

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Bir Sağlık Politikası Analizi: Kamu Hastane Birlikleri

Osman ÖZKAN¹

ÖZ

Amaç: Araştırmanın amacı, 663 sayılı kanun hükmünde karamame ile kurulan kamu hastane birliklerinin kapatılma nedenlerinin süreç modeli çerçevesinde incelenerek analiz edilmesidir.

Yöntem: Çalışmada Sabatier'in (2007) kullanmış olduğu süreç modeli esas alınmıştır. Süreç modeli ilgili politikanın gündeme gelmesi, formüle edilmesi, kanunlaştırılması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarına odaklanmaktadır. Bu kapsamda "kamu hastane birlikleri, özzerleştirme, yerelleşme, desantralizasyon, kamu hastaneleri" anahtar kelimeleriyle tarama yapılmış ve elde edilen Resmî Gazete, Kalkınma Planları, Hükümet Programları, Dünya Bankası dokümanları, makaleler, tezler, internet siteleri, bakanlık raporları ve konuyla ilgili ulaşılan haberlerden oluşan 62 kaynak incelenerek veriler elde edilmiştir. Verilerin toplanmasında başlangıç yılı olarak serbest piyasaya dayalı bir anlayışın esas alınmaya başlandığı 24 Ocak kararlarının çıktığı 1980 yılı esas alınmış ve 2018 yılına kadar tarama yapılmıştır.

Bulgular: Yapılan çalışmada kamu hastane birlikleri politikası süreç modeli açısından ele alınmış ve incelenen dokümanlar sonucunda politikanın başarısızlıkla sonuçlanma nedenleri, "yönetim yapısı ve yönetim kadrosuna yönelik nedenler", "insan kaynakları yönetimine yönelik nedenler", "finansman ve mali yönetime yönelik nedenler", "tedarik süreçlerine yönelik nedenler", "performans ve verimlilik kaynaklı nedenler", "sendikal kaynaklı nedenler" ve "diğer nedenler" olmak üzere 7 başlık etrafında incelenmiştir.

Sonuç: Elde edilen sonuçlar her ne kadar bakanlık, sistemin çok başlıktan dolayı artık yürütülemez olduğunu belirtse de uygulanma sürecinde yaşanan sıkıntılı kamu hastane birliklerinin kapatılmasında dolaylı ve doğrudan rol oynadığını göstermektedir. Neticesinde kamu hastane birlikleri sistemi ile oluşturulan yapı, sağlıkta dönüşümün hedefleri arasında yer alan desantralizasyon konusunda başarısız olmuştur. Bu süreçte değişimin sahiplenilmemesi, yasanın hazırlanma sürecinde sivil toplum kuruluşlarına yer verilmemesi, yasal mevzuatın iyi organize edilmemesi, pilot çalışmaların yapılmamış olması ve illerdeki hiyerarşik bölünmeler başarısızlığa sebep olan nedenler arasındadır.

Anahtar Kelimeler: Kamu hastaneleri; Sağlık hizmetleri yönetimi; Sağlık politikası

A Health Policy Analysis: Public Hospital Unions

Osman ÖZKAN¹

ABSTRACT

Aim: The aim of the research is to analyze the reasons behind the dissolution of the public hospital unions established by the decree law no. 663 within the framework of the process model.

Method: The study adopts the process model used by Sabatier (2007). This model focuses on the stages of a relevant policy's emergence, formulation, legislation, implementation, and evaluation. In this context, a literature review was conducted using keywords such as "public hospital unions," "autonomization," "localization," "decentralization," and "public hospitals." A total of 62 sources were examined, including official gazettes, development plans, government programs, World Bank documents, articles, theses, websites, ministry reports, and relevant news articles. Data collection began from the year 1980, when a market-oriented approach was adopted following the January 24th decisions, and the review extended until 2018.

Results: The study analyzed the public hospital unions policy through the lens of the process model. Based on the reviewed documents, the reasons for the policy's failure were examined under seven categories: "reasons related to the management structure and management staff," "reasons related to human resources management," "reasons related to financing and financial management," "reasons related to procurement processes," "reasons stemming from performance and efficiency," "reasons related to unions," and "other reasons."

Conclusions: The results indicate that although the Ministry cited the system's unmanageability due to a multi-headed structure, the challenges faced during the implementation process played both direct and indirect roles in the dissolution of the public hospital unions. Ultimately, the structure established by the public hospital unions system failed in terms of decentralization, which was one of the objectives of the health transformation program. The lack of ownership of the change process, the exclusion of non-governmental organizations in the drafting process, poor organization of the legal framework, the absence of pilot studies, and hierarchical divisions at the provincial level were among the key factors contributing to the failure.

Keywords: Health policy; Health services management; Public hospitals

¹Harran Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Şanlıurfa, Türkiye.

Sorumlu Yazar: Osman ÖZKAN

E-posta adresi: osmanozkan@harran.edu.tr

Gönderi Tarihi: 07.03.2024

ORCID No: 0000-0002-7979-4039

Kabul Tarihi: 28.08.2024

GİRİŞ

Kapitalizm kendi doğası gereği zaman içinde birçok bunalım dönemi geçirmiştir. Bu dönemlerde ortaya bir talep yetersizliği çıktığında toplumcu bir görünüme bürünerek sosyal devlet anlayışıyla hareket etmiş, sermayeye ihtiyaç duyduğu dönemlerde ise devletin küçültülmesi gerektiğini savunmuştur. Özellikle tarihsel açıdan bakıldığında 1929 yılında yaşanan ekonomik buhran devletçi uygulamaları artırmış, 1970'li yıllarda ortaya çıkan neoliberal politikalar ise özelleştirme yoluyla devletin bazı sektörlerden çekilmesini ve hizmetlerin yönetiminin merkezden yerele doğru kaymasını hedeflemiştir (1). Buna bağlı olarak sağlıkta reform hareketleri de hız kazanmış ve bunlardan biri olan ve kamu sağlık sistemlerinde verimliliği hedef alan yerinden yönetim reform hareketleri konuşulmaya başlanmıştır (2, 3). Tatar (4), yerinden yönetim uygulamalarının yerelin ihtiyaçlarının karşılanması, kararlara katılım, bürokrasi, sektörler arası iş birliği, kaynakların kullanımı konusunda olumlu sonuçlar verdiğini söylemektedir. Erençin ve Zorlu ise (2), büyükşehirler dışındaki alanlarda teknik personel eksikliği yaşandığını, seçilmişler arasında çıkar

çatışmalarının arttığını, bölgeler arası eşitsizliklerin belirlediğini ve sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olma niteliğini yitirerek ticari bir boyut kazanma riski taşıdığını belirtmektedir. Yerinden yönetim düşüncesinin beraberinde getirdiği kavramlardan biri de özerklik kavramı olmuştur (5). Bazı araştırmacılar özerklik arttıkça hizmet niteliğinin ve yönetiminin özel hastanelere benzeyeceğini ve bunun bir şans olduğunu ifade ederken (5), başka araştırmacılar ise sağlık hizmetinin konusunun hassasiyeti gereği özerkleştirmenin özelleşmenin bir basamağı olduğunu söylemekte ve buna karşı çıkmaktadırlar. Kamu hastanelerinde başvuru özerklik genellikle hastane yönetimi ile ilgili olmakta ve stratejik yönetim, finansal yönetim, insan kaynakları yönetimi vb. uygulamaların bağımsız yürütülmesi söz konusu olmaktadır (6)

Dünyadaki liberal eğilimler Türkiye'de de sağlıkta reform yapma ihtiyacı doğurmuş ve 1980'li yıllar itibariyle etkilenen süreç 2003 yılında yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile somutlaşmaya başlamıştır. Programın bileşenlerinden biri olan hastane özerkleştirme

uygulamaları, kamu hastanelerini devlet bütçesine bağlı olmaktan çıkarıp, sağlık işletmesine dönüştürmüştür (6, 7). Bunun sonucu olarak 2011 yılında kamu hastanelerinin yapısının idari ve mali açıdan özertleştirilmesi amacıyla 663 sayılı kanun hükmünde kararname (KHK) ile kamu hastane birlikleri kurulmuştur. Altı yıllık bir uygulama sürecinden sonra 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında KHK ile birlikler 2017 yılında kapatılmıştır.

Bu çalışmada kamu hastaneler birliği politikasının analizi yapılarak irdelenmiş, incelenen dokümanlar, makaleler, tezler, haber kaynakları ve paydaşların yayımlanmış olduğu raporlar ile birliklerin kapatılmasına yol açan durumlar ortaya konulmaya çalışılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, 663 sayılı kanun hükmünde kararnamenin hayata geçirilmesi ile kurulan kamu hastane birliklerinin kapatılma nedenlerinin süreç modeli çerçevesinde incelenerek analiz edilmesidir.

Verilerin Toplanması

Çalışmada Sabatier'in (8) gündeme gelme (sorunların tespiti), formüle edilme, kanunlaştırma, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan süreç modeli kullanılmıştır. Bu yöntem hem farklı aktörlerin rol alması hem de birçok karar yönteminin bulunması sebebiyle kamu politikalarının analiz edilmesini daha da kolaylaştırdığı için tercih edilmiştir. Bu yöntem ilgili sürecin ortaya çıkmasından, uygulanmasına ve değerlendirilmesine kadar söz konusu olan her unsurun ve bu süreçlere etki eden dolaylı ve doğrudan tüm faktörlerin sistematik olarak analiz edilmesini kapsamaktadır (8, 9). Gündeme geliş aşamasında; ilgili problemin ortaya çıkışı, tanımlanması ve kamu otoritesinin harekete geçmesi, formüle edilme aşamasında; ilgili problem ile ilgili çözüm yollarının taslak olarak oluşturulması, kanunlaştırma aşamasında; çözüm yolları arasından en etkin seçeneğin seçilmesi ve onaylanması, uygulama aşamasında; ilgili politikanın eyleme dönüşmesi için gerekli olan uygulama adımlarının belirlenmesi, son aşama olan değerlendirme kısmında ise; ilgili politikanın hedeflere ne ölçüde ulaşıp ulaşmadığının ortaya

konulması ifade edilmektedir (8, 9). Çalışma verileri 15.11.2018 – 06.01.2019 tarihleri arasında konuyla ilgili doküman incelemesi yoluyla ‘*kamu hastane birlikleri*’, ‘*özerkleştirme*’, ‘*yerelleşme*’, ‘*desantralizasyon*’, ‘*kamu hastaneleri*’ anahtar kelimeleriyle Google Akademik, Dergipark, Ulusal Tez Merkezi, internet kaynakları (www.saglik.gov.tr, www.khgm.saglik.gov.tr, www.resmigazete.gov.tr, www.mevzuat.gov.tr, www.khgm.saglik.gov.tr, Resmi Gazete, Kalkınma Planları, hükümet programları, Dünya Bankası Dokümanları, internet siteleri, bakanlık raporları ve konuyla ilgili haberler) incelenerek elde edilmiştir. Tüm anahtar kelimeler bütün arama motorlarında aynı şekilde kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında başlangıç yılı, ekonomide ve sağlık sektöründe devletçilik uygulamalarından uzaklaşıp serbest piyasaya dayalı bir anlayışın esas alındığı 24 Ocak Kararlarının çıktığı 1980 yılı olarak esas alınmış ve 2018 yılına kadar erişime açık olan belgelere ulaşılmaya çalışılmış ve toplamda 83 kaynağa (Google Akademik (n:14), Dergipark (n:5), Ulusal Tez Merkezi (n:21), internet kaynakları (n:43)) erişilmiştir.

Retrospektif olarak yapılan tarama sonucunda erişilen kaynaklar incelenmiş ve sonrasında tez (n:15), makale (n:12), rapor (n:14), yönetmelik (n:2), internet haberi (n:3), basın açıklaması (n:3), bildiri (n:2), kalkınma planı (n:3), yönerge (n:1), kitap (n:1), kanun (n:1), kanun tasarısı (n:1), broşür (n:1), kanun hükmünde kararnameler (n:3) olmak üzere toplam 62 kaynak (kaynakçada gösterilen 5, 6, 8 ve 9. kaynaklar hariç) ilgili politikanın analiz edilmesine veri sağladığı için çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Sadece açık erişimi olan belgelere ulaşılarak tarama yapılmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde Sabatier’in (8) ortaya koymuş olduğu süreç modelinin 5 aşaması dikkate alınarak ilgili kaynaklardan elde edilen bulgular sınıflandırılmıştır. Buna göre gündeme gelme ve problemin tanımlanması aşaması için 13 kaynaktan, formülasyon aşaması için 9 kaynaktan, yasalaşma aşaması için 9 kaynaktan, uygulama aşaması için 9 kaynaktan, değerlendirme aşaması için ise 33 kaynaktan veriler elde edilmiştir.

1. Gündeme Gelme ve Problemin Tanımlanması

Yerinden yönetim anlayışı Türkiye’de 2000’li yıllarda konuşulmaya başlanan (10) ve sağlık sektörünü de etkileyerek, merkezden yerele yetki devri yapılmasını sağlamıştır. Dünya Bankası’nın 1984 yılı raporunda ortaya konan hizmet sektörünün özel sektör ve yerel yönetimlerce yapılması, devletin politika belirleyici rolde bulunması hedefleri bu durumu desteklemiştir (11). Bu konudaki çalışmalar incelendiğinde, Türkiye’de 24 Ocak 1980 yılında alınan kararların ekonomi ve sağlık sektörü açısından önemli bir dönüm noktası olduğu görülmektedir (13). Askeri darbe sürecine denk gelen bu kararlar ile ülke devletçi uygulamalardan serbest piyasa ekonomisine geçmiştir (13).

Bu değişim hareketleri 1980’li ve 1990’lı yıllarda politik ve ekonomik istikrarsızlık sebebiyle istenildiği gibi sonuçlanmasa da 1985-1989 yılında Dünya Bankası’nın önerisiyle hazırlanan V. Beş Yıllık Kalkınma Planı hastanelerin işletmecilik yönünden ele alınması gerektiğini ortaya koymuştur (14).

Kamu Hastaneleri Birlikleri 15.05.1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda yer alan,

sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı’nın uygun görmesi ve bakanlığın teklifiyle sağlık işletmesine dönüştürülmesi hükmüne dayanmaktadır. Ancak ilgili kanun Anayasa Mahkemesi engeline takılmış ve yürürlüğe girmemiştir (15).

Devlet Planlama Teşkilatı, 1990 yılında tamamladığı Master Plan Etüdü ile sağlık hizmetleri için serbest pazar stratejisi, mevcut uygulamalarının iyileştirilmesi ve ulusal sağlık hizmeti stratejisi olmak üzere üç hedef alanı belirlemiştir (12). İlgili reformlar için Dünya Bankası’ndan dört ayaklı bir özelleştirme politikası uygulaması karşılığında kredi alınmış ve hastanelere özerklik verilerek hizmet sunumunda yerleşmenin sağlanması hedeflenmiştir (16). 1990 yılı itibariyle Dünya Bankası ile sürdürülen Sağlık Reformu Projesi’nde, hastanelerin özerkliğe dayalı olarak yönetilmesi, Sağlık Bakanlığı’nın organizasyon yapısının yerinden yönetim anlayışıyla organize edilmesi hedefleri belirlenmiştir (17).

Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresinin yapılmasıyla hastane özerkliği konusunda çalışmalar yoğunlaşmış (18) ancak sonuç alınamamıştır (19).

Koalisyon hükümetlerinin etkisiyle yaşanan politik ve ekonomik istikrarsızlıklar, çıkar grupların muhalefetleri, entelektüel kapasite eksikliği, toplumsal desteğin zayıflığı reform hareketlerinin yasalaşmasını engellemiştir (20).

Birinci Ulusal Sağlık Kongresinin ardından 1992 yılında Ulusal Sağlık Politikası adıyla Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı hazırlanmış ve hastane özerkliği kavramı ele alınmıştır. Sonrasında 1993 yılında gerçekleştirilen İkinci Ulusal Sağlık Kongresi, Türk Tabipler Birliği (TTB) ve birçok sivil toplum kuruluşunun birinci kongredeki görüşlerin dikkate alınmaması sebebiyle katılmadığı bir kongre olmuştur (21). Sağlık Bakanlığı yine de Ulusal Sağlık Politikasını yayımlamış ve 2000 yılına varana dek desantralize bir yapının kurulması amaçlanmıştır (22).

2. Formülasyon

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na göre Bakanlar Kurulu'nca '*Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık işletmelerinin yönetimi ile çalışma usul ve esasları hakkında yönetmelik*' 1994 yılında kabul edilmiş, 11.1.1995 tarihinde resmî gazetede (23) yayımlanmıştır. Benzer şekilde 4. Maddede, kamu

kurum ve kuruluşların işletmecilik esaslarıyla yönetilmesi ve sağlık işletmesine dönüştürülmesi, 5. Maddede idari ve mali bakımdan özerk olduğu, 8. maddede desantralizasyon, işletme gelirleri ile giderlerinin karşılanması, işletmecilik ve katılımcılık esaslarına göre yönetilme ilkeleri yer almıştır (23). Ardından Ankara'da Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi 50 milyar TL sermaye ile sağlık işletmesine dönüştürülmüş ve 7.3.1995 günü sağlık işletmesi olarak bir anlamda özerkleştirilmiştir (24). Ancak bu özerkleştirme personel maaşlarının genel bütçeden karşılanması ve kurumun merkezden ödenekler alması sebebiyle tam bir özerkleştirme olarak görülmemektedir (12). Sağlık işletmesi tam anlamda bir personel ve finansman özerkliği elde etmediğinden, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü özerk yapıda hastanelere geçiş için '*Hastane ve Sağlık İşletmesi Temel Kanunu Tasarı Taslağı*'nı hazırlamış ancak ilgili kanun Bakanlar Kurulundan geçmesine rağmen yasalaşamamıştır (17).

Benzer çalışmalar 1995 ve 2001 yılında VI. ve VII. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında da devam etmiştir (25, 26). Konuyla ilgili 2003 yılında yayımlanan 58. Hükümet Acil Eylem Planı'nda (AEP) (28)

'Sağlıklı Toplum' başlığı altında, hastanelerin mali ve idari yönden özerk kurumlar olması ve kamu hastaneler birliğinin kurulması hedeflenmiştir. Daha sonra bu düzenlemeler Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) projesiyle uygulamaya geçirilmiştir (18). SDP ile 'İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri' bileşeniyle kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi, merkeziyetçilikten uzak sağlık işletmelerine dönüştürülmesi hedeflenmiştir ve belirlenen temel ilkeler arasında desantralizasyon kavramı da yer bulmuştur (18). Bunu takiben kamu hastanelerinin mali ve idari yönden özerkleştirilmesine yönelik faaliyet 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile gerçekleştirilmiştir (19).

3. Yasalaşma Süreci

Yasalaşma sürecinde 663 Sayılı KHK ile kamu hastane birliğinin özerkleştirilmesi yönünde alınan kararlar 2011 yılında son halini almıştır. Bu düzenleme öncesinde, kamu hastanelerinin 'idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri' olarak yapılandırılması amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" 2007

yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) başkanlığına sunulmuş (28), 22. dönemin sona ermesi sebebiyle hükümsüz sayılmış, 60. hükümet döneminde önce Sağlık, Aile ve Çalışma ve Sosyal İşler komisyonuna, ardından Plan ve Bütçe Komisyonuna teslim edilen tasarı 26 Mart 2010 tarihinde genel kurul onayına sunulmuştur (29).

Tasarının 9 maddeden oluşan ilk hali, madde sayısını 16'ya çıkarılarak, başlangıçta 40 birlik kurulması ve pilot uygulamanın yapılması kararı ise, pilot uygulama yapılmaması ve 90 birlik kurulması yönünde değiştirilerek tamamlanmıştır (30).

663 sayılı KHK ile 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'nin 10. maddesinin bir sonucu olarak merkezden yönetilen devlet hastaneleri (31), idari ve mali yönden özerk sağlık işletmelerine evrilmiş ve Kamu Hastane Birliklerine bağlanmıştır (32, 33)

2011 yılında yürürlüğe koyulan 663 sayılı KHK, tasarıda geçen yönetim kurulu yapısının kaldırılması ve birlik yönetimlerinin genel sekreterlere bağlanması, genel sekreter ve hastane yöneticisinin çalışacağı yönetim kadrosunu belirleme hakkının ellerinden alınması, çalışanlara

ek mesai ücreti ödenmeyeceği hususun kaldırılması, 9 maddenin artırılarak 16 maddeye, 40 birliğin artırılarak 90 birliğe çıkarılması değişikliklerini kapsamaktadır (34, 35).

4. Uygulanma Süreci

SDP'nin önemli hedeflerinden biri olan Kamu Hastaneler Birliğinin kurulmasıyla, sağlık kurumlarında hizmet üreten ve politika belirleyen birimler birbirinden ayrılmış, profesyonel yöneticilerin getirilmesi için çalışmalar yapılmış, ölçek ekonomisi hedeflenmiş, performans dayalı örgüt yapıları ortaya çıkmıştır (35). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve onun bünyesinde kurulan Kamu Hastane Birlikleri de bunlardan biri olmuştur.

Dönüşümle birlikte bakanlık merkez teşkilatında Kamu Hastaneleri Kurumu, Halk Sağlığı Kurumu, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, gibi bağlı kuruluşlar, taşra teşkilatlarında ise İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri, Kamu Hastane Birlikleri, Halk Sağlığı Müdürlükleri, Hudut ve Sahiller Sağlık Müdürlüğü kurulmuştur. Kamu Hastane Birlikleri Türkiye Kamu Hastaneler Kurumuna, Halk Sağlığı Müdürlükleri, Halk Sağlığı Kurumuna, İl ve İlçe

Sağlık Müdürlükleri ise doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. İlgili kanun ile bağlı kuruluşlar ve İl Sağlığı Müdürlüğü arasında hiyerarşik bir ilişkinin belirtilmemesi taşrada koordinasyon sıkıntısı doğurmuş ve 2013 yılında “*Bakanlık ve Bağlı Kuruluşların Taşra Teşkilatlarının İşleyişi Hakkında Genelge*” ile İl Sağlık Müdürünün il protokolünde Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreter'i ve Halk Sağlığı Müdürü'nden daha ön sırada olduğu belirtilerek problemler çözülmüştür. Benzer durum Kamu Hastane Birliklerinin doğrudan Sağlık Bakanlığı ile yazışma yapabilmesinden dolayı Vali ile de yaşanmıştır. Aynı genelge ile bu durum düzeltilmiş ve bağlı kuruluşların Sağlık Bakanlığı ve Vali ile olan ilişkilerini İl Sağlık Müdürü aracılığıyla yürütmeleri istenmiştir (34).

Bu birliklere yapılacak atamalar ve taşra teşkilatının yapısı ile ilgili kurallar, 2012 yılında yayımlanan “*Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*” ile belirlenmiştir (36).

Kanun hükmünde kararnameye göre birliklerin yönetimi genel sekreter ve genel sekretere bağlı çalışan mali ve idari hizmetler ve tıbbi hizmetler

başkanlıklarından oluşmaktadır. Birliğe bağlı hastaneler ise genel sekreterin sorumluluğunda çalışan hastane yöneticileriyle yönetilmekte ve başhekim, başhekim yardımcılığı, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü, idari ve mali işler müdürlüğü gibi hastane yöneticisine bağlı birimlerden oluşmaktadır. Genel sekreter, birliğin idaresinden sorumlu olup, en üst karar verme organıdır (32).

Birliklere bağlı hastanelerin yıllık veya altı aylık sürelerle değerlendirmeye tabi tutularak hastanelerin (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde kategorilendirileceği ifade edilmiştir (32).

Birliğin personel ihtiyacı sözleşmeli olarak karşılanmıştır. Birlik yönetiminde yer almak için en az dört yıllık üniversite mezunu olma şartı, genel sekreterlik için sekiz, hastane yöneticisi, müdürler, idari ve mali hizmet başkanları için ise en az beş yıllık iş tecrübesi şartı koyulmuştur. Kurum başkanlarının genel sekreterle doğrudan, başhekim, hastane yöneticileri ve müdürlerle ise genel sekreterin teklifiyle sözleşme yapacağı, uzman personel ve büro görevlilerinin sözleşmelerine yönelik takdir yetkisinin genel sekreterde olduğu, başhekim yardımcıları ve müdür yardımcıları ile

yapılan sözleşmelerin ise hastane yöneticisi tarafından yapıldığı belirtilmiştir (32,37).

Kamu Hastane Birliklerinin kuruluşuyla birlikte satın alma prosedürlerinde standardizasyonu sağlamak ve ölçek ekonomisinden faydalanmak amacıyla merkezi satın alma yöntemine geçilmiştir. Özellikle nüfusu 10.000'in altında olan ilçelerde hem satın alma işini yapacak personelin bulunmaması hem de ihaleye katılacak firmanın olmaması sıkıntılar oluştururken, yeni sistemle birlikte satın alma maliyetleri azalmış ve satın almalarda standardizasyon sağlanmıştır (38).

2011 yılında kurulan birlik yapısı, 6 yıllık sürecin sonunda 2017 yılında 694 sayılı *Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile sonlandırılmıştır* (39). Sağlık Bakanı çok başlılığın önüne geçilmesine yönelik bir düşünce ile bunu yaptıklarını açıklarken (40), Bakan'dan önce Başbakan, genel sekreterlik sisteminin sağlıklı işlemediğini, yeni sağlık sisteminin çok başlılığa son verip, tek başlı, verimli ve sade bir ortam oluşturacağını belirtmiştir (41).

5. Değerlendirme

Çalışmanın bu bölümünde incelenen belge ve dokümanlardan hareketle kamu hastane birliklerinin başarısızlıkla sonuçlanmasının nedenleri dört başlık altında ortaya konulmuştur. Bu başlıklar söz konusu konuların kendi içinde sınıflandırılmasıyla oluşturulmuştur.

5.1. Yönetimin Yapısı ve Yönetim Kadrosuna Yönelik Nedenler

a. Yönetici seçiminde merkezin kararları etkili olduğundan, özerk bir yapıdan ziyade yarı-özerk bir yapı söz konusu olmuştur (42).

b. Hemşirelerin sağlık bakım hizmetleri birimine bağlı olması, bakım hizmetleri kapsamında eczacılık, temizlik, otelcilik hizmetleri gibi birbirinden uzak hizmetlerin yer alması, bu birim yöneticiliği için sadece 5 yıllık deneyim şartı konulması hemşire ve hemşire sendikaları tarafından olumsuz karşılanmıştır (43,44).

c. Hastane yöneticilerinin seçiminde kanunda sektör deneyimi zorunluluğu bulunmaması, sağlık dışı alandan gelme ihtimalinin olması sebebiyle kurumların yönetiminde sorunlar oluşmuştur (30,45).

d. Başhekimlikten hastane yöneticiliğine geçen kurum organizasyonu sağlık çalışanlarında uyum sorunu oluşturmuştur (46).

e. 663 sayılı KHK ile genel sekreter, il sağlık müdürü ve halk sağlığı müdürü arasında sağlanamayan hiyerarşik bağlantı, bazı illerde bu kişiler arasında sorunlar oluşturmuştur (34,42,43).

f. Kamu Hastane Birlikleri Kurum Başkanlarının altı yılda altı kez değişmesi, sürecin sürdürülebilirliğini ve verimliliğini olumsuz yönde etkilemiştir (41).

g. Kamu hastane birliklerinin herhangi bir pilot çalışma yapılmadan hayata geçirilmesi sistemin yürütülmesinde sıkıntılar oluşturmuştur (48).

5.2. İnsan Kaynakları Yönetimine Yönelik Nedenler

a. Döner sermayeden maaş alanlar ve kadrolu olanlar diye iki şekilde işleyen sistem hem sendikal örgütlenmeler hem de personel tarafından olumsuz karşılanmıştır (49,50,51).

b. Genel sekreterin görevi son bulduğunda diğer başkan ve hastane yöneticilerinin de görevinin son bulması olumsuz bir hava oluşturmuştur (32, 34).

c. Tıbbi hizmetler başkanı ve başhekimler dışında personel seçiminde seçici olunmaması, hastane

yöneticisi için sadece tam olarak açıklanmamış iş tecrübesi şartı konulması, ilgili alanlarda eğitim yeterliliğinin sorgulanmaması niteliği düşük tutmuştur (46).

d. Birlik yönetimi dışında kalan kadroların başkanlık tarafından yapılması, bazı atamaların sağlık bakanlığınca gerçekleştirilmesi merkezi yapının devam ettiğini göstermiştir (52, 53).

e. Sağlık sektörü dışından, kurum dışı görevlendirmelerin yapılmasına müsaade edilmesi siyasi ortamın hüküm sürdüğü bir personel politikasına zemin hazırlamış ve kadrolaşmalar söz konusu olmuştur (29, 30).

f. Birlik ve hastane yöneticiliklerinde yüksek maaşla çalışan idarecilerin varlığı olumsuz olarak değerlendirilmiş ve birçok kesim tarafından eleştirilmiştir (54, 55, 56).

g. Dışardan hizmet alımı insan kaynaklarında taşeronlaşmayı artırmış, ucuz işgücü amacıyla düşen personel kalitesi, hizmet kalitesini de olumsuz etkilemiştir (49). Sözleşmeli personelin işsizlik sigortasının yatırılmayacağı belirtilmesi bu personelin kadrolu personele göre güvencesiz bir şekilde çalıştırıldığını göstermiştir (32).

h. Performans değerlendirmesi sistemiyle sözleşmeli yöneticilerin özel sektör mantığıyla bazı kriterleri karşılamaya çalışması ve bu durumun kamu hizmetleri mantığının dışında olması çalışanlar ve sendikalar tarafından olumsuz karşılanmıştır (57).

ı. Performansa dayalı ödeme sistemi hekimlerde daha fazla hasta bakma algısı oluşturmuş ve yatak işgal oranları artış göstermiştir (48, 57).

i. Yeni genel sekreterin göreve gelmesi ile sözleşmeli personelin görevlerinin iki ay içinde sona ermesi personel devamlılığı konusunda sorunlar oluşturmuştur (30, 26).

5. 3. Finansman ve Mali Yönetime Yönelik Nedenler

a. Birliklerin gelir-gider dengesini sağlamak adına kâr sağlama odağıyla hareket etmesi, kendi yağlarında kavrulma sürecine bırakılması sorunlar oluşturmuştur (58, 59).

b. Finansman sağlayıcısı SGK'nın açık veriyor olması, son 10 yılda Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarında düzenlemeye gidilmemesi, Sayıştay raporlarına göre hastanelerin borç batağında olması finansal sorunlar oluşturmuştur (60, 51).

c. Kanun tasarı aşamasındayken, birliğe tahsis edilen yapı ve tesislerin satış ve kiralanmasının yapılabileceğinin belirtilmesi kamu kaynağının olumsuz kullanılmasına yol açabileceği düşünülmüştür (28, 57).

5.4. Tedarik Süreçlerine Yönelik Nedenler

a. Kanunun tasarı aşamasında *“ihtiyaç duyulması halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınmasına karar vermek”* yetkisinin verilmesi, kamuoyunda tıbbi hizmetlerin de satın alma yoluyla karşılanacağına dair tedirginlik oluşturmuştur (61, 28).

b. Merkezi satın alma süreci maliyetleri azaltıp, tedarik sürelerini uzatırken, aynı zamanda sistemin personel tarafından çok doğru anlaşılmadığı görülmüştür (62, 63).

5. 5. Performans ve Verimlilik Kaynaklı Nedenler

a. Birliğe bağlı hastanelerin kâr odaklı ve performans kriterlerini karşılama hedefinde olması, hasta ve hasta değerleri konusunun göz ardı edilmesine sebep olmuş, genel bir işletme mantığı oluşturulmuştur (53).

b. Birlik hastanelerinin A, B, C, D, E şeklinde sınıflara ayrılması ve çalışanlarında kazanç

anlamında tabii olduğu gruba göre farklı kazançlara sahip olması hoş karşılanmamıştır (30).

c. Yapılan çalışmalarda araştırma kapsamındaki Kamu Hastane Birlikleri'nin, geçiş sonrası dönemde verimliliklerinin düşüş gösterdiği görülmüştür (64, 65). Çalışkan'ın (66) yapmış olduğu bir çalışmada 89 Kamu Hastane Birliği üzerinde yapılan performans değerlendirmesine göre hastanelerin %75'inin zayıf performansa sahip olduğu görülmüştür.

5.6. Sendikalardan Kaynaklı Nedenler

a. Sağlık çalışanları, meslek odaları, sivil toplum kuruluşları, sendikalar, akademisyenler kamu hastane birlikleri uygulamasının sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine ortam sağlayacağını düşünmüş ve değişimi sahiplenmemiştir (49,51,53).

b. Her ne kadar tasarı olarak sunulup 663 sayılı KHK'de yer bulmasa da birliklerde kurulması planlanan yönetim kurullarında sadece 8 yıllık tecrübe şartının olması, Tabip Odaları ve diğer sağlık çalışanı temsilcilerine yer verilmemesi, yönetim kurulu başkanının onaylamadığı konularının görüşülmemesi gibi uygulamalar birlik daha tasarı aşamasındayken sivil toplum

kuruluşlarının tepkisini çekmiştir (54,13). Tasarının katılımcılığı esas almaması (sivil toplum temsilcileri toplantılara katılabilir ama oy hakkı yoktur) tasarıya olan bakış açısını ortaya koymaktadır (30).

5.7. Diğer Nedenler

a. Sağlık-Sen'in ortaya koymuş olduğu raporda çalışan ve yöneticiler sistemin bölgesel ve çevresel farklılıklar dikkate alınmadan uygulanması, yeni sistemde yaşanan mali ve özlük hakları açısından eşitsizlikler, artan şiddet olayları, çalışan memnuniyetsizliği, düşen kalite ve verimlilikten dolayı birlik yapılanmasının gerekli olmadığını söylemişlerdir (50).

b. Birliklerin kurulmasıyla birlikte hedeflenen değişim süreci, sağlık sektöründe yıllardan beri birikmiş olan sorunlar, kemikleşmiş kurum kültürleri, alışılmış davranış kalıplarını terk edememe, değişimde aceleci davranılması, yasal mevzuatın uygun olarak hazırlanmaması ve ülke kültürüne özgü politikaların oluşturulmaması beklentilerin tam olarak karşılanmamasına sebep olmuştur (34).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bakanlık, sistemin çok başlıktan dolayı artık yürütülemez olduğunu belirtse de uygulama sürecinde yaşanan sıkıntılar kamu hastane birliklerinin kapatılmasında rol oynamıştır. Yapılan en büyük hata birliklerin tasarı aşamasındayken aceleci davranılıp tüm detayların düşünülmeden hareket edilmesi olmuştur. 663 sayılı KHK ve tasarı hali bazı konularda kafalarda soru işareti yaratmış ve bu durum uygulama öncesi, sırası ve sonrası önemli sorunlar oluşturmuştur.

Sistemin herhangi bir pilot çalışma yapılmadan hayata geçirilmesi, böylesi radikal bir değişimin doğru şekilde uygulanmasını ve tam olarak anlaşılmasını engellemiştir. Sivil toplum kuruluşları sisteme yönelik eleştirilerde bulunmuş, birliklerin yönetiminde olmayan hekimler, organizasyonda yer almayan hemşireler ve diğer sağlık sendikaları ortaya koyan modelin sürdürülemez olduğunu söylemişlerdir. Ayrıca özerkleştirilmenin özelleştirmeye gidilen bir yol olduğu, sağlık çalışanlarının özlük haklarının zedelendiği, personel planlamasında liyakatin olmadığı ve sistemin daha çok kâr odaklı hareket ettiği ifade edilmiştir.

Uygulama sonrası her ne kadar özerk bir sistem oluşturulmaya çalışılsa da yöneticilerin seçiminde merkeze bağlılık devam etmiş ve bu kişilerin istihdamında yüksek lisans, doktora gibi ihtisas kriterleri belirlenmemiştir. Bu durum sağlık dışı alandan yöneticilerin yönettiği kurumları ortaya çıkarmış ve verimsizlik artış göstermiştir.

Sağlık Bakanının ifade ettiği çok başlılık, yasadaki boşluktan kaynaklanmış ve illerde İl Sağlık Müdürlüğü, Genel Sekreterlik ve Valilik arasındaki hiyerarşik sorunlar ortaya çıkmış, bürokrasi azaltılmak istenirken tam tersi bir durum olmuştur. Ayrıca Kamu Hastaneler Kurumu Başkanının her yıl değişmesi, birliklerin koordinasyonunda istikrar sağlanmasını engellemiş ve istenilen sonuçlara ulaşılmasına olumsuz etki etmiştir.

Tüm bunlara ek olarak bazı birlik hastanelerinin finansman sıkıntısı yaşaması, taşeronlaşma, merkezi satın almanın süreçleri uzatması, sağlık hizmetinin ön planda tutulmaması, performans dayalı ödeme sisteminin oluşturduğu kâr algısı gibi nedenler de birliklerin kapatılmasına giden yolda etki sahibi olmuştur.

Ülke sağlık sistemleri; böylesi radikal değişimler öncesinde yasal mevzuatları iyi organize etmeli,

tüm tarafların görüşlerini aldığı bir mekanizma kurmalı ve değişimin konusu ne olursa olsun bir pilot uygulama gerçekleştirmelidir. Sistemi hayata geçirmeden önce, sistemi yönetecek insan kaynağına bakılmalıdır. Bu tip dönüşümler alanında uzman, profesyonel yöneticilerin varlığıyla mümkün olabilmektedir. Bu bakımdan yöneticilerin gelişimine yönelik eğitim, araştırma, geliştirme faaliyetlerine öncelik verilmelidir.

Gelecekteki çalışmalarda kamu hastaneler birliğinin kapatılmasının nedenlerini ortaya koymak adına paydaşlarla yapılacak olan derinlemesine görüşmeler ile daha kesin bilgiler elde edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Işıklı Y M. Bir kamu politikası analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2016; Cilt: 9 Sayı: 46.
2. Ereñin A, Yolcu A. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü ve yerinden yönetimi. Memleket, Siyaset, Yönetim. 2008; Cilt: 3, Sayı: 6, s.118-136.
3. Dünya Bankası. Financing Health Services in Developing Countries [İnternet]. 1987 [6 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: (<http://documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/pdf/multi-page.pdf>)
4. Tatar M. Desantralizasyon ve sağlık reformları: Türk sağlık sisteminde yeni yapılanma modeline teorik bir bakış. Amme İdaresi Dergisi. 1993; Cilt 26 Sayı:4 ss.137-151.
5. Collins D et. “Hospital autonomy: the experience of kenyatta national hospital”. Int. J. Health Plann. Mgmt. 1999.
6. Banks D, Ghannoum R, Taher A S, Brosk H. “Implementing hospital autonomy in jordan: changing ministry of health operating procedures”. Partnership For Health Reform, Abt Associates Inc. 2000.
7. Top M, Gider Ö. “Kamu hastanelerinde özerkleştirme ve özelleştirme”. Görüş Dergisi. 2004; (68-74).

8. Sabatier P A. The theories of the policy process. Colorado: Boulder. WestviewPress. 2007.
9. Akgül A, Kaptı A. (2010). Türkiye'nin uyusturucu ile mücadele politikası: Politika süreç analizi. Özeren S, Sözer A, Demir O (eds). Yerelden Küresel Sınır Aşan Suçlar. Ankara: Polis Akademisi Yayınları.
10. Ateş H, Kırılmaz H. Bir yönetim modeli örneği: kamu hastane birliği. Aydın A.H., Taş İ.E., Kılıç M., Gül Z. (Ed)., Küreselleşme Karşısında Kamu Yönetimi ve Hizmeti, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Yayınları. 2010; 218-220.
11. Dünya Bankası. Staff appraisal report: District Health Services Pilot and Demonstration Project. Washington, DC. 1994.
12. Gider Ö, Top M. Kamu hastane sektöründe liberalleşme ve Türkiye'ye yansımaları. Hastane Yönetimi Dergisi. 2007; 11(1-2): 26-42.
13. Şahin S. Kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi ve ülkemizdeki gelişmelere yönelik bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. 2010.
14. DPT. Beşinci beş yıllık kalkınma planı (1985-1989). [İnternet]. 1984 [6 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Besinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-1985-1989.pdf>
15. Savaş N. Sağlıkta dönüşüm sürecinde dünya bankasının ulusal sağlık mevzuatımıza etkisi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa: Uludağ Üniversitesi. 2012.
16. Dericioğulları A, Sallan Gül S. Küreselleşme, ulus ötesi aktörler ve Türkiye'de sağlık hizmetinin piyasalaştırılması. VII. Kamu Yönetimi Forumu; Küreselleşme Karşısında Kamu Yönetimi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi. 2009.
17. Pancar A. Türkiye'de kamu hastanelerinde yönetsel özzerlik: Ankara kamu hastaneleri araştırması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü. 2009.
18. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara. [İnternet]. 2003 [6 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>
19. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010). Ankara. 2011.
20. Yıldırım H H. Türkiye sağlık sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. SASAM, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, Birinci Baskı. 2013.
21. Bakar C, Akgün S. Türkiye'de sağlık reformları; sonu gelmeyen hikâye. Toplum ve Hekim Dergisi. 2005; C.20, S.5, s. 339-352.
22. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı, Ankara. [İnternet]. 1993 [6 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf>
23. Resmi Gazete (1995). Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık işletmelerinin yönetimi ile çalışma usul ve esasları hakkında yönetmelik. [İnternet]. 1995 [6 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.946407.pdf>
24. Kaplan A. Türkiye'de hastanelerin özzerleştirilmesi hakkında yüksek öğrenimli sağlık personelinin düşünce ve tutumlarının tespiti. Yeni Türkiye Dergisi. 2001; 39-40: 1325-1340.
25. DPT. Altıncı beş yıllık kalkınma planı (1990-1994). [İnternet]. 1995 [7 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Altinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-1990-1994.pdf>
26. DPT. Yedinci beş yıllık kalkınma planı (1996-2000). [İnternet]. 2001 [7 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Yedinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plan-i-1996-2000.pdf>
27. AEP. T.C. 58. hükümet acil eylem planı. [İnternet]. 2003 [8 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://vergiyedair.com/wp-content/uploads/2021/03/t.c.-58.-hukümet-acil-eylem-planı-aep.pdf>
28. TBMM. Kamu hastane birlikleri pilot uygulama tasarısı. [İnternet]. 2007 [8 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>
29. Küçük A. Sağlık hizmetlerinde reform: kamu hastaneler birliği modeli üzerine. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Kamu Yönetimi ve Reform Dergisi. 2010; s.198-228. Ankara.
30. Türkkan A. Kamu hastane birlikleri hakkında kanun tasarısı ve hakkaniyet. Türk Halk Sağlığı Dergisi. 2011; 9(1): 58-66.
31. Resmî Gazete. Sağlık bakanlığının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname. Karar Sayısı: 181, 14.12.1983, Resmî Gazete, Sayı: 18251, Ankara. 1983.
32. Resmî Gazete. Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname (2.11.2011). Resmî Gazete, 663/28103. 2011.
33. Sülkü S N. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 414. 2011.
34. Ertan M. Kamu hastaneler birliğinde yönetim ve organizasyonunun ve yöneticilerin tıbbi uygulama hatalarında sorumluluğu. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. 2014.
35. Sağlık Bakanlığı. Kamu hastane birlikleri. Ankara: Açık Ceza İnfaz Kurumu Matbaası. 2014.
36. Yönerge. Türkiye kamu hastaneleri kurumu taşra teşkilatı çalışma usul ve esasları hakkında yönerge. [İnternet]. 2012 [9 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://www.saglikaktuel.com/d/file/453,turkiye-kamu-hastaneleri-kurumu-tasra-teskilati-calisma-.pdf>
37. Resmî Gazete. Eleman temininde güçlük çekilen yerlerde sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması ile bazı kanun ve kanun hükmünde kararnemelerde değişiklik yapılması hakkında kanun. (24.07.2003), Resmî Gazete, 4924/25178. 2003.
38. Keskin Y E. Kamu hastanelerinde merkezi satın alma sistemi, karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2015.
39. Resmî Gazete. Olağanüstü hâl kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında kanun hükmünde kararname, 15.08.2017, Sayı: 694. 2017.
40. Trthaber [İnternet]. 2018 [10 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://www.trthaber.com/haber/gundem/saglik-hizmetlerinde-cok-baslilik-kalkacak-330262.html>
41. Bianet [İnternet]. 2018 [10 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://m.bianet.org/bianet/sanat/189357-saglik-sistemi-kandirilma-ve-kamu-hastaneleri-birlikleri>
42. Şimşek E. Balıkesir il merkezindeki iki devlet hastanesinde çalışan sağlık personellerinin kamu hastaneleri birliğine bakışı. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2016.
43. Çakıroğlu O Ç. Kamu hastaneler birliğine bağlı hastanelerde çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri ile değişime yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2015.

44. Filiz İ. Kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısı belirlemede sağlık çalışanlarının algısı: Balıkesir örneği. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2014.
45. Serin S. Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi öncesi ve sonrasında profesyonel hastane yöneticisi ihtiyacının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. 2012.
46. Alper M. Türkiye'deki kamu hastanelerinin yönetim ve organizasyon yapısı, kamu hastaneler birliği, kapsamı ve değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. 2012.
47. Acar, O.K. Sağlıkta dönüşüm programı sonrası sağlık bakanlığı teşkilat yapısı; Isparta ili üzerinde nitel bir analiz. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018; Cilt 7.
48. Akın H. Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastaneleri Birliği Sisteminde Yaşanan Yönetimsel Sorunlar; Konya Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. 2015.
49. Bilaloğlu, E. Neden kamu hastane birlikleri [İnternet]. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu; 2010 [12 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/SD_Dergi_Sayi14-18-19.sayfalar_Eri%C5%9F_Bilaloglu.pdf
50. Sağlık-Sen [İnternet]. Kamu hastane birlikleri. 2015 [13 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/20227bd76a4a877b1f04c9c377bd5e57.pdf>
51. Türk Tabipler Birliği [İnternet]. Kamu hastane birlikleri tasarısı üzeri değerlendirme. 2017 [13 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/kamu_hastane.pdf
52. Resmî Gazete. Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği. 20.03.2013, Sayı: 28599. 2013.
53. Türk Eczacılar Birliği [İnternet]. Kamu hastane birlikleri yasa tasarısı geri çekilsin. 2007 [14 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://www.aydineczaciadasi.org.tr/2haber-3895>
54. Türk Tabipler Birliği. Kamu hastane birlikleri modelinin iflasi ve sağlık bakanlığı teşkilat yapısında değişiklikler. [İnternet]. 2017 [10 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/kamu-hastane-birlikleri-modelinin-iflasi-ve-saglik-bakanligi-teskilat-yapisinda-degisiklikler/>
55. Türk Tabipler Birliği [İnternet]. Kamu hastane birlikleri: ne dediler ne oldu? 2018 [14 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/kutuphane/khb_brosur.pdf
56. Türk Tabipler Birliği [İnternet] Kamu hastane birlikleri sistemi sınıfta kalmaya devam ediyor. 2016 [14 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/images/stories/haberler/file/9_subat_khb_aciklama.pdf
57. Türk Toraks Derneği [İnternet]. Kamu hastane birlikleri kanunu tasarısı hakkında Türk toraks deneği görüşü. 2008 [14 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/a09c31605bcc30b01590fdb391e5337864dd377682972572e8e9e3f026061a1.pdf
58. Filiz M. Kamu hastane birliklerinin ülke sağlık politikalarına katkısı belirlemede sağlık personellerinin algısı: Sivas ili örneği. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas. 2017.
59. Cumhuriyet [İnternet]. 2018 [15 Aralık 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/yazi_dizileri/835377/Piyasaci_saglik_politikalari_suruyor.html
60. Sayıştay [İnternet]. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2016 Yılı Sayıştay Denetim Raporu. 2017 Erişim adresi: <https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/M2joj00by-turkiye-kamu-hastaneleri-kurumu>
61. Diren H. Kamu hastaneleri birliği ve hastanelerinde kurumsallaşmanın incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2014.
62. Torbacı Y. Kamu Hastane Birliklerinde Satın Alma Uygulamaları ve Mal Alımlarının Değerlendirilmesi: İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Örneği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2017.
63. Yüksel O. Kamu Hastaneleri Birliği Kapsamındaki Hastanelerde Personel Güçlendirmenin İş Tatmini ve Motivasyonu Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta. 2015.
64. Metin C.B. Kamu Hastane Birliklerine Geçiş Öncesi ve Sonrası İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri Sunan Kamu Hastanelerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Şanlıurfa Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara. 2014.
65. Yiğit V. Hastanelerde teknik verimlilik analizi: kamu hastane birliklerinde bir uygulama. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; Cilt 7, Sayı 2, S. 9 – 16.
66. Çalışkan Z. Kamu Hastane Birlikleri Performansının Pabon Lasso Modeli ile Analizi. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2016; Yıl:5, Sayı:10.