

## SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASINDA UYGULANAN SAĞLIK REGÜLASYONLARININ ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN MALİ YAPILARINA ETKİSİ\*

Mustafa Alpin GÜLŞEN<sup>1</sup>  
Mustafa YILDIRAN<sup>2</sup>

### Özet

Sağlık regülasyonları, kamu kesiminin sağlık hizmetini sunmada ve finanse etmede kullandığı bir politika aracıdır. Çalışmanın amacı Türkiye’de sağlık regülasyonlarının Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) sonrası geçirdiği dönüşümün ve bu dönüşüm de yer alan Sağlık Uygulama Tebliği’nin üniversite hastanelerinin mali yapısında oluşturduğu etkilerin, mali tablo analizi ile incelenmesi oluşturmaktadır. Çalışmada sağlık sisteminin finansmanı konusu ana hatlarıyla ele alınacak ve bu çerçevede Sağlıkta Dönüşüm Politikası, üniversitelere ait mali tablolar itibarıyla incelenecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Regülasyonu, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Uygulama Tebliği, Mali Tablo Analizi.

**Jel Sınıflandırması:** I11, I18.

## INFLUENCE OF HEALTHCARE REGULATIONS APPLIED AFTER HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM ON FINANCIAL STRUCTURES OF UNIVERSITY HOSPITALS

### Abstract

Healthcare regulations are a policy tool that the public sector uses to finance and provide health care. The purpose of the study is to examine the transformation of health regulations in Turkey after the Health Transformation Program (2003) and the effects of the Communiqué on Healthcare Practices on the financial structure of the university hospitals with the financial statement analysis. In the study, the funding of the health care system will be dealt with in outline, and the Health Transformation Policy will be examined in terms of financial Statement belonging to the universities.

**Keywords:** Healthcare Regulation, Health Transformation Program, Communiqué on Healthcare Practices, Financial Statement Analysis.

**Jel Classification:** I11, I18.

\* Bu çalışma, Doç. Dr. Mustafa YILDIRAN danışmanlığında Mustafa Alpin GÜLŞEN (2016) tarafından Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü yüksek lisans programında hazırlanmış olan “Kamu Regülasyon Türü Olarak Sağlık Uygulama Tebliği ve Üniversite Hastanelerinin Mali yapılarına Etkileri” başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

<sup>1</sup> Öğr. Gör., Akdeniz Üniversitesi, Kumluca MYO, [alpingulsen@akdeniz.edu.tr](mailto:alpingulsen@akdeniz.edu.tr)

<sup>2</sup> Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi, İİBF, [mustafayildiran@akdeniz.edu.tr](mailto:mustafayildiran@akdeniz.edu.tr)

## GİRİŞ

Regülasyonlar ekonomide birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektörünü de hedef alabilmekte ve sağlık regülasyonlarının ana hedefini çoğunlukla da sağlık hizmeti ve bunların finansmanı oluşturmaktadır (Zweifel, 1998: 4). Bu kapsamda kamu kesiminin sağlık piyasalarıyla ilgili rollerini genelleyecek olursak, kamu sağlık sisteminin tüm vatandaşlarına sağlık hizmeti sunmak ve bu hizmeti gerçekleştirebilmek için riskli grupların (azınlıklar veya davranışsal risklere sahip bireylerin) sağlık hizmetlerine veya kurumlarına ulaşabilmesini sağlamak gibi iki ana görevinin olduğu söylenebilir. Bu roller sosyal adalet ilkesine dayanmaktadır (Baker, 2002: 74).

Sağlık hizmetlerinin yarı-kamusal bir nitelik taşıması ve dolayısıyla kendine has özelliklerinin olması nedeniyle piyasa koşullarında sağlık hizmetleri sağlanamamaktadır. Bu durum devletin müdahalesine (regülasyona) ekonomik bir gerekçe sağlamaktadır. Bu gerekçelere yönelik müdahale yöntemleri ise ülkelere göre farklılık göstermektedir (Bezzola ve Martinsson, 1998: 9). Piyasa başarısızlıkları nedeniyle sağlık hizmetleri piyasası, tam rekabet piyasası özelliklerine sahip olmayıp kendine özgü özellikleri nedeniyle diğer hizmet piyasalarından ayrı bir kategoride değerlendirilmektedir. Bu piyasanın özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Bilgili ve Ecevit, 2008: 204-205):

- ❖ Sağlık hizmetleri piyasasında talebin ne zaman ve nasıl geleceği çoğunlukla bilinmemektedir. Aynı zamanda hangi harcama düzeyinde olacağı konusunda da belirsizlik mevcuttur.
- ❖ Özellikle doktor ile hasta veya sigorta kuruluşu ile hasta arasında eksik bilgi sorunu bulunmaktadır. Söz konusu eksik (asimetrik) bilgi ise hastanın alacağı sağlık hizmeti kuruluşunun veya doktorun niteliği, hizmetin fiyatı ve kalitesi açısından yeterli bilgiye sahip olmaması açısından önem taşımaktadır. Diğer taraftan doktor, hemşire gibi sağlık hizmeti arz edenler tarafından hastaya hastalığı ile ilgili gerekli veya yeterli düzeyde bilginin verilmemesi de eksik bilginin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.
- ❖ Sağlık hizmetleri piyasasında sağlık hizmetlerine olan talep nüfusun artması gibi çeşitli nedenlerle artarken hizmetin arzı o derecede artmamaktadır. Bunun nedeni ise sağlık hizmetini arz eden sağlık kuruluşları ve sağlık sektörünün işgücü arzındaki artışın sınırlı olmasıdır.
- ❖ Sağlık hizmetleri piyasasında diğer hizmet piyasalarına göre işgücünü yetişmesi için uzun bir zaman gerekmektedir. Diğer taraftan hastalar istediği sağlık kuruluşu veya doktoru tercih edememektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri piyasasına girişte birtakım giriş engelleri bulunmaktadır.
- ❖ Sağlık hizmetleri piyasasında standart bir hizmet yapısı bulunmamaktadır. Örneğin aynı bölgede hizmette bulunan aynı okul mezunu iki kadın doğum doktoruna olan talepler farklılık göstermektedir. Dolayısıyla bu piyasada sunulan hizmetler tek tip olmayıp heterojendir.
- ❖ Herhangi bir hizmette olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de talep ertelenemez ya da stoklanamaz. Aynı zamanda talep edilen hizmetin ikamesi de bulunmamaktadır.
- ❖ Sağlık hizmetleri piyasasında gölge fiyat oldukça yaygın bir husustur. Buna göre sağlık hizmetlerinde yer alan bir mal veya hizmetin üretim maliyetiyle oluşan fiyatı ile piyasa fiyatı arasında önemli derecede farklılık bulunmaktadır.

Dolayısıyla bu ve buna benzer sebepler nedeniyle kamu kesimi sağlık mal ve hizmeti piyasasına regülasyonlar aracılığıyla müdahalede bulunmaktadır. Diğer bir ifadeyle b sebepler, sağlık piyasasına kamu kesimi müdahalesinin gerekçelerini oluşturmaktadır.

Mevcut çalışma, Türkiye'nin bir bütün olarak sağlık politikalarını inceleme amacını taşımamakta; kamu kesiminin sağlık piyasalarına müdahalesinin bir türü olarak fiyat regülasyonu, Türkiye'de üniversite hastanelerinin mali yapılarına olan etkisini mali tablolar vasıtasıyla incelemek amaçındadır. Çalışmada önce sağlık politikalarının tarihsel gelişimi ele alınacak ve ardından sağlıkta dönüşüm programını Türkiye sağlık piyasasında ne gibi değişiklikler getirdiği incelenecektir.

Çalışma, Sayıştay tarafından erişime açılan 6 üniversite hastanesine ait raporlardan elde edilen mali tabloların analizi yapıldıktan sonra değerlendirme ve sonuç kısmıyla sonlandırılacaktır.

## **I. KAMU SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL GELİŞİMİ**

Sağlık politikaları tarih boyunca ülkelerin en önde gelen konularından biri olmuştur. Bu ülkelerde ortaya konulan öneriler ve uygulamalar onların kültürel, tarihsel ve politik koşullarına göre farklılık göstermektedir. Ancak bu farklılıkların yanında ekonomik ve kurumsal sorunlar her yerde benzer bir yapıda ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde eşitliği sağlamak ve kaliteyi yükseltmek, hizmet sağlayıcılarının ve tüketicilerin memnuniyetini ve etkinliği yükseltmek, maliyetleri düşürmek bu sorunlara örnek olarak gösterilebilir. Dolayısıyla sorunların çözümündeki ilkeler ortak olmaktadır. Nitekim ülkelerin sağlık sistemleri değişiklik göstermesine rağmen sağlığın finansmanı, organizasyonu ve yönetimine dair paradigma zamanla değişmekte ve gelişmektedir (Chernichovsk, 1995: 340).

20. yüzyılın başlarında birçok Batı toplumundaki sağlık sisteminin kontrolü, tıp mesleğini icra edenlere bırakılmıştı. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ulusal hükümetler kendi halkına sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük taahhütler vermiştir. Bu taahhütlerin sonucunda sağlık mesleği mensupları, iş alemi, sigorta firmaları ve devlet arasında mücadele yaşanmıştır. Bu mücadele sonucunda birçok ülkede sağlık sigortası fonu kamu bürokrasisinin bir parçasına dönüşmüştür. Ancak aynı zamanda sağlık mesleği mensupları, devletin sağlık alanındaki kontrol gücünü de önemli derece sınırlamıştır. Daha sonra 1970’li yıllarda ve 1980’li yılların da bir kısmında hükümetler sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve eşit ulaşmasının yanı sıra maliyetleri de kontrol altına alma amaçlı regülatörleri ve çeşitli finansal mekanizmaları devreye sokmuştur. 1980’lerin sonlarında ise sağlık hizmetlerinde verimlilik ile bu hizmetlere erişim arasında kalan devlet, sağlık hizmetlerini kontrol etmenin yeni yollarını aramaya başlamıştır. Aşırı rekabetçi piyasa ile devlet güdümlü politikalarından uzaklaşıp bu ikisinin ortası olan “üçüncü bir yol” bulmayı amaçlayan girişimler olmuştur. Ancak devlet güdümlü politikalarından uzaklaşmak, devletin alıcı ve satıcılar arasında kanunlarla doğrudan var olması nedeniyle daha az regülasyon anlamına gelmemektedir. Dolayısıyla sağlık sektöründeki regülasyonun evrimi bir kontrol mekanizmasından bir diğerine sürekli bir ilerleme olarak ortaya çıkmamış; daha çok sağlık sisteminin gelişmesinden bu yana birikimli olarak ilerleyen regülatör araçlarının karışımı olarak ortaya çıkmıştır (Chinitz, 2002: 61-62).

Tarihsel süreç içinde koşullara göre gelişen ve değişen regülasyon politikalarının her ekonomide aynı sırayı takip etmediği, bahsedildiği gibi ekonomilerin kendine özgü yapılarının etkisi nedeniyle ülkeden ülkeye farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Kurumsal miraslar farklılık gösterse de tüm ülkelerin kendi ulusal sağlık sistemlerini finanse etmesi ve hem ulusal hem de küresel gelişmelere karşı yeniden regüle etmesi gereği ortaya çıkmaktadır (Schmid, vd, 2010: 25). Bu açıdan dünya sağlık sisteminde ortaya çıkan üç sağlık sisteminden bahsedilebilir: Bismarck Modeli, Beveridge Modeli ve Genel Sağlık Sigortası Modeli.

### **I. I. Bismarck Modeli**

1877 yılında adını Alman siyasetçi Otto von Bismarck’tan alan Bismarck modelinin temel özellikleri, sağlık sisteminin finansmanının kazanç esasına bağlı sigorta primlerinin olması, sosyal sigortanın zorunlu olması ve hizmet sağlayıcılarının kamu ve özel sektörün her ikisinin de bulunması olarak sayılabilir (Lameire vd, 1999: 3).

Bismarck modelinde sunulan sosyal korumanın seviyesi istihdam durumuna, piyasanın gücüne ve liyakat ilkelerine bağlıdır. Sağlanan sosyal faydaların çok geniş bir yapıda olmasının bir sonucu olarak sigortalı bireyler, piyasayla ilişkilerinde beklenmedik olaylar durumunda devlet garantisi altındadır. Bu durumda piyasalara bağımlılık dolaylıdır çünkü sistem tarafından sunulan sosyal korumanın seviyesi, öncelikli olarak işçilerle (ve onların aile yapısıyla) ilişkilidir. Dolayısıyla

bu sistemin kapsamı, tam istihdamı sağlamak için toplumun kapasitesiyle ilişkilidir. Bu sistem ayrıca geleneksel aile rollerinin desteklenmesi üzerine kurulu olup aileyi esas alan bir yapıda inşa edilmiştir.

Bismarck refah sisteminin sahip olduğu politika araçlarının temel kurumsal değişkenleri şöyle özetlenebilir (Palier ve Martin, 2008: 2-3):

- ❖ Sosyal koruma, işçilere ve onların çalıştıkları süre içinde ücretlerinden alınan primlerine dayanmaktadır; modelin amacı ücretli işçileri sigortalamaktır.
- ❖ Finans mekanizması esasen ücretlerden alınan sosyal güvenlik primleri yoluyla sosyal katkılara dayanmaktadır.
- ❖ İdari yapılar para-fiskal kurumlardır. Bu kurumlar sosyal sigorta fonlarının yönetiminde etkin rol oynamaktadır.

Dolayısıyla Bismarck modeli, kamu kesimi destekli zorunlu bir sigorta primi modeli olarak karşımıza çıkmaktadır.

## I. II. Beveridge Modeli

Adını İngiliz politikacı William Beveridge'den alan Beveridge modelinde finansman ve hizmetin sağlayıcısı ile işleticisi (çoğunlukla) kamu kesimidir. Hastanelerin ve kliniklerin birçoğu kamuya ait olup doktorlar da genellikle kamu personelidir. Her ne kadar özel sektöre ait doktorlar olsa da bu sistemde sağlık hizmetlerinin tek ödeyicisi kamu kesimidir.

1942'de yayınlanan Beveridge modelinin İkinci Dünya Savaşı'nın ardından ilk örnek olarak 1948 yılında Birleşik Krallıkta gerçekleşmesi nedeniyle Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti ile özdeşleşmiştir. Beveridge modeline göre sağlık hizmetlerinin doğrudan sağlamak, sigorta sisteminden (Bismarck modelinden) daha eşitlikçidir. Bu sağlık sisteminde sosyal koruma bir vatandaşlık hakkı olmalıdır ve bu sosyal faydaların dağıtılmasında esas olan bireylerin ödeme gücüne bakılmaksızın eşit dağıtılmasıdır. Bu sisteme göre ister ilaçlar için olsun ister doktorun özel muayenesinde ya da hastane tedavilerinde olsun neredeyse tüm sağlık harcamalarının finansmanı vergi gelirlerinden karşılanmalıdır. Dolayısıyla hastalar tedavi sırasında ödeme yapmamalıdır. Bu sistemde merkezi bir kaynak (bütçe), toplam sağlık bütçesini karşıladığı (sağladığı) takdirde bütçe süreci (sağlık harcamalarının diğer devlet giderleri ile yarışması-rekabet etmek zorunda olması gibi) maliyetleri karşılamak için güçlü bir mekanizma işlevi görmektedir (Immergut, 1992: 51).

Dolayısıyla Beveridge modelinde sağlık sisteminde alınacak kararlar ve bu kararların uygulanması hükümetin kendisine ait olup kaynağın temelini vergiler oluşturmakta, sağlık hizmetini ise kamu kesimi yapmaktadır. Söz konusu model devletçi (etatizm) (Wild ve Bernhard, 2003: 189) özellikler barındırmakla beraber bu model toplumsallaştırılmış sağlık hizmeti veya kamu modeli olarak da adlandırılmaktadır.

## I. III. Genel Sağlık Sigortası Modeli

Genel sağlık sigortası modeli toplumun genelini kapsayacak şekilde sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran, hastalık esnasında vatandaşın mali sıkıntısını azaltan ve sağlığa yönelik sonuçları iyileştiren etkin bir mekanizmadır. Buna ek olarak sistemin amacına uygun olarak da yüksek kalitede, erişilebilir ve etkili bir altyapı kurulması sağlık hizmetlerine erişim açısından oldukça önem taşımaktadır (Atun, vd, 2013: 65).

Bu model, vatandaşların sağlık hizmetlerini alırken finansal açıdan sorun yaşamamasını hedeflemektedir. Dolayısıyla Genel Sağlık Sigortası (GSS), iki temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlardan birincisi insanların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilişkiliyken ikincisi, bunun ekonomik sonuçları ile ilgilidir.

Bu ilk bileşen, sağlık hizmetlerinin sunulmasında tedavi, koruma ve rehabilitasyon hizmetlerine herkesin ulaşmasını anlatmaktadır. Bu hizmetlerin sunumunda kalitenin yüksek olması ise önemlidir. Aksi halde sağlık hizmetlerine herkesin mali sorun yaşamadan ulaşabilmesini hedefleyen bir sistemin eğitimsiz sağlık çalışanları gibi kaliteyi düşüren etmenlere sahip olmasının sistem açısından hiçbir anlamı bulunmamaktadır. İkinci bileşen ise sağlık hizmetini talep edenleri finansal risklerden korumayı içermektedir. Aksi halde para ve hediye gibi informal (yasadışı, masa altı) ödemeler nedeniyle toplumun sağlık hizmetlerini almasında isteksizlik yaratabileceği gibi finansal açıdan ciddi sorunlarının olmasına da neden olabilir (Yates ve Humphreys, 2013: 9).

Bir diğer ifadeyle GSS politikalarının yapılmasının anlamı insanların sağlık hizmetlerini almasında onları herhangi bir finansal sıkıntıya düşürmeden sunulmasıdır. GSS gibi etkili bir kamu sağlık politikasının başarılı olması için şu unsurların bulunması gerekmektedir (UNSDSN, 2015: 2):

- ❖ Yeterli insan kaynağı (doktor, hemşire, genel sağlık sistemini bilen personel) Yeterli kurumsal yapı (Hizmet sunumuna uygun ilaç, ekipman ve diğer yapısal ihtiyaçlar)
- ❖ Yeterli finansman kaynağı (herhangi bir finansal baskı olmaksızın tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilecek bir yapıda finansman kaynaklarının etkin kullanılması)

GSS sisteminin kaliteli, teşvik edici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici bir şekilde uygulanması için iyi bir idari yönetim tarafından bu unsurların oluşturulması zorunludur. Bu hususlar enfeksiyon hastalıklarını kontrol etmede ve gıda güvenliği gibi kamu sağlık hizmetlerini içermektedir. Ayrıca GSS, politikalar ve hem toplum hem de bireyler için sağlığın çevresel ve sosyal belirleyici etkenleri ile desteklenmesi gerekmektedir.

Dolayısıyla GSS sisteminde anahtar kavram “eşitlik” ilkesidir. Herkes ihtiyacına göre hizmet almalı ve sigorta kapsamında olmalıdır. Bu amaç tüm sosyo-ekonomik gruplar arasında (kadın-erkek, zengin-yoksul, farklı ırk veya etnik grup ayrımı olmaksızın) eşit olacağı anlamına gelmektedir. Bu tip bir sağlık hizmetini sunmada piyasanın yetersiz kalması sorunu, kamu kesiminin finanse etmesi yoluyla ortadan kalkmış olmaktadır. Diğer taraftan sisteme finansal katkılar, herkesin ödeme gücüne göre alınmaktadır. Dolayısıyla fonların eşit ve etkili toplanması ve kullanılmasında ana aktör olan devletin yine bu ilkeleri güvence altına alan bir yapıda olması gerekmektedir. Ancak birçok ülke diğer özel finansman yöntemlerini kullanmakta ve bu durum sağlık hizmetlerine eşit erişimde ve finansmanında olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bu sistemde kamu kesiminin sağlık sistemindeki finansmanı oldukça önemlidir. Başlıca finansman kaynağı olan vergiler ve sosyal sigorta katkılarının her ikisinde de ön ödeme (prepayment) yapılmakta ve daha önemlisi zorunlu katkıların olmasıdır. Bu küçük katkı paylarıyla yapılan ödemeler neticesinde sağlık hizmetlerini kullanmak isteyen bireylerin bir anda büyük miktarlarda sağlık hizmetlerini kullanım bedelinin vermemesi imkânı yaratılmaktadır. Sağlık ve refah hizmetlerine böylece zengin ile yoksul arasında çapraz bir sübvansiyon ile ulaşılmaktadır. Bu durum ise GSS sisteminin en önemli ilkesi olan eşitlik hedefi için büyük bir rol oynamaktadır (UNSDSN, 2015: 3-4).

Türkiye’de ise GSS, 2003 yılında ilan edilen SDP sonrasında Orta Vadeli Program (OVP) kapsamında de yer almaya başlamıştır. Nitekim 2005 tarihli OVP’ de “sosyal dışlanma riskini azaltmaya yönelik olarak sosyal güvenlik sisteminin kapsamı genişletilecek ve genel sağlık sigortasına geçileceği” ifade edilmiştir (Resmî Gazete, 2005). Bu bağlamda 2006 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu yasalaşmıştır. İlgili kanunun amacı ise “sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılama yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları” düzenlemek olarak belirtilmiştir (SSGSS, md: 1). Dolayısıyla Türkiye’de SDP sonrasında, GSS modelinin yukarıda bahsedilen özelliklerine ve ilkelerine uyumlu bir biçimde koyulan hedefler kamu kesimi regülasyonlar vasıtasıyla yürütülmüştür. Çalışmanın kapsamını oluşturan SUT fiyat regülasyonu da bu süreçte uygulamaya konulmuştur.

## II. TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI KAMU KESİMİ SAĞLIK REGÜLASYONLARI

Türk sağlık sisteminde 1980-2000 yılları arasında uygulanan sağlık reformlarıyla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanının vergiler yerine primlerle ve katkı paylarıyla karşılanmasını, hizmet sunumu ile finansmanının ayrılmasını, âdem-i merkezîyetçi bir sistemin oluşmasını, sağlık emek gücü piyasasında (taşeron gibi) birtakım esnekleşmelerin ve performansa dayalı ödemenin yaygınlaşmasına yönelik kararlar alınmıştır. 2000 yılı öncesinde alınan kararların uygulanması ise SDP kapsamında olmuştur. Söz konusu program ile sağlık hizmetinin sunumuna, organizasyonuna ve finansmanına kamu kesimi, regülasyonlar yoluyla müdahale etmiştir.

**Tablo 1: SDP Sonrası Sağlık Regülasyonları**

Regülasyon Adı	Yıl	Regülasyonun Konusu
Sağlıkta Dönüşüm Programı	2003	Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sunumu ve finansmanı
Sosyal Güvenlik Kurumu	2006	Sosyal Güvenlik Kurumunun kuruluş, teşkilât, görev ve yetkilerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. (5502 sayılı kanun)
		Sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir. (5510 sayılı kanun)
Sağlık Uygulama Tebliği	2007	5502 ve 5510 sayılı kanunlar çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve kapsam maddesinde olan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ödenecek bedellerin bildirilmesidir.
Aile Hekimliği	2011	2002’de pilot bölgede başlanan ve 2011 yılı itibarıyla Türkiye genelinde başlanan Aile Hekimliği modeli birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanmasını ifade etmektedir. (5258 sayılı kanun)

**Kaynak:** Tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 1’de 2000 yılı sonrasında çalışmamız açısından önemli olan bir takım reform niteliğinde yenilikler gösterilmiştir. 2003 yılı itibarıyla SDP’nin yayınlanmasının ardından parçalı olan sağlık sistemi, SGK adı altında kurumsal açıdan birleştirilmiştir. Bunun yanında sigortalı kişilerin tek çatı altında birleştirilmesi ise GSS ile olmuştur. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin bu yeni organizasyonun finansman aşaması SUT ile çözüme kavuşturulup Aile Hekimliği uygulamasıyla da hizmet sunumu iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin sunumunda Aile Hekimliği modeli; organizasyonunda SGK ve finansmanında ise GSS ile SUT regülasyonları yapılmıştır. Bir diğer ifadeyle 2000 sonrası yapılan regülasyonlar SDP kapsamında yapılmış olup; SDP kapsamında olan sağlık hizmetlerinin sunulması, organizasyonu ve finansmanı ise sırasıyla SGK ve Aile Hekimliği, Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği regülasyonları ile hedeflenmiştir. Söz konusu

regülasyonların uygulanması ise Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı bir kamu kesimi regülatörü olarak Sosyal Güvenlik Kurumu sorumluluğu altındadır.

Türk sağlık sisteminde yaşanan dönüşüm sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumunda daha çok merkezîyetçi bir yapıda olan Sağlık Bakanlığı, idari ve fonksiyonel olarak yeniden yapılanarak daha çok düzenleyici ve denetleyici regülasyonlarla sağlık piyasasında yer almıştır. Kamu sağlık politikalarında yapılacak değişikliklerin belirtildiği raporda, sağlık kalitesini arttıracak harcamalar, verimlilik ve adalet gibi temel sorunlar amaç edinilmiş; bu amaçla yola çıkarak çeşitli ilkeler belirtilmiştir.

## **II. I. Amaç**

Sağlıkta Dönüşüm Politikası, Türkiye sağlık sektörünün uzun zamandan beri var olan sorunlarını ele almak için tasarlanmıştır. Söz konusu sorunlar aşağıda sıralanmıştır:

- ❖ OECD ve orta gelirli ülkelere kıyaslandığında geri kalmış olan sağlık göstergeleri,
- ❖ Sağlık hizmetlerine erişimdeki adaletsizlikler,
- ❖ Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe neden olan ve mali sürdürülebilirliği olumsuz etkileyen parçalı yapı,
- ❖ Hastalara düşük hizmet kalitesi ile sınırlı hizmet verebilirliktir.

SDP'nin amacı, yönetim, verimlilik, hizmet kullanıcısı ve hizmeti sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini etkili bir hale getirmektir.

Diğer taraftan Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılarak rehberlik edici işlevinin güçlendirilmesi, parçalı olan sağlık sistemini tek bir kurumsal çatı altında (SGK) birleştirilmesi, kamu hastanelerine özerlik tanımak, aile hekimliği modeline dayalı daha fonksiyonel koruyucu sağlık hizmeti ve birinci basamak sağlık hizmetleri sistemini oluşturmak, sevk sistemini etkili hale getirmek ve son olarak sağlık hizmetini sunan kuruluşların kalitesini arttırarak hizmet sunumunun reforme edilmesi gibi unsurlar SDP kapsamında öngörülen başlıca kurumsal ve organizasyonel değişiklikleri oluşturmaktadır. Bunun yanında sağlık reformu hedeflerini uygulayabilmek amacıyla yeterli bilgi ve beceriye sahip sağlık personelinin olması, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek eğitim ve bilim kurumlarının güçlendirilmesi ve sağlık sektörüne dair karar alma süreçlerinde etkili bilgiye erişimin iyileştirilmesi gibi birbiriyle ilişkili konular ele alınmaktadır (OECD, 2008: 36).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları kısaca sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasından oluşmaktadır.

Etkililik ile halkın sağlık düzeyini arttıracak kamu sağlık politikalarının uygulanması anlatılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin arzında, hastaları tedavi etmek yerine hastalıkların önlenmesi hedeflenmiştir. Bu hedefe ulaşabilmek için anne ve çocuk ölümlerinin en aza indirilmesi ve yaşam süresinin arttırılması en somut kanıt olarak görülmektedir.

Verimlilik kavramıyla ise kaynakların optimum şekilde kullanılmasıyla maliyeti azaltıp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi anlatılmaktadır. Ayrıca işgücünün dağılımı, malzeme yönetimi, bilinçli ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas kapsamında değerlendirilmektedir.

Hakkaniyet ise insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Söz konusu hakkaniyet bölgeler arası eşitsizliğin giderilmesiyle sağlanacağı gibi farklı sosyal gruplar, kır veya kent arasındaki, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile farklılıkların azaltılmasını da kapsamaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2003: 3)

## II. II. İlkeler

Sağlıkta Dönüşüm Programını temel ilkeleri İnsan merkezilik, Sürdürülebilirlik, Sürekli kalite gelişimi, Katılımcılık, Uzlaşmacılık, Gönüllülük, Güçler ayrılığı, Desantralizasyon ve rekabetten oluşmaktadır. Söz konusu ilkeler genel olarak şöyle ifade edilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 27-28):

**İnsan Merkezilik:** Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin arzında hizmetten faydalanacak bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey aile sağlığı kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.

**Sürdürülebilirlik:** Sistemin ülke koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.

**Sürekli Kalite Gelişimi:** Topluma sunulan sağlık hizmetlerinde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, sistemin hatalarına ilişkin bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını ifade etmektedir.

**Katılımcılık:** Sağlık sisteminin geliştirilmesi ve uygulanması esnasında konuyla ilgili tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını ifade eden bu ilke ayrıca “sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını” da amaçlamaktadır.

**Uzlaşmacılık:** Sağlık sektörüne yönelik alınan kararlarda ve uygulamalarda yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması amaçlanmaktadır.

**Gönüllülük:** Sağlık hizmetini sunan veya kullanan, birey veya kurum ayırımı olmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir.

**Güçler Ayrılığı:** Bu ilke ile “sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması hedeflenmekte ve bu şekilde çıkar çatışması ortadan kaldırılarak daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumunun” sağlanacağı düşünülmektedir.

**Desantralizasyon:** Bu ilke kamu kurumlarının hantallıktan kurtulup değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. Bu çerçevede idari ve mali özerkliğe sahip işletmelerin hızlı karar alma mekanizmalarına sahip olması ve kaynakları daha verimli kullanabileceği düşünülmüştür.

**Hizmette Rekabet:** Sağlık sektöründe rekabet ortamı sağlanarak sağlık hizmetlerinin arzında mevcut tekeli kaldırılmasının kaldırılması ilkesini ifade etmektedir. Tekelci uygulamaların sona ermesi ve daha rekabetçi bir sağlık piyasasının varlığı ile kalitenin gelişimi ve maliyetlerin azaltılmasına yönelik bir teşvik ortamı sağlanmış olacaktır.

## II. III. Uygulama

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanması temel olarak uygulama planının geliştirilmesi, planı gerçekleştirebilmek için görevlerin dağılım ve koordine edilmesi, motivasyon ve geri bildirim mekanizmasının etkin şekilde işleminin sağlanmasıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hayata geçişi için Kavramsallaşma, Yasalaşma, Kontrollü Yerel Uygulamalar, Türkiye Geneline Yaygınlaştırma olmak üzere dört gerekli aşama bulunmaktadır. Bunlardan ilki olan *kavramsallaştırma* aşamasında program hakkında bilgi veren amaçlar, ilkeler, uygulama süreci gibi kavrama ait çerçeve çizilmekte ve geliştirilmektedir. İkinci olarak bahsi geçen *yasalaşma* sürecinde ise kavramsal açıdan netliğe kavuşmuş olan yasa,



yönetmelik vd. hukuki araçlarla ile ihtiyaç duyulan alanlarda mevzuata dair regülasyon yapılması ifade edilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ilk olarak tüm ülke genelinde uygulanmadan yapılmasına yönelik üçüncü ilkeyi *kontrollü yerel uygulamalar* oluşturmaktadır. Son olarak dördüncü aşama olan *yaygınlaştırma* ise söz konusu kararların uygulamaya geçişini ifade etmektedir (Akdağ ve Erkoç, 2011: 48-49).

Dolayısıyla SDP ile Türkiye sağlık sisteminde önemli değişiklikler olmuştur. SDP 'nin temelini oluşturan GSS ile sağlık sigortasına dahil olan kişilerin sayısı artmıştır. Bu ise beraberinde kamu kesimi bütçesinde finansman sorununu getirmekte; buna çözüm olarak da SUT vasıtasıyla belirli sağlık hizmetlerine sabit bir paket fiyat belirlenmektedir. Böylelikle sağlık hizmetlerinin kalitesinde artma ve maliyetinde azalma hedefine SDP öncülüğünde, GSS ve SUT aracılığıyla ulaşılabileceği ifade edilebilir. Ancak söz konusu hedef hastanelerin mülkiyet yapısına ve üstlendiği sorumluluklara göre de değişiklik gösterecektir. Bu noktada üniversite hastaneleri gerek mülkiyeti açısından kamu hastanesi gerekse eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunma gibi geniş sorumlulukları olması bakımından ön plana çıkmaktadır. Bu sorumluluk ile birlikte hizmeti sunma maliyeti, personel maliyeti ve özellikle tıbbi sarf malzemelerinin diğer hastanelere kıyasla daha fazla kullanılmasının bir sonucu olarak genel maliyetler artış eğiliminde olmaktadır.

Sunulan sağlık hizmetlerinin hastanelere ödemeleri, SUT' ta yer alan sabit fiyat üzerinden SGK tarafından yapılmakta; ancak genel maliyetlerin üniversite hastanelerinde *nispeten* fazla olması nedeniyle ilgili fiyat, maliyetlerin gerisinde kalmaktadır. Dolayısıyla Türk sağlık sisteminde hizmet sunumunu ve maliyetini iyileştirmeye yönelik adımlar, beraberinde SUT fiyatlarının güncellenmemesi nedeniyle üniversite hastanelerinin mali disiplini birtakım sorunlara yol açmaktadır. Söz konusu sorunlar mali tablolar itibarıyla takip eden bölümde ele alınmıştır.

### **III. ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN MALİ YAPILARI VE SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ**

Üniversite hastaneleri diğer işletme türlerinden veya sağlık hizmeti sunucularından farklı olarak eş zamanlı bir şekilde birçok fonksiyonu yerine getirmektedir. Bu fonksiyonlar genel olarak sağlık hizmetini sunmak, eğitim faaliyetlerinde bulunmak ve nitelikli sağlık sonuçları üretebilmek amacıyla araştırmalar yapmak olarak özetlenmektedir (Avcı ve Çınaroglu, 2015: 6). Üniversite hastaneleri bu ve bunun gibi birçok sorumluluğunu yerine getirirken bir yandan da finansal performansını ve disiplinini değerlendirmesini sağlayacak bilanço ve gelir tablosundan elde ettiği mali tabloları kullanmaktadırlar.

Bu kapsamda çalışmamızda 2013 ve 2014 yıllarına ait olan Sayıştay raporlarından elde edilebilen 6 üniversite hastanesinin mali yapısını analiz etmek amacıyla Cari Oran, Borç Artış Oranı (%), Borç- Gelir Oranı, Satılan Hizmet Maliyeti- Net Satışlar Oranı, Faaliyet Giderleri- Net Satışlar Oranı kullanılmıştır.

Cari oran işletmelerin kısa vadeli borçlarını ödeyebilme gücünü göstermektedir ve kısa vadeli yabancı kaynakların bir yıl veya daha kısa sürede nakde çevrilebilen kasa, alınan çekler ve banka gibi değerlerin yer aldığı dönen varlıklara oranlanmasıyla bulunmaktadır (Cari Oran = Dönen Varlıklar / Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar). Diğer taraftan Borç Artış Oranı, bir önceki döneme kıyasla cari yılda borçların yüzdesel olarak ne kadar arttığını göstermekte; Borç-Gelir Oranı ise işletmenin sahip olduğu gelirlerin ne kadarının uzun ve kısa vadeli borçlarını ödemeye ayırdığını ifade etmektedir.

Çalışmamızda üniversitelere ait döner sermaye işletmelerinin mali tabloları kullanılmaktadır. Satılan hizmet maliyeti hesabında yer alan tutarların üniversitelere ait tıp fakültesi hastanelerinin hizmet maliyetleri olduğu düşünüldüğünde bu tutarın Net Satışlara oranlanması, hastanelerin hizmet satışından elde ettiği (indirimler, iadeler, ıskontolar çıkarıldıktan sonra elde kalan) gelirin (Net Satışların) ne kadarının hizmet maliyetine ayrıldığını göstermektedir. İşletmenin esas faaliyet konusu olup üretim maliyetine yüklenmeyen (Araştırma ve Geliştirme Giderleri, Genel Yönetim Giderleri ile Pazarlama, Satış ve Dağıtım Giderleri) giderleri oluşturan Faaliyet Giderleri ise yine Net Satışlar

Hesabına oranlanarak, gelirlerinin ne kadarının söz konusu alanlara ayrıldığını ifade etmektedir (Çaldağ, 2007: 295-304).

**Tablo 2: Üniversite Hastanelerinin Mali Yapı Göstergeleri<sup>3</sup>**

Üniversite Adı	Yıllar	Cari Oran	Borç Oranı (%)	Artış	Borç / Gelir Oranı	Satılan Hizmet Maliyeti / Net Satışlar	Faaliyet Giderleri / Net Satışlar
Akdeniz Üniversitesi	2013	<b>0,41</b>	0,00		<b>0,61</b>	0,75	<b>0,44</b>
	2014	0,41	33,68		0,61	0,66	0,35
Ankara Üniversitesi	2013	<b>0,00</b>	0,00		<b>0,00</b>	0,50	<b>0,62</b>
	2014	0,59	0,00		0,75	0,62	0,61
Hacettepe Üniversitesi	2013	<b>0,97</b>	0,00		<b>1,04</b>	1,02	<b>0,09</b>
	2014	0,79	16,17		0,98	1,08	0,06
Süleyman Demirel Üniversitesi	2013	<b>2,60</b>	0,00		<b>0,21</b>	0,67	<b>0,44</b>
	2014	0,89	184,52		0,46	0,63	0,39
Pamukkale Üniversitesi	2013	<b>0,82</b>	0,00		<b>0,33</b>	0,73	<b>0,38</b>
	2014	1,11	13,16		0,27	0,62	0,32
Cumhuriyet Üniversitesi	2013	<b>0,97</b>	0,00		<b>0,36</b>	0,63	<b>0,60</b>
	2014	0,67	85,90		0,55	0,73	0,44

**Kaynak:** Tarafımızca hesaplanmıştır.

Tablo 2’de ilk olarak 2013 yılına ait Cari Oranlar incelendiğinde Akdeniz Üniversitesinin kısa vadeli yabancı kaynağı (bir diğer deyişle kısa vadeli borcu) nakde çevrilebilir hazır değerlerinden oldukça fazla olduğunu görülmekte ve bu oranla da tabloda son sırayı almaktadır. Diğer üniversite hastaneleri arasında dikkat çeken Süleyman Demirel Üniversitesine ait Cari Oranın 2,60 olması, hastanenin borçlarını fazlasıyla karşılayan dönen varlığının olduğunu göstermektedir. Ancak bu oranın 1,5 ile 2 arasında olması genel kabul görmüş bir ilkedir. Söz konusu oranın 2 ‘den yüksekliği dönen varlıkların etkin alanlarda değerlendirilmediği anlamına da gelmektedir. Diğer hastanelere ait Cari Oranın yaklaşık 1 olması ise hastanelerin kısa vadeli borçları kadar dönen varlığı olduğu anlamına gelmektedir. Bu durumda hastanelerin Net İşletme Sermayesi (= Dönen Varlıklar- Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar) sorununun olduğu söylenebilir. Bu ise hastanelerin günlük (acil medikal malzeme gibi) veya acil işlemleri için dönen varlığının (bir diğer deyişle çalışma sermayesinin) olmadığı anlamına gelmektedir (İşeri, 2005: 11). Diğer taraftan döner sermayeli işletmelerin (özellikle üniversite hastanelerinin) gelirleri üzerinden Bilimsel Araştırma Projeleri için ayrılan %5 oranında pay ve Hazine için %1 pay kesilmektedir. Bu durum işletme sermayesini negatif yönde etkilenmesine neden olan en büyük etken olarak düşünülebilir.

Tabloda yer alan diğer bir oran, borç / gelir oranı olarak adlandırılan toplam borçların net satışlara olan oranıdır. Söz konusu oranın 2013 yılında en yüksek olduğu üniversite hastanesi Hacettepe Üniversite’si olarak görülmektedir. Net satışlarının (gelirinin) daha fazlasını borçlarına aktarmasının önemli bir nedeninin satılan hizmet maliyetlerinin yüksekliğinden olduğu söylemek yanlış olmayacaktır. 2013 ve 2014 yıllarında üniversite hastanesinin net satış kaleminde %23 oranında artış olmuş; diğer taraftan Satılan Hizmet Maliyetinde de %29 oranında yükselme meydana gelmiştir.

Tablo 2 ’de Ankara Üniversitesi’ne ait dönen varlıklar, kısa ve uzun vadeli borçlar 2013 Sayıştay raporlarında belirtilmediğinden 2013 yılına ait cari oran ve borç –gelir oranı sıfır (0) olarak gösterilmiştir. Fakat Ankara Üniversitesi Hastanesi’nin 2014 yılına ait borç gelir oranı %75 olarak gerçekleşmekte, bu oran ise Hacettepe Üniversitesinden sonra ikinci en yüksek oran olmaktadır.

<sup>3</sup> Tabloya ait rakamlar, ilgili üniversitelerin Sayıştay 2013-2014 denetim raporlarından elde edilmiştir

Hastanelerin gelirleri ile maliyetler arasındaki bu korelasyon oranları farklılaşsa da (örneğin Akdeniz Üniversitesi için gelir %32 artarken maliyet %17 artmıştır) özellikle Sağlık Uygulama Tebliği fiyatlarının yükselen sağlık hizmetleri ve teknolojileri maliyetlerini karşılayamadığını göstermektedir. Buna karşılık maliyetlerin azaltılmasına yönelik SUT fiyatlarının artırılması dışında bir çözüm olarak gereksiz tetkik ve tedavilerden kaçınma da söylenebilir. Gelirlerinin %21'ini borçlarına aktaran Süleyman Demirel Üniversitesi tabloda pozitif anlamda ilk sırayı almakta; Akdeniz Üniversitesi ise sondan ikinci sırada bulunmaktadır. Faaliyet giderlerine bakıldığında ise 2013 ve 2014 yıllarının her ikisinde de istikrarlı bir orana sahip olan Ankara Üniversitesi Hastanesidir. İkinci sırada yer alan Cumhuriyet Üniversitesi ise 2014 yılında faaliyet giderlerini dolayısıyla pazarlama, satış, Ar-Ge ve genel yönetim giderlerine yönelik harcamalarını % 10 oranında azaltılmasına ek olarak net satışlarında da %24 oranında artış olması, Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'ne ait söz konusu oranın %44 'e düşmesine neden olmuştur. Hacettepe Üniversite Hastanesi ise %24 oranında artan net satışlarına rağmen faaliyet giderlerini %15 azaltarak, %0,9'dan %0,6'ya gerilemiştir. Bu oran tablonun en düşük faaliyet gideri olarak ön plana çıkmaktadır.

**Tablo 3: Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarında Değişim (%)<sup>4</sup>**

Hesap Adı	Dönen Varlıklar	Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar	Satılan Hizmet Maliyeti	Net Satışlar	Faaliyet Giderleri
Akdeniz Üniversitesi	33,1	35,3	17,7	32,9	7,1
<b>Ankara Üniversitesi</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>55,2</b>	<b>24,2</b>	<b>21,3</b>
Hacettepe Üniversitesi	-5,6	16,1	29,5	23,3	-15,1
<b>Cumhuriyet Üniversitesi</b>	<b>24,8</b>	<b>81,7</b>	<b>42,8</b>	<b>23,6</b>	<b>-10,7</b>
Süleyman Demirel Üniversitesi	-2,1	184,5	22,0	31,3	15,4
<b>Pamukkale Üniversitesi</b>	<b>47,6</b>	<b>8,6</b>	<b>15,9</b>	<b>36,9</b>	<b>12,2</b>

**Kaynak:** Tarafımızca hesaplanmıştır.

Tablo 3'de hastanelerin mali yapılarında 2013 yılına göre meydana gelen değişimler oransal olarak gösterilmiştir. Tabloda Akdeniz Üniversitesi'ne ait dönen varlıklar ve kısa vadeli yabancı kaynaklardaki değişim oranı benzerlik göstermektedir. Buna göre kısa vadeli borçlarındaki artış ile dönen varlıkları sırasıyla %35,3 ve %33,1 olarak gerçekleşmektedir. Diğer taraftan satılan hizmet maliyeti, net satışlar ve faaliyet giderlerinde meydana gelen artışlar tabloda yer alan diğer hastanelere göre daha dengeli bir artış olarak görülmektedir. Bunun dengeli olarak görülmesinin nedeni örneğin Süleyman Demirel Üniversitesi'nin kısa vadeli borçları %184,4 artarken dönen varlıklarının %2,1 azalması gibi daha tutarsız değişimler gösterilebilir. Ancak Akdeniz Üniversite Hastanesi'ne ait veriler mali performansının Pamukkale Üniversitesine oranla oldukça düşük kalmaktadır. Tabloda likidite gücünün önceki yıla oranla en fazla artan hastanenin Pamukkale Üniversitesi'ne ait olduğu görülmektedir. Hastanede 2013 yılından 2014 yılına geçerken dönen varlıklarında %47,6 ve net satışlarında %36,9 artış meydana gelmiştir. Buna karşılık kısa vadeli yabancı kaynaklarında %8,6 ve satılan hizmet maliyetinde %15,9 artış olması ve aynı şekilde yukarıda Tablo 2'de gösterildiği gibi borç artışında da %13,16 ile en düşük artışın olduğu hastane olması, tabloda yer alan hastaneler içinde finansal performans bakımından en iyi hastane olarak karşımıza çıkmaktadır. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'ne ait mali verilere bakıldığında satılan hizmet maliyeti ile kısa vadeli yabancı kaynaklarda sırasıyla %42,8 ve %81,7 olarak gerçekleşmiştir. Buna ek olarak Tablo 2'de yer alan satılan hizmet maliyeti / net satışlara ait %73 ve 2013 yılından 2014 yılına geçerken meydana gelen borç artış oranının %85,9 olduğu da düşünülürse finansal performans açısından olumsuz bir durumda olduğu sonucuna varılabilir.

<sup>4</sup> Tabloya ait rakamlar, ilgili üniversitelerin Sayıştay 2014-2015 denetim raporlarından elde edilmiştir

## DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Tarihsel süreçte devletler, sağlık hizmetlerini toplumsal ihtiyaçları karşılayacak şekilde ve merkezi bütçe kısıdı çerçevesinde regüle etmişlerdir. Bu açıdan sağlık hizmetinin sunumunda ve finansmanında esas olarak üç model benimsenmiştir. Söz konusu modeller değişen ve gelişen devletin sorumlulukları ve vatandaşların ihtiyaçlarına farklılık göstermiştir.

Bu açıdan Türkiye’de değişen ve gelişen toplumsal dinamikleri nedeniyle, sağlık sistemi gerek hizmeti sunan gerekse finansmanı sağlayan aktör bakımından 2000 yılı sonrasında değişikliğe gitmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak adlandırılan bu dönüşümde sağlık hizmetlerinde güncel toplumsal ihtiyaçlara kamu kaynak tahsisinde etkinlik ve sağlık hizmetini talep edenlerin memnuniyeti göz önüne alınarak sunulmasına öncelik verilmiştir.

Çalışmanın ana temasını SDP sonrası uygulanan regülasyonların üniversite hastanelerinin mali yapısına olan etkilerini söz konusu 6 üniversiteye ait mali tablo analizleri ile incelenmesi oluşturmaktadır. Çalışmanın tezini ise SDP sonrası uygulanan fiyat regülasyonlarının üniversite hastanelerinin mali yapılarını; çoğunlukla borç artış oranlarını ve cari oranlarını negatif etkilemesinin tespit edilmesidir.

Çalışmada yer alan tablolardaki oranlar birlikte değerlendirildiğinde mevcut 6 üniversite hastanesinin hizmet maliyetleri, net satışlar içinde %50’nin üstünde gerçekleşmiştir. Özellikle SUT fiyatlarının yükselen personel, medikal malzeme ve tıbbi teknoloji maliyetlerine uygun şekilde güncellenmemesi hastanelerin net satışlarının artmasına rağmen mali yapılarında önemli bir ilerleme sağlamasına engel olmaktadır. Üniversite hastanelerine ait hasta işlem (müracaat) sayılarının artmasına karşılık SUT işlem puanlarının (fiyatlarının) koşullara uygun şekilde yenilenmemesi nedeniyle tedavi edilen her hasta aynı zamanda maliyetlerin de gelirlerden daha hızlı yükselmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla satılan hizmet başına gelirlerin (net satışların) artması, satılan hizmet maliyetlerinin daha fazla artması ve aynı zamanda SUT fiyatlarının maliyetleri karşılamaktan uzak olması karşısında mali performansı istenilen düzeyde arttırmamaktadır. Diğer taraftan hastanelere ait maliyet/gelir oranlarının yüksekliği, karlılık oranlarının da düşük olduğunu göstermekte ve SUT fiyatlarının üniversite hastaneleri tarafından değiştirilmemesi; bir diğer deyişle SUT fiyatlarının kamu kesimi tarafından dışarıdan belirlenmesi, hastanelerin sağlık hizmetlerinin fiyatlarını yükseltmemesi nedeniyle de finansal yapısını olumsuz etkilemektedir. Hastaneler, yükselen maliyetler veya güncellenmeyen SUT fiyatları karşısında çoğunlukla kısa vadeli yabancı kaynaklara yönelerek aktif hesaplarının değerinin düşmesine neden olmaktadır. Bu durum aynı zamanda hastanelerin kısa ve uzun vadede yerine getirmesi gereken tıp eğitimini geliştirecek adımları atmanın yanı sıra toplumsal sağlığı iyileştirecek Ar-Ge çalışmaları gibi önemli sorumluluklarını potansiyelinin altında yapmasına veya sorumluluklarını ertelemesine neden olmaktadır.

Sonuç olarak SDP ile hedeflenen kamu kesimi harcama etkinliği, üniversitelerin mali yapılarında genel olarak negatif bir etkiye neden olduğu söylenebilir. Bu nedenle fiyat regülasyonlarının negatif etkilerini en aza indirecek; her an güncellenebilecek bir mekanizmanın geliştirilmesi özellikle üniversite hastaneleri için önemli görülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Akdağ, R., ve Erkoç, Y. (2011). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2010. Sağlık Bakanlığı, Türkiye.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, vd (2013). Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. *The Lancet*, 382(9886): 65-99.
- Avcı K., Çınaroğlu, S., (2015). Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nin Örgütsel Ve Finansal Performans Göstergeleri Bakımından Kümelenmesi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 33(2), 1-23.

- Baker, L. R. (2002). Government's Role in Health Care Delivery, *The Annals Health Law*, 11(6): 73-92
- Bezzola, M., and Martinsson P., (1998). "Overview of the Two Systems." *Çinde Regulation of Health: Case Studies of Sweden and Switzerland*. Springer US.: 9-28.
- Bilgili, E., ve Ecevit, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2).
- Chernichovsky, D. (1995). Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *The Milbank Quarterly*: 339-372.
- Chinitz, D. (2002). "Good and bad health sector regulation: an overview of the public policy dilemmas" içinde Saltman, R. B., Busse, R., & Mossialos, E. (Eds.). . *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Çaldağ, Y., (2007). *Denetim ve Raporlama Finansal Tablolar ve Analiz Teknikleri*. Gazi Kitabevi, Ankara
- Immergut, E. M. (1992). *Health politics: Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge University Press Archive
- İşeri M., (2005). *Sorularla İşletme Finansmanı*, T.C. İstanbul Kültür Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi KOBİ Danışma Birimi, İstanbul
- Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). Healthcare Systems—an International Review: an overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(6), 3-9.
- OECD, (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, OECD and the World Bank*, Paris: 15-43.
- Palier, B., & Martin, C., (2008). From 'a frozen landscape' to structural reforms: the sequential transformation of Bismarckian welfare systems. *Çinde Reforming the Bismarckian Welfare Systems*: 1-20.
- Resmî Gazete, (2005). Karar No: 8873 <http://www.resmigazete.gov.tr/Eskiler/2005/05/20050531M2.htm>, (erişim tarihi: 17.02.2016)
- Schmid, A., Cacace, M., & Rothgang, H. (2010). The changing role of the state in healthcare financing. (eds) Heinz Rothgang, Mirella Cacace, Lorraine Frisina, Simone Grimmeisen, Achim Schmid, and Claus Wendt. 25-52.
- T.C Sağlık Bakanlığı, (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara
- T.C Sağlık Bakanlığı, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2014). Akdeniz Üniversite 2013 yılı Sayıştay Denetim Raporu [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel\\_B%C3%BCt%C3%A7eli\\_%C4%B0dareler-A/AKDEN%C4%B0Z%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/AKDEN%C4%B0Z%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf) (erişim tarihi: 4.06.2016)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2014). Cumhuriyet Üniversite 2013 yılı Sayıştay Denetim Raporu [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel\\_B%C3%BCt%C3%A7eli\\_%C4%B0dareler-A/CUMHUR%C4%B0YET%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/CUMHUR%C4%B0YET%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf) (erişim tarihi: 4.06.2016)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2014). Hacettepe Üniversite 2013 yılı Sayıştay Denetim Raporu [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel\\_B%C3%BCt%C3%A7eli\\_%C4%B0dareler-A/HACETTEPE%20%C3%9CN%C4%B0V.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/HACETTEPE%20%C3%9CN%C4%B0V.pdf) (erişim tarihi: 4.06.2016)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2014). Pamukkale Üniversite 2013 yılı Sayıştay Denetim Raporu [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel\\_B%C3%BCt%C3%A7eli\\_%C4%B0dareler-A/PAMUKKALE%20%C3%9CN%C4%B0V.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/PAMUKKALE%20%C3%9CN%C4%B0V.pdf)

[dareler-A/PAMUKKALE%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf](#)  
(erişim tarihi: 05.06.2016)

- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2014). Pamukkale Üniversite 2013 yılı Sayıştay Denetim Raporu [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel\\_B%C3%BCt%C3%A7eli\\_%C4%B0dareler-A/S%C3%9CLEYMAN%20DEM%C4%B0REL%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/S%C3%9CLEYMAN%20DEM%C4%B0REL%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf) (erişim tarihi: 05.06.2016)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Akdeniz Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel\\_B%C3%BCt%C3%A7eli\\_%C4%B0dareler-A/AKDEN%C4%B0Z%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/AKDEN%C4%B0Z%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf) (erişim tarihi: 4.06.2016)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Ankara Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel\\_B%C3%BCt%C3%A7eli\\_%C4%B0dareler-A/ANKARA%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/ANKARA%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf) (erişim tarihi: 4.06.2016)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Cumhuriyet Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel\\_B%C3%BCt%C3%A7eli\\_%C4%B0dareler-A/CUMHUR%C4%B0YET%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/CUMHUR%C4%B0YET%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf) (erişim tarihi: 05.06.2016)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Hacettepe Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel\\_B%C3%BCt%C3%A7eli\\_%C4%B0dareler-A/HACETTEPE%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/HACETTEPE%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf) (erişim tarihi: 4.06.2016)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Pamukkale Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel\\_B%C3%BCt%C3%A7eli\\_%C4%B0dareler-A/PAMUKKALE%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/PAMUKKALE%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf) (erişim tarihi: 05.06.2016)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Pamukkale Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu, [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel\\_B%C3%BCt%C3%A7eli\\_%C4%B0dareler-A/S%C3%9CLEYMAN%20DEM%C4%B0REL%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/S%C3%9CLEYMAN%20DEM%C4%B0REL%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf) (erişim tarihi: 05.06.2016)
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Sosyal Güvenlik Kurumu 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu [http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/Sosyal\\_G%C3%BCvenlik\\_Kurumlar%C4%B1/SOSYAL%20G%C3%9CVENL%C4%B0K%20KURUMU.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/Sosyal_G%C3%BCvenlik_Kurumlar%C4%B1/SOSYAL%20G%C3%9CVENL%C4%B0K%20KURUMU.pdf) (erişim tarihi: 01.01.2016)
- UNSDSN, (United Nations Sustainable Development Solutions Network) (2015) Financing Universal Health Coverage in the Post-2015 Agenda, <http://unsdsn.org/wpcontent/uploads/2015/02/150224-Financing-for-UHC.pdf> (erişim tarihi: 12.10.2015)
- Wild, C. and Bernhard G., (2003). "Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria." Health Policy 63.2: 187-196.
- Yates, R., & Humphreys, G., (2013). Arguing For Universal Health Coverage. World Health Organization.
- Zweifel P, (1998) Introduction, içinde Regulation of Health: Case Studies of Sweden and Switzerland. Springer US.: 1-8
- 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>