KAMU HASTANE BİRLİKLERİ VE HASTANELERDE YAPISAL DÖNÜŞÜM

Cavit IŞIK YAVUZ*

Özet: Hastanelerin yapısal ve yönetsel değişimim sağlık reformunun önemli bileşenlerindendir. "İdari ve mali özerklik" başlığında yer alan bu değişim desantralizasyon düzenlemeleri ekseninde kamu hastanelerini piyasa işleyişine uygun hale getirmektedir. Türkiye'de de bu eksen çerçevesinde 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile getirilen düzenleme Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin yönetim yapısını tümden değiştirmiştir. 663 sayılı KHK, hastaneleri merkez teşkilatında "bağlı kuruluş" statüsünde olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun yönetimindeki "Kamu Hastane Birlikleri" yapısına dönüştürmüştür. Bu yazıda oluşan bu yeni yapı incelenmiştir.

Anahtar sözcükler: hastane, sağlık reformu, kamu hastane birlikleri

Public Hospital Unions and Structural Transformation in Hospitals

Abstract: *Structural and managerial transformation of hospitals constitute an important component of reform in health. This transformation taking place under the motto "administrative and financial autonomy" adapts public hospitals to the working of markets around the axis of arrangements for decentralization. In Turkey, the arrangement introduced by the Decree Law (DL) no. 663 totally changed the structure of hospitals operated by the Ministry of Health. The DL 663 transformed hospitals which used to be under the Public Hospitals Institution of Turkey, which was attached to the central organization of the Ministry, into "Public Hospital Unions". The article examines this new structure.*

Key words: *hospital, health reform, public hospital unions*

Hastanelere yönelik yapısal ve yönetsel değişimler sağlık reformlarının önemli bir parçasını oluşturmaktadırlar. Hastanelerde bu değişim "desantralizasyon" başlığında reform tartışmalarında yer almaktadır ve kamu yönetiminin farklı biçimlerde yerelleşmesi daha doğrusu kamu yönetim özelliklerinin çeşitli tiplerde yerele devri olarak çerçevesini çizebileceğimiz desantralizasyon sağlık reformunun önemli bileşenlerindendir. Desantralizasyon, farklı türleri ve çeşitleri olan ve de oldukça teknik bir terimdir. Batı Avrupa'da altmış ve yetmişli yıllarda kamudaki yapısal reform tartışmalarını etkileyen bir konu başlığı olmuş ve tartışma seksenli yıllarla birlikte "perifer" ülkelere de sirayet etmiştir.

Bu kapsamda kamunun sahibi olduğu hizmetlerde, ki özellikle altyapı, telekominikasyon ve ulaşım hizmetlerinde, "yeni kamu yönetimi" ya da "piyasalaştırma reformları" olarak ifade edilen üç düzenlemenin ortaya çıktığını görüyoruz **(Harding, 2000)**.

a. Otonomizasyon: Yönetimde otonominin artırılması.

b. Korporatizasyon: Hiyerarşik kamu bürokrasinin kamu iktisadi teşebbüsleri benzeri "şirket" yapılarına dönüşümü.

c. Özelleştirme: Kamu sahipliğinin sona erdirilmesi.

Toplum ve Hekim Dergisi'nin birçok sayısında ele alınan kamu yönetimindeki değişim hastanelerin de yönetsel ve finansal değişimini etkileyen ana faktör olmuştur. Kamuda yönetimin ve kamuda reformun üç dalga halinde gerçekleştiği görülmektedir. Birinci dalgada kamunun bizzat ürettiği malların üretim sürecinin kamunun elinden alınması, kamuya ait ticari şirketlerin özelleştirilmesi söz konusu olmuştur (Örneğin kamunun elindeki bir çimento fabrikasının özelleştirilmesi). İkinci dalgada kamunun sağladığı su, elektrik, kanalizasyon vb altyapı hizmetlerinin

*Doç. Dr., Halk Sağlığı Uzmanı

reforme edilmesi, daha doğrusu devletin bu alandaki rollerinin yeniden tanımlanması söz konusu olmuştur. Bu yeniden tanımlamada kamunun bu altyapıların sağlanması ve sunulmasındaki "monopol" pozisyonun değişimi ve özel sektöre yer açılması yer almaktadır. Bu noktaya kadar kamuya ait yapılan ya özelleştirmesi ya da şirketleşme vb yollarla ticarileştirilmesi iki ana strateji olarak öne çıkmıştır. Reformların üçüncü dalgası ise diğer sektörlerde başlayan ve ilerleyen bu "piyasalaştırma" dalgalarının "sosyal hizmetler" (sağlık, eğitim, emeklilik gibi) alanına transfer edilmesi ile ortaya çıkmıştır. Kamu hizmetlerinin üretimi, sunumu ve yönetiminde yaşanan bu değişim hastaneleri de etkilemiş ve kamu hastanelerinin "performans sorunu" hiyerarşik bürokrasiye, hastane yöneticilerinin kendi birimlerinin yönetimine dair kontrollerinin olmayışına ve performans temelli teşviklerin olmayışına bağlanmıştır. Bu nedenle kamunun diğer sektörlerindeki "yeni kamu yönetimi ve piyasalaştırma reformları" hastanelerde de uygulanmaya başlanmıştır. Başlangıçta reform sürecinde hastanelere belirli derecelerde yönetsel otonomi verilmesi tercih edilmiştir. Ancak bazı ülkelerde yeterli görülmeyen bu aşama bir adım ilerletilerek hastanelerin "kamu şirketi" yapısına dönüştürülmeleri sağlanmıştır. Birleşik Krallık ve Yeni Zelanda'da ortaya çıkan ve sonrasında Hong Kong, Singapur, Malezya, Endonezya, Tunus ve Arjantin'e de yayılan bu dönüşümle hastaneler vakıf ve şirketler biçiminde örgütlenmeye başlamıştır **(Harding, 2000)**.

Bu genel çerçevede Türkiye'de de sağlık reformu sürecinde hastaneler çeşitli değişimler geçirmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) incelendiğinde hastanelerin yapısal dönüşümüne dair düzenlemelerin "hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulmaları ve bütünleştirilmeleri" ekseninde gerçekleştirildiğini görüyoruz. "Bütünleşme" kapsamında SSK ve diğer kamu kurumlarına bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devri, "idari ve mali özerklik" kapsamında da kamu hastane birlikleri düzenlemesi yapısal dönüşümün iki ana bileşenini oluşturmuştur. SDP'nin sekiz ana hedefi arasında "Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi" başlığı altında yer alan "İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri" bu süreçte değişiminin ana eksenini oluşturmaktadır (**TTB, 2014)**. Bu eksen çerçevesinde 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile getirilen düzenleme Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin yönetim yapısını tümden değiştirmiştir. 663 sayılı KHK, hastaneleri merkez teşkilatında "bağlı kuruluş" statüsünde olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun yönetimindeki "Kamu Hastane Birlikleri" yapısına dönüştürmüştür.

Kamu Hastane Birlikleri: Kanun Tasarısından Kanun Hükmünde Kararname'ye

Kamu Hastane Birlikleri, sağlık reformunun genel çerçevesi içerisinde kamu sağlık kurumlarının yapılarını değiştiren, onları piyasa işleyişine uygun bir yapıda işletmeleştirmeyi amaçlayan bir dizi düzenlemenin parçasıdır. Kamu kurumlarının piyasaya uygun hale getirilmesi ve kamu sağlık kurumlarının yapılarının özel sektöre benzetilmesi ekseninde gelişen bu düzenlemeler sağlık alanında piyasalaşmaya yol açmış ve kamu-özel sınırlarını belirsizleştirmiştir. Kapitalizmin ihtiyaçları çerçevesinde sağlık alanının yeniden dizaynını amaçlayan bu düzenlemenin sağlık çalışanlarına etkisini değerlendirmek açısından OECD'nin "Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE" başlıklı yayında 'Türkiye'deki SB (Kamu) Hastanelerinin Reforme Edilmesi' başlıklı bölümde (44. sayfa) yer alan cümleler düzenlemenin amacını ve kimler için olduğunu göstermektedir:

"Kanun, bölgesel düzeyde ortak bir hastane birliği oluşturulması imkânını da sunmaktadır. Bu birlik, program planlama, bütçelendirme ve uygulamayı ortaklaşa üstlenecek bir hastaneler ağından meydana gelecektir. Pilot hastane birlikleri, sağlık personeli işe alımı ve kaynak tahsisi kararları konusunda daha fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olacaktır. Hastane çalışanları, artık kamu çalışanı sınıfında olmayacak ve artık sağlık sektöründe ömür boyu istihdam hakkına sahip olmayacaklardır. SB, hizmet kalitesini garanti etmekten ve hastane birliklerinin SB standartlarına uymalarını sağlamaktan sorumlu olacaktır" **(OECD 2008).**

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Kamu Hastane Birlikleri, TBMM gündemine ilk olarak 2007 yılında gelmiştir. Bakanlar Kurulu tarafından 19.01.2007 tarihinde Meclis'e sevki kararlaştırılmış ve 06.03.2007 tarihli Başbakanlık yazısı ile iletilen "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" adıyla TBMM'ye iletilmiştir. Tasarının gerekçe bölümünde aşağıdaki noktalara vurgu yapılmıştır **(10.10. 2007 tarihli Başbakanlık yazısı)**:

- Ülkemizde kamu yönetimi ile ilgili tartışılan temel sorunlar, merkezi hükümete aşırı bağımlılık, bakanlıkların stratejik liderlik, verimlilik ve politika belirleme gibi temel fonksiyonlara yeterince zaman ayıramaması ve gereksiz ayrıntılara ve kırtasiyeciliğe boğulması, katılım yetersizliği, merkez ile taşra ve mahalli idareler arasında hizmete uygun olmayan görev dağılımı olarak belirtilmektedir.

- Yukarıda belirtilen çerçevede sağlık idarelerinin ve özellikle de hastanelerin hizmet sunumundaki rollerinin yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Konunun ülkemizde uzun yıllar tartışıldığı, bu amaçla 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile hastanelerin idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi için sağlık işletmesine dönüştürülmesinin yolunun açıldığı ancak 1988 yılında alınan bir Anayasa Mahkemesi Kararı ile Kanun'un bazı hükümlerinin iptali sonucu sağlık işletmesi modeline geçilemediği saptaması yapılmaktadır.

- Gerekçede, kalkınma planları ve rapor örnekleri verilerek (Dokuzuncu Kalkınma Planı, TODAİE'nin KAYA Raporu, Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu'nun 1996 tarihli raporu, Sayıştay'ın Hastaneler Performans Denetimi raporu) hastanelerin verimsizliğine gerekçe olarak yönetim anlayışındaki eksikliklere dikkat çekildiği belirtilmektedir.

- Ülkemizde sağlık hizmetlerinin önemli ölçüde merkezileştiği ve bu merkezileşmenin Bakanlığın asli görevlerinde yoğunlaşmasının önünde bir engel oluşturduğu belirtilmekte, yirminci yüzyılın ilk yarısında birçok hastanenin mahalli idareler tarafından işletildiği saptaması yapılmaktadır.

- Gerekçede Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık alanında yaşanan değişimler özetlenerek bu değişimler kapsamında "hastane hizmetleri sunumunda karar verme, gelir elde etme ve harcama yapma yetki ve sorumluluklarının idari ve mali açıdan özerk kamu hastanelerine aktarılmasının zamanının geldiğine" inanıldığı belirtilmektedir. Buradan hareketle kâr amaçlı olmayan, hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin şekilde hastane hizmeti hedeflendiği vurgulanmaktadır. Böylece tasarı ile kamu hastanelerinde yönetim otonomisi geliştirileceği, hastanelerin mahalli talep ve beklentilere duyarlılığı ve bunları süratle karşılayabilme yeteneklerinin arttırılacağı öngörülmekte, hastanelerin madde ve insan gücü anlamında her türlü kaynağı sınırsızca merkezden talep etmeleri yerine kendi kaynaklarından sorumlu birlikler haline dönüştürülmeleri amaçlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2011 yılında yayımlanan Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010) başlıklı dokümanında "Kamu Hastane Birlikleri" ile ilgili olarak aşağıdaki çerçeveye vurgu yapmaktadır **(Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2010)**:

"Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir bileşeni olan 'İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık kuruluşları' çerçevesinde hazırladığımız 'Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı', TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu ile Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunda görüşmeleri tamamlanarak TBMM genel kurulu gündemine getirilmiştir.

Bu tasarı ile hastane yönetimleri kapasitelerinin, kaynaklarının kullanımında ve ekonomik şartlarını değerlendirmede daha bağımsız ve esnek davranabilecektir. Özerk yönetim birimlerinin yetkileri ile birlikte sorumluluğu da artacak, bu yönetimler kaynaklarını, personel yatırımlarını, işletme giderlerini, bütçe ve hedeflerini, bulundukları sorumluluk alanındaki stratejik iş yükünü dikkate alarak planlamaya yönlendirilecektir. Bu sorumlu otonominin, kaynakların daha akılcı yönetimi, verimlilik ve özellikle bütçenin ölçülü kullanımına yol açacağını beklemekteyiz.

Tasarı ile "Yerinden yönetim" ilkesinin belirginleşmesi sonucunda denetimin anlam ve önemi de artmaktadır. Bu tasarıda geçmiş değil gelecek, sorun çözme değil hedef belirleme yönelimli, katılımcı, sonuç ve hedef odaklı, vatandaş merkezli bir yönetim anlayışı benimsedik. Buna uygun olarak geçmişe ve şahıslara yönelik klasik denetim anlayışından ziyade hedeflere ve performans göstergelerine, sistemin işleyişine yönelik denetim anlayışını ön plana çıkardık.

Bu ve benzeri adımlarla rutin yüklerinden arındırılan Bakanlığımız; stratejik düşünme, geleceğe dair tasarım geliştirme, misyon ve vizyon geliştirme, temel amaç, politika ve öncelikleri şekillendirme, ölçülebilir başarı göstergeleri oluşturma, insan kaynakları geliştirme gibi esas görevlerine daha yoğun mesai ayırabilecektir. Bu aşamada yönetim anlayışındaki dönüşüm yansıtılarak Bakanlığımızın yeniden yapılandırılması tamamlanacaktır.

Bu Kanun Tasarısı ile kamu sağlık hizmetlerinin daha katılımcı, etkili, verimli, süratli, kaliteli, halkın talep ve beklentilerine daha duyarlı bir şekilde sunulmasını amaçlamaktayız."

Sağlık Bakanlığı tarafından çizilen bu çerçevede, hastane yönetimlerinin daha bağımsız ve esnek hale getirilmesi ve özerk yönetim birimlerinin kaynaklarını, personel yatırımlarını, işletme giderlerini, bütçe ve hedeflerini kendilerinin planlayacağı bir yapıya kavuşturulması ve bu "sorumlu otonominin", "kaynakların daha akılcı yönetimi, verimlilik ve özellikle bütçenin ölçülü kullanımına yol açacağının" beklenmesi söz konusudur.

Tasarı 2007 yılı Genel Seçim'i sonrası TBMM iç tüzüğü gereği aynı haliyle Ekim ayında yeniden TBMM'ye iletilmiştir. Tasarı, TBMM'de Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu ile Plan ve Bütçe Komisyonu'nda görüşülmüş, ilki 2007, ikincisi de 2010 yılında raporlarını tamamlayarak çeşitli değişiklik önerileri getirmiş ve tasarı Genel Kurul'a kadar gelmiş ve görüşülmeyi beklemeye başlamıştır. Genel Kurul'da görüşülmeyi bekleyen tasarı 2 Kasım 2012 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'de getirilen düzenlemeler ile hükümsüz sayılmıştır **(TBMM web sayfası-a**).

Tasarı ile öngörülen yapı ile KHK arasında ortaya konulan yapı arasında temel farklılıklar ve değişiklikler bulunmaktadır. Bu farklılıklar aşağıdaki başlıklarda özetlenmiştir:

Statü
Kanun tasarısında KHB'nin "kamu tüzel kişiliğine sahip Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kuruluşu statüsünde" olması öngörülürken 663 sayılı KHK'da statüye ilişkin olarak sadece "bağlı kuruluş statüsünde olduğu belirtilmiş" ve kamu tüzel kişiliğe dair bir ibare konulmamıştır. Böylece hazırlık aşamasında "kamu tüzel kişilik" yapısı getirilmesi ve "ilgili kuruluş" haline getirilmesi planlanan KHB, "bağlı kuruluş" yapılmıştır.

Teşkilat yapısı
Tasarıda "Bakanlar Kurulu tarafından belirlenecek pilot illerde kamu hastane birlikleri kurulması" öngörülürken 663 sayılı KHK'da merkez ve taşra teşkilatı tanımlanmış, "merkez teşkilatı olarak Kamu Hastaneleri Kurumu, taşra teşkilatı olarak Kamu Hastane Birlikleri" belirtilmiştir.

Bu noktada gerek statü gerekse de teşkilat açısından mevcut mevzuatı incelemek ve bazı tanımları açmak gerekir. Ülkemizde geçerli Bakanlıkların kuruluşları ile ilgili mevzuata göre, ilgili kuruluş, "özel kanun veya statü ile kurulan, iktisadi devlet teşekkülleri ve kamu iktisadi kuruluşları ile bunların müessese ortaklık ve iştirakleri veya özel hukuki, mali ve idari statüye tabi, hizmet bakımından yerinden yönetim kuruluşları şeklinde" düzenlenmektedir. Bağlı kuruluş ise, "bakanlığın hizmet ve görev alanına giren ana hizmetleri yürütmek üzere, bakanlığa bağlı olarak özel kanunla kurulan, genel bütçe içinde ayrı bütçeli veya katma bütçeli veya özel bütçeli kuruluşlar" biçiminde tanımlanmaktadır. Bakanlıkların taşra teşkilatlanması da ülkemizde üç türde izlenmektedir: **"**İl valisine bağlı il kuruluşları, Kaymakama bağlı ilçe kuruluşları, doğrudan merkeze bağlı taşra kuruluşları". **(Bakanlıkların Kuruluş Ve Görev Esasları Hakkında 174 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname İle 13/12/1983 Gün Ve 174 Sayılı Bakanlıkların Kuruluş Ve Görev Esasları Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Bazı Maddelerinin Kaldırılması Ve Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi Hakkında 202 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun)**. 663 sayılı KHK ile sağlık sitemimizde yönetim açısından önemli değişimlerden biri birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarının Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu yapılanmaları ile doğrudan merkeze bağlı hale getirilmeleri ve il ve ilçelerdeki yönetsel yapının değişimidir.

KHB'nin başlangıçta öngörülen ve hastaneleri bir tür "kamu iktisadi teşebbüsü"ne dönüştürmeyi öngören yapısı, 663 sayılı KHK ile değişime uğratılmıştır. Dolayısıyla başlangıçta bir tür kamusal şirkete dönüştürülmesi planlanan hastaneler "bağlı kuruluş" statüsüne getirilerek karar değiştirilmiştir.

Yönetim organları
Tasarıda KHB yönetim organları "Yönetim Kurulu *(KHB'nin en üst karar ve yürütme organı),* Genel Sekreterlik, Hastane Yöneticiliği" olarak öngörülürken 663 sayılı KHK'da "Genel sekreterlik *(KHB'nin en üst karar ve yürütme organı) ve* Hastane yöneticiliği" karar organı olmuştur. Bu değişim birkaç yönden incelemeye ihtiyaç duymaktadır. Tasarıda Yönetim Kurulu birliğin en üst karar organı olarak oluşturulmuştur ve yedi üyesi bulunmaktadır. Bu üyeler, tasarıda "İl genel meclisi tarafından belirlenen bir üye (hukuk öğrenimi görmüş), İl genel meclisi tarafından belirlenen yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir bir üye, Vali tarafından belirlenen bir üye (işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş), Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen tıp öğrenimi görmüş bir üye, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye, Ticaret ve sanayi odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası tarafından belirlenen, en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye, İl sağlık müdürü veya aynı ilde birden fazla birlik bulunması halinde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek il sağlık müdür yardımcılarından birisi"

olarak sıralanmaktadır. Tasarının bu madde ile ilgili gerekçesinde "mahalli talep ve beklentilerin yansıtılması, eğitim ve meslek itibarı ile katkı sağlayacak yerel temsilcilere yer verilmesi" vurgulanmaktadır. 663 sayılı KHK'da KHB yönetsel şeması içerisinde yönetim kurulu vb bir yapıya yer verilmemiş, Genel Sekreterlik ana yönetim organı olmuştur. Bu durum düzenleme amacının içinde yer alan ve "ticaret ve muhasebe" alanlarının olduğu "yerel katılım" unsurunun göz ardı edildiğini göstermektedir.

Yürütme organının görevleri/yetkileri

Tasarıda yönetim kurulu olarak öngörülen yapıya birçok kritik görevin verildiği izlenmektedir. Görevler aşağıdaki başlıklarda sıralanmıştır:

- Yıllık performans programı hazırlamak,

- Mevcut kapasitelerin değerlendirilerek hastane ve ünitelerinin kurulması, kapatılması, birleştirilmesi veya niteliğinin değiştirilmesi konusunda Bakanlığa öneride bulunmak,

- Acil sağlık hizmetleri, yoğun bakım, diyaliz üniteleri gibi hizmetleri bölge düzeyinde planlamak,

- Maliyeti yüksek ve ileri teknoloji ürünü olan tıbbi cihazları temin etmek, kiralamak ve bunları verimli şekilde dağıtmak,

- Hizmetin kesintisiz sunumuna yönelik tedbirleri geliştirmek,

- Yeni yatırım ihtiyaçlarını belirlemek, onarım, tadilat ve bakım yaptırmak,

- Personel planlamasını yapmak ve birlik bünyesinde personel hareketlerini sağlamak,

- Birlik bütçesi, bilançosu, yıllık mali tabloları ve faaliyet raporu ile yatırım tekliflerini karara bağlamak,

- Genel hükümler çerçevesinde hak ve alacaklardan vazgeçmeye, ihtilafların uzlaşma veya tahkim yoluyla çözümlenmesine, dava ve icra takiplerini sulhe, kabule, feragate ve kanun yollarına başvurulmamasına karar vermek,

- Birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlettirmek,

- İhtiyaç duyulması halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınmasına karar vermek,

- Birliğin iç çalışma usulleri ile ilgili düzenlemeleri yapmak.

663 sayılı KHK'da ise KHB yönetim organının (Genel Sekreterlik) görevlerinin tasarıya göre daha teknik düzeyde tutulduğu izlenmektedir:

- Birliği belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve performans programına göre yönetmek.

- Birliğin faaliyet ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini değerlendirmek, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak.

- Birlik bünyesindeki sağlık kurumlarında etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlamak, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etmek, istihdam planlaması yapmak ve personel hareketlerini gerçekleştirmek.

- Hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak.

- Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak Kuruma sunmak.

- Birlik ile ilgili istatistikî bilgilerin takibini sağlamak, birliğin malî tablolarını birleştirmek ve alınabilecek önlemler hakkında Kuruma önerilerde bulunmak.

- Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamak.

- İlgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerinin tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacakların takip ve tahsili ile harcama işlemleri ve muhasebe hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.

- Birlik ile ilgili diğer görevleri yürütmek.

Personelin statüsü

Tasarıda personel statüsünde değişim yok gibi görünse de belirli pozisyonlarda sözleşmeli personel

çalıştırılması öngörülmüştür. Bu pozisyonlar dışındaki personelin statüsü korunmakta ancak birliğe devredilen hastanelerdeki döner sermayeye bağlı çalışanlar kadrolarıyla birlikte başka hastanelere kaydırılmaktadır. Burada dikkat çekici bir nokta şudur: Hastane birliklerinde çalışacak personel sayısı yönetim kurulunun görüşü alınarak, Sağlık Bakanlığı tarafından yıllık olarak belirlenmektedir. Belirlenen kadro ve pozisyon sayısı dışında personel istihdam edilmesi halinde yapılan harcamalardan atamaya veya sözleşme yapmaya yetkili amire sorumluluk yüklenmekte ve pilot uygulama kapsamında 6820 personelin sözleşmeli olarak çalıştırılması planlanmaktadır.

663 sayılı KHK ile gerçekleşen ise belirli pozisyonlarda sözleşmeli statüde personel istihdam edilmesi (bu pozisyonlar da birlik ve hastane yöneticileri için oluşturulmaktadır) ve bunun dışında "Bağlı kuruluşların personeli 657 sayılı Kanuna tâbidir" şeklinde genel bir ifadeye yer verilmesidir. Ayrıca 17.7.2012 tarih ve 28351 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 663 sayılı KHK'nın Kamu Hastane Birlikleri bölümünün "Sözleşmeli personelin malî hakları ve yükümlülükleri" başlıklı bölümüne aşağıdaki fıkra eklenmiştir: **"**Devlet hizmeti yükümlülüğünü yapmakta olan personel, atanmış olduğu sağlık kurumunda bu madde kapsamında sözleşmeli personel olarak çalıştırılabilir. Ancak il merkezindeki sağlık kurumlarına atanmış olan Devlet hizmeti yükümlüleri Birlik merkezinde de sözleşmeli personel olarak çalıştırılabilir. Bu personelin sözleşmeli olarak geçen süreleri Devlet hizmeti yükümlülüğünden sayılır**" (Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun).**

Finansman

Tasarının "birliğin sermayesi, gelirleri, giderleri, bütçesi, muhasebesi, denetimi" başlığını taşıyan altıncı maddesinde "birlik sermayesi; devredilen sermaye, birlik kârları, bağış ve yardımlar ile gerektiğinde Devletçe yapılacak yardımdan oluşur" ibaresine yer verilmiş ve birlik gelirleri aşağıdaki başlıklarda sıralanmıştır:

- "Her türlü muayene, teşhis tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil, ameliyat ve benzeri sağlık hizmetleri, karşısında elde edilen gelirler.

- Üretilip satışa sunulacak ilk madde, malzeme, mamul aşı, serum, protez ve benzerleri karşılığında elde edilecek gelirler

- İlaç, insan kanı ve kan ürünleri vb madde ve malzemeler karşılığında elde edilecek gelirler

- Tapuda birlik adına kayıtlı olan taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satışı, kiralanması, işletilmesi, ve işlettirilmesinden elde edilecek gelirler ile Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiralanması, işletilmesi veya işlettirilmesinden elde edilecek gelirler

- Sağlık alanında verilecek kurs, seminer, eğitim, araştırma, yayın ve danışmanlık hizmetlerinden elde edilen gelirler,

- Bağış ve yardımlar,

- Gerektiğinde Devletçe yapılacak yardımlar"

663 sayılı KHK'da ise KHB ile ilgili olarak birliğin finansmanına dair herhangi özel bir ifade ve maddeye yer verilmemiştir.

Sıralanan bu başlıklarda tasarı ve KHK arasında yapısal açısından çok büyük farklılıklar olduğu izlenmektedir. Tasarı ile "kamu tüzel kişiliğinde", bir yönetim kurulunun yönetiminde, mali ve idari açıdan birçok ve geniş yetkilerle donatılmış, kendi gelir ve giderlerini kendisi oluşturan bir yapı öngörülürken 663 sayılı KHK ile "bağlı kuruluş" statüsünde daha sınırlı yetki ve görevlerle donanmış bir KHB oluşturulmuştur. Bu açıdan bakıldığında başlangıçta amaçlanan yapısal değişim tam anlamıyla gerçekleştirilememiştir. Bu açıdan, hastanelerin idari ve mali açıdan özerkleşmelerini amaçlayan değişim SDP açısından ne denli amacına ulaşmıştır tartışılabilir. Dünya Bankası, özerkleştirmeyi kamu kurumları için "kamu örgütlerinin performansını iyileştirmek için" piyasaya uygun davranmalarını sağlayacak reformlar olarak tanımlamaktadır. Bu reformlarda karar alma yetkisi ile birlikte "ücret, personel alma ve kadro üzerindeki yetkinin devri" de söz konusudur.

Genel olarak değerlendirildiğinde ve 663 sayılı KHK'nın getirdiği yeni yapıyla birlikte ele alındığında, KHB, kamu hastanelerinin yerel yönetimlere devrine dair bir hazırlık olarak değerlendirilebilir. "Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden

Yapılandırılması Kanun Tasarısı ve Sağlık Kanunu Tasarısı" ile gerçekleştirilmesi planlanan bu süreç, çeşitli nedenlerle aksamış, 2007 yılına KHB'ye yönelik bir Kanun ile gerçekleştirilmesi planlanmış anacak 663 sayılı KHK ile başlangıcından farklı bir yapıda yürürlüğe konulmuştur.

Oluşan bu yeni yapıda KHB'nin merkez birimi olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun görevleri sekiz başlıkta sıralanmıştır **(Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu web sayfası).**

- Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak,

- Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması maksadıyla Bakanlığa teklifte bulunmak,

- Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistematiği için her türlü alt yapıyı kurmak,

- Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak,

- Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası kamu ve özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışma yürütmek,

- Hastane hizmetleriyle ilgili yapılacak çalışmalarda gerekli komisyonları kurmak,

- Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek,

- Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idari ve mali hizmetleri yürütmek.

Bu görevler, değişen yapı ile hastane yönetimlerine "kaynakların daha akılcı yönetimi, verimlilik ve özellikle bütçenin ölçülü kullanımı" olanağı sağlayacağı iddiasıyla yerine getirilmeye çalışılmaktadır. Bu iddianın ne ölçüde gerçekleştiğine ilişkin sistematik bir değerlendirme yoktur ve daha çok eskiyle kıyaslama yapılarak bu değerlendirme kendine yer bulmaktadır. Buna karşılık, bazı veriler başta "verimlilik" olmak üzere ortaya çıkan tablonun gerçeklerini ortaya koymaktadır. Sayıştay tarafından 2013 yılı için hazırlanan denetim raporu bu anlamda önemli bilgiler ortaya koymaktadır **(Sayıştay, 2014).**

Sayıştay Denetim Raporu Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu verilerini iki ana başlıkta değerlendirmiştir. İlk bölümde merkezi bütçe verileri ikinci bölümde de döner sermaye işletmeleri verileri denetlenmiştir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2013yılı Sayıştay Denetim Raporu Merkezi Bütçe Verileri

Rapor'a göre 2013 yılında Genel Bütçe'den Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na 8.119.822.000 TL ödenek tahsis edilmiştir. Bu miktar Merkezi Yönetim Bütçesi'nin %1,83'üdür. "Gerçekleşen bütçe" rakamlarında göre; personel giderleri %73,9, sosyal güvenlik kurumlarına devlet prim giderleri %17,2, mal ve hizmet alımları %3,39, cari transferler %0,01, sermaye giderleri yaklaşık %5,48 düzeyinde gerçekleşmiştir. Raporun bu bölüme ilişkin önemli bir tespit "tespit ve bulgular" bölümünde şu ifade ile sunulmaktadır: "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu taşra teşkilatı harcama birimlerince gerçekleştirilen ve sözleşme bedeli 2.000.000 TL'yi aşan yapım işlerinin ön mali kontrol işlemine tabi tutulmaması". Bu tespitin açıklamasında mevzuata göre "genel bütçe kaynaklarından yapacakları mal ve hizmet alımları için 1.000.000 TL, yapım işlerinden ise tutarı 2.000.000 TL'yi aşanların Strateji Geliştirme Başkanlığınca ön mali kontrole tabi tutulması" gerektiği vurgulanmakta ancak yapılan incelemelerde "dört kamu hastane birliği genel sekreterliğinin toplamda 45.056.000 TL tutarında yapım işinin ön mali kontrol için Strateji Geliştirme Başkanlığı'na gönderilmediği ve Başkanlıkça da incelemeye tabi tutulamadığı" tespitine yer verilmektedir. Ayrıca bu konuda "bilgi akışını sağlayacak sağlıklı bir bilgi altyapısının olmaması" vurgulanan bir başka nokta olarak dikkati çekmektedir. Bu konudaki eksikliğe yanıt veren Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu yönetimi, "ön mali kontrol faaliyetlerini düzenlemek ve yönlendirmek adına TKHK Strateji Geliştirme Daire Başkanlığınca 2014/1 sayılı Ön Mali Kontrol Genelgesi'nin çıkartıldığı, 2013 yılında ön mali kontrole tabi tutulamayan işlemlerin taşra harcama birimlerinden istenilmek suretiyle incelemeye tabi tutulacağı ve bu kapsamdaki tüm işlem ve faaliyetleri takip edebilmek için bilgi altyapısı çalışmalarının başlatıldığı" yönünde bir açıklama getirmiştir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2013 yılı Sayıştay Denetim Raporu Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na Bağlı Döner Sermaye İşletmeleri Verileri

Rapor'un bu bölümünde önemli veriler bulunmaktadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı döner sermaye işletmelerinden her biri sağlık tesisi düzeyinde ayrı bütçe hazırlamakta ve hazırlanan bütçeler Kamu Hastane Birliği düzeyinde onaylanmaktadır. Muhasebe işlemleri ise Maliye Bakanlığı Döner Sermaye Saymanlıkları tarafından birkaç sağlık tesisinin bir saymanlıkta toplanması ile yürütülmektedir.

Rapor'da döner sermaye gider ve gelirlere ilişkin aşağıdaki bilgiler verilmiştir.

- 2013 yılı tüm bütçe giderleri toplamı 18.944.076.930 TL olarak gerçekleşmiştir. Maliyet hesaplarına göre giderlerin 16.311.586.216 TL'lik kısmını hizmet üretim giderleri, 3.181.641.853 TL'lik kısmını ise genel yönetim giderleri oluşturmaktadır.

- Genel yönetim giderlerinin 1.298.683.994,25 TL'lik kısmı personel giderleridir. Bu giderler Kamu Hastane Birliği düzeyinde sözleşme yapmış yönetici ek ödemeleri (303.048.908 TL) ve maaşlarıdır (995.635.085 TL). Çeşitli kurum payları (Hazine, Merkez, SHÇEK vb) 1.317.124.791 TL'dir.

- Genel yönetim giderlerinin yüzde dağılımı ise %41 paylar, %31 maaşlar, %10 ek ödeme, %16 diğer genel yönetim giderleri, %2'si de amortisman biçiminde belirtilmiştir.

- Hizmet üretim giderleri ile ilgili dağılım ise %39 ek ödeme, %30 dışarıdan sağlanan fayda ve hizmetler, %26 ilk madde ve malzeme giderleri, %4 amortisman, %1 diğer başlığındadır.

- Kamu Hastaneleri Kurumu döner sermaye işletmelerinin 2013 yılı için toplam brüt gelirleri ise 20.535.446.038 TL düzeyinde gerçekleşmiştir ve bu gelirin hemen hemen tamamını (%96,2) "brüt satış gelirleri" başlığında belirtilen sağlık hizmeti sunumu karşılığında elde edilen gelir oluşturmaktadır.

Sayıştay Raporu'nda bu rakamlar sunulduktan sonra Kurum döner sermaye işletmelerine dair önemli bir tespit daha yapılmıştır. Bu tespit, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı döner sermaye işletmelerinin 2013 yılı mali rapor ve tablolarının "doğru ve güvenilir bilgi içermediği" kanaatidir. Bu durumun oluşumu esas olarak dokuz başlıktaki nedenlere dayandırılmıştır

- Kamu haznedarlığı genel tebliği hükümlerine uyulmaması

- Türkiye kamu hastaneleri kurumu ve kuruma bağlı sağlık tesislerindeki; stoklar, maddi duran varlıklar, maddi olmayan duran varlıklar ve sermaye yedekleri hesaplarındaki hatalar

- Kuruma bağlı sağlık tesislerinde ticari alanlara ilişkin kira bedelleri ile elektrik, su ve ısınma giderlerine katılım paylarının tam ve zamanında tahsil edilememesi ve muhasebe işlemlerinin mevzuata uygun şekilde yapılmaması

- Sağlık tesislerince verilen hizmetlerden doğan alacakların takip, tahsil ve muhasebeleştirilmesine ilişkin uygulama hataları

- Türkiye kamu hastaneleri kurumu bünyesinde faaliyet gösteren sağlık tesislerinin birbirlerinden almış oldukları hizmetlere ilişkin gelirlerde mükerrerlik oluşması

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı sağlık tesislerinin genel sağlık sigortası kapsamındaki hastalarına sundukları sağlık hizmetlerinde faturalandırma kurallarına uymamaları

- Sağlık tesislerince tahsil edilen katılım paylarının SGK'ye ödenmemesi

- SHÇEK payının hatalı hesaplanması

- Döner sermaye ek ödemelerinde iç kontrole ilişkin tespit edilen hatalar

- Denetim Raporu'nda "Denetim Görüşünü Etkilemeyen Tespit Ve Değerlendirmeler" başlığında da işleyişe dair önemli bulgulara değinilmiştir:

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Olarak Faaliyet Gösteren Sağlık Tesislerindeki Hatalı İhale Uygulamaları: Bu başlıkta personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alım ihalelerinde yaklaşık maliyetin ihale dokümanına uygun olarak hazırlanmaması, satın alma, tahakkuk, faturalandırma ve yaklaşık maliyet hazırlama birimleri gibi önemli birimlerde taşeron firma elemanlarının istihdam edilmesi, yaklaşık maliyet tutarının üzerinde ihale

edilen işler için ihale komisyon kararlarında tebliğdeki düzenlemelerin dikkate alınmaması, ihale komisyonlarınca alınan kararların tüm komisyon üyeleri tarafından imzalanmaması, fiyat farkı ödenmesi öngörülen personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alım ihalelerinde 4857 Sayılı İş Kanunu'nun 30 uncu maddesinde düzenlenen özürlü teşvikinden yararlanılması durumunda yüklenicilerin hak edişinden kesinti yapılmaması, açık ihale usulü ile yapılması gereken temizlik, güvenlik, yemek gibi hizmet alımlarının kamu ihale kanunu'nun 22/c maddesi ile gerçekleştirilmesi, ihale dokümanında belirlenen kısa vadeli prim oranı ile yüklenici ler tarafından ödenen prim oranının farklı olması, sendikalı olan taşeron firma elamanlarına toplu iş sözleşmesi hükmüne istinaden ödeme yapılması başlıkları belirtilmektedir.

Sağlık Tesislerinin Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinde Yer Alan Gelir Tutarları İle Tek Düzen Muhasebe Sisteminde Yer Alan Gelir Tutarlarının Farklı Olması: Bu başlıkta vurgulanan önemli bir tespit uygulamada (özellikle ek ödeme dağıtımına esas konularda) standardın olmadığıdır.

Bu rakam ve teknik bilgi karmaşasından aşağıdaki sonuçları çıkarabiliriz:

- Kamu hastanelerinin döner sermaye gelirleri merkezi bütçeden kendilerine ayrılan payın yaklaşık 2.5 katıdır.

- Merkezi bütçeden gelen payın %74'ü personel, %3'ü mal ve hizmet alımına ayrılmıştır. Döner sermaye gelirleriyle elde edilen kaynağın ise yaklaşık %84'ü hizmet üretim gideri, %16'sı da yönetim gideri olarak harcanmıştır. Bu rakamlar, hizmet üretim gideri açısından ihtiyaçların döner sermaye gelirlerinden karşılanmakta olduğuna işaret etmektedir.

- Döner sermaye gelirlerinin harcama kalemleri arasında yer alan yönetici ek ödeme ve maaşlarına ayrılan pay dikkat çekicidir. Yaklaşık 1.3 milyar TL bu yöneticilerin maaş ve ek ödemelerine harcanmaktadır. İki bin on üç yılında TBMM'de verilen bir soru önergesi yanıtında KHB öncesinde toplam 7393 yönetici ile yürütülmekte olan görevlerin yeni düzenleme sonrası 4461 personel ile yürütüldüğü belirtilmektedir **(TBMM web sayfası-b).** Dolayısıyla ödenen 1.3 milyar TL yaklaşık olarak 4500 kişiye ödenen "yönetim gideri" kalemi olarak kayıtlara geçmiştir. Yönetim giderlerinin %41'i olan bu miktar sağlık meslek örgütleri tarafından "Sayıştay Raporu: Paralar CEO'lara, artan iş yükü sağlık çalışanlarına" başlığı ile gündeme getirilmiştir **(TTB web sayfası).**

- Hastanelerin giderlerinin yönetici dışındaki personel maaşları hariç neredeyse tümünün döner sermaye gelirlerinden karşılandığı görülmektedir.

Bu veriler hastanelerdeki değişimin özellikle "verimlilik" argümanına ilişkin önemli ipuçlarıdır.

Sonuç olarak KHB yapılanması, Türkiye'de kamu hastanelerinin yasal ve yönetimsel yapısını değiştirmiştir. Bu değişim başlangıçta "kamusal şirket" biçiminde tasarlanmış iken 663 sayılı KHK ile başka bir düzenleme ortaya konulmuştur. Kamusal şirket sürecinin bir öncesi olarak nitelendirilebilecek mevcut yapı, kapitalizmin neoliberal düzenlemelerinin getirdiği hizmetlerin serbestleştirilmesi ve kuralsızlaştırılması ekseninde kamunun hizmet sunumunda yer almasını "haksız rekabet" nedeni olarak gören, kamunun hizmet alanlarındaki (eğitim,sağlık vb) yapılarının "serbest piyasa ve rekabete açık hizmet işletmeleri"ne benzetilmesi, kamu hizmet sektöründe çalışanlarının "iş güvence olanaklarını tamamen ortadan kaldırarak açığa çıkacak işgücünün serbest piyasa ortamında, iş piyasalarında iş arar konuma getirilmesiyle" yedek işgücü yaratılmasını esas alan düzenlemelerin bir parçasıdır. "Tüketici tıbbı" ve "asosyal sağlık" ekseninde Türkiye'de hastanelerin yapıları da değişmektedir.

Kaynaklar

Harding A, Preker AS *(2000), Understanding Organizational Reforms, The Corporatization Of Public Hospitals. Washington, DC The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. September 2000.*

TTB *(2014), Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yasa Tasarısı Değerlendirme Raporu. Erişim tarihi: 20 Ocak 2015 http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tuseb_rpr.pdf*

OECD *(2008) Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. Erişim tarihi: Ağustos 2014. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf)*

10.10. 2007 tarihli Başbakanlık yazısı*, Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı metni TBMM web sayfası. Erişim tarihi: 15 Eylül 2014 http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf*

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)*. Ed:Akdağ R. 2011. Erişim tarihi: Ağustos 2014 http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf*

TBMM web sayfası-a. *Erişim tarihi:Ağustos 2014 http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tasari_teklif_gd.onerge_bilgileri?kanunlar_sira_no=55559.*

Bakanlıkların Kuruluş Ve Görev Esasları Hakkında 174 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname İle 13/12/1983 Gün Ve 174 Sayılı Bakanlıkların Kuruluş Ve Görev Esasları Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Bazı Maddelerinin Kaldırılması Ve Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi Hakkında 202 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun *Erişim tarihi:Ekim2014. http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3046.pdf*

Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. *Resmi Gazete web sayfası 12.7.2012 tarih ve 28351 sayılı Resmi Gazete. Erişim tarihi: Ağustos 2014. www.resmigazete.gov.tr*

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu web sayfası. *Erişim tarihi: Ağustos 2014. http://www.tkhk.gov.tr/646_kurumsal*

Sayıştay (2014). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2013yılı Sayıştay Denetim Raporu Erişim tarihi: Ekim 2014. *http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/2013/Genel_B%C3%BCt%C3%A7e_Kapsam%C4%B1ndaki_%20Kamu_%C4%B0dareleri/T%C3%9CRK%C4%B0YE%20KAMU%20HASTANELER%C4%B0%20KURUMU.pdf*

TBMM web sayfası-b. *Erişim tarihi:Eylül 2014 http://www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7-19628sgc.pdf*

TTB web sayfası, *Erişim tarihi: Aralık 2014. http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/sayistay-4997.html*