

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINA ETKİSİ: EKONOMETRİK BİR ANALİZ

THE EFFECT OF THE HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM ON HEALTHCARE USE: AN ECONOMETRIC ANALYSIS

Merve Nur ALPASLAN¹

Doç. Dr. Ümit ÇIRAKLI²

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de 2003 yılında başlayan ve sağlık sistemi için önemli bir gelişim olan Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık hizmetleri kullanımına etkisini ölçmektir. Bu çalışmada Türk sağlık kurumlarındaki 1975- 2019 yıllarını kapsayan; sağlık hizmetlerine olan başvuru sayıları, milli gelir, hekim sayısı, sağlık personeli sayısı, nüfus, sağlık kurumlarındaki toplam yatak sayısı ve yataklı kurum sayısı verileri kullanılmıştır. Veriler, ARDL sınır testi (Autoregressive Distributed Lag – Otoregresif Dağıtılmış Gecikme) yaklaşımı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizler Eviews 9.5 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada bağımlı değişken olan başvuru sayısı ile bağımsız değişken olan milli gelir, hekim sayısı, toplam yatak sayısı ve yataklı kurum sayısı arasında uzun dönemde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlık personeli sayısı ve nüfusun ise bağımlı değişkenler üzerine azaltıcı etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonucunda ise Sağlıkta Dönüşüm Programının uzun dönemde sağlık hizmetleri kullanımına etkisi olduğuna ulaşılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetleri kullanımının arttığı ve programın sağlık hizmetine erişimi artırdığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Hizmeti Kullanımı, ARDL Sınır Testi.


JEL Sınıflandırma Kodları: I11.


ABSTRACT

The aim of the study is to measure the impact of the Health Transformation Program, which started in 2003 and is an important development for the health system, on the use of health services. In the study, covering the years 1975-2019 in Turkish health institutions; data on the number of applications to health services, national income, the number of physicians, the number of health personnel, the population, the total number of beds in health institutions, and the number of inpatient institutions are used. Data are analyzed using the ARDL bounds test (Autoregressive Distributed Lag) approach. Analyzes are carried out through Eviews 9.5 program. In the study, a significant long-term relationship is determined between the number of applications, which is the dependent variable, and the independent variables, national income, the number of physicians, the total number of beds, and the number of inpatient institutions. It is concluded that the number of health personnel and the population have reducing effects on the dependent variable. As a result of the research, it is found that the Health Transformation Program has an impact on the use of health services in the long term. It can be said that the use of health services increased with the Health Transformation Program and the program increased access to health services.

Keywords: Health Service, Health Transformation Program, Health Services Use, ARDL Bounds Testing.

JEL Classification Codes: I11.

¹  Yozgat Bozok Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi, alpaslanmerveur@gmail.com

²  Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, umit.cirakli@bakircay.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The purpose of the product can be asked in a small sample of a health system Health Transformation Program in Turkey made/measured/outpatient small patients since 2003. It is an econometric study and includes econometric model testing. The Health Transformation Program has a wide range of impact on health services. The study is applied with the Mountain Lag (Autoregressive Distributed Lag-ARDL) boundary test method. The Health Transformation program can be designed so that it can be analyzed within its set, which includes correcting the program that can complete the program to be shown. In addition, the Healthcare Program's health care spaces are short and short-term more detailed accurate space planning

Design/methodology/approach:

In the study, data on the number of outpatients, gross domestic product, number of doctors, number of other health personnel, total population, total number of beds between 1975 and 2019 are analyzed using the "autoregressive distributed lag" limit test. The population of the research consists of data that makes health services indicators in Turkey accessible from secondary sources. The sample of the study consists of the number of measurable health personnel, the number of physicians, the total number of inpatients, the total number of beds, the population and the national income, which would make it possible to research the number of applications in Health Services. Research data are collected annually in the form of 46 observations. The ARDL Test is applied to reveal the effect of the Health Transformation Program on the increase in the number of applications made to hospitals over the years. In the tests performed, the number of applicants is taken as the dependent variable, the number of physicians, national income, the number of inpatient institutions, the number of health personnel, the population and the total number of beds are taken as the independent variables. In the analysis, the Health Transformation Program is given as a dummy variable. The analysis data covers the entire period between 1975 and 2019, and the data used are made with logarithmic transformation. Analyzes made in the research are limited to research data only. In the research, the number of applications to health institutions is the dependent variable, national income, the number of health personnel, the number of physicians, the number of inpatient institutions, the total number of beds in health institutions and the population are taken as independent variables. The Health Transformation Program is determined as the dummy variable and the years 2003-2019 with the health transformation program are given 1, and the years between 1975-2002 were given 0. In the study, time series analysis is conducted to examine the effect of the Health Transformation Program on the number of patients applying to health institutions. ARDL Boundary Test is used for research analysis. It is carried out through Evievs 9.5 program.

Findings:

In the study, ADF unit root analysis is performed for the measurement of stationarity in the time series model. In the analysis of the number of applications as a result of the ADF unit root, the constant and trend model is used in the first difference. In addition, it is observed that other dependent variables also provide the condition of being constant at the first difference values and stationary in the trend. Unconstrained Error Correction Estimation method is used together with the number of applicants, national income, number of health personnel, number of physicians, population, number of inpatient institutions, total number of beds and a dummy variable. It is also proven in the CUSUM and CUSUM-SQ tests performed to measure the stability of the ARDL validity of the model. It is concluded that the analyzed data become stationary in the first difference and constant and trend, and as a result of the ARDL tests performed afterwards, the data are cointegrated. There is a long-term significant relationship ($p < 0.05$) between the number of outpatients, which is the dependent variable, and the independent variables of GDP, number of physicians, total number of beds and inpatient healthcare institutions. It is concluded that the increase in the number of health personnel and population had a reducing effect on the dependent variable. When the long-term data are examined, it is observed that the number of health personnel had a negative effect on the dependent variable and the population had a negative effect on the dependent variable, and both were statistically significant. In line with the observations, it was concluded that the number of health personnel and the population had a reducing effect on the dependent variable. Looking at the long-term transactions between the total number of beds, the number of inpatient institutions and the number of physicians with the health transformation program, it is concluded that the coefficients being positive and the p value being significant had a negative relationship. On the other hand, the increase in the variables of GDP, the number of physicians, the total number of beds and the total number of inpatient health institutions have an increasing effect on the number of hospital admissions. Finally, the Health Transformation Program has an increasing effect on the number of hospital admissions ($p < 0.05$).

Conclusion and Discussion:

From the findings of the study, it is possible to state that the Health Transformation Program facilitates access to health services in terms of the number of applications. One of the basic components of the Health Transformation Program is to create a "widespread, accessible and friendly health service system". In this context, it is considered that the Health Transformation Program has a positive impact on access to health services, with the implementation of the "general health General Health Insurance" component of the program and facilitating the application of individuals to health institutions regardless of their level. However, it should be noted that this evaluation is made on the assumption that the increase in the number of applications to health institutions is a positive situation in terms of access. It is thought that working with a model that includes the disease burden for future studies would yield more robust results.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü “Avrupa Bölgesi Herkese Sağlık Stratejisi ve Hedefleri” isimli bildiriye 1984 yılında kabul ederek yeni bir sağlık reformunun temellerini atmıştır. Sağlık reformları ise hemen her ülkede sağlık düzeyini arttırmak, değişen ve gelişen beklentilere uyum sağlamak ve teknolojik gelişimleri benimsemek üzerine kurulmuştur (Saltman, ve Von Otter, 1995). Türkiye’de Dünya Bankasının Türk uzmanlarla geliştirdiği” Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu” ile sağlık sisteminde 2003 yılından itibaren köklü reformlar yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012). 1980’li yıllardan itibaren Neoliberalizmin ile anılan dönemler, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık sistemine kazandırıldı (Çavmak ve Çavmak, 2017). SDP’nin amacı ise etkinliği yüksek, verimlilik odaklı ve hakkaniyetli bir sağlık hizmeti sunulması ve finansmanın sağlanmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Sağlık Bakanlığı 2003 yılında SDP’nin temel ilkelerini 9 maddede belirtmiştir ve SDP’nin bileşenleri ise 2003 yılından 2008 yılına 8 madde iken 2008 yılında 3 madde daha eklenerek 11 maddeden oluşmaktadır. Bunlar; 1) Planlayıcı ve denetleyici sağlık bakanlığı, 2) Herkesi tek çatı altında birleştiren genel sağlık sigortası, 3) Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi 4) Bilgi ve beceriyle donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, 5) Sistemi destekleyen eğitim ve bilim kurumları, 6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, 7) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, 8) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; sağlık bilgi sistemi, 9) Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarının oluşturulması, 10) Çok yönlü sağlık sorumluluğunun sağlanması amacıyla tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliğinin oluşturulması, 11) Uluslararası alanda Türkiye’nin varlığını göstermesini sağlayacak güçlü sınır ötesi sağlık hizmetleri sunum sistemlerinin oluşturulması ve yürütülmesi olarak sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003; Akdağ, 2008). Sağlık Bakanlığı SDP’nin performans değerlendirmesi için 3 aşama belirlemiştir. Bunlar;

- Sağlık Sistemi Fonksiyonları
- Ara Hedefler ve
- Nihai sonuçlardır.

Sağlık sistemi fonksiyonlarını değerlendirmede unsurlar daha çok yönetim, kaynaklar, hizmet sunumu ve finansman olarak belirlenmiştir ve politika yapımcılar ve uygulayıcı ilgilendirmektedir. Ara hedeflerde, sağlık hizmeti sunan ve alanları kapsayan kişisel sağlık hizmetinin geliştirilmesi, sağlıklı yaşam tarzları ve çevre koşulları unsurları bulunmaktadır. Nihai amaçlar ise hizmet sunumunu alan bireylerin memnuniyeti, finansal riskten korunması ve sağlık durumlarını iyileştirmeye yönelik unsurları içermektedir (Akdağ, 2010).

OECD ve WORD Bank 2008 yılında yayınladığı değerlendirme raporunda SDP’nin henüz ilk aşamalarının yaşanıyor olmasına rağmen hasta memnuniyeti, mali koruma ve sağlık durumunda iyileşmeler olduğunu ve sonraki aşamalarda programda önemli ilerlemeler kaydedileceğini belirtmektedir. Ayrıca raporda oluşturulacak sistemin zorluklarından da bahsedilmiştir: sağlık harcamalarında sıkı bir maliyet takibinin yapılması ve sağlık harcamalarının büyümesi adına bir üst sınır belirlenmesi gerektiğini söylemektedir. Hastaların sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda her bölgede hakkaniyetli bir şekilde dağılım yaşanması beklenmektedir, bölgelerin eş zamanlı sisteme ayak uydurması yapılacak olan yeni reformların hayata geçirilmesinde kolaylık sağlamaktadır. Ayrıca hizmete ulaşılabilirlik halkın sisteme olan güvenini arttıracaktır. Yapılacak olan reformlarla birlikte sağlık bakanlığına ek diğer bakanlıklarında hizmet vermesi beklenmektedir. Çünkü sağlık çevre ve davranıştan etkilenmediği için eğitim, yeme davranışları, fiziksel aktiviteler ve çevre sağlığından da etkilenmesi olasıdır. Türkiye’de SDP başladıktan sonra genel sağlık sigortasının yaygınlaştırılması, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, idari ve mali özerkliğe sahip birinci basamak kuruluşlarının yürürlüğe girmesiyle hedeflediği içeriğe ulaştığı gözlemlenmiştir (Yılmaztürk, 2013). Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte yıllar içerisinde Türkiye sağlık sisteminin birçok alanında önemli değişimler gerçekleşmiştir. Örneğin sigorta kapsamındaki nüfus 2002 ile 2012 arasında %64’ten %98’e çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılında %39,5 iken bu oran 2011 yılında %80’e yükselmiştir. Ayrıca doğum öncesi dört kez bakım ziyareti alan hamile kadın oranı için 2003’te %54 iken 2010 yılında bu oran %82 ye çıkmıştır (Bump vd., 2014). GSYİH’den sağlığa ayrılan kaynak noktasında da artışlar gerçekleşmiştir. 1998 yılında GSYİH’den sağlığa ayrılan pay %4,8’den 2013 yılında %5,4’e yükselmiştir (TurkStat, 2014). Bu sayısal verilerin yanında sağlıkta dönüşüm programı hem ülkedeki sağlık eşitsizliklerini azaltma sağlık harcamalarına karşı finansal korumayı artırma noktalarında önemli ilerlemeler sağlamıştır (Gürsoy, 2015).

Türkiye'nin demografik sağlık göstergelerinde SDP ile birlikte olumlu yönde değişim gözlemlenmiştir ve OECD verileri de bu olumlu değişimi destekler niteliktedir (Bahçe vd., 2013). Örneğin Sağlık Bakanlığı 2020 istatistik yıllığına bakıldığında 2002 yılında hastane sayısı 1.156 iken 2019 yılında 1.538 olduğu gözlemlenmektedir. OECD 2019 istatistik verileri incelediğinde Türkiye'de sağlık kurumlarına başvuru sayısının 2002 yılında 134.138.461 iken 2020 yılında 347.141.196 yılında sayısına ulaşıldığı gözlemlenmiştir. Aşılama oranlarına ilişkin veriler incelendiğinde, 1990 yılında tetanos %74, boğmaca %67 ve kızamık %66 iken 2010 yılında üç aşı için ortalama aşılama oranı %97'ye ulaşmıştır (WHO, 2013). SDP sonrasında özel sağlık kurumlarına başvuru sayılarında artış gözlemlenmiştir. SGK'nın ayakta ya da yatan hastalarla ilgili özel hastanelerden hizmet almayı kolaylaştıran sözleşmeler yapması bunun nedenleri arasında yer almaktadır. 2009 yılında SGK ile sözleşmeli kurumların %35'ini özel hastaneler oluşturmaktadır. Başvuru sayısındaki artışı SDP politikalarıyla doğrudan ilişkilendirmek mümkün olmamakla birlikte etkisinin olduğu ifade edilmektedir (Seçtim, 2019). SDP ile yaşanan başka bir olumlu gelişmeye ise özel sektörde rastlanmaktadır. Kamu hastanelerinin hastalara sunacağı tedavi ve sağlığı geliştirici rolünün artması üzerine yemek, temizlik, karşılama ve güvenlik gibi hastane alt hizmetleri özel sektöre devredilmiştir (OECD, 2009). 2003 sonrası SDP'nin genel etkileri incelendiğinde Türk sağlık sisteminin yapısında hızlı bir değişim gözlemlenmektedir (Başol ve Işık, 2014). SDP'nin Türk sağlık sisteminde neden olduğu değişimin bilimsel kanıtları ile ortaya konulması önemlidir. Bu noktada, bu çalışmanın amacı sağlık sisteminin önemli bir parçası olan hizmeti talep boyutunda sağlık hizmeti kullanımını üzerindeki etkisini ortaya koymaktır.

Bu çalışmada ise sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayılarını bağımlı değişken, nüfus, milli gelir, yataklı kurum sayısı, sağlık personel sayısı, hekim sayısı ve toplam yatak sayısı bağımsız değişken seçilmiş, sağlıkta dönüşüm programı ise kukla değişken olarak kullanılmıştır. Teorik çerçevede bahsedilen çalışmalardan farklı olarak Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık hizmetlerine etkisi geniş bir yelpazede incelenmiştir. Çalışmada Otoregresif Dağılım Gecikme (Autoregressive Distributed Lag-ARDL) sınır testi yaklaşımı yöntemi kullanılmıştır. SDP başlamadan önceki yıllardan günümüze kadar olan zamanı SDP'nin başladığı dönem ve sonrasında bulunana yıllar ise kukla değer belirlemiş hata düzeltme faktörlerini de içeren veri seti içerisinde analiz yapmayı mümkün kılmıştır. Ayrıca SDP'nin sağlık hizmetlerine etkisinin değişkenler arasındaki kısa ve uzun dönem ilişkilerini daha doğru biçimde sunulmasını sağlamıştır.

2. LİTERATÜR İNCELEMESİ

Türk sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması, değişimi ve dönüşümü açısından büyük önem taşıyan SDP ve bu programın sağlık sistemine etkileri konusunda çok yönlü incelemeler ve bilimsel çalışmalar yapılmaktadır. SDP'nin en büyük amacı finansal yönden ulaşılması ve işletilmesi kolay, herkesin sağlık hizmetine istediği zaman ulaşabileceği ve hizmetin verimli olabilmesidir. Bu alanda bu verimliliği ve yapılan uygulamaların uygulanabilirliğini ölçmek için birçok çalışma yapılmıştır. Yaptığımız çalışma literatüründe ise SDP için farklı yapılar da incelenen çalışmalar ele alınmaktadır. SDP'nin başladığı günden bu yana süregelen araştırmalar derlenmiştir. Atun vd., (2003) tarafından yapılan çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın genel bir değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu değerlendirme, SDP'nin uygulamaya konulması sonucunda, program kapsamındaki GSS ile sağlık seviyesinin yükseldiği; her kesimin sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşabildiği, anne doğum oranlarının azaldığı, beş yaş altı ölümlerin azaldığı, aşılamanın neredeyse tüm halkı kapsadığına vurgu yapılmıştır. Bahçe vd. (2013) SDP uygulaması ile ilgili yaptığı değerlendirmede, programın varmak istediği temel amaçları şu şekilde sıralamıştır: hastaların bilinçlendirilerek sağlık harcamalarını kontrol altında tutulması, verimsizlik nedeniyle artan sağlık harcamalarının azaltılması, arzın talep yaratmasının önüne geçilmesi, finansal sürdürülebilirliği sağlayacak bir gelir mekanizması yaratılması ve toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarının hakkaniyetli bir şekilde gerçekleştirilmesi. Yılmaz, Çolak ve Tosun (2016) Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın özel sağlık kurumlarına etkisini araştırdıkları çalışmada, çalışma grubuna dahil olan kişilerin programı pozitif yönde değerlendirdiklerini fakat çözümlenmemiş sorunlar olduğunu ve hizmetten faydalanan çerçevenin daha da genişletilmesi için sisteme dahil edilecek yeni yöntemlere ihtiyaç duyulduğu sonucuna ulaşmışlardır. Keskin (2017) yaptığı çalışmada T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin maliyet etkinliğini ölçmek amacıyla 2010 ve 2012 dönemleri öncesi ve sonrası incelenmiştir. İkincil verilerin karşılaştırılmasının yapıldığı bu çalışmanın sonucuna göre hastanelerin maliyet etkinliğinde bir artış sergiledikleri gözlemlenmiştir. Ancak, sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı bölgelerdeki hastanelerde maliyet etkinliğinde daha sınırlı bir artış gözlemlenmiştir. Ankara ve Zeybek (2021) tarafından yapılan çalışmada sağlık harcamaları üzerinde durulmuş ve sağlık enflasyonlarının sebebinin ayakta tedavi hizmetlerindeki ve tıbbi ürünlerdeki fiyat artışları olduğu; ayrıca toplam sağlık harcamalarındaki artışın ise kamu sağlık harcamalarındaki artıştan kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Keskin'in (2018) 2014-2018

yılları arasını kapsayan çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programının Kamu Hastanelerine etkisini ortaya koymaya çalışmıştır. Yapılan bu çalışma sonucunda hastanelerin teknolojik olarak geliştiğinin fakat incelenen dönem arasında hastanelerin faktör verimliliğinde düşüş görüldüğü saptanmıştır. Seçtim (2019) Sağlıkta Dönüşüm Programı üzerine bir değerlendirme çalışmasında betimsel değerlendirmeler yapmış ve çalışma sonucunda gelişen ve sınırları kalkan dünyada sağlık alanında bir vizyon olduğu ve Türk toplumunda genel olarak olumlu yönde eğilim gösterdiği belirlenmiştir. Soysal ve Yağar (2015) Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde SDP'nin etkileri araştırmışlardır. Çalışmada, SDP'nin etkilerinin hastaların eğitim yaş ve gelir seviyelerine göre farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Yaş aralığındaki artışın beraberinde sistemden memnuniyeti artırdığı gözlemlenirken eğitim ve gelir seviyesindeki yükselişin sistem gelişiminden daha az etkilendiği ortaya çıkmıştır. Fakat genel olarak hastaların sistemden olumlu etkilendikleri tespit edilmiştir (Soysal ve Yağar, 2015). Tanrıverdi (2019) Sağlıkta Dönüşüm Programının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisini incelediği çalışmada hastaların genel anlamda SDP'den memnun kaldıkları ve yapılan reformlarla sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin arttığı ve sağlık eşitsizliğinin azaldığı sonucuna ulaşmıştır. Çelikay ve Gümüş (2011) yaptıkları ampirik inceleme sonucunda SDP'nin hasta memnuniyeti üzerinde olumlu izler bıraktığını gözlemlemiştir. Uğur ve Tirgil (2018) yaptıkları çalışmada, toplumun sağlık hizmetlerinin 2003-2016 arası dönemde sağlık hizmetlerinde gerçekleşen gelişimlerden memnun kaldığı ve her bir sağlık sigortası grubunda da memnuniyet artışı gerçekleştiği bulgusuna ulaşmıştır. Akdağ (2015) yayınladığı bir çalışmada da Türkiye'nin son on yıllık sağlık ilerlemesinde sistem içinde hasta memnuniyetinin arttığından söz edilerek mali olarak düşüşler yaşandığı bulgusuna yer verilmiştir. Ayrıca sistemden en iyi dönütün hastaların memnuniyetlerinden olacağı belirtilmiştir. Keskin (2018) tarafından yapılan çalışmada veri zarflama yöntemi ile hastanelerin 2009-2014 yılları arasında verimliliklerindeki farklılıklar ölçülmüştür. Yapılan analizler sonucunda, hastanelerin teknolojik etkinliğinde gelişme olmasına rağmen toplam faktör verimliliğinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. San (2020) ise SDP'nin hastaların sağlık hizmetlerine erişebilirliğini artırdığından dolayı sağlıktaki eşitsizliğin azalmasına katkı sağladığını ifade etmektedir. Çiftçi ve Bostan'ın (2016) yaptığı araştırmada Sağlıkta Dönüşüm Programının Sağlık çalışanları üzerine etkileri ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışma sonucunda, sağlık çalışanlarının program ile ilgili mevcut uygulamaları kendileri için yeterli ölçüde olumlu bulmadıkları ve sistemin sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için sağlık çalışanların zihninde programa ilişkin olumlu algılar oluşturabilecek yeni düzenlemelere ve uygulamalara ihtiyaç duyulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Leblebici ve Mutlu (2014), kamu sağlık çalışanlarına yaptıkları çalışmalarında, sağlık çalışanlarının içsel iş doyumunun yüksek olduğunu ancak özellikle Sağlık Dönüşüm Programı kapsamında politika sonuçlarından etkilenen dışsal iş doyumunu açısından olumlu ilerlemelerin olmadığı sonucuna varılmıştır. Bıyık ve Tekin'in (2015) yaptıkları çalışmada ise hastane hizmetleri ve personel karşılaştırılmasında bulunulmuştur. Çalışanların genel olarak sağlık hizmetlerini iyi buldukları fakat personellerle ilgili gelişimin olumsuz yönde değerlendirildiği görülmüştür. Bump vd. (2014) SDP üzerinde yaptıkları çalışmada ise temel işleyiş olarak hastaların programdan memnun kaldıklarına ancak hizmet sunumu yapanların eleştirisi olduğuna vurgu yapılarak dönüşümün tek taraflı olmaması, sağlık çalışanları ve hizmet sunucularının da memnun edilmesi durumunda verimliliğin artacağı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmalar genel olarak incelendiğinde programın ulaşmak istediği temel hedeflerin, toplumun tamamının GSS ile kapsam altına alınması, maliyetleri azaltarak verimliliği artırma, sağlık eşitsizliklerinin azaltılması ve hasta memnuniyetinin artırılması olduğunu ifade etmek mümkündür. Programın sürdürülebilirliği için sağlık sektörüne finansal desteğin sürdürülmesi ve sağlık çalışanlarının memnuniyetinin korunması konusunda çalışmalara devam edilmesi beklenmektedir. SDP ile birçok reform ve değişiklik sağlık sistemimize kazandırılmış olmakla birlikte, program dahilinde planlanan sevk zinciri uygulaması ise yürürlüğe konulamayan bir konu olmuştur. Halkın ikinci basamak sağlık kurumlarına daha fazla önem vermesinin ve birinci basamak sağlık kurumlarını yeterince benimsememelerinin bu sonuçtaki önemli etkenler olduğu ifade edilmektedir (Akman, 2014; Bump, 2015; Keskin, 2020). Diğer taraftan yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada birinci basamak kullanımının eskiye nazaran arttığı ve aynı zamanda yaşlı bakımı destek anlamında birçok vatandaşın memnun kaldığı tespit edilmiştir (Caner ve Cilasun 2019). Yılmaz vd. (2016) hastane yöneticileri ile yaptıkları çalışmalarında SDP'nin hastanelerde akreditasyon ihtiyacını ortaya çıkarmasının yanı sıra gelişen sistem ve teçhizatla birlikte öğrenime açık alanlar oluşturduğuna dikkat çekmişlerdir. Olumsuz yönlerinde ise sorunları görebilmede sistemin tam bir çözüm sunmadığını belirtmişlerdir.

3. METERYAL METHOT

Bu çalışma Türkiye'de 2003 yılında başlayan SDP'nin sağlık kurumlarına olan başvuru sayılarına etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır. 2003 yılında başlayan SDP'nin başvuru sayıları üzerine etkileri zaman serileri ile ölçülmektedir. Zaman serileri bir ölçümün günlük, haftalık, aylık ya da yıllık sonuçlarını gösteren analiz çeşididir.

Ayrıca belirli bir zaman aralığında olan etkiyi gözlemlemek için kullanılan bir analiz yöntemidir. Zaman serileri analizi yapan birçok sistem bulunmaktadır. Bu çalışmada zaman serileri Eviews 9.5 programıyla teste tabi tutulmuştur. Analiz için ilk önce ikincil veri türü olan veriler toplanmıştır. İkincil veriler OECD, IMF, WTO gibi geniş veri tabanlı şirketlerin derledikleri verilerin tamamına verilen isimdir (Coşkun vd., 2015). Veriler OECD ve Sağlık Bakanlığı (2018) veri tabanından alınarak analiz edilecek seriler oluşturulmuştur. Seriler için seçilen bağımlı değişken başvuru sayılarıdır. Bağımsız değişkenleri ise sağlık personel sayısı, hekim sayısı, toplam yataklı kurum sayısı, toplam yatak sayısı, nüfus ve milli gelir oluşturmaktadır. Bağımsız değişkenlerin seçiminde, sağlık hizmeti kullanımını ve sağlık kurumlarına başvuru sayısını etkileyebilecek faktörler olması kriter olarak esas alınmıştır. Verilerin seçim aralığı oluşturulurken SDP'nin başlangıç yılının öncesi ve sonrasında eşit veri olacak şekilde seçilmiştir. Dolayısıyla 1975-2002 yılları arasında bulunan veriler seçilmiştir. Her yıl bir gözlem olarak belirlenmiştir. Toplam 45 gözlem bulunmaktadır. SDP'nin başladığı yıl ise kukla değişken olarak alınmıştır. Dolayısıyla kukla değişkeninde 1975-2002 yılları arası 0 (sıfır), 2003-2019 arası ise 1 olarak analize dahil edilmiştir. Regresyon analizinde iki dönem arasındaki karşılaştırmaları net biçimde sunmak için kukla değişkeni kullanılmaktadır (Suits, 1984). Araştırmanın verilerinin toplanması, kısaltılması ve verilerin elde edildiği kaynaklar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Veriler, Kısaltmalar, Veri Kaynağı

Veriler	Kısaltmalar	Değişkenler	Veri kaynağı
Hastane Başvuru Sayısı	Başvuru	Bağımlı	OECD, 2019
Hekim Sayısı	Hs	Bağımsız	Sağlık Bakanlığı Yıllığı, 2019
Milli Gelir	Mg	Bağımsız	OECD,2019
Nüfus	Nf	Bağımsız	TÜİK, 2020
Yataklı Kurum Sayısı	Yks	Bağımsız	TÜİK, 2020
Sağlık Personeli Sayısı	Sp	Bağımsız	TÜİK, 2020
Toplam Yatak Sayısı	Tys	Bağımsız	TÜİK, 2020
Sağlıkta Dönüşüm Programı	Sdp	Kukla Değişken	1975-2002:0 2003-2019:1

Araştırmada Autoregressive Distributed Lag Bound Test (ARDL) Sınır Testi kullanılmıştır. ARDL sınır testi için oluşturulan modelin denklemi aşağıdaki gibidir:

$$\Delta LBaşvuru_t = \alpha + \sum_{i=1} \lambda_{1i} \Delta LBaşvuru_{t-i} + \sum_{i=0} \lambda_{2i} \Delta LHS_{t-i} + \sum_{i=0} \lambda_{3i} \Delta LMg_{t-i} + \sum_{i=0} \lambda_{4i} \Delta LNf_{t-i} + \sum_{i=0} \lambda_{5i} \Delta LYks_{t-i} + \sum_{i=0} \lambda_{6i} \Delta LSp_{t-i} + \sum_{i=0} \lambda_{7i} \Delta LTy_{t-i} + \gamma_1 LBaşvuru_{t-1} + \gamma_2 LHS_{t-1} + \gamma_3 LMg_{t-1} + \gamma_4 LNf_{t-1} + \gamma_5 LYks_{t-1} + \gamma_6 LSp_{t-1} + \gamma_7 LTy_{t-1} + \gamma_8 \Delta sdp + \varepsilon_t \quad (1)$$

Yukarıdaki denklemde, α terimi modelin sabit bileşenini, Δ terimi birinci fark işlemcisini, L terimi logartmik dönüşümü ve ε_t terimi ise beyaz gürültülü sabit hata terimini ifade etmektedir. ARDL testinin uygulanması Eviews 9.5 programı ile gerçekleştirilmiştir. Pesaran vd., (2001) ARDL modeli birbirinden ayrı bütünlük derecelerine sahip olan değişkenler arasında bir eşbütünlük olup olmadığını incelemek için kullanılmıştır. Zaman serisi ve özellikle eşbütünlük analizlerinde serilerin durağan olması önemli bir kriterdir (Çıraklı, 2019). Serilerin durağanlığını inceleyip durağan olup olmadığını belirlemek için birim kök testleri kullanılmıştır. Çalışma verileri toplandığında ilk olarak büyük sapmaların yaşanmaması için her değişkenin logaritması alınmıştır. Çalışmanın ilk kısmında zaman serilerine ilişkin birim kök testleri kullanılmıştır (Tunçşiper ve Biçen,2013). Verilerin durağanlığı için ADF (Augmented Dickey Fuller) Birim Kök Testi kullanılmıştır. İkinci kısımda "Kısıtsız Hata Düzeltme Modeli (UECM)" kurulmuş ve EKK (en küçük kareler) yöntemiyle tahmin edilmiş ve BOUND testi (sınır testi) yapılmıştır. BOUND testi sonucunda F değeri Pesaran vd. (2001) tarafından oluşturulan alt ve üst kritik değerlerle karşılaştırılarak eşbütünlük olup olmadığına karar verilmiştir. UECM'de verilen bir değişkenin optimal gecikme uzunluğunun belirlenmesinde Akaike bilgi kriteri kullanılmıştır. Breusch-Godfrey otokorelasyon LM testi ile otokorelasyon problemi bulunup bulunmadığı test edilmiştir. Modelin tanısıl testlerinin normal dağılıma uygunluğunu ölçmek için Jarque-Bera testi uygulanmıştır. Değişen varyans sorunu için ARCH testi, model kurma hatası (biçimsel hata) içinse Ramsey-Reset testi gerçekleştirilmiştir ve modelin istikrarını gözlemlemek için CUSUM ve CUSUM-SQ testleri yapılmıştır. Üçüncü kısımda uzun dönem katsayılarını belirlemek için ARDL modeli tahmin edilmiştir ve maksimum gecikme uzunluğu için Akaike bilgi kriteri kullanılmıştır. Ayrıca Breusch-

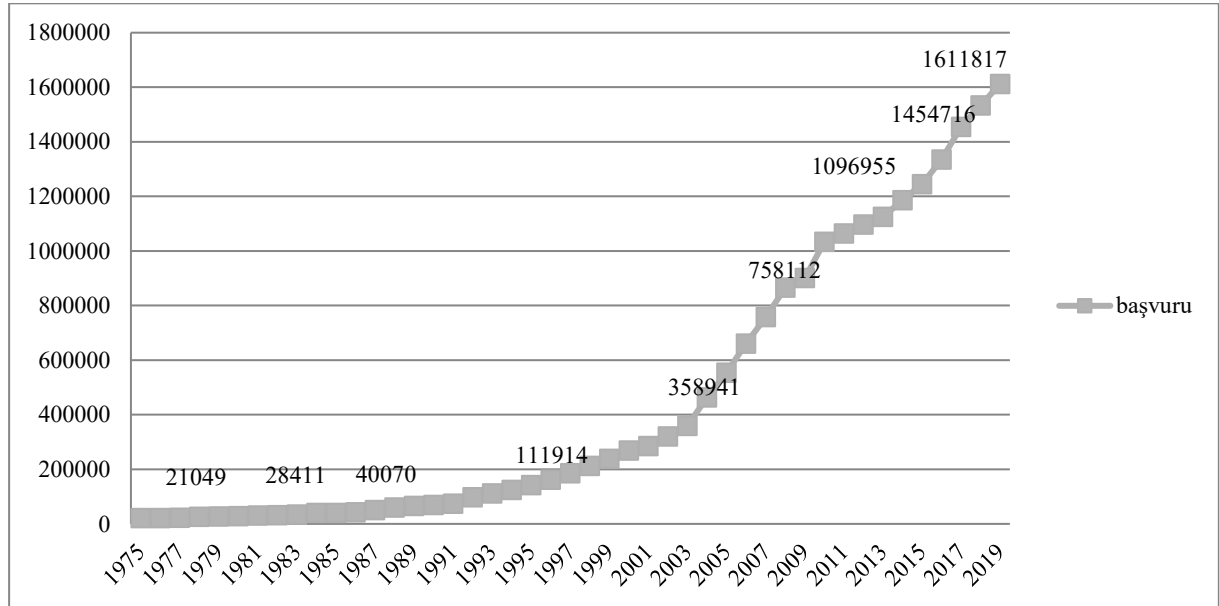
Godfrey otokorekasyon LM testi Cusum ve Cusum SQ testleri yapılmıştır. Dördüncü kısımda ise Hata Düzeltme Modeli ARDL modelinden yararlanarak oluşturulmuştur ve bu model OLS tekniğiyle tahmin edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Temel İstatistikler

Şekil 1’de 1975-2019 yılları arasında Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kurumlara başvuru sayılarının yıllara göre değişimi gösterilmektedir. Grafikte yer alan bilgilere göre 1975 yılında sağlık hizmetleri sunan kurumlara başvuru sayısı 21.049 kişiyken 1994 yılında 124.828 kişiye yükselmiştir. 2003 yılında başvuru sayısı 358.941’e yükselmiş ve 2016 yılına kadar ivmeli artışını koruyarak başvuran sayısının 1.454.716 olduğu gözlemlenmektedir.

Şekil 1. Yıllara Göre Başvuru Sayılarındaki Değişimler



4.2. Birim Kök Testi Sonuçları

Analizlerde zaman serilerinin durağanlığının ölçülmesinde ADF birim kök testi uygulanmaktadır. İlgili verilerin zaman serilerine ait ADF birim kök analizi sonuçları Tablo 2’de verilmiştir. İlgili verilerin ADF birim test sonuçlarına göre düzeyde millî gelir, sağlık personeli sayısı, hekim sayısı, nüfus, yataklı kurum sayısı, toplam yatak sayısı durağan değildir. Tabloda verilen birinci fark değerlerinde ise her değişkenin sabit ve trend değerlerinde durağan oldukları gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda başvuru sayısının analizinde birinci farkta sabit ve trend modeli kullanılmıştır. Ayrıca diğer bağımlı değişkenlerin de birinci fark değerlerinde sabit ve trendde durağan olma koşulunu sağladıkları gözlemlenmiştir.

Tablo 2. ADF Birim Kök Testi Sonuçları

Değişkenler	Model	Düzyer Değerleri I(0)		Birinci Fark Değerleri I(1)	
		t	p	t	p
LMG	Sabit	4,4949	10,000	-4,887,301	0,0002
	Sabit ve Trend	0,758999	0,9996	-6,317,508	0,0000
	Hiçbiri	8,523683	8,523683	-2,156,670	0,0311
LSP	Sabit	6,258386	10,000	-4,614949	0,0004
	Sabit ve Trend	2,673471	10,000	-3,700374	0,0313
	Hiçbiri	10,7569	10,000	-1,673048	0,0888

Değişkenler	Model	Düzye Değerleri I(0)		Birinci Fark Değerleri I(1)	
		t	p	t	p
LHS	Sabit	6,746126	1.0000	-2,515064	0.1179
	Sabit ve Trend	-1,815335	0,6833	-6,012955	0.0000
	Hiçbiri	3.716089	0,9999	-0,594803	0.4548
LNF	Sabit	2,641171	1.000	-6,126585	0.0000
	Sabit ve Trend	-1,204344	0.8995	-6,720552	0.0000
	Hiçbiri	4.440012	1.0000	-0,089342	0.6481
LYKS	Sabit	1,787153	1.0000	-7,392635	0.0000
	Sabit ve Trend	-1,945233	0.6164	-7,848293	0.0000
	Hiçbiri	5,51699	1.0000	-5,363911	0.0000
LTYS	Sabit	0,395467	0,9809	-5,766268	0.0000
	Sabit ve Trend	-1,395779	0,8507	-5,795949	0.0001
	Hiçbiri	3.118474	0.9994	-5,076447	0.0000

4.3. Kısıtsız Hata Düzeltme (Uecm) Tahmin Modeli

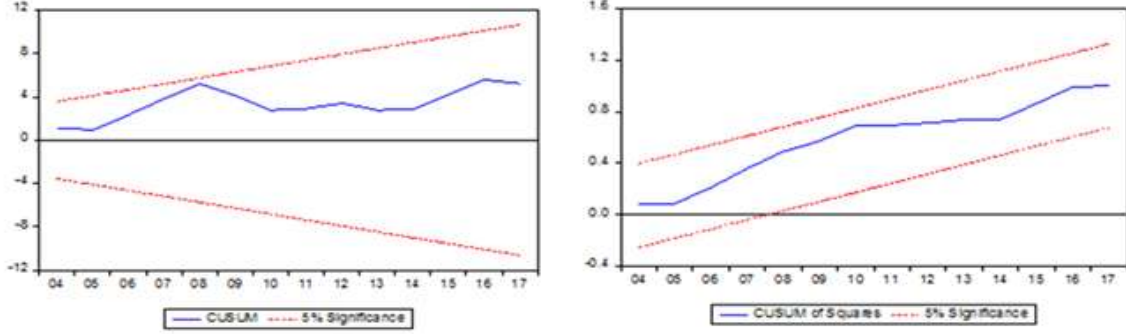
Başvuru sayısı, milli gelir, sağlık personeli sayısı, hekim sayısı, nüfus, yataklı kurum sayısı, toplam yatak sayısı değişkenleri ve kukla değişkeniyle birlikte Kısıtsız Hata Düzeltme Tahmin yöntemi kullanılmıştır ve Tablo 3'te analiz sonuçları verilmiştir. Analizi gerçekleştirilen verilerin birinci farkta ve sabit ve trendde durağanlaştığı ve sonrasında gerçekleştirilen ARDL testleri sonucunda verileri eşbütünleşme olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 3. ARDL Sınır Testi Tahmin Sonuçları

Tahmin Edilen ARDL Modeli			(4, 4, 4, 4, 0, 4, 3)				
k	F	p	Kritik Değerler			R ²	D-R ²
			Anlamlılık Düzeyi	Alt Sınır	Üst Sınır		
6	17.066	0,000	1%	2,88	3,99	0.9999	0.9997
			2,50%	2,55	3,61		
			5%	2,27	3,28		
			10%	1,99	2,94		
Tanısal Testler						P	
F-İstatistikliği			5433,279			0,000.	
Breusch-Godfrey Otokorelasyon LM Testi F-İstatistikliği			1,6163.			0.2336	
Jarque-Bera Test İstatistikliği – Norma Dağılıma Uygunluk			0,0115			0,9942	
ARCH Değişen Varyans Testi F-İstatistikliği			9,6003.			0.0032	
Ramsey Reset Testi F-İstatistikliği			1.4544.			0.0004	

Tablo 3 incelendiğinde tablo iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sınır testi sonuçlarına yer verilmektedir. Tabloda %1'lik (2,88-3,99), %2,5'lik (2,55-3,61), %5'lik (2,27-3,28) ve %10'luk (1,99-2,94) alt ve üst değerlere yer verilmektedir. Tablo 3'te verilen F değeri (17,006) Pesaran vd. (2001) tarafından oluşturulan Tablo CI (iii) üst ve alt değer güven değerlerinin üzerinde olmasından kaynaklı eşbütünleşme olduğu kanıtına varılmıştır. Tanısal istatistiklere bağlı modelde herhangi bir sorun olmadığı anlaşılmıştır. Modelin ARDL geçerliliğinin istikrarlılığını ölçmek için ve yapısal kırılma olup olmadığını test eden gerçekleştirilen CUSUM ve CUSUM-SQ testlerinde de ispatlanmıştır. Şekil 2 de CUSUM ve CUSUM-SQ test sonuçları verilmektedir. Test sonucunda yapısal kırılma olmadığı gözlemlenmektedir.

Şekil 2. CUSUM ve CUSUM-SQ



Şekil 2 de CUSUM test sonuçları gösterilmektedir. Analize göre mavi ivmenin kırmızı çizgiler dışında bulunmaması herhangi bir kırılmanın olmadığını göstermektedir.

4.4. ARDL Kısa ve Uzun Dönem Test Sonuçları

Tablo 4'te ARDL sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4. ARDL Modeli Uzun ve Kısa Dönem Tahmin Sonuçları

Tahmin Edilen ARDL Modeli; (4, 4, 4, 4, 0, 4, 3)							
Değişkenler	k	T	p	Değişkenler	k	t	p
LOGMG	0,942523	3,902481	0,0013	LOGMG	0,089533	0,587081	0,5653
				LOGMG(-1)	-0,502884	-2,746558	0,0143
				LOGMG(-2)	0,855272	4,719906	0,0002
				LOGMG(-3)	-0,172984	-0,802505	0,434
				LOGMG(-4)	0,522256	2,471375	0,0251
LOGSP	-2,180174	-2,89243	0,0000	LOGSP	-0,383451	-1,7988	0,0909
				LOGSP(-1)	-0,316168	-1,193877	0,2499
				LOGSP(-2)	-0,750752	-2,758681	0,014
				LOGSP(-3)	-0,27066	-0,991994	0,336
				LOGSP(-4)	-0,706987	-3,992823	0,001
LOGHS	2,267939	6,225042	0,0000	LOGHS	-0,362251	-1,08275	0,295
				LOGHS(-1)	0,423301	0,978416	0,3424
				LOGHS(-2)	0,45262	1,289331	0,2156
				LOGHS(-3)	0,369775	1,632671	0,1221
				LOGHS(-3)	1,020354	4,490988	0,0004
LOGNF	-2,180174	-2,22768	0,0406	LOGNF	-1,830126	-2,489156	0,0242
				LOGTYS	0,557669	2,901428	0,0104
				LOGTYS(-1)	0,527648	2,489785	0,0242
				LOGTYS(-2)	1,270536	5,112547	0,0001
				LOGTYS(-3)	1,048742	3,549745	0,0027
LOGYKS	0,646161	3,36121	0,004	LOGTYS(-4)	1,007836	3,469383	0,0032
				LOGYKS	0,420534	2,358886	0,0314
				LOGYKS(-1)	0,154062	0,800264	0,4353
				LOGYKS(-2)	-0,59568	-3,783225	0,0016
				LOGYKS(-3)	0,563498	4,689246	0,0002
D-SDP	0,153543	3,328968	0,0043	D-SDP	0,12889	2,564936	0,0208
				C	-2639674	-2,208321	0,0422

Tamam Testler: SE:0,999902; SSE:0,999718; SC:19,5791 p:0,000; J-B NOR:2,66408 p:0,263938; HET:1,679410 p:0,0079; F Res:0,361957 p: 0,5564

Tablo 4’te veriler incelendiğinde tahmin edilen ARDL modelinin tanısasal istatistikler (otokorelasyon, normal dağılıma uygunluk, değişken varyans ve model kurma hatası) bakımından bir sorun bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 5’te uzun dönem verileri incelendiğinde sağlık personel sayısı bağımlı değişken üzerinde negatif yönlü (-2,892426) ve istatistiksel olarak anlamlı($p<0.05$) etkisi olduğu ve nüfusunda bağımlı değişken üzerinde negatif yönlü (-2,180174) ve anlamlı($p<0.05$) etkileri olduğu gözlemlenmiştir. Gözlemler doğrultusunda sağlık personel sayısının ve nüfusun bağımlı değişken üzerinde azaltıcı etkide olduğu sonucuna varılmıştır. Toplam yatak sayısı (5,256396), yataklı kurum sayısı (0,646161) ve hekim sayısının (2,267939) SDP’yle arasındaki uzun dönem işlemlerine bakıldığında ise katsayılarının pozitif olması $p<0.05$ değerinin ise pozitif yönlü anlamlı etkiye sahip olduğuna ulaşılmaktadır.

Tablo 4’te SDP’nin kısa dönemde katsayılarına bakıldığında bağımlı değişkenler üzerinde etkileri incelendiğinde bağımlı değişkenler üzerine arttırıcı etkisinin bulunduğu($p=0.0208$) sonucuna varılmıştır.

5. SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu çalışmada, sağlık kurumlarına başvuru sayısı, milli gelir, nüfus, sağlık personeli sayısı, hekim sayısı, toplam yatak sayısı, yataklı kurum sayıları ile sağlıkta dönüşüm programı arasındaki etki incelenmiştir. Bu kapsamda 1975-2019 yılları arası veriler ARDL Sınır Testi yaklaşımıyla test edilmiştir.

Bu çalışmada bağımlı değişken olan başvuru sayısı ile bağımsız değişkenlerden milli gelir, hekim sayısı, toplam yatak sayısı ve yataklı sağlık kurumu sayısı arasında uzun dönemde anlamlı ve pozitif yönlü ilişki ($p<0.05$) saptanmıştır. Yani Milli gelir, Hekim sayısı, toplam yatak sayısı ve yataklı sağlık kurumu sayısındaki artış hastanelere başvuru sayısına uzun dönemde arttırıcı etki yapmaktadır. Ancak sağlık personeli sayısı ve nüfusun ise bağımlı değişken üzerinde azaltıcı etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tatar ve arkadaşları (2011) yaptıkları araştırmada Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye’de son 30 yılda vatandaşların sağlık durumunda, hizmet alımlarında ve sunumlarında önemli başarılar elde ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Ökem ve Çakar 2015 yılında yaptıkları çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programının etkililik verimlilik ve eşitlik olarak gözden geçirmiş ve genel anlamda başarılı reform süreci olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmada genel olarak sağlıkta dönüşüm programının başvuru sayıları üzerine etkileri bulunmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başvuru sayıları üzerindeki etkisi ise Genel Sağlık Sigortası’nın oluşması, bölgesel olarak sağlık eşitsizliklerini gidermek amaçlı sağlık kurumlarının geniş alanlarda faaliyet göstermesi ve hizmet talep edenlere hizmete kolay ulaşım imkânları sunulması olarak değerlendirilebilir.

Sonuç olarak bu çalışmada yapılan analizlerden SDP’nin başvuru sayısını arttırdığına ilişkin bulgulara rastlanmıştır. Dolaylı olarak başvuru sayısındaki artışın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırdığı söylenilebilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının temel bileşenlerinden biri “yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi” oluşturmaktır. Bu kapsamda, Sağlık Dönüşüm Programı’nın, özellikle “Genel Sağlık Sigortası” bileşeninin uygulamaya konulması ile, sağlık hizmetine erişim kapsamında olumlu etkide bulunduğu değerlendirilmektedir. Ancak bu değerlendirmenin, sağlık kurumlarına başvuru sayısı artışının erişim açısından olumlu bir durum olduğu varsayımıyla yapıldığına da ifade etmek gerekmektedir. İleride yapılacak çalışmalar için hastalık yükünü de içerek bir model ile çalışma yapılmasının daha sağlam sonuçlar verebileceği düşünülmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

Akdağ, R. (2015). Lessons from health transformation in Turkey: Leadership and challenges. *Health Systems & Reform*, 1(1), 3-8.

Akdağ, R. (2007). *Nereden nereye Türkiye sağlıkta dönüşüm programı Kasım 2002-Haziran 2007*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 713.

- Akdağ, R. (2008). *İlerleme raporu Türkiye sağlıkta dönüşüm programı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749.
- Akdağ, R. (2010). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R. (2021). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporu, 2008*. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf> adresinden 26 Aralık 2023 tarihinde alınmıştır.
- Akman, M. (2014). Türkiye’de birinci basamağın gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 70-78.
- Ankara, H. G. ve Zeybek, D. Ö. (2021). Sağlıkta Dönüşüm sonrası sağlık harcamaları ve sağlık enflasyonu: Zaman serisi analizleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(32), 1078-1093. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.808283>
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I. ve Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65–99. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61051-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61051-x)
- Bahçe, S., Köktas, A. M. ve Abukan, D. (2013). Sağlık Hizmetleri Reformu ve hane halkı refahı: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı. *International Conference On Eurasian Economies*, 3(15), 299-307.
- Başol, E. ve Işık, A. (2014). Türkiye’de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, 2(2), 1-26.
- Bıyık, E. ve Tekin, K. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programı’na ilişkin sağlık personelinin görüşlerinin karşılaştırılması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2), 103-110.
- Bump, J., Sparkes, S., Tatar, M. ve Çelik, Y. (2014). *Turkey on the way of universal health coverage through the health transformation program (2003-2013)*. The World Bank.
- Caner, A. ve Cilasun, S. M. (2019). Sağlık hizmetleri ve yaşlılar: Türkiye sağlıkta dönüşüm programı sonrasında kullanım ve memnuniyet. *Gerontoloji ve Geriatrik Tıp*, 5, 2333721418822868. 1-15.
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). Sağlıkta Dönüşümün ampirik analizi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(03), 55-92. https://doi.org/10.1501/SBFder_0000002216
- Çıraklı, Ü. (2019). Türkiye’de ekonomik göstergeler ile intihar hızı arasındaki ilişkinin incelenmesi: Ekonometrik bir analiz. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(6), 218-227.
- Çiftçi, F., ve Bostan, S. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: Sağlık çalışanlarının görüşleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 1-8.
- Gürsoy, K. (2015). An overview of Turkish healthcare system after health transformation program: Main successes, performance assessment, further challenges, and policy options. *Sosyal Güvençe*, 0(7), 83-112.
- Hamzaoğlu, O. (2013). Dünyada sağlık reformu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve belgeleri. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 28(3),172-180.
- Keskin, H. (2018). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve kamu hastanelerinin etkinliği. *Akdeniz İİBF Dergisi*, 18(38), 124-150.

- Keskin, H. İ. (2020). Türkiye’de aile hekimliğine geçiş sürecinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının verimliliği. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 21(1), 133-152.
- Keskin, H. İ., ve Unsal, A. (2017). *Sağlıkta dönüşüm programı altında, Türkiye’deki sağlık kurumlarının etkinliğinin değerlendirilmesi* [Doktora Tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Leblebici, Ö. ve Mutlu, S. (2014). Türkiye’de kamu sağlık çalışanlarının iş doyumlarının Sağlıkta Dönüşüm Programı bağlamında incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(3), 48-63.
- OECD. (2009). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye (Reviews of Health Systems - Turkey, in English)*. OECD and the International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- OECD. (2019). *Health statistics*. <https://data.oecd.org/> adresinden 26 Aralık 2019 tarihinde alınmıştır.
- Ökem, Z. G. ve Çakar, M. (2015). What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of the “Health Transformation Programme”. *Health Policy Journal*, 119(9), 1153-1163.
- Pesaran, M. H., Shin, Y., ve Smith, R. J. (2001). Bounds testing approaches to the analysis of level relationships. *Journal of Applied Econometrics*, 16(3), 289-326.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı değerlendirme raporu (2003-2011)*. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık istatistiği yillığı 2018 haber bülteni*. Sağlık Bakanlığı.
- Saltman, R. B. ve Von Otter, C. (1995). Introduction. R. B. Saltman ve C. von Otter (Ed.) *Implemented planned markets in health care* (1th ed.). Open University Press.
- San, S. (2020). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve hasta memnuniyeti üzerine etkileri. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 55-66.
- Seçtim, H. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programı üzerine bir değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*, 1(1), 117-133.
- Soysal, A. ve Yağar, F. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama hastanesinde bir araştırma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), 313-344.
- Suits, D. B. (1984). Dummy variables: Mechanics V. interpretation. *The Review of Economics and Statistics*, 66(1), 177-180. <https://doi.org/10.2307/1924713>
- Tanrıverdi, F. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programının hasta memnuniyetine etkisi. *Kesit Akademi Dergisi*, (20), 181-224.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Sahin, B., Aydın, S. ve Maresso, A. (2011). Hernández-Quevedo C. Turkey. *Health System Review*, 13(6), 1-186.
- TurkStat. (2014). *Health expenditure statistics 2013*. Press release no 16161.
- TÜİK. (2020). TÜİK veri portalı 2018. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1> adresinden 26.Aralık 2020 tarihinde alınmıştır.

- Uğur, Z. ve Tirgil, A. (2018). Sağlıkta Dönüşüm Programı ve kamunun sağlık hizmetlerinden memnuniyeti. *Ombudsman Akademik*, (2018 Yılı Özel Sayı/Kamu Hizmetlerinde İyi Yönetim İlkeleri), 295-327.
- WHO. (2013). *WHO Vaccine-preventable diseases: Monitoring system 2012 global summary. Turkey reported immunization coverage. Last update October, 2012.* http://Apps.Who.Int/Immunization_Monimtoring/En/Globalsummary/Timeseries/Tscoveragebycountry.Cfm?C=TUR adresinden 30 Nisan 2013 tarihinde alınmıştır.
- Yılmaz, F., Tosun, B. ve Çolak, M. Y. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın özel hastaneler ve sağlık sistemi üzerine etkileri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 63-79.
- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye'de sağlık reformlarının tarihsel gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın küresel niteliğinin değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(1),176-188.