



SASAM[®]
ENSTİTÜSÜ

ANALİZ
NİSAN 2015

ÜÇÜNCÜ YILINDA KAMU HASTANE BİRLİKLERİ



SASAM[®]
ENSTİTÜSÜ

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
Sağlık-Sen Strategic Research Centre

ÜÇÜNCÜ YILINDA KAMU HASTANE BİRLİKLERİ

GÜÇLÜ YANLAR... ZAYIF YANLAR... FIRSATLAR... TEHDİTLER...

YAZARLAR

Mehmet GÖZLÜ
Mustafa ÖRNEK
Onur Burak BARKAN

GİRİŞ

Sağlıkta Dönüşüm politikalarının en radikal uygulamalarından birisi olan Kamu Hastane Birlikleri modeli 3 yılı geride bırakmasına rağmen tartışmalar bitmek bilmiyor. Bakanlığın teşkilat yapısını kökten değiştiren 663 Sayılı KHK 2011 yılında sosyal tarafların görüşüne ve tartışmasına sunulmadan çıkartılmıştı. Bu usul Türkiye'nin kamu hizmeti sunan en büyük ikinci devlet kurumunda çalışanlar tarafından kaygı ve tepkiyle karşılanmıştı.

Yetkili Sendika Sağlık Sen, çalışanların çalışma koşulları ve gelir dağılımı adaleti için dönüşümün bir fırsat olarak kullanılmamış olmasını sistemin başarısında en büyük tehdit olacağını KHK düzenlemesinin ortaya çıktığı ilk günlerde ilan etmişti. Tepkilerin devam etmesi üzerine Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanlarının

dönüşümü neden sahiplenmediği konusunu araştırdı ve elde ettiği sonuçlar üzerinden bugünde devam ettiği üzere sahayı ikna amaçlı stratejiler yürütmeye başladı.

Sağlık Sen, 2014 yılında Kamu Hastane Birlikleri yöneticileri ve çalışanlarının KHB modeline inançlarını ölçme amaçlı bir saha araştırması gerçekleştirdi. Araştırmaya, Amasya, Ankara, Artvin, Bayburt, Bolu, Burdur, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, Isparta, Kahramanmaraş, Karaman, Kırıkale, Kırşehir, Kütahya, Malatya, Manisa, Mersin, Muğla, Nevşehir, Niğde, Ordu, Samsun, Siirt, Sivas, Tekirdağ, Trabzon, Tunceli, Yozgat ve Zonguldak olmak üzere 32 ilde değişik görevlerde bulunan 641 yönetici ve 1373 çalışan katıldı.

Araştırma sonuçları, Bakanlığın çalışanlarda dönüşüme inancı güçlendiremediğini ortaya koydu. Sağlık çalışanları, ‘insani standartların üzerinde olan mevcut iş yükümüz daha da arttı’, ‘Maliyetin öncelendiği yönetim anlayışının baskısını hissettik’ ve ‘Çalışan memnuniyeti önemsenmedi’ gibi kanaatlerini net olarak ifade ettiler.

Araştırmaya katılan yöneticilerin çoğunluğu ise KHB modeline geçişin doğru olduğunu belirttiler. Ancak yöneticilerin neredeyse tamamı, uygulamada dönüşümün ruhuna uymayan yanlışlardan ve eksikliklerden şikâyet ettiler.

Sağlık Bakanlığı, 2014 yılı sonu itibariyle yönetici sözleşmelerini yeniledi. Sağlık Bakanlığı’nın karnesi en iyi olan illerin genel sekreterleriyle sözleşme yenilememesi dikkat çekti. Bakanlı-

ğın tutumu, KHB modelinin kurgusunda öne sürülen, profesyonel ve şeffaf yönetim, üretim ve kaynak verimliliği, kalite gibi ilkelerin uygulamadaki belirleyiciliğine inancı zayıflattı.

Sağlık-Sen’in kısa süre önce tamamlanan araştırması ve Kamu Hastane Birliklerinde 2015 yılı itibariyle başlayan yeni dönem, SASAM Analiz’in ilk sayısını bu konuya ayırmamıza neden oldu.

Bu çalışma kapsamında Türkiye’de sağlık hizmeti üretiminin yüzde 70’ini gerçekleştiren Kamu Hastane Birliklerinin geçmiş serüvenini ve geleceğini, Sağlık Sen’in saha araştırmasının sonuçları ve analiz ekibinin elde ettiği uzman görüşleri ışığında ve KHB modeline panoramik bir bakışla irdelemeyi ve sistemi başarıya taşıyacak öneriler sunmayı amaçlıyoruz.

KAMU HASTANE BİRLİKLERİNİN TARİHSEL ARKA PLANI

2 Kasım 2011 Tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Türkiye Sağlık Sisteminde önemli bir reorganizasyona gidilmiştir. Bu yapılandırma günümüzde yeni bir uygulama olarak gözükse de aslında bu yöndeki çalışmaların yaklaşık 40 yıl öncesinde başlatıldığı belirtilebilir. O dönemlerde küreselleşmenin ve uluslararası kuruluşların da etkisiyle diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de sağlık reformu çalışmalarının başladığı gözükmemektedir.

Sağlık reformu kapsamında ele alınan konulardan birisi sağlık sistemlerinin aynası olarak belirtilebilen hastaneler olmuştur. Kamu hastanelerinin kaynaklarını daha verimli kullanması, daha iyi yönetilmesi ve vatandaşlarını hastanelere erişimlerinin artırılması bu dönemde öne

çıkın gerekçeler olmuştur. Bu gerekçelerden yola çıkılarak kamu hastaneleriyle ilgili reform çalışmaları başlatılmıştır.

Günümüzde uygulanan Kamu Hastane Birlikleri modelinin temeli sayılan ilk ifadeler 15.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 5. maddesinde yer alan sağlık kuruluşlarının “kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmesine” dönüştürülmesi hükmüne dayandırılmaktadır. Bu düzenlemeden sonra 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)¹ tarafından hazırlanan “Sağlık Sektörü Master Etüd Planı Çalışması”nda kamu hastanelerinin il seviyesinde kurulacak Yerel Sağlık İdaresine bağlı olarak hizmet verebileceği veya piyasa yönlü yeniden organize edilebileceği gibi birkaç stratejik seçenek sunulmuştur. 1992 yılında birinci ve 1993 yılında II. Ulusal Sağ-

¹Günümüzde Kalkınma Bakanlığı olarak hizmet vermektedir.



lık Kongresi organize edilerek sağlık sektöründe birtakım yeniden yapılanma ve düzenleme planlaması yapılmıştır. Yine DPT tarafından 5. ve 6. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında hastanelerin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi amacıyla düzenleme yapılmasına yer verilmiştir. 7. ve 8. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında ise net bir şekilde hastanelerin idari ve mali yönden özerkleştirilerek çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışına göre yönetilmesi ve verilen hizmetlerin yüksek kaliteli, verimli ve bireylerin erişebileceği şekilde yeniden yapılandırılması öngörülmüştür. 9. Beş Yıllık Kalkınma Planında ise hastanelerin finansmanın ve sunumunun birbirinden ayrılarak bir ölçüde düzenleme yapıldığı ancak özerkleşme ihtiyacının devam ettiği belirtilmektedir. 1987-2002 yılları arasındaki 15 yılda sağlık sistemleri ve kamu hastaneleri ile ilgili ortaya konulan bu yöndeki reform hareketleri, ekonomik ve politik yönden destek bulamaması, bazı düzenlemelerin yasal zemine uygun olmaması ve bu

reform çalışmalarının iyi yönetilememesi gibi birçok sebep nedeniyle gerçekleştirilememiştir.

2002 yılında yapılan genel seçimlerle Adalet ve Kalkınma Partisinin tek parti ile hükümet kurma yetkisi kazanmasıyla oluşan uygun zeminin de etkisiyle kamu tarafından yürütülen sektörlerle ilgili yapılması gereken düzenlemeler 03 Ocak 2003 tarihinde yayınlanan 58. Hükümet Acil Eylem Planı'nda (AEP) kapsamlı bir şekilde yeniden ele alındığı görülmektedir. Bu planda kamu hastaneleriyle ilgili düzenleme "Sağlıklı Toplum" alt başlığı içinde yer alan "Hastaneler idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacak" hükmüyle kendine yer bulmuştur. 2003 yılında AEP ile ortaya konulan sağlık sisteminin sorunlarının çözümüne yönelik eylemler "Sağlıkta Dönüşüm Programı" projesiyle uygulamaya geçirildiğinden kamu hastaneleriyle ilgili düzenleme dönüşüm programının temel bileşenlerinden birisi olmuştur. Bu bileşenle hastanelerin idari ve mali

özerkliğe sahip sağlık işletmesine dönüştürüleceği ifade edilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının birçok bileşeni daha kısa sürede gerçekleşmesine rağmen kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özerkleştirilmesine yönelik bileşen 2 Kasım 2011 Tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile gerçekleştirilebilmiştir.

663 SAYILI SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME VE KAMU HASTANE BİRLİKLERİ MODELİ

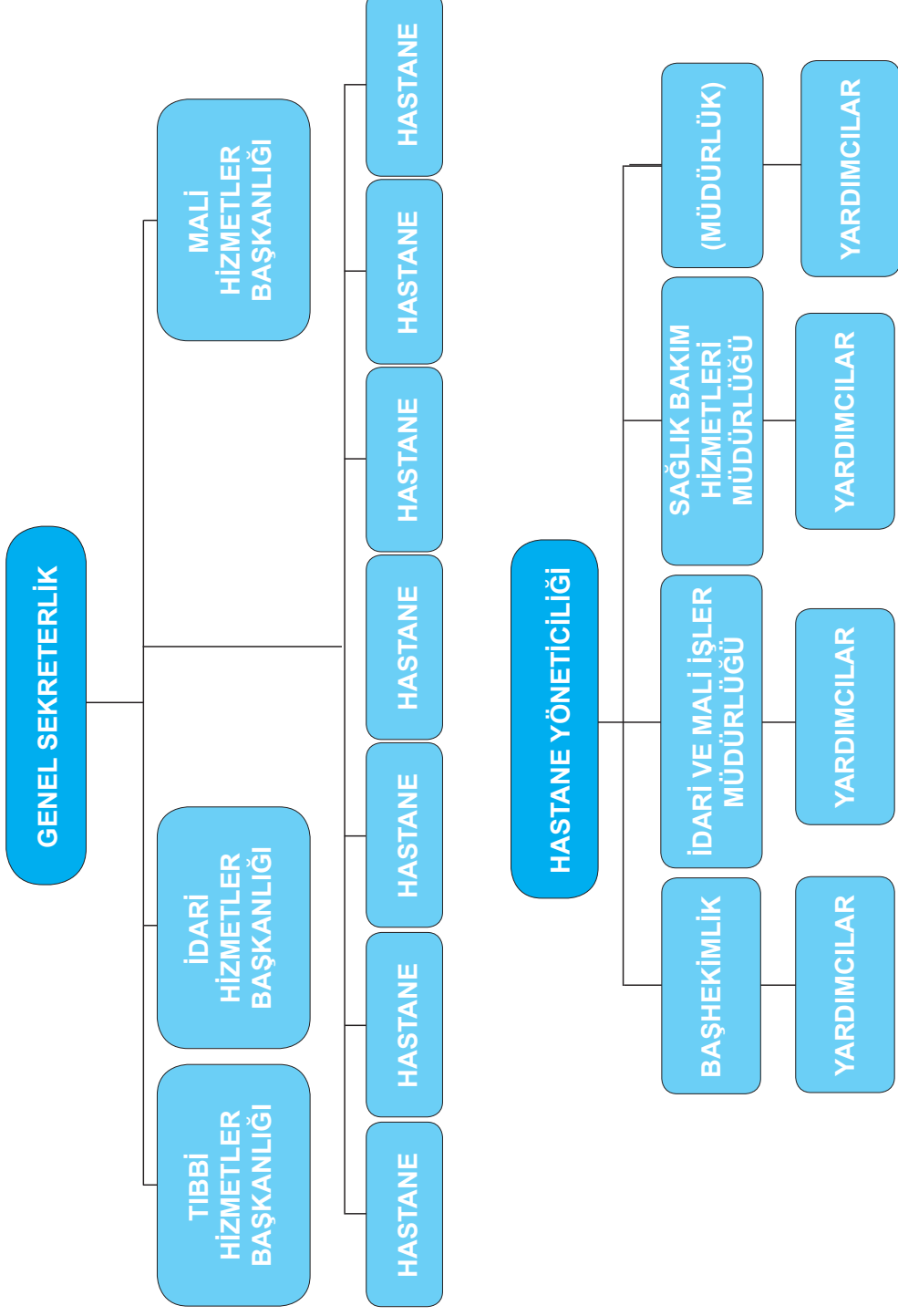
663 SAYILI SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME VE KAMU HASTANE BİRLİKLERİ MODELİ



1980 yılından bu yana yapılan sağlık sektörüyle ilgili analizlerde sağlık hizmetlerinin planlamasından ve denetlemesinden, finansmanından ve sunumundan sorumlu kuruluşların

birbirinden ayrılması gerektiği belirtilmektedir. Güçler ayrılığı olarak bilinen bu ilke, Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkelerinden birisi olarak benimsenerek Sağlık Bakanlığı'nın

Şekil 2. 663 Sayılı KHK ile Oluşturulan Genel Sekreterlik ve Hastanelerin Teşkilat Şeması



planlayıcı ve denetleyici bir konuma taşınması, herkesi tek sosyal güvenlik çatısı altına alan genel sağlık sigortasının oluşturulması ve hastanelerin idari ve mali yönden özerk sağlık kuruluşlarına dönüştürülmesi SDP’de temel bileşen olarak belirlenmiştir. Bilindiği üzere Sosyal Sigortalar Kurumu bünyesinde hizmet veren hastaneler 2005 yılında çok kısa bir süre içerisinde Sağlık Bakanlığı’na devredilmişti. Ardından 2006 yılında Genel Sağlık Sigortası kabul edilerek vatandaşların sahip olduğu sosyal güvenceler tek çatı altında birleştirilmiş, böylece sağlık hizmetinin finansmanı ayrılmıştı. Sağlık Bakanlığı’nın planlayan ve denetleyen bir yapıya kavuşturulması ve hastanelerin idari ve mali yönden özerkleştirilmesi için de 2 Kasım 2011 Tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK kabul edilmişti. Şekil 1’de görüleceği üzere, bu kararname ile Sağlık Bakanlığı acil sağlık hizmetleri dışında sağlık hizmetlerinin sunumundan elini çekmiş, koruyucu sağlık hizmetlerini Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’na, tedavi edici sağlık hizmetlerini ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na devrederek bu kurumların bağlı kuruluş statüsünde hizmet vermesi öngörülmüştür.

Kamu hastanelerinde yerinden yönetim (desantralizasyon) ilkesine uygun olarak, sorumlu oldukları bölgelere göre planlama yapabilmesi, vatandaşların sağlık hizmetlerinden beklentile-

rini esnek bir şekilde karşılayabilmesi ve kaynakları etkin yönetebilmesini sağlamak amacıyla Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı il düzeyinde toplam 87 genel sekreterlik oluşturulmuştur. Şekil 2’de genel sekreterliklerin ve hastanelerin yeni teşkilat şeması verilmiştir. Daha önceki organizasyon şeması matris örgüt yapısı olarak bilinen iki başlı yönetim (başhekim ve hastane müdürlüğü) yapısına göre düzenlenmekteyken yapılan bu yeni düzenlemede hastanelerde bulunan ana hizmet fonksiyonlarına göre bir organizasyon yapısının söz konusu olduğu görülmektedir.

Hastanelerde organizasyon yapısının yanında yabancı hekim ve hemşire çalıştırılması, sağlık personelinin meslekten geçici veya sürekli men edilmesi, yöneticilerin sözleşmeli statüde istihdam edilmesi yönünde düzenlemeler yapılmıştır. Bu yeni uygulamalar sağlık personeli üzerinde bir belirsizliğe yol açmış ve yeni sistemle ilgili endişe duymalarına sebep olmuştur. Bu endişelerin ve belirsizliklerin giderilmesi amacıyla sağlık alanında yetkili sendika olarak önemli bir paydaş olan Sağlık-Sen konuyu geniş bir açıdan ele alarak, öncelikle Kamu Hastane Birliklerinin SWOT analizini uzman görüşleri ışığında gerçekleştirmiş, ardından “Kamu Hastanelerinin Yönetici ve Çalışan Gözüyle Değerlendirilmesi” başlıklı bir çalışma başlatarak yeni sistemle ilgili çarpıcı sonuçlara ulaşmıştır.

KAMU HASTANE BİRLİKLERİNE PANORAMİK BİR BAKIŞ

(Kamu Hastane Birliklerinin SWOT Analizi ve Kamu Hastane Birliklerinin Yönetici ve Çalışan Gözüyle Değerlendirilmesi)



1980 askeri darbesinden sonra kurulan hükümetin ilk icraatlarından birisi olan 181 Sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname o günkü şartlara göre düzenlenmişti. O zamandan bu yana değişen koşullar, bilgi sisteminde meydana gelen hızlı değişimler, yönetim anlayışının değişmesi ve küreselleşmenin etkisi sağlık sektöründe bir değişikliği gerekli kılmaktaydı. Bu gereklilikler ekseninde Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ve has-

tanelerin idari ve mali özerkleştirilmesiyle ilgili düzenleme 2011 yılında yürürlüğe giren 663 Sayılı KHK ile gerçekleştirilmiştir. Şüphesiz tasarı açısından yerinde ve gerekli olan bu düzenleme uygulamadaki bazı eksiklikler nedeni ile bir takım sorunları da beraberinde getirmiştir. Bu düzenlemenin güçlü ve zayıf yanlarını ortaya koymak ve karşılaşılabilecek tehditleri ve fırsatları belirlemek amacıyla genel yetkili sendika olan Sağlık-Sen konu hakkında uzmanlarla görüşerek SWOT analizini gerçekleştirmiştir.

GÜÇLÜ YANLAR

- Merkez teşkilatının yeniden yapılandırılması ve bağlı kuruluşların oluşturulması profesyonel yöneticiler aracılığı ile insan gücü ve mali kaynakların; daha etkili kullanılmasını ve hizmetin; daha verimli, kaliteli ve etkili sunulmasını, karar alma sürecinin hızlanmasını sağlamaktadır.
- Hem merkez hem de taşra teşkilatının uzman yöneticiler tarafından yönetilmesine imkân tanımaktadır.
- Sağlık Bakanlığı'nın üzerindeki hizmetin sunulması sorumluluğu kaldırılmıştır. Bu sayede Bakanlık, stratejik planlama, politika geliştirme, denetleme ve düzenleme kapasitesini ve kabiliyetini artırmış ve düzenlemelerin ve denetlemelerinin profesyonelce yapılmasını sağlamıştır.
- Kamu hastanelerinde etkililiği ve verimliliği sağlamak için performans dayalı yönetim modeli merkez tarafından karne ile takip edilmektedir. Kurumsal ve bireysel performans değerlendirme hedeflerin belirlenmesi ve hedeflere ulaşılması için önemli bir gereklilik olmuştur.
- Taşra teşkilatının yerinden yönetilmesi yerel ihtiyaçlara göre tıbbi, mali ve insan kaynağı açısından planlamanın daha etkin ve verimli yapılmasına olanak tanımaktadır.
- Genel sekreterliğe bağlı hastanelerin ihtiyaç-

larının ölçek ekonomisi çerçevesinde toplu bir şekilde alınması, malzemelerin daha ucuz ve daha kaliteli alınmasına olanak tanımaktadır.

- Yöneticilerin sözleşmeli istihdam edilmesi, daha kaliteli ve etkin bir yönetim tarzı sergilenmesi yönünde yöneticileri başarıya yönlendirmektedir. Sözleşmeli yöneticinin kendisi için belirlenmiş hedeflere ulaşamaması durumunda yöneticiliğinin sona ereceğini bilmesi yöneticiyi başarı açısından güdülemektedir.
- Sağlık serbest bölgelerinin oluşturulması ile Türkiye sağlık alanında önde gelen ülkeler arasına olacaktır. Yabancı sermayenin de yardımı ile ileri düzey tıbbi teknolojik cihazların Türkiye'de yer alması söz konusu olacaktır. Bu gelişmeler sağlık turizmini önemli ölçüde geliştirerek Türkiye'nin sağlık alanında önemli bir cazibe merkezi olmasını sağlayacaktır.
- Halk Sağlığı Kurumunu Sağlık Bakanlığından ayrılarak bağlı kuruluş statüsünün alınması koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde planlanması ve uygulanması, halkın sağlığının geliştirici düzenlemelerin yapılması açısından yerinde olmuştur.
- Kamu hastaneler kurumunun bağlı kuruluş statüsünde özerk hale getirilmesi insan kaynağı ve mali kaynakların büyük bir kısmını oluşturan hastanelerin daha etkin ve verimli yönetilmesine olanak tanımıştır.

ZAYIF YANLAR

- Kurum faaliyetine ilişkin mevzuat olarak sadece 663 Sayılı KHK'nın çıkarılması ve destekleyici düzenlemelerin yapılmaması, görev tanımlarının açık bir şekilde anlaşılmasına

yol açmış ve bu nedenle hedeflenen yönetim şekli oluşturulamamıştır. Özellikle başhekim-hastane yöneticisi ve müdürler arasındaki görev tanımı karmaşası verimi azaltmıştır.

- Sağlık hizmetlerinin taşra teşkilatlarının il sağlık müdürlüğü, il halk sağlığı müdürlüğü ve genel sekreterliklerce yürütülmesi bir uyum ve iletişim sorununa yol açmaktadır. Bu konuda il sağlık müdürlükleri yasada belirtilen koordine edici görevini tam olarak yerine getirememektedir. Bakanlık il sağlık müdürlerine “koordinatör”, genel sekreterleri “mali ve insan kaynağı açısından söz sahibi”, halk sağlığı müdürlerine de “temel ve stratejik sağlık hizmetlerinin yönetici gücü” gibi tanımlar getirerek yetki karmaşasının kaynağı olmaktadır.
- İllerdeki üçlü yönetim yapısıyla özellikle taşrada atıl yönetici sayısı artmış ve neticede insan kaynağının, kapasitesinin altında hizmet vermesine yol açmıştır.
- Taşra teşkilatlarındaki yöneticilerin ve çalışanların farklı yöntemlerle istihdam edilmesi bir kargaşa ortaya çıkarmaktadır. Genel sekreterin ve genel sekreterlikteki tüm yöneticilerin sözleşmeli, il sağlık ve halk sağlığı müdürlerinin ve yöneticilerinin atanmış olması mali ve özlük haklarında farklılığa yol açmakta bu da verimi azaltmaktadır.
- Sorumlulukları ve yetkileri aynı olmasına rağmen aynı makama istihdam edilmiş farklı unvanlardaki kişilerin farklı mali ve özlük haklara sahip olması çalışma barışını zedelemekte, etkinliği ve verimliliği azaltmaktadır. Örneğin uzman hekim olan bir genel sekreter sağlık yönetimi profesöründen daha fazla ücret almaktadır.
- Merkez ve taşra teşkilatında yeni kurumların kurulmasına rağmen mevcut fiziksel imkânların (bina, sosyal alan vb.) ve insan gücünün nitelik ve nicelik olarak yetersiz olması veya dengesiz dağıtılması beklenen faydayı sağlayamamıştır.
- Yöneticilerin sözleşme sürelerinin kısa olması ve sözleşmeyi yenileme zorunluluğu; sözleşme

döneminin 1 yılını oryantasyon ile, 6 ayını gerçekten alanı ile yoğunlaşarak, son 6 ayının da yeni sözleşme dönemi ile ilgili hazırlık yaparak geçirmesine neden olmakta bu durum da verimliliği azaltmaktadır.

- Çalışanların ve yöneticilerin sözleşme ile istihdam edilmesi, personelin iş güvencesi ile ilgili endişelenmesine yol açmaktadır. Sistemde personelin iş güvencesi ile ilgili herhangi bir tehdit görünmese de yöneticiler üzerindeki sözleşme baskısı bazen mali ve işgücü kararları açısından çalışanlara yansımaktadır. Bu durum şiddet ve mobingi artırma potansiyelini beraberinde getirmiştir.

- Çalışanların gelecek endişelerinin olması çalışanlar üzerinde strese yol açmaktadır ve buna bağlı olarak işgücü kayıpları olmaktadır.

- Yöneticilerin ve çalışanların performansına göre denetlenmesi ve buna bağlı olarak insan kaynağı sirkülasyonunun yüksek olması kurumsal kültürün oluşmamasına yol açmakta ve bu durum yöneticilerin ve kurumların etkinlik ve verimliliğini düşürmektedir.

- Personel sayısının yetersiz olması sağlık hizmeti talebini karşılamada sorun çıkarmaktadır ve personelin işyükünü artırmaktadır.

- Yönetici ve çalışanların sistemle ilgili tam olarak bilgilendirilmemesi değişikliklere uyum sağlamada zorluklar ortaya çıkarmaktadır.

- Yöneticilerin eşgüdümlü ekip anlayışı içinde çalışması yerine rekabetçi bir çalışma anlayışının oluşması çalışanların ve hastaların memnuniyetine olumsuz olarak yansımaktadır.

- Sağlık serbest bölgeleriyle ilgili iyi bir planlama yapılmadığı takdirde kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması mümkün görünmemektedir. Aynı zamanda bölgelere

yapılacak yatırımların iyi yönetilememesi durumunda beklenen fayda sağlanılamayabilir.

- Genel sekreterlik sistemi özellikle hastanelerin acil mal ve hizmet ihtiyaçlarının karşılanmasında ihale süreciyle ilgili genel sekreterlikle yazışma bürokrasisinin artması nedeniyle sıkıntılar artmakta ve sağlık hizmetleri kesintiye uğramaktadır.

- Genel sekreterlikler kuruma ve kurumun ilgili birimlerine ulaşmada, teknik ve idari destek almada sıkıntı yaşamaktadır.

- 663 Sayılı KHK ile idari mekanizmaların sadeleştirilmesi amaçlanmaktayken yeni yönetim alanlarının oluşturulması bürokrasiyi ve yönetim maliyetlerini arttırmıştır.

- Kurumların bağlı statüye alınarak ayrılması, insan kaynağının bu kurumlar arasında geçişini katı kurallara bağlamış, bu durum da çalışanları mağdur etmiştir.

FIRSATLAR

- Kurumlar arası yapılanmanın ve görevlerin net olarak tanımlanması ile her kurum üzerine düşen görevi yerine getirirse kurumlar çağdaş yönetim anlayışına göre yönetilebilir ve verilen sağlık hizmetinin kalitesi artabilir.

- Profesyonel sağlık yöneticiliği anlayışı kamuda yaygınlaşarak bu alanda bir uzmanlık doğabilir ve donanımlı ve tecrübeli yöneticilerin yetişmesi sağlanabilir.

- İdari ve mali yönden özerk sağlık işletmeleriyle sağlanan yerinden yönetimin iyi bir şekilde uygulanması durumunda, sağlık hizmeti almak isteyen ülkenin herhangi bir yerindeki bireyin modern sağlık hizmetine daha rahat erişebilmesi, kaynakların bölgenin ihtiyaçlarına göre planlanması ve dağıtılması, kaynak israfının önlenmesi ve esnek bir hizmet sunumunun yapılması sağlanabilir.

- Mevzuatta olmamasına rağmen uygulamada bazı yöneticilerin sadece hekimlerden tercih edilmesi hem sağlık kurumlarında hekim ihtiyacını derinleştirmekte hem de liyakatli, ehliyetli ve tecrübeli hekim dışı personelin motivasyonunu olumsuz yönde etkilemekte, bir sınıf ayrımı yapıldığı anlayışına yol açmaktadır.

- Yıllardır adaletsizliği herkes tarafından kabul edilen performansa dayalı ek ödeme sistemiyle ilgili bir düzenlemenin bu yasal düzenlemede yer almaması sağlık çalışanlarının beklentilerini karşılamamıştır.

- Yeni sistemde yönetim ön plana çıkartılmış, yönetim gözardı edilmiştir. Çalışanlar sisteme ve karar alma mekanizmalarına dahil edilmiştir.

- Yeni sistemle ilgili personele bilgi ve eğitim verilmemiş, bu durum personel arasında bilgi kirliliğine yol açmış ve verimi düşürmüştür.

- Performans değerlendirmesine ayak uyduran kurumlardan ve çalışanlardan alınan sağlık hizmetinin kalitesi ve hasta memnuniyeti önemli ölçüde artabilir.

- Türkiye'nin konumuna uygun bir şekilde sağlık serbest bölgelerinin belirlenmesi ve sağlık turizmi sürecinin iyi yönetilmesi durumunda Türkiye sağlık turizmi açısından önemli bir noktaya ulaşabilir. Bu durum aynı zamanda ülke ekonomisine önemli bir katkı yapabilir.

- Yeni sistem den beklenen kaynakların etkin ve verimli kullanılması sonucu oluşacak yeni kaynaklar çalışanların mali ve özlük haklarına yansıtılarak çalışan memnuniyeti artırılabilir.

- Özellikle küçük illerdeki 3'lü yönetim yapısındaki yönetim görevleri birleştirilerek atıl yönetim ve insan gücü kaynağının önüne geçilebilir.

TEHDİTLER

- İl idaresi kanununa göre valinin yeni yapıya müdahil olabiliyor olması bağımsız karar vermeyi engelleyebilir.
- Yeni merkez ve taşra yapılarında meydana gelebilecek uyum sorunu kurumlar arasında eşgüdümü ve işbirliğini zedeleyebilir. Bu durumda sağlık hizmetlerinde kaos ortaya çıkabilir.
- Merkez teşkilatla bağlı kuruluşlar ve taşra teşkilatları arasında bürokrasi doğabilir ve bu durum işleyişin etkinliğini azaltabilir.
- Merkez teşkilattan bağlı kuruluşlara ve taşra teşkilatlarına yetki devri yapılmaması sistemin işleyişini etkileyebilir.
- Karne sisteminin ve sözleşmeli istihdamın getirdiği baskı nedeniyle genel sekreterlikler kaynaklar ve hizmetler üzerinde aşırı kontrolcü olabilir.
- Siyasi ve yerel unsurlar taşradaki yöneticiler üstünde baskı kurabilir.
- Sağlık Serbest Bölgelerinde sağlık turizmi faaliyetlerinin kontrol edilememesi durumunda nitelikli işgücünün kamuda tutulması zorlaşabilir. Bu durum kamu sağlık hizmetlerinde kalitenin azalmasına sebep olabilir.
- Yabancı doktorların yurda gelmesi Türk dok-

torlarımızın iş gücü kaybına neden olabilir.

- Yönetici karnelerindeki mali kriterlerden dolayı yöneticiler tasarruf sağlama amacıyla malzeme ve hizmet kalitesinden ödün verebilir, çalışan sayısında ve çalışanların mali ve özlük haklarında kısıtlamaya gidebilir.
- Yöneticilerin sağlık sektörü dışından seçilebilmesi mevcut insan kaynağının motivasyonunu azaltabilir, atanan yöneticinin oryantasyon sürecini uzatabilir ve verimi düşürebilir.
- Tüm hastanelerin ve genel sekreterliklerin çevresel, coğrafi, sosyo-demografik etmenler gibi unsurlar göz ardı edilerek aynı mevzuat ve kriterle yönetilmesinin beklenmesi sistem açısından tehdit oluşturabilir.
- Karne kriterleri açısından en başarılı yöneticilerin büyük bir kısmının yeni sözleşme döneminde sözleşmelerinin yenilenmemesi yöneticilerin sisteme olan güvenini azaltabilir.
- Yöneticilerin sözleşmeli ve geçici olma algısı çalışan gözündeki otoritelerini zayıflatabilir.
- Genel sekreterliklerin mali ve insan kaynağı açısından geliri yüksek olan il merkezindeki hastanelere ve eğitim ve araştırma hastanelerine pozitif ayrımcılık yapabilir ve kurumlar arasında hakkaniyetsizliğe yol açabilir.

Yapılan bu SWOT analizi KHB birliklerinin birçok olumlu yanını ortaya koysa da düzenlemenin hala zayıf yönleri olduğunu belirtmektedir. Klasik yönetim anlayışında “bir işi en iyi yapan bilir” düşüncesi hâkim olduğundan, KHB ile ilgili bu zayıf yönlere çözüm önerileri üretmede çalışanların seslerinin dinlenmesi

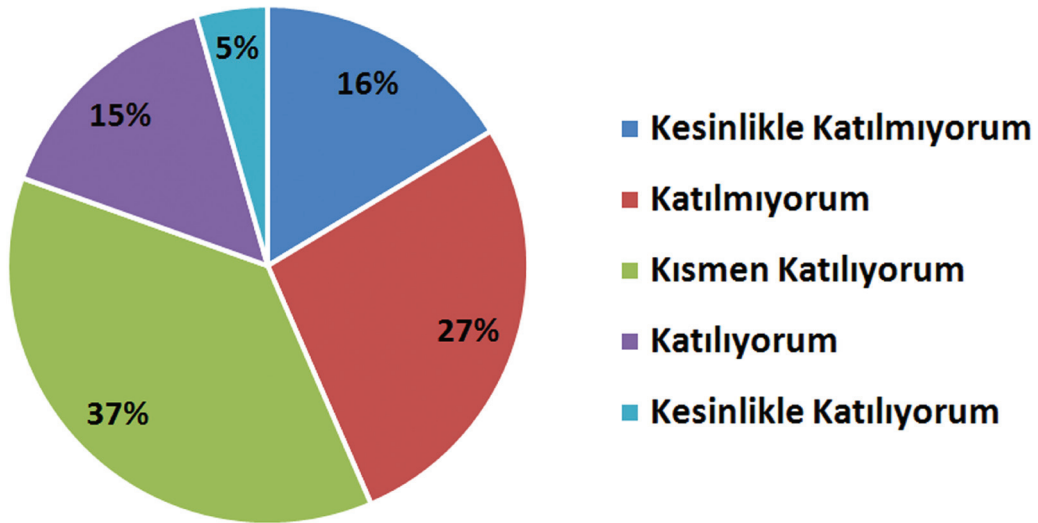
yeni sisteme önemli katkılar sağlayacaktır. Bu amaçla Sağlık-Sen tarafından KHB yönetici ve çalışan gözünden değerlendirilmesi yönünde bir çalışma yapılmıştır. Çalışma kapsamında 32 ilde değişik pozisyonlarda çalışan 641 yönetici ve 1373 çalışana ulaşılarak aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

SAĞLIK-SEN TARAFINDAN YAPILAN SAHA ARAŞTIRMASININ ÇARPICI SONUÇLARI

Yönetici pozisyonundaki kişilerin hemen hemen yarısı teşkilat yasası çıkmadan önce sosyal tarafların görüşünün alınmadığını ve yasayla ilgili yeterince tartışılmadığını belirtmiştir. Gü-

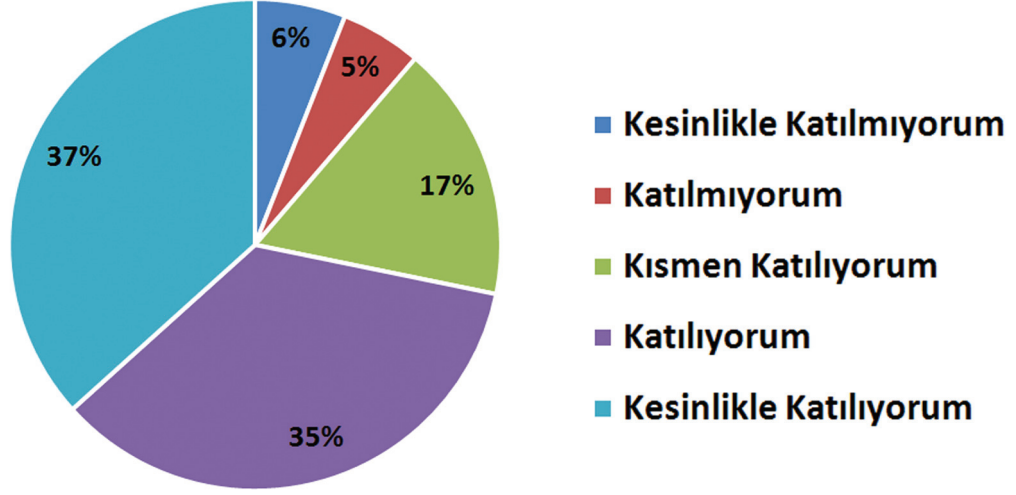
nümüzde önemli bir konu olan yönetim ve katılım kavramı bu yasal düzenlemede adeta es geçilmiş, özellikle çalışanların ve vatandaşların sistemle ilgili görüşlerine yer verilmemiştir.

Grafik 1: “Teşkilat yasası çıkmadan önce sosyal tarafların da görüşü alınarak, yeterince tartışıldığını düşünüyorum” Yüzde Dağılımı



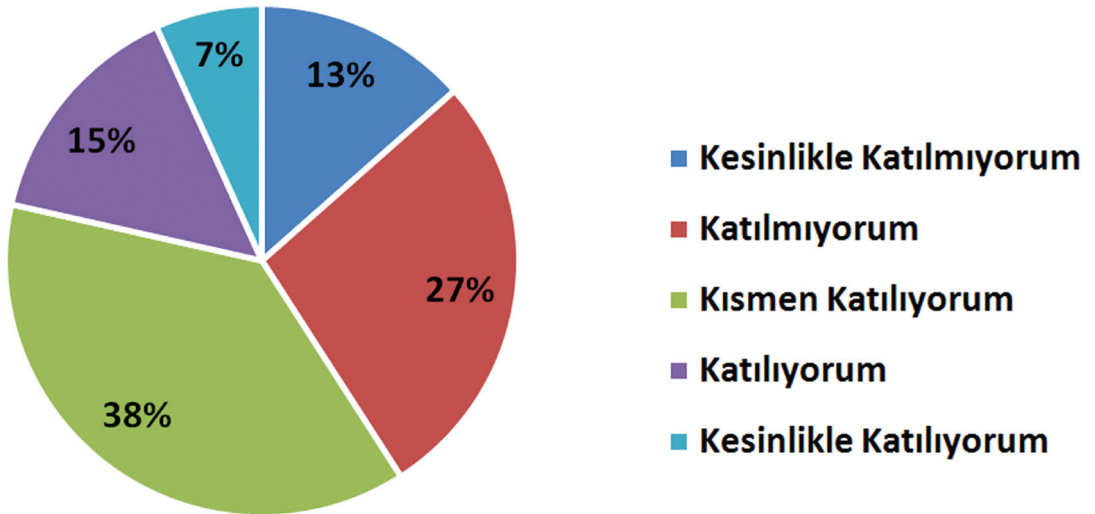
Yönetici pozisyonundaki katılımcıların büyük bir çoğunluğu, 663 sayılı KHK ile oluşturulan sağlıkta yeniden yapılanmanın ve Kamu Hastane Birliklerinin gerekli olduğunu düşünmektedir.

Grafik 2: "Kamu Hastane Birliklerinin gerekli olduğunu düşünüyorum" Yüzde Dağılımı

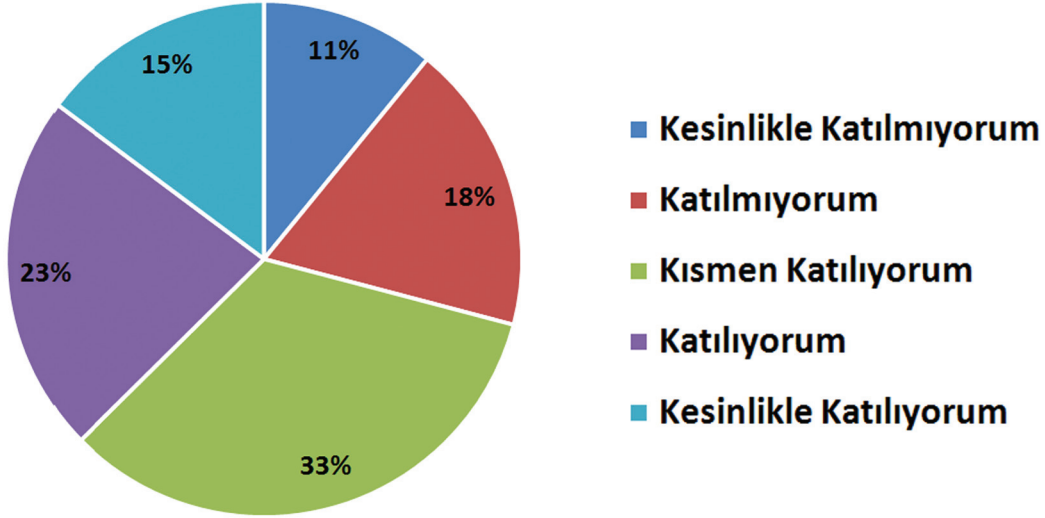


Çalışanların ve yöneticilerin yarısı KHB kurulmadan önce sağlık sisteminin temel hedeflerine zaten ulaştığını düşünmektedir.

Grafik 3: "Kamu Hastane Birlikleri kurulmadan önce sağlık sisteminin temel hedeflerine zaten ulaşmış olduğunu düşünüyorum (YÖNETİCİ)" Yüzde Dağılımı

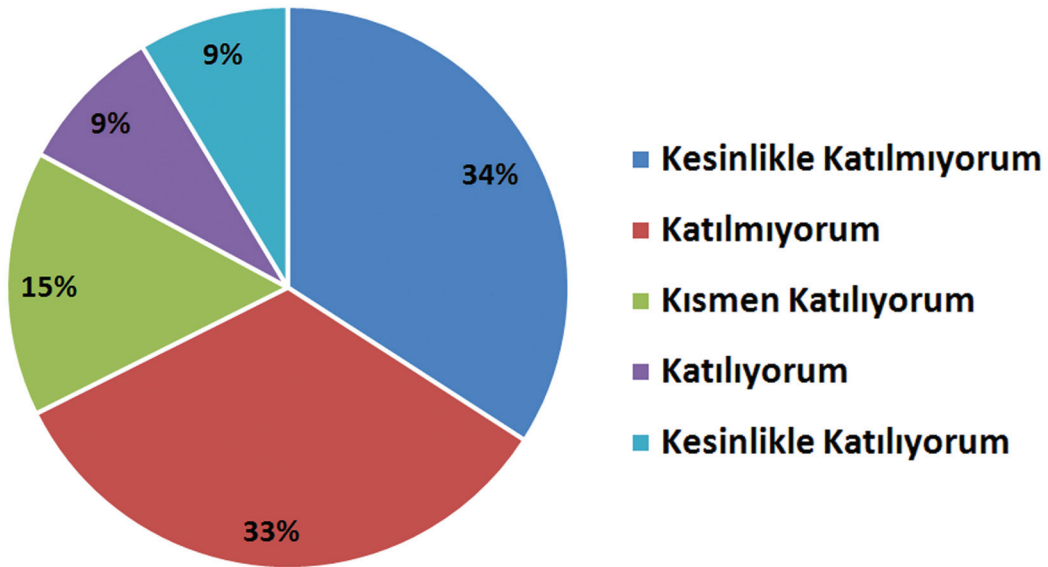


Grafik 4: “Kamu Hastane Birlikleri kurulmadan önce sağlık sisteminin temel hedeflerine zaten ulaşmış olduğumu düşünüyorum (ÇALIŞAN)” Yüzde Dağılımı

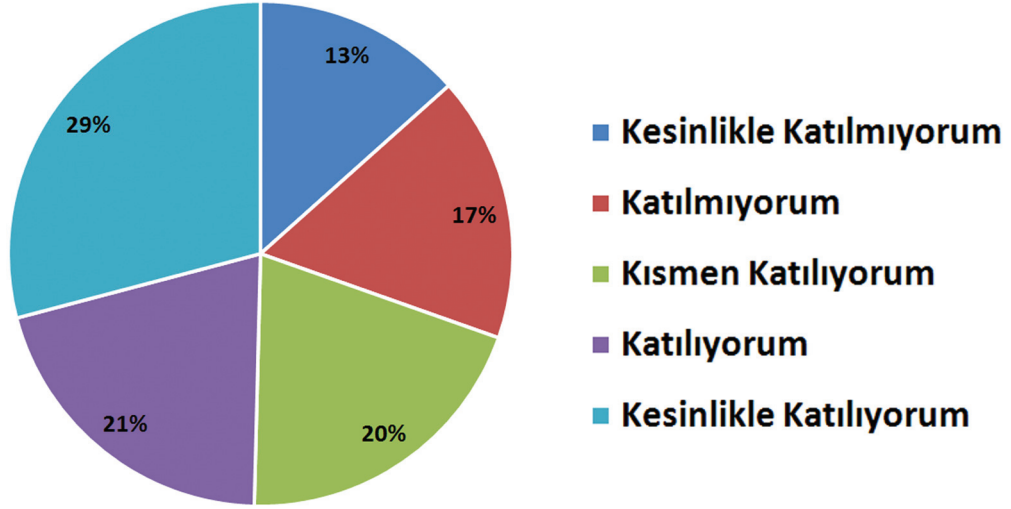


Çalışanların yarısı yeni sistemin eski sistemi aratacağını düşünürken, yöneticilerin 3’te 2’si aratmayacağını düşünmektedir.

Grafik 5: “Yeni sistemin önceki sistemi aratacağını düşünüyorum (YÖNETİCİ)” Yüzde Dağılımı



Grafik 6: “Yeni sistemin önceki sistemi aratacağını düşünüyorum (ÇALIŞAN)” Yüzde Dağılımı

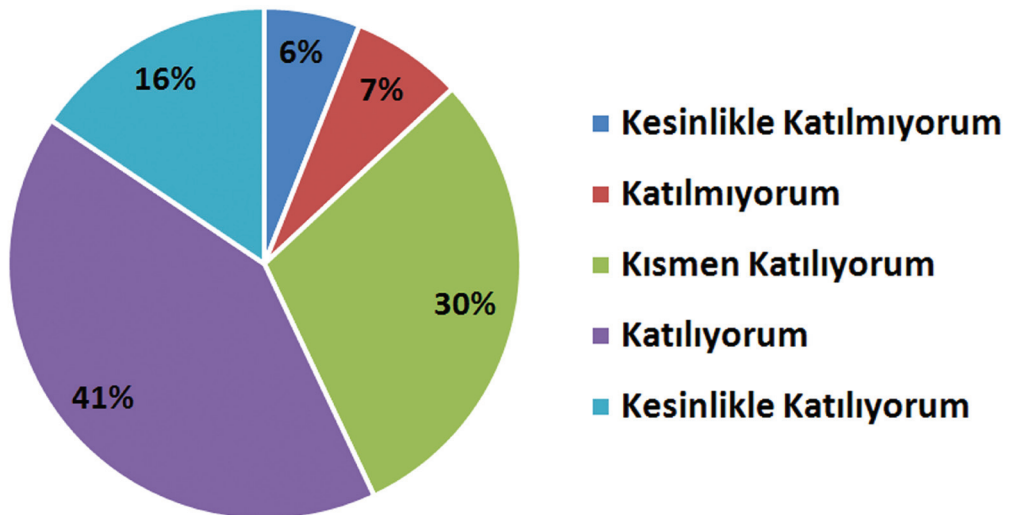


Her 5 yöneticiden 4’ü, her 5 çalışandan 2’si sözleşmeli yöneticilik modelinin ve karne sisteminin gerekli olduğunu düşünmektedir. Yöneticilerin yaklaşık %80’i sözleşmeli yöneticiler belirlenirken, liyakat ve ehliyete dikkat edildiği, çalışanların ise yaklaşık %60 liyakat ve ehliyete dikkat edilmediği görüşündedir. Bir kısım yönetici de karne sisteminin objektif kriterlere göre hazırlanmadığını düşünmektedir.

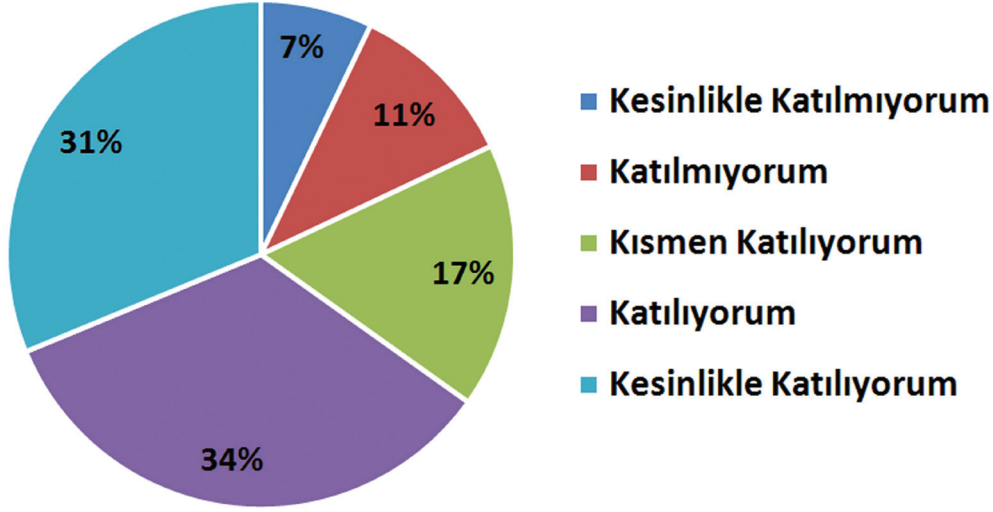
Yöneticiler verimlilik karnesi sonuçlarının değerlendirilmesinde doktor sayısı, hastanenin fiziki yapısı, bölgesel şartlar gibi kriterlerin karnede göz önüne alınmasını ve yöneticilerin objektif kriterlerle değerlendirilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Yöneticilerin yaklaşık %60’ ı Kurumun genel sekreterliklere, genel sekreterliğin de hastanelere eşit ve adil davrandığını düşünmektedir. Buna rağmen çalışanların %55’ i yeni sistemde yöneticilerin sağlık çalışanına daha adil ve eşit olmadığını düşünmektedir.

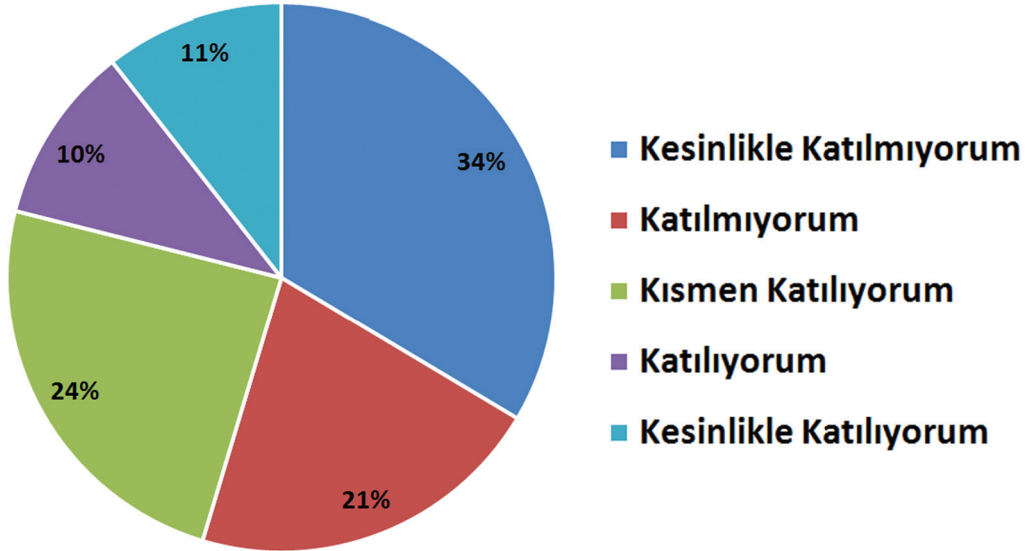
Grafik 7: “Kurumun genel sekreterliklere eşit ve adil davrandığını düşünüyorum” Yüzde Dağılımı



Grafik 8: “Genel sekreterliğin hastanelere eşit ve adil davrandığını düşünüyorum.”
Yüzde Dağılımı



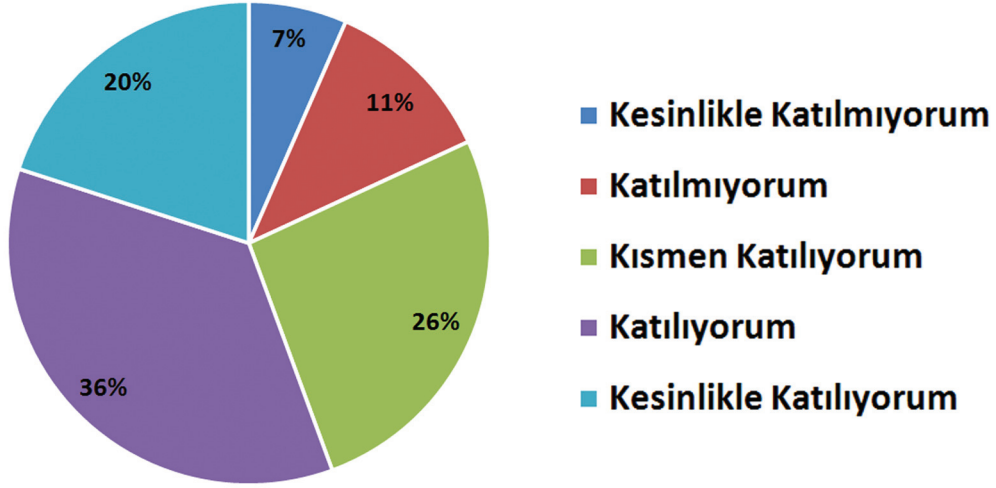
Grafik 9: “Yeni sistemde yöneticilerin sağlık çalışanlarına daha adil ve eşit olduğunu düşünüyorum.” Yüzde Dağılımı



Çalışanların önemli bir kısmı sözleşmeli yöneticilik modeliyle çalışanlar üzerinde baskının arttığını, yöneticilerin mali hedeflere ulaşmak için personel sayısında ve haklarında kısıtlamaya gittiğini, yeni sistemin sağlık çalışanının mali ve özlük hakları açısından olumsuz etkilediğini, çalışan memnuniyetinin ön plana alınmadığını, sağlık çalışanlarının iş yükünün, nöbetlerin ve çalışma sürelerinin arttığını belirterek iş güvencesi konusunda endişelerinin arttığını belirtmişlerdir.

Yöneticilerin 2/3'ü sözleşmeli yöneticilerin mali ve özlük haklarını yeterli bulmadığını, TKHK'na ulaşmada ve gerekli teknik bilgileri almada herhangi bir sıkıntı yaşamadığını %56'ı belirtmiştir.

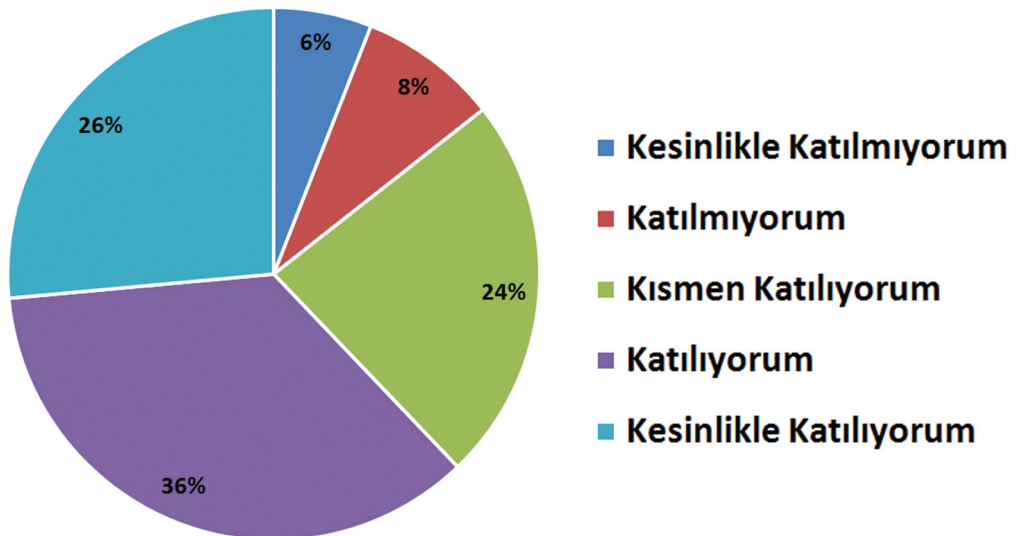
Grafik 10: “TKHK’dan gerekli desteği alıyorum.” Yüzde Dağılımı



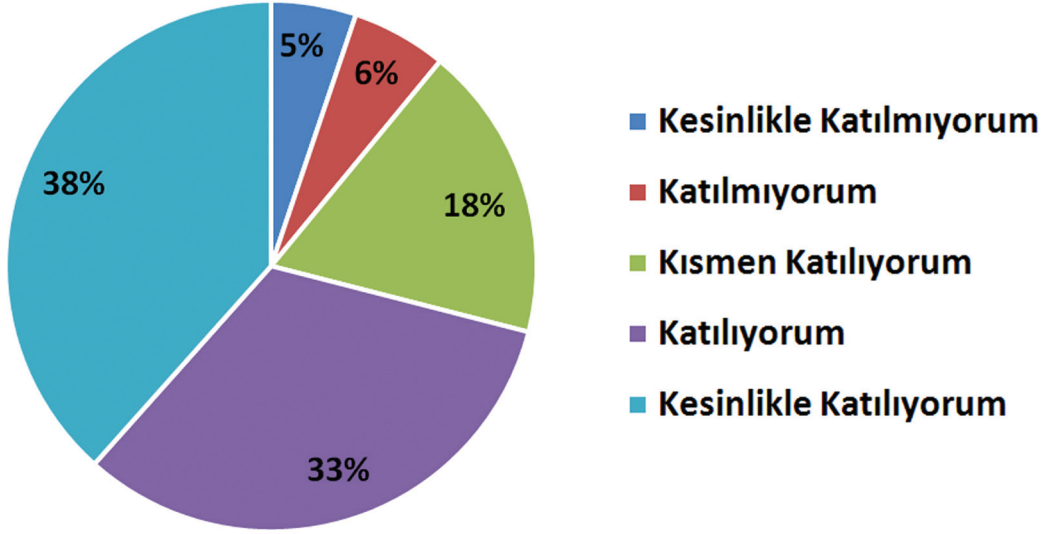
Her üç yöneticiden ikisi yeni teşkilat yasasıyla bağlı kuruluş statüsünde ayrılan kurumların birbiriyle uyum içerisinde çalıştığını ancak il düzeyinde il sağlık müdürlüğü, genel sekreterlik ve il halk sağlığı kurumları arasında bir uyum sorunu olduğunu ifade etmiştir. Yöneticilerin hemen hemen tamamı genel sekreterliklerle TKHK'nun ve Genel Sekreter, Başkanlar ve Uzmanların uyum içinde çalıştığını belirtmiştir. Ancak yöneticilerin bir kısmı da hastane yöneticileriyle başhekim arasında bir görev çatışması oluşabileceğini söylemiştir.

Yöneticilerin yaklaşık 2/3'ü KHB ile hastanelerdeki kalite ve verimliliğin arttığını, kaynakların daha etkin ve verimli kullanıldığını düşünmektedir. Buna rağmen bir kısım yöneticiler mali hedeflere ulaşmak için sağlık hizmetini olumsuz etkileyecek mal ve hizmet kısıtlamalarına gidildiğini ifade etmiştir.

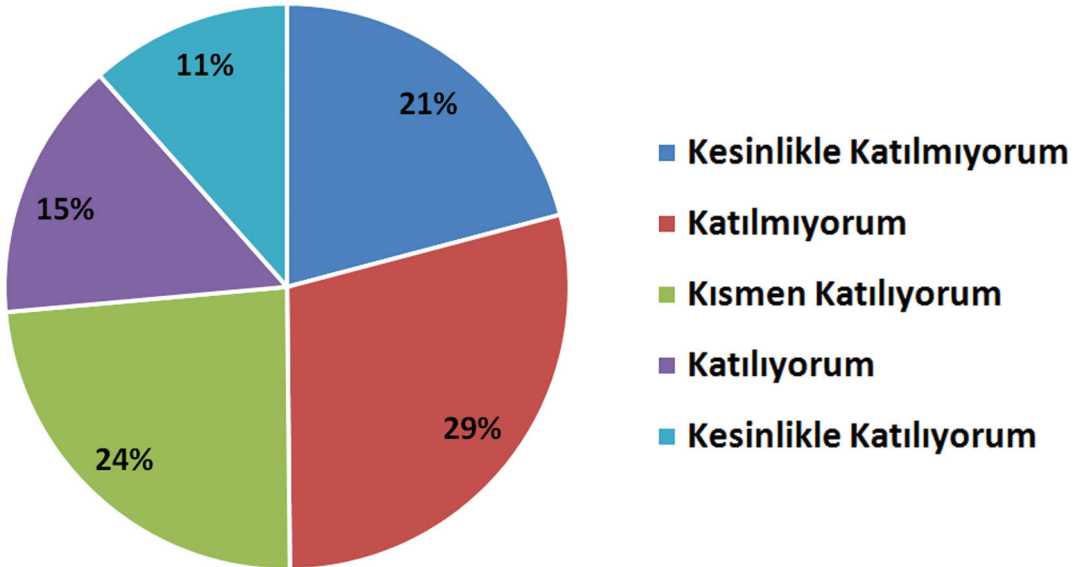
Grafik 11: “KHB ile hastanelerdeki kaliteli ve verimliliğin arttığını düşünüyorum (YÖNETİCİ).” Yüzde Dağılımı



Grafik 12: “Yeni sistemde kaynakların daha etkin ve verimli kullanıldığını düşünüyorum (YÖNETİCİ).” Yüzde Dağılımı

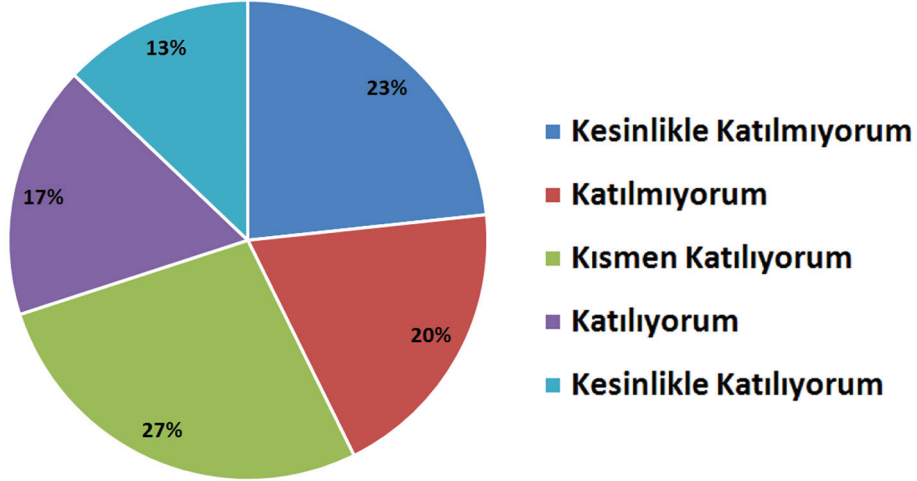


Grafik 13: “Mali hedeflere ulaşmak için sağlık hizmetini olumsuz etkileyecek mal ve hizmet kısıtlamalarına gidildiğini düşünüyorum.” Yüzde Dağılımı

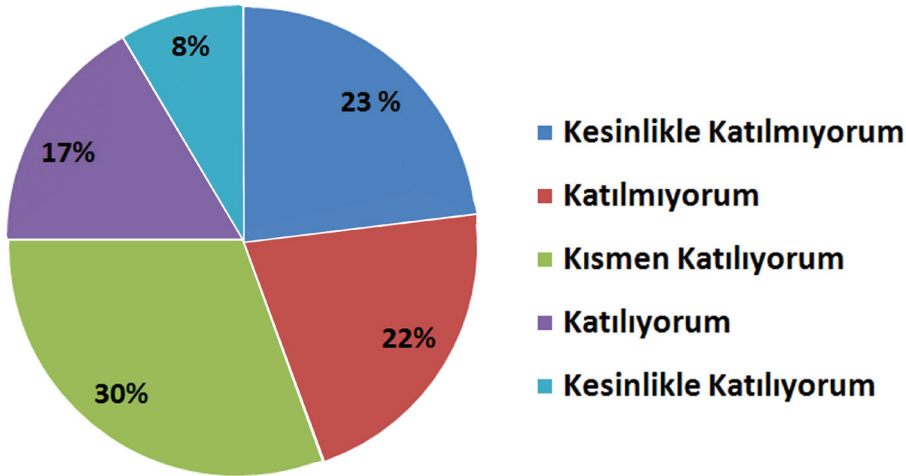


Çalışanlarda ise bu durum tam tersidir. Yani çalışanların yaklaşık 2/3'ü KHB ile hastanelerdeki kalite ve verimliliğin artmadığını, kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmadığını düşünmektedir.

Grafik 14: “KHB ile hastanelerdeki kaliteli ve verimliliğin arttığını düşünüyorum (ÇALIŞAN).” Yüzde Dağılımı



Grafik 15: “Yeni sistemde kaynakların daha etkin ve verimli kullanıldığını düşünüyorum (ÇALIŞAN).” Yüzde Dağılımı



Çalışanların önemli bir kısmı hastanelerde, çalışanların özel alanlarının (wc gibi) hasta ve yakınlarına açılmasını, sağlık çalışanlarında enfeksiyon riskinin artması, bu alanların sağlık çalışanlarının özel mekanının olması ve bu durumun çalışan motivasyonunu/memnuniyetini olumsuz etkilediği gibi gerekçelerle doğru bulmadığını ifade etmişlerdir.

Yöneticilerin büyük çoğunluğu yerinden yönetimin (desantralizasyon) bu sistemle gerçekleştirildiğini düşünmektedir. Bu konuda bazı yöneticiler hala merkeziyetçi yaklaşımı hissettiklerini belirterek yerinden yönetimin tam olarak gerçekleştirilmediğini ifade etmişlerdir.

Hem çalışanlar hem de yöneticiler yeni sistemde yanlış ya da eksik uygulamalar olduğu görüşünde birleşmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin yönetilmesi sağlık sisteminin kendisine has özelliklerinden dolayı diğer birçok kamu hizmetlerine göre daha zordur. Aynı zamanda sistemin paydaş sayısının fazla olması üzerinde anlaşmaya varılarak düzenleme yapılmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle sağlık sisteminden sorumlu üst yönetimin tek başına yaptığı bazı düzenlemeler sistemi kullanan vatandaşlar, çalışanlar, yöneticiler, finansman kuruluşları gibi paydaşlar tarafından eleştirilmekte veya bu yeni sisteme karşı bir direnç gösterilmektedir. Modern yönetim bilimindeki “yönetişim” kavramı bu noktada önem kazanmaktadır.

Koçel'e² göre (2011) göre yönetim, etkileşim ve iletişim kavramlarından türetilen yönetişim, düzenleme yapma yetkisine sahip üst yönetimin nasıl karar alması gerektiği, hangi bilgileri nasıl ve ne ölçüde paylaşması gerektiği, hangi

paydaşlarla (yöneticiler, çalışanlar, diğer kamu kuruluşları...vb.) iletişim ve etkileşim içinde bulunması gerektiği ve toplumun çıkarlarının nasıl göz önünde tutulması ve yönetilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Ürettiği mal ve hizmetlerle toplumun refahına önemli ölçüde etki eden, birçok paydaşı bulunan ve bu paydaşlar arasında sürekli bir etkileşim ve iletişim gerektiren sağlık sektöründe yönetişim kavramının önemi bir kat daha artmaktadır. Sağlık personeli (yönetici ve çalışan) sağlık sektörünün en önemli paydaşlarından birisi olduğundan karar alma noktasında görüşlerinin alınması kararların daha doğru ve etkin verilmesini sağlamakla kalmayacak aynı zamanda oluşabilecek direnç ve tepkinin ortaya çıkma olasılığını da azaltacaktır.

Ne yazık ki demokrasi açısından gelişmiş ülkelerde bir ilacın geri ödeme sistemine alınma-

2- Koçel Tamer, 2011, İşletme Yöneticiliği, İstanbul: Beta Basım A.Ş.



KHB'nin yeni düzenlemesinden etkilenen önemli bir paydaş grubu sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan yöneticiler ve çalışanlardır. Yönetici ve çalışanları temsil etme görevi olan sendikalar ve diğer sivil toplum kuruluşları kanun düzenleyicilerle çalışanlar arasında bir köprü vazifesi görmektedir.

sı bile birçok paydaş grubunun ve toplumun katılımıyla gerçekleştirilmekteyken, sağlık sistemini derinden etkileyen bu kanunun ortaya çıkmasında sağlık sisteminin en büyük paydaşı olan, sendikaların, meslek örgütlerinin, sağlık personelinin ve vatandaşların katılımının gözetilmemesi, yeni sistemin sahiplenilmesi ve güvenilirliği konusunda önemli bir sorun teşkil etmektedir.

KHB'nin yeni düzenlemesinden etkilenen önemli bir paydaş grubu sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan yöneticiler ve çalışanlardır. Yönetici ve çalışanları temsil etme görevi olan sendikalar ve diğer sivil toplum kuruluşları kanun düzenleyicilerle çalışanlar arasında bir köprü vazifesi görmektedir.

Çalışanların büyük bir kısmı tarafından tercih edilen Sağlık-Sen çalışanların sistemle ilgili görüşlerini iletmede en önde gelen aktörlerden-

dir. Bu amaçla yönetici ve çalışanların KHB hakkındaki değerlendirmesini ve ilgili alandaki uzman görüşlerini içeren bu çalışma neticesinde kamu hastane birlikleri modelinin başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için kamu otoritesinin ve kamuoyunun dikkatine sunulmak üzere aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Sağlıkla ilgili düzenlemelerde sahanın sesinin dinlenmesi, görüşlerinin dikkate alınması yapılacak düzenlemelerin daha uygulanabilir olmasını, personelin değişikliklere daha hızlı adapte olmasını ve değişikliklerin daha kolay benimsenmesini sağlayacaktır.

- Yeni oluşturulan teşkilat yapılarıyla mevcut personel ihtiyacı daha da artmıştır. Bu nedenle her branşta insan kaynağının iyi bir şekilde planlanması, istihdam edilmesi ve dengeli dağıtılması önemli bir gerekliliktir.

- Merkez ve taşra teşkilatlarının yönetici pozisyonlarına atama yapılırken, objektif liyakat kriterleri belirlenmesi ve yapılan sürecin şeffaflık ilkesine uygun olarak ilgili paydaşlara açıklanması, işinin ehli, deneyimli ve profesyonel kişilerin atanmasını sağlamakla kalmayacak, aynı zamanda sağlık personelinin kariyer hedeflerini yönetmede yardımcı olacaktır.

- Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetine yönelik birçok çalışma yapılmaktayken şimdiye kadar gözardı edilen sağlık personelinin memnuniyet düzeyiyle ilgili çalışmalara bir an önce başlanmalı ve sağlık çalışanının saygınlığı artırılmalıdır.

- Sağlık kurumlarında şiddet ve iş güvenliğine yönelik önlemler alınmalıdır.

- Sağlık çalışanlarının mevcut mali ve özlük hakları yoğun iş temposuyla ve fedakarlığıyla karşılaştırıldığında hak ettiği mali ve özlük haklardan son derece uzaktır. Kamuda birçok sektörde bu yönde iyileştirme yapılmasına rağmen sağlık personeli adeta es geçilmiştir.

- Eskiden kurum içi olan tayin hakkının yeni sistemle kurumlar arası olarak değerlendirilmesi, çalışanların yer değiştirmesini zorlaştırmakta hatta bazı durumlarda geçerli mazereti olmasına rağmen yer değişikliği yapılamamaktadır. Bu durum hakkında acil düzenleme yapılmalıdır.

- Aynı pozisyonda çalışan personelin ve yöneticilerin arasındaki ekonomik ve iş bölümü adletsizliği giderilmelidir.

- Yönetici ve çalışanlara periyodik olarak eğitimler verilmeli, çalışanların yeni düzenlemeler hakkında bilgilendirilmesi sağlanmalı, çalışanların kendi aralarında ve yöneticileriyle, aynı şekilde birimlerin birbirleriyle ve üst kurumlarla iletişimi artırılarak uyum ve işbirliği düzeyi

sürekli geliştirilmelidir. Kurumlarda sadece iletişim ve bilgilendirmeden sorumlu birimler oluşturulmalıdır.

- Oluşturulan yeni düzenlemeyle yerinden yönetim sağlanması amaçlanmıştır. Bu nedenle merkez teşkilatından taşra teşkilatına yetki devri konusunda daha istekli ve kararlı olunmalı, sahadaki yöneticilere daha fazla yetki ve sorumluluk verilmelidir.

- Oluşturulan yeni teşkilat yapısıyla ortaya çıkan belirsizlikler giderilmeli, çalışanların ve yöneticilerin görev tanımlarının ve sınırlılıklarının belirlenmesi gerekmektedir.

- Evrak sistemlerinin düzenlenmesi ve bürokrasinin azaltılması, kararların daha hızlı alınması için bilgi işlem teknolojisinin tüm sağlık kurumlarında yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

- İlin sorunlarını bilen ve sağlık sektöründe belli bir tecrübeye sahip yöneticilerin il teşkilatlarına atanması sağlanmalıdır. Ayrıca sözleşme süreleri artırılmalı, karne kriterleri hastanenin iç ve dış çevresine göre yeniden düzenlenmeli, yöneticinin görevini yapmasını engelleyen ve iş endişesine yol açan katı kurallar değiştirilmelidir.

- Sağlık kurumlarının fiziki şartları iyileştirilmelidir. Hasta ve çalışanların kullandığı tuvalet gibi ortak alanlar ayrılmalıdır.

- Sağlık sektöründe ve diğer sektörlerde yenilikleri takip edecek ve kurumlarına entegre edebilecek kaliteli Ar-Ge birimleri oluşturulmalı, çağın gereklerine daha hızlı ayak uydurulmalıdır.

- İhtiyaç duyulan malzemelerin ve hizmetlerin zamanında alınması, taşra düzeyinde merkezi stok kontrol yönetim sistemlerinin oluşturulması, oluşabilecek israfların önlenmesi ve tasarruf sağlanması açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

- DPT (1990) Sağlık Sektörü Master Etüdü Çalışması Raporu, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları.
- DPT (1984). Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989. (<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/5/plan5.pdf> 20.04.2015).
- DPT (1989). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994. (<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/4/plan6.pdf> 20.04.2015).
- DPT (1995). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000. (<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/3/plan7.pdf> 20.04.2015).
- DPT (2000). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. (<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/2/plan8.pdf> 20.04.2015).
- DPT (2006). Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013. (<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/1/plan9.pdf> 20.04.2015).
- İzmir Tabip Odası (2011). 663 Sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” Değerlendirme Raporu (http://www.izmirtabip.org.tr/userfiles/663_s_KHK.pdf 16.02.2015).
- Kalkınma Bakanlığı (2003). 58. Hükümet Acil Eylem Planı (<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/13/58.H%C3%BCk%C3%BCmetAcilEylemPlan%C4%B1.pdf> 15.02.2015).
- Koçel T. (2015). İşletme Yöneticiliği, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Resmi Gazete (1983). Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Karar Sayısı: 181, No: 18251, 14.12.1983, Resmi Gazete, Ankara.
- Resmi Gazete (1987). Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. Kanun Sayısı: 3359, 15.05.1987, Resmi Gazete, Ankara.
- Resmi Gazete (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Karar Sayısı: KHK/663, 02.11.2011, Resmi Gazete, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2011). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), Ankara ([http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_\(2003_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf) 10.02.2015).
- Sağlık Bakanlığı, (2015). Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması, (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> 28.04.2015).
- Savaş N. (2012). Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Dünya Bankasının Ulusal Sağlık Mevzuatımıza Etkisi, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa: Uludağ Üniversitesi.
- Sülkü S.N. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 2011/414.
- Yıldırım HH. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. SASAM, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, Birinci Baskı.
- Yıldırım HH. ve Yıldırım T. (2010). Türkiye Sağlık Politikaları ve Reformları: Tarihsel Bir Bakış. Türkiye Demokrasi Vakfı Enstitüsü Dergisi. Şubat 2010: ss.28-33.



SAGLIK-SEN GENEL MERKEZİ
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/2
Demirtepe/ANKARA
Tel: 0 312 444 1995
Faks: 0 312 230 83 65
GSM: 0 506 397 92 92
www.saglikсен.org.tr