar şunlardır (Atasever, 2014: 26);

- Gerekli taşıtların için yapılan harcamalar, (Ambulans)
- Makine ve teçhizatlar, (Tıbbi hizmet sunmak için gerekli olan teknolojik donanımlar)
- Tesis ve yapı harcamaları,
- Sahip olunan demirbaşların bakımı ve onarımı için yapılan harcamalar,
- Diğer yatırım harcamaları olarak sayılabilir.



Şekil 3: Türkiye'de Sağlıkta Yatırım Harcamalarının, Yapım Aşamasındaki Durumuna Göre Dağılımı
Kaynak: (Sağlık Bakanlığı: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, *Yatırım Takip Sistemi,* https://sygm.saglik.gov.tr/TR,28696/yatirimlar.html, 07.05.2019 tarihinde erişildi).

Şekil 3'e göre Türkiye'deki sağlık yatırımlarının büyük çoğunluğunu %46,4 ile inşaat sektörü oluşturmaktadır. Yeni sağlık binalarının yapılması ve var olan binaların onarılması bu sektör dâhilindedir. Diğer bir yatırım türü olan projelendirme sistemi de Türkiye'de sağlık yatırımları alanında %33,8 ile önemli bir konumdadır. Sağlık alanında hizmet kalitesinin artması için yeni projeler üretmek ve var olan projeleri geliştirmek bu yatırım türünün kapsamındadır.

2.3.3. Katastrofik Sağlık Harcamaları

Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) araştırmaları sonucunda ortaya çıkan raporlara göre; hane halklarının sağlık hizmetlerinden faydalanmak için yapmış oldukları sağlık harcaması, hanelerin finansal risklere maruz kalarak temel ve zorunlu gereksinimlerinden fedakârlık etmelerine sebep olmaktadır. Aynı zamanda sağlık harcamaları hane halklarının borçlu duruma düşmelerine, mevcut varlıklarını satmak zorunda kalmalarına ve mevduat hesaplarını kullanmaya mecbur kalmalarına neden olabilmektedir. Özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki yoksul haneler sağlık hizmetinden faydalanmak için borçlanmak zorunda kalmaktadırlar. Bu ülkelerde sağlık harcamaları, yoksul durumdaki hane halklarının borçlanmasındaki en temel etkendir. Bazı durumlarda hane halkları sağlık hizmetlerinden faydalanmak için gıda tüketimlerini azami seviyeye indirmek zorunda kalmışlardır. Dünya Sağlık Örgütüne göre hane halklarının bu durumuna, "sağlık harcamalarının yarattığı finansal katastrofi" denilmektedir. Bu sağlık harcaması türünde kişiler harcamalarını cepten ödemeler şeklinde yapmaktadırlar. Özetle katastrofi, yapılan bu sağlık harcaması ödemelerinin hanelerin gelirlerinin ve diğer harcamalarının toplamını geçmesi durumudur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2015: 1). Bireylerin kaliteli sağlık hizmetinden faydalanamamaları durumunda ortaya çıkan ve sağlıkta sosyal fayda ilkesiyle zıt bir sistem oluşturan cepten sağlık harcamalarının artmasıyla yoksullaştırıcı ve katastofik bir etki ortaya çıkmaktadır. Bu durum gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde ekonomiyi olumsuz yönde etkileyerek refah düzeyini düşürmektedir. Sağlık sektöründeki politikaların, sağlıkta sosyal fayda ilkesi doğrultusunda ilerlemesi ve sağlık hizmetlerinin gelişimi için bir ön koşul olmaktadır. Sağlık

sistemlerindeki ana hedef sağlık hizmetlerinin ülkedeki bütün kişilere ulaştırılması ve bu haktan yoksun bırakılmamasıdır (Çınaroğlu ve Şahin, 2016: 75).

Genel olarak bir ülkedeki sağlık sisteminin kalite düzeyi, hane halklarının finansal risklerden ne ölçüde korunduğu ile belirlemektedir. Sağlık reformlarının ana hedeflerinden biri katastrofiyi ortadan kaldırmak ve böylece hane halklarının daha kaliteli hizmet almasını sağlamaktır (Yereli vd., 2014: 284).

Tablo 3: Sağlık Harcamalarında Devam Eden ve Tamamlanan Yatırımların, Sağlık Tesislerine Dağılımı

Sağlık Tesisi Çeşitleri	**2003-2017**	**2018'de Hedef**	
	Adet	**Adet**	**Yatak Sayısı**
Ek Binalar	227	12	1.168
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri	82	9	Yok
Hastaneler	575	98	23.200
Birinci Basamak	1.840	300	Yok
Toplam	**2.774**	**419**	**24.368**

Kaynak: (T.C Sağlık Bakanlığı, *2018 Yılı Bütçe Sunumu:TBMM Plan ve Komisyonu,* 2017, s. 114).

2.4. Sağlıkta Doğrudan Yabancı Sermaye Yatırımları

Doğrudan yabancı sermaye yatırımları (DYSY); herhangi bir ülkedeki yabancı yatırımcının başka bir ülkede bulunan işletmenin, firmanın ya da bir kuruluşun minimum %10 ve daha fazla oranda hissesine sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin en önemli sorunu ülke içinde bulunan sermayenin yetersiz olmasıdır. Doğrudan yatırımlarda temel amaç, alınan hisselerin büyüklük yüzdesine göre yatırım yapılan kuruluşta yönetime katılmak ve üst düzey bir kontrol sağlamaktır (Koçtürk ve Eker, 2012: 10).

Yabancı sermaye yatırımlarının ülkelere birçok kazanımlar sağlamaktadır. Bu kazanımlardan bazıları şunlardır (Aydemir vd., 2012: 70);

- Yatırım yapılan ülkeye kendi ülkesindeki teknolojiyi getirerek ilgili ülkenin teknolojisinin gelişmesine olanak sağlaması,

- Teknolojiyle beraber bu teknolojinin kullanılması için gerekli bilgileri de getirmesi,
- Teknolojinin gelişmesine paralel olarak işletmecilik bilgisinin de geliştirilmesine olanak sağlanması,
- Rekabetin artmasını sağlayarak ekonomiyi pozitif yönde etkilemesi,
- İş alanları açarak istihdama önemli ölçüde katkı sağlaması,
- Sermaye yetersizliklerinden dolayı hareketsiz olan iç piyasaya işlerlik kazandırması,
- Ülkedeki sabit sermeye stokunun artmasına olanak sağlaması,
- Sermeye yatırımı yapılan ülkedeki var olan yönetici açığıyla nitelikli ve teknik eleman açığının azaltılmasına katkıda bulunması,
- Ödemeler dengesinde oluşan açıkların en aza indirilmesinde önemli rol oynaması olarak sıralanabilir.

Sağlık sektöründeki yatırım çalışmaları hem ulusal hem de küresel düzeyde sürekli artış eğilimindedir. Çeşitli nedenlerden dolayı özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinde bir dönüşüm yaşanmaktadır. Bu dönüşüm sağlık hizmetlerinin sunulmasında, reform çalışmalarını başlatmıştır. Sağlıkta dönüşüm ve reform denilince sağlık alanındaki yatırımlar, sermaye ve sağlıkla alakalı projeler önem kazanmaktadır. Sağlık alanındaki yatırımlar genel olarak; en başta hastaneler olmakla birilikte sağlık kuruluşlarında satın alınan (özelleştirilen) küçük ya da büyük ölçekli teknoloji alımları, binaların bakım onarım yatırımları, sağlık tesislerine bina yatırımları ve şehir hastaneleri gibi büyük bir sermaye payı ayrılması gereken sağlık projeleri bütünüdür (Öztürk vd., 2015: 19).

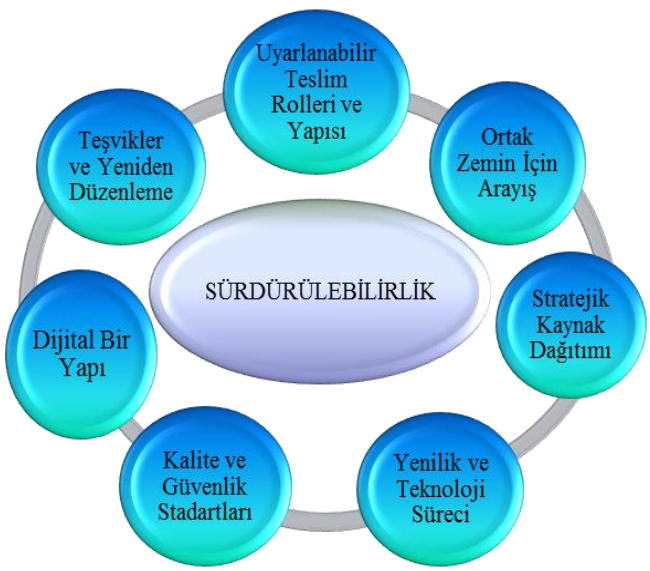
Sağlıkta yatırım yapacak sermaye sahiplerine, sağlık projelerinde yatırım için Avrupa Yatırım Bankası tarafından üç aşamalı bir değerlendirme modeli sunulmuştur. Ekonomik değerlendirme üzerine kurulan bu modelin aşamaları şunlardır (European Investment Bank, 2013: 128);

1. Aşama: Yatırımın rasyonel olup olmadığına karar verilmesi ve stratejik olarak uygunluğunun değerlendirilmesidir,

2. Aşama: Yapılması düşünülen yatırımın alternatiflerinin değerlendirmeye alınması ve bu alternatiflerin yapılacak olan yatırımla kıyaslanmasıdır,
3. Aşama: Son aşamada ise yatırım yapılacak projenin tamamlanma durumu ve proje tamamlandıktan sonra işletilebilirliğinin analiz edilmesidir.

Sermaye sahiplerinin yatırım yapacakları alanla ilgili riskleri göz önüne alarak değerlendirme yapmaları gerekmektedir. Avrupa Komisyonu, sağlık ya da başka alanlarda yapılacak yatırımlardaki projelerin risk değerlendirmesinden geçmesinin gerekli olduğunu öne sürmüş ve bu riskleri beş evrede ele almıştır. Bu risk değerlendirmeleri (European Commission, 2008: 60);

1.Evre: Duyarlılık analizinin yapılmasıdır. (kritik değişkenlerin tanımlanması, esneklik analizi, senaryo analizi kritik değişkenlerin seçimi)
2.Evre: Her kritik değişken için olasılıkların dağılımı varsayımının hesaplanması,
3. Evre: Performans göstergelerinin hesaplanması,
4.Evre: Sonuçların tartışılması ve kabul edilebilir olan risk seviyelerinin belirlenmesi,
5.Evre: Proje kapsamında ortaya çıkan riskleri azaltılmak için yatırımcıların, ne yapılması gerektiği belirlemeleri hakkında fikir yürütmeleridir.



Şekil 4: Sağlık Sisteminde Sürdürülebilirlik ve Yatırımlarda Etkili Olan Faktörler
Kaynak: (Price Water House Coopers, *Health Cast 2020: Creating a Sustaninable Future,* 2005, s. 15).

Şekil 4'e göre kamu özel çıkarlarını dengelemek ve sağlık yararına çalışmalar yapmak için belli bir vizyona ihtiyaç vardır. Bu vizyon belli bir strateji çerçevesi içinde oluşturulmalıdır. Aynı zamanda teknolojinin ve birlikte çalışabilir elektronik ağların daha iyi kullanılması, idari ve klinik bilginin entegrasyonunu, standardizasyonunu ve bilgi aktarımını hızlandırdığı bir gerçektir. Teşvik sistemleri de sağlık hizmetleri alanındaki sorumlulukların yerine getirilmesinde oldukça etkilidir. Tanımlanmış ve zorunlu klinik standartlar, hesap verebilirlik ve şeffaflığın artırılması için mekanizmalar oluşturarak tüketici güveni sağlamakta önemli bir yere sahiptir.

2.5. Sağlıkta Sabit Sermeye Yatırımları

1980'li yıllarda, özel kesim sabit sermaye yatırımlarındaki artışın kamu kesimi sabit sermaye yatırımlarından fazla olmasının en önemli nedeni, özel sektöre yatırımı teşvik eden politikaların uygulanması ve verimliliği yüksek olan yatırımlara ağırlık verilmesinin sağlanmasıdır. Kamu sektörü ise sabit sermaye yatırımları ile sosyal kârlılığı sağlamayı amaçlamaktadır. Buna bağlı olarak kamu, özel sektörün yatırım yapmadığı alanlara yönelerek bu hedefine ulaşmaya çalışmıştır (Altunç ve Şentürk, 2010: 533). Özellikle 1980'li yıllardan sonra sabit sermaye yatırımlarındaki artış özel sektör lehine gelişim göstermiştir. Özel sektörün yatırım payı 1980 yılından önce %60 civarındayken 1990'li yıllardan sonra %70'i geçerek büyük bir gelişim göstermiştir. Bu dönemlerdeki ekonomik, mali ve siyasi istikrarsızlıklar sektörel yatırım oranlarının değişmesinde önemli bir rol oynamıştır (Unutmaz, 2008: 52).

Bir malın sabit sermeye yatırımı sayılabilmesi için bazı koşullar gereklidir. Bu koşullar (Erişkin, 2013: 3);

- İlgili malın mülkiyetinin üretici birimlere ait olması gerekmektedir. Örneğin; bir ambulans aracı, sağlık işletmesi tarafından kullanılıyorsa yatırım malı olarak kabul edilmektedir,
- Mülkiyette olan malın mutlaka üretim faaliyetlerinde aktif olarak kullanılıyor durumda olması gerekmektedir. Bir mal hizmet üretme amacı dışında kullanılıyorsa yatırım malı sayılmamaktadır. Örneğin; bir hastanede kullanılan

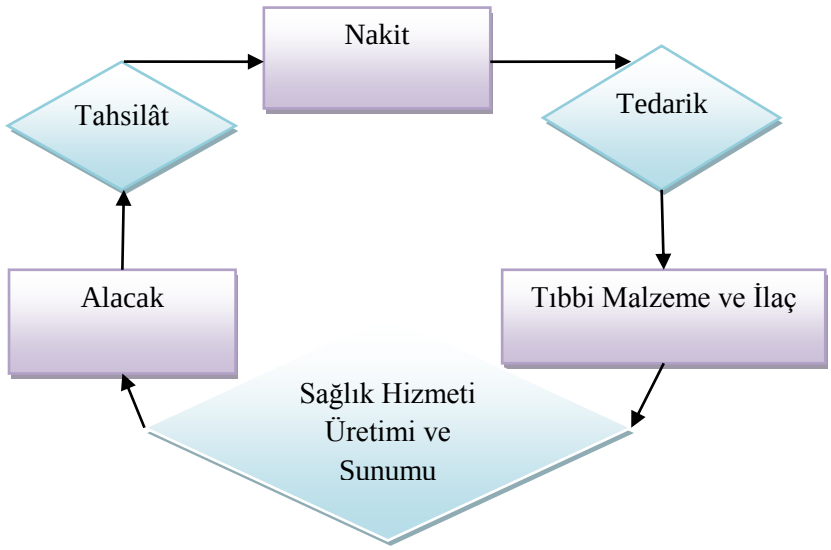
televizyon hastane personeline eğitim vermek amacıyla kullanılıyorsa yatırım malıdır. Bu televizyon hastane personelleri tarafından eğlence amacıyla kullanılıyorsa yatırım malı sayılmamaktadır,

- Mülkiyette bulunan malın, sabit sermaye malı sayılabilmesi için bir yılı geçmiş kullanım süresinin olması gerekmektedir.
- Üretici birimler tarafından devamlı bir şekilde kullanılıyor olması gerekmektedir,
- Araziler tek başına bir yatırım olarak değerlendirilmemekle birilikte bu arazi üzerindeki projeler ve düzenlemeler esnasında ortaya çıkan maliyetler sabit sermaye yatırımı olarak kabul görmektedir,
- Yukarıda sıralanan tüm koşullar sağlansa bile ESA'ya göre bir malın SSYM sayılabilmesi için asgari bir bedeli olması gerektiği kabul edilmiştir. Örneğin; bir adet tıbbi cihaz, yatırım malı olarak kabul edilememektedir.

Merkezi ve yerel planlama açısından sabit sermaye yatırımları, yatırımın büyüklüğü ile orantılı olarak sağlık hizmetlerine olan talepte bazı belirsizliklere neden olmaktadır. Bu belirsizlikler verimli bir yerel ve merkezi planlamayı gerekli kılmaktadır. Bu planlama oldukça geniş kapsamlı olmak zorundadır. Merkezi ve yerel planlamalar; sağlık kurumlarının bölgesel ve yerel dağılımından, hizmet sunumu için gerekli olan tıbbi cihazların ve ilaç depolarının dağılımına aynı zamanda bireylerin sağlık kuruluşlarına ulaşmasından, insan kaynaklarının organize edilmesine kadar her aşamada olmalıdır (Orhan ve Sayım, 2011: 191).

Sağlıkta hizmet sunumunda tıbbı cihazlar ve tedavi araç gereçlerinin teknolojiye uygun olması sağlık kurumları için oldukça önemli olmaktadır. Sağlık kurumları tıbbi cihazları gerekli gördüğü taktir de değiştirmeli, sağlık sektöründeki teknolojik gelişmeleri yakından takip etmelidir. Sağlık kurum ve kuruluşları hizmet sunumlarını en verimli şekilde gerçekleşmesi için geri ödeme kurumlarının ve hizmet talep eden bireylerin beklentilerine cevap verecek yatırımlar yapmak zorundadır. Yatırım yapmayan sağlık kurumları talep görmeyerek varlığını sonlandırmak zorunda kalacaktır. Bu durumdan kurtulmak için sağlık kurumları sabit sermeye yatırımlarına başka bir ifadeyle duran

varlıklarına yatırım yapmak zorundadır. Yapılacak yatırımlara ilgili olan her süreç için doğru kararlar verilmesi gereklidir (Akbulut ve Payzıner, 2013: 116).



Şekil 5: İşletme Sermayesinin Sağlık Kurumlarındaki Döngüsü

Kaynak: (Ece U., Aldoğan ve Payzıner, Doğanay, *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim,* 1. Baskı, Eskişehir, 2013, s. 93).

Şekil 5'e göre sağlık kurum ve kuruluşlarının üretim faaliyetlerine başlayabilmesi için sahip olunan işletme sermayesi nakit olarak sağlık kurumuna getirilmelidir. Elde edilen nakit ile birlikte üretim aşamaları başlamış olmaktadır. Nakit para ile sabit sermeye varlıkları elde edilmekte ve üretim sonucunda oluşan giderler karşılanmaktadır. Sunulan hizmet peşin olarak satıldığı zaman tekrar nakde dönmekte böylece nakit ile başlayan süreçler tekrar nakit ile sonuçlanmaktadır (Aldoğan ve Payzıner, 2013: 93).

2.6. Türkiye'de Sağlıkta Bütçenin Durumu

Devletler kamu ihtiyaçlarını karşılamak için harcamalar yapmaktadırlar. Bu harcamaları bazen kamu gelirleriyle bazen de farklı gelir türleri ile finanse etme çabası içindedirler. Devletlerin harcama yaparken planlı ve programlı davranması, hangi harcama ihtiyacının, hangi kamu geliri ile karşılanacağının belirlenmesi ve kamu gelir ve giderleri arasındaki dengenin sağlanması bütçenin en net tanımı olarak karşımıza çıkmaktadır (Dülger, 2012: 3).

Sağlık hizmetlerinin, sürekli ve hızlı bir şekilde değişen yapısı içerisinde, sağlık hizmetlerinin sunulması ve planlanmasının önemi gün geçtikçe artmaktadır. Teknolojideki hızlı değişimler, sağlık hizmetleri maliyetlerinin ve ülkelerin genel bütçelerinden sağlığa ayırdığı ödeneklerin sürekli artış göstermesi, bilişim sektöründeki gelişmelerle birlikte kişilerin sağlık talepleri konusunda daha bilinçli davranması, sağlık politikalarının etkin ve gerçekçi temeller üzerine kurulması gerekli kılmıştır (Özkan ve Uydacı, 2015: 222).

Tablo 4: 2002-2018 Yılları Arasında Devlet Bütçesinden, Sağlık Bakanlığına Ayrılan Ödenekler (Bin TL)

Yıl	Başlangıç Ödenekleri	Bütçe Payı %	Yıl Sonu Ödenekleri	Bütçe Payı %	Harcama	Bütçe Payı %
2002	2.345.448	**2,39**	2.832.671	**2,35**	3.038.946	**2,63**
2003	3.570.054	**2,56**	3.864.711	**2,63**	3.674.262	**2,62**
2004	4.787.751	**3,04**	4.259.600	**2,72**	4.461.250	**3,16**
2005	5.462.975	**3,50**	5.290.386	**3,26**	6.769.154	**4,63**
2006	7.477.471	**4,29**	7.966.724	**4,29**	8.535.954	**4,79**
2007	6.581.455	**3,21**	9.937.426	**4,63**	10.390.278	**5,09**
2008	10.828.070	**4,87**	12.303.257	**5,14**	11.994.810	**5,28**
2009	12.454.024	**4,81**	13.215.203	**4,81**	14.594.385	**5,44**
2010	13.942.196	**4,86**	13.671.003	**4,54**	14.768.093	**5,02**
2011	17.241.263	**5,52**	17.907.032	**5,45**	17.231.337	**5,48**
2012	14.357.938	**4,09**	6.839.821	**1,85**	4.789.363	**1,32**
2013	2.490.208	**0,62**	4.776.570	**1,13**	4.248.541	**1,04**
2014	2.529.593	**0,58**	3.532.624	**0,76**	3.522.380	**0,78**
2015	2.762.657	**0,58**	4.853.494	**0,96**	4.873.436	**0,96**
2016	4.212.521	**0,74**	4.560.383	**0,76**	4.504.789	**0,77**
2017	5.831.124	**0,90**	13.037.530	**1,90**	12.717.057	**1,87**
2018	37.571.386	**4,93**	30.548.325	**3,74**	37.037.439	**4,46**
TOPLAM	154.446.134	**3,02**	159.396.760	**2,99**	167.151.474	**3.25**
ORT.	9.085.066	**3,02**	9.376.280	**2,99**	9.832.439	**3,25**

Kaynak: (Maliye Bakanlığı: Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, *Bütçe Büyüklükleri ve Bütçe Gerçekleşmeleri,* https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html, 07.05.2019 tarihinde erişildi).

Tablo 4'e göre, Türkiye'de bütçe; başlangıç ödenekleri, yıl sonu ödenekleri ve harcamalar şeklinde sınıflandırılmaktadır. Tüm sınıflandırılmalarda ödenekler birbirine yakın olmakla birlikte ufak değişimler meydana gelmiştir. 2011 yılı genel bütçeden sağlığa ayrılan payın en fazla olduğu yıl olarak dikkat çekmektedir. 2013 ve 2017 yıllarında genel bütçeden, sağlığa oldukça düşük pay ayrılmıştır. Ortalama olarak değerlendirildiğinde; başlangıç ve yıl sonu ödenekleri ile harcamalar arasında çok az bir fark bulunmaktadır. En yalın hali ile söylemek gerekirse; Türkiye'de 2002-2018 yılları arasında, yani son on yedi yılda, sağlıkta bütçeye ayrılan pay ortalamalarını, bin TL ve yüzde olarak değerlendirilecek olursak;*" Başlangıç Ödenekleri ve Yüzde Payı + Yıl Sonu Ödenekleri ve Yüzde Payı + Harcamalar ve Yüzde Payı"* toplamının ortalaması kadardır. Dolayısıyla bu rakam;" 9.085.066 ve %3,02 + 9.376.280 ve %2,99 + 9.832.439 ve %3,25= 9.431.261 bin TL ve %3.08'dir.

Son on yedi yılda, 9.431.261 Bin TL ve %3.08'lik bir ortalama bütçe payına sahip olan Sağlık Bakanlığında birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında çalışanların oluşturduğu sağlık personeli giderleri bu bütçe payında en önemli gider kalemini oluşturmaktadır (Çelik, 2011: 73).

3. BÖLÜM

3. TÜRKİYE'DE, 2002-2018 YILLARI ARASINDA, SAĞLIK ALANINDA YAPILAN ÖZELLEŞTİRMELERİN, SAĞLIK SEKTÖRÜNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, 2002 yılından bu yana hız kazanan sağlıkta özelleştirme çalışmalarının, sağlıkta; harcamaların düzeyi, muayene sayısı, müracaat sayısı, fatura tutarı, refah seviyesi, çalışan sayısı, cihaz görüntüleme sayısı ve maliyet ortalaması gibi alanlara etkisi, kamu-özel sektör-üniversite ayrımı göz önüne bulundurularak değerlendirilecektir.

3.1. 2002-2018'li Yıllarda Sağlık Politikaları

3 Kasım 2002 tarihinde yapılan seçimlerden sonra iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP), iktidara gelmesinden kısa bir süre sonra 16 Kasım 2002 tarihinde Acil Eylem Planını (AEP) açıklamıştır. Bu plan doğrultusunda "Herkese Sağlık" adı altında hedefler belirlemiştir. Belirlenen bu hedeflerin bazıları şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2008: 20);

- Sağlık Bakanlığı'nda fonksiyonel ve idari alanlarda, belli düzenlenmeler yaparak yeniden yapılandırılmak,
- Ülkedeki bütün vatandaşların, genel sağlık sigortasına dâhil edilmesini sağlanmak,
- Sağlık kuruluşlarını birleştirerek tek çatı altında toplanmak,
- Anne ve çocuk sağlığı alanında, daha fazla çalışmalar yaparak bu alana özel önem vermek,
- Aile hekimliği uygulamasına geçmek,
- Ülke genelinde koruyucu hekimliğin yaygınlaşmasını sağlamak,
- Ülkedeki hastaneleri, gerek idari gerekse mali açıdan özerkleşmelerini sağlamak,
- Ülkeye sağlık alanında yatırım yapacak olan özel sektörü, yatırım yapmaya teşvik eden özendirici çalışmalar yapmak,

- Tüm sağlık kuruluşlarındaki alt kademelere yetki devri olanağı sağlamak,
- Ülkede geri kalmış ve az gelişmiş bölgelere, gerekli olan sağlık personelini göndererek sağlık hizmetleri eksikliğinin bu bölgelerde giderilmesini sağlamak,
- E-Dönüşüm projesinin, sağlık alanında hayata geçirilmesini sağlamak en önemli hedefler olarak belirlenmiştir.

Belirlenen bu hedeflere 60. Hükümetin kurulmasıyla bazı yeni hedefler eklenmiştir. Bu hedefler şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2008: 21);

- Toplumun daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti almasıyla beraber geleceğe daha güvenle bakmasını sağlamak,
- Sağlık sektöründe gerekli olan iş birliğinin gerçekleşmesini sağlamak,
- Sağlık alanında yapılacak olan sınır ötesi hizmetlere, uluslararası bir boyut kazandırarak ülkenin küresel alandaki gücünü arttırmaktır.

2003 yılında Türkiye'de kamuoyuna duyurulan Sağlıkta Dönüşüm Projesi'yle beraber sağlık hizmetleri sektöründe, özellikle piyasaya dönük faaliyetler üzerine çalışmalar yapılmıştır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinde kamu-özel ortaklıkları, kamu hizmetlerinin özel sektörce sunulması (taşeronlaşma), sağlık kurumlarının idari ve mali yönden özerkleştirilerek işletme haline getirilmesi, sözleşmeli istihdam ve aile hekimliği gibi uygulamalar, özelleştirmeye yönelik düzenlemelerin, ana hatlarını oluşturmaktadır (Doğan, 2017: 11).

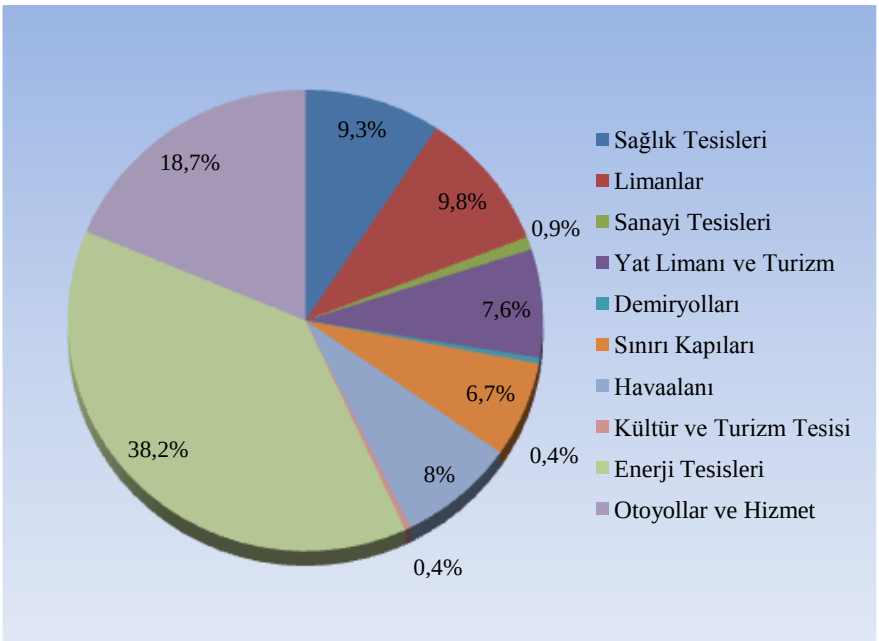
3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Kamu-Özel İşbirliği

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa 3.7.2005 tarihli ve 5396 sayılı Kanunla getirilmiş olan Ek 7. madde ile Türkiye'nin en kapsamlı Kamu özel iş birliği uygulamalarından biri olması hedeflenen, hastane ve sağlık kampüsleri alanında Yap-Kirala modeli düzenlenmiştir. Bu model, Birleşik Krallık' ta uygulanmakta olan, ödemenin kullanıcılılar tarafında değil de kamu tarafından yapıldığı PFI (private finance initiative) modelinin Türkiye'ye uyarlanmış halidir. 3996 sayılı "Yap-İşlet-Devret" (YİD) Kanunu da bu tür kamu ödemeli modellere

imkân tanıyor olsa da, Sağlık Bakanlığı kendi ihtiyaçları doğrultusunda, kendine özel bir düzenleme yapmayı daha olumlu bulmuştur. 22.7.2006 tarihli ve 26236 sayılı Resmi Gazete'de "Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" yayımlanmıştır. Yayımlanan bu yönetmeliğin içeriği; *"Kamuya ya da özel sektöre ait olan arsalar üzerinde finansmanın özel sektör tarafından karşılanarak gerekli olan sağlık tesislerinin yapılması, bu tesislerde temel sağlık hizmetlerinin dışında olan, yemek, soğutma-ısıtma, korunma, temizlik ve otopark gibi devlet hastanelerinde bile özel sektör tarafından yapılan hizmetlerin, tek çatı altında, tek elden belirlenen bir proje şirketi tarafından verilmesi, gerek görülen sağlık araç-gereçleri temin edilerek hastanelere yerleştirilmesi, bu araç-gereçlerin teknik bakım ve onarımlarının hizmetinin verilmesidir"* şeklindedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 31).

Sağlık sektöründeki, KÖO uygulamalarındaki projelerin, sağlık hizmetinin çekirdek alanını oluşturan tıbbi hizmetleri de kapsayıp kapsamayacağı son derece önemlidir. Bu durumun önemli olmasının sebebi ise, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki yeri, KÖO uygulamasına tıbbi hizmetin dâhil olup olmayacağına göre belirlenecek olmasıdır. KÖO uygulamalarında tıbbi hizmet, tıbbi destek hizmeti ve tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanlardan söz edilmektedir. İlgili yasa ve KÖO Yönetmeliği'nde tıbbi hizmet ve özel şirkete bırakılacak alanlar içinde kabul edilen tıbbi destek hizmetlerinin net bir şekilde tanımı bulunmamaktadır. Var olan bu belirsizlik nedeniyle, tıbbi hizmetlerin devredilebilmesi hususunda idareye önemli bir serbesti sağlanmaktadır. Tıbbi destek hizmetlerinin neler olduğu konusunda ise henüz bir görüş birliğine varılmış değildir. Bu konuda çoğunlukla başka ülke KÖO uygulamaları dikkate alındığında destek hizmetleri arasında tıbbi laboratuar ile tıbbi görüntülemeler sayılmaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalarda, birçok kurum tarafından tıbbi görüntülemeler ile laboratuar hizmetleri, destek hizmeti olarak değil de tıbbi hizmet olarak nitelendirilmesi bu hizmetlerin farklı bir kategoride değerlendirilmediği göstermektedir (Karasu, 2011: 226).

Türkiye'de yeni sağlık tesislerinin yapımında, kamu kaynaklarının kıt olması nedeniyle, KÖİ yöntemine verilen öncelik, üst düzey devlet görevlilerinin metinlerinde ve ilgili bürokrat ya da politikacılar tarafından çeşitli platformlarda söylenmektedir. Örneğin, Onuncu Kalkınma Planı, hastanelerin inşasında ve yenilenmesi aşamalarında KÖİ yönteminin etkin biçimde kullanılacağını ve bu sayede sağlıkta kamu harcamalarının payının azaltılacağı düşünülmektedir. SDP'yi hazırlayan ekibe, başkanlık eden dönemin Sağlık Bakanlığı müsteşarı, gerek duyulan hastane yataklarının önemli bir bölümünün, KÖİ hastanelerinde gerçekleştirileceğini açıklamaktadır. Türkiye'de kamu harcamalarını yetersiz seviyede olması KÖİ'nin en önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Ayrıca devlet, sağlığa ayıracağı bütçeyi azaltarak başka alanlarda kullanabilecek olması KÖİ'nin sağladığı bir kazanımlardan biridir (Emek, 2017: 149-150).



Şekil 6: 1986-2017 Yıllarında Uygulama Sözleşmesi İmzalanan KÖİ Projeleri ve Bu Projelerin Sektörel Olarak Yüzdesel Dağılımı
Kaynak: (T.C Kalkınma Bakanlığı: Yatırım Programlama, İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, *Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu,* 2018, s. 26).

Şekil 6'ya göre, KÖİ içinde en önemli paya enerji tesislerinin sahip olduğu görülmektedir. Enerji tesislerinin ardından limanlar ile otoyol ve hizmetler önemli bir paya sahiptir. Sağlık tesisleri için KÖİ projelerinin oranı ise % 9,3 ile dördüncü sırada yer almaktadır. Bu sıralama sağlık tesislerine KÖİ projeleri içinde önemli bir konumda olduğunu göstermektedir.

1986-2017 yıllarında yüzdesel dağılımı verilen sektörlerin her birinin proje adedi aşağıda tablo olarak gösterilmiştir. 1986-2017 yıllarındaki KÖİ proje adedi 225'tir (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 26).

Tablo 5: 1986-2017 Yılları Arasında, KÖİ ile Yapılan Sağlık Tesisleri Proje Sayısının, Diğer KÖİ Projelerinin İçindeki Sırası

Sıralama	Sektörler	Proje Sayıları
1.	Enerji Üretim Tesisleri	86
2.	Otoyollar ve Hizmet	42
3.	Limanlar	22
4.	**Sağlık Tesisleri**	**21**
5.	Havaalanları	18
6.	Yat Limanı ve Turizm	17
7.	Sınır Kapıları	15
8.	Sanayi Tesisleri	2
9.	Demiryolları	1
10.	Kültür ve Turizm Tesisleri	1
TOPLAM		**225**

Kaynak: (T.C Kalkınma Bakanlığı: Yatırım Programlama, İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, *Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu,* 2018, s. 26).

225 KÖİ projesi içinde sağlık tesisleri 21 proje ile 4. sıradadır. Sanayi tesisleri gibi bir alanda 2 proje, KÖİ ile gerçekleşirken bu sayının sağlık tesislerinde 21 olması sağlık sektöründe özelleştirme çalışmalarının hız kazandığını göstermektedir. Toplam KÖİ projesi içinde sağlık tesisleri %9,3'lük bir oranla çoğu sektörü geride bırakmıştır.

3.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Taşeronlaşma

Yazarlar ve araştırmacılar, alt işverenlik kavramını farklı şekilde tanımlamışlardır. Örneğin, S.Watanebe'ye göre, "*alt işveren sözleşmesi, sözleşmeyi teklif eden tarafın bir başka bir bağımsız işletmeden (taşeron ya da*

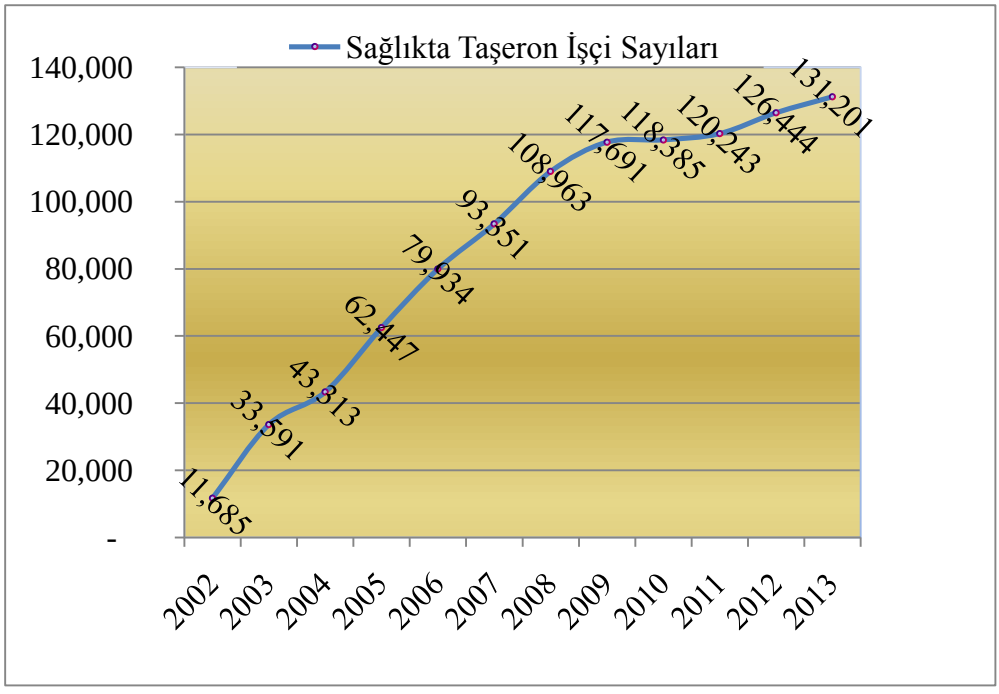
yardımcı sanayi) müşteriye karşı işin tüm sorumluluğunu kendisi taşımasına rağmen, aldığı işin tümünü veya bir bölümünü yaptırmasını istemesidir" (Ören vd., 2016: 161).

Türkiye Cumhuriyeti'nin gelişme aşamalarında oldukça fazla hizmeti olan Sümerbank, dönemin Başbakanı Turgut Özal tarafından "Devletin don fabrikası mı olurmuş!" demesinin ardından özel sermayeye satılmıştır. Daha sonra Türkiye'nin en kârlı sektörleri olan petrol, demir-çelik ve telekomünikasyon şirketleri de teker teker satılmıştır. Bu süreç sağlık sektörünün de özel sektöre teslim edilmesinin yolunu açmıştır. Bu dönemde, kamu kuruluşlarında hizmet kalitesinin de düşüş yaşanmış ve kamu hastaneleri bir nevi kaderine terk edilmiştir. Akabinde medya aracılığıyla, aynı zamanda siyasi söylemlerle yaygın ve etkin bir propaganda oluşturulmuş, bu kurumların özelleştirilmesinin önemli olduğu belirtilmiştir. Yaşadığımız dönemde ise bu süreç; bir taraftan Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesi ve sağlık hizmetleri sunumunun, devlet eli ile değil de piyasacı bir yöntemle sunulması için, yasal alt yapı çalışmalarının yapılması şeklindedir. Diğer taraftan da kamu kesimi yanında, özel sektörün de ağırlık kazanması, özel sektörün sağlık sektöründe etkin olması şeklinde yaşanmaktadır. Uluslararası sermaye sahipleri ve kapitalist devletler, özelleştirmeyi bir çeşit hâkimiyet aracı olarak kullanırken bu "piyasalaştırma" sistemiyle, Türkiye gibi borç yükü fazla olan ülkelere özelleştirmeyi, kamu ve özel ekonomileri için gerekli olan dış borcun sağlanmasının bir gerekliliği olduğu söylenerek zorlada olsa kabul ettirmektedirler (Sertlek, 2008: 309).

Kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasında ve ticarileştirilmesinde en etkili yöntem olarak devlet kendisinin yapmakta olduğu işleri "dışarıdan hizmet satın alma", yoluyla diğer bir deyişle de "taşeronlaştırma" yoluna gitmesiyle yaptırması son yıllarda oldukça dikkat çekmektedir. Taşeronlaştırma uygulaması da benzer şekilde özelleştirme uygulaması gibi "devletin don fabrikası olur muymuş" gibi söylemlerle benzer söylemlerle birlikte hız kazanmıştır. İlk olarak da mutfak ve temizlik hizmetlerinden, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumunu sonlandırmasıyla başlamıştır. Bu uygulama o dönemlerde "devletin asli görevi sağlık hizmeti vermektir, yemek pişirmeyle devletin ne alakası var" şeklinde

meşrulaştırılarak çalışanlar ve kamuoyu nezdinde kabul görür hale getirilmiştir. Fakat günümüzde geldiğimiz noktada, Sağlık Bakanlığı artık umursamaz bir şekilde "devletin görevi organizasyon ortamı sağlamaktır, sağlık hizmeti sunmak devletin asli görevi değildir" diyebilmektedir (Sertlek, 2008: 309).

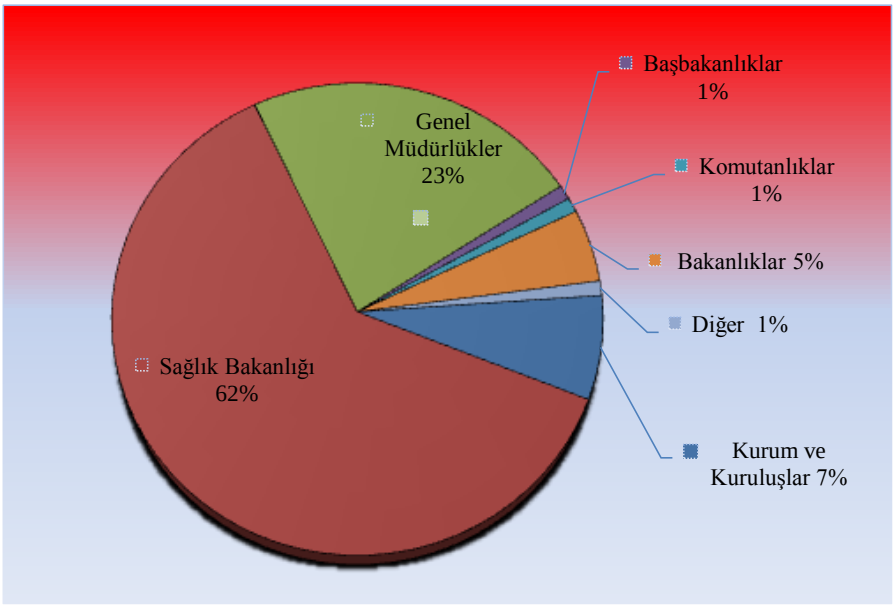
Kamu hastanelerinin büyük çoğunluğunda sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınan hizmetle sunulmasını engelleyen yargı kararları bulunmaktadır. Bu nedenle doğrudan sağlık hizmeti gören hemşireler, hasta bakıcıları, laboratuar ve sağlık teknisyenleri gibi sağlık çalışanları da temizlik ihalelerine dâhil edilmiştir. Bu durum daha çok sağlık personeli değil de temizlik personeli istihdam edilmiş izlenimi yaratmıştır. Bu şekilde de hastaların taşınması ve bakımı, hastaların pansumanlarının yapılması, acil servislerde yardımcı personel ihtiyacı, gerekli olan tıbbi araç-gereç ve materyallerin nakliyesi gibi birbirine benzer işlerin tamamı "geçici işçi", ya da diğer adıyla "taşeron işçisi" olarak bilinen çalışanlar tarafından yapılmaya başlanmıştır (Sertlek, 2008: 310).



Şekil 7: Sağlık Sektöründe, 2002-2013 Yılları Arasındaki Taşeron İşçi Sayıları
Kaynak: (TBMM, 2013: S7/20489).

Şekil 7'ye göre 2002 yılından 2013 yılına kadar sağlık sektöründe taşeron işçi sayısının sürekli arttığı görülmektedir. Özellikle 2002 ve 2009 yılların da her

yıl 10.000'nin üzerinde sağlık işçisinin sağlık sektöründe taşeron olarak istihdam edildiği anlaşılmaktadır. En fazla taşeron işçi alımı 21.906 rakamıyla 2002-2003 yılları arasında olmuştur. En az taşeron işçi alımı 694 işçi rakamıyla 2009-2010 yılları arasında olmuştur. 2002-2013 yılları arasında sağlık sektöründe sürekli bir şekilde taşeron işçi istihdam edilmiş ve hiçbir yıl bu rakamda bir azalma olmamış, sürekli artmıştır. Bu artışın en önemi sebeplerinden biri de yasal düzenlemelerdir. 2003 tarihli ve 4857 sayılı ve günümüzde de yürürlükte bulunmakta olan iş kanununun 2. maddesinde "asıl işveren alt işveren ilişkisi" düzenlenmiştir. Fakat bu maddede net bir biçimde "alt işveren" tanımına yer verilmemiş olmasına rağmen "alt işveren" kavramı tüm unsurlarıyla ortaya konulmuştur. Aynı zamanda 4857 sayılı İş kanunundaki taşeron uygulamasını 1475 sayılı eski iş kanununa kıyasla sınırlandırmış ve belirli şartlara bağlamıştır (Çolak, 2017: 1006).



Şekil 8: Kamu Sektöründeki Kurum ve Kuruluşlarda, Taşeronlaşmanın Yüzdesel Dağılımı
Kaynak: (TBMM, 2009: S7/6931).

Şekil 8'e göre kamusal alanda taşeronlaşmanın Sağlık Bakanlıkların da %62 ile oldukça fazla olduğu görülmektedir. Sağlık sektörünü ise genel müdürlüklerde çalışan taşeron işçiler takip etmektedir. Adalet Bakanlığı, Çevre ve

Şehircilik Bakanlığı ve diğer bakanlıkların taşeron işçi sayısı Sağlık Bakanlığına göre oldukça düşük düzeydedir. Komutanlıklar, başbakanlık kuruluşları ve diğer kuruluşlar %1 taşeron işçiyi en az talep eden yerlerdir.

23 Haziran 2009 yılındaki TBMM'ye sunulan yazılı soru önergesine göre (TBMM, 2009: S7/6931);

- Sağlık Bakanlığında 108.242 taşeron personel,
- Kurum ve kuruluşlarda 12.439 taşeron personel,
- Genel müdürlüklerde 41.457 taşeron personel,
- Diğer bakanlıklarda 8.470 taşeron personel,
- Başbakanlık Kuruluşlarında 1.206 taşeron personel,
- Komutanlıklarda 2016 taşeron personel,
- Diğer kamu kurum ve kuruluşlarında da 1.027 taşeron personel olmak üzere toplam 174.857 taşeron personel çalışmaktadır.

3.1.3. Sağlık Kurumlarında İdari Ve Mali Alanda Özerkleştirme

Dünyada küreselleşmenin hız kazanmasıyla, merkezi idarelerin sağlık hizmeti vermesi, özellikle de hastane hizmetlerini sunmasındaki görev ve yetkileri tekrar ele alınmıştır. Bu konu, Türkiye'de uzun yıllar tartışılmış, ilgili kuruluşların hazırladığı raporlar ve kalkınma planları ile gündeme getirilmiştir. Bu raporlar doğrultusunda bu alanda değişimin gerçekleşmesi ve yeniden yapılanmanın olması gerektiği kanısına varılmıştır. Hastanelerde idari ve mali alanda özerkleştirme çalışmalarına 07.05.1987 tarihli 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile başlanmıştır. Bu kanunla hedeflenen hastanelerin birer sağlık işletmesine dönüşmesinin sağlanmasıdır. Fakat Anayasa Mahkemesinin 19.04.1988 tarihli E.1987/16 ve K.1988/8 sayılı kararları neticesinde bazı hükümler iptal edilmiştir. İptal edilen bu hükümler kanunda önemli boşluklara sebep olmuş ve sağlık işletmesi modeli uygulamaya konulamamıştır. 2007-2013 yılları kapsayan dokuzuncu kalkınma planında da hastanelerin idari ve mali yönden özerk olması gerektiğine değinilmiştir (TBMM, 2007: 1/439).

2003 yılında ana hatları ortaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Programının çoğu bileşeni kısa zamanda gerçekleşmiştir. Kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özerkleştirilmesine ise diğer bileşenlerden sonra, 2 Kasım 2011 Tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile gerçekleştirilebilmiştir (Ready vd., 2015: 34). Aynı zamanda, kamu hastaneleri için düşünülen idari ve mali özerkliğe dayalı bir sistem olarak gündeme getirilen hastane birlikleri tasarısının da, özellikle 3. ve 6. maddeleri incelendiğinde kamu hastaneleri alanında özelleştirmeyi hedeflediği net bir şekilde anlaşılmaktadır. Hastane Birliği Tasarında Yönetim Kurulu'nun görevlerini belirten 3. Maddesinin (d) fıkrasına göre; Yönetim Kurulu'na "*birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlettirmek"* yetkisinin tanındığı görülmektedir. 3. maddenin (ğ) fıkrasında ise; Yönetim Kurulu'na, *"ihtiyaç duyulması halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınmasına karar vermek"* yetkisinin verildiği anlaşılmaktadır. Yönetim Kurulu'nun yetkilerinin belirtildiği bu hükümlerle birlikte, birliğin gelir ve giderlerinin neler olduğu 6. maddede belirtilmiştir. 6. maddenin 2. fıkrasına göre;*"tapuda birlik adına kayıtlı olan taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satışı, kiralanması, işletilmesi veya işlettirilmesinden elde edecekleri gelirler ile Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiralanması işletilmesi veya işlettirilmesinden elde edilecek gelirler*" birliğin gelirleri arasında sayılmış olduğu görülmektedir. İlgili maddenin 3. fıkrasında da, birliğin giderleri arasında, *"mevzuatı uyarınca yapılacak hizmet alımına ilişkin giderler" ve "laboratuar ve görüntüleme hizmet alımına ilişkin giderler"* de belirtilmiştir (Ataay, 2007: 10-11).

3.1.3.1. Yerel Düzeyde Sağlık Hizmetlerinde Bütçe Giderleri

Türkiye'de belli dönemlerde sağlıkçılar, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından yerine getirilmesine şüphe ile yaklaşmışlardır. Sadece çöp

toplama işlemleri, kanalizasyon ve su şebekelerinin bakımı gibi konuların yerel yönetime devredilmesi gerektiğini savunmuşlarıdır. Sağlık çalışanları, özellikle "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile gerekli hizmetlerin merkezi otorite tarafından yapılmasını ve bu hizmetlerin bütçeden kaynak tahsis edilmesi suretiyle finanse edilmesini belirtmişlerdir. Merkezi otoritede de bu noktada sağlık çalışanlarından yana tavır sergilemiştir. Merkezi yönetimin bu tavrının nedenini anlamak zor değildir, çünkü merkezi otorite ülkede toplanan kaynakların çok büyük bir kısmını kendi önceliklerini belirleyerek şekillendirmektedir. Bu öncelikler aşağıda sıralanmıştır (Kuşçu, 1993: 44);

- Sağlık politikalarının belirlenmesi ve oluşturulması,
- Küçük ölçekli olsa dahi kamu önceliği gözetilerek kararların alınması,
- Sağlık kurumunun yapılmasına karar verilmesi,
- Sağlık personellerinin atama işlemlerinin yapılması,
- Yerel sağlık ihtiyaçlarının belirlenip gereksinimler doğrultusunda kararların alınmasına kadar olan bu yetkileri merkezi otorite, yerel yönetimler ya da başka kuruluşlarla paylaşma taraftarı değildir. Bu durum siyasi bir rant oluşumuna sebep olarak sağlıksız ve verimsiz bir sağlık hizmeti sunulmasına neden olmaktadır.

Yerel yönetim düzeyinde olan sağlık harcamalarına ait verilerin yeterli ve sağlıklı olmaması sağlık hizmetleri sunumunda gereksinimlerin doğru karşılanamamasına neden olmaktadır. Sağlık harcaması yapan kuruluşlar olan SGK, Maliye Bakanlığı ve Yerel Yönetimlerden sağlıklı verilerin elde edilmesi, gerek özel sektörde gerekse kamu alanında, yatırım ve bütçe çalışmaları sürecinde, daha sağlıklı ekonomik modeller üretmesine olanak sağlayacaktır (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 96).

Tablo 6: 2017 Yılında Sağlık Hizmetlerinin, Ekonomik ve Fonksiyonel Sınıflandırma Düzeyinde Bütçe Giderleri (Bin TL)

A.) BELEDİYELER								
Personel Giderleri	SGK Devri Prim Giderleri	Mal ve Hizmet Alım Giderleri	Faiz Giderleri	Cari Transferler	Sermaye Giderleri	Sermaye Transferleri	Borç Verme	**TOPLAM**
252.316	**41.095**	**860.329**	**-**	**28.592**	**54.840**	**8**	**-**	**1.237.180**
B.) İL ÖZEL İDARELERİ								
Personel Giderleri	SGK Devri Prim Giderleri	Mal ve Hizmet Alım Giderleri	Faiz Giderleri	Cari Transferler	Sermaye Giderleri	Sermaye Transferleri	Borç Verme	**TOPLAM**
-	**-**	**6.986**	**-**	**-**	**171.443**	**200**		**178.629**
C.) MAHALLİ İDARE BİRLİKLERİ								
Personel Giderleri	SGK Devri Prim Giderleri	Mal ve Hizmet Alım Giderleri	Faiz Giderleri	Cari Transferler	Sermaye Giderleri	Sermaye Transferleri	Borç Verme	**TOPLAM**
323	**35**	**3.822**	**-**	**5**	**-**	**-**	**-**	**4.185**
D.) YATIRIM İZLEME KOORDİNASYON BAŞKANLIKLARI								
Personel Giderleri	SGK Devri Prim Giderleri	Mal ve Hizmet Alım Giderleri	Faiz Giderleri	Cari Transferler	Sermaye Giderleri	Sermaye Transferleri	Borç Verme	**TOPLAM**
-	**-**	**-**	**-**	**-**	**25.986**	**-**	**-**	**25.986**
E.) BELEDİYELERE BAĞLI İDARELER								
Personel Giderleri	SGK Devri Prim Giderleri	Mal ve Hizmet Alım Giderleri	Faiz Giderleri	Cari Transferler	Sermaye Giderleri	Sermaye Transferleri	Borç Verme	**TOPLAM**
828	**224**	**367**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**1.419**
F.) MAHALLİ İDARELER (A+B+C+D+E=F)								
Personel Giderleri	SGK Devri Prim Giderleri	Mal ve Hizmet Alım Giderleri	Faiz Giderleri	Cari Transferler	Sermaye Giderleri	Sermaye Transferleri	Borç Verme	**TOPLAM**
253.467	**41.354**	**871.504**	**-**	**28.597**	**252.269**	**208**	**-**	**1.447.399**

Kaynak: (Hazine ve Maliye Bakanlığı: Muhasebat Genel Müdürlüğü, *Genel Yönetim Mali İstatistikleri,* https://muhasebat.hmb.gov.tr/genel-yonetim-butce-istatistikleri/genel-yonetim-butce-istatistikleri-yeni, 22.11.2018 tarihinde erişildi).

A.) Tablo 6'ya göre, 2017 yılında ***''belediyelerde''*** sağlık hizmeti alanında, mal ve hizmet alım giderlerinin oldukça fazla olduğu görülmektedir. 2017 yılında bu rakam belediyelerde 860.329 bin-TL olmuştur. Bu rakam belediyelerde sağlık hizmetlerinin giderlerinin %69,53'lük kısmını oluşturmaktadır.

B.) Tablo 6'ya göre, 2017 yılında ***''il özel idarelerinde''*** sağlık hizmeti alanında, sermaye giderlerinin oldukça fazla olduğu görülmektedir. 2017 yılında bu rakam il özel idarelerinde 171.443 bin-TL olmuştur. Bu rakam il özel idarelerinde sağlık hizmetlerinin giderlerinin %95,97'lik kısmını oluşturmaktadır.

C.) Tablo 6'ya göre, 2017 yılında ***''mahalli idare birliklerinin''*** sağlık hizmeti alanında, mal ve hizmet alım giderlerinin oldukça fazla olduğu görülmektedir. 2017 yılında bu rakam mahalli idare birliklerinde 3.822 bin-TL olmuştur. Bu rakam mahalli idarelerde sağlık hizmetlerinin giderlerinin %91,32'lik kısmını oluşturmaktadır.

D.) Tablo 6'ya göre, 2017 yılında ***''yatırım izleme koordinasyon başkanlıklarında''*** sağlık hizmetleri alanında, sermaye giderlerinin oldukça fazla olduğu görülmektedir. 2017 yılında bu rakam yatırım izleme koordinasyon başkanlıklarında 25.986 bin-TL olmuştur. Bu rakam yatırım izleme koordinasyon başkanlıklarında sağlık hizmetleri giderlerinin tamamın sermaye giderlerinden oluştuğu anlamına gelmektedir.

E.) Tablo 6'ya göre, 2017 yılında ***''belediyelere bağlı idarelerde''*** sağlık hizmetleri alanında, personel giderlerinin oldukça fazla olduğu görülmektedir. 2017 yılında bu rakam belediyelere bağlı birliklerde 828 bin-TL olmuştur. Bu rakam belediyelere bağlı idarelerde sağlık hizmetleri giderlerinin %58,35'inin personel giderlerinden oluştuğu anlamına gelmektedir

F.) Tablo 6'ya göre, 2017 yılında ***''mahalli idarelerin''*** sağlık hizmeti alanında, mal ve hizmet alım giderlerinin oldukça fazla olduğu görülmektedir. 2017 yılında bu rakam mahalli idarelerde 871.504 bin-TL olmuştur. Bu rakam mahalli idarelerde sağlık hizmetlerinin giderlerinin %60,21'lik kısmını oluşturmaktadır.

3.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği

Aile hekimliği; özellikle son yıllarda yapılan düzenlemelerle yasal hale getirilmeye çalışılan, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) ile beraber uygulamaya konulması düşünülen ve 1. basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocakları modeli yerine getirilmek istenen model olarak tanımlanabilir. Sağlık sisteminde verilen hizmetlerin vergilerle finanse edilmesi yerine, sigorta sistemi ve cepten ödemelerin daha etkin kılınarak var olan sağlık sisteminin, ticari kâr doğrultusunda hizmet veren bir işletmeye dönüştürülmesi hedeflenmektedir (Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası, 2008: 3). Ticarileşme ve Aile hekimliği uygulamasını, Genel Sağlık Sigortası (GSS) üzerinden açıklamak gerekirse (Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası, 2008: 4);

- Kişinin sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanması için düzenli bir şekilde prim ödemesinin gerekmesi,
- Kişinin ödemesi gereken primlerle birlikte yapılan sağlık işlemeleri için, belli bir oranda katkı payını da ödemek zorunda olması,
- Kişi yukarıdaki şartları yerine getirmiş olsa bile, paket olarak belirlenen sağlık hizmetleri dışında, başka bir sağlık hizmetinden faydalanmak istemesi durumunda, cepten ödeme yapması ya da özel sağlık sigortasının olmasının gerekmesidir

3.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Sözleşmeli İstihdamı

Türkiye'de özellikle 2003 yılından sonra uygulanmaya başlanılan sağlıkta dönüşüm programı (SDP) ile birçok alanda olduğu gibi sağlık personelleri ile ilgili alanda da bazı düzenlemeler getirileceği belirtilmiştir. Sağlık personelleri ile ilgili olan bu düzenlemeleri şu şekilde sıralayabiliriz (Sağlık Bakanlığı, 2007: 17);

- Sağlık personeli sayısının yetersiz olduğu, kalkınmakta olan bölgelerdeki sağlık personeli açığının giderilmesi,
- Ülkede bulunan bütün sağlık personellerinin, eğitimi seviyelerini yükseltmek, bilgi ve beceri yönünden daha fazla gelişmelerini sağlamak ve güler yüzlü hizmet sunmaya teşvik etmek,

- SDP ile birilikte Sağlık Bakanlığı denetleyici ve planlayıcı bir şekilde hizmet vererek idari ve mali özerliğe sahip sağlık işletmelerinin kurulmasına hukuki yönden olanak sağlamaktadır. Bu durum sözleşmeli istihdam koşullarında da dönüşüm olacağı anlamına gelmektedir.

Yukarıdaki maddelere paralel olarak sağlık hizmetlerinde örgütlenme değişimini yansıtmakta olan ve aynı zamanda özelleştirmenin bir modeli olan "aile hekimliği" ve "kamu hastane birlikleri" modellerinde de sağlıkta personel temini "sözleşmelilik" esasına göre yapılmaktadır. Bu durumla birlikte sağlık hizmetinin özel hukuk sözleşmeleri ve üçüncü kişilere yaptırılmasının yolunu açan "taşeron personel çalıştırma" sözleşmeli personel çalıştırmanın ana unsurunu oluşturmaktadır. Aynı zamanda özel hastane işletmeciliğinin yaygınlaştırılması beraberinde ucuz iş gücü ihtiyacının teminine yönelik "yabancı sağlık personeli" istihdam etmeye de olanak sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığında uygulanmakta olan diğer bir istihdam çeşidi de vekil ebe ve hemşirelerin istihdam edilmesine olanak sağlayan uygulamalardır (Sayan ve Küçük, 2012: 173).

3.2. Sağlıkta Özelleştirmelerin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Kamu sağlık harcamaları; sağlık hizmetlerinin finansmanı amacıyla sosyal güvenlik kurumları, merkezi yönetim kurumları, yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının yapmış olduğu sağlık harcamalarının toplamı olarak tanımlanmaktadır. Özel sektör sağlık harcamaları da hane halkları, özel sağlık sigortaları ve sosyal güvenlik sandıkları, hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamına alınmış kuruluşlar ile diğer işletmelerin yapmış olduğu sağlık harcamalarını kapmaktadır (Atasever, 2014: 16-17).

Tablo 7: 2002-2017 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Harcamalarının Sektörel Dağılımı (Milyon TL)

Harcama Türleri	**Kamu Sağlık Harcamaları**					**Özel Sektör Sağlık Harcamaları**		
2002 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**18.774**	**13.270**	**5.283**	**356**	**7.631**	**5.504**	**3.725**	**1.779**
Cari Sağlık Harcaması	18.331	12.287	5.086	253	7.448	5.504	3.725	1.779
Yatırım	443	443	197	103	143	-	-	-
2003 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**24.279**	**17.462**	**6.317**	**482**	**10.662**	**6.817**	**4.482**	**2.335**
Cari Sağlık Harcaması	23.676	16.859	6.016	380	10.462	6.817	4.482	2.335
Yatırım	603	603	301	102	200	-	-	-
2004 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**30.021**	**21.389**	**7.659**	**500**	**13.231**	**8.632**	**5.775**	**2.856**
Cari Sağlık Harcaması	28.616	20.519	7.092	412	13.015	8.098	5.775	2.322
Yatırım	1.405	871	567	88	216	534	-	534
2005 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**35.359**	**23.987**	**9.520**	**467**	**14.000**	**11.372**	**8.049**	**3.323**
Cari Sağlık Harcaması	33.292	22.554	8.776	327	13.452	10.738	8.049	2.689
Yatırım	2.067	1.433	744	140	549	634	-	634
2006 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**44.069**	**30.116**	**11.776**	**683**	**17.667**	**13.953**	**9.684**	**4.269**
Cari Sağlık Harcaması	40.949	28.194	10.754	385	17.056	12.755	9.684	3.071
Yatırım	3.120	1.922	1.012	299	611	1.198	-	1.198
2007 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**50.904**	**34.530**	**13.966**	**867**	**19.697**	**16.374**	**11.105**	**5.269**
Cari Sağlık Harcaması	46.495	31.981	12.807	375	18.799	14.514	11.105	3.409

Yatırım	4.409	2.549	1.158	493	898	1.860	-	1.860
2008 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**57.740**	**42.159**	**15.948**	**865**	**25.346**	**15.580**	**10.036**	**5.545**
Cari Sağlık Harcaması	52.320	38.033	13.563	422	24.048	14.286	10.036	4.251
Yatırım	5.420	4.126	2.386	443	1.298	1.294	-	1.294
2009 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**57.911**	**46.890**	**17.946**	**667**	**28.277**	**11.021**	**8.142**	**2.879**
Cari Sağlık Harcaması	55.294	44.511	16.659	479	27.373	10.783	8.022	2.761
Yatırım	2.616	2.379	1.287	188	904	237	120	118
2010 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**61.677**	**48.481**	**17.209**	**577**	**30.695**	**13.196**	**10.062**	**3.134**
Cari Sağlık Harcaması	58.623	45.726	15.307	477	29.941	12.897	9.891	3.007
Yatırım	3.054	2.756	1.902	100	754	299	172	127
2011 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**68.608**	**54.580**	**19.086**	**557**	**34.937**	**14.028**	**10.590**	**3.438**
Cari Sağlık Harcaması	65.372	51.728	17.230	445	34.052	13.644	10.391	3.253
Yatırım	3.236	2.852	1.856	112	885	384	199	185
2012 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**74.189**	**58.785**	**16.493**	**662**	**41.630**	**15.404**	**11.750**	**3.654**
Cari Sağlık Harcaması	70.288	55.648	14.465	531	40.652	14.640	11.198	3.442
Yatırım	3.901	3.137	2.028	131	978	764	552	212
2013 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**84.390**	**66.228**	**18.425**	**810**	**46.993**	**18.162**	**14.156**	**4.006**
Cari Sağlık Harcaması	79.702	62.447	15.682	638	46.127	17.255	13.491	3.764
Yatırım	4.688	3.781	2.743	172	866	907	665	242

2014 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**94.750**	**73.382**	**21.282**	**744**	**51.356**	**21.368**	**16.819**	**4.549**
Cari Sağlık Harcaması	88.878	68.974	18.213	704	50.058	19.904	15.754	4.150
Yatırım	5.871	4.407	3.069	40	1.298	1.464	1.065	398
2015 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**104.567**	**82.121**	**25.286**	**927**	**55.908**	**22.446**	**17.315**	**5.131**
Cari Sağlık Harcaması	96.786	75.622	20.265	893	54.464	21.163	16.404	4.760
Yatırım	7.782	6.499	5.021	34	1.444	1.283	912	371
2016 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**119.756**	**94.012**	**28.731**	**1.118**	**64.163**	**25.744**	**19.562**	**6.182**
Cari Sağlık Harcaması	112.540	88.279	24.290	1.064	62.925	24.261	18.531	5.730
Yatırım	7.216	5.733	4.441	54	1.238	1.483	1.031	452
2017 Yılı	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer
Toplam Sağlık Harcaması	**140.648**	**109.744**	**35.316**	**1.303**	**73.125**	**30.904**	**24.004**	**6.900**
Cari Sağlık Harcaması	130.981	101.786	27.694	1.216	72.876	29.195	22.770	6.425
Yatırım	9.666	7.958	7.623	86	249	1.709	1.234	475

Kaynak: (Türkiye İstatistik Kurumu, *İstatistiksel Tablolar: Sağlık Harcamaları,* http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, 07.01.2019 tarihinde erişildi).

Tablo 7'e göre, Türkiye'de 2002 yılından bu yana sağlık harcamaları, kamu alanında sürekli artış göstermiştir. 2002 yılında 13.270 milyon TL olan kamu sağlık harcamaları, 2017 yılına gelindiğinde 109.744 milyon TL'ye ulaşmıştır. Bu rakamlar doğrultusunda 96.474 milyon TL'lik gibi önemli bir artış yaşanmıştır. Bu artışın devamlı ve sürekli olmasının bazı nedenleri vardır. Ecevit ve Çetin (2010: 177)'ye göre, beşeri sermaye ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiye yönelik ampirik bulgular, eğitim ve sağlık sektöründeki gelişmelerin teknolojik yenilikler, verimlilik ve üretim artışıyla paralel olarak ekonomik büyümeyi etkilediği sonucuna varmışlardır. Dolayısıyla, ekonomik büyümenin

olduğu bir ülkede bireyler daha kaliteli ve daha iyi sağlık hizmetine yönelik taleplerini arttırarak kamu sağlık harcamalarındaki artışın en önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadırlar. Özel sektördeki sağlık harcamaları ise 2002 yılında 5.504 milyon TL'den 2017 yılına gelindiğinde 30.904 milyon TL'ye çıkarak 25.400 milyon TL'lik bir artış gerçekleşmiştir. Genel olarak tablo 7 incelendiğinde, özel sektördeki toplam sağlık harcamalarının düzenli bir şekilde artmadığı, 2008 ve 2009 yıllarında bir önceki yıla göre özel sektördeki sağlık harcamalarının azaldığı görülmektedir. Bunun en önemli nedeni ise, sosyal ve ekonomik açıdan ülkelerde yaşanmakta olan ekonomik krizlerin doğrudan ve dolaylı bir şekilde sağlık sektörünü de etkiliyor olmasıdır. Ekonomik krizler beslenme, barınma ve temizlik gibi sağlığın en önemli faktörlerini, kısıtlayarak sağlığı dolaylı bir biçimde etkilerken, sağlığa ayrılan harcamaların ya da yatırımların azalmasına sebep olarak doğrudan da etkileyebilmektedir. 2008 ve 2009 yılında sağlık harcamalarındaki azalaşın en önemli sebebi, 2008 küresel ekonomik krizdir (Memişoğlu ve Durgun, 2011: 82). Yaşanan bu ekonomik kriz sağlık alanında olumsuz sonuçlar meydana getirmiştir. Cutler vd., (2000: 2), Meksika'da yapmış oldukları bir çalışmada, 1995–96 krizinde, kriz yıllarındaki ölüm oranlarının, kriz öncesindeki yıllara göre yaklaşık %5 ile %7 daha yüksek olduğu saptanmışlardır. Bu doğrultuda yaşlılar için ölüm oranının %0,4, gençler içinse %0,06 artmış olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca ekonomik krizlerin gelirleri azaltarak sağlık sektörüne daha büyük bir yük getireceği çalışmada ortaya konmuştur.

Tablo 8: 2002-2017 Yıllarında, Sağlık Harcamaları İçinde, Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması	Kamu Sağlık Harcaması	%	Özel Sektör Sağlık Harcaması	%
2002	**18.774**	13.270	**70,795**	5.504	**29,364**
2003	**24.279**	17.462	**71,922**	6.817	**28,077**
2004	**30.021**	21.389	**71,246**	8.632	**28,753**
2005	**35.359**	23.987	**67,838**	11.372	**32,161**
2006	**44.069**	30.116	**68,338**	13.953	**31,661**
2007	**50.904**	34.530	**67,833**	16.374	**32,166**
2008	**57.740**	42.159	**73,016**	15.581	**26,983**
2009	**58.001**	46.980	**80,998**	11.021	**19,001**

2010	**61.678**	48.482	**78,605**	13.196	**21,394**
2011	**68.608**	54.580	**79,553**	14.028	**20,446**
2012	**74.189**	58.785	**79,236**	15.404	**20,897**
2013	**84.390**	66.228	**78,478**	18.162	**21,521**
2014	**94.750**	73.382	**77,448**	21.368	**22,551**
2015	**104.567**	82.121	**78,534**	22.446	**21,465**
2016	**119.756**	94.012	**78,502**	25.744	**21,497**
2017	**140.648**	109.744	**78,027**	30.904	**21,972**
TOPLAM	**1.067.333**	**817.227**	**76,5**	**250.506**	**23,5**
ORT.	**66.708**	**51.076**	**76,5**	**15.656**	**23,5**

Kaynak: (Türkiye İstatistik Kurumu, *İstatistiksel Tablolar: Sağlık Harcamaları,* http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, 07.01.2019 tarihinde erişildi).

Tablo 8'e göre, Türkiye'de 2002 yılından 2017 yılına kadar ki süreçte, (2008 ekonomik krizinin etkin olduğu 2008-2009 yılları hariç) sağlık harcamaları, gerek özel sektörde gerekse kamusal alanda sürekli artmıştır. Kamusal alandaki artış, özel sektöre göre oldukça fazladır. Kamusal alanda ortalama sağlık harcaması 51.076 milyon TL ve %75,023'lük bir oranla toplam sağlık harcamaları içinde en büyük paya sahiptir. Ayrıca tablo 8'e göre 2008 ekonomik krizinde devletin sağlık harcamalarında kısıtlamaya gitmediği görülmektedir. Özel sektör sağlık harcamaları 15,656 milyon TL ve %24,994 oranla toplam sağlık harcamaları içinde düşük bir paya sahiptir. Ayrıca yaşanan ekonomik krizlerden, kamusal alana göre daha fazla etkilendiği ve sağlık harcamalarında kısıtlamaya gittiği görülmektedir.

Tablo 9: 2002-2017 Yıllarında, Genel Sağlık Harcamaları İçinde, Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının, Türüne Göre Dağılımı (Milyon TL)

Yıllar	Genel Toplam	Merkezi Devlet	%	Yerel Devlet	%	Sosyal Güvenlik	%	Hane halkları	%	Diğer	%
2002	**18.774**	5.283	**28**	356	**1,8**	7.631	**40,6**	3.725	**19,8**	1.779	**9,4**
2003	**24.279**	6.317	**26**	482	**1,9**	10.662	**43,9**	4.482	**18,4**	2.335	**9,6**
2004	**30.021**	7.659	**25,5**	500	**1,6**	13.231	**44**	5.775	**19,2**	2.856	**9,5**
2005	**35.359**	9.520	**26,9**	467	**1,3**	14.000	**39,5**	8.049	**22,7**	3.323	**9,3**
2006	**44.069**	11.776	**26,7**	686	**1,5**	17.667	**40**	9.684	**21,9**	4.269	**9,6**
2007	**50.904**	13.966	**27,4**	867	**1,7**	19.697	**38,6**	11.105	**21,8**	5.269	**10,3**
2008	**57.740**	15.948	**27,6**	865	**1,4**	25.346	**43,8**	10.036	**17,3**	5.545	**9,6**
2009	**57.911**	17.946	**30,9**	667	**1,1**	28.277	**48,8**	8.142	**14**	2.879	**4,9**
2010	**61.677**	17.209	**27,9**	577	**0,9**	30.695	**49,7**	10.062	**16,3**	3.134	**5**
2011	**68.608**	19.086	**27,8**	557	**0,8**	34.937	**50,9**	10.590	**15,4**	3.438	**5**
2012	**74.189**	16.493	**22,2**	662	**0,8**	41.630	**56,1**	11.750	**15,8**	3.654	**4,9**
2013	**84.390**	18.425	**21,8**	810	**0,9**	46.993	**55,6**	14.156	**16,7**	4.006	**4,7**

2014	**94.750**	21.282	**22,4**	744	**0,7**	51.356	**54,2**	16.819	**17,7**	4.549	**4,8**
2015	**104.567**	25.286	**24,1**	927	**0,8**	55.908	**53,4**	17.315	**16,5**	5.131	**4,9**
2016	**119.756**	28.731	**23,9**	1.118	**0,9**	64.163	**53,5**	19.562	**16,3**	6.182	**5,1**
2017	**140.648**	35.316	**25,1**	1.303	**0,9**	73.125	**51,9**	24.004	**17**	6.900	**4,9**
TOPLAM	**1.067.642**	**270.243**	**25,3**	**11.588**	**1**	**535.318**	**50,1**	**185.256**	**17,3**	**65.249**	**6,1**
ORT.	**66,727**	**16.890**	**25,8**	**724.25**	**1,1**	**33.457**	**47,7**	**11.578**	**17,9**	**4.078**	**6,9**

Kaynak: (Türkiye İstatistik Kurumu, *İstatistiksel Tablolar: Sağlık Harcamaları,* http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, 10.01.2019 tarihinde erişildi).

Tablo 9'a göre toplam sağlık harcamaları içinde en önemli paya sahip olan harcamalar, kamu sağlık harcamalarının bir türü olan sosyal güvenlik harcamalarıdır. Sosyal güvelik sağlık harcamaları 2002-2017 yılları arasında 33,457 milyon TL'lik bir harcama ve %47,7'lik yüzdesel dağılım ortalamasıyla ilk sırada gelmektedir. Tablo 9'a göre devletin çoğunlukla sosyal güvenlik harcamaları alanında etkin olduğunu söylemek doğru olacaktır. Atasever (2014)'e göre sosyal güvenlik harcamalarındaki bu yüksekliğin nedeni şunlardır;

- Sağlık finansmanındaki yapısal problemlerin ortadan kalkması,
- Emekli sandığı, SSK ve BAĞ-KUR'un SGK çatısı altında toplanması,
- Yeşil kart harcamalarının SGK'ya devredilmiş olmasıdır.

Tablo 9'a göre toplam sağlık harcamaları içinde, özel sektör sağlık harcamaları alanında en fazla payın hane halkları ait olduğu gözükmektedir. Hane halklarının yapmış oldukları sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaları içinde merkezi devlet sağlık harcamalarından sonra 11,578 milyon TL'lik harcama ve %17,9'luk yüzdesel dağılım ortalamasıyla 3. sırada gelmektedir. 2002 yılında 3.725 milyon TL'lik harcama ve toplam sağlık harcamaları içinde %19,8'lik bir orana sahip olan hane halkları, 2017 yılına gelindiğinde 24.004 milyon TL'lik harcama ve toplam sağlık harcamaları içinde, 2002 yılına göre 2017 yılında oransal olarak %2,8'lik bir düşüş yaşanmıştır. Ortalama olarak yüzdesel dağılımda %17,9'da kalmıştır. 2002 yılından 2017 yılına kadar harcama miktarında 20.279 milyon TL'lik bir artış olmasına rağmen toplam harcamaların yüzdesel dağılımında %2,8'lik bir düşüş yaşanmıştır. Bu düşüşün en önemli nedeni kamu harcamalarının özel sektör sağlık harcamalarına göre daha fazla olması, kriz dönemlerinde daha devletin sağlık harcamalarında kısıtlamaya gitmemesi ve sürekli harcamaları arttırmasıdır.

Hane halkı sağlık harcamasının diğer bir adı da cepten yapılan sağlık harcamalarıdır. Bu harcamalarda, hane halkları alacağı sağlık hizmeti doğrultusunda tüm maliyet, katkı payı ve diğer harcamaları kendi karşılamaktadır (Atasever, 2014: 17). Tablo 9'a göre Türkiye'de sağlıkta özelleştirmelerle birlikte hane halklarının cepten yaptığı ödemelerin belli yıllar da artıp belli yıllarda azaldığı görülmektedir. Garg ve Karan (2005: 13), yapmış oldukları çalışmada kırsal-kentsel alan arasındaki sağlık hizmeti kalitesi ve bireylerin gelirlerinin, cepten yaptıkları sağlık harcamalarını etkilediğini ortaya koymuştur. Dolayısıyla, hane halklarının yapmış oldukları cepten sağlık harcamalarının, belli dönemlerde artıp azalmasının en önemli nedeni hanelerin gelir düzeyi olduğunu söylemek mümkündür.

3.3. Sağlıkta Özelleştirmelerle Birlikte Hastanelerin Müracaat, Muayene Sayıları ile Fatura Tutarlarının, Ortalama Maliyet Değişimleri

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve uluslararası sermayeye açılmasına yönelik çalışmalar 1980'li yıllarda başlamış, 2002 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı adını almıştır. Günümüzde sağlıkta özelleştirmeler artan bir hızla devam etmektedir. Günümüz Türkiye'sinde belirtilen resmi rakamlara göre sağlık hizmetinin %35'i özel sağlık tarafından karşılanmaktadır. Bu oran kamu hastanelerinin kapatılması ve ardından şehir hastanelerinin devreye girmesiyle artacağı düşünülmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2018: 3). Sağlık hizmetlerinin % 35'nin özel sağlık sektörünce karşılanıyor olması, özel sektöre olan sağlık hizmeti taleplerinin arttığı anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, özel sektöre müracaat ve muayene sayılarında artış yaşanmış, bu durum özel sağlık sektöründe ortalama maliyetlerinde ve fatura tutarlarında değişimlere sebep olmuştur.

Tablo 10: 2008-2018 Yıllarında, Sağlık Hizmeti Sunucusunun Türüne Göre, Hastanelere Müracaat Sayısı (Bin Adet)

Yıllar (*) (**)(***)	Genel Toplam (X)	Devlet 2. Basamak	%	Devlet 3. Basamak	%	Özel	%	Üniversite	%
2008	216.977	113.912	**52,4**	31.049	**14,3**	56.984	**26,2**	15.032	**6,9**
2009	245.720	125.601	**51,1**	37.232	**15,1**	66.214	**26,9**	16.673	**6,7**
2010	276.593	142.901	**51,6**	40.280	**14,5**	71.453	**25,8**	21.959	**7,9**
2011	318.603	159.878	**50,1**	47.462	**14,8**	85.919	**26,9**	25.344	**7,9**
2012	392.247	210.244	**53,5**	63.332	**16,1**	87.883	**22,4**	30.788	**7,8**
2013	421.388	222.136	**52,7**	73.167	**17,3**	91.386	**21,6**	34.699	**8,2**
2014	447.020	242.331	**54,2**	77.548	**17,3**	88.687	**19,8**	38.454	**8,6**
2015	468.443	251.887	**53,7**	85.539	**18,2**	90.428	**19,3**	40.589	**8,6**
2016	492.488	270.402	**54,9**	96.640	**19,6**	83.995	**17**	41.451	**8,3**
2017	519.057	279.852	**53,9**	112.462	**21,6**	81.866	**15,7**	44.877	**8,6**
2018	466.679	253.741	**54,3**	104.604	**22,4**	67.965	**14,5**	40.369	**8,6**
TOPLAM	**4.265.215**	**2.272.885**	**53,2**	**769.315**	**18**	**872.780**	**20,4**	**350.235**	**8,2**
ORT.	**387.746**	**206.625**	**52,9**	**69.937**	**17,3**	**79.343**	**21,4**	**31.839**	**8**

Kaynak: (Sosyal Güvenlik Kurumu, *Aylık İstatistik Bilgileri: Aylık İstatistik Bültenleri,* http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri21.02.2019 tarihinde erişildi).

** 2002-2007 yılları arasındaki verilere ulaşılamamıştır.*

*** 2018 yılı Aralık ayı verisine ulaşılamamıştır.*

****Genel toplam ve ortalama yüzdeleri arasında küsuratlar tam alınmadığından %1-2'lik farklar vardır.*

Tablo 10'a göre toplam müracaat sayısı 2008 yılında 216.977 bin adetken 2018 yılına gelindiğinde 466.679 bin adet olmuştur ve toplamda 249.702 bin adetle %115 artmıştır. Devlet 2. basamak sağlık hizmetlerine müracaat 2008 yılında 113.912 bin adetken 2018 yılında 253.741 bin adet olmuştur ve toplamda %122 artmıştır. Yüzdesel ortalamaya göre %52,9'luk bir oranla devlet 3. basamak sağlık hizmetleri sunucusunun özel sektör ve üniversite hastanelerinden daha fazla tercih edildiği görülmektedir. Özel sektör sağlık hizmetlerine müracaat sayısında hem artış hem de azalış görülmekle birlikte yüzdesel dağlımda genel olarak bazı azalmalar gözlemlenmiştir. Tablo 10'a göre bu azalmaların en önemli nedeni devlet 2. basamak, devlet 3. basamak ve üniversite hastanelerine müracaat

sayısında hiçbir yılda azalma olmazken özel sektöre müracaatlarda bazı yıllarda azalmalar yaşanmasıdır. 2008 yılında 56.984 bin adetten 2018 yılına gelindiğinde 67.965 bin adet olmuştur ve toplamda 10.981 bin adetle %19,2'lik bir artışla devlet 2. basamak sağlık hizmetlerinin çok gerisinde kalmıştır.

Tablo 11: 2008-2018 Yıllarında, Sağlık Hizmeti Sunucusunun Türüne Göre, Hastanelerde Fatura Tutarı ve Yüzdesel Dağılımları (Bin TL)

Yıllar (*) (**) (***)	Genel Toplam (Y)	Devlet 2. Basamak	%	Devlet 3. Basamak	%	Özel	%	Üniversite	%
2008	13.774.843	4.666.002	**33,8**	2.342.187	**17**	4.178.380	**30,3**	2.588.274	**18,7**
2009	15.570.498	5.191.214	**33,3**	2.871.840	**18,4**	4.538.739	**29,1**	2.968.705	**19**
2010	18.369.063	6.197.264	**33,7**	3.374.820	**18,3**	5.074.772	**27,6**	3.722.207	**20,2**
2011	21.940.033	7.364.183	**33,5**	4.110.392	**18,7**	6.184.474	**28,1**	4.280.984	**19,5**
2012	28.652.670	10.422.884	**36,3**	5.849.019	**20,4**	6.861.117	**23,9**	5.519.650	**19,2**
2013	31.072.770	11.049.401	**35,5**	6.598.896	**21,2**	7.294.698	**23,4**	6.129.775	**19,7**
2014	34.174.513	12.340.270	**36,1**	7.218.596	**21,1**	7.671.542	**22,4**	6.944.105	**20.3**
2015	36.318.085	12.598.117	**34,6**	8.107.009	**22**	8.153.544	**22,4**	7.459.415	**20,4**
2016	40.051.909	13.894.172	**34,6**	9.542.520	**23,8**	8.409.883	**20,9**	8.205.334	**20,4**
2017	44.543.769	14.724.847	**33**	11.408.747	**25,6**	9.055.398	**20,3**	9.354.777	**21**
2018	40.875.957	13.276.012	**32,4**	10.949.493	**26,7**	7.788.712	**19**	8.861.740	**21,6**
TOPLAM	**325.344.110**	**111.724.366**	**34.3**	**72.373.519**	**22.2**	**75.211.259**	**23.1**	**66.034.966**	**20.2**
ORT	**29.576.737**	**10.156.760**	**34,2**	**6.579.410**	**21,2**	**6.837.387**	**22,2**	**6.003.178**	**20**

Kaynak: (Sosyal Güvenlik Kurumu, *Aylık İstatistik Bilgileri: Aylık İstatistik Bültenleri,* http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri, 21.02.2019 tarihinde erişildi).

**2002-2007 verilerine ulaşılamamıştır.*
*** 2018 yılı Aralık ayı verisine ulaşılamamıştır.*
****Genel toplam ve ortalama yüzdeleri arasında küsuratlar tam alınmadığından %1-2'lik farklar vardır.*

Tablo 11'e göre toplam hastanelerde fatura tutarı 2008 yılında 13.744.843 bin TL'den 2018 yılına gelindiğinde 40.875.957 bin TL olmuştur ve toplamda 27.131.114 bin TL ile %197 artmıştır. Devlet 2. basamak sağlık hizmetlerine fatura tutarı 2008 yılında 4.666.002 bin TL'iken 2018 yılında 13.276.012 bin TL olmuştur ve toplamda % 184 artmıştır. Yüzdesel ortalamaya göre %34,2'lik bir oranla devlet 2. basamak sağlık hizmetleri sunucularında fatura tutarı özel sektör, devlet 3. basamak ve üniversite hastanelerine göre daha fazladır. Özel sektör

sağlık hizmeti sunucularını yüzdesel oranları incelendiğinde genel olarak fatura tutarlarının, yüzdesel dağılımında bir azalma görülmektedir. 2008 yılında toplam 4.178.380 olan fatura tutarı 2018 yılında 7.788.712 olmuştur ve toplamda %86'lık bir artış gerçekleşmiştir. Tablo 11'e göre bu azalmaların en önemli nedeni devlet 2. basamak, devlet 3. basamak ve üniversite hastanelerine müracaat sayısında hiçbir yılda azalma olmazken özel sektöre müracaatlarda bazı yıllarda azalmalar ve dalgalanmalar yaşanması ve bu durumun fatura tutarlarına da yansımasıdır. Sağlık sunucularına müracaat sayısı ile fatura tutarları arasında paralel bir ilişki vardır. Özel sektörde faturaların fiyatları, yıllar bazında TL olarak artmayken tüm sektörlerin içindeki payı azalmaktadır. Tablo 11'e göre bu artışın en önemli nedeni olarak kamu sağlık hizmetlerinde devletin rolünün sürekli bir şekilde artarak devam etmesidir. Çünkü toplam yüzdesel dağlım ortalamasında devlet 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunucularının toplamda %55,4'lük bir fatura tutarı ortalama yüzdesine karşılık, özel sektör sağlık hizmeti sunucularının fatura tutarı ortalama yüzdesi sadece %22,2'dir.

Tablo 12: 2008-2018 Yıllarında, Sağlık Hizmeti Sunucusunun Türüne Göre, Hastanelerde Fatura Tutarı ve Müracaat Sayısının, Müracaat Başına Ortalama Maliyetleri (TL)

Yıllar (*) (**)	**Toplam (Y/X)**	**Devlet 2. Basamak (Y/X)**	**Devlet 3. Basamak (Y/X)**	**Özel (Y/X)**	**Üniversite (Y/X)**
2008	**63,4**	40,9	75,4	73,3	172,1
2009	**63,3**	41,3	77,1	68,5	178,0
2010	**66,4**	43,3	83,7	71,0	169,5
2011	**68,8**	46,0	86,6	71,9	168,9
2012	**73,0**	49,5	92,3	78,0	179,2
2013	**73,7**	49,7	90,1	79,8	176,6
2014	**76,4**	50,9	93,0	86,5	180,5
2015	**77,5**	50,0	94,7	90,1	183,7
2016	**81,3**	51,3	98,7	100,1	197,9
2017	**85,8**	52,6	101,4	110,6	208,4
2018	**87,5**	52,3	104,6	114,5	219,5
TÜM YILLARIN ORTALAMA MALİYETİ	**74,2**	**47,9**	**90,6**	**85,8**	**184,9**

Kaynak: (Sosyal Güvenlik Kurumu, *Aylık İstatistik Bilgileri: Aylık İstatistik Bültenleri,* http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri, 21.02.2019 tarihinde erişildi).

** 2002-2007 yılları arasındaki verilere ulaşılamamıştır.*

*** 2018 yılı Aralık ayı verisine ulaşılamamıştır.*

Tablo 12'ye göre 2008 ve 2018 yılları arasında sağlık hizmeti sunucularının ortalama maliyetlerinde genel olarak belirgin artışlar olmuştur. Tüm yıllar baz alınarak hesaplanan ortalamalara göre, ortalama maliyeti en fazla olan sağlık hizmeti sunucusu 184,9 TL ile üniversite hastaneleridir. Üniversite hastanelerini 90,6 TL ortalama maliyetle devlet 3. basamak sağlık hizmeti sunucuları takip etmektedir. Özel sektör sağlık hizmeti sunucularında ortalama maliyet 85,8 olduğu görülmektedir. Akpınar ve Karabay (2017: 213), yapmış oldukları çalışmada hastanelerde sağlıklı bir muhasebe alt yapısının olmadığı söylemişler ve bu durumun sağlık hizmeti sunucularındaki maliyetleri hesaplamayı, karmaşık ve zor bir hale getirdiğinden bahsetmişlerdir. Bu durumun en önemli nedeni olarak gelir ve gider dengesinin nasıl olduğu ile alakalı verilere ulaşmaktaki güçlük olduğunu söylemişlerdir. Bununla birlikte tablo 12 incelendiğinde devlet 2. basamak ve 3. basamak sağlık hizmeti sunucularının maliyetlerinin ortalamasının toplamı 138,5 TL, üniversite hastanelerinin maliyetinin ortalaması 184,9 TL'dir. Bu üç sağlık kurumunun maliyet ortalamasının toplamı 323,4 TL ile özel sektör sağlık hizmeti sunucularının maliyet ortalamasından oldukça fazladır. Elif vd., (2015: 42)'ye göre bu durumun en önemli nedenlerinden biri de son yıllarda sağlıkta özelleştirmelerin ülkemizde hız kazanması ve ister kamu isterse özel sağlık kuruluşu olsun sunduğu her sağlık hizmetini en kaliteli bir şekilde ayrıca en düşük maliyetle sunmak zorunda olmasıdır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde özel sektörün yoğunluk kazanması ile birlikte maliyetleri minimize ederek sağlık hizmeti sunmak oldukça önemli bir olgu haline gelmiştir. Maliyet kontrolü tüm sağlık kuruluşlarında önemli olmasının bir diğer nedeni de sağlıkta özelleştirmelerle birlikte rekabetinde artmasıdır. Tablo 12 incelendiğinde, özel sektörüm maliyet kontrolünün kamu ve üniversite hastanelerine göre daha etkin ve verimli olduğunu söylemek mümkündür. Ortalama maliyet ortalamasının 85,8 ile en az olduğu sağlık hizmeti sunucusu özel sektördür. 2008 yılından 2018 yılına gelindiğinde sağlık hizmeti sunucularının toplam maliyet artışları da şöyledir; en fazla ortalama maliyet artışı 47,4 TL ile üniversite, 40,6 TL ile devlet 2. ve 3. basamak ve 41,2 ile özel sektör sağlık hizmeti sunucularında yaşanmıştır. Devlet ve özel sektör arasındaki

ortalama maliyet artışı kamu lehine 0,6 TL gibi dursa da maliyetlerin ortalamasına bakıldığında özel sektörün maliyetleri minimize etmede daha başarılı olduğunu söylemek doğru olacaktır.

Tablo 13: 2002-2016 Yıllarında, Sağlık Sektörlerinin Türüne Göre, Muayene Sayıları (Milyon Kişi)

Yıllar (*)	Toplam	%	Devlet	%	Özel	%	Üniversite	%
2002	124.313.659	**100**	109.793.128	**88,3**	5.697.170	**4,5**	8.823.361	**7**
2008	272.130.451	**100**	216.723.712	**79,6**	37.115.939	**13,6**	18.290.800	**6,7**
2009	293.883.642	**100**	228.279.139	**77,6**	46.239.638	**15,7**	19.364.865	**6,5**
2010	302.726.513	**100**	235.172.924	**77,6**	47.454.835	**15,6**	20.098.754	**6,6**
2011	335.152.114	**100**	262.677.274	**78,3**	59.037.733	**17,6**	24.437.107	**7,2**
2012	347.804.109	**100**	258.436.019	**74,3**	62.287.654	**17,9**	27.080.436	**7,7**
2013	371.119.883	**100**	274.200.691	**73,8**	66.933.495	**18,0**	29.985.697	**8**
2014	392.373.023	**100**	292.100.331	**74,4**	68.128.762	**17,3**	32.143.930	**8,1**
2015	413.693.722	**100**	306.805.972	**74,1**	72.348.387	**17,4**	34.539.363	**8,3**
2016	447.648.830	**100**	340.080.539	**75,9**	71.147.878	**15,8**	36.420.413	**8,1**
GENEL TOPLAM	**3.300.845.946**	**100**	**2.524.269.729**	**77,3**	**536.391.491**	**15.3**	**251.184.726**	**7,4**
ORT.	**330.084.594**	**100**	**252.426.972**	**76,4**	**53.639.149**	**16,2**	**25.118.472**	**7,6**

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, *Genel Sağlık İstatistikleri Özet Bilgiler,* https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/, 21.02.2019 tarihinde erişildi).

**2003-2007 Yılları Arasındaki Verilere Ulaşılamamıştır.*

Tablo 13'e göre Türkiye'de toplam muayene sayısı, 2002 yılından 2017 yılına gelindiğinde %260,096 oranında artmıştır. Muayene sayılarındaki artışın bu kadar yüksek olmasının sebebi, Türkiye'de sağlıksız bireylerin sayısında artış olduğu ya da sağlığına önem veren bireylerin rutin kontrollerini yaptırması ve bu durumun muayene sayılarında artışın gerçekleşmesine sebep olması olarak değerlendirilebilir. Muayene sayılarındaki ortalama değerlendirildiğinde ise devlet hastanelerinde, özel hastanelere göre %370,945'lik oranla daha fazla muayene olunduğu ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de muayene sayılarındaki artış oranı sektörel olarak değerlendirildiğinde ise; % 209,746 artış ile devlet, %1148,828 ile özel ve % 312,772 ile üniversite hastaneleri olmak üzere tüm sektörlerde belirgin

artışlar yaşanmıştır. Özel hastanelerdeki muayene sayısındaki artış oranı ise diğer tüm sektörleri geride bırakmıştır.

3.4. Sağlıkta Özelleştirmelerle Birlikte Sağlık Sektöründe Çalışan Personel Sayılarındaki Değişimler

Bu bölümde 1980'li yıllarda başlayan ve 2002'li yıllarda da hız kazanarak devam eden sağlıkta özelleştirme çalışmalarının, sağlık çalışan sayılarına etkileri ile sağlık çalışanlarının devlet, üniversite, özel sektör ve diğer sağlık kurumlarına dağılımı ele alınacaktır.

Tablo 14: 2008-2017 Yıllarında Türkiye'de, Sektörlere Göre Sağlık Çalışanı Sayıları (Bin Kişi)

Yıllar (*) (**)	Personel Türü	Devlet	%	Üniversite	%	Özel Sektör	%	Diğer	%
2008	Toplam Hekim	63.536	16,3	23.973	6,1	22.598	5,80	3.044	0,78
	Diş Hekimi	5.425	1,39	577	0.14	13.957	3,58	-	-
	Eczacı	1.192	0,30	181	0,04	23.405	6,0	-	-
	Hemşire	70.022	17,9	14.153	3,63	15.735	4,04	-	-
	Ebe	43.600	11,1	494	0,12	3.579	0,91	-	-
	Sağlık M.	59.846	15,3	5.782	1,48	18.365	4,71	-	-
TOPLAM PERSONEL		243.621	62,5	45.160	11,5	97.639	25,0	3.044	0,78
GENEL TOPLAM		389.464							
2009	Toplam Hekim	66.985	16,3	24.983	6	24.454	5,95	2.219	0,54
	Diş Hekimi	5.795	1,41	1.255	0,30	13.539	3,29	-	-
	Eczacı	1.535	0,37	200	0,0004	23.466	5,71	-	-
	Hemşire	72.142	17,5	15.198	3,70	17.836	4,23	-	-
	Ebe	44.468	10,8	534	0,13	4.355	1,06	-	-
	Sağlık M.	64.703	15,7	6.351	1,54	21.007	5,11	-	-
TOPLAM PERSONEL		255.628	62,2	47.987	11,6	104.657	25,4	2.219	0,54
GENEL TOPLAM		410.491							
2010	Toplam Hekim	72.435	17	25.445	6	24.077	6,3	1.490	0,35
	Diş Hekimi	7.069	1,66	1.219	0,28	12.987	3,06	157	0,03
	Eczacı	1.854	0,43	218	0,05	23.499	5,54	935	0,22
	Hemşire	77.472	18,2	15.852	3,73	17.209	4,05	4.239	0,99

	Ebe	45.415	**10,7**	561	**0,12**	4.253	**1**	14	**0,003**
	Sağlık M.	65.842	**15,5**	7.086	**1,67**	21.515	**5**	-	**-**
TOPLAM PERSONEL		**270.087**	**63,6**	**50.381**	**11,8**	**103.540**	**24,4**	**6.835**	**1,61**
GENEL TOPLAM		**424.008**							
2011	**Toplam Hekim**	73.382	**10,9**	26.388	**3,93**	26.259	**3,91**	**-**	**-**
	Diş Hekimi	7.225	**1,07**	1.134	**0,16**	12.740	**1,90**	**-**	**-**
	Eczacı	1.891	**0,28**	245	**0,03**	23.953	**3,57**	**-**	**-**
	Hemşire	89.314	**13,3**	17.530	**2,61**	18.138	**2,70**	**-**	**-**
	Ebe	46.944	**7**	663	**0,09**	4.298	**0,64**	**-**	**-**
	Diğer S.P	82.201	**12,2**	7.011	**1,04**	21.650	**3,23**		**-**
	Diğer P. H.A	181.295	**27**	8.991	**1,34**	18.840	**2,81**	**-**	**-**
TOPLAM PERSONEL		**482.252**	**71,9**	**61.962**	**9,20**	**125.878**	**18,7**	**-**	**-**
GENEL TOPLAM		**670.092**							
2012	**Toplam Hekim**	73.633	**10,5**	26.997	**3,86**	27.436	**3,92**	1.676	**0,23**
	Diş Hekimi	7.291	**1,04**	1.012	**0,14**	12.913	**1,84**	188	**0,02**
	Eczacı	1.920	**0,27**	271	**0,03**	24.298	**3,47**	82	**0,01**
	Hemşire	92.118	**13,1**	20.287	**2,90**	19.792	**2,83**	2.709	**0,38**
	Ebe	48.409	**6,93**	764	**0,10**	4.224	**0,60**	69	**0,009**
	Diğer S.P	83.542	**11,9**	10.382	**1,48**	28.143	**4,02**	596	**0,08**
	Diğer P. H.A	181.824	**26**	9.017	**1,29**	18.895	**2,70**	-	
TOPLAM PERSONEL		**488.767**	**69,9**	**68.730**	**9,83**	**135.701**	**19,4**	**5.320**	**0,76**
GENEL TOPLAM		**698.518**							
2013	**Toplam Hekim**	75.496	**10,2**	28.312	**3,85**	28.466	**3,87**	1.501	**0,20**
	Diş Hekimi	7.997	**1**	967	**0,13**	13.151	**1,78**	180	**0,02**
	Eczacı	2.067	**0,2**	291	**0,03**	24.589	**3,34**	65	**0,008**
	Hemşire	93.700	**12,7**	21.302	**2,89**	21.841	**2,97**	2.701	**0,36**
	Ebe	48.694	**6,6**	788	**0,10**	3.877	**0,52**	68	**0,009**
	Diğer S.P	96.391	**13,1**	11.093	**1,50**	26.393	**3,59**	611	**0,08**
	Diğer P. H.A	186.217	**25,3**	11.800	**1,60**	21.616	**2,94**	4.985	**0,67**
TOPLAM PERSONEL		**510.562**	**69,4**	**74.553**	**10,1**	**139.933**	**19**	**10.111**	**1,37**
GENEL TOPLAM		**735.159**							
2014	**Toplam Hekim**	77.876	**10,2**	28.228	**3,71**	28.245	**3,71**	1.267	**0,16**
	Diş Hekimi	7.640	**1**	1.370	**0,18**	13.801	**1,81**	185	**0,02**
	Eczacı	2.102	**0,27**	310	**0,04**	24.732	**3,25**	55	**0,007**

	Hemşire	94.404	**12,4**	22.314	**2,93**	23.035	**3,02**	2.679	**0,35**
	Ebe	48.103	**6,32**	828	**0,10**	3.846	**0,50**	61	**0,008**
	Diğer S.P	107.327	**14,1**	12.488	**1,64**	29.499	**3,87**	302	**0,03**
	Diğer P. H.A	196.459	**25,8**	12.449	**1,63**	17.823	**2,34**	2.894	**0,38**
TOPLAM PERSONEL		**533.911**	**70,2**	**77.987**	**10,2**	**140.981**	**18,5**	**7.443**	**0,97**
GENEL TOPLAM		**760.322**							
2015	**Toplam Hekim**	82.589	**10,4**	28.810	**3,59**	28.384	**3,60**	1.476	**0,18**
	Diş Hekimi	8.683	**1,10**	1.698	**0,21**	14.291	**1,81**	162	**0,02**
	Eczacı	2.156	**0,27**	306	**0,03**	25.010	**3,17**	58	**0,007**
	Hemşire	101.722	**12,9**	22.526	**2,86**	25.941	**3,29**	2.614	**0,33**
	Ebe	48.078	**6,10**	851	**0,10**	4.100	**0,52**	57	**0.007**
	Diğer S.P	102.243	**12,9**	11.492	**1,45**	31.845	**4,04**	363	**0,04**
	Diğer P. H.A	206.088	**26,1**	13.107	**1,66**	19.609	**2,10**	3.093	**0,39**
TOPLAM PERSONEL		**551.559**	**70**	**78.710**	**9,99**	**149.180**	**18,9**	**7.823**	**0,99**
GENEL TOPLAM		**787.352**							
2016	**Toplam Hekim**	86.332	**9,90**	30.642	**3,51**	27.853	**3,19**	**-**	**-**
	Diş Hekimi	9.125	**1,04**	2.403	**0,27**	15.146	**1,73**	**-**	**-**
	Eczacı	2.318	**0,26**	308	**0,03**	25.238	**2,89**	**-**	**-**
	Hemşire	103.507	**11,8**	22.650	**2,59**	26.795	**3,18**	**-**	**-**
	Ebe	47.766	**5,48**	748	**0,08**	3.942	**0,45**	**-**	**-**
	Diğer S.P	104.446	**11,9**	11.043	**1,26**	26.120	**2,99**	**-**	**-**
	Diğer P. H.A	204.778	**23,5**	67.605	**7,75**	49.569	**5,68**	**-**	**-**
TOPLAM PERSONEL		**558.272**	**64**	**135.399**	**15,5**	**177.663**	**20,3**	**-**	**-**
GENEL TOPLAM		**871.334**							
2017	**Toplam Hekim**	90.264	**9,80**	30.235	**3,28**	29.498	**3,20**	-	**-**
	Diş Hekimi	9.768	**1,06**	2.505	**0,27**	15.616	**1,69**	-	**-**
	Eczacı	2.855	**0,31**	348	**0,03**	25.309	**2,74**	-	**-**
	Hemşire	112.074	**12,1**	24.261	**2,63**	29.807	**3,23**	-	**-**
	Ebe	49.003	**5,32**	759	**0,08**	3.979	**0,43**	-	**-**
	Diğer S.P	111.193	**12**	11.990	**1,30**	32.234	**3,50**	-	**-**
	Diğer P. H.A	215.402	**23,3**	70.987	**7,70**	52.852	**5,73**	-	**-**
TOPLAM PERSONEL		**590.559**	**64,1**	**141.085**	**15,3**	**189.295**	**20,5**	**-**	**-**
GENEL TOPLAM		**920.939**							
SEKTÖREL PERSONEL		**448.521**		**78.168**		**136.446**		**4.279**	

ORTALAMASI	**%67,26**	**%11,72**	**%20,46**	**%0,64**
GENEL PERSONEL ORTALAMASI	**666.767**			

Kaynak:(Sağlık Bakanlığı, *İstatistik Yıllıkları,* https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html , 21.02.2019 tarihinde erişildi).

**Sağlık istatistikleri yıllıklarından derlenip hesaplanmıştır.*

***2002-2007 yılları arasındaki verilere ulaşılamamıştır.*

.

Tablo 14'e göre Türkiye'deki sağlık personel sayısında toplamda sürekli bir şekilde artış yaşandığı gözlenmektedir. 2008 yılında toplam personel sayısı 389.464, 2017 yılında ise toplam personel sayısı 920.939 ulaşarak %136,463 artmıştır. Artış yüzdeleri sektörel olarak ise devlete bağlı hastanelerde % 142,408, üniversite hastanelerinde %212,411, özel sektördeki artış oranı da %93,872'dir. Sektörel personel ortalamasına bakıldığında en fazla personelin devlet kurumlarında, en az personelin ise üniversite hastaneleriyle diğer sağlık kurumlarındadır. Tabloya göre üniversite hastanelerindeki personel artış yüzdesinin fazla olmasına rağmen, tüm sektörler içinde, diğer sağlık kuruluşlarıyla birlikte, en az sağlık çalışanın olduğu söylemek doğru olacaktır. Personel ortalamasına göre özel sektörde çalışan personel sayısı devletten sonra 2. sırada gelmektedir. Doğan vd., (2017: 828) yılında yapmış oldukları çalışmada özel sektörün personel istihdam ederken maliyetlerdeki artışları, personellerin nitelikli ve kalifiye olmasını, aynı zamanda özel sektörde daha etkin bir şekilde rekabet edebilmeleri için, personel istihdamında daha seçici davranarak çok fazla personel istihdam etmek yerine, vasıflı personel istihdam etmeye yönelmişleridir. Çalışmada, iyi eğitilmemiş ve kalifiye olmayan bireylerin sağlık hizmeti sunması maliyetlerin artmasına neden olacağı söylenmiştir. Aynı zamanda çalışmada insan kaynakları yönetimi ile maliyet liderliği stratejisi arasından pozitif yönlü bir ilişki olduğunu söylemişlerdir. "Özel sektördeki personel artışının, devletteki personel artışından, daha az oluşunun en önemli nedenlerinden biri sağlık hizmeti sunarken ortaya çıkan maliyetlerin artmasıyla ilişkilidir". demek yanlış olmayacaktır.

Tablo 15: 2002-2017 Yıllarında, Sağlık Çalışanı Başına Düşen Kişi Sayısı

Yıllar	Doktor	Diş Doktoru	Hemşire	Diğer Sağlık Personeli	Ebe	Eczacı	Toplam
2002	722	4.056	917	1.325	1.601	2.979	11.600
2003	711	3.786	902	1.170	1.613	3.003	11.185
2004	700	3.801	898	1.116	1.573	3.008	11.096
2005	683	3.794	881	1.110	1.582	3.026	11.076
2006	667	3.804	844	1.033	1.568	3.013	10.929
2007	651	3.661	746	889	1.496	2.944	10.387
2008	632	3.583	716	799	1.500	2.886	10.116
2009	612	3.524	690	766	1.470	2.879	9.941
2010	597	3.440	642	742	1.464	2.781	9.666
2011	583	3.552	598	674	1.440	2.864	9.711
2012	583	3.533	561	617	1.414	2.846	9.554
2013	573	3.439	549	582	1.435	2.838	9.416
2014	573	3.379	545	559	1.470	2.857	9.383
2015	557	3.171	515	540	1.483	2.860	9.126
2016	551	2.992	522	552	1.522	2.864	9.003
2017	539	2.898	486	520	1.504	2.834	8.781
TOPLAM	**9.934**	**56.413**	**11.012**	**12.994**	**24.135**	**46.482**	**160.970**
ORT.	**620**	**3.525**	**688**	**812**	**1.508**	**2.905**	**10.060**
ORT. YÜZDE	**% 6,16**	**%35,03**	**%6,83**	**%8,07**	**%14,9**	**%28,8**	**%100**

Kaynak: (Türkiye İstatistik Kurumu, *İstatistiksel Tablolar: Sağlık Personeli,* http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, 21.02.2019).

Tabloya 15'e göre Türkiye'de sağlık personeli başına düşen kişi sayısında tüm sektörlerde genel olarak azalış yaşanmıştır. Türkiye'de sağlık personeli başına düşen kişi sayısındaki azalışlar, sağlık hizmetlerinden faydalanacak kişiler için oldukça önemli bir gelişmedir. Doktor başına düşen kişi sayısı %-25,34, diş doktoru başına düşen kişi sayısı %-28,55, hemşire başına düşen kişi sayısı %-47, ebe başına düşen kişi sayısı %-6,05 eczacı başına düşen kişi sayısı %-4,86 ve diğer sağlık personeli başına düşen kişi sayısı %-60,75 azalmıştır. Toplam sağlık personeli başına düşen kişi sayısındaki azalma ise %-24,30'dur. Tablodaki rakamlara ve yüzdesel hesaplamalara göre en fazla azalış diş doktoru ve hemşire, en az azalış ise eczacı mesleklerinde gerçekleşmiştir. Ayrıca tablo 15'e göre de, 2008 yılları ile 2017 yıllarında özel sektördeki diş hekimlerinin sayısı, devlet hastanelerinde çalışan diş hekimlerine göre daha fazla artmıştır. 2017 yılına gelindiğinde devlet hastanelerinde 9.768 diş hekimi varken özel sektörde 15.616'dır. 2017 yılı itibariyle, devlet ve özel sektör arasındaki diş hekimi artış

oranı özel sektör lehine %59,86'dır. Bu durum daha Türkiye'deki sağlık personelleri içinde, en fazla özel sektörde çalışmayı tercih eden personellerin diş hekimleri olduğunu göstermektedir. Hemşirelerde de sağlık başına düşen kişi sayısında önemli bir azalış olsa da 2017 yılı itibariyle devlette çalışan hemşire sayısı 112.074, özel sektörde ise 29.807'dir. Burada devlet lehine, özel sektöre göre %276 daha fazla hemşire çalışmaktadır.

Tablo 16: 2019 Yılı Kamu Hastanelerinde ve 2018 Yılı Serbest Piyasada Çalışan Diş Hekimlerinin Uygulayacağı Bazı Diş Sağlığı Hizmetlerinin Fiyat Tarifeleri

Sunulan Hizmetin Türü	Kamu 2019 (TL)	Özel 2018 (KDV Hariç) (TL)	Özel Sektördeki Fiyat Artış Yüzdesi (+)
Diş Hekimi Muayenesi	27.00	60.19	**122,9**
Uzman Diş Hekimi Muayenesi	36.00	74.07	**105,75**
Diş Röntgen	16.00	37.04	**131,5**
Kanal Tedavisi (Üç Kanal)	182.00	435.19	**139,1**
Diş Çekimi	60.00	106.48	**77,4**
Kemik İçi İmplant (İmplant Ücreti Hariç)	250.00	1023.15	**309,26**
Amalgam Dolgu (Üç Yüzlü)	90.00	189.81	**110,9**
Kanal Tedavisi (Üç Kanal-Dolgu Hariç)	182.00	435.19	**139,1**
Diş İlavesi (Tek Diş)	49.00	143.52	**192,8**

Kaynak: (Türk Diş Hekimleri Birliği, 2018: 1-4 ve Sağlık Bakanlığı: *Sosyal Güvenlik Uygulamaları Dairesi Başkanlığı*, https://tig.saglik.gov.tr/TR,26173/kamu-saglik-hizmetleri-fiyat-tarifesi-guncellenmistir.html, 21.02.2019 tarihinde erişildi).

Kamu ve özel sektördeki diş sağlığı hizmetinden faydalanmak isteyen kişilerin ödemesi gereken ücretler tabloda gösterilmiştir. Özellikle özel sektörde hizmet sunan diş hekimlerinin aldığı ücretler, kamu hastanelerine göre oldukça fazladır. En fazla ücret farkı ise %309,26'lık bir yüzdelik artış oranıyla implant tedavisindedir.

Tablo 16'ya göre sağlıkta özelleştirmelerle birlikte diş hekimlerin sayısı hem kamu da hem özel sektörde artmıştır. Bununla birlikte diş hekimi sayısındaki artışın özel sektörde fazla olmasının nedenlerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Türk Diş Hekimleri Birliği, 2008: 11);

1.) Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin tamamının kamu tarafından karşılanmasının mümkün olmaması,

2.) Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine kolay ulaşılmasının sağlanması için kamunun, özel sektörden hizmet alması gerektiğinin savunulması,

3.) Serbest çalışan diş hekimlerinin çalışma sürelerini kendilerinin belirliyor olması

4.) Diş sağlığı hizmeti sunan sağlık kurumlarının az olduğu yerlerde, diş hekimlerinin muayenehaneler açarak daha fazla kazanç elde etme imkânlarının olması olarak sıralanabilir.

3.5. Sağlıkta Özelleştirmelerle Birlikte Sağlık Sektöründe Bazı Araç-Gereç ve Ameliyat Gruplarının Sektörler Bazında İncelenmesi

Bu bölümde sağlık sektöründeki özelleştirmelerle birlikte kamu, üniversite ve özel hastanelerdeki bazı araç-gereçlerle ameliyat gruplarındaki artış ve azalışlar sektörel olarak incelecektir.

Tablo 17: 2002-2017 Yıllarında Yataklı Sağlık Kurumlarının Sayısı

Yıllar (**)	Yataklı Sağlık Kurumları Sayısı									
	Genel Toplam		Devlet		Üniversite		Özel		Diğer	
	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%	Adet	%
2002	1.156	**100**	774	**66,9**	50	**4,3**	271	**23,4**	61	**5,2**
2003	1.174	**100**	789	**67,2**	50	**4,2**	274	**23,3**	61	**5,1**
2004	1.217	**100**	829	**68,1**	52	**4,2**	279	**22,9**	58	**4,7**
2005	1.196	**100**	793	**66,3**	53	**4,4**	293	**24,4**	57	**4,7**
2006	1.203	**100**	767	**63,7**	56	**4,6**	331	**27,5**	49	**4**
2007	1.317	**100**	848	**64,3**	56	**4,2**	365	**27,7**	48	**3,6**
2008	1.350	**100**	847	**62,7**	57	**4,2**	400	**29,6**	46	**3,4**
2009	1.389	**100**	834	**60**	59	**4,2**	450	**32,3**	46	**3,3**
2010	1.439	**100**	843	**56,6**	62	**4,1**	489	**32,8**	45	**3**
2011	1.453	**100**	840	**57,8**	65	**4,4**	503	**34,6**	45	**3**
2012	1.483	**100**	832	**56,1**	65	**4,3**	541	**36,4**	45	**3**
2013	1.517	**100**	854	**56,2**	69	**4,5**	550	**36,2**	44	**2,9**
2014	1.528	**100**	866	**56,6**	69	**4,5**	556	**36,3**	37	**2,4**
2015	1.533	**100**	865	**56,4**	70	**4,5**	562	**36,6**	36	**2,3**
2016	1.510	**100**	876	**58**	69	**4,5**	565	**37,4**	*	*
2017	1.518	**100**	879	**57,9**	68	**4,4**	571	**37,6**	*	*
TOPLAM	**21.983**	**100**	**13.336**	**60,9**	**970**	**4,3**	**7.000**	**31.1**	**678**	**3,1**
ORT.	**1.373**	**100**	**833**	**60,6**	**60**	**4,3**	**437**	**31,8**	**48**	**3,1**

Kaynak: (Türkiye İstatistik Kurumu, *İstatistiksel Tablolar: Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları,* http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, 21.02.2018 tarihinde erişildi).

**Diğer grubu altında belediyelere ait yataklı sağlık kurumları kapsanmış olup, 2016 ve 2017 yıllarında sayıları az olduğundan özel sektöre dâhil edilmiştir. Ayrıca, 2002-2015 yılları arasında Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastaneler diğer grubuna dâhil edilmiştir.*

***Toplam ve ortalama arasındaki yüzdelik hesaplamalarda küsuratlar tam alınmadığından dolayı, %1-2'lik sapmalar meydana gelmiştir.*

Tablo 17'ye göre Türkiye'de 2002 yılından günümüze kadar devlet, üniversite ve özel sektörde yataklı sağlık kurumu sayısı belirgin bir şekilde artmıştır. Artış oranları incelendiğinde ise devlette %13,56, üniversite hastanelerinde %36 ve özel sektörde %110,70 oranında artış olduğu ortaya çıkmaktadır. Yased (2012: 31-32)'nin, Türkiye sağlık raporuna göre, son yıllarda özel sektörün, sağlık sektöründe belirgin bir şekilde hâkim olmasının ve yataklı sağlık kurumu sayısının özel sektör lehine artmasının en önemli nedenleri; sağlık kurumları arasındaki rekabetin artması, özel hastanelerin kısa süreli tedavi hizmeti sunmada önemli bir paya sahip olması, hizmet kalite standartlarındaki gelişmeler ve özel hastanelerin teknolojik altyapıda daha ileri seviyede olmasıdır.

2002 yılından 2017 yılına kadar sektörlerdeki yataklı sağlık kurumu sayısının ortalaması incelendiğinde ise devlette %7,62, üniversite hastanelerinde %20 ve özel sektörde %61,25 oranında olduğu ve özel sektörün son 16 yılda sağlık sektöründe, yataklı sağlık kurumu alanında etkinliği belirgin bir şekilde arttırdığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Tablo 18: 2002-2016 Yılları Arasında, Yoğun Bakım Yatak Sayıları

Yıllar (*) (**)	**Yoğun Bakım Yatak Sayıları**							
	Genel Toplam		**Devlet**		**Üniversite**		**Özel**	
	Adet	**%**	**Adet**	**%**	**Adet**	**%**	**Adet**	**%**
2002	2.214	**100**	869	**39,2**	353	**15,9**	992	**44,8**
2009	16.020	**100**	7.351	**45,8**	3.486	**21,7**	5.183	**32,3**
2010	18.309	**100**	8.239	**44,9**	3.726	**20,3**	6.344	**34,6**
2011	20.977	**100**	9.581	**45,6**	3.890	**18,5**	7.506	**35,7**
2012	23.689	**100**	10.321	**43,5**	4.236	**17,8**	9.132	**38,5**
2013	25.964	**100**	10.953	**42,1**	4.917	**18,9**	10.094	**38,8**

2014	28.235	**100**	11.874	**42,0**	5.129	**18,1**	11.232	**39,7**
2015	31.135	**100**	12.545	**40,2**	5.372	**17,2**	13.218	**42,4**
2016	33.063	**100**	13.625	**41,2**	5.420	**16,3**	14.018	**42,3**
TOPLAM	**199.606**	**100**	**85.358**	**42,7**	**36.529**	**18,3**	**77.719**	**38.9**
ORT.	**22.178**	**100**	**9.484**	**42,7**	**4.058**	**18,3**	**8.635**	**38,9**

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, *Genel Sağlık İstatistikleri Özet Bilgiler,* https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/, 21.02.2019 tarihinde erişildi).

* *2003-2008 Yılları Arasındaki Verilere Ulaşılamamıştır.*

***Yüzdelik hesaplamalarda küsuratlar tam alınmadığından dolayı %1-2'lik sapmalar meydana gelmiştir.*

Tablo 18'e göre Türkiye'de 2002 yılından günümüze kadar devlet, üniversite ve özel sektörde yoğun bakım yatak sayısında belirgin artışlar yaşanmıştır. Artış oranları incelendiğinde ise devlette %1467,89, üniversite hastanelerinde %1435,41 ve özel sektörde %1313,10 oranında artış olduğu ortaya çıkmaktadır. Tüm sektörlerin toplamındaki artış oranı ise %1393,36'dır. Artış oranı en düşük özel sektör olmasına rağmen yoğun bakım yatak sayıları içinde ortalama olarak 8.685 yatakla, devletten sonra ikinci sırada gelmektedir. Ortalama olarak devlet ve özel sektör arasında 849 yoğun bakım yatak sayısı farkı vardır. Bu fark devlette, özel sektöre göre %9,832'lik yatak fazlası olduğu göstermektedir.

Tablo 19: 2002-2015 Yılları Arasında Sektörlere Göre A-B-C Grubu Ameliyatların Dağılımı

Yıllar	**Genel Toplam**		**Devlet**		**Üniversite**		**Özel**	
(*) (**)	**Adet**	**%**	**Adet**	**%**	**Adet**	**%**	**Adet**	**%**
2002	1.598.362	**100**	1.072.417	**67,0**	307.108	**19,2**	218.837	**13,6**
2009	3.308.253	**100**	1.829.919	**55,3**	546.903	**16,5**	1.131.431	**34,2**
2010	3.830.727	**100**	2.039.021	**53,2**	576.547	**15,0**	1.215.159	**31,7**
2011	4.200.577	**100**	2.209.326	**52,5**	617.477	**14,6**	1.373.774	**32,7**
2012	4.409.718	**100**	2.298.393	**52,1**	664.695	**15,0**	1.446.630	**32,8**
2013	4.684.237	**100**	2.414.538	**51,5**	715.889	**15,2**	1.553.810	**33,1**
2014	4.798.946	**100**	2.445.424	**50,9**	765.549	**15,9**	1.587.973	**33,0**
2015	4.770.145	**100**	2.364.595	**49,5**	801.424	**16,8**	1.604.126	**33,6**

TOPLAM	**31.600.905**	**100**	**16.673.633**	**54**	**4.995.592**	**16**	**10.131.740**	**30**
ORT.	**3.950.113**	**100**	**2.084.204**	**52,7**	**624.449**	**15.8**	**1.266.467**	**32**

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, *Genel Sağlık İstatistikleri Özet Bilgiler,* https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/, 21.02.2019 tarihinde erişildi).

**2003-2008 Yılları Arasındaki Verilere Ulaşılamamıştır.*

***Yüzdelik hesaplamalarda küsuratlar tam alınamadığından dolayı, %1-2'lik sapmalar meydana gelmiştir.*

Tablo 19'a göre Türkiye'de toplam A-B-C grubu ameliyat sayısı, 2002 yılında toplamada 1.598.362'dir. Bu sayı 2015 yılına gelindiğinde 4.770.145 sayısına ulaşarak %198,439 oranında artmıştır. Sektörel bazda artış oranları ise şöyledir; devlette %120,492, üniversite hastanelerinde %160,958 ve özel sektöre bağlı sağlık kurumlarında %633,023 oranındadır. Özel sektördeki ameliyat sayısındaki artış, devletten %5,25, üniversite hastanelerinden ise %3,93 kat daha fazladır. TOBB (2017: 4), özel sağlık sektörü ile ilgili bazı değerlendirmelerde bulunmuştur. Bu değerlendirmeler ile özel sektörün, ameliyat için neden daha çok tercih edildiğinin nedenleri ortaya konmuştur. Bu değerlendirmeler;

- Özel sektörün, karmaşık ameliyatları yapmada daha başarılı olması ve sağlık sektöründeki karmaşık ameliyatların %53'nü özel sektörün yapması,
- Özel sağlık sektörünün, diğer sağlık sektörlerine göre daha fazla gelişmekte ve ilerlemekte olması,
- Sosyal ve ekonomik açıdan farklı düzeyde olan hasta gruplarına da hizmet sunabilmek adına çalışmalara yapıyor olması,
- Acil durum gerektiren sağlık vakalarına önemli bir rol üstlenmesi olarak sıralanabilir.

Tablo 20: 2008-2017 Yılları Arasında, Yataklı Tedavi Kurumlarında Bazı Cihazlarda Görüntüleme Sayısının, Sağlık Sektöründeki Dağılımı

Yıllar (*) (**)	**Cihaz Türü**	**Devlet**	**%**	**Üniversite**	**%**	**Özel Sektör**	**%**
2008	**MR**	2.297.240	**66**	415.776	**12**	770.787	**22**
	BT	3.834.536	**70**	741.752	**13**	946.065	**17**
	Ultrason	-	**-**	-	**-**	-	**-**

	D. Ultrason	-	**-**	-	**-**	-	**-**
	EKO	-	**-**	-	**-**	-	**-**
	Mamografi	-	**-**	-	**-**	-	**-**
SEKTÖREL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		6.131.776	**68**	1.157.528	**13**	1.716.852	**19**
GENEL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		**9.006.156**					
2**009**	**MR**	2.910.384	**60**	588.953	**12**	1.370.399	**28**
	BT	4.324.510	**62**	1.190.739	**17**	1.425.160	**21**
	Ultrason	-	**-**	-	**-**	-	**-**
	D. Ultrason	-	**-**	-	**-**	-	**-**
	EKO	-	**-**	-	**-**	-	**-**
	Mamografi	-	**-**	-	**-**	-	**-**
SEKTÖREL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		7.234.894	**61**	1.779.692	**15**	2.795.559	**24**
GENEL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		**11.810.145**					
2**010**	**MR**	3.567.676	**61**	653.392	**11**	1.596.022	**28**
	BT	4.918.990	**65**	1.152.175	**15**	1.495.899	**20**
	Ultrason	-	**-**	-	**-**	-	**-**
	D. Ultrason	-	**-**	-	**-**	-	**-**
	EKO	-	**-**	-	**-**	-	**-**
	Mamografi	-	**-**	-	**-**	-	**-**
SEKTÖREL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		8.486.666	**64**	1.805.567	**13**	3.091.921	**23**
GENEL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		**13.384.154**					
2**011**	**MR**	4.352.817	**60**	803.446	**11**	2.065.924	**29**
	BT	5.440.694	**65**	1.165.010	**14**	1.733.007	**21**
	Ultrason	13.527.610	**70**	1.297.086	**7**	4.491.576	**23**
	D. Ultrason	3.157.262	**66**	482.245	**10**	1.119.006	**24**
	EKO	2.551.543	**50**	486.980	**11**	1.520.421	**33**
	Mamografi	-	**-**	-	**-**	-	**-**
SEKTÖREL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		29.029.926	**66**	4.234.767	**10**	10.929.934	**24**
GENEL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		**44.194.627**					
2**012**	**MR**	5.103.661	**60**	978.049	**11**	2.510.362	**29**
	BT	6.481.088	**66**	1.476.353	**15**	1.867.832	**19**
	Ultrason	15.480.054	**69**	1.679.200	**8**	5.250.608	**23**
	D. Ultrason	4.803.078	**69**	616.171	**9**	1.520.430	**22**
	EKO	3.074.063	**61**	578.346	**11**	1.396.252	**28**
	Mamografi	1.359.768	**67**	257.967	**13**	424.845	**20**

SEKTÖREL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		36.301.712	**66**	5.586.086	**10**	12.970.329	**24**
GENEL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		**54.858.127**					
2013	**MR**	5.213.207	**58**	1.142.721	**12**	2.717.654	**30**
	BT	7.295.808	**66**	1.662.826	**15**	2.081.060	**19**
	Ultrason	17.438.742	**70**	1.862.445	**8**	5.518.475	**22**
	D. Ultrason	5.786.423	**71**	577.570	**7**	1.735.006	**22**
	EKO	3.566.342	**64**	608.719	**11**	1.355.977	**25**
	Mamografi	1.401.746	**67**	271.470	**13**	404.726	**20**
SEKTÖREL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		40.702.268	**67**	6.125.751	**10**	13.812.898	**23**
GENEL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		**60.640.917**					
2014	**MR**	6.151.819	**60**	1.335.565	**13**	2.772.124	**27**
	BT	8.444.021	**68**	1.851.598	**15**	2.111.526	**17**
	Ultrason	19.459.180	**72**	1.946.065	**7**	5.746.185	**21**
	D. Ultrason	6.836.380	**73**	675.193	**7**	1.906.888	**20**
	EKO	4.295.635	**67**	690.464	**11**	1.404.597	**22**
	Mamografi	1.541.083	**69**	287.593	**13**	413.217	**18**
SEKTÖREL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		46.728.118	**69**	6.786.478	**10**	14.354.537	**21**
GENEL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		**67.869.133**					
2015	**MR**	6.992.601	**62**	1.432.479	**13**	2.861.277	**25**
	BT	9.527.072	**70**	1.889.957	**14**	2.258.708	**16**
	Ultrason	19.270.676	**70**	2.142.634	**8**	5.994.506	**22**
	D. Ultrason	8.348.410	**77**	634.688	**6**	1.856.128	**17**
	EKO	4.714.064	**68**	736.753	**11**	1.509.377	**21**
	Mamografi	1.291.651	**66**	266.299	**13**	406.476	**21**
SEKTÖREL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		50.144.474	**70**	7.102.810	**10**	14.886.472	**20**
GENEL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		**72.133.756**					
2016	**MR**	8.073.145	**64**	1.602.845	**13**	2.857.676	**23**
	BT	10.787.302	**72**	2.042.455	**14**	2.137.781	**14**
	Ultrason	20.377.187	**73**	2.060.412	**7**	5.436.689	**20**
	D. Ultrason	11.009.261	**81**	692.591	**5**	1.873.560	**14**
	EKO	5.403.909	**72**	763.009	**10**	1.342.563	**18**
	Mamografi	1.377.753	**68**	267.061	**14**	372.486	**18**
SEKTÖREL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		57.028.557	**73**	7.428.373	**9**	14.020.755	**18**

GENEL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		**78.477.685**					
2017	**MR**	9.167.775	**65**	1.785.266	**13**	3.093.753	**22**
	BT	11.887.611	**72**	2.337.533	**14**	2.370.869	**14**
	Ultrason	18.852.298	**71**	2.222.880	**8**	5.587.152	**21**
	D. Ultrason	13.262.902	**82**	823.909	**5**	2.050.722	**13**
	EKO	5.909.076	**72**	815.223	**10**	1.467.499	**18**
	Mamografi	1.401.127	**68**	293.800	**14**	375.538	**18**
SEKTÖREL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		60.480.789	**72**	8.278.611	**10**	14.945.533	**18**
GENEL TOPLAM GÖRÜNTÜLEME		**83.704.933**					

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, *İstatistik Yıllıkları,* https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html , 21.02.2019 tarihinde erişildi).

**Sağlık istatistikleri yıllıklarından derlenip hesaplanmıştır.*

***2002-2007 yılları arasındaki verilere ulaşılamamıştır.*

Tablo 20'ye göre, Türkiye'de sağlık sektöründe cihaz kullanım sayısı 2008 yılından 2017 yılı arasında sürekli bir artış göstermiştir. Bu artış daha çok devletin hizmet sunduğu sağlık kurumlarında gerçekleşmiş olsa da özel sektörde de cihaz görüntüleme sayısında artışlar yaşanmıştır. Fakat tüm sektörler içindeki yüzdelik oranlarda, devlet kurumlarındaki hastanelerde sürekli bir artış yaşanırken özel sektörde hizmet sunan sağlık kurumlarındaki cihaz görüntüleme sayısında her geçen yıl belirgin azalışlar yaşanmıştır. 2008 yılında 9.006.156 olan cihaz görüntüleme sayısı 2017 yılında gelindiğinde 83.704.933'e çıkarak toplamda %829,419 artış göstermiştir. Artış oranları devlette %886,350, özel sektörde ise %770, 519'dur. Artış oranı devlet lehine %115,831 daha fazladır. Ayrıca da hem kamu sektöründe hem de özel sektörde ultrason cihazının görüntülenme sayısı diğer cihaz türlerinden fazladır. Mamografi kullanımı ise kamu hastanelerinde artış gösterirken özel sektörde azalış göstermektedir. Bu durum özel sektörün teknolojik altyapısının kamu kurumlarına yayılmasıyla ilişkilendirilebilir. Bozer ve Ağırbaş (2016: 196), sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde cihaz kullanım oranın üniversite ve özel sağlık kuruluşlarına göre fazla olmasının nedenin sağlık bakanlığında cihaz sayısının daha fazla olmasıyla ilişkili olabileceğini söylemişleridir.

3.6. Sağlıkta Sektöründeki Gelişmeler ve Değişimler Doğrultusunda Türkiye'nin Sağlıkta Refah Seviyesinin Durumu

Bu başlık altında, Türkiye'nin sağlıkta refah seviyesi, belirli ölçütler temel alınarak hazırlanmış olan veriler doğrultusunda değerlendirilecektir. Buradaki temel amaç, sağlık hizmetlerinin çeşitli alanlarında gerçekleşen özelleştirme çalışmalarının, Türkiye'deki sağlık sektöründe, hangi alanda daha fazla gerçekleştiğinin tespit edilmesi açısından oldukça önemlidir.

Tablo 21: 2018 Yılı İtibariyle Türkiye'nin Avrupa Birliği Ülkeleri İçinde, Sağlıkta Refah Sıralaması ve Puanları (Avrupa)

Ülke Adı	Sağlıkta Refah Sıralaması (AB)	Sağlıkta Refah Sıralaması (Dünya)	Ülkelerin Aldıkları Puanlar
Lüksemburg	1	2	84,47
Avusturya	2	6	82,75
İsveç	3	7	82,46
Hollanda	4	11	82,33
Belçika	5	13	82,06
Fransa	6	15	81,78
Danimarka	7	18	81,56
Malta	8	20	81,26
İspanya	9	22	81,12
Almanya	10	24	80,88
Finlandiya	11	25	80,84
İngiltere	12	26	80,82
İrlanda	13	27	80,40
Çek Cumhuriyeti	14	28	79,63
GKRY	15	30	79,17
Slovenya	16	34	78,76
Slovakya	17	36	78,45
Portekiz	18	37	78,31
İtalya	19	39	77,86
Polonya	20	41	77,60
Macaristan	21	43	77,22
Estonya	22	44	77,05
Yunanistan	23	46	76,91
Türkiye	**24**	**50**	**76,12**
Hırvatistan	25	60	74,24
Litvanya	26	72	72,25
Bulgaristan	27	76	71,70
Letonya	28	77	71,66
Romanya	29	81	71,26
ORTALAMA	**15**	**34,82**	**78,65**

Kaynak: (Legatum Instutute, *Creating the Pathways from Poverty to Prosperity*, https://www.prosperity.com/rankings , 21.02.2019 tarihinde erişildi).

Tablo 21, incelendiğinde Türkiye'nin AB'ye üye olan ülkeler içinde sağlıkta refah sıralamasında 24. sıradadır. Dünya genelinde ise 50. sırada bulunmaktadır. 2002 yılında ağırlık kazanan özelleştirme çalışmalarına rağmen Türkiye'nin sağlık refah seviyesi çoğu AB ülkesinden geridedir. Bununla birlikte puan değerleri incelendiğinde en yüksek refah seviyesine sahip ülke Lüksemburg ile Türkiye arasında 8.35 gibi az bir puan farkı olduğunu, dolayısıyla Türkiye'nin sağlık sektöründe başarılı olduğunu söylemek doğru olacaktır.

Legatum Instutute (2018: 2-3)'ten elde edilen veriler doğrultusunda oluşturulan bu tabloda bir ülkenin sağlıkta refah sıralaması yapılırken belli performanslara göre değerlendirmeler yapılmıştır. Bunlar; kişilerin fiziksel sağlık yapıları, zihinsel sağlık yapıları, önleyici bakımlar ve ülkedeki sağlık alt yapısına yönelik çalışmalardır (https://www.prosperity.com/rankings, 15.04.2019 tarihinde erişildi).

Tablo 10, 13, 17, 18, 19, 20, 21 incelendiğinde Türkiye'de yataklı sağlık kurumu sayısı, yoğun bakım yatak sayısı, hastalıkları tespit eden cihazların görüntülenme sayısı, muayene sayısı ve ameliyat olan bireylerin sayısında, hem kamu da hem de özel sağlık kuruluşlarında sürekli artış yaşanmıştır. Bu durum Türkiye'de sağlıkta özelleştirmelerin daha çok sağlık alt yapısına yönelik çalışmalar olduğunun göstergesi olmaktadır. Aynı zamanda bu artışlar, nüfusun ve sağlıksız insan sayısının da Türkiye'de arttığının göstergesidir. Dolayısıyla, Türkiye'nin refah sıralamasını belirleyen ana performans göstergesi sağlıkta alt yapı çalışmalarıdır.

Tablo 22: 2007-2018 Yılları Arasında, Türkiye'nin Sağlıkta Refah Sıralaması ve Puanları (Dünya)

Yıllar	Türkiye'nin Sağlıkta Refah Sıralaması (Dünya)	Türkiye'nin Aldığı Puanlar
2007	65	72,64
2008	61	73,43
2009	56	74,20
2010	60	74,10
2011	60	74,41
2012	53	75,04
2013	51	75,50

2014	52	75,43
2015	49	75,95
2016	53	75,29
2017	51	75,39
2018	50	76,12
ORTALAMA	**55,08**	**74,79**

Kaynak: (Legatum Institute, *Creating the Pathways from Poverty to Prosperity*, https://www.prosperity.com/rankings, 21.02.2019 tarihinde erişildi).

Tablo 22'ye göre Türkiye'nin sağlıkta refah durumu, 2007-2018 yılları ortalaması 55,08'dir. Dolayısıyla, Türkiye dünyada, sağlıkta refah sıralamasında, 2018 yılı itibariyle 74,79 puanla 55. sıradadır. Türkiye'nin sağlıkta refah durumu, genel olarak pozitif bir görünüm sergilese de bazı yıllarda, gerek sıralama gerekse puan açısından gerilemeler yaşanmıştır. Payzun ve Diner (2011: 122), yılında yapmış oldukları çalışmada, tekli ve grup şeklinde, katılımcılara refah bileşenlerinin neler olduğu hakkında sorular sorulmuştur. Alınan cevaplar sırayla; para, eğitim, toplumsal barış, iş ve sağlık olmuştur. Aynı çalışmada, nicel alan araştırmasında, deneklere üç grup olarak sayılan seçenekler içinden "sizin refahınız için önemli gördüğünüz üç tanesini önem sırasına göre sıralayınız" şeklinde sorular sorulmuştur. Sorulara verilen yanıtlar refaha ile alakalı şu kavramları öne çıkarmıştır; ilk altılı gruptan gelen cevap, *"sağlığımızın ve aile yaşantımızın güzel olması"*, ikinci gruptan gelen cevap *"iyi bir yaşam kalitesine ve uyumlu bir eşe sahip olmamız"* ve üçüncü altılı gruptan gelen cevap ise *"çocuklarımızın iyi bir eğitim almış olması ve güzel bir iş sahibi sahip olmak"*. olarak cevaplanmıştır. Bu araştırma doğrultusunda, Türkiye'de sağlığın bireyler için oldukça önemli olduğu ve her bireyin, en temel hakkı olan sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkının, refah düzeyini oldukça olumlu yönde etkileyeceğini düşündükleri sonucuna varılmaktadır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

1970'li yıllarda ortaya çıkan, 1980'li yıllarda gelişmiş ve kapitalist sistemlerin hâkim olduğu ülkelere tarafından yönlendirilen ve 2000'li yılardan sonra hız kazanan özelleştirme, devlet politikalarını, ilgili ülkedeki halkının sosyal refahını ve bireylerin sunulan hizmetlerden faydalanma düzeylerini ciddi bir şekilde etkilemektedir. 1980'lerin başından itibaren hız kazanan özelleştirme çalışmaları, gelişmiş ülkelerden gelişmemiş ülkelere doğru bir yayılım amacı doğrultusunda hareket etmiştir. Bu yayılımda amaç kamuda özelleştirmeyi etkin kılarak sermaye sahiplerinin kâr oranları en yüksek seviyeye çekmelerini sağlamak olmuştur.

Özellikle Türkiye gibi sanayisi, dolaysıyla teknolojisi yetersiz olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumu ve halkın etkin bir şekilde bu hizmetlerden faydalanması, en önemli sorunlardan biri olmaktadır. Türkiye gibi ülkelerde yaşanan bu durum sermaye sahiplerinin ilgisini çekmiş ve serbest piyasanın etkin olması gerekliliğini, iktidar olan hükümetlere, siyasal ve ekonomik hamlelerle bildirmişlerdir. Bu şekilde sermaye sahipleri, sahip olduğu şirketler aracılığıyla ülkelere yatırım yapmaya başlamışlardır. Sermaye sahipleri ilk olarak ilgili ülkede iç piyasanın işlerlik kazanmasını hedeflemişlerdir.

Özelleştirme, sağlık ve devlet üçgeninde ise, devlettin kamu gücüne dayanarak sunduğu sağlık hizmetlerinin, özel sektörce sunulması ve bunun için gerekli yasaların çıkarılması en önemli konuyu teşkil etmektedir. Sermaye sahiplerinin temel hedeflerinden bir diğeri de özel sektöre devredilecek olan kamu sağlık hizmetleri sunumun, özel sektöre göre daha verimsiz ve daha güçsüz olmasıdır. Aksi takdirde vatandaşlardan talep göremeyecek ve gelirini arttıramayacaktır. Sağlıkta kamu kesiminin etkinliğini kırmanın en önemli yolu olarak desantralizasyon görülmektedir. Desantralizasyon sayesinde kamunun elindeki sağlık kararları, yetki ve sorumluluklar merkezi teşkilatın elinden alınarak daha alt birimde bulunan idarelerin eline geçecektir. Bu sayede özelleştirmenin etki alanı genişleyerek sermaye sahipleri rahat bir şekilde serbest piyasada faaliyet sürdüreceklerdir. Bu faaliyet alanında kamunu egemenliğinde

bulunan sağlık hizmetleri, özel sektörün hâkimiyet alanına girecek ve böylece kamu, özel sektör karşısında etkinliğini yitirecektir. Aslında güçsüz bir kamu sağlık sistemi beraberinde birçok sorun getirmektedir. Bunların en başında vatandaşın sağlık sistemlerin nasıl faydalanacağı sorunudur. Vatandaşın en temel hakkı olan sağlık hakkının, yabancı şirketler topluluğuna devredilmesinin sosyal boyutu, oldukça karamsar ve düşündürücü bir tablo çizmektedir.

Sağlık alanında, devletin etkinliği sürdürememesinin bazı sakıncaları olacağını düşünen kuruluşlar da bulunmamaktadır. Bu kuruluşlara göre özel sektörün sağlık alanında etkin olması kamu kaynaklarının tutarsız bir şekilde harcanmasına neden olacağı ve devletin var olan egemenlik alanının daralacağı düşüncesidir. Bu nedenle devletin toplumla olan bağının hiçbir şekilde kopmaması gerekmektedir. Aksi takdirde halkın devlete olan güveni sarsılacak ve halk özel sektöre mahkûm edilecektir. Günümüz Türkiye'sinde hükümetin politikaları özel sektör lehinedir. Halk, özellikle sağlık sektöründe, özel sektöre muhtaç edilmektedir. Bunun en önemli nedeni de Türkiye'nin gerek sağlık alanın da gerekse enerji, köprü, otoyol gibi alanlarda nitelikli elemanın olmayışıdır. Bu düşünceye paralel olarak Sağlıkta Dönüşüm Projesi hayata geçirilmiş ve halkın beklentileri değil, sermaye sahibi şirketlerin beklentileri daha fazla önemsenmiştir.

2002 yılında Türkiye'de uygulanmaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), toplumsal açıdan tam olarak beklentileri karşılayamamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin reform uygulamalarıyla birlikte Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve Kamu Hastaneleri Birlikleri ile alakalı olan reformların uygulanmasında ciddi sorunlarla karşılaşılmıştır. 2002 yılında SDP ile özelleştirme dört alanda yoğunlaşarak Türkiye'de etkinliği arttırmıştır. Bu alanlar; sağlıkta taşeronlaşma, sağlıkta sözleşmeli istihdam, sağlık aile hekimliği ve Kamu Özel İşbirlikleridir. Bu alanlardaki özelleştirme çalışmaları toplumsal olarak bazı sorunlara sebep olmuştur. Bu sorunların en başında sağlık primi borçlanmaları, halkın daha iyi bir sağlık hizmeti almak için cepten ödeme yapmak zorunda kalması ve geliri düşük toplumların sağlık hizmetlerin faydalanmakta zorluk çekmesi olarak gösterilebilir. Özellikle kullanıcı katkılarının fiyatının yüksek

seviyede tutulması halkın en temel hak olan sağlık hakkından yeterince faydalanamamasına neden olmaktadır.

Sağlık alanındaki özelleştirmeler diğer alanlarda yapılan özelleştirmelerden farklı tutulması gerekmektedir. Halk sağlığı sermaye sahiplerinin, kar amacı güden yatırımcıların ve belli finans baronları ait şirketlere teslim edilmemelidir. Halkın istekleri doğrultusunda sağlık hizmetleri sunulmalı ve Türk Sağlık Sistemi (TSS) yapısal, siyasal ve ekonomik sorunlardan arındırılarak halka sağlık hizmeti sunmaya devam etmelidir. Gelişmekte olan ve gelir dağılımını adaletsiz olduğu ülkelerden biri olan Türkiye'de, özelleştirmelerin bu kadar fazla ve sağlık gibi temel hak alanlarında yapılması vatandaş açısından ekonomik ve psikolojik yıkımlara sebep olmaktadır.

Türkiye'de yapılan özelleştirmelerin temel amacının halk sağlığı olduğunu söylemek oldukça iyimser bir yaklaşım olacaktır. Günümüz Türkiye'sinde, 2002 yılından beri yapılan sağlık sektöründeki özelleştirmelerin, başarılı sonuçlar verdiğini söylemek doğru olmayacaktır. Bunun ne önemli nedenlerini olarak;

1.) Sağlık hizmetlerinden en etkin bir biçimde faydalanmak isteyenlerin gelir dağılımı yüksek grupta olmasının gerekliliği,

2.) Her ek bir tedavi için ayrı bir ücretlendirmenin yapılması,

3.) Özelleşen sağlık kurumlarının bireyi değil sadece geliri yüksek bireyi tedavi etmeye yönelik olması ve her hasta bireyi sadece gelir kaynağı olarak görmesi,

4.) Taşeronlaşma ve sözleşmeli istihdamla, mümkün olduğunca az ücretle, az sayıda sağlık personeli çalıştırması ve devlete göre az istihdam alanı yaratması,

5.) Türkiye'deki sağlık alanındaki özelleştirmelerin temel amacı, daha çok yeni sağlık tesislerinin kurulmasına yönelik olması ve ticari kaygı güderek hareket etmesi, dolayısıyla da vatandaşın fiziksel ve ruhsal sağlığının ikici planda yer alması olarak sıralayabiliriz.

KAYNAKÇA

.Akar, Sevda, "Türkiye'de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", *Yönetim ve Ekonomi*, Cilt: 21, Sayı: 1, 2014, ss. 312-322.

Akbulut, Yasemin, Payzıner, Pınar, *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim,* 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, Eskişehir, 2013/1.

Akçay, Belgin, "Avrupa Birliği'nin Ekonomik Kriterleri ve Türkiye", *Maliye Dergisi*, Sayı: 155, 2008/Temmuz-Aralık, ss. 11-38.

Akdur, Recep, *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması,* Ankara, 1999, ss. 1-37.

Akpınar, Sema, ve Karabay, Derya, " Sağlık Kurumlarında Birim Maliyet Hesaplama: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Poliklinik Uygulaması", *İşletme Bilimi Dergisi (JOBS),* Cilt: 5 Sayı: 2, 2017, ss. 199-215.

Aksu, Baki, "Özelleştirme ve Orüs", *İstanbul Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, Cilt: 41, Sayı: 3-4, 1991, ss. 130-142.

Aktan, Coşkun Can, "Globalleşme Sürecinde Devletin Değişen Rolü", *Mercek Dergisi*, 2008/4, ss. 1-14.

Aktan, Coşkun, "Kamu Ekonomisinin Rolü ve Fonksiyonlarının Piyasa Ekonomisine Devredilmesi: Özelleştirme", *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi,* Cilt: 2, Sayı: 1, 2010, ss. 101-119.

Alagöz, Mehmet, Erdoğan, Savaş, ve Topallı, Nilgün, "Doğrudan Yabancı Sermaye Yatırımları ve Ekonomik Büyüme: Türkiye Deneyimi 1992-2007", *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* Cilt: 7, Sayı: 1, 2008, ss. 79-89.

Altay, Asuman, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, Cilt: 18, Sayı: 64, 2007, ss. 33-58.

Altunç, Ömer, F., "Türkiye'de Özel Yatırımlar ve Kamu Yatırımları Arasındaki İlişkinin Ampirik Analizi: Sınır Testi Yaklaşımı", *Maliye Dergisi*, Sayı: 158, 2010/Ocak-Haziran, ss. 531-546.

Aşan, Sibel, *Özelleştirme-Mali Alan İlişkisi,* (Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Çanakkale 2014.

Ataay, Faruk, *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*, Birinci Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara 2007/6, ss. 3-22.

Atasever, Mehmet, *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*, Ankara, 2014.

Ateş, Alpaslan, "Türkiye'de Liman Özelleştirmeleri İskenderun Liman Örneği", *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Cilt: 11, Sayı: 25, 2014, ss. 427-457.

Atiyas, İzak ve Oder, Burak, "Türkiyede Özelleştirmenin Hukuk Ve Ekonomisi", Tepav, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, 12 Mart 2008.

Avcı, Mehmet ve Erdoğan, Teyyare, "Sağlık Sektöründe Yolsuzluk: Teorik Bir Değerlendirme", *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi,* Cilt: 8, Sayı: 2, 2012, ss. 199-221.

Ayanoğlu, Taner, "İşletme Hakkı Devir Sözleşmeleri", *İÜHFM*, Cilt: Lxv, S: L, 2007, ss. 3-38.

Aydemir, Cahit, Arslan, İbrahim ve Uncu, Funda, "Doğrudan Yabancı Yatırımların Dünya'daki ve Türkiye'deki Gelişimi", *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 2012, ss. 69-104.

Aydoğan, Murat, *Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi*, (Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksel Lisans Tezi), İstanbul 2015.

Betil, İbrahim, Türkiye'de Gönüllülük, 2013, ss. 6-99.

Bilgili, Emine ve Ecevit Eyyüp, "Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler Ve Çözüm Önerileri", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* Cilt: 11, Sayı: 2, 2008, ss. 201-228.

Bilgin, Erhan, "Özelleştirmenin Sosyal Sonuçlarına Bakış", *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi,* Cilt: 2, Sayı: 8, 2001, ss. 5-8.

Bloom, David, E. And Canning, *David, Publıc Health, The Health And Wealth Of Nations*, *Scıence's Compass,* Volume: 287, 18 February 2000, pp. 107-1209.

Bozer, Aslı ve Ağırbaş, İsmail, "Tıbbi Görüntüleme Cihazlarının Sayısal Durumu ve Kullanımlarının Değerlendirilmesi ", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,* Cilt: 69, Sayı: 3, 2016, ss. 193-201.

Can, Ali, ve İbicioğu Hasan, "Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 13, Sayı: 3, 2008, ss. 253-275.

Cebe, Hakan, *Özelleştirme ve Türk Telekom Özelleştirmesi,* (Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), İstanbul 2015.

Cerrahoğlu, Ali, "Şehir Hastaneleri ve Birinci Basamak", *Editöre Mektup/ Letter To The Editor,* Cilt: 7, Sayı: 3, 2016, ss. 81-84.

Chouraqui, Ghislaine, "Les Privatisations En Grande-Bretagne: Les Leçons D'une Expérience *", Revue Française D'économie,* Volume: 4, No: 2, 1989. pp. 43-57.

Coşkun, Selden, *TS EN 15224-2012 Sağlık Hizmetleri - Kalite Yönetimi Standardının, Sağlık Hizmetlerindeki Diğer Kalite Standartları İle Karşılaştırılması,* (Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi), İstanbul 2017.

Cutler, David, M., Knaul Felicia, Lozano, Rafael, Mendez, Oscar, Zurita, Beatriz, "Fınancıal Crısıs, Health Outcomes and Agıng: Mexıco İn the 1980s and 1990s", *Natıonal Bureau of Economıc Research,* June, 2000, pp. 1-32

Çalışkan, Zafer, "Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım", *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Cilt: 26, Sayı: 2, 2008, ss. 29-50.

Çavmak, Şeyda Ve Çavmak, Doğancan, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı", 2017, ss. 48-57.

Çelik, Yusuf, "Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi", *Sosyal Güvenlik Dergisi, 2011/1*.

Çelikay, Ferdi ve Gümüş, Erdal, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* Cilt: 11, Sayı: 1, 2014, ss. 177-216.

Çetin, Murat ve Ecevit Bülent, "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD ülkeleri üzerine bir panel regresyon analizi ", *Doğuş Üniversitesi Dergisi,* Cilt: 11, Sayı: 2, 2010, ss. 166-182.

Çetin, Pınar, *Türkiye'de Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ab Kriterleri Açısından Bursa Sağlık Kurumları Örneğinde İncelenmesi*, (Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2015.

Çınar, N. Fıratcan, Türkoğlu, Çağdaş ve Tütünsatar, Alper, "Kamu-Özel Ortaklığı/İş birliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet

Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Sayı: 29, 2017/4, ss. 215-232.

Çınaroğlu, Songül ve Şahin, Bayram, "Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* Cilt: 19, Sayı: 1, 2016, ss. 73-86.

Çoban, Hilmi, *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması,* (Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi), İzmir 2009.

Çolak, Aytül, "Türkiye'de Kamu Kesiminin Taşeronlaşma Eğilimi", *International Journal Of Social Sciences And Education Research,* Cilt: 3, Sayı: 3, 2015, ss. 1004-1017.

Delice, Güven, Doğan, Adem ve Uzun, Meral, "Finansal Regülasyon ve Piyasa Disiplini", *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Cilt: 5, Sayı: 1, 2004, ss. 101-130.

Demir, Osman, "Özelleştirmenin Gerekçeleri ve Engelleri", *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,* Cilt: 14, Sayı: 1, 2000/6, ss. 11-31.

Demirbaş, Muzaffer ve Türkoğlu, Musa, "Kamu İktisadi Teşebbüslerinin Özelleştirilmesi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Cilt: 7, Sayı: 1, 2002, ss. 241-264.

Devebakan, Nevzat ve Aksaraylı, Mehmet, "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Cilt:5, Sayı: 1, 2003, ss. 38-54.

Dikbaş, Atilla ve İmrak Erdem, *Yaşam Bilimleri ve Sağlık Teknolojileri Merkezi Fizibilite Raporu Sunumu,* 2014, ss. 2-12.

Dinç, Berk, *Sağlıkta Bilişim Sistemleri ve Etkin Kullanımı, (*Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi). İstanbul 2014.

Doğan, İnci, F., Bakan, İsmail, ve Hayva, Sakine, "Sağlık Sektörünün Temel Aktörleri Olan Hastanelerde Rekabet Stratejilerinin Kaliteye Etkisi*"*, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi,* Cilt: 16, Sayı: 2, 2017, ss. 817-835.

Doğan, Ş., Bilge, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi, *V. Anadolu International Conference İn Economics,* 11-13, Mayıs, 2017 Eskişehir, ss. 1-17.

Dursun, Yunus ve Çerçi, Meral, "Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma", *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Sayı: 23, 2004/Temmuz-Aralık, ss. 1-16.

Dülger, Cumhur, *Devlet Bütçesi,* 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, Eskişehir, 2012/1.

Elbek, Osman ve Adaş, Emin, B., "Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme", *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni,* Cilt: 12, Sayı: 1, 2009, ss. 1-94.

Elif, Arslan, Önder, Nihal, T., Kayalı, Serpil, Keskin, Zafer, ve Yiğit, Özgür, , "Kamu Hastanelerinde Branş Bazında Hasta Başı Maliyet Analizi (İstanbul eğitim ve araştırma hastanesi örneği) ", *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 1, 2015, ss, 40-52.

Emek, Uğur, "Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme", *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi,* Cilt: 7, Sayı: 1, 2017, ss. 139-168.

Erdem, Ramazan, "Örgüt Kültürü Tipleri ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Elazığ İl Merkezindeki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma",

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 2, 2007/10, ss. 63-79.

Erdoğan, İrfan, "Tekelleşme, Medya ve Medya Pratikleri", *Toplum ve Hekim,* 2002/11-12, ss. 417-424.

Erdut, Zeki, "Enformel İstihdamın Ekonomik, Sosyal ve Siyasal Etkileri", *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2007/1, ss. 53-82.

Erençin, Arif ve Yolcu, Vesim, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi", *Memleket Siyaset Yönetim*, Cilt: 3, Sayı: 6, 2008/6, ss. 118-136.

Erişkin, Ş., Serap, *Yıllık Kamu Yatırım Programı Tekliflerinin Hazırlanması, Uygulanması ve Raporlanması Süreci,* Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara 2013-12 , ss. 1-116.

Erol, Cengiz, *Kamu Sektöründe Devletin Rolü Kit'ler: Değerlendirme, Öneriler ve Özelleştirme,* Ankara, 1993.

Eryiğit, Burak, H. ve Yörükoğlu, Fuat, "Yerel Yönetimlerde Özelleştirme Yöntemleri ve Hukuksal Altyapı", *Öneri,* Cilt: 10, Sayı: 37, 2012/1, ss. 151-165.

European Commıssıon Directorate General Regional Policy, *"Guide To Cost-Benefit Analysıs Of İnvestment Projects, Structural Funds,* Cohesion Fund And Instrument For Pre-Accession", 2008, pp. 13-250.

European Investment Bank, *The Economic Appraisal Of Investment Projects At The Eıb Projects Directorate*, March 2013, pp. 1-221.

Garrido, Marcial, V., Busse, Reinhard., Nielsen, Camilla P., Kristensen, Finn, B., *Health Technology Assessment and Health Polıcy-Makıngın Europe*, *Observatory Studies Series,* No: 14, United Kingdom, 2008.

Gül, H. Fatma, *Özelleştirmeye Sosyal Destek Programları,* (Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Ankara 2004.

Gülnar, Halil, *Yüksek Hızlı Tren Yatırımlarının Gelir Ortaklığı Senedi İle Finansmanı*, Yıllık Programlar ve Konjonktür Değerlendirme Genel Müdürlüğü, T.C. Kalkınma Bakanlığı, Uzmanlık Tezi, 2016/4.

Gürhan, Nermin ve Üstün, Besti, "Rehabilitasyon Hizmetleri", *Hemşirelik Bülteni*, Cilt: 8, Sayı: 31, 1994, ss. 46-51.

İleri, Hüseyin, "Türkiye'de Özelleştirme", *Dergi Park*, Cilt:1, Sayı: 1, 1998, ss. 149-162.

İlkorkor, Ş., Zehra, "Kamu Yönetiminde Etkinliğin Sağlanmasında Alternatif Bir Model: İhale Yöntemi", *Türk İdare Dergisi,* Sayı: 468, 2010/9, ss. 63-84.

İpek, Ö., Sayan ve Küçük, Aziz, "Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi,* Cilt: 67, Sayı: 1, 2012, ss. 171-203.

İstanbulluoğlu, Hakan, Güleç, Mahir ve Oğur, Recai, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", *Dirim Tıp Gazetesi*, Cilt: 85, Sayı: 2, 2010, ss. 86-99.

Kapar, Recep, "Gelişmiş Ülkelerde Enformel İstihdamın Boyutları", *Dosya (Makale),*ss. 46-52.

Karaca, B. Şükran, *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama* (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma), (Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Aydın 2014.

Karaca, Coşkun, "İlave Mali Alan Oluşturmada Hükümet Politikaları*", Maliye Dergisi,* Sayı: 163, 2012 Temmuz/Aralık, ss. 416-430.

Karan, Anup ve Garg. C, Charu, *"Health and Millennium Development Goal 1: Reducing out-of-pocket expenditures to reduce income poverty - Evidence from India"*, May/2005, pp. 1-25.

Karasu, Koray, "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi,* Cilt: 66, Sayı: 3, 2011, ss. 217-262.

Kıdak, Levent, B., ve Aksaraylı, Mehmet, "Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Cilt: 10, Sayı: 3, 2008, ss. 87-122.

Kılavuz, Emine, "Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri", *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Sayı: 29, 2010/2, ss. 173-192.

Kılıç, Selim ve Eren, Veysel, "Yerel Hizmetlerde Özelleştirmeye Alternatif Bir Yöntem Olarak Rekabet Yaklaşımı", *SBF Dergisi,* Cilt: 61, Sayı: 3, 2006, ss. 73-101.

Kırılmaz, Harun, "Sağlık Sisteminin Sorunları ve Bilgi Teknolojileri", *2. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi/Medical Informatics '05 Turkey Bildiriler/Proceedings,* ss. 90-92.

Kocasoy, Alper, *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı,* (Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Afyonkarahisar 2014.

Koçkaya, Güvenç, "Türkiye Sağlık Politikalarının Katastrofik Harcama Yapan Hanelere Etkisi", *Dergi Park,* Cilt:1, Sayı: 1, 2017, ss. 15-20.

Koçtürk, O., Murat Ve Eker, Meral, "Dünyada ve Türkiye'de Doğrudan Yabancı Sermaye Yatırımları Ve Çok Uluslu Şirketlerin Gelişimi", *Tarım Ekonomisi Dergisi,* Cilt: 18, Sayı: 1, 2012, ss. 35- 42.

Köseoğlu, Mehmet Ali ve Ocak, Saffet, "Misyon İfadelerinde Kullanılan Öğeler İşletmelerin Mülkiyet Yapısına Göre Değişir Mi?: Özel ve Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Araştırma", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* Cilt: 13, Sayı: 1, 2010, ss. 63-82.

Kuşçu, Mehmet, "Yerel Yönetimler ve Sağlık Hizmetleri", *Toplum ve Hekim,* 1993/12, ss. 44-47.

Legatum Instıtute, "The Legatum Prosperity Index", Kasım/2018

Memişoğlu, Dilek ve Durgun, Ayşe, "2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye'de Sağlık Sektörü Üzerine", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Sayı: 3, 2011/1, ss. 81-100.

Mossialos, E. and Dixon, A., (2002a), "Funding Health Care: An Introduction", Mossialos, E. Et al (eds.), *Funding Health Care: Options for Europe,* s.1-30, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

Orkunoğlu, Işıl, F. "Özelleştirme ve Alternatifleri", *Akademik Bakış Dergisi*, Sayı: 22, 2010, ss. 1-22.

Öner, Atilla, M. "Özelleştirilen Firmaların Performansları Türkiye İçin Özelleştirme Modeli Arayışı", 2000/ 10, ss. 1-7.

Ören, Kenan, Acar, Hakan ve Kandemir, Hamza, , "Refah Devleti Paradoksu Olarak Kamuda Taşeron Çalışma Sistem", *HAK-İş Emek ve Toplum Dergisi*, Cilt: 5, Yıl: 5, Sayı: 11, 2016/2, ss. 154-18.

Örnek, İbrahim, "Yabancı Sermaye Akımlarının Yurtiçi Tasarruf Ve Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Örneği", *Ankara Üniversitesi Sbf Dergisi,* Cilt: 63, Sayı: 2, 2008, ss. 199-217.

Özbek, Orkun, "Türkiye'de Özelleştirme: Ekonomik Ve Sosyal Etkileri", *Ar&Ge Bülten*, 2007/ Aralık, Ekonomi, ss.4-9.

Özcan, Ali, *Demokratik ve Katılımcı İlkeler Çerçevesinde Türkiye'de Yerel Yönetimler ve Yeniden Yapılanma Çalışmaları*, (Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Konya 2005.

Özdemir, Murat, "Kamu Yönetiminde Etik", *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi,* Cilt: 4, Sayı: 7, 2008, ss. 179-195.

Özer, M. Akif, "Ekonomi, Siyaset ve Yönetimin Yeniden Yapılandırılması Üzerine", *Kamu-İş,* Cilt: 8, Sayı: 3, 2005.

Öztürk, Serdar ve Uçan, Okyay, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış – Büyüme İlişkisi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 22, Sayı: 1, 2017, ss.139-152.

Öztürk, Zekai, Top, Mehmet, ve Pehlevan, Orhan, "Sağlık Sektöründe Yatırım Projelerinin Değerlendirilmesi", *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi,* Cilt: 1, Sayı: 2, 2015, ss. 18-38.

Özyılmaz, Ahmet, F.,*Bilişim Sistemleri, Sağlıkta Bilişim Sistemleri ve Performans,* (Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), İstanbul 2014.

Papatya, Gürcan, Papatya, Nurhan ve Hamşıoğlu, A., Buğra, "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma", *Sosyal Bilimler,* Cilt: 2, Sayı: 1, 2012/1, ss. 87-108.

Payzun, Ahmet ve Dineri, Çağla, "Türkiye'de Ailelerin Refah Düzeyi", *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, Cilt: 7, Sayı: 26, 2011, ss. 117-130.

Perktaş, Erkan, "Bölgesel Kalkınma Özelinde Girişimciliğin Ekonomik Kalkınma Sürecindeki Rolü", *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi,* Yıl: 2, Sayı: 7, 2014/12, ss. 472-486.

Pişkin, Bilal, *Sağlık Sistemleri İçerisinde Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Türkiye,* (Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi) Edirne 2017.

Price water house Coopers, *"HealthCast 2020:Creating a Sustainable Future"*, Price water house Coopers' Health Research Institute, 2005, ss. 1-56.

Ready, F. Nihan D., Örnek, Mustafa, Barkan, Onur, B., Gözlü, Mehmet, *Kamu Hastane Birlikleri (Saha Araştırması),* Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Sağlık-Sen Yayınları 31, Sasam Enstitüsü 2015/11 Ankara, ss. 24-54.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası, "Aile Hekimliği Ticarethanesinde Sözleşmeli Köle Olmak İstemiyoruz", *Ses Dergisi Eki, 2008,* ss. 1-33.

Saltık, Ahmet, "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", *Toplum ve Hekim*, Cilt: 10, Sayı: 68, 1995, ss.38-44.

Saraçoğlu, Sıtkıcan ve Öztürk, Fahriye, "Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama", *İş ve Hayat*, Cilt: 2, Sayı: 4, 2016, ss. 293-342.

Saraçoğlu, Sıtkıcan, *Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talep Analizi: Türkiye Örneği,* (Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Ankara 2014.

Sargutan, A., Erdal, "Sağlık Teknolojisi Yönetimi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* Cilt: 8, Sayı: 1, 2005, ss. 114-141.

Sarısoy, İdris, "Farklı Bir Özelleştirme Önerisi: Gayrimenkul Sermaye İradı Vergileme Sürecinin Özelleştirilmesi", *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Cilt: 40, Sayı: 1, 2018, ss. 69-100.

Sayım, Ferhat ve Orhan, Tarık, "Sağlık Bakanlığı Web Tabanlı Merkezi Muhasebe Kayıt ve İstatistik Modüllerinin Hastanelerde Kurumsal Yönetim İşlevleri Açısından Değerlendirmesi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Cilt: 16, Sayı: 1, 2011, ss. 185-204.

Sayım, Ferhat, "Devletin Sağlık Finansmanını Üstlenme Nedenleri", *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, Sayı: 15-1, 2015, ss. 13-21.

Selvi, Murat, S. "Özel Hastanelerde İşletmecilik Sorunları: Tekirdağ/ Süleymanpaşa Merkez İlçesinde Bir Örnek Olay İncelemesi", *Sosyal Bilimler Metinleri,* No: 3, 2014, ss. 1-23.

Sertlek, Tufan, "Saglık Hizmetleri ve Taşeronlaştırma", *Toplum ve Hekim,* Cilt: 23. Sayı: 4, 2008/7-8, ss. 309-312.

Sezgin, Şennur, "Piyasa Ekonomisinin Şartları Ve Özelleştirme", *Akademik İncelemeler Dergisi,* Cilt:5, Sayı: 2, 2010, ss. 154-171.

Somunoğlu, Sinem, vd.,*Sağlık Kurumları Yönetimi I,* 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, Eskişehir 2012/7.

Şahin, Yeşim, E. "Sosyal Devlet ve Yönetimci Devletin Kamu Politikalarında Yaşanan Değişim: IV. ve IX. Kalkınma Planları Örnekleri", *Tematik Yazılar, Toplum ve Demokrasi*, Cilt: 3, Sayı: 5, 2009, ss. 57-72.

Şen, A. Ahu, *Özelleştirme Sürecindeki TEDAŞ'ın (Türkiye Elektrik Dağıtım Anonim Şirketi) Yeniden Yapılandırılması,* (Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Afyonkarahisar 2007.

Şentürk, Mehmet ve Kaya, Ferudun, "Hastanelerin Performans Uygulamalarında Çalışanların Memnuniyetini Etkileyen Faktörler", *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Cilt: 17, Sayı: 3, 2017, ss. 145-174.

T.C Kalkınma Bakanlığı, *Kamu Özel İşbirliği Raporu,* Mayıs/2018.

T.C Sağlık Bakanlığı, *İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Raporu,* Ankara 2008/8, ss. 9-138.

T.C. Kalkınma Bakanlığı, *2016 Yılı Programı Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar,* 2016/1.

T.C. Kalkınma Bakanlığı,*2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu,* Ankara 2014.

T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, *Sağlık Hizmetleri ve Personel Yönetimi,* Ankara 2015.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *2018 Yılı Bütçe Sunumu TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu,* 14 Kasım 2017.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Gösterge Yönetim Rehberi,* 1. Baskı, Ankara 2015/7.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı,* 1. Baskı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2002/11–2007/6.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010,* Ankara 2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009,* Ankara 2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008,* Ankara 2010.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016,* Ankara 2017.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015,* Ankara 2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014,* Ankara 2015.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013,* Ankara 2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012,* Ankara 2013.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011,* Ankara 2012.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017,* Ankara 2018.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni,* Sayı: 5, 29 Eylül 2017.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri 2016 Rehberi (Sağlık Tesisleri),* Ankara 2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Kalite Standartları Evde Sağlık,* 1. Baskı, Ankara 2017/1.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Yeni Türkiye'nin Sağlık Vizyonu*, SASDER, 7 Kasım 2014, ss. 3-38.

Tandırcıoğlu, Haluk, "Geçiş Ekonomilerinde Özelleştirme", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Cilt: 4, Sayı: 3, 2002, ss. 198-226.

Tatar, Fahreddin, "Özelleştirme Ve Sağlık Hizmetleri: Teori ve Uygulama", *Amme İdaresi Dergisi,* Cilt: 30, Sayı: 2, 1997/6, ss. 73-89.

TDB, "2018 Yılı Diş Hekimlerinin Uygulayacağı Fiyat Tarifesi*",* 2018, ss. 1-6.

TDB, "*Türk Diş Hekimleri Birliği Diş Hekimliği Tanıtım Rehberi",* Ocak/2008, ss. 1-20.

Tıraş, Hacı, H., "Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme", *Kahramanmaraş Sütçü Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 2, 2013, ss. 125-152.

TOOB, *"Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış",* Aralık/2017, ss. 1-69.

Toraman, Cengiz ve Sönmez, Adem, R. "Çalışma Sermayesi Ve Karlılık Arasındaki İlişki: Perakende Ticaret Sektörü Üzerine Bir Uygulama", *Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (Erzsosde), Cilt: 8, sayı: 1, 2015, ss. 15-24.

TTB, Türk Tabipleri Birliği Özel Hekimlik Kolu, *"Özel Sektörde Çalışma ve Ücretlendirme Biçimleri",* Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, Mayıs/2018.

Tuncer, İsmail ve Yüksel, Cihan, *Kamu Harcamalarının Ekonomik Analizi: Kamu Ekonomisi,* Bursa, 2011.

TÜİK, *Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamaları*, 2015, ss. 1-11.

Tümer, Ebru, Ö.,*Türkiye'de Özelleştirmenin Ücret ve İstihdam Üzerindeki Etkisi,* (Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Ankara 2004.

Ulusoy, Ahmet ve Yılmaz, Hikmet, "Özelleştirme, Türkiye'de Çay Sektörü ve ÇAYKUR Üzerine Bir Değerlendirme", *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Cilt:17, Sayı: 3, 2017, ss. 1-21.

Unutmaz, Ergun, T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, *Makroekonomik Göstergelerle Bütçe Büyüklükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu*, Ankara 2008/9, ss. 1-154.

Usul, Hayrettin ve Kocabıyık, Turan, "Kurumsal Yatırımcıların Hisse Senedi Seçiminde Göz önünde Bulundurduğu Etmenlerin Faktör Analiziyle İncelenmesi: Türkiye Örneği", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* Cilt: 15, Sayı: 3, 2010, ss.63-78.

Uydacı, Mert ve Özkan, Şirin, "Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynaklarının İncelenmesi", *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi,* Cilt: 11, Sayı: 44, ss. 221-238.

World Bank Group, *World Bank Group Support To Health Financing,* July 2014, pp. 1-46.

Yalınpala, Jale, *Kamu Açıkları Finansmanı, Ekonomik Etkileri ve Türkiye'de 1980-1995 Dönemi Kamu Açığı Finansmanının Özel Tüketim Ve*

Yatırım Harcamaları Üzerindeki Etkisi İle İlgili Bir Çalışma, (Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi), İstanbul 1997.

YASED, "*Türkiye Sağlık Sektörü Raporu:* Sürdürülebilir ve kaliteli bir sağlık sektörü için genel bakış ve potansiyel iyileştirme alanları *",* Haziran/2012.

Yaylalı, Muammer, Kaynak, Selahattin Ve Karaca, Zeynep, "Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma", *Ege Akademik Bakış,* Cilt: 12, Sayı: 4, 2012/10, ss. 563-573.

Yenimahalleli, Y.,Gülbiye, *Sağlığın Finansmanı Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi,* (Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi), Ankara 2007.

Yereli, Ahmet, B., Köktaş, Altuğ, M., ve Selçuk, Işıl, Ş., "Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler", *Sosyo ekonomi,* 2014/2, ss. 274-296.

Yıldırım, Hasan, H.,*Sağlık Sigortacılığı,* 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, Eskişehir 2012/ 6.

Yiğit, Arzu ve Erdem, Ramazan, "Sağlık Teknolojisi Değerlendirme: Kavramsal Bir Çerçeve", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Sayı: 23, 2016/1, ss. 215-249.

Yorgun, Aydın, *Tarımda Doğrudan Ödemeler yönündeki Politika Değişikliğinin Çukurova Bölgesi Ürün Karlılıkları ve İşletme Gelirleri Üzerine Etkisi,* (Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Adana 2006.

Yurdadoğ, Volkan, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi", *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Cilt: 16, Sayı: 1, 2007, ss. 591-610.

Yurdakul, Cemil*, Kit'ler ve Özelleştirme: DHMİ Örneği,* (Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), İstanbul 2010.

Yüksel, Cihan, *Dışsallıklarda Kamusal Çözümler: Türkiye Uygulaması,* (Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Adana 2006.

Internet Kaynakları

http://www.Resmigazete.Gov.Tr/, Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun, Sayı: 22124, 24.11.1994.

http://www.Resmigazete.Gov.Tr/, Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Sayı: 29399, 27.06.2015.

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri, (21.02.2019).

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 (21.02.2019 tarihinde erişildi).

https://kalite.saglik.gov.tr//TR,8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html,, (tarihinde erişildi 19.02.2018).

https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html, (tarihinde erişildi 19.02.2018).

https://muhasebat.hmb.gov.tr/genel-yonetim-butce-istatistikleri/genel-yonetim-butce-istatistikleri-yeni, (22.11.2018 tarihinde erişildi).

https://muhasebat.hmb.gov.tr/genel-yonetim-butce-istatistikleri/genel-yonetim-butce-istatistikleri-yeni, (22.11.2018 tarihinde erişildi).

https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/, (21.02.2019 tarihinde erişildi).

https://sygm.saglik.gov.tr/TR,28696/yatirimlar.html,(07.05.2019 tarihinde erişildi).

https://tig.saglik.gov.tr/TR,26173/kamu-saglik-hizmetleri-fiyat-tarifesi-guncellenmistir.html, (21.02.2019 tarihinde erişildi).

https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html, (25.02.2019 tarihinde erişildi).

https://www.bumko.gov.tr/TR,4461/butce-gider-gelir-gerceklesmeleri-1924-2018.html, (07.05.2019 tarihinde erişildi).

https://www.oib.gov.tr/, (13.02.2018 tarihinde erişildi).

https://www.prosperity.com/rankings, (21.02.2019 tarihinde erişildi).

https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistikyilliklari.html,(21.02.2019).

TBMM, *Bursa Milletvekili İsmet Büyükataman'ın 7/20489 esas numaralı soru önergesine verilen cevap,* 2013, Web: http://www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7- 20489sgc.pdf, adresinden, 02.03 2018 tarihinde erişildi.

TBMM, *İzmir Milletvekili Alaattin Yüksel'in Sağlık Bakanlığı Bünyesindeki Hastane Sayısına İlişkin 7/36362 sayılı soru önergesi cevabı, 2013*, Web: www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7-36362s.pdf, adresinden, 02.03.2018 tarihinde erişildi.

TBMM, *Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, 2007,* Web: www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf, adresinden 02.03.2018 tarihinde erişildi.

TBMM, *Giresun Milletvekili Murat Özkan'ın 7/6931 sayılı soru önergesine verilen cevap,* 2009, Web: http://www2.tbmm.gov.tr/d23/7/7-6931sgc.pdf, adresinden, 02.03.2018 tarihinde erişildi.

Yanardağ, Özgür ve Süslü, Bora, https://www.mevzuatdergisi.com/2002/07a/01.htm, "Türkiye'de Özelleştirmelerin Nedenleri ve Uygulamaları" (21.02.2019 tarihinde erişildi).