

TÜRK SAĞLIK POLİTİKALARINDAKİ DEĞİŞİMLERİN HASTANE POPÜLASYON YOĞUNLUĞUNA ETKİSİ

Emine ÇETİN ASLAN *
İbrahim TÜRKMEN **


ÖZ

Örgütsel ekoloji kuramı; örgüt popülasyonlarının kurulma, gelişme, değişme, azalma ve ölümlerinin zaman içinde nasıl gerçekleştiğini incelemektedir. Bu çalışmanın amacı, Türk sağlık sistemindeki değişimlerin hastane popülasyon yoğunluğuna etkisini, örgütsel ekoloji kuramı açısından incelemektir. Hastane sayıları, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ayrıma göre, dönemler halinde değerlendirilmiştir. Hastane sayıları sahiplik açısından; Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Üniversite hastaneleri, özel hastaneler, diğer hastaneler ve toplam olarak incelenmiştir. Araştırmanın verileri, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan; Sağlık İstatistikleri Yıllıkları ve Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıklarından sağlanmıştır. Araştırma bulgularına göre, kamu sağlık politikalarının hastane sayıları üzerinde belirleyici etkileri olduğu görülmüştür. Kamu hastanelerinde politikaların etkisi daha doğrudan ve hızlı görülürken; özel hastanelerde bu etkinin daha dolaylı olduğu ülkenin ekonomik ve diğer politikalarından da etkilendiği görülmüştür. Araştırmada, 2010 yılından itibaren Türkiye'deki hastane popülasyonu yoğunluğunun dengelenme eğiliminde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak şehir hastanelerinin yaygınlaşmasının Sağlık Bakanlığını, özel ve dolayısıyla toplam hastane nüfusunu etkileyerek bu dengeyi değiştirebileceği tahmin edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kamu hastaneleri, kamu sağlık politikaları, örgütsel ekoloji, özel hastaneler, popülasyon yoğunluğu

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, emine.aslan@bakircay.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-4326-2070>

** Öğr. Gör. Uşak Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ibrahim.turkmen@usak.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1558-0736>

Gönderim Tarihi: 23.09.2020

Kabul Tarihi: 08.10.2021

Atıfta Bulunmak İçin:

Çetin Aslan, E., & Türkmen, İ. (2021). Türk sağlık politikalarındaki değişimlerin hastane popülasyon yoğunluğuna etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(4): 681-698

THE EFFECT OF CHANGES IN TURKISH HEALTH POLICIES ON HOSPITAL POPULATION DENSITY

Emine ÇETİN ASLAN *
İbrahim TÜRKMEN **

ABSTRACT

Organizational ecology theory examines how organizational populations are founded, develop, change, decrease in number and come to an end in time. The aim of this study is to examine the effects of changes in the Turkish health system on hospital population density in terms of organizational ecology theory. The number of hospitals is appreciated as periods in accordance with the division by the Ministry of Health. In terms of ownership, the number of hospitals is analyzed as Ministry of Health hospitals, university hospitals, private hospitals, other hospitals and total. Research data are obtained from health statistics annuals and statistical annuals of inpatient treatment institutions published by the Ministry of Health. According to the study findings, it is observed that public health policies have determining effects on the number of hospitals. While the effect of policies in public hospitals is more direct and rapid, this effect is rather indirect in private hospitals and it is also affected from economic and other policies of the country. It has been concluded in the study that hospital population density in Turkey has a balancing trend as of 2010. However, it is predicted that the become widespread of city hospitals may change this balancing by affecting the Ministry of Health, private and thus the total hospital population.

Keywords: Public hospitals, public health policies, organizational ecology, private hospitals, population density

ARTICLE INFO

* Assist. Prof., Bakırçay University, Faculty of Health Sciences, emine.aslan@bakircay.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-4326-2070>

** Lecturer, Usak University, Vocational School of Health Services, ibrahim.turkmen@usak.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1558-0736>

Received: 23.09.2020

Accepted: 08.10.2021

Cite This Paper:

Çetin Aslan, E., & Türkmen, İ. (2021). The effect of changes in Turkish health policies on hospital population density. Hacettepe Journal of Health Administration, 24(4): 681-698

I. GİRİŞ

Örgütler kurumsal ve teknolojik olarak değişken ve belirsizliğin yüksek olduğu bir çevrede faaliyetlerini yürütmektedirler. Çalkantılı çevre koşullarında örgütler yasal kurallar, hükümet düzenlemeleri, ya da örgütlerin faaliyetlerini etkileyen düzenleyici politikalarındaki değişimlerden daha çok etkileneceklerdir. Teknolojideki hızlı değişiklikler de örgütlerin rekabet edebilme yeteneğini ve hayatta kalma ihtimalini etkileyecektir (Jaffee, 2001). Örgütler “*üyelerinin koordineli faaliyetleri aracılığıyla amaçlara ulaşmak için tasarlanmış sosyal sistemler*” olarak tanımlanmaktadır (Presthus, 1979). Sosyal sistem olarak örgütler, açık sistemlerdir. Açık bir sistem olarak örgütler çevrelerinden girdiler alırlar ve bu girdileri belirli işlemler uygulayarak dönüştürüp çevrelerine çıktı olarak verirler. Diğer bir deyişle örgütler çevrelerinden etkilenirken aynı zamanda da çevrelerini de etkilemektedirler (Koçel, 2013). Bu etkileşim açık sistem yaklaşımıyla ortaya konulmuştur.

Açık sistem yaklaşımıyla birlikte örgütlerin politik, ekonomik, sosyal ve teknolojik çevrelerinden etkilendikleri kabul edilmiştir. Örgütlerin çevreleri ile ilişkisi farklı yaklaşımlar tarafından incelenmektedir. Bu yaklaşımlardan stratejik yönetim, örgütlerin çevreleriyle ilişkilerini yönetmek, çevrelerini analiz ederek fırsatlarını, tehditlerini, üstünlük ve zayıf noktalarını belirlemek ve bu doğrultuda uzun vadeli amaçlarına ulaşmak için stratejiler geliştirilebileceğini vurgulamaktadır (Ülgen ve Mirze, 2014). Bir diğer yaklaşım ise adaptasyon yaklaşımıdır. Adaptasyon yaklaşımının temelinde örgütlerin çevrelerinde meydana gelen değişimlere uyum sağlamaları bulunmaktadır. Adaptasyon yaklaşımı örgütlerin yapılarını, kullandıkları teknolojilerini, yatırımlarını ve stratejilerini içinde buldukları koşullara göre uyarlayabileceklerini varsaymaktadır (Önder ve Üsdiken, 2020). Ancak örgütler geçmişten getirdikleri kültürlerini, iş yapış biçimlerini, önemli yatırımlar gerektiren teknolojilerini ve örgüt yapılarını hızla değişen çevrelerine uygun şekilde dönüştürmeleri her zaman mümkün olmamaktadır. Bu durum yapısal durağanlık olarak ifade edilmektedir. Yapısal durağanlık örgütlerin esnek hareket edebilme ve kararlar alabilme kabiliyetleri zayıflatmaktadır. Bu nedenle örgüt-çevre ilişkisinin analizinde adaptasyon yaklaşımının yetersiz olduğunu vurgulayan Hannan ve Freeman (1977), örgüt-çevre ilişkilerinin analizi ile ilgili olarak örgütsel ekoloji kuramını geliştirmiştir. Örgütsel ekoloji kuramı örgüt çevre ilişkisini çevresel seçim yaklaşımı ile analiz etmektedir. Çevresel seçim veya ayıklamanın temel varsayımı, yapısal durağanlık gösteren örgütlerin çevreleri tarafından ayıklanarak faaliyetinin sona ereceğini ve bu örgütlerin yerine çevre koşullarına uyumlu yeni örgütlerin kurulacağıdır (Hannan ve Freeman, 1977). Örgüt-çevre ilişkisi örgütsel ekoloji perspektifi bağlamında değerlendirildiğinde örgütlerin çevrenin etkileri karşısında edilgen bir konumda olduğu kabul edilmektedir (Keskin vd., 2016). Çevrenin seçiciliği, çevresel koşullara uyumlu örgütlerin sayısının artmasında, uyum sağlayamayan örgütlerin ise azalmasında çevrenin belirleyici olduğunu vurgulamaktadır (Önder ve Üsdiken, 2020).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli örgütler hastanelerdir. Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren hastane sayıları artarken hastane türlerinde de önemli değişiklikler olmuştur. Bu değişimde ortaya çıkan ekonomik, sosyo-kültürel, politik-yasal ve teknolojik gelişmeler etkili olmuştur. Nüfus artışı, kentleşme, yaşam tarzının ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi, yaşam sürelerinin uzaması, tıp ve bilişim teknolojilerindeki gelişmeler, genel sağlık sigortası ve özel sigortaların yaygınlaşması gibi faktörler bir yandan sağlık hizmetlerine talebi artırırken bir yandan da sağlık kurumlarının sayısının artmasına neden olmuştur. Hastane sayılarının ülkede gerçekleşen değişimlerden nasıl etkilendiği bu araştırmanın odak noktasını oluşturmaktadır. Bu bağlamda öncelikle örgütsel ekoloji kuramının popülasyon yoğunluğu yaklaşımı açıklanmaya çalışılmıştır. Sonraki bölümde 1920-2018 yılları arasındaki sağlık politikaları başta olmak üzere ülkedeki değişimlerin hastane popülasyonu yoğunluğuna etkileri dönemler halinde incelenmiştir.

II. ÖRGÜTSEL EKOLOJİ KURAMI

Örgüt ile çevre arasındaki etkileşimi açıklamak üzere Hannan ve Freeman (1977) tarafından örgütsel ekoloji kuramı geliştirilmiştir. Değişen çevre koşullarının örgütlerin doğumunu, hayatta kalmasını ve ölümünü nasıl etkilediğini belirlenmesinde örgütsel ekoloji kuramı teorik bir çerçeve sunmaktadır (Hannan ve Freeman, 1987). Diğer bir ifade ile kuram; politik, ekonomik, sosyal, teknolojik ve hukuki

çevrenin örgütlerin kurulması ve kapanmasına yönelik etkilerini, dönemsel olarak kurulma ve kapanma oranlarının nasıl değiştiğini açıklamayı hedeflemektedir (Baum ve Amburgey, 2005).

Örgütsel ekoloji kuramı örgüt çevre ilişkisinde çevrenin seçici olduğunu öne sürmektedir. Çevrenin seçiciliği yaklaşımının iki varsayımı bulunmaktadır. Birinci varsayıma göre çevre durağan değil sürekli bir değişim halindedir. İkinci varsayıma göre ise çevredeki değişimlere örgütün uyum sağlaması her zaman mümkün değildir. Dolayısıyla çevrenin hızlı ve sürekli değişimine cevap vermeye çalışan örgütlerin kaynaklarını ve yapılarını çevreye göre hemen düzenlemeleri ve harekete geçmeleri çok zordur. Bir başka ifadeyle örgütler çevreye göre daha durağan haldedir. Bu durum yapısal durağanlık olarak ifade edilmektedir (Hannan ve Freeman, 1977). Yapısal durağanlık, örgütlerin çevresel değişimler karşısında uyum sağlayabilmek için özelliklerini değiştirebilme kapasitelerinin ve imkânlarının sınırlı olduğunu ifade etmektedir (Önder ve Üsdiken, 2020).

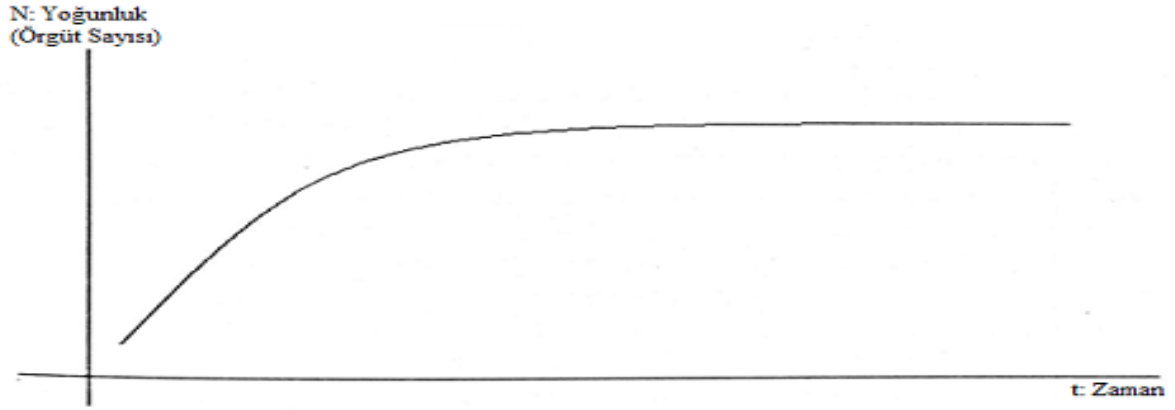
Örgütlerin yapısal durağanlığı hem iç yapısal düzenlemelerden hem de çevresel kısıtlamalardan kaynaklanmaktadır. Örgütlerin yapısal durağanlığına neden olan ve iç yapısından kaynaklanan kısıtlamalar; (1) bir örgütün yapmış olduğu yatırımların, diğer görevlere veya işlevlere kolayca aktarılamaması; (2) örgütsel karar vericilerin her zaman istenilen bilgilere tam olarak ulaşmalarının mümkün olmaması (sınırlı rasyonellik); (3) örgüt içi politik kısıtlamalar ve (4) örgütlerin geçmişlerinin getirdiği kısıtlamalar olarak sıralamak mümkündür. Çevreden kaynaklanan kısıtlamalar ise; (1) piyasalara giriş ve çıkışta yasal ve mali engeller; (2) örgütlerin bilgi elde etmeleri üzerindeki engeller; (3) meşruiyet kısıtlamaları ve (4) değişen bir çevrede bir örgüt için uyarlanabilir bir eylemin benzer diğer örgütler için uyarlanabilir olmamasıdır (kolektif rasyonellik sorunu) (Hannan ve Freeman, 1977). Tüm bu faktörler örgütleri katılaştırmakta, değişime karşı direnç göstermesine neden olmakta ve değişen çevre koşullarında hayatta kalmalarını zorlaştırmaktadır (Koçel, 2013).

Örgütsel ekoloji yaklaşımında araştırmaların analiz düzeyi ve analiz birimi farklılaşmaktadır (Koçel, 2013). Carroll (1984) örgütsel ekoloji kuramının örgütsel, örgüt popülasyonu ve topluluk düzeyinde olmak üzere üç temel analiz düzeyi bulunduğunu tespit etmiştir. Örgütsel ekoloji kuramında popülasyon kavramı, belirli bir sınır içerisinde ortak bir forma sahip olan örgütlerin toplamlarını ifade etmek için kullanılmaktadır (Hannan ve Freeman, 1977). Araştırmalarda örgüt popülasyonu olarak; gazeteler (Carroll ve Delacroix, 1982), hastaneler (Alexander vd., 1986; Gifford ve Mullner, 1988), bankalar ve hayat sigortası şirketleri (Ranger-Moore vd., 1991), bira üreticileri (Carroll vd., 1993), beyzbol takımları (Land vd., 1994), denetim firmaları (Boone vd., 2000), otomobil üreticileri (Dobrev vd., 2002), sermaye piyasasındaki aracı kurumlar (Yeloğlu, 2007) optik disk sürücü üreticileri (Khessina ve Carroll, 2008), yerli ve yabancı bankalar (Kaya ve Ataman, 2013) ve siyasi partiler (Arıkan, 2014) ele alınmıştır.

Örgütsel ekoloji araştırmalarında, seçilen analiz düzeyine göre analizi yapılan birim değişmektedir. Örgütsel düzeydeki analizlerde analiz birimi bireylerdir. Popülasyon düzeyindeki analizlerde analiz birimi örgütlerdir. Topluluk seviyesinde yapılan analizlerde ise analiz birimi olarak örgüt popülasyonları ele alınmaktadır (Yeloğlu, 2017).

Belirli bir zamanda popülasyon içerisinde bulunan örgütlerin toplam sayısı, popülasyon yoğunluğu olarak ifade edilmektedir (Carroll ve Hannan, 1989; Hannan ve Carroll, 1992). Popülasyon yoğunluğuna çeşitli faktörler etki etmektedir. Bir popülasyon başlangıç aşamalarında meşruiyet sorunuyla karşılaşır. Kurulan her yeni örgüt, popülasyonun meşruiyetini arttırır ve daha fazla örgütün kurulmasını teşvik eder. Ancak, örgüt sayısı belirli seviyeye ulaştığında, örgütsel kaynaklar için rekabet artmakta ve yeni örgütlerin kurulması zorlaşmaktadır (Baum ve Oliver, 1992). Kaynak miktarı sabit kaldığından, *“rakipler ne kadar çok olursa, bir örgüt kurmanın potansiyel kazancı o kadar az ve potansiyel rakibe olan maliyet de o kadar büyük”* olacaktır. Dolayısıyla popülasyondaki yoğun rekabet yeni örgütlerin kurulmasını azaltacaktır (Hannan ve Freeman, 1987). Sonuç olarak meşruiyet sorunu, kaynakların dağılımı ve örgütsel rekabetin yanı sıra hükümet düzenlemeleri popülasyon yoğunluğunun artmasına veya azalmasına etki etmektedir (Kaya ve Ataman, 2013).

Şekil 1. Örgüt Popülasyonlarında Yoğunluk Bağımlı Büyüme



Kaynak: Önder ve Üsdiken (2020)

Popülasyon yoğunluğuna bağımlı olarak örgütlerin doğum (kurulma) ve ölüm (kapanma) oranlarını değiştirmektedir. Örgüt popülasyonları başlangıç döneminde yavaş bir büyüme göstermekte, meşruiyetleri artınca örgüt sayısı hızla artmakta ve belirli bir seviyeye geldikten sonra dengelenmektedir. Dengelenme sürecinden sonra uzun dönemler boyunca örgüt topluluklarının yoğunluğu görece olarak sabit kalmaktadır (Hannan ve Carroll, 1992). Şekil 1’de görüldüğü gibi, popülasyon yoğunluğundaki artışlar, popülasyona yeni örgütlerin girmesini başlangıçta teşvik ederken, bir noktadan sonra giderek engelleyici etki yapmaktadır. Ancak, popülasyon yoğunluğunun zaman ve sayı olarak dönüm noktalarının öngörülmesi zordur (Önder ve Üsdiken, 2020).

III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmanın amacı, sağlık alanında ayrı bir örgütsel biçime sahip olan hastanelerin oluşturmuş olduğu popülasyonun başta kamu sağlık politikaları olmak üzere; sosyal, siyasal ve iktisadi etkenlerden nasıl etkilendiğinin incelenmesidir. Araştırmada, hastane popülasyonunun evrimi sürecinde yaşanan sağlık politikalarındaki değişimler dönemler halinde incelenmiş ve “Sağlık politikalarındaki değişiklikler, hastane popülasyonunun yoğunluğunu nasıl etkilemektedir?” araştırma sorusuna cevap aranmıştır. Hastane popülasyonu; Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve diğer grubu ile toplam hastane sayısı açısından değerlendirilmiştir. Araştırmanın analizi popülasyon düzeyinde yapılmış olup analiz birimi olarak hastane örgütleri incelenmiştir.

Araştırmada, Türkiye’de 1920-2018 yılları arasındaki hastane sayıları, dönemler halinde analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan veriler; Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıkları ve Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıklarından sağlanmıştır. Bu istatistiklerin, 1956 yılında itibaren düzenli yayınlarına ulaşılabildiğinden, yıllık veriler 1956 yılından itibaren değerlendirilmiştir. 1920-1955 dönemi hastane sayıları, periyodik sağlanamadığı için yalnızca dönemlerin incelenmesinde bahsedilmiş, grafikte yer verilmemiştir. Verilerde, yıllar içerisinde toplam hastane sayısı ile Sağlık Bakanlığı hastaneleri, özel hastane, üniversite ve diğer grubunda toplanan hastane sayılarına odaklanılmıştır. Diğer başlığı altında belediyelere, Kamu İktisadi Teşekküllerine (KİT), Diğer Bakanlıklara, azınlıklara, yabancılara, derneklere ait hastaneler ile 1995-2016 yılları arasında Milli Savunma Bakanlığına (MSB) ait hastaneler ve 2005 yılına kadar SSK (Sosyal Güvenli Kurumu) hastaneleri yer almaktadır.

Resmi istatistiklerde yıllara göre hesaplama ve gruplama farklılıkları bulunmaktadır. Yıllar arasındaki bazı rakamsal değişiklikler, istatistik ve sayım yönteminden kaynaklanmaktadır. Çalışma içerisinde detaylı verilere ulaşılabildiği durumlarda, farklılıklar giderilmeye çalışılmıştır. Ancak bazı durumlarda, açıklayıcı verilerin olmaması nedeniyle, verilen rakamlar olduğu gibi kullanılmıştır. Bazı istatistiklerde, vakıflara ve yabancılara ait hastaneler, özel hastane sayısı içerisine alınmıştır. Araştırmada önemli gruplardan birisi olması nedeniyle, sadece ‘özel’ başlığı altında verilen rakamlar

tablolara yansıtılmıştır. İstatistiksel farklılık dışındaki; kurumsal devirler ve yapısal değişimler bölümlerde açıklanmıştır.

Araştırma verilerinin katılımcılardan elde edilmemesi ve kamuya açık, resmi istatistiklerden alınması nedeniyle etik kurul izni gerekmemektedir.

IV. BULGULAR

Araştırmanın bulguları iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, Türk Sağlık Sistemi gerçekleşen değişimler incelenmiştir. İkinci bölümde ise 1956-2018 yılları arası Türk sağlık sistemindeki değişimlerin hastane popülasyonuna etkisi örgütsel ekoloji kuramı bağlamında değerlendirilmiştir.

4.1. 1920-2018 Dönemi Türk Sağlık Sisteminin İncelenmesi

Türk Sağlık Sisteminin, kuruluşundan bugüne kadar geçirdiği aşamaları, Sağlık Bakanlığının sınıflamasına uygun olarak altı dönemde incelemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020a);

1920-1923 yılları arası dönem,
1923-1946 yılları arası dönem,
1946-1960 yılları arası dönem,
1960-1980 yılları arası dönem,
1980-2002 yılları arası dönem,
2003 yılı sonrası dönem.

Türkiye Cumhuriyeti'nin Osmanlı İmparatorluğundan, toplumun ihtiyaçlarına cevap verebilecek köklü bir sağlık sistemi ve yasal düzenlemeler teslim alma şansı olmamıştır. Günümüzdeki sağlık sistemi 1920 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasından sonra şekillenmeye başlamıştır (Akdur, 1999). Bu nedenle, Türkiye sağlık sisteminin başlangıç noktası olarak, 1920 yılını almak mantıksaldır.

4.1.1. 1920-1923 Yılları Arası Dönem

Türkiye Cumhuriyeti için sağlık, önemli bir toplumsal konu olarak ele alınmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışının hemen ardından, 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı yasa ile ilk kurulan bakanlık, o günkü adıyla Sıhhiye ve Muaveneti, bugünkü adıyla Sağlık Bakanlığı olmuştur. Bu uygulama, sağlık hizmetlerinin önceliği ve bağımsız bir kuruluş tarafından yürütülmesi amacını yansıtması bakımından önemlidir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1983; Akdur, 1999).

Bu dönemdeki gelişmelerde savaş sonrası koşullarının öne çıktığı görülmektedir. Düzenli kayıt tutulmadığı dönemde, daha çok savaş yaralarının sarılması ve mevzuat çalışmalarına çaba harcanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020a). Yataklı tedavi hizmetleri, Cumhuriyetten önce her il merkezinde kurulmuş olan, az sayıdaki Guraba hastaneleri tarafından yürütülmüştür. Cumhuriyet sonrası memleket ya da belediye hastanesi adı verilen bu hastanelerin idaresi, özel idareler ve belediyelere bırakılmıştır (Dirican, 1970).

4.1.2. 1923-1946 Yılları Arası Dönem

Cumhuriyetin ilanı ile başlayan bu dönem; kısa aralıklar dışında 1923-1937 yılları arasında Sağlık Bakanlığı yapan Dr. Refik Saydam'ın adıyla anılmaktadır. Sağlık sisteminin örgütlenmesi ve yaygınlaştırılması çalışmalarına öncelik verilmiştir. İllerde Sağlık Müdürlükleri, ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuştur (Akdur, 1999). Sağlık hizmetleri sunumunu düzenlemek amacıyla, bazıları bugün hala yürürlükte olan mevzuat çalışmaları yapılmıştır. Ayrıca, açılan okullar ve düzenlenen kurslar ile sağlık çalışanı niteliği ve niceliği artırılmaya çalışılmıştır. Geniş bölge dar hizmet anlayışı benimsenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020a).

Tablo 1’de 1923 yılında Türkiye’de bulunan hastane ve yatak sayıları ile sahiplikleri görülmektedir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973). Tablodaki bilgiler, o tarihte ülkedeki hastane sayısının azlığı ve farklı kurumlar tarafından sunulduğunu göstermektedir. Eldeki sınırlı kaynaklar ile bu dönemde sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi olarak ele alınmış ve devlet tarafından sunulmuştur (Akdur, 1999).

Tablo 1. 1923 Yılı Toplam Sağlık Kurumu ve Hasta Yatağı Sayıları

| Hastane Türleri | Hastane Sayısı | Yatak Sayısı |
|-----------------------------------|----------------|--------------|
| Devlet Hastanesi | 3 | 950 |
| Belediye Hastanesi | 6 | 635 |
| Özel İdare Hastanesi | 45 | 2450 |
| Özel Yabancı ve Azınlık Hastanesi | 32 | 2402 |
| Toplam | 86 | 6437 |

Kaynak: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1973).

Refik Saydam döneminde, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik verilmiş olup, doğrudan Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilmiş ve finanse edilmiştir (Akdur, 1999). Yataklı tedavi hizmetleri ise, yine kamu kaynakları ile finanse edilmiş ancak idaresi yerel yönetimlere (il özel idareleri ve belediyelere) bırakılmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin yürütülmesinde Sağlık Bakanlığı yol göstericilik rolü üstlenmiştir. Bu doğrultuda, yerel idareler yataklı sağlık kurumu açmak için teşvik edilmiş, finansman sorunu yaşayanlara kaynak aktarılmış ve yol göstermek amacıyla doğrudan Sağlık Bakanlığına bağlı Numune Hastaneleri açılmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1983a; Akdur, 1999). Vakıflara ve il özel idarelerine bağlı bazı hastaneler Bakanlık bünyesine katılmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

Tablo 2. 1923-1973 Yılları Türlerine Göre Hastane Sayıları

| | Genel Hastaneler | Dal Hastaneleri | | | | | | | | | Toplam Hastane Sayısı |
|------|-------------------|-------------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|----------------|-----------------------|
| | Devlet Hastanesi* | Sağlık Merkezleri | Doğum Evi | Göğüs Hast. | Ruh ve Sinir Hast. | Kemik Hast. | Lepra Hast. | Trahom Hast. | Kuduz Hast. | Onkoloji Hast. | |
| 1923 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 1925 | 10 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 17 |
| 1930 | 12 | 0 | 9 | 1 | 3 | 0 | 0 | 6 | 5 | 0 | 36 |
| 1935 | 13 | 0 | 9 | 1 | 3 | 0 | 0 | 12 | 5 | 0 | 43 |
| 1940 | 15 | 1 | 10 | 1 | 3 | 0 | 0 | 13 | 5 | 0 | 48 |
| 1945 | 23 | 8 | 14 | 4 | 3 | 1 | 1 | 16 | 3 | 0 | 73 |
| 1950 | 41 | 22 | 13 | 18 | 3 | 1 | 1 | 16 | 3 | 0 | 118 |
| 1955 | 87 | 181 | 17 | 25 | 3 | 3 | 1 | 6 | 3 | 0 | 326 |
| 1960 | 94 | 283 | 20 | 31 | 3 | 4 | 1 | 6 | 1 | 0 | 442 |
| 1965 | 154 | 264 | 24 | 32 | 3 | 4 | 1 | 5 | 1 | 1 | 488 |
| 1970 | 182 | 293 | 24 | 33 | 4 | 4 | 1 | 5 | 1 | 1 | 547 |
| 1973 | 199 | 292 | 22 | 34 | 4 | 4 | 1 | 5 | 1 | 1 | 563 |

* Devlet Hastanesi: Devlet, numune, çocuk, ilk yardım, ihtisas ve bulaşıcı hastalıklar hastanelerini kapsar.

Kaynak: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973.

Yeni açılan Numune hastaneleri ve diğer kurumlara bağlı hastaneler genellikle il merkezlerinde olduğundan, ilçelerde yaşayan halkın da sağlık hizmeti almasını sağlamak amacıyla ‘muayene ve tedavi evleri’ açılmaya başlanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin de verildiği bu kurumlarda, 5-10 hasta yatağı bulunmaktaydı. İleride sağlık merkezleri ve sağlık ocaklarına dönüştürülecek olan bu kurumlardan 1924 yılında 150, 1936 yılında 20 ilçe merkezine açılmıştır. Yine ilçe ve köylerdeki hastaların ilk muayene ve tedavilerini, acil doğum ve operasyonlarını yapmak üzere sağlık merkezleri

kurulmuştur. İlki 1937 yılında Etimesgut'ta kurulan bu merkezler, nüfus yoğunluğuna göre 5-25 yataklı olarak planlanmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

Bu döneme ilişkin, sağlık hizmeti sunan tüm kurumlara ilişkin istatistiklere ulaşılamamıştır. Tablo 2'de dönemin Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve yatak sayıları verilmiştir. Dönemin başında üç olan hastane sayısı, 1945 yılında 73'e yükselmiştir. Bu dönemde; toplumda sık görülen bulaşıcı hastalıkların tedavisine yönelik dal hastaneleri kurulduğu görülmektedir. Bu dönemde kurum sayısında en büyük artış, devlet ve trahom hastaneleri ile doğum evlerinde gerçekleşmiştir. Ruh ve sinir hastalıkları hastane sayısı düşük olmakla birlikte, yatak sayısı toplam yatak sayısının dörtte birinin üzerindedir. Doğum evleri ile trahom hastanelerinin oransal olarak düşük yataklı, ruh ve sinir hastalıkları ile devlet hastanelerinin ise daha geniş yatak kapasitesi ile faaliyet gösterdiği dikkat çekmektedir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

4.1.3. 1946-1960 Yılları Arası Dönem

1946-1960 dönemi, Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz ve kendi adıyla anılan 'Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nın ile başlamaktadır. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı 1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası tarafından kabul edilmiş ve Dr. Behçet Uz tarafından açıklanmıştır. Dr. Behçet Uz'un görevden ayrılması ve hükümet değişikliği sebebiyle kanunlaşmamıştır. Ancak, planın içerdiği ilkeler büyük oranda uygulanmıştır (Akdur, 1999).

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ile tüm sağlık hizmetleri entegre edilmiş ve yurt geneline yaygınlaştırılmış; koruyucu sağlık hizmetleri yanında, tedavi edici sağlık hizmetleri de Sağlık Bakanlığının görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Böylece, daha önce yerel yönetimlerin sorumluluğu altında olan yataklı sağlık kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020a).

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planında, geniş bölge dar hizmet anlayışı devam ettirilmiştir. Plana göre Türkiye kendine yeterli hale getirilecek yedi bölgeye ayrılmıştır (Akdur, 1999). Planın yataklı sağlık kurumu açısından önemi ise, yedi bölge içerisinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada yürütecek, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulmasını amaçlamasıdır. Uygulamanın önceki dönemde yer verilen muayene ve tedavi evleri ile 1937'de uygulanmaya başlayan sağlık merkezleri projelerinin devamı niteliğinde olduğunu söylemek mümkündür. Planın uygulanmasıyla 1945 yılında sekiz olan sağlık merkezlerinin sayısı 1950 yılında 22, 1955'te 181 ve 1960 yılında 283'e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020a; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973).

Sağlık merkezleri dışında da toplumda sık görülen; verem, trahom, kuduz, lepra (cüzzam) ve zührevi hastalıklar gibi bulaşıcı hastalıkların tedavisine yönelik hastaneler ve doğum evleri açılmıştır. Bazı numune hastaneleri yine bu dönemde açılmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973). Açılan hastane türlerine bakıldığında, sağlık sisteminin kurgulandığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin devamı niteliğinde kurumlar olduğu söylenebilmektedir. 1946 yılında İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu-SSK) kurularak, 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020a).

1954 yılında, 6134 Sayılı Kanun ile belediyelere, il özel idarelerine ve vakıflara bağlı hastaneler (SSK, MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç) Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1983a). Böylece, kamuya ait hastanelerin büyük bölümünün yönetimi merkezi hükümetin görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Merkezi yönetimin gücü ile il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanmış, hastaneler büyük kentler dışındaki bölgelere de yaygınlaşmaya başlamıştır. Hastaneler Sağlık Bakanlığının en büyük önceliği haline gelmiştir (Akdur, 1999).

Bu dönem içerisinde, 1950'li yıllarda hakim olan devletçi anlayış değişerek, ülke yönetiminde hissedilmeye başlayan liberal görüşün etkisi sağlık sektöründe de görülmeye başlamıştır. Kamu yatırımları azalarak, özel sektörün geliştirilmesi çabaları hız kazanmıştır. Bu değişimin sonucu olarak, Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planında ortaya konulan prensipler gereğince uygulanamamış, giderek her

ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür. Hastanelerin Anadolu'ya yayılmasının hızı da kesilmiştir. Sağlık Bakanlığı yatırımlarının gerilemesi ve benimsenen politikalardan geri adım atılmasının sonucu olarak, bazı kamu kurumları kendi mensuplarına hizmet sunmak için sağlık kurumları açmaya başlamıştır (Akdur, 1999). SSK hastanelerinin açılması ile Bakanlıkların ve KİT'lerin hastaneleri bu durumun örneğidir.

Bu dönem (1945-1960 aralığı değerlendirilmiştir) hastane sayılarının en hızlı arttığı dönemlerden birisidir. Sadece Sağlık Bakanlığı hastaneleri altı kattan fazla artmıştır. Ancak, bu artış içerisinde en fazla pay, düşük yatak sayılı ve donanım açısından yeterli olmayan, sağlık merkezlerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık merkezleri dışarıda tutulduğunda artış 2,18 kattır. Hastane bazında en büyük artışın ise; devlet ve göğüs hastalıkları hastaneleri ile doğum evlerinde olduğu dikkat çekmektedir. Trahom hastanelerinin hem kurum hem de yatak sayısı açısından azalması hastalığının görülme sıklığının düştüğü şeklinde yorumlanmıştır. Kurum sayısında artış görülmeyen ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin yatak sayısı neredeyse iki katına yükselmiştir. Türk Sağlık Sisteminin ilk üniversite hastaneleri bu dönemde açılmıştır.

4.1.4. 1960-1980 Yılları Arası Dönem

Bu dönem, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek ve onun liderliğinde hazırlanan, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanuna atfen "sosyalleştirme" dönemi olarak da adlandırılmaktadır (Akdur, 1998). Önceki dönemden devir alınan; kamu yatırımlarının yetersizliği ve dağınık yapının düzenlenmesine yönelik önlemler alınmaya çalışılmıştır. Böyle bir dönemde yönetimi devralan İhtilal Hükümeti, sağlık hizmetlerine öncelik ve önem vermiştir. Bu hükümet tarafından hazırlanan 1961 Anayasasının 49. Maddesinde; "*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir*" (1961 Anayasası) ifadesi ile sağlık hizmetleri sunumunun devletin asli görevlerinden olduğu vurgulanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi amacıyla, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiştir (Resmi Gazete, 12 Ocak 1961 tarih ve 10705 sayılı). Uygulamasına 1963 yılında başlanılan sosyalizasyon çalışmalarının 1977 yılında tüm yurda yaygınlaştırılması planlanmış, ancak yaygınlaşma 1983'te tamamlanabilmiştir. 224 sayılı yasa ile yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla; sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Bu dönemde önceki dönemlerdeki; geniş bölge dar hizmet anlayışı terkedilerek, dar bölge geniş hizmet uygulamasına geçilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020a).

Yeni hükümetin sağlık sektörüne ilişkin projelerini somutlaştırmak amacıyla 1961 Anayasasına dayanılarak, birinci beş yıllık kalkınma planı hazırlamıştır. Plan, sağlık sektörüne ilişkin önemli tespitler yapmakta ve hedefler koymaktadır. Bu tespitlerden bazıları; önemli çevre sağlığı sorunlarının olduğu, bulaşıcı hastalıkların yaygınlığı, halkın büyük kesiminin sağlık hizmetlerine ulaşamadığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde Sağlık Bakanlığı tarafından sunulurken, tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumuna; diğer Bakanlıklar, İktisadi Devlet Teşekkülleri, İşçi Sigortaları Kurumu, mahallî idareler ve özel sektörün de katıldığı, ancak bu katkıların 'dağınık' olduğudur. Alınacak tedbirler içerisinde sağlık hizmetlerinin tek elde toplanmasına kadar, bu kurumların kendi sağlık kurumlarını açmasına devam etmeleri öngörülmüştür. Bu dönemde uygulanan sosyalizasyon çalışmaları, önceki dönem politikalarında da ifade edildiği şekilde, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir. Tedavi edici sağlık hizmetleri pahalı ve toplumun küçük bir kesiminin yararlanabilmesi gerekçesiyle, koruyucu sağlık hizmetlerini tamamlayıcı olarak ele alınmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı, 1963).

Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık evi ve sağlık ocakları; yataklı sağlık hizmetlerinin ise ilçe, il ve bölge hastaneleri aracılığı ile yürütülmesi yoluna gidilmiştir. Sağlık Bakanlığı önceki dönemde açılmış olan az yataklı sağlık kurumlarından (muayene ve tedavi evleri ile sağlık merkezleri ve il özel idarelerinden devralınan yataklı kurumlar) vazgeçip sağlık ocakları ve hastanelere dönüştürme

yoluna gitmiştir. Yeni kurulacak hastaneler dört grupta toplanmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1965):

- ✓ Nüfusu 50-100 bin arasındaki ilçe merkezlerine, 50 yataklı,
- ✓ Nüfusu 100 bin üzerindeki ilçe merkezlerine, 100 yataklı,
- ✓ İl merkezlerine 200 yataklı ve
- ✓ Bölge merkezlerine kurulacak 400 ve daha fazla yataklı hastaneler.

Hem Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hem de 1960-63 sağlık istatistiklerinde özel hastaneler ayrıca değerlendirilmiştir. Planlama içerisinde özel sektör yatırımlarına ayrıca yer verilmiş, yapılacak yatırımlar için hedefler belirlenmiştir. Özel sektör yatırımlarının planlananın altına düşmemesi, bu doğrultudaki çabaları kamunun 'bütün imkanlarla' desteklemesine karar verilmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı, 1963). 1960-63 sağlık istatistiklerinde de özel hastaneciliğin tüm çabalara rağmen gelişmemiş olduğu vurgulanarak; kredi imkanının, gümrük ve gelir vergisi muafiyetlerinin sağlanamamış olmasının bu sonucu yarattığı belirtilmiştir (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1965). Bununla birlikte 1970'lerde hissedilmeye başlayan liberal ekonominin de etkisiyle özel hastane sayıları artmaya başlamıştır.

Bu dönemde, hastane sayılarındaki artış hızı, önceki döneme göre düşmüştür. Salgın hastalıkların tedavisine yönelik; kuduz, lepra, trahom hastaneleri açılmamış mevcut yapılar sürdürülmeye çalışılmıştır. Göğüs hastalıkları hastanelerinde az sayıda artış olmuştur (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973). Azınlık, vakıflar, Belediye ve diğer bakanlık hastanelerinde bir artış olmamış, bazılarının sayısı azalmıştır. Sağlık Bakanlığı, SSK, üniversite ve özel hastane sayıları ise artmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1965). Toplam hastane sayısındaki artış %46 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı hastane sayıları yaklaşık %39 artmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlar içerisinde sağlık merkezlerinin (n=291) önemli payı korunsa da dönem içerisinde artış olmamıştır. Bu dönem içerisinde özel hastane sayılarında %44 artış olmuştur. Özel hastane sayılarının artışında alınan önlemlerin ve liberal ekonomiye geçişin etkisi bulunmaktadır. Diğer grubu içerisinde değerlendirilen, 1952 yılında açılmaya başlanan SSK hastaneleri 1980 yılında 73'e ulaşmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1965; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1983b).

4.1.5. 1980-2002 Yılları Arası Dönem

Bu dönemde dünyada ve Türkiye'de liberal ekonominin hakimiyeti görülmektedir. 1970'lerde başlayan süreç, Türkiye'de 24 Ocak (1980) kararları ile somutlaşmıştır. Bu kararlar ile ülke ekonomisi dışa açılmış ve piyasa ekonomisi öne çıkarılmıştır. Böylece Türkiye'de devletçi uygulamalar terkedilerek kamunun payı küçülmeye başlamış, özel sektör temelli girişimcilik önceliklendirilmiştir (Cansever, 2018; Akdur, 1999). Liberal bakış açısının yansımaları, sağlık hizmetlerinin yürütme sorumluluğunu devlete veren 1961 Anayasasının aksine, denetleyici ve düzenleyici bir devlet tanımlayan 1982 Anayasasında da görmek mümkündür. 1982 Anayasasının 56. Maddesine göre; devlet, sağlık hizmetlerini kamu ya da özel kurumlardan yararlanarak verebilecektir (1982 Anayasası). 1980 sonrası sağlık hizmetleri sunumundaki temel değişim, özel sektöre öncelikli olacak şekilde yer açılmasıdır (Pala, 2014).

1980-2002 döneminin bir diğer özelliği de reformlar dönemi olmasıdır. Reformların genel amacını, sağlık sisteminin Türkiye'deki paradigma değişimine uyumlaştırılması olarak değerlendirmek mümkündür (Cansever, 2018). Özellikle 1990'lı yıllar, Türk Sağlık Sisteminde reform çalışmalarının başladığı ve sürdüğü yıllar olmuştur. Reformlarının başlangıcını, 'Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması' oluşturmaktadır. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanan ve Sağlık Bakanlığı ile birlikte yürütülen bu planda, sağlık reformları ele alınmıştır. 1992 yılında Birinci ve 1993 yılında İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020a).

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 'Ulusal Sağlık Politikası' adıyla bir rapor yayımlanmıştır. Bu raporda; kamu hastanelerinin verimsizliği, Sağlık Bakanlığının sert bürokratik

yapısı ve sağlığın sosyalleştirilmesinden beklenen faydanın sağlanamaması sorun olarak tespit edilmiştir. Ayrıca birçok kamu sağlık kuruluşu olmasına rağmen, özel hastane yataklarının toplamının %5'i gibi bir orana sahip olması olumsuz bir durum olarak değerlendirilmiştir. Hastanelerin desantralizasyonu, profesyonel yönetime geçilmesi, sağlık çalışanlarına performans ödemeleri yapılması ve aile hekimliğine geçilmesi önerilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1993).

1980-2002 dönemi hastane sayıları açısından, önceki dönemlere göre önemli değişiklikler yaşandığı bir dönemdir. Toplam hastane sayısındaki artış oranı bir önceki döneme göre biraz daha gerilemiş, %40 olarak gerçekleşmiştir. Artış hızının düşmesinde Sağlık Bakanlığı hastaneleri sayısındaki değişimin büyük payı bulunmaktadır. 1981-1982 yılları sayılarında, ciddi bir düşüş görülmektedir. Düşüşe Sağlık Bakanlığı hastaneleri içerisinde hesaplanan sağlık merkezlerinden 185'inin kapanması neden olmuştur. Böylece, Sağlık Bakanlığı hastaneleri en az artan (%8) grup olmuş ve tedavi edici sağlık hizmeti sunumundaki baskın rolü azalmıştır. Sağlık bakanlığı hastane sayısındaki artış hızının düşmesi dışında, üniversite ve özel hastaneler ile diğer grubunun büyümesinin de önemli payı bulunmaktadır. Bu dönemde diğer grubu içerisinde yer alan yeni SSK hastaneleri artmıştır (73'ten 120'ye). Ayrıca, daha önceki yıllarda istatistiklere alınmayan, MSB'nin 42 hastanesi diğer grubunun büyümesine neden olmuştur. Bu grupta görülen önemli diğer değişiklik de diğer bakanlıklar, belediyeler, azınlık ve derneklerin sahip olduğu kurum sayısının düşmesidir. Yine bu dönemde özel hastane sayısı üç kattan fazla artmıştır. Bu gelişmelerin sonucu olarak; dönemin başında %73 olan Sağlık Bakanlığının ağırlığı, dönemin sonunda %57'ye kadar gerilemiştir.

4.1.6. 2003 Yılı Sonrası Dönem

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında, Türk Sağlık Sisteminde art arda köklü değişiklikler hayata geçirilmiştir. 1992 yılında çıkarılan 3816 sayılı Kanun ile ödeme gücü olmayan vatandaşların, kamu hastanelerindeki yatarak tedavilerin ödenmesi (Yeşil Kart) uygulaması, 2005 yılında ayakta tedavi ve ilaç bedellerini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Yine aynı yıl, SSK sigortalılarına tüm kamu sağlık kurumları ve eczanelerden yararlanma olanağı verilmiştir. 5283 sayılı Kanun ile MSB ve Üniversite hastaneleri dışındaki kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Devredilen hastaneler içerisinde, en büyük kesimi SSK hastaneleri oluşturmaktadır. Daha önce bağımsız faaliyet gösteren kamu sağlık sigortaları; Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sağlığının 5502 sayılı Kanun ile kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilmesine karar verilmiştir. Tüm kamu sigortalılarının SGK çatısı altında toplanması 2008 yılında tamamlanmıştır (SGK, 2020).

SGK'nın kuruluşu SDP'de öngörülen sağlık hizmetleri finansman reformunun temelini oluşturmaktadır. Bu yapı ile kamu sağlık sigortaları tek çatı altında toplandığı gibi, hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır. 2007 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) kabul edilmesiyle, SGK kamu ve özel sağlık kurumlarından sözleşmeler ile sigortalıları için sağlık hizmeti satın almaya başlamıştır (OECD, 2008). Böylece toplumun birçok kesimi için sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği artmıştır. Bu uygulamadan en fazla etkilenen özel sağlık kurumları olmuştur. SGK ile yapılan sözleşmeler öncesinde, toplumun küçük bir kesimine hizmet sunan özel sağlık kurumlarına hasta talebini artırmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017). 2002-2013 döneminde hastanelere başvuru sayısı; toplamda üç kat artarken, Sağlık Bakanlığı hastanelerine başvuru sayısı 2,5 ve özel hastaneye başvuru sayısı 12,5 kat artmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Farklı kurumlara ait sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına aktarılmasına ilişkin son uygulamaya, 2016 yılında 669 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile MSB'na bağlı 42 hastanenin Sağlık Bakanlığına bağlanmasıdır (Resmi Gazete, 31 Temmuz 2016 tarih ve 29787 sayılı). Böylece Türkiye'de sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastaneler olmak üzere üç yapı tarafından sunulur hale gelmiştir.

SDP'nin uzantısı olarak, 2013 yılında çıkarılan 6428 sayılı kanun ile kamu özel ortaklıkları yasalaşmıştır. Bu kanun, Türk sağlık sisteminde yeni bir özel hastanecilik uygulaması getirmiştir. 'Şehir Hastaneleri' olarak hayata geçen bu yapılardan ilki, 2017 yılında açılmıştır. Türkiye genelinde 18 adet olarak planlanan şehir hastanelerinden, 10'u günümüzde faaliyete geçmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020b).

Şehir hastanelerinin kurulduğu illerde birçok hastanenin bu hastanelere aktarılması nedeniyle, Sağlık Bakanlığı hastane sayılarının azalması beklenmektedir. Ayrıca şehir hastanelerinin, tıbbi hizmetler yanında, daha konforlu fiziksel ortam ve otelcilik hizmeti temasına sahip olması, özel hastanelere olan talebi etkileme potansiyeline sahiptir.

2003 sonrası Türk Sağlık Sisteminin birçok açıdan olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin sunumu açısından da büyük değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Hastaneler açısından önemli ilk değişim, 2005 yılında başta SSK hastaneleri olmak üzere, MSB dışındaki, diğer kamu kurumlarına bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığına devredilmesidir. 2004-2005 yılları arasındaki Sağlık Bakanlığı hastane sayısındaki artışın nedeni bu devirdir. Devir ile yalnızca SSK'dan 146 hastane devralınmıştır. Devir alınan hastanelerin bazıları, başka hastanelere bağlanarak varlığını kaybetmiştir. Önemli bir devir ise 2016 yılında, daha önceki devirden muaf tutulan MSB hastanelerinin Sağlık Bakanlığına aktarılmasıdır. Bu devirler sırasında da önceki süreçtekinen benzer olarak, küçük hastaneler başka hastanelere ek bina olarak bağlandığından rakamsal etki düşük kalmıştır. Böylece, Sağlık Bakanlığı verilerine göre diğer gruba ortadan kalkmıştır.

Bu dönem içerisinde, liberal politikalar ve SGK'nın kurularak, kamu kesimi ile birlikte özel hastanelerden hizmet alması, özel hastanelerin sağlık sektörü içerisindeki en büyük paya ulaşmasına neden olmuştur. 2002-2018 döneminde özel hastane sayısı yaklaşık 2,13 kat (271'den 577'ye) artarak, 2018 yılı verilerine göre tüm hastanelerin %38'i özel sektöre aittir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Özel hastanelerin toplam içerisindeki payı; 1960 ve 1980 yıllarında %10'un altında, 2002 yılında ise %23,4 olarak hesaplanmaktadır.

4.2. 1956-2018 Yılları Arası Hastane Popülasyon Yoğunluğunun Örgütsel Ekoloji Kuramı Bağlamında Değerlendirilmesi

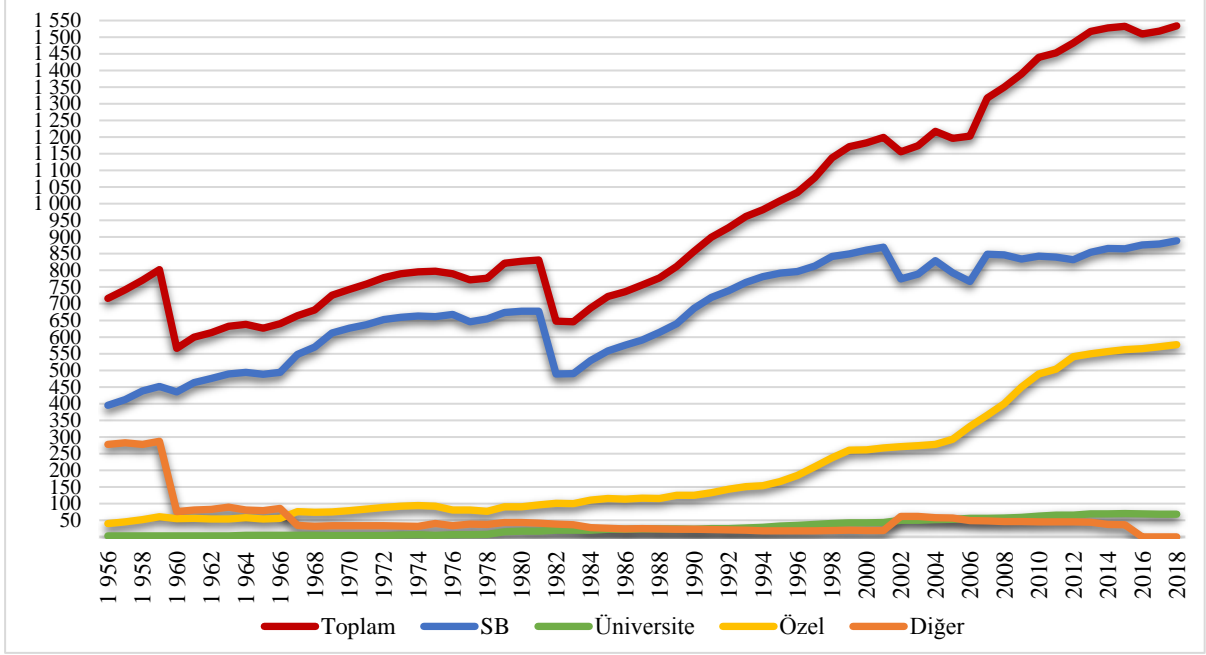
Şekil 2'de yıllık sağlık istatistiklerinin yayınlamaya başladığı 1956 yılından, verileri yayınlanan son yıl olan 2018 arasında hastane popülasyon yoğunluğu grafiksel olarak incelenmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde, 62 yıl içerisinde Türkiye'de toplam hastane popülasyonunda ve hastane türleri bazında önemli bir artış gerçekleşmiştir (diğer gruba hariç). Genel artış trendi içerisinde 1960, 1982 ve 2005 yıllarında hastane popülasyon yoğunluğunda azalmalar görülmektedir. 1970-1980 yılları arasında ve 2010 yılı sonrasında grafikteki düzleşmeler hastane popülasyon yoğunluğunun dengelendiğini göstermektedir.

Hastane popülasyon yoğunluğundaki ilk azalış 1960 yılında gerçekleşmiştir (Şekil 2). Bu yılda tüm hastane sayılarında bir azalış gerçekleşmiştir. Ancak en büyük azalış, diğer grubunda görülmektedir. 6134 sayılı Kanun (1954 yılı) ile yerel yönetimlere bağlı sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına bağlanmış olması diğer olarak gruplandırılan hastane popülasyonunda düşüşe neden olmuştur. Ayrıca, takip eden dönemlerde de görüleceği gibi, devir sırasında küçük yataklı verimsiz kurumların kapatılması toplam hastane sayısında da azalışa neden olmuştur. 1960-70 yılları arası dönemde dar bölge geniş hizmet uygulamasına geçilmesi, il ve ilçe merkezlerine hastane yapımının hızlanmasıyla birlikte hastane popülasyonunda hızlı bir artış gerçekleşmiştir. Ardından 1970-1980 yılları arasında hastane popülasyon yoğunluğunun dengeli bir seyir izlediği görülmektedir.

Grafikteki 1980'li yılların başındaki hastane popülasyonunun azalışı Türk Sağlık Sisteminin geçirdiği dönüşüm ile açıklamak mümkündür. Sosyalleşme dönemi olarak da ifade edilen bu dönemde, önceki dönemlerde açılan düşük yatak sayılı bazı muayene ve tedavi evleri ile sağlık merkezlerinin, sağlık evi ve sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür. Sağlık kurumu farkını yaratan, önceki kurumların yataklı tedavi kurumu niteliğinde olması nedeniyle istatistiklerde yer alması, buna karşın yeni açılan sağlık evi ve sağlık ocaklarının hasta yatağı olmadığından bu rakamlardan sayılmamasıdır. Ayrıca, bu dönemde yeni ilçe hastaneleri ile SSK, üniversite ve özel hastaneleri açılmıştır. Açılan ve kapanan yataklı sağlık kurumu sayıları arasındaki denge bazı yıllarda toplam hastane sayılarında artış bazı yıllarda azalış olarak yansımaya neden olmuştur.

Türk Sağlık Sistemindeki önemli değişimlerden birisi; 2004 yılında çıkarılan 5283 sayılı Kanun ile en büyük kesimini SSK hastanelerinin oluşturduğu, MSB ve Üniversite hastaneleri dışındaki kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesidir. Grafikte net olarak görülmese de uygulama ile 229 olan diğer grubu 82'ye düşmüştür. Devir ile bazı hastaneler bağımsız hastane olarak kalırken bazıları, Sağlık Bakanlığı hastanelerine poliklinik ve ek bina olarak bağlanması toplam hastane popülasyonunun azalmasına neden olmuştur.

Şekil 2. 1956-2018 Yılları Arası Hastane Popülasyon Yoğunluğu



Toplam hastane sayılarındaki değişim yanında, hastane grupları içerisinde de önemli değişimler görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, toplam hastane sayısına Sağlık Bakanlığı hastane sayılarının yön verdiğini söylemek mümkündür. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin sektördeki baskınlığı dikkate alındığında, bu bulgu olağan olarak değerlendirilmektedir. Ancak, 2006 yılı sonrası bu paralelliğin bozulduğu kolaylıkla gözlemlenebilmektedir. Bu tarihten günümüze kadar toplam hastane sayısında doğrusal bir artış görülürken, Sağlık Bakanlığı hastane sayıları yatay bir seyir izlemiştir. Paralelliğin bozulmasına, toplam içerisinde özel hastane sayısının artarken, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ezici çoğunluğunun azalması neden olmuştur. Özel hastane popülasyonu 1970'li yıllara kadar paralel bir seyir izlemiştir. İzleyen dönemlerde ise önemli artışlar görülmüştür. İlk dönem artışların altında ülkede, uygulanan liberal eğilim sonucunda, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de piyasacı eğilimlerin artmasıdır. Ayrıca, SSK'nın karşılamakta zorlandığı sağlık hizmetlerini özel hastanelere sevk etmesi özel hastaneler için bir pazar fırsatı yaratmıştır. Ancak asıl büyük değişim, 2006 yılı sonrasında SGK'nın kurulması ve kurumun özel hastaneler ile sigortalıları için hizmet alım sözleşmeleri yapmasıdır. Böylece nüfusun büyük kısmını oluşturan SGK sigortalılarının özel hastanelere olan talep artışına paralel olarak Türkiye'de özel hastane sayılarında önemli artış görülmüştür. 2010 yılından itibaren Türkiye'deki hastane popülasyonu yoğunluğunun dengelenme eğiliminde olduğu görülmektedir.

V. SONUÇ

Türkiye'de hastane sayısı çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Bu etkiler arasında; incelenen gruba göre etkinin büyüklüğü değişebilmekle birlikte; toplumun toplam sağlık hizmeti ihtiyacının miktarı ve türü, kamu sağlık politikaları ile ülkenin ekonomik gücü ve ekonomik konjonktürü saymak mümkündür.

Türk sağlık sistemindeki yataklı sağlık kurumlarının verdiği hizmetin toplumun hastalık yapısını yansıttığını söylemek mümkündür. Özellikle 1960 öncesinde, yataklı tedavi kurumlarının önemli oranda

enfeksiyon hastalıkları için ayrılması, hatta bu hastanelerin dal hastaneleri olarak kurulduğunu görmek mümkündür. Zaman içerisinde bu hastanelerin, sayısı ve kapasitesi düşürülmüş ve sonunda tamamen kapatılmışlardır. Sonraki dönemde açılan dal hastaneleri arasında onkoloji, diyabet, kalp damar hastaneleri yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin doğası gereği merkezi planlama gerektirmesi, sağlık politikalarının hastane sayıları ve yapılarındaki değişimi kolaylaştırmaktadır. Alınan kararlar ile kısa sürelerde sağlık merkezi sayılarının artması ve benzer bir hızla azalması bu duruma örnek teşkil etmektedir. Yine 1954'te özel idarelerden, 2005'te SSK ve diğer bakanlıklardan ve en son MSB'den çok sayıda hastanenin aylar içerisinde devir alınması sağlık sektöründe kamu gücünün etkisini göstermektedir.

Toplumun sağlık ihtiyacı ve politikaların yönünün, sağlık kurumları sayılarını etkileme gücünün yanında, ülkenin sahip olduğu kaynaklar ve ekonomik gücü hedeflerin hayata geçirilmesinde temel koşuldur. Özellikle 1960 öncesinde, toplumun sağlık hizmetine yüksek ihtiyaç duyması ve yazılı politikaların sorunu çözme isteğine rağmen birçok politika, sağlık çalışanı eksikliği ve yatırımlar için gerekli kaynak eksikliği nedeniyle hayata geçirilememiştir. Ekonomik koşullar özel hastaneleri, kamu hastanelerinden daha güçlü şekilde etkilemektedir. Bu noktada, ülkedeki girişimcilerin yeterli sermaye birikimine sahip olması, halkın genellikle daha pahalı olan özel sağlık hizmetlerini alma gücü ve dünyada ve ülkede uygulanan ekonomik politikalar özel hastane sayılarını etkilemektedir.

Türkiye'de hastane popülasyon büyüklüğü çok sayıda faktörden etkilenmek ile birlikte, faktörlerin hastane popülasyon büyüklüklerine etkisi aynı düzeyde olmamıştır. Kamu kesimine ait hastane türlerinde, kamu sağlık politikaları ile ülkenin sahip olduğu kaynaklar temel belirleyici niteliğinde olup, etki oldukça hızlı görülmektedir. Buna karşın, özel hastane popülasyonu da kamu sağlık politikalarından etkilense de bu etki daha düşüktür ve ekonomik koşullardan ve talep yapısından önemli oranda etkilenmektedir. İncelenen hastane popülasyonları içerisinde en istikrarlı grubu üniversite hastaneleri oluşturmaktadır. İzlenen dönem içerisinde her ne kadar sayıları, üçten 68'e yükselerek büyük artış görülse de bu artış yıllara yaygın ve istikrarlıdır. Araştırma sonucunda 2010 yılından itibaren Türkiye'deki hastane popülasyonu yoğunluğunun dengelenme eğilimde olduğu bulunmuştur. Ancak yaygınlaşmaya başlayan şehir hastanelerinin, Sağlık Bakanlığı ve özel hastane ve dolayısıyla toplam hastane popülasyonunu etkileyerek, bu dengeyi değiştirmesi beklenmektedir.

Etik Kurul İzni: Kamuya açık, resmi istatistiklerden alınması nedeniyle etik kurul izni gerekmemektedir.

KAYNAKLAR

- Akdur, R. (1999). *Türkiye'de sağlık hizmetleri ve Avrupa topluluğu ülkeleri ile kıyaslanması*. <https://www.recepakdur.com/yayinlar/kitaplar-ve-makaleler/kitaplar/tu-rkiyede-sag-lik-hizmetleri-ve-avrupa-topluluk-u-ukeleri-ile-kiyaslanmasi>.
- Akdur, R. (1998). Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri. *Yeni Türkiye*, 4(23-24):1984-1995.
- Alexander, J. A., Kaluzny, A. D., & Middleton, S. C. (1986). Organizational growth, survival and death in the U.S. hospital industry: A population ecology perspective. *Social Science and Medicine*, 22(3), 303-308.
- Arıkan, S. (2014). *Örgütsel ekoloji kuramı: Türkiye'de siyasi partiler örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Baum, J. A. C. & Oliver, C. (1992). "Institutional Embeddedness and the Dynamics of Organizational Populations" *American Sociological Review*, 57(4), 540-559.
- Baum, J. A. C. & Amburgey, T. L. (2005). Organizational Ecology. In Baum, J.A.C. (Ed.), *The Blackwell Companion to Organizations*, (1st ed. pp: 304-326). Wiley.

- Boone, C., Brdcheler, V., & Carroll, G. R. (2000). Custom service: Application and tests of resource-partitioning theory among Dutch auditing firms from 1896 to 1992. *Organization Studies*, 21(2), 355-381.
- Cansever, İ. H. (2018). Devlet anlayışları ekseninde sağlık politikalarının değişimi ve analizi: Türkiye incelemesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(31), 105-120.
- Carroll, G. R., & Delacroix, J. (1982). Organizational mortality in the newspaper industries of Argentina and Ireland: An ecological approach. *Administrative Science Quarterly*, 27(2), 169-198.
- Carroll, G. R. (1984). Organizational ecology. *Annual Reviews Social*, 10(1), 71-93.
- Carroll, G. R., & Hannan, M. T. (1989). Density dependence in the evolution of populations of newspaper organizations. *American Sociological Review*, 54(4), 524-541.
- Carroll, G. R., Preisendoerfer, P., Swaminathan, A., & Wiedenmayer, G. (1993). Brewery and brauerei: The organizational ecology of brewing. *Organization Studies*, 14(2), 155-188.
- Çavmak, Ş., & Çavmak, D. (2017) Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Devlet Planlama Teşkilatı (1963). *Kalkınma planı birinci beş yıl (1963-1967)*, Ankara.
- Dirican M. R. (1970) Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin kısa tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni*, 2(7), 184-193.
- Dobrev, S. D., Kim, T.Y., & Carroll, G. R. (2002). The evolution of organizational niches: U.S. automobile manufacturers, 1885-1981. *Administrative Science Quarterly*, 47, 233-264.
- Gifford, B. D., & Mullner, R. M. (1988). Modeling hospital closure relative to organizational theory: The applicability of ecology theory's environmental determinism and adaptation perspectives. *Social Science and Medicine*, 27(11), 1287-1294.
- Hannan, M. T., & Carroll, C. R. (1992). *Dynamics of organizational populations*. Oxford University Press, New York.
- Hannan, M. T., & Freeman, J. (1987). The Ecology of Organizational Founding: American Labor Unions, 1836-1985. *American Journal of Sociology*, 92(4): 910-943.
- Hannan, M. T., & Freeman, J. (1977). The population ecology of organizations. *The American Journal of Sociology*, 82(5), 929-964.
- Jaffee, D. (2001). *Organization Theory: Tension and Change*. Boston: McGraw Hill.
- Kaya, Ç., & Ataman, G. (2013). Hukuki-Politik ve ekonomik değişikliklerin yerli ve yabancı örgüt popülasyonlarının yoğunluklarına etkisi: Türkiye bankacılık popülasyonu, 1993-2011. *Öneri*, 10(40), 59-74.
- Keskin, H., Akgün, A. E., & Koçoğlu, İ. (2016). *Örgüt teorisi*. Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Khessina, O. M., & Carroll, G. R. (2008). Product demography of de novo and de alio firms in the optical disk drive industry, 1983-1999. *Organization Science*, 19(1), 25-38.
- Koçel, T. (2013). *İşletme yöneticiliği*. Beta, İstanbul.

- Land, K. C., Davis, W. R., & Blau, J. R. (1994). Organizing the boys of summer: The evolution of U.S. minor-league baseball, 1883-1990. *American Journal of Sociology*, 100(3), 781-813.
- OECD (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye*. OECD ve Dünya Bankası.
- Önder, Ç., & Üsdiken, B. (2020). Örgütsel ekoloji: Örgüt toplulukları ve çevresel ayıklama. İçinde A. S. Sargut, & Ş. Özen (Ed.), *Örgüt kuramları* (4. bs., s. 133-191). İmge Kitapevi, Ankara.
- Pala, K. (2014). Türkiye sağlık sistemi. İçinde M. Ertem, & G. Çan (Ed.), *Türkiye sağlık raporu 2014* (s. 722-733). HAUSDER, Ankara.
- Presthus, R. (1979). *The Organizational Society*. London: The Macmillian Press.
- Ranger-Moore, J., Banaszak-Holl, J., & Hannan, M. T. (1991). Density-dependent dynamics in regulated industries: Founding rates of banks and life insurance companies. *Administrative Science Quarterly*, 36(1), 36-65.
- Resmi Gazete (20.07.1961). 10859 sayılı 1961 Anayasası. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/12/20031224.htm#1>
- Resmi Gazete (20.10.1982). 17844 sayılı 1982 Anayasası. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/12/20031224.htm#1>.
- Resmi Gazete (31.07.2016). *Olağanüstü hal kapsamında bazı tedbirler alınması ve milli savunma üniversitesi kurulması ile bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun hükmünde kararname*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/07/20160731-5.htm>.
- Sağlık Bakanlığı (2020a). *Tarihçe*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>.
- Sağlık Bakanlığı (2020b). *Şehir hastaneleri*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2019). *Sağlık istatistikleri yılı 2018*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2018). *Sağlık istatistikleri yılı 2017*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (1993). *Ulusal sağlık politikası*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1983a). *Cumhuriyet dönemi yataklı tedavi hizmetleri 1923-1983 ve 1982 çalışmaları*. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1983b). *Türkiye sağlık istatistik yılı 1979-1981*. Ankara.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1973). *Sağlık hizmetlerinde 50 yıl*. Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1965). *Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı çalışmaları ve tıbbi istatistikler 1960-1963*. Ankara.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1961). *Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı çalışmaları ve tıbbi istatistik yılı 1956-1959*. Ankara.

SGK (2020). *Tarihçe*. <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce> adresinden 14.04.2020 tarihinde erişilmiştir.

Ülgen, H., & Mirze, S. K. (2014). *İşletmelerde Stratejik Yönetim 7. Baskı*. İstanbul: Beta Yayıncılık.

Yeloğlu, H. O. (2007). *Örgütsel ekoloji ve popülasyonlar arası etkileşimler: Türkiye sermaye piyasasındaki aracı kurumlar örneği* [Doktora Tezi]. Başkent Üniversitesi, Ankara.

Yeloğlu, H. O. (2017). Örgütsel ekoloji. İçinde H. C. Sözen, & H. N. Basım (Ed.), *Örgüt kuramları* (4. bs.) (s. 205-235). Beta, İstanbul.

