



SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMALARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ: AKADEMİSYENLER ÜZERİNDE NİTEL BİR  
ARAŞTIRMA\*

EVALUATION OF HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM PRACTICES: A  
QUALITATIVE RESEARCH ON ACADEMICS

Yasin ÇİLHORUZ<sup>1</sup>, İlknur ARSLAN<sup>2</sup>

Öz

1980'lerden sonra ortaya çıkan ekonomik sorunlar dünya genelinde bireylerin ve toplumun sağlık statüsündeki bozulmaları da beraberinde getirmiştir. Bunun sonucunda ülkeler daha iyi sağlık statüsüne ulaşmak adına birtakım politikalar üretmiştir. Türkiye de bu politikalara uzak kalmamış ve 1990'lı yılların başlarında politika geliştirmeye başlamıştır. Bu kapsamda, 2003 yılında en önemli atılımlardan biri olan Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konulmuştur. Bu program, sağlık hizmetlerinin sunumunun yanı sıra sağlık personelinin istihdamını da içermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte liberalleşmenin de etkisiyle sözleşmeli sağlık personellerinin işe alınması oldukça artmıştır. Sağlık Yönetimi alanında akademisyen olan katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında nasıl bir değerlendirmede bulduklarının öğrenilmesini amaç edinilen bu çalışmada, katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı'na bakış açıları nitel görüşme yoluyla incelenmiştir. Araştırmaya katılanların en çok üzerinde durduğu ve önemli olarak değerlendirdiği konular; SDP kapsamında sağlık hizmetleri sunumu, sağlık yöneticilerinin ihtiyaçları ve beklentileri olmuştur. Ayrıca, sevk sistemi ve aile hekimliği uygulamasının işlevini sağlayamadığına ve sağlık yönetimi alanında istihdamın yetersizliğine değinilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Politikası, Sağlıkta Dönüşüm Programı, İstihdam.

**Abstract**

The economic problems that have arisen since the 1980s have brought about deterioration in the health status of individuals and society all over the world. As a result, countries have produced a number of policies in order to achieve better health status. Turkey has not been far from this policy and in the early 1990s, it has started

\* Bu çalışma 29-31 Mart 2018 tarihlerinde gerçekleştirilen VI. Uluslararası Çin'den Adriyatik'e Sosyal Bilimler Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup> Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, yasincilhoroz@gmail.com

<sup>2</sup> ilkunnur.arslann@gmail.com

to develop policies. In this scope the Health Transformation Program, one of the most important initiatives, was put into practice in 2003. This program includes the provision of health services as well as the employment of health personnel. Along with the Health Transformation Program, the recruitment of contracted healthcare personnel has increased considerably, under the influence of liberalization. This study which aims to give a critical evaluation about the Health Transformation Program by those who are academicians in the field of Health Management, have been examined through qualitative interviews on the points of view of Health Transformation Program. The most emphasized and assessed as importance issues that participants put forward have been the provision of healthcare services, the needs and expectations of healthcare providers within the scope of Health Transformation Program. In addition, it has been mentioned that the referral system and family medicine practice could not function and the inadequacy of employment in the field of health management.

**Keywords:** Health Policy, Health Transformation Program, Employment.

## 1. GİRİŞ

Ulusal sağlık politikaları belirlenirken toplumun sosyo-ekonomik yapısı ve demografik yapısı; kurumların finansmanı ve sürdürülebilirliği; bireylerin eğitim durumları ve beklentilerinin ve ayrıca çevre politikaları ve teknolojik altyapının da göz önünde bulundurulması gereklidir. Sağlık politikaları düzenlenirken, sağlık hizmetlerinin kimler tarafından üretileceği, nasıl sunulacağı, nasıl finanse edileceği, hizmetin kullanıcılara nasıl ulaştırılacağına bilinmesi önemlidir. Bu bağlamda alınan kararlar yasal dayanaklara göre belirlenmelidir. Oluşturulacak politikaların, dayanağı uluslararası anlaşmalara, anayasaya aykırı, insan hakları ve onurunu aşağılayıcı şekilde düzenlenmemesi gerekmektedir (Aykır, 2014).

Bir ülkede oluşturulan resmi sağlık politikalarının o ülkenin sağlıkla ilgili göstergelerinin en önemli belirleyicisi olduğunu söylenebilir (Sargutan, 2005). Sağlık politikalarının oluşturulması sürecinde “Sağlık politikasının amacı ne olmalıdır?” sorusu, politik aktörlerin sorması gereken en temel soru olmalıdır. Ancak, bu amacı sadece, “her hastaya tedavi olanağı sağlamak” şeklinde tanımlamak yeterli olmaz. Çünkü sağlam kişilerin hastalık ve kazalardan korunması, tedavi edilmeleri kadar önemli ve gereklidir. Günümüzde oluşturulan sağlık politikaları da dahil birçok alandaki politikaların, planlanması, uygulanması, denetlenmesi gibi birçok basamağı devlet ve hükümetler tarafından hazırlanmaktadır. Ancak sağlık sektörünün oldukça hassas bir yapıya sahip olmasından dolayı, devlet kontrolü olmaksızın sağlık politikaları hazırlanması düşünülemez (İleri vd., 2016).

Türkiye’de kamu sağlık politikaları bağlamında 2003 yılında başlatılan SDP, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulmasında önemli değişiklikler önermektedir. Program sağlıkla ilgili bugüne kadar oluşan ülke birikimini dikkate alarak hazırlanmıştır. Bunun kanıtı olarak da Sağlık Bakanlığı’nın “Özlenen değişimi gerçekleştirmek için, mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürmek gerekir. Bu yüzden kamunun reform adı altında ümitsizliğe dönüşmüş olan arzularını yeniden alevlendirmek ve geniş katılımı tüm tarafların sahiplenebileceği ve aktif rol alacağı bir eylem dizisini kararlılıkla başlatıyor ve bunu 'Dönüşüm Programı ' olarak adlandırıyoruz.” ifadesi gösterilmektedir. Dönüşüm programı, ülkenin sağlık konusundaki birikimi ve tecrübeleri dikkate alınarak hazırlanmış, hedefler konulmuş ve bu doğrultuda adımlar atılmıştır (Başol ve Işık, 2015).

Buna göre bu çalışmada, Türkiye sağlık politikalarının gelişim sürecinin önemli bir adımı olarak kabul edilen SDP, katılımcıların görüşleri ele alınarak kapsamlı bir şekilde değerlendirilecektir.

## **2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

Sağlıkta dönüşüm programı konusuna detaylı bakabilmek için politika ve sağlık politikası kavramlarının bilinmesinde fayda vardır. Politika kavramının çok sayıda tanımı mevcuttur. Ancak daha kapsamlı olan tanımına göre politika, belirli amaçlara yönelik olarak örgütlerin faaliyetlerine rehberlik eden öneriler, programlar ya da örgütsel seçenekleri barındıran ve süreklilik arz eden kararlar ve ilkeler bütünüdür (Porche, 2012). Politika kavramı Türk Dil Kurumu (2017) tarafından ise, devletin etkinliklerini amaç, yöntem ve içerik olarak düzenleme ve gerçekleştirme esaslarının bütünü olarak tanımlanmaktadır. Politikalar, devletin sadece ne yapacağı ile değil aynı zamanda ne yaptığı ya da ne yapmadığı ile de ilgilenmektedir.

Politika çalışmaları kapsamında yapılan faaliyetlerde ortak amaç toplumun iyilik halinin sağlanması ve bunun sürekliliğidir. Alınacak olan kararlarla ve yapılacak olan uygulamalarla toplumun tamamında iyilik hali sağlanması göz önünde bulundurulmaktadır. Günümüzde yaygın olarak kavramsallaştırılan sağlık politikası genelde politika içeriğiyle eş anlamlı olarak görülmektedir. Öyle ki, belli siyasi partilerle ilgili belirli eylem planlarının avantaj ve dezavantajları üzerine odaklanmayan sağlık politikası tartışmalarını bulmak neredeyse imkansızdır. Bununla birlikte, gerçekte, sağlık politikası, pratik yönleri güç ve politika ile ayrılmaz bir biçimde bağlantılı olan daha geniş bir kamusal politika gündeminin parçasıdır (Bambra vd., 2005).

Sağlık politikası, en genel tanımıyla; sağlık sisteminin tüm kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini içinde barındıran uygulamaları ifade eder. Sağlık politikalarının kapsamında, sağlık hizmetleri sisteminin ötesinde sağlık üzerinde etkisi bulunan kamu sektörü, özel sektör ve kar amacı gütmeyen organizasyonların faaliyetlerinin tümü yer almaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlık politikasının, sadece sağlık hizmetleriyle değil aynı zamanda sağlık üzerinde etkisi bulunan çevre ve sosyo-ekonomik unsurlarla da ilgili olduğu ortaya konulmaktadır (Watt, 1994).

Dünya genelinde ülkeler 1980'lerden itibaren ekonomik krizle mücadele etmek zorunda kalmışlardır. Gayri safi milli hasılanın düşmesi, işsizliğin artması, vergi ve prim toplamada zorluklar, sağlık sistemlerini olumsuz yönde etkilemiştir. Bunun sonucunda IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşların desteğiyle sağlık politikalarında da reform ve iyileştirme faaliyetleri kendini göstermiştir (Keyder vd., 2011).

1980'lerden sonra Türkiye'de sağlık alanında yaşanan gelişmeler, devletin sağlık hizmetlerini aşamalı olarak özel kesime aktararak bu alandan çekilmeye başlaması ve hizmet üretenlerle hizmetten yararlananlar arasında tarafsız bir konum kazanması biçiminden çok, devletin bizzat özel kesimin desteklenmesinde aktif rol alması biçiminde olmuştur. Yani, sağlık hizmetlerinde neoliberal politikalar baskın hale gelmiştir. Bu konuda en iyi hazırlanmış belge olan 1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun çıkarılmasıyla kamu hastanelerinin merkezîyetçi yapısının ortadan kaldırılması, sağlık hizmetlerinin finansmanının iyileştirilmesi ve 1. basamak sağlık hizmetlerinin daha aktif çalışmasına yönelik birtakım öneriler ortaya atılmıştır (Soyer, 2009).

Belirtilen öneriler sonucunda 2004 tarihli ve 5227 sayılı bir Temel Kanun Tasarısı ile kamu yönetiminde sürekli gelişim, katılımcılık, saydamlık, hesap verebilirlik, öngörülebilirlik, etkinlik, adalet, hizmetlerde yerellik ve bilgi teknolojilerinden etkin bir şekilde yararlanmak gibi temel ilkeler gündem oluşturmuştur. Bu ilkelerin sağlık sektörüne yansımaları da Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile olmuştur (Aktel vd., 2013).

SDP'nin amacı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Etkililik, uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastaları tedavi etmek yerine insanların hastalanmasını önlemek amacıyla ilgili bir ölçüt olarak görülmüştür. Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin

üretilmesi olarak tanımlanmıştır. Hakkaniyet ise, tüm insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanması olarak ifade edilmiştir (Çirpici, 2010).

16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planında “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bunlar başlıca şu şekilde sıralanabilir:

Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,

- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi (SB, 2015).

Belirlenen bu hedeflerin ardından, Türkiye’nin sağlık alanında dönüm noktası sayılabilecek “Sağlıkta Dönüşüm Programı” hazırlanmış ve 2003 yılı başında Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Hazırlanan SDP’nin 8 ana bileşeni vardır. Bunlar (Akdağ vd., 2008):

- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası, ,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
  - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
  - b) Etkili ve kademeli sevk zinciri,
  - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donatılmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ve
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi’dir

Türkiye’de sağlık hizmetleri konusunda büyük bir dönüm noktası olan SDP yoluyla sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyetli olarak sunulması ile birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanması ve sunulması hedeflenmiştir. SDP’nin oluşturulmasına temel olan ve rehberlik eden değerler ve ilkeler ise; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite, ortaklık, uzlaşma, gönüllülük, güçler ayrılığı, özerk yönetim ve hizmette rekabet olarak belirlenmiştir (SB, 2007). Hazırlanan bu programla bölünmüş olan sağlık hizmetleri sunum sistemi problemlerine yönelik çok ciddi reform girişimleri başlatılmıştır. Bunlardan en dikkat çeken ise Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) tesislerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi olmuştur (Şahin vd., 2009).

2003 yılından sonra Türkiye’nin reform çabaları, ülkenin sağlık sisteminin neredeyse tüm yönlerini etkilemiş ve kapsanan nüfusun ve hak edilen kaliteli hizmetlerin hızla genişlemesinin önü açılmıştır. Aynı zamanda mali koruma da artırılmıştır. Örneğin, 2003 öncesi %64 olan sigorta kapsamı neredeyse toplumun

tamamını kapsar hale gelmiş ve sağlık hizmetlerinin sunulmasından duyulan memnuniyet %39.5'ten yaklaşık olarak %80'e yükseltilmiştir. Bu önemli gelişmelere rağmen, Türkiye'nin hala vatandaşlarının sağlık sonuçlarını iyileştirmeye devam etmesi, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmeye yönelik adımların atılması ve aynı zamanda hizmet sunucusu memnuniyetinin de artırılıp bunların sürdürülmesi gerekmektedir (Aran ve Rokx, 2014).

### 3. YÖNTEM

Bu çalışma nitel araştırma yöntemini esas alan bir çalışmadır. Nitel araştırmalar, gözlem, görüşme ve doküman inceleme gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamında gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik sürecin izlendiği araştırmalardır (Karataş, 2015). Nitel araştırmalarda elde edilen sonuçlar evrene genellenememekle birlikte, elde edilen sonuçlar, konuya ilişkin bir bakış açısı sağlaması bakımından önemlidir. Nitel araştırma yönteminin kullanıldığı bu çalışmada; karmaşık kişisel ve duygusal sorunların ortaya çıkarılmasına yardımcı olması, istenilen bilginin eksiksiz olarak ve derinlemesine elde edilebilmesi, alınan cevaplara anında dönüt vermeye imkân sağlaması, değişik ve anında değişebilen koşullara uyabilme esnekliğine sahip olması, soruların sayısı ve sırasını değiştirme serbestliği tanınması gibi özelliklerinden dolayı yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılmıştır (Topsakal vd., 2013).

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı, sağlık yönetimi alanında akademisyen olan kişilerin Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları özelinde SDP üzerine yaptıkları değerlendirmeleri incelemektir.

Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları aslında hepimizi ilgilendirmektedir. Çünkü her zaman ihtiyaç duyacağımız hizmet türlerinden biridir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin nasıl sunulduğu, hastaların bu sistemde nelerle karşılaşabileceği, sağlık yönetimi adaylarının istihdam koşullarının neler olduğunu bilmek gerekmektedir. Bu kapsamda Türkiye'de hayata geçirilen SDP yukarıda bahsedilen alanlarda köklü değişiklikler içerdiğinden, bu programın ne olduğu ve neleri içerdiğinin bilinmesi önem arz etmektedir. Bu çalışma sayesinde sağlık yönetimi alanındaki birtakım problemler ve bunların olası çözümleri hakkında da bilgiler elde edilebilecektir. Ayrıca, sağlık yönetimi alanında eksik olan bir yöntem kullanıldığı için ilgilenenlere rehberlik edebilecektir.

#### 3.2. Verilerin Toplanması

Araştırmaya ilişkin veriler 2017 yılı içinde bir yükseköğretim kurumunda akademisyen olan ve eğitim sürecinde Sağlık Politikaları üzerine en az bir ders alan 8 katılımcıdan yarı yapılandırılmış bir form ile elde edilmiştir. Yapılan derinlemesine görüşmeler yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler toplamda 378 dk. sürmüştür. Görüşme dokümanları toplam 31 Word sayfasından oluşmuştur. Araştırmacı, katılımcılara, yapılan çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgiler vermiş ve yapılan çalışmanın bilimsel bir çalışma olduğu, tamamen bilimsel amaçlar için kullanılacağı ve katılımcıların kimliklerinin açıklanmayacağı yönünde bilgilendirmede bulunmuştur.

Ayrıca, araştırmanın geçerliği meslektaş teyidi yoluyla ve güvenilirliği ise, araştırma yönteminin detaylı olarak açıklanması ve literatür incelemesi yoluyla sağlanmıştır.

#### 3.3. Katılımcılar

Katılımcılar, Ankara'da bir yükseköğretim kurumunda sağlık yönetimi alanındaki akademisyenlerden oluşmaktadır. Bu kişilerin seçiminde koşulların kontrol altına alındığı problemlerde evrenden yüzeysel olarak farklı olan, araştırma için önemli olan özellikler bakımından ortalama düzeyde bunlara sahip olunmasına dikkat edilerek bir örneklem seçilmesini öngören (Özen ve Gül, 2007), amaçlı örnekleme yöntemi içinde maksimum

çeşitlilik örneklemesine başvurulmuştur. Katılımcılardan alınan cevapların 8.kişiden itibaren tekrar etmeye başlamasından dolayı katılımcı sayısı 8 olarak belirlenmiştir.

Katılımcılara ait bazı demografik özellikler aşağıdaki tabloda (Tablo 1) sunulmuştur. Buna göre, katılımcıların en küçüğü 24 yaşındayken en büyüğü 30 yaşındadır. Çoğunluğunu (%62,5) erkeklerin oluşturduğu katılımcıların yarısı (%50) doktora eğitimi aşamasında ve diğer yarısı da yüksek lisans eğitimi aşamasındadır. Ayrıca, katılımcıların %75'i bekârdır.

**Tablo 1.** Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcı Adı	Yaşı	Cinsiyeti	Eğitim Durumu	Medeni Durumu
A	25	Erkek	Yüksek Lisans	Bekâr
B	32	Erkek	Doktora	Evli
C	28	Kadın	Doktora	Bekâr
D	24	Erkek	Yüksek Lisans	Bekâr
E	27	Kadın	Doktora	Evli
F	30	Erkek	Yüksek Lisans	Bekâr
G	25	Erkek	Yüksek Lisans	Bekâr
H	27	Kadın	Doktora	Bekâr

### 3.4. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde olguları tanımlamak ve ölçmek için sistematik ve objektif bir araç olan, belgeleri analiz etme yöntemi olarak da bilinen, araştırmacıya verilerin anlaşılmasını sağlamak için teorik konuları test etmesini sağlayan, bu sayede, kelimeleri daha az içerikle ilgili kategoriye ayırmanın mümkün olduğu, aynı kategoriye girildiğinde, sözcüklerin, cümlelerin ve benzerlerinin aynı anlamı paylaştığının kabul edildiğini ifade eden içerik analizi (Elo ve Kyngäs, 2008) ve betimsel analiz kullanılmıştır. İçerik analizi kadar sık kullanılan bir analiz yöntemi olmayan betimsel analiz, bağımsız nitel tanımlayıcı bir yaklaşım olarak, esasen "veri içindeki kalıpları (temaları) saptama, analiz etme ve raporlama yöntemi" olarak tanımlanmaktadır (Vaismoradi vd., 2013). Betimsel analizde amaç, elde edilen bulguları düzenlenmiş ve yorumlanmış bir biçimde okuyucuya sunmaktır (Demirezen ve Akhan, 2013). Elde edilen veriler daha önceden belirlenen temalara göre özetlenmiş ve yorumlanmıştır. Analizlerin sunumunda katılımcıların görüşlerinden doğrudan alıntılar yapılmıştır.

### 3.5. Araştırma Problemleri

Araştırmanın bir temel problemi ve bunlara bağlı toplamda 3 alt problemi bulunmaktadır. Temel problem; Türkiye’de uygulanan SDP, belirlenen yükseköğretim kurumunda sağlık yönetimi bölümü akademisyenleri tarafından nasıl değerlendirilmektedir?

Alt problemler ise; genel olarak katılımcıların, Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları özelinde SDP hakkında ne düşündükleri, (varsa) gördükleri sorunun/sorunların ne/neler olduğu ve SDP kapsamındaki bilgi ve beceri ile donatılmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü içerisinde yer alan sağlık yönetimi bölümü mezunlarının istihdam olanakları hakkında neler düşündükleri ve belirtilen problemlere yönelik çözüm önerilerinin neler olduğu şeklindedir.

## 4. BULGULAR

Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarına yönelik katılımcıların görüşleri aşağıda yer almaktadır. Bu aşamada aşağıdaki tabloda (Tablo 2) belirtilen temalara göre görüşler sunulacaktır. Görüşler sunulurken kişiler anonimleştirilerek kişilere harfler verilmiştir. Bunun nedeni kişilerin kimliklerini saklamaktır.

**Tablo 2.** Araştırma Kapsamında Oluşturulan Kod ve Tema Bileşenleri

Kod Bileşenleri	Tema Bileşenleri
Sevk sistemi	Sağlık Hizmetlerindeki Gelişim
Aile hekimliği	
Hizmet sunumu	
SDP	
Hizmete erişim	
Adalet	
Şehir hastaneleri	
Yetersiz istihdam	Sağlık Yöneticiliğinin Kanayan Yarası
Yaşam boyu öğrenme eksikliği	
Eğitim eksikliği	
Alanla uyumsuz kadrolar	
Eğitim	Sağlık Yönetiminde İhtiyaçlar
İşbirliği	
Bilinçlendirme	

#### 4.1. Sağlık Hizmetlerindeki Gelişim

Bu tema altında katılımcıların görüşleri incelendiğinde, sağlık hizmetleri sunumu bakımından daha çok SDP'nin genel olarak iyi uygulandığı, birçok alanda iyileşmeler meydana getirdiği ancak tamamen bekleneni veremediği görüşü hakimdir. A kişisi: "SDP öncesi ile karşılaştırdığımız zaman bu program ülke sağlık sistemi adına gerçekten de faydalı şeyler getirdi. Örneğin herkesin tek bir sağlık sigortası kapsamına alınması ya da sevk zinciri oluşturmak adına aile hekimliklerinin kurulması. Ancak sevk zinciri hariç tüm bileşenler temel olarak hayata geçirilmiş olsa dahi halen çok ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır." demiştir." Yine H kişisi: "Sağlıkta dönüşüm aslında sağlık ile ilgili daha önceden geliştirilen kalkınma planları kapsamında gelişmiş bir reform süreçlerinin devamı niteliğindedir. Bu anlamda baktığımızda sağlıkta dönüşüm programı sürekli kalite gelişimden insani merkezliliğe çok boyutlu ilkelerden yola çıkmıştır. Bunların bir kısmını Türkiye'nin imkânlarına göre gerçekleştirmekle birlikte henüz tamamlanmamış olduğunu düşünüyorum" şeklinde görüşünü ifade etmişlerdir.

Diğer vurgulanan kavramların ise sevk zinciri ve aile hekimliği olduğu göze çarpmaktadır. Ayrıca, hizmete kolay erişim, güler yüzlü hizmet ve hizmet alımında adalet kavramlarına da değinilmiştir. Katılımcılar sevk zinciri ve aile hekimliği sistemlerinin gereğince yerine getirilemediğinden bahsetmişlerdir. F kişisi: "Sağlıkta dönüşümün en fos çıkan bileşeni aile hekimliği olmuştur. Çünkü aile hekimliğinin temel amacı etili bir sevk zincirini getirmesidir. Sevk zinciri olmadan aile hekimliğini getirmek hiçbir işe yaramaz. Örneğin bunu en iyi uygulayan ülke olan İngiltere'de hastalar ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kurumuna gitmek istediğinde muhakkak aile hekimine gitmesi gerekir. Şu halde bizde etkili bir sevk zinciri yok ama ilerde getirileceğine yönelik birtakım hükümet açıklamaları vardır. Akla şu soru gelir: etkili bir sevk zinciri uygulayamıyorsan aile hekimliğini neden getirdin?" Yine E kişisi: "Sevk sistemi hedeflenmiş olsa bile uygulamada istenen sonuç henüz alınmadı. Ancak uygulanması durumunda aynı sağlık hizmeti için kullanılacak kaynak miktarının daha az olacağı söylenebilir. Birinci basamakta çözülebilecek bir sağlık sorununun üniversite hastanesine taşınması, ekonomik olmadığı gibi bekleme süresi, ekstra tedavi ücreti gibi olumsuzlukları da beraberinde getirecektir." Ayrıca, B kişisi: "Aile hekimliğinin güçlendirilmesinin temel şartı bence sevk zinciri. Yoksa aile hekimleri reçete yazmanın ötesine geçemeyecektir. Aile hekimi başına düşen hasta sayısının makul düzeylere çekilerek aile hekimlerinin yetkisinin genişletilmesi üçüncü basamak hastanelerin de asıl işlerine dönebilmesine imkân sağlayacaktır. Bu durumun düzeltilmesi ile üniversite hastaneleri de mali açıdan bir nebze rahatlayacaktır." şeklinde görüşlerini bildirmişlerdir.

Bakıldığında aile hekimliği ve sevk sistemi kavramlarının genelde birlikte kullanıldığı görülmüştür. Bu durum belirtilen kavramların birbirlerinin tamamlayıcısı şeklinde düşünüldüğünden kaynaklanmaktadır.

Hizmete erişim ve güler yüzlü hizmet konusunda katılımcıların genel görüşü hizmet sunum ortamlarına erişimin kolay olduğu ve artık daha güler yüzlü hizmetin sunulduğu şeklindedir. G kişisi: “Artık halkın bilinçlenmesiyle doktorlar hemşireler diğer sağlık personelleri hastalara daha güler yüzlü davranmaktadır. Bu biraz külfet gibi görünebilir. Randevu sisteminin gelmesiyle hastanelere erişim artık kolay hale geldi. En kötü aile hekimlerine gidilebiliyor. Verilen hizmetlere erişim konusunda tabii sıkıntılar var. Ama ben İstanbul’da Bağcılar’da devlet hastanesine gidiyorum genelde ve orada MR gibi hizmetlere ulaşmada bir sorun olmuyor. Günün gününe hizmeti alabiliyorum ancak saati saatine göre değil.” Ayrıca F kişisi: “kamu hastanelerinde güler yüzlü hizmet almak hayaldir. Özellikle bu hastanelerde kadrolu olanlar bu konuya özen göstermemektedir. Ancak sözleşmeli olarak çalışanlar daha güler yüzlü hizmet sunmaya gayret etmektedir. Sağlık bakanlığı bu yüzden artık daha çok sözleşmeli personel alma yoluna gitmektedir. GSS sonrasında hastalar daha kolay sağlık hizmeti erişimi sağlamaktadır. Yine hastanelerin yatak sayılarının ve hekim sayılarının artırılması da erişimi kolaylaştırmaktadır.” gibi görüş bildirmişlerdir.

Adalet konusunda ise katılımcılar sigorta sisteminde yaşanan gelişmeler üzerinden görüşlerini bildirmişlerdir. Özellikle herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası uygulamasının yapılması bu görüşlerde etkili olmuştur. G kişisi: “Çok iyi oldu. Üç başlılık vardır. Örneğin SSK’lılar Bağkur’lulara göre daha kötü hizmet alıyordu. Bunların bileştirilmesi eşit hizmet alımını beraberinde getirdi. Bu açıdan büyük bir gelişme sağladı.” Ancak, A kişisi ise: “Farklı sigorta kuruluşlarının tek çatı altında toplanması ile kişilerin sosyal güvencesi arasındaki fark minimize edildi ancak gelir testlerinde ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Bunun sonucu olarak, gelir testi yaptırmamış olanlar, mezun olup iki yılı dolmasına rağmen iş bulamamış olanlar devlete kullanamadığı sağlık sigortası için ücret ödemektedir. Hatta gelir testi yapılsa dahi yanlış belirlenen, durumu olmadığı halde prim ödemek zorunda kalanlar ya da durumu iyi olduğu halde bir prim ödemeyenler bulunmakta. Bu noktada herkes için hakkaniyetli bir sağlık sigortası sisteminin kurulamadığını düşünüyorum.” Şeklinde görüş bildirmiştir.

Bunların dışında sağlık hizmetlerinin sunumu için hayata geçirilen şehir hastaneleri projesi de katılımcılar tarafından değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelere daha çok belirsizlik kavramı hakim olmuştur. Projenin hizmet sunum kalitesini iyileştireceği ancak işleyişinin nasıl olacağı ve sağlık hizmetleri sunumuna neler katacağı konusunda ise belirsizlik olduğu belirtilmiştir. Bu konuda C kişisi: “Şehir hastaneleri projeleri oldukça devasa büyüklükte bir proje. Hastanın ve ailesinin ihtiyaç duyabileceği her şeyin bir sağlık kompleksinin içinde bulunabileceği fikri oldukça güzel. Ancak bu hastanelerin yönetiminin nasıl sağlanacağı, özel sektöre garanti edilen aylık hasta sayısına, çekilecek MR, BT sayısına nasıl ulaşılacağı ve bu sayılara ulaşabilmek için vatandaş gereksiz yere radyoloji hizmeti verilip verilmeyeceği gibi soru işaretleri de mevcut.” İfadesini kullanmıştır.

#### **4.2. Sağlık Yöneticiliğinin Kanayan Yarası**

Katılımcıların bu tema altındaki görüşlerine bakıldığında, SDP kapsamındaki bilgi ve beceri ile donatılmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü içerisinde yer alan sağlık yöneticiliği mesleğinin önündeki engellerin istihdam yetersizliği ve yaşam boyu öğrenme eksikliği olduğu göze çarpmaktadır. Sağlık yönetimi eğitimi alan kişilerin alanlarıyla alakalı iş bulmalarında problemler yaşanmaktadır. Yetersiz istihdam konusunda G kişisi: “Berbat durumda. Hepimizin en önemli sorunu. Bölüm açılıyor, kontenjanlar açılıyor ama istihdam olanağı kısıtlı olunca bir işe yaramıyor. Mesela Muş’a bölüm açılmış ama orda verilen eğitim lise seviyesinde. Orada okuyan öğrenciye de yazık. Hacettepe’den mezun olana da yazık çünkü aynı diplomayı



alacaklar. Kamuda istihdam çok dar. Özelde ise alsa bile hasta danışmanı olarak çalışmaya başlıyor. Devlet kamuda istihdamı artırmazsa bölüme başvuru azalacaktır. Başlayıp bırakanlar da olacaktır. Tanıdığım birçok arkadaşım var bu durumda.” Yine C kişisi: “Sağlık yönetimi mezunu kişiler kamu sektöründe diğer bölüm mezunlarının da başvurabildiği KPSS B grubundaki Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni (VHKİ) statüsünde istihdam edilmektedir. Bunun yanı sıra KPSS A grubunda sınırlı sayıdaki uzmanlık alanlarında (sosyal güvenlik uzmanlığı gibi) da istihdam edilebilmektedirler. Ancak kamu sektöründeki bu istihdam olanaklarının oldukça yetersiz olduğu kanaatindeyim. Kamu sektöründe olduğu gibi özel sektörde de sağlık yönetimi mezunlarının istihdam olanakları oldukça kısıtlıdır. Mezunların çoğu özel hastanelerde hasta danışmanı olarak görev yapmaktadır.” Şeklinde görüş bildirmektedirler. Ancak, bu konuda umutlu olanlar da var elbette. E kişisi: “Yeni kamu işletmeciliği anlayışı, kamu kurumlarında örgütlenme tarzında değişimlere yol açmıştır. Özellikle devletin istihdam ettiği personelin çalıştırılma rejiminde belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Eleman bulunmasında güçlük çekilen yerler ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli yürütülebilmesi amacıyla sözleşmeli sağlık personeli istihdamı son dönemlerde gündemde sıkça konuşulmaktadır. Şehir hastanelerinin açılmasıyla sağlık alanında personel ihtiyacının daha da artacağı ve sözleşmeli birçok personel alımı yapılacağı öngörülmektedir.” şeklinde istihdamın artacağına yönelik bir ifade kullanmıştır.

Bunların dışında istihdam konusunda sağlık yöneticisi adaylarının yaşam boyu öğrenme eksikliğinden de bahsedilmiştir. Sağlık yöneticisi adaylarının sadece bu alandaki teorik eğitimle yetinmemeleri gerektiği vurgulanmıştır. D kişisi: “Aslında özel sektörde de kamu sektöründe de sağlığın yönetimi işinin yönetim bilen biz sağlık yönetimi okumuş kişiler tarafından yapılması gerekir. Tabii ki de mezuniyet diplomasıyla olmaz bu işler... Kişinin kendisini de ne kadar geliştirdiği, diplomasının yanına neler koyabildiği çok önemli. Yeni mezun olmuş adamı da tutup hastane yöneticisi koltuğuna oturtun da demiyoruz ama kişi kendini geliştirdiğinde sonunda yeterliliğe ulaştığında hastane yöneticisi, sağlık yöneticisi olabileceğini bilmeli” diyerek konuya vurgu yapmaktadır.

#### 4.3. Sağlık Yönetiminde İhtiyaçlar

Katılımcılar bu tema altında bilgilendirme, eğitim ve işbirliği kavramlarına vurgu yapmışlardır. Kamunun gelişmelerden ve uygulamalardan haberdar edilmesi, eğitime daha fazla yatırım yapılması ve politika yapımcılarla alandan kişi ve kurumların ortak çabalarının olması üzerinde durulmuştur. A kişisi: “Öncelikle SDP’nin tam işler şekilde hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bunu yapabilmek içinse eğitimin olmazsa olmaz olduğuna inanıyorum. Gerek kamu spotlarıyla gerekse seminerler, sempozyumlar ile halkın bilgilendirilmesi gerektiğini düşünüyorum.” Yine F kişisi: “Kararlar alınırken siyasi kaygılarla değil de STK’lardan ve üniversitelerden de görüş alınarak hareket edilmelidir.” şeklinde görüş bildirirken, G kişisi de: “Eğitime daha fazla yatırım yapılmalıdır. Üst düzey siyasilerin bu konuda halkı bilgilendirmesi gerekiyor. Örneğin, bir Cumhurbaşkanı’nın verdiği bilginin reklamlarda yer alması daha etkili olabilir.” ifadesini kullanmaktadır.

### 5. TARTIŞMA

Bu bölümde yapılan analiz sonucunda elde edilen bulguların ve benzer çalışma bulgularının bir tartışması yapılmıştır.

Bu çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sağlık hizmetlerine erişimi artırdığı, sağlık hizmeti almada adaleti sağladığı bulunmuştur. Elbek ve Adaş (2009) tarafından yapılan bir çalışmada Türkiye’de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın, ilk planda sağlık birimlerini tek çatı altında toplayarak sağlığa erişimde hiyerarşik yapılanmayı çözen, eşitsizliği ortadan kaldıran bir sistem olarak görüldüğünü bulmuşlardır. Lamba ve

diğerleri (2014) tarafından yapılan başka bir çalışmada da Sağlıkta dönüşüm programı sayesinde hizmete erişim kolaylaştığı ve hizmet veren kurumların birleştirilmesiyle sunumda adaletin sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık personelinin daha güler yüzlü hizmet sundukları bulunmuştur. Aksoy (2005) tarafından hastaların kalite konusunda görüşlerinin alındığı bir çalışmada hastaların sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirirken, doktorun ve hemşirenin güler yüzlü olmalarının ne kadar bilgili olduklarından çok daha fazla önemsendiği bulunmuştur. Aksakal ve Bilgili (2008) tarafından hastaların hemşirelik hizmetleriyle ilgili memnuniyetlerinin değerlendirildiği bir çalışmada da, hastaların %34,8'i hemşirelik hizmetleri ile ilgili herhangi bir görüş bildirmezken, %17,0'si hemşirelerin güler yüzlü olmasını ve %15,2'si hemşirelerin daha ilgili olmasını istemiştir. Hastaların %33,0'ü hemşirelik hizmetlerinden memnun olduğunu belirtmiştir. Ancak, Oksay (2016) tarafından birtakım hastanelerin personeli ve o hastaneye gelen hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada kişilere sağlık hizmetlerinde kalite ne demek sorusu sorulmuştur ve 220 hastanın 35'i ve 240 personelin de 15'i güler yüzlü hizmet yanıtını vermişlerdir. Ayrıca kaliteli hastane nasıl olmalıdır sorusuna ise hastaların 60'ı ve personelin de 27'si güler yüzlü personele sahip olma şeklinde karşılık vermişlerdir. Görünen o ki bu hastanelerde güler yüzlü hizmet sunulması çok önemli görülmemiştir. Bu konuda tam bir tutarlılık söz konusu değildir.

Bu çalışma kapsamında sağlık yöneticisi adayları, Türkiye'de uygulanan aile hekimliği ve sevk sistemlerinin doğru bir şekilde uygulanmadığını ve planlanan etkililiğin gerçekleştirilemediğini ifade etmişlerdir. Kerman ve Eke (2014) tarafından hastalar, yöneticiler ve hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların aile hekimliğini %84,9 oranında (belirlenen 7 uygulama arasında 3.sırada) önemli gördükleri; yönetici ve hekimlerin ise %73,6 oranında (belirlenen 7 uygulama arasında 3.sırada) önemli gördükleri bulunmuştur. Hasta, yönetici ve hekimler bunun üzerine geliştirdikleri önerilerde ise aile hekimliğinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Çelikay ve Gümüş (2011) tarafından vatandaşlara anket uygulanarak Türkiye'de uygulanan sağlık sistemine yönelik görüşlerinin alındığı bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinden arzu edilen ölçüde verimliliğin elde edilmesi ve sevk zinciri sisteminin etkin bir şekilde işleyebilmesi için, sağlıkta dönüşüm sürecinde yeni oluşturulan aile hekimliğinin kaliteli ve güvenilir hizmet üreten bir kurum haline gelmesi gerektiği, aksi takdirde, vatandaşlar herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştıklarında sevk zincirinin ilk ayağı olan aile hekimliği tesisini tercih etmeyecekleri, devlet hastanelerine ya da özel sağlık kuruluşlarına yönelecekleri belirtilmiştir. Yine Akman (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, aile hekimliği uygulamasının en zayıf noktasının sevk zincirinin işlememesi olduğu, sevk zinciri olmaksızın, etkili ve maliyet etkin birinci basamak sağlık hizmetlerinden bahsedilemeyeceği, aile hekimlerinin sağlık sisteminin ana giriş kapısı olması gerektiği ve sevk zinciri olmadığında aile hekiminin sağlık hizmetinin koordinasyonunu tam olarak sağlamasının oldukça zor olduğu bulunmuştur.

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Katılımcıların verdikleri bilgiler ışığında SDP kapsamında sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan gelişmeler hakkında yapılan değerlendirmelerin ağırlık kazandığı görülmüştür. Bu program sayesinde sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay hale geldiği vurgulanmıştır. Sağlık hizmetleri sunumunda güler yüzlü sağlık personeli önemli bir unsur olmuştur. Yine herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası sistemi hizmet sunumunda adaleti sağlayıcı faktör olarak kabul edilmiştir. Ancak, aile hekimliği ve sevk sisteminde aksaklıkların olduğu belirtilmiştir. Etkili bir sevk sisteminin olmaması aile hekimliğinin de doğasına aykırı hale gelmiş ve aile hekimliği gereğince faaliyet gösterememiştir. Bu açıdan bakıldığında aile hekimliğinin etkili bir şekilde yerine

getirilmesi için sevk sisteminin doğru bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Bu konuda toplum daha fazla bilgilendirilmeli ve gerekirse aile hekimliklerinde verilen hizmetlerin, özellikle laboratuvar hizmetlerinin, kapsamı genişletilebilir. Bu sayede 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarının iş yükleri azalacak ve daha verimli çalışabileceklerdir.

Sağlık yöneticiliğinde en büyük sorunlardan biri olarak istihdam yetersizliği görülmektedir. Hem kamu hem de özel sektörde uygulan istihdam politikaları bu alanda eğitim alanların beklentilerini karşılamamaktadır. Buna karşın tek eksiğin istihdam yetersizliği olmadığı da bir gerçektir. Çünkü sağlık yöneticisi adaylarının aldıkları teorik eğitimin alanda iş bulmalarına yetmediği ortaya çıkmıştır. Bu kişilerin yaşam boyu öğrenme potansiyelleri yetersiz kalmaktadır. Sağlık yönetimi alanında bu işin eğitimini alan kişilerin daha fazla istihdam edilmesi için hükümet politikaları geliştirilmelidir. Sağlık yöneticiliğinin meslekleşmesi için STK'lar, üniversiteler ve hükümet işbirliği içinde faaliyet göstermelidir. Ayrıca, bu alanda eğitim alan kişilerin de kendilerini daha fazla geliştirmeleri gerekmektedir.

Bu araştırmadan yola çıkarak, araştırmacılara hem sorulacak sorularda daha özgür davranma yolunu açması hem de araştırılmak istenen sorunun kök nedenine ulaşmaya daha fazla imkan vermesinden dolayı nitel araştırma deseni kullanılarak daha sonra yapılacak çalışmalarda sağlık yönetimi alanında daha farklı kişi ya da gruplarla derinlemesine görüşme yapılarak daha kapsamlı sonuçlara ulaşılabilir. Ayrıca, nicel araştırma tasarımını kullanarak çalışma yapmak isteyen araştırmacılar için özellikle sağlık yöneticilerinin istihdam sorununun çözümüne yönelik çalışmalar yapmaları ve bu alandaki boşluğun doldurulmasına katkı sağlamaları faydalı olabilecektir.

#### KAYNAKÇA

- Akdağ, R., Aydın, S. ve Demirel, H. (2008). *İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları,.
- Akman, M. (2014). Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 70-78.
- Aksakal, T. ve Bilgili, N. (2008). Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. *Erciyes Tıp Dergisi*, 30(4), 242-249.
- Aksoy, R. (2005). Zonguldak'ta Ayakta Tedavi Tüketicilerinin Sağlık Hizmeti Kalite Değerlemesi. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 92-104.
- Aktel, M., Altan, Y., Kerman, U. ve Eke, E. (2013). Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığının Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 33-62.
- Aran, M. ve Rokx, C. (2014). *Turkey on the Way of Universal Health Coverage Through the Health Transformation Program (2003-2013) (No. 91326)*. The World Bank.
- Aykır, E. (2014). *2002-2012 Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bambra, C., Fox, D. ve Scott-Samuel, A. (2005). Towards a Politics of Health. *Health Promotion International*, 20(2), 187-193.
- Başol, E. ve Işık, A. (2015). Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal*, 2(2), 1-26.
- Çirpici, E. (2010). *Türkiye'de Kamu Sağlık Hizmetlerinde Uygulanan Neo-Liberal Ekonomi Politikalarının Sağlık Personeli İstihdamı Üzerine Etkileri: Sözleşmeli Sağlık Personeli*

- İstihdamının Eleştirel Bir Değerlendirmesi*. Yayımlanmış Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 66(3), 55-92.
- Demirezen, S. ve Akhan, N. E. (2013). İlköğretim Öğrencilerinin Ders Çalışma Üzerine Algıları. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(8), 169-284.
- Elbek, O. ve Adaş, E. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1), 33-44.
- Elo, S. ve Kyngäs, H. (2008). The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 12, 176-186.
- Karataş, Z. (2015). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. *Sosyal Hizmet E-Dergi*, 1(1), 62-80.
- Kerman, U. Ve Eke, E. (2014). Sosyal Devletten Neoliberal Devlete Türk Sağlık Sektöründeki Paydaşların Sağlıkta Dönüşüm Algısı. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 65-80.
- Keyder, Ç., Üstündağ, N., Ağartan, T. ve Yoltar, Ç. (2011). *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M. ve Kerman, U. (2014). Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53-78.
- Oksay, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek? *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 181-192.
- Özen, Y. ve Gül, A. (2007). Sosyal ve Eğitim Bilimleri Araştırmalarında Evren Örneklem Sorunu. *KKEDF*, 15, 394-422.
- Porche, D.J. (2012). *Health Policy: Application for Nurses and Other Healthcare Professionals*. Massachusetts: Jones and Bartlett Learning.
- Sahin, İ, Ozcan, Y.A. ve Ozgen, H. (2009). Assessment of Hospital Efficiency Under Health Transformation Program in Turkey. *CEJOR*, 19, 19-37.
- Sargutan, A.E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8, 401-428.
- SB. (2007). *21 Hedef’te Türkiye: Sağlıkta Gelecek*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- SB. (2015). *Sağlıkta Stratejik Planlama: Türkiye Örneği*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Soyer, A. (2009). 1980’den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis*, 9, 301-319.
- TDK. (2017). Erişim yeri: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&kelime=POL%C4%B0T%C4%B0KA](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=POL%C4%B0T%C4%B0KA)  
Erişim Tarihi: 13.11.2017.
- Topsakal, C., Merey, Z. ve Keçe, M. (2013). Göçle Gelen Ailelerin Çocuklarının Eğitim-Öğrenim Hakkı ve Sorunları Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(27), 546-560.

- Vaismoradi, M., Turunen, H. ve Bondas, T. (2013). Content Analysis and Thematic Analysis: Implications for Conducting a Qualitative Descriptive Study. *Nursing and Health Sciences*, 15, 398–405.
- Walt, G. (1994). *Health Policy: An Introduction to Process and Power. Atlantic Highlands*. London: Humanities Press International.