

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Mustafa Alpin GÜLŞEN

KAMU REGÜLASYON TÜRÜ OLARAK SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ VE
ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN MALİ YAPILARINA ETKİLERİ

Maliye Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2016

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Mustafa Alpin GÜLŞEN

KAMU REGÜLASYON TÜRÜ OLARAK SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ VE
ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN MALİ YAPILARINA ETKİLERİ

Danışman

Doç. Dr. Mustafa YILDIRAN

Maliye Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2016

Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Mustafa Alpin GÜLŞEN'in bu çalışması, jürimiz tarafından Maliye Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Hale BALSEVEN (İmza)

Üye (Danışmanı) : Doç. Dr. Mustafa YILDIRAN (İmza)

Üye : Yrd. Doç. Dr. Özgür Emre KOÇ (İmza)

Tez Başlığı: Kamu Regülasyon Türü Olarak Sağlık Uygulama Tebliği ve Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkileri

Onay : Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi : 24/06/2016

Mezuniyet Tarihi : 21/07/2016

(İmza)
Prof. Dr. Zekeriya KARADAVUT
Müdür

AKADEMİK BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Kamu Regülasyon Türü Olarak Sağlık Uygulama Tebliği ve Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkileri” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımda yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını belirtir; bunu şerefimle doğrularım.

...../...../ 2016

Mustafa Alpin GÜLŞEN

İmza

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER LİSTESİ	iv
TABLolar LİSTESİ	v
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
ÖNSÖZ	viii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

REGÜLASYON KAVRAMI VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1	Regülasyon Kavramı.....	7
1.2	Regülasyon Kavramının Tarihçesi.....	8
1.3	Regülasyonun Amacı	9
1.4	Regülasyon Türleri	10
1.4.1	İktisadi Regülasyon	10
1.4.2	Sosyal Regülasyon.....	12
1.4.3	İdari (Yönetimsel) Regülasyon.....	13
1.5	Kamu Regülasyonlarının Nedenleri.....	13
1.5.1	Piyasa Başarısızlıkları	14
1.5.1.1	Tekeller	14
1.5.1.2	Dışsallıklar	15
1.5.1.3	Asimetrik Bilgi	16
1.5.1.4	Kamu Malı	16
1.5.2	Kamu Regülasyonlarının Neden Olduğu Başarısızlıklar	17
1.5.2.1	İçsellikler ve Kişisel Amaçlar	18
	Büyük Bütçe:	18
	Savurganlık ve Yüksek Maliyet:	19
	X Etkinsizliği;.....	19
1.5.2.2	Regülasyon Tuzağı (Regulation Capture).....	20
1.5.2.3	Politik Miyopluk/Nepotizm/Oy Ticareti.....	21

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK REGÜLASYONLARI VE TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

2.1	Kamu Regülasyonu Olarak Sağlık Düzenlemeleri	22
2.2	Kamu Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi.....	24
2.2.1	Beveridge Modeli	25
2.2.2	Bismarck Modeli	27
2.2.3	Genel Sağlık Sigortası Modeli.....	28
2.3	Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Kamu Sağlık Regülasyonları.....	29
2.4	Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Kamu Sağlık Regülasyonları	33
2.4.1	Amaç.....	34
2.4.2	İlkeler.....	35
2.4.3	Uygulama	36
2.5	Sağlıkta Dönüşüm Programına Eleştiriler	37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK REGÜLASYONLARI VE SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ

3.1	Kamu Yaklaşımı	41
3.1.1	Sağlık Uygulama Tebliği ve Sağlık Hizmeti Regülasyonu	45
3.1.2	Sağlık Uygulama Tebliği ve Mali Regülasyonlar	46
3.1.3	Sağlık Uygulama Tebliği ve Kullanıcı Regülasyonları:.....	48
3.2	Piyasa Yaklaşımı.....	49
3.3	Sağlık Uygulama Tebliği’nin Türkiye Sağlık Sistemine Getirdiği Fırsatlar ve Zararlar.....	53
3.4	Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Uygulama Tebliği	55
3.5	Üniversite Hastanelerinin Sağlık Uygulama Tebliğinden Kaynaklanmayan Sorunları	62
3.5.1	Hukuki Sorunlar	62
3.5.2	İdari Sorunlar	62
3.6	Üniversite Hastanelerinin Sağlık Uygulama Tebliğinden Kaynaklanan Sorunları ...	63
3.6.1	Sağlık Uygulama Tebliğinden Kaynaklanan Fiyat Farklılıkları	63
3.6.2	Dışarıdan Mal ve Hizmet Alımı	64
3.7	Sağlık Uygulama Tebliği Dışındaki Regülasyon Önerileri	64
3.7.1	Regülatör İhtiyacı	65
3.7.2	Süreç Regülasyonu İhtiyacı	66

3.7.3	Üniversite Hastanelerinin Yatarak Tedavi Hizmeti Vermesi.....	67
3.7.4	Tıp Eğitimi Regülasyonu.....	68
3.8	Fiyat Regülasyonu Olarak Sağlık Uygulama Tebliği.....	69

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNİN ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN İŞLEMLERİNE VE MALİ YAPILARINA ETKİLERİNİN ANALİZİ

4.1	Hesaplama Yöntemi.....	75
4.2	Materyal ve Metod.....	76
4.3	Bulgular	78
4.4	Üniversite Hastanelerinin Mali Yapıları ve Sağlık Uygulama Tebliği.....	83
SONUÇ		88
KAYNAKÇA.....		92
EK TABLO 1- Akdeniz Üniversite Hastanesi Poliklinik ve Klinik Toplam Hasta Sayısı (2007-2015)		104
EK TABLO 2- Genel Cerrahi Seçilmiş SUT İşlem Birim Fiyatları		105
EK TABLO 3- Genel Cerrahi SUT İşlem Birim Fiyatları % Değişim (2007=100).....		106
EK TABLO 4- Kardiyoloji Seçilmiş SUT İşlem Birim Fiyatları		107
EK TABLO 5- Kardiyoloji SUT İşlem Birim Fiyat % Değişim (2007=100).....		110
EK TABLO 6- Üroloji Seçilmiş SUT İşlem Birim Fiyatları.....		112
EK TABLO 7- Üroloji SUT İşlem Birim Fiyat % Değişim (2007=100)		113
EK TABLO 8- Seçilmiş Üniversite Hastanelerinin Mali Yapıları.....		114
ÖZGEÇMİŞ		115

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1 Mülkiyetine Göre Hastane Sayısı (2000-2014).....	43
Şekil 3.2 Mülkiyetine Göre Sağlık Harcamaları (2000-2014)	44
Şekil 4.1 Poliklinik Hasta Sayısı (2007=100, %Değişim)	79
Şekil 4.2 Yatan Hasta Sayısı (2007=100, %değişim).....	79
Şekil 4.3 Poliklinik ve Yatan Hasta Sayısı (2007=100, %değişim)	79
Şekil 4.4 Bölümlerin Poliklinik Hasta Sayısı (2007-2015)	80
Şekil 4.5 Bölümlerin Yatan Hasta Sayısı (2007-2015)	81
Şekil 4.6 Bölümlerin Toplam Poliklinik ve Yatan Hasta Sayısı (2007-2015)	81
Şekil 4.7 Bölümlerin Poliklinik ve Yatan Hasta Sayısı (2007=100,% Değişim).....	81
Şekil 4.8 Genel Cerrahi Hasta Sayısı ve SUT Fiyatı (2007=100,% Değişim)	82
Şekil 4.9 Kardiyoloji Hasta Sayısı ve SUT Fiyatı (2007=100,% Değişim)	82
Şekil 4.10 Üroloji Hasta Sayısı ve SUT Fiyatı (2007=100,% Değişim)	82
Şekil 4.11 Tüm Bölümler SUT Fiyatı (2007=100,% Değişim).....	83

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1 SDP Öncesi Temel Sağlık Regülasyonları.....	32
Tablo 3.1 Sağlık Sektöründe Mülkiyet (2000-2014).....	42
Tablo 3.2 Temel Sağlık Göstergeleri (2014).....	57
Tablo 3.3 Hastanelerin İşlev ve Sorumlulukları.....	59
Tablo 3.4 Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Ortalama Gelir ve Maliyet	60
Tablo 3.5 Sağlık Harcamalarına İlişkin Göstergeler (2000-2014)	70
Tablo 3.6 SUT İşlem Puanlarında Yapılan Değişiklikler (2008-2015).....	72
Tablo 4.1 Bölümlerin Poliklinik ve Yatan Hasta Sayısı (2007-2015).....	80
Tablo 4.2 Üniversite Hastanelerinin Mali Yapı Göstergeleri.....	84
Tablo 4.3 Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarında Değişim (%).....	86

ÖZET

Sağlık alanında yapılan bir kamu regülasyonu olarak Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), sağlık piyasalarını doğrudan etkileyen bir fiyat regülasyonudur. Tez kapsamında regülasyonlara, piyasaların arz, talep ve dolayısıyla fiyat yapısını negatif yönde etkileyen bir kamu müdahalesi olarak bakılmaktadır. Tezin amacı ülkemizin sağlık piyasasını finansal ve idari açıdan doğrudan etkileyen ve bir sağlık regülasyonu aracı olan Sağlık Uygulama Tebliği'nin özellikle üniversite hastanelerinin mali yapısında neden olduğu etkilerin analiz edilmesidir. Bu kapsamda çalışmada Akdeniz Üniversitesi Hastanesine ait 3 birim (Kardiyoloji, Genel Cerrahi ve Üroloji) seçilmiş ve bu birimlere ait işlemlerin 2007-2015 yılları arasında yer alan SUT birim işlem fiyatlarındaki değişimler izlenmiştir. Ayrıca ilgili birimlerin gelirleri ve hasta müracaat sayıları da bu analize dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda (2007 baz yıl olarak kabul edildiğinde) çalışmaya konu olan hastanenin yapmış olduğu işlem sayıları artarken SUT birim işlem fiyatlarının artış göstermemesi nedeniyle gelirlerin istenilen düzeyde artmadığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Regülasyon, Sağlık Regülasyonu, Sağlık Uygulama Tebliği, Üniversite Hastaneleri, Mali Yapı.

SUMMARY
**COMMUNIQUÉ ON HEALTHCARE PRACTICES AS A TYPE OF PUBLIC
REGULATION AND ITS IMPACT ON THE FINANCIAL STRUCTURE OF
UNIVERSITY HOSPITALS**

A public regulation made in the field of healthcare, the Communiqué on Healthcare Practices (CHP) is a price regulation that has affected the healthcare market directly. In this thesis, the regulations are regarded as a public intervention with negative impacts on the market supply and demand, as well as its price structure. This study attempts to analyze the impact of the Communiqué on Healthcare Practices, a healthcare regulation tool that directly governs financial and administrative aspects of the healthcare market in our country, on the financial structure of university hospitals. In this respect, we selected three departments (Cardiology, Urology, and General Surgery) within the Akdeniz University Hospital and monitored the variations in CHP unit prices for each departmental procedure between 2007 and 2015. In addition, this analysis also included the incomes of each department and total number of patients visiting these departments. Based on the study findings, we concluded that the growth in the revenue of the hospital studied was not at the desired level, because while the number of hospital procedures increased over the years (from 2007 baseline), the CHP unit prices for procedures remained unincreased.

Keywords: Regulation, Healthcare Regulation, Communiqué On Healthcare Practices, University Hospitals, Financial Structure.

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında yanımda olan başta Annem Hacer GÜLŞEN olmak üzere Aileme, tez kapsamında yer alan veriler konusunda Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekim Prof. Dr. Bülent AYDINLI' ya, eski Başhekim Doç. Dr. Murat TURHAN'a, Başhekim Yardımcısı Doç. Dr. Alper Tunga DERİN' e, Hastane Başmüdürü Öğr. Gör. Yasemin BİLİŞLİ'ye ve Hastane Müdürü Şeref DİLEKÇİ'ye teşekkür ederim.

Çalışmanın tümünde desteğini esirgemeyen, sosyal ve akademik alanda örnek olan ve büyük bir sabırla çalışmaya teşvik eden danışmanım Sayın Doç. Dr. Mustafa YILDIRAN'a sonsuz şükranlarımı sunarım.

Mustafa Alpin GÜLŞEN
Antalya, 2016

GİRİŞ

Çoğunlukla düzenleme olarak kullanılan regülasyon kavramı, teoride ülkelerin veya hükümetlerin kendi toplumunun refahını maksimize edecek şekilde aldığı kararlar bütünü olarak kullanılmaktadır. Dolayısıyla regülasyon, bir ülkedeki kamu kesiminin hedeflerine yönelik bir kamu politikası aracıdır. Bu amaca yönelik olarak alınan kararların sınırı olmamakla birlikte enerji piyasalarından sağlık sektörüne kadar hemen her alanda kendini göstermektedir.

Sağlık hizmetinin sunumuna ve bu hizmetlerin kullanıcılarına yönelik düzenlemeler ülkeden ülkeye veya aynı ülke içinde yıldan yıla, hükümetten hükümete farklılıklar gösterse de devletlerin çeşitli sebeplerle ve araçlarla en çok müdahalede bulunduğu alanlardan biri de sağlık hizmetleri olmaktadır. Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörüne yönelik yapılan kamu regülasyonlarının temel sebebi teorik açıdan tam rekabet şartlarının mevcut koşullarda sağlanamamasıdır. Bir başka deyişle piyasa, kamunun olmadığı veya etkinliğinin nispeten daha az olduğu bir ekonomide sosyal faydayı maksimize eden bir mekanizma olmamakta ve bu durumda da kaynak tahsisinde etkinlik sağlanamamaktadır.

Ülkemizde de sağlık sistemine yönelik regülasyonlar 1920 yılında Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasıyla kurumsal bir kimlik kazanmış; 1946 yılına kadar da Sağlık Bakanlığı'nın görev ve işlevleri açık ve net şekilde belirlenerek yasal zemini güçlendirilmiştir. 1946 -1960 yılları arasında ise ülkedeki tüm hastaneler, yerel yönetimlerden Sağlık Bakanlığına devredilerek parçalı sistemde meydana gelen yönetsel ve mali sorunların en aza indirilmesi amaçlanmıştır. Diğer taraftan Türk sağlık sisteminde 1961 yılı itibariyle önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin ulusal çapta sunulmasına yönelik ciddi adımlar atılmış; vatandaşlara *kısmen* ücretsiz sağlık hizmetlerinin sunulması hedeflenmiştir. Kamu kesiminin iktisadi hayatta sadece düzenleyici ve denetleyici değil, aynı zamanda bina, ekipman ve personel gibi unsurlar ile doğrudan müdahalede bulunduğu bu dönemlerde yapılan ilk 5 yıllık kalkınma planı hedeflerinde günümüz sağlık sisteminin temelleri atılmıştır. 1960'lı yıllardan itibaren başlayan ulusal alanda sağlık hizmetinin eşit sunumu ve erişimi politikaları sonucunda 1980'lerde tüm vatandaşlara sosyal güvenlik hakkı tanımış ve Genel Sağlık Sigortası'na (GSS) yönelik adımlar atılmıştır. 1990'lara geldiğinde istikrarsız bir yapıda olan Türk sağlık sisteminde Sağlık Bakanları çok sık değişmekte; 2000 ve 2001 krizi ile birlikte enflasyon ve işsizlik gibi önemli makro göstergeler neticesinde, bu yıllara kadar devletin koruması altında olan hane halkları ekonomik olarak oldukça zor duruma düşmekteydi.

Türkiye’de bu koşullar altında 2002 yılında Acil Eylem Planı ilan edilmiştir. Bu planın önemli bir uygulayıcısı olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ise 2003 yılında başlatılmıştır. Söz konusu programın ilan edilmesiyle beraber sağlık alanında önemli değişiklikler yapılmıştır.

2003 yılı itibariyle Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sağlık sektöründe mevcut olan parçalı yapı ortadan kaldırılmıştır. Söz konusu parçalı yapıda, Türk sağlık sisteminde yer alan sosyal güvenlik kurumları (SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programları) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında birleştirilerek yine SGK regülatörü öncülüğünde Genel Sağlık Sigortası sisteminin getirilmesi, Sağlık Bakanlığı’nın (SB) başta düzenleyici, denetleyici ve sektöre rehberlik edici misyonunun sağlamaştırılması amacıyla SB’nin yeniden yapılanması hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması ise, Bakanlığın sağlık piyasasında doğrudan hizmeti arz eden rolünden sağlık sektörünü düzenleyici işleve yönelmesi anlamına gelmektedir.

Diğer taraftan sağlık sistemine yönelik yapılan regülasyonlar hükümetler değişse de devam etmiştir. 2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP’ye kadar kamu sektörünün sağlık sektörüne doğrudan müdahale ettiği (sağlık hizmetlerini doğrudan arz ettiği) politikalar izlenmiştir. 2003 sonrası ise kamunun daha çok düzenleyici bir rol oynadığı regülasyonlar yapılması hedeflenmiş olsa da çalışmamızın ilerleyen bölümlerinde görüleceği üzere SDP öncesindeki kamu kesimi büyüklüğü devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı 2003 yılı öncesi hizmeti sunan ve finanse eden rolünden, hizmeti kısmen finanse eden ve sektörü düzenleyici bir role geçerek hem sağlık harcamalarının genel bütçedeki yükünü hafifletmeyi hem de sağlık örgütlenmelerinin oluşturduğu iş yükünü veya bir diğer deyişle işlem maliyetini en aza indirmeyi amaçlamıştır. Bu süreçte parçalı (basamaklı) yapıda olan hastanelerde sevk sistemi kaldırılmış ve böylece isteyen vatandaş kamu veya (SGK’nın protokol imzalaması koşuluyla) özel ayrımı olmaksızın istediği hastaneye gidebilmiştir. Fakat bu durum hastanelerin fonksiyonlarında geçmişe kıyasla önemli bir farklılık meydana getirmemiştir. Örneğin 2003 öncesi üçüncü basamak olan üniversite hastaneleri, birinci ve ikinci basamak hastanelerin donanım ve personel niteliği olarak eksik olduğu durumlarda sevk edilen ve çözüm aranan bir sağlık hizmeti kurumu iken 2003 sonrası da yine karmaşık (komplike) vakalar karşısında sevk edilen bir sağlık hizmeti sunucusu fonksiyonuna devam etmektedir.

Düzenleyici rolü ile ulusal çapta eşit sağlık hizmet sunumunu hedefleyen politikalar uygulayan SB, Türk sağlık sistemindeki birçok hastane ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) aracılığıyla protokol imzalayarak vatandaşların özel hastanelerde alacağı hizmetlere yönelik kurumlara bir geri ödeme mekanizması oluşturmuştur.

Diğer taraftan SB, SGK aracılığıyla 2007 yılında fiyat regülasyonu uygulamasına geçerek sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir adım atmıştır. Bu regülasyon ile çeşitli sağlık kuruluşları farklı şekillerde etkilenmiş olsa da, sağlık sistemindeki rolü itibariyle üniversite hastanelerinin etkilenmesi oldukça fazla olmuştur. Sağlık Uygulama Tebliği fiyat regülasyonu ile gerçek maliyetlerin altında hizmet veren üniversite hastanelerinde sadece mali ve idari sorunlar çıkmamakta aynı zamanda bir eğitim kurumu ve karmaşık vakaların sıklıkla bulunduğu bir hastane olması nedeniyle de çok daha ciddi sorunlara yol açabilmektedir.

Yapılan analizlerde 2007'den 2015 yılına kadar SGK'nın geri ödemede bulunacağı işlemler arasında oldukça düşük sayıda işlem puanının değiştiği görülmüştür. Bunun yanında başta personel giderleri olmakla birlikte medikal malzeme gibi diğer gider kalemleri yıldan yıla ve hatta aydan aya artış göstermektedir. Bu artışların karşısında üniversite hastaneleri giderlerini çoğunlukla döner sermaye gelirlerinden karşılamakta ve bu durumun olumsuz bir sonucu olarak verilen hizmetin, kullanılan donanımın (ekipmanın) ve personelin niteliği de düşüş göstermektedir.

Çalışmada Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve diğer üniversite hastanelerinden alınan veriler kullanılmaktadır. Bunun yanında çalışmaya konu olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nin 2007-2015 yılları arasında ilgili bölümlerin klinik ve poliklinik toplam hasta sayısında %20 - 40 arasında artış yaşanırken aynı birimlerin seçilen SUT birim işlem fiyatlarında %0 - %10 arasında artış olmuştur. Ancak bu artış tüm işlemlerde meydana gelmemektedir. Örneğin kardiyoloji bölümünde 79 işlem seçilmiş ve bunun sadece 30 işleminde önemsiz sayılabilecek artışlar olmuştur.

Sağlık alanında fiyat regülasyonunun yapılma amaçların birisinin pahalılaştıran medikal malzeme ve cerrahi işlemler gibi tıbbi unsurlardan tasarruf edebilmek ve böylece merkezi bütçede oluşturduğu yükü en aza indirebilmek olduğu düşünüldüğünde, SGK'nın yıldan yıla artan bütçe açığı ve üniversite hastanelerinin ciddi finansal sorunlarla karşı karşıya kalması bu regülasyonların tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı kamu regülasyonlarının içerisinde yer alan bir sağlık regülasyonu olarak Sağlık Uygulama Tebliği'nin getirdiği mali sınırlamaları ortaya koyarak üniversite hastanelerinin mali yapılarına etkisini analiz etmektir.

Bu amaç çerçevesinde açıklanması hedeflenen üç konu bulunmaktadır. Bu konulardan birincisi iktisadi, siyasi ve sosyal hayatımızın her alanında bulunan regülasyonlara ait kavramsal bir çerçeve oluşturmaktadır. Özellikle sağlık alanındaki regülasyonlar başta ABD ve İngiltere olmak üzere (Obamacare ve NHS), diğer birçok ülkede son zamanlarda yoğun

olarak tartışılmaktadır. Dolayısıyla çalışmanın ikinci hedefi SDP'nin bir bütün olarak regülasyon kavramındaki yerinin sorgulanmasıdır.

SDP'nin Türk sağlık sistemine getirdiği birçok yenilik bulunmaktadır. Bu yenilikler ile birlikte sağlık hizmetinin sunumunda birden çok işlevi bulunan ve işlevlerinden dolayı da oldukça önemli bir konumu olan üniversite hastanelerinin nasıl etkilendiği incelenmiştir. Üniversite hastaneleri sadece sağlık hizmeti sunucusu olmayıp aynı zamanda tıp eğitiminde de büyük bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla yapılan regülasyonlar neticesinde üniversite hastanelerinin finansal yapısında meydana gelen değişikliklerin analizi ve çözüm yollarının sunulması akademik literatürde tartışılması gereken önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer taraftan üniversite hastanelerinin finansal yapısı, bir fiyat regülasyonu olan Sağlık Uygulama Tebliğinden doğrudan etkilenmektedir. SUT' ta yer alan işlem tabanlı birim fiyat (veya işlem puanı) üzerinden belli bazı sağlık hizmetleri fiyatlanmaktadır. Bu açıdan çalışmamızın üçüncü hedefi bir fiyat regülasyonu olarak SUT' un üniversite hastanelerinin mali yapısındaki etkisini açıklamaktır. Burada esas yapılmak istenen SUT' un üniversite hastanelerinin idari ve mali yapısında neden olduğu faydalar veya zararları poliklinik veya klinik gider yerlerini esas alarak maliyet muhasebesi yöntemleriyle gerçek hizmet maliyetini açıklamak değil; fiyat regülasyonunun üniversite hastanelerinde bir bütün olarak sebep olduğu etkileri inceleyebilmektir.

Tezde “ bir kamu sağlık regülasyonu olarak SUT' un üniversite hastanelerinin fiyat-maliyet yapısında değişikliğe giderek mali yapılarında bir bozulmaya yol açmış mıdır?” sorusuna cevap aranmaktadır. Bu araştırma sorusunun cevaplanması için tez kapsamında ürün bazlı çıktılara dayalı olarak “SUT fiyatları” incelenecektir

Çalışmanın Yöntemi

Çalışmada sağlık sektöründe yer alan aktörlerin mali ve idari yapısında önemli bir yeri olan SUT 'un 2007-2015 yılları arasında seçilmiş üç departman (bölüm) ne gibi fiyat değişimlerinin olduğu incelenecektir. Bu incelemede söz konusu üç bölümün poliklinik ve klinik hasta sayısı ve varsa ameliyat sayısı ile ilgili verileri, ilgili bölüm ve yıl içinde gerçekleşen birim bazlı gelirler ile kıyaslanacaktır. Bunun yanında ilgili birimin o yıl içerisinde SUT fiyatı analize dâhil edilecektir. Dolayısıyla burada yapılmak istenen bir yılda birim bazlı hasta sayısı ve gelirler ile o yıla ait SUT fiyatının kıyaslamasıdır.

Söz konusu kıyaslamalar yapılırken Trend Analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu analiz yönteminde baz (temel) yıl olarak 2007 yılı seçilmiş ve takip eden yıllarda ilgili birimin hasta sayısında, SUT işlem birim fiyatında ve gelirlerinde meydana gelen yüzdesel değişimler

alınmıştır. Dolayısıyla çalışmada dinamik analiz yapılmıştır. Yapılan analizlerin detayları ise çalışmada bahsedilmiştir.

Çalışmada kullanılan SUT işlem puanları tebliğde belirtildiği üzere 0,593 katsayısı ile çarpılarak işlemlerin birim fiyatları bulunmuştur. Ancak işlemlere ait medikal malzeme farklılıkları, ameliyat gruplarına ait detaylar ile yıllar içerisinde ilgili birimlere ait gelirlerin SUT kaynaklı olmayan gelirlerden kaynaklanması, seçilmiş işlemlerin çalışmaya konu olan üniversite hastanesinde yapılma sıklığı gibi birçok değişkenin olması ve bu değişkenlere yönelik kapsamlı bir çalışmanın olmamasının yanı sıra konuyla ilgili bilgi sahibi kişilerin bilgi vermekten kaçınması çalışmanın kısıtları arasında yer almaktadır.

SUT ve hastaneye ait işlemlere yönelik yapılan analizlerden sonra altı üniversite hastanesine ait Sayıştay Başkanlığı tarafından hazırlanmış raporlardan yararlanarak mali tablolar analizi yapılmaktadır.

a. Literatür Taraması

Fiyat regülasyonu olan SUT' un üniversite hastanelerinin mali yapısındaki rolünü açıklayabilmek için regülasyon kavramına yönelik teorik temelin gerekli olması nedeniyle literatür taraması oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle çalışmaya geniş çaplı bir literatür taramasıyla başlanmıştır. Bu kavramsal çerçevenin oluşturulmasında büyük ölçüde Türkiye dışı kaynaklardan yararlanılmış; literatürde az değinilen bazı kavramlara da çalışmada yer verilmiştir. Söz konusu kavramsal çerçeve analizin yorumlanmasında da büyük önem taşımaktadır.

Çalışmada olduğu şekilde regülasyona, sağlık sistemine ve üniversite hastanelerini bir bütün olarak konu edinen ve SUT' un bu unsurların arasındaki konumuna işaret eden çalışmalar akademik literatürde yok denecek kadar az bulunmaktadır. Dolayısıyla literatür taraması durağan bir dönem olmayıp çalışmanın ilk gününden son gününe kadar devam eden dinamik bir süreç olmuştur.

b. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada yer alan teorik bilgiler literatür taraması yoluyla sağlandıktan sonra ilgili bölümlerin 2007-2015 yıllarına ait birim işlem fiyatları, ilgili yıllara ait SUT' tan alınmıştır. Ancak SUT' ta yer alan işlem puanları her yıl güncellenmemesi nedeniyle bu verilerin toplanmasında çoğunlukla değişiklik yapılan yılın tebliği incelenmiştir.

İlgili birimler ve bu birimlere ait işlemler Akdeniz Üniversite Hastanesi' nin (AÜH) üst düzey yöneticisi tarafından belirlenmiştir. Bu birim ve işlemler belirlenirken zaman,

kaynak ve bilgiye ulaşmanın kısıtlı olmasının yanı sıra çalışmanın kapsamı itibariyle bu birim ve işlemlerin yeterli düzeyde olduğu düşünülmesi gibi etkenler gözetilmiştir.

Çalışmada üniversite hastanelerinin mali yapısının analizinde Sayıştay Başkanlığı tarafından yayınlanan son 2 yıla ait raporlardan faydalanılmıştır.

Son olarak çalışmada kullanılan AÜH' ye dair veriler, hastanenin mali yapısını bir bütün olarak gösteren ve ilgilendiren gizli veya açık bilgileri kapsamamaktadır. Söz konusu istatistikler AÜH'nin Başhekimliğine yapılan yazılı izin sonucu Başhekimlik onayıyla alınmıştır ve verilerin kullanım sınırı bu yolla belirlenmiştir.

Çalışmanın Yapısı

Bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışma konusunun ne olduğu, hangi amaçla ve yöntemle yapıldığı gibi çalışmaya yönelten sebepler üzerinde durulmakta; çalışmaya ait genel bir çerçeve çizilmektedir. İkinci bölümde çalışmanın temel kavramı olan ve bu nedenle araştırmanın merkezinde bulunan regülasyon kavramının geçmişten bu yana hangi anlamlarda ve alanlarda kullanıldığı açıklanmaktadır. Diğer taraftan regülasyonun hangi amaçla yapıldığına yönelik detaylar analizlere kaynaklık edeceği için belirtilmiştir. İkinci bölümde regülasyon kavramı teorik bağlamdan çıkartılarak daha dar bir zeminde incelenmiştir. Bu bölümde bir kamu regülasyon türü olarak sağlık regülasyonlarının neden yapıldığı ve dünyada uygulanan modeller anlatılmış ve Türkiye 'de Sağlıkta Dönüşüm Programı incelenmiştir. Üçüncü bölümde ise Türkiye'de sağlık regülasyonları ve SUT konusu incelenmiştir. SUT' ta yer alan mali, idari ve kullanıcı regülasyonlarına ilişkin açıklamalar yapılmakta; Türk sağlık sistemine getirdiği fırsatlar ve tehditler kısaca analiz edilmektedir. Dördüncü ve son bölümde ise üniversite hastanelerinin mali yapısında SUT' un etkisini anlayabilmek için 2007-2015 yılları arasında trend analizi yapılmıştır. Buna göre hasta sayısı ve işlem birim fiyatı kıyaslanarak etkinin ne olduğu analiz edilmiştir. Analiz sonucu idari ve mali çözüm önerileri sunularak çalışma sona erdirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

REGÜLASYON KAVRAMI VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1 Regülasyon Kavramı

Hukuk ve ekonomi literatüründe regülasyonun net bir tanımı yoktur. Yapılan tanımlara bakıldığında; regülasyon, sosyo-ekonomik politika amaçlarının uygulanması için yasal araçların kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Yasal araçların karakteristiği belirli cezai yaptırımlar altında öngörülen davranışların hükümetin cebir yoluyla firmalara veya bireylere uygulanmasıdır. Şirketlere yönelik bu yaptırımlara örnek olarak, fiyat belirlemek, belli malları üretmek veya üretmemek, piyasa dışı kalmak, asgari ücret gibi düzenlemeler verilebilir. Dolayısıyla yaptırımlar, hak mahrumiyetlerinden şirketin kapatılmasına kadar bir dizi kararları içermektedir (Den Hertog, 1999: 223).

Diğer taraftan ekonomi literatüründe regülasyon teorileri, pozitif ve normatif regülasyon teorileri olarak birbirinden ayrılmaktadır. Bu ayrıma göre pozitif regülasyon teorileri, regülasyonların etkinlik analizini ve regülasyonun ekonomik tanımını yapmaya çalışmaktadır. Normatif regülasyon teorileri ise hangi regülasyonun en verimli, etkili ve optimum olduğunu açıklamaya çalışmaktadır (Den Hertog, 2010: 4).

Dolayısıyla regülasyon kavramı, hukuki araçlarla yapılan hükümet müdahalesi olarak tanımlanabilir. Uygulanan kurallar bireylerin veya firmaların davranışlarını şekillendiren ve bir devlet organı tarafından oluşturulan bağlayıcı bir norm olmaktadır. Bu organ (regülatör), yasal bir yetkiye sahip yasama, yürütme, idari veya yargı organı olarak karşımıza çıkmaktadır (Orbach, 2012: 6). Bir diğer tanımda ise regülasyon, yaptırım gücüne sahip bir otorite tarafından oluşturulan ve uygulanan kurallar bütünüdür. Bu açıdan regülasyonlar, kamu, özel ya da kar amacı gütmeyen herhangi bir organizasyon tarafından oluşturulabilir ve uygulanabilir (Aktan ve Karaaslan: 1).

Bir başka açıdan, literatürde regülasyon teorileri ile ilgili yapılan tanımlar dar ve geniş olarak da ayrılmaktadır. Buna göre dar anlamda regülasyon, “hükümetlerin, bireylerin ve firmaların iktisadi ve sosyal açıdan istenmeyen davranışlarını engellemek ve değiştirmek amacıyla oluşturduğu uygun müeyyidelerle desteklenmiş kurallar olarak tanımlanabilir” (Türkkan, 2001: 109). Geniş anlamda regülasyon ise “bireysel çıkarlarla toplumsal çıkarların (bazı hallerde de ulusal çıkarlarla uluslararası çıkarların) çatışmasını engellemek veya uyumunu sağlamak amacıyla bireylerin, firmaların ve diğer kurumların (kamu kurumları dahil) bu amaçla bağdaşmayan davranışlarını ve eylemlerini kısıtlayan veya yönlendiren,

negatif veya pozitif yaptırımlarla desteklenmiş kuralların empoze edilmesi veya önerilmesi olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla regülasyon kavramının tanımında en temel öge bireylerin ve firmaların hareket tarzlarını kısıtlayan ve/veya yönlendiren bir enformasyonun varlığıdır” (Türkkan, 2001: 110).

1.2 Regülasyon Kavramının Tarihçesi

Devletin özel ve kamu sektörünün iktisadi faaliyetlerini denetleme amacıyla kuralların koyulması anlamında regülasyonun geçmişi devletler kadar eskidir (Majone, 1996: 9). Örneğin M.Ö. yaklaşık 2100 yılında Hammurabi Kanunlarında tekelci uygulamalara yönelik referanslar bulunmakta; Roma İmparatoru Jüstinyen’in M.S.533’de Tekelci uygulamaları yasaklamakta ve son olarak 1562’de İngiltere’de Loncaların bölgesel tekelinin yürürlükten kaldırılması (Machlup, 1967: 185), regülasyonların oldukça eskilere dayandığını gösteren örneklerden sadece birkaçını oluşturmaktadır. Kamu kesiminin iktisadi regülasyonları ile ilgili tartışmaların bu kadar eski tarihlere dayanmasına rağmen, iktisadi regülasyonlarla ilgili esas tartışmalar 1800’lü yıllarda Amerika Birleşik Devletlerinde başlamıştır. Söz konusu tartışmalar, uygulanan regülasyonların işlevlerinden daha çok, yöntemleri ve nasıl uygulanacağı konuları üzerine yapılmaktaydı (Sarısoy, 2010: 282)¹.

Gelişmelerini belirli bir düzeye çıkarmış ekonomilerde, piyasaların etkin çalışmaması sebebiyle, özellikle 1929 'da yaşanan Dünya Ekonomik Bunalımı ve ardından Keynes'in çalışmaları sonucu, kamunun etkin çalışmayan piyasalara müdahalesi gereği ortaya çıkmıştır. 1970’li yılların sonlarına kadar söz konusu kamu müdahalesi kendini çoğunlukla tekelci devlet uygulamalarıyla göstermiştir.1980’li yıllara gelindiğinde başta İngiltere olmak üzere birçok gelişmiş ülkede sosyal devlet anlayışının yaygınlık kazanması ve bununla birlikte Keynesyen ekonomik politikalarla hızlanan devletçi girişimler neticesinde verimlilikle ilgili yaşanan sorunlar ve bunun yanında kamu sektörü işletmeciliğinin piyasada rekabete yönelik çözümler sağlamada yeterli olmadığına görülmesi üzerine; “icraya dönük devlet müdahaleciliğinden, regülasyona dönük devlet müdahaleciliğine” doğru geçişler yaşanmaya başlanmıştır. Dolayısıyla devletin görev tanımının değişmesi ve artması ile birlikte kamu kesiminin ekonomideki rolünde de önemli bir değişim meydana gelmiştir.

Kamu sektörünün piyasaya müdahale etmesi gereği sonucunda kamu sektörünün görev alanı genişlerken, artan bu görevlerinin çoğunlukla düzenleyici yönde olması ve bağımsız düzenlemeyle birlikte düzenlenen alanda kamunun varlığı ile ilgili sorgulamaların başlanması, devletin görevlerine yönelik tanımlarını hızlı bir biçimde küçültmeye başlamıştır.

¹ Bu paragraf “Düzenleyici Devlet ve Regülasyon Uygulamalarının Etkinliği Üzerine Tartışmalar” adlı makaleden esinlenerek yazılmıştır.(Sarısoy,2010)

Bu açıdan, kamu kesiminin iktisadi hayattaki rolünün azaltılması gerektiği yönündeki görüşler doğrultusunda kamu kesiminin ekonomideki “işletmeci” rolünden çekildiği ve bu işlevi düzenleyici kurumlara (regülatörlere) bıraktığı görülmektedir. Söz konusu kurumların görev ve yetki alanı ise hükümetin belirlediği koşullar çerçevesinde ilgili oldukları sektörle sınırlıdır ve bu koşulla regülatör görevini üstlenmektedir (Tepe ve Ardiyok, 2004: 107).

1.3 Regülasyonun Amacı

Demokratik bir devletin temel hedefi kendi toplumunun sosyal ve ekonomik refahını geliştirmektir. Devletler istihdam artışı, gelişmiş eğitim ve öğretim, fırsat eşitliği, yenilikçilik (inovasyon), girişimciliğin teşvik edilmesi ve çevre kalitesini de içeren makroekonomik politikaları gerçekleştirmek için hedefler belirler ve bu hedefleri gerçekleştirebilecek yollar arar. Bu noktada regülasyon istenen kamu politikası hedeflerini elde etmede mali ve iktisadi açıdan önemli bir araç olmaktadır (OECD, 1997: 5). Bütün regülasyon politikaları ekonomik, hukuki ve kamu yönetim ilkelerinin karması olarak yapılmaktadır. Bu politikaların ortak amacı ise şöyledir:

- Sosyal ve ekonomik politikaların sosyal refahı en iyi hale getirecek şekilde sunmak ve dengelemek,
- Piyasaya girişi, yenilikçiliği (inovasyonu), rekabeti ve bu yolla rekabetçiliği teşvik ederek tüketici refahını arttırmayı ve ekonomik gelişmeyi sağlamak,
- Başta Küçük ve Orta ölçekli işletmelerdeki gereksiz maliyetleri azaltarak üretimdeki etkinliği arttıracak şekilde regülasyon sürecinin maliyetlerini kontrol etmek,
- Kamu yönetiminde yapılacak reformlar yoluyla kamu sektöründe etkinliği, sorumluluğu ve verimliliği geliştirmek,
- Yasaları rasyonelleştirerek yeniden düzenlemek,
- Regülasyonları yapanlar (regülatörler) ve uygulayıcıların aşırıya kaçan ve keyfi davranışlarını engelleyen regülasyonları içeren hukuki reformlarla demokrasiyi ve yasaların uygulanmasını geliştirmek (OECD; 2002: 28) olarak ifade edilmektedir.

Dolayısıyla “kamunun regülasyon yapması için, kaynak tahsisinde etkinliği sağlamak, rekabeti ve rekabetin dayandığı hukuki ve ahlaki değerleri korumak, tüketiciyi korumak, çevreyi korumak, çeşitli mesleklerle ilgili ahlaki ve hukuki temel değerleri korumak, gelir dağılımını iyileştirmek, üreticileri aşırı rekabetten korumak, istihdamı geliştirmek” gibi nedenler öne sürülmüştür (Türkkan, 2001: 109).

1.4 Regülasyon Türleri

Regülasyonun kapsamı oldukça geniş olmakla beraber birçok çeşidi de bulunmaktadır. Literatürde eğitim ve öğretim ile sosyal hizmetlerin sınıflandırılmasında zorluk yaşanması (Spiller ve Guasch, 1999: 3) regülasyonun kapsamını belirlemenin zor olduğunu gösteren bir örnek olarak belirtilebilir.

Kamunun veya özel sektörlerin uyguladığı kurallar bütününe hemen hepsinin regülasyon kapsamında olduğu düşünüldüğünde hem konuyu etraflıca ele almak hem de sınıflandırma yapmak zor olmaktadır. Dolayısıyla mevcut şartlar altında regülasyon genel olarak Ekonomik, Sosyal ve İdari (yönetmelik) diye 3 ana başlık altında toplanabilir (OECD, 1997: 6).

Ekonomik (iktisadi) regülasyon fiyatları, miktarı, piyasaya girişi ve belirli sektörler için çıkış kısıtlamaları anlamına gelmekteyken, sosyal regülasyon sektörleri olumsuz etkileyen piyasa kusurlarını düzeltmek amacıyla yapılan düzenlemeler anlamında kullanılmaktadır. Sosyal regülasyonlara örnek olarak çevre, halk sağlığı ve güvenliği gösterilebilir. İdari regülasyonlar ise tüketiciye ve üreticiye kamu veya özel sektörde idari maliyetler yükleyen evrak masraflarına yönelik kamu kesimi politikalarıdır (Hahn, 2000: 7).

Fakat söz konusu regülasyon türlerinin gerçek hayatta çoğunlukla bir arada olduğu da görülebilmektedir. İktisadi regülasyonların neredeyse tamamında bir bürokratik boyut olmasının yanında sosyal açıdan birtakım dışsallığa neden olan etkenler de bulunmaktadır. Örnek olarak temelinde mülkiyete yönelik uygulanan güvenlik regülasyonları aynı zamanda piyasaya girişi ve çıkışı da belirleyebilmektedir. Buna rağmen regülasyonların sınıflandırılması, regülasyonlara bir çerçeve çizilmesinden ve buna göre hangi regülasyon türünün hangi amaçla olduğunu, bundan hangi kurumun sorumlu tutulacağı ve fayda ve maliyetinin hesaplanması gibi nedenlerle yararlı olduğu düşünülmektedir (Oğuz ve Çakmak, 2002: 145).

1.4.1 İktisadi Regülasyon

1929 Dünya Ekonomik Buhranı ile başlayan krizlerden sonra devletler piyasada esas olarak düzenleyici faaliyetlerde bulunmuştur. Günümüzde kamu kesiminin piyasaları düzenlemeye yönelik aldığı kararların ve genellikle bu kararları piyasaya aktaran düzenleyici kurumların birçoğu 20.yy'ın başlarındaki kriz ortamlarında oluşmuş veya bu dönemden etkilenmiştir. Dolayısıyla kamu kesiminin piyasaların etkinliğini sağlamaya yönelik faaliyetlerine "iktisadi (ekonomik) regülasyon" denilmektedir. Bu tür regülasyonlara kamunun fiyatları, döviz kurunu, faiz oranını ve ücretleri kontrol etmesi örnek verilebileceği

gibi kamu ve özel sektör aktörlerine teşvikler verilmesi ve bu yolla uygun rekabet koşullarının hazırlanması gibi amaçlar da örnek olarak gösterilebilir. Dolayısıyla iktisadi regülasyon ile piyasada yaşanan sosyal ve iktisadi olumsuzluklar (dışsallıklar) kamu regülasyonu tarafından ortadan kaldırılarak piyasaların etkin olması yönünde atılan adımları kapsamaktadır (Tepe ve Ardiyok, 2004: 108-109).

İktisadi regülasyonda esas olan, eksik veya aşırı rekabet halindeki doğal tekeller ve piyasa yapılarıdır. Dolayısıyla aynı zamanda regülasyonlar yoluyla hâkim firma davranışlarının refahı olumsuz etkilenmesi durumunda da piyasa süreçlerini iyileştirmektir (Den Hertog, 2010: 4).

İktisadi regülasyonlar ile piyasaya fiyatlandırma, rekabet, piyasaya giriş çıkış gibi yollarla doğrudan müdahale edilmektedir (OECD, 1997: 6). Piyasanın etkinliğini sağlamaya yönelik bu tür regülasyonların özünde piyasa başarısızlığı argümanı bulunmaktadır. Dolayısıyla bu kavrama yönelik ortaya atılan sorunlar piyasanın kendi başına olduğu veya bir diğer ifadeyle kamu kesiminin olmadığı bir ekonomide piyasanın etkin olmayan sonuçlar üreteceğini ifade etmektedir (Oğuz ve Çakmak, 2002: 145).

Dolayısıyla ekonomik regülasyon (kredi tahsisi ve faizler üzerindeki kontrolü örneğinde olabileceği gibi) kaynak tahsisinde piyasa başarısızlıklarını azaltmayı da amaçlamaktadır (Chowdhury, 2010: 3).

Diğer taraftan regülasyonların piyasa başarısızlığı nedeniyle kamu yararını gözeterek yapılmadığı, aksine özel çıkar gruplarının (belirlenmiş sektör veya mesleklerin) karlarını arttırmak, durumunu iyileştirmek için kamu kaynaklarının ve yetkilerinin kullanıldığı da savunulmaktadır (Stigler, 1971: 3).

Dolayısıyla tıpkı piyasa başarısızlığı durumunda olduğu gibi kamu kesimi başarısızlığı da söz konusu olduğu söylenmektedir. Bu anlamda regülasyonların etkin olmayan sonuçlar yaratmasının politik ve ekonomik nedenleri bulunmaktadır. Ekonomik sebep olarak regülasyona konu olan sektörün veya bu sektöre etki edebilecek hususun regülasyonu yapan kamu gücü tarafından tam olarak bilinmemesidir. Örnek olarak, herhangi bir sektördeki talep ve fiyat yapısını en iyi bilen sektördeki aktörlerdir. Dolayısıyla kamu gücünün bilgisi nispeten çok daha azdır. Firmalar genellikle en iyi bilgiye sahipken nadir durumlarda bu bilgileri regülatöre aktarması için teşvikler almaktadır. Bilgi asimetrisinin söz konusu olduğu böyle durumlarda regülasyonun “birinci en iyi” sonuçlar yaratacağı da şüpheli olmaktadır. Ayrıca yeni ürünlerin ya da piyasa aktörlerinin dışsallıkları veya ikincil (yan) ürünlerin doğru tahminlerinin zorluğu ya da belirsizliği de regülasyonların etkisizliğine neden olabilmektedir.

Bu durum özellikle sosyal regülasyonlarda daha yaygın gözlemlenmektedir (Guasch ve Spiller, 1999: 3).

Regülasyon politikalarının uygulanmasındaki diğer bazı başarısızlıklar aşağıdaki gibi toplulaştırılabilir (Malyshev, 2008: 4):

- Yapılan regülasyon ilkelerinin (özellikle fayda maliyet analizinin) net olarak belirlenmemesi nedeniyle açık ve doğru sonuçlara ulaşılamaması,
- Regülasyon politikalarının kamuoyu desteğinin olmasına engel olan istişare eksikliği,
- Güçlü bir muhalefet karşısında sorumluluğun bölünmesi ile politikaları sürdürebilmek için kurumsal ve stratejik desteğin yokluğu,
- Bakanlıkların ve diğer ilgili kurumların politikaları uygulamasındaki idare eksikliği,
- Politikaların sorumluluk alanındaki kurumların ilgili regülasyon politikalarını uygulama gücünün ve mekanizmasının eksikliği,
- Regülasyon ile ulaşılmak istenen reform sürecine odaklanmanın yetersiz olması. (örneğin, sürecin değerlendirilmesine dair ilerleme raporlarının ve geri bildirimlerin olmayışı)

1.4.2 Sosyal Regülasyon

Sosyal regülasyonlar sosyal uyum, çevre, güvenlik ve sağlık gibi kamu yararını korumaya yönelik düzenlemeleri ifade eder (OECD, 1997: 6). Daha detaylı olarak sosyal regülasyon, temiz hava ve su gibi toplumsal malları istenilen yönde geliştiren ve genellikle endüstri sayısını da etkileyen düzenlemelerin yanı sıra (Wilson, 1984: 203) iş sağlığı ve güvenliği, tüketicinin korunması, çevreye zararlı maddelerin geri dönüşümü/atık yönetimi ve personel istihdamında dil, din, ırk, cinsiyet ayrımcılığının yasaklanması gibi işgücü alanındaki düzenlemeleri de içermektedir (Den Hertog, 2010: 4).

Ekonomide gelir dağılımında adaletin piyasa tarafından sağlanamaması ve kaynak tahsisinde etkin olmayan sonuçlara yol açacağı görüşü sosyal anlamda yapılan regülasyonları ön plana çıkaran etkenler arasında sayılmaktadır. Sosyal regülasyon türlerine asgari ücret, negatif dışsallığa neden olan firmalara yönelik yapılan regülasyonlar, çoğunlukla primler yoluyla elde edilen sağlık hizmetlerinden sigortalı çalışanların faydalanması, emekli aylıkları gibi düzenlemeler örnek olarak gösterilebilir.

Özellikle firmaların genellikle üretim faaliyetlerinin neden olduğu negatif dışsallıkları dikkate almamaları sonucunda kamu kesimi bu alana düzenlemeler yoluyla müdahalede bulunmaktadır. Dolayısıyla özel sektörün sosyal faydayı bozacak şekilde faaliyetlerde bulunması kamu kesiminin bu alana müdahalesiyle sonuçlanmaktadır (Karakaş, 2008: 105).

Bu tür regülasyonların ekonomik etkilerinin yaratacağı olumsuzlukları en aza indirebilmek için düşük maliyetli, etkili, basit ve esnek olan hedef tabanlı bir yaklaşımla piyasayı teşvik eden amaçların belirlenmesi gerekmektedir (OECD, 1997: 6).

1.4.3 İdari (Yönetimsel) Regülasyon

Günümüzde kamu sektörünün işlemleri daha karmaşık ve hızla bilgiye dayalı hale gelmektedir. Devletin bu yoğun işlemlerine ait birtakım maliyetlere ise üreticiler ve tüketiciler katlanmaktadır. İdari (yönetimsel) anlamda regülasyonlara devlet işlemlerine katılarak doldurulan formlar, raporlar, bildirimler ve kayıt tutmak gibi bir çok bürokratik işlemler örnek olarak gösterilebilir. Dolayısıyla “devletin müdahil olduğu işlemlerin ne şekilde gerçekleşeceğine ilişkin kurallar bütününe idari regülasyon” denilmektedir (Ardıyok, 2002: 9).

Gerçek hayatta hemen her yerde karşımıza çıkmakta olan sosyal regülasyonlara trafik ışıklarından iş başvurusu için istenen belgelere kadar birçok örnek verilebilir. Bir diğer deyişle, sosyal hayatımızın işleyişini düzenleyen her uygulama sosyal regülasyon kapsamına girmektedir.

Dolayısıyla idari regülasyon, hükümetlerin bilgi toplamak ve bireysel ekonomik kararlarda müdahale yaparak “bürokrasi” denilen idari ve evrak formalitelerini kapsamaktadır (OECD, 1997: 6).

1.5 Kamu Regülasyonlarının Nedenleri

Devlet faaliyetlerinin oldukça fazla olması, kamu regülasyonlarının nedenlerini de bir o kadar karmaşık hale getirmektedir. Dolayısıyla kamu regülasyonlarının nedenleri zamandan zamana veya konudan konuya farklılık göstermektedir. Bu nedenle söz konusu nedenleri daraltacak olursak; örneğin sağlık sektöründe devletin veya kamunun bir takım faaliyetlerde bulunmasını açıklayan başlıca iki neden bulunmaktadır. Bunlardan ilki, piyasanın Pareto etkinlikten uzaklaşmasına neden olan, eksik rekabet, asimetric enformasyon (eksik bilgi) ve dışsallıklar gibi piyasa başarısızlıklarının varlığıdır. Diğer taraftan ekonomiye kamu müdahalesini açıklayan diğer neden olarak gelir eşitsizliği gösterilmektedir. Örneğin her ne kadar piyasa Pareto optimum koşullarında olsa da gelir düzeyi düşük kesimlerin veya sosyal güvenlik kapsamında olmayan insanların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerinin düşük olması, sağlık alanına yönelik yapılan kamu regülasyonlarına neden olarak gösterilebilir. Sonuç olarak; kamu kesimi, sağlık sektörüne hem piyasanın etkinliğini sağlamak için düzenleyici olarak, hem de gelir eşitsizliğini gidermek üzere fiilen üretici/sübvansö edici bir şekilde müdahale edebilir. Özellikle dışsallıkların olduğu ve erdemli

hizmetler arasında yer alan koruyucu sağlık hizmetleri kamusal müdahale açısından daha öncelikli bir alan olmaktadır (Emil vd., 2013: 22).

Dolayısıyla devletin sağlık sektörüne yönelik üstlendiği düzenleyici rol ve bu role yönelik yaptığı düzenleyici politikaların nedenleri oldukça çok ve geniş kapsamda değerlendirilmelidir. Çalışmada ele alınacak kısımlar bu nedenlerin ana hatlarıyla değerlendirilmesine olanak tanıyacaktır. Bu bağlamda kamu regülasyonlarının nedenleri, ilk olarak piyasa başarısızlığı ile açıklanacaktır. Piyasa başarısızlığı çerçevesinde Tekeller, Doğal Tekeller, Dışsallıklar, Asimetrik Bilgi ve Kamu Malı ile ilgili konular ele alınacaktır. Diğer taraftan bu nedenler sadece Piyasa Başarısızlığı olarak değil Devlet (Kamu) Başarısızlığı ile de açıklanmaktadır. Kamu Başarısızlığı konusunda ise İçsellikler ve Kişisel Amaçlar (Büyük Bütçe, Savurganlık ve Yüksek Maliyet, X Etkinsizliği), Regülasyon Tuzağı, Politik Miyopluk/Nepotizm/Oy Ticareti konularına değinilecektir.

1.5.1 Piyasa Başarısızlıkları

Piyasaların başarısızlığı, iktisadi aktivitelerin ekonomik refah açısından arzu edilmeyen sonuçları ortaya çıkarmasıdır. Dolayısıyla piyasada arzu edilen ve edilmeyen sonuçlar, ekonomik refahla ilişkilendirilmektedir (Bator, 1958: 351).

Buna göre piyasa başarısızlığı kamu malı, dışsallıklar, eksik bilgi ve doğal tekel ve tekel gibi kaynakların Pareto optimal olmayacak şekilde tahsisi olarak tanımlanabilir (Winston, 2007: 2).

Söz konusu Pareto Optimum ise "hiç kimsenin refahının başkalarının refahını azaltmadan artırmanın mümkün olmadığı durum olarak tanımlanabilir. Bu Pareto optimumunun; genel olarak, tam rekabet koşulları altında, herhangi bir gelir dağılımında gerçekleştirilebileceği kabul edilmekle birlikte; ek olarak dört koşulu daha vardır. Bunlar (i) Haberdar (tam bilgili) tüketicilerin olması, (ii) Üretimde ölçüğe göre içsel ekonomilerin bulunmaması, (iii) tüketim ve üretimde dışsal ekonomilerin olmaması, (iv) Sosyal malların var olmamasıdır. Bu koşullardan birinin gerçekleşmemesi halinde; "piyasa mekanizması" yetersiz kaldığından, optimuma ulaşılması söz konusu olmamaktadır (Akalin, 1980: 11).

1.5.1.1 Tekeller

Tekel tarzı piyasa modelinde piyasada tek bir firma bulunmaktadır. Bu firma bir ürünü tek üreten veya herhangi bir hizmetin tek sunucusu olması nedeniyle tekeliçi firma aynı zamanda endüstrinin kendisi de olmaktadır. Bunun nedeni ise tekel firmanın (endüstrinin) ürettiği ürünün ikamesinin bulunmamasıdır. Bu çerçevede ikame ürün üretebilecek firmaların sektöre girişinde de oldukça etkili engeller bulunmaktadır. Dolayısıyla ürünün veya

hizmetinin fiyatını çoğunlukla piyasa arz talep dengesinin üstünde belirleme eğiliminde olacaktır. Söz konusu fiyatlar, piyasa denge fiyatının üstünde olacağından piyasada etkinlik sağlanmamış olacaktır (Özer, 2008: 191).

Diğer taraftan literatürde sıklıkla doğal tekel adı altında bahsedilen tekel modeli yukarıda bahsedilen tekel tarzı piyasa modelinden farklılıklar taşımaktadır.

Her ne kadar sektöre girişi engelleyici yaptırımların olması gibi nedenlerle benzerlikler gösterse de doğal tekeller kuruluş aşamasında büyük miktarda yatırım harcamasına gerek duyan elektrik, telekomünikasyon, su ve doğal gaz şebekeleri gibi endüstrilerdir. Sosyal faydası oldukça önemli olan söz konusu kamu hizmetlerinin piyasada tek bir firma aracılığıyla karşılanması, aşırı maliyetli işlemlerden kaçınmayı sağlayacaktır (Çakal, 1996: 18).

Dolayısıyla tekeller, doğal tekellerin aksine genellikle verimsiz olma eğilimindedir. Tekeller, rekabet edilebilir piyasalara kıyasla daha yüksek fiyatlama yapabilecek kadar üretimlerini kısıbilmektedir. Dolayısıyla tekellere yapılabilecek regülasyonlar rekabeti arttırmaktan ziyade, talebi karşılayacak şekilde yapılacak üretimi, belli oranlarda yükseltmek şeklinde olacaktır (Eisner vd, 2000: 5).

1.5.1.2 Dışsallıklar

Bir bireyin ya da firmanın, diğer birey ve firmaları etkilediği, bir firmanın diğer firmalar üzerinde maliyet yükleyerek ancak onların zararını telafi etmediği, ya da alternatif olarak bir firmanın, diğerlerine bir fayda sağladığı ancak bu faydanın karşılığını alamadığı bir çok durum mevcuttur (Stiglitz, 1994: 92). Dolayısıyla dışsallık kavramı bir ekonomide yer alan kişi, kurumlar veya firmaların üretim veya tüketim faaliyetleri neticesinde başka kişilerin, kurumların veya firmaların fayda ve maliyetlerini negatif veya pozitif yönde etkilemesini ifade etmektedir (Kesik vd, 2013: 29).

Dışsallık kavramına faydanın veya maliyetin fiyatlandırılabilmesi kapsamında açıklayan Ünsal'a (2007: 575) göre dışsallık "Bir karar biriminin bir başka karar birimine doğrudan sağladığı yarara veya doğrudan yüklediği maliyete dışsallık denilmektedir. Bu tanımdaki doğrudan kelimesi, bir karar biriminin bir başka karar birimine piyasa mekanizması aracılığıyla (dolaylı olarak) sağladığı yararın veya yüklediği maliyetin veya kısaca fiyatlandırılan bir yararın veya fiyatlandırılan bir maliyetin dışsallık kapsamında olmadığını ifade etmektedir. Bu husus bir karar biriminin bir başka karar birimine piyasa mekanizması aracılığıyla (dolaylı olarak) sağladığı yararın veya yüklediği maliyetin, kısaca fiyatlandırılan bir yararın veya fiyatlandırılan bir maliyetin parasal dışsallık diye nitelendirildiği hesaba

katarak değerlendirilirse, dışsallık kavramı parasal dışsallığı kapsamaz. Dolayısıyla da dışsallık kavramı, bir karar biriminin bir başka karar birimine sağladığı fiyatlandırılmayan yarar veya yüklediği fiyatlandırılmayan maliyet biçiminde de tanımlanabilir.”

Dolayısıyla dışsallık kavramı ile üçüncü şahısların herhangi bir üretim veya tüketim faaliyetinden fayda veya zarar görmesi; diğer bir ifadeyle bu faaliyetlerin neden olduğu marjinal sosyal maliyetin marjinal sosyal faydadan daha fazla olması ve bundan üçüncü şahısların fayda görmemesi anlatılmaktadır.

Pozitif dışsallıkta üçüncü kişilere fayda sağlanırken negatif dışsallıkta maliyet yüklenmesi söz konusudur. Her iki durumda da kişilerin fayda fonksiyonu etkilendiğinden Pareto etkinlik dengesi bozulmuş olacaktır (Önder, 1974: 7).

1.5.1.3 Asimetrik Bilgi

Asimetrik (veya eksik) bilgi, iktisadi bir ilişki içinde olan piyasa ajanları arasında karşılıklı bilgilerin farklılığı olarak tanımlanabilir. Diğer bir deyişle “Eksik bilgi ekonomide ticarete konu olan mal ve hizmetlerde, ekonomik ajanların bilgi farklılığına sahip olması yani bir bilgi asimetrisinin bulunmasının, rekabetin şartlarının bozulmasına yol açtığı ve böylece taraflardan birinin diğerine (haksız) üstünlük sağlamasına neden olan” bir piyasa başarısızlığıdır (Alp ve Karakaş, 2008: 215).

Asimetrik bilgi sorununa örnek olarak, sigorta şirketlerinin kendisinden hizmet talep eden müşterilerinden daha fazla bilgi sahibi olması nedeniyle sigortaya konu olan riski, olduğundan yüksek gösterip sigorta bedelini de yüksek talep etmesi nedeniyle eksik bilgisi olan müşterinin bundan maddi kayba uğraması olarak gösterilebilir (Stiglitz, 1988: 82).

Diğer bir örnek olarak ikinci el otomobil piyasaları gösterilebilir. Bu piyasalarda ikinci el otomobili talep eden taraf otomobilin özellikleri hakkında tam bilgiye sahip olmayıp (diğer bir ifadeyle eksik bilgiye sahip olup) ortalama bir fiyattan satın almak isteyecektir. Arz eden (otomobil satıcısı) ise tam bilgiye sahip olup fiyatı yüksek tutmak isteyecektir. Dolayısıyla daha iyi arabaların fiyatlarına yaklaşan ikinci el otomobillerin satışı artacak, daha iyi durumda olan otomobiller ise daha az satılacaktır. Asimetrik bilginin neden olduğu Ters Seçim (adverse selection) sonucu ikinci el otomobil (limon pazarı) olması gerekenden fazla fiyatta ve miktarda satılmış olacaktır (Akerlof, 1970: 489-491). Asimetrik bilgi ile ilgili olarak verilen bu örnek literatürde “limon teorisi” olarak adlandırılmaktadır.

1.5.1.4 Kamu Malı

Kamu malı kavramıyla dar anlamda devlet geniş anlamda ise merkezi yönetim, yerel yönetimler, Kamu iktisadi teşebbüsleri, sosyal güvenlik kuruluşları ve diğer kamu yönetimi

ajanlarına ait mallar ve hizmetler anlatılmaktadır. Kamu mallarına örnek olarak kamuya ait sadece binalar, arsalar anlatılmamakta yollar, köprüler veya kamuya ait iktisadi bir kuruluşun sermayesindeki kamu payı da kamu mallarına dahil edilmektedir (Eğilmez, 2016: 133).

Bir ekonomideki güvenlik ve savunma hizmetleri gibi bazı mallar ortak kullanılmaktadır. Bu ortak faydaya yönelik mal ve hizmetleri piyasanın üretmesi, özellikle bedavacılık sorunu² nedeniyle tercih edilmemektedir. Sonuç olarak bu tür malların piyasa tarafından üretilmesini teşvik etmek zor olmakla birlikte bedavacılık (free-riders) probleminin üstesinden gelebilmek için vergi yaptırımları yoluyla regülasyonlara gerek duyulabilmektedir. Benzer şekilde tüketici kamu malının topluma yüklediği maliyeti göz ardı ederek ve böylece aşırı tüketimi tercih ederek ahlaki çöküntüye (moral hazard) yol açabilmektedir (Baldwin vd, 2012: 20).

1.5.2 Kamu Regülasyonlarının Neden Olduğu Başarısızlıklar

1929 Dünya Ekonomik Buhranı sonrası devletin ekonomide önemli bir aktör olarak görülmesinin ardından 1970’li yıllara gelindiğinde uygulanan kamu politikaları sonucunda devletin piyasaya olan müdahalesine ve dolayısıyla kamu regülasyonlarına karşı fikirler ve politik hareketler başlamıştır. 19.yy’ın başlarında gelişmiş birçok ülkede piyasa serbestliğine yönelik regülasyonlar ve de-regülasyonlar uygulanmıştır. Bu dönemle birlikte bir takım iç ve dış iktisadi veya politik baskılar sonucu birçok ülke “düzenleyici reformları ve özelleştirmeleri kapsayacak bir biçimde devlet ve ekonomi arasındaki ilişkiyi yeniden yapılandırma hareketine girişmiştir”. Dolayısıyla kamunun başarısızlığına yönelik tartışmalar bu dönemde başlamış ve bir çok teori de yine aynı dönemde ortaya atılmıştır. 1970’li yıllarla birlikte kamu sektörünün iktisadi alanda başarısız olması sonucu ülkelerin genel makro iktisadi yapısı olumsuz etkilenecek kamu harcamalarının azaltılması, kamu iktisadi teşebbüslerinin özelleştirilmesi ve iktisadi hayata yön veren katı regülasyonlardan vazgeçilmesi (de-regülasyon) yoluna gidilmiştir (Sarisoy, 2010: 283).

Diğer taraftan kamu kesiminin iktisadi hayata müdahalesiyle ilgili olarak klasik iktisadi düşünceyi kabul eden bir takım iktisatçılar savunma, güvenlik ve adalet hizmetleri ile piyasa ekonomisinin işleyişini kolaylaştıracak (altyapı yatırımları gibi) yatırımların kamu sektörü tarafından yapılmasını savunmaktadırlar. Söz konusu hizmetlerin özel sektör tarafından üretilmesi halinde ortaya çıkacak sosyal refah kazancı, kamu tarafından üretilmesi halinde ortaya çıkacak olan kaynak israfından (sosyal maliyetten) daha düşük olacaktır. Bu nedenle klasik iktisadi ekol tarafından özel sektörün bu hizmetleri üretmesi durumunda

² Kamusal bir maldan faydalanmanın karşılığında, bu malın finansmanına/maliyetine katılmama, kaçınma sorunudur.

kaynak israfının daha fazla olacağı düşünülmektedir. Fakat devlet bir yandan piyasa başarısızlığına yönelik önlemler alırken diğer yandan da piyasa ekonomisinde olduğu gibi bir takım başarısızlıklara neden olmaktadır. Bu çerçevede kamunun piyasa başarısızlığı nedeniyle müdahalede bulunurken sebep olduğu bazı başarısızlıklara aşağıda değinilmiştir (Akça, 2011: 185).

1.5.2.1 İçsellikler ve Kişisel Amaçlar

Sağlık, güvenlik ve adalet gibi kamu hizmeti faaliyeti yürüten kurumların sorumluluklarını yerine getirebilmek için ihtiyacı olan şey, standartların açık ve anlaşılır olması gereğidir. Bu ihtiyaçlar ise dışarıdan (dışsal) değil içsel problemlerden kaynaklanmaktadır. Örneğin personel performansının değerlendirilmesi, ücretlerin belirlenmesi, terfiler, ikramiyeler, bütçe tahsisine yardımcı olabilecek alt kurumların görüşleri, memurlarla ilgili faaliyet konuları bunlardan birkaçıdır. Dolayısıyla kar-zarar analizi ve tüketici davranışından piyasa yapısına kadar doğrudan performansa yönelik ölçütlerin yokluğunda kamu kurumları kendi standartlarını geliştirmek zorunda kalmaktadır. Bu standartlara "İçsellikler" denilmektedir. Regülasyonlar ile kurum ve personel performansının değerlendirilmesi bu kapsamdadır (Wolf, 1979: 116).

Biçimsel anlamda piyasa dışı organizasyonlardaki içsellikler veya özel hedefler, kurumlardaki personelin faydasını maksimize etme çabası haline gelmektedir. Böylece içsellikler kamu kesimi faaliyetlerinin sonuçlarını, tıpkı piyasadaki dışsallıklarda olduğu gibi etkilemektedir. Dışsallıkların varlığı özel (piyasa) karar alıcıların hesaplarına dahil olmayan sosyal maliyet ve fayda anlamına gelirken içselliklerin varlığı sosyal (devlet, kamu) karar alıcıların hesaplamalarına dahil olan özel (piyasa) ya da örgütsel maliyet ve faydalar anlamına gelmektedir. Dolayısıyla dışsallık kavramı piyasa başarısızlığının merkez sorunu olduğu gibi içsellik kavramı da kamu başarısızlığının önemli bir kavramıdır (Wolf, 1979: 117).

Söz konusu içselliklerin ortaya çıkardığı kamu sektörü başarısızlıklarından bazıları şöyledir:

Büyük Bütçe: Performans değerlendirmesi ve izlenmesi için bir standart/ölçüt olan karların yokluğunda, devlet kurumları başarısını bütçe büyüklüğü ile belirlemektedir. Kurum personelinin ve diğer alt birimlerin performansı, kurumun kendi bütçesinden yapılacak kesintilerle veya bütçesinin genişletilmesine olan katkılarla değerlendirilir. Neticede çoğunlukla maliyetleri düşürmekten ziyade maliyetleri meşrulaştırma yoluna gidilmektedir. Dolayısıyla "kurumsal hizmetin refahı bütçe büyüklüğü ile ölçülür" yaklaşımı bütçe içselliklerinin bir sonucu olarak kurumda bir bozulma (yozlaşma) yaratmakta, bu durum ise

sosyal optimumu düşüren bir devlet (kamu) başarısızlığına neden olmaktadır (Wolf, 1979: 119).

Benzer şekilde bütçe içselliği sorunu kendini istihdam konusunda da gösterir. Burada kurum, hükümet ve sendikaların baskılarını bertaraf edebilmek için hizmet başına düşen personel sayısından fazla personeli istihdam etmektedir. Dolayısıyla toplumsal refahta düşüşle sonuçlanan kamu başarısızlığı sorunu ortaya çıkmaktadır (Wolf, 1979: 120).

Savurganlık ve Yüksek Maliyet: Regülasyon politikalarında, idari transfer ödemelerinde ya da kamu mallarının üretiminde kaçınılmaz olarak aşırı maliyetler söz konusu olmaktadır. Aşırı maliyetlerin neden olduğu kamu kesmini başarısızlığı teknolojik olarak yetersiz olan üretimle birlikte gereksiz maliyetlerle sonuçlanmakta, bu savurganlık ise zamanla artış göstermektedir (Wolf, 1979: 124). Dolayısıyla buradaki en önemli sorun X etkinsizliği olarak karşımıza çıkmaktadır.

X Etkinsizliği; H. Leibenstein (1966), rekabetin üretim etkinliği üzerindeki etkisini ampirik olarak kanıtlamak için geliştirdiği bir kavramdır.

X etkinsizliği Çetin'e göre (2010: 184) "Firma, rekabetçi bir yapı altında faaliyet göstermiyorsa, üretim süreçlerinin etkin olmadığı varsayılır. Pareto optimumu bağlamında iktisadi etkinsizlik, ağırlıklı olarak aksak rekabet koşullarından kaynaklanan kaynak tahsisindeki etkinsizlik için kullanılmakta ve içerdiği kapsam itibarıyla sınırlı olmaktadır. Elbette aksak rekabet piyasalarında firmanın rekabet baskısı olmadan faaliyet göstermesi nedeniyle ortaya çıkan etkinsizlikler mevcuttur. Tekel konumundaki bir firma, kaliteyi geliştirme ve maliyetleri minimize etme yönünde bir gayret içinde olmayabilir. Sonuç itibarıyla söz konusu piyasalarda kaynak kullanımında etkinsizlik ortaya çıkmaktadır. Ancak ekonomideki etkinsizlikler, sadece kaynak tahsisinde etkinlik ile açıklanabilecek kadar basit değildir ve sadece aksak rekabet koşullarından kaynaklanmamaktadır" (Çetin, 2010: 184).

X etkinsizliğinde kamu kurumlarında çalışan personel başına düşen çıktı miktarı oldukça az olmakta; diğer bir ifadeyle gereğinden fazla personel bulundurulmakta ve bunun neticesinde verimsizlik gibi nedenlerle ortaya çıkan bir etkinsizlik söz konusu olmaktadır. Bu etkinsizlik kaynak tahsisine dayalı bir etkinsizlikten ziyade teknik bir etkinsizliktir. Bürokrasi kamu hizmetini üretirken etkinlik noktaları olan üretim olanakları eğrisi üzerinde bir noktada üretimde bulunmak yerine, bu eğimin altında bir noktada bulunur. X etkinsizliğinin nedeni, bürokrasinin, tekel durumunda olmasına bağlı olarak, maliyetlerini marjinal maliyetler üzerinde tutmasıdır. Bunun sonucunda vergi ödeyiciler daha yüksek vergiler ile karşılaşacaklardır.

Diğer taraftan X etkinsizliği sadece bürokraside ortaya çıkmamakta, aynı zamanda eksik rekabet piyasalarında yer alan tekeli koşullarda faaliyet gösteren özel sektörde de X etkinsizliği bulunmaktadır. Fakat özel sektörün bu tür tekeli faaliyetlerine yönelik olarak önlemlerin alınması ve rekabet ortamının sağlanmasına yönelik kurum kapsamında bir takım önlemler alınabilir. Örneğin tekel karşıtı yasalar ve Rekabet Kurulu gibi bağımsız kuruluşlar bu önlemler arasında sayılabilir. Buna karşın kamu bürolarının rekabetçi bir güdüyle faaliyette bulunması mümkün olmamaktadır. Çünkü bu mal ve hizmetlerin (veya birimlerin) niteliği gereği topluma bir bütün olarak sunulmaktadır. Dolayısıyla bu hizmetlerde arz birimlerinin etkin çalışması için gerekli teşviki sağlayacak olan rekabetçi bir piyasa mevcut olmayacaktır.

Bu durumda bazı kamu mal ve hizmetlerini zorunlu olarak devlet üreteceğine göre, kamu kesiminde etkinliği sağlamaya yönelik olarak idari ve kurumsal olarak reformlar ve yeniden yapılandırma yoluna gidilecektir (Ataç vd, 2007: 86).

1.5.2.2 Regülasyon Tuzağı (Regulation Capture)

Kar amacı güden güçlü piyasa aktörlerinin kar maksimizasyonunu korumak için devlet kurumlarını etkisi altına alma konusu yeni olmayıp buna benzer düşünceler Montesquieu 'ya ve son olarak Karl Marks'a kadar dayanmaktadır. Ancak modern anlamda "regülatör tuzağı" ekonomik analizlerde 20.yy. sonlarına doğru özellikle Stigler'in (1971) önderliğinde kullanılmaya başlamıştır (Boehm, 2007: 4).

Stigler'e göre regülasyon için talebi belirleyen iki temel unsuru bu regülasyondan faydalanan grupların özeliği belirler. Bunlardan ilki faydalanan grubun büyüklüğü, diğeri ise regülasyondaki menfaatlerinin (hisselerinin/paylarının) büyüklüğüdür. Grubun aşırı büyük olması faydalanan grubun başarılı şekilde örgütlenmesini engelleyebilir. Böyle organizasyonlar kolektif eylem probleminin çözümünü gerektirmektedir. Büyük hisseli gruplar ise regülasyon talebi için üyelerini harekete geçirmek için onlara teşvik verebilir. Arz tarafında ise bu tip politik baskılara cevap veren kamu sektörü bulunmaktadır. Bu noktada Stigler, bireysel güç ve kazancını arttırmak odaklı düşünen ve dolayısıyla kişisel çıkarlarını düşünen regülasyonun üreticisi olarak politikacıları incelemiştir. Eğer güç, para ve oya bağlıysa, regülasyonun maliyeti politikacılar için önemsenen bir unsur olmayacaktır. Fakat Stigler bu maliyeti azaltmanın bir yolu olarak sadece marjinal regülasyondan etkilenen seçmenler için regülasyon hakkında tam bir bilgi verilmemesini söylemektedir. Stigler'in bu düşüncesi ile ekonomi politikalarının hayırsever eylemlerden kaynaklanmayabileceğini

söylemektedir. Dolayısıyla kamu politikalarının bireysel politik veya bürokratik çıkarlardan kaynaklanıyor olabileceğini ifade etmiştir (Dal b6, 2006: 205).

Sonuç olarak regülasyon tuzağı ile anlatılmak istenen, regülasyon görevini üstlenen regülatörlerin, bir süre sonra regüle ettiği sektördeki firmaların veya o sektördeki en büyük şirketin, gerek bilgi asimetrisinden dolayı gerekse aralarında zamanla süregelen menfaat ilişkileri neticesinde etkisi altına girerek ortaya çıkan regülasyon başarısızlığıdır. Regülatör ile regülasyon yapılan firma/sektör arasındaki bu rant ilişkisi nedeniyle ortaya çıkan durum ise kamu başarısızlığıdır.

1.5.2.3 Politik Miyopluk/Nepotizm/Oy Ticareti

Politik miyopluk kavramı politikacıların siyasi rant elde etme çabalarını ifade etmektedir. Başka bir ifadeyle “siyasetçilerin siyasi sorumluluklarını yerine getirmesinde seçmenlerin elindeki en önemli koz, seçimlerdir. Seçimler sayesinde seçmenler verdikleri yetkiyi siyasal iktidardan alabileceklerdir. Bu nedenle siyasal iktidar seçim öncesinde kısa vadede oy kazandıracak politikaları uygulamaya koyacaktır. Kamu tercihi literatüründe bu olaya politik miyopluk etkisi” denilmektedir (Dileyici ve Özkıvrak, 2010: 50).

Diğer taraftan halk arasında “torpil” olarak adlandırılan *nepotizm* (Adam Kayırmacılık) kavramı “kamu yönetimine yapılan atamalarda liyakat ilkesinin yerini akrabalık, hemşericilik, arkadaşlık gibi şahsi faktörlerin alması olarak ifade edilmektedir. İki türü bulunan adam kayırmacılığın ilki nepotizm diye tarif edilen daha çok geleneksel ilişkilerin varlığını sürdürmüş olduğu toplumlarda görülmekte olup, görevin getirmiş olduğu nitelikleri dikkate almaksızın sırf akrabalık ilişkilerine bağlı olarak bir kişinin kamu görevine atanmasıdır. İkincisi ise “kronizm” olarak ifade edilirken bir kimsenin arkadaşlık, dostluk, hemşericilik gibi ilişkilere dayalı olarak bir kamu görevine atanmasıdır” (Yıldırım, 2013: 359).

Oy Ticareti ise “milletvekillerinin oylarını artırabilmek için kendi seçim bölgelerine daha fazla hizmet götürmesi olarak tanımlanmaktadır. Oyların belli alanlarda yoğunlaşması hizmet ve bütçenin o bölgeye kaymasına neden olmakta ve nihayetinde bu durum bölgeler arasında dengesizliğe ve eşitsizliğe yol açmaktadır. Hizmet kayırmacılığının ortaya çıkmasına neden olan bu politik yozlaşma, kamu ekonomisinde optimum karar alınmasını engellemektedir” (Kızılboga, 2012: 100).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK REGÜLASYONLARI VE TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

2.1 Kamu Regülasyonu Olarak Sağlık Düzenlemeleri

Regülasyonlar ekonomide birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektörünü de hedef alabilmektedir. Emniyet kemerlerinin zorunlu olması da buna verilebilecek bir örnek olabileceği gibi sağlık regülasyonlarının ana hedefini çoğunlukla sağlık hizmeti ve bunların finansmanı oluşturmaktadır (Zweifel, 1998: 4).

Sağlık sektörüne ayrılan ve sınırlı olan kaynakları toplumun farklı türlerde ve sınırsız olan sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaçları arasında, karar alıcılar tarafından belirlenmiş bir öncelik sırasına göre tahsis edilmesi işlevi, devletin sağlık hizmeti piyasalarıyla ilgili fonksiyonu konusunda bir çerçeve sağlamaktadır. Buna göre sağlık piyasalarıyla ilgili olarak devletin geleneksel görevleri şöyle sıralanabilir.

- Temel sağlık ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi tam kamusal mal ve tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri gibi yarı kamusal malları üretmek,
- Sosyal güvenlik kapsamında bulunan hizmetler, temiz su ve çevre koşullarını sağlama ve gönüllü aşılama gibi sağlık hizmetlerinden faydalanamayan kişilerin ilgili taleplerini karşılamak üzere regülasyonlar yapmak,
- Sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumu için sağlanan sınırlı kaynakları etkin kullanmak,
- Ülkenin sağlıkla ilgili ortalama yaşam süresi, doğum başına düşen ölüm oranı gibi göstergeleri izlemek ve böylece toplumun iktisadi, sosyal ve sağlıkla ilgili göstergelerin düzeyini belirleyerek gerekli önlemleri almak,
- Sağlık sektörüne olumsuz etkide bulunan dışsallık, eksik bilgi gibi piyasa başarısızlıklarına yönelik denetimlerde bulunmak ve söz konusu sorunları tespit ederek çözümler bulmak,
- Bölgeler arasında sağlık hizmetlerine erişim, kişi başı sağlık çalışanı gibi göstergelerde eşitliği hedeflemek ve sağlık harcamalarının dağılımı açısından gerekli düzenlemeleri yapmak,
- Sağlık sektöründe yer alan çalışanlarla veya gruplarla ilgili araştırmalar yapmak ve buradaki iyileştirmeler sonrasında toplumdaki beşeri sermayenin niteliğinin yükseltilmesi için gerekli adımları atmak,

- Sağlık hizmetlerinin finansmanının kamu tarafından kısmen veya tamamen karşılanması olarak ifade edilmektedir (Aktan ve Işık: 1).

Devletin sağlık piyasalarıyla ilgili rollerini genelleyecek olursak, kamu sağlık sisteminin tüm vatandaşlarına sağlık hizmeti sunmak ve bu hizmeti gerçekleştirebilmek için riskli grupların (azınlıklar veya davranışsal risklere sahip bireyler) sağlık hizmetlerine veya kurumlarına ulaşabilmesini sağlamak gibi iki ana görevi vardır. Bu roller sosyal adalet ilkesine dayanmaktadır (Baker, 2002: 74).

Diğer bir ifadeyle sağlık sektörüne yapılan regülasyonların nedeni, bireylerin fayda; firmaların ise kar maksimumunu hedeflemesi, kaynakların Pareto optimum tahsisi için refah ekonomisinin birinci en iyiyi sağlamaması sonucunda sağlık sektörünün dışsallık ve asimetric bilgi gibi kendine has özellikleri ortaya çıkmaktadır.

Böylece piyasa koşullarında sağlık hizmetleri sağlanamamaktadır. Bu durum devletin müdahalesine (regülasyona) ekonomik bir gerekçe sağlamaktadır. Bu gerekçelere yönelik müdahale yöntemleri ise ülkelere göre farklılık göstermektedir (Bezzola ve Martinsson, 1998: 9).

Piyasa başarısızlıkları nedeniyle sağlık hizmetleri piyasası, tam rekabet piyasası özelliklerine sahip olmayıp kendine özgü özellikleri nedeniyle diğer hizmet piyasalarından ayrı bir kategoride değerlendirilmektedir. Bu piyasanın özellikleri aşağıda sıralanmıştır (Bilgili ve Ecevit, 2008: 204-205).

- Sağlık hizmetleri piyasasında talebin ne zaman ve nasıl geleceği çoğunlukla bilinmemektedir. Aynı zamanda hangi harcama düzeyinde olacağı konusunda da belirsizlik mevcuttur
- Özellikle doktor ile hasta veya sigorta kuruluşu ile hasta arasında eksik bilgi sorunu bulunmaktadır. Söz konusu eksik (asimetric) bilgi hastanın alacağı sağlık hizmeti kuruluşunun veya doktorun niteliği, hizmetin fiyatı ve kalitesi açısından yeterli bilgiye sahip olmaması açısından önem taşımaktadır. Diğer taraftan doktor, hemşire gibi sağlık hizmeti arz edenler tarafından hastaya hastalığı ile ilgili gerekli veya yeterli düzeyde bilginin verilmemesi de eksik bilginin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.
- Sağlık hizmetleri piyasasında sağlık hizmetlerine olan talep nüfusun artması gibi çeşitli nedenlerle artarken hizmetin arzı o derecede artmamaktadır. Bunun nedeni ise sağlık hizmetini arz eden sağlık kuruluşları ve sağlık sektörünün işgücü arzındaki artışın sınırlı olmasıdır.
- Sağlık hizmetleri piyasasında diğer hizmet piyasalarına göre işgücünü yetişmesi için uzun bir zaman gerekmektedir. Diğer taraftan hastalar istediği sağlık kuruluşu veya

doktoru tercih edememektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri piyasasına girişte bir takım sınırlamalar bulunmaktadır.

- Sağlık hizmetleri piyasasında standart bir hizmet yapısı bulunmamaktadır. Örneğin aynı bölgede hizmette bulunan aynı okul mezunu iki kadın doğum doktoruna olan talepler farklılık göstermektedir. Dolayısıyla bu piyasada sunulan hizmetler tek tip olmayıp heterojendir.
- Herhangi bir hizmette olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de talep ertelenemez ya da stoklanamaz. Aynı zamanda talep edilen hizmetin ikamesi de bulunmamaktadır.
- Sağlık hizmetleri piyasasında gölge fiyat oldukça yaygın bir husustur. Buna göre sağlık hizmetlerinde yer alan bir mal veya hizmetin üretim maliyetiyle oluşan fiyatı ile piyasa fiyatı arasında önemli derecede farklılık bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasasında görülen piyasa başarısızlıklarının yukarıda sayılanlar olduğunu söylemek mümkündür.

2.2 Kamu Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi

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

20 yy. başlarında birçok Batı toplumlarındaki sağlık sisteminin kontrolü tıp mesleğini icra edenlere bırakılmıştı. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ulusal hükümetler kendi halkına sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük taahhütler vermiştir. Bu taahhütlerin sonucunda sağlık mesleği mensupları, iş alemi, sigorta firmaları ve devlet arasında mücadele yaşanmıştır. Bu mücadele sonucunda birçok ülkede sağlık sigortası fonu kamu bürokrasisinin bir parçasına dönüşmüştür. Ancak aynı zamanda sağlık mesleği mensupları devletin sağlık alanındaki kontrol gücünü de önemli derece sınırlamıştır. Daha sonra 1970'li yıllarda ve 1980'li yılların da bir kısmında hükümetler sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve eşit ulaşmasının yanı sıra maliyetleri de kontrol altına alma amaçlı regülatörleri ve çeşitli finansal mekanizmaları devreye sokmuştur. 1980'lerin sonlarında ise sağlık hizmetlerinde verimlilik

ile bu hizmetlere erişim arasında kalan devlet sağlık hizmetlerini kontrol etmenin yeni yollarını aramaya başlamıştır. Aşırı rekabetçi piyasa ile devlet güdümlü politikalardan uzaklaşıp bu ikisinin ortası olan “üçüncü bir yol” bulmayı amaçlayan girişimler olmuştur. Ancak devlet güdümlü politikalardan uzaklaşmak, devletin alıcı ve satıcılar arasında kanunlarla doğrudan var olması nedeniyle daha az regülasyon anlamına gelmemektedir.

Dolayısıyla sağlık sektöründeki regülasyonun evrimi bir kontrol mekanizmasından bir diğerine sürekli bir ilerleme olarak ortaya çıkmamakta daha çok sağlık sisteminin gelişmesinden bu yana birikimli olarak ilerleyen regülatör araçlarının karışımı olarak ortaya çıkmıştır (Chinitz, 2002: 61-62).

Yıllar içinde koşullara göre gelişen ve değişen regülasyon politikalarının her ekonomide aynı sırayı takip etmediği, bahsedildiği gibi ekonomilerin kendine özgü yapılarının etkisi nedeniyle ülkeden ülkeye farklılıklar gösterdiği açıktır.

Kurumsal miraslar farklılık gösterse de tüm ülkelerin kendi ulusal sağlık sistemlerini finanse etmesi ve hem ulusal hem de küresel gelişmelere karşı yeniden regüle etmesi gerekmektedir (Schmid, vd, 2010: 25).

2.2.1 Beveridge Modeli

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

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

1942'de yayınlanan Beveridge modelinin İkinci Dünya Savaşı'nın ardından ilk örnek olarak 1948 yılında Birleşik Krallıkta gerçekleşmesi nedeniyle Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti ile özdeşleşmiştir. Beveridge modeline göre sağlık hizmetlerinin doğrudan sağlamak (izleyen bölümde ele alınacak olan) sigorta sisteminden daha eşitlikçidir. Bu sağlık sisteminde sosyal koruma, vatandaşlık hakkı olmalıdır ve bu sosyal faydaların dağıtılmasında esas olan bireylerin ödeme gücüne bakılmaksızın eşit dağıtılmasıdır. Bu sisteme göre, ister ilaçlar için olsun ister doktorun özel muayenesinde ya da hastane tedavilerinde olsun neredeyse tüm sağlık harcamalarının finansmanı vergi gelirlerinden karşılanmalıdır dolayısıyla hastalar

tedavi sırasında ödeme yapmamalıdır. Bu sistemde merkezi bir kaynak (yani bütçe) toplam sağlık bütçesini karşıladığı (sağladığı) takdirde bütçe süreci (sağlık harcamalarının diğer devlet giderleri ile yarışması-rekabet etmek zorunda olması gibi) maliyetleri karşılamak için güçlü bir mekanizma işlevi görmektedir (Immergut, 1992: 51).

Bizzat Beveridge'nin “sosyal devrim” olarak nitelendirdiği bu raporun temel düşüncesi, modern toplumun önemli bir sorunu olan yoksulluğun sistematik ve kapsamlı bir sosyal güvenlik sistem ve modeliyle çözümlenmesidir.

Beveridge modelinin temel düşüncesi, yoksulluğun ortadan kaldırılmasına yönelik geniş kapsamlı sosyal güvenlik sistemi oluşturmaktır.

Beveridge raporundan yola çıkarak, raporda belirtilen sağlık sisteminin finansman ve sunum yöntemiyle ilgili ilkeleri Koç (2006: 97-98) yedi başlıkta toplulaştırmıştır:

Genellik İlkesi: Bu raporun en önemli ilkelerinden biri, sosyal güvenliği halkın tümüne yayma ilkesidir. Bu anlamda genellik ilkesi mutlak bırakılmış, toplum üyeliği (vatandaşlık) sosyal güvenlik hakkından yararlanmak için “yeterli şart” görülmüştür.

Sosyal Yardımlarda Birlik (Teklik): Raporun bir diğer düzenlenmesinde geliri ne olursa olsun sosyal risklere maruz kalan her vatandaşa asgari yaşam düzeyini yakalaması için ulusal sigortadan yardım yapılması öngörülmüştür.

Yönetimde Birlik: Sosyal yardımların tekliğinin doğal bir sonucu, dağınık halde bulunan sosyal sigorta kuruluşlarının birleştirilmesi önerilmiş ve bu kamu hizmetinin tek bakanlığın eliyle yürütülmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bununla hizmetin veriminin artması, maliyet, bürokrasi ve formalitelerin azaltılması hedeflenmiştir.

Ferdi Sorumluluk ve Devlet Katkısı: Sosyal güvenliğin fert ve devletin işbirliğiyle finanse edilmesi, yani üçlü katılımın gerekliliği üzerinde durulmuştur.

Primlerde Birlik ve Zorunlu Ödeme: Diğer bir ilkede ise, sigortalılığın herkes için zorunlu olduğu ve ödenecek primlerin tekliği vurgulanmaktadır.

Sosyal Güvenlik Sisteminin Tam İstihdam ve Ulusal Sağlık Politikalarıyla Desteklenmesi: Sosyal güvenlik, ülkede uygulanan ekonomik ve sosyal politikanın bir parçasıdır. Bu yüzden etkin bir sosyal güvenlik sisteminin tam istihdam ve ulusal sağlık politikalarıyla desteklenmesi gereklidir. Ayrıca, genel sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilerek, tüm halka ücretsiz tıbbi yardım sağlanması gereklidir.

Aile İhtiyaçları: Yoksulluğu ortadan kaldırmayı temel amaç edinen bu rapor, ailenin asgari geçim seviyesine altına düşmemesi için gerekli tedbirlerin alınması zorunluluğunu ortaya koymuştur. Bunun doğal sonucu olarak evlenme, doğum, analık ve çocuk yardımlarının yapılması önerilmiştir (Koç, 2006: 97-98).

2.2.2 Bismarck Modeli

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

Bismarck modeline göre bireylerin sosyal güvenlik hakkı, mesleki faaliyet kıstasına bağlı olmaktadır. Temel finansman kaynağının kazanç esasına dayanan sigorta primlerinin oluşturduğu bu modelde, çalışanlar bağımlı ya da bağımsız çalışma statülerine göre sosyal güvenlik kapsamına alınmaktadır. Günümüzde Bismarck modeli (veya sosyal sigorta modeli) yaygın olarak uygulanmaktadır (Güzel, 2005: 65).

Bismarck modelinde sunulan sosyal korumanın seviyesi istihdam durumuna, piyasanın gücüne ve liyakat ilkelerine bağlıdır. Sağlanan sosyal faydaların çok geniş bir yapıda olmasının bir sonucu olarak sigortalı bireylerin piyasayla ilişkilerinde beklenmedik olaylar durumunda devlet garantisi altındadır. Bu durumda piyasalara bağımlılık dolaylıdır çünkü sistem tarafından sunulan sosyal korumanın seviyesi, öncelikli olarak işçilerle (ve onların aile yapısıyla) ilişkilidir. Dolayısıyla bu sistemin kapsamı tam istihdamı sağlamak için toplumun kapasitesiyle ilişkilidir. Bu sistem ayrıca geleneksel aile rollerinin desteklenmesi üzerine kurulu olup aileyi esas alan bir yapıda inşa edilmiştir.

Sonuç olarak Bismarck refah sisteminin sahip olduğu politika araçlarının temel kurumsal değişkenleri şöyle özetlenebilir:

- Sosyal korumaya erişim türleri işçilere ve onların çalıştıkları süre içinde ücretlerinden alınan primlerine dayanmaktadır; modelin amacı ücretli işçileri sigortalamaktır.
- Finans mekanizması esasen ücretlerden alınan sosyal güvenlik primleri yoluyla sosyal katkılara dayanmaktadır.
- İdari yapılar para-fiskal kurumlardır. Bu kurumlar sosyal sigorta fonlarının yönetiminde etkin rol oynamaktadır (Palier ve Martin, 2008: 2-3).

Böylece iktisadi bunalım karşısında devletin müdahalelerle sosyo-ekonomik dengesizliğe karşı bazı politikalar geliştirmeyi kapsayan sosyal program ile bazı sosyal risklere karşı karşıya kalan işçilere, devlet tarafından gelir bağlanması esasını taşıyan sosyal sigorta sistemi, başlangıçta sadece sanayi işçilerini kapsama alırken, sonradan diğer ücretlileri de kapsama alması, yeni bir ilke olarak zorunluluk ilkesi gereği kapsamdaki işçilerin zorunlu olarak sisteme tabi olmasıyla (Bulut, 2011: 60) modern anlamda ilk sigorta modeli olmuştur.

2.2.3 Genel Sağlık Sigortası Modeli

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

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

Bu ilk bileşen, sağlık hizmetlerinin tesisinde tedavi, koruma ve rehabilitasyon hizmetlerine herkesin ulaşmasını anlatmaktadır. Bu hizmetlerin sunumunda kalitenin yüksek olması ise önemlidir. Aksi halde sağlık hizmetlerine herkesin mali sıkıntı yaşamadan ulaşabilmesini hedefleyen bir sistemin eğitimsiz sağlık çalışanları gibi kaliteyi düşüren etmenlere sahip olmasının sistem açısından hiçbir anlamı bulunmamaktadır.

İkinci bileşen ise sağlık hizmetini talep edenleri finansal risklerden korumayı içermektedir. Aksi halde para, hediye gibi informal (yasadışı, masa altı) ödemeler nedeniyle toplumun sağlık hizmetlerini almasında isteksizlik yaratabileceği gibi finansal açıdan ciddi sorunlarının olmasına da neden olabilir (Yates ve Humphreys, 2013: 9).

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

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

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

Dolayısıyla GSS sisteminde anahtar kavram “eşitlik” ilkesidir. Herkes ihtiyacına göre hizmet almalı ve sigorta kapsamında olmalıdır. Bu amaç tüm sosyo-ekonomik gruplar arasında (kadın-erkek, zengin-yoksul, farklı ırk veya etnik grup ayrımı olmaksızın) eşit olacağı anlamına gelmektedir. Bu tip bir sağlık hizmetini sunmada piyasanın yetersiz kalması sorunu kamunun finanse etmesi yoluyla ortadan kalkmış olmaktadır (UNSDSN, 2015: 3).

Diğer taraftan finansal katkılar, herkesin ödeme gücüne göre alınmaktadır. Her ne kadar kamu finansmanı gerekli olsa da zenginden fazla yoksuldan az alınmaktadır. Dolayısıyla fonların eşit ve etkili toplanması ve kullanılmasında ana aktör olan devletin yine bu ilkeleri güvence altına alan bir yapıda olması gerekmektedir. Ancak birçok ülke diğer özel finansman yöntemlerini kullanmakta ve bu durum sağlık hizmetlerine eşit erişimde ve finansmanında olumsuz etkilere neden olmaktadır (UNSDSN, 2015: 3).

Bu sistemde kamunun sağlık sistemindeki finansmanı oldukça önemlidir. Başlıca finansman kaynağı olan vergiler ve sosyal sigorta katkılarının her ikisinde de ön ödeme (pre-payment) yapılmakta ve daha önemlisi zorunlu katkıların olmasıdır. Bu küçük katkı paylarıyla yapılan ödemeler neticesinde sağlık hizmetlerini kullanmak isteyen bireylerin bir anda büyük miktarlarda sağlık hizmetlerini kullanım bedelinin vermemesi imkânı yaratılmaktadır. Sağlık ve refah hizmetlerine böylece zengin ile yoksul arasında çapraz bir sübvansiyon ile ulaşılmaktadır. Bu durum ise GSS sisteminin en önemli ilkesi olan eşitlik hedefi için büyük bir rol oynamaktadır (UNSDSN, 2015: 4).

Türkiye’de ise GSS, 2003 yılında ilan edilen SDP sonrasında Orta Vadeli Program (OVP) kapsamında de yer almaya başlamıştır. Nitekim 2005 tarihli OVP’ de “*sosyal dışlanma riskini azaltmaya yönelik olarak sosyal güvenlik sisteminin kapsamı genişletilecek ve genel sağlık sigortasına geçileceği*” söylenmiştir (Resmi Gazete, 2005). Bu bağlamda 2006 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu yasalaşmıştır. İlgili kanunun amacı ise “*sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları*” düzenlemek olarak belirtilmiştir (SSGSS, md: 1).

2.3 Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Kamu Sağlık Regülasyonları

1920 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı başlangıçta savaş sonrası dönemde yeniden yapılanma sürecine odaklanmış ve Türk sağlık sistemini kurmak için önemli bir role sahip olan ulusal sağlık mevzuatının oluşturulması yönünde adımlar atmıştır. Günümüzde mevcut

halk sağlığı sisteminin temelleri, 1923-1946 yılları arasında atılmış olup, bu dönemde, sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasından sorumlu olan Sağlık Bakanlığı'nın görev ve fonksiyonlarının açık ve kesin bir şekilde ortaya koyan yasalar çıkmıştır. Koruyucu halk sağlığı programlarına; bulaşıcı hastalıkların (örneğin tüberküloz, sıtma ve cüzzam vs.) kontrolüne ilişkin programlara öncelik verilmiştir. 1946-1960 yılları arasındaki dönemde ise sağlık ocakları kurulmuş; tüm hastaneler, yerel yönetimlerden alınıp Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

SSK, özel sektörde çalışan işçilere ve kamu sektöründeki daha çok beden gücüyle çalışan kişilere sağlık sigortası sağlamak üzere 1946 yılında kurulmuştur. 1961 yılında, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile Türkiye'de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasına zemin hazırlamıştır. Bu kanunda, sağlık hizmetlerinin tarafsız bir biçimde, sürekli ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Bu durum, Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi'nin oluşturulmasına öncülük etmiştir. Söz konusu kanun ile tüm vatandaşlara ücretsiz ya da kısmen ücretsiz sağlık hizmetinin sağlanması hedeflenmiştir: Finansman ise sağlık hizmeti için yapılan sigorta ödemelerinden ve merkezi bütçeden yapılmıştır. Fakat sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların çoğu personel giderlerine ayrılmış ve dolayısıyla da sağlık hizmeti vermek için gerekli altyapı, tıbbi ekipman ve diğer ihtiyaçlar ön plana çıkamamıştır.

Bu dönemde beş yıllık kalkınma planında (1963) ilk kez sağlıkla ilgili düzenlemelere yer verilmiştir. Sağlık piyasasına yönelik ilk beş yıllık kalkınma planının hedefleri şöyle sıralanabilir:

- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik tanınması,
- Sağlık Bakanlığı öncülüğünde halk sağlığı hizmetleri sunulması,
- Bölgeler arasında sağlık personelinin eşit dağıtılması,
- Toplumsal sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi,
- Özel sektör sağlık kuruluşlarının kurulmasına yönelik destekler verilmesi,
- Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması,
- Kamu hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması.

İlerleyen yıllarda GSS yasası taslak metin olarak hazırlanmış olsa da 1971 yılında TBMM'ye sunulmuş ve kabul edilmemiştir. Bu yasa 1974 yılında tekrar Meclis'e sunulmuş fakat görüşülmemiştir. 1978 yılına gelindiğinde Kamuda Çalışan Hekimlerin Tam Gün Çalışmasına ilişkin yasa kabul edilmiş ve doktorların özel sektörde çalışması engellenmiştir. 1980 yılında ise bu kanunu iptal eden yeni bir kanun (Sağlık Personelinin Tazminat ve

Çalışma Esaslarına Dair Kanun) getirilerek hekimlerin ve diğer sağlık personelinin özel sektörde de yarı zamanlı çalışmasına izin vermiştir.

1980-2002 yılları arasında, Türk vatandaşlarına sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerine erişimiyle ilgili olarak çok önemli anayasal haklar tanınmıştır. 1982 Anayasası'na göre, “*tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkı vardır ve devlet tüm vatandaşlarına sosyal sigorta sağlamak için gerekli adımları atmalıdır*” (md.60). Anayasa'da aynı zamanda sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde Devletin rolünü güçlendiren maddeler ve bunun yanı sıra GSS uygulanmasına ilişkin maddeler bulunmaktadır

1988-1993 yılları arasında Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), ihtiyaçları anlayabilmek ve reform yapılacak yönleri belirleyebilmek için büyük bir sağlık reformu çalışması gerçekleştirmiştir. Ulusal Sağlık Politikası, 1990 yılında Hükümet tarafından resmî olarak kabul edilmiş; GSS ve Aile Hekimliği modelinin Türkiye'de uygulanmasına da yer verilmiştir. Bu politika belgesinde, ulaşılması gereken belirli hedefler ortaya konmuş ve ana çocuk sağlığı gibi sağlıkla ilgili temel öncelikler belirlenmiştir.

1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde, GSS sisteminin başlatılması konusu tekrardan ele alınmış; ancak herhangi bir ilerleme kaydedilememiştir. Diğer yandan aynı yıl, Yeşil Kart programının başlatılması ile beraber, sigortasız nüfusun sağlık harcamalarının karşılanmasının artırılması konusunda önemli bir gelişme meydana gelmiştir. 1993 yılında Hükümette değişiklik olmuş ve ulusal sağlık politikası da geri planda kalmış; uygulamaya konulamamıştır. 1993-1997 yılları arasında sağlık politikaları açısından istikrar çok az olmuştur. Bu dönemde, çeşitli kalkınma planlarında sağlık reformlarına yer vermeye devam edilmiştir (OECD, 2008: 32-33). Örnek olarak 1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (DPT,1996: 45) şunları amaçlamıştır:

- GSS'nin bir an önce başlatılması,
- Sağlık hizmetinin sunumunun ve finansmanının birbirinden ayrılması,
- Hastanelerin kaliteli sağlık hizmetleri sunmalarına ve merkezi yönetim yapısının kısıtlamalarının hafifletilmesi için hastanelere özerklik verilmesi,
- Aile Hekimliği modelinin birinci basamak sağlık hizmeti olarak benimsenmesi ve koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun güçlendirilmesi,
- Ülkedeki sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve denetlenmesindeki rolünü güçlendirmek amacıyla SB'nin yeniden yapılandırılması.

SDP öncesi Türkiye sağlık sisteminde ortaya koyulan regülasyonların ve planların temel yasal düzenlemeleri şöyle özetlenebilir:

Tablo 2.1 SDP Öncesi Temel Sağlık Regülasyonları

KANUN	YIL	KONU
Sağlık Çalışanları Kanunu	1928	Sağlık personelinin çalışma koşulları ve kuralları
İlaç ve Tıbbi hazırlıklar Kanunu	1928	İlaç veya tıbbi ürünlerin üretimini, dağıtımını ve kullanımını yönetmek
T.C. Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Hakkında Kanun	1940	Toplum sağlığının korunması temelinde öncelikle bulaşıcı hastalıklar olmak üzere halk sağlığının gelişimi ve korunması için bireylerin sağlığını etkileyebilecek etmenleri incelemek amacı ile laboratuvar hizmetlerini sağlamak, eğitim ve araştırma için kurulmuştur.
Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanunu	1953	Eczanelerin kurulması ve eczacıların uyacağı kuralları belirlemek
Döner Sermaye Kanunu		Kamu kuruluşlarında döner sermayenin kurulması ile kural ve düzenlemeleri belirlemek
Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun	1961	Toplumsallaşmış sağlık sisteminin ilke ve kuralları açıklamak
Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun	1980	Sağlık personelinin çalışma ve tazminat şartlarının kurallarını ve düzenlemeleri belirlemek
Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun	1983	Sağlık Bakanlığının kurulmasına, teşkilat yapısına ve görevlerine ilişkin kuralları düzenlemek
Nüfus Planlaması Hakkında Kanun	1983	Nüfus planlamasına dair esasları, acil müdahale halleri ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların tedariki ve üretimlerine ilişkin hususları düzenlemek
Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	1987	Sağlık hizmetlerinin sağlanmasına dair temel ilkeleri özetlemek
Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik	1992	Yeşil Kart başvurusuna dair uygunluk kriterlerinin ve başvuru sonrası verilecek sağlık hizmetlerinin usul ve esaslarını belirlemesi

Kaynak: Tatar vd, 2011: 73

Ülkemizde ilk başta, örgütlenme ve dolayısıyla idari regülasyonlara yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Söz konusu regülasyonlar sadece personel, hastane ve sağlıkla ilgili (eczane gibi) tamamlayıcı hizmetlerle sınırlı kalmamış; bunun yanında nüfusun düzenlenmesine yönelik regülasyonlarla kuvvetlendirilmiştir.

Diğer taraftan Tablo 2.1’de yer alan sağlık hizmetlerindeki temel yasaların çoğu eskilere dayanmaktadır; fakat yıllar içinde değişen ülke ve dünya koşullarında revize edilmişlerdir. Ayrıca Türkiye sağlık sistemi birçok kez kanun hükmünde kararnameler ve yönetmelikler ile regüle edilmiştir (Tatar vd, 2011: 74). Bunu yanında Türkiye, sağlık sistemindeki yapısal sorunları çözmek için yukarıda bahsedilen çabalara rağmen söz konusu dönemler boyunca önemli bir ilerleme kaydetmemiştir.

Özellikle 1990’lı yıllarda uygulanmak istenen bazı sağlık politikaları reform niteliğindedir. 1990’lı yıllarda yürütülen reform çalışmalarının temel hususları şunlardır (Akdağ ve Erkoç, 2011: 24):

- Sosyal güvenlik kurumlarının (BAĞ-KUR, SSK, Emekli Sandığı) tek bir kurumun çatısı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının uygulamaya konulması,

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin Aile Hekimliği aracılığıyla geliştirilmesi,
- Hastanelere özerk bir yapının kazandırılması,
- Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması olarak ifade edilmiştir.

Söz konusu dönemde sağlık regülasyonlarına dair önemli çalışmalar yapılmış; ancak yeterince uygulama alanı bulunamamıştır.

Mevcut sorunlara karşı Türkiye, 2002 yılında ilan edilen Acil Eylem Planı ile sağlık sektöründe, herkese eşit şartlarda sağlık hizmetinin sunumu hedeflenmiştir. Acil Eylem Planı ile ortaya konulan vizyonu uygulamak için ise SDP olarak bilinen projeyi 2003 yılında başlatmıştır ve bu programla Türkiye sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapılmıştır.

2.4 Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Kamu Sağlık Regülasyonları

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

Tablo 2.2 SDP Sonrası Sağlık Regülasyonları³

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

³ Tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 2.2' de 2000 yılı sonrasında çalışmamız açısından önemli olan bir takım reform niteliğinde yenilikler gösterilmiştir. 2003 yılı itibariyle SDP'nin yayınlanmasının ardından parçalı olan sağlık sistemi, SGK adı altında kurumsal açıdan birleştirilmiştir. Bunun yanında sigortalı kişilerin tek çatı altında birleştirilmesi ise GSS ile olmuştur. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin bu yeni organizasyonun finansman aşaması SUT ile çözüme kavuşturulup Aile Hekimliği uygulamasıyla da hizmet sunumu iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin sunumunda Aile Hekimliği modeli; organizasyonunda SGK ve finansmanında ise GSS ile SUT regülasyonları yapılmıştır. Bir diğer ifadeyle 2000 sonrası yapılan regülasyonlar SDP kapsamında yapılmış olup; SDP kapsamında olan sağlık hizmetlerinin sunulması, organizasyonu ve finansmanı ise sırasıyla SGK ve Aile Hekimliği, Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği regülasyonları ile hedeflenmiştir. Söz konusu regülasyonların uygulanması ise Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı bir kamu kesimi regülatörü olarak Sosyal Güvenlik Kurumu sorumluluğu altındadır.

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

2.4.1 Amaç

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

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

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

Diğer taraftan Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak rehberlik edici işlevinin güçlendirilmesi, parçalı olan sağlık sistemini tek bir kurumsal çatı altında (SGK) birleştirilmesi, kamu hastanelerine özerlik tanımak, Aile Hekimliği modeline dayalı daha

fonksiyonel koruyu sağlık hizmeti ve birinci basamak sağlık hizmetleri sistemini oluşturmak, sevk sistemini etkili hale getirmek ve son olarak sağlık hizmetini sunan kuruluşların kalitesini arttırarak hizmet sunumunun reforme edilmesi gibi unsurlar SDP kapsamında öngörölen başlıca kurumsal ve organizasyonel değişiklikleri oluşturmaktadır. Bunun yanında sağlık reformu hedeflerini uygulayabilmek amacıyla yeterli bilgi ve beceriye sahip sağlık personelinin olması, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek eğitim ve bilim kurumlarının güçlendirilmesi ve sağlık sektörüne dair karar alma süreçlerinde etkili bilgiye erişimin iyileştirilmesi gibi birbiriyle ilişkili konular ele alınmaktadır (OECD, 2008: 36).

SDP'nin amaçları kısaca sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasından oluşmaktadır.

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

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

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

2.4.2 İlkeler

SDP'nin temel ilkeleri insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllölük, güçler ayrılığı, ademi merkeziyetçilik ve rekabetten oluşmaktadır.

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

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

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

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

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

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

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

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

Hizmette Rekabet: Sağlık sektöründe rekabet ortamı sağlanarak sağlık hizmetlerinin arzında mevcut tekeli kaldırılması ilkesini ifade etmektedir. Tekelci uygulamaların sona ermesi ve daha rekabetçi bir sağlık piyasasının varlığı ile kalitenin gelişimi ve maliyetlerin azaltılmasına yönelik bir teşvik ortamının sağlanması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 27-28).

2.4.3 Uygulama

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

SDP'nin hayata geçişi için kavramsallaşma, yasalaşma, kontrollü yerel uygulamalar, Türkiye geneline yaygınlaştırma olmak üzere dört gerekli aşama bulunmaktadır. Bunlardan ilki olan kavramsallaştırma aşamasında program hakkında bilgi veren amaçlar, ilkeler, uygulama süreci gibi kavrama ait çerçeve çizilmekte ve geliştirilmektedir. İkinci olarak bahsi geçen Yasalaşma sürecinde ise kavramsal açıdan netliğe kavuşmuş olan yasa, yönetmelik vd. hukuki araçlarla ile ihtiyaç duyulan alanlarda mevzuata dair regülasyon yapılması ifade edilmektedir. SDP ilk olarak tüm ülke genelinde uygulanmadan yapılmasına yönelik üçüncü ilkeyi kontrollü yerel uygulamalar oluşturmaktadır. Son olarak dördüncü aşama ise söz konusu kararların uygulamaya geçişini ifade etmektedir (Akdağ ve Erkoç, 2011: 48-49).

2.5 Sağlıkta Dönüşüm Programına Eleştiriler

1970'li yıllardan itibaren küresel anlamda yaşanan dönüşümlerle birlikte, kamu kesimi yönetiminin yeniden organize edilmesi, özel sektörde kullanılan birçok yöntemin kamu kesiminde de yaygınlık kazanması, bir takım bürokratik yetkilerin alt birimlere devredilmesi, rekabet ortamının geliştirilmesi, hesap verebilirliğin ve şeffaf yönetim tarzının sağlanması ve performans esaslı uygulamalarının yaygın olarak kullanılmasıyla birlikte kamu hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturan sağlık hizmetlerinde de buna benzer değişimler meydana gelmiştir. Gelişmiş ülkelerde refah devleti döneminde sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı hızlı bir şekilde artış göstermiştir. Sağlık harcamalarının artmasının nedenleri arasında; sağlığın bir tüketim maddesi haline gelmesi, nüfusun yıllar itibariyle yaşlanması, teknolojinin gelişmesine bağlı olarak tetkik ve tedavi hizmetlerinin giderek pahalılaşması gibi etkenler sayılabilir. Günümüzde uygulanan yeni liberal politikalarla birlikte sağlık harcamalarının azaltılması ve kamusal alanın yeniden düzenlenmesi hedeflenmiştir. Gelişmiş ülkelerde başta tedavi edici sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerine olan talepte artışlar yaşanması, sağlık personeli başına düşen iş yükünün artması, teknolojik gelişmelerin hız kazanması, bürokratikleşme ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin artması ve parçalı bir sağlık sistemi örgütlenmesinin olması, sağlık hizmetlerinde yaşanan değişimlerin nedenleri olarak söylenmektedir. Bu kapsamda piyasa ekonomisi modeliyle birlikte rekabet, verimlilik, toplam kalite, esneklik gibi işletme değerleri sağlık hizmetleri alanında da uygulamaya konulmuş, böylece sağlık hizmetleri arzının özel sektöre devredilmesi ve sağlık hizmetlerinde piyasa hâkimiyetinin oluşturulmasına odaklanılmıştır (Ergun ve Ergun, 2010: 36-37).

Türkiye'de 1980'li yıllarda başlatılan kamu kesiminin ekonomik faaliyet alanının küçültülmesi ve neo-liberal politikaların yaygın olarak uygulanması süreci 2000'li yıllarla

birlikte somut karşılığını bulmaya başlamıştır. 2003 yılında açıklanan Acil Eylem Planı neo-liberal politikaların hayata geçirilmesinde önemli bir role sahip olmuş, bu dönemde çıkarılan birçok mevzuat ile devletin etkinlik alanlarına sınırlamalar getirilerek bu alanların piyasa aktörlerine devrinin önü açılmıştır. Acil Eylem Planı kapsamında sağlık alanında da yeni regülasyonlar yapılması gerektiğine vurgu yapılmış ve bu çerçevede SDP hazırlanarak uygulamaya konulmuştur (Ergun ve Ergun, 2010: 38).

Bu açıklamalardan hareketle 1970'lerde yaşanan iktisadi krize tepki olarak ortaya çıkan neo-liberalizm fikri, krizin nedenini sosyal devlet politikalarına bağlamış; krizden çıkış olarak da piyasa dinamiklerine dayalı ekonomik, toplumsal ve siyasal yeniden yapılanmayı öngörmüştür. Hantal ve verimsiz olan kamu kesimi tarafından üretilen mal ve hizmetlere karşı, serbest piyasa mekanizmasının daha etkin ve verimli olduğu savına dayanan neo-liberalizm, değişim ilişkilerinde sağlanacak özgürlüğün, bölüşüm ilişkilerinde de adaleti sağlayacağı görüşünden hareketle, piyasanın nihai olarak optimal sonuçlar doğuracağı iddiasında bulunur.

Kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaştığı ve diğer sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğu düşüncesi sağlık alanının neo-liberal politikalar doğrultusunda yeniden yapılandırılması için temel gerekçe olmuştur. Bu gerekçe birçok gelişmekte olan ülkede sağlık reformunun temel nedeni olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla ülkeler ve şirketler arasında katı bir rekabetin olması, sosyal hakların istihdam açısından engel olarak görüldüğü, ülkelerin iç ve dış sermaye çekebilmek amacıyla sosyal haklar ve esnek istihdam konusunda yarıştığı bir küresel ekonomik sistemde sağlık hizmetlerinin verimliliğinin yükseltilmesi neticesinde hizmet üretiminin maliyetlerinin düşürülmesi, uygulanan sağlık hizmetleri reform programlarının esas amacı olarak tanımlanmıştır. Neo-liberal görüş çerçevesinde kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak nitelendirilmesi, hizmet sunumu ile hizmet finansmanı birbirinden ayırarak devletin hizmeti arz eden fonksiyonundan çekilmesi, hizmet satın alma ve sağlık hizmeti sunucularının özleştirilmesi gibi adem-i merkeziyetçi politikaları ile sağlık alanını tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açarak söz konusu sorunlara çözüm getirileceği öne sürülmektedir. Bu çerçevede neo-liberal görüşün öne sürdüğü iddialarının test edilmemiş ideolojik doğrular olduğu belirtilmektedir. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü Küba'nın kamusal sağlık sistemini sağlık çıktıları açısından başarılı bir model olarak değerlendirmesine rağmen, Dünya Bankası'nın bu başarılı modeli kendi mutlak doğruları ile çelişmesi nedeni ile göz ardı ettiği söylenmektedir. Buna karşılık, tümüyle piyasa dinamiklerinin hakim olduğu Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemi, olağanüstü yüksek sağlık maliyetlerine karşın temel sağlık

göstergeleri bakımından olumsuz bir tablo sergilemektedir. Bu kapsamda neo-liberal görüşün, sorun olarak gösterdiği nedenlerin dinamiklerini göz ardı ettiği ve sadece sonuçları üzerinden politika ürettiği görüşü savunulmaktadır. Gerçekten de, sağlıkta artan talep ve maliyet doğru olmakla birlikte, bunun nedeni olarak kamunun sağlık hizmeti sunması doğru bir yaklaşım olduğu düşünülmemektedir, Sağlık beklentisinin yükselmesi sonucunda yaşlı nüfusun artış göstermesi ve buna bağlı olarak daha yüksek maliyetli kronik hastalıkların ortaya çıkması, gelişen teknolojinin pek çok sektörün aksine sağlık alanında maliyetleri azaltmayıp arttırması ve en önemlisi ulus ötesi sermayenin sağlık alanını yüksek kar alanı olarak tanımlayarak, hastalığı hastanın elinden alıp kurumsal bir yatırım için gerekli hammaddeye dönüştürerek bir tür hastalık avına çıkmasıdır (Elbek ve Adaş, 2009: 34-35).

Sağlıkta dönüşüm tartışmasının temelinde bir sağlık reformu tartışması olmasına rağmen Türkiye dahil olmak üzere, küreselleşme ile gündeme gelen sağlık reformları, daha çok maliyet boyutuna sahiptir. Ancak maliyet merkezli reformlar, 1970'lerde başlayan (Türkiye için 24 Ocak 1980 kararları ile gündeme gelen) kamu sektörünün iktisadi alanının sınırlanmasını amaçlayan, özünde sistemi yapısal olarak değiştirmeyi gözetmeyen bir takım değişiklikleri kapsamaktadır. Maliyet tabanlı reformlar, sağlık bütçesinin azaltılması, bir kısım ilaç ve hizmetlerin kapsam dışına çıkarılması, gerek ilaçta gerekse sağlık hizmetlerinde katkı payı (cepten ödemelerin) yaygınlaşması uygulamalarının olduğu düşünülmektedir.

Söz konusu piyasa tarzı reformların hedefinin bir sağlık piyasası oluşturmak olduğunu ifade eden Soyer'e göre (2009: 181-182), bu piyasa oluşturma sürecinin en önemli müdahalesi, sağlık hizmetini satın alıcılar ve sunucular arasında bir sözleşme ilişkisi oluşturmaktır. SGK'nın tek bir hizmet alıcı kurum haline getirilmesi, kamunun hizmet sunan sağlık kurumlarının SGK'ya hizmet sunar hale getirilmesi ile bu adım tamamlandığı söylenmektedir. Bununla birlikte kamunun yaptığı faaliyetler olarak anılan finansmanı sağlamak ve hizmeti sunmak fonksiyonu birbirinden ayrılmıştır. Böylece, merkezi yönetimin komuta zinciri kırılmış ve piyasa oluşturma en önemli adımı atılmış olmaktadır. Kamuda söz konusu olan dayanışma ilişkisi böylelikle yerini sözleşme ilişkisine bırakmıştır. Bu süreç sonunda sağlık hizmetlerinin alınıp satılan bir meta haline geleceği ve tamamen özel sektör tarafından sunulacağı eleştirisi yapılmaktadır.

Emil vd. tarafından (2013) yapılan SDP sonrası sağlık göstergelerine yönelik yapılan çalışmada temel bulgular şöyle ifade edilmiştir:

Ülkemizde son 10 yılda sağlık politikaları alanında önemli adımlar atılmıştır. Bu adımlar ile kurumsal yapılar, sağlığın finansmanı ve hizmet sunumu önemli ölçüde değiştirilmiştir.

- Bu politikalar sonucunda vatandaşların sağlığa erişimi önemli ölçüde artmıştır.

- Öte yandan bu politikaların ileriye yönelik olarak mali sürdürülebilirlik açısından önemli risk alanları yarattığı gözlenmektedir. Bunlar;
 - ❖ Döner sermaye işletmelerinin mali yükümlülüklerindeki artış ve mali yönetim sorunları,
 - ❖ Üniversitelerde sunulan üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönelik hizmet sunum ve fiyatlama konusunda biriken sorunlar,
 - ❖ Gelecek 20-30 yıllık dönemi yaşam kalitesi, süresi ve tedavi harcamalarının maliyeti açısından temel tıp bilimlerine yönelik gelişmelere maliyet etkinlik açısından bakılmaması,
 - ❖ Hekimler ve diğer sağlık personelinin iş yükünün artması,
 - ❖ Hastanelerde hizmet kalitesinin düşmesi,
 - ❖ İlaç tüketiminin artması,
 - ❖ Epidemiyolojik geçişi dikkate alan bir sağlık politikasına yönelik kalıcı strateji oluşturulmaması,
 - ❖ Daha az maliyetli koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetlerinin sistem içinde giderek daha fazla yer tutmasıdır.

Gelecek döneme ilişkin olarak doğumda beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte değişen hastalık yüklerini kavramaya yönelik bir sağlık politikası etkinliği ve ilaç kullanımını bu anlamda çözülmesi gereken önemli bir sorun alanı olarak karşımıza çıkmaktadır (Emil vd, 2013: 37).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK REGÜLASYONLARI VE SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ

Sağlık sektörü devletin yoğun olarak müdahale ettiği⁴ alanlar arasında yer almaktadır. Politik karar alıcılar Sağlık Bakanlığı ve sağlıkla dolaylı olarak ilgili diğer bakanlık ve kuruluşlar aracılığıyla insani, mali ve diğer kaynakların ıslah edilmesi açısından önemli bir rol oynamaktadır. Böylece kamusal aktörler tarafından üstlenen sağlık hizmeti ile nüfusun ihtiyaçlarına cevap verme, sağlık hizmetinin finansmanında adaletli olmayı güvence altına alma, sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitsizliği azaltma ve sağlıkla ilgili tüm göstergelerde iyileşme sağlayabilme açısından bir güvence sağlamaktadır (WHO, 2006: 1).

Diğer taraftan kamu sektörünün genel anlamda piyasa işleyişine müdahale etmeden sadece güvenlik ve dış politika gibi alanlarda etkisini göstermesini savunan klasik liberal ve neo-liberal görüşler bulunmaktadır. Bu görüşe göre devlet kamusal alanda kendini sınırlayan ve toplumun tüm bireylerinin özgürlük alanını genişleten önlemler almalıyken; özel alanda mülkiyet haklarını koşulsuz şekilde koruma altına almalı ve rekabet ile serbest piyasa önündeki tüm engelleri ortadan kaldırmalıdır.

Literatürde kamu sektörünün sağlık alanında faaliyette bulunmasını genel anlamda açıklayan iki görüş hakimdir: Kamu Yaklaşımı ve Piyasa Yaklaşımı.

3.1 Kamu Yaklaşımı

Modern anlamda kamu sağlığına yönelik anlayış, 19. yüzyılda temel hijyen sorunları ile başlamış, batılı refah devletlerinin yapılandırılması ile güçlenmiştir. Kamu sağlığı kavramı özellikle 1970’li yıllardan itibaren içine toplumsal sağlık anlayışını da alarak genişlemeye başlamıştır. Adı geçen dönemde sağlık alanındaki hakkaniyetsizlikler önemli bir sorun olarak görülmüş ve buna bağlı olarak da yoksul ve dezavantajlı gruplar için bir takım regülasyonlar hayata geçirilmiştir. Söz konusu düzenlemeler, nüfusun sağlık düzeyinin yükselmesine ve sağlık harcamalarının artışına neden olmuştur. Bu dönemde gelişmiş toplumlarda kamu sağlığı, eşitlikçi bir anlayışa bürünmüştür (Günaydın, 2011: 351).

⁴ Konuya harcamalar açısından bakıldığında WHO verilerine göre 1995 yılında toplam sağlık harcamalarının %70’i merkezi bütçeden karşılanırken bu oran günümüzde %77 olarak gerçekleşmektedir. Diğer taraftan 1995 yılı itibarıyla merkezi bütçeden yapılan toplam sağlık harcamalarının %34’ünü sosyal güvenlik primleri oluştururken günümüzde %70 olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla çalışmamızın sonraki bölümlerinde de ifade edileceği üzere, Türk sağlık sisteminde kamu kesiminin rolü SDP sonrasında da değişmemiş; artmıştır.

Kamu yaklaşımına göre sağlık hizmetleri, piyasada bulunan özel (piyasadaki) aktörlerce sunulamayacak kadar önemlidir. Çünkü sağlık hizmetleri piyasasında ortaya çıkan piyasa başarısızlıkları, sağlığın doğasında pozitif ve negatif dışsallıkların bulunması, adil olmayan bir gelirin dağılımının olması gibi faktörlerdir. Devlet, sağlık piyasasında ortaya çıkan etkinsizlikleri gidermek, gelir dağılımı adaletsizliği nedeniyle nispeten dengesiz sunulan sağlık hizmetlerini erişiminde eşitliği gözetmek, koruyucu sağlık hizmetlerini sunacak tedbirleri almak, sağlık sisteminin finansmanını sağlamak veya denetim fonksiyonunu üstlenmek gibi unsurların bir kısmını ya da tümünü bünyesinde toplayarak sağlık hizmetleri piyasasına çeşitli müdahalelerde bulunmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 4).

Temelleri Marshall'a kadar uzanan neo-klasik refah iktisadına göre teoride belirli şartlar altında piyasa mekanizması, optimal kaynak tahsisi sağlasa da bu durum uygulamada pek görülmez ve kaynak tahsisinin iyileştirilmesi gereği ortaya çıkar. Dolayısıyla kaynak tahsisinde etkinliği sağlamanın en önemli yolu devletçe yapılan regülasyonlardır. Pigou ile birlikte marjinal sosyal hasıla ile marjinal özel hasıla arasında yapılan ayırım (dışsallık) da ekonominin optimal çıktı seviyesine ulaşabilmesi için vergiler ve diğer regülasyon biçimleri ile kamu müdahalesinin gerekliliğini ve devletin rolünü açıklayan argümanlar olmuştur. Başta Keynes'in devletin ekonomideki rolünün önemini vurgulayan açıklamaları olmak üzere Lindahl'ın kısmi denge analizi sonrasında kamu mallarına ilişkin açıklamaları devletin iktisadi faaliyetler içindeki rolünü yeniden biçimlendirmiştir. Böylece kamu yaklaşımına göre regülasyon eksik rekabet, dışsallıklar, kamu malları, tekeller gibi refah kayıplarına yol açan piyasa aksaklıkları ve arzulanmayan piyasa sonuçları gibi sorunları telafi etmenin bir aracı olarak görülmektedir (Çevik, 2005: 252). Bu açıdan Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin sunumuna ve finansmanına bakıldığında kamu sektörünün hem mülkiyet (hastane, yatak sayısı vd.) hem de harcamalar açısından bakıldığında yukarıda anlatılan kamusal yaklaşıma uygun bir yapıda olduğu görülmektedir.

Tablo 3.1 Sağlık Sektöründe Mülkiyet (2000-2014)

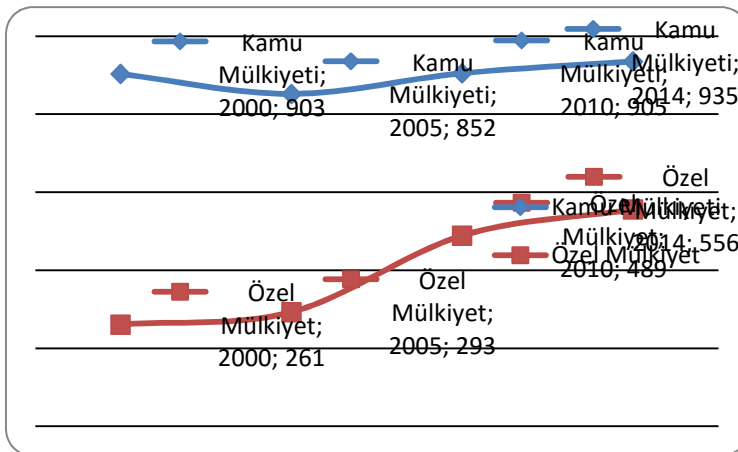
Yıllar	Mülkiyet				Toplam	Harcama				Toplam(Milyon TL)
	KAMU	Oran(%)	ÖZEL	Oran(%)		KAMU	Oran(%)	ÖZEL	Oran(%)	
2000	903	78	261	22	1 164	5.190	63	3.058	37	8.248
2005	852	74	293	26	1 145	23.987	68	11.372	22	35.359
2010	905	65	489	35	1 394	48.482	79	13.196	21	61.678
2014	935	63	556	37	1 491	73.382	77	21.368	23	94.750

Kaynak: TÜİK

Tablo 3.1’de yapılan sınıflandırmada üniversite hastaneleri “yönetmelikteki anlamda değil mülkiyet anlamında” kamu sağlık kurumlarına dahil edilmiş⁵; diğer yataklı sağlık kurumları⁶ ile yataksız sağlık kurumları⁷ tabloya dahil edilmemiştir.

Diğer taraftan kamunun sağlık sistemindeki mülkiyet ağırlığı 2000’li yılların başında fazlayken sağlık harcaması az; fakat ilerleyen yıllarda mülkiyeti az iken harcamaları artış göstermektedir. Söz konusu artışlara neden olarak, özellikle hızla büyüyen sağlık sektörünün denetim eksikliğinden kaynaklanan; verilmeyen hizmetlerin SGK’ya faturalandırılması, mevzuata uygun olmayan şekilde fatura tutarlarının yüksek gösterilmesi (Yereli vd, 2010: 38) gibi nedenlerin yanı sıra toplumun sağlık hizmetine olan talebinin ve beklentilerinin artması ve bu talebin ağırlıklı olarak tedavi edici sağlık hizmetlerinden oluşması (Memiş, 2012: 4) gösterilmektedir. Söz konusu etkenlerin yanı sıra nüfusun artması, yaşam süresinin yükselmesi, GSS’nin kabul edilmesiyle birlikte Sosyal Güvenlik Kurumuna dahil olan nüfusun artış göstermesi ve hizmet sunumunda yükselen sağlık teknolojisi giderleri (Yereli vd, 2014: 275) diğer nedenler arasında gösterilmektedir.

Tablo 3.1 ve Şekil 3.1’de kamuya ait hastanelerde 2000 sonrası her ne kadar oransal olarak azalma; özel hastanelerde ise artma görülse de kamu mülkiyetine ait yataksız sağlık kuruluşlarında çok ciddi artışlar meydana gelmiş; diğer grubu altındaki yataklı sağlık kuruluşlarında ise önemsenmeyecek derecede azalışlar yaşanmıştır. Dolayısıyla kamu mülkiyeti, Türkiye sağlık sisteminin çok önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.



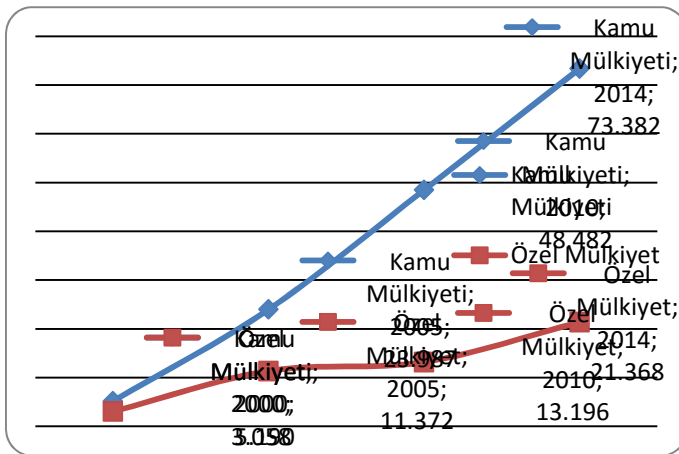
Şekil 3.1 Mülkiyetine Göre Hastane Sayısı (2000-2014)

⁵ Üniversite hastaneleri literatürde kamu hastanesi olarak sınıflandırılmakta ve devlete dolaylı bağlı hastaneler grubunda yer almaktadır (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2015: 193).

⁶ Diğer grubu altında Belediyelere ait yataklı sağlık kurumları bulunmaktadır. Ayrıca, 2002 yılı ve sonrasında Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastanelerde bu gruba dahil edilmiştir.

⁷ Aile Hekimliği Birimi, Sağlık Ocağı, Verem Savaş Dispanseri, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, AÇSAP Merkezi sayıları toplama dahil edilmiştir.

Şekil 3.1'e sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından bakıldığında ise Şekil 3.2'de toplam sağlık harcamalarında içinde kamunun payı yıllar içinde artış gösterdiği görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki artışı sadece SDP reformu ile ilişkilendirmek doğru bir sonuca ulaştırmayacaktır. Söz konusu artış kamu sağlık politikalarının yapısal olarak geçmişten günümüze kamu maliye politikalarının öncelikli politikaları arasında yer almaktadır. Ancak uygulanan kamu sağlık politikalarında devlet 2003 öncesi çoğunlukla doğrudan arz ve finanse eden bir konumdayken 2003 sonrasında daha çok düzenleyen ve denetleyen bir konum almaya yönelik hedefler olmasına rağmen Tablo 3.1'de görüldüğü üzere kamu kesiminin ağırlığı devam etmektedir. Diğer taraftan 2003 sonrası dönemde sağlık piyasalarında tek ve en önemli regülatör olan SGK'nın kamu finansmanının içindeki payının 2014 yılında %70⁸ olması Türkiye'nin sağlık sisteminde kamunun geniş varlığını göstermektedir.



Şekil 3.2 Mülkiyetine Göre Sağlık Harcamaları (2000-2014)

Diğer taraftan 5510 sayılı kanun (62.md.) yer alan “ genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür. Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır. Bu Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz.” ifadesi ile birlikte SGK'nın toplam kamu sağlık harcamasında %70 gibi bir ağırlığının olması ve bu oranın %55'nin⁹ hastanelere (çoğunluğu SUT yoluyla) yapılan cari sağlık harcamalarından oluşması, bir regülatör olarak sağlık piyasalarındaki

⁸ 51.356 milyon TL olarak gerçekleşmiştir.

⁹ 27.986 milyon TL olarak gerçekleşmiştir.

etkinliğini ortaya koymaktadır. Kamu kesiminin 2002 yılı sonrasında sağlık piyasasında sadece düzenleyici ve denetleyici bir rol almasına rağmen SGK'nın harcamalarının giderek artması yukarıda değinildiği gibi SGK kapsamında yer alan kişi sayısının artış göstermesi, yanlış faturalandırma gibi nedenlerin yanında AB ortalamasının üstünde yer alan Bilgisayarlı Tomografi (BT) ,Manyetik Rezonans (MR) ile Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) gibi (OECD, 2014: 24) radyoloji görüntülerinin SGK tarafından karşılanması da gereksiz tetkiklerin önlenmesine yönelik politikaları gerekli kılmaktadır. Diğer taraftan SGK'nın 2014 yılı bütçe giderlerinin %68'sini malullük, yaşlılık ve ölüm aylığı iken %25 ise emeklilerin ve diğer hak sahiplerinin tedavi ve sağlık malzemesi giderleri ve sosyal güvenliği olanların ilaç giderleri oluşturmaktadır (Sayıştay, 2015: 2).

3.1.1 Sağlık Uygulama Tebliği ve Sağlık Hizmeti Regülasyonu

Sağlık hizmetleri, “insan sağlığına olumsuz etkide bulunan çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetleri” (Kavuncubaşı, ve Yıldırım, 2010: 34) olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetleri hastalığın tanı ve tedavisi, ya da sağlık iyileştirmesi, bakım ve restorasyonu ile ilgili kişisel olan veya olmayan tüm hizmetleri içermektedir. Hem bireysel hem de kamusal olarak sunulan sağlık hizmetleri herhangi bir sağlık sisteminin en göze çarpan unsurudur. Bu hizmeti değerlendirebilmek için para, personel, ekipman ve sağlık hizmetlerine yapılan devlet müdahalesi gibi unsurlar kullanılmaktadır (WHO).

Ülkemizde uygulanan sağlık hizmeti modeline baktığımızda; Sağlık Uygulama Tebliğinde düzenlenen hizmet sunucuları 5510 sayılı kanun gereği Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık kuruluşları¹⁰ ve sağlık kurumları¹¹ olmak üzere basamaklandırılmıştır (SUT md.1.4.) .

Türkiye’ de sağlık alanına yönelik yapılan kamusal regülasyonların temel hareket noktası ise Sağlık hizmetinin serbest piyasa eliyle yürütülemeyeceği düşüncesidir. 2001 sonrası sağlık alanında yapılan rekabeti sağlamaya yönelik özel hastaneler ile SGK protokol imzalaması gibi girişimler, sunulan sağlık hizmetinin kalitesi bakımından rekabet sağlamakta; fiyatlandırma politikaları açısından ise rekabeti engelleyici etkiler ortaya çıkarmaktadır.

¹⁰ Bunlar Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu, Birinci basamak özel sağlık kuruluşu, Serbest eczanelerdir.

¹¹ Bunlar İkinci basamak resmi sağlık kurumu, İkinci basamak özel sağlık kurumu, Üçüncü basamak resmi sağlık Kurumu'dur.

Kamu regülasyonunun bir aracı olarak kullanılan fiyat regülasyonları, yasa koyucunun, piyasadaki özel sözleşme sürecine müdahale araçlarından birisi olmakla birlikte fiyatların, kamu kesimi tarafından doğrudan belirlenmesini ifade etmektedir (Çetin, 2009: 31).

Bu açıdan ülkemizde sağlık sektöründe uygulanan fiyat regülasyonu Sağlık Uygulama Tebliği ile uygulanmaktadır. SUT fiyatları, SGK'nın belirli hizmetler için belirlediği ve bu hizmetleri sunan sağlık kurumlarına usulüne uygun faturalandırmak kaydıyla ¹² ödediği, işlem ve paket bazında tespit edilen detaylı bir fiyatlandırma uygulamasıdır. Bu fiyatlandırma işlemi Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu (SUT md.1.1.) tarafından belirlenmektedir.

3.1.2 Sağlık Uygulama Tebliği ve Mali Regülasyonlar

Sağlık hizmetlerinde yer alan iktisadi alanların işleyişi hakkında SUT aracılığıyla düzenlemeler yapan SGK, başta katılım payı olmak üzere birçok mali konuda düzenleme yapmaktadır. İlave ücret, tıbbi malzeme temin ve ödeme esaslarından fatura düzenlemeleri ve ödeme, kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödenmesine kadar birçok alanda düzenleme yapmaktadır. Yapılan düzenlemeler içinde uluslararası kuruluş olan Dünya Bankası tarafından da dikkat çekilen uygulama katkı paylarıdır.

Kullanıcı katkılarının politika gündeminin üst sıralarına yerleşmiş olması, Dünya Bankası'nın (DB) 1987 yılında gelişmekte olan ülkelerin sağlık finansmanına yönelik yayınladığı raporuyla olmuştur. Söz konusu raporda DB, sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarını kesin bir dille savunmuş ve sağlık hizmetlerinde yaşanan verimsizlik ve eşitsizlik gibi sorunlara çözüm bulabilmek için özellikle söz konusu ülkelerin kullanıcı katkıları, özel sektör sağlık hizmeti sunumunun teşvik edilmesi ve güçlendirilmesi ve kamu sağlık sisteminin sağlık piyasalarındaki payının azaltılması gerektiğini vurgulamıştır.

Dünya Bankasına göre kullanıcı katkıları üç nedenden dolayı sağlık sektöründe yer alan sorunları çözebilir:

- Kullanıcı katkılarının kullanılması sonucu meydana gelen gelir artışıyla daha iyi sağlık hizmeti verilir.
- Kullanıcı katkılarıyla elde edilen yeni gelirle birlikte devlet, sağlık hizmetlerini kırsal kesimlere de ulaştırarak hem yoksul kesimin yoğunlukta olduğu kırsal alanlarda hizmete erişim mümkün hale gelir hem de ülke genelinde sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlik azaltılır.

¹² Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularına, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için Kurum mevzuatı gereği istenilen bilgilerin Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere MEDULA sistemine girilmesi zorunludur (SUT md.5.1.vd.).

- Kullanıcı katkıları, iktisadi anlamda bir fiyatlama politikası olduğundan gereksiz talebi engelleyerek sağlık hizmeti tüketicilerinin taleplerinde duyarlı olmasını sağlamaktadır. Böylece gereksiz reçete yazılımı veya sevk sisteminin gereksiz kullanılması sonucu kamu hizmetlerinde meydana gelen verimsizlik de en aza indirilmiş olacaktır (Yıldırım vd, 2011: 77).

Bu çerçevede Sağlık Uygulama Tebliğinde tanımlanan katılım payı ile:

“kamu sağlık hizmeti sunucularının yanında sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı vakıf üniversitesi hastaneleri ile özel sağlık hizmeti sunucularına sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek amacıyla müracaat eden genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade etmektedir.” (SUT,2016:md.1.8). Ancak *“iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan sigortalılardan, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için katılım payı alınmamaktadır”* (SUT,2016: md.1.8.5.)¹³.

Tebliğde belirlenen miktar ve oranlar dâhilinde alınan katılım payı Ayaktan Tedavilerde 1.basamak hekim ve diş hekimi muayenesinden alınmamakta, diğer taraftan 2. ve 3.basamak resmi sağlık hizmeti sunucularından hekim ve diş hekimi muayenesinden alınan katılım payı 5 TL olarak belirlenmiştir. Özel sağlık hizmeti sunucularından ise 12 TL alınmaktadır. (SUT,2016: md.1.8.1.)

Diğer yandan katılım payı, gelir durumuna bakılmaksızın uygulanması nedeniyle tepki görmekte; özellikle alt gelir gruplarının refahını olumsuz etkilemesi ve bu nedenle hakkaniyetli bir uygulama olmadığı yönünde eleştirilmektedir.

Ancak hizmet kullanıcısının katılım payı vermesine yönelik eleştiriler aynı zamanda devletin tüm sağlık harcamalarını merkezi bütçeden karşılaması ve bu şekilde oluşan bütçe açıkları (bunun sonucunda enflasyona kadar giden bir dizi makro ekonomik sorunlar) ve hastanelere olan yoğun talep nedeniyle oluşan kuyruklar da eleştirilmektedir. Katkı payının alınma nedeninin temelinde hastanelere yapılan gereksiz müracaatların ve bu sebeple meydana gelen SGK giderlerinin azaltılması düşünüldüğünde katkı paylarının hakkaniyetsiz bir uygulama olmadığı, aksine gereksiz müracaatların kısmen engellenmesi ve çoğunlukla gerçekten hasta olan bireylerin uzun süre beklemeden tedavi olması nedeniyle adaleti kısmen daha fazla sağlayıcı bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır.

¹³ SUT'ta katılım payları “ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi”;(md.1.8.1.),” Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar” (md.1.8.2.), “Vücut dışı protez ve ortezler “(md.1.8.3.) ve “Yardımcı üreme yöntemi tedavileri” (md.1.8.4.) katılım payları olarak ele alınmaktadır. Belirtilen katılım payı muafiyetine yardımcı üreme yöntemi dahil edilmemiştir.(md.1.8.5.) Aynı maddede “Katılım payı alınmayacak haller,sağlık hizmetleri ve kişiler” ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

3.1.3 Sağlık Uygulama Tebliği ve Kullanıcı Regülasyonları:

Literatürde “tıbbi müşteri” olarak da adlandırılan (Tengilimoğlu, 2000: 197) sağlık hizmeti kullanıcısı, hastane veya sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda sağlık hizmetini o an kullanan veya potansiyel olarak alıcısı olan ve bu hizmet sürecine ücret ile (müşteri olarak) veya sosyal güvencesiyle katılan veya katılacak olma hali bulunan kişi veya kişiler olarak tanımlanmaktadır.

Hizmet kullanıcısı terimiyle şunlar ifade edilmektedir;

- Hastaların sağlık ve sosyal sağlık hizmetlerini kullanan, hasta bakıcılar, ebeveynler veya veliler,
- Sosyal sağlık hizmetlerini ve sağlık hakkını bireyler adına temsilen savunan, örgütler ve topluluklar,
- Sosyal sağlık müdahalelerini ve sağlık hizmetlerinin potansiyel kullanıcıları olan, topluluklar ve vatandaşlar.

Sağlık hizmeti kullanıcısı ifadesiyle ayrıca farklı ihtiyaçları ve yönelimi (concern) olabilen toplumdaki ırk, etnik köken ya da milliyet, din, engellilik, cinsiyet, yaş vb. açılardan benzerlik unsuru taşımayan tüm bireyler anlatılmaktadır (HSE, 2012: 2).

Sağlık hizmeti kullanıcısı ile ilgili regülasyonları mali ve hizmet regülasyonlardan ayırt etmek pek mümkün olmamaktadır. Kullanıcılara yönelik her türlü regülasyon aynı zamanda hizmet sunumunu ve bu sunumun bedelleri ile yakından ilgili olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kullanıcısı sağlık hizmetlerine kişisel hastalığı veya şüphelendiği herhangi bir sorunundan dolayı başvurmakta; bu süreçte idari ve mali her türlü düzenlemelerden doğrudan etkilenmektedir.

2007 yılında Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) kabulü ile SB hastanesinden üniversite hastanesine sevk zorunluluğunun kaldırılması, kronik rahatsızlığı olan hastaların hekim onayı olmadan eczanede tekrar reçete yaptırabilmesi, SGK ile sözleşmesi bulunan SB hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde ayakta ve yatan hastalara yönelik sabit fiyat ödemesinin getirilmesi, SGK ile sözleşme yapan hastanelerin yatan hasta ilaç ve tıbbi malzemeleri (sigorta kapsamında) ücret ödemediği sağlaması ve hastadan ücret alınırsa bir takım cezai yaptırımların uygulanması, SGK ile sözleşmeli tüm SB, üniversite ve özel hastanelerin talepleri MEDULA üzerinden bildirme zorunluluğu getirilmesi (OECD, 2008: 37) gibi regülasyonlar sağlık hizmetini kullananları doğrudan etkileyen temel dinamiklerini oluşturmaktadır.

Medikal Ulak, kısaca sağlık ağı anlamına gelen MEDULA, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yürüttüğü en önemli bilişim projelerinden birisidir. MEDULA, Genel Sağlık

Sigortası ile sağlık kurumları arasında, iç süreçlere müdahale edilmeksizin oluşturulmuş bütünleşik sistemi ifade etmektedir (Savaş, 2015). MEDULA sisteminin işleyişi kısaca şöyle olmaktadır:

Sigortalı ikinci ve üçüncü resmi sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarına tedavi için gittiğinde sosyal güvenlik kurumunca tesis edilen sistemden sağlık hizmeti almaya uygunluğunu ifade eden provizyon (ön onay) alır. Provizyon alınması sonucu, sağlık hizmet sunucusunca sigortalıya sağlanan tüm sağlık hizmetleri, sisteme kaydedilen provizyon numarası ile MEDULA üzerinden takip edilir. Sistem kısaca şu şekilde çalışmaktadır: Sağlık kurumunca işlemin yapıldığı ayı takip eden ayın 15'ine kadar fatura bilgisini oluşturan hizmetler MEDULA üzerinden sonlandırılarak oluşturulan fatura, sosyal güvenlik kurumuna elektronik ortamda iletilir. Özel veya kamu sağlık kurumlarından hizmet alan kişilerin tedavi katılım payının ödenmesi, sağlık kurumları MEDULA üzerinden dönem sonlandırma işlemi yaptıktan sonra kişi aktif sigortalı ise eczaneye gittiğinde sigortalı tarafından, emekli ise kişinin SGK' dan almış olduğu aylık veya gelirinden kesilerek gerçekleştirilmektedir (Çakır, 2011: 96).

MEDULA sağlık hizmeti sunucularının iç işleyişlerine müdahalede bulunmaksızın fatura bilgilerini elektronik olarak toplayan ve ilgili işlemlerin SGK ile eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesini sağlayan bütünleşik bir bilgisayar sistemidir. 2007 yılında uygulamaya giren sistem sayesinde sağlık hizmeti sunucularına başvuran sağlık hizmeti kullanıcılarının hangi tarihte hangi hastaneye başvurduğu, hangi doktora muayene olduğu; tetkik, tedavi varsa yatış gibi tüm işlemleri ve ilaç alımları izlenebilmekte; maliyetlerin kontrolü ve süreç denetimi mümkün hale gelmiştir (Güvercin vd, 2016: 89).

Dolayısıyla SUT' ta yer alan kullanıcı regülasyonları daha çok işlem maliyetlerini azaltmaya yöneliktir. Bir diğer deyişle sağlık hizmetini sunan kurumların ve kullanan bireylerin, işlemleri yaparken daha az zaman harcaması veya maddi masrafları daha aza indirmesi olarak meydana gelmiştir. Ayrıca sağlık hizmetini sunan aktörlerin, kullanıcılara karşı hesap verilebilirliği ve şeffaflığı özellikle MEDULA sistemiyle artmaktadır.

3.2 Piyasa Yaklaşımı

Kamu kesiminin, sağlık hizmetlerinin regüle edilmesinde ve finansmanının sağlanmasında başlıca aktör olduğu pek çok ülkenin, 1980'lerin sonlarından itibaren yeniden yapılanma sürecine girdiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetinde yıllar itibariyle artışların yaşanması ülkelerin bütçesinde baskılar oluşturması bu süreci hızlandıran temel neden olmuştur. Söz konusu değişim sürecinde devletin geleneksel olarak sağlık hizmetlerinin her aşamasında yer alması fonksiyonu tekrar gözden geçirilmiş ve bazı faaliyetleri özel sektöre devredilmiştir. Ancak piyasa odaklı reformlardan sadece devletin işlevlerinin veya becerilerinin özel sektöre aktarılması anlaşılmalı aynı zamanda ademi merkeziyetçilik (desentralizasyon) ve de-regülasyon süreçlerini de kapsamaktadır (Günaydın, 2011: 333).

Kamusal yaklaşımın regülasyonla ilgili ortaya koyduğu yaklaşımdan farklı bir yaklaşım ortaya koyan ve regülasyonu Chicago Okulu ve Kamu Tercihi Okulu temelinde inceleme konusu yapan piyasa/özel çıkar yaklaşımı devletin kendi çıkarlarını takip eden, rasyonel ve faydasını maksimize etmeye çalışan bireylerin bir uzantısı olarak görmektedir. Bu açıdan çıkar grupları arasındaki mücadele bir politikanın seçilmesi sürecinin ana eksenini ve değişik çıkar gruplarının yürüttüğü rant kollama davranışları ise düzenleyici sistemlerin oluşturulmasının ana unsuru olmaktadır. Dolayısıyla temelde regülasyonu negatif dışsallıklar ve tekelleri düzenleyici, kamu yararına bir sistem olarak açıklayan kamusal yaklaşıma veya kamu çıkarı yaklaşımına alternatif bir tez olarak ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşım belli bir zaman sonra regülasyonun içerdiği sanayi dalının çıkarlarına hizmet eder hale geleceğini varsaymaktadır (Çevik, 2005: 253).

Dolayısıyla kamu kesimi (bürokrasi), bir birey gibi faydasını/oyunu maksimize edecek faaliyetlerde bulunmakta ve regülasyon uyguladığı her sektörde varlığını arttırmak veya devam ettirmek istemektedir. Bu durum fiyatların yükselmesinden, ürünlerin kalitesiz oluşu ve gelir dağılımında adaleti bozucu etkilere kadar birçok olumsuz sonuca yol açabilmektedir.

Diğer yandan yukarıda bahsedilen fiyat kontrollerinin, piyasalar üzerinde oldukça fazla etkisi bulunmaktadır. Devletin fiyatlar üzerindeki kontrolleri, firmaların piyasa dengesi altında bir fiyat belirlenmesi nedeniyle kalitesiz mallar üretmelerine ve üretim teknolojisi olarak maliyet azaltıcı motivasyonlardan uzaklaşmalarına yol açabilmektedir. Çoğunlukla firmaların kaliteye ilişkin değişiklikleri yalnızca kısa dönemde geçerli olmaktadır. Bu nedenle fiyat kontrolleri yoluyla piyasaya müdahalede bulunmak etkin olmayan sonuçlara neden olmakta ve politik olarak sürdürülebilir olmamaktadır (Çetin, 2009: 32).

Dolayısıyla piyasanın yol açtığı olumsuzluklara karşı kamusal yaklaşımın tamamlayıcı, regüle edici çözüm yolu aslında piyasa yaklaşımında da kendini göstermektedir. Piyasa yaklaşımına göre hizmet sunucuları müşteri kaybetme korkusundan dolayı hileli işlem yapmayı rasyonel bir davranış olarak görmemekte; aksine ihmalkârlık varsa onu düzeltmeyi tercih etmektedir. Başka bir deyişle, hukukun hakimiyeti tarafından kontrol edilen ve rekabetçi bir çevre tarafından teşvik edilen bir dengeli serbest piyasa ekonomisi hileleri, ihmali ve başarısızlığı ortadan kaldırılmasa bile en aza indirecektir (Skousen, 2010: 306). Dolayısıyla piyasa yaklaşımına göre, mülkiyet hakları doğru ve kesin olarak belirlenen, adaletin, özgürlüğün ve rekabetin sağlandığı bir sistemde piyasa faaliyetlerinden kaynaklanan (dışsallık, tekeller gibi) herhangi bir olumsuzluk ortaya çıktığında piyasa, görünmez el yardımıyla kendini herhangi bir kamu müdahalesine gerek duymadan regüle edebilecek mekanizmalara sahiptir.

Piyasaların herhangi bir kamu müdahalesine gerek duymadan regüle edebilecek mekanizmaları, piyasa yaklaşımının en önemli temsilcileri arasında yer alan Robert Coase açıklamaktadır.

Coase, 1960 yılında yazdığı “*The problem of social cost*” adlı makalesinde geleneksel yaklaşımın (Pigoucu/kamusal yaklaşımın), bireylerin yapacağı seçimlerin doğasını engelleme eğiliminde olduğunu söylemekteydi. Coase’a göre “A bireyi yaptığı eylemler neticesinde B bireyini zarara uğrattıyorsa A’nın eylemlerini kısıtlamak yolunu seçmek yerine ilgilenmemiz gereken nokta karşılıklılık (reciprocal) problemi olmalıdır. A, B ye zarar veriyor diye A’nın faaliyetlerini engellemek (*müdahalede bulunmak*) A’ya zarar verebilir. Burada sormamız gereken A’nın B’ ye zarar vermesine izin mi verilmeli ya da B’nin de A ya zarar verilmesine mi izin verilmeli?” sorusudur (Coase, 1960: 2).

Oğuz’a göre (2005: 260) “Neo-klasik teoriye göre, negatif bir dışsallık bu durumu ortaya çıkaran tarafa bir vergi konması yolu ile çözülecektir. Bu şekilde bulunan bir çözüm ile tarafların karşılıklı pazarlık yolu ile etkin bir alternatif üretebileceklerini dışlamaktadır. Buna karşı, Ronald Coase piyasada tarafların pazarlık yolu ile üretebileceği bir çözümün daha etkin olabileceğini göstermiştir. Pek çok durumda taraflar kendi menfaatlerine en uygun çözümü bulmada devletten daha etkin davranacaklardır. Girişimcilerin kendilerinin bulunduğu piyasalardaki kâr fırsatlarını en iyi görebileceğini düşündüğümüzde, dışsallık problemini çözenin piyasa mekanizması dışında düşünülmesinin ortaya çıkaracağı sorunlar da görülecektir.” Dolayısıyla Coase, piyasa başarısızlığına “*piyasaların kendi kendini regüle edebileceği*” ve bu nedenle devlet müdahalesine gerek kalmadan sorunların ortadan kalkabileceğini söylemekteydi.

Bir başka açıdan sağlık hizmetlerini kişilerin geliri ve bu geliri kullanabilecek uygun bir piyasa modelinin varlığında devletin sunduğu sosyal güvencenin nasıl kullanılabileceğini Coase teoremi ile açıklamaya çalışan Hovenkamp şunları söylemektedir:

“Gerçek şu ki tüketiciler malları ve hizmetleri *satın alma* veya *satma* faaliyetlerine bağlı olarak farklı bir değer biçerler. Bu durum ise gelirin azalan marjinal faydasının doğal bir sonucu olmaktadır. Ancak bu saptama dış gözlemci tarafından marjinal fayda eğrisi ile ölçülemediğinden refah ekonomisi savunucuları açısından bir sorun oluşturur. Örneğin, A bireyi, sağlık hizmetlerinin aylık kullanım maliyeti olan 1000 Dolar’a sahip olmadığı için sosyal güvence primini ödemek istemiyor olabilir. Ama yine de, A, böyle bir bakım hakkına sahip olsa, bu hakkını 2000 dolar’a satmaz. Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, eğer bu tarz hakların bir piyasası yoksa işlemler yapıldığını gözlemleyebileceğimiz bir şey değildir. Onlar transfer veya yasal regülasyonlar yoluyla oluşturulabilir; örneğin 70 yaşındaki biri bu hakkını satamaz ya da başka biri onun sosyal güvence ayrıcalıkları satın alamaz.

Yukarıdaki rakamlardan (1000 dolar ve 2000 dolar) hangisi pahalı bir sağlık sorununa etkin bir çözüm üretir sorusunu cevaplamalıyız. Neo-klasik bakış açısı piyasalar için şunu söyler; A bireyi bu fiyatı

ödemede isteksiz/yetersiz olduğu için 1000 dolardan daha az maliyetli sağlık hizmetini tercih etmelidir. Eğer sağlık hizmetlerini kullanma bedeli 1000 dolar olsaydı etkin bir piyasada A bireyi sağlık hizmetlerinden yararlanamazdı. Fakat başlangıçta kendisine bu hakkı verdiğimizde, bu sağlık hizmetine çok daha fazla “değer” atfedeceği açıktır. Bu nedenle bakım hakkını 2000 Dolar’a satmayacaktır” (Hovenkamp, 1989: 804).

Dolayısıyla sosyal güvenlik politikaları neticesinde belirlenen prim ve diğer uygulamalar kişilerin fayda maksimizasyonu ile bağdaşmayabilir ve kaynakların etkin kullanılmaması sorununa yol açabilir. Buradan hareketle fiyat regülasyonu yoluyla sağlık hizmetlerini veya genel anlamda sağlık işlemlerini bir üst kurul tarafından belirlemek, işlemleri gereğinden fazla yaptırabilir veya olması gerekenden düşük yaptırmaya neden olabilir. Bu durumda hizmet sağlayıcılar gelir getiren işlemleri artırırken gelir düşürücü işlemleri yapmaktan kaçınabilecektir. Bu durum ise nihayetinde kaynakların etkin kullanılmamasına yol açabilecektir.

Hovenkamp, Coase teoremine göre şeffaf bir piyasanın varlığında ve işlem maliyetlerinin yokluğunda bireyler pazarlık yaparak dışsallıkları içselleştireceğinden serbest piyasa şartlarında pazarlık yoluyla etkin kaynak tahsisi sağlanabileceği durumu açıklamaktadır. Bireyler, kamu regülasyonları neticesinde 1000 dolara tercih etmediği ama almak zorunda olduğu hizmeti 1000 dolarsa, ancak eğer önceden 2000 dolara verilseydi de 2000 dolara bile satmayacağı söylenerek serbest piyasanın yokluğunda bu mal ve hizmetlerin fiyatını ne belirler? Bireylerin sosyal güvenlik gibi önemli bir meselede marjinal faydalarını ne ve nasıl belirler? Sorularına “mevzuatlar” yanıtı vererek aslında bu fiyatların (miktarların) olması gerekenden ya çok fazla ya da çok az olduğunu söylemektedir. Bu durum ise hem bireylerin marjinal faydalarının yönlendirilmesi hem de kaynakların etkin kullanılmaması sonucu bu mal ve hizmetlerin bulunduğu sektörlerin regüle edilmeye muhtaç bir halde olacaktır.

Son olarak Hovenkamp sağlık hizmeti ile ilgili şunları söylemektedir:

“Tüm piyasa modellerinin ortaya çıkışı ve ilk örnekleri doğal yollarla değil devlet politikasıyla olmuştur. Size herhangi bir şey satabilmem için, öncelikle devletin benim sahiplik iddiamı tanınması, bana satma hakkı vermesi ve size de satın alma hakkı vermesi gereklidir. Bu anlamda, mesela bir sağlık hizmetinden faydalanma hakkı, arazi edinme hakkından daha kişiye özgü kabul edilemez. Egemen devlet politikası, kimlerin hangi işlere girişebileceğini belirler. Verimlilik gibi ekonomik kavramlar kişisel tanınmış hakkın (endowment) kapsamını tanımlamak için kullanıldığında, bu haklar arazi sahibi olma hakkında olduğu kadar kolay bir şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı için de geçerli olur (Hovenkamp, 1989: 810).

Coase teoremine eleştiri olarak ise, Coase teoremine göre ekonomi genel olarak fiyat alma ve anlaşma yapma üzerine kuruludur ve anlaşmanın maliyetinin sıfır olduğu kabul

edilmektedir. Maliyetin sıfır olması ekonomik etkinliğin teşviki olarak yorumlanmaktadır. Ancak bu teori totolojiktir; rasyonel bireyler arasındaki pazarlık için her birey öncekinden iyi olmak zorundadır ve maliyetsiz anlaşmayla, maksimum faydayı elde etme gayretinde olan bireyler hiçbir ortak yarar kalmayana kadar tekrar ve tekrar anlaşma yaparlar. Teoremin tutarsız ve yanlış tarafı anlaşma maliyetsiz olduğunda bile insanlara kaynak tahsisinde etkinlik gerektirmesidir (Usher, 1998: 10).

3.3 Sağlık Uygulama Tebliği'nin Türkiye Sağlık Sistemine Getirdiği Fırsatlar ve Zararlar

Hukuk sistemimizde bağlayıcı yazılı bir kaynak olan tebliğler, kamu kurumlarının (idarelerinin) yasalardan veya tüzükten aldığı yetkiye dayanarak bir takım idari işeyişi düzenlemek amacıyla çıkarılan resmi metinler olarak tanımlanmaktadır (Battal, 2001: 17). Hukuki regülasyon kapsamına giren tebliğler ile kamu yönetimi örgütü içinde yer alan birimler, genel ve objektif nitelikte bir takım regülasyonlar yapmaktadır (Aybay vd, 2013: 111).

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği de 26532 sayılı Resmi Gazete 'de 25.05.2007 tarihinde yayınlanmış ve 15.06.2007 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu tebliğ ile SGK, Türk sağlık sisteminde yer alan sağlık hizmeti sunucuları ile kullanıcıları ve malzeme temin eden firmaları düzenlemektedir.

2007 Haziran tarihinde uygulamaya konulan ve bu tarihe kadar Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) olarak isimlendirilen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), yapılacak sağlık yardımlarının:

“Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve kapsam maddesinde olan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin bildirilmesi amacıyla çıkarılmış; 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve 28.8.2008 tarihli ve 26981 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.” (SUT,2016: md: 1.1, 1.2, 1.3)

Tebliğde, sunulan sağlık hizmetlerinin (tetkik, tedavi, ayaktan ve yataklı) bedelleri ile bu bedellerin nasıl ödeneceğine dair esaslar belirtilmekte; sunulan sağlık hizmetlerini merkezi bir sistem (MEDULA) ile kayıt altına almaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerini talep edenlere yönelik sunulan her türlü ameliyat, tıbbi sarf ve malzeme giderlerini (örneğin tıbbi malzeme giderlerinin hangi tedavilerde ödeneceği) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen tek bir fiyat ile sabitlemesi tedavilerin ve tıbbi malzemelerin fiyatını belirleyen fiyat regülasyonuna; hastanelerin SGK ile anlaşma yapması neticesinde

SUT’ da yer alan ameliyat kodlarını, işlem puanlarını (örneğin, risk puanı) ve fiyatlandırılmasını bilmek ve yapılan işlemleri (örneğin, hasta kayıt) belirtilen kodlar doğrultusunda bildirmek gibi zorunluluklar nedeniyle organizasyonlarını bu regülatör ile şekillendirdiği idari regülasyona; son olarak “2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden (SUT’ un 3.2.1, 3.2.2 ve 3.2.3 numaralı maddelerinde tanımlanan) katılım payları” alınmaması gibi Devletin sağlıkla ilgili sosyal politikalarının uygulanmasında önemli bir rol oynaması açısından bir çok alanda düzenlemeler yaparak sosyal regülasyona işaret etmektedir. Bu çerçevede SUT’ un SDP’deki konumu sağlık hizmetlerine yönelik önemli bir regülasyon aracıken; gerekliliği ise bu regülasyonların uygulanabilmesine imkan veren yasal bir zemin oluşturmasıdır.

Bu değerlendirmeler çerçevesinde SUT’ un başlıca kuralları şöyle sıralanabilir:

- SGK tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin bedeli, sağlık hizmet sunucularına SGK tarafından ödenir.¹⁴
- Sağlık hizmet sunucuları; kamu ve özel anlaşmalı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarıdır. Kamuda, birinci basamak (Aile Hekimliği) ile ikinci ve üçüncü basamak (hizmet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri), özel sağlık alanında ise poliklinik, tıp merkezi, hastaneler ile laboratuvarlar ve görüntüleme merkezleridir.
- Sağlık hizmeti satın alma kurumu olarak SGK, kamu ve özel tüm sağlık hizmet sunucuları arasında bir ayırım gözetmeden benzer kuralları uygulamaktadır.
- Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan Kamu Hastaneler Birlikleri ile Üniversite hastanelerine, genel bütçe katkısı kamu personeli olan çalışanlarının temel maaşları ve bir takım inşaat yatırımları ile sınırlıdır. Bu kurumlar esas olarak gelirlerini döner sermaye işletmesi aracılığıyla SGK’ ya sattıkları sağlık hizmetlerinin finansmanından elde etmektedirler. Sağlık hizmetinin mülkiyeti halen kamunun elinde bulunan sağlık kurumlarında üretilmiş olması, bu hizmetin kamusal nitelikte olduğu anlamına gelmemektedir.

¹⁴ SGK tarafından Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri” (örneğin iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetleri,” ağız ve diş muayenesi) 5510 sayılı SSGSS md.63’de; SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri ise (örneğin belli istisnalar dışında “estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti, ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığı tarafından tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri) “ilgili kanununun 64.maddesinde belirtilmiştir. Ancak bu kanun daha çok sağlık hizmetlerinin finansmanı ve kapsayıcılığı açısından genel bir çerçeve sunarken, bu kapsamın işlemlerini ve her bir işlemin fiyatlarını belirleyen, Devletin bir Fiyat Regülasyonu aracı olan, SUT’ tur. Dolayısıyla SGK’nın fiyatlar yoluyla sağlık kurumlarına yönelik finansman meselesinin esas odağı SUT olmaktadır. (SGK, 2012)

- Sağlık hizmetlerinin bedelleri tekel (tek alıcı) olan SGK tarafından tek taraflı olarak belirlenmekte; aynı zamanda uygulamaya ilişkin çeşitli kurallar ve koşullar dayatılabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin SGK tarafından ödenen bedeli, piyasa koşullarındaki maliyet hesapları vb. dikkate alınmadan kurum bünyesinde oluşturulan Fiyatlandırma Komisyonu tarafından saptanmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında belirleyici unsur SGK'nın bütçe dengesi olmaktadır (Kılıç ve Demir, 2014: 444-445).

SUT' un sağlık sistemine getirdiği fırsatlara bakıldığında, SDP öncesi var olan SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığını oluşturduğu parçalı yapının SGK ile tek çatı altına toplanmasıyla SUT kapsamında belirtilen sağlık sigorta sistemleri kapsamında yer alan sağlık hizmetleri hakları da uyumlu hale getirilmiş, bunun neticesinde farklılıklar ortadan kaldırılmıştır.

Yapılan bu yasal düzenlemelerle sosyal güvenlik kurumu kapsamında olan sağlık harcamalarının kamu maliyesi üzerindeki yükünü azaltmak; diğer bir ifadeyle sosyal güvenlik kurumunu harcamalarına dair maliyet minimizasyonu hedeflenmektedir. Ancak hastanelerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerine yönelik bedellerin, SUT' da düşük gösterildiği; verilen hizmetin gerçek maliyetinden daha düşük belirlenmiş SUT fiyatlarının olması, hastanelerin - özellikle Üniversite Hastanelerinin - mali dengesini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmaktadır.

3.4 Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Uygulama Tebliği

Sağlık, sadece fiziksel halsizlik, sakatlık ya da hastalığın olmaması değil bunlarla birlikte fiziksel, akli ve sosyal anlamda da tam bir refah halinde bulunmaktır (WHO, 1989: 1). Bu noktada hastaneler, topluma sağlık hizmeti sunmada farklı sınıflandırmalar altında, çok önemli bir görevi üstlenmiştir. Söz konusu görevler belirli bir organizasyon dahilinde dağıtılmıştır. Bu çerçevede Ülkemizde hastaneler Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre (md.5) beş gruba ayrılmıştır. Buna göre hastaneler,

İlçe / Belde Hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

Gün Hastanesi: Birden fazla branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

Genel Hastaneler: Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

Özel Dal Hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

Eğitim ve Araştırma Hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

Üniversite hastaneleri her ne kadar yataklı sağlık kuruluşu olsa da özerk bir yapılanmaya sahip olup YÖK denetiminde ve kurumun kendisi tarafından belirlenen bir yönetmelik ile idare edilmektedir. Dolayısıyla söz konusu yönetmelik kapsamında yer almamaktadır. Yukarıda yer alan sınıflandırma ise Türk sağlık sisteminde yer alan fakat çalışmamızın esas konusunu oluşturmayan diğer sağlık kurumlarını belirtmek amacıyla konulmuştur.

Türkiye'de kamu sağlık hizmetleri sunumu, koruyucu hekimlik, tanı ve tedavi kapsamında farklı basamaklarda yer alan kurum ve kuruluşlarla gerçekleşmektedir. Birinci basamak işlemleri daha önce sağlık ocakları ile ana ve çocuk sağlığı merkezleri olarak yer alan birinci basamak sağlık kuruluşları ile sunulmakta iken, 2010 yılından itibaren yerini Aile Hekimliklerine bırakmıştır. İkinci basamak sağlık kuruluşları olarak devlet hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak Sağlık Bakanlığı'na ve Üniversitelere bağlı hastaneler yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesine dair yönergeye göre¹⁵ birinci basamak sağlık hizmetleri evde ve ayakta sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri hastaların yataklı bir sağlık kuruluşunda (bir diğer ifadeyle hastanelerde) yatılı olarak aldıkları sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise özel bir alanda, hastalık türünde o konuda geniş olanaklara sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen hizmetleri ifade etmektedir. Bu hizmetler özel dal hastanelerinde veya eğitim veren sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilir.

Toplumlara farklı aşamalarda ve farklı kapsamlarda sağlık hizmetleri sunan hastaneler, sağlık sisteminin en önemli kuruluşlarını oluşturmaktadır. Bu kuruluşların yapıları, işlem kapsamaları yukarıda da belirtildiği gibi ikinci ve üçüncü basamak hizmet sunan kuruluşlarda farklılaşmakta ve özelleşebilmektedir. Bu durum bu hastanelerde sunulan hizmetlerin

¹⁵ Bu Yönerge, "Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının bütün kademelerinde verilen hizmetlerin nasıl yürütüleceğine açıklık getirmek, sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak ve uyum içinde verilmesini sağlamak, bu yönde personele rehberlik etmek ve yardımcı olabilmek amacıyla hazırlanmıştır "(Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesine Hakkında Yönerge, Md. 1).

maliyetlerini de etkilemektedir. Bu şekilde değerlendirildiğinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında uygulanan hizmet türlerinin dağılımı, işlem hacmi ve doğal olarak işlem maliyeti de farklılıklar göstermektedir (Yılmaz ve Yazıhan, 2014: 5).

Tablo 3.2 Temel Sağlık Göstergeleri (2014)

Göstergeler	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel	
	2002	2014	2002	2014	2002	2014
Hastane Sayısı	774	866	50	69	271	556
Hastane Yatağı Sayısı	107,394	123,695	26,341	36,673	12,387	40,509
Hastanelere Müracaat Sayısı	109.793.128	292.100.331	8.823.361	32.143.930	5.697.170	72.333.383
Yatan Hasta Sayısı	4.169.779	7.396.239	781,99	1.737.627	556,494	3.900.407
Yatak Doluluk Oranı(%) ¹⁶	60,6	71,1	69,8	76,7	32	56,1
Yatan Hasta Ort. Kalış Günü ¹⁷	5,7	4,3	8,6	5,9	3,1	2,4

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllığı,2015

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu kesimi ağırlıklı olmak üzere, kamu-özel karışımı bir yapılanma söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda çok sayıda aktör; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve geliştirici sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Çoğunlukla hizmet sağlayıcıları arasında SB, üniversite hastaneleri ve özel sektör yer almaktadır. SB, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin ana hizmet sağlayıcısı ve aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin de tek sağlayıcısı konumundadır. SB; hastaneler, klinikler, aile sağlık merkezleri, toplum sağlık merkezleri, dispanserler gibi kapsamlı sağlık hizmetleri tesislerini ve olanaklarını işletmektedir. Üniversite hastaneleri doğaları ve tanımları gereği teorik olarak üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunmaları gerekirken, pratikte tüm basamak sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Özel sektör de; hastaneler, klinikler ve poliklinikler, muayenehaneler, eczaneler, laboratuvarlar, tıbbi cihazlar ve ilaç şirketleri aracılığıyla sağlık hizmetlerini üretmektedir. Ayrıca Savunma Bakanlığı, dini gruplar, azınlıklar ve vakıflar da sağlık hizmetlerini sunabilmektedirler (Yıldırım, 2013: 25).

2014 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelere, üniversite hastaneleri ve özel hastanelere yapılan yaklaşık 400 milyon müracaatın %8 ‘i 3.basamak sağlık kuruluşu olan üniversite hastanelerine yapılmaktadır. Toplam başvurular içindeki payının düşük görülmesi, üniversite hastanelerinin özel bilgi ve beceri gerektiren vakalara yönelik hizmet kuruluşu olması; bu vakaların diğer tedavi gerektiren hastalıklara kıyasla az olması neden olarak

¹⁶ Bir hastanın ortalama kalış günü; “belirli bir süre (ay, üç ay veya bir yıl) içerisinde toplam (klinik bazında) yatılan gün sayısının, çıkan toplam (taburcu olan ve ölen) hasta sayısına bölünmesiyle elde edilen sayıdır” (Sağlık Bakanlığı, 2015: 65).

¹⁷ Yatak doluluk oranı, “belirli bir süre içerisinde hastane yataklarının ne oranda kullanıldığını gösteren sayıdır. Yatak Doluluk Oranı= Toplam Yatılan Gün Sayısı / Dönemdeki Toplam Gün Sayısı x Fiili Yatak Sayısı x 100 formülü ile hesaplanır” (Sağlık Bakanlığı, 2015: 65).

gösterilebilir. Diğer taraftan SDP sonrası sosyal güvencesi olan kişilerin özel hastanelerde sağlık hizmetinin önünün açılması ve sağlık hizmeti altyapısını güçlendiren ve sağlık sektöründe önemli bir aktör olduğunu gösteren bu kurumlara yönelik müracaatların yaklaşık %300 artmasına neden olan etkenlerden birisidir. Hastanelere müracaatın artmasının yol açacağı sorunlardan birisi hasta başına alınan performans ödemelerinin yaratacağı bütçe yükü ile gerçekten hastalığı olan kişilerin işlemlerinin aşırı müracaattan dolayı gecikmesi söylenebilir. Bu noktada SDP ile sağlık sistemine giren ilk basamak sağlık kuruluşu olan Aile Hekimlerine öncelikli olarak başvurup buradaki yönlendirmeye 2.basamak ve 3.basamak sağlık kuruluşlarına gidilmesi müracaatlara yönelik sorunların çözümü açısından yararlı olabilir (ÜHB, 2009: 1).

Diğer taraftan SDP ile birlikte sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması ile daha fazla hastanın daha fazla hastaneye tedavi amacı ile başvurması durumu ortaya çıkarılmıştır. Buna paralel olarak ilaç tüketimi de artış göstermiş, özellikle üniversite hastanelerinin iş yükü çoğalmıştır. Aynı zamanda tıp hizmetlerinin vazgeçilmez ilkesi olan araştırma ve geliştirme hizmetlerinin aksaması ve uzman personel probleminin artma riski ile karşı karşıya kalmıştır (Emil vd, 2013: 16).

Tablo 3.2’de yatan hastaların ortalama kalış gün sayısının ve yatak doluluk oranının Sağlık Bakanlığı ve özel sağlık kuruluşlarına bağlı hastanelerden fazla olduğu sağlık kuruluşunun, üniversite hastaneleri olduğu görülmektedir. Üniversite hastanelerinin görevinin diğer sağlık kuruluşlarından farklı olması; özellikle hastalar üzerinde teorik eğitimin de verilmesi ile genellikle 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilemeyen veya diğer hastanelere nispeten ağır ve uzun tedavileri yapan sağlık hizmetleri sunması, bu rakamların fazla olmasına yol açan etkenlerden birisidir. Diğer taraftan ortalama kalış süresinin yıllar itibariyle tüm sağlık kurumlarında düşüş göstermesi özellikle üniversite hastanelerinin hasta başına düşen tanı, tetkik ve tıbbi sarf gibi maliyetlerden kaçınmak adına hastaları mümkün olduğunca en çabuk şekilde taburcu etmesi neden olarak gösterilebilir.

Bununla birlikte üniversite hastanelerinin görev ve sorumlulukları hem tıp eğitiminde hem de toplum sağlığını ilgilendiren konularda olduğu gibi geniş bir alana yayılmaktadır. Görev alanının genişliği, üniversite hastanelerini diğer hastanelerden ayırmakta ve finansal açıdan koruma sağlanması gerektiğini düşündürmektedir.

Tablo 3.3 Hastanelerin İşlev ve Sorumlulukları

Üniversite Hastanesi	Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi	Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi(Uzmanlık, Doktora)	Sürekli Tıp Eğitimi	Araştırma	Akademisyen Yetiştirme-Geliştirme	Sağlık Hizmeti
Eğitim-Araştırma Hastanesi	Uzmanlık Eğitimi	Sürekli Tıp Eğitimi	Sağlık Hizmeti			
Hizmet Hastanesi (Sağlık Hizmet Kurumu)	Sağlık Hizmeti					

Kaynak: ÜHB, 2009: 10

Dolayısıyla Üniversite hastanelerinden genel olarak sağlık hizmetinin sunumu, eğitim ve araştırma geliştirme faaliyetleri olmak üzere üç önemli görevi yerine getirmeleri 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu 3.maddesine göre beklenmektedir. Bu maddeye göre üniversite hastaneleri diğer sağlık kuruluşları gibi sorumluluklara sahip olmasının yanı sıra üniversite hastanelerinden yalnızca belirli bir bölge halkına sağlık hizmeti sunması beklenmemekte; aynı zamanda hizmet sunduğu bölge ya da tüm ülke için sağlık hizmetleri ve sektördeki yenilikler konusunda liderlik etmesi de beklenmektedir. Bununla birlikte ilgilendiği her bir sağlık sorunu ile ilgili olarak en kapsamlı çözümleri sunması da beklenmektedir. Bu olumsuzlukları hedeflendiği şekilde çözebilmek ise, çeşitli becerilere sahip ve çeşitli disiplinlerden gelen sağlık hizmet sunucularını kapsayan bir takım olarak çalışmayı gerekli kılmaktadır. Üniversite hastaneleri en iyi sağlık hizmeti sunumu için çaba harcamalı, temel sağlık hizmetleri ve ikinci basamak tedavi hizmetlerinde mükemmellik yanında acil ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine cevap verebilme kapasitesine sahip olmalıdır. Dolayısıyla üniversite hastanelerinden beklenen ilk önemli misyon sağlık hizmeti sunumu olmaktadır.

Üniversite hastanelerinden beklenen ikinci önemli misyon, mümkün olan en iyi sağlık hizmet sunucusunu yetiştirme kabiliyeti yani eğitimidir olmaktadır. Son olarak (beklenen üçüncü misyonu) üniversite hastaneleri tüm topluma tıbbi araştırma faydasını sağlamakta ve çok geniş bir alana yayılan sağlık sorunları için teşhis ve tedavi yöntemlerinde iyileştirmeler üretmeleri beklenmektedir (Uğurluoğlu, 2015: 52-53). Bu misyonları nedeniyle üniversite hastanelerinin teknolojik ve operasyonel anlamda altyapıya sahip olma zorunluluğu olmakta; bu durum ise bütçelerine ek maliyetler oluşturmaktadır.

Hastanelerin 2009 ve ulaşılabilen en güncel yıl olan 2014 yıllarına ait fatura tutarları ve ortalama maliyetleri Tablo 3.4’de gösterilmiştir. Tabloda diğer hizmet sunucularına kıyaslandığında üniversite hastanelerinin gelirleri son sırada yer almaktadır. Aynı şekilde üniversite hastanelerinin ortalama maliyetleri diğer hizmet sunucularıyla kıyaslandığında ise ilk sırada yer almaktadır. Dolayısıyla üniversite hastaneleri en düşük ortalama gelir ve en yüksek maliyet ile hizmet sunucuları arasında farklılığını bir kez daha ön plana çıkarmaktadır.

Tablo 3.4 Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Ortalama Gelir ve Maliyet

Gösterge	Devlet 2. basamak		Devlet 3. basamak		Özel		Üniversite		Toplam	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Fatura Tutarı KDV Hariç (Milyon TL)	5,061	12,325	3,022	7,229	4,573	7,679	2,962	6,944	15,611	34,170
Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Ortalama Maliyet (TL)	41,3	50,9	75,7	93,1	68,3	86,5	179,7	180,6	63,49	76,45

Kaynak: SGK, 2015

Sağlık Uygulama Tebliğinde “*ikinci basamak resmi sağlık kurumu; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi*” olarak tanımlanmıştır. Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları ise; “*Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri*” olarak tanımlanmıştır. (SUT,2016: md. 1.4.2)

Tablo 3.4’de yer alan kamu mülkiyetinde bulunan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile özel ve üniversite hastanelerine ait hasta müracaat sayısı ile yukarıda açıklanan diğer verilerin artmasının yanında hastanelere başvuru başına düşen ortalama maliyetler de artış göstermiştir. 2014 yılı itibariyle başvuru başına düşen ortalama maliyet, 179,71 TL ile Üniversite hastaneleri olmuştur. Ortalama maliyet göstergesine 2009 yılı itibariyle bakıldığında ise en fazla artış %24 ile Devlet 3.basamak hastaneleri ile Özel hastanelerdir. Üniversite hastanelerindeki artış ise yaklaşık %1’dir. Özellikle üniversite hastanelerinin maliyetlerine bakıldığında; personel sayısının yüksekliği ve uzman, profesör gibi nitelikli iş gücünün istihdamının fazla olmasından kaynaklanan ve döner sermayeden yapılan yüksek

performans ödemeleri sayılabilir. Diğer taraftan 2009 -2014 yılları arasında fatura tutarlarının %100 den fazla artmasına neden olan etkenlerden biri yine yukarıda bahsedilen hastanelere yapılan müracaatların ciddi derecede artış göstermesiyle beraber yapılan işlemlerin neticesinde ortaya çıkan fatura bedelleri olduğu söylenebilir.

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlarda da kanunlara uygun kayıt ve bu kayıtların uygun olarak faturalandırılması söz konusu kuruluşların maddi anlamda kazançlarında önemli bir rol oynamaktadır. Bu süreç, hastanın ilgili kuruluşa başvuru yapması, bu başvuru neticesinde ilgili işlemlerin uygulanması ve bu işlemlerin Sağlık Uygulama Tebliğinde faturalandırması gereken kısımlarını faturalandırmak olarak özetlenebilir.¹⁸

Günümüzde diğer bir çok dünya ülkesinde (örneğin Japonya, ABD, İngiltere, OECD ülkeleri) olduğu gibi Türkiye’de de sağlık mal ve hizmetlerine yönelik harcamalar¹⁹ giderek artmaktadır. Bu artışın en önemli nedenleri arasında tıbbi teknolojinin hızla gelişerek maliyetleri yükseltmesi, nüfusun miktar ve yapısının değişmesi, sağlık sigortası kapsamına alınan vatandaşların daha kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmeti beklenti ile ihtiyaçlarının artması gibi bazı nedenler sayılabilir. Sağlık hizmetlerindeki bu maliyet artışları doğal olarak üniversite hastanelerini de etkilemiş ve finansal sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olmuştur. Üniversite hastanesinde çalışan personelin önemli bir kısmının eğitim veren veya eğitim alan akademik personel olduğu ve ana amacın eğitim olduğu üniversite hastanelerinde verilmekte olan sağlık hizmetinin de bu kapsamda verildiği düşünülürse, üretilen işin miktarının ne kadar büyük olduğu ve karşılığında alınan bedelin genel hastanelere ödenenle bir tutulamayacağı yani kıyaslandığında ne kadar yetersiz olduğu daha iyi anlaşılacaktır (ÜHB, 2014).

¹⁸ Söz konusu faturalandırma, yatarak veya ayaktan tedavi vd. olarak değişmekle birlikte bu konuyla ilgili detaylı bilgiler SUT’ da (2016) özellikle “4.Tedavi Hizmetleri Temini ve Ödeme Esasları” ve “9. Faturalandırma ve Ödeme” kısmına bakılabilir.

¹⁹Türkiye’de sağlık harcamalarını yapan temel kurumlar, “Sağlık Bakanlığı, Hudut Sahiller Genel Müdürlüğü ve Üniversitelerdir. Bu kuruluşlar esas konsolide bütçe kapsamında kaynak kullandığı gibi, Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler özelinde bütçe dışından, fon kaynaklı harcamalar ve döner sermayeler aracılığı ile harcamalarını da finanse etmekte ve bu kurumsal yapılar aracılığı ile sağlık harcaması yapmaktadırlar. Sağlık harcaması yapan ve son dönemde ağırlığı artan bir diğer kurumsal yapı ise Sosyal Güvenlik Kurumudur.” “Üniversitelerin öğrencilerine yönelik sağlık hizmetleri ve sağlık yatırımları ile döner sermaye işletmeleri olan hastaneleri de yine bu kapsamda ele alınmıştır. Bu kuruluşların yanında, diğer konsolide bütçe kapsamındaki kuruluşlar ve diğer kamu kurumları özellikle personel harcamaları içinde sağlık harcaması yapmaktadırlar. Ayrıca, Sosyal Yardım ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Mahalli İdareler, Kamu İktisadi Teşebbüsler de sağlık harcaması yapan diğer kuruluşlar arasında yer almaktadır” (Emil ve Yılmaz, 2003: 29).

3.5 Üniversite Hastanelerinin Sağlık Uygulama Tebliğinden Kaynaklanmayan Sorunları

Üniversite hastanelerinin sorunları sadece Sağlık Uygulama Tebliği'nin neden olduğu finansal nedenlerden kaynaklanmamakta; aynı zamanda geçmişten günümüze kadar hukuki açıdan net bir çerçeve oluşturulmamış olması da yetki karmaşasına neden olan önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla çalışmanın esas kısmını oluşturmayan fakat dolaylı olarak ilgilendiren Sağlık Uygulama Tebliği'nin dışında meydana gelen sorunlar, genel olarak Hukuki ve İdari olarak değerlendirilmektedir.

3.5.1 Hukuki Sorunlar

Yaygın şekilde bilinenin aksine üniversite hastaneleri bir kamu hastanesi değil; 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa göre araştırma ve uygulama merkezidir (Sağlık-Sen, 2014: 1). Ancak uygulamada birkaç istisna dışında üniversite hastaneleri gittikçe artan şekilde genel bir hastane olarak regüle edilmektedir. Bu bağlamda üniversite hastanelerinin hukuki altyapı sorununun varlığından söz edilebilir.

3.5.2 İdari Sorunlar

Üniversite hastanelerinde yaygın olarak görülen idari sorun yetki alanındaki belirsizliktir.

Üniversite hastanelerinin yönetim yapısı kamuya ait olan hastanelerden ve özel hastanelerden ayrılmakta; bu farklılıklar ise hastanenin finansman yapısını doğrudan etkilemektedir. Özellikle üniversite hastanelerinin hukuksal anlamda tanımlanan net bir altyapı oluşturulmaması nedeniyle karar alıcıların yetki alanı karmaşası bulunmaktadır. Bu açıdan ilk dikkat çeken farklılık ve bu farklılığın yol açtığı sorun yönetim ve organizasyon yapılarının karmaşık olmasıdır.

Özel hastanelerde genel olarak uygulanan yönetim anlayışında Genel Müdür, Baş Hekim ve İşletme müdürü, hastaneye dair alınacak kararlarda söz sahibi olup yetki alanı net bir şekilde tanımlanmıştır. Fakat üniversite hastanelerinin idaresinde doğrudan veya dolaylı olarak Rektör, Tıp Fakültesi Dekanı, Başhekim ve Hastane Başmüdürü, Üniversite Senatosu vd. birçok birim söz ve yetki sahibidir. Ayrıca YÖK ve Sağlık Bakanlığı gibi merkezi teşkilatlar da doğrudan veya dolaylı olarak hastane yönetimine etkide bulunmaktadır. Bu durumun bir sonucu olarak hastanede alınacak kararlarda (örneğin personel alımı, hekimlerin idaresi vd. konularda) zaman maliyetine de neden olan birden fazla otorite etkide bulunmaktadır. Dolayısıyla idari etkinlik ve verimliliğin düşmesine yol açarak bütçeye negatif etkide bulunmaktadır. Hastanenin üst kademesi olan Başhekim, Tıp Fakültesi Dekanlığının

görüşü alınarak Rektör tarafından atanması (AÜH Yönetmeliği, md.8) örnek olarak gösterilebilir. Diğer taraftan Başhekim, hekimliği ile ilgili görev ve sorumluluklarında Tıp Fakültesi Dekanlığına bağlıyken; Başhekimlik ile ilgili görev ve sorumluluklarında ise Rektörlüğe bağlıdır. Dolayısıyla harcama yetkilisi olarak Başhekim, hastaneye ait idari ve finansal konularda etki altında kalmaktadır.

3.6 Üniversite Hastanelerinin Sağlık Uygulama Tebliğinden Kaynaklanan Sorunları

Sağlık hizmetlerinin kurumsal finansmanına bir çözüm olarak düşünülmüş sağlık uygulama tebliği paket fiyat yöntemi üniversite hastanelerinin mali yapısını zarara uğratabilecek bazı özellikler barındırmaktadır. Özellikle karmaşık vakalara veya ileri teknolojiye sahip cihazların kullanılmasıyla müdahale edilmesi gereken hastalıklar için uygun bir ödeme sağlamaması, genel hastanelerden farklı olarak üniversite hastanelerinde hizmet üretiminin %30 kadar daha pahalıya sunulması ve son olarak güncellenmeyen fiyatlar nedeniyle düşük fiyatla sağlık hizmeti sunması gibi nedenlerle üniversite hastaneleri SUT' tan kaynaklı gelir kaybıyla karşılaşmaktadır (ÜHB: 2014).

3.6.1 Sağlık Uygulama Tebliğinden Kaynaklanan Fiyat Farklılıkları

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte uygulanan sağlık politikalarındaki esas amaç Merkezi Bütçedeki sağlık harcamalarını azaltmak; bu yolla tasarruf sağlamaktır. Ancak SUT kapsamında yer alan fiyat kısıtlamasıyla beraber bu fiyatın üstünde harcama yapmak istenmediğinde hem sağlık sisteminin kalitesi azalacak hem de toplumsal sağlık açısından ciddi sonuçlar doğuracaktır. Yıldırım ve Kılıç (2014) tarafından yapılan bir çalışmada bir hastanede 10 poliklinik hekimine ait muayene gelirleri incelenmesi örnek olarak gösterilebilir. Bu hastanede “6 aylık verilerin toplamları incelendiğinde; hastanede vaka başı muayene ödeme uygulamasının hastaneler için herhangi bir olumsuzluk teşkil etmediği söylenebilir. Ancak hastanede 6 ayda toplam 172.247,67 TL hastalar için gerekli olup hekim tarafından istenmiş olan tetkik tutarları vaka başı bedelini aşan miktarı SGK tarafından hastaneye ödemesi yapılmamaktadır. Yani hastanenin gelirleri bu oran kadar eksik kalmaktadır. Bu sadece seçimi yapılan bir kaç poliklinik olup diğerleri de dikkate alındığında bu rakamın boyutu kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Bu durum ise hastanelerin yeni yatırım yapma, gelişen teknolojiyi satın alma, özel sağlık sektöründe olduğu gibi daha yüksek kaliteli hizmet sunma fırsatını azaltmaktadır”.

Söz konusu çalışmadaki diğer bulgulara bakıldığında asıl problem, “hastaneler vaka başı bedellerini aşmama çabasına girerek hastaya gerekli olmasına karşın bir kısım

tetkiklerden kaçınmaya yönelirlerse hastanın teşhis ve tedavisi eksik yapılma” ihtimalinin yüksekliği olarak belirtilmiştir (Yıldırım ve Kılıç, 2014: 86).

3.6.2 Dışarıdan Mal ve Hizmet Alımı

Gerek özel hastanelerde çalışan personelin ağırlıklı olarak asgari ücret ile çalışması gerekse SUT fiyatları aşabilme esnekliğinden dolayı mali anlamda nispeten daha iyi durumda olmasından dolayı dışarıdan temin ettiği mal ve hizmetler ile ilgili finansal sorunları üniversite hastaneleri kadar olumsuz olmamaktadır. Üniversite hastanelerinde ağırlıklı olarak asgari ücretli çalışmamakta; nitelikli işgücü veya uzman personeller bulunmaktadır. Buna ek olarak hem SGK'nın ödemelerindeki gecikmelerden hem de (buna bağlı olarak) üniversite hastanesinin dışarıdan aldığı mal ve hizmetlerin ödemelerindeki gecikmeler sonucu piyasa fiyatından yükseğe aldığı mal ve hizmetlerden dolayı döner sermayeye dayanan giderleri ve bütçe üzerindeki yükü artmaktadır. Dolayısıyla sağlık sektöründeki aktörlerin aynı kurumlardan mal ve hizmet alması; bir başka deyişle aynı firmadan hem özel sektörün hem de üniversite hastanesinin mal ve hizmet alması, bu iki sağlık kurumunun aynı hizmeti verdiği veya aynı idari ve mali yapıda olduğu anlamına gelmektedir. Oysa üniversite hastanelerinin görev ve sorumlulukları kıyaslanamayacak şekilde oldukça geniş bir alana yayılmaktadır.

Ayrıca SUT kapsamında üniversitelere önemli sayılabilecek ayrıcalıkların yapılmaması, SUT 'da yer almayan hizmetlerin olması, Geri Ödeme süreçlerine ilişkin belirsizliklerin olması (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 2), Sağlık Uygulama Tebliği fiyatlarının teknolojiye dayalı hizmetlerde düşük tutulması nedeniyle düşük kaliteli ürünlerin kullanımı tercih edilmesi de (age: 30) diğer olumsuzluklar arasında gösterilmektedir. Bir başka açıdan ödemelerin geç yapılması nedeniyle özellikle özel sağlık sektöründe sermaye birikiminin olmaması karşılaşılan bir diğer sorundur.

Karşılaşılan sorunlar ve alınan önlemlere rağmen üniversite hastanelerinin artış gösteren borçlarının varlığı hem tedarikçi firmalara yapılacak ödemelerin gecikmesine hem de bu nedenle alınacak yeni ilaç ve tıbbi malzemelerin pahalıya tedarik edilmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla tüm bu süreç sonunda giderler daha da artmaktadır. Borçlanmanın artması alımları da daha pahalı hale getirmekte, işlem maliyetleriyle SGK ödemesi arasındaki fark daha da açılmaktadır (Azap ve Ağırbaş, 2014: 441).

3.7 Sağlık Uygulama Tebliği Dışındaki Regülasyon Önerileri

Üniversite hastanelerinin finansal sorunları sadece mali konuları ilgilendirmemektedir. Hastanelerin organizasyonel iyileşmeleri idari veya yönetsel sorunlarını da en aza indirerek kaynakların daha etkin kullanılmasına neden olabilecektir. Bu çerçevede üniversite

hastanelerinin bir üst kurum tarafından temsil edilmesi gibi regülatöre ihtiyacı bulunmaktadır. Diğer taraftan sevk sistemine dair süreç regülasyonu, üniversite hastanelerinin sadece yatarak hizmet vermesi ve son olarak tıp eğitimi regülasyonu ihtiyacı bulunduğu düşünülmektedir.

3.7.1 Regülatör İhtiyacı

Klasik ekonomi teorisine göre, arz ve talebin rekabetçi piyasalarda karşılaşması sonucunda mal ve hizmetin denge fiyatı ve denge miktarı oluşmaktadır. Eğer böyle bir karşılaşma gerçekleşmez ise, piyasa başarısızlığa uğramakta ve etkinlik sağlanamamaktadır. Bu bağlamda, sağlık piyasası tam rekabetçi bir yapının gereklerini sağlamada bazı açılardan başarısızlığa uğramaktadır. Dolayısıyla, böyle bir piyasa başarısızlığı ekonomide kamu müdahalesini gerekli kılmaktadır (Yereli vd,2010: 7).

Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, çözülmesi gereken asıl sorun mali sürdürülebilirlik olmaktadır. Sağlık harcamalarının kontrol edilmesine yönelik ana strateji ise, maksimum etkinliğin sağlanmasıdır. Bu bağlamda maliyetlerin azaltılmasına yönelik olarak çoğu ülke, Yeni Kamu Yönetimi yaklaşımının kural ve prensiplerini uygulamaya koymuşlardır.

Bu bağlamda, batılı toplumların hemen hemen tamamında, sağlıkta düzenleme, performansın artırılmasına yönelik bir araç olarak gelişmiştir. Portekiz’de 2003 yılında kurulan Sağlık Hizmetleri Düzenleme Kurumu(Regulatory Authority of Health) ile İngiliz Sağlık Komisyonu (The Commission for Healthcare Audit and Inspection) gerçek bir bağımsız otorite ve iyi uygulama örnekleri olarak gösterilebilir.

Dolayısıyla, harcama artışının kontrol altına alınması, sektörün tamamının denetimi ile birlikte düzenlenmesiyle gerçekleşebilecektir. Türk sağlık piyasasında düzenleyici ve denetleyici bir kuruma olan ihtiyaç, Sağlık Piyasasını Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SPDDK) adı altında oluşturulacak bağımsız bir otoriteyi gerekli kıldığı düşünülmektedir (Yereli vd, 2010: 19).

Yukarıda anlatılanlar ışığında üniversite hastanelerinin kamusal alanda ve piyasada çıkarlarını koruyabilecek bir üst kurum kurulması gerektiği düşünülmektedir. Bu üst kurum ile birlikte her bir hastanenin mali risklerinin olup olmadığını takip etmek ve bu alanda önceden uyarı mekanizmalarını devreye sokarak olası fiyat dalgalanmalarını veya malzeme eksikliğini engellemek mümkün hale gelecektir. Diğer taraftan piyasa başarısızlığı nedeniyle maruz kalınacak sorunlar karşısında (asimetrik enformasyon, dışsallıklar vd.) bu üst kurum, hastanelere rehberlik edebilecektir.

3.7.2 Süreç Regülasyonu İhtiyacı

SDP ile yapılan reformlar neticesinde günümüzde artık sevk sistemi bulunmamaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti kullanıcıları her basamaktaki hastanelere doğrudan başvurmakta, yasaların verdiği haklar çerçevesinde ihtiyacı olan sağlık hizmetini alabilmektedirler.²⁰

Üniversite hastanelerine (ÜH) yapılan müracaatı arttıran ve dolayısıyla hastane gelirlerine pozitif etkisi olan bu yeniliğin faydalarının yanı sıra, “özellikli hastalarla birlikte 1. veya 2. basamak sağlık hizmeti sunucularında tedavi edilecek olan basit sağlık sorunlu hastalar da bu hastanelerde iş yoğunluğu oluşturmaktadır” (ÜHB, 2009: 1). Bu konuyla ilgili yapılan bir çalışmada örnekleme bulunan hastaların %36’sı hiçbir sağlık kurumuna başvurmadan doğrudan üniversite polikliniğine gittiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu ve buna benzer nedenlerle hastaların kendi belirledikleri alandaki bir uzman hekime yönelmeleri yanlış başvurulara, kaynak ve zaman israfına yol açmakta, gereksiz uzun kuyrukların ortaya çıkmasıyla hastalara ayrılan süre azalmaktadır (Akpınar vd, 2007: 103).

Diğer taraftan Üniversite Hastaneleri Birliği (2009: 1) raporuna göre “Sağlık Bakanlığı hastanelerinde poliklinik (ayaktan) geliri tüm gelirin %35’ini aşarken, bu oran üniversite hastanelerinde %20 olarak gerçekleşmektedir. Performans uygulamasıyla birlikte, üniversite hastaneleri de az masraflı ve az riskli, gelir getirici bu hastaları tercih etmekte ve aynı zamanda gelirlerinin belli bir kısmını poliklinik hastaları oluşturmasını da kabul eder hale gelmişlerdir. Örneğin, bazı üniversite hastanelerinde poliklinik geliri toplam gelirin %35’ine kadar gerçekleşmektedir.” Ancak Üniversite Hastaneler Birliği, bu oranın (ayaktan (poliklinik) gelirinin toplam gelire oran olarak) %20’nin altında olmasının daha kabul edilebilir olacağını söylemektedir (ÜHB, 2009: 1). Diğer taraftan günümüzde performans sistemi değiştiği için bu oranın artmış olabileceği düşünülmektedir.

Bir başka açıdan üniversite hastanelerine yapılan müracaatların neden olduğu giderleri azaltabilmek için Aile Hekimliği mekanizmasının daha aktif kullanılması gerekmektedir. Yeterli altyapı ve Aile Hekimi sayısına ulaşıldıktan sonra getirilecek bir sevk sistemiyle hasta önce Aile Hekimine gitmeli ve aile hekimi hastayı evinde ziyaretlerde bulunmalı ve vakanın türüne göre sevk sistemi devreye sokulmalıdır. Fakat yukarıda da bahsedildiği gibi bu sisteminin getirilmesi için uygun koşulların varlığı gerekli olmaktadır (ÜHB, 2009: 2). Ancak bu sistemin getirilmesiyle birlikte, gelirlerinin büyük kısmını poliklinik gelirlerinden elde eden üniversite hastanelerinin mali yapısında bozulmalar yaşanacaktır. Söz konusu sistemin getirilmesiyle üniversite hastanelerinin gelirlerinde %17-20 oranlarında gelir kaybı söz konusu olacağı (age: 3) düşünülmektedir.

²⁰ Ancak burada istisnai olarak Yeşil kart sahipleri üniversite hastaneleri doğrudan başvuru yapamamakta; sevk yapılması koşuluyla üniversite hastanelerinden sağlık hizmeti alabilmektedirler.

ÜHB'ye göre sevk sisteminin tekrar kurulması ve olası problemlere yönelik şöyle önlemler alınmalıdır:

“Kapı tutucu, yani hastaların sevk edilmeleri halinde üst basamaklara ulaşılabilirdiği bir sevk sistemi, dünyada çok başarılı örnekleri olmasa da teorik olarak savunulabilen ve ekonomik olarak fayda umulan bir modeldir. Ancak, altyapı ve işleyişte zorunlu koşulların sağlanmasıyla bu model uygulanabilecektir.

Bu zorunlu haller;

1. Tetkik, görüntüleme, girişimler dahil her tür sağlık hizmetindeki israfın önlenmesi ve böylece bu işlemlerin birim fiyatlarının nispeten makul düzeylere yaklaştırılması için hasta ile ilgili bütün işlemleri kayıt altına alabilen ve ilgililerce paylaşılabilen bir elektronik kayıt sisteminin kurulması gereklidir. Ancak böyle bir alt yapı ile birlikte uygulanırsa kapı tutucu sevk modeli etkili olarak hayata geçebilir.
2. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi oldukça yaygın olarak kullanılmakla birlikte hastane veri tabanları ile yeterli iletişim kurabilecek bir yapıda değildir. Öncelikle Aile Hekimliği iletişim alt yapısı kurulmalıdır.
3. Kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetini verebilecek ekipte görev alacak diğer sağlık mesleklerinin yetiştirilmesi için üniversiteler sorumluluk üstlenmeli, YÖK ve SB iş birliği ile bu konuda hızla planlamalar yapılmalıdır.
4. Yukarıdaki modele uygun bir sevk zincirinin hayata geçirilebilmesi zaman ve kapasite artışına ihtiyaç duymaktadır. Bu açıklar kapatılıncaya kadar sevk zincirini özendirici tedbirler hayata geçirilmelidir.
 - Bunun için birinci basamak özendirilmeli ve başvuru için hiçbir caydırıcı müdahale yapılmamalı, katkı payı, ücret vs. alınmamalıdır.
 - Hasta olmaksızın yılda en az bir kez Aile Hekimine başvurmayı sağlayacak, zorunluluk, teşvik, ödüllendirme vs. yapılmalıdır.
 - Hastaların farklı basamaklardan hizmet almasına yasak getirilmeksizin, onları önce birinci basamağa yönlendirecek, doğrudan 2. basamağa başvurmayı caydıracak teşvikler uygulanmalıdır. Bunun için hastanelerde sevkle gidenlerden düşük, sevsiz başvuranlardan yüksek (en az 2 veya 3 katı) katkı payı alınabilir.
 - Tanımlanan yeni 3. basamak (özel rehabilitasyon vs.) hizmetlerin yapıldığı yerlere sevk yapıldığında yine düşük katkı payı alınırken, doğrudan baş vurularda bu katkı payları yüksek tutulmalıdır.
 - Son olarak her basamakta ilaç kullanımında katkı payında ısrar edilmelidir. Kronik hasta tedavileri kanıta dayalı olmak koşuluyla katkı payından muaf tutulmalıdır. Bu reçetelerin Aile Hekimlerince yazılması teşvik edilmelidir”(ÜHB, 2009: 4).

3.7.3 Üniversite Hastanelerinin Yatarak Tedavi Hizmeti Vermesi

Üniversite hastanelerinde ayakta tedaviler çok karmaşık hastalıklarda ve acil durumlarda uygulanması, diğer taraftan yatarak tedavilerde uzmanlaşarak tüm faktörleri bu alanlara kaydırması, üniversite hastanelerini asıl misyonu olan Eğitim ve Araştırmaya daha çok vakit ayırmasına sebep olacaktır. Diğer taraftan tıp eğitimi alan hekim adaylarının

kliriklerde daha karmaşık vakalarla karşılaşarak uzmanlaşmaları artacaktır. Böyle bir yenilik ayrıca üniversite hastanelerine olan gereksiz müracaattan kaynaklanan işlemsel maliyetlerini azaltacak, aynı zamanda da üniversite hastanelerinin ciddi bir gider kalemi olan personel giderleri de azalan işlem maliyetlerinden dolayı nispeten tasarruf sağlanan bir bütçe kalemi haline gelmiş olacaktır.

Yukarıda bahsedildiği gibi üniversite hastanelerine özel koşullar haricinde ayaktan hasta başvurusunu engelleyecek regülasyonlar, şuandaki önemli bir gelir kalemi olan poliklinik başvuru gelirlerini sıfır noktasına indirecektir. Bu durum kaçınılmaz olarak bütçe gelirlerini oldukça olumsuz etkileyecektir. Bu duruma çözüm olarak ise SUT fiyatlarının yatan hastalara ve yatarak tedavi olması gereken hastalıklara uygun olarak ve bu hastanelerde aynı zamanda tıp eğitiminin de yapıldığı göz önünde bulundurularak güncellenmesi gerekmektedir.

3.7.4 Tıp Eğitimi Regülasyonu

Dünyada nüfus başına en fazla tıp fakültesi ülkemizde mevcuttur (milyon nüfus başına 1,12). 2010 yılı itibariyle tıp fakültesi sayısı bakımından Avrupa’da ilk, Dünya’da 12. sırada Türkiye yer almaktadır. Türkiye’de 1980’li yıllardan başlayarak her on yılda bir, tıp fakültesi sayısı yaklaşık 2 katı artırılmıştır. 2010 yılında 74’e ulaşmıştır. 9 Mart 2012 tarihi itibarıyla, Türkiye’de bulunan 82 Tıp Fakültesi (günümüzde bu rakam 87’dir) 75.6 milyon nüfusumuza oranlandığında, 1 milyon nüfusa 0,92 Tıp Fakültesi düşmektedir. Bu oran, Türkiye’yi dünyada nüfus başına Tıp Fakültesi açısından en ön sıraya taşımaktadır. Zira, Yükseköğretim Kurulu 2010 yılı istatistiklerine göre, dünyada nüfus başına Tıp Fakültesi oranı; Japonya’da 1.50, Yunanistan’da 1.52, Fransa’da 1.59, İtalya’da 1.76, İngiltere’de 1.93, Kanada’da 1.94, Almanya’da 2.02, ABD’de 2.22’dir (Kebapçılar vd, 2013: 1). Diğer taraftan tıp fakültelerindeki eğitim örnekleriyle ilgili yapılan araştırmada (Odabaşı vd, 2011: 335) “kendi yerleşkesinde öğrenci alan 55 tıp fakültesinden 34’ünde (%61,8) karma, 17’sinde (%30,9) eğitici merkezli ve dördünde (%7,2) öğrenci merkezli eğitim örneği kullanılmaktadır. Tıp fakültelerinin 46’sında (%83,6) sistem temelli (entegre), beşinde (%9) disiplin temelli (klasik) ve üçünde (%5,4) probleme dayalı ve birinde (%1,8) ise entegre ve klasik eğitim programı (müfredat) uygulanmaktadır. Probleme dayalı öğrenim 30 tıp fakültesinde müfredatın %10’undan azını, sekizinde ise %10-25’ini oluşturduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda söz konusu çalışmada bazı tıp fakültelerinde kütüphane, patoloji laboratuvarı veya bilgisayar laboratuvarları gibi temel teknik donanım eksikliği olduğu sonucuna varılmıştır”.

Bu gözlemlerin çerçevesinde 21. yüzyılda tıp eğitiminin kapsam ve yöntem açısından önemli değişikliklere gitmesinin kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir. Mezuniyet öncesi eğitim ülkenin konumuna ve şartlarına göre yeniden düzenlenmeli ve öğrenciye yoğun bilgi yerine temel bilgi ve yaklaşımlar daha zor unutulacakları yöntemlerle (örneğin probleme dayalı eğitim, interaktif dersler vb.) aktarılmalıdır. Öğrencileri yeni teknolojilere ilişkin bilgilerle donatmak bu dönemi birinci basamak sağlık hizmeti doktorlarının yetişmesindeki temel unsurlar haline getirmek gerekmektedir. Bu eğitimle yetişmiş hekimler birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha yetkin, bilgili ve bilinçli şekilde yerine getireceklerdir (Çırakoğlu, 2003: 1).

3.8 Fiyat Regülasyonu Olarak Sağlık Uygulama Tebliği

Kamu kesiminin birçok alanda olduğu gibi sağlık alanına yönelik müdahaleleri birçok kamu sağlık savunucuları tarafından yapılmakta ve hizmet kullanıcılarının tercihlerinin ne ve nasıl olabileceği yönünde kararlar alınmaktadır. Paternalizmin²¹ bir unsuru olan karar alıcıların önkoşulu toplumsal tercihin ne yönde olacağını en iyi bilenlerin yine kendileri olduğudur (Lemieux, 2015: 31). Kişinin hangi sağlık kurumuna hangi yolla gideceğine ilişkin bir dizi düzenlemeler yaparak toplumun değerleri değil devletin değerleri ya da politikada etkin olan grupların değerleri veya bir diğer deyişle kar/oy maksimizasyonu ön planda olmaktadır.

Yine aynı şekilde sağlık veya herhangi bir alanda bireylerin yerine karar alan söz konusu karar alıcılara yönelik Skousen (2010: 318), dünyada birçok konuda olduğu gibi sağlık sisteminde de öncü bir rolü olan İngiltere gibi birkaç ülkenin benimsediği NHS (National Health System-Ulusal Sağlık Sistemi)²² gibi sağlık regülasyonlarını diğer ülkeler de uygulama yoluna gittiğini söylemektedir. Bu sistem tek ödeyici sağlık hizmeti finansmanı üzerine kurulmuştur. Bu politikaya göre her birey merkezi hükümet tarafından idare edilecek bir tek plan çerçevesinde sağlık sigortasına sahip olacaktır. Merkezi hükümet “tek ödeyici” olarak adlandırılır zira sağlık faturalarının tek garantörü devlettir. Bu sistemi destekleyenlere göre, bir tek ödeyici sistem ile maliyetler düşecek ve kırtasiyecilik azalacaktır.

Ayrıca Skousen, bu sistem ihtiyacı olmayan insanlara bir vergi mükellefi tarafından sağlanan yararlar sunduğunu ifade etmektedir. Herkesi programda olmaya zorlamak ve vergiler yoluyla kendi sağlık hizmetlerini kolayca temin edebilecek kimseler için dahi ödemedede bulunmak zorunda bırakılmakta (Skousen, 2010: 318) olduğunu söyleyerek

²¹ Paternalizm, kamu politikaları veya özel sektör yoluyla bireylerin davranışlarını, yine bireylerin lehine değiştirmeyi amaçlayan anlayıştır. (Thaler ve Sunstein, 2008: 5)

²² Türkiye için bu sistem GSS ye benzetilmektedir.

bireylerin kendi faydalarını yükseltecek sağlık hizmeti kapsamını ve erişimini belirleyebileceğini söylemektedir.

Türkiye bu açıdan değerlendirildiğinde karşımıza şöyle bir tablo çıkmaktadır:

Tablo 3.5 Sağlık Harcamalarına İlişkin Göstergeler (2000-2014)²³

Yıllar	Merkezi Hükümet Sağlık Harcaması (Toplam Sağlık Harcamaları %)	Sosyal Güvenlik Fonu (Merkezi Hükümet Sağlık Harcaması %)	SGK açıkları (2003-2014) bin TL	SGK devlet Katkısı bin TL	Toplam SGK tedavi ve ilaç bin TL	Toplam tedavi ve ilaç bin TL
2000	63	56	-13.419.538	0	2.633.552	3.422.424
2014	77	70	-20.071.505	30.512.184	54.906.000	55.302.100

Tablo 3.5’ de kamu kesiminin ekonomik faaliyetlerdeki nispi payının azalacağı iddiasıyla girişilen ve çalışmamızda da belirtilen regülasyonlar neticesinde, 2001 yılında başlatılan dönüşüm programı öncesinde tablodaki tüm veriler kamu sektörünün sağlık piyasalarındaki payının yüksek olduğunu göstermektedir. Buna göre günümüze kadar kamu sektörünün payı toplam sağlık harcamaları açısından %63’den %77’e yükselmiştir. Dolayısıyla devletin, piyasaları düzenleyici ve denetleyici rolü; piyasalardaki payının küçüleceği hedefi 2001 sonrasında da ortaya koyulamamıştır. Benzer şekilde SGK açıkları (aşağıda belirtilecek nedenlerden dolayı) artış göstermiş ve kamu kaynaklarından 2000 yılında herhangi bir kaynak aktarımı gerçekleşmemişken 2014 yılı itibariyle 30 milyar TL tutarında katkı verilmiştir. Diğer taraftan SDP sonrasında ilaç ve tedavi giderlerinde de istenilen düzeyde tasarruf sağlanamamış; 2000 yılında 2,6 milyar TL ve 2014 yılında ise 55 milyar TL olarak gerçekleşmiştir.

Ülkemizde özellikle 2001 SDP sonrası (2001 öncesi de sağlık alanında çok ciddi iyileşmeler olmuştur.) sağlık göstergelerinde önemli ölçüde ilerleme sağlanmıştır. Bebek ve Anne ölüm oranı gibi temel sağlık göstergelerinde yaşanan iyileşmeler yanında özel hastanelerle SGK anlaşma/protokol sağlayarak sağlık hizmetinin arzında da büyük ilerleme kaydedilmiştir. Özel – Kamu ayrımı olmaksızın vatandaşların mülkiyetine göre hangi hastaneye gideceği veya hangi doktora muayene olacağı gibi kısıtlar ortadan kaldırılarak bu tip tercihler tüketicilere bırakılmıştır. Ancak diğer yandan kamunun sağlık sektöründeki ağırlığı yıldan yıla artmakta; bu durumun doğal bir sonucu olarak da sağlık harcamalarında kaynakların etkin kullanılmama riskiyle karşı karşıya kalınmaktadır.

Harcamalardaki artışa yönelik Yılmaz ve Yentürk (2015) tarafından yapılan çalışmada sağlık harcamalarındaki bu artışın büyük oranda kamu kesiminin kişisel yani ilaç ve tedaviye

²³ Tablo verileri WHO, SGK (istatistik bülteni,2016) ile Yılmaz ve Yentürk (2015) kaynaklarından alınan verilerle hazırlanmıştır.

yönelik olarak yapılan sağlık harcamalarındaki artıştan kaynaklandığı ifade edilmektedir. Bu tablo sadece SDP sonrası değil SDP öncesinde de karşımıza çıkmakta; SDP sonrası artış incelendiğinde ise özellikle tedavi harcamalarındaki artışın genel artışın temel kaynağını oluşturduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık sektörüne yapılan yoğun regülasyonlar neticesinde SGK açıkları azalmayıp yıldan yıla artış göstermiştir. SGK tarafından karşılanan (hastanelere ödenen) tedavi ve ilaç maliyetlerinin yıllar itibariyle ciddi biçimde artış göstermesi, SUT fiyatlarının poliklinik hizmetlerini teşvik etmesi (bu hizmetin daha karlı olması), klinik hizmetlerinin ise daha çok maliyetli ve yatak doluluk oranı gibi göstergelerde negatif etki ortaya çıkarması bakımından, hastaneler yatan hastaya değil poliklinik hizmetlerine yönelmektedir. Bu durum ise tedavi edici sağlık hizmetlerini arttırmakta, regülasyonun maliyeti nedeniyle ciddi bütçe sorunlarına yol açmaktadır.

Diğer taraftan ülkemizde artan sağlık harcamalarını kontrol altında tutabilmek ve sağlık hizmeti maliyetlerini azaltabilmek amacıyla yapılan uygulamalardan bir tanesi olan Paket İşlem Fiyat (PİF) uygulaması ile sağlık hizmetlerinin sunum fiyatının önceden bilinmektedir. Bu uygulama ile sağlık hizmeti sunan işletmeler kendi sunduğu hizmetin fiyatını belirleyememekte ve paket işlem fiyatını kabul ederek buna göre hizmet maliyetlerini yönetmek ve kontrol altında tutması gerekmektedir (Ceren ve Özdemir, 2013: 452).

Sağlık hizmetlerine fiyatlandırma regülasyonu yoluyla müdahale edilmesi sağlık hizmetinin konusu gereği çözüm üretememektedir. SUT' ta yer alan paket fiyatlar ve benzeri düzenlemeler, sağlık hizmetinin alınması aşamasındaki belirsizliklerden dolayı (hastanın hangi sorunla karşılaşacağıının bilinmemesi gibi) çoğunlukla gerçek maliyetleri yansıtamamaktadır. Nitekim SUT' ta yer alan hizmetleri uygulayan hastanelerin hizmet sonrası zarar etmesine yönelik literatürde oldukça fazla çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda SUT fiyatlarının gerçek maliyetlerin oldukça gerisinde olduğu ortaya konmaktadır. Bu noktada Yılmaz ve ark, tarafından yapılan kapsamlı bir çalışma sonucunda "2.807 işleme ilişkin olarak elde edilen SUT fiyatları, SGK tarafından açıklanan SUT fiyatlarına göre toplamda % 26,65 oranında daha yüksek seviyede çıkmıştır. Doğrudan birimlerin maliyetleri içinde görülmeyen ama toplam döner sermaye giderleri içinde yer alan kesintiler (Bilimsel Araştırma Proje payları, hazine payları) ile diğer araştırma ve eğitim birimlerinin döner sermaye üzerindeki maliyetleri dahil edildiğinde SUT fiyatlarında artış oranı % 40,39'a çıkmaktadır. Hastanelerin bütün maliyetlerine bakıldığında, üniversite hastanelerinin ayrı birer harcama birimi olarak özel bütçeden kullandıkları kaynak, Tıp Fakültesinde öğretim üyelerinin eğitim kapsamında hastanelerde uygulamalı olarak verdikleri

eğitim karşılığı olan maaş ve benzeri ödeme payları ile üniversite hastanelerinin bakım ve onarımları için özel bütçeden yapılan giderler eklendiğinde toplam maliyetin başa baş noktada karşılanabilmesi için SUT fiyatlarında öngörülen artış oranı % 86,30'a çıkmaktadır” (Yılmaz ve Yazıhan, 2014: 29).

Diğer taraftan çalışmamız kapsamında yapılan analizde yıllar itibariyle SUT’ da yer alan bazı işlemlerin puanının artış gösterdiği gözlenmiştir. Ancak ortaya çıkan tabloda bu artışların hastane bütçesinde artış meydana getirtmediği; artan işlem puanlarının artmayan işlem puanları karşısında etkisini kaybettiği gözlemlenmektedir.

Tablo 3.6 SUT İşlem Puanlarında Yapılan Değişiklikler (2008-2015)

BÖLÜM	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	İŞLEM ADEDİ
Genel Cerrahi	2	0	0	1	0	0	1	0	36
Kardiyoloji	0	7	22	0	0	0	0	0	79
Üroloji	0	0	2	0	0	0	1	1	15

Tablo 3.6 ‘ya bakıldığında Genel Cerrahi alanında bulunan 36 işlem arasında 2008 yılında 2 işlemde, 2011 ve 2014 yıllarında ise 1’er işlemde fiyat değişikliği olmuştur. 2007 baz yıl kabul edildiğinde 2008 yılındaki bu 2 kalemdede yapılan değişiklik oranı %37,5 ve %-25,93’tür. Dolayısıyla bir işlemin birim fiyatında yükselme olurken diğerinde azalma meydana gelmiştir. 2011 yılında sadece 1 işlemde %56,30, 2014 yılında ise %79,78 oranında artış meydana gelmiştir.

Kardiyoloji alanında ise 79 işlem arasında 2008 yılında değişiklik olmazken 2009 yılında 7, 2010 yılında ise 22 işlemin birim fiyatında bir önceki yıla göre değişiklik meydana gelmiştir. 2007 baz yıl kabul edildiğinde 2009 yılındaki bu 7 işlem birim fiyat değişikliğinin sabit %37,5 olduğu görülmektedir. 2010 yılında ise ortalama %19 oranında değişiklik meydana gelmiştir.

Son olarak Üroloji alanında 15 işlem arasında 2008 yılında hiçbir işlem puanı değişmemiş; 2010 yılında 2 işlem puanı artarken 2014 ve 2015’de 2 işlem puanında artış meydana gelmiştir. 2010 yılında meydana gelen değişiklik %10 ve %5 olurken 2014’te %10 ve %12 ve 2015’de %10 ve %16 olmuştur. Bu noktada tekrar hatırlatılması gereken husus, değişimlerin bir önceki yıla göre alınmadığıdır. Bir diğer deyişle, örneğin 2015 yılına ait %10 oranındaki değişim 2007 yılına göre artışı yansıtmakta ve aynı şekilde %16 oranındaki değişim de yine 2007 baz yıl birim işlem fiyatında meydana gelen artışı yansıtmaktadır.

Dolayısıyla 2007 yılı baz yıl kabul edildiğinde işlem puanlarının güncellenmediği tabloda ortaya konulmaktadır. 2007 yılı ile 2015 yılı arasında ilgili işlem puanlarının artmamış olması özellikle döviz kurundaki artışın etkisi ve asgari ücrette yaşanan artışlarla birlikte hastane işlem maliyetlerindeki yükselmeler dikkate alındığında hastane bütçesinde oluşturduğu yük daha iyi anlaşılacaktır.

Diğer taraftan fiyat regülasyonları sadece hastaneleri olumsuz etkilememektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında çok önemli bir rolü olan tıbbi cihaz sektörü de olumsuz etkilenmektedir. Özellikle SUT fiyatlarının teknolojiye dayalı hizmetlerde de düşük tutulması nedeniyle düşük kaliteli ürün kullanımının tercih edilmesi (Kiper vd, 2013: 142) sadece tıbbi cihaz sektöründe kar oranlarını düşürmemekte aynı zamanda olması gerekenin altında kar eden firmaların faaliyetlerini sürdürememesine yol açmaktadır. Ayrıca bir yandan başta üniversite hastaneleri olmak üzere kamu hastanelerinin borçlarını ödeyememesi veya uzun vadeli borç sözleşmeleri yapması bir yandan da sektörün ithalata bağımlı bir özellik arz etmesi nedeniyle hastanelere malzeme tedariki noktasında ciddi sorunlar yaşanmakta; bu sorun sadece sektörü değil aynı zamanda sağlık hizmeti kullanıcılarını da oldukça olumsuz etkilemektedir. Söz konusu olumsuzluklara örnek olarak düşük kaliteli tıbbi malzeme ve sarf kullanılması neticesinde olumsuz sonuçların yaşanması gösterilebilir.

Yapılan tıbbi ve sarf malzeme ihalelerinde veya ihale dışı (özel bütçe gibi) alımlarda düşük fiyattan alınan malzemelerin kalitesi doğal olarak düşmektedir. Her piyasa aktörünün bu tip regülasyonlara verdiği nihai tepkiye uygun olarak kaliteli malzeme ithal eden (az da olsa üretilen) işletmeciler piyasadan ya çekilmekte ya da ürün farklılaştırmasına giderek düşük kaliteli ürünler satmaktadırlar. Burada kaliteli ürün pazarlayanlar, kalitesiz ürün pazarlayanlar tarafından sistemden bertaraf edilmiş olmaktadır.(TÜSİAD, 2011: 12-13)

Bu süreç hastaneler için de geçerli olmaktadır. Belli bir bütçe ile idare edilen özellikle üniversite hastaneleri, düşük fiyattan ürünleri alma yoluna gitmekte; hastanenin rutin işleyişine dahil olan bir çok unsurdan (aydınlatma, havalandırma, bilgisayar vb.) vazgeçme yoluna gitmektedir.

Sağlık hizmetlerinin hastaneler, medikal malzeme ve tıbbi cihaz sektörü (ya da genel olarak tedarikçi) ve hasta olarak ele aldığımızda bu süreçte zarar gören son ve en önemli unsur da hastalar olmaktadır. Hastalar medikal malzemenin kalitesizliğinden hastane temizliğinde kullanılan kalitesiz kimyasallara (genel hastane hijyeni veya el dezenfektanı vb.) kadar direkt olarak etkilenmektedirler.

SUT fiyatlaması gibi miktar veya fiyat kontrolleri (ve diğer regülasyonlar) herhangi bir politika yapımı sürecinde maliyetleri kısma veya kullanılan miktarı azaltma suretiyle

caydırıcılığa ve dolayısıyla tasarruf tedbirlerine karşı alınan geleneksel bir regülasyon yöntemidir. Kamu sektörünün bu yöntemi şart koşmasının doğal bir sonucu olarak tıbbi sarf ve medikal malzemenin, idari hizmetlerin, tetkik ve tedavi gibi uzmanlık hizmetlerinin kalitesini sorgulanmaya başlanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNİN ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN İŞLEMLERİNE VE MALİ YAPILARINA ETKİLERİNİN ANALİZİ

Bu bölümde, SUT fiyatlarının hastane gelirleri ve üniversite hastanelerinin mali yapıları üzerine etkisi analiz edilecektir. Bu kapsamda, Akdeniz Üniversitesi hastanesi klinikleri ve polikliniklerinden seçilenlerinin SUT fiyatlandırması verileri kullanılarak hesaplamalar yapılmaktadır. Ayrıca Akdeniz Üniversitesi ve diğer üniversite hastanelerinin mali yapıları üzerindeki etkiler incelenecektir.

4.1 Hesaplama Yöntemi

Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Hastanesine başvuran toplam hasta sayısı yıllar itibariyle incelenmiştir. Daha sonra Genel Cerrahi, Kardiyoloji ile Üroloji bölümlerine başvuran hasta sayıları 2007 yılı baz yıl olarak kabul edilerek yıllar itibariyle olan yüzdesel değişimler hesaplanmıştır. Bu analizler sonrasında ilgili bölümlerin SUT birim işlem fiyatlarıyla kıyaslanarak analiz sonlandırılmıştır. Dolayısıyla bu çalışmada Trend analizi uygulanmıştır.

Trend analizi uzun (genellikle 5 yıl ve daha fazlası) dönemleri kapsayan süreler içerisinde ilgili işletmenin çalışmaya konu olan (finansal durum, performans gibi) değişkenlerin yıllar itibariyle seyirinin daha rahat görülmesini ve değişkenler arasındaki ilişkilerin daha rahat kurulmasını ve anlaşılmasını sağlamaktadır. Eğilim yüzdeleri olarak da bilinen trend analizi tekniğinde, ilgili değişkenlerde seçilen bir yıl, baz yıl olarak ifade edilen temel bir yıl kabul edilmekte ve o yıla ait değişimler 100 kabul edilerek izleyen dönemlere ilişkin aynı tür değerlerin baz yıla göre yüzde olarak değişimi hesaplanmaktadır. Dolayısıyla trend analizi dinamik bir analizdir.

Dinamik analiz, birbirini izleyen dönemlere ait verilerin zaman içerisinde göstermiş olduğu artış veya azalışların incelenmesidir. İşletmeye ait verilerin belli bir dönemdeki durumunu geçmiş yıllarla karşılaştırılması, yapılan analizin değerini arttırmakta ve analistlerin dikkatleri bu ilişkiler üzerine çekmektedir (Akgüç, 1995: 312).

Bu çerçevede tabloların trend yüzdelerine göre düzenlenmesi üç aşamada gerçekleştirilir. İlk aşama İncelenecek dönemin uzunluğunun belirlenmesidir. Bu aşamada trend yüzdelerinin yorumlanmasından beklenen faydanın sağlanabilmesi için incelenen dönemin mümkün olduğu kadar uzun tutulması gerekmektedir. İkinci aşama Baz(temel)

alınacak yılın belirlenmesidir. Baz yılın seçiminde dönemin verilerinin temsil edici özellikte olmasına özen gösterilmesi gereken bir noktadır. Baz yıl, ekonomik ve sosyal açılardan normal olan ve herhangi bire olağanüstü unsurların etkide bulunmamış olduğu bir yıl olmalıdır. Aksi takdirde, yapılacak olan analiz sağlıklı olmayacak ve elde edilen sonuçlar yanıltıcı olacaktır. Üçüncü ve son aşama Trend yüzdelerinin hesaplanarak tabloların düzenlenmesidir. Baz yıl seçildikten sonra Trend yüzdelerinin hesaplanması, tabloda yer alan her kalemlerin baz alınan yılın aynı kaleminin tutarına bölünmek suretiyle yapılmaktadır. Bulunan sonucun 100'ün altında olması bu kalemin baz yıla kıyasla daha düşük olduğunu (azalış gösterdiğini), 100'ün üstünde olması ise bu kalemin baz yıla kıyasla daha yüksek olduğunu (artış gösterdiğini) ifade eder (Arsoy, 2012: 121).

Diğer taraftan SUT birim işlem fiyatları, hasta sayısı ve ilgili birim bazlı gelirler yıllara yaygın olarak incelenmiştir. Bu açıdan Yatay analiz yönteminden faydalanılmıştır. Karşılaştırmalı analizde denilen yatay analizde ilgili işlemlerin belirli tarihte toplu olarak aralarındaki ilişki değil, bu işlemin zaman içerisinde göstermiş olduğu artış veya azalış incelenmektedir (Akgüç, 1995: 313). Bu analizi yapabilmek için aynı şekilde bir baz yıl alınmış ve ilgili kalemin yıllar içinde gösterdiği değişiklikler yüzde olarak ifade edilmiştir.

4.2 Materyal ve Metod

Yapılan bu çalışmada çalışmaya konu olan SUT birim işlem fiyatlarının 2007-2015 dönemindeki değişiklikleri ilgili birimlere ait hasta sayısı ve gelirlerin kıyaslanarak yıllar içindeki değişimini incelemek amacıyla SUT ve AÜ hastanesine ait verilerden faydalanılmıştır.

Yapılan analizde birim bazlı hasta sayısındaki değişimlerin tespiti için izlenen metod ve formülasyon şöyledir:

$$\Delta P = \frac{P_t - P_b}{P_b} \times 100$$

Δ =değişim

P=Hasta sayısı

t=cari yıl

b=baz yıl

olarak ifade edilmiştir.

Dolayısıyla hasta sayısındaki yüzde değişme (ΔP), hasta sayısının (P) baz yıla oranla yüzde kaç değiştiğini bulabilmek için cari yıl hasta sayısını (P_t) temel yıl olarak alınan baz yıl (P_b) çıkarılarak bulunan rakam baz yıla bölüldükten sonra 100 ile çarpılmıştır. Dolayısıyla bu yöntem kullanılarak alınan sonuçlarda trend analizinden faydalanılmıştır.

Çalışmada yapılan bir diğer analiz SUT birim işlem fiyatlarının yüzdesel değişimleridir.

$$\Delta S = \frac{\sum S_t - \sum S_b}{\sum S_b} \times 100$$

Δ =değişim

S=SUT birim işlem fiyatı

t=cari yıl

b=baz yıl

olarak ifade edilmiştir.

Çalışmada SUT birim işlem fiyatlarının baz yıldaki değişimi hesaplanırken yıllar itibariyle kalemlerde meydana gelen artış veya azalışlar yukarıda bahsedilen hasta sayısındaki yüzde değişim hesaplanmasıyla farklı bir yöntem izlenmiştir. Hesaplama yapılırken ilgili yıldaki tüm SUT işlem birim fiyatları toplanıp baz yıla oranlanmıştır.

Dolayısıyla SUT birim işlem fiyatındaki yüzde değişme (ΔS), incelenmek istenen dönem olan cari yıldaki tüm SUT birim işlem fiyatlarının toplamı ($\sum S_t$) ile yüzde değişimi görmek için alınan baz yıl ($\sum S_b$) çıkartılarak yine baz yıla bölünmüş ve 100 ile çarpılmıştır. Bu işlem sonucunda, SUT birim işlem fiyatının baz yıla oranla cari yılda yüzde kaç artış veya azalış gösterdiği bulunmuştur.

Çalışmada son olarak yapılan analiz seçilen 3 bölüme ait yıllar itibariyle birim bazlı ortalama gelirlerdir.

$$Y_{ortalama} = \frac{\sum Y_t}{\sum P_t}$$

Y= gelir

P=hasta sayısı

t=cari yıl

olarak ifade edilmiştir.

Çalışmada seçilen birimlerin ortalama gelirlerinin hesaplanmasında birimin ilgili yıldaki toplam geliri ($\sum Y$) ile söz konusu birime başvuran toplam hasta sayısının ($\sum P$) birbirine oranlanması sonucu ortalama bir gelir bulunmuştur. Böyle bir analizin yapılma amacı ise ilgili birimdeki hasta sayısı ile söz konusu birimin gelirleri arasındaki ilişkiyi görebilmektir. Bir diğer deyişle ilgili birimdeki SUT 'ta yer alan işlemler artış veya azalış gösterirken birime ait gelirlerdeki değişimi inceleyebilmektir. Söz konusu yöntemde baz yıl kullanılmamış; yıllar içinde birimlere ait gelirlerde trend analiz yöntemine uygun olmayacak şekilde artış ve azalışlar gerçekleştiğinden ortalama gelir hesaplanarak analiz sonlandırılmıştır.

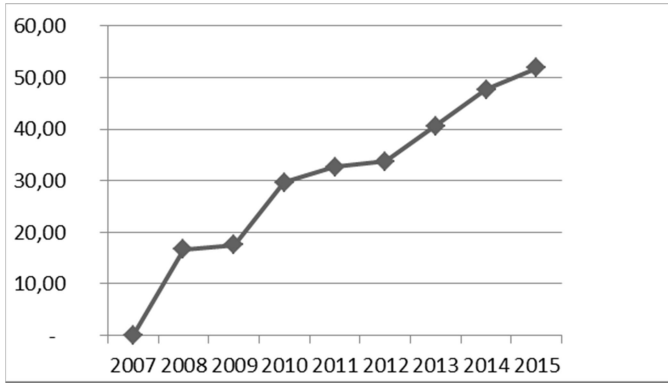
4.3 Bulgular

Yapılan bu çalışmada 2007-2015 yılları arasında olmak üzere 9 yıla ait değişkenler kullanılmıştır. Söz konusu değişkenler esas olarak Poliklinik hasta sayısı ve Yatan hasta sayısıdır. Bu değişkenlerin alt göstergeleri olarak da Genel Cerrahi, Kardiyoloji ve Üroloji bölümlerine ait poliklinik ve yatan hasta sayıları kullanılmıştır.

Diğer taraftan söz konusu bölümlere ait SUT birim işlem fiyatlarının 2007-2015 yılları arasında kaç adet işlemin değiştiği ve 2007 baz yıl kabul edilerek meydana gelen yüzde değişimler hesaplanmıştır.

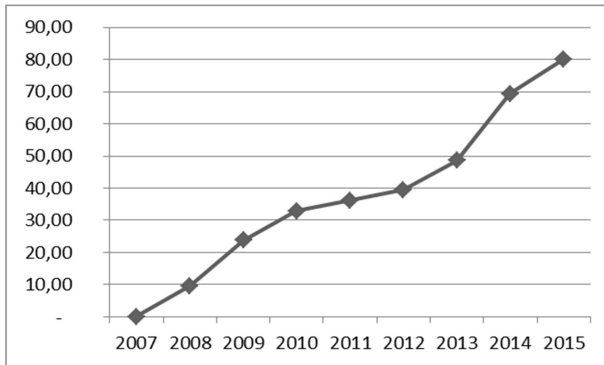
Yıllar itibariyle AÜ üniversite hastanesinin söz konusu bölümlerine başvuru yapan hasta sayıları ile bu bölümlere ait SUT birim işlem fiyatları kıyaslanmaktadır. Yapılan bu karşılaştırmanın amacı, yapılan başvuruların artışı/azalışı karşısında SUT fiyatlarındaki değişimi analiz edebilmektir.

Analizler neticesinde poliklinik ve yatan hasta sayıları 2007 yılı baz yıl olarak seçildiğinde (toplam 32 adet olan) tüm bölümlerde yüzde olarak artış göstermiştir. Buna göre Poliklinik hasta sayısı 2015 yılında 2007 yılına kıyasla %50'den fazla; klinik hasta sayısı ise yaklaşık %80 artmıştır. (Şekil 4.1 ve Şekil 4.2) Dolayısıyla poliklinik ve yatan hasta sayılarının toplamı alınarak hesaplanan yüzde olarak artışı yaklaşık 45 derecelik bir açıyla (%50'den fazla) yıllar itibariyle artış trendi göstermektedir. (Şekil 4.3)

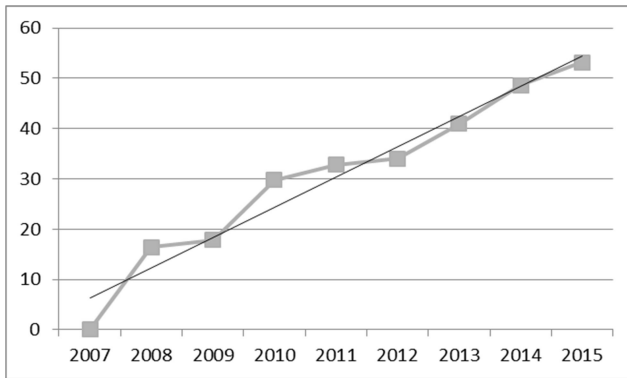


Şekil 4.1 Poliklinik Hasta Sayısı (2007=100, %Değişim)

Akdeniz Üniversite Hastanesinin poliklinik hasta sayısı 2007 yılı temel (baz) yıl olarak alındığında meydana gelen değişimler Şekil 4.1 'de gösterilmiştir. Poliklinik hasta sayılarında 2008 yılından 2009 yılına geçerken önemsiz sayılabilecek bir artış olmakla birlikte tüm yıllarda yükselmektedir. 2007 yılı 0 (sıfır) kabul edildiğinde 2015 yılında %50'den fazla artış olmuştur. Aynı şekilde hesaplanan klinik (yatan) hasta sayısı ile %80 oranında artış göstermiş olup Şekil 4.2'de gösterilmiştir.



Şekil 4.2 Yatan Hasta Sayısı (2007=100, %değişim)



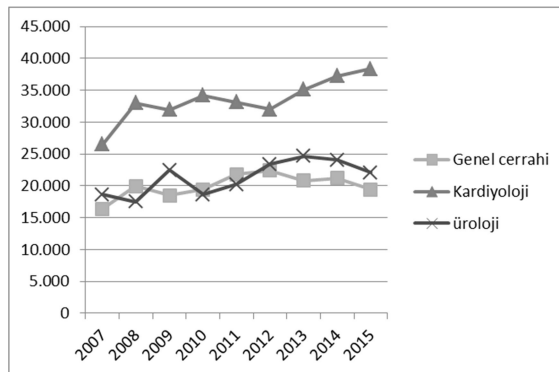
Şekil 4.3 Poliklinik ve Yatan Hasta Sayısı (2007=100, %değişim)

Yukarıda grafiklerde söz konusu hastaneye başvuran hasta sayısının ciddi boyutlarda arttığı ortaya konmuştur. Çalışmaya konu olan bölümlere ait grafikler (Şekil 4.1, 4.2, 4.3 ve

4.4) birlikte düşünülürken poliklinik hizmetlerinin üniversite hastanesinin iş yükünün oldukça büyük bir bölümünü kapsamakta ve aynı zamanda önemli bir gelir getirici finansman kaynağı olduğu görülmektedir. Özellikle Kardiyoloji bölümüne bakıldığında yatan hasta sayısı, poliklinik hasta sayısının yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Yıllar itibariyle hasta sayılarının artış eğiliminde olması sadece SUT birim fiyatları nedeniyle gelirlerin arttırdığı düşünülmemesi gerekmektedir. Hasta sayısının artması medikal malzeme, personel ve diğer cari giderlerin de arttığı anlamına gelmektedir.

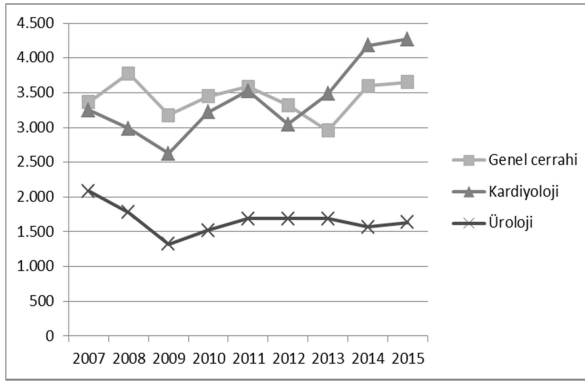
Tablo 4.1 Bölümlerin Poliklinik ve Yatan Hasta Sayısı (2007-2015)

BÖLÜMLER	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Poliklinik								
Genel Cerrahi	16,406	19,927	18,500	19,440	21,823	22,429	20,815	21,205	19,448
Kardiyoloji	26,517	32,989	31,945	34,212	33,144	31,980	35,086	37,203	38,390
Üroloji	18,619	17,472	22,465	18,628	20,244	23,408	24,671	24,077	22,083
Klinik									
Genel Cerrahi	3,361	3,778	3,180	3,445	3,588	3,323	2,955	3,595	3,653
Kardiyoloji	3,249	2,987	2,626	3,222	3,525	3,045	3,484	4,178	4,268
Üroloji	2,084	1,779	1,324	1,523	1,688	1,696	1,688	1,571	1,632



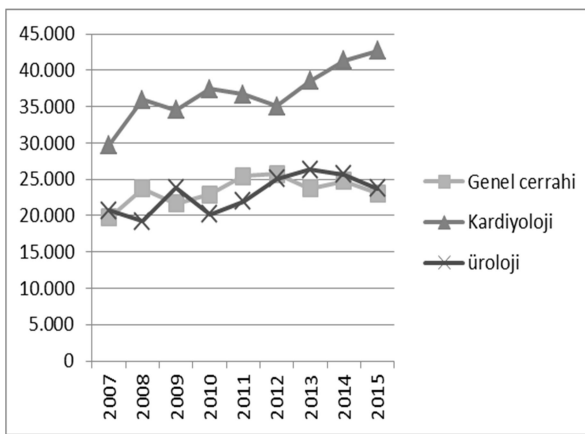
Şekil 4.4 Bölümlerin Poliklinik Hasta Sayısı (2007-2015)

Bölgelere ait poliklinik hasta sayılarında miktarsal değişim Şekil 4.4'de gösterilmiştir. Kardiyoloji bölümü diğer bölümler içerisinde en fazla hasta müracaatı olan bölüm olmasının yanı sıra bu özelliğini tüm yıllarda koruyarak 2007 yılında 26,517 iken 2015 yılında 38,390 olarak gerçekleşmiştir. Genel cerrahi ve Üroloji bölümlerine müracaat eden hasta sayıları ise yıllar içinde benzerlik göstermektedir. 2007 yılında Genel cerrahi polikliniğine başvuran hasta sayısı 16,406, 2015 yılında 19,448 iken Üroloji polikliniğine sırasıyla 18,619 ve 22,083 hasta müracaat etmiştir.

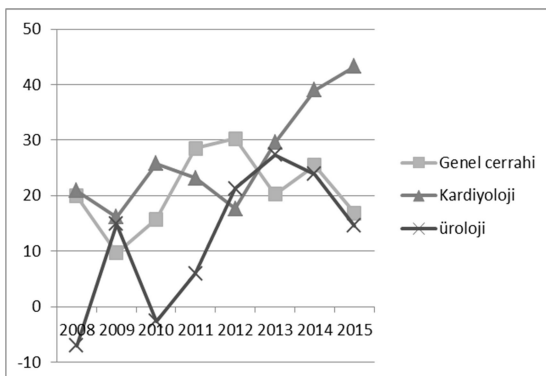


Şekil 4.5 Bölümlerin Yatan Hasta Sayısı (2007-2015)

Şekil 4.5’de ise bu bölümlerin klinik (yatan) hasta sayıları gösterilmiştir. Poliklinik hasta sayısına benzer şekilde Kardiyoloji kliniği son 4 yılda en fazla hastanın başvurduğu birim olmuştur. 2007 yılında 3,249 ve 2015 yılında 4,268 hasta Kardiyoloji kliniğine başvuru yapmıştır. Genel cerrahi bölümüne 2007 yılında 3,361 hasta müracaat ederken 2015 yılında bu rakam 3,653 olarak gerçekleşmiştir. Üroloji bölümünde ise 2007 yılına kıyasla 2015 yılında azalma meydana gelmiştir. Buna göre 2007 yılında 2.084 olan müracaat sayısı aynı yıl düşüş göstermeye başlamış ve 2015 yılında 1,632 ‘ye gerilemiştir.

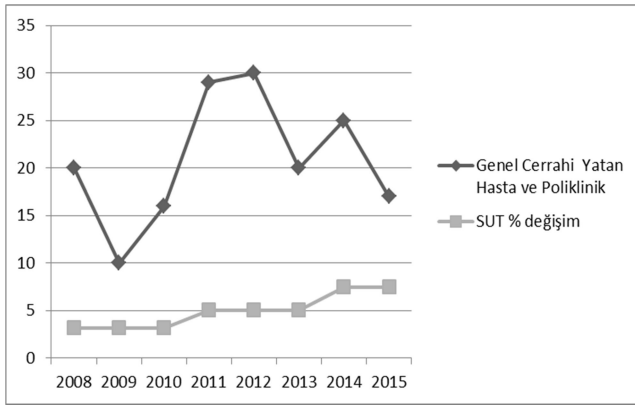


Şekil 4.6 Bölümlerin Toplam Poliklinik ve Yatan Hasta Sayısı (2007-2015)

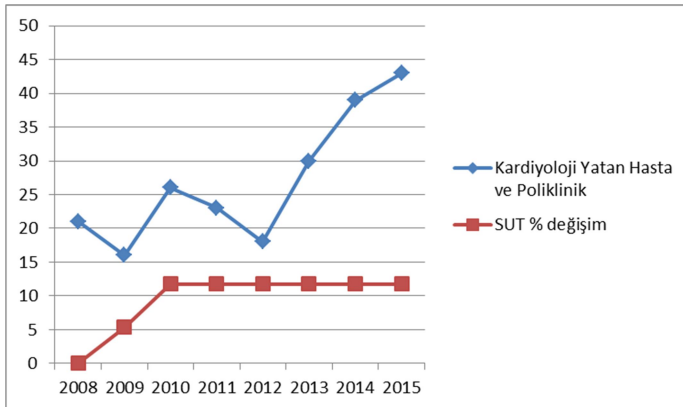


Şekil 4.7 Bölümlerin Poliklinik ve Yatan Hasta Sayısı (2007=100,% Değişim)

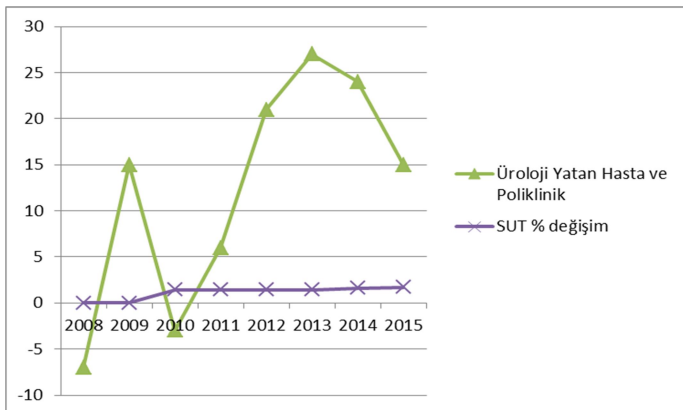
Çalışmaya konu olan bölümlere yapılan toplam hasta sayısında, SUT birim işlem fiyatlarının dikey toplamına 2007 baz (temel) yıl olarak alındığında meydana gelen yüzde değişimler yine aynı bölümlerin seçilmiş SUT işlem birim fiyatlarının aynı yıllardaki yüzde değişimlerle kıyaslandığında hasta sayılarının 2007 yılına kıyasla artış gösterdiği ancak SUT işlem birim fiyatlarının oldukça düşük kaldığı görülmektedir.



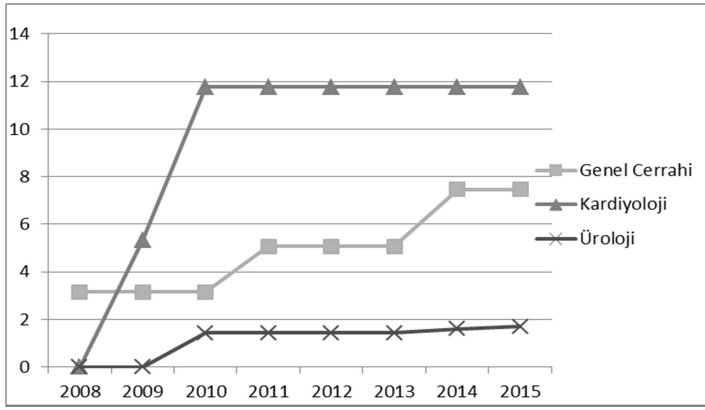
Şekil 4.8 Genel Cerrahi Hasta Sayısı ve SUT Fiyatı (2007=100,% Değişim)



Şekil 4.9 Kardiyoloji Hasta Sayısı ve SUT Fiyatı (2007=100,% Değişim)



Şekil 4.10 Üroloji Hasta Sayısı ve SUT Fiyatı (2007=100,% Değişim)



Şekil 4.11 Tüm Bölümler SUT Fiyatı (2007=100,% Değişim)

Şekil 4.6 'da Genel Cerrahi bölümünün poliklinik ve klinik (yatan hasta) işlem sayısının ve SUT birim işlem fiyatlarının 2007 yılına göre alınan yüzdesel değişimi verilmiştir. Kardiyoloji ve üroloji bölümlerinin ise sırasıyla Şekil 4.7 ve 4.8'de gösterilmiştir. Şekiller birlikte değerlendirildiğinde SUT birim işlem fiyatı açısından Kardiyoloji bölümünün, SUT birim işlem fiyatının diğer birimlere nazaran daha fazla artış gösterdiği Şekil 4.9'da görülmektedir. Bu artış 2007 yılı temel yıl olarak kabul edildiğinde 2010 yılında %12 olarak gerçekleşmiştir ve günümüze kadar henüz yükselmemiştir. Diğer taraftan Kardiyoloji bölümünde gerçekleşmiş işlem sayıları 2007 yılına kıyasla yaklaşık %45 artış gösterdiği Şekil 4.7'de gösterilmiştir.

Aynı şekilde Genel cerrahi bölümünün SUT birim işlem fiyatı 2008'de %3 'ün üstünde, 2011 yılında %4'ün üzerinde ve 2014 yılında yaklaşık %8 olmak üzere 2007-2015 yılları arasında 3 defa değişime uğramıştır. Bu açıdan genel cerrahi bölümünün fiyatları diğer 2 bölüme kıyasla daha yüksek fiyattan güncellendiği söylenebilir. Üroloji bölümünde ise 2010, 2014 ve 2015 yıllarında %2'nin altında birim işlem fiyatlarının yükseldiği görülmektedir.

4.4 Üniversite Hastanelerinin Mali Yapıları ve Sağlık Uygulama Tebliği

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

Bu kapsamda çalışmamızda belirli 6 üniversite hastanesinin mali yapısını analiz etmek amacıyla Cari Oran, Borç Artış Oranı (%), Borç - Gelir Oranı, Satılan Hizmet Maliyeti - Net Satışlar Oranı, Faaliyet Giderleri - Net Satışlar Oranı kullanılmıştır.

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

Çalışmamızda üniversitelere ait döner sermaye işletmelerinin mali tabloları kullanılmaktadır. Satılan hizmet maliyeti hesabında yer alan tutarların üniversitelere ait tıp fakültesi hastanelerinin hizmet maliyetleri olduğu düşünüldüğünde bu tutarın Net Satışlara oranlanması, hastanelerin hizmet satışından elde ettiği (indirimler, iadeler, iskontolar çıkarıldıktan sonra elde kalan) gelirin (Net Satışların) ne kadarının hizmet maliyetine ayrıldığını göstermektedir.

İşletmenin esas faaliyet konusu olup üretim maliyetine yüklenmeyen (Araştırma ve Geliştirme Giderleri, Genel Yönetim Giderleri ile Pazarlama, Satış ve Dağıtım Giderleri) giderleri oluşturan Faaliyet Giderleri ise yine Net Satışlar Hesabına oranlanarak, gelirlerinin ne kadarının söz konusu alanlara ayrıldığını ifade etmektedir (Çaldağ, 2007: 295-304).

Tablo 4.2 Üniversite Hastanelerinin Mali Yapı Göstergeleri²⁴

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

²⁴ Tabloya ait rakamlar, ilgili üniversitelerin Sayıştay 2014-2015 denetim raporlarından elde edilmiştir.

Tablo 4.2’de ilk olarak 2013 yılına ait Cari Oranlar incelendiğinde Akdeniz Üniversitesinin kısa vadeli yabancı kaynağı (bir diğer deyişle kısa vadeli borcu) nakde çevrilebilir hazır değerlerinden oldukça fazla olduğunu göstermekte ve bu oranla da tabloda son sırayı almaktadır. Diğer üniversite hastaneleri arasında dikkat çeken Süleyman Demirel Üniversitesine ait Cari Oranın 2,60 olması, hastanenin borçlarını fazlasıyla karşılayan dönen varlığının olduğunu göstermektedir. Ancak bu oranın 1,5 ile 2 arasında olması genel kabul görmüş bir ilkedir. Söz konusu oranın 2 ‘den yüksekliği dönen varlıkların etkin alanlarda değerlendirilmediği anlamına da gelmektedir. Diğer hastanelere ait Cari Oranın yaklaşık 1 olması ise hastanelerin kısa vadeli borçları kadar dönen varlığı olduğu anlamına gelmektedir. Bu durumda hastanelerin Net İşletme Sermayesi (= Dönen Varlıklar - Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar) sorunu bulunmaktadır. Bu durumda hastanelerin günlük veya (acil medikal malzeme gibi) acil işlemleri için dönen varlığının (bir diğer deyişle çalışma sermayesinin) olmadığı anlamına gelmektedir (İşeri, 2005: 11). Diğer taraftan döner sermayeli işletmelerin (özellikle üniversite hastanelerinin) gelirleri üzerinden Bilimsel Araştırma Projeleri için ayrılan %5 oranında pay ve hazine için %1 pay kesilmektedir. Bu durum işletme sermayesini negatif yönde etkilenmesine neden olan en büyük etkidir.

Tabloda yer alan diğer bir oran borç / gelir oranı olarak adlandırılan toplam borçların net satışlara oranıdır. Söz konusu oranın 2013 yılında en yüksek olduğu üniversite hastanesi Hacettepe Üniversite’sidir. Net satışlarının (gelirinin) daha fazlasını borçlarına aktarmasının önemli bir nedeninin satılan hizmet maliyetlerinin yüksekliğinden olduğu söylemek yanlış olmayacaktır. 2013 ve 2014 yıllarında üniversite hastanesinin net satış kaleminde %23 oranında artış olmuş; diğer taraftan Satılan Hizmet Maliyetinde de %29 oranında yükselme meydana gelmiştir. Tablo 4.2 ’de Ankara Üniversitesi’ne ait dönen varlıklar, kısa ve uzun vadeli borçlar 2013 Sayıştay raporlarında belirtilmediğinden 2013 yılına ait cari oran ve borç –gelir oranı sıfır (0) olarak gösterilmiştir. Fakat Ankara Üniversitesi Hastanesi’nin 2014 yılına ait borç gelir oranı %75 olarak gerçekleşmekte bu oran ise Hacettepe Üniversitesinden sonra ikinci en yüksek oran olmaktadır. Hastanelerin gelirleri ile maliyetler arasındaki bu korelasyon oranları farklılaşsa da (örneğin Akdeniz Üniversitesi için gelir %32 artarken maliyet %17 artmıştır) özellikle Sağlık Uygulama Tebliği fiyatlarının yükselen sağlık hizmetleri ve teknolojileri maliyetlerini karşılayamadığını göstermektedir. Buna karşılık maliyetlerin azaltılmasına yönelik SUT fiyatlarının artırılması dışında bir çözüm olarak gereksiz tetkik ve tedavilerden kaçınma da söylenebilir.

Gelirlerinin %21’ini borçlarına aktaran Süleyman Demirel Üniversitesi tabloda pozitif anlamda ilk sırayı almakta; Akdeniz Üniversitesi ise sondan ikinci sırada bulunmaktadır.

Faaliyet giderlerine bakıldığında ise 2013 ve 2014 yıllarının her ikisinde de istikrarlı bir orana sahip olan Ankara Üniversitesi Hastanesidir. İkinci sırada yer alan Cumhuriyet Üniversitesi ise 2014 yılında faaliyet giderlerini dolayısıyla pazarlama, satış, Ar-Ge ve genel yönetim giderlerine yönelik harcamalarını % 10 oranında azaltmasına (bkz. Ek Tablo 8) ek olarak net satışlarında da %24 oranında artış olması Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'ne ait söz konusu oranın %44 'e düşmesine neden olmuştur. Hacettepe Üniversite Hastanesi ise %24 oranında artan net satışlarına rağmen faaliyet giderlerini %15 azaltarak, %0,9'dan %0,6'ya gerilemiştir. Bu oran tablonun en düşük faaliyet gideri olarak ön plana çıkmaktadır.

Tablo 4.3 Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarında Değişim (%)

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

Tablo 4.3'de hastanelerin mali yapılarında 2013 yılına göre meydana gelen değişimler oransal olarak gösterilmiştir. Tabloda Akdeniz Üniversitesi'ne ait dönen varlıklar ve kısa vadeli yabancı kaynaklardaki değişim oranı benzerlik göstermektedir. Buna göre kısa vadeli borçlarındaki artış ile dönen varlıkları sırasıyla %35,3 ve %33,1 olarak gerçekleşmektedir. Diğer taraftan satılan hizmet maliyeti, net satışlar ve faaliyet giderlerinde meydana gelen artışlar tabloda yer alan diğer hastanelere göre daha dengeli bir artış olarak görülmektedir. Bunun dengeli olarak görülmesinin nedeni örneğin Süleyman Demirel Üniversitesi'nin kısa vadeli borçları %184,4 artarken dönen varlıklarının %2,1 azalması gibi daha tutarsız değişimler gösterilebilir. Ancak Akdeniz Üniversite Hastanesi'ne ait veriler mali performansının Pamukkale Üniversitesine oranla oldukça düşük kalmaktadır.

Tabloda likidite gücünün önceki yıla oranla en fazla artan hastanenin Pamukkale Üniversitesi'ne ait olduğu görülmektedir. Hastanede 2013 yılından 2014 yılına geçerken dönen varlıklarında %47,6 ve net satışlarında %36,9 artış meydana gelmiştir. Buna karşılık kıs vadeli yabancı kaynaklarında %8,6 ve satılan hizmet maliyetinde %15,9 artış olması ve aynı şekilde yukarıda Tablo 4.2'de gösterildiği gibi borç artışında da %13,16 ile en düşük artışın olduğu hastane olması, tabloda yer alan hastaneler içinde finansal performans bakımından en iyi hastane olarak karşımıza çıkmaktadır.

Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'ne ait mali verilere bakıldığında satılan hizmet maliyeti ile kısa vadeli yabancı kaynaklarda sırasıyla %42,8 ve % 81,7 olarak gerçekleşmiştir. Buna ek olarak Tablo 4.2'de yer alan satılan hizmet maliyeti / net satışlara ait %73 ve 2013 yılından 2014 yılına geçerken meydana gelen borç artış oranının %85,9 olduğu da düşünülürse finansal performans açısından olumsuz bir durumda olduğu sonucuna varılabilir.

Tablo 4.2 ve Tablo 4.3'de yer alan oranlar birlikte değerlendirildiğinde (ve aynı zamanda Tablo 3.4 göz önüne alındığında) 6 üniversite hastanesinin hizmet maliyetleri, net satışlar içinde %50'nin üstünde gerçekleşmiştir. Özellikle SUT fiyatlarının yükselen personel, medikal malzeme ve tıbbi teknoloji maliyetlerine uygun şekilde güncellenmemesi hastanelerin net satışlarının artmasına rağmen mali yapılarında önemli bir ilerleme sağlamasına engel olmaktadır. Çalışmamızda yer alan Kardiyoloji, Üroloji ve Genel Cerrahi birimlerine ait hasta işlem (müracaat) sayılarının artmasına karşılık SUT işlem puanlarının (fiyatlarının) koşullara uygun şekilde yenilenmemesi nedeniyle tedavi edilen her hasta aynı zamanda maliyetlerin de gelirlerden daha hızlı yükselmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla satılan hizmet başına gelirlerin (net satışların) artması, satılan hizmet maliyetlerinin daha fazla artması ve aynı zamanda SUT fiyatlarının maliyetleri karşılamaktan uzak olması karşısında mali performansı istenilen düzeyde arttırmamaktadır. Diğer taraftan hastanelere ait maliyet-gelir oranlarının yüksekliği, karlılık oranlarının da düşük olduğunu göstermekte ve SUT fiyatlarının üniversite hastaneleri tarafından değiştirilmemesi; bir diğer deyişle SUT fiyatlarının Kamu gücü tarafından dışarıdan belirlenmesi, hastanelerin sağlık hizmetlerinin fiyatlarını yükseltmemesi nedeniyle de finansal yapısını olumsuz etkilemektedir. Hastaneler, yükselen maliyetler veya güncellenmeyen SUT fiyatları karşısında çoğunlukla kısa vadeli yabancı kaynaklara yönelerek aktif hesaplarının değerinin düşmesine neden olmaktadır. Bu durum aynı zamanda hastanelerin kısa ve uzun vadede yerine getirmesi gereken tıp eğitimini geliştirecek adımları atmanın yanı sıra toplumsal sağlığı iyileştirecek Ar-Ge çalışmaları gibi önemli sorumluluklarını potansiyelinin altında yapmasına veya sorumluluklarını ertelemesine neden olmaktadır.

SONUÇ

Geçmişten bu yana devletler özellikle teknolojik gelişmelerle ve nüfusun artmasıyla birlikte pahalılaştan sağlık hizmetlerine çözüm olarak çeşitli regülasyonlar yapılmıştır. Türk sağlık sisteminde hizmeti sunan ve finanse eden ağırlıklı olarak devlet olduğundan sorunlara çözüm olarak düşünülen yöntemler de kamu regülasyonları olmaktadır. Dolayısıyla önceleri Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı tarafından hazırlanan bütçe uygulama talimatı daha sonra sağlık uygulama tebliği adıyla Sağlık Bakanlığı tarafından ve SGK aracılığıyla yayınlanmaya başlamıştır. Bu tebliğler ile özel veya kamu sektörü sağlık kuruluşları tarafından sunulacak (estetik gibi bir kısım sağlık hizmetleri hariç) sağlık hizmetlerinin birim fiyatları belirlenmektedir. Böylece sağlık hizmetleri merkezi bir karar alıcı tarafından sabit ve ulusal çapta geçerli olan bir fiyata bağlanmıştır.

Fiyat regülasyonu aracılığıyla belirlenmiş olan tutarlar, alınan hizmete bağlı olarak ilgili kurumlar tarafından SGK'ya (üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri belirlenen tutara %10 ekleyerek) fatura edilmektedir. Düzenlenen faturalar SUT hükümlerine uygunluğuna göre SGK tarafından ilgili kuruma ödenmektedir.

Çalışmanın esas kısmını ise SGK tarafından ilgili kurumlara yapılan ödemelerin üniversite hastanelerinin mali yapısına olan etkisini incelemektir. Çalışmanın tezi ise hasta ve işlem sayısındaki artış hızının gelir artış hızından daha hızlı arttığını iddia etmektedir. Bu varsayımın temel kaynağı ise SUT kaynaklı fiyat sınırlandırmalarıdır. Bir diğer deyişle çalışmanın tezi ,hasta veya işlem sayısı artarken gelirlerin nispeten daha az artmasıdır. Bu etki sadece SUT fiyatlarından kaynaklanmamakta ayrıca SUT 'ta yer almayan hizmet ve sarf malzeme gibi unsurların da fatura edilmesinden kaynaklanmaktadır. SUT 'ta yer almayan işlemlerin yapılması durumunda kural gereği SGK tarafından karşılanmamakta; bu tutar hastanenin döner sermayesinden ödenmektedir. Döner sermayeden eğitim ve araştırma payı, hazine katkı payı ve personel giderlerini yanı sıra paket fiyat dışı (SUT dışı) hizmetler nedeniyle de ödemeler yapılması hastanenin mali yapısını olumsuz etkilemektedir. Burada hastanelerde sıklıkla karşılaşılan gizli işsizlik, gereksiz tetkik gibi sorunlara karşı gider azaltıcı önlemler alınmalıdır. Ayrıca söz konusu etki sadece mali yapıdan ibaret olmamaktadır. Aynı zamanda hastane yönetiminde yer alan doktorlar, döner sermaye üzerinde gider arttırıcı işlemler de bulunması neticesinde idari sorunlar da yaşamaktadır.

Hastaneler tarafından alınacak önlemlerin yanında önemli bir rol bakanlığa düşmektedir. Bakanlık tarafından belirlenen SUT fiyatları dönemin gereklerine uygun

yenilenmemektedir. Bu durum özellikle eğitim faaliyetleri, araştırma ve geliştirme sorumlulukları olan üniversite hastanelerinin giderlerini daha da arttırıcı bir unsur olmaktadır.

Bu çalışma, Türk sağlık sisteminin geçmişten bu yana yaşadığı regülasyonların en önemlileri arasında yer alan SUT' un üniversite hastanelerinin mali yapısına olan etkilerini genel olarak ele almaktadır. Bu etkiler analiz edilirken poliklinik ve klinik hasta sayıları, birim işlem sayıları ve birim bazlı gelirler kıyaslanmaktadır. Çalışmada, regülasyon literatüründe sıklıkla yer alan devlet ve piyasa başarısızlıkları ile fiyat regülasyonu kavramları detaylı olarak açıklandıktan sonra Türkiye sağlık sisteminde önemi oldukça büyük olan SDP sonrası sağlık göstergeleri, hastanenin birim bazlı hasta ve işlem sayısı ile gelirleri olarak belirlemiştir.

Nüfusun yaşlanması ile beraber 65 yaş üzeri nüfusun 1990'lı yılların başında yaklaşık 2,5 milyondan bugün 5,3 milyona ulaşması ve 2025 yılında ise 8,4 milyona çıkacak olması 40 yaş üzeri nüfus artış oranındaki hızlanma ile kronik hastalıkların sıklığında artışa yol açacaktır. Dolayısıyla kanser, şeker hastalığı ve kalp hastalıklarına ilişkin sorunlar gibi pek çok hastalığın görülme sıklığı ve yaygınlığı artmaktadır. Bu durum karmaşık vaka ve hastalık riskini arttırarak üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan talepte artışı gündeme getirecektir. Üniversite hastanelerinde sunulan hizmetin fiyatlamasını hastalık ve tanı, tedavi ve takip sürecinde daha doğru tedavilerin uygulanması, sağlık harcamaları konusunda daha akılcı politikaların hayata geçirilmesi nedenleriyle daha önemli hale getirmektedir.

Spesifik hastalık takipleri ve işlemlerinin maliyetlerinin yüksek olması, özel işlem kalemlerinin zorluğu ve harcanılan emek ve maliyetin karşılanamaması üçüncü basamak hizmet kuruluşu olan üniversite hastanelerinin özel işlemlerin yapıldığı, geliştirildiği, uzmanların yetiştirildiği kurumlar olmaktan çıkararak rutin tedavi ve hizmetlerin uygulandığı kurumlar haline dönüşmeye zorlamaktadır (Yılmaz ve Yazıhan, 2014: 51).

Son yıllarda izlenen kamu sağlık regülasyonları etkisiyle üniversite hastaneleri, daha az masraflı ve riskli olan ve aynı zamanda gelir getirici poliklinik hizmetlerine yönelmiştir. Dolayısıyla karmaşık vakalarda ve tıp eğitiminde klinik hastalarına ağırlık vermesi gereken üniversite hastaneleri zamanla poliklinik hastalarına öncelik vermek durumunda kalmıştır.

Bu çalışmada ilgili SUT işlemlerinin hastanede yapılma sıklığı veri yetersizliği nedeniyle hesaplama dışı tutulmuştur. Bu verinin olmaması çalışmayı birim bazlı gelirin yüzde olarak birimde yapılan işlemde kaynaklandığını açıklamakta yetersiz bırakmıştır. Ancak bu çalışma SUT birim işlem fiyatlarının hastanedeki birimlerin gerçek maliyetleri ile kıyaslayan maliyet bazlı fiyatlama önerisi ortaya koyan bir çalışma değildir. Regülasyonun sağlık sisteminde bir fiyat regülasyonu olarak yer almasının özellikle üniversite

hastanelerinde yol açtığı mali sorunlarına değinilmiştir. Yapılacak çalışmalarla SUT işlem örneklemini arttırılabilir ve birim bazlı SUT işlem sıklığı da analize dahil edilerek daha gerçekçi sonuçlara ulaşılabilir. Diğer taraftan Sağlık regülasyonlarının temel karar alma süreçlerinde Üniversite hastane temsilcileri veya kurulacak tarafsız bir birlik önderliğinde yer alınmalıdır.

SUT fiyatlarının günümüz koşullarına göre güncellenmesinin yanı sıra kapsamının da genişletilmesi gerekmektedir. Üniversite hastanelerinin sağlık hizmeti vermesine ek olarak eğitim ve araştırma gibi birçok fonksiyonlarının da olması, sunduğu hizmetlerin maliyetini etkilemekte ve bu durumun doğal bir sonucu olarak da maliyetlerin herhangi bir şekilde karşılanması zorunluluğunu doğurmaktadır. Üniversite hastanelerinin tüm çalışma boyunca belirtilen görev ve sorumluluklarının toplumsal önemi göz önüne alındığında bu maliyetlerin (giderlerin) karşılanmaması durumunda yaşanacak toplumsal kayıplar ayrı bir çalışma konusu olsa da hafife alınamayacak derecede önem arz edecektir. Üniversite hastanelerinin verdiği hizmetler karşılığında belirlenen SUT fiyatları bu fonksiyonların maliyetini içermemesi nedeniyle, bu maliyetlerin kamu tarafından bir başka kaynak ile karşılanmalı (ÜHB, 2010: 11) ya da bu maliyetlerin içerildiği yeni katsayılar belirlenmelidir.

SUT fiyatlandırılmasında üniversite hastanelerinin bir takım dışsal özellikleri (il, bölge, nüfus, demografik yapı, sosyo-kültürel etkenler vs.) hesaba katılmamaktadır. SUT işlem puanlarının üniversite hastaneleri için (%10 fark gibi) bir takım ayrıcalıkları olsa da bu istisnalar genişletilmelidir. Örneğin il nüfusunun, il enflasyon oranının, hastaneye müracaat yoğunluğu gibi etkenleri göz önünde bulunduracak yeni ve her an güncellenen bir katsayı belirlenmelidir.

Kamu kesiminin sağlık alanına müdahale etme gereği de ayrıca düşünülmesi gereken bir konudur. Çalışmamızda belirtildiği gibi kamu kesimini ekonomiye müdahalesinde ortaya çıkan özellikle Nepotizm gibi “adam kayırmacı” eğilimlerin veya popülist politikaların yanı sıra piyasada oluşması gereken fiyatları SUT fiyatlarıyla belirleyerek arz - talep dengesinde bozulmalar meydana getirmektedir. Bu durumun doğal bir sonucu olarak sağlık hizmetinin arz edilmesi aşamasında gider arttırıcı unsurlardan kaçınılmaktadır. Dolayısıyla sağlık sektörüne SUT fiyatlaması yoluyla müdahale edilme gereği tekrar incelenmesi gereken önemli bir konu olmaktadır.

Sonuç olarak ülkemizde kamu kesiminin sağlıkla ilgili regülasyonlarının en önemli aracı olan SUT’ ta yer alan işlem puanları (fiyatları), üniversite hastanelerinin poliklinik ve klinik işlem sayılarının artışına rağmen mali yapısını negatif yönde etkilemektedir. Söz konusu fiyat regülasyonu, rekabeti bozucu nitelikler taşımasının yanı sıra üniversite hastanelerinin tıbbi malzeme tedariki ve daha nitelikli eğitim ve sağlık hizmeti sunumunda da

bozucu etkilerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Sağlık piyasasına yönelik SUT aracılığıyla yapılan fiyat regülasyonu ile gittikçe pahalılaştan tıbbi malzeme ve cerrahi işlemlerin merkezi bütçede oluşturduğu yükü en aza indirebilmek amaçlanmış olsa da, SGK'nın artan bütçe açığı ve üniversite hastanelerinin önemli boyutlara ulaşan finansal sorunlarla karşı karşıya kalması bu regülasyonların gözden geçirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

KAYNAKÇA

- Akalın, G. (1980). Yükseköğretim Karma Malına Maliyet-Fayda Analizinin Uygulanması (Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi).
- Akça H. (2011). Devlet Müdahalesinin Başarısızlığı Üzerine Bir Değerlendirme. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 20(3).
- Akdağ, R., ve Erkoç, Y. (2011). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2010. Sağlık Bakanlığı, Türkiye.
- Akerlof, G. A. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. The Quarterly Journal of Economics, 488-500.
- Akgüç, Ö. (1995). Mali Tablolar Analizi.9.Baskı, Avcıol Basım ve Yayıncılık, İstanbul
- Akpınar E., Saatçi E., Tuna G. E., (2007) Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2006;10(3): 103-107
- Alp, S., ve Karakaş, A. (2008). Asimetrik Bilgi Teorisi Karşısında Hayek' in Ekonomik Yaklaşımları: Karşılaştırmalı Bir Analiz, içinde Liberal Düşünce, 13(51-52): 215-230
- Ardıyok, S., (2002) Doğal Tekeller ve Düzenleyici Kurumlar: Türkiye İçin Düzenleyici Kurum Modeli (Rekabet Kurumu Lisansüstü Tez Serisi).
- Arsoy A. P., (2012) Trend Analizi Tekniği, Selimoğlu S. (ed.) Muhasebe Denetimi ve Mali Analiz Anadolu Üniversitesi 2012: 121-133.
- Ataç B., Kirmanoğlu H., Şener O., Şenatalar B., (2007), Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, vd (2013). Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. The Lancet, 382(9886): 65-99.
- Avcı K., Çınaroğlu, S., (2015). Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nin Örgütsel Ve Finansal Performans Göstergeleri Bakımından Kümelenmesi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 33(2), 1-23.
- Aybay A., Aybay R., Pehlivan A., (2013) Hukuka Giriş, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul
- Azap A. ve Ağırbaş İ., (2014) Üniversite Hastaneleri "İşletmeleşme veya Batma" Sarmalından Kurtulabilir mi?, Toplum ve Hekim Dergisi, Kasım –Aralık 29(6): 439-442
- Baker, L. R. (2002). Government's Role in Health Care Delivery, The. Annals Health Law, 11(6): 73-92

- Baldwin, R., Cave, M., & Lodge, M. (2012). *Understanding Regulation: Theory, Strategy, and Practice*. Oxford University Press.
- Bator, F. M. (1958). The Anatomy of Market Failure. *The Quarterly Journal of Economics*, 351-379.
- Battal A., (2001). *Hukukun Temel Kavramları*, Gazi Kitabevi, Ankara
- Bezzola, M., and Martinsson P., (1998). "Overview of the Two Systems." *İçinde Regulation of Health: Case Studies of Sweden and Switzerland*. Springer US.: 9-28.
- Bilgili, E., ve Ecevit, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2).
- Boehm, F. (2007). *Regulatory Capture Revisited—Lessons from Economics of Corruption*. Internet Centre for Corruption Research (ICGG) Working Paper
- Bulut, M. (2011). Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Sosyal Yardım Yaklaşımı ve Türkiye’de Durum. *Yardım ve Dayanışma Dergisi*, 2(3): 57-64.
- Ceren Y., Özdemir Ş., (2013) Sağlık İşletmelerinde Paket İşlem Fiyat Uygulamasının Hedef Maliyetleme Yöntemi ve Stratejik Pazarlama Muhasebesi Açısından Değerlendirilmesi ve Özel X Diyaliz Merkezi Bir Uygulama Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 13(26): 450-478
- Chernichovsky, D. (1995). Health System Reforms in Industrialized Democracies: an Emerging Paradigm. *The Milbank Quarterly*: 339-372.
- Chinitz, D. (2002). “Good and Bad Health Sector Regulation: an Overview of the Public Policy Dilemmas” içinde Saltman, R. B., Busse, R., & Mossialos, E. (Eds.), *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Chowdhury, A. (2010). *Financial Sector Regulation in Developing Countries: Reckoning After the Crisis*. Diakses Mei.
- Coase, R. H. The Problem of Social Cost'(1960), *Journal of Law and Economics*, Coase: 1-44
- Çakal, R. (1996). *Doğal Tekellerde Özelleştirme ve Regülasyon*. DPT.
- Çakır, Y. (2011) Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması ve Bu Uygulamanın Sosyal Devlet İlkesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı Bakımından İncelenmesi, *Sayıştay Dergisi* (80): 85-105.
- Çaldağ, Y., (2007). *Denetim ve Raporlama Finansal Tablolar ve Analiz Teknikleri*. Gazi Kitabevi, Ankara

- Çelikay, F., ve Gümüş, E. (2010). Health Services and Their Financing in Turkey. *Social Sciences Institute Journal, Eskişehir Osmangazi University*, 11(1): 177-216.
- Çetin, T. (2009). Regülasyonun Etkinlik Analizi ve Regülasyon Türleri, *Çimento İşveren Dergisi*, (1), 22-38.
- Çetin, T. (2010). İktisadi Etkinlik Üzerine bir Deneme: X Etkinlik Yaklaşımı. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2): 183-198.
- Çevik S., Demir M., (2005). Devletin Düzenleyici Rolü ve Regülasyon Teorileri Öneri *HertogDergisi*, 6(23): 249-257.
- Dal Bó, E. (2006). Regulatory Capture: a Review. *Oxford Review of Economic Policy*, 22(2): 203-225
- Den Hertog, J. A. (1999): "General Theories of Regulation." *Encyclopedia of Law and Economics*: 223-270.
- Den Hertog, J. A. (2010). Review of Economic Theories of Regulation. *Discussion Paper Series/Tjalling C. Koopmans Research Institute*, 10(18).
- Dileyici, D., ve Özkıvrak, Ö. (2010). Bütçe Anlayışındaki Değişim Süreci: Denk Bütçe İlkesinin Erozyonu ve Açık Bütçe Politikası. *Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi*, 2(1).
- DPT (1996), Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), T.C. Başbakanlık
- Eğilmez, M., (2016). *Kamu Maliyesi, Remzi Kitabevi, İstanbul*
- Eisner, M. A., Worsham, J., & Ringquist, E. J. (2000). *Contemporary Regulatory Policy*. Lynne Rienner Publishers.
- Elbek, O., & Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1): 33-43.
- Emil F., Yılmaz H. H., Yazıhan N., Tunca D., (2013) *Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlık Harcamalarının Etkinliği Üzerine Bazı Gözlemler*, Ankara Üniversitesi Yayın No: 396
- Emil, F., ve Yılmaz, H. H. (2003). *Kamu Borçlanması, İstikrar Programları ve Uygulanan Maliye Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler*. Ankara, VII. ERC/ODTÜ Uluslararası Ekonomi Kongresi.
- Ergun, C. ve Ergun, A. D., (2010). “Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma,” *Toplum ve Demokrasi*, 4 (8-9-10), Ocak-Aralık: 33-54.
- Günaydin, D., (2011). *Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları*. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (60): 323-365.

- Güvercin A., Mil H. İ., Tarım B., (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu, Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi, 7(13): 80-94
- Güzel, A. (2005). Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?. Çalışma ve Toplum Dergisi, 4, 61-76.
- Hahn, R. W., (2000). Reviving Regulatory Reform: a Global Perspective, AEI-Brookings Joint Center for Regulatory Studies, Washington D.C.
- Hovenkamp, H., (1989). Marginal Utility and the Coase Theorem. Cornell Law Review, 75: 783-810
- Immergut, E. M. (1992). Health politics: Interests and Institutions in Western Europe, Cambridge University Press Archive
- İstanbul Üniversitesi, (2009). Üniversite Hastaneleri Birliği Toplantısı Raporu, 18-19 Mayıs 2009
- İşeri M., (2005). Sorularla İşletme Finansmanı, T.C. İstanbul Kültür Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi KOBİ Danışma Birimi, İstanbul
- Karakaş, M., (2008). Devletin Düzenleyici Rolü ve Türkiye’de Bağımsız İdari Otoriteler. Maliye Dergisi, (154): 99-120.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., (2010). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, Siyasal Kitabevi. 2baskı, Ankara.
- Kebapçılar ve Akreditasyon Öz Değerlendirme Kurulu 2. Çalışma Grubu Üyeleri, Tıpta Eğitim Raporu, Genel Tıp Dergisi (2013), 23 (Ek: 1) 22-23
- Kesik, A., Mutluer, Ö., Öner, E., (2013), Teoride ve Uygulamada Kamu Maliyesi, İstanbul Bilgi Üniversitesi, 3.baskı
- Kılıç, G. ve Demir, E., (2014). Piyasalaşmış Sağlık Hizmetlerine Kamu Otoritesinin Müdahale Aracı Olarak Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Toplum ve Hekim Dergisi, Kasım – Aralık, 29(6): 443-447
- Kızılboga, R., (2012). Kamu Tercihi Ve Anayasal İktisat Teorilerinin Değerlendirilmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi: 91-109.
- Kiper, M., (2013). Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Cihaz Sektörü ve Stratejisi Önerisi: Kavramlar, Dünyada Durum ve Ülke Örnekleri, Türkiye’de Durum Analizler ve Strateji Önerisi. Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı, Ankara
- Koç, M., (2006). Sosyal Güvenlik Ve Beveridge Raporu, Mali Çözüm Dergisi, İSMMMÖ Yayın Organı, (76): 90-100.
- Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). Healthcare Systems an International Review: an Overview. Nephrology Dialysis Transplantation, 14(6), 3-9.

- Leibenstein, H., (1966). Allocative Efficiency vs. "X-efficiency". *The American Economic Review*: 392-415.
- Lemieux, P., (2015). Dangers of Public Health, *The. Regulation, Cato Institute Regulation Magazine*, Fall: 30-35.
- Leonard, T. C., (2008). Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein, *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. Constitutional Political Economy*, 19(4): 356-360.
- Machlup, F., (1967). "The Political Economy of Monopoly: Business, Labor and Government Policies." Johns Hopkins Press.
- Malyshev, N., (2008). *The Evolution of Regulatory Policy in OECD Countries*, OECD Publishing.
- OECD (2002); *Regulatory Policies in OECD Countries: from Interventionism to Regulatory Governance*, OECD Reviews of Regulatory Reform, OECD, Paris-France
- OECD, (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, OECD and the World Bank*, Paris: 15-43.
- Oğuz F., (2011). *Bilgi, Regülasyon ve Rekabet: Bir Piyasa Süreci Yaklaşımı*. Doğu Üniversitesi Dergisi, 6(2): 253-267.
- Oğuz, F. ve Çakmak, O., (2002). "Küreselleşen Bir Dünyada Regülasyon," *Liberal Düşünce*, Yıl: 7, Sayı: 25–26, Kış-Bahar.
- Orbach B., (2012). "What Is Regulation?": *Yale Journal on Regulation Online*, 30(1).
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (1997). *The OECD Report on Regulatory Reform: Synthesis Report*. OECD Publishing.
- Önder, İ., (1974). *Pareto Dengeleri Açısından Bölünmezlik ve Dışsallık Kavramları*. Maliye Araştırma Merkezi Konferansları (23).
- Özer, M., (2008) *Eksik Rekabet Piyasaları*, Şıklar İ., (ed.) *İktisada Giriş*, Anadolu Üniversitesi: 189-228.
- Palier, B., & Martin, C., (2008). From 'a frozen landscape' to structural reforms: the sequential transformation of Bismarckian welfare systems. *İçinde Reforming the Bismarckian Welfare Systems*: 1-20.
- Resmi Gazete, (1983). *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*,
- Sağlık Bakanlığı, (2015). *Sistem Kullanıcıları için TSİM uygulama Rehberi*, Ankara
- Sağlık Bakanlığı, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası
- Sağlık Bakanlığı (2005). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesine Hakkında Yönerge*
- Sağlık Bakanlığı, (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara

- Sarısoy, S., (2010). Düzenleyici Devlet ve Regülasyon Uygulamalarının Etkinliği Üzerine Tartışmalar. Maliye Dergisi: 278-298
- Schmid, A., Cacace, M., & Rothgang, H., (2010). The Changing Role of the State in Healthcare Financing, The State and Healthcare: Comparing OECD Countries. Palgrave Macmillan. Heinz Rothgang, Mirella Cacace, Lorraine Frisina, Simone Grimmeisen, Achim Schmid, and Claus Wendt, eds, 25-52.
- SGK, (2012). Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulaması Hakkında Yayınlanan Genelgeye İlişkin Bilgilendirici Duyuru
- SGK, (2016). İstatistik Bülteni 2016
- SGK, (2007). Sağlık Uygulama Tebliği, (15.06.2007 tarihli)
- SGK, (2008). Sağlık Uygulama Tebliği, (29.09.2008 tarihli)
- SGK, (2009). Sağlık Uygulama Tebliği, (21.10.2009 tarihli)
- SGK, (2010). Sağlık Uygulama Tebliği, (25.03.2010 tarihli)
- SGK, (2011). Sağlık Uygulama Tebliği, (31.12.2011 tarihli)
- SGK, (2012). Sağlık Uygulama Tebliği, (09.11.2012 tarihli)
- SGK, (2013). Sağlık Uygulama Tebliği, (24.12.2013 tarihli)
- SGK, (2014). Sağlık Uygulama Tebliği, (24.12.2014 tarihli)
- SGK, (2015). Sağlık Uygulama Tebliği, (30.10.2015 tarihli)
- SGK, (2016). Sağlık Uygulama Tebliği, (30.04.2016 tarihli)
- Skousen, M., (2010). Makro İktisat (Çeviren: Atilla Yayla), Adres Yayınları. 1. basım Nisan 2010
- Soyer, A., (2009). Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(4): 179-182.
- Spiller, P. T., Guasch, J. L., (1999). Managing the Regulatory Process: Design, Concepts, Issues, and the Latin America and Caribbean Story. World Bank Publications.
- Stigler, G. J., (1971). The theory of economic regulation. The Bell journal of economics and management science: 3-21.
- Stiglitz, J. E., (1988). Economics of the Public Sector. WW Norton.
- Stiglitz J. E., (1994). Kamu Kesimi Analizi (Çev. Ö. F. Batırel), Marmara Üniversitesi İİBF Yayını (no: 396), İstanbul
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, (2014). Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Malzeme Çalışma Grubu Raporu, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2014). Sağlık İstatistikleri Yıllığı

- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A., Hernández-Quevedo, C., (2011). Turkey: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 13(6): 1–186.
- Tengilimoğlu, D., (2000). Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 55(1).
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M., (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara
- Tepe, B., ve Ardıyok, Ş., (2004). Devlete Yeni Rol: Regülasyon. *Amme İdaresi Dergisi*, 37(1): 105-130.
- Türkkan, E., (2001). Rekabet Teorisi ve Endüstri İktisadı, Turhan Kitabevi, Ankara
- Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu (2011), Sağlık Sektörünün Öncelikli Sorunlarına İlişkin Görüş ve Öneriler, İstanbul.
- Uğurluoğlu, Ö., (2015). Üniversite Hastanelerinde Uygulanan Organizasyon Yapılarının Değerlendirilmesi, *İşletme Bilimi Dergisi*, 3(1): 52-63.
- Usher, D., (1998). The Coase theorem is Tautological, Incoherent or Wrong. *Economics Letters*, 61(1): 3-11.
- Ünsal, E., (2007). Mikro İktisat, 7.baskı, İmaj Yayınevi, Ankara.
- Wild, C., and Gibis B., (2003). "Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria." *Health Policy* 63.2: 187-196.
- Wilson, G. K., (1984). Social regulation and explanations of regulatory failure. *Political Studies*, 32(2): 203-225
- Winston, C., (2007). *Government Failure Versus Market Failure: Microeconomics Policy Research And Government Performance*. Brookings Institution Press.
- Wolf, C., (1979). A Theory Of Nonmarket Failure: Framework For İmplementation Analysis. *Journal Of Law And Economics*, 22(1), 107-139.
- World Health Organization, (1989). Constitution.
- Yates, R., & Humphreys, G., (2013). *Arguing For Universal Health Coverage*. World Health Organization.
- Yereli A. B., Kosal İ., Köktaş A.M., (2010). *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar 2010*, 47(549): 5-20.
- Yıldırım H. H., (2013). *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Birinci Baskı, SASAM, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Yıldırım, H. H., Yıldırım, T., ve Erdem, R. (2011). Sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkıları: genel bir bakış ve Türkiye için bir durum değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 44(2): 71-98.

- Yıldırım, M., (2013). Kamu yönetiminin kadim paradoksu: Nepotizm ve Meritokrasi, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(2): 353-380.
- Yıldırım, S., ve Kılıç, M., (2014). Vaka Başlı Muayene Maliyetlerinin Kontrol Edilebilirliği, Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(1): 79-90.
- Yılmaz, H. H., ve Yazıhan, N., (2014). Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Sağlık Uygulama Tebliği Fiyatları Hesaplaması, Ankara Üniversitesi Yayınları No: 405
- Yılmaz, V., Yentürk, N., (2015). Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi
- Zweifel P, (1998) Introduction, içinde Regulation of Health: Case Studies of Sweden and Switzerland. Springer US.: 1-8

İnternet Kaynakları

- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Yönetmeliği (1982), <http://icerik.akdeniz.edu.tr/tr.il87.arastirma-ve-uygulama-merkezleri>, (erişim tarihi: 15.11.2015)
- Aktan C. C., Karaaslan Y. T., Regülasyon Ekonomisi ve Kamusal Regülasyonlar Teorisi, http://www.canaktan.org/ekonomi/kamu_maliyesi/kamu-ekonomisi/regulasyon-ekon.pdf, (erişim tarihi: 13.01.2016)
- Aktan C.C., Işık A.K., Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü , <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/devlet-rolu.pdf> (erişim tarihi: 11.10.2015)
- Çırakoğlu B., (2003). Türkiye’de Tıp Eğitimi ve Geleceği, TÜBİTAK Raporlar, ek: 23 http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-23.pdf, (erişim tarihi: 01.02.2016)
- Memiş, S. A., (2012). Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. Son Dönemdeki Sağlık Harcamalarının Analizi, *TEPAV Değerlendirme Notu*. http://www.tepav.org.tr/upload/files/1354282721-9.Son_Donemdeki_Saglik_Harcamalarinin_Analizi.pdf (erişim tarihi: 11.04.2016)
- National Healthcare Charter, (2012). National Advocacy Unit, Quality and Patient Safety Directorate, HSE, https://www.hse.ie/eng/services/yourhealthservice/hcharter/National_Healthcare_Charter.pdf, (erişim tarihi: 03.09.2015)
- Odabaşı O., Sayek İ., Kiper N., (2011). Türkiye’de Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi-2010, Türk Pediatri Arşivi Dergisi: 331-336.

<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tpedar/article/view/5000001926>, (erişim tarihi: 21.01.2016)

Resmi Gazete, (2005). Karar No: 8873

<http://www.resmigazete.gov.tr/Eskiler/2005/05/20050531M2.htm>, (erişim tarihi: 17.02.2016)

Sağlık-Sen “Üniversite Hastanelerinde Çalışanların Sorunları Ve Çözüm Önerileri Çalıştayı”
11 Ocak 2014

<http://www.saglikksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/5257a5e50823d66722a73a0b5b4478cb.pdf>, (erişim tarihi: 14.11.2015)

Savaş H., (2015). HBYS (Otomasyon) Firması Gözüyle Faturalandırma ve Medula Kullanım Klavuzu,

<http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/fbe20e30670d4428a52464ccddfe8779.pptx>, (erişim tarihi: 19.05.2016)

SGK, (2012). Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları Genelgesi, (2012/25 SGK, Aylık Temel Göstergeler (Haziran 2015),

http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/ea3bb8fd-8055-4a75-981c-b988e3955b99/2015_06_temel_gostergeler.pdf?MOD=AJPERES (erişim tarihi: 14.02.2016)

T.C. Yüksek Öğretim Kurumu, <https://istatistik.yok.gov.tr/>, (erişim tarihi: 20.03.2016)

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2014). Türkiye Kamu Hastane Birlikleri İstatistikleri, Ankara
<http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/35c966a9f1d343909d4d0858bec69333.pdf> Erişim

Tarihi: 10.06.2016

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2014). Akdeniz Üniversite 2013 yılı Sayıştay Denetim Raporu

http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/AKDEN%C4%B0Z%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf

(erişim tarihi: 4.06.2016)

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2014). Cumhuriyet Üniversite 2013 yılı Sayıştay Denetim Raporu

http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/CUMHUR%C4%B0YET%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf

(erişim tarihi: 4.06.2016)

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2014). Hacettepe Üniversite 2013 yılı Sayıştay Denetim Raporu

http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/HACETTEPE%C4%B0UNIVERSITESI%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TESI%C4%B0.pdf

4%B0dareler-A/HACETTEPE%20%C3%9CN%C4%B0V.pdf (erişim tarihi: 4.06.2016)

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2014). Pamukkale Üniversite 2013 yılı Sayıştay Denetim Raporu http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/PAMUKKALE%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf (erişim tarihi: 05.06.2016)

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2014). Pamukkale Üniversite 2013 yılı Sayıştay Denetim Raporu http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/S%C3%9CCLEYMAN%20DEM%C4%B0REL%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf (erişim tarihi: 05.06.2016)

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Akdeniz Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/AKDEN%C4%B0Z%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf (erişim tarihi: 4.06.2016)

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Ankara Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/ANKARA%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf (erişim tarihi: 4.06.2016)

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Cumhuriyet Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/CUMHUR%C4%B0YET%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf (erişim tarihi: 05.06.2016)

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Hacettepe Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/HACETTEPE%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf (erişim tarihi: 4.06.2016)

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Pamukkale Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/PAMUKKALE%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf

4%B0dareler-

A/PAMUKKALE%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf

(erişim tarihi: 05.06.2016)

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Pamukkale Üniversite 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu

http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-

[A/S%C3%9CCLEYMAN%20DEM%C4%B0REL%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf](http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/%C3%96zel_B%C3%BCt%C3%A7eli_%C4%B0dareler-A/S%C3%9CCLEYMAN%20DEM%C4%B0REL%20%C3%9CN%C4%B0VERS%C4%B0TES%C4%B0.pdf) (erişim tarihi: 05.06.2016)

T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2015). Sosyal Güvenlik Kurumu 2014 yılı Sayıştay Denetim Raporu

http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2014/Sosyal_G%C3%BCvenlik_Kurumlar%C4%B1/SOSYAL%20G%C3%9CVENL%C4%B0K%20KURUMU.pdf (erişim tarihi: 01.01.2016)

UNSDSN, (United Nations Sustainable Development Solutions Network) (2015) Financing Universal Health Coverage in the Post-2015 Agenda, <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2015/02/150224-Financing-for-UHC.pdf> (erişim tarihi: 12.10.2015)

Üniversite Hastaneleri Birliği, (2014), İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ile İlgili Prof. Dr. Bülent Tutluoğlu'nun Beyanları Nedeniyle Yapılan Basın Açıklaması, http://www.universitehastaneleribirligi.net/useruploads/files/iu_cerrahpasa_tip_fakultesi_basin_aciklamasi.pdf (erişim tarihi: 22.04.2016)

Üniversite Hastaneleri Birliği, (2009). 2.Üniversite Hastaneleri Birliği Toplantı Raporu 16 -17 Mayıs 2009, www.uhbd.org/useruploads/files/sevk_zinciri.doc., (erişim tarihi: 23.04.2016)

Üniversite Hastaneleri Birliği, (2014). Üniversite Hastaneleri Sorunları ve Çözümüne Yönelik Yapılmakta Olanlar, http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/BilgiNotu_2014_ek2-3.pdf (erişim tarihi: 26.11.2015)

Üniversite Hastaneleri Birliği, (2010). Tıp Fakültelerinde Eğitimin Finansal Boyutu, <http://www.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2013/03/4-T%C4%B1p-Fak%C3%BCltelerinde-E%C4%9Fitimin-Finansal-Boyutu.pdf> (erişim tarihi: 26.04.2016)

World Health Organization, http://www.who.int/topics/health_services/en/, (erişim tarihi: 17.04.2016)

World Health Organization, (2006). The Role of Government in Health Development, Technical Discussion 1

http://applications.emro.who.int/docs/EM_RC53_Tech.Disc.1_en.pdf (erişim tarihi: 15.03.2016)

Yereli, A. B., Köktaş A. M., Selçuk I. Ş., (2014). Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler, Sosyoekonomi Dergisi, 22(22), 273-295; DOI: <http://dx.doi.org/10.17233/se.04288>. (erişim tarihi: 27.01.2016)

EK TABLOLAR

EK TABLO 1- AKDENİZ ÜNİVERSİTE HASTANESİ POLİKLİNİK VE KLİNİK TOPLAM HASTA SAYISI (2007-2015)

YILLAR	POLİKLİNİK		YATAN HASTA (GERÇEKTEN YATAN)	
	HASTA SAY.	ARTIŞ/AZALIŞ (%)	HASTA SAY.	ARTIŞ/AZALIŞ (%)
2007	596.732	-	28.227	-
2008	696.555	16,73	30.920	9,54
2009	701.413	17,54	34.943	23,79
2010	773.794	29,67	37.517	32,91
2011	791.358	32,62	38.442	36,19
2012	798.078	33,74	39.365	39,46
2013	838.705	40,55	41.953	48,63
2014	881.093	47,65	47.820	69,41
2015	906.476	51,91	50.830	80,08

Paket Kodu	İşlem Adı	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
P701008	Balon atriyal septostomi	0	0	18,21	0	0	0	0	0
P701009	Balon atriyal septoplasti ve septostomi	0	0	18,35	0	0	0	0	0
P701012	Blade atriyal septostomi + balon septostomi	0	0	0	0	0	0	0	0
P701013	Perkütan transkateter PDA kapatılması (ductus okluzyonu)	0	0	18,10	0	0	0	0	0
P701014	Perkütan trans kateter aorto-pulmoner kollateral, venovenöz kollateral veya arteriovenöz fistül okluzyonu	0	0	0	0	0	0	0	0
P701015	Perkütan transkateter koroner-kameral fistül okluzyonu	0	0	0	0	0	0	0	0
P701016	Perkütan transkateter guide-wire ile atretik kapak perforasyonu + balon valvuloplasti	0	0	18,14	0	0	0	0	0
P701017	Perkütan transkateter atretik kapak perforasyonu + balon valvuloplasti + duktal stent implantasyonu	0	0	0	0	0	0	0	0
P701018	Perkütan ductus arteriosusa stent implantasyonu	0	0	18,42	0	0	0	0	0
P701019	Perkütan transkateter device ile ASD veya PFO kapatılması	0	37,50	0	0	0	0	0	0
P701021	Perkütan transkateter device ile VSD kapatılması	0	37,50	0	0	0	0	0	0
P701022	Perventriküler transkateter device ile VSD kapatılması	0	0	0	0	0	0	0	0
P701010	Temel tanısal EFÇ	0	0	0	0	0	0	0	0
P701011	Transözofajial EFÇ	0	0	0	0	0	0	0	0
P701030	Radyofrekans kateter ile ablasyon, supraventriküler	0	37,50	50,00	0	0	0	0	0
P701040	Radyofrekans kateter ile ablasyon, ventriküler	0	37,50	0	0	0	0	0	0
P701050	AV nod ablasyonu	0	0	17,95	0	0	0	0	0
P701060	Radyofrekans kateter ile ablasyon, atriyal fibrilasyon; pulm. ven izolasyonu	0	0	0	0	0	0	0	0
P701061	Kompleks haritalama yöntemiyle yapılan RF kateter ablasyonu	0	37,50	0	0	0	0	0	0
P701260	Akalazyada balon dilatasyonu	0	0	29,04	0	0	0	0	0
P701310	Endoskopik biliyer endoprotez yerleştirilmesi	0	0	0	0	0	0	0	0
P701350	Endoskopik perkütan gastrotomi	0	0	19,06	0	0	0	0	0

EK TABLO 6- ÜROLOJİ SEÇİLMİŞ SUT İŞLEM BİRİM FİYATLARI

Paket Kodu	İşlem Adı	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
P603780	Greftsiz inguinal herni onarımı, tek taraf	650,00	650,00	650,00	650,00	650,00	650,00	650,00
P618920	Retrograd üreteral kateterizasyon	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80
P618960	Üreteral J Stent yerleştirilmesi	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80
P618990	Üreteral stent çıkarılması	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80
P619130	Üreterorenoskopi, tanısal	533,90	533,90	533,90	533,90	533,90	533,90	533,90
P619340	Mesane boynu rezeksiyonu	556,30	556,30	556,30	556,30	556,30	556,30	556,30
P619390	Mesane tümörü (TUR) (< 3 cm)	728,90	802,00	802,00	802,00	802,00	802,00	802,00
P619530	Sistoskopi, tanısal	209,80	209,80	209,80	209,80	209,80	209,80	209,80
P619550	Sistostomi, perkütan	203,10	203,10	203,10	203,10	203,10	203,10	203,10
P619560	Sistoüretroskopi	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80	217,80
P619750	Üretra dilatasyonu	253,90	253,90	253,90	253,90	253,90	253,90	253,90
P621071	Sünnet	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
P621330	Prostat iğne biyopsisi, ultrason kılavuzluğunda, çoklu	203,10	203,10	203,10	203,10	203,10	203,10	203,10
P621360	Prostata lazer tedavisi	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00
P704230	Hemodiyaliz	138,00	145,00	145,00	145,00	145,00	155,00	160,00

EK TABLO 7- ÜROLOJİ SUT İŞLEM BİRİM FİYAT % DEĞİŞİM (2007=100)

Paket Kodu	İşlem Adı	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
P603780	Greftsiz inguinal herni onarımı, tek taraf	0	0	0	0	0	0	0	0
P618920	Retrograd üreteral kateterizasyon	0	0	0	0	0	0	0	0
P618960	Üreteral J Stent yerleştirilmesi	0	0	0	0	0	0	0	0
P618990	Üreteral stent çıkarılması	0	0	0	0	0	0	0	0
P619130	Üreterorenoskopi, tanısal	0	0	0	0	0	0	0	0
P619340	Mesane boynu rezeksiyonu	0	0	0	0	0	0	0	0
P619390	Mesane tümörü (TUR) (< 3 cm)	0	0	10,03	10,03	10,03	10,03	10,03	10,03
P619530	Sistoskopi, tanısal	0	0	0	0	0	0	0	0
P619550	Sistostomi, perkütan	0	0	0	0	0	0	0	0
P619560	Sistoüretroskopi	0	0	0	0	0	0	0	0
P619750	Üretra dilatasyonu	0	0	0	0	0	0	0	0
P621071	Sünnet	0	0	0	0	0	0	0	0
P621330	Prostat iğne biyopsisi, ultrason kılavuzluğunda, çoklu	0	0	0	0	0	0	0	0
P621360	Prostata lazer tedavisi	0	0	0	0	0	0	0	0
P704230	Hemodiyaliz	0	0	5,07	0	0	0	12,32	15,94

EK TABLO 8- SEÇİLMİŞ ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN MALİ YAPILARI

Üniversite Adı	Akdeniz Ü.		Ankara Ü.		Hacettepe Ü.		Süleyman Demirel Ü.		Pamukkale Ü.		Cumhuriyet Ü.	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Hesap Adı /Yıllar	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Dönen Varlıklar	47.912.685	63.757.873	0,0	147.768.575	278.058.755	262.379.037,51	45.496.275	44.545.837	33.193.928	48.990.458	30.009.978	37.438.276
Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar	115.912.412	156.837.946	0,0	251.288.580	287.572.759	333.764.865	17.518.898	49.845.109	40.709.613	44.210.622	30.896.964	56.138.167
Cari Oran	0,41	0,41	0,0	0,59	0,97	0,79	2,60	0,89	0,82	1,11	0,97	0,67
Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar + Uzun Vadeli Yabancı Kaynaklar	118.550.968	158.483.339	0,0	0,0	287.572.759	334.071.373	17.518.898	49.845.109	41.309.613	46.745.972	30.896.964	57.438.167
Borç Artış Oranı (%)	0,0	33,7	0,0	0,0	0,0	16,2	0,0	184,5	0,0	13,2	0,0	85,9
Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar + Uzun Vadeli Yabancı Kaynaklar	118.550.968	158.483.339	0,0	255.143.304	287.572.759	334.071.373	17.518.898	49.845.109	41.309.613	46.745.972	30.896.964	57.438.167
Net Satışlar	194.588.127	258.645.560	275.739.436	342.454.737	276.760.808	341.288.914	81.736.683	107.338.709	126.016.154	172.476.164	84.686.861	104.649.449
Borç / Gelir Oranı	0,61	0,61	0,0	0,75	1,04	0,98	0,21	0,46	0,33	0,27	0,36	0,55
Satılan Hizmet Maliyeti	145.677.039	171.446.543	136.609.651	211.974.525	283.428.664	366.943.896	55.004.648	67.094.006	91.848.784	106.486.223	53.572.187	76.496.502
Net Satışlar	194.588.127	258.645.560	275.739.436	342.454.737	276.760.808	341.288.914	81.736.683	107.338.709	126.016.154	172.476.164	84.686.861	104.649.449
Satılan Hizmet Maliyeti / Net Satışlar	0,75	0,66	0,50	0,62	1,02	1,08	0,67	0,63	0,73	0,62	0,63	0,73
Faaliyet Giderleri	85.616.604	91.655.587	172.298.269	209.076.028	26.119.255	22.173.187	35.822.337	41.351.782	48.437.995	54.350.716	51.111.919	45.638.338
Net Satışlar	194.588.127	258.645.560	275.739.436	342.454.737	276.760.808	341.288.914	81.736.683	107.338.709	126.016.154	172.476.164	84.686.861	104.649.449
Faaliyet Giderleri / Net Satışlar	0,44	0,35	0,62	0,61	0,09	0,06	0,44	0,39	0,38	0,32	0,60	0,44

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI : Mustafa Alpin GÜLŞEN

Eğitim Durumu

Mezun Olduğu Lise : Çağlayan Lisesi, Antalya, 2004

Lisans Diploması : Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Maliye Bölümü,
Ankara, 2013

Yüksek Lisans Diploması : Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Ana
Bilim Dalı, Antalya, 2016

Tez Konusu : Kamu Regülasyon Türü Olarak Sağlık Uygulama Tebliği ve
Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkileri

Yabancı Dil : İngilizce

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurum(lar) : İstatistik-Analiz, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Halkla
İlişkiler Bölümü (2015-2016)

E-Posta : m.alpingulsen@gmail.com