T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YENİ KAMU İŞLETMECİLİĞİ YAKLAŞIMININ TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARINA YANSIMALARI: BATI AKDENİZ BÖLGESİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ UYGULAMASI (2011-2017)

DOKTORA TEZİ

Esin AKAR
0740203059

DANIŞMAN
Prof. Dr. Songül SALLAN GÜL

ISPARTA-2022

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum "Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımının Türkiye'de Sağlık Politikalarına Yansımaları: Batı Akdeniz Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Uygulaması (2011-2017)" çalışmanın proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Esin AKAR
15.06.2022

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ ÇALIŞMASI ORİJİNALLİK RAPORU
BEYAN BELGESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-SOYADI	Esin Akar
Öğrenci Numarası	0740203059
Enstitü Ana Bilim Dalı	Kamu Yönetimi
Programı	Doktora
Programın Türü	( ) Tezli Yüksek Lisans (X) Doktora
Danışmanının Unvanı, Adı-SOYADI	Prof. Dr. Songül Sallan Gül
Tez Başlığı	Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımının Türkiye'de Sağlık Politikalarına Yansımaları
Turnitin Ödev Numarası	1856840928

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam **321** sayfalık kısmına ilişkin olarak, 14/06/2022 tarihinde tarafımdan Turnitin adlı intihal tespit programından Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönergesininin 14 üncü maddesinde yer alan filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve ekte sunulan rapora göre, tezin/dönem projesinin benzerlik oranı;

Kaynakçalar hariç, alıntılar dahil, 10 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç;

% …**20**'dir.

Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir:

(X) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise;
Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylarım.

( ) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşıyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esasları'nda öngörülen yüzdelik sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.

Gerekçe:

Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlerin ışığı altında tarafımca yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim.

15/06/2022.
Prof. Dr. Songül Sallan Gül

Canım oğlum Atlas Çınar'a

TEŞEKKÜR

Uzun soluklu bu yolculuğumda bilgisi, deneyimleri ve rehberliği ile desteğini hep hissettiğim, sadece akademik alanda değil her konuda örnek almaya çalıştığım çok değerli tez danışmanım Prof. Dr. Songül Sallan Gül'e benim vazgeçtiğim anlarda bile bana inanmaya ve güvenmeye devam ettiği için sonsuz teşekkürlerimi sunmak isterim.

Tez izleme komitesindeki çok değerli hocalarım Prof. Dr. Ramazan Erdem ve Doç Dr. Hakan Kiriş hocalarıma bu süreçteki değerli katkıları ve gösterdikleri anlayış için teşekkürü bir borç bilirim. Tez savunma jürimde yer alarak değerli katkılarını sunan Doç. Dr. Dilek Memişoğlu Gökbınar ve Doç Dr. Ayşe Dericioğulları Ergun hocalarıma teşekkür ederim. Tez sürecinde destekleri ve dostluğunu esirgemeyen Özlem Kahya Nizam hocama teşekkür etmek isterim.

Çalışma yaşamım yanında özel hayatımda da çok özel bir yere sahip, dostluğundan hep güç aldığım canım arkadaşım Ayşe Tekin'e, bu süreçte her zaman yanımda olan Sercan Özbek Yazıcı'ya teşekkürlerimi iletmek isterim.

Hayatın bana verdiği en büyük şansın iyi bir aileye sahip olmak olduğunu düşünürüm. Bu süreçte her durumda yanımda olan ve bana desteklerini, sevgilerini hiç eksik etmeyen annem ve babama ne kadar teşekkür etsem az gelir. Son olarak can yoldaşım İsa'ya koşulsuz sevgi ve desteği ve dünyamı bir güneş gibi aydınlatan canım oğlum Atlas Çınar'a bana gösterdikleri sabır ve destek için teşekkür ederim.

(AKAR, Esin, *Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımının Türkiye'de Sağlık Politikalarına Yansımaları: Batı Akdeniz Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Uygulaması (2011-2017)*, Doktora Tezi, Isparta, 2022)

ÖZET

Bu çalışmada Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü, devlet ve kamu yönetiminin sermaye birikiminin sürdürülmesi amacıyla küresel kapitalizmin gerekleri doğrultusunda yeniden yapılandırılması sürecinin bir parçası olarak ele alınmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinde piyasalaşma ve işletmeciliği temel alan neoliberal politikaların etkisi 1980'li yıllarda başlamıştır. 1990'lı yıllardaki 'sağlık reformu' önerileri arasında sağlık hizmeti finansman ve sunumunun ayrılması, performans sistemlerinin geliştirilmesi ve profesyonel yöneticilik anlayışının desteklenmesi yer almış ancak uygulanamamıştır. 2003 yılında AKP Hükümeti tarafından açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) bu öneriler üzerine inşa edilmiştir. 2011 yılında 663 sayılı sayılı KHK ile Kamu Hastane Birlikleri kurulmuş ve uygulama 2011-2017 yılları arasında devam etmiştir. Kamu Hastane Birlikleri (KHB) ile oluşturulan örgütsel yapı ve ilişkilere yeni kamu işletmeciliği (YKİ) yaklaşımı kaynaklık etmiştir.

Nitel araştırma deseniyle planlanan araştırmanın amacı, KHB politikasıyla kamu sağlık hizmeti alanındaki söylem düzenlerinin yeniden yapılandırılmasının ideolojik ve toplumsal bağlamının açıklanmasıdır. Bu amaçla KHB politikasının odağında ve uygulayıcısı konumunda olan hastane yöneticilerinin söylemleri, Fairclough'un *eleştirel söylem analizi* yaklaşımıyla analiz edilmiştir. Araştırmanın verileri Antalya, Burdur ve Isparta il merkezlerindeki kamu hastanelerinde görüşme yapmayı kabul eden hastane yöneticileriyle yarı yapılandırılmış yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Araştırmanın bir yılda tamamlanan saha sürecinde toplam 43 yönetici ile görüşülmüştür. Sonuç olarak, KHB uygulaması kamu ve özel sağlık alanları arasındaki söylemsel ve kurumsal sınırları bulanıklaştırmıştır. Hastane yöneticilerinin söylemlerinde, YKİ'nin ideolojik söylemi benimsenmekle birlikte sağlık hizmetinin kamusal niteliği ile özel sektör işletmeciliğinin ilke, değer ve uygulamaları arasında çelişkide kaldıklarını gösteren direnç noktaları belirlenmiştir. Araştırma sonuçları YKİ'nin politik ve küresel hegemonik söylem konumuna karşın uygulamada işlevselliğinin olanaklı olmadığını uygulayıcılar üzerinde hegemonyanın tam olarak oluşturulamadığını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Yeni Kamu İşletmeciliği, Sağlık Hizmetleri, Kamu Hastane Birlikleri, Hastane Yöneticileri, Eleştirel Söylem Analizi

(AKAR, Esin, *Reflections of the New Public Management Approach to Health Policies in Turkey: Application of the Western Mediterranean Region Public Hospitals Association (2011-2017)*, Ph.D. Thesis, Isparta, 2021)

ABSTRACT

In this study, the transformation of health services in Turkey is discussed as a part of the process of restructuring the state and public administration in line with the requirements of global capitalism in order to maintain capital accumulation. The effect of neoliberal policies based on marketization and management in health services in Turkey started in the 1980s. Among the 'health reform' proposals in the 1990s were the separation of financing and delivery of health services, the development of performance systems and the support of professional management, but they could not be implemented. The Health Transformation Program (HTP), announced by the AKP Government in 2003, was built on these recommendations. In 2011, Public Hospital Associations were established with the Decree No. 663 and the practice continued between 2011-2017. The new public management (NPM) approach has been the source of the organizational structure and relations established with the Public Hospital Associations (PHA).

The aim of the research, which is planned with a qualitative research design, is to explain the ideological and social context of the restructuring of discourse orders in the field of public health service with the PHA policy. For this purpose, the discourses of hospital administrators, who are the focus and implementer of PHA policy, were analyzed with Fairclough's critical discourse analysis approach. The data of the study were collected through semi-structured face-to-face interviews with hospital administrators who agreed to be interviewed in public hospitals in Antalya, Burdur and Isparta city centers. A total of 43 managers were interviewed during the field process of the research, which was completed in one years. As a result, the implementation of PHA has blurred the discursive and institutional boundaries between public and private health domains. In the discourses of the hospital administrators, although the ideological discourse of NPM is adopted, the resistance points that show that they remain in conflict between the public nature of health service and the principles, values and practices of private sector management have been identified. The results of the research show that despite the political and global hegemonic discourse position of NPM, its functionality in practice is not possible and hegemony cannot be fully established on the practitioners.

Keywords: New Public Management, Health Services, Public Hospital Associations, Hospital Administrators, Critical Discourse Analysis

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI ..... **i**
YEMİN METNİ ..... **ii**
TEŞEKKÜR ..... **iv**
ÖZET ..... **v**
ABSTRACT ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **xi**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xii**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **xiii**
GİRİŞ **1**

1. BÖLÜM
ARAŞTIRMANIN KONUSU VE METODOLOJİSİ

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU **12**
2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE PROBLEMLERİ **15**
3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ **18**
4. ARAŞTIRMA YÖNTEM VE TEKNİKLERİ **20**
4.1. Araştırmanın Katılımcıları 20
4.2. Araştırmanın Ontolojik, Epistemolojik ve Metodolojik Dayanakları 20
4.3. Veri Toplama ve Analiz Teknikleri 23
5. ARAŞTIRMACININ KONUMU, DENEYİMLERİ, SINIRLILIKLAR, KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR VE DESTEKLER **30**

2. BÖLÜM
ARAŞTIRMANIN KAVRAMSAL VE KURAMSAL TEMELLERİ

1. ARAŞTIRMANIN TEMEL KAVRAMLARI **33**
1.1. Yönetim 33
1.2. Kamu Yönetimi 37
1.3. Yönetişim 42
1.4. Kamu Hizmeti 46
1.5. Kamu Yararı 48
1.6. Sağlık Hizmeti 51
1.6.1. Sağlık Hizmetinin Özellikleri 55
1.7. Hastane Kavramı 56
2. KAMU YÖNETİMİ VE SAĞLIK HİZMETİ ALANINDAKİ DÖNÜŞÜMÜ AÇIKLAYAN KURAMSAL YAKLAŞIMLAR **58**
2.1. Geleneksel Kamu Yönetimi Yaklaşımı 58

2.2. Neoliberal Yaklaşımlar 63
2.2.1. Kamu Tercihi Okulu 67
2.2.2. Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı *(New Public Management)* 72
2.2.3. Yönetişim Yaklaşımı 78
2.3. Marksist Kökenli Eleştirel Yaklaşımlar 82
2.3.1. Klasik Marksist Yaklaşımlar 82
2.3.2. Neo-Marksist Yaklaşımlar 86
2.3.3. Eleştirel Kuram 91
2.4. Yaklaşımların Değerlendirilmesi 94

3. BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÜNYADAKİ TARİHSEL SÜRECİ

1. ERKEN KAPİTALİZM DÖNEMİ: SAĞLIK ALANINA SINIRLI DEVLET MÜDAHALESİ 98
2. ULUS DEVLET DÖNEMİ: SAĞLIK HİZMETLERİNİN KURUMSALLAŞMASI 104
2.1. Kurumsallaşmada İlk Adım: Sosyal Sigorta Sistemlerinin Kurulması 104
2.2. Yeniden Üretim ve Meşruiyet Aracı Olarak Refah Devleti 107
2.3. Refah Devletinin Genişlemesi ve Ulusal Sağlık Sistemlerinin Kurulması 110
2.4. Uzlaşma Döneminin Sonu: Karlı Bir Sektör Olarak Kamusal Sağlık Hizmeti Alanının Keşfi 115
3. NEOLİBERAL DÖNEM: SAĞLIK HİZMETLERİNİN METALAŞTIRILMA SÜRECİ 118
3.1. Neoliberalizmin Yükselişi ve Refah Devletinin Tasfiyesi 118
3.2. Kamu ve Özel Arasındaki Sınırların Aşınması: Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Piyasa ve İşletmecilik Yönelimi 124
3.4. Sağlık Reformlarında Devlet Piyasa İşbirliği: Yönetişimci Sağlık Reformları 131
3.5. Neoliberal Küreselleşmenin Kurumları ve Sağlık Politikalarına Etkileri 137

4. BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNİN TÜRKİYE'DEKİ TARİHSEL SÜRECİ

1. CUMHURİYET ÖNCESİ DÖNEMDE SAĞLIK HİZMETLERİ 143
2. CUMHURİYET DÖNEMİ: ULUS DEVLET İNŞASI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KURUMSALLAŞMASI (1923-1945) 147
3. DÜNYA EKONOMİSİ İLE BÜTÜNLEŞME DENEMESİ: KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNDEN TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNE GEÇİŞ (1945-1960) 155

4. PLANLI KALKINMA DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ: SAĞLIK HİZMETLERİNDE SOSYALLEŞTİRME (1960-1980) 161
5. NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM: YENİ BİR BİRİKİM ALANI OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ 171
5.1. Küresel Kapitalizmle Eklemlenme: Sağlıkta Piyasalaşma ve İşletmecilik Temelli Yönetim (1980- 1988) 174
5.2. Küresel Kapitalizmin Kurumları Öncülüğünde Sağlık Reformları: 1990-2002 Yılları 183
5.3. Kapitalizmin Kurumsallaşması Sürecinde Sağlık Hizmetleri: AKP'li Yıllar (2002 ve Sonrası) 191
5.3.1. Sağlıkta "Piyasaya" Dönüşüm Programı 194
5.3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Örgütsel Değişimin Ön Koşulu: İç Piyasaların Oluşturulması 198
5.3.1.2. Sağlık Hizmeti Üretiminden Düzenleyici ve Denetleyici Role: Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması 204
5.3.1.2.1. 663 Sayılı KHK: Kurumsal Bütünlüğün Parçalanması 210
5.3.1.2.2. 694 Sayılı KHK: OHAL Kapsamında Düzenleme 222
5.3.1.2.3. 703 Sayılı KHK: Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı 227
5.3.1.3. Devlet Eliyle Özel Sağlık Sektörünün Güçlendirilmesi 228
5.3.1.4. Sağlık Piyasasının Tamamlayıcı Unsuru: Vatandaştan Müşteri/Tüketiciye Dönüşüm 233

5. BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. ARAŞTIRMA ALANI VE ARAŞTIRMANIN SAHA SÜRECİ 239
1.1. Katılımcıların Sosyo Demografik ve Örgütsel Profili 242
2. ARAŞTIRMA BULGULARININ ANALİZİ ve YORUMLANMASI 249
2.1. Kamu ve Özel Arasındaki Sınırların Bulanıklaşması 253
2.1.1. Söylemsel Sınırların Bulanıklaşması 253
2.1.2. Kurumsal Sınırların Bulanıklaşması: Devlet Hastanesi miyiz? Özel Hastane miyiz? 257
2.2. Kamu Hastane Birliklerinin Kurulması: İşletmeci Söylemin İşlevselleştirilmesi 260
2.2.1. Hegemonik Bir Söylem Müdahalesi Olarak Kamu Hastane Birliklerinin Kurulma Süreci: Ben Yaptım Oldu Anlayışı 261
2.2.2. Yerel Değil Merkeziyetçi Olduk 263
2.2.3. Bürokrasiye Çözüm: Organik ilişkiler 266
2.3. Kamu Hastanelerinde Yöneticiliğin Dönüşümü 267
2.3.1. İktidarız Ama Muktedir Değiliz 268

2.3.2. Bürokratik Davranışın Yasal Kodlamasını Dönüştürmek: Sözleşmeli Yöneticilik 272
2.3.2.1. Sözleşmeli Yöneticilik: Girişimci Yöneticiler 272
2.3.2.2. Sözleşmeli Yöneticilik: Siyasallaşmanın Kurumsallaşması 275
2.3.3. Hastane Yöneticiliğinin Yeniden Müzakere Edilmesi 278
2.3.3.1. Yönetsel Söylemi Profesyonelliğe Dâhil Etmek 278
2.3.3.2. Güç Mücadelesi Alanı Olarak Hastane Yöneticiliği 281
2.4. Kamu Sağlık Hizmeti Söyleminin Teknolojileştirilmesi 285
2.4.1. Denetim Pratiklerinin Değişmesi: Sayısal ve Görsel Mutluluk 285
2.4.2. Üretim Pratiklerinin Değişmesi: Tıbben Değil Şeklen Memnuniyet 288
2.5. Sağlık Emek Gücüne Yönelik Söylem Stratejileri 291
2.5.1. Popülist Söylemlerle Profesyonel Gücün Aşındırılması: Günah Keçisi Hekimler 291
2.5.2. Zor ya da Rıza Yolu: Performans Sistemi 294
2.5.3. Hizmet Kullanıcılarıyla Etkileşimin Yeniden Tasarımı: Duygusal Emek Talebinde Artış 296
2.6. Kamu Sağlık Hizmetindeki Dönüşümün Toplumsal Bağlamı 298
2.6.1. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Tanımlanması: Hasta-Gizli Müşteri 299
2.6.2. Tüketici-Müşteri Söyleminin Güçlendirilmesi 302
2.6.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Güç ve Özgür Seçim Yanılsaması: Seçim (Choice) Politikaları 302
2.6.2.2. Hasta Hakları ve Çeşitli Şikâyet Birimlerinin Kurulması 303

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME 307
KAYNAKÇA 319
EKLER 364
EK 1. GÖRÜŞME SORULARI 364
EK 2. TEZ İZİN BELGESİ 365
ÖZGEÇMİŞ 366

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. 663 Sayılı KHK Gereğince Sözleşmeli Personel ve Ünvanlarına Göre Dağılımı 217
Tablo 2. Batı Akdeniz Bölgesinde Bulunan Hastane ve Yatak Sayıları 240
Tablo 3. Batı Akdeniz Bölgesinde Sağlık Personeli Sayıları 240
Tablo 4. Kamu Hastane Birlikleri Personeline Ait Göstergeler 241
Tablo 5. Araştırmanın Yürütüldüğü Hastaneler ve Yapılan Görüşme Sayıları 242
Tablo 6. KHB'ler Kurulmadan Önce Görüşülen Katılımcıların Kişisel ve Örgütsel Konumlarına İlişkin Özellikler 243
Tablo 7. KHB'ler Kurulmadan Önce Görüşülen Katılımcıların Mesleki ve Yöneticilik Konumlarına İlişkin Özellikleri 244
Tablo 8. KHB'leri Kurulduktan Sonra Görüşülen Katılımcıların Kişisel ve Örgütsel Konumlarına İlişkin Özellikleri 246
Tablo 9. KHB'ler Kurulduktan Sonra Görüşülen Katılımcıların Mesleki ve Yöneticilik Konumlarına İlişkin Özellikleri 248
Tablo 10. Fairclough'un Eleştirel Söylem Analizi Düzeyleri 250

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Fairclough'un Eleştirel Söylem Analizinin Boyutları 28
Şekil 2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 208
Şekil 3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 209
Şekil 4. 663 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı 215
Şekil 5. 663 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı'nın Taşra Teşkilatı Örgütlenmesi 216
Şekil 6. Kurumsal Karne Verimlilik Modeli 222
Şekil 7. 694 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı 225
Şekil 8. 694 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Yapısı 226
Şekil 9. Türkiye Sağlık Hizmet Bölgeleri Haritası 239

KISALTMALAR DİZİNİ

AB : Avrupa Birliği

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AÇSAP : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

AKP : Adalet ve Kalkınma Partisi

ANAP : Anavatan Partisi

AP : Adalet Partisi

BM : Birleşmiş Milletler

BYKP : Beş Yıllık Kalkınma Planı

CHP : Cumhuriyet Halk Partisi

DB : Dünya Bankası (World Bank)

DP : Demokrat Parti

DPT : Devlet Planlama Teşkilatı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

DTÖ : Dünya Ticaret Örgütü (World Trade Organization)

DYP : Doğru Yol Partisi

ESA : Eleştirel Söylem Analizi

FAO : Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (Food and Agriculture Organization of the United Nations)

FP : Fazilet Partisi

GATS : Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (General Agreement on Trade in Services)

GKY : Geleneksel Kamu Yönetimi

GSS : Genel Sağlık Sigortası

GSYİH : Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

IMF : Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund)

İİS : İthal-İkameci Sanayileşme

İKY : İnsan Kaynakları Yönetimi

KHK : Kanun Hükmünde Kararname

KÖO : Kamu Özel Ortaklığı

KTO : Kamu Tercihi Okulu

SB : Sağlık Bakanlığı

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK	**:** Sosyal Güvenlik Kurumu
SHP	**:** Sosyal Demokrat Halkçı Parti
SPGK	**:** Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
SSK	**:** Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	**:** Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
SUT	**:** Sağlık Uygulama Tebliği
TCDD	**:** Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları
THSK	**:** Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TKHK	**:** Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TKY	**:** Toplam Kalite Yönetimi
TTB	**:** Türk Tabipleri Birliği
TÜSİAD	**:** Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği
UNESCO	**:** Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
UNICEF	**:** Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (Nations International Children's Emergency Fund)
USH	**:** Ulusal Sağlık Hizmetleri
YKİ	**:** Yeni Kamu İşletmeciliği

GİRİŞ

Eski uygarlıklardan günümüze toplumun refah ve sağlığına ilişkin kaygılar doğrusal bir gelişim göstermemekle birlikte her zaman varlığını sürdürmüştür. Kapitalist gelişim öncesinde insanların sosyal güvenlik ve sağlık ihtiyaçları daha çok aile, dini kurumlar ve yerel topluluklarca karşılanmıştır. Kapitalist kalkınmayla birlikte gelişmiş ülkelerin çoğunda devlet eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve diğer refah hizmetleri yoluyla emeğin yeniden üretiminde sorumluluk üstlenmeye başlamıştır. Devletin sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine müdahalesi daha çok bu genel sürecin bir parçasını oluşturmuş ve sağlık hizmeti ilk kez kapitalizmle birlikte kurumsallaşmaya başlamıştır (Doyal ve Pennell, 1991). Bununla birlikte tarihsel süreç içinde kapitalist toplumlarda devletin sağlık alanına müdahalesi egemen sınıfın çıkarlarıyla temelden çelişmeyecek politika ve programlarla sınırlı olmuştur. Örneğin 19. yy'da kentlere göç eden işçi sınıfının kötü yaşam ve çalışma koşulları nedeniyle ortaya çıkan salgın hastalıkların ekonomik ve toplumsal bir tehdit olarak görülmeye başlaması halk sağlığını korumaya yönelik ilk devlet müdahalelerini getirmiştir. Benzer şekilde 19. yy sonlarına doğru hükümetlerin işçi sınıfının giderek güçlenmesi karşısındaki siyasal endişeleri, onları devlete bağlamak ve piyasanın işçiler üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla sağlık sigortası planlarının başlatılmasına neden olmuştur. İşçi ve aileleri için ilk olarak Almanya'da başlatılan sigorta planları devletin sağlık hizmetlerinin finansmanındaki sorumluluklarını genişletmiş, zaman içinde diğer Avrupa ülkelerinde de yaygınlaşmıştır.

Kapitalizmin 1929'daki yaşadığı büyük kriz, II. Dünya Savaşı'nın yarattığı yıkımın etkilerini azaltma ve kapitalizmin sürdürülmesine yönelik ekonomik ve siyasal yeniden yapılanma Batılı gelişmiş ekonomilerde refah devletini ortaya çıkarmıştır (Sallan Gül, 2004). Kapitalist bir devlet biçimi olarak devletin ekonomik ve toplumsal yaşama müdahalesini öngören olarak refah devleti anlayışıyla devletler vatandaşlarına sivil, siyasi ve sosyal haklar tanıma ve bunları sürdürme yönünde önemli adımlar atılmıştır. II. Dünya Savaşı'nın bitişini izleyen otuz yılda devletler başta eğitim ve sağlık olmak üzere toplumsal refahın sağlanmasında merkezi bir rol üstlenmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetleri refah devletinin önemli bir bileşeni haline gelmiş, birçok ülkede ulusal sağlık sistemleri kurulmuş ve sağlık hizmetleri

kurumsallaşmıştır. Bu yıllarda sağlığın toplumsal bir hak ve sağlık hizmetinin vatandaşlık temelinde ele alınması sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde belirleyici bir unsur olmuştur. Diğer yandan devletlerin ulusal sağlık sistemlerine yaptığı yatırımların artması sağlık endüstrisinin gelişimini desteklemiş ve devletin egemen olduğu sağlık hizmetleri alanı yeni yatırım olanakları ve kar edilebilir bir alan olarak sermayenin dikkatini çekmeye başlamıştır (Porter, 2013).

1970'lerin ortalarındaki petrol kriziyle tetiklenen kapitalist sistemin krizi, refah devleti üzerindeki tartışmaları tetiklemiştir. Refah devleti ve politikalarını krizin sorumlusu olarak gören neoliberalizmin refah devletine yönelik eleştirileri, ekonomik başarısızlığı toplumsal ve ahlaki gerilemeyle ilişkilendiren Yeni Sağ'ın söylemleriyle desteklenmiştir. 1970'li yılların sonlarından itibaren İngiltere ve ABD'de muhafazakâr hükümetlerin iktidara gelişiyle neoliberalizm ekonomik, siyasal ve toplumsal alanlarda hegemonik bir söylem konumuna yükselmiştir.

Neoliberalizm ve yeni sağın refah devletine yönelik ideolojik eleştirilerinin hedefinde sağlık hizmetleri de yer almıştır. Kapitalist birikimi kesintiye uğratan ekonomik krizin sağlık hizmetlerindeki etkilerine ilişkin tartışmalarda neoliberal söylem, maliyet artışları ve verimlilik sorununa odaklanmıştır. Toplumun sağlık hizmetlerinden beklentilerinin yükselmesi, nüfusun yaşlanması, tıbbi tedavilerde teknoloji kullanımının artması gibi nedenlerle sağlık harcamalarının artık karşılanamaz hale geldiği ileri sürülerek kamu harcamalarının azaltılması, maliyetlerin sınırlanması, verimlilik artışı için özel sektörle rekabet temelinde işleyen bir sağlık piyasasının oluşturulması önerilmiştir. Bununla birlikte 1980'li yıllarda öne çıkan maliyet odaklı düzenlemelerin etkisi sınırlı olmuş, 1990'lı yılların başından itibaren birçok Avrupa ülkesinde sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumuna ilişkin yapısal düzenlemeler gündeme getirilmiştir. Bu yapısal düzenlemelere 1980'lerden bu yana kamu yönetimi alanında hegemonik bir söylem haline gelen yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı kaynaklık etmiştir. Kamu sektörünün yapılandırılmasında özel sektör, bireysel rasyonalite ve piyasanın üstünlüğüne vurgu yapan yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının 1990'lı yıllarda sağlık reformlarına yansıması, sağlık hizmetleri alanında 'iç piyasa' ya da piyasa benzeri mekanizmaların kurulması olmuştur. Sağlık hizmeti sunumu ve finansmanın ayrılması yoluyla hizmet sağlayıcıları, finansman kurumları arasında rekabet yaratılması hedeflenmiştir. Kamusal sağlık hizmetlerini

ticarileştirmeye yönelik bu politika zorunlu kamu sağlık sigortalarının oluşturulması, hizmet kullanıcılarının seçim olanaklarının artırılması, özel sağlık sektörün teşviki gibi politikalarla desteklenmiştir. Bu süreçte birçok ülkede kamu hastaneleri özerkleştirme ya da şirketleşme adı verilen reformlarla yeniden yapılandırılmıştır. Mülkiyeti devlette kalan bu hastaneler rekabetçi bir piyasa yapısı içinde, özel sektöre özgü yöntemlerle çalışan performanslarından sorumlu tutulan özerk işletmelere dönüştürülmüştür (Jakab vd., 2002, s. vii). Hastane harcamaları, verimlilik ve hesapverebilirlik açısından sorunsallaştırılmış, kamu hastanelerinde işletmeci yönetimin benimsenmesi yasal bir gereklilik olarak yorumlanmıştır. Hastanelerin özerkliği artırıldığında hastanelerin günlük işleyişlerine siyasi müdahalelerin azalacağı ve sağlık sistemlerinin geleneksel yönetimini karakterize eden merkeziyetçi ve katı bürokratik yapıların âdemi merkeziyetçi ve esnek örgütlenme biçimleriyle yer değiştireceği ileri sürülmüştür. Diğer yandan bu düzenlemeler sağlık sistemindeki yöneticiler, profesyoneller ve vatandaşlar arasındaki ilişki ve güç dengelerinde dönüşümü ve sağlık emekçilerini disiplin altına almanın yeni yollarını gündeme getirmiştir.

1980 sonrasında Avrupa'da başlayan ve dünyanın birçok ülkesinde yaygınlaşan kamu hastanelerini işletmeleştirmeye yönelik politikalar her ülkenin kendi ekonomik, siyasal ve toplumsal bağlamı içinde anlaşılabilir. Türkiye'de sağlık hizmetlerini piyasaya açma ve sağlık alanını metalaştırmaya yönelik neoliberal sağlık politikalarının hayata geçirilmesi 1980'li yıllarda başlamıştır. Bu yıllarda kamu yönetimini yeniden yapılandırma girişimlerinin bir parçası olarak gündeme gelen sağlık reformlarının çerçevesini Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun yapısal uyum programları çizmiştir. Kamu hastanelerine işletmeci bir anlayışın getirilmesine yönelik ilk önemli adım 1987 yılındaki Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu ile atılmıştır. 1990'lı yıllar boyunca sağlık sisteminde reform ihtiyacı sıklıkla dile getirilmiş, Sağlık Bakanlığı ve kamu hastanelerinin merkeziyetçi ve bürokratik yapısı, yönetsel kapasite ve yöneticilerin yetersizliği önemli sorunlar olarak ifade edilmiştir. Sağlık hizmeti sunum ve finansmanının ayrılması, hastanelerin özerk işletmelere dönüştürülmesi, performans sistemlerinin getirilmesi ve profesyonel yöneticilik rollerinin genişletilmesi gibi (SB, 1992, s.1-8; SB, 1993, s. 47-48, 51-52) yeni kamu işletmeciliği çizgisindeki öneriler bu yıllarda gündeme getirilmiş ancak birçoğu öneri ya da kanun taslağı olarak kalmıştır. 2003 yılında AKP hükümeti tarafından açıklanan Sağlıkta

Dönüşüm Programı (SDP), 1990'lı yıllardaki reform önerileri üzerine inşa edilmiş, Dünya Bankası'nın teknik ve finansman desteği ile piyasa ve işletmecilik yönelimli 'sağlık reformu' çizgisi sürdürülmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'da kamu hastanelerinin "idari ve mali özerk" işletmelere dönüştürülmesi programın ana hedeflerinden biri olarak belirlenmiştir. Programda "kamu hastanelerinin değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için mevcut merkeze bağımlı yapısından kurtulması" gerektiği vurgulanmıştır (SB, 2003, s. 31). Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ile hastanelerin kendi yönetim kararları, hizmet kalitesi ve verimliliğinden sorumlu olacağı, hastanelerin verimlilik ve önceliklerine göre yatırımlarını planlayabileceği ve "yerel dinamiklerin karar mekanizmasında rol aldığı müşteri odaklı bir organizasyon yapısına" geçileceği belirtilmiştir. Programın amaçlarına ulaşabilmesinin "etkili bir yönetici kadrosu" ile mümkün olduğu vurgulanmış, bu amaçla performans göstergeleri ve performansa bağlı ödeme sistemleri geliştirilerek "atanmış statik yöneticilikten performans yönetimine" geçileceği belirtilmiştir (SB, 2003, s. 32). Ayrıca hekimlerin sağlık kurumlarında yönetici olmasının hekimlere yapılan yatırımların amacı dışında kullanılması ve kurumların "deneyimsiz yöneticiler" tarafından yönetilmesine neden olduğu belirtilerek, "sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken araştırma ve eğitim faaliyetlerine" önem verileceği ifade edilmiştir (SB, 2003, s. 33).

Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının temel özelliklerinden biri geleneksel bürokratik yapı ve süreçler yerine piyasa mekanizmalarının getirilmesidir. Türkiye'de bu yönde kapsamlı bir yasal çerçeve oluşturulmasına yönelik 2004 yılındaki Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı'nda Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ve kamu hastanelerinin yerel yönetimlere devri gündeme gelmiştir. Bu kanun tasarısının veto edilmesi sağlık hizmetlerinde piyasa ilişkilerinin oluşturulması sürecini ertelemiştir. Bununla birlikte 2005 yılında SSK ve Sağlık Bakanlığı dışındaki kurumlara ait hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devreden bir düzenlemeyle kamu ya da özel tüm hastanelerin yönetim ve ödeme mekanizmaları uyumlu hale getirilmiştir (OECD-DB, 2008, s. 44). Bu şekilde sağlık hizmeti alanında piyasa ilişkilerinin kurulmasının anahtar özelliklerinden biri olan (Clarke J., 2004, s. 36) sağlık hizmeti

sunum ve finansman yapısının ayrılmasını öngören genel sağlık sigortasına geçişin koşulları hazırlanmıştır. 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulması ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetleri alanı piyasa işleyişine uygun hale getirilmiştir. Bu süreçte SGK ile sözleşme ilişkisi çerçevesinde çalışmaya başlayan kamu hastaneleri, özel hastanelerle aynı kaynaktan pay almak için rekabet eden, maliyet ve etkinlik ilkeleri temelinde çalışması beklenen ticari işletmeler haline gelmiştir. 'Ticari işletmelere' dönüşmüş olan kamu hastanelerindeki yönetim yapısı ve yöneticilik anlayışını piyasaya uyumlu hale getirmeye yönelik ilk yasal girişim 2007 yılında *"Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı"* ile gündeme gelmiştir. Bakanlar Kurulu tarafından belirlenen illerde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin tüzel kişiliğe sahip bir birliğe dönüştürülmesini hedefleyen bu tasarı yasalaşmamıştır. Bu tasarıdan dört yıl sonra Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenme ve yönetim yapısında köklü değişim 2011 yılında 663 sayılı *"Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"* ile gerçekleştirilmiştir. 663 sayılı KHK'da "politika belirleme, düzenleme, denetleme ve hizmet sunumunun merkezde toplandığı dikey yapılanmadan Bakanlığın politika belirleme ve sistem yönetimi üzerine yoğunlaştığı, kurumsal uzmanlaşmaya dayanan, taşra teşkilatındaki yöneticilerin karar verme imkânlarını artırmayı amaçlayan yatay yapılanmaya" geçildiği ifade edilmiştir (TKHK, 2012, s. iii). Acil ve afet halleri dışındaki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasından çıkarılmış, Bakanlığı'ın rolü rehberlik, izleme, değerlendirme, teşvik, yönlendirme ve denetim ile sınırlandırılmıştır (663 KHK, Md. 2). Merkez teşkilatındaki fonksiyonel ayrım ve uzmanlaşmaya dayalı yapı hastane yönetimleri için de geçerli olmuştur (Lamba ve diğ., 2014, s. 66). İllerde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı olarak "ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında kaynakların etkili ve verimli kullanılması" amacıyla Kamu Hastane Birlikleri kurulmuştur. Birliğin en üst karar ve yürütme organı olarak belirlenen genel sekreterlik bünyesinde tıbbi, idari ve mali hizmetler başkanlıkları oluşturulmuştur. Birliğe bağlı hastanelerin yönetiminde hastane yöneticisi, hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri yer almıştır (663 KHK, Md. 30).

663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapılanmada yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı, yeni örgütsel yapı ve ilişkilerin oluşturulmasını meşrulaştıran aynı zamanda kamu örgütlerinin özel sektör gibi işletilmesinin ideolojisi olarak merkezi bir rol oynamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal bütünlüğünün parçalanması, yönetim alanını genişletmiş ve yeni yapılanmada birlik ve hastane yöneticilerinin yönetsel yetkilerinin artırılmasının meşruiyetini sağlamıştır. YKİ yaklaşımının köken aldığı Kamu Tercihi Okulu, kamu çalışanlarının güç ve statülerini artırmak için bütçe ve kaynak arayışı içinde olduklarını, kamu çalışanlarının çıkarlarının yasal denetim ve denge sistemi altında korunması nedeniyle etkin yönetiminin mümkün olmadığını ileri sürmektedir (Niskanen, 1971). Bu nedenle kamuda profesyonel yönetim anlayışı kapsamında yöneticilerin yetkilerinin genişletilmesi ve rollerinin özel sektördeki meslektaşlarına benzemesi istenmektedir (Kaboolian, 1998, s. 190). Kamu hastane birlikleri uygulaması ile kamu hastanelerindeki yönetim yapısına ilişkin düzenlemeler ve yöneticilik anlayışındaki dönüşüm bu doğrultuda gerçekleştirilmiştir.

663 sayılı KHK ile ilk kez birlik ve hastane yöneticilerinin sözleşmeli statüde istihdamı gündeme gelmiş ve yöneticilerin görevde kalması hizmet sözleşmelerinde belirtilen performans hedeflerine bağlanan "başarı" ölçütleri ile ilişkilendirilmiştir (Md. 32). Bu şekilde kamu personel sisteminde kamu yararını sağlama, kamu hizmetinin üstünlüğü ve sürekliliği ilkesini temel alan kariyer sistemi (statü hukuku) yerine, kamu hizmetlerinin özel sektördeki işlerle eşdeğerliğinin kabulüne dayalı sözleşme hukuku uygulanma olanağı kazanmıştır (Güler, 2005, s. 195). Diğer yandan sözleşmeli yöneticilik modeliyle özel sektörden kamuya yönetici geçişine olanak sağlanmış ve genel sekreter, idari ve mali hizmetler başkanı, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcısı kadroları için herhangi bir alanda lisans eğitimi almış olmak yeterli sayılmıştır (663 sayılı KHK, Md. 32).

İşletmeci ideoloji hastanelerde yönetimin merkeze hesap verebilirliğin koşulları olarak tanımlanan kontrol ve performans denetiminin yeni yollarını oluşturmuştur. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde geleneksel kamu yönetiminin mevzuat ve girdilere odaklanan denetim anlayışı yerini sonuç odaklı, performans ve tüketiciyi merkeze alan bir hesapverebilirlik anlayışına bırakmıştır.

Kamu hastane birlikleri verimlilik yönergesinde[1] birliğe bağlı hastaneler ile sözleşmeli yöneticilerin "sağlık denetçileri ve diğer kamu veya özel kuruluşlar" tarafından yapılacak değerlendirmelerden elde edilen başarı puanlarına göre performanslarının değerlendirilerek birlik, hastaneler ve yöneticileri için bir "karne" düzenleneceği belirtilmiştir. Karne puanlarına göre birlik, hastaneler ve yöneticileri için (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde 'başarı grupları' oluşturulmuştur. Değerlendirme sonuçlarına göre başarı gruplarının düşürülmesi ya da bir üst gruba yükseltilemediği durumlarda ilgili yöneticilerin sözleşmelerinin sona ereceği ifade edilmiştir. Karne puanlarına göre başarı gruplarının oluşturulması ve kamu hastanelerinin sınıflandırılmasıyla kamu hastanelerinin kendi aralarında ve özel sektörle rekabet etmesi ve yöneticilerin performanslarının oluşturulan bu rekabetçi yapı içinde belirlenmesi amaçlanmıştır. Bir bütün olarak kamu kurumunun performansı kadar yöneticilerin bireysel performansının da önemli hale getirildiği yapılanmada, birlik ve hastane yöneticilerinin hesapverebilirliği sözleşme yükümlülükleri ve belirlenen ölçülebilir nitelikteki performans hedeflerini yerine getirme açısından ele alınmıştır. Yöneticililerin sorumluluğu performans, kalite, verimlilik, etkinlik gibi kavramlarla açıklanarak hesapverebilirlik yeniden tanımlanmıştır (Gray ve Jenkins, 2006, s. 551). Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici konumda yer aldığı kamu hastane birlikleri yapılanmasında, âdemi merkeziyetçilik uzaktan yönetme aracı olarak ortaya çıkmış, merkezi bilgi sistemlerinin kurulması, sözleşmeler, performans ölçümü ve denetimi, sürekli kalite iyileştirme gibi araçlarla işlevsel hale getirilmiştir. Diğer yandan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hizmet kullanıcılarına cevapverebilirliğin artırılması ve bu şekilde sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliğinin artırılabileceği ileri sürülmüştür. Bu kapsamda hizmet kullanıcılarının seçim olanaklarının artırıldığı ve bu seçimlerin hasta hakları birimleri, SABİM ve BİMER gibi çeşitli dilek ve şikâyet mekanizmalarıyla desteklendiği politikalarla vatandaşların sağlık hizmetlerinin 'müşterisi' ya da 'tüketicisi' haline getirilme süreci güçlendirilmiştir. Diğer yandan siyasilerin sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanlarına yönelik popülist söylemleri toplumsal alanda karşılık bulmuş ve sağlık çalışanları ile vatandaşların karşı karşıya bırakıldığı bir ortam yaratılmıştır.

[1] 5.10.2012 tarih ve 847 sayılı "Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge"

2002-2011 yılları arasında yerelleşmeyi öne çıkaran kamu yönetimi reformlarının bir parçası olarak başlatılan ve bu araştırmanın alan çalışmasına kaynaklık eden kamu hastaneler birliği uygulaması yaklaşık altı yıl devam etmiş ve 2017 yılında sonlandırılmıştır. 2011 yılıyla birlikte il özel idareleri, yerel yönetimler örneklerinde olduğu gibi Bakanlıkların yerele tanıdığı yetkileri tekrar geri alması şeklinde işleyen merkezileşme yönündeki eğilim güçlenmeye başlamıştır (Övgün, 2016, s.174). 663 sayılı KHK'nın altı yıllık uygulama sürecinde ve sonrasındaki Sağlık Bakanlığı'na ilişkin 694 ve 703 sayılı KHK'lar ile yapılan düzenlemelerin merkezileşme yönündeki bu eğilime uygun olduğu düşünülmektedir. 694 sayılı KHK ile bağlı kuruluş statüsündeki Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu iki ayrı genel müdürlük statüsüne getirilmiştir (Md. 184). Sağlık Bakanlığı taşra örgütlenmesi il sağlık müdürlükleri ve ihtiyaca göre kurulması öngörülen İlçe Sağlık Müdürlükleri olarak belirlenmiş ve il sağlık müdürlerinin hekim olması zorunlu tutulmuştur (694 KHK, Md. 187). Taşra örgütlenmesinde yer alan Kamu Hastaneler Birlikleri kapatılarak il sağlık müdürlükleri içinde başkanlığa dönüştürülmüştür. Hastanelerde 'profesyonel yönetim' anlayışı gerekçesiyle getirilen 'hastane yönetici'liği statüsü kaldırılarak eskiden olduğu gibi hastanelerin yönetimi başhekimlere bırakılmıştır. Sözleşmeli yöneticilik modeli ise il sağlık müdürlerini içerecek şekilde genişletilerek sürdürülmüştür. Son olarak Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'ne geçilmesiyle 2018 yılında çıkarılan 703 sayılı KHK ile Sağlık Bakanı, Bakanlığın faaliyetlerinden Cumhurbaşkanı'na karşı sorumlu hale getirilmiştir (Md. 4). Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemiyle doğrudan Cumhurbaşkanlığı'na bağlı olarak oluşturulan Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulu bünyesinde "Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu" oluşturulmuştur. Cumhurbaşkanı'nın Politika Kurulları Başkanı (Cumhurbaşkanlığı 1 Nolu Kararname, Md. 2) olması nedeniyle Cumhurbaşkanı sağlık alanındaki politikaların belirlenmesinde temel aktör konumuna gelirken Sağlık Bakanlığı ikincil düzeyde politika belirleyicisi ve belirlenen politikaların uygulayıcısı konumunda bir hizmet birimine dönüştürülmüştür (Durmuş ve Durmuş, 2019, s. 225; Eken, 2020, s. 297-299). Güzelsarı'nın belirttiği gibi "devletin şirketleşme" stratejisiyle uyumlu bir yapı olarak Cumhurbaşkanlığı sistemi ile başlayan yeni dönemde ekonomi, siyaset ve kamu yönetiminde merkezileşme,

güçlü koordinasyon, verimli yönetim, şirket-devlet, devlet-piyasa işbirliği ve teknokrat yönetim anlayışı öne çıkmıştır (2019, s. 42).

Kuramsal çerçevesi ve araştırma yöntemi olarak eleştirel bir konumun benimsendiği bu araştırmanın temel odağı, kamu sağlık hizmeti alanının piyasalaşma ve metalaşmasına ilişkin süreçleridir. Türkiye'de 1980'den sonra hükümetlerin neolibeal ekonomi politikalarının bir uzantısı olarak 'sağlık reformları', 1990'larda 'sağlık projeleri' olarak dile getirilen yapısal değişiklikler AKP Hükümeti tarafından aynı çizgide devam ettirilmiş ve 2003 yılında 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' adı altında uygulamaya koyulmuştur. Neoliberal söylem sağlık sistemindeki dönüşümü sağlık sisteminin işleyişi ve yönetimine ilişkin ileri sürdüğü yüksek maliyet, verimsizlik, kötü yönetim, niteliksiz hizmet ve vatandaşların ihtiyaçlarına duyarsızlık gibi teknik ve yönetsel sorunlar üzerinden meşrulaştırılmaktadır. Bununla birlikte bu araştırmada Türkiye'de kamu sağlık hizmetlerindeki dönüşüm, devlet ve kamu yönetiminin küresel kapitalizmin gerekleri doğrultusunda yeniden yapılandırılma sürecinin bir parçası olarak ele alınmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu programın bileşenlerinden biri olarak 2011 yılında 663 sayılı KHK ile işlevselleştirilen kamu hastane birlikleri politikası, devletin kapitalist birikimin koşullarını sağlama, sürdürme ve sermayeye yeni karlı alanlar yaratma amacına yönelik yapısal, siyasal ve ideolojik mekanizmalarının bir sonucu olarak görülmektedir. Kamu sağlık hizmeti alanının yeniden yapılandırılması, başka bir deyişle örgütsel ve yönetsel değişim söylemi olarak kamu hastaneler birliği politikasının ideolojik ve toplumsal bağlamının açıklanması bu araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır. Bu amaçla 2011-2017 arasında uygulanmış olan kamu hastane birlikleri politikasının hem odağında hem de uygulayıcısı konumunda yer almış olan hastane yöneticilerinin kamu hastane birlikleri politikası etrafındaki söylemlerinin eleştirel analizi yapılmıştır.

Araştırma beş ana bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın konusu ve metedolojisinin yer aldığı birinci bölümde, araştırmanın amacı, problemleri, önemi, sınırlılıkları ve araştırmacının konumu, karşılaşılan zorluklar ve başetme stratejileri gibi temel bilgilere yer verilmiştir. Nitel araştırma deseni içinde planlanan araştırmanın verileri, Antalya, Burdur ve Isparta il merkezlerinde yer alan toplam üç kamu hastanesinde, görüşme yapmayı kabul eden hastane yöneticileriyle yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Görüşmelerin iki yıllık bir zaman

süreci toplandığı araştırmada toplam 43 yönetici ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde Fairclough'un (1989, 1992, 2005, 2012) *diyalektik-ilişkisel eleştirel söylem analizi yaklaşımı* kullanılmış, yaklaşıma ilişkin ana kavramsal kategoriler ve bunlar arasındaki ilişkiler bu bölümde açıklanmıştır.

Araştırmanın temel kavramları ve kuramsal çerçevesine yer verilen ikinci bölümde yönetim, kamu yönetimi, yönetişim, kamu hizmeti, sağlık hizmeti kavramlarına yer verilmiştir. Kamu yönetimi ve sağlık alanındaki dönüşümü açıklayan kuramsal yaklaşımlar olarak geleneksel kamu yönetimi yaklaşımı ve yeni kamu işletmeciliği, kamu tercihi kuramı, yönetişim alt başlıklarıyla neoliberal yaklaşımlarI ele alınmıştır. Araştırmanın kuramsal çerçevesi Marksist kökenli eleştirel yaklaşımlar başlığı altında, klasik ve neo-Marksist yaklaşımlar ve Eleştirel Kuram olarak ele alınmıştır. Bu bölüm açıklanan yaklaşımlar ve bu yaklaşımların değerlendirilmesi ile sonlandırılmıştır.

Araştırmanın üçüncü bölümünde sağlık hizmetlerinin dünyadaki gelişimi ve dönüşümü tarihsel bütünsellik ilkesine uygun olarak belirlenen dönemlerin ekonomi politiği çerçevesinde açıklanmıştır. Sağlık hizmetlerinin dünyada izlediği gelişim çizgisi, kapitalist gelişimin erken dönemleri, refah devletinin ortaya çıkışı ve genişlemesi sağlık hizmetinin kurumsallaşması ve son olarak sağlık hizmetlerinin metalaşma ve piyasalaşma sürecinin açıklandığı neoliberal dönem olarak ele alınmıştır.

Araştırmanın dördüncü bölümünde tarihsel süreçte Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi ve dönüşümüne yer verilmiştir. Cumhuriyet öncesi dönem, Cumhuriyet Dönemi (1923-1945) ulus devletin inşası ve kurumsallaşması sürecinde sağlık hizmetleri; Türkiye'nin dünya ekonomisi ile bütünleşme girişimlerinin başladığı (1945-1960) yıllar içinde tedavi edici sağlık hizmetlerinin öne çıkışı; planlı kalkınma döneminde (1960-1980) sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi başlıkları ile ele alınmıştır. 1980 sonrası dönem küresel kapitalizmle eklemlenme (1980-1988) sağlıkta piyasalaşma ve işletme temelli yönetim; sağlık reformlarının küresel kapitalizmin kurumları aracılığıyla yürütüldüğü (1990-2002) yılları ve 2002 yılından günümüze kapitalizmin kurumsallaşma süreci içinde sağlıkta dönüşüm programı ve kamu hastane birlikleri uygulamasına yer verilmiştir.

Araştırmanın beşinci bölümü araştırma bulgularının analizi ve yorumlanmasına ayrılmıştır. Bu bölümde araştırma sahası ve katılımcıların sosyo demografik ve yönetsel bilgilerine yer verilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde kullanılan Fairclough'un diyalektik eleştirel söylem analizi yaklaşımının araştırma verilerinin analizinde nasıl kullanıldığı açıklanmıştır. Araştırma bulgularının analiz ve yorumları işletmeci söylemin işlevselleştirilmesi olarak kamu hastane birliklerinin kurulması; kamu hastanelerinde yöneticiliğin dönüşümü; kamu sağlık hizmeti söyleminin teknolojileştirilmesi; sağlık emek gücüne yönelik söylem stratejileri ve kamu sağlık hizmetindeki dönüşümün toplumsal bağlamı başlıkları ile ele alınmıştır. Araştırma araştırma bulguları değerlendirildiği sonuç ve öneriler bölümü ile sonlandırılmıştır.

1. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN KONUSU VE METODOLOJİSİ

1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Türkiye'de Cumhuriyet öncesi dönemde devlet sağlık hizmeti gibi toplumsal ihtiyaçların karşılanmasında doğrudan sorumluluk üstlenmemiş, bireylerin mesleki ve toplumsal riskler karşısında korunması aile, meslek kuruluşları ve vakıflar tarafından yerine getirilmiştir (Sallan Gül, 2000). 1920'de Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasıyla başlayan sağlık hizmetlerinin kurumsallaştırılması süreci Cumhuriyetin ilanından sonra yasal düzenlemelerle devam etmiştir. Bu yasalar ülkemizde yakın döneme kadar sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve hukuksal çerçevesinin alt yapısını oluşturmuştur. Savaş yıllarının ardından devletin ekonomik kalkınma ve sermaye birikim sürecine öncülük ettiği bu dönemde emeğin yeniden üretiminin ön koşulu olarak sağlık hizmetleri devletin öncelikli sorumluklarından biri olarak ele alınmıştır. Toplumu etkileyen en önemli sağlık sorunu olarak salgın hastalıklarla mücadele kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerini temel alan bir örgütlenmeye gidilmiş, devletin sorumluluğu tedavi edici hizmetler alanında sınırlı olmuştur.

II. Dünya Savaşı yılları ve sonrası Türkiye'nin dünya ekonomisiyle bütünleşme çabalarına girdiği ekonomik ve siyasal koşullarda önemli değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. DSÖ, UNICEF gibi uluslararası kuruluşlarla projeler üzerinden yürütülen ilişkilerin başladığı bu dönem, ulusal bir sağlık sisteminin kurulmasına yönelik 'sağlık planları' hazırlandığı yıllar olmuştur. Dünyada devletlerin toplumsal refah ve sosyal güvenlik alanındaki sorumluluklarını genişlettiği bu dönemde Türkiye'de de bu eğilime uygun olarak 1945 yılında işçi sigortaları, 1950 yılında Emekli Sandığı kanunları çıkarılmıştır. 1953 yılında il özel idarelerine bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle devletin sorumluluğu tedavi edici hizmetler alanına genişletilmiş ve hastane sayıları önemli ölçüde artırılmıştır. Bu yıllarda artan hastane harcamalarına ek kaynak yaratma amacıyla 1955 yılında çıkarılan Hastaneler Talimatnamesi'nde ilk kez gündeme getirilen 'kullanıcı katkıları" sağlık hizmetinin metalaşmasının ilk örneğini oluşturmuştur. 1950'li yılların sonlarında başlayan tarım ve ticarete dayalı sermaye birikim modelinden ithal ikameci sanayileşmeye dayalı

birikim modeline geçiş (Gülalp, 1993) 1960 yılındaki askeri darbe ile netlik kazanmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulmasıyla hazırlanan I. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda üretimde verimliliğin artırılması için sağlık ve eğitim gibi kamu hizmetlerine öncelik verilmesi ve bu hizmetlerin eşitlik ve sosyal adalet ilkesi temelinde ülke genelinde yaygınlaştırılmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Bu anlayışla hazırlanan 1961 Anayasa'sında devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğu ilk kez anayasal düzeyde tanımlanmış ve Anayasa'nın sağlık hakkını tamamlayan ekonomik ve toplumsal alanlara ilişkin diğer hükümleriyle devletin sosyal niteliği öne çıkarılmıştır. Bu anlayışın sağlık hizmeti alanındaki karşılığı 1961 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu olmuştur. Sosyalleştirme kanunuyla toplumun sağlık ihtiyacını en yakın yerden ve en az maliyetle karşılanması amacına yönelik nüfus temelli bir sağlık örgütlemesine gidilmesi amaçlanmıştır.

1970'li yıllara gelindiğinde küresel kapitalist sistemin girdiği krizin ekonomik sonuçları, sınıf hareketinin sermaye üzerindeki baskısı, Türkiye'de sermaye birikiminin ülke kaynakları ile sürüdürülmesini zorlaştırmıştır. Krizin aşılmasına yönelik neoliberal fikirlerin dünyada yükselişe geçtiği bu dönemde Türkiye'de 1980 askeri darbesi dışa açık piyasa ekonomisine geçiş ve dünya sermayesi ile bütünleşmenin ekonomik ve toplumsal koşullarını oluşturmuştur. Dünya Bankası ve IMF gibi küresel kapitalizmin temsilcileri olan kuruluşlarca çerçevesi çizilen yapısal uyum programları sağlık alanındaki dönüşümün yönünü belirlemiştir. Devletin küçültülerek kamusal mal ve hizmet sunumundan çekilmesi, hizmet sunduğu alanların piyasa ilkelerine göre yeniden düzenlenmesi ve hizmet alanların müşteri/tüketici olarak yeniden konumlandırılması dönüşümün ana çerçevesini oluşturmuştur. 1982 Anayasası ile devletin sağlık hizmetlerinin sağlanmasından 'sorumlu' tutan anlayış yerini devletin 'düzenleyici" olduğu bir anlayışa bırakmıştır. Bu dönemde devletin sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi, kamu sağlık yatırımlarının önemli ölçüde azaltılması nedeniyle kamu sağlık hizmetleri nitelik ve nicelik olarak gerilemiş, özel sağlık sektörünün teşvik edilmesiyle kamu kaynakları özel sermayeye aktarılmaya başlamıştır. 1983 seçimlerinin ardından iktidara gelen ANAP hükümeti ile sağlık alanındaki piyasalaşma ve işletmecilik eğilimi güçlenerek devam ettirilmiştir. 1987 yılında 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile hastanelerin yönetiminde verimlilik, rekabet gibi kavramlara yer verilerek kamu hastaneleri 'işletme' statüsünde

tanımlanmış, hizmetlerin fiyatlandırılması, sosyal güvencesi olanların kamu ya da özel istediği hastaneden hizmet alabilmesinin yolu açılmıştır. Bazı hükümleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen bu kanunla kamu hastanelerinin işletmeye dönüştürülmesi girişimi 1994 yılındaki Bakanlar Kurulu tarafından çıkarılan bir yönetmelik ile pilot uygulama olarak gerçekleştirilmiştir.

1990'lı yıllarda Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki dönüşümün çerçevesi bu alanda etkinliğini artıran Dünya Bankası tarafından belirlenmiştir. Dünya Bankası ve DPT işbirliği ile hazırlanan Master Plan Etüdü Raporu ile sağlık sektörünün mevcut durumu tanımlanmış ve 1991 yıında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün kurulmasıyla Dünya Bankası'nın Türkiye'de sağlık hizmetleri alanınındaki belirleyiciliği artmıştır. 1992 ve 1993 yıllarında düzenlenen Ulusal Sağlık Kongreleri'nin ardından Ulusal Sağlık Planı hazırlanmıştır. Ulusal Sağlık Planı'nda Sağlık Bakanlığı'nın çok başlı, aşırı merkeziyetçi, yetkilerin üst yönetimde toplandığı, koordinasyon eksikliği ve yetki karmaşasının olduğu bir örgütlenme yapısına sahip olduğuna dikkat çekilmiştir. Benzer şekilde kamu hastaneleri için en önemli sorunun verimsizlik olduğu, merkeze aşırı bağımlılık, rekabet ve performansa yönelik bir yapı ve profeyonel yöneticilerin olmaması önemli eksiklikler olarak ifade edilmiştir (SB, 1992). 2000 yılına kadar kamu hastanelerinin özerkleştirilerek uygun maliyet, kalite ve verimlilik ilkelerine göre çalışmaları, çalışanların performansa göre ücretlendirilmesi ve bilgi sistemlerinin kurulması gibi öneriler getirilmiştir (SB, 1993). 1990'lı yıllar sağlık sisteminde 'reform' yapılmasının gerekliliğini vurgulayan çok sayıda kanun tasarısının gündeme getirildiği ancak ekonomik ve siyasi krizler nedeniyle uygulanamadığı yıllar olmuştur.

1990'lı yılların sağlık reformu önerilerinin hayata geçirilmesi 2003 sonrası AKP hükümetinin Sağlıkta Dönüşüm Programı gerçekleştirilmiştir. Hükümet programlarında sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli yürütülmesine geleneksel kamu yönetiminin merkeziyetçi, bürokratik, verimsiz, hantal yapısının engel olduğu ileri sürülerek, sağlık sisteminde yeni bir yapılanmanın gerekliliği ve özel sektörle işbirliğinin artırılmasına dikkat çekilmiştir. Kamu sağlık hizmetlerinin verimsiz ve niteliksiz olarak etiketleyerek sağlık alanını tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açmayı hedefleyen AKP hükümetinin sağlık programının analitik çerçevesinin çizilmesi ve finans desteğinin sağlanmasında Dünya Bankası önemli rol oynamış, ülke

içinde TÜSİAD gibi sermaye grupları tarafından desteklenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında zorunlu kamu sağlık sigortasının kurulması, sağlık hizmeti finansman ve sunumunun ayrılarak Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenlerinden biri olarak 'kamu hastanelerinin idari ve mali özerk kurumlar haline getirilmesi' söylemi 2011 yılında 663 sayılı KHK ile kamu hastane birliklerinin kurulması ile sonuçlanmıştır. Kamu hastane birlikleri uygulaması ile kamu hastanelerinde kapsamlı bir dönüşüm gerçekleşmiştir. Yeni yapılanma ile yereldeki yöneticilere yetki devri, birlikler ve birliğe bağlı hastaneler ile yöneticilerinin performans değerlendirmeleri, yöneticilerin sözleşmeli statüde çalışması gibi birçok düzenleme hayata geçirilmiştir. Bu araştırmanın konusunu, kamu hastane birlikleri politikasının uygulandığı 2011-2017 yılları ve sonrasında devam eden örgütsel ve yönetsel dönüşümün sağlık hizmetlerinin piyasalaşma ve metalaşma süreçlerine etkisi oluşturmaktadır. Araştırma kamu hastane birlikleri uygulamasının sağlık hizmetlerinin piyasalaşma ve metalaşma süreçlerine etkisini Batı Akdeniz Bölgesindeki kamu hastaneleri örneği üzerinden açıklamaktadır.

2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE PROBLEMLERİ

Bu araştırmanın odağını kamu sağlık hizmeti alanındaki söylemsel pratiklerin piyasalaştırılması ve metalaştırılması süreci oluşturmaktadır. Bu sürecin örgütsel ve yönetsel boyutlarından biri 2011 yılında 663 Sayılı KHK ile Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasıdır. Kamu hastane birliklerinin kurulması kamu sağlık hizmeti alanındaki söylem düzenlerinin piyasacı ve işletmeci bir anlayışla yeniden yapılandırılmasının tipik bir örneğini oluşturmaktadır. Bu araştırmanın temel amacı kamu hastane birlikleri politikasıyla kamu sağlık hizmeti alanındaki söylem düzenlerinin yeniden yapılandırılmasının arkasındaki nedensel mekanizmaların yani örgütsel ve yönetsel değişim söyleminin ideolojik ve toplumsal bağlamının açıklanmasıdır. Bu amaçla kamu hastaneler birliği politikasının hem odağında hem de uygulayıcısı konumunda olan hastane yöneticilerinin kamu hastane birlikleri politikasına ilişkin söylemleri Fairclough'un (1989, 1992, 2005, 2012) *diyalektik-ilişkisel eleştirel söylem analizi yaklaşımı* ile analiz edilmiştir.

663 sayılı KHK ile işlevselleştirilen[2] kamu hastane birlikleri politikası, 'profesyonel yönetim söylemi' ile hastane yöneticilerini örgütsel ve yönetsel olarak yeniden konumlandırmış, sözleşmeli yöneticilik, bireysel ve kurumsal performansın ölçülmesi gibi hastane yöneticileri için yeni eylem ve etkileşim yolları tanımlamıştır. Fairclough'un ifadesiye örgütsel, yönetsel ve sosyal değişimlere işaret eden "söylem düzenlerinin" yeniden yapılandırılması çeşitli düzeylerde gerçekleşen pratikler ve davranışlar aracılığıyla somutlaştırılmaktadır (1993, s. 143). Bu nedenle hastane yöneticilerinin kamu hastane birlikleri politikası etrafındaki söylemleri nasıl aldığı, yorumladığı ve yeniden ürettiğinin eleştirel analizi yoluyla kamu sağlık hizmetlerini piyasalaştırma ve metalaştırmaya yönelik söylem düzenlerinin yeniden yapılandırılmasının arkasındaki ideolojik ve toplumsal mekanizmalarının açıklanması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırmanın temel ve alt problemleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

Temel Problem 1: Kamu hastane birlikleri politikasının kamu ve özel sağlık hizmeti alanları arasındaki sınırların bulanıklaşmasına etkisi nedir?

Alt Problem 1.1. : Hastane yöneticileri kamu ve özel sağlık hizmeti arasındaki söylemsel sınırların bulanıklaşmasını nasıl ele almaktadır?

Alt Problem 1. 2. : Hastane yöneticileri kamu ve özel sağlık hizmeti arasındaki kurumsal sınırların bulanıklaşmasını nasıl ele almaktadır?

Temel Problem 2: İşletmeci bir söylemin işlevselleştirilmesi olarak Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulma sürecini nasıl değerlendirilmektedir?

Alt Problem 2.1: Kamu hastane birliklerinin kurulma sürecinde hastane yöneticilerinin söyleme erişim düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Alt Problem 2.2. Hastane yöneticileri kamu hastane birlikleri politikasının yerelleşme söylemini nasıl değerlendirmektedir?

[2] Söylemin "işlevselleştirilme" biçimlerinden biri yasal düzenlemelerdir. Söylemin işlevselleştirilmesi, söylem stratejilerinin fiili olarak hayata geçirilmesi, söylemin diyalektik olarak yeni eylem ve etkileşim yollarına dönüştürülmesi anlamına gelmektedir. Söylemin işlevselleştirilme biçimleri aracılığıyla sosyal pratikler ve sosyal pratik ağları olarak söylem düzenleri dönüştürülebilir (Fairclough, 2005, s. 934).

Temel Problem 3: Kamu Hastane Birlikleri politikası kamu hastanelerindeki yöneticilik anlayışını nasıl dönüştürmüştür?

Alt Problem 3. 1. Kamu hastanelerindeki yöneticilik anlayışındaki dönüşümün hastane yöneticilerinin sosyal pratiklerindeki temsilleri nelerdir?

Alt Problem 3. 2. Hastane yöneticilerinin yönetsel statü, meslek, yaş ve cinsiyet gibi özelliklerine göre bu dönüşüm süreci farklılaşmakta mıdır?

Temel Problem 4: Kamu hastane birlikleri politikası sağlık hizmetlerinin üretim ve denetim sürecine ilişkin sosyal pratikleri nasıl dönüştürmüştür?

Alt Problem 4.1. Hastane yöneticileri 'performans ve sonuç odaklı' denetim pratiklerini nasıl değerlendirmektedir?

Alt Problem 4.2. Hastane yöneticileri 'müşteri odaklı hizmet kalitesi' söylemini nasıl değerlendirmektedir?

Temel Problem 5: Kamu Hastane Birliği politikasıyla sağlık emeğinin metalaştırılmasına yönelik süreçler nasıl işletilmektedir?

Alt Problem 5.1. Sağlık emeğinin sosyal pratiklerini 'piyasa odaklı sağlık hizmeti sunumu'na uyumlaştırmak amacıyla kullanılan söylem stratejileri nelerdir?

Alt Problem 5.2. Sağlık emeğini metalaştırmaya yönelik söylem stratejileri, emeğin toplumsal ve örgütsel statüsüne göre farklılaşmakta mıdır?

Temel Problem 6: Kamu Hastane Birlikleri politikasının işlevselleştirildiği toplumsal bağlamın belirleyici unsurları nelerdir?

Alt Problem 6.1. : Hastane yöneticileri hizmet kullanıcılarının hasta, vatandaş, müşteri-tüketici olma ilişkisini nasıl ele almaktadır?

Alt Problem 6.2. :Hastane yöneticileri hizmet kullanıcılarının müşteri/tüketiciye dönüştürülmesinin toplumsal bağlamını nasıl açıklamaktadır?

Alt Problem 6.2.1. : Hastane yöneticilerinin söylemlerinde 'hasta seçimi' söylemi nasıl açıklanmaktadır?

Alt Problem 6.2.2. : Hastane yöneticileri 'hizmet kullanıcılarının güçlendirilmesi' söylemi ile hasta hakları, dilek ve şikâyet birimlerinin kurulması gibi maddi ve sosyal pratikler arasındaki ilişkiyi nasıl değerlendirmektedir?

3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Sağlık politikaları ve sağlık sistemlerindeki dönüşümün analizine ilişkin çalışmalar ulusal ve uluslararası araştırmacılar ve politika yapıcılar arasında giderek artan bir ilgiyle karşılanmaktadır. Bu alandaki çalışmalar oldukça çeşitli ve geniş kapsamlıdır. Sağlık sistemlerinin dönüşümünü ele alan uluslararası ve ulusal yazında Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü, Uluslararası Para Fonu ve Avrupa Birliği gibi küresel kurumların sağlık reformlarındaki belirleyiciliğini analiz eden çalışmalar önemli bir yer tutmaktadır. Bu kurumların gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini kapitalist birikimin ihtiyaçları yönünde nasıl dönüştürüldüklerini ele alan yazından[3] araştırmada önemli ölçüde yararlanılmıştır. Bununla birlikte sağlık sistemlerindeki dönüşümün sadece dışsal dinamiklerin kontrolünde gerçekleştiği gibi tek yönlü bir bakış açısından uzak durulmuştur.

Sosyal ve sağlık bilimleri alanındaki ulusal yazında doğrudan Kamu Hastane Birlikleri ile ilgili çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Kuramsal düzeyde yapılmış çalışmaların önemli bir kısmında[4] 663 Sayılı KHK ve sonrasındaki yasal düzenlemelere odaklanılmış Sağlık Bakanlığı ve kamu hastanelerindeki dönüşümün analizi, ilgili yasa metinleri, Sağlık Bakanlığı verileri ve politika belgeleri üzerinden yapılmıştır. Kamu hastane birlikleri politikasına kaynaklık eden yeni kamu

[3] Örnek çalışmalar için bkz. Armada, F., Muntaner, C.,ve Navarro, V. (2001). Health and Social Security Reforms in Latin America: The Convergence of the World Health Organization, The World Bank and Transnational Corparations. *International Journal of Health Services*, 31(4), 729-768; Lister, J., & Labonte, R. (2011). Küreselleşe ve Sağlık Sistemleri Değişimi. J. Lister, R. Labonte, R. Labonte, T. Schrecker, C. Packer, & V. Runnels (Dü) içinde, *Küreselleşme ve Sağlık, Süreç, Kanıtlar, Politika* (Çev. İ. Kayı, ve Y. Yasin). İstanbul: İNSEV Yayınları,vs. 200-233.; Price, D., Allyson, M. P., & Shaoul, J. (1999, November). How The World Trade Organisation is Shaping Domestic Policies in Health Care? *Lancet*, 354(9193), 1889-1892.; Ruger, J. P. (2005). The Changing Role of the World Bank in Global Health. *American Journal of Public Health*, 95(1), 60-70; Skala, N. (2009). The Potential Impact of The World Trade Organization's General Agreement on Trade in Services on Health System Reform and Regulation in The United States. *International Journal of Health Services*, 39(2), 363-387; Belek, İ. (2012). Dünya Bankası Projeleri/Kredileri: Emperyalizmin Türkiye Sağlık Sistemini Ele Geçirme Projesi. *Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları-2011 Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı* içinde Ankara: TTB Yayınları.

[4] Küçük, A. (2018). Public Hospital Reform in Turkey: The "Public Hospital Union" Case (2012-2017). *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(4), 971-984; Lamba ve diğ. (2014). Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53-78. Aktel ve diğ. (2013). Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı'nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz. *Sosyal Bilimler Dergisi*, XV(2).; Aydemir, İ. (2020). Sağlık Bakanlığı Örgütsel Yapısında Yaşanan Değişimler: 181, 663 ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler Ekseninde Yaşanan Bu Değişimlerin İrdelenmesi. *USAYSAD Dergisi*, 6(2), 350-365.

işletmeciliği söyleminin yeni yönetsel ve profesyonel öznellikleri teşvik etmesi temel bir ilkesi (Thomas ve Davies, 2005, s. 683) olmasına rağmen, sağlık kurumlarındaki yöneticiler ya da çalışanların deneyimlerini dikkate alan çalışmaların[5] sınırlı sayıda olduğu ve yapılan çalışmaların[6] çoğunlukla nicel araştırmalar olduğu gözlenmiştir. Araştırmanın konusuyla ilgili yapmış nitel araştırmalar arasında eleştirel söylem analizi kullanılması açısından bir ilk olduğu düşünülen bu araştırmanın, bu yönüyle sosyal bilim alanındaki yöntem tartışmaları ve veri analizi tekniklerine katkı sağlayacağı ve pozitivist araştırma geleneğinin hâkim olduğu kamu yönetimi alanında üretilen araştırmalara bir alternatif sağlayacağı düşünülmektedir. Denhart'ın ifade ettiği gibi kamu yönetiminde ana akım literatürün düzen ve düzenleme vurgusunun aksine kamu yönetiminde eleştirel bir yaklaşımın geliştirilmesi, çağdaş örgütsel yaşamı karakterize eden güç ve bağımlılık koşullarını ve önemli çatışma potansiyelini vurgulamaya hizmet eder. Bu tür bir yaklaşım, söylemsel düzeyde rekabet eden güçlerin bir sonucu olarak örgütsel değişimin diyalektik terimlerle yeniden kavramsallaştırılması ile örgütsel yaşamın daha dinamik bir anlayışına olanak sağlar (1981, s. 633). Son olarak araştırma bulgu ve sonuçlarının, kamu hastane birlikleri politikasının işleyiş süreci ve sonlandırılma nedenlerine dair derinlikli bir analiz sunarak, kamu yönetimi disiplini dışında sosyal politika, sosyoloji, sağlık yönetimi, işletme gibi farklı alanlarda çalışan araştırmacılar ve Sağlık Bakanlığı gibi kurumlardaki politika yapıcılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

[5] Bostan, S., ve Ağaç, G. (2019). Kamu Hastaneler Birliği Yapılanmasının Sağlık Hizmeti Sunum Süreçlerine Etkisinin Yönetici ve Çalışan Açısından Değerlendirilmesi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 7(1), 151-174.; Acar, K. O. (2018). Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı: Isparta İli Üzerinden Nitel Bir Analiz. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(3), 703-724.; Kırılmaz ve diğ. (2015). Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi,* 11(25), 91-113.

[6] Örnek çalışmalar için bkz. Filiz, M. (2017). Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Personellerinin Algısı (Sivas İli Örneği), Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı; Akın, H., (2015).Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastaneleri Birliği Sisteminde Yaşanan Yönetsel Sorunlar (Konya örneği), Beykent Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı; Tekeş, B. (2018). Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Yönetim Sisteminin Değerlendirmesi Van İli Örneği, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı; Memişoğlu, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği Yayımlanmamış Doktora Tezi. SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ABD.

4. ARAŞTIRMA YÖNTEM VE TEKNİKLERİ

4.1. Araştırmanın Katılımcıları

Nitel araştırmalarda genelleme amacı olmadığından evren ifadesine yer verilmemekte ve örneklem yerine katılımcı ifadesi kullanılmaktadır. Araştırmanın amacına uygun olarak temel önemdeki bir durum hakkında derinlemesine bilgi edinilmek istenildiği için (Patton, 2018, s. 230) araştırmanın katılımcılarının belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Diğer bir deyişle amaçlı örneklem yöntemi araştırma konusu hakkında yetkin ve bilgili kişi ya da grupların seçilmesidir. Araştırmanın katılımcılarının belirlenmesinde araştırmanın amacı, verilerin toplanma sürecine ilişkin zaman ve kaynak kısıtları dikkate alınmıştır. Batı Akdeniz Bölgesi'nde Antalya, Burdur ve Isparta il merkezlerinin kamu hastanelerinde görev yapan ve görüşme yapmayı kabul eden hastane yöneticileri araştırmanın katılımcıları olarak belirlenmiştir.[7] Hastane yöneticileri, kamu hastane birlikleri politikasının uygulayıcısı konumunda olmaları, araştırmanın konusuna ilişkin derinlemesine bilgi sağlayabilecek kişisel ve örgütsel kaynaklara sahip olmaları nedeniyle tercih edilmiştir.

4.2. Araştırmanın Ontolojik, Epistemolojik ve Metodolojik Dayanakları

Sosyal bilimlerde bir araştırma sürecinde araştırmacının konumunu belirleyen araştırma sürecinin dayandırıldığı felsefi yaklaşımlar genel olarak pozitivist yaklaşım, yorumsamacı/yorumlayıcı yaklaşım ve eleştirel yaklaşım olarak üç temel çerçevede tartışılmaktadır (Bal, 2014). Bu araştırma *eleştirel realist yaklaşım*[8] çerçevesinde *nitel araştırma deseni* kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Creswell'e göre nitel araştırma, sosyal ya da beşeri bir probleme bireylerin veya grupların atfettiği anlamları keşfetme veya anlamaya yönelik bir yaklaşımdır. Araştırma süreci soruların ve işlem basamaklarının geliştirilmesi, genellikle katılımcıların kendi ortamlarından veri

[7] Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde kesin kurallar yoktur ve araştırmanın amacı, bilmek istediğimiz şeyler, elimizdeki mevcut zaman ve kaynaklar örneklem ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde etkilidir (Patton, 2018, s. 244-245).

[8] Eleştirel Realizm, Hint-İngiliz filozof Roy Bhaskar tarafından Margaret Archer, Mervyn Hartwig, Tony Lawson, Alan Norrie ve Andrew Sayer gibi bir dizi İngiliz sosyal teorisyenle işbirliği içinde geliştirilen felsefi bir sistemdir (Gorski, 2013, s. 658).

toplanması, özel durumlardan genel temalara ulaşılarak tümevarımsal bir analiz yapılması ve araştırmacının verilerin anlamını yorumlama aşamalarını kapsamaktadır (2017, s. 4). Nitel araştırmalar araştırmacının sahip olduğu değerleri araştırmasına yansıttığı ve bunun bilinmesini sağladığı yöntemlerdir. Nitel araştırmada araştırmacı çalışmanın ve alandan elde ettiği bilgilerin değer yüklü doğasını kabul eder. Bu durum çalışmada araştırmacının "kendini konumlandırması" olarak ifade edilir. Creswell'in vurguladığı gibi bir araştırmacı araştırma sürecine başlarken benimsemiş olduğu "dünya görüşü"nü açığa çıkarmalıdır. Dünya görüşü, araştırmanın doğası ve dünyayla ilgili genel felsefi görüşleri yansıtır ve araştırmanın hangi yöntemle yapılacağı kararı açısından önemlidir (2017, s. 6; 2013, s. 20).

Eleştirel realizm, pozitivizm ve yapılandırmacılığa bilimsel bir alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Ancak eleştirel realizm ontoloji ve epistemolojisini oluşturmada her ikisinden de yararlanmaktadır. Eleştirel realizm, bir bilim felsefesi olarak araştırmalar için genel bir metedolojik çerçeve işlevi görür ancak belirli bir yöntem grubuyla ilişkili değildir. Eleştirel realizmin en önemli ilkelerinden biri ontolojinin (gerçekliğin doğası) epistemolojiye (yani gerçeklik bilgimize) indirgenemeyeceğidir. İnsan bilgisi daha derin bir gerçekliğin yalnızca küçük bir bölümünü yakalar. Bu yönüyle eleştirel realizm hem pozitivizmden hem de yapılandırmacılıktan ayrılmaktadır. Karşıt konumlarına rağmen gerçekliği gerçeklik bilgisine indirgeyen pozitivist ve yapılandırmacı yaklaşımların aksine eleştirel realizme göre dünya teori yüklüdür *(theory-ladden)* ancak teori tarafından belirlenmiş değildir (Sayer, 1992, s. 5).

Eleştirel realistler, süreçler/olayları ve yapıları farklı özelliklere sahip farklı sosyal gerçeklik katmanları olarak gören 'tabakalı ontoloji' yi kabul ederler. Bunlar deneysel *(emprical)*, fiili *(actual)* ve gerçek *(real)* düzeyleridir. Birincisi, deneyimlediğimiz olayların alanı olan deneysel düzeydir. Bu düzey deneyimler ve gözlenebilir olaylara karşılık gelir. Bu olaylara her zaman insan deneyimi ve yorumunun süzgeci aracılığıyla aracılık edilir. Bu sosyal fikirlerin, anlamların, kararların ve eylemlerin gerçekleştiği geçişli gerçeklik seviyesidir. Fiili düzey, orta seviye gerçek *(actual)* olandan oluşur. Bu seviyede, insan deneyiminin bir filtresi yoktur. Olaylar deneyimlenmese ya da gözlenmese de meydana gelir. Gerçek (*actual)*, herhangi bir basit veya doğrudan bir şekilde "gerçek"i *(real)* yansıtmaz. *Actual* düzey olayları etkilemek için belirli nedensel güçlerin ne ölçüde ve ne şekilde

etkinleştirildiği, olaylara neden olan farklı yapıların karmaşık etkileşimine bağlıdır. Son olarak, üçüncü seviye gerçek *(real)* düzeydir. Bu düzeyde nedensel yapılar veya "nedensel mekanizmalar" mevcuttur. Bunlar, olayları (yani deneysel düzeyde görünenleri) üretmek için nedensel güçler olarak hareket eden bir nesnenin veya yapının doğasında bulunan özelliklerdir. Bu düzeylerin tümü bir yapıyı oluşturur ve birbirini etkiler (Fairclough, 2005, s. 922; Fletcher, 2017, s. 182). Eleştirel realizmin gerçekliğe ilişkin bu yaklaşımı, onun ontolojisini pozitivist ve relativist yorumcu yaklaşımlardan ayırır.[9] Temel olarak eleştirel realist yaklaşım, algı ve yorumdan bağımsız maddi bir gerçekliğin varlığını kabul etmektedir (Ozan, 2001, s.10). Başka bir deyişle eleştirel realistler, maddi dünyaya dair anlayışımızın söylem tarafından şekillendirilebilirken, söylemin maddi dünyayı yaratmadığını, insan bilgisinden ve söylemden ayrı bir gerçekliğin olduğunu varsayarlar (Fairclough, 2005).

Araştırma verilerinin analizinde başvurulan Fairclough'un eleştirel söylem analizi yaklaşımı eleştirel realist ontolojiye dayanmaktadır.[10] Eleştirel realist yaklaşım, faillik ve yapı arasındaki ilişkiyi iki ayrı olgu olarak ele alır. Toplumsal yapılar herhangi bir eylemin önkoşuludur o nedenle bireye indirgenemez. Diğer yandan toplumsal yapılar eylemleri mümkün kılarken aynı zamanda hangi eylemlerin mümkün olduğunu belirlemesi açısından kısıtlayıcıdır (Danemark ve diğ., 2003, s. 292). Failin yaratıcılığı toplumsal mücadelelerle sürekli olarak söylem düzenini yıkma potansiyeline sahiptir ancak bu yaratıcılık belirli toplumsal koşullara bağlıdır. Diğer bir deyişle toplumsal/bireysel, belirlenmiş/yaratıcı eylemler paradoksal olarak birbirine karşıt değil toplumsal sabitlenme ve dönüşüme ilişkin diyalektik bir sürecin yüzlerini oluşturmaktadır (Fairclough, 1989, s. 172). Bu bağlamda metin üreticileri olarak hastane yöneticileri toplumsal olarak belirlenmiş ama aynı zamanda aktif, yaratıcı sosyal faillerdir. Kamu sağlık hizmetleri alanındaki söylem düzenlerinin yeniden yapılandırılması sosyal failler olarak hastane yöneticilerinin bireysel

[9] Pozitivist anlayışta gerçeklik birbirinden ayrı, atomistik ve gözlenebilir olaylardan oluşurken eleştirel realizmde gerçeklik, nedensel güçlere sahip gözlenemeyen mekanizmaları ve süreçleri kapsar. Eleştirel realist yaklaşımın gerçeklik tanımı algı, bilgi, söylemsel pratik ve yorumdan bağımsız bir gerçekliğin varlığını yadsıyan relativist yorumcu yaklaşımlardan da ayrılmaktadır (Ozan, 2001, s.10)

[10] Fairclough, *Discourse Analysis in Organization Studies: The Case for Critical Realism* adlı çalışmasında, eleştirel gerçekçi sosyal ontolojiye dayanan ESA uygulamalarının, örgüt çalışmalarında özellikle örgütsel değişimin araştırılmasında potansiyel olarak özel bir değere sahip olduğunu vurgulamaktadır (2005: 916). Ayrıca bkz. Fairclough, N., Jessop, B., ve Sayer, A. (2002). *Critical Realism and Semiosis*. Alethia, 5(1), 2-10.

yaratıcılığından etkilenmekle birlikte, söylem düzenlerinin nasıl yapılandırıldığı ve zaman içindeki değişimi temel olarak toplumsal kurum ve toplumdaki değişen güç ve iktidar ilişkileri tarafından belirlenmektedir (Fairclough, 1989, s. 32).

4.3. Veri Toplama ve Analiz Teknikleri

Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında açık uçlu sorulardan oluşan yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Görüşmenin başarısı, araştırmacının araştırma sorusu için önemli olduğu düşünülen alanları kapsayan yapılandırılmış bir konu kılavuzu aracılığıyla görüşmenin genel kontrolünü koruması ve katılımcının kendi anlatılarını geliştirmesine izin verilmesine bağlıdır (Carter ve Henderson, 2005, s. 219). Görüşme formunda katılımcının sosyo demografik, mesleki ve yönetsel bilgilerinin sorulduğu bir bölüme yer verilmiştir. Görüşme sorularının basit ve açık olmasına, katılımcının anlam çerçevesini ortaya çıkarmak için önemli olduğu düşünülen konuların genişletilerek sorulmasına dikkat edilmiştir. Nitel araştırmalarda veri toplama sürecinin önemli koşullarından biri araştırmacının görüşme konusu ile ilgili olarak katılımcılar tarafından tarafsız olarak algılanmasıdır (Fitzpatrick ve Boulton, 1994, s. 108). Bu nedenle görüşme soruları hazırlanırken araştırmacının ve katılımcıların ideolojik eğilimlerini doğrudan ortaya koymayı amaçlayan yönlendirici, yargılayıcı ifadelerden kaçınılarak, katılımcıların bakış açılarını ve düşüncelerini rahatça ifade edebilmesi amaçlanmıştır. Görüşmeler katılımcıların iş yerlerinde ve mesai saatlerinde gerçekleştirilmiş ve görüşme öncesinde yöneticilerden randevu alınarak görüşme saatleri belirlenmiştir. Görüşmelerin iş yerlerinde yapılması yöneticilere kolay ulaşılabilmesi, çalışma ortamı ve ilişkilerinin gözlemlenebilmesi açısından yararlı olmuştur. Ancak bazı yöneticilerin iş yoğunlukları nedeniyle görüşmeyi kısa tutmak istemesi, görüşme saatlerini ertelemeleri gibi nedenler görüşmelerin sık sık bölünmesine neden olmuştur. Katılımcıların güvenini sağlamak ve etik ilkeler gereği katılımcılara çalışmanın amacı, görüşmelerin nasıl yürütüleceği ve kimliklerinin güvenliği konusunda ayrıntılı açıklamalar yapılmıştır. Ayrıca, katılımcıların araştırmanın konusu açısından bilgi, deneyim ve görüşlerinin değerli olduğu ve araştırma sonuçlarına önemli katkılar yapabilecekleri (Merriam, 2018, s. 102) vurgulanarak görüşme talebinin kabul edilmesi için çaba harcanmıştır.

Görüşmelere bir sohbet ortamı oluşturmak amacıyla yöneticilerin sosyo-demografik, yönetsel ve mesleki özelliklerine ilişkin sorularla başlanmıştır. Bu şekilde katılımcının ilgisi çekilerek ve konuya uyumu sağlanmaya çalışılarak araştırma sorularıyla görüşmeye devam edilmiştir. Görüşme esnasında araştırma sorularının tam olarak aynı şekilde ve sırada sorulması yerine görüşmenin akışına göre belirli bir esneklik içinde ve soruların önemli alanlarını kapsayacak ve bağlantı kurulmasını kolaylaştıracak şekilde sorulmasına dikkat edilmiştir. Katılımcıdan daha ayrıntılı bilgi alınmak istendiğinde ek sondaj sorularına başvurularak görüşmenin derinliği artırılmıştır. Veri toplama sürecinde görüşme tekniği yanında görüşme saatleri dışında kurumda zaman geçirilerek diğer çalışanlarla iletişim kurulmuş ve kurumun işleyişi ve ilişkilere dair gözlem yapılarak notlar alınmıştır. Yapılan görüşmelerin kayıt altına alınması, izin veren katılımcılarda ses kayıt cihazının kullanılması ve not alma şeklinde gerçekleştirilmiştir. Kayıt cihazına izin vermeyen katılımcılarda sadece not alma yolu tercih edilmiştir. Görüşmelerin her biri yaklaşık 20-120 dk arasında sürmüştür.

Verilerin Analizi

Araştırmada hastane yöneticileri ile yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin analizi 'Eleştirel Söylem Analizi" (ESA) *(Critical Discourse Analysis, CDA)* ile yapılmıştır. Eleştirel söylem analizi, toplumsal sorunları, iktidar ilişkilerinin karakterini ortaya çıkarmaya odaklanan bir çözümleme yöntemidir. Metin ve toplum arasındaki bağ, makro olanla mikro olan arasındaki bağdır. Eleştirel söylem analizi bir yandan sosyal ve kültürel yapılar ve süreçler arasında öte yandan metinler arasında bağlantılar kuran, eleştirel okuma, sistematik metedoloji ve bağlamın araştırılmasını içeren yorumlayıcı ve açıklayıcı bir yaklaşımdır (Sözen, 1999, s. 143-147). Eleştirel söylem analizi (ESA), sosyal bilimlerdeki eleştirel geleneği söylemi de içerecek şekilde genişleterek söylem ve söylem ile ilgili güç, ideoloji, kurumlar, sosyal kimlikler gibi diğer sosyal unsurlar arasındaki ilişkilere odaklanmaktadır. Bu yönüyle eleştirel söylem analizi, sosyoekonomik sistemlerin baskınlık, sömürü ve insandışılaştırma üzerine kurulduğunu bununla birlikte bu sistemlerin içindeki çelişkilerin bu yapıları ilerlemeci ve özgürlükçü yönde dönüştürme potansiyeline sahip olduğunu gösteren eleştirel sosyal bilim alanıyla aynı ilgi alanını paylaşmaktadır.

Eleştirel dil bilim ve ESA'nın gelişiminde özellikle yirminci yüzyıl "Batı Marksizmi" nin önemli etkileri olmuştur (Fairclough ve Graham, 2003, s. 188).[11]

Eleştirel söylem analizi yaklaşımı olarak alanın önemli isimlerinden biri olan Fairclough'un diyalektik-ilişkisel[12] yaklaşımı temel alınmıştır. Bu yaklaşımda söylemin sosyal olarak oluşturulmuş ve kurucu özelliklerinin analizi dilbilimsel analize göre daha fazla öne çıkarılmaktadır.[13] 'Eleştirel' kelimesi ESA'daki kilit kavramlardan biridir. Kavram, zaman içinde söylemin ortak, kabul edilebilir ve doğal özellikleri olarak kabul edilmeye başlayan ideolojik temellerini çözme ihtiyacına işaret eder. Başka bir deyişle ideoloji, ortak inanç hatta 'sağduyu' haline gelir. 'Eleştirel" bir analiz bu tür doğallaştırmaları aydınlatmaya ve katılımcılar için anlaşılmaz olan söylemin etkilerini ve toplumsal belirlenimlerini netleştirmemize olanak sağlar. ESA'daki 'eleştirel' kelimesi aynı zamanda salt betimleyici hedefler güden söylem analizi yöntemlerinden farklılaşmaya işaret etmektedir. Eleştirel söylem analizinde, söylemin toplumu şekillendirdiği aynı zamanda söylemin de toplum tarafından şekillendirildiği kabul edilmektedir. Bu nedenle söylem ve toplumsal süreçler arasındaki diyalektik ilişkide toplumsal güçlerin oynadığı hayati rolün tanınması önemli hale gelmektedir. Fairclough ve diğer eleştirel söylem analistlerine göre söylem yalnızca toplumsal süreçlerin bir ürünü ya da yansıması değil aynı zamanda bu süreçlerin üretimi ya da yeniden üretilmesine katkıda bulunmaktadır (Teo, 2000, s. 11-12). Dolayısıyla eleştirel söylem analizi yaklaşımıyla hangi toplumsal ve ideolojik koşulların bu söylem pratiklerine yol açtığını ve bu sosyal pratiklerin dönüşümü için temel öneren açıklayıcı bir eleştiriye ulaşılması amaçlanmaktadır. Söylem, toplumsal

[11] Eleştirel söylem analizi, 1960'ların baskın biçimsel paradigmalarına karşı bir tepki olarak özellikle İngiltere ve Avusturalya'da ortaya çıkan 'eleştirel dilbilimde' 1970'lerin sonunda bulunan söylemlere yönelik bir yaklaşımdır. Eleştirel dilbilimciler, dilin metin veya söylem olarak analizine odaklanmakta ve analitik yaklaşımlarını esas olarak Halliday'in (1978, 1985) sistemik / işlevsel gramer temeline dayandırmaktadırlar. Daha geniş bir perspektiften, ESA'nın genel hatlarının Aristoteles'e, Aydınlanma filozoflarına, Marx'a ve daha yakın zamanda Frankfurt Okulu filozoflarına kadar uzandığı söylenebilir. Benzer şekilde, başka bir etki çizgisi de Althusser (1971), Foucault (1980) ile birlikte dil ve iletişime yönelik feminist yaklaşımlara kadar uzanmaktadır (Alba-Juez, 2009, s. 236).

[12] Fairclough'un diyalektik-ilişkisel yaklaşımı konusunda ayrıntılı bilgi için bkz. Fairclough, (2013), *Critical Discourse Analysis and Critical Policy Studies,* Fairclough, (2009), *A Dialectical- Relation Approach to Critical Discourse Analysis in Social Research.*.

[13] Bunun anlamı, metinlerin incelenmesinin yalnızca soyut sözlüksel-dilbilgisel olarak değil, daha geniş sosyal dünyanın yeniden üretilmesinde veya yeniden biçimlendirilmesinde anahtar bir aracın analizi olduğudur. Bu, özellikle politik bağlamlarda üretilen metinler için geçerlidir - konuşmalar, politika belgeleri, raporlar vb. - çünkü bunlar genellikle, açık bir şekilde değişim yaratma amacı ile belirli bir bakış açısının hegemonyasını sağlamayı amaçlar (Rear, 2013, s.15).

mücadelenin bir unsuru olarak ele alındığı için eleştirel söylem analizinin dönüşüm önerisi, yalnızca toplumsal yaşamdaki söylemin "olumsuz" eleştirisiyle değil aynı zamanda daha "pozitif" bir analize ulaşmak için yeni ve dirençli söylem biçimlerinin keşfiyle ilgilidir (Fairclough, 2001, s. 25).

Araştırma verilerinin analizinde kullanılan Fairlough'un diyalektik-ilişkisel eleştirel söylem analizi yaklaşımına ilişkin ana kavramsal kategorilerin tanımlanması ve bunlar arasındaki ilişkilerin açıklanmasında fayda vardır. Fairclough'a göre, sosyal yaşam, sosyal gerçekliğin üç düzeyi arasındaki etkileşim olarak kavramsallaştırılabilir ve analiz edilebilir. Bunlar sosyal yapılar, sosyal pratikler ve sosyal olaylardır. **Sosyal olaylar**, olan şeylerin somut bireysel örnekleridir, insanların belirli şekillerde davranması, hareket etmesi gibi. **Sosyal yapılar,** bu üçünün en soyut olanıdır. Sosyal olayların ve pratiklerin açıklanabilmesi nedensel güçler olarak öne sürülen yapılar, sistemler ve mekanizmalara işaret eder. Örneğin, kapitalizm gibi genel ve soyut sosyal yapılar ile belirli ve somut sosyal olaylar arasındaki dolaylı ilişkiye sosyal pratikler **aracılık**[14] *(mediation)* etmektedir. **Sosyal pratikler**, insanların dünyada birlikte hareket etmek için kullandıkları maddi veya sembolik kaynakların belirli zamanlara ve yerlere bağlı alışkanlık haline getirilmiş yollarıdır (Chouliaraki ve Fairclough, 1999, s. 21). Sosyal pratikler, farklı ve değişken şekillerde birbiri ile bağlantılıdır. Sosyal alanlar, kurumlar ve örgütler sosyal pratiklerin ağlarıdır ve her sosyal pratik göstergebilimsel *(semiotic)* özelliklere sahiptir. Tüm ***sosyal pratikler*** *özneler, onların sosyal ilişkileri, sosyal kimlikler, etkinlikler, araçlar, nesneler, zaman ve uzam, bilinç yapıları, değerler ve söylem ögelerinden oluşur.* Bu ögeler birbirinden farklıdır ancak tam olarak ayrışmış değildir. Farklı ögeler birbirine indirgenmeden diğer ögelerce "içselleştirilir" ve bunlar biribiri ile diyalektik bir ilişki içindedir (Fairclough, 2003, s. 173; Fairclough, 2005, s. 922). Özgün biçimde ağbağlantırılmış sosyal pratikler toplumsal bir düzen (ör. neoliberal küresel düzen) oluşturur. Toplumsal düzenin söylemsel/göstergesel yönü, **söylem düzeni *(order of discourse)*** olarak adlandırılır ve söylemsel farklılıkların toplumsal yapılanımına işaret eder (Fairclough, 2003, s.175;

[14]Eleştirel realist yaklaşım, yapılar, süreçler ve olaylar arasındaki ilişkilerin ele alınması için aracı varlıkların gerekli olduğunu savunur. Fairclough, yapılar ve sosyal olaylar arasındaki ilişkilere "sosyal pratiklerin" aracılık ettiği iddiasıyla eleştirel gerçekçiliğin ontolojisindeki "tabakalandırılmış" sosyal gerçeklik görüşünü benimsediğini belirtmektedir. Fairclough'un yaklaşımında bu arabulucu varlıklar belirli bir yer ve zamanda sosyal yaşamın belirli anlarında gerçekleşen "sosyal pratikler" dir (2005, s. 923-925).

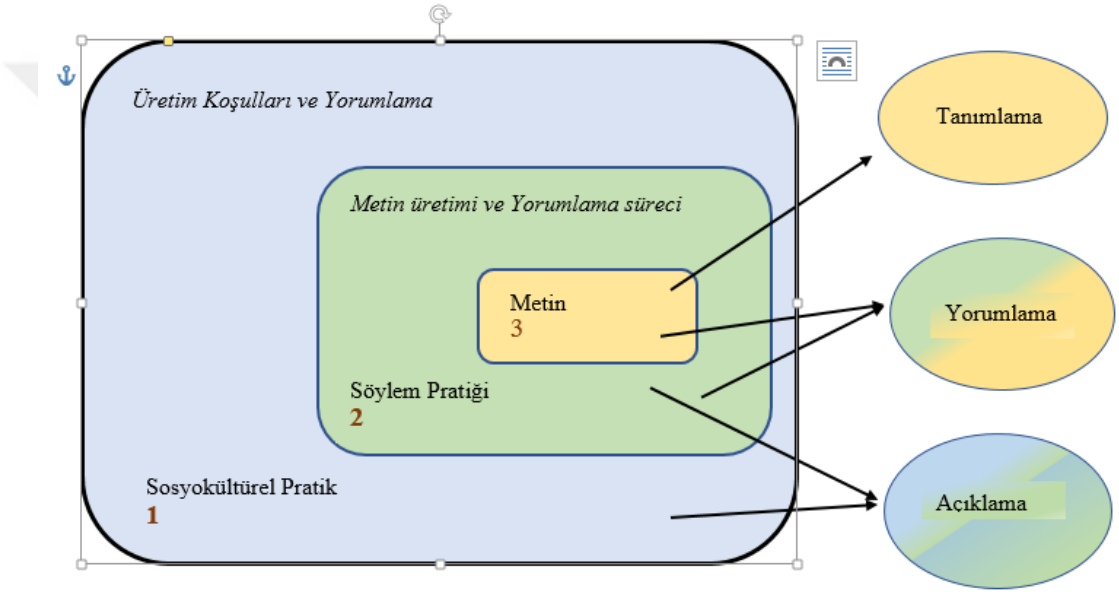
Fairclough, 2005, s. 925). Söylem düzenlerinin yapılandırılma biçimi ve bunların cisimleştirdiği ideolojiler, belirli sosyal kurumlardaki ve bir bütün olarak toplumdaki iktidar ilişkileri tarafından belirlenir (Fairclough, 1989, s. 32). Bu nedenle içinde yaşadığımız toplumsal yapı ve kurumların özellikleri eleştirel söylem analizi için önemlidir.

Eleştirel söylem analizi, göstergebilimi (semiyozu), söylem olarak analiz eder yani semiyozu toplumsalın sadece bir unsuru olarak görür. Göstergebilimin sosyal pratikler ve sosyal olayların diğer öğeleriyle ilişki kurmasının üç ana yolu vardır: eylemin bir yönü olarak, dünyanın yönlerinin yorumunda (temsilinde) ve kimliklerin oluşumunda. Ve bunlara karşılık gelen üç göstergebilimsel (söylem-analitik) kategori vardır: **tür, söylem ve tarz.** Türler, iş görüşmeleri, gazete yazıları, reklamlar gibi göstergebilimsel hareket etme ve etkileşim biçimleridir. **Söylemler**[15]**,** genellikle farklı sosyal aktör gruplarının farklı pozisyonları veya bakış açıları ile tanımlanabilen, dünyanın (fiziksel, sosyal veya zihinsel) yönlerini yorumlamanın semiyotik yollarıdır. Örneğin, yoksul insanların yaşamları yalnızca farklı sosyal alanlarla (siyaset, tıp, sosyal refah, sosyoloji) ilişkili farklı söylemlerle değil aynı zamanda her birinde konum ve perspektif farklılıklarına karşılık gelen farklı söylemlerle yorumlanır. **Tarzlar,** kimlikler veya "varoluş yolları"nı tanımlamaktadır. Örneğin yönetici *(manager)* olmak kısmen belirli göstergebilim özelliklerin geliştirilmesiyle ilgilidir (Fairclough, 2001, s. 25).

Eleştirel söylem analizinde veri seçimi veya analiz düzeyinin katı ve birbirini izleyen açıklamalardan oluşan metodolojik protokollerle sınırlanması önerilmez. Başka bir deyişle ESA, disiplinlerarası eleştirel sosyalbilim araştırmalarında söyleme odaklanmayı sağlayan bir kaynak ve söylemsel bir "giriş noktası" olarak kabul edilmektedir (Chouliaraki ve Fairclough, 2010, s.1217; Fairclough, 2009, s. 9). Fairclough'un yaklaşımı, söylemin birbiriyle ilişkili üç boyut ve birbiriyle ilişkili analiz süreçlerinden oluşmaktadır. Fairclough'a göre bu boyutların her biri farklı türde bir analiz gerektirir: 1. Metin analizi *(tanımlama, description);* 2. Yorumlama

[15] Söylem *(discourse*), (1) sosyal yaşamın bir unsuru olarak anlam oluşturma, (2) belirli bir sosyal alan veya pratik ile ilişkili dil (örneğin, siyasi söylem) ve (3) dünyanın belirli bir sosyal perspektifle ilişkili yönlerini (örneğin, 'neoliberal küreselleşme söylemi') bir yorumlama yolu gibi çeşitli anlamlarda kullanılmaktadır (Fairclough, 2013, s.180).

(interpretetion); 3. Sosyo-kültürel analiz *(açıklama, explanation).* Analiz sıralaması her zaman düzenli ve doğrusal olmak zorunda değildir. Fairclough, yönteminin eşzamanlılığını üç farklı analiz türünü birbirinin içine yerleştiren bir modelle göstermektedir (Bkz. Şekil 1). Bu model analize birden çok giriş noktası sağlamaktadır. Hepsi dâhil edildikleri ve karşılıklı olarak açıklayıcı oldukları sürece araştırmacının hangi tür analizle başladığının önemi yoktur. Ancak, analiz bir aşamadan diğerine geçerken değişmekte, özellikle *tanımlama* aşamasındaki analiz *yorumlama* ve *açıklama* aşamalarındaki analizden farklılaşmaktadır (Fairclough, 1989, s. 27).



Şekil 1. Fairclough'un Eleştirel Söylem Analizinin Boyutları

Kaynak: Fairclough, Language and Discourse, 1989, s. 25'den uyarlanmıştır.

Şekil 1'de Fairclough'un üç boyutlu söylem anlayışı ve buna uygun üç boyutlu söylem analizi yöntemi gösterilmektedir. Söylem ve söylemsel pratiğin herhangi bir özel örneği eşzamanlı olarak (i) sözlü veya yazılı bir dil metni, (ii) söylem pratiği (metin üretimi ve metin yorumu), (iii) sosyokültürel pratik olarak görülür. Analizde sosyokültürel pratik ile metin arasındaki bağlantıya söylem pratikleri aracılık etmektedir. Bir metnin, nasıl üretildiği veya yorumlandığı yani hangi söylem düzen(ler)inden hangi söylemsel pratiklerin ve uzlaşımların çıkarıldığı ve bunların birlikte nasıl eklemlendiği söylemin parçası olduğu sosyokültürel pratiğin doğasına bağlıdır. Bu *metinler, etkileşimler ve bağlamlar* arasındaki ilişkinin analizi demektir.

Kutuların iç içe olması bu boyutların karşılıklı bağımlılığını ve farklı analiz türleri arasında ileri ve geri hareket edilebilmesini vurgular. Söylemin bu üç boyutuna karşılık gelen eleştirel söylem analizinin üç boyutu şöyledir (Fairclough, 1989; Fairclough, 1992; Fairclough 1999);

• **Tanımlama *(Description),*** ESA, *metinleri* maddi üretimin ve toplumsal yaşamın yeniden üretiminin bir anı (momenti) olarak ele alır ve metinlerdeki "çalışmayı" maddeci toplumsal eleştirinin odağı olarak çözümler (Fairclough ve Graham, 2003, s. 189). Tanımlama aşamasında metnin dilbilimsel özelliklerine odaklanılır. Kelimeler, anahtar kelimeler, ifadeler, meteforlar, sistematik olarak analiz edilmelidir.

• **Yorumlama *(Interpratation),*** metin ve etkileşim arasındaki ilişkiyle ilgilidir. Metin bu aşamada bir üretim sürecinin ürünü ve yorumlama sürecinde bir kaynak olarak ele alınmaktadır. Söyleme söylemsel pratik olarak yaklaşmak metinlerdeki eylemlere, tutarlılığa ve metinlerarasılığa dikkat edilmesi gerektiği anlamına gelir. Yorumlama aşaması, katılımcılar için genel olarak neyin örtük olduğunun açıklığa kavuşturulmasıdır. Ancak yorumlama aşaması, iktidar ve tahakküm ilişkilerini ve bu varsayımların içine inşa edilen ve sıradan söylem pratiğini bir toplumsal mücadele alanı haline getiren ideolojileri tek başına açıklayamaz. Bunun için açıklama *(explanation)* aşamasına ihtiyaç vardır.

• **Açıklama *(Explanation)*** aşamasının amacı, bir söylemi sosyal bir sürecin parçası olarak, sosyal bir pratik olarak tasvir etmek, onun sosyal yapılar tarafından nasıl belirlendiğini ve söylemlerin bu yapıların yeniden üretiminde, sürdürülmesinde veya değiştirilmesinde ne tür etkileri olabileceğinin gösterilmesidir. Açıklama aşaması, söylemin işlediği ideolojik etkiler ve hegemonik süreçlere işaret eder. Bu süreçleri yöneten sosyo-tarihsel koşullardır. Rıza yoluyla sınıfları ve grupları bütünleştirerek elde edilen iktidar olarak hegemonya[16] başka bir deyişle söylem düzenlerinin eklemlenmesi ve yeniden ifade edilmesidir. Söylemin yeniden ifade edilmesi, yeni

[16] Fairclough, hegemonya kavramını Gramsciyen bir bakış açısıyla ele almaktadır. Gramsci, toplumdaki egemen sınıfların, güç ve zenginliğin eşitsiz dağılımı karşısında toplumsal rızanın üretilmesi için toplumdaki egemen sınıfların üstyapı içindeki söylemsel süreçleri kullandığını belirtir. Hegemonya kavramını bu söylemsel bilinç ve kimlik inşasını tanımlamak için kullanır. Hegemonya kavramı, nihai olarak temel insanların çıkarları ve sınıfının belirleyicisi olsa bile, üstyapının, toplumsal gerçekliğin kendisinin yaratılmasına katkıda bulunabileceği için, maddi gerçekliğin basit bir yansımasından daha fazlası olduğunu ima eder (Rear, 2013, s.4).

söylem sınırlarının ortaya çıkışına, normatiflik mücadelelerine, kontrol girişimlerine ve iktidara karşı direnişe ışık tutmaktadır.

5. ARAŞTIRMACININ KONUMU, DENEYİMLERİ, SINIRLILIKLAR, KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR VE DESTEKLER

2011 yılında kamu hastanelerinin "idari ve mali özerk kurumlar" haline getirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra örgütlenmesinde önemli bir dönüşüme işaret eden reform gündeminin hız kazanması bu araştırmanın konusu ve saha çalışmasının şekillenmesinde belirleyici olmuştur. Danışman hocam ve tez izleme komitesindeki hocalarımın önerileriye 2012 yılı Haziran ayında araştırmanın saha çalışması planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'ında yeni yapılanmaya geçişin hemen öncesine karşılık gelen bu zaman dilimi, hastane yöneticilerinin yeni yapılanmaya ilişkin beklenti ve görüşlerinin değerlendirilebilmesi için önemli bir fırsat olarak görülmüştür. Bu nedenle araştırmanın yürütülmesine ilişkin izinlerin bir an önce alınarak saha çalışmasının tamamlanması hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı'na gönderilen araştırma izin onayının beklenmesi, kamu hastane birlikleri faaliyete geçmeden önce görüşmelere başlanmak istenmesi araştırma sahasının seçiminde belirleyici olmuştur. Araştırma sahasına ulaşım, maliyet, görüşme taleplerinin kabul ya da red edilmesine ilişkin olasılıklar da göz önüne alınarak Burdur, Isparta ve Antalya illerini içine alan Batı Akdeniz Bölgesi araştırma sahası olarak seçilmiştir. Araştırmanın başlangıcında veri toplama süreci tüm yöneticilere anket uygulanması ve kabul eden yöneticilerle görüşmeler yapılması şeklinde planlanmıştır. Araştırmanın saha sürecinde yöneticilerin iş yoğunlukları, sıklıkla yapılan anket çalışmalarının yarattığı bıkkınlık gibi nedenlerle yöneticilerin anketleri yanıtlamaya isteksiz yaklaştıkları ve anketlerin kendilerine bırakılması istenerek daha sonra yanıtlamak istedikleri gözlenmiştir. Bu sınırlılıklar çerçevesinde anketi yanıtlamak isteyen yöneticilere anket uygulanmış, görüşme talebini kabul eden katılımcılarla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin analiz aşamasına gelindiğinde, yöneticilerle yapılan yarı yapılandırılmış görüşme verilerinin, araştırmanın amacını karşılamaya yönelik bir analiz için daha uygun ve yeterli olduğuna karar verilerek anket yoluyla toplanan veriler analize dâhil edilmemiştir. Araştırmada, hastane yöneticileri ile süreleri 20-120 dk arasında değişen toplam 43 yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiştir.

Görüşme sayısının yüksek olması, görüşmelerin transkripsiyon sürecinin zorlayıcı ve uzun zaman almasına neden olmuştur.

Araştırmanın saha sürecinin yürütülmesi sırasında yöneticilerin görüşme taleplerine isteksiz ve tedirgin bir tutumla yaklaşmaları yaşanan önemli zorluklardan biri olmuştur. Yöneticilerin, hastanelerin yeniden yapılanma sürecinin henüz netlik kazanmaması, yöneticilerin kendi konumlarıyla ilgili belirsizlik hissetmeleri ve çalıştıkları kurumlarda yeni yapılanmaya ilişkin dolaşan söylentiler, medyaya yansıyan haberler vb. nedenlerle tedirginlik yaşadıkları gözlenmiştir. Görüşmeyi kabul eden yöneticiler ise görüşmenin içeriği, amacı, kimliklerinin güvenliği konusunda araştırmacıya sık sık sorular yöneltmişler, bu bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı konusunda ayrıntılı bilgi edinmek istemişlerdir. Yöneticilere kimliklerinin güvenliğinin nasıl sağlanacağı, araştırmanın amacı ve içeriği açıklanarak bu zorluk aşılmaya çalışılmıştır. Görüşmeler, yöneticilerin çalışma rutinlerini aksatmayacak şekilde randevu alınarak gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte, görüşme randevuların ertelenmesi ya da o saatte katılımcının uygun olmaması gibi nedenlerle süreç sık sık kesintiye uğraması yaşanılan diğer bir güçlük olmuştur.

Araştırmacının kimliği ve konumu, söylem analizi araştırmalarında çeşitli açılardan önemli hale gelmektedir. Araştırmacının araştırma sürecini hem etkilediğini hem de ondan etkilendiğinin kabul edilmesi, nitel araştırmaların düşünümsellik *(reflexivity)* özelliği ile ilgilidir. Araştırmacının soruları, katılımcıların yanıtları ve bu etkileşimde oluşturulan anlam, araştırma sürecindeki kişilerin geçmişi ve önceki deneyimlerinden etkilenmektedir (Tolley ve diğ., 2016, s. 13). Diğer bir deyişle araştırmacılar ortak deneyimler, eğitim, meslek, kullanılan dil, cinsiyet gibi özellikleriyle görüşme ortamı ve metinlerin üretilmesine dâhil olmaktadır (Thomas ve Davies, 2005). Araştırmacının lise ve lisans eğitimini hemşirelik alanında tamamlaması, 7 yıl hemşirelik yapması, yüksek lisans tezini sağlık kurumlarında yürütmesi ve halen hemşire akademisyen olarak çalışmaya devam etmesi katılımcılarla ortak bir dil ve deneyim alanını genişleten özellikler olmuştur. Bu ortak alanın genişliği ve sağladığı olanaklar görüşme randevuların alınması, görüşmelerde daha kolay iletişim kurulabilmesi ve verilerin analizi ve yorumlanması sürecinde araştırmacıya avantaj ve kolaylık sağlamıştır. Özellikle hemşire yöneticilerle yapılan

görüşmelerde araştırmacının mesleki kimliği, görüşme talebinin kabul edilmesinde etkili olmuştur.

Araştırma konusunun belirlenmesi, saha çalışmasının planlanması ve gerçekleştirilmesi hedeflenen süreler içinde tamamlanmış olmasına karşın, araştırmanın raporlama sürecinin tamamlanması ve son halini alması oldukça uzun bir zamana yayılmıştır. Bu sürecin uzamasında araştırmacının özel hayatındaki değişimlerin etkisi büyük olmuştur. Araştırmacının evlilik ve ardından çocuk sahibi olmasıyla yeni roller ve sorumluluklar üstlenmesi, önceliklerini değiştirerek tez çalışması için gerekli zamanı ayırılmasını zorlaştırmıştır. Diğer yandan, çalışma hayatındaki mesleki rolünün gerektirdiği sorumlulukların fazla olması ve çalışma zamanlarının planlanması konusunda zaman zaman işyerinden yeterli desteğin alınamadığı durumlar süreci aksatan diğer bir faktör olmuştur. Tüm bunlara ek olarak, pandemi sürecinin getirdiği sınırlamalar herkesi olduğu gibi araştırmacıyı da olumsuz etkilemiş, sürecin getirdiği yaşamsal endişe, korku ve belirsizlikler nedeniyle öğrenim süresine bir dönem kayıt dondurularak ara verilmiştir. Araştırmanın sonuçlandırılmasına kadar geçen bu uzun zaman diliminde Türkiye'de sağlık hizmetleri alanına ilişkin dönüşüm süreci devam etmiş, araştırmaya konu olan KHB yapılanmasına 2017 yılında son verilmiştir. Bu süreçteki değişimler ve bu değişimlere ilişkin değerlendirmeler araştırmanın kuramsal ve bulguların analizine dâhil edilmiştir. Son olarak, araştırma sonucunda ulaşılan analiz, sonuç ve yorumların genellenmesinin mümkün olmadığı, araştırmacının yöntemi uygulama becerisi ve katılımcıların deneyim, algı ve görüşleriyle sınırlı olduğu kabul edilmektedir.

2. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN KAVRAMSAL VE KURAMSAL TEMELLERİ

1. ARAŞTIRMANIN TEMEL KAVRAMLARI

1.1. Yönetim

Türkçe'de "yönetim" kavramı, batı dillerindeki[17] "*administration*" ve "*management"* terimlerinin her ikisini de karşılayacak şekilde kullanılmaktadır (Güler, 2010, s. 20-21). *Administration* daha çok önceden belirlenmiş kural ve süreçlerin görev, yetki ve sorumluluklar çerçevesinde uygulanması ile ilgiliyken "*management*" görev ve faaliyetlerin ortak bir amacın etkin ve etkili olarak gerçekleştirilecek şekilde yürütülmesini ifade etmektedir. Bu bağlamda, "*administration*" daha spesifik ve özellikle de kamu sektöründeki yaygın olan faaliyetler için geçerli bir kavram iken, "*management*" daha genel nitelikte *(generic)* ve ağırlıklı olarak özel sektör faaliyetleri için kullanılan bir kavramdır (Ömürgönülşen, 2003, s. 4). Temel anlam farklılığı "hizmet etmek" ile "sonuçları kontrol etmek ya da sonuçları sahiplenmek" arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır (Hughes, 2014, s. 27).

Kamu yönetimi sözlüğünde yönetim kavramı, uygun bir ortamda, bir gruba bağlı kişilerin davranışlarını etkileyerek, onların çabalarının ortak bir amaç doğrultusunda istenen sonuçları elde edebilecek biçimde yönlendirilmesi süreci; bir işi çekip çevirmek, bir topluluğun başında bulunmak; bir kurumu yöneten kimseler anlamlarında kullanılmaktadır (Bozkurt ve Ergun, 2008, s. 265).

---

[17] Yönetim sözcüğünün Latince kaynaklı Batılı karşılığı "*administration*" sözlüklerde '*ad-ministrate'* olarak belirtilmekte, "hizmetli/kahya olarak çekip çevirme" anlamına gelmektedir. Genel olarak bu 'hizmetli', mülkiyeti kendine ait olmayan bir yeri kendine (tanrı kral, halk tarafından) emanet edilmiş olan makamdan yöneten kişidir. Administration sözcüğü ilk kez 1731 yılında 'devletin yürütme parçası' anlamıyla kullanılmıştır. Sözcük daha sonraki kullanımlarında da "devlet işleriyle ilgili olma" anlamını korumuştur. Batı dillerinde benzer anlamlı diğer sözcük "*management"* dır. Latince manus (el) kökünden geldiği ve İtalyanca "ele almak", "dizginleri tutmak" gibi anlamlarıyla ilk kaydına 1561 yılında rastlanmıştır. Sözcük 17. yy'da iş dünyasında yönlendirmek, denetlemek, yönetmek gibi anlamlarda kullanılmaya başlamıştır. Genel olarak bir grup insanı ya da eşyayı ortak bir amaç doğrultusunda harekete geçirmek üzere kullanmak, yönlendirmek, denetlemek olarak tanımlanan '*management', 'administration'* gibi hizmet verme anlamı taşımaz (Güler, 2010, s. 20-21).

Bilimsel Yönetim anlayışının öncüsü kabul edilen Taylor'da yönetim kavramı, kapitalizmde emek verimliğini artırılmasına yönelik bir kavrayış olarak karşımıza çıkmaktadır (Fişek K., 2012, s. 66). Bilimsel yönetimin temel amacı verimsizlik, israf ve kayıpların önlenerek, verimliliğin artırılmasıdır. Taylor, eserini yazmaktaki amacını "hemen hemen bütün günlük faaliyetlerimizde ortaya çıkan verimsizlik neticesinde tüm ülkenin katlanmak zorunda kaldığı büyük kayba dikkat çekmek" olarak açıklamakta ve verimsizlik sorununu çözmenin yolunun ise "sistematik yönetim" le mümkün olduğunu belirtmektedir (2007, s. 3). Bilimsel yönetimin uygulandığı yeni bir sistemde yöneticilerin görevi, işçilerin eskiden beri geleneksel olarak sahip oldukları tüm bilgilerin toparlanıp sınıflandırılması, düzenlenmesi ve bu bilgilerin işçilerin günlük çalışmalarında yararlı olan kural, kanun ve formüllere dönüştürülmesidir (Taylor F., 2007, s. 23). Taylor'un Bilimsel Yönetim Yaklaşımı, yöneticilerin asli işinin yönetsel işlerle uğraşmak, çalışanların asli işinin ise üretim faaliyetleri ile ilgilenmek olduğunu vurgulamaktadır. Yani çalışanların yönetsel konularda söz sahibi olması söz konusu değildir. Bu Taylor'un tanımladığı "görev tanımları" ile netlik kazanmıştır.

Yönetimi ilk kez bir süreç olarak tanımlayan Fayol ise, bir işletmede bulunması gereken teknik, ticari, mali, güvenlik, muhasebe ve yönetim işleri olmak üzere altı grup faaliyetten söz eder. Bunların arasında en önemlisi yönetim fonksiyonudur. Fayol'a göre yönetim, "geleceği tahmin-planlama, örgütleme, işler için uygun koordinasyonu sağlama ve kontrol etmek" anlamına gelir. "İş idaresi" olarak tanımladığı yönetimin, "idare" ile karıştırılmaması gerektiğini belirtir. İş idaresi, "işletmenin sahip olduğu tüm araçlardan mümkün olduğunca en fazla faydayı sağlamaya çalışarak işletmeyi bir amaca doğru yöneltmek ve tüm bu faaliyetlerin hepsinin birden iyi işlemesini sağlamak"tır (2008, s. 3-7).

Weber'de yönetim, hem devlet hem de özel sektör için en etkin örgütlenme ve yönetim biçimi olarak tanımladığı bürokrasi kavramında somutlaşır (1995, s. 319). Yönetsel olanın bürokrasi biçiminde somutlaşması, bürokrasi kavram ve olgusunun modernliğin ön koşulu olan rasyonaliteyi yansıtmasından kaynaklanır. Weberci bakış açısıyla, patrimonyal olan ile modern arasındaki farklılık modern olanın rasyonel ve kişilik dışı bir bürokrasi olarak ortaya çıkmasıdır. Bu nedenle bürokrasi kavramının kullanılması, yönetsel olanın basit bir tanımlanmasından öte siyasetten ayrı ve liyakat

temelinde tanımlanmış bir yönetim anlayışına referans vermesidir (Akbulut, 2010, s. 56). Weber, siyaset ve yönetim açısından iktidarı/otoriteyi elinde bulunduranların emirlerine, yönetilenlerin niçin itaat ettiklerini ya da diğer bir deyişle iktidarın dayandığı meşru otoritenin kaynağını geleneksel otorite, karizmatik otorite ve yasal-ussal otorite olarak tanımladığı üçlü tipoloji ile açıklar.[18] Otorite, "bir emre duygusuz bir alışkanlıktan amaç olarak rasyonel olmaya kadar" değişik güdülerle uyulmasını yani itaati içermektedir. İtaatin gerçekleşebilmesi için otorite sahibi güç kendi "meşruluğu" konusunda bir inanç geliştirmelidir. Weber için bir otorite sisteminin meşruluğu ancak önemli ölçüde kendisine uyulma olasılığının bulunması ve uygulamada bunun gerçekleşmesi şeklinde anlaşılmalıdır (1995, s. 92, 311-314).

Simon, Smithburg ve Thompson'a göre geniş anlamıyla yönetim, "ortak amaçları gerçekleştirmek için işbirliği eden insan kümelerinin eylemleri"dir (1973, s. 1-3). Benzer şekilde Fişek yönetimi, "eş amaçlı kişilerden oluşan bir örgütsel yapıyı ve örgütsel amaçların en akılcı yollardan gerçekleşmesine dönük eylemler dizisi" ve "evrensel" nitelik taşıyan planlama, örgütleme, personel alma, yönlendirme, eşgüdüm ve denetleme eylemlerinin uygun şekilde sıralanmasının ortaya çıkardığı etkileşiminin karmaşık sürecinin somutlaşması" olarak tanımlamaktadır (2012, s. 33). Yönetimin dar anlamıyla, örgütler içinde birlikte çalışan insanların ortak davranışlarına odaklanarak, iki ya da daha çok kişinin bilinçli bir işbirliği içinde, örgütün amacını gerçekleştirmeye yönelik eylemler olarak planlama, örgütleme, personel alma, yönlendirme, eşgüdüm ve denetim basamaklarını izleyen bir süreç olarak tanımlanması Türkçe yönetim yazınında sık kullanılan bir tanımlama biçimidir. [19]

[18] Weber için meşru otoritenin üç saf türü vardır; eski zamanlardan beri süregelen geleneklerin kutsallığına ve bu geleneklere göre gücü kullananların meşruluğuna dayanan geleneksel otorite; bir bireyin diğerlerinden farklı olarak kutsallığına, kahramanlığına ya da bu kişi tarafından açıklanan veya emredilen normatif kalıpların kutsallığına olan inanca bağlı karizmatik otorite ve konulan kuralların yasallığına ve bu yasalara göre egemenlik konumunda olanların emir verme hakkı olduğu inancına dayanan yasal ussal otoritedir (1995, s. 315-316).

[19] Bu tanımlara örnek olarak, "önceden belirlenmiş amaçlara ulaşmak için işbirliğinde bulunan bireylerin etkinlikleri" (Polatoğlu, 2003, s. 5), "belirli bir amacın gerçekleştirilmesi için bireylerin işbirliği yapmasıdır. Bu anlamda yönetim, örgütlenmenin yanında, örgütün işlerliğini sağlayacak her türlü yönetsel etkinlikleri, diğer bir ifadeyle kaynakların bir araya getirilmesini, eşgüdüm sağlanmasını, izlenecek yöntemleri ve denetimleri içine almaktadır (Gözübüyük, 1997, s. 1), Benzer bir şekilde Ergun'a göre, örgüt bir yapı olarak ele alındığında yönetim bir süreçtir. Başka bir deyişle, örgüt kamu yönetiminin biçimsel yapısal yanları olarak kabul edildiğinde yönetim de belirli örgütsel ya da yapısal (kurumsal) çerçevede yürütülen bir yönlendirme süreci olarak görülmektedir (2004, s. 4-5).

Eryılmaz yönetim kavramının farklı kullanım ve tanımlamalarına işaret ederek yönetimi, "sevk ve idare", "idari sistem", "örgüt" ve "idari personel" olarak gruplandırmaktadır. Geniş anlamıyla yönetim, "başkalarını sevk ve idare etme faaliyetidir". Diğer bir tanımda, "belirli bir amacı gerçekleştirmek için yapılan kararlı bir eylem" olarak açıklanmaktadır. Bu tanıma "işbirliği" ve "grup" unsurları eklendiğinde yönetim, belirli bir amacı veya amaçları gerçekleştirmek için işbirliği içinde yürütülen bir grup faaliyeti olarak belirmektedir. Yönetim aynı zamanda belirlenen amaçlara ulaşılmasında kaynakların (maddi ve beşeri) düzenlenmesi ve kullanılması sürecini de ifade etmektedir. "İdari sistem" anlamıyla çeşitli ülkelerin yönetim sistemlerini anlatmak, "örgüt" anlamıyla da belirli bir kuruluşu işaret etmek için kullanılmaktadır (2013, s. 2-4). Diğer bir tanımda yönetim organik ve fonksiyonel olmak üzere iki anlamda kullanılmıştır. Organik anlamda yönetim, kamu yönetimi karşılığı olarak örgüt ve personeli kapsarken, fonksiyonel anlamda yönetimin çalışmalarını içermekte kamu ve özel kesimi içine alacak şekilde tanımlanmaktadır (Tortop, İşbir, Aykaç, Yayman ve Özer, 2007, s. 5). Öztekin'e göre yönetim olgusu, bir amacı gerçekleştirmek için bir araya gelen insanların, örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için yaptıkları davranışları, eylemleri, işlemleri ve sonuçlarını bilimsel yöntemlerle inceleyen araştıran bir bilim dalıdır. Yönetim biliminin konusu da yönetim sürecidir. Bu tanıma göre, yönetim bilimi kamu-özel ayrımı yapmadan yönetim olgusunu ya da sürecini inceleme konusu yapmalıdır (2005, s. 20).

Güler'in tanımıyla yönetim "genel olarak insan topluluklarının iktisadi ve toplumsal örgütlenme tarzı"dır ve "yönetim, yön-etme, örgütlenişte somutlanan ve örgütlenmeyle varlık kazanan bir eylemdir." Bu tanıma göre, toplumların farklı biçimlerde örgütlenmesinin belirleyicisi, doğrudan iktisadi ve toplumsal yapılar ve bunların niteliklerdir. Bu nedenle herhangi bir yönetsel olgunun açıklanması iktisadi ve toplumsal olgulardan aralarındaki nedensellik ilişkisi nedeniyle ayrı düşünülemez. Bu bağlamda, "kamu yönetimi- ve aynı şeyi anlatan idare, bürokrasi- kapitalist toplumlarda ortaya çıkmış kendine özgü örgütlenme şeklini" ifade etmektedir (2010, s. 26).

Benzer şekilde Akbulut'un "yönetsel olan" olarak tanımladığı yönetim, oluşmuş olan toplumsal gerçekliğin, iktidar ilişkileri kapsamında yapılanmış yani yöneten-yönetilen farklılaşmasının ortaya çıkmış olduğu durumda ve tarihsellikte,

toplumsal olanın örgütlenmesi bir başka ifadeyle iktidar ilişkilerinin yeniden üretilmesi kapsamında, yapısal bir taşıyıcı konumundadır. Toplumsal iktidar ilişkilerini farklı gelenekler ve farklı tarihsel konumlanışlar temelinde yapısal olarak taşıyan "yönetsel olan" idare, kamu yönetimi, bürokrasi ve işletme biçiminde somutlaşır (2010, s. 54).

Modern yönetim düşüncesi tarihsel olarak kapitalizmin ürünüdür ve kapitalizmin ekonomik ve toplumsal örgütlenme özellikleri, yönetim olgusunun tanımlanma ve işlevlerinin belirlenmesinde belirleyici olmaktadır. Bu çalışmada yönetim kavramı bu bakış açısıyla ele alınmakta ve yönetsel alandaki dönüşümler bu kapsamda değerlendirilmektedir.

1.2. Kamu Yönetimi

Sözcük anlamı olarak "kamu yönetimi" kavramı Osmanlıca'da "idare" ve "amme idaresi" sözcükleriyle ifade edilmiştir. Kamu, eski Türkçede *kamag, kamug, kamagı* gibi kullanımlarıyla "bütün, tüm, toplum, genel" anlamında kullanılan bir kökene sahiptir (Eyuboğlu, 1998, s. 370'den aktaran Güler, 2010, s.78). Kavram bu kökeni nedeniyle geniş bir çağrışıma sahiptir. Kamu(nun) yönetimi, toplumun ya da halkın yönetimi anlamını içerir. Bu işi üstlenen aygıtın devlet olması nedeniyle kamu kavramı devlet olarak da anlaşılmaktadır (Güler, 2010, s. 77-78). Kamu yönetimi kavramı özellikle Anglo-Amerikan ülkelerinde kamu kesimi yönetimini özel kesimdeki yönetimden ayırmak için kullanılmaktadır. Ülkemizde Kara Avrupa'sında olduğu gibi kamu yönetimi yerine 'yönetim' ya da 'idare" terimi kullanılmaktadır. Gözübüyük'e göre kamu yönetimi geniş anlamda, "düzenli toplumlarda kamu gücünün örgütlenmesini ve işleyişini içeren" bir anlamda kullanılmakta ve bu tanımlama her türlü devlet görevini ve örgütlerini kapsamaktadır (1997, s. 2).

Kamu yönetimi sözlüğünde kamu yönetimi, devlet ya da ona bağlı kuruluşlarda faaliyet gösteren kişilerin ve grupların davranışlarıyla ilgili alan; devletin amaçlarını gerçekleştirecek biçimde örgütlenmiş insan gücü, araç gereç ile bunların yönetimi; kamu politikalarının oluşturulmasında siyasal karar organlarına teknik destek sağlayan ve bu politikaları uygulayan örgütler bütünü olarak üç farklı şekilde tanımlanmaktadır (Bozkurt ve Ergun, 2008, s. 133).

Wilson, "İdarenin İncelenmesi" *(The Study of Administration, 1887)* başlıklı makalesinde "Kamu yönetimi ayrıntılıdır ve kamu hukukunun sistematik olarak icra edilmesidir… İdarenin alanı işletmenin alanıdır. O, politikanın mücadele ve telaşından uzak olmalıdır" diyerek kamu yönetimi için politikanın alanından uzak bir yer göstererek, yönetimle ilgili sorunların politik sorunlar olmadığını belirtmekte ve yönetim ile siyasetin ayrı alanlar olduğunu vurgulamaktadır (2012, s. 22). Wilson'a göre, kamu yönetimi seçilmiş siyasetçilerin emri altında, onların yönlendirmesi ile yürüyen teknik bir devlet işidir. Bir başka deyişle, kamu yönetimi liyakat ilkesine göre görev yapan, tarafsız uzmanlardan oluşan bir yönetim aygıtıdır (Şaylan, 2012, s. 614). Wilson, yöneticilerin politika konusunda tarafsız olması gerektiği ancak politik üstleri tarafından verilen kararları gerçekleştirmek için uygun araçları seçmede profesyonel yetkinliğe sahip olma zorunluluğu şeklinde açıklanan siyaset-yönetim ayrımının kabulüne dayalı "tarafsız bir idari sorumluluk" modeli önermiştir. Atanan memurların hiyerarşik denetim yoluyla seçilmişlere ve seçilmişlerin ise seçim mekanizmaları yoluyla topluma hesap vermesini gerektiren bu modelde kamu yöneticilerinin rolü araçsal, teknik bir şekilde tanımlanmıştır (Fy ve Nigro, 1996, s. 39-40).

Kamu yönetimini işletmecilik temelinde ele alan White, kamu yönetimini devletin amaçlarının yerine getirilmesinde insan gücü ve kaynakların yönetimi olarak tanımlar. Bu tanım, kamu yönetimin işletime dönük (*managerial)* aşamasını vurgulayarak yasal ve resmi yönünü en aza indirir. Kamu yönetiminin amacı, çalışanların ve onların kullanımındaki kaynakların en verimli şekilde kullanılmasıdır. Kamu yönetimi diğer bir tanımla kamu işlerinin yürütülmesi, idari faaliyetin amacı da kamu programlarının en hızlı, ekonomik ve tam olarak başarıyla yerine getirilmesidir (2012, s. 46-47).

Wilson'la başlayan[20] ve kamu yönetimini siyasetin altındaki bir alan ve asıl amacını politikaların *(policy)* "en iyi" şekilde uygulanması olarak tanımlayan ve kamu işletmeciliği ile aynı gören eğilim yaklaşık 1950'lere kadar baskın konumunu sürdürmüştür (Zengin, 2009, s. 4). 1950'li yıllardan sonra yönetim siyaset ayrımı ve

[20] Akbulut'a göre, Wilson'nun siyaset/yönetim ayrılığını temel alan yaklaşımı tarihsel olarak kapitalist toplumsal yapılanmanın biçimsel bölünüşünün veri alınmasının bir örneğini oluşturmakta ve devlet-sivil toplum ayrılığı uzantısının bir sonucu olarak kamu yönetimi gerçekliğinin işletmecilik-piyasa ilkelerine göre yapılandırılmasının başlangıcını temsil etmektedir (2007b, s. 15).

yönetimin ilkeler üzerinden tanımlanması eleştirilmeye başlamıştır. Kamu yönetiminin siyasetle ilişkilendirilmesi yerleşik kamu yönetimi anlayışının sorgulanmasını gündeme getirmiş ve kamu yönetimi siyasal ve ekonomik alanla iç içe ve onları tamamlayıcı bir alan olarak görülmeye başlanmıştır [21].

Kamu yönetimi-siyaset ayrımı ve bu ayrımın katılığının kamu örgütlerinin politik yönlerinin değerlendirilmesine engel olduğu yönündeki ilk eleştirilerden biri Appleby (1967)'e aittir. Appleby, kamu yönetiminin yürütmeyi içeren bir kavram olduğu kadar politika oluşturma sürecini de içeren bir kavram olarak ele alınması gerektiğini çünkü yürütme fonksiyonunun örtük olarak kamu politikalarının oluşturulmasıyla ilgili olduğunu belirtmektedir. Diğer bir deyişle, kamu örgütleri kamu politikalarının şekillendirilmesinde ve onların hayata geçirilmesinde önemli bir role sahip olarak görülmektedir (Pesch, 2008, s. 173).

Waldo, yönetimi tarihsel gelişimi içinde değerlendirerek yönetim konusunda önemli açılım sağlayan ve 'Yeni Kamu Yönetimi Hareketi'nin (*New Public Administration, NPA)* öncü isimlerden biridir. Waldo, yönetim'in "ilkeler"le özetlenmesine karşı çıkarak "rasyonalite" kavramının içeriğini sorgulamıştır. Waldo'ya göre, kamu yönetimi değerlerden ve siyasetten arındırılması mümkün olmayan, tarihsel olarak belirli bir bağlamda ortaya çıkmış olan "yönetsel devlet" olarak tanımlanan bir kavramdır (Sabuktay, 2009, s. 23-24). Waldo gibi Yeni Kamu Yönetimi Hareketi'nin önemli isimlerinden biri olan Frederickson ise klasik ya da geleneksel kamu yönetiminin çoğunlukla daha etkin ve verimli yönetim arayışı ile etkinlik, verimlilik ve ekonomi kavramlarına odaklandığını ancak bunun yeterli olmadığını ifade etmiştir. Frederickson YKYH'nin farklı olarak bu kavramların yanına "sosyal adalet" kavramını ilave ettiğini belirtmektedir. Bu nedenle YKYH, sosyal eşitliğe sistematik olarak engel olan politika ve yapılarda değişimi amaçlamaktadır. YKYH için siyaset-yönetim ayrımı geçersizdir. Yöneticiler, politikaların hem yapıcısı hem de uygulayıcısı olarak tarafsız olamazlar. Bu nedenle kamu yöneticilerinin hem

[21] Kamu kurumlarının sadece mal ve hizmet üretmek değil aynı zamanda geniş ve normatif bir kavram olan 'kamu yararı' adına çalışmak zorunda olduğu görüşü, kamu yönetiminin tanımlanmasında normatif ya da siyasal yaklaşım olarak adlandırılan, 1960'lardaki Minnowbrook Hareketi ve New Public Administration (NPM) olarak bilinen Türkçe'de "Yeni Kamu Yönetimi Hareketi" (Özgür, 2003) olarak anılan yaklaşım ile gündeme gelmiştir. Kamu yönetimi alanında egemen olan siyaset yönetim ayrımı reddedilerek, siyasetle ilişkili yeni bir rota çizme çabası ortaya çıkmıştır (Pesch, 2008, s. 174-175).

daha iyi yönetim hem de sosyal eşitliği sağlama konusunda taahhütte bulunmaları gerektiği belirtilmiştir (2012, s. 251-252). [22]

Kamu yönetimini demokratik değerlerle ilişkilendiren Hart'a göre, demokratik bir sistemde "kamu" siyasi bir topluluğun vatandaşlarına, herkes tarafından açıkça anlaşılan ve kabul edilen hak ve yükümlülüklerine atıfta bulunan bir kavramdır. Demokratik bir topluluğun varlık sebebi adanmış olduğu değerlerin gerçekleşmesi olduğundan kamu yönetimi de bu değerlerin gerçekleşmesi için gerekli olan kendine özgü bir biçimdir. Bu nedenle kamu yönetimi bir tür teknoloji değil, ahlaki bir çabanın türü olarak görülmelidir. Ancak günümüzde 'kamu' *(public)* kelime anlamı olarak sulandırılmış, politik bir birim içinde hedonistik ve farklılaştırılmamış bir şekilde 'herkes' anlamında kullanılmaktadır. Bu anlam değişikliği ile demokrasinin benzersiz bir parçası olan kamu yönetimi kökenini kaybetmektedir. Aksine yönetim *(administration)* tek başına yeterlidir ve daha yüksek bir amaçlar için gerekçelendirilmiştir (1984, s. 112).

Güncel kamu yönetimi yazınında yönetim ve kamu yönetimi kavramlarını örgüt yapısı ve işleyişi olarak tanımlayan yapısal işlevselci bakış açısı[23] baskın olmakla birlikte, devleti dikkate alan, kamu yönetiminin devletle, iktidar ilişkileriyle ve siyasal ekonomiyle bağlantılı olarak kavramsallaştıran yaklaşımlar da bulunmaktadır (Sabuktay, 2009, s. 37).

[22] Üstüner'e göre YKYH hareketi, radikal bir yaklaşım olmaktan çok reformisttir. Yani var olan yapıyı iyileştirmek veya adil yapmak gibi sosyal demokrat bir tavır egemen olmuş ancak egemen olan yönetim ve örgütlenme yapısı veri olarak alınıp, hakkaniyet ve eşitlik bu yapının çözebileceği teknik bir sorun olarak görüşmüştür. 1970'li yıllarda egemen olan bu yaklaşım, 1988 yılındaki bir toplantıyla yeniden canlandırılmak istense de egemen olan yeni sağ yaklaşımların etkisiyle bu hareket ilk ortaya çıkışındaki ilerici konumunu dahi yakalayamamıştır. Hatta toplumsal eşitlik, hakkaniyet gibi kavramlar bütünüyle gündemden çıkarılmıştır (2012, s. 636).

[23] Eryılmaz, kamu yönetimi kavramını işlevsel ve yapısal bir kavram olarak tanımlamaktadır. İşlevsel bir kavram olarak kamu yönetimi, yasaların öngördüğü işler ile kamu politikası kararlarını uygulamakla ilgili süreçler ve faaliyetlerdir. Kamu yönetimi rutin kamu hizmetlerinin yürütülmesi, yasaların uygulanması ve kamu politikalarının belirlenmesinde önemli bir role sahiptir ve böylece siyasi sürecin bir parçasını oluşturur. Yapısal bir kavram olarak kamu yönetimi ise devletin yürütmeye ilişkin kolunun örgütsel görünümünü yansıtır. Her devlet, yasalarla belirlenen görevlerini yerine getirmek için ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde çeşitli örgütlenmelere gider. Bu kamu örgütleri, siyasi organların yönetiminde kamu hizmetlerini yürütür, kamu politikalarını uygular ve devletin toplumla ilişkilerini sağlar. Bu anlamda devletin toplumla ilk temas kurduğu örgütsel yapı kamu yönetimidir (2013, s. 10-12). Benzer şekilde Hughes kamu siyasası, kamu idareciliği ve kamu yönetimini, hükümetin idari kısımlarının nasıl örgütleneceği ve bilgiyi hangi şekilde işleyerek, siyasalar, kanunlar ve mal ve hizmetler olarak çıktı üreteceği ile ilgili olarak temelde aynı şeye gönderme yapan terimler olarak görmektedir (2014, s. 47).

Güler'e göre, kamu yönetimi ve aynı şeyi anlatan idare, bürokrasi modern kapitalist toplumlarda ortaya çıkan kendine özgü bir örgütlenme biçiminin adıdır (2010, s. 26). Kapitalist siyasal rejimlerde siyasal sistem, anayasal güçler ayrılığı ilkesine dayandırılmıştır. Bu ilkeye göre, kamu yönetimi kavramı, yürütme gücünün gövdesi olarak tanımlanmakta, siyasal kurumlar ve yargı kurumları kavramın dışında bırakılmaktadır. Kamu yönetimi, devletin merkezi, mülki ve yerel yönetim parçalarını ifade eden bir kavram olarak kullanılmaktadır (Güler, 2013, s. 23). Kamu yönetimini yürütme kuvvetine bağlı genel idari örgütler aygıtı olarak tanımlayan yerleşik yaklaşım 19. yüzyıl sonu ABD'sinin yönetim gereksinimlerinden ortaya çıkmıştır ve günümüz toplumlarının yönetsel örgütlenişini derinlemesine kavramaya olanak tanımaz (Güler, 2010, s. 16). Güler'e göre, kamu yönetimi olgusu tarihteki temel boyutları ve ilişkileri üzerinden tanımlanmalıdır. Bunu yapabilmek için anayasacılığın sınıflandırmasını bir üst sınıflandırma olarak görmekten vazgeçilmeli, siyaset-yönetim ayrılığı ilkesi aşılmalı ve genel toplumsal örgütlenmenin temel kurucu alanları topluca ve birbiriyle ilişkili olarak görülmelidir. Bu alanlar bir bütün olarak tanımlandığında kamu yönetimi yapısal olarak, "genel yönetim, askeri yönetim, adli yönetim alanları üzerine yükselen bir toplumsal örgütlenme biçimi" olarak tanımlanabilir (2010: 84).

Benzer şekilde Akbulut, kamu yönetimi kavramı ve olgusunu Amerikan toplumsal gerçekliğine ve Amerikan yönetim yaklaşımına[24] ilişkin bir adlandırma olarak görmektedir. Buradan yola çıkıldığında, kamu yönetimi kavramının kullanılması belli bir yaklaşıma referans vermektedir. Bununla birlikte, devletin yönetsel olanda somutlaşması veya devlete ilişkin olanla örtüşmesi anlamında bir yönetsel gerçekliği açıklamak ve tanımlamak bakımından, kamu yönetimi kavramı "kamunun yönetimi "anlamında kullanılabilir. Akbulut'a göre, kamu yönetimi olgusu

[24] Amerikan kamu yönetiminin dayandığı temel anlayış ve unsurlar olarak, "pragmatik siyasal anlayış ve işleyiş", "sınırları tam olarak çizilmemiş bir kamu yönetimi örgütlenmesi" ve kamu hizmetlerinin sunulmasında özel sektöre verilen rol" sayılabilir. Amerikan siyaset ve yönetim anlayışı, kıta Avrupa'sından farklı olarak büyük ve baskın bir kamu yönetimi örgütlenmesi amaçlamaz. Ayrıca, ABD'de kamu hizmetlerinin sunulmasında özel sektöre belirgin bir ağırlık tanınması güçlü bir eğilimdir. Başta yerel nitelikler olmak üzere, pek çok kamu hizmeti ya doğrudan özel sektör tarafından yürütülmekte ya da özel sektöre ihale edilmektedir. Burada kamu yönetimine düşen temel görev ise yönlendirme, eşgüdümleme ve denetimdir. ABD kamu yönetimi ile ilgili olarak belirtilmesi gereken önemli bir husus da ABD'de, İngiltere'nin aksine yönetimin kamu personeline güvensizlik üzerine kurulmuş olmasıdır. Bu durum, gerek merkezi, gerek eyalet ve yerel yönetimlerin işleyiş ve yapılanmalarında başka ülkelerde görülmeyen birtakım uygulamaların ortaya çıkması sonucunu doğurmuştur (Ömürgönülşen, 2013, s. 295-96).

ve kavramı yönetsel olanın devlete ilişkin olanla örtüşmesinin adlandırılmalarından ve somutluklarından sadece biridir. Aynı anlam içeriğini, idare ve bürokrasi kavramları da karşılamaktadır (2010, s. 60).

Kamu yönetimi disiplininin kimlik krizi tartışmalarının[25] ötesinde kamu yönetiminin tanımlanmasında iki temel yola başvurulmaktadır. İlki, kamu yönetiminin ilgi alanını devletin yürütme organlarına ve/veya bunların örgütlerine indirgemekte ve kamu yönetimi olgusunu genelde "örgütsel" ve "yönetsel" açıdan ele almaktadır. Burada kamu yönetimi dar bir bakış açısından ve sadece örgütsel yönetsel açıdan ele alınmaktadır. İkinci olarak, kamu yönetimini "siyasal" açıdan ele alan tanımlamalar ise kamu yönetiminin ilgi alanını, kamu kurumlarının örgütsel ve yönetsel boyutlarını kapsamakla birlikte toplumsal yaşamın diğer boyutlarıyla bütüncül olarak ele almaktadır (Özen, 2012, s. 342).

Kamu yönetimi kavramının, kamu kurumlarının yönetimi ve işleyişini ilgilendiren her türlü siyasal, sosyal, kültürel ve hukuksal çevre ile olan etkileşimi ile bir bütün olarak ve tarihsel bağlamından koparılmadan ele alınıp incelenmesi gerekir. Bu nedenle bu çalışmada kamu yönetimi kavramı, siyasal, ekonomik ve toplumsal ilişkiler içinde konumlandırılarak ele alınmaktadır.

1.3. Yönetişim

Yönetişim kavramı, devletin örgütlenme biçimi ve işlevlerini yeniden tanımlayarak devletin yeniden yapılandırılması süreçlerine temel oluşturması sebebiyle öne çıkmış ve popülerlik kazanmış bir kavramdır.

Stoker, "*governence"* nin geleneksel kullanımı ve onun sözlük anlamı olarak "*government*" ile eş anlamlı olduğunu ancak yönetişim konusundaki yakın dönem çalışmalarda kavramın kullanımı ve anlamı açısından bir değişim olduğunu ileri

[25] Kamu yönetiminin kimlik krizi ile ilgili tartışmalara tezin kapsamı dışında olması nedeniyle yer verilmeyecektir. Bu konuyla ilgili kaynaklar şunlardır: Şaylan, G.(2012), "Kamu Yönetimi Disiplininde Bunalım ve Açılımlar Üzerine Düşünceler", (içinde) *Türkiye'de Kamu Yönetimi*, (düz.), Aykaç, B., Durgun, Ş. ve Yayman, H., Nobel Yayıncılık, Ankara.; Leblebici, D.N. (2001). "Disiplin ve Uygulama Açısından Kamu Yönetiminin "Kimlik Krizi"ne Yeni Bir Bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25 (1), ss. 1-24.; Kalfa,C.,(2011). Kamu Yönetiminin Gelişimi ve Kimlik Tartışmaları. *SDÜ İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16 (1), ss. 403-417; Zengin, O. (2007). Türkiye'de Kamu Yönetimi Disiplinin Özgüllük ve Saflık Sorunu. Ş. Aksoy, & Y. Üstüner (Dü) içinde, Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar (s. 79-96). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım..

sürmektedir. "G*overnment*" (yönetim) kavramı yerine "*governance*" (yönetişim) kavramının daha çok tercih edilmesi piyasa odaklı ve özelleştirilmiş bir toplumda "satışının" daha kolay olması ve meşruiyet sorununu çözmesi nedeniyledir. Bu açıdan yönetişim, daha az devlet, kamu harcamalarında kesinti, devletin birçok alandan geri çekilmesi anlamına gelmektedir (1998, s.18).

Rhodes'e göre, yönetişim kavramının en azından altı kullanımı vardır: minimal devlet; işbirlikçi yönetişim; yeni kamu işletmeciliği; iyi yönetişim; sosyo-sibernetik sistemler ve kendi kendini düzenleyen ağlar (1996, s. 653). Bu bağlamda yönetişim, kamu teşebbüslerinin ve hizmetlerinin özelleştirilmesi ve kamu hizmetlerinin sunumu ve kaynak dağıtımında piyasalar ve yarı piyasalara öncelik verilmesi yoluyla (kürek çekmek yerine dümen tutmak) minimal devletin aslında bir diğer ismi olarak ele alınmaktadır. Yönetişim, idarenin denetiminden sözleşmelere, merkezileşmeden âdemi merkezileşmeye, devletin yeniden dağıtımcı rolünden düzenleyici devlete, kamu hizmetlerinin sunulmasında piyasa ilkelerinin izlenmesine ve devletin "rehber" rolüyle özel sektör ile devlet arasında işbirliği sağlanması ile karakterizedir (Merrien, 1998, s. 59).

Jessop'un "siyasetin devletsizleştirilmesi" olarak tanımladığı yönetişim, ekonomik ve toplumsal ilişkilerin yönetiminde ulusal devlet aygıtlarının önceliğini veri kabul eden bir anlayıştan resmi, yarı-kamusal ve hükümet dışı örgütler arasında değişik biçim ve düzeylerde ortaklık kurulması gerekliliğini kabul eden anlayışa geçişi içermektedir. Bu aynı zamanda egemen devletlerde tipik olan yukarıdan aşağı hiyerarşik siyasi örgütlenmeden, örgütler arası ilişkilerin kendi kendini örgütlemesini teşvik etmek ve/veya yönlendirmek üzerine vurgu yapılmasına geçişi ifade etmektedir. Bu devlet müdahalesinin daha az hiyerarşik, daha az merkeziyetçi ve daha az ekonomik nitelikli müdahale özelliği taşıyacağı anlamına gelmektedir (2005, s. 320-321).

Kooiman yönetişimi, sosyal ve siyasal sistemlerde yer alan katılımcı tüm aktörlerin çabalarının ortak sonucu olarak ortaya çıkan bir kalıp ve yapı olarak görmektedir. Bu kalıp tek bir aktöre ya da aktörler grubuna indirgenemez. Kamusal ya da özel tek başına hiçbir aktör sosyal ve siyasal sistemlerde yer alan karmaşık ve dinamik sorunları çözmek için gerekli tüm bilgiye ve enformasyona sahip değildir.

Yine hiçbir aktör, sosyal politik sistemler içerisinde tek başına ve tek taraflı olarak üstünlük sağlayacak yeterli eylem potansiyeline sahip değildir. Bu nedenle yönetişim, sadece devlete ve onun resmi işleyişine ait eylemlerle sınırlı olarak görülmemelidir. Yönetişim topluma öncülük eden, onu kontrol eden, yöneten sosyal, siyasal ve yönetsel bütün aktörlerin tüm aktivitelerini açıklamak için kullanılmaktadır (1993, s. 1).

Okçu'ya göre, yönetimden yönetişime doğru yaşanan dönüşüm esas itibariyle devletin yeni rolüyle ilgili yaşanan değişimi yansıtan bir kavramdır. Yönetişim sadece devlete ve onun resmi işleyişine ait eylemlerle sınırlı değildir. Yönetişim topluma öncülük eden, onu kontrol ve idare eden, yöneten sosyal, siyasal ve yönetsel bütün aktörlerin tüm aktivitelerini açıklamak için kullanılan yatay ve dikey ilişkilerde çok düzlemli yönetsel süreçleri tanımlamaktadır. Başka bir ifade ile yönetişim, izlenecek politikaların sadece geleneksel olarak seçilmiş yönetimlerce üretilmesi yerine, bu politikaların kamu, özel sektör ve sivil toplum katılımıyla çok daha geniş perspektifle geliştirilip uygulanmasına işaret etmektedir (2012, s. 9-12).

Tekeli, dünyada yaşanan çok yönlü dönüşümlerin yönetim kavramının dayanaklarını aşındırdığını ve yönetimin yerini artık yönetişim kavramının doldurmaya başladığını belirtmektedir. Yönetişim, birey ya da toplum ile devlet arasında yeni bir ilişki biçiminin gelişmesini kavramsallaştırmak için kullanılan bir kavramdır. Yönetim, önceden belirlenen ortak bir amacı gerçekleştirmek için tek özneli, merkezi, hiyerarşik bir iş bölümü içinde ele alınır. Yönetişim, araçsal rasyonelliği ön plana alarak kaynakları ve yetkileri kendinde toplayan yönetimden, önceden belirlenen bir iyiye doğru değil, insan haklarına dayalı performans ölçütlerini gerçekleştirerek, çok aktörlü, desentralize, ağsal ilişkiler içinde, iletişimsel rasyonellik anlayışı içinde, kendisi yapmaktan çok toplumdaki aktörleri yapabilir kılan bir anlayışı ifade etmektedir. Toplumu yönlendirmedeki sorumluluk dengesi devletten sivil topluma kaymakta, devlet daha çok düzenleyici bir rol üstlenmektedir. Devletin bireye himayeci bakış açısı değişmekte, bireyler kendilerini yönlendirebilen, yapabilme kapasitelerini kullanan yurttaşlar olarak yeniden tanımlanmaktadır (1999, s. 247-249).

Güler ise yönetişim kavramını yeni bir yönetim "üslubu" ya da "katılım-müzakere süreci" olmaktan çok kamu gücü ve yetkilerinin doğrudan sermayeye

aktarıldığı bir iktidar tipi olarak tanımlamaktadır. "Çok aktörlü yönetim modeli" olarak tanımlanan bu yapıda aktörlerin kimler olduğu ve eşit güce sahip olup olmadıkları tartışmalıdır. Yönetişim, ortaklardan birinin baskın olmadığı bir yapıyı öngörse de yakından bakıldığında ilk ortak devlet ya da bürokrasi, ikinci ortak özel sektör ya da sermaye, üçüncü ortak ise toplumsal çıkarları bakımından birbirinden farklı kesimlerin tek çatı altında toplandığı "sivil toplum örgütleri" dir. Ancak, sivil toplum örgütleri sermayeye kapalı olmayıp sermayeye ait dernekler, meslek birlikleri, üretici birlikleri vb. yapıları da kapsayarak bu ortaklıkta daha güçlü şekilde yer alabilmektedir. Sonuç olarak, yönetişim demokratik bir katılım süreci değil toplum adına sermayeye tanınan bir ayrıcalık olarak belirmektedir (2003a, s. 113-114).

Bayramoğlu'na göre yönetişim, devletin değişen rolü ve biçimini anlatırken bir yandan da bu değişimi sağlayacak mekanizmalar ve yeni kurallar bütününe işaret eden bir kavramdır. Yönetişim, çeşitli mekanizmalar aracılığıyla özellikle emekçiler ve dezavantajlı konumdaki grupları, bölüşüm ilişkilerine etki edebilecek karar verme mekanizmalarından ekonomiyi siyasetten ayırma yoluyla dışlayarak, toplumların geleceğini sermaye sınıfının egemenliğine terk eden bir siyasal iktidar modelidir (2005, s. 20-33).

Güzelsarı tarafından kamu-özel, devlet-devlet dışı, ulusal-uluslararası kurum ve pratikler tarafından ortaklaşa gerçekleştirilen bir işlev olarak tanımlanan yönetişim, temelde devletle piyasa arasındaki ortaklık ilişkisine vurgu yapmaktadır. Klasik yönetim anlayışından farklı olarak, devlet dışında faaliyet gösteren örgütler de yönetim sürecine dâhil edilmektedir. Bu bağlamda toplumu yönlendirmek açısından sorumluluk dengesinin sivil topluma kayması gerektiğine işaret eden yönetişim anlayışında devlet "eşitler arası birinci" olarak görülmektedir (2003, s. 30).

Brown yönetişimi, "insanların kar amacına yönelik olarak idare edilmesi" şeklinde "iktisadi emperyalizm"[26] terimleriyle yeniden yorumlanan siyasetin "metaforu" olarak tanımlamaktadır. Brown'a göre, yerel yönetimlerle başlayan

[26] Brown, "iktisadi emperyalizm" kavramıyla, Ronald Coase'nin 1937'de "*The Nature of The Firm*" başlıklı makalesiyle temelleri atılan ve yönetişim kavramına kuramsal kaynaklık eden, yeni kurumsalcılığın, toplumsal ve siyasi ilişkileri, tarihi, işletme içi sosyal ilişkilerin tamamen neoklasik iktisadın yöntemleri ve kavramlarıyla yorumlayan toplumsal düşünceyi ortaya çıkarmasına işaret etmektedir. Bu yolla neoklasik iktisadın yöntemi tüm sosyal bilimlerin bütününe yayılmıştır (2002, s. 36).

yönetişim metaforu, küresel düzeyde Dünya Bankası ve IMF kanalıyla "iyi yönetişim" stratejileri altında dünyadaki hükümetlerin çoğunun tüm üretim faktörlerini serbestleştirmek için benimsedikleri yapısal uyumlama programlarının hayata geçirilmesiyle sonuçlanmıştır (2002, s. 37).

Bu çalışmada yönetişim kavramı, salt bir yönetim tarzı değişikliğinin ötesinde devletin rolü, biçimi ve kamu hizmeti sunma anlayışındaki dönüşümü açıklayan mekanizmalar ve kurallar bütününe işaret eden bir kavram olarak ele alınmaktadır. Bu bağlamda yönetişim kavramı, dönüşümün üzerini demokratikleşme, hesapverebilirlik, katılım, etkinlik, verimlilik gibi itiraz edilmesi güç kavramlarla örterek devletin piyasanın işleyişini kolaylaştıracak biçimde yeniden yapılanmasını maskelemeye yarayan ideolojik bir araç işlevi görmektedir.

1.4. Kamu Hizmeti

Kamu hizmeti, kamu yönetiminin önemli bir unsuru ancak önemli olduğu kadar oldukça da tartışmalı bir kavramıdır. Kamu yönetimi ve idare hukukçuları arasında kamu hizmetinin tanımına ilişkin farklı tartışmalar mevcuttur. İdare hukuku alanında kamu hizmeti kavramının tanımlanmasındaki güçlükler konusunda tartışmalar[27] olmakla birlikte bu kavramın sınırlarının belirlenmesi başka bir deyişle hangi hizmetin kamu hizmeti olduğu ya da olması gerektiği konusunda farklı anlayışlar bulunmaktadır. Bunlardan ilki objektif kamu hizmeti anlayışıdır. Bu anlayışa göre, toplum hayatındaki belirli faaliyetler taşıdıkları bazı özellik ve niteliklerden dolayı kamu hizmeti sayılır ve niteliği gereği kamu hizmeti olanların devlet tarafından kamu hizmeti olarak sunulmasını öngörülür (Orak, 2007, s. 166). Bu yaklaşımın önemli temsilcilerinden Duguit'e göre, *"*eğer ortada toplumsal yaşam için mutlaka gerekli görülen bir faaliyet varsa ve bu faaliyet özel girişim tarafından düzenli ve sürekli şekilde yürütülemiyorsa o faaliyet doğası gereği kamu hizmetidir ve idare tarafından üstlenilmesi gerekir". Bu görüşü eleştiren yazarlara göre, bir faaliyetin nitelik olarak kamu hizmeti olması düşünülemez. Zaman ve koşullar bunu gerektirdiği

[27] Bu konudaki tartışmalar için bkz. Orak, C.Ç. (2007). "Kamu Hizmeti Tabula Rasa Avrupa Birliği Sürecinde Nasıl Doldurulacak", *TBB Dergisi*, (68), ss.161-240. Uçar Karabulut, E.(2007). Kamu Hizmeti Kavramının Dönüşümü. A. Göktürk, M.Özfidan, G. Ünlü (Dü) içinde, *Kamu Yönetimi Forumu KAYFOR IV Kuramdan Uygulamaya (Yönetim ve Reform)*; Çırakman, B.(1976). Kamu Hizmeti. *Amme İdaresi Dergisi*, 9, (4). Ulusoy, A.(2004a). *Kamu Hizmeti İncelemeleri*, Ülke Kitapları, İstanbul.

takdirde her faaliyet kamu hizmeti olarak kabul edilebilir (Yılmaz, 2008, s. 1220; Tiryaki, 2014, s. 74).

Kamu hizmeti konusundaki ikinci yaklaşım sübjektif kamu hizmeti anlayışıdır. Yirminci yüzyılın ikinci çeyreğinde artan devlet müdahaleciliğinin yansıması bu anlayışta kendini göstermiştir. Objektif kamu hizmeti anlayışında devletin işlevleri ile kamu hizmeti arasında kurulmaya çalışılan birliktelik bu anlayışla terk edilmeye başlamış, kamu hizmetlerinin tanımlanmasında ya da belirlenmesinde yasa koyucunun iradesinin önemi vurgulanmıştır. Bu anlayışın önemli bir temsilcisi olan Jeze, "toplumsal yaşam için vazgeçilmez olduğuna ve özel girişimce gereği gibi yürütülemeyeceğine yöneticiler tarafından karar verilen faaliyetler"i kamu hizmeti olarak tanımlamıştır (Tiryaki, 2014, s. 74; Orak, 2007, s. 168). Benzer şekilde Truchet, kamu hizmetini "belli faaliyetler üzerine siyasi iktidar tarafından yapıştırılan bir etiketten ibarettir" şeklinde tanımlamış ve siyasi iradenin gerekli görmesi halinde bir hizmetin kamu hizmeti olarak nitelendirilmesinin mümkün olduğu belirtilmiştir (Yılmaz, 2008, s. 1220).

Kamu hizmetini "bir kamu kurumunun kendisi ya da yakın gözetimi altındaki özel girişim eliyle kamuya sağlanan hizmetler" olarak tanımlayan Gözübüyük, bu yaklaşıma uygun olarak bir hizmetin kamu hizmeti sayılıp sayılmayacağı, sayılması durumunda bu hizmetin nasıl yürütüleceğinin belirlenmesinin yasama organının yetkisinde olduğunu belirtmektedir. Anayasa'da kamu hizmeti kavramının farklı kullanımlarına dikkat çeken Gözübüyük, kamu hizmeti kavramının kamu yönetiminin uğraş alanının belirlenmesinde yardımcı olan bir kavram olduğunu ve kavramın bazen "faaliyet, iş, uğraş" anlamında bazen de "kamu kuruluşları" anlamında kullanıldığı belirtmektedir (1997, s. 8). Ulusoy kamu hizmetini, "önemli derecede kamu yararı içermesi ve bireylere özel faaliyet olarak gereği gibi sunulmasının mümkün olmaması nedeniyle yasama organı tarafından özel faaliyetler için söz konusu olmayacak bir ayrıcalıklar ve yükümlülükler rejimine tabi tutulan faaliyetler" olarak tanımlamaktadır (2004, s. 61).

Şaylan'a göre, kamu yönetimi disiplinin "ana objesi" kamu hizmetidir ve kamu hizmetlerinin kapsamı, içeriği ve kalitesi siyasal erki elinde tutan siyasi kadrolarca belirlenmektedir. Siyasetin kamu hizmetleri konusunda belirlediği kapsam aynı

zamanda toplumda hangi kesimlerin çıkarlarının diğerlerine göre üstün sayıldığını göstermesi bakımından önem taşımaktadır (2012, s. 615). Karahanoğulları'na göre, "kamu hizmeti, devlet tarafından kısmen veya tamamen üretim ilişkileri alanının kurallarından bağışık kılınarak üstlenilen, kamusal (siyasal) alana dâhil edilen, toplumsal ihtiyaçların karşılanmasına yönelik faaliyetleridir" (2015, s. 66). Uçar, kamu hizmetinin "kamusallık" boyutunu vurgulayarak, kamusallığın devlete ve devlet işlerine ait bir alana göndermede bulunduğunu belirtmektedir. Kamu hizmetinin, kamu yararını gerçekleştirme ve kamunun ortak ihtiyaçlarını gidermeye yönelik olma, kamu sübvansiyonlarından yararlanma, finansmanının (vergi) kamu tarafından sağlanması gibi özelliklerinin kamusallık boyutuna işaret ettiğini belirtmektedir (2007, s. 406-407).

Karahanoğulları'nın belirttiği gibi, devletin kamu hizmeti konusundaki iradesi yani kamu hizmetinin tanımlanması, kapsamı ve sunuluş biçimi devletin varlığını güvenceye almak ve sürdürmek istediği üretim biçiminin gerekleri ve kendi varlığını sürdürebilmek için gerekli koşulların sağlanması ile ilişkilidir. Aynı zamanda kamu hizmetinde üretilecek değerin kamuda ya da piyasada kalmasına yönelik tercihin siyasal bir karar olması nedeniyle ideolojik bir tercihi yansıtmaktadır (2015, s. 66). Bu çalışmada kamu hizmeti kavramı, devletin vatandaşlarına toplumsal yaşamın temel gereksinimlerini karşılayabilmeleri için piyasa kurallarından bağışık olarak sunulan hizmetler olarak ele alınmaktadır. Bu hizmetlerin yürütülmesinde düzenlilik, süreklilik, kâr amacı gütmeme, kamu yararını gerçekleştirmeye yönelik olma, vergiler yoluyla finanse edilmesi önemli ilkeler olarak kabul edilmektedir. Kamu hizmetinin kamu kurumlarınca sunulması, hizmeti üretenlerin devlet memuru olması, hizmetin kullanıcılarının ise vatandaş olarak tanımlanması bu çalışmada göz önüne alınan diğer önemli özelliklerdir.

1.5. Kamu Yararı

"Genel yarar", kamu menfaati", "kamu iyiliği" olarak da adlandırılan kamu yararı kavramı yönetim hukuku ve siyaset biliminde sık kullanılan bir kavramdır (Keleş, 1998, s. 95). Kamu yönetimi sözlüğünde, kamu yararı "kamu yönetiminin eylem ve işlemlerinde yöneldiği ve toplumun bir kesiminin ya da tümünün yararını kollamaya dönük temel ve genel hedef" olarak tanımlanmaktadır. Kamu yönetimi,

kamu hizmetleri yoluyla toplumsal gereksinimlerin karşılanmasında bireyleri değil, bireyin içinde olduğu toplumu ya da belirli bir toplum kesimini dikkate alır. Bireysel çıkar ile toplumsal çıkar çatışması durumunda kamu yönetimi, kamu yararını gerçekleştirmek adına toplumdan yanadır (Bozkurt ve Ergun, 2008, s. 133). Ortak yarar *(common good)* ve kamu yararı *(public interest)* genellikle eşanlamlı olarak kullanılmakla birlikte aralarında farklılık vardır.[28] Bu farklılık bir toplumu ve onu bir arada tutan bağların oldukça farklı anlayışlarını yansıtmaktadır. Ortak iyiliğin *(common good)* dilinin odağı toplumsal *(communal)* iken, kamu yararının *(public interest*) yönelimi bireycilik yönündedir (Jennings, Callahan ve Wolf, s. 1987: 6).

Akıllıoğlu'na göre, kamu yararı çok işlevli olması nedeniyle kamusal işlerin hukuka uygunluğunun ölçülmesi ve temel hakların sınırlandırılmasında kullanılan önemli kavramlardan biridir. İdare hukukunun uygulama alanı ve yargıcın yetkilerinde belirleyicidir. Kısaca kamu yararı, bir faaliyete "devlet ya da kamu faaliyeti" niteliği kazandırır ve kamu hukukuna uygunluğu için bir ölçüt olarak kullanılır. Kapsamının oldukça geniş olması ya da kavramın içeriği ya da özünün önceden belli olmamasına karşılık "biçimsel" olarak tanımlanan bir kavramdır. Kamu yararının "biçimsel" tanımı, kısaca yasaların amacının kamu yararına dönük olması varsayımına dayanır. Yasama organının her yasa ile kamu yararını amaçladığı ve yönetimin de aksi kanıtlanmadıkça kamu yararına dönük faaliyet gösterdiği kabul edilir (1991, s. 11).

[28] Ortak iyilik kavramının kökleri eski Yunan siyasal düşüncesine dayanır ve Rönesans döneminde yeniden canlanmış ve sonra sivil cumhuriyetçiliğin politik teorisinde merkezi bir rol oynamıştır. Ortak iyi kavramı, kendi iyiliği bütünün iyiliğiyle ayrılmaz şekilde bağlı, ortak değer ve hedeflerin sürdürülmesi ve paylaşılmasına katılan üyelerden oluşan bir topluluk olarak bir toplum (society) görüşüyle ilişkilidir. Bu nedenle ortak yarar, topluluğun refahını, temel kurum ve uygulamalarının bütünlüğünü, temel değerlerinin korunmasını oluşturan şeydir. Aynı zamanda, toplum üyelerinin, "iyi yaşam", "insanın gelişmesi" ve "ahlaki gelişme" ile işbirliği içinde çalıştıkları telolara ya da amaçlara işaret eder. Buna karşılık kamu yararı *(public interest)* kavramı 17. ve 18. yüzyıllarda popülerlik kazanmaya başlamıştır. İlk olarak, Aydınlanma dönemi monarklarının dış ve ekonomik politikalarında izlemeleri gereken ulusal güvenlik ve refah amaçlarını ifade eden bir terim olarak kullanılmış daha sonra herhangi bir meşru hükümetin kurulmasını destekleyen kollektif bir amaç olarak daha genel anlamda kullanılmaya başlamıştır. Kamu yararı kavramının bu ikinci kullanımı daha sonra ortaya çıkan liberalizm, faydacılık ve demokratik çoğulculuk gibi kavramlara eklenmiştir. Burada özel çıkarların birleşimden oluşan, öncelikli olarak kişisel çıkarların rasyonel olarak ittifakı anlamında bir toplum görüşü ortaya çıkmıştır. Kamu yararı kavramı daha sonra karşılıklı faydanın sürdürülmesi/aranmasına dayalı bir birlik ya da dernekte bir araya gelen bireylerin özel çıkarlarının toplamını ifade edecek şekilde kullanılmaya başlamıştır. Kamu yararını teşvik etmek, bireysel çıkarların kollektif olarak gerçekleştirilmesini en üst düzeye çıkarmak ve barışçıl, düzenli bir sosyal yaşamı mümkün kılan ve karşılıklı olarak avantajlı hale getiren sosyal düzenlemelerin, kurumların ve değerlerin bütünlüğünü ve işleyişini korumaktır (Jennings vd.,1987, s. 6).

Bozeman'a göre, "belirli bir bağlamda kamu yararı kavramı "kamu/*public*" olarak ele alınan, incelenen sosyal kolektivitenin refahı ve uzun süreli varlığını sürdürmesine en iyi şekilde hizmet eden sonuçlara işaret etmektedir". Bu nedenle kamu yararı eylemler, niyetler ve politikalardan bağımsız olarak sadece bir ideal olarak görülmektedir (2007, s. 12).

Şaylan'a göre, kapitalist üretim biçiminin egemen olduğu sınıflı toplumlarda, devlet bürokrasisinin amacı genel olarak kamuya hizmet etmektedir. Kamu yönetiminde bu hizmetin ölçütü "kamu yararı" kavramı ile belirlenmektedir. Ancak kamu yararı kavramı açık ve net değildir. Kamu yararının ne olduğu çoğunlukla meclis ya da iktidar partisi tarafından tanımlanmaktadır. Bu kurumlar hangi sosyal grup ya da sınıf tarafından kontrol ediliyorsa tanımlanan kamu yararı, o grup ya da sınıfın çıkarlarını temsil etmekte, çokçu bir toplumsal yapıda örgütlenen bütün gruplar kendi çıkarları için meclis ya da doğrudan doğruya devlet bürokrasisini etkilemeye ve kontrol etmeye çalışmaktadır (2012, s. 445).

Barry, kamu yararı kavramını, geleneksel siyasi düşüncedeki "ortak iyi" ve "genel irade" gibi "toplamcı" *(aggregative*) yaklaşımların modern bir yorumu olarak değerlendirmektedir. Ancak bu kavramların bugün bir ölçüde itibardan düştüğünü, bunun nedenini "grup", "topluluk" ve "toplum" gibi kümelerin bireylerinkinden daha üstün değerleri temsil eden bir konuma yükseltilmelerine bağlamaktadır. Kamu yararı kavramı, metodolojik bireyci bakış içinde, bir topluluğun paylaşılan (ortak) çıkarlarını tanımladığını ve bunların teşvik edilmesi halinde, gerçekte bireylerin başka türlü elde edemeyecekleri yararları sağlamalarının mümkün olacağı şeklinde tanımlanır. Buna karşın, kamu yararını katı bireyci tarzda yorumlamayanlar ise kamunun çıkarlarını artıran politikalar olduğunu, bu politikaların bireylerin soyut tercihlerinden türetilemeyeceğini ileri sürerler. Bu politikalar bir bütün olarak toplumun kolektif refahının bilincinde olan çıkardan arınmış *(disinterested*) yönetimler tarafından ortaya konmaktadır. Bu iki temel karşıtlık önemli siyasal sonuçlar ortaya çıkarır. Klasik liberal bireycilik, insanları bir kamusal etkinlikteki ortak çıkarlarıençoklaştırmaya teşvik edecek özel kurumların ve yöntemlerin (anayasaların) geliştirilmesi üzerine yoğunlaşırken, bireyci olmayanlar ise bu görevi faydacı kanun koyucuların ve ideal gözlemcilerin gerçekleştirmeye çalıştığına inanmaktadır (2012, s. 460-461).

Çoğulcu anlayışa eleştirel yaklaşan Mancur Olson'a göre, çoğulculuğun temel unsurları olarak görülen baskı gruplarının faaliyetleri genellikle kamu yararına sonuçlar üretmezler. Bunun nedeni toplum içindeki çeşitli grupların kendi çıkarlarını gerçekleştirmek üzere örgütlenme konusunda eşit şansa sahip olmamalarıdır. Küçük gruplar bu konuda daha avantaj sahibidir. Ayrıca, baskı grupları genel olarak toplumun yararına katkıda bulunmaktan çok kendi üyelerine avantaj sağlamak isterler. Bu nedenle Olson için bir toplumdaki tüm bireylerin ortak yararından bahsetmek mümkün değildir (Olson, 1965, s. 36'den aktaran Korkut, 2006, s. 89).

Montricher'e göre, kamu yararı sosyal değişimin amacını belirleyen politik bir kavramdır. Kamu politikası alanında, kamu yararı, bireysel çıkarlardan ayrı olacak şekilde ve bir merkezde geliştirilen politik bir norm olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda, kamu yararı kurumsal bir değerdir yani değişken bir siyasi ortam karşısında idarenin kalıcı niteliğini temsil etmektedir. Kamu sektörü meşruiyetini, kamu yararını siyasi otoritenin belirlediği şekilde uygulamaktan almaktadır. Bu kamu görevlilerinin etik kodlarını belirleyen belli sayıda kural çerçevesinde tanımlanan bir gerekliliktir. Bu şekilde, hukukun üstünlüğü ve otoriteye boyun eğmeye dayanan bir davranış biçimi teşvik edilir. Böyle bir süreçte etkin yönetim, katı bir yasal zorunluluk ve onun ilişkili süreçlerine dayanmaktadır (1998, s. 117-118).

1.6. Sağlık Hizmeti

Bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavi etmek, tam iyileşemeyip engelli duruma gelenlerin ise başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmeti denmektedir (Öztek, 2001a, s. 295).

Dünya Sağlık Örgütü ana sözleşmesinde yer alan sağlık hizmetleri tanımına göre, "sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi (önleyici sağlık hizmetleri), hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi (tedavi edici sağlık hizmetleri), bedensel, zihinsel yeteneklerin yitirilmesi ve azalması durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturulması durumunda tıbbi bakım (rehabilitasyon hizmetleri) çalışmalarının tümüdür" (Tümerdem, 1992, s. 352).

Türkiye örneğinde sağlık hizmeti kavramı, 1961 tarihli 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da şöyle tanımlanmaktadır: "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir"[29].

Sağlık ve sağlık hizmetlerinin tanımlanması konusundaki farklı yaklaşımlar, devletin sağlık hizmetlerindeki rolü ve müdahale biçimlerinde belirleyici olmaktadır. Green, bu yaklaşımları üç grupta ele almaktadır (2007, s. 8-9);

Bir hak olarak sağlık: sağlık bu anlayışta adalet ya da politik özgürlüğe benzer bir hak olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası "ırk, din, inanç, ekonomik ya da sosyal durum ayrımı olmaksızın erişilebilir en yüksek sağlık standartlarından yararlanmayı her insanın en temel haklarından biri" olarak tanımlamıştır. Eşit sağlık statüsüne eşit siyasi özgürlüklerle erişilebileceğine inanılmaktadır. Sağlığın tam kazanımına yönelik kısıtlamalar en az düzeye indirilmelidir. İkinci yaklaşımda ele alınan 'sağlık hizmetlerine erişim' konusu bu kısıtlardan sadece biridir. Çünkü sağlık hizmetlerine erişim bireyin sağlığını etkileyen faktörlerden sadece biri olarak görülmektedir.

Bir hak olarak sağlık bakımı/sağlık hizmetleri: bu yaklaşımda sağlığın erişilemez eşitliğinden ziyade sağlık bakımına/hizmetlerine erişim bir hak olarak görülmektedir. Bu görüşe göre, devlet özellikle sağlık hizmetlerine erişim konusundaki eşitlik sorunu ile ilgilenmelidir. Sağlık hizmetlerine erişim, asgari düzeyde yiyecek ve barınağa erişimle aynı şekilde görülmektedir. Bu yaklaşımın yaygın biçimi, tüm sağlık hizmeti düzeylerinden ziyade temel sağlık hizmetlerine erişimin bir hak olarak görülmesidir.

Bireysel tüketim malı olarak (meta olarak) sağlık: bu yaklaşımda sağlık, adaletle değil, yaşamın maddi yönleriyle karşılaştırılabilecek bireysel bir amaç olarak görülür. Bu görüşte sağlık ya da sağlık hizmetleri bir tüketim malıdır. Burada devletin sağlık konusunda özel bir sorumluluğu yoktur. Kararlar bireylerin kendi tercihlerine bırakılır. Devletin rolü, sağlanan sağlık hizmetinin herhangi bir mal ya da hizmetin

[29] 224 Sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" (Kabul tarihi: 5.1.1961), RG 12.01.1961, Sayı 10705.

kalitesinin izlenmesine benzer şekilde (mesleki standartların sağlanması gibi) yeterli bir kaliteye sahip olmasını sağlamakla/ denetlemekle sınırlıdır.

Blane, sağlığı emek gücünün yeniden üretim sürecinin önemli bileşenlerinden biri olarak değerlendirmektedir (Blane, 1987'den aktaran Erbaydar, 2002, s. 306). Bu tanıma göre emeğin yeniden üretilebilmesi için işçinin sağlığının sürdürülmesi önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmetleri işçi sağlığı, anne ve çocuk sağlığı başta olmak üzere kapitalist üretim sürecinin önemli bir parçası haline gelmektedir. Emek gücünün yaşamaya devam etmesi ve yeniden üretilmesi, kapitalizmde sermayenin yeniden üretilmesi için zorunlu bir koşuldur. Bu nedenle, kapitalist toplum biçiminde sağlık hizmetlerinin temel işlevi, emeğin yeniden üretimidir. Sağlık hizmetlerinin üretimi doğrudan bir meta üretimi olmamasına karşın metaları üreten emek gücünün sağlıklı olması için sağlık hizmetlerine ihtiyaç vardır. Çünkü gelişmiş üretim araçlarının kullanılabilmesi için eğitimli, sağlıklı vb. özelliklere sahip olmak gerekir. Bu nedenle kapitalist bir toplumda sağlık hizmetlerinin sağlanması üretimin devamı açısından bir gereklilik olarak ortaya çıkmıştır ve kapitalist üretim biçiminin belirli bir döneminden sonra topluma düzenli olarak sunulmaya başlamıştır (Hamzaoğlu, 2009a, s. 28).

Sağlık hizmetleri konusundaki geleneksel sınıflama sağlık hizmetlerini koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üç gruba ayırmaktadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta ele alınır. Kişiye yönelik hizmetler doğrudan bireylere verilen hizmetlerdir. Bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, sağlık eğitimi, iyi beslenme, aile planlaması ve kişisel hijyen gibi konuları kapsar. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler, çevredeki biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri ortadan kaldırmaya ya da insanlar üzerindeki etkilerini azaltmaya yönelik önlemleri içerir. Atık yönetimi, temiz içme ve kullanma suyunun sağlanması, gıda kontrolü, çevre kirliliğinin önlenmesi gibi hizmetler bu kapsamdadır (Fişek N. , 1983, s. 54; Öztek, Üner ve Eren, 2015, s. 1481). Özellikle sağlık hizmetinin tıbbi bakım dışında kalan ve kişilerin ötesinde toplumsal sağlık sorunlarıyla ilgilenen bileşenleri (çevre sağlığı

hizmetleri gibi) genel olarak emek gücünün yıkımına neden olabilecek risklerin ortadan kaldırılması amacına hizmet etmektedir (Belek, 1995b, s. 33).

Sağlık hizmetlerinin sunumundaki öncelik, hastalar ve hastalıkları iyileştirmek değil sağlığın geliştirilmesi ve korunması ile sağlıklı bireylere yönelik olmalıdır. Çalışma ve yaşam koşulları sağlığı doğrudan etkilediğinden sağlığı koruma ve geliştirme hizmetleri çevreye ve kişiye yönelik olarak birbirinden koparılmadan sunulmalıdır. Bu özellik sağlık hizmetleri örgütlenmesinin tüm hizmetlerin bir bütün olarak ele alınmasını gerektirir (Hamzaoğlu, 2007, s. 418). Ayrıca, sosyo ekonomik koşullar bu noktada önemlidir ve toplumun refah düzeyindeki yükselme toplumun sağlığının iyileştirilmesindeki en temel unsurlarından biri olarak görülmektedir (Erbaydar, 2002, s. 309).

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlığı bozulan kişilere temel olarak hekim sorumluluğundaki diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte sağlık durumuna yeniden kavuşulması için verilen sağlık hizmetidir (Fişek N., 1983, s. 55). Tedavi edici ya da iyileştirici sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınır. Birinci basamak tedavi hizmetleri, esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerdir. Aile hekimleri, verem savaş dispanserleri, iş yeri hekimlikleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri buna örnektir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, yataklı bir sağlık kuruluşunda verilen hizmetleri kapsar. Bu hastaneler 50-100 yataklı ve 3-4 uzman hekimin çalıştığı hastaneler olabileceği gibi tam teşekküllü hastaneler de olabilir. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri ise, özel bir yaş grubuna cinsiyete ya da belirli bir hastalığa yakalanan kişilere, o konuda geniş imkânlara sahip yataklı tedavi kuruluşunda verilen tedavi hizmetleridir. Bunlar özel dal ya da eğitim hastaneleridir. Bu hastaneler ileri tıp teknolojilerinin uygulandığı hastanelerdir. Kanser hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri, göz sağlığı hastaneleri gibi. Tedavi edici hizmetlerin basamaklar şeklinde ele alınmasının en önemli nedeni bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin gerekliliğini vurgulamaktır. İlk basamakta tedavi edilemeyen hastalar bir üst basamağa sevk edilirler. Bu yolla kişilerin zaman ve emek kaybını önlemek aynı zamanda hastanelerin yüklerini dağıtarak hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmektedir (Öztek vd., 2015, s. 1483-84).

Tedavi edici hizmetlerin kim tarafından üretileceği ve sunulacağı sağlık politikaları açısından önemli bir tartışma konusudur. Tedavi edici hizmetlerin üretiminin özel sektör ağırlıklı olması sağlık harcamalarında toplumun yararına olmayan bir artışa neden olmaktadır. Bunun belirli nedenleri vardır. İlk olarak özel sektör tedavi edici hizmet üretimini körükler, pahalı ve ileri teknoloji gerektiren hizmetlere öncelik verir ve merkezi bir planlamanın dışında gelişim gösterir. Hizmetlerin dağılımı ve gelişimi bölgesel dengesizlik gösterir. Sağlık yatırımı harcamalarındaki büyüme özellikle ilaç ve tıbbi cihaz alanlarında ortaya çıkar. Özellikle gelişmekte olan ülkeler için bunun anlamı bu ürünlerin ithal edilmesidir. Bu durum ekonomik yönden olumsuz sonuçlar doğurmakla birlikte en önemli sonucu sağlık hizmetleri alanındaki eşitsizlikleri derinleştirmesidir (Akdur, 2000, s. 6).

Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon beden ya da ruh sağlığı açısından engellilik durumuyla karşı karşıya kalmış kişilerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla yapılan tüm çalışmaları kapsar. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri fiziki engel durumlarının mümkün olduğunca düzeltilmesi ve kapasitenin artırılmasına odaklanırken, sosyal rehabilitasyon hizmetleri engellilik nedeniyle eski işlerini yapamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum gibi hizmetleri kapsar (Fişek N, 1983, s. 55; Öztek, vd., 2015, s. 1484).

1.6.1. Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmeti emek yoğun bir hizmet alanı olarak kabul edilmektedir. Her ne kadar bazı alanlarda teknoloji insan gücünün yerini almış olsa da sağlık hizmetleri insan emeğine dayalı olarak yürütülmektedir. Sağlık hizmetinin bazı özellikleri sağlık hizmetinin ticari bir mal ya da hizmete dönüştürülmesini engeller ve hizmetin devlet tarafından sunulmasını zorunlu kılar. İlk olarak sağlık doğrudan varoluşla ilgili bir durumdur. Temelde bir kullanım değeri ifade eder ve tıpkı hava, su, toprak, eğitim ya da hukuk gibi toplumun ortak varlığıdır. İkincisi, piyasada sunulan bir metayı tüketme ya da tüketmeme yönünde tercih yapılabilirken hasta olmamak yönünde bir tercihte bulunulamaz. Benzer şekilde kişi alacağı sağlık hizmetinin kapsamını, zamanını ve türünü de kendisi belirleyemez. Sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar

gereksinim duyulacağının önceden öngörülebilmesi zordur. Bu nedenle sağlık hizmeti talebi rastlantısal olup hizmete gereksinim duyulduğunda ertelenmeden ve acil olarak birey, aile ve topluma özgü olarak üretilmesi ve sunulması gerekmektedir. Üçüncüsü, talebin belirsizliği kişinin talebini ortaya koyabilmek için bir uzmana ihtiyaç duymasına neden olur. Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil başta hekim olmak üzere hizmeti sunanlar saptayabilmektedir. Bu ilişki sağlık çalışanlarına teşhis ve sunulacak tedavinin belirlenmesinde önemli bir güç vermektedir. Hizmetten yararlananlar kendilerine gerekli hizmetin verilip verilmediğin denetleyebilecek bilgi düzeyine sahip olmadıkları gibi kendilerine hangi hizmetin gerekli olduğunu da bilemezler. Bilgi asimetrisi denilen bu durum kar yönelimli bir sağlık hizmeti anlayışında önemli riskler doğurabilmektedir. Dördüncü olarak, hastalar belirsizlik, zayıflık, bağımlılık ve muhtaçlık nedeniyle son derece savunmasız durumdadır. Ek olarak, tıbbi yardıma en fazla ihtiyaç duyanların büyük bölümü alt toplumsal sınıflardan gelmekte ve yeterli maddi kaynaktan yoksun bulunmaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetinin toplumsal niteliği sağlık hizmetlerinin sağlanmasında devlete önemli sorumluluklar yüklemektedir. Sağlık hizmetinin kar odaklı bir bakış açısıyla piyasa koşullarına terk edilmesi ise yaşamın değerinin parasal karşılığının kişinin sosyoekonomik durumuna göre belirlenebileceği bir sonuç doğurmaktadır (Deppe, 2014, s. 45-46; Pala, 2007, s. 16-17);

Sağlığın kamusal bir hizmet olarak sunulması, hak statüsünde genelleşmiş ve meta ilişkileri dışında örgütlenmiş olması anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetini kamusal kılan özellik hizmet sunumunun devlet tarafından, üretim ilişkileri alanının kurallarından belirli düzeyde bağışık kılınarak üstlenilmesi (Karahanoğulları, 2015) ve bu hizmetin temel bir vatandaşlık hakkı olarak sunulması anlamına gelmektedir (Ünlütürk Ulutaş, 2011, s. 22-23).

1.7. Hastane Kavramı

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'[30]ne göre "yataklı tedavi kurumları" başlığı altında tanımlanan hastaneler, "hasta ve yararlıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin,

[30] Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, RG: 13.01.1983, No: 17927 (Değişik: 1.4.2005/8720K.)

ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır.

Yönetmelik sağlık kurumlarını işlevlerine göre 5'e ayırmaktadır:

a) *İlçe ve 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 ve kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkih ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun şekilde sevkinin sağlandığı kurumlardır.
b) *Gün Hastanesi:* birden fazla branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri veren asgari beş gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.
c) *Genel Hastaneler:* her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde bulunan uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği, ayaktan ve yatarak hasta muayee ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.
d) *Özel Dal Hastaneleri:* belirli bir yaş ve türdeki hastalar veya hastalığa yakalananların veya bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.
e) *Eğitim ve Araştırma Hastaneleri:* öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

Hastanelerin bazı özelliklerine göre yapılan diğer bir sınıflama ise şöyledir; mülkiyet yapısına göre kamu ve özel hastaneler; finansal hedeflerine göre kar amacı güden ve kar amacı gütmeyen hastaneler; eğitim sorumluluklarına göre eğitim veren ve vermeyen hastaneler; idari veya hizmet alanına göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak hastaneler; genel ya da ihtisas hastaneleridir (Liu ve Mills, 2007, s. 210).

2. KAMU YÖNETİMİ VE SAĞLIK HİZMETİ ALANINDAKİ DÖNÜŞÜMÜ AÇIKLAYAN KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

2.1. Geleneksel Kamu Yönetimi Yaklaşımı

Kamu yönetimi disiplininin uzun ve köklü bir dönemini temsil eden "geleneksel kamu yönetimi" en genel ifadesiyle 1870-1970 yılları arasında kamu yönetiminde hâkim olan anlayışın genel adıdır. Geleneksel kamu yönetiminin entelektüel temelleri Woodrow Wilson, Max Weber ve Frederick Taylor'un düşüncelerine dayanmaktadır (Behn, 1998, s. 134; Eryılmaz, 2013, s. 44). [31]

Hughes geleneksel kamu yönetimini, siyasetin kontrolü altında, bürokrasinin hiyerarşik modeli ile örgütlenmiş, sadece kamu yararı ile güdülenmiş kalıcı, tarafsız ve anonim memurların iktidara gelen her partiye eşit olarak hizmet ettiği ve siyasalara katkıda bulunmak yerine siyasetçilerin verdiği kararları uygulayan bürokrasilere sahip bir yönetim anlayışı olarak tanımlamaktadır (2014, s. 94). Lane göre geleneksel kamu yönetimi, yasalardan kaynaklanan kural ve süreçlere dayalıdır. Kamu yararının sağlanması, tarafsızlık, eşitlik, tahmin edilebilirlik gibi temel ilkelere sahiptir (1994).

Geleneksel kamu yönetimi genellikle dört temel özellik üzerinden açıklanmaktadır. İlk özelliği kamu yönetimi yapısının büyük ölçüde Weber'in kavramsallaştırdığı bürokrasi modeline göre örgütlenmesidir. İkincisi, devlet kamusal mal ve hizmet üretiminde doğrudan rol almakta ve bunu kendi örgütleri (bürokrasi) eliyle yürütmektedir. Üçüncüsü, siyaset ile yönetimin birbirinden ayrılabileceği görüşünün egemen olmasıdır. Son olarak, kamu yönetiminin özel sektörün yönetiminden oldukça farklı olduğu anlayışı kabul edilmektedir (Eryılmaz, 2013, s. 44-46; Bilgiç, 2003, s. 27-28).

GKY, kamu yönetiminin örgütlenme modeli olarak büyük oranda Weber'in bürokrasi anlayışını benimsemiştir. Weber, geliştirmiş olduğu bürokrasi modelini

[31] 1854 yılında İngiltere'de hazırlanan *Northcote-Travelyan Raporu*, 1883'de büyük oranda İngiltere deneyimi örnek alınarak ABD'de Kamusal Hizmet Yasası *(Civil Service Act- Pendleton Act.*) gibi kamu sektöründe etkinliği artırmak ve kamu istihdamının yeniden düzenlenmesine ilişkin raporlar ve kanunlar, özellikle personel yönetimi açısından 'liyakat' ve 'kayırmacılığın önlenmesi' ilkelerini vurgulamasıyla geleneksel kamu yönetiminin başlangıcını temsil etmektedir (Thornthwaite, 2012, s. 318; Dobuzinskis, 1997: Theriault, 2003, s. 52).

"ideal tip"[32] olarak kavramlaştırmış ve ideal tip bürokrasiyi doğrudan tanımlamak yerine onun özelliklerini açıklama yoluna gitmiştir. Bürokratik örgütlenmenin temel özellikleri yasalarla sınırlandırılmış yetki alanı, hiyerarşi ilkesi ve yetki düzeylerine dayalı bir örgüt yapılanmasına dayanır. Benzer biçimde işlerin yapılmasını, çalışanların kendi aralarındaki ilişkileri ve sorumlulukları tanımlayan soyut kurallar sistemi önemlidir. Bu kapsamda yazılı belgeler ve dosyalamanın önemi, işbölümüne dayalı uzmanlaşma ve gayrişahsilik kamu ve özel hayatın ayrışması ve memuriyetin bir meslek olarak kabul edildiği liyakat temelli bir kariyer sistemi[33] önemlidir (Weber, 1995, s. 317-320; Weber, 2008, s. 303-306). Bu özellikleriyle bürokrasi, teknik olarak, en üst düzeyde akılcılık ve verimliliği sağlayabilme yeteneğine sahiptir. Ancak, Weber bürokrasiyi yalnızca bir örgüt tipi olarak görmez; bürokrasi çözümlemesini iktisadi ve toplumsal bir arka plana dayandırmaktadır (Bayırbağ ve Göksel, 2014, s. 157).

Weber için bürokrasi ve kapitalizm arasında bir neden-sonuç ilişkisi bulunmaktadır. Weber'e göre, bürokratik örgütlenme ancak "para ekonomisinin" gelişmiş olduğu toplumlarda gelişebilir ve sürekliliğini koruyabilir. Bürokratik örgütlerin gelişmesinin belirleyici nedeni onun diğer örgütlere olan salt teknik üstünlükleridir. Bu üstünlüğü, makineyle yapılan üretimin mekanik olmayan diğer üretim biçimlerine olan üstünlüğüne benzetir. Doğruluk, hız, kesinlik, dosya bilgisi, gizlilik, birlik, tam bağımlılık gibi özellikler özellikle monokratik özellikteki bürokrasilerde en üst düzeydedir. Bürokratik örgütlenme bu özellikleri ile yönetim işlerinin hatasız, net, sürekli ve olabildiğince hızlı yapılmasını talep eden kapitalist

[32] İdeal tip bürokrasi, realitede saf ve eksiksiz yönüyle gözlemlenebilen bir biçim değil, daha çok zihni bir tanımlama ve niteleme; kavramsal bir çerçeve ve kalıptır. Mevcut örgütler bu ideal tipe yaklaştıkları ölçüde bürokratiktir (Abadan, 1959, s. 54). İdeal tipler, toplumsal olguların çözümlenmesinde, açıklanacak konuyu sembolize eden varsayımlardır. Genel yapıları göz önüne sermek karşılaştırmak ve nedensel açıklamalar yapmak amacıyla kullanılan ideal tipler tarihsel gerçeklerin genel ve anlaşılır biçimde yeniden kuruluşu olduklarından (Aron, 2000, s. 412) Weber'in sosyolojik çözümlemeleri açısından oldukça elverişli araçlardır.

[33] Weber'in bürokrasi analizinde 'memurun konumu'nun özel bir önemi vardır. Bürokraside memuriyet bir "meslek"tir ve kişiye ayrılmayı istemediği sürece ömür boyu iş güvencesi, aylık olarak ödenen bir gelir ve emeklilik güvencesi sağlar. Memurlar atama yoluyla seçilirler ve işe alımlarda mesleki yeterliliği gösteren diploma ve sınavlar ölçüt alınır. Memurun seçiminde ailesinin toplumdaki statüsü, siyasi görüşü gibi niteliklere değil işin gerektirdiği niteliklere bakılır. Memurlar, kamu hizmeti hiyerarşisi içinde kıdem ve başarı ölçüsüne göre belirlenmiş bir kariyer sistemi içinde üstlerinin onayına bağlı olarak terfi etme şansına sahiptirler. Ayrıca, memurlar özellikle eğitilmiş uzmanların yönetimine talebin yükseldiği, toplumsal farklılaşmaların belirgin ve güçlü olduğu toplumlarda daha yüksek bir statüye sahip olurlar. Memurlar kişi olarak özgürdürler ve otoriteye karşı sadece görevlerinden kaynaklanan gayri şahsi yükümlülükleri vardır (Weber, 2008, s. 306-313). Weber memurlara belirli bir itibar ve statü veren ve dışarıdan yönelebilecek tehlikelere karşı koruyan bir anlayışı ortaya koymuştur.

piyasa ekonomileri için en uygun örgütlenme modelini oluşturmaktadır (Weber, 2008, s. 321). Kapitalizmin gelişmesi ve devletin düzenleyicilik işlevine duyulan gereksinimin artmasıyla kapitalist toplumsal yapının gerektirdiği düzene işlerlik kazandırabilecek, keyfi yönetimden uzak ve işleyişi yasalarla belirlenmiş teknik bir örgütün yani ideal tip bürokrasinin varlığı gerekli olmuştur (Akın, 2009, s. 109). Bu nedenle tarihsel gelişim olarak rasyonel bürokratik modelin özellikle sanayi devriminin sonucu ortaya çıkan modern kapitalist sistemin gereksinimlerine cevap verme amacı taşıdığı, üretim ve hizmet sunumunda etkinliği sağlamak için bürokratik örgütlerden geniş ölçüde yararlanıldığı belirtilmektedir (Gül, 1999, s. 17).

Geleneksel kamu yönetiminin ikinci özelliği, yönetim ve siyaset ayrılığını rehber ilkelerden biri olarak kabul etmesidir. Siyasetçiler karar verecek, yöneticiler de bunu yerine getireceklerdir. Bu görüş kamu yönetiminde, özellikle Amerikan kamu yönetimi anlayışında oldukça etkili bir mit haline gelmiştir (Hughes, 2014, s. 110). Wilson, "İdarenin İncelenmesi" *(The Study of Administration, 1887)* başlıklı makalesinde[34] "idare, politikanın mücadele ve telaşından uzak olmalıdır" diyerek siyaset ve yönetim arasındaki ayrımın altını çizmiştir (2012, s. 22). Weber, siyasetten ayrı "ussal" bir mantığa ve işleyişe sahip bürokrasi değerlendirmesiyle yönetim siyaset ikiliğini benimsemiştir. Wilson ve Weber'in görüşleri, siyaset ve kamu yönetiminin alanlarının farklı olduğu, siyasetçilerin kamu politikalarına ilişkin temel kararları vermesini, kamu görevlilerinin de bunları uzmanlık ve teknik bilgilerine göre en etkin ve tarafsız olarak uygulayacakları esasına dayanır. Benzer şekilde Taylor'un Bilimsel Yönetim Yaklaşımı, bilimsel yöntemler kullanılmak suretiyle işletme bazında yönetimi *(management*) teknik bir süreç olarak ele alarak her iş için "en iyi tekniğin" bulunabileceğini vurgulamıştır. Taylor yönetimi, kendisine ait ussallığa ve piyasaya bağlı nesnellik özellikleriyle değerlendirerek bu ayrıma dolaylı katkı yapmıştır[35]

[34] Wilson'nun siyaset yönetim ayrımı önerisini getiren makalesi ABD'de de rüşvet ve yolsuzlukların yaygın olduğu ganimet *(spoils)* sisteminin ardından gelmiştir. Wilson, ganimet sisteminin olumsuzluklarının idare ile siyasetin iç içe geçmesinden ve yöneticilerin siyasi bir tavırla davranmasından kaynaklandığına inanıyordu (Hughes, 2014, s. 108; Behn, 1998).

[35] Taylor'un işletme düzeyindeki çalışmalarının sonucunda, evrensel bir yönetim anlayışı, bilimsel karar alma, yönetici-çalışan işbirliği, işlerin standartlaştırılması, yönetici ve çalışanların eğitimi, çalışanların bilimsel yöntemlere göre seçimi, parça başı ücret, primler gibi birçok fikir ve tekniklerin etkileri günümüze kadar taşınmıştır (Taylor F., 2007; Locke, 1982, s. 22). Taylorcu örgütsel verimlilik anlayışı özel şirketlerden kamu örgütlerine yayılarak, işbölümü, uzmanlaşma, yetki ve sorumluluğun dengelenmesi, hizmetlerin ayrılması gibi ilkeler kamu yönetimine Bilimsel Yönetim Yaklaşımı aracılığıyla sirayet etmiştir (Kalfa, 2011, s. 408). Günümüzde kamu yönetiminde kamu kurumlarında

(Ergun, 2004, s. 9; Güven, 1976, s. 50-51; Eryılmaz, 2013, s. 44). Kapitalist bir sistem içinde siyaset ve yönetimi bu şekilde ayrıştırarak tanımlama isteğinin arkasında yönetimin denetlenmesini kolaylaştırma ve yönetimin siyasallaşmasını engelleme düşüncesi yatmaktadır.

Siyaset ile yönetim arasındaki bu ayrım, zaman içinde bulanıklaşmış ya da "abartılı" bulunmuş olsa da politik ve idari konuların etkileşimi nedeniyle hükümetlerin nasıl işlediğini anlamak için kilit bir öneme sahiptir ve kamu yönetimi alanında önemini korumaktadır. Bununla birlikte, belki de daha önemlisi, siyaset ve yönetimin ayrılması GKY'nin hesapverebilirlik anlayışının merkezinde yer almaktadır; buna göre yöneticiler siyasi *"master"*'larına karşı sorumlu tutulmakta ve sadece onlar aracılığıyla vatandaşlara karşı sorumlu olmaktadır. Bu görüşe göre, demokratik bir yönetimin gereği olarak tarafsız ve yetkin bir kamu hizmeti seçilmiş siyasi liderler tarafından denetlenebildiği ölçüde yerine getirilmektedir (Denhart ve Denhart, 2016, s. 7). Buna göre GKY anlayışında, kamu hizmetlerinin kapsam ve içeriği siyasal süreç tarafından belirlenmekte, siyasetçiler topluma hesap vermekte, liyakat ve uzmanlık ilkeleri üzerinden işleyen kamu örgütleri ya da kamu bürokrasisi verimlilik ve etkinlik ölçütleri içinde kamu hizmetlerini üreterek topluma sunmaktadır (Şaylan, 2012, s. 618). Geleneksel kamu yönetimi anlayışında verimlilik kavramı önemli bir yere sahiptir. Behn'e göre buradaki verimlilik anlayışı kişisel değildir ve bu yüzden adildir. Yönetimin siyasetten ayrımı, en iyi iş süreçlerinin tasarımında bilimsel yöntemlerin uygulanması ve bu iş süreçlerinin hükümetin bürokratik örgütleri aracılığıyla yerine getirilmesi sadece politikaların değil bunların uygulamalarının da adil olmasını sağlayabilmektedir (1998, s. 133).

Geleneksel kamu yönetimi anlayışın üçüncü özelliği, devletin kamusal mal ve hizmetlerin üretim ve dağıtımında kendi örgütleri (bürokrasi) aracılığıyla doğrudan rol alması düşüncesidir. Stewart ve Walsh'a göre, bu özellik kamu hizmetlerinin geleneksel yönetim ve örgütlenmesinde, "*kendi kendine yeterlilik"* özelliğine yani bir kamu örgütünün tek bir fonksiyondan sorumlu olması ve bunu kendi personeli ile yerine getirmesi anlamına gelmektedir. Bu durumu destekleyen diğer özellikler,

uygulanan performans yönetimi anlayışının Taylor'un önerdiği düşüncelerinin yeniden yorumlanması olarak düşünmek yanlış olmaz.

örgütsel hiyerarşi yoluyla *doğrudan kontrol*, hizmetin sunumunda *tek biçimlilik* [36]*, standartlaştırılmış süreçlerin uygulanması*, politik süreçler yoluyla yukarıya doğru *hesapverebilirlik* anlayışı şeklinde sıralanmaktadır. Bu özellikler genellikle temsili demokrasilerde düzenli seçimler dışında vatandaşların katılımının az olduğu ve temelde devlet tarafından sağlanan bir kamu hizmeti anlayışına işaret etmektedir. Bürokratik rasyonalite ve hiyerarşiye güçlü bir inanç vardır ve vurgu kolektiftik üzerinedir. Özgürlükten çok eşitlik, adalet ve tarafsızlık önde gelen değerlerdir. Kamusal alanın değerleri özel alanın değerlerinden tamamen ayrı olarak görülmekte ve kamu hizmetlerinin sağlanmasında temel olarak devletçi, paternalistik bir yaklaşım izlenmektedir (1992, s. 509).

GKY'nin dördüncü özelliğinde kamu yönetimi, yönetimin özel bir biçimi olarak kabul edilmekte kamu yönetimi ile özel sektör yönetimi arasındaki farklılıklara dikkat çekilmektedir. Boyne, kamu ve özel yönetim arasındaki farkların[37] dört temel değişken üzerinden ele alındığını belirtmektedir. Bunlar; *çevre*, *örgütsel hedefler*, *örgütsel yapılar* ve *yöneticilerin değerleri*dir. Bu değişkenler, kamu ve özel sektör yönetimlerinin temel işlevlerini nasıl yürüttüğüne ilişkin farklılıkları oluşturmaktadır. Bu farklılıklardan ilki, kamu yöneticilerinin daha karmaşık, değişken, dış etkilere daha açık ve rekabetçi baskıların daha az olduğu bir çevrede iş görmesidir. İkincisi, kamu örgütlerinin kendine özgü ve ulaşılması gereken çok sayıda hedefleri vardır ancak bu hedefler her zaman çok belirgin değildir. Üçüncüsü, kamu kurumları yapı olarak daha bürokratik ve süreç odaklı bir işleyişe sahiptir. Dördüncüsü, kamu örgütlerindeki yöneticiler daha az özerkliğe sahip ve değerler konusunda ise daha az materyalist, kamu yararına hizmet etme konusunda daha yüksek motivasayona sahip ancak özel sektöre göre örgütsel bağlılıkları daha düşüktür (2002, s. 103).

[36] GKY'de herhangi bir konu/olay *(case)* olarak adlandırılır ve bir konunun tek *(uniform*) biçimde ve tahmin edilebilir şekilde nasıl ele alınması gerektiğini belirlemek için sıkı kurallar bütününün oluşturulmasına ihtiyaç vardır (Lane, 1994, s. 144).

[37] Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. Allison, G. (1979). "İçinde Shafritz, J. And Hyde, A. (Eds.), *Classics of Public Administration.* Belmont: Wadsworth,; Sayre, W. (1958). "Premises of Public Administration: Past and Emerging*". Public Administration Review*, Vol.18, No. 2, pp.102-105; Bozeman, B. and Bretschneideider, S. (1994). "The Publicness Puzzle in Organization Theory: A Test Of Alternative Explanations of Differences Between Public and Private Organizations'. *Journal of Public Administration Theory and Research,* Vol. 4, No. 2, pp. 197-223.

Denhart ve Denhart, 'Eski Kamu Yönetimi' *(Old Public Administration)* olarak adlandırdığı Geleneksel Kamu Yönetimi ile ilgili şu özellikleri tanımlamıştır (2016, s. 11-12);

- Hizmetler doğrudan devlet kurumları ya da yetkilendirilmiş kurumlar aracılığıyla yerine getirilir.
- Kamu politikası ve yönetimi, politik olarak belirlenmiş tek bir hedefe odaklanmış politikaların uygulanması ile ilgilenmektedir. Kamu programları, en iyi şekilde hiyerarşik olarak örgütlenmiş kurumlar tarafından yönetilir.
- Kamu yöneticileri politikaların oluşturulmasında sınırlı bir rol alırken daha çok politikaların uygulanmasından sorumludurlar.
- Hizmetlerin sunumu, seçilmişlere karşı sorumlu olan yöneticiler tarafından yapılmalı ve yöneticilere sınırlı takdir yetkisi verilmelidir.
- Yöneticilerin sorumluluğu, demokratik olarak seçilen siyasi liderleredir.
- Kamu örgütlerinin temel değerleri verimlilik ve rasyonelliktir.
- Kamu kuruluşları, kapalı sistemler olarak en verimli şekilde olarak çalışır; bu nedenle vatandaşların katılımı sınırlıdır.
- Kamu yöneticisinin rolü büyük ölçüde planlama, örgütleme, personel alımı, yöneltme, koordine etme, raporlama ve bütçeleme olarak tanımlanmaktadır.

2.2. Neoliberal Yaklaşımlar

Neoliberalizm 1980'lerde öne çıkan ekonomik bir model veya "paradigmaya" atıf yapan oldukça geniş ve genel bir kavramdır. Kendi kendini düzenleyen piyasanın klasik liberal ideali üzerine inşa edilen neoliberalizm[38] (Steger ve Roy, 2010, s. 37), liberalizmin 1870'lerden 1970'lere kadar olan süreç içindeki gelişiminin bir eleştirisini

[38] Neoliberalizmin kökenleri, on sekizinci ve on dokuzuncu yüzyıllarda liberal politik iktisatçılar tarafından geliştirilen serbest piyasa ve bireysel özgürlüğün doğasının belirli anlayışlarında yatmaktadır. Adam Smith, serbest piyasayı toplumun temel örgütlenme özelliği olarak gören ve piyasa faaliyetlerine devlet müdahalesinin doğal olarak yıkıcı olduğuna inanan bir felsefenin kurucu figürü olarak kabul edilmektedir. Smith, piyasanın bireysel ve sosyal refahı ve en önemlisi insan özgürlüğünü güvence altına alabileceğini savundu. Paradoksal olarak, bireylerin kendi kişisel çıkarları arayışı doğal olarak kollektif refahı artırmaktadır. Bencil bir arzu ve kâr elde etme isteği, piyasadaki rekabet ile sınırlıdır çünkü üreticiler arasındaki serbest rekabet kaçınılmaz olarak fiyatların düşmesine ve dolayısıyla arz ve talep arasında "doğal" bir dengeye yol açmaktadır. Bu kendi kendini düzelten mekanizmaya müdahale edilmediği sürece refah sağlanmış olur. Smith'in bakış açısından, piyasaya müdahalenin tek gerekçesi, özgürlüğün tam olarak korunmasıdır (Ellison, 2011, s. 58).

ve kendi alternatiflerini ortaya koymaya çalışan 'yeni' bir biçimi olarak tanımlanmaktadır. Klasik liberalizmin aynen canlandırılmasından çok liberal öğretinin gelişim sürecinde ortaya çıkan hatalarından arındırılarak 'gerçek liberalizm'in [39]ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır (Sallan Gül, 2004, s. 34). Bu anlamda belirli bir ekonomik örgütlenme biçiminin 'iyi' olarak idealleştirildiği liberalizmin neoliberalizm aşaması, idealleştirilmiş bir piyasa ekonomisi modeli ve tam rekabetçi kapitalizm biçimine bürünerek kendisini 'devlet-piyasa karşıtlığı' biçiminde konumlandırmakta ve bu açıdan devlet merkezli anlayış karşısında bir alternatif olma iddiası taşımaktadır (Gürgen Kutun, 2012, s. 27).

Genel olarak neoliberalizm, faydacı birey, serbest piyasa, sınırlı devlet müdahalesi, anti-refahizm ve serbest ticaretin üstünlük prensipleri üzerine kurulu ideolojik bir konumu temsil eder (King, 1987). Harvey neoliberalizmi, "insanların refahının ancak kişilerin girişimcilik özgürlükleri ve yeteneklerinin, güçlü özel mülkiyet hakları, serbest piyasa ve serbest ticaret, devletin piyasalara minimum müdahalesi kurallarına dayalı bir kurumsal çatı altında serbestleştirilmesi ile sağlanabileceğini öne süren politik ekonomik uygulamaların teorisi" olarak tanımlanmaktadır (2005, s. 2).

Neoliberalizm, ekonominin her alanında, daha da ötesi toplumun genelinde, piyasaya ve piyasanın kaynakları verimli kullanma kapasitesine duyulan güçlü bir inancı yansıtmaktadır (Mooney, 2013, s. 66). Neoliberalizme göre piyasa, kaynakların etkin dağıtımı anlamında akılcılığı simgeler. Hükümet müdahalesi hem bu akılcılığı ihlal ettiği hem de özgürlüğe zarar verdiği için istenmeyen bir şey olarak görülür (Munck, 2007, s. 107). Piyasa, serbestlik, doğallık ve kendiliğindenlik olarak tanımlanırken, başta devlet olmak üzere bunun dışında kalan tüm mekanizmalar kısıtlayıcı, sınırlandırıcı ve kolektivist olarak nitelendirilmektedir (Güler, 2003, s. 70). Piyasanın egemenliği fikri, liberalizmin eskiden beri toplumu hem ekonomik hem de politik olarak özgürleştireceği önermesine dayanmaktadır. Bu önermenin altında son derece basit bir mantık yatar. Mal ve hizmetlerin tüketiminden sağladığı faydayı

[39] Neoliberalizm; birey, seçme özgürlüğü, serbest piyasa sistemi ve sınırlı hükümet ilkelerine dayanır. Neoliberallare göre, devlete pozitif haklar tanıyan, toplumcu, politik katılımı ve demokrasiyi benimseyen, sosyal adaleti gerçekleştirmeyi hedefleyen sosyal liberalizm, liberalizmi özünden koparmıştır. Bu nedenle, neoliberaller kendi çabalarını liberalizmde bir öze dönüş ve hatta gerçek liberalizme ulaşma çabası olarak görürler (Sallan Gül. 2004, s. 37).

ençoklaştırmayı amaçlayan rasyonel birey, belirli sınırlar içinde piyasanın gönderdiği sinyalleri ve bilgiyi değerlendirerek üretim, tüketim, tasarruf, çalışma alanı ve çalışma süresi konusunda tercihler yapar. Bu tercihler sonunda da içinde bulunduğu sınırlar içinde en iyi konuma gelir. Bu nedenle bireyi sınırlayan her türlü engelin üretim, tüketim, hizmetler, ticaret vb. birçok alanda kaldırılması gerekir. Önemli olan piyasaların tüketici, şirket ve devletlere gönderdiği bilginin oluşmasına yardımcı olunması ve engellenmemesidir. Birey ancak bu şekilde önündeki seçenekleri akılcı biçimde değerlendirip karar verebilir. Piyasanın bu rolünü yerine getirmesindeki en önemli güçlük ise devlet/hükümet tarafından konmuş düzenlemelerdir. Bu nedenle piyasaların serbest işleyişini engelleyen her türlü engelin kaldırılmasıyla mal ve hizmet üretiminde kullanılan kaynakların en iyi ve en verimli biçimde dağıtılmasını sağlanır (Kurmuş, 2010, s. 17).

Neoliberalizm devlet ve piyasanın birbirinden ayrı ve karşılıklı olarak birbirini dışlayan kurumlar olduğunu varsayar. Bu varsayıma göre birinin genişlemesi ötekisinin gerilemesi pahasına gerçekleşir. Piyasaların verimli, devletlerin ise müsrif ve ekonomik açıdan verimsiz olduğu iddia edilir ve devlet müdahalesinin ekonomik sorunlar yarattığı, özellikle de kaynakların yanlış tahsis edilmesi, rantiyecilik ve teknolojik gerilik gibi sonuçlar doğurduğu ileri sürülür (Saad-Filho, 2006, s. 19). Devlet müdahalesi aynı zamanda ekonomik ve sosyal gelişmeyi engellemektedir. Devletin işgücü piyasasına yönelik düzenlemeleri esnekliğe izin vermeyerek ekonomik büyüme ve yeni iş alanlarının yaratılmasını, refah devletinin sağladığı sosyal koruma ve yeniden dağıtımcı politikalar da ekonomik gelişmeyi engellemektedir (Clark, 2002, s. 771). Bu nedenle devletler, planlama, tam istihdam, kapsayıcı sosyal refah sistemleri kurmak gibi politikalardan vazgeçerek refah programlarını azaltıp piyasa yönelimli politikaları genişleterek ekonomik etkinliğin artırılması, ticaretin serbestleştirilmesi ve uluslararası rekabetin geliştirilmesine odaklanmalıdır. Devletin ekonomik alandaki işlev ve girişimlerinin piyasaya devredilerek[40] devletin bu süreçte bu fikirleri destekleyen kurumsal bir çerçevenin oluşturulması ve korunması kapsamında ‘düzenleyici’ bir rolde olması istenmektedir.

[40] Connell’in ifadesiyle serbest piyasanın egemenliğinde gerçekleşen bu ekonomik ve sosyal dönüşüm, neoliberal projenin adım adım uygulanmasına olanak sağlayan kurumsal düzenlemeler (2014, s. 22-23) ya da “D-L-P Formülü” olarak adlandırılan deregülasyon, liberalizasyon ve özelleştirmeye karşılık gelen somut kamu politikaları uygulamaları ile gerçekleşmektedir (Steger ve Roy, 2010: 41).

Devlet, özel mülkiyet haklarını güvence altına almak için gerekli olan savunma, güvenlik ve yasal yapıları oluşturarak piyasanın düzgün işleyişini garanti altına almalı aynı zamanda asgari hizmet sağlama standartlarını oluşturmalıdır. Hatta arazi, su, eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi alanlarda piyasa mevcut değilse bunlar devlet tarafından oluşturulmalıdır (Harvey, 2005, s. 2; Larner, 2000, s. 6-7; Şaylan, 2003, s. 137; Kotz, 2002, s. 64-65; Haque, 2006, s. 197).

Neoliberal yaklaşımlar, kamu hizmetinin tanımlanmasında kamusal mal kavramından hareket ederler. Kamusal mal kavramı, piyasa mekanizmasına dayalı liberal ekonomik düzenlerde, sahip oldukları bazı özellikler nedeniyle özel girişimciler tarafından hiç ya da yeteri kadar üretilemeyen mal ve hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşıma göre, kamusal nitelikteki malların devlet tarafından, bunların dışında kalan özel malların ise piyasa mekanizmasına dayalı koşullarda üretilmesi gerektiği öne sürülür (Orak, 2007, s. 170). Bu durumda kamu hizmeti, piyasa tarafından yerine getirilmesi mümkün olmayan sınırlı durumlar için söz konusu olabilecektir. Bu nedenle, kamu malları teorisi özel sektör ile kamu sektörünün sınırlarının belirlenmesi, özelleştirme, kamu hizmetlerinin piyasaya açılması ve kamu hizmetlerinin fiyatlandırılması tartışmalarında öne çıkmaktadır (Yılmaz, 2008, s. 1221; Kayıran, 2013, s. 148).

Neoliberaller, önceden kamu tarafından sunulan mal ve hizmetlerin serbest piyasa ve bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılamak için kurdukları kooperatifler, klüpler gibi gönüllü hizmet üreten kuruluşlardan karşılanmasını isterler. Bu tür kuruluşların üyelerinin ihtiyaçlarını karşılaması durumunda devletin sunduğu kamu hizmetinden sadece bu hizmettin bedelini ödeyebilenler yararlanabilecektir. Ayrıca değişik toplulukların sunduğu mal ve hizmetlerin bireyin seçim özgürlüğünü artıracağı, sunulan hizmet hakkında mükemmel bilgiye sahip olunacağı, serbest yerleşim ve seyahat özgürlüğünün gerçekleşeceği ve böylece teknolojik olanakların da gelişeceği kabul edilmektedir. Buna karşılık savunma, adalet gibi bazı kamu mallarının devlet tarafından karşılanması gerektiği ileri sürülmektedir. Diğer bir deyişle neoliberaller devlete karşı piyasayı her zaman üstün görseler de piyasanın yetersiz ve başarısız olacağı alanlarda kamuya sığınmayı tercih ederler. Ancak, günümüzde eğitim ve sağlık alanlarında olduğu gibi bu alanlar tekrar kar getiren alanlar olarak görüldüğünde bu alanların tekrar piyasa açılması (Sallan Gül, 2004, s.

130-131; Sallan Gül, 1999, s. 78-79) ya da küresel finans krizi durumlarında kendi koşulları ile devlet müdahalesine sıcak bakarlar (Mooney, 2013, s. 66).

Neoliberaller kamu yararı ve toplum kavramlarının yerine bireysel ve ailevi sorumluluk kavramlarını koyarlar. Neoliberalizm'de birey, grup ya da bir topluluğun üzerinde görülür. Buna göre, toplumdaki en yoksul insanlar sağlık hizmetleri, eğitim ve sosyal güvenlik ihtiyaçları için kendi çözümlerini kendileri bulmalıdır. Bununla beraber çözüm yollarını bulmakta başarısız olan kişiler ise tembel olmakla suçlanırlar. Neoliberal ideolojiyi savunanlar için etik, ahlak ve sosyal idealler devlet ya da özel teşebbüsün değil bireyin kendi sorumluluğunda görülmektedir (Mc Gregor, 2001, s. 84).

Neoliberalizmde, kamu yönetiminin "sosyal adalet, eşitlik, demokratik katılım ve kamu malı" gibi geleneksel değerlerinin yerini "rekabet, özelleştirme, bireysel sorumluluk ve tercih" gibi kavramlar almıştır. Bu çerçevede vatandaş kavramı yerine "müşteri" ve müşterinin artan ve değişen istekleri konarak küresel tüketim kalıpları yerleştirilmeye çalışılmıştır. Neoliberaller, "kalite, rekabet, karlılık ve verimlilik" gibi piyasa ilkelerine göre işleyen bir kamu yönetimi anlayışının müşteriye en iyi hizmeti sunacağını belirtmişlerdir (Sallan Gül, 1999, s. 69-71).

Neoliberalizmin birey, seçme özgürlüğü, piyasaların üstünlüğü ve minimal devlet değerleri üzerine inşa ettiği politika gündemi ve kamu yönetimindeki dönüşümlere kaynaklık eden kuramlar temelde iktisadi kökenlidir. Yeni Kurumsal İktisat (kamu tercihi teorisi, işlem maliyetleri, ajans ya da asil-vekil teorisi), işletmecilik *(managerialism*) gibi ekonomi ve işletmeci temelli bu kuramlar yeni kamu işletmeciliği, yönetişim yaklaşımlarına kaynaklık etmekte ve bu yaklaşımlarla neoliberalizm arasındaki güçlü bağı ortaya koymaktadır.

2.2.1. Kamu Tercihi Okulu

Kamu tercihi okulu yeni liberalizmin önemli entelektüel temsilcilerinden biridir. Ekonomik varsayım ve teknikler, politik ve sosyal davranışlara uygulanarak politikacılar, seçmenler, siyasal partiler ve bürokratların davranışları ekonomik bir perspektif içinde ele alınmaktadır. "Politik piyasa"daki bu aktörlerin eylemlerini analiz etmede faydacı felsefenin rasyonel birey modeli temel alınır. Bireyler "*homo*

economicus" varsayımı içinde kişisel faydasını ya da zenginliğini maksimize etmeye çalışan, çıkarcı ve rasyonel varlıklar olarak düşünülmekte ve tüm sosyal varlıkların temelde bireysel aktörlerden oluştuğu kabul edilmektedir (King, 1987; Sallan Gül, 2004, s. 38-39; Aksoy, 1995, s. 165; Lane, 2000, s. 206). Birey temel analiz birimi olduğundan bireysel davranışla[41] ilgili varsayımlar tutarlı bir teorinin oluşturulmasında önemli hale gelmektedir (Ostrom ve Ostrom, 1971, s. 205).

Kamu tercihi teorisi, devlet kavramını bireyle ilişkilendirerek devleti bireylerin ortak çıkarları doğrultusunda oluşturdukları bir organ olarak tanımlamaktadır. Devlet ve diğer politik birimler, bireylerin bazı amaçları (belirli mal ve hizmetlerden yararlanmak gibi) birlikte gerçekleştirmek üzere işbirliği halinde hareket etmelerini sağlayan fakat temelde birey tercihlerinin bir sonucu olarak oluşturulmuş kurumlar olarak görülür (Aktan ve Dileyici, 2007, s. 17). Hem liberaller hem de kamu tercihi teorisyenleri için özgürlük ve bireycilik temel değerlerdir. Onlara göre, bireycilik ilkesi ile bağdaşmadığı için toplum ya da sınıf gibi organik bir bütün/varlık yoktur. Bu nedenle kamu kurumları bireysel özgürlüğü maksimize edecek şekilde düzenlenmelidir. En önemlisi bu kurumlar politikacılar tarafından harcama ölçeğinde sınırlandırılmalı ve kamu sektörü tekeli en aza indirilmelidir. Devletin hangi mal ve hizmetleri üreteceği, harcama ve vergilendirme gücü sınırlı bir biçimde ve anayasal olarak belirlenmelidir.[42] Hükümet faaliyetlerinin açık şekilde tanımlanması sınırlandırmanın önemli bir aracı olarak görülmektedir. Bu nedenle KTO anayasal hükümet anlayışının güçlü bir savunucusudur. Anayasal olarak sınırlandırılmış bir çerçevede devletin en önemli işlevi toplumsal ve ekonomik düzenin korunmasıdır.

[41] Ostromlar, kamu tercihinin birey davranışı ile ilgili varsayımlarının şunlar olduğunu belirtir. 1- Kişisel çıkar *(self-interest*): bireylerin, bencillikten farklı olarak kısa ya da uzun vadede birey tarafından kişisel ya da kollektif yönleriyle algılanabilen çıkarlarıyla motive olmasıdır. 2- Rasyonellik *(rationality*): bireyin daha üst (*superior*) seçenekleri, daha düşük düzeyde (*inferior)* olanlara tercih edeceği varsayılır. A'yı B'ye, B'yi C'ye tercih eden bir kişi A'yı, C'ye tercih edecektir. 3- Fayda-maksimizasyonu *(benefit-maximizing*): bireylerin faydalarını en çoğa çıkarmak için stratejiler kullanacağı varsayılır.4- Belirsizliği en aza indirmek (*uncertanity-minimizing)*: bireyler seçimlerinin sonucundaki belirsizlikleri azaltmak için stratejiler kullanırlar. Örneğin, daha farklı alternatifler hakkında daha fazla bilgi edinmeyi istemek gibi (1971, s. 205).

[42] İdari hukuk alanında "iktisadi yaklaşım" olarak ifade edilen bu anlayışa göre, kamu hizmetine bağlanan ve genellikle kabul gören ölçütler ve sonuçları günümüz dünyasında bir gerçekliğe sahip olmadığı gibi neredeyse yüzyıldır değişmeden geçerliliğini sürdürmesi bir tehdit olarak görülmektedir. Bu nedenle kamu hizmeti kavramı bu değişime duyarlı biçimde tamamıyla yeni bir tanıma kavuşturulması, bu tanımın da iktisadın belirlediği ölçütlerle yapılması gerektiği iddia edilmektedir (Ozansoy, 1997, s. 86). Bu yaklaşımın eleştirel bir analizi için bkz. Ozansoy, C. (1997), "Türkiye'de Kamu Hizmeti Tartışmaları: Bir Hamaset ve Habaset Alanı", *AÜHFD*, Cilt, 46, No. 1-4, ss.85-100.

Diğer bir deyişle, mülkiyet haklarının korunması, geliştirilmesi ve bireyler arasında yapılan sözleşme ve anlaşmalara uyulmasının sağlanmasıdır (King, 1987, s. 11-12; Sallan Gül, 2004, s. 40).

Okulun yeni liberalizme başlıca katkısı, refah devletçi liberalizm döneminde yerleşen düşünsel alışkanlıkları tersyüz etme etkinliğinde ortaya çıkmaktadır. KTO, kamu politikalarında piyasa başarısızlıklarını telafi edecek bir unsur olarak devlet müdahalelerine başvurulduğunu, bunun devletin siyasi ve bürokratik mekanizmasıyla tarafsız bir biçimde kamu yararını belirleyip, piyasanın bireyler için yarattığı bazı risk ve zorlukların hafifletilmesi inancına dayandığını belirtmektedirler. Bu görüşten yola çıkarak bireysel tercihlerin sisteme doğru ve başarılı bir biçimde yansımasını sağlamak için bu inancın çürütülmesi önemli amaçlarından biri olmaktadır. Piyasa başarısızlıklarının hiçbir biçimde devlet müdahalesini zorunlu kılmadığı aksine devlet müdahalesinin bu olumsuzlukları daha da derinleştiren sonuçlara yol açacağı çalışmalarının belirleyici temasıdır (Pekel, 1994, s. 105-106). Kamu tercihi okuluna göre, devlet müdahalesi tekelleri teşvik eden, girişimci davranışı baskılayan, seçimleri sınırlandıran, istenenden daha fazla hizmet üretilmesine neden olarak israf ve verimsizliğin nedeni olarak görülmektedir. Tersine, piyasalar ise rekabet, seçim ve özgürlüğün artırılması, verimlilik artışı, piyasa mekanizmaları yoluyla faaliyetlerin koordinasyonu ve girişimci davranışı teşvik edici özelliktedir. Burada devletin rolü piyasa mekanizmalarının işleyişinde yalnızca bu sürecin bir "kolaylaştırıcısı" ve piyasa için bir düzenleyici olmasıdır. Bu nedenle kamu yönetimi uygulamaları mümkün olan yerlerde iç ve dış piyasaların oluşturulmasını gerektirmektedir. Bunun anlamı, özelleştirmeler ve piyasa testinden, satın alan/sağlayıcı ayrımına kadar değişen ölçülerde "yaptıran" otorite ve sözleşmeci devlet anlamına gelmektedir (Gray ve Jenkins, 1995, s. 84). Kamu tercihi okulunun devletin, toplum ve piyasadaki rolüne dikkatli ve sınırlı bir şekilde yaklaşmasının en önemli nedeni devlete tanınan her yetkinin bireyin hak ve özgürlüklerini sınırlandırdığına ve politikacılarla bürokratlar tarafından kötüye kullanılma riskinin bulunduğuna inanmalarından kaynaklanmaktadır (Sallan Gül, 2004, s. 42).

Bürokrasi ve bürokratik davranış, kamu tercihi okulunun önemli ilgi alanlarından biridir. Bürokrasiye yönelik eleştirilerini temel alan çalışmalarda genel olarak devlet hizmetlerinde aşırı arzın olduğu, kamu harcamaları arttıkça bürokratik

mekanizmanın genişlediği, böylece hükümetlerin giderek daha fazla piyasaya müdahale etmek durumunda kaldığını belirtilmektedir (Buchanan, 1978; Tullock, 1976). Niskanen (1971)'e göre, bürokratların temel amacı bütçelerini, kişisel statülerini ve gelirlerini artırmaktır. Bürokratlar, sırf kamu görevinde olmaları nedeniyle tarafsızca ve tamamıyla kamu yararını gözeterek yasaları uygulayan ve kamu politikalarının oluşturulmasına katkıda bulunan kişiler değildir. Kamu sektöründe kar güdüsünün yokluğu, kendi çıkarını düşünen rasyonel bürokratları kayıtsızca bürolarını genişletme yönünde hareket etmeye teşvik eder. Bu eğilim, yeniden seçilmek için seçmenlere mal ve hizmet sunma konusunda vaatte bulunan politikacılar için de söz konusudur. Bu, hizmet ve malların maliyeti ya da maliyetin nasıl dağıtılacağının gözardı edilmesi demektir. Politik alanda piyasa mekanizmalarının yokluğu ya da teşvik ve sınırlama mekanizmalarının olmamasının devletin büyümesine ve kamu sektöründe birçok soruna neden olduğunu belirtilmektedir (King, 1987, s. 11-12; Sallan Gül, 2004, s. 43; Barry, 2012, s. 507). Bununla beraber, büyümüş ve hantallaşmış bir kamu sektörü hızla değişen koşullara uyum sağlamada zorluk çekmekte ve hata yapma eğilimi artmaktadır. Denetimlerin artırılarak bürokrasilerin aksaklıklarını düzeltme çabaları ise sadece bu sorunların büyümesine neden olmaktadır (Ostrom ve Ostrom, 1971, s. 209).

Kamu tercihi okulu teorisyenleri, bölünmezlik ve dışlanmazlık ilkeleri ve birçok kamu hizmetinin zorunlu olarak içerdiği dışsallık olgusu nedeniyle, bedavacılığın *(free-riding)* teşvik edildiğini belirtirler. Onlara göre, kamunun mal ve hizmet sunma anlayışı terk edilmeli, hizmet sunumu serbest piyasada ve 'rekabet' ve 'müşteri' anlayışı içinde gerçekleştirilmelidir (Sallan Gül, 2004, s. 45). Rekabet eksikliği kamu sektöründeki kilit sorunlardan biri olarak görülmektedir. Piyasa güçleri disiplininin yokluğunda gevşek ve müsrif uygulamalar ortaya çıkabilir ve sağlayıcılar (bilinçli ya da bilinçsiz şekilde) hizmetlerin niteliğini ve niceliğini azaltabilirler. Rekabetten korunan alanlarda yöneticiler ve profesyoneller kaynak kullanımı kararlarının sonuçlarıyla yüzleşemezler. Benzer şekilde kullanıcı tercihinin olmadığı alanlarda da yöneticiler ve profesyoneller kendi çıkarlarını ve çalışma şartlarını geliştirme konusuyla kullanıcıların ihtiyaçlarının karşılanmasından daha fazla ilgilenmeye başlarlar (Mills, Bennett ve Russell, 2001, s. 2). Bu nedenle küçültülmüş bir kamu sektörü, piyasaların geliştirilmesi ve ilkelerinin benimsenmesi yoluyla

rekabetçi bir ortamda faaliyet göstermelidir. Devlet/hükümet, özel sektörün gücünü ve rekabet ortamını arttırmaya çalışmalıdır. Aynı zamanda, kamuda yönetilen *(managed)* ve iç piyasalar oluşturularak kamunun verimliliği artırılmalıdır. Bu sözleşme ilişkilerinin, hizmet sunumu ve hizmetleri örgütlemenin etkili bir aracı olduğuna duyulan inançla bağlantılıdır (Collins, Hunter ve Green, 1994, s. 45). Bu çerçevede KTO'nun kamu yönetimi konusundaki önerileri, kamuda mümkün olan her alanın rekabete açılması, fayda maliyet analizleri, yönetimin şeffaflaştırılması, bürokrasinin etkinliğini artırmak üzere performansa dayalı ücret sistemleri gibi teşvik sistemlerinin oluşturulması ve kamunun işleyişinin piyasa koşullarına yaklaştırılması şeklinde özetlenebilir (Çoban, 2003, s. 93).

Kamu Tercihi Okulu'na mensup iktisatçılar, tamamen saf kamu malları ile saf özel mallar arasında ayrım yaparlar. Saf özel mallar, yüksek düzeyde bölünebilir olan, ayrı birimler halinde paketlenip ayrılabilen ya da ölçülebilir nitelikteki mal ya da hizmetlerdir. Potansiyel tüketicilerinin ödemeye istekli olmadıkça faydalanmasının önlenebileceği ve serbest piyasa koşulları altında üretilen mallardır. Saf kamu malları ise, özel malların aksine potansiyel tüketicilerinin faydalarından kolayca dışlanamayacakları, yüksek oranda bölünmezlik içeren mal ve hizmetlerdir. Kamu malları bir kez sağlandıktan sonra maliyetleri kimin karşıladığına bakılmaksızın diğerleri de bundan yararlanabilir. Ulusal savunma hizmetleri kamu mallarına verilen klasik bir örnektir (Ostrom ve Ostrom, 1971, s. 206).

Kamu tercihi okulu teorisyenleri, serbest piyasada kararlara yön vermek için Pareto Optimalitesi İlkesini, politik piyasada ise "oy birliği" ilkesini temel alırlar. Pareto ilkesine göre, herhangi bir bireyin durumunu kötüleştirmeden diğer bireylerin durumunu iyileştirmek olanaklı değilse bu durum Pareto-optimum'dur ve neoklasik iktisadın bütün şartları sağlandığında bu ilke etkin olacaktır. Kamu Tercihi Okulu'na göre, yeterince sınırlandırılmayan ve çoğulcu demokrasi anlayışı temelinde işleyen bir politik piyasada, siyasetçiler birbirleriyle ya da çıkar gruplarıyla anlaşarak genel kamu yararından çok kendilerini ya da kendi gruplarını koruyacak şekilde oy kullanırlar. Bu yüzden tek tek kişisel tercihlerden, tüm toplumca kabul edilebilir ve genel kamu yararını artırıcı bir kamu tercihine varmak mümkün değildir. Bu sorunun çözümü ise, toplumdaki bireylerin rızası alınarak her türlü politika önerisinin oy birliği ile kabul edilmesidir. Oy birliği ilkesinin temel amacı, toplumda var olan kaynak ve

zenginliklerin bölüşümünün hiçbir kimsenin zararına olmayacak şekilde korunması ve artırılmasıdır. Ancak bu süreçte mülkiyet dağılımına dokunulmamalıdır. Bunun için gerekli kurumsal ve yasal çerçeve, sınırlı ve biçimsel demokrasidir (Sallan Gül, 2004, s. 40-42).

Kamu yönetiminin piyasacı ilkeler temelinde yeniden inşa edilmesi sürecinde Kamu Tercihi Okulu yeni sağ/yeni liberal iktidarlara rehberlik etmiş ve bu inşa sürecinin en önemli araçlarından biri olarak aşağıda ele alınan yeni kamu işletmeciliği yaklaşımına önemli kuramsal destek sağlamıştır.

2.2.2. Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı *(New Public Management)*

Yeni kamu işletmeciliği, "modern bürokrasilerde kamu hizmetlerinin etkinlik, verimlilik ve genel performansını geliştirmek için işletme yönetimi ve diğer disiplinlerde elde edilen bilgi ve deneyimlerin kamu yönetiminde kullanılmasına yönelik bir yaklaşımı" temsil etmektedir (Vigoda, 2003, s. 812).[43]

Yeni kamu işletmeciliği'ni ortaya koyan ilk isimlerden biri olan Christopher Hood'a göre bu yaklaşım, 1980'lerden itibaren egemen olan bir eğilimi yansıtmaktadır. Hood'a göre YKİ, harcamalar ve personel açısından azalmaya gidilerek devletin küçültülmesini, kamu hizmeti sunma ve üretme noktasında özelleştirme mekanizmaları ve yetki devrini içerir. Ayrıca kamu hizmetlerinin üretimi ve dağıtımında bilgi teknolojileri yardımıyla otomasyona geçilmesini ve bunların yanında politika tasarımı, karar verme biçimleri, devletlerarası işbirliği gibi uluslararası bir gündemin geliştirilmesini önerir (1991, s. 3).

Yeni kamu işletmeciliğinin kuramsal temelleri konusunda farklı görüşler olsa da temelde ekonomi eksenli kuramların yeni kamu işletmeciliği yaklaşımına kaynaklık

[43] Yeni kamu işletmeciliği anlayışı kendi içinde farklı varyasyonlara sahiptir. İşletmecilik *(Managerialism*), Piyasa Temelli Kamu Yönetimi *(Market-Based Public Administration*), Girişimci Yönetim *(Entrepreneurial Government*) bunlardan bazılarıdır (Lynn, 1998, s. 109). Üstüner, tüm bu farklı açılımların yeni sağ ve yeni liberalizmle büyük ölçüde uyumluluk ve tutarlılık gösteren tek bir yaklaşım ve uygulamalar bütünü olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu uyum ve tutarlılığı sağlamak yeni sağ'ın 'dönüştürme' sürecini aşabilmek ve sistemin yeniden üretimini sağlayabilmesi için kaçınılmaz bir gereksinimdir. Bu nedenle yeni sağ'ın 'küçük ama güçlü bir kamu yönetimi' kurma isteğinin gerektirdiği tüm uygulamalar "yeni kamu işletmeciliği" anlayışı ve diğer yaklaşımlarda yer almaktadır (2000, s. 25).

ettiği konusunda genel bir kabul vardır.[44] Akademisyenler, işletmecilik *(managerialism)* (Pollitt, 1993), kamu tercihi teorisi (Buchanan ve Tullock, 1962), işlem maliyetleri teorisi (Williamson, 1995) ve asil-vekil teorisi'nin (*principal-agent theory*) önemli etkileri olduğunu kabul etmektedirler (Terry, 2005, s. 430; Self, 1993, s. 3). İşletmecilik ya da Neo-Taylorizm profesyonellerin yönetimi, performans ölçümleri ve teşvik edici ödüllendirme sistemlerini içeren özel sektör uygulamalarına destek sağlarken, yeni kurumsal iktisat, kamu tercihi, işlem maliyetleri, asil-vekil teorisi ise piyasalar, rekabet ve desentralizasyon vurgularıyla öne çıkmaktadır (Dawson ve Dargie, 2005, s. 35). Kamu sektöründeki reformlara kaynaklık eden bu teorik yaklaşımlar, sadece sözleşmelerin oluşturulması, özelleştirmeler için değil kamu ve özel sektör arasındaki ilişkileri değiştirmek ve kamu kuruluşlarının örgütsel yapıları ve iç yönetimlerini değiştirmek için ileri sürülen tartışmaların temelini oluşturmaktadır. Ekonomi temelli bu kuramlar, yeni kamu işletmeciliğinin temel ilkeleri açısından belirleyici olmuştur (Batley ve Larbi, 2004, s. 36).

İdeolojik kaynakları bakımından yeni sağ ideoloji üzerinde yükselen yeni kamu işletmeciliği yeni sağın kamu yönetimi dünyasında gerçekleştirdiği değişimlerin teknikerliğini üstlenmiş (Güler, 2003; Aksoy, 1995), 1980 sonrası birçok ülkenin kamu sektöründeki reformlar ve bunların sonuçlarının kavramsallaştırılması ve teorileştirilmesinde etkili olmuştur (Al, 2007, s. 17). Literatürde Avustralya, Britanya ve Yeni Zelanda kamu sektörü reformlarında yeni kamu işletmeciliği yaklaşımını uygulayan ilk ülkeler olarak sıklıkla anılmaktadırlar (Mascarenhas, 1993; Hunter, 2008; Page, 2005). Başta bu ülkeler ve dünyanın birçok ülkesindeki uygulamalar arasında farklılıklar olmasına rağmen genel olarak reformlar benzer bir içeriğe sahiptir ve piyasa ekonomisinin siyaset ve yönetim alanında bir model olarak kullanılmasını temel almaktadır. Kamuya ait varlıkların satışı yoluyla özelleştirmeler; kamu harcamalarının azaltılması; kamu bütçeleme sistemlerinin değiştirilmesi; kamuda işletmeci anlayışın geliştirilmesi; rekabeti teşvik edici düzenlemeler; performans

[44] Bu teorilerin bazen birbiri ile çelişen yönleri olmasına karşın devletin küçültülmesi ve piyasa yönelimli bir kamu yönetiminin nasıl oluşturulacağına ilişkin ortak bir noktada buluşmaktadırlar. Bu çalışma kapsamında YKİ'nin teorik temelleri çerçevesinde Kamu Tercihi Okulu ele alınmış, yeni kurumsalcılık, işlem maliyetleri, asil-vekil teorisi gibi ekonomik kuramlara çalışmanın sınırlılıkları nedeniyle kapsamlı şekilde değinilmemiştir.

ölçme sistemlerinin yaygınlaşması ve personel sistemlerinde değişiklikler gibi konular YKİ kapsamında yürütülen reformların ortak konuları olmuştur.

1970'lerden itibaren yükselen neoliberal ideolojinin refah devleti ve onun geleneksel kamu yönetimine yönelttiği eleştiriler ve memnuniyetsizlik YKİ'ye yönelişin temel nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir (Ateş, 2001, s. 51; Haque: 2004). Geleneksel Kamu Yönetimi (*Public Administration*) anlayışından Kamu İşletmeciliği'ne (*Public Management*) geçişi vurgulayan (Lane, 1994; Dunleavy ve Hood, 1994; Rommel, 2005) bu yaklaşım, devletin daha etkin bir şekilde nasıl yönetileceğine ve GKY anlayışının sorunlarının üstesinden nasıl gelinebileceğine ilişkin yeni bir anlayış getirme iddiasında olmuştur (Vigoda, 2003, s. 813). Kamu hizmetlerinin organizasyonu ve sunumundaki bürokratik hiyerarşi, planlama, merkezi yönetim, doğrudan kontrol ve kendi kendine yeterliliğe dayanan geleneksel anlayışın, yerini piyasa temelli bir kamu hizmeti yönetimi ve "işletmeci bir kültür"e bırakması istenmektedir (Larbi, 1999, s. 12). Bu yaklaşımda GKY'den farklı olarak, özel ve kamu sektörleri arasındaki farklılıklar göz ardı edilmekte "araçsal bir etkinlik olarak görülen yönetim" anlayışıyla her iki alanda da uygulanabilecek bir dizi prensipler olduğu varsayılmaktadır (Dollery, 2009, s. 21; Collins, vd.,1994, s. 44).

Pollitt, YKİ'nin çeşitli şekillerde tanımlanmakla birlikte "bir vizyon, bir ideoloji ya da çoğu özel sektörden ödünç alınan belirli yönetim yaklaşımları ve tekniklerinin bir demeti" olarak görülebileceğini belirtmektedir (1998, s. 1). Benzer şekilde YKİ, "işletmeci düşüncenin esası" (Ferlie vd., 2002, s. 9) ya da özel sektörde üretilmiş fikirlerin kamu sektörüne nakledilmesine dayanan bir düşünce sistemi olarak tanımlanmaktadır (Hood, 1991; Hood, 1995). Rhodes ise YKİ'nin tek bir düşünceye işaret etmediğini ancak son dönemlerde idari reformları yönlendiren "moda fikirler bütünü" olarak görülebileceğini belirtmektedir (1994, s. 144). Örgüt odaklı bir yaklaşım olarak YKİ, kamu sektörü örgütlerinin nasıl tasarlanması, organize edilmesi ve onların yarı-özel sektör tarzında nasıl işletilmesi gerektiği hakkında bir değerler ve varsayımlar bütünü olarak ele alınabilir. YKİ'nin temel iddiası kamu örgütlerini ve çalışanlarını çok daha fazla "özel sektör benzeri" *(busines-like)* ve "piyasa yönelimli" yani performans odaklı, maliyet-etkin ve denetim yönelimli yapmaktır (Diefenbach, 2009, s. 893).

YKİ'nin tanımı ve özelliklerine ilişkin farklı açıklamalar olmakla birlikte bu açıklamaların çoğu birbirini kapsayıcı niteliktedir. Kamu hizmetlerinin sunumunda işletmeci anlayışın benimsenmesi yönünde belirgin bir farklılaşmayı ifade eden YKİ'nin genel özelliklerini aşağıdaki maddeler altında toplanmıştır (Pollitt, 2003, s. 28-29; Hood, 1991, s. 4-5; Dunleavy ve Hood, 1994; Güzelsarı, 2004; Larbi, 1999; Pollitt ve Bouckaert, 2011; Stewart ve Walsh, 1992; OECD, 1993, s. 13);

1- Özel sektör benzeri yönetim tekniklerinin kamuda uygulanması
2- Kamu sektöründe profesyonel yönetim uygulamaları, performansa bağlı ücret ve kişiselleştirilmiş sözleşmelerin kullanımıyla daha esnek bir personel yönetimi
3- Yönetim yetkilerinin daha alt kademelere devredilmesi
4- Kamu sektöründe büyük, hiyerarşik yapıların daha küçük birimlere ayrıştırılması
5- Açık standartlar ve performansın ölçülmesi
6- Çıktı denetimine daha fazla önem vermek
7- Kamu sektöründe rekabetin teşvik edilmesi
8- Kaynak kullanımında disiplin ve tasarrufa daha fazla önem verilmesi
9- İç piyasalar, kullanıcı katkıları, kupon sistemi, hizmet satın alma, sözleşmeler, kamu kurumlarının piyasa yönelimli özelleştirilmesi gibi piyasa tipi mekanizmaların kullanımının yaygınlaşması
10- Müşteri/tüketici odaklı bir hizmet anlayışı
11- Kamuda sözleşmeye dayalı ilişkilerin yaygınlaşması

YKİ'nin yukarıda sıralanan özellikler genellikle üç kategori altında ele alınmakla birlikte bu kategoriler arasındaki ayrımlar çok net olmayıp birbirleriyle oldukça ilişkilidir. 1- Piyasa tipi mekanizmalar, 2- işletmecilik (*managerialism*) ya da yönetsel gelişme ve örgütsel yeniden yapılanma (Batley ve Larbi, 2004: Bevir, 2009, s.11), 3- hizmet ve müşteri yönelimi (Kickert, 1996; Alanso, Clifton ve Diaz-Fuentes, 2011).

Piyasa tipi mekanizmaların oluşturulmasına ilişkin iki temel neden gösterilmektedir. Bunlardan biri rekabetin avantajı diğeri ise özel sektör yönetim ve uygulamalarının daha üstün olduğu varsayılarak kamu sektörünün sorunlarına bir

çözüm olarak görülmesidir. Devlet/kamu faaliyetlerinin sözleşme, ihaleler, hizmet satın alma ya da özelleştirme yoluyla özel sektöre devredilmesi, özel sektöre transfer edilebilen tüm kamu faaliyetleri tamamlandıktan sonra ise özel sektör yönetim uygulamalarının kamu faaliyetlerine transfer edilmesi önerilmektedir. Rekabet neoklasik ekonominin piyasaya duyduğu inançtan kaynaklanmaktadır. YKİ'ye göre, kamu örgütleri tekel durumundadır ve daha iyi ürün ve hizmet geliştirme konusunda rekabet baskısı olmaması nedeniyle özel sektörden farklıdır. Bu nedenle kamu sektöründeki bir reform girişiminde maliyetlerin azaltılması, kalite ve verimliliğin geliştirilmesi, piyasa ya da yarı-piyasaların oluşturulması için rekabetin teşvik edilmesi istenmektedir Rekabet aynı zamanda "yöneticilerin yönetmesine" izin vermenin bir stratejisi olarak da görülmektedir. Eğer kamu yöneticileri piyasa baskısına maruz kalırlarsa onların performanslarını geliştirmek için daha fazla motive olacağı iddia edilmektedir (Ehsan ve Naz, 2003, s. 34; Terry, 2005, s. 431).

YKİ yaklaşımı kamuda profesyonel yönetim anlayışına vurgu yapmakta, yöneticilerin yetkilerini genişleterek onların rollerinin özel sektördeki meslektaşlarına benzemesini istemektedir (Kaboolian, 1998, s. 190). Yöneticilerin performanslarının değerlendirilmesinde örgüt için belirlenen hedef ve amaçlara ulaşma derecesine bakılırken başarı ölçütlerinin tercihen nicel terimlerle ifade edilmesi istenmektedir. Sonuç odaklılık, yenilikçiliği geliştirmek için gizlilik, esneklik, uyum, girişimcilik yöneticilerde aranan özellikler olarak öne çıkarılmaktadır. Verimlilik kurallara uymaktan, etkinlik yasallıktan, esneklik, uyum ve tahminedilebilirk sorumluluktan daha önemli görülmektedir. Kamu faaliyetlerinde karlılık ya da kar elde etme isteği kamu yararından daha öncelikli bir amaç haline getirilmektedir (Lane, 1994, s.146-147).

YKİ uygulamalarının ikinci boyutu işletmeci fonksiyonların kurulması ve buna uygun örgütsel yapıların oluşturulması ile ilgilidir. İşletmeci yaklaşım faaliyetlerin düzenlenmesi için çok sayıda model içerir. En radikal olanı kamu sektörü reformlarında önemi artan iç piyasa modelidir. Bu modelde, tek bir satın alan *(demand)* ve tek bir sağlayıcı olarak iki tarafın bulunduğu *(supply)* Weberyan büro modelinden uzaklaşma söz konusudur. Kamu örgütlerinin diğer üreticilerle nicelik ve fiyatlara ilişkin rekabet etmek zorunda olan üretim birimlerine dönüştürülmesi amaçlanmaktadır (Lane, 1994, s. 147). Rekabet ilkesi ve hizmet sunumu ile

finansmanın ayrılması kamuda iç piyasa ya da yarı piyasaların oluşturulmasında anahtar bir özelliktir (Stewart ve Walsh, 1992, s. 500, 504; Exworthy, Mohan ve Powell, 1999, s. 16). Bu nedenle hiyerarşik, büyük ölçekli bürokratik yapıların parçalanarak daha düz, özerk örgüt biçimlerinin oluşturulması ve bu şekilde daha yönetilebilir daha hızlı karar alınan ve koordinasyonun daha kolay sağlanabildiği birimlerin oluşturulması hedeflenmektedir. Parçalı hale gelmiş bu yapıda kamu sektörünün kendi içinde ve dışındakilerle yaptığı sözleşmeci düzenlemelerle verimliliğini artacağı iddia edilmektedir. du Gay'ın ifadesiyle, sözleşmecilik, bu birimlerin kendi aralarındaki ilişkilerin girişimci bir biçimde uyumlaştırılması, başka bir deyişle bu yönetim birimlerinin "küçük işletmeler" ya da "girişim birimleri" gibi işlev görmesi anlamına gelmektedir (2000, s. 65).

Hizmet kalitesi ve tüketici oryantasyonuna önem verilmesi, vatandaşların kamu hizmetlerinin tüketicisi/müşterisi olarak görülmesi YKİ'nin öne çıkan üçüncü boyutudur. Kamu hizmetlerinden yararlananların memnun edilmeye çalışılan birer "müşteri" (Sallan Gül, 1999, s. 78) bireylerin sürekli olarak çevresindeki değişimlere göre hareket eden ekonomik bir aktör olarak üretici/tüketici/girişimci şeklinde yeniden kavramsallaştırılması anlamına gelmektedir (du Gay, 2000, s. 66). Tüketici perspektifi aynı zamanda uygun politik aktivitelerin daha açık tanımlanması ve onların daha şeffaf hale getirilmesi felsefesinin bir parçası olarak görülmekte bu nedenle kamu çalışanlarının vatandaşlara karşı daha açık ve sorumlu hale geleceği düşünülmektedir. Bu vatandaş ve kamu kurumları arasındaki ilişkilerin araçsal bir karakterde ve daha düşük güven düzeyine dayalı olarak kurulması anlamına gelmektedir. Bir hizmet sağlayıcısı bir tüketicinin elde etmek isteyeceği hizmeti örneğin fiyat, kalite gibi nitelikleriyle tanımlamakta ve sağlayıcıların performansları tüketici memnuniyetine bağlı ölçülerek bu bir ödüllendirme ya da cezalandırma aracı olarak kullanılmaktadır (Aberbach ve Christensen, 2005, s. 233). Bu şekilde, hizmetlerin sağlanmasında kullanıcı merkezli bir kalite anlayışı öne çıkarılmakta ve bu süreç özel sektör ya da kamu kurumları arasında kalite standartlarının karşılaştırılması yoluyla desteklenmektedir (Ferlie ve Steane, 2002, s. 1460). Piyasa disiplini ve müşteri baskısının daha iyi kamu hizmeti sunmak için bir kaldıraç işlevi göreceğine inanılmaktadır. Kurumların kontrolünün, çıktı odaklı denetime yapılan vurguyla, müşterilerin istediği ve kaynakları takip edebileceği şekilde "hizmet sunumu"

üzerinden sağlanması amaçlanmaktadır (Broadbent ve Laughlin, 2002, s. 100). Bu yönleriyle yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı "kamu hizmeti" kavramına yeni içerik ve boyutlar kazandırmakta, piyasa ekonomisinde geçerli müşteri odaklılık kavramının kamuya eklemlenmesiyle vatandaşların tercih ve beklentileri kamusal hizmetlerin üretim, sunum (Saran, 2004, s. 81) ve hatta denetiminin temel girdisi haline gelmektedir.

Denhart ve Denhart, geleneksel ve yeni kamu işletmeciliği yaklaşımlarında kamu yararı kavramının farklı şekillerde ele alındığını belirtirler. Geleneksel ya da "eski" kamu yönetiminde kamu yararı, politik olarak tanımlanan ve yasalarda ifadesini bulan bir kavram iken YKİ yaklaşımında, "bireysel çıkarların toplamı" olarak kavramsallaştırılmaktadır. Bu yaklaşımda kamu yararı, toplumun bütününün değil, özel sektör, sivil toplum örgütleri ve kamu hizmetlerinden yararlananlar olarak müşterilerin çıkarlarını temsil eden bir kavrama dönüşmüştür (2000, s. 554).

2.2.3. Yönetişim Yaklaşımı[45]

1990'lı yıllar yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının uygulamadaki sonuçları bakımından sınırlarına ulaştığı ve işletmeciliğin devletin ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamadığı kabul edilerek, devletin özel sektörden daha farklı ve karmaşık yönetim sorunlarına sahip olduğunun dillendirilmeye başlandığı yıllar olmuştur (Güzelsarı, 2004, s. 109-110). Yeni kurumsalcılar[46], sosyal demokratlar ve diğerleri

[45] "Yönetişim kavram olarak daha önce ele alınması nedeniyle bu başlıkta ayrıntılı tanımlara yer vermeyerek ana akım yönetişim teorilerinin temel varsayımları üzerinden bu yönetişim anlayışın nasıl bir sürece işaret ettiği açıklanmaya çalışılmıştır.

[46] Yeni kurumsalcılık yönetişim yaklaşımı ile en yakın ilişki kurulan ve ona kaynaklık eden kuram olarak gösterilmektedir (March ve Olsen, 1989). Klasik ekonomi yaklaşımı piyasaları herhangi bir müdahale olmadığı durumlarda kendiliğinden gelişen en iyi toplumsal düzen olarak kabul eder. Yeni kurumsal iktisat ise, piyasaların kendiliğinden oluşan bir sosyal düzen olmadığını, kurumlar tarafından yaratılması ve sürdürülmesi gerektiğini vurgulayan yaklaşımları bir araya getirmiştir. Bunlar mülkiyet haklarını belirleyen, sözleşmeleri destekleyen, rekabeti koruyan, bilgi asimetrisini azaltan oyunun kurallarını koyan, izleyen ve uygulayan kurumlardır. Hükümetler bu kurumlardan sadece biridir. Diğerleri, sözleşmeler, ticari işletmeler, özel sektör, gönüllü dernekler, mahkemeler, klanlar ve topluluklardır (Kersbergen ve Waarden, 2004, s. 146). Jessop'a göre, ekonomik faaliyetleri hiyerarşinin dışında koordine eden bu çeşitli mekanizmalara ilginin artışı yeni kurumcu iktisatı yansıtmaktadır. Dolayısıyla, yeni kurumcu iktisat sadece yapıya değil kültüre de vurgu yapan bir yaklaşımdır (1998, s. 31). Yeni kurumsal iktisat, neoliberal iktisat teorisine, bireysel davranış (özellikle bireysel davranışın rasyonalitesi) üzerine yaptığı varsayımları sorgulayarak ve ekonomik performansın açıklanmasında kurumların önemini yeniden değerlendirerek meydan okumaktadır. Bu bağlamda "kurumlar", "toplumdaki oyunun kuralları" olarak anlaşılmaktadır. Bu kurallar resmi ya da gayri resmi kültürel normlar olabilir. Her iki şekilde de bireylerin birbiriyle etkileşime girme şeklini biçimlendirirler (Mills,vd.,2001, s.10). Yeni kurumcu iktisat, yalnızca yapıya (aktörler, ilişkiler, kaynak dağılımı,

ilk dalga olarak tanımlanan neoliberal reformların devleti daha verimli hale getirmekten uzaklaşarak çok sayıda ağlarla parçalanmış bir yapı ortaya çıkardığını ileri sürdüler. Hiyerarşi ve piyasalara alternatif olarak bu ağların güçlendirilmesi, koordinasyon sorunlarını çözme arayışları ile piyasaların nasıl geliştirileceğinden ziyade eskiden bürokratik devlet tarafından sunulan hizmetlerin sağlanmasında da yer alan ve sıklıkla değişen bu ittifakların nasıl yönetileceği ve yönlendirilebileceği konuları öne çıkmaya başlamıştır (Bevir ve Krupicka, 2011, s. 452). Yine bu dönemde kamu sektöründeki maliyetlerin artması endişesine hizmet kalitesi, performans, kamu kaynaklarının nasıl yönetileceği ve daha fazla hesapverebilirlik isteği eklenerek batı demokrasilerinde kamu hizmetlerinin sunumu ve örgütlenmesine ilişkin değişim söylemleri gündeme gelmiştir (Church, Gerlock ve Smith, 2018, s. 642). Bu bakış açısından yönetişim YKİ tarzı reformların sonuçları, zayıflıkları ve aşırılıklarına karşı verilen bir cevap olarak görülmüştür (Bevir, 2009, s. 3; Ferlie ve Andresani, 2006, s. 391)[47]. Kamu işletmeciliğinden bir kopuş olarak değerlendirilen yönetişim yaklaşımı, görünürde işletmecilik anlayışına eleştirel bir tutum takınarak meşruiyetini bu karşıtlık üzerinden sağlamak istemiştir (Kickert, 1997). Diğer yandan 1970'lerden bu yana sivil topluma olan ilginin canlanması, demokrasi teorisyenlerinin devletle piyasa arasındaki ikilemi kırmanın bir yolu olarak yönetişime yönelmesine yol açmıştır. Sivil toplum, demokratik çoğulculara yukarıdan aşağıya kontrole karşı bir payanda oluştururken, zengin dokulu bir sosyal yaşamı da içerebilecek olan dernekler için bir zemin sunmuştur. Bu açıdan yönetişim, devlet, piyasalar ve sivil toplum arasındaki katı sınırları tartışmanın bir yolu olarak görülmüştür (Bevir ve Trentman, 2004, s. 7). Bu nedenle yönetişim kavramı, bürokratik devlet uygulamalarının otoriter biçimlerine

örgütlenmeler) değil aynı zamanda kültürel özelliklere de (kurallar, normlar, kurallar) odaklanmaktadır. Kurumların içinde değerler, normlar, davranış kalıplarının yani kültürün oynadığı rolün kabulü kurum, kuruluşlar ve gruplar arasındaki ağlar için de geçerlidir (Kickert, 1997, s. 741-742).

[47] Yönetişim konusundaki açıklamalar farklı analiz düzeylerinden ve farklı teorik perspektiflerden bakış açıları sunmakta ve içinde geliştirildikleri ulusal bağlamdan etkilenmektedirler. Birleşik Krallık yazını, yeni kamu işletmeciliğinin parçalayıcı etkilerine ve "yeni" yönetişim modlarının ortaya çıkmasına odaklanma eğilimindedir. Hiyerarşi ve piyasalardan ağlara ve ortalığa geçiş, koordinasyon modlarındaki değişim baskın bir anlatı biçimidir. Bkz. Rhodes (1994; 1996). Kıta Avrupa'sında, konsensüs ve güçlü çıkar grupları geleneğinin etkisiyle daha farklı teoriler ortaya çıkmıştır. Örneğin Kooiman (1993) hükümeti diğer kurumların sahip olduğundan daha fazla özerkliğe sahip, bir alandaki çok sayıdaki aktörden yalnızca biri olarak görmektedir. Hükümetin rolü, kamu politikası oluşturmaktan ziyade yol gösterme, etkileme ve rehberlik etmedir. Bu analiz biçimlerinin odağı ekonomik yapı ve süreçlerin ötesinde vatandaşlık meseleleri, topluluk kavramı, kültürel ve sosyal oluşumlar ile ilgilidir (Newman, 2001, s. 16).

alternatif olarak politika geliştirme sürecinin toplumsal aktörlere açıldığı bir demokratikleşme biçimi olarak değerlendirilmiştir (Çoşkun, 2003, s. 52-53).

Yönetişim konusundaki tartışmaların oldukça geniş ve çeşitli olması yönetişimin kavramsal sınırlarını bulanıklaştırmaktadır. Bununla birlikte ana akım yönetişim teorilerinin bu yaklaşıma ilişkin ortak temel fikir ve varsayımlarını belirlemek mümkündür. Yönetişim teorisinin analiz düzeylerinden ilki ulus devletlerin yönetme kapasitelerini sınırlayan küresel politik ve ekonomik değişimleri ele almaktadır. Küreselleşme, bilgi iletişim teknolojilerindeki gelişmeler, finans piyasalarının yükselişi, devletlerin içindeki yetki devri, ulusüstü kuruluşların etkinliğinin artması, ekonomilerin küresel ölçekte birbirleriyle etkileşim zorunluluğu gibi nedenlerin devletlerin ulusal ekonomilerini ve çevrelerini kontrol etme kapasitelerinin zorladığı ileri sürülmektedir. Bu durumda devletler, amaçlarını yerine getirebilmek için alternatif stratejiler aramaya yönelmektedir (Newman, 2001, s. 13). Bu çerçevede yönetişimin küreselleşmeyle birlikte hızlı, değişken ve esnek bir hal alan ekonomik ve siyasi gelişmelere yanıt verebilecek bir model olduğu iddia edilmektedir.

İkinci olarak yönetişim, yeni bir yönetme süreci ya da toplumun yeni bir yönetim tarzı ile yönetilmesi anlamında kullanılarak yönetim kavramındaki değişimin bir göstergesi olarak ele alınmaktadır. Yönetişim, birbirinden ayrı olmakla birlikte karşılıklı bağımlı faaliyetleri ve bu faaliyetleri yerine getiren yapıların kendine özgü ekonomik, siyasi ve toplumsal amaçlarını gerçekleştirmek için oluşturdukları her türlü koordinasyon biçimi ve çok yönlü etkileşimleri ifade etmek üzere kullanılmaktadır (Jessop, 1995, s. 317). Yönetişim modeli, yöneten ve yönetilen karşıtlığı biçimindeki bir devlet-toplum karşıtlığını reddetmekte, bunun yerine eşit statüde karşılıklı bağımlılık içeren bir "birlikte yönetim"den söz etmektedir. Devletin yönetimi sadece hükümetle sınırlı olmayıp hükümetin yanı sıra devlet dışı aktörlerin eşit statüde katılımı öngörülmektedir. Böyle bir politika geliştirme süreci tüm tarafların uzlaşmasını gerektirmektedir. Bu yönüyle yönetim kavramından farklılaşan yönetişim, politika geliştirme sürecinde geleneksel siyasetin yerini almakta, siyaset ile yönetim arasındaki geleneksel ilişkiyi değiştirmektedir (Günlü, 2009, s. 262).[48]

[48] Yönetişim yaklaşımının öne çıktığı politika analizlerinde, hükümet yapı ve kurumlarından ziyade yönetme süreçlerine ve fonksiyonlarına vurgu vardır. Bu süreçlerin kamu ve özel sektörde benzer

Üçüncü analiz durağında yönetişim, devletin işleyişi, kapasitesi ve sınırları ile ilgili geleneksel anlayışa bir meydan okuma olarak görülmektedir. Yönetişimle birlikte klasik anlamıyla liberal demokratik devlet modelinden, devlet dışında yer alan diğer tüm aktörlere bağımlılığın şekillendirdiği yeni bir devlet modeline geçildiği iddia edilmektedir (Peters ve Pierre, 2001, s. 131). Yönetişim, kolektif sorunların artık yalnızca kamu otoriteleri tarafından çözülemeyeceğini ancak vatandaşlar, iş dünyası, gönüllü sektör, medya gibi diğer oyuncuların işbirliğinin gerekli olduğunu ileri sürmektedir (Löffler, 2003, s. 164-165). Devlet, yönlendirme *(steering),* rehberlik etme ve bunun için yeni araçlar geliştirme rolünü üstlenmelidir (Rhodes, 1996, s. 66). Devletin sorumluluk alanlarından geri adım atarak stratejik karar alma ve hizmet sunumunda özel, gönüllü sektöre daha geniş anlamda vatandaşlara daha fazla sorumluluk verilmesi ve katılımının artırılmasına dikkat çekilmektedir. Bu durum sosyal ve ekonomik konuların ele alınmasındaki sorumlulukların değişimi kamu, özel ve sivil toplum arasındaki sınırların bulanıklaşmasına işaret etmektedir. Sınırların bulanıklaşması ve sorumlulukların değişiminin kurumsal ifadesi gönüllü gruplar, kar amacı gütmeyen kuruluşlar, hükümet dışı organizasyonlar, topluluk girişimleri olarak ifade edilen çeşitli üçüncü sektör örgütlerinin artması, çeşitlenmesidir. Yönetişim perspektifi, devlet (hükümet) in resmi kaynaklarına bağlı olmaksızın kolektif konuların ele alınmasına ölçek ve kapsam olarak bu üçüncü güç organizasyonların tanınmasını talep eder. Diğer bir deyişle yönetişim, işlerin yapılmasında devlet/ hükümetin gücüne ya da otoritesine bağlı olmama kapasitesinin fark edilmesi ile ilgili görülmektedir. İktidarın karar alma ve uygulama sürecine dahil olan örgütler arasında paylaştırılması, tek başına hiçbir örgütün belirleyiciliğinin olmaması anlamına gelir. Bununla birlikte, belirlenen amaçlara ulaşmada kaynakların ortak kullanımı ve karşılıklı değişimi söz konusudur. Bu yönüyle yönetişim, aktörler arasındaki ilişkilerde güç bağımlılığına işaret eder (Stoker, 1998, s. 17-21). Bu çerçevede, kamu kurumlarının, kamu yararı adına kamu hizmeti felsefesi ve ideallerine katı uyumundan ziyade sektörler arası kaynakların kullanımında işbirliği yapması ve buna uygun girişimlerde öncü bir rolde olması gerektiği öne sürülmektedir (Peters ve Pierre, 1998, s. 229).

olduğu kabul edilir. Geleneksel yaklaşımdaki zorlama, emir-komuta süreçlerinden çok müzakere, uyum, işbirliği, ittifak oluşumları önem kazanmaktadır (Kersbergen ve Waarden, 2004, s. 151-152).

Dördüncü olarak, yönetişim yaklaşımında kurum içi ya da kurumlar arası ağlar önemli roldedir. Bu ağlar nispeten özerk fakat birbirine bağımlı aktörler (bir sektördeki firmalar, kamu ve özel kuruluşlar, AB'ye üye devletler gibi) arasındaki ilişkileri düzenler. Devlet bu aktörlerden biri olabilir ancak bu mutlak değildir (Kersbergen ve Waarden, 2004, s. 151-152). Devletin ayrıcalıklı ve egemen bir konumda yer almasa da dolaylı ve kusurlu şekilde ağları yönlendirebileceği kabul edilir. Kaynak alışverişinde bulunma ve paylaşılan amaçları müzakere etme gerekliliğinden dolayı ağ üyeleri arasında sürekli devam eden bir etkileşim vardır. Oyun benzeri bu etkileşimler, güvene dayalı ve ağ katılımcıları tarafından müzakere edilen ve kararlaştırılan oyun kuralları ile düzenlenir. Kendi kendilerini düzenleyen bu ağlar devlete karşı sorumlu değildir ve devletten önemli ölçüde özerklikleri vardır (Rhodes, 1996, s. 660).

2.3. Marksist Kökenli Eleştirel Yaklaşımlar

2.3.1. Klasik Marksist Yaklaşımlar

Liberal kuram devleti toplumun dışında ve üstünde duran bir kurum olarak ele alırken Marksist kuram, devleti bağımsız bir kurum değil toplumun sınıflı yapısından kaynaklanan iktidarın kullanılmasına yarayan bir aygıt olarak görmektedir (Gülalp, 1993, s. 91). Klasik Marksist yaklaşımda devlet, özel mülkiyetin belirginleşmesi ve bunun bir sonucu olarak toplumun sınıflara ayrılmasının yani sınıflı toplumların ürünüdür. Toplumlar mülkiyet ekseninde ayrışmamış olsalardı devlete ihtiyaç olmaz ve devlet mekanizması kurulamazdı. "Toplumun sınıflara bölünmesine zorunlu olarak bağlı bulunan belirli bir iktisadi gelişme aşamasında bu bölünme devleti bir zorunluluk durumuna getirmiştir" (Engels, 2014, s. 218).

Engels, devleti ekonomik sömürü ile birlikte ortaya çıkan bir kurum olarak değerlendirmekte ve devletin fonksiyonunu baskı ve ödün yoluyla karşıt sınıflar arasındaki mücadeleyi düzenlemek ve böylece yöneten sınıfın egemenliğine ve egemen üretim biçiminin yeniden üretimine dokunmaksızın sınıf çatışmalarını yatıştırmak olarak ele almaktadır. Klasik metinlerde devletin belirli bir toplumda

bütünleşme unsuru olarak ele alınması[49] ve devletin düzen sağlayıcı bir işlev[50] gördüğü yönündeki bu düşünce Lenin, Bukharin ve Gramsci tarafından da çeşitli biçimlerde benimsenmiştir (Jessop, 1977, s. 355).

Klasik Marksist kuramda devletin sınıf egemenliğinin bir aracı olarak değerlendirilmesi en sık başvurulan bir analiz biçimidir. Bu analiz en iyi ifadesini Komünist Manifesto'daki *"... Burjuvazi, en sonunda, büyük sanayinin ve dünya pazarının kurulmasından bu yana modern temsili devletin siyasal egemenliğini tamamıyla ele geçirdi. Modern devlet iktidarı, tüm burjuva sınıfının ortak işlerini yürüten bir komiteden başka bir şey değildir"* cümlelerinde bulmaktadır (Marx ve Engels, 2010, s. 12). Benzer şekilde Alman İdeolojisi'nde "özel mülkiyetin ortaklaşa mülkiyetten kurtulması sonucunda devlet, sivil toplumun yanında ve onun dışında özel bir varlık kazanmıştır. Ama bu devlet dışarıda olduğu kadar içeride de burjuvanın özel mülkiyetini ve çıkarlarını güvence altına alma zorunluluğuyla kendine seçtiği örgütlenme biçimidir" (Marx ve Engels, 2011, s. 32, 68) şeklinde tanımlanarak devletin egemen sınıfın bir aracı[51] olduğu ve bu sınıfın amaçlarını yerine getirmesine hizmet ettiği vurgulanmaktadır. Klasik Marksizm'in Tekelci Devlet Kapitalizmi Kuramına karşılık gelen bu anlayışta devletin çıkarları sermaye ile özdeş tutulmaktadır. Bu özdeşleştirme, üretimin toplumsallaşmasının ve bununla bağlantılı

[49] Engels, Ailenin, Özel Mülkiyetin ve Devletin Kökeni'nde, "öyleyse devlet, topluma dışarıdan dayatılmış bir güç değildir; Hegel'in ileri sürdüğü gibi "ahlak fikrinin gerçekliği", "aklın imgesi ve gerçekliği" de değildir. Devlet daha çok toplumun gelişmesinin belirli bir aşamasındaki ürünüdür. Bu toplumun önlemekte yetersiz bulunduğu uzlaşmaz karşıtlıklar biçiminde bölündüğünün, kendi kendisiyle çözülmez bir çelişki içine girdiğinin itirafıdır. Ancak, karşıt ekonomik çıkarlara sahip sınıfların, kendilerini ve toplumu kısır bir savaşın içinde eritip bitirmemeleri için, görünüşte toplumun üstünde yer alan çatışmayı hafifletmesi gereken bir güç gereksinimi ile kendini kabul ettirir. İşte toplumdan doğan, ama onun üstünde yer alan ve gitgide ona yabancılaşan bu güç devletin kendisidir (Engels, 2014, s. 213).

[50] Lenin, devletin düzen sağlayıcı işlevinin yanlış yorumlanmasına karşı uyarıda bulunur. Özellikle burjuva ideologları tarafından devletin sınıfların uzlaşma organı olarak değerlendirilmesinin yanlış olduğunu, aksine devletin "sınıf çelişkilerinin ve uzlaşmazlığının ürünü ve tezahürü" olduğunu belirtir. Devlet sınıf çelişkilerinin uzlaştırılamadığı yerde, zamanda ve ölçüde ortaya çıkar. Veya tersine devletin varlığı sınıf çelişkilerinin uzlaşmaz olduğunun kanıtıdır (Yılmaz A., 2002, s. 18-19).

[51] Marx, devleti esas olarak kapitalist egemen sınıfın bir aracı olarak görmektedir. Bununla birlikte bazı yazılarında belirli koşullarda bu kapitalist sınıftan bir dereceye kadar bağımsızlık ya da görece özerklik sağlayabileceğini kabul etmektedir. Bu, devletin sosyal uyumu sürdürme gücünü ve sermaye birikimi için uzun vadeli koşulları daha iyi kullanabilmesi için "toplumun üzerinde" duruyormuş gibi görünmesini sağlamaktadır. (Crinson, 2009, s. 27). Marx'ın siyasal alana ve çatışmalara odaklandığı 18. Brumaire adlı yapıtında devletin göreli özerkliği öne çıkarılmaktadır. Marx, 1789 devrimini izleyen devlet bürokrasisinin egemen sınıfın bir aracı haline geldiğini ancak Napolyon yönetimi altında devletin kapitalist kontrolün dışına çıktığı, devletin kendini bağımsız hale getirdiği ileri sürülmektedir (Marinetto, 2007, s. 21).

olarak sermayenin yoğunlaşması ve merkezileşmesinin ekonomik krizden sakınma ve sınıf mücadelesini törpüleme amacındaki devleti, sermayeye ait pek çok işlevi yerine getirmeye zorladığı fikrine dayanmaktadır. Para ve kredi sistemi, vergi sistemi, ulusallaştırma ve planlama araçları sermaye birikimini güvence altına almak için kullanılmaktadır (Clarke S., 2004, s. 10-11).

Devleti sınıf egemenliğinin korunmasının bir aracı olarak değerlendiren klasik yaklaşım, 1960'lardan sonra özellikle Miliband tarafından geliştirilen araçsalcı ekole[52] kaynaklık etmiştir (Yılmaz A., 2002, s. 22). Miliband'a göre demokratik toplumlardaki siyasal sistem, iktidardaki ekonomik seçkinlerle yakından ilişkilidir. Bu nedenle bu sınıf topluluklarındaki devlet, öncelikle ve kaçınılmaz olarak baskın ekonomik çıkarların vasisi ve koruyucusudur. "Gerçek" amacı ve görevi onları engellemek değil hâkimiyetinin devamını sağlamaktır" (1973, s. 237–238). Bu "görev" hükümet içindeki kamu görevlileri ve politik aktörler tarafından paylaşılır ve sürdürülür. Kapitalistler ve kamu görevlileri arasında özellikle aynı sosyo-ekonomik, eğitim ve kültürel özgeçmişleri paylaşmaları gibi yakın bir ilişki vardır. Bu yakın ilişkiye rağmen Miliband, devlet makinesinin gerçek operasyonel kontrolü ile nihai kontrolü arasında bir ayrım olduğunu savunmuştur. Uygulamadaki bu ayrım, son durumda burjuvazinin devleti kendi çıkarları için kontrol ettiği anlamına gelir. Ancak devletin günlük işleyişi yöneten sınıfın yönetici üyeleri tarafından yerine getirilmektedir (Marinetto, 2007, s. 22). Bu yaklaşıma göre, modern kapitalistler uzun vadeli sınıf çıkarlarını temsil eden kamu politikalarını formüle edebilmekte ve bu politikaların devlet kurumları tarafından benimsenmesi ve uygulanmasını güvence altına alabilmektedir (Barrow, 1993, s. 13).

Marksist kuramın araçsalcı yorumunun basit indirgemeciliğine bir tepki olarak ortaya çıkan yapısalcı eğilim ise devletin göreli özerkliğinden söz etmektedir. Bu yaklaşımın en önemli temsilcisi ise Poulantzas[53]'tır (Gülalp, 1993, s. 13). Yapısalcı

[52] Araçsalcı yaklaşım devlet ile egemen sınıf veya sınıflar arasındaki bağları sistematik bir biçimde incelemekte ve devlet biçiminin bu bağlar aracılığıyla şekillendiğini iddia etmektedir. Araçsalcı yaklaşımın üzerinde uzlaşılan temel varsayımları şunlardır: kapitalist sınıf toplumun geri kalan kısmını baskı altına almak için devleti kullanır; devlet politikaları toplumda kapitalistlerin egemenliğini koruyarak onların genel çıkarlarına hizmet ederler (Barrow, 1993, s. 16).

[53] Poulantzas'a göre, devlet egemen sınıfların siyasi birliğini oluşturmaktadır. Bu sınıfları egemen sınıflar olarak düzenlemektedir. Bu örgütleyici temel rol, esasen devletin tek bir aygıtını ya da kolunu değil ama çeşitli derece ve sıfatlarla olaya müdahil olan aygıtlar bütününü ilgilendirir ve buna başatlıkla baskıcı aygıtlar da (ordu, polis vb.) dâhildir. Devlet burjuvazinin ve iktidardaki bloğun örgütlenme ve

teori, araçsalcı yaklaşımdan farklı bir şekilde devlet politikalarının kapitalist sistemin zorlama ve çelişkileri tarafından nasıl belirlendiğini sistematik olarak açıklamaya çalışır. Yapısalcı görüşe göre, kapitalist devletin işlevleri iktidar mevkilerindeki kişilerden ziyade toplumun yapıları tarafından belirlenmektedir. Devletin fonksiyonu, kapitalist toplumun sosyal yapısını yani temel üretim ilişkilerini, ekonominin otomatik süreçlerince yerine getirilmediği ölçüde korumak ve yeniden üretmektir. Sonuç olarak, devlet kurumları ve devlet politikaları kapitalist sistemin sürdürülmesi için icra ettikleri fonksiyonlar açısından kavranabilir. Yapısalcı yaklaşımı benimsemiş kurum ve politika analizlerinin temel amacı bu 'genel istikrar fonksiyonunu' icra etmek için devlet politikalarının nasıl işlediğini ve devlet kurumlarının nasıl etkili olduğunu analiz etmektedir (Yılmaz A., 2002, s. 56-57)[54].

Poulantzas'ın devlet kuramının çıkış noktası devletin özerkliği ile özgüllüğü üzerine vurgusudur. Poulantzas, devletin işlevini kapitalist sınıfın çıkarları açısından değil toplumu bir bütün olarak bir arada tutmayı sağlayacak bir kuruma duyulan gereksinim açısından tanımlar. Devlet, kapitalist toplumun yeniden üretimini güvence altına alması anlamında kapitalist bir devlettir; yalnızca işçi sınıfının değil, aynı zamanda tek tek kapitalistlerin çıkarlarına karşı bir bütün olarak sermaye sınıfının çıkarlarını temsil eder. Bu durum devlete sözde tarafsızlık kazandırsa da onun sınıfsal niteliği, yapının bir bütün olarak yeniden üretiminde oynadığı işlevsel rolde zorunlu biçimde içerilmektedir. Devletin ekonomik işlevleri devletin sahip olduğu rolün yalnızca küçük bir bölümüdür. Daha önemli olan devletin 'siyasal' ve 'ideolojik' işlevleridir; bunlar işçi sınıfının parçalanmasını ve yönetici sınıfın 'hegemonyasını'

birleştirilmesindeki bu rolünü, söz konusu blokun şu ya da bu birleştiricisi ve fraksiyonu karşısında, şu ya da bu tikel çıkar karşısında görece bir özerkliği elinde tuttuğu ölçüde oynayabilir (Poulantzas, 2004, s. 141).

[54] Yapısalcı yaklaşım, toplumsal formasyonların ekonomik, politik ve ideolojik seviyelerden oluştuğunu kabul etseler de Marks'ın ekonominin her düzey için belirleyici olduğu fikrini reddederler. Buradaki amaç, politika ve ideolojinin ekonomiden görece özerkliğini kavramsallaştırmak ve basit ekonomik indirgemecilikten kaçınmaktır. Yapısal Marksizm toplumsal yeniden üretimi, her toplumsal oluşumun temel işlevlerini sürdüren yapısal mekanizmalara odaklanarak işlevselci bir bakış açısıyla ele alır. Bu işlevler maddi yaşamın üretilmesi (ekonomik yapılar), sosyal oluşumun birliğinin korunması (siyasi yapılar), sosyalleşmiş bireylerin ya da sosyal konuların (ideolojik yapılar) sağlanmasıdır. Bu yapılar karmaşık bir bütün içinde entegre edilmiştir. Her bir alt birim egemen olan yapı için maddi gereklilikleri veya "varoluş koşulları"nı sağlar (Boucher, 2012, s. 131-132, 137).

örgütleyerek toplumun siyasal ve ideolojik olarak yeniden üretimini güvence altına almaktadır (Clarke S., 2004, s. 25-26, 30-31). [55]

Miliband ve Poulantzas ekseninde araçsalcılarla yapısalcılar arasındaki devlet ve devlet politikaları konusunda "kapitalist" olanı aktörün mü yoksa yapının mı daha iyi açıkladığı konusunda metodolojik anlaşmazlığa rağmen iki yaklaşım da devletin kapitalistlerin uzun vadeli çıkarlarını uygulayabildiği konusunda hemfikirdirler. Yani devlet politikaları, işçi sınıfının sömürülmesine izin veren kapitalist üretim ilişkilerinin yeniden üretilmesini sağlamaktadır (Barrow, 1993, s. 77). Benzer şekilde refah devletini kapitalist devlet tartışmaları içerisinde ele alan klasik Marksistler'e göre, refah devleti, kapitalizmin kendine özgü koşulları içinde oluşan kapitalist bir devlettir ve refah devleti temel olarak örgütlü işçi hareketi tarafından kazanılan bir imtiyaz ve işçi sınıfının taleplerini anonimleştiren bir mekanizma olarak görülmektedir. Bu nedenle refah devleti, devletin gerçek işlevlerini "çarpıtmakta" ve kapitalizmin "yardımsever yüzünü" ne işaret etmektedir (Mc Auley, 2003, s. 124; Mullard ve Spicker, 1998, s. 43). Kapitalist bir devlet olarak refah devletinde eğitim, sağlık gibi hizmetlerle ücretliler dolaylı olarak fonlanıp talebin sürekliliği sağlanmaktadır. Bu nedenle başta sağlık, eğitim gibi refah hizmetlerinden herkesin eşit biçimde yararlanması bu hizmetlerin sırf devlet tarafından yerine getirildiği için kamusallık kazanmalarından değil toplumsal varoluşun bir zorunluluğu olarak talep edilmeleri gereğine dayandırılmaktadır. Çünkü kamusallık, kapitalist toplumda devletin ortak iyiyi temsil ettiğine ilişkin ideolojik bir söylem olarak görülmektedir (Akbulut Ö. Ö., 2013, s. 170).

2.3.2. Neo-Marksist Yaklaşımlar

Neo-marksist yaklaşımlar, devleti sınıf mücadelesinin bir arenası olarak kavramsallaştırmaktadır. Devletin belirli gruplardan görece özerkliği, sosyal sistem içinde rekabetçi, sınıflar arasındaki dengeyi düzenleyen bir "uyum faktörü" olarak

[55] 1960'lı yıllarda siyasal ve kültürel hegemonyanın kurulmasına yapılan vurgu Gramsci'nin etkisini yansıtmaktadır. Gramsci savaş döneminde Batı'da geliştirilen "gelişmiş" kapitalizm biçiminde, kapitalist sınıfın egemenliğinin esasen devlet baskısı kontrolü ile güvence altına alınamayacağını savundu. Günlük etkileşimde kapitalist üretimin çıkarlarını, kanun ve asker gibi devletin baskıcı aygıtlarından ziyade kilise, medya, eğitim sistemi ve diğer kültürel uygulama biçimleri gibi sivil toplum kurumları aracılığıyla sürdürüldüğü görülmüştür (Crinson, 2009, s. 27).

işlev görmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla neo-marksistler, refah devletini işçilerin taleplerine kısmen cevap veren ve devlet politikalarını kapitalist üretim tarzına uygun sınırlar içinde tutulması işlevini yerine getiren bir kapitalist düzenleme biçimi olarak açıklarlar (Barrow, 1993, s. 8). Sosyal politikalar ise devletin ileri kapitalizmin "toplumsal yeniden üretim" ihtiyaçlarına verdiği cevap olarak görülmektedir. Sosyal politikaların hem birikimi teşvik eden hem de meşruiyet sağlayan yönleri vardır. Çünkü "toplumsal yeniden üretim" uygun şekilde yönlendirilmiş ve vasıflı ücretli çalışanların hazırlanmasını gerektirir. Bunun için çalışanların, ailelerinin ve kuşakların yenilenmesi için yeterli mal ve hizmet tüketmeleri, ekonomik ve politik düzenin korunması için piyasa ekonomilerinde ortaya çıkan yerinden edilmiş, hasta, yaralı ya da yaşlı insanların durumlarıyla ilgili hoşnutsuzlukların önlenmesi gerekmektedir (Skocpol ve Amenta, 1986, s. 134-135).

Tüm neo-marksistler sosyal politikaları gelişmiş kapitalizmin çelişkili işlevlerine bir cevap olarak görse de bu bakış açısını geliştiren yaklaşımlar da vardır. Alman devlet türetmeci yaklaşımıyla bağlantılı olarak örneğin Holloway ve Picciotto sermeye birikiminin gereklerine vurgu yapmaktadırlar. Sermaye mantığı okulu[56] olarak da anılan bu bakış açısı devleti "ideal bir kolektif kapitalist" olarak kavramsallaştırmaktadır. Bu yaklaşıma göre, devletin temel işlevi kapitalist bir ekonomi için (örneğin, özel mülkiyet, sözleşme kanunu) genel yasal çerçeveyi oluşturmak ve kapitalistlerin kendileri için sağlayamayacağı piyasa eksikliklerini (altyapı gibi) sağlamaktır. Bu açıdan refah devletinin ortaya çıkışı, kapitalist ekonomilerin sürekli kendi kendine yeten özel sektör ekonomik büyümesini üretmedeki başarısızlığı ile açıklanmaktadır. Farklı vurgulara karşın tüm neo-marksistler, hem başlangıçtaki genişlemelerin hem de refah devleti müdahalelerinin olası krizlerinin sınıf ilişkilerindeki dönüşümle ilişkili olduğunu ve sermaye

[56] Sermaye kuramsal yaklaşımlar, kapitalist üretim tarzı ile devlet arasındaki bağlantılara odaklanırlar. Kapitalist devleti asıl olarak, kapitalist birikimin gereklerinin siyasi desteği olarak görürler. Devletin biçimi, üretim ilişkilerinin mevcut gelişim evresine; devletin işlevleri ise burjuva sınıf egemenliğinin mevcut ihtiyaçlarına denk düşer. Sermaye mantığı çalışmalarının gelişkin örnekleri, biçim olarak devletin doğasına ve hem farklı siyasal rejim tipleri hem de devlet, ekonomi ve sivil toplum arasındaki karmaşık bağlantılara dair önemli kavrayışlar geliştirmişlerdir. Sınıf kuramsal yaklaşımlar ise, sınıfsal güçlerin oluşumu, sınıf ilişkilerinin farklı alanlarındaki sınıf mücadelesinin dinamikleri ve ekonomik, politik ve askeri-politik sahalardaki güçler dengesi hakkında bize çok şey anlatır (Jessop, 2005, s. 120-121).

birikiminin ritminin izlemesi gerektiği konusunda hemfikirdirler[57] (Barrow, 1993, s. 8; Skocpol ve Amenta, 1986, s. 135).

Neo-marksistlerin 20. yüzyılda refah ve sosyal hakların gelişimine ilişkin analizleri ve bu konudaki ilk eleştiriler Saville (1958), O'Connor (1973) ve Gough (1979) gibi yazarlar tarafından geliştirilmiştir. Refah devletinin nasıl geliştiğine ilişkin birbiriyle etkileşimli üç etkinin önemli olduğunu ortaya koydular. İlki, işçi sınıfının daha iyi yaşam koşulları için ortaya koyduğu mücadeledir. Bu yolla elde edilen sosyal politika reformları sosyal tüketim ve genel yaşam standartlarının artmasını sağlamıştır. Ancak, emek gücü üzerinde "niceliksel düzenleme" unsurunu sağlayarak- kısmen emeğin doğrudan maliyetini azaltarak kısmen de emeğine ihtiyaç olmayan insanlara bakarak- devletin doğrudan ve dolaylı olarak sermayeyi desteklemesini sağlamıştır. İkinci etki, sermayenin giderek artan şekilde etkili bir çevre ve üretken işgücüne duyduğu ihtiyacın artmasıdır. Bu etki sonucu elde edilen reformlarla devlet, daha nitelikli işçilerin üretilmesi için eğitim ve sağlık hizmetleri yoluyla insan sermayesine yatırım yaparak yeniden üretimi sağlamaktadır. Üçüncü etki ise siyasi istikrarı (meşruiyet) sağlama kaygısı olmuştur. Bu etkiden kaynaklanan reformlar, bir dereceye kadar sosyal düzenin ve ideolojik kontrolün sağlanması için gerekli olan fayda ve hizmetlerin sağlanmasıyla halinden memnun işgücünün 'niteliksel düzenlenmesi' için gereken sosyal harcamaların yapılmasını içermektedir. Holloway ve Picciotto gibi yazarlar ise devlet biçimi, refah hakları ve sosyal mevzuatın, kapitalizmin karakteristik meta biçiminden ve meta biçiminin en sömürücü ifadesi olarak ücret ilişkisi doğasından türetildiğini ileri sürmektedirler. Buradaki sorun sosyal hakların göründüğü gibi olmamasıdır. İnsani refahı "haklar"ın ideolojik söylemlerinde gizlemek, kapitalizmin altındaki iktidar ilişkilerinin temel doğasını gizler. Sivil hakların, bireysel çalışanların kurumsal işverenlerle eşit şartlarda pazarlık edebileceğini ve işsizlere, emeklilere ve engellilere devlet kurumlarıyla müzakere etme yetkisini sağlayabileceğini düşünmek anlamsızdır. Sosyal haklar, sermayenin emek üzerindeki nihai egemenliğini ifade eder ve bu egemenliğini ücret ilişkisinin

[57] Skocpol'e göre, neo-marksistler kapitalizmin içindeki ulusal varyasyonları açıklamakta ve kamu politikalarını başlatan ve şekillendiren siyasi aktörleri tanımlamakta zorlukla karşı karşıya kalmaktadırlar. Onlar sıklıkla "tekel kapitalistlerin" kilit siyasi aktörler olduğunu ve "kapitalist devletlerin" bir bütün olarak sistem için sınıf bilinçli bir yönetim kurulu gibi davrandığını kabul ederler (Skocpol ve Amenta, 1986, s. 135).

hemen ötesinde devlet-vatandaş ilişkileri alanındaki günlük hayata yaymak için kullanmaktadır. Bununla birlikte neo-marksistlerin sosyal haklar ve refah konusuna yaklaşımlarındaki farklara karşın onların bakış açıları iki temel özde toplanabilir. İlki, sosyal hakların kapitalizmin sömürücü etkisinin iyileştirilmesine yardımcı olarak hayatta kalmayı sağlaması, ikincisi ise bu sosyal hakların devlet için güçlü bir ideolojik kontrol mekanizması oluşturmasıdır (Dean, 2014, s. 62-64). Bu çerçevede, mevcut kapitalist sosyal ilişkileri meşrulaştırmak ve yeniden üretmek için ortaya çıkan modern kapitalist devletin belirli bir tarihsel biçimi olarak kabul edilen refah devleti açısından, toplum için evrensel bir tıbbi bakımın sağlanması önemli bir ideolojik işlev görmektedir. Doyal'ın ifade ettiği gibi, "tam olarak sağlık ve bu nedenle tıbbi bakım her birey için hayati öneme sahiptir çünkü tıbbi bakımın sağlanması, genellikle eşit olmayan ve bölünmüş bir toplumun yardımsever yüzünü temsil etmektedir" (1976, s. 43). Bununla birlikte devletin müdahaleci rolü kapitalist ekonominin karlılığı açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Offe, bu paradoksal durumu "refah devletleri ne kapitalizmle ne de kapitalizmsiz varolabilmektedir" sözleriyle ifade etmektedir (1984, s. 153).[58]

O'Connor ise kapitalist devletin genellikle birbiriyle çelişen, iki zorunlu işlevinin, birikim ve meşruiyeti sağlamak olduğunu vurgular. Devlet, sermaye birikiminin koşullarını yaratmaya ve korumaya çalışır. Emeğin yeniden üretimi ve işgücünün kontrolünü sağlamak için toplumsal yatırımlar ve masraflar yapmak zorundadır. Nüfusu baskı altına almanın maliyeti de toplumsal masrafların bir bölümünü oluşturur. Tüm bunlar devletin kendi varlığını meşrulaştırmaya yardım eder. Ancak baskıcı güçlerini açıkça sermaye lehine diğer sınıfların zararına kullanması durumunda ise devlet meşruiyetini kaybeder, bağlılık ve desteğinin temeli zayıflar. Bu nedenle devlet, birikim sürecinde öne çıkan politikaları olmadıkları bir şey olarak mistifize etmekte ya da onları siyasal değil yönetsel konular olarak öne çıkarıp gizlemeye çalışmaktadır. Devlet harcaması ve devlet programlarının

[58] Kapitalizmin doğasına ilişkin bu saptama refah devleti ile kapitalizm arasındaki simbiyotik ilişkiyi ortaya koymaktadır. Offe, devletin başlangıçta emek piyasasını oluşturmak ve daha sonra onu korumak için ekonomi ve topluma aktif şekilde müdahale etmesi gerektiğini vurgular. Offe'nin "sosyal politikalar" adını verdiği bu müdahalelerin amacı, emek gücünü ücretli emek ilişkisi içinde tutabilmek için bir devlet stratejisi geliştirmektir. Böylece sosyal politikanın belirli biçimleri işçi sınıfının oluşumuna katkı yapmak suretiyle kapitalist gelişmenin her evresinde artı değere el konmasını olanaklı kılmaktadır (Barrow, 1997, s. 99).

büyümesi, tekelci sermayenin genişlemesinin hem nedeni hem de sonucu olmaktadır (1993, s. 251-254).

1960'lar ve 1970'ler boyunca öne çıkan neo- marksist devlet teorileri, kapitalizmin varlığını sürdürebilmesinin sadece devletin oynadığı rol ile mümkün olduğunun altını çizmektedir. Tekellerin büyümesi, kar oranlarının düşmesi, genişleyen yatırım ölçekleri, kendini tekrarlayan talep krizleri, artan meşrulaştırma krizleri ve işçi sınıfının militanlığı dikkate alındığında kapitalizm, birikimi ve meşrulaştırmayı destekleyen devlet kurumları olmaksızın varlığını sürdüremez. Bu nedenle devletlerin her alanda ve her biçimde uyguladığı kamu politikalarının, devlet kurumlarının işlevlerinin kapitalizmi yeniden üretmek olduğu varsayımı kabul edildiğinde daha açık olarak anlaşılabilir (Przeworski, 2014, s. 109-110).

Gramsci'nin neo-marksist kuramın gelişimine katkısı alt yapı-üst yapı ayrımının reddedilmesi ve ekonomik ve sosyal yapıların unsurlarının birbiriyle ilişkili olduğunun kabul edilmesidir. Bu ilişkileri hegemonya-karşıt hegemonya kavramlarıyla ele almıştır (Zanetti, 1997, s. 158). [59] Gramsci hegemonya kavramını proletarya ve burjuva hegemonyasını kapsayacak biçimde kullanır. Hegemonyayı egemen sınıfın toplumsal iktidarını yönetilenlerin rızası temelinde örgütlemesi, halkı sivil toplum alanında yönlendirecek bir dünya görüşünün, sınırları belli bir ahlaki yaşam sisteminin içselleştirilmesi olarak ele alır. Her zaman iki hegemonya arasında bir mücadele olduğunu ve bunlardan birinin üstün gelerek kendi siyasal ve kültürel hegemonyasını örgütlediğini belirtir (2012b, s.154; 2014, s. 240). Gramsci hegemonyanın sürekliliğinin sağlanmasında hegemonyanın uygulandığı grupların çıkarlarının ve eğilimlerinin dikkate alındığını, ücret artışları, siyasi ve sosyal

[59] Gramsci, hegemonyanın birkaç farklı yönünü tanımlamıştır. İlki bağımlı grupların yalnızca en acil çıkarlarını ifade etme eğilimde olmalarıdır. Bu miyopluk nedeniyle bu gruplar birbirine karşı mücadeleye girecek ve ortak hedeflere ulaşmak için bir araya gelemeyeceklerdir. Bu bölücülüğün üstesinden gelinirse alt gruplar sınıfın ortak çıkarlarına odaklanmak için bilinç kapsamlarını genişletebileceklerdir. Ancak bu tür bir koordinasyonun başarılması için siyasi bir strateji gereklidir. Toplumsal dönüşümü başarak için alt gruplar karşı hegemonya kurmak için "hegemonik bilinç" içinde birbirine bağlanmalıdır. Karşı hegemonya yalnızca egemen hegemonyaya meydan okumakla kalmayıp onu aşan söylemler inşa etmeye ve yerleştirmeye çalışır. Diyalektik tarzda bu sürecin etkisi bir zaman egemen olan ögelerin ölmesi ya da tükenmesidir. Karşı hegemonya yeni bir entelektüel ve ahlaki bir düzen inşa etme ihtiyacının tanınmasını içerir. İdeal olarak, hakların karşı haklar ile rekabet etmediği yeni bir haklar kavramının evrimini içerecektir. Hegemonik angajmanların çekişmeli aşamasında rekabet halindeki hak talepleri arasındaki ideolojik çekişmeler merkezde yer alır. Karşı hegemonik proje, söylemde evrensel hakların hüküm sürdüğü noktaya doğru belirgin bir kaymayı seçer (Zanetti, 1997, s. 158).

reformlarla rızayı örgütlediğini vurgular. Bu nedenle Gramsci hegemonyanın siyasi olduğunu ancak her şeyden önce ekonomik olduğunu belirtir (2012a, s. 202).

2.3.3. Eleştirel Kuram [60]

Horkheimer ve Adorno başta olmak üzere birçok eleştirel kuramcı teknolojik modernleşme ve kapitalist üretim biçiminin daha refah ve adil bir dünya yaratmadaki katkılarını kabul ederler. Ancak etkinlik ve verimlilik odaklı kapitalizmin, toplumsal düzeni ve uyumu sağlamak için ideolojik, kültürel ve kitle iletişim araçlarını, bürokrasiyi, bilim ve teknolojinin sağladığı olanakları bireylerin arzularının yönlendirilmesi için kullanılmasına da karşı çıkmaktadırlar. Ayrıca, kapitalist üretim araçlarını ve teknolojiyi elinde bulunduran grupların, toplumun geri kalanı üzerinde uzmanlık (profesyonellik) ve modernlik adına kurdukları kontrol edici egemenlik ilişkilerini reddetmektedirler (Sallan Gül, 2004, s. 188).

Frankfurt Okulu üyeleri, modern yaşamdaki sosyal tahakkümün köklerini açığa çıkarmaya çalıştılar ve özgürlüğün akıl yoluyla gerçekleşmesinin yolunu açtılar. Horkheimer bu konuyu iki akıl yürütme biçimini karşılaştırarak tartışmıştır. Büyük felsefi sistemlerin çoğunun, aklı doğada nesnel olarak eylemlerimizin uygunluğunu değerlendirebileceğimiz nesnel olarak var olan bir ilke olarak varsaydığını savundu. Bu rasyonalite tarzının tersine, Horkheimer, belirli bir amaca ulaşmak için sadece en verimli araçlarla ilgilenen daha araçsal bir biçimin yükselişine işaret etmiştir. Marcuse, Weber eleştirisinde aklın modern yorumunun sınırlamalarına işaret eder. Spesifik olarak, Weber'in araçların varsayılan amaçlara ulaşmak için geliştirilme biçimiyle ilgili olarak rasyonalite kavramının, yalnızca sözde rasyonel kurumlar tarafından hizmet edilen çeşitli sosyal çıkarları tartışmadan çıkarmakla kalmayıp, aynı zamanda teknik kontrol kalıplarını da detaylandırdığını öne sürmüştür (Denhart, 1981, s. 630).

Habermas'a göre toplumsal çıkarların uzlaştırılması 20. yüzyılda refah devleti uygulamalarıyla çözümlenmiştir. Çıkar çatışmalarının siyasal alana aktarılmasından doğan müdahaleci bir yönetimle beraber devlet ve toplum arasındaki ayrım

[60] Eleştirel Kuram Frankfurt Okulu olarak da bilinmektedir. Frankfurt Okulu ya da resmi adıyla Frankfurt Toplumsal Araştırmalar Enstitüsü 1923 yılında Frankfurt Üniversitesi'ndeki bir grup akademisyen/entelektüel tarafından kurulmuştur. Ayrıntılı bilgi için bkz. Slater, P. (1998), Frankfurt Okulu Kökeni ve Önemi: Marksist Bir Yaklaşım, çev. Özden, A., Kabalcı Yayınevi, İstanbul.

kaybolmuştur. Böylece devlet toplumsal alana müdahale etmiş, toplumsal gücün yerine devlet gücü ikame edilirken, kamusal otorite özel alanı kaplayacak biçimde genişlemiştir. Toplumun giderek artan devletleştirilmesi ile koşut olarak kendini dayatan devletin toplumsallaştırılması şeklindeki bu diyalektik, burjuva kamusunun temellerini, yani devlet ile toplum arasındaki ayrışmayı tahribata uğratmıştır. Siyasal işlev gören kamusal alan eleştirelliğini dolayısıyla siyasallığını kaybetmiştir (Habermas, 2014, s. 252,332). Habermas'a göre devlet ve özel şirketler kamusal alanın hayati işlevlerini devralmakta ve böylece kamusal alan bir tahakküm alanı haline gelerek yozlaşmaktadır (Best ve Kellner, 2011, s. 283-284).[61]

Habermas'a göre kapitalist sistem meşruiyetini siyasi ve toplumsal hakların yaygınlaşmasıyla sağlamaktadır. Ancak demokratikleşme süreciyle giderek artan toplum katılımı, toplumsal eşitlik ve refah yönündeki toplumsal talepleri artırır. Diğer yandan devletin sorumluluklarının artması, vergilendirme ve kamu harcamalarındaki artış kapitalist birikimi engeller. Kapitalist demokrasilerin hem sosyal güvenlikle ilgili talepleri hem de kişisel çıkara dayalı piyasa ekonomisinin ihtiyaçlarını karşılayamaz hale gelmeye başlamasıyla toplum demokratik sisteme desteğini geri çekmeye başlar ve meşruiyeti sağlamak giderek zorlaşır. Sosyal demokrasinin krizini özellikle meşruiyet kriziyle açıklayan Habermas'a göre meşruiyet krizinin tetikleyicisi ekonomik krizdir. Ancak kapitalizmin krizlerinin demokratik devlet krizine dönüşüp dönüşmeyeceği, kapitalizm ile yurttaşların ekonomik ve sosyal refah taleplerinin bağdaştırılması kapasitesine bağlıdır (1976, s. 45-47).

Habermas'a göre, kapitalist üretim biçimi ve bürokratik yasal iktidar "yaşama dünyası"nı yeniden üretmektedir. Kamu yönetiminden etkilenenlerin katılımını en aza

[61] Habermas devletin ve kamu bürokrasilerinin hem ekonomi hem özel alana sızma süreçlerini tartışmaktadır. Devlet kapitalizmi ya da örgütlü kapitalizm çağında devlet ekonomiyle birleşir ve krizi önlemeye girişerek ekonominin yönetilmesinde hayati bir rol oynar. Aynı zamanda devlet, toplumsal çatışmaları dolayımlayıp toplumsal refahı sağlamanın yanı sıra kapitalist toplumların bazılarında yayımcılık gibi yeni medyaların mülkiyetini ve denetimini üstlenerek eğitim gibi kamusal işlevleri kendi sorumluluğuna alır. Buna ilaveten dev şirketler kamusal alana girer ve bireyleri birer yurttaş ve politik ve kültürel olayların tartışmacıları olmaktan çıkararak politik gösterilerin ve medya gösterilerinin kültür tüketicisi izleyicilerine dönüştürür. Habermas yeni medyaların, reklamcılığın, halkla ilişkilerin ve kültür üzerindeki ticari denetimin yükselişini, özel şirketlerin kamusal alanda muazzam bir güç kazanma ve belli başlı politik güçler olarak rasyonel bireyleri, yurttaşları ve partileri yerinden etme yolları olarak analiz eder. Habermas'a göre devlet ve özel şirketler kamusal alanın hayati işlevlerini devralmakta ve böylece kamusal alan bir tahakküm alanı haline gelerek yozlaşmaktadır (Best ve Kellner, 2011, s. 283-284).

indirerek kurallara dayalı olarak yürütülen refah devleti bürokrasisi ve artan hukuksallaşma, kamusal alanda genel bir anlam kaybına ve yüksek derecede yabancılaşmaya neden olmaktadır (2001, s. 800-801, 814-817). Habermas'a göre, yaşam dünyasının artan hukuksallaşması ve günlük yaşamın yönetsel bürokratikleşmesi giderek genişleyen bir bağımlılık alanı ortaya çıkarmaktadır. Bireylerin ekonomik ve siyasal sistemle işçi, tüketici, müşteri ve vatandaş olarak ayrı ayrı ilişki kurmaları ve kurumsal yapılarla giderek bütünleşmeleri sonucunda özgürlük kaybı ve inanç yitimi olmaktadır. Bununla birlikte Habermas yaşam dünyasının bu zorunluluklara direnmek için belirli bir kapasiteyi sürdürdüğünü belirtir. Özgür tartışma ve konsensüs potansiyelinden dolayı yeni toplumsal hareketleri işaret ederek sistemin sömürgeleştirici etkilerine karşı toplumsal direniş imkanının her zaman var olduğunu düşünür (2001, s. 851; Devenney, 2004, s. 42).

Denhart'ın 1981 yılında yayımladığı bir makalesinde[62] eleştirel kuramı tanıtmış ve eleştirel kuramcılar özellikle Habermas'ın görüşleri üzerinden kamu örgütlerinin analiz edilmesinde eleştirel kuramın olanaklılığını tartışmıştır. Denhart'a göre özel olarak eleştirel bir kamu örgütleri teorisi, bürokratik tahakkümün teknik temelini ve ideolojik gerekçeleri incelemeli ve kamu bürokrasileri ve hizmet alıcılarının eylemlerine getirilen sınırlamaların hangi yollarla daha iyi anlaşılabileceğini sorgulayarak yeni yönetim uygulamaları geliştirmelidir. Kamu örgütlerinin yönetim yapılarında ve yönetim tarzlarında önemli farklılıklar olsa da yönetim öncelikle teknik bir alan olarak görülmekte ve yönetimin birincil amacı kullanılan yönetim teknikleri ile insanları ve materyalleri öngörülebilir bir sonucu güvence altına alacak şekilde manipüle etmeye dayanmaktadır. Bu durum kaçınılmaz olarak kamu görevlileri ve hizmet alıcılarının nesneleştirilmesinde kendini gösterir. Hem bürokrasi içindeki yabancılaşmanın hem de bürokrasiden yabancılaşmanın temelinde bu artan "nesnellik" ve azalan refleksivitenin bileşimi yatmaktadır (1981, s. 632).

Kamu yönetiminin ana akım yaklaşımlarında ifade edilen çıkarlar bilim ve teknik verimliliğin çıkarlarının bir birleşimidir. Bu yaklaşımların altında bilimin araçsal fayda sağlayabileceği varsayımı yatmaktadır. Kamu yönetimindeki bu araçsal

[62] Denhart R. B., (1981) "Toward a Critical Theory of Public Organization", *Public Administration Review*, Vol. 41, Sayı.6, ss. 628-635.

niyet, ampirik-analitik bilimlerin ve teknik kontrol arayışına yönelik amaçlı rasyonel eylem yönelimini yansıtır. Bilimsel faaliyetin pozitivist bir yorumuna dayanan bu yaklaşım bugün kamu yönetiminde en az işletme yönetiminde olduğu kadar ilgi çekmektedir. Ancak daha önemlisi teknik rasyonalite gelenekleriyle sınırlanan bürokratik sistemlerin, politika sürecini iletişim ve diyalog yoluyla uzlaşıya dayalı kararlar alma süreci olarak değil, teknik kuralların çözümlere uygulanması süreci olarak görmeye başlamasıdır. Böyle bir durumdaki sorun teknik kaygıların kamusal karar almanın temeli olarak siyasi ve etik kaygıların yerini alması ve böylece normatif sorunların teknik sorunlara dönüştürülmesidir. Denhart, kamusal karar alma süreci kadar "değerlerden bağımsız" bir politika analizi sonuçlarının da kaçınılmaz olarak egemen siyaset ve yönetim anlayışının kontrol kalıpları ve gerçeklerini desteklediğini belirtmektedir. Kamu politikalarını "ölçülebilir gerçeklerin" veya örgütsel aktörlerin "açık davranışlarının" incelenmesiyle sınırlayan bu tür analizlerin dolaylı olarak mevcut durumun sürdürülmesine hizmet ettiğini ve bu gerçeklikleri ve davranışları yaratan toplumsal koşulların zımnen onaylanması anlamına geldiğini ifade etmektedir (1981, s. 633).

2.4. Yaklaşımların Değerlendirilmesi

Bu çalışmada kamu yönetimi ve sağlık alanındaki dönüşümü açıklamaya yönelik yaklaşımlar geleneksel kamu yönetimi yaklaşımı, neoliberal yaklaşımlar ve Marksist kökenli eleştirel yaklaşımlar olarak ele alınmıştır. Bu yaklaşımların devlet ve kamu yönetiminin yeniden yapılandırılma sürecinin bir parçası olarak sağlık hizmetleri alanındaki dönüşümü açıklamaya yönelik politik ve ideolojik önerileri önemli ölçüde farklılaşmaktadır. Geleneksel kamu yönetimi 1970'li yıllara kadar devlet ve kamu yönetiminin örgütlenme modeli olmuş ve büyük oranda Weber'in bürokrasi anlayışını benimsemiştir. Bu anlayışa göre devlet kamusal mal ve hizmetlerin üretiminde doğrudan rol almakta ve bunu kendi örgütleri (bürokrasi) aracılığıyla yürütmektedir. Siyaset ve yönetimin ayrılığı, kamu ve özel sektör yönetiminin farklılığına yaptığı vurgu geleneksel kamu yönetimi yaklaşımının diğer önemli özellikleri olarak öne çıkmaktadır. Verimlilik ve rasyonellik geleneksel kamu yönetimi anlayışında önemli bir yere sahiptir ve kamu yöneticisinin rolü büyük ölçüde planlama, örgütleme, koordinasyon, yönlendirme ve denetim olarak tanımlanmaktadır.

1970'li yılların sonlarında yaşanan kapitalist sistemin krizi neoliberalizmin ekonomi, siyaset ve toplumsal alanda yükselişine neden olmuştur. 1980 sonrasında devlet ve kamu yönetiminin kapitalizmin ihtiyaçları doğrultusunda yeniden yapılandırılmasına yeni kamu işletmeciliği ve yönetişim yaklaşımları kaynaklık etmiştir. Bu çalışmada neoliberal yaklaşımlar olarak ele alınan bu yaklaşımlar aralarındaki farklılıklara karşın temelde neoliberalizmin birey, seçme özgürlüğü, piyasaların üstünlüğü ve minimal devlet anlayışını benimsemektedir.

Örgüt odaklı bir yaklaşım olarak yeni kamu işletmeciliği, kamu örgütlerinin özel sektör tarzında nasıl örgütlenmesi ve yönetilmesi gerektiği hakkında değerler ve varsayımlar bütünüdür. Devlet öncülüğünde toplumsal bir örgütlenme yerine piyasa ilkelerine dayalı bir örgütlenmenin tercih edildiği yeni kamu işletmeciliğinin temel iddiası, işletmeci bakış açısı ve yönetim araçlarıyla kamu yönetiminin daha etkin ve verimli bir hale getirilebileceğidir. Kamu hizmetlerinin örgütlenme ve sunumunda bürokratik hiyerarşi, planlama, merkezi yönetim, doğrudan kontrol ve kendi kendine yeterliliğe dayanan geleneksel yönetim anlayışı eleştirilerek yerini piyasa temelli bir kamu hizmeti yönetimi ve 'işletmeci bir kültür'ün alması istenmektedir (Larbi, 1999: 12).

1990'lı yıllarda devletin işleyişi, kapasitesi ve sınırları ile ilgili geleneksel anlayışa bir meydan okuma öne çıkan yönetişim yaklaşımıyla, liberal demokratik devlet modelinden, devlet dışındaki diğer tüm aktörlere bağımlılığın şekillendirdiği yeni bir devlet modeline geçildiği iddia edilmektedir (Peters ve Pierre, 2001: 131). Yönetişim yaklaşımı, devletin sorumluluk alanlarından geri adım atarak stratejik karar alma ve hizmet sunumunda özel, gönüllü sektör ve vatandaş katılımının artırılmasına dikkat çekmektedir. İktidarın karar alma ve uygulama sürecine dahil olan örgütler arasında paylaştırılması, tek başına hiçbir örgütün belirleyiciliğinin olmaması ve belirlenen amaçlara ulaşmada kaynakların ortak kullanımı ve karşılıklı değişimi söz konusudur (Stoker, 1998: 17-21). Bu çerçevede kamu kurumlarının, kamu yararı adına kamu hizmeti felsefesi ve ideallerine katı uyumundan ziyade sektörler arası kaynakların kullanımında işbirliği yapması ve bu tür girişimlerde devletin öncü bir rolde olması gerektiği öne sürülmektedir (Peters ve Pierre, 1998: 229). Devletin düzenleyici rolüne vurgu yapan yönetişim yaklaşımı, devletin sorumluluğundaki kamu

hizmetlerinin özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarına devredilerek sosyal devleti tasfiye edip kamu hizmetlerini metalaştırarak sermayenin yeni kar alanları haline getirilmesinin bir aracı olarak neoliberalizmle uyumlu bir yaklaşımdır (Ataay, 2008a, s. 55-57). Neoliberal politikalar açısından yeni bir açılım ve sürekliliğe işaret eden yönetişim yaklaşımı, bu çalışmada neoliberalizmden bir kopuş değil, aksine onu konsolide etmeye dönük bir yaklaşım olarak ele alınmıştır. Son tahlilde yeni kamu işletmeciliği ve yönetişim yaklaşımları kamu yönetimi ve sağlık alanının dönüşümünde neoliberal tezleri hayata geçiren ve kamu yönetiminin yapısını küresel kapitalizme uyumlu hale getirilmesinin meşruiyetini sağlayan yönetsel yaklaşımlardır.

Bu çalışmanın kuramsal ve yöntemsel çerçevesinin oluşturulmasında Marksist yaklaşımlar benimsenmiştir. Bir toplumdaki sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kapitalist sistemin sermaye birikimi ve emek sömürüsüne dayanan işleyiş biçimi belirleyicidir. Bu çalışmada kamusal sağlık hizmetleri kapitalist sisteme meşruiyet kazandırma işlevini açısından ele alınmakta (Habermas 1976; Offe 1984), sağlık hizmetleri bir bütün olarak kapitalist sistemin ekonomik ve siyasi gereksinimlerini karşılayan üretim sektörlerinden biri olarak görülmektedir.

Türkiye'de kamu yönetimi ve sağlık hizmetleri alanındaki dönüşüm geleneksel kamu yönetimi anlayışının eleştirisi üzerinden gerekçelendirilmekte ve kamu sağlık hizmetlerinin örgütlenme, yönetim ve hizmet sunma anlayışları piyasa ve işletmeci ilkeler üzerinden dönüştürülmektedir. Diğer yandan neoliberal yaklaşımların sağlık ve hastalık kavramlarını bireysel bir olgu olarak görmesi sonucu toplumsal bağlamından koparılan sağlık hizmetleri maliyet, etkinlik, verimlilik, tercih gibi neoliberal ideolojiyle bütünleştirilmiş kavramlarla tanımlanmaktadır. Sağlık hizmeti toplumun ihtiyacı için üretilen bir hizmet olmaktan çıkarılmakta ve sağlık alanıı devlet öncülüğünde desteklenen özel sektör için karlı yatırım alanlarına dönüştürülmektedir. Bu bağlamda sağlıkta dönüşüm programı ve kamu hastane birlikleri uygulaması toplumsal yapıdaki daha geniş politik, ekonomik ve sosyal sistemleri dönüştüren neolibaral politikaların bir sonucu olarak değerlendirilmiştir.

3. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÜNYADAKİ TARİHSEL SÜRECİ

Tüm toplumlarda kamu hizmeti alanı devletin meşru otoritesini yansıttığı en temel alanlardan biridir. Gelişmiş liberal demokrasilerdeki siyasi tarafsızlık ve siyaset-yönetim ayrımı tartışmalarına karşın kamu hizmeti alanının devletin siyasal ideolojik dünyasından tam bir özerkliğe sahip olduğunu söylemek güçtür. Her ne kadar devletin siyaset, bürokrasi ve ordu gibi temel alanları belirli kurumsal kimlikleri ve mesleki sınırları üstlense de uzun vadede roller ve hedefler birbirine yakınlaşma eğilimindedir. Bu nedenle, kamu hizmeti ya da kamu yönetimi tarafından oynanan rol genellikle devlet aygıtının niteliğini yansıtmaktadır (Haque, 2006, s. 194). Peters'in belirttiği gibi, "kamu yönetiminin niteliği" genellikle "devletin niteliğini ve kamu sektöründeki uygun örgütlenme biçimlerini" temsil etmektedir (2002, s. 153).

Kapitalizm açısından sağlık hizmetlerinin emek gücünün yeniden üretimi, ulus insaşı, hegemonyanın kurulması ve sermaye birikimine katkı gibi çeşitli siyasi ve ekonomik işlevleri vardır. Kapitalizmin tarihsel süreci içinde bu işlevler birbiri içine geçmiş ve ağırlıkları değişmiştir. Kapitalizmin erken dönemlerinde emek gücünün üretimi ve ulus devlet inşası temel işlev iken, sınıf mücadelelerinin artığı dönemlerde emeğin yeniden üretiminin yanı sıra siyasi hegemonyanın kurulmasında sağlık hizmetlerinin önemli payı olmuştur. Geç kapitalizm ya da neoliberal dönemde ise sağlık hizmetlerinin doğrudan sermaye birikimine katkısı öne çıkmıştır (Zencir, 2012, s. 49; Belek, 1995b, s. 33).

Genel olarak devletin sağlık hizmetlerine müdahalesinin tarihi, gelişmiş kapitalist ülkelerde kronolojik ve vurgu farklılıklarına karşın benzer bir evrimsel yol izlemiştir. 19.yy sonları ve 20. yy boyunca devlet, kapitalist kalkınmanın bir özelliği olarak birçok ülkede eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve diğer refah hizmetleri yoluyla emek gücünün kolektif olarak yeniden üretimini üstlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine devlet müdahalesi bu daha genel sürecin bir parçasını oluşturmuş ve sağlık hizmeti ilk kez kapitalizmle birlikte standardize edilerek toplum düzeyinde örgütlenmiştir (Doyal ve Pennell, 1991, s. 39). Devlet, 19. yüzyılın sonlarında tıp meslekleri, yardım toplulukları ve hastalık fonlarını kontrol etmek için yasal

düzenlemeler yapmış, 1930'larla birlikte gelişmiş ekonomilerde zorunlu ya da doğrudan vergilendirme temelinde tüm nüfus için önleyici, geliştirici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde daha kapsamlı sorumluluk almaya başlamıştır. Zorunlu hastalık sigortası daha geniş işçi gruplarına ve onlara bağımlı olan ailelerine genişletilerek hizmetlerin kapsamı da zaman içinde artış göstermiştir (Webster, 2003, s. 126). 1970'lerde kapitalizmin girdiği krizin bir sonucu olarak devletin yapısı ve niteliği rekabet, verimlilik, karlılık, esneklik gibi özellikleri temel alan piyasa reformlarıyla dönüşüme uğramıştır. Bu süreç sağlık hizmetlerinin üretim, örgütlenme ve niteliğinde köklü değişimlere neden olmuştur. Bu noktada tarihsel süreç içinde sağlık hizmetlerinin kapitalist üretim ilişkileri içerisindeki önemi ve işlevi, bu işlev ve önemin dönüşüm dinamiklerinin açıklanması önemlidir. Bu bölümde dünyada sağlık hizmetlerinin geçirdiği dönüşüm, tarihsel bütünsellik ve dönemlerin ekonomi politiği çerçevesinde bu dönüşümlerin ilk ortaya çıktığı gelişmiş kapitalist ülkeler temel alınarak açıklanmaya çalışılacaktır.

1. ERKEN KAPİTALİZM DÖNEMİ: SAĞLIK ALANINA SINIRLI DEVLET MÜDAHALESİ

Eski uygarlıklardan yirminci yüzyıla uzanan tıp ve halk sağlığı geçmişine kapsamlı bir bakış hükümetlerin, dini kurumların ve çeşitli grupların hasta, yoksul ve evsizler için bir takım tıbbi yardım olanakları sağladığını ortaya koymaktadır. Feodal dönemde insanların sosyal güvenlik ihtiyaçları daha çok geleneksel kurumlar olan aile, kilise ve yerel topluluklar tarafından karşılanmıştır. Devletlerin toplumun sağlık sorunlarının çözümüne yönelik ilgisi merkantilist 16. yüzyılda artmaya başlamıştır. Merkantalist[63] doktrinin sağlıklı bir nüfusu ulusal zenginlik ve güç oluşumu için önemli görmeye başlaması ve nüfusu etkin kullanma yönündeki çabası bu ilginin artışında etkili olmuştur. Bu dönemde devlet ve hükümetlerin refah konusundaki sorumluluğu devlet destekli refah veya yoksul yardım programlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi yönünde olmuştur (Leichter, 1979, s. 22). Bu dönemde yoksullara yardım işinin devletçe örgütlenme çabalarını ve dönemin yaklaşımını en iyi yansıtan

[63] Merkantalizm, 16. Yüzyılda başlayıp yaklaşık üç yüzyıl boyunca Batı Avrupa ekonomi politikasını biçimlendirmiş olan öğretiyi ifade etmektedir. Bu öğreti, savunduğu esaslarla yükselen yeni toplumsal sınıf olan ticaret burjuvazisinin sözcülüğünü yapmış ve sanayi kapitalizminin doğuşunu mümkün kılacak maddi koşulların oluşmasını sağlamıştır (Kara, 2004, s. 62).

örnekler İngiliz Yoksul Yasaları [64] olmuştur. Yoksul yasaları liberal düşüncenin kişisel sorumluluk, kendine yardım ve hayırseverlik anlayışını benimsemiştir. Yapılan yasal düzenlemelerde yoksulluk sorunu yapısal bir sorun olarak ele alınmamış mevcut ekonomik ve toplumsal düzenin sürdürülebilmesi için pansuman işlevi görmüştür (Kara, 2004, s. 58).

Devletin sağlık alanına ilk müdahalesi olarak değerlendirilebilecek girişimler 19. yüzyıl halk sağlığı hareketi çerçevesinde gerçekleşmiştir. Bu hareketin ortaya çıkması iş bulmak için kırsal alanlardan göç eden işçi sınıfının şehirlere akın edişiyle Avrupa şehirlerinin genişlediği bir döneme rastlamaktadır. Kentlerdeki kötü yaşam koşulları ve çalışma şartları kolera, difteri, tüberküloz, çiçek, sarıhumma ve kızamık gibi bulaşıcı hastalıkların kaçınılmaz şekilde yayılımını artırmıştır. Salgın hastalıklar, kötü yaşam ve çalışma koşulları nedeniyle kentsel emekçi nüfusun verimliliğinin kötüleşeceğine ve buna bağlı ayaklanmalar olabileceğine dair korkuları artırmıştır. Bu nedenle yüksek ölüm oranlarına sahip bulaşıcı hastalıkların önlenmesi önemli bir konu olmuştur (Petersen ve Lupton, 1996, s. 2). Bu bağlamda düşünüldüğünde modern halk sağlığı hareketinin, insanları köylerinden ve topraklarından ederek makinelerin istekli dişlileri haline getirmek için teşvik eden sanayi devriminin yarattığı toplu sefalete verilen bir tepki olarak okunması mümkündür. Bu tepki büyük ölçüde toplumu tehdit eden salgın hastalıklar karşısında şehirlerin ve kasabaların geleceğini kişisel veya profesyonelce önemseyen doktorların, hemşirelerin, şehir yöneticilerinin, din adamları ve devlet liderlerinin yanıtını temsil etmektedir. Bu çerçevede 1800'lerde sınırlı şekilde yararlı bazı halk sağlığı önlemleri alınmaya başlanmıştır. Kişisel temizlik hakkında eğitimler, yerinden edilmiş ve yoksullar için kilise destekli mutfaklar bunlar arasındadır. Bu çabalar, kapalı kanalizasyon, içilebilir içme suyu ve diğer çevresel

[64]Bu konuda ilk yasal düzenleme 1601 Yoksulluk Kanunu olmuştur. Bu kanunla, yoksullara en düşük ücretin üzerinde olmayacak şekilde bir yardım sağlama konusunda kamusal sorumluluk benimsenmiş ve bu konuda '*perish'* adı verilen yerel yönetim birimleri sorumlu tutulmuşlardır. 1601 Yoksulluk Kanunu iki yüzyıldan fazla yürürlükte kalmıştır. Ancak Sanayi Devriminin kente yoğun göçün, artan işçi hareketliliğinin ve ekonomik dalgalanmaların sonucu olarak bu kanun yoksulları ahlaki olarak yozlaştırdığı, aşırı nüfus artışına neden olduğu ve ücretleri aşağı çekerek daha fazla yoksulluğa neden olacağı gibi sebeplerle eleştirilmiştir (Barr, 1993, s. 14'den aktaran Sallan Gül, 2004, s. 204).
18.yüzyılın sonunda sanayi devrimi ve onu izleyen serbest piyasa ekonomisi koşulları altında 1834 tarihli Yeni Yoksullar Yasası önemli bir dönüm noktası olmuştur. Bu yasa ile yoksulların çalıştırıldığı kurumlar dışında verilen bütün yardımları ortadan kaldırılmış, yardımlardan yararlanma koşulları zorlaştırılmış ve kurumlardaki çalışma koşulları çok ağırlaştırılmıştır. Bu açıdan bu yasayı insanı işgücü olarak tanımlayan bir dünya görüşünün ulaştığı son nokta olarak görmek yanlış olmaz (Buğra, 2008, s. 45;Sallan Gül, 2004, s. 204).

reformlar için lobi yapan "sanitasyon hareketi" ile sonuçlanmıştır. Ayrıca birçok kilise ve diğer dini kuruluşlar özellikle fakir, dul ve yetimhanelere yönelik vaazları desteklemiştir. Bunlar 'iyi çalışma alışkanlıkları', 'temiz ahlak', 'düzenli banyo' gerekirse 'tıbbi muayene' gibi ihtiyaçları vurgulamıştır. Bu tür halk sağlığı önlemlerinin devlete ve diğer destekçilere belirli bir maliyeti vardı. Bu maliyetleri karşılayacak gelirlerin çoğu devlet hazinelerinden gelirken kiliseler, loncalar, meslek kuruluşları, varlıklı aileler ve sivil toplum kuruluşlarından elde edilen fonlar da kullanılmıştır. Bu katkıların nedeni bir sınıf savaşına karşı bir sigorta poliçesi olması yanında sivil ve dini eğilimleri de içermiştir. 19. yüzyıl ortalarında bu girişimlerle ortaya çıkan halk sağlığı hareketi yasal düzenlemeler için uygun bir zemin oluşturmuştur (Carrick, 2007, s. 20).

19. yüzyılda kapitalizm ve sağlık arasındaki ilişki hastalık, kent yaşamı ve çalışma koşulları arasındaki ilişkiler üzerinden çeşitli araştırma ve raporlarla ortaya konmuştur. Bu çalışmalar erken ölümün çevresel nedenlerinin yanı sıra sınıflar arasında hastalık ve ölüm oranları arasındaki belirgin farklılıkları yansıtmıştır (Doyal ve Pennell, 1991, s. 33). Bu alandaki önemli incelemelerden ilki Engels'in 1845'de yayımlanan *"İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu"* adlı eseridir. Engels, yolculukları ve Manchester'da kaldığı iki yıl sürecinde endüstriyel kapitalizmin işçi sınıfı ve kent yoksulları üzerindeki kötü etkilerini gözlemlemiştir. Yoksulluk ve kötü sağlığı kapitalizmin kasıtlı sonuçları olarak gören Engels'e göre, çalışma ve yaşam koşulları ve yoksulluk rutin şekilde hastalık ve endüstriyel kazalara neden olmaktadır. Yeni fabrika ve sanayi kasabaları etrafında uzanan gecekondu mahallerinin kötü yaşam koşullarından kaynaklanan hastalıkları açıklamış, difteri, kolera, kızamık, boğmaca, çiçek, tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıkların kötü beslenme, hava ve su kirliliği ile ilgili olduğunu belirtmiştir. Sanayi devrimi, insanları toprağın yoksulluğundan uzaklaştırırken onları sanayi kapitalizminin yoksulluğuna mahkûm etmiştir (Sell ve Williams, 2020, s. 2-3). Engels'in kapitalist sanayileşme altındaki işçi sınıfının koşullarına ilişkin daha geniş bir çalışmasının bir parçası olarak sağlık hizmetlerine ilişkin analizleri Batı Avrupa'da sosyal tıbbın ortaya çıkışında, özellikle Rudolf Virchow'un çalışmaları üzerinde etkili olmuştur. Virchow'un bulaşıcı hastalık, epidemiyoloji ve sosyal tıp alanındaki öncü çalışmaları Engels'in eserinin yayınlanmasından sonra ortaya çıkmıştır. Virchow 1847'de Doğu Prusya'nın kırsalında

şiddetli bir tifüs salgını araştırmasına dayanarak, artan istihdam, daha iyi ücretler, hükümette yerel özerklik, tarım kooperatifleri ve daha ilerici bir vergilendirme yapısını içeren bir dizi köklü değişiklik önermiştir. Virchow, bilimsel araştırmaları ve politik pratiğinde iki önemli temayı dile getirmiştir. Birincisi, hastalığın kaynağı çok faktörlüdür ve en önemli faktörlerden birini insanların günlük yaşamlarının maddi koşullar oluşturmaktadır. İkincisi ise etkili bir sağlık bakım sistemi sadece bireysel hastaların patofizyolojik rahatsızlıklarını tedavi etmekle sınırlamamalı ve sağlık sistemlerindeki gelişmeler temel ekonomik, politik ve sosyal değişimlerle örtüşmelidir (Waitzkin, 2000, s. 37). İngiltere'de sanitasyon hareketinin kurucusu Edwin Chadwick (1800-1890)'in 1834 tarihli Yeni Yoksulluk Yasası ile ilgili hazırladığı "*The Report on Sanitary Condition Of The Labouring Population Of Great Britain (1842)*" isimli raporunda çaresizlik ya da tembelliğin iddia edildiği gibi yoksulluğun temel nedeni olmadığını, hastalık ve sakatlığın ezici bir biçimde yoksulluğun baş nedeni olduğu belgelemiştir. Ek olarak bu sağlıksız koşulların üstesinden gelmek için belediyelerin temiz içme suyu sağlaması, hastalık oluşturan çöp yığınlarını temizlemesi, gözetim ve denetim mekanizmalarını kurması gibi yapılması gerekenleri sıralamıştır. Chadwick'in raporu Londra'nın en kötü varoşlarındaki ortalama ölüm yaşının 16, daha iyi durumda olan işçilerin ise 45 yaşına kadar yaşayabildiğini gösteriyordu. Chadwick, parlamentoyu şehir yoksullarının durumlarının gerçekten kötü olduğu konusunda ikna etmiş ve İngiltere'nin 1848'de ilk halk sağlığı yasasını yürürlüğe koymasına neden olmuştur. Bu yasa ile merkezi bir devlet otoritesi olan "*General Board of Health*" kurulu oluşturulmuştur. Bu kurul tüm şehir ve kasabaları çöp, drenaj, barınma, atık bertarafı kasaplık, kesim, tabakalama gibi uygulamaların düzenlenmesinden ve uygulamasından sorumlu sağlık kurulları kurmaya zorlamıştır. Ardından 1875'deki Halk Sağlığı Yasası (*The Public Health Act)* ile hükümet resmi ve sistematik olarak tüm vatandaşlar için asgari düzeyde hijyen koşullarını sağlamayı kabul etmiştir (Carrick, 2007, s. 21-22).

Hastalıkların mikroplar yoluyla bulaştığının keşfi ve hijyenin gerçek bir çözümün kilit parçası olduğu yönündeki bu yeni bilgiyle halk sağlığı faaliyetlerinin kapsamının genişletilmesi olumlu sonuçlar vermiştir. Bu faaliyetler sonucunda 1871 ile 1940 arasında, İngiltere ve Galler'de bir yılda meydana gelen ölümlerde bulaşıcı hastalıkların payı %31'den %10'a gerilemiştir. Ölüm ve hastalık oranlarındaki bu

gerilemeye neden olan koruyucu önlemlerin çoğu, kolektif etkinlik gerektiren, ödeme yapıp yapmadığına bakılmaksızın herkese fayda sunan kamu hizmetleridir. Piyasa, bu hizmetleri günümüzde olduğu gibi geçmişte de sunmaya istekli olmamıştır. Bu nedenle bu hizmetlerin faydasının toplum geneline yayılması ve halkın çoğunluğunun ödeme yapması mümkün olmadığından devlet bu alana müdahil olmuştur. Bu nedenle halk sağlığı hareketi kapitalist sınıfın bir lütfu olmaktan çok kapitalizmin toplumsal maliyetine karşı bir tepki olarak gelişmiştir (Leys, 2014, s. 18-20).

19. yüzyılda ABD'deki halk sağlığı alanındaki girişimler yerel ve gönüllü girişimler tarafından sağlanmış ve sürdürülmüştür. Buna karşılık İngiltere'de halk sağlığı müdahalesi merkezi hükümet tarafından yönlendirilmiş ancak pratik uygulamalar yerel yönetimlere bırakılmıştır. Buna karşın halk sağlığı müdahalesinin muhalifleri bunun yerel yönetim özerkliği için bir tehdit ve merkezi devletin işlerine kabul edilemez bir müdahale olarak algılamışlardır. Halk sağlığı müdahalesi bir yandan merkezi hükümetin otoriter, paternalist gücünün büyümesi diğer yandan da tıp mesleği gibi belirli bir mesleğin despotik etkisinin artması olarak yorumlanmış, bu suçlamalar özelikle zorunlu çiçek aşılaması gibi daha kapsamlı ve zorunlu devlet müdahalesi gereken durumlarda daha da güç kazanmıştır (Porter D. , 1999, s. 111).

19. yüzyılın ortasından itibaren hastalığın kökenlerine ilişkin yapılan yeni araştırmalar, hastalığın olası nedenlerine ilişkin yeni kavrayışlara neden olmuştur. 19. yüzyılın sonlarına doğru büyük salgın hastalıkların kontrol altına alınması ve Germ teorisinin gelişmesiyle birlikte tıbbı uygulamalardaki vurgu bireysel 'vaka' *(case)* ya doğru keskin biçimde değişmiştir. Bu gelişme doktorların insan vücudunun çalışmalarına daha derinlemesine bakabildikleri ve sosyal ve ekonomik çevreye daha az önem verilen "laboratuvar tıbbı"nın başlangıç dönemini temsil etmektedir (Doyal ve Pennell, 1991, s. 33). Bakteriyoloji devrimi olarak da anılan bu dönemin en önemli sonucu çevre kavramının parametrelerini değiştirmesi olmuştur. Hastalığın geliştiği düşünülen fiziksel çevre vurgusu yerini bireylerin ve onların sosyal davranış ve ilişkilerinin hastalıkların taşıyıcısı olduğu vurgusuna bırakmıştır. Bu yeni teori politika yapıcılar ve yöneticiler tarafından kademeli olarak benimsenerek sağlık politikalarının biçimlenmesinde belirleyici rol oynamıştır. Yeni halk sağlığı anlayışı ile bulaşıcı hastalıkların zorunlu bildirimi, hasta ve ailelerin izolasyonu, temasların izlenmesi,

‘laboratuvar tanı ve testleri ve gönüllü aşılama gibi yöntemler kullanılmaya başlamıştır (Porter D., 1999, s. 85-86, 164).

19. yüzyılın tıbbi uygulamalarındaki diğer önemli bir gelişme kitlesel kentleşme süreciyle birlikte “hastane tıbbı” nın ortaya çıkışıdır. Çalışan nüfusun sağlık gereksinimlerini karşılamak için kurulan hastanelerle birlikte hastaların evde tedavi ve bakımı önemini kaybetmeye başlamıştır (Yadavendu, 2001, s. 786). Yüzyılın başında insanların çoğu evlerinde tedavi edilirken yüzyılın sonuna doğru hastane bakımına başvurma oranı artmıştır. 1891 yılında hastane yataklarının yaklaşık %25’i hayır kurumları ya da gönüllü kurumlarda iken geri kalanlar kamu sektöründeydi. Bunların çoğu yoksul revirlerinde yer almaktaydı ancak yerel halk sağlığı komiteleri tarafından yönetilen uzmanlaşmış kurumların sayısı giderek artıyordu. Sağlık profesyonelleri açısından doktorlar dışındaki meslek grupları da organize olmaya başlarken doktorlar, cerrahlar ve eczacılar arasındaki geleneksel bölünmeler giderek bulanıklaşarak daha bütünleşik bir tıp mesleği ortaya çıkmaya başlamıştır (Harris, 2012, s. 115). Bu dönemde hastane sayılarının hızla artmasıyla daha önce hastane yöneticilerinin emrinde olan hekimler giderek statü sahibi olmaya başlamışlardır. 18. yüzyılın ortalarına doğru hastaneler hekimlerin kariyeri ve toplumdaki statüsü için önemli yerler haline gelmeye başlamıştır (Soyer, 1995a, s. 96).

I. Dünya savaşının sonunda birçok Avrupa ülkesinde nüfusun sağlığını iyileştirmek üzere sağlık bakanlıkları kurulmuş ancak etkin olamamışlardır. Yeni ekonomik zorluklar nedeniyle genellikle savaş öncesi girişimler konsolide edilmiştir. İngiltere’de yeni bakanlık kısa vadede değişmezken, ABD’de savaş öncesi “*progressevie*” momentum (new deal ile yeniden kazanılmış olsa da) kaybedilmiştir. Fransa’da doktorlar ve işverenler tüm ülkeye yayılmak istenen bir sosyal sigorta girişimini engellemişlerdir. Almanya’da ise tıbbi politikaların dengesi Weimar hükümetiyle değişmiştir. Ancak en önemli etkiler Bolşevikler tarafından sosyalize edilen tıp ile Sovyetler Birliği’nde yaşanmıştır. Kurmuş oldukları hastane ve klinik sistemleri ülkeyi ziyaret eden batılı reformcuları etkilemiş ve buna tepki olarak Milletler Cemiyeti ve büyük Amerikan vakıfları Orta Avrupa’daki halk sağlığı önlemlerini ve seçkin doktorları desteklemişlerdir. Yine bu dönemde informal olarak etkin faaliyette bulunan Rockefeller gibi vakıfların da etkisiyle ABD emperyalizmi artan şekilde Avrupa kurumlarını etkilemeye başlamıştır (Pickstone, 2003, s. 8).

19. yüzyıldaki sanayileşme ve kıta çapındaki salgın hastalıklarla ilgili kaygılar, devletin bilimsel yönetiminin faydacı felsefesi tarafından meşrulaştırılan bir devlet müdahaleciliğini öne çıkarmıştır. Devlet müdahalesi piyasa ilişkilerinin serbest işleyişini korumak ve artırmak için yasal düzenlemeleri kullanmayı amaçlayan bir politik ekonomi anlayışına dayanmıştır. Faydacı ekonomi politik, serbest piyasa ekonomisinin atıklarının elimine edilmesiyle sürdürülmesini gerektiriyordu. Emekçilerin erken ölüm oranları azaltılarak yoksulluk ve yoksulluğun maliyetlerini düşürmek, devlet ve devlet işlerinin sadece bilimsel ve rasyonel örgütlenme yoluyla elde edilebileceğini ve politika oluşturma ve uygulamayı yönetsel *(managerial)* bir faaliyet olarak görmeye başlamak bu dönemin yönetim/hükümet anlayışını oluşturmuştur (Porter, 1999, s. 120, 145). Özetle bu dönemde kamu hizmeti anlayışı, siyasal yapının dayandığı üretim biçiminin varlığını koruma ve sürdürme için gerekli olan minimum faaliyetler düzeyinde kalmıştır (Karahanoğulları, 2015, s. 60). Devlet genellikle özel sermayenin güvenliğini sağlamak ve kapitalist sınıfın çıkarlarına hizmet etmek için araçsal bir görevle karakterizeydi. Kamu sektörü, altyapının, sosyal düzenin, insan kaynakları ve benzerlerinin oluşturulması ve sürdürülmesi yoluyla sermeye birikimi için uygun koşulların korunması ve oluşturulmasında önemli rol oynamıştır (Carnoy, 1984). Bu dönemde kapitalist devlet, özel sermaye ile ilişkili egemen sınıftan çok az özerkliğe sahip olduğu için devletin vatandaşların ihtiyaçların karşılamadaki rolü oldukça sınırlı olmuştur (Haque, 2006, s. 194-195). Serbest piyasa sisteminin hem bireysel hem toplumsal refahı artıracağı iddia edilmiş ve devletin bu sürece müdahale etmesine karşı çıkılmıştır. Bireylerin kendi kendine yeterli olması, kendilerinin ve yakınlarının refahından sorumlu olması gerektiği düşüncesi temel alınmıştır. Sosyal yardımlar konusunda ise daha çok gönüllü ve geçici yardım anlayışı kabul edilmiştir (Sallan Gül, 2004, s. 143-144).

2. ULUS DEVLET DÖNEMİ: SAĞLIK HİZMETLERİNİN KURUMSALLAŞMASI

2.1. Kurumsallaşmada İlk Adım: Sosyal Sigorta Sistemlerinin Kurulması

Yoksullukla ilgili yasal düzenlemelerden sosyal sigorta fikrine geçiş bazı risk türlerine veya bireysel talihsizliklere karşı kamu sorumluluğuna yönelik tutumun

değişmesi açısından önemli bir dönüm noktası olmuştur. 19. yüzyılın sonunda üretim araçlarının gelişmesi ve Taylorist örgütlenme biçimi yeni bir ekonomik genişleme evresi ortaya çıkarmıştır. Bu ortamda yükselen ve giderek siyasallaşan işçi sınıfı hareketini[65] dikkate alma zorunluluğu ve diğer yandan ehlileştirme isteği kamu sağlık sigorta sistemlerinin ortaya çıkışında etkili olmuştur (Belek, 2014, s. 21). Hükümetler işçi sınıfının giderek artan gücüne ilişkin endişeleri nedeniyle sağlık sigortası ile serbest piyasa ekonomisinin işçiler üzerindeki olumsuz etkilerini sınırlandırmayı, "siyasal bir güç olarak sosyalizm" tehdidini azaltmayı ve kapitalizmin düzgün işleyişini sağlamayı umuyorlardı. Bu nedenle sağlık sigortaları işçi huzursuzluğunu önlemenin ve işçi sınıfı üzerinde sosyal ve politik kontrol kurmanın bir aracı olarak ele alınmıştır (Porter D.,1999, s. 206). Zorunlu sosyal sigorta modelinin ilk örneği Almanya'dan gelmiştir. Almanya Şansölyesi Bismarck, sosyalist işçi hareketinin güçlendiği bir dönemde hükümetin sendikalara ait hastalık fonlarını devralarak sendikalara desteğin azaltılması ve işçilerin ekonomik güvenliğinin artırılması ve çalışanlara zorunlu "refah ödeneği sağlayarak devlete bağlama" politikasının bir parçası olarak zorunlu sağlık sigorta sistemini kurmuştur. 1883'de düşük ücretli çalışan işçiler için işveren katkısını gerektiren ve sonraki yıllarda diğer çalışan sınıflara kapsamı genişletilen bir yasa çıkarılmıştır (WHO, 2000, s. 12). 1883 tarihli bu yasanın ardından Almanya örneği tüm Avrupa'da yayılmış ve hastalık sigortası sosyal refah gündeminin her zaman üst sıralarında yer alan bir konu olmaya başlamıştır (Webster, 2003, s. 125). 1894'de Belçika'da, 1909'da Norveç'te benzer kanunlar kabul edilmiştir. 1911'e kadar İngiltere'deki ücretli çalışanlar için sigorta sistemi, tıbbi bakım sendikaları ya da yardımlaşma derneklerinin üyeliği karşılığında sağlayıcılara ödeme yapması ve sadece işçinin kendisinin yararlanabileceği biçimde düzenlenmiştir.[66] Rusya ise 1800'lerin sonunda vergilerden karşılanan ve tedavinin

[65] Sosyalizm düşüncesinin etkisi altındaki işçi sınıfı mücadelesi, 19. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren özellikle erken sanayileşen Avrupa ülkelerinde hızla yayılmıştır. Grevler ve eylemlerle kendisini göstermeye başlayan işçi sınıfı hareketi 1848'de Komünist Manifesto'nun yayımlanması, 1864'de toplanan I. Enternasyonel ve 1871 Paris Komünü ile kapitalist sistem karşısında önemli bir tehdit haline gelmiştir (Müftüoğlu, 2005, s. 84). Paris komünü doğrudan kurumsal biçimde olmamakla birlikte modern refah devleti gelişmelerine öncülük eden üç ülke (Almanya, Avusturya ve Danimarka) üzerinde etkili olmuştur. Bu bağlamda Therborn, refah devletinin ilk büyük gelişmelerini emek hareketiyle başladığını ve refah devletinin gelişim çizgisinde bu bağlantının takip edilmesinin önemli olduğunu belirtmektedir. Bu konuda bkz. (Therborn, 1984, s. 10, 36).

[66] İngiltere'de, 1911 Ulusal Sigorta Yasası, doktorların bağımsız anlaşma tarafları olarak hareket edeceği, ancak ödeneğin devlet tarafından karşılanacağı bir hastalık yardımı sistemiydi. Ücretli çalışan ve milli sigorta damgalarını ödeyen herkes hastalık yardımına erişebildi. Sadece erkek çalışanlar Ulusal

ücretsiz olduğu hastane ve çok sayıda tıbbi istasyon ağı kurmayı başarmıştır. 1917 Bolşevik Devriminden sonra tamamen merkezi ve devlet kontrollü bir modelin ilk örneği olarak tüm nüfusa ücretsiz tıbbi bakım verilmesini sağlayan sağlık sistemleri yaklaşık seksen yıl devam etmiştir. Alman modelinin etkisi I. Dünya Savaşından sonra Avrupa dışına da yayılmaya başlamıştır. Örneğin Japonya 1922'de işçiler için sağlanan yardımlara sağlık yararlanımlarını da eklemiştir (WHO, 2000, s. 12).

İskandinav ülkelerindeki bu konudaki gelişmeler bir dereceye kadar Alman mevzuatından etkilenmiştir. Hastalık sigortası, Danimarka ve İsveç'te 1892 ve 1891'de gönüllü olarak yapılırken, Norveç zorunlu olarak tüm ücretlileri sabit, nispeten yüksek bir gelir sınırının altında kapsayan zorunlu bir sigorta ile işe başlamış ve diğer İskandinav ülkelerine göre evrensellik ilkesi açısından daha destekleyici olmuştur. Norveç ayrıca 1909'daki hastalık sigortası ile ilke olarak çalışanın eşinin ve çocuklarının otomatik olarak ekstra prim ödemeden sigortalanmasını sağlayan ilk ülke olmuştur. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra tüm İskandinav planları, tüm vatandaşları kapsayıcı evrensel hale getirilmiştir [67] (Kildal ve Kuhnle, 2005, s. 17-19).

20. yüzyılın ilk çeyreğine kadar büyük ölçüde işçi sınıfının ve reel sosyalizmin tehdidi ile gelişme gösteren sosyal haklar, 1929 daki kapitalizmin kriziyle birlikte yeni bir boyuta taşınmıştır. Krizi aşmak üzere talep yönlü ekonomi politikaları benimsenmiştir. İlk uygulamalarına ABD'de New Deal politikaları ile tanık olunan talep yönlü ekonomi politikaları devletin ekonomiye müdahale etmesini öngörmektedir. Bu bağlamda, üretim araçları büyük ölçüde devletin eline geçmiş, ayrıca devlet talebi artırmak üzere sosyal harcamaları yükseltmiştir (Müftüoğlu, 2005, s. 85). Almanya'da sosyal harcamalar 1900 yılında GSYİH'nın %3'ü iken 1915'de %5'e ulaşmıştır. İngiltere ve İsveç bu sosyal refah sürecinde beş yıl geride iken Fransa'daki gelişmeler de daha yavaş olmuştur. Bu süreç sosyal harcama düzeylerini 1960'da %12, 1970'de %22'lere çıkaran sürecin bir başlangıcını oluşturmuştur. Sağlık

Sigorta kapsamındaydı ve bu durum kadınların ve tüm çocukların çoğunluğunun dışlanacağı anlamına geliyordu. Kadınlar genellikle kendilerini tedavi etmek ve kendi çözüm yollarına başvurmak zorunda kaldılar. Sadece acil durumlarda, kadınların ve çocukların çoğunun tedavisi için bir doktor çağrılabiliyordu. Bu sistem, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın hızla artması ve devletin sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki rolünün artırılması ve sürdürülmesi için planlar yapıldığı İkinci Dünya Savaşı'na kadar yürürlükte kalmıştır (Taylor ve Hawley, 2010, s. 33).

[67] İsveç 1955, Norveç 1956, İzlanda 1956, Danimarka 1960, Finlandiya 1963 (Kildal ve Kuhnle, 2005, s. 19).

harcamaları yirminci yüzyılın başında GSYİH'nın %1'inden düşük düzeylerde iken, gelişmiş Avrupa ekonomilerinde 1970'lerde %6-10 arasında seyretmiştir (Webster, 2003, s. 125).

Amerika'da ise bir bütün olarak sermaye sınıfı büyük firma çalışanlarına sağlık sigortası sağlayarak sağlık hizmetinin gelişimini desteklemiştir. Hükümet işveren tarafından ödenen sağlık yardımlarını vergiden muaf tutarak ve II. Dünya Savaşı sırasında ücretleri dondurarak bu süreci desteklemiştir. İşverenler bu gelişmeyi çeşitli nedenlerle memnuniyetle karşılamışlardır. Sağlık sigortası çalışanlar arasında popüler olmuş, verimliliklerini artırmış ve işsiz, emekli ve engelliler için daha düşük bir bakım standardını koruyarak ve sağlık hizmetini istihdama bağlayarak işçilere ek kaldıraç sağlamıştır. Gelişmiş dünyanın geri kalanındaki işçi hareketi evrensel sağlık sigortası talep etmiş ve kazanmışken, ABD'deki örgütlü emek bu talebi terk etmiş ve sözleşmeye bağlı olarak müzakere edilen sağlık yardımlarını kabul etmiştir (Himmelstein ve Woolhandler, 1988, s. 495).

2.2. Yeniden Üretim ve Meşruiyet Aracı Olarak Refah Devleti

Batı kapitalizmindeki gelişmeler Klasik Marksizm'in öngörülerini doğrulamamış bazı toplumlarda örgütlenmiş işçi partileri iktidara gelseler de özel mülkiyete dayalı kapitalist üretim biçimi değişmemiştir. Bununla birlikte, Büyük Depresyon, II. Dünya Savaşı, sömürgelerden geri çekilme ve kapitalist piyasalarda ortaya çıkan güvensizlik ve örgütlü işgücünün yükselişi devlet ile sermaye arasındaki ilişkileri değiştirmiştir. Özel sermaye büyük ölçüde piyasadaki krizi düzeltmek için finansal önlemlerin alınması, çeşitli refah yardımlarıyla memnuniyetsiz işçi sınıfını pasifleştirilmesi, zorlayıcı dış politikaların uygulanması ve dış pazarların korunmasına yönelik agresif önlemlerin alınması için devlete bağımlı hale gelmeye başlamıştır. Egemen kapitalist sınıfın çıkarlarından devletin görece özerkliğine yönelik bu eğilimler, nüfusun temel sosyal haklardan mahrum işçi sınıfını içeren kesimleri lehine politikaların izlenmesine olanak vermiştir. Böylece görece özerk bir kapitalist devlet için kamu hizmeti daha müdahaleci mali önlemlerin alınmasında, uluslararası stratejilerin tasarlanmasında, işsizlik, barınma, sağlık ve eğitim ile ilgili çeşitli refah programlarının uygulanmasında önemli rol oynamaya başlamıştır. Kapitalist devlet ve bürokrasisi, özel sermayenin çıkarlarına hizmet etmeyi sürdürse de bu süreçte sınıf altı

ve düşük gelirli vatandaşlar refah programlarından daha fazla yararlanmaya ve önemli sivil, politik ve sosyal haklara sahip olmaya başlamışlardır (Haque, 2006, s. 194-195; Haque, 1998: 358-359). Bu durum kapitalist toplumlarda *laisses-faire* liberalizminin ilkelerinin terk edilmeye başlamasına ve kapitalistleri frenleyen, sendikacılığın gelişmesini güvence altına alan ve "egemen" sınıfların statüsünü değiştiren bir refah devleti anlayışını ortaya çıkarmıştır[68] (Solo, 1978, s. 831).

Politik ekonomik terimler açısından refah devleti, savaş sonrası gelişmiş batılı kapitalist toplumlarda ortaya çıkan belirli bir kapitalist devlet rejimine işaret etmektedir. "Kapitalizmin bir biçimi" (Ginsburg, 1979, s. 2) olarak refah devleti, kapitalist toplum ilişkilerinin sürdürülmesi ve işgücünün yeniden üretiminin sağlanması için devlet gücünün/iktidarının kullanılmasını ifade etmektedir (Gough, 1979, s. 44-45). Briggs ise, refah devletini piyasa güçlerinin oyununu değiştirmek için örgütlü gücün politika ve idare yoluyla kasıtlı olarak kullanıldığı devlet olarak tanımlamaktadır. Devlet bunu yaptığı işin ya da sahip olduğu varlığın piyasa değerine bakılmaksızın bireylere ve ailelere asgari bir gelir güvencesi sağlayarak; bireysel ve ailevi krizlere neden olabilecek hastalık, yaşlılık ya da işsizlik gibi toplumsal belirsizliklerin kapsamını daraltarak yapmaktadır. Ayrıca toplumsal ya da sınıfsal konumlarına bakılmaksızın üzerinde mutabık kalınmış sosyal hizmetlerle ilgili en iyi standartların bütün yurttaşlara sunulmasını sağlayarak gerçekleştirmektedir (1961, s. 228). Bu şekilde devlet, nüfus içindeki farklı gruplar için doğrudan veya dolaylı olarak asgari tüketim düzeyini temin etmekte ve aynı zamanda nüfus içindeki sosyalleşme, davranış ve yetenek örüntülerini değiştirmektedir. Bunun yanında eğitim, konut gibi tamamlayıcı desteklerle devletin sosyal olarak yeniden üretimini[69] sağlamaktadır (Gough, 1980, s. 9).

[68] Refah devletinin ortaya çıkışı gelişmiş kapitalist ülkelerde devlet-toplum ilişkilerinde ve bireyin toplumdaki konumuna bakışta gerçekten radikal bir dönüşüme işaret etmektedir. Bu dönemin önemli sosyal politika metinleri sosyal hakların hayata geçirilmesi yoluyla emeğin meta olmaktan çıkarılabileceği, bu yolla kapitalist toplumda ciddi bir dönüşüm yaratılabileceği inancına dayanıyordu. Büyük ekonomik kriz ve savaşın getirdiği yıkımlara karşılık toplumsal bütünlüğü sağlamak adına sağlık sektöründe yapılan düzenlemeler, sosyal yardımlar, yoksulluğa karşı önlemlerin alınması ve bu konuda devlete düşen sorumluluk bilincinde artış II. Dünya Savaşı sonrası dönemde Avrupa'yı tanımlayan özellikler olmuştur (Buğra, 2008, s. 65).

[69] Toplumsal yeniden üretim süreci, biyolojik yeniden üretim, ekonomik tüketim ve sosyalizasyon süreçlerine atıfta bulunur; kısaca üretim sürecindeki mal ve hizmetlerden ziyade toplumsal olarak "üretilen" bireyler vardır. Elbette aile burada önemli bir rol oynamış ve oynamaya devam etmektedir. Ancak toplumsal yeniden üretimin devlet örgütüne atıfta bulunduğumuzda, refah devletinin yirminci

Sanayileşmiş ülkelerde refah devleti anlayışının kuram ve uygulamada evrensel bir geçerlik kazanması kapitalizmin 1929'daki krizinden çıkış için söz konusu olan yeniden yapılanma süreci içinde gerçekleşmiştir (Sallan Gül, 2004, s. 144; Belek, 1995c, s. 11). Savaş sırasında Avrupa ve dünyanın büyük çaplı yatırımları gerektirecek ölçüde yıkımı; savaş yıllarında halkın refah konusunda artan beklentileri; emekçi sınıfların savaş döneminde sınıfsal mücadele alanındaki kayıpları; iş, sağlık, eğitim güvencesi sağlayan eşitlikçi yapısıyla sosyalist sistemin kapitalist dünyaya örnek oluşturan ideolojik baskısı ve savaş sonrası nitelikli emek gücü ihtiyacının artması refah devletinin zeminini hazırlamıştır. Böyle bir ortamda ortaya çıkan refah devleti anlayışı kapitalizmin dönemsel nesnel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik ekonomik ve siyasal bir yenilenme faaliyeti olmuştur (Belek, 1995c, s. 13-14).

Kapitalizmin ekonomik genişleme ve toplumsal istikrar ile tanımlı özel bir biçimi olarak refah devleti, tam istihdamın hedeflenmesi; kapsamlı sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması; eğitimin yaygınlaştırılması ve devletin ekonomiye müdahalesi özellikleriyle öne çıkmıştır (Belek, 1995c, s. 11).[70] Bu özellikleri yansıtan görüşler 1930 ve 1940'lı yıllarda Keynes ve Beveridge tarafından ifade edilmiş ve geliştirilmiştir. Keynes, ekonominin kendi kendine otomatik olarak tam istihdam sağlayamayacağını ileri sürerek devletin ekonomiye müdahale etmesi gerekliliğinden söz etmiştir. Bu nedenle Keynesci Refah Devleti kamu harcamaları, para, vergi ve gelir

yüzyılda kısmen aileyi tamamladığını ve değiştirdiğini söyleyebiliriz. Ek yardımlardan çocuk bakım görevlilerine kadar bu süreçte refah devleti bu süreçle yakın ilgili olmuştur (Gough, 1980, s. 9).

[70] Refah devleti tanımı 1930'larda İskandinavya'da kabul edilmiş ancak II. Dünya Savaşından sonra daha yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bununla birlikte bu kavramın kabul edilmiş standart bir tanımı yoktur. Geleneksel olarak, savaş sonrası temel refah hizmetleri ve sosyal transferlerin sağlanmasına yönelik devlet girişimlerine gönderme yapmak amacıyla dar anlamıyla kullanılmaktadır. Dolayısıyla, Refah devleti, savaş sonrası gelişmiş kapitalist ülkelerde eğitim, sağlık, barınma, yoksulluk, sosyal güvenlik gibi konularda devlerin rolü için kullanılan bir tanımlamadır. Sağlığı geliştirme gibi halk sağlığı hizmetleri de bu tanım içinde yer almaktadır. Esping-Andersen ise refah devletini 1930'lar ve 1960'lar arasında ortaya çıkan tarihsel bir yapı olarak ele almakta, vaat ettiklerini sadece toplumsal hastalıkları hafifletmek ve temel riskleri yeniden dağıtmak değil, aynı zamanda devlet ve yurttaş arasındaki sosyal sözleşmenin yeniden yazılması olarak görmektedir (2008, s. 35). Refah devleti piyasa güçlerine karşı koruma sağlayan bir metasızlaştırma sistemi olduğu gibi sosyal ilişkileri de yeniden yapılandırmış ve toplumun yapısını şekillendirmiştir. Çünkü refah hizmetlerinin dağıtılma biçiminin toplumdaki sosyal ve ekonomik hiyerarşi açısından sonuçları vardır. Bu belirli bir refah devletinin teşvik ettiği ve desteklediği tabakalaşma sistemine bağlı olarak gerçekleşmektedir. Daha açık şekilde, refah devleti, vatandaşlar ve aileler için asgari bir gelir düzeyini garanti ederek ve ailenin refah sorumluluklarını azaltarak piyasa güçlerince kasıtlı olarak değiştirilen sosyal ilişkileri yeniden düzenlemektedir. Örneğin açık ve erişilebilir bir eğitim sistemi sosyal mobilizasyon için fırsatlar yaratırken, sosyal hizmetler, çocuk bakımı ve doğum kontrolü yöntemlerine erişim sağlanması kadınların istihdam yapısına katılımını ve konumunu etkilemiştir (Eikemo ve Bambra, 2008, s. 3; Moreno ve McEwen, 2005, s. 4).

transferi politikaları aracılığıyla ekonomide etkin bir rol üstlenmiştir. Bu müdahale sadece ekonominin yönetimiyle sınırlı kalmamış, ekonomik büyümeyi teşvik etme ve yeni işler yaratma sorumluluğu çerçevesinde devlet doğrudan üretici olarak ekonomik yaşamın içinde yer almıştır. Bu ekonomi politikalarının bir sonucu olarak bu dönemde hemen her ülkede yaşanan ekonomik büyüme, refah devletinin kurucu unsurlarından biri olmuştur (Bradshaw ve Bradshaw, 2004, s. 6-8). Refahı sağlamanın esas olarak bir devlet fonksiyonuna dönüşmeye başlamasıyla 1945 sonrasında sanayileşmiş birçok ülkede ulusal refah programlarını geliştirilip yaygınlaşmıştır. Birleşmiş Milletler ve onun WHO, UNESCO, FAO gibi ilgili kuruluşları refahı geliştirme konusunda önemli faaliyetlerde bulunmuşlardır. Sağlık hizmetleri, kamu sağlığı önlemleri, yeterli toplumsal gelir, eğitim olanaklarının geliştirilmesi, yeterli beslenme ve barınma olanaklarının sağlanması refah devletinin önemli bileşenleri haline gelmiştir. 1950'li ve 1960'lı yıllardaki ekonomik büyüme hem tam istihdam politikalarının uygulanmasını olanaklı kılmış hem de sağlanan refah boyutlarının artırılmasını teşvik ederek desteklemiştir (Akkaya, 2003, s. 98). Bu süreçte Keynesyen ekonomi politikalarının Fordist iş örgütlenmesiyle birleşmesi, devletin kapitalist birikim rejiminin ihtiyaçlarına uygun olarak pek çok ihtiyacın karşılanmasını kamu hizmeti olarak üstlenmesi sonucunu doğurmuştur (Karahanoğulları, 2015, s. 60).

Keynesyen Refah Devleti aynı zamanda ekonomik ve sosyal politikaların, ulusal ekonomi, ulusal devlet ve ulusal vatandaşlığın tarihsel olarak belirli ve sosyal olarak oluşturulmuş bir matris içinde takip edilmesi açısından ulusal bir bileşene sahiptir. Sunulan hizmetlerin vatandaşlık kavramı temelinde ele alınması ve oluşturulan sosyal programların evrensel nitelikte olması Keynesyen Refah Devletini 1930 öncesinden ayıran en temel özelliklerinden biri olmuştur (Sallan Gül, 2004, s. 148-150). Bununla birlikte "ulusal vatandaşlık" sağlığın toplumsal bir "hak" olarak tanımlanarak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde belirleyici bir unsur olmuştur (Greener, 2004, s. 65).

2.3. Refah Devletinin Genişlemesi ve Ulusal Sağlık Sistemlerinin Kurulması

II. Dünya savaşının sona ermesini izleyen otuz yıl devletin refahı sağlamadaki rolünün tutarlı ve yapılandırılmış bir şekilde genişlediği, devletin sağlık ve eğitim

alanları başta olmak üzere refahın sağlanmasında merkezi bir rol üstlendiği yıllar olmuştur (Mc Auley, 2003, s. 120). II. Dünya Savaşı, sağlık hizmetleri açısından iki önemli değişikliğe neden olmuştur. İlk olarak, savaş sırasında Belçika ve Hollanda gibi işgal edilen ülkelerde Alman refah düzenlemelerine benzer girişimler başlamış, İspanya ve İtalya ulusal sağlık sigorta sistemlerini savaş sırasında genişletmiştir. İkinci olarak, savaş akut hastane hizmetlerinin yetersizliğini ortaya çıkarmış ve gönüllü sektörün sağlık işlevi için artık sorumluluk alamayacağı ileri sürülerek savaşın gerektirdiği sağlık hizmetlerine yönelik devlet müdahalesi artırılmıştır. Bunun yanında hem sivil hem de askeri güçlerin morallerinin sürdürülmesi amacıyla batı dünyasındaki birçok hükümet barış döneminde yeniden yapılanmaya gitmiştir. Bu girişimler aynı zamanda hükümetlerin meşruiyetini sağlamaları için de çok önemli görülmüştür. Bu bağlamda sağlık hizmetleri, refah devleti politikalarının önemli bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Bu dönemde ülkeler arasında farklılıklar olmakla birlikte hem sağlık harcamaları hem de sağlık harcamaları içinde kamunun payı artmıştır. 1975'lerde Batı Almanya'da bu oran %30'lara ulaşırken 1950'den 1975'e kadar önde gelen OECD ekonomilerinde kamu sağlığı harcamaları ortalama olarak GSYİH içerisinde oranı %3'lerden %6'lara kadar ulaşmıştır (Webster, 2003, s. 125, 131-133).

İngiltere'de II. Dünya savaşının sonlarına doğru başlatılan sağlık reformları "beşikten mezara refah devleti" anlayışının ayrılmaz bir parçası olarak görülüyordu. Ana hedef tüm sağlık kaynaklarına evrensel, adil ve ücretsiz erişimin sağlanmasıydı. Bu dönemde bilim, teknoloji ve sosyal mühendisliğe önemli derecede güven söz konusuydu. 1942'de William Beveridge tarafından hazırlanan rapor[71] dönemin Birleşik Krallığı'nın politik koşullarına göre oldukça cesurdu ve uygulamada New Deal sırasındaki ABD ve İsveç'teki politikaları yansıtan Keynesyen ekonomi ile uyumlu bir sosyal politika anlayışını yansıtıyordu. Toplumun tüm üyeleri için erişilebilir, önleyici ve kapsamlı tedaviyi içeren ulusal bir sağlık hizmeti ile desteklenen bir sosyal güvenlik şeması öneren Beveridge, ulusal sağlık hizmetinin eğitim ve polis hizmetleri gibi merkezi vergilerden finanse edilmesini ve erişim

[71] Beveridge Raporu'nun bir sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçası olarak kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi önermesi ve entegre bir hizmet sunumunun öneminin kavranarak savaş sonrası kurulacak olan refah kurumlarının merkezileşmesi açısından önemli etkileri olmuştur.

noktasında ücretsiz sunulacağını öngörüyordu. Beveridge'in USH'nin temel özelliği ve ilkelerinden biri olarak hastane bakımına erken erişimin, geri dönüşü olmayan ve maliyetli hastalıkların ortaya çıkışını azaltacağına dair güçlü bir inancı vardı. Sağlık yetkilileri, politikacılar, örgütlü tıp, WHO, medya ve kamuoyu nezdinde toplumun sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanmasında tek ve merkezi kaynak olarak hastanelerin görülmesi konusunda önemli bir görüş birliği oluşmuştu. Bunun yanında sağlık kaynaklarının geliştirilmesi, hastanelerin ve doktorların arz ve coğrafi dağılımlarındaki eksikliklerin azaltılması amacıyla (Blanpain, 1994, s. 7; Webster, 2003, s. 134) hastanelerin koordinasyon ve finansal açıdan uygun olmayan yapılarının bölgesel olarak 'rasyonelleştirilmesi' gerektiği konusunda anlaşmaya varılmıştı. Genel olarak savaş sonrası ideolojik iklim sosyal politika değişikliği için uygundu[72] ve kamuoyu yoklamaları Beveridge'nin ulusal bir sağlık sistemi kurulması da dâhil olmak üzere geniş hedeflerine önemli destek veriyordu (Tuohy, 1999, s. 38). 1944'te İngiltere'de koalisyon hükümeti ulusal sağlık hizmetiyle ilgili detaylı bir plan geliştirmiştir. Ancak koalisyondaki muhafazakârlar var olan sistemin makul bir yayılımını avantajlı bulurken, İşçi Partisi tüm hastanelerin kamusal sahipliğini içeren, maaşlı ve tam zamanlı istihdam edilen hekimlerle birlikte sağlık hizmetlerinin kamusal olarak sağlanmasını istemiştir. Hekimler, ayrıcalıklı konumlarını sürdürme adına Britanya Hekimler Birliği *(British Medical Association)* ya da Kraliyet Hekimler Birliği *(Royal College of Physicians)* yoluyla daha başlangıcından bu planlara karşı çıkmış ve sosyal güvenliğin dar gelirlilerle sınırlanması yönünde hareket etmiştir (Webster, 2003, s. 133-134). Temmuz 1945 yılında İngiliz İşçi Partisi'nin seçimlerden kesin bir zaferle çıkması politika değişikliği için önemli bir fırsat yaratmıştır. Yerel otoriteler halk sağlığı hizmetleri konusunda yetkili idiler ancak hastane sektörünün bir bölümü 19. yüzyıl çalışma evlerinin mirası konumundaydı. Uzman doktorların hakim olduğu gönüllü hastaneler, hastane sektörünün elit ve seçici kısmını oluşturuyordu. Bağımsız olarak çalışan genel pratisyenler 1911'deki kurulan Ulusal Sağlık Sigortası altında kişi başı ödeme şeklinde ücretlendiriliyorlardı. Sağlık sisteminin bu parçalı

[72] Bir sistem oluşturma ve genişletme sürecini mümkün kılan etkenler arasında modern devletin gücünün gerçekleştirilmesi, savaş sonrası uzlaşma çabaları, istikrar ve yeniden yapılanma ve savaştan kaynaklanan kolektif dayanışma yer alıyordu. Yeni kazanılmış vatandaşlık hakları ve her türlü gelişmeyi teşvik edebilecek nispeten etkili ve yardımsever bir devlete olan inanç herkes için her türlü sağlık hizmetine serbestçe erişimi olarak "evrenselciliğin" köken alabileceği sosyal ve politik bir ortam oluşmuştur (WHO, 2000, s. 13).

yapısının birleştirilmesi ve hizmet noktasında kapsamlı bir sağlık hizmeti sağlayacak olan devlet destekli bir plana ihtiyaç olduğu konusunda devlet ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında paylaşılan genel bir anlaşmaya varılmıştır (Klein, 1995, s. 1-2, 24). 1948'de Ulusal Sağlık Sistemi'nin kurulmasının ardından özel hastaneler kamuya transfer edilirken, yerel ve gönüllü hastane sisteminin tümünün yönetim ve kontrolü Sağlık Bakanlığı'na geçmiştir. Hükümetin siyasi hedeflerinde merkezi vergilendirme, erişimin kapsamı ve evrensel erişim konuları baskın olurken hastane hekimleri ve genel pratisyenler kendi bağımsızlıklarını ve ekonomik çıkarlarını koruma konusunda kısmi tavizler elde etmişlerdir (Webster, 2003, s. 135).[73] Toplum sağlığının korunması ve sağlığın eşit bir hak olarak herkese sunulması için topluma sunulan kamusal sağlık programları genişlerken, toplumsal uyumu sağlama işlevini üstlenmesi karşılığında hekimlerin ayrıcalıklı ekonomik ve sosyal konumları desteklenmiştir (Soyer, 2009, s. 142). Ayrıca bu dönemde USH kapsamında kurulan büyük bölge hastaneleri, hizmetlerinin komuta ve kontrol modeli temelinde örgütlenmesini benimseyen dönemin refah devleti anlayışıyla uyumlu bir örgütlenme modelini yansıtmıştır[74] (Greener, 2004, s. 659; Turner, 2011, s. 183).

1950'lerin sonlarına gelindiğine güçlü bir emek hareketinin olduğu[75] hemen her ülkede devletler herkese açık genel sağlık hizmetlerine yönelik talebin önünde

[73] İngiltere'de Sağlık Bakanı Aneurin Bevan'ın arabulucu çabalarıyla aile hekimlerine merkezi örgütle sözleşme imzalama, uzman hekimlerin işe alınması ve ücretlerine yönelik kontrol hakkı yanında ek olarak özel hekimlik yapabilme gibi ödünler verilmiştir (Aksakoğlu ve Giray, 2006, s. 336)

[74] Bu dönemde Refah devletinin kamu hizmetlerini örgütlenmesine ilişkin iki farklı koordinasyon biçimi olarak bürokratik yönetim ve profesyonelizm arasındaki uzlaşma kamu hizmetlerinin kurumsallaşmasında önemli rol oynamıştır. Bürokrasi toplumdaki kişilerin sosyal statüleri, zenginlikleri ya da sosyal ağlar içindeki yerlerini yansıtan yapılardan ziyade tarafsız bir şekilde muamele görecekleri bir rasyonel yönetim sistemi vaadiyle 19. yüzyıl refah kurumlarının yaptığı sosyal ve ahlaki değerlendirmelere göre ayırıcı bir çekiciliğe sahip olmuştur. Profesyonalizm ise sosyal sorunların nedenleri ve çözümleri konusunda idari yetkinlikten daha fazlasını gerektiren farklı bilgi ve becerilerden yararlanan uzmanlık biçimlerine olan ihtiyacı temsil etmiştir. Bürokratik yönetimin ve profesyonelliğin refah devletinin gelişmesinde karşılaştığı bu nokta özellikle ulusal sağlık hizmetlerinin oluşmasında tıbbi gücün rolü ve yerine işaret etmesi bakımından önemli olmuş ve refah devletinin mirası olarak etkilerini günümüze kadar devam ettirmiştir (Clarke ve Newman, 1997, s. 4-7).

[75] Özellikle İsveç, Norveç, Danimarka, Finlandiya gibi Kuzey Avrupa ülkelerinde emek hareketinin çıkarlarının savunulmasının iki önemli aracı sendikalar ve sosyal demokrat partiler olmuştur. Emek hareketinin güçlü bir aracı olan sosyal demokrat partiler, sendikalarla ayrıcalıklı bir ilişkiye sahipti ve bu partiler 1945'den 1980'e kadar çoğu zaman tek başlarına ya da diğer partilerle koalisyon içinde bulunmuşlardır. Sosyal demokratik politikaların amacı, vatandaşları yaşam döngüleri boyunca korumanın bir yolu olarak tüm nüfusa siyasal ve sosyal hakları genişletmek ve halkın maddi güvenliğini dayanışma sağlayarak bu hakları evrenselleştirmek olmuştur. Ayrıca işçi hareketlerinin diğer sektörlerle ve sınıflarla (özellikle de işçi sınıfının beklentilerini aşan orta sınıf) ittifakı yüksek kaliteli evrensel sistemlerin kurulmasını kolaylaştırmıştır. Sosyal demokrat hükümetler tarafından oluşturulan politikaların çoğu *(means tested programs)* test edilen değil vatandaş olmaya dayalı evrensel programlar

duramaz hale gelmiş ve çoğunluğu gelişmiş ülkeler olmak üzere birçok ülkede ulusal sağlık sistemlerinin kurulmuş ve yaygınlaşmıştır (WHO, 2000, s. 14; Blas, 2004, s. 3-4). Gelişmekte olan ülkeler ise devletçe sağlanan hizmetlerde kaynak yetersizliği ve devasa taleplerle boğuşmak zorunda kaldıysa da devlet müdahalesiyle güvence altına alınan herkese açık erişim sağlayan bir sağlık hizmeti anlayışı geniş bir uygulama ölçeğine kavuşmuştur (Leys, 2014, s. 27) [76].

Ulusal sağlık sistemlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte hükümetler hastanelerin modernleştirilmesi ve geliştirilmesi için büyük yatırımlar yapmaya yönelmişlerdir. Bu yatırımlar aynı zamanda tıp endüstrisinin gelişimini de desteklemiştir. Örneğin savaş sonrası ABD'de hastanelerin gelişimi için yapılan finansal teşvikler savaş sonrası tıp endüstrisini genişletmiş 1950 ve 1960'larda yapılan hastaneler bugünkü kapasitenin % 40'ını oluşturmuştur. Pahalı yeni donanım ve teknikler genellikle etkinlik kanıtı olmaksızın geniş ölçüde benimsenmiştir. Diğer yandan maliyetleri artan hizmetleri karşılamaya gücü yetmeyen çok sayıda sigortasız, yoksul ve emekliler bu tıp endüstrisinin büyümesinde sınırlayıcı bir faktör olarak görülmeye başlamıştır. 1960'lı yılardaki sivil haklar ve sosyal adalet hareketleri tıp endüstrisinin büyümesindeki bu engelin kaldırılmasına bir ivme kazandırmıştır. Klasik Bismarkçı akıma uymak ve toplumsal huzursuzluklara cevap vermek için ABD'de Kongre 1965 yılında Medicare ve Medicaid programlarını başlatmıştır. Bu programlar sosyal refah sisteminin genişlemesinin temel taşı olarak yoksul ve yaşlıların sağlığı için gerçek bir kazanım olmuştur ancak her iki program da hükümetin sağlık harcamalarını önemli ölçüde artırarak ve yeniden yönlendirerek aynı zamanda sağlık endüstrisinin gelişimine önemli katkı yapmıştır. Hükümet, Medicare ve Medicaid'in yararlarını gürültülü bir şekilde ortaya koyarken özel hastanelerin genişlemesini de sessizce kontrol etmiştir. Medicare ve Medicaid programlarından sonra özel hastaneler yeni sigortalı hastaları devlet hastanelerinden almak için harekete geçerken, çoğu zaman bir program için uygun olmayan milyonlarca fakir hastaya bakmayı reddetmişlerdir. Bu süreçte kamu

olmuştur. Ayrıca devlet, işgücünün önemli bir kısmını istihdam etmek için sosyal devletin hizmet sektörünü genişlemesini desteklemiştir (Navarro, 1999, s. 17-19).

[76] Yeni Zelanda 1938'de ulusal bir sağlık hizmeti sunan ilk ülke oldu, 1941'de onu Kosta Rika genel sağlık sigortası için ilk adımlarını atarak izlemiş, Meksika'da sosyal güvenlik enstitüsü ve sağlık bakanlığı 1943 te kurulmuştur. 1944'de Güney Afrika'da ücretsiz sağlık bakımı ve toplum merkezi ağını içeren İngiliz modeline benzeyen ulusal bir sağlık hizmeti modelinin oluşturulması önerilmiştir (WHO, 2000, s. 2-13).

hastaneleri sigortasız olanlar için son çare ve düşük teknoloji ve niteliğe sahip kurumlara dönüşmüştür (Himmelstein ve Woolhandler, 1988, s. 496; Waitzkin, 2000, s. 46). Sağlık endüstrisinin güçlenmeye başlaması zaman içinde sağlık hizmetlerinin kar edilebilir bir sektör olarak dikkatleri çekmesine neden olmuştur. Aynı süreç içinde, sağlık profesyonellerinin elinde yoğunlaşan sağlık bilgisinin kapitalist piyasa koşulları içinde kullanılması nedeniyle sağlık hizmeti üreticilerinin uyardığı ve manipüle ettiği bir talep artışı olmuştur. Tüm bu gelişmelerin sonucu sermaye, sağlık sektöründe kendisine alan açılmasını istemeye ve devletin hâkimiyet bölgesi olarak görülen bir sektörde pay talep etmeye başlamıştır (Belek, 1995b, s. 34; Belek, 1999, s. 368).

2.4. Uzlaşma Döneminin Sonu: Karlı Bir Sektör Olarak Kamusal Sağlık Hizmeti Alanının Keşfi

II. Dünya Savaşından 1970'li yıllara kadar devlet, İngiltere ve Batı Avrupa'da refah koşullarını destekleyen merkezi bir rol üstlenmiş ve kapitalist sosyal ilişkilerin yeniden üretilmesi, kapitalizmin gelişmesi ve devamlılığının sağlanması açısından refah devleti, sermayenin ihtiyaçlarını güvence altına alan işlevsel bir devlet müdahalesi stratejisi olarak görülmüştür (Clarke J.,1982, s. 47). Örneğin, İngiltere'de 1950'ler, 1960'lar ve 1970'lerin başındaki Muhafazakâr ve İşçi Partisi hükümetleri, refahın en büyük sağlayıcısı olarak devletin ekonomiyi yönlendirmede kilit bir rol oynadığı görüşünü paylaşmışlardır. Sosyal demokrat gelenek içinde özellikle ekonomik ve sosyal alanlardaki tüm girişimler devlet müdahaleleriyle eşitlenmiş ve bunun bir sonucu olarak kapitalizmin dönüştürüldüğü ve insanileştirildiği ileri sürülmüştür (Ferguson, Lavallette ve Mooney, 2002, s. 132; Crinson, 2009, s. 32). Ancak, 1970'lerde devletin bir yandan sermaye birikimi için uygun koşulları oluşturma diğer yandan toplumsal meşruiyetin sağlanması gibi önemli işlevleri (O'Connor, 1973) ekonomik ve politik krizlere neden olarak refah devletleri için tabloyu değiştirmeye başlamıştır.

1970'li yıllarda yükselen enflasyon ve ekonomik durgunluk dönemleri kamu hizmetleri için ayrılan kaynakların azalmasına yol açarken (Bradshaw ve Bradshaw, 2004) büyük ölçekli hastanelerin kurulması ile karakterize sağlık sistemleri baskı altına girmeye başlamıştır. Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastaneye dayalı bakımın hacmi ve yoğunluğu arttıkça maliyetler de yükselmiş aynı zamanda

eşitsiz ve dar kapsamlı bir sağlık hizmeti anlayışı ortaya çıkmıştır. Bu sorunlar özellikle düşük gelirli ülkelerde çok daha belirgin olmuştur. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda özellikle kentsel alanlarda yoğunlaşan hastaneler [77] nüfusun sadece %10-20'sine hizmet vermesine karşın sağlığa ayrılan bütçelerin üçte ikisini kullanmışlardır. Hastane harcamalarının yarısını veya daha fazlasını ishal, sıtma, tüberküloz ve akut solunum yolu enfeksiyonları gibi ayaktan tedavi ile yönetilebilecek durumlar oluşturmuştur (WHO, 2000, s. 14). Ek olarak, Batı Avrupa sağlık sistemlerinin çoğunda sosyal sigorta temelli kamu sistemleriyle birlikte büyük bir özel sektörün yan yana yürütülmesi ve yeni kurulan sağlık sistemlerinin çoğunda hekimlere hizmet miktarına göre ücret ödenmeye devam edilmesi gereksiz tedavi ve maliyet artışlarına neden olmuştur. II. Dünya savaşının ardından gelen uzlaşma döneminin 1970'lerde sona ermesiyle birlikte kamucu sağlık sistemleri eleştirilerin hedefi haline gelmeye başlamıştır (Leys, 2014, s. 28). Bu nedenle sistemi daha maliyet-etkin, erişilebilir ve hakkaniyetli yapmak gibi reform söylemleri bu yıllarda ifade edilmeye başlanmıştır.

Reform söylemlerini etkileyen diğer önemli bir gelişme ise tüketici gruplarının gereksinimlerine daha fazla dikkat gösterilmesine çağrı yapan tüketicilik hareketindeki yükseliş olmuştur. Bireylerin kendi sağlık ve bakımlarında daha proaktif rol alması fikriyle birlikte profesyonellerin hizmet sunma rollerinin yanında aynı zamanda ihtiyaçların belirleyicisi olma rolüne itirazlar yükselmeye başlamıştır. Tıbbın demistifikasyonu ve hizmet kullanıcılarının hem kendi tedavileri hem de genel olarak sağlık hizmetinin sunumu hakkındaki kararlara daha fazla katılımına yönelik çağrılar gündeme gelmeye başlamıştır. Örneğin 1974'de İngiltere'de USH'nin yeniden düzenlenmesi girişimi, sınırlı da olsa sağlık bakım kararına katılma haklarına sahip topluluk üyelerinden oluşan 'Toplum Sağlığı Konseyleri' için hükümler içermiştir. Buna paralel düşük ve orta gelirli ülkelerde karar alma sürecine katılımın önemini vurgulayan ve toplumların kendilerini etkileyen konular üzerinde artan bir farkındalık gelişmeye başlamıştır. Daha kapsamlı bir sağlık tanımının önemli bir bileşeni olarak

[77] Kapitalist üretimin gereksinim duyduğu emek gücünün niteliği, ülkeler ve bölgeler arasındaki sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki farklılıkların temel nedenidir. Sanayi bölgelerinde standardize edilmiş, üretimin yapısı ve gereksinimine göre asgari düzeyi belirlenmiş bir sağlık hizmeti örgütlenmesi söz konusuyken, tarımsal ekonominin yoğun olduğu bölgelerde daha düşük standartlarda bir sağlık örgütlenmesine gidilmiştir. Bu nedenle sanayinin yoğun olduğu bölgelerde çok sayıda sağlık emekçisini istihdam eden büyük hastaneler ve poliklinik hizmetleri yaygınlaşmıştır (Nalçacı ve Hamzaoğlu, 2003, s. 167).

toplum katılımına yapılan vurgu, *(Primary Health Care, PHC)*[78] felsefesinin gelişimi üzerinde etkili olmuştur (Green, 2007, s. 59-60). Yine bu dönemde ülkeler düzeyinde var olan sağlık eşitsizliklerinin artan boyutları[79] ve dünya genelinde hâkim olan statükocu yaklaşımların değişmesi gerektiği yönündeki eğilimler artmıştır.

Tüm bu gelişmeler 1970'lerde birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda, sağlığın belirleyicileri, sağlık eğitimi ve topluluklara yakın küçük birimler yoluyla koruyucu ve tedavi edici hizmet verme fikirlerine dayalı bir reform dalgasını getirmiştir (Blas, 2004, s. 3-4). Bu reform dalgasının en önemli ve somut ifadesi 1978 yılında DSÖ ve UNİCEF tarafından düzenlenen bir konferansta kabul edilen *"Alma-Ata Bildirgesi"* ve onun temel sağlık hizmetleri politikası çerçevesinde *"2000 Yılında Herkese Sağlık"* hedefi olmuştur. Alma-Ata Bildirgesiyle birinci basamak sağlık hizmetleri tüm ülkeler için evrensel, adil ve uygun fiyatlı bir sağlık hizmeti sunmanın aracı olarak görülmüştür. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda uygun bir maliyetle erişim ve eşitliğe dayanan tedavi edici hizmetlerinin yanında önlemeye vurgu yapan temel bir değişim yapılmasına duyulan ihtiyacın altı çizilmiştir. Vurgu büyük hastanelerden maliyet etkin önleyici ve tedavi edici programlar dengesiyle toplum temelli hizmet sunumuna doğru değişmiştir (Hall ve Taylor, 2003, s. 17). Gelişmiş ülkeler için devletin sağlık hizmetleri konusunda önemli ilerlemeler kaydetmiş olduğu bir dönemde Alma-Ata'da ileri sürülen reform önerileri, DSÖ içinde sayıları artan[80] yeni bağımsızlığına kavuşmuş genç üçüncü dünya ülkelerinden gelmiştir. Bu ülkelerdeki sağlık sorunlarının sosyo-ekonomik nedenlerden

[78] PHC, hakim sağlık sorunlarını önleme ve kontrol etme yöntemleri konusunda eğitim gibi temel hizmetlerin evrensel kapsamını öngörmektedir; gıda güvenliği ve uygun beslenmenin teşvik edilmesi; yeterli ve güvenli su temini; temel hijyen; aile planlamasını da içeren anne ve çocuk sağlığı uygulamaları; aşı; yerel endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü; yaygın hastalıkların ve yaralanmaların uygun şekilde tedavi edilmesi ve temel ilaçların sağlanması gibi girişimleri içermektedir. Yaklaşım, tarım görevlileri, öğretmenler, kadın grupları, gençlik grupları ve din görevlilerini kapsayan sektörler arasıdır. Toplulukların liderleri ve toplum sağlık komiteleri aracılığıyla kendi sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulamasına katılması öngörülmüştür. Batıda eğitilmiş doktor ve hemşirelerin bulunmadığı yerlerde köy sağlık çalışanları eğitilmeli ve sağlık sistemlerinin bir parçası olarak kullanılmalıydı (Hall ve Taylor, 2003, s. 18).

[79] 1970'lerde dünyada 800 milyon kişinin mutlak yoksulluk içinde yaşadığı, ölümlerin üçte birinin 5 yaş altında olduğunu ve az gelişmiş ülkelerde nüfusun %80'ninin sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır (Şemin ve Aksakoğlu, 1995).

[80] 1960'lerın başından itibaren bağımsızlıklarını yeni kazanan birçok yeni devletin DSÖ'ye katılması DSÖ'nün üye sayısını kurulduğu yıllardakinin iki katına çıkarmıştır. Bu durum her devletin yaptığı mali katkı düzeyine bakılmaksızın bir oy hakkına sahip olduğu Dünya Sağlık Asamblesi'nde kararlar için gerekli olan üçte iki çoğunluğu azgelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin birlikte hareket etmesi halinde sağlayabilmeleri anlamına gelmiştir (Şemin ve Aksakoğlu, 1995, s. 46).

kaynaklandığı ve sağlıkla ilgili temel alt yapının oluşturulması gerekliliğine ilişkin öneriler o dönemin DSÖ Genel Direktörü Halfdan Mahler ve ekibi tarafından desteklenmiştir. Bu nedenle DSÖ bu dönemde sağlık alanında teknik işlevler yerine siyasal öncülük etme ve politikaları belirleme yönündeki bir politika izlemiştir (Aksakoğlu, 2003, s. 41; Aksakoğlu, 2003, s. 92). Ancak teorik olarak birçok olumlu yönlerine karşın kapitalizmin egemen ideolojik anlayışından bir kopuş niteliği taşımayan, yaşamın gerçeklerinden uzak bir 'iyi niyet' ifadesi olarak Alma-Ata Bildirgesi uygulamada özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli sorunlarla karşı karşıya kalmıştır[81] (Şemin ve Aksakoğlu, 1995, s. 68). Bununla birlikte Alma-Ata'nın kapsamlı sağlık sistemi reformu idealist, pahalı ve ulaşılmazlık gibi nedenlerle eleştirilmiştir. Gelişmiş ülkelerden gelen politikacı ve uzmanlar gelişmekte olan ülkelerin kendi sağlık hizmetlerini planlama ve uygulama konusunda sorumluluk alabilecekleri ilkesine karşı çıkarak bunun yerine müdahale temelli 'seçici' birinci basamak hizmeti *(SPHC, Selective Primary Health Care*) gibi maliyetleri sınırlamaya yönelik yeni yaklaşımlar önermişlerdir[82] (Cueto, 2004, s. 1868).

3. NEOLİBERAL DÖNEM: SAĞLIK HİZMETLERİNİN METALAŞTIRILMA SÜRECİ

3.1. Neoliberalizmin Yükselişi ve Refah Devletinin Tasfiyesi

1980'lerde İngiltere ve diğer birçok kapitalist toplumda refah devleti yoğun siyasi mücadelelerin alanı olmuştur. 1950'li yıllardan 1970'li yılların başlarına kadar göreceli olarak sürekli ekonomik büyüme ve politik istikrar dönemi eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve diğer refah biçimlerinin kamu eliyle ve kolektif finansmanı yoluyla kademeli olarak genişlemesini beraberinde getirmiştir. 1970'lerin ortalarındaki petrol kriziyle birlikte İngiltere ve diğer ülkeler ekonomik durgunluk, yüksek enflasyon ve

[81] Finansman yetersizliği, sağlık çalışanlarının zaman, donanım ve kalite olarak yetersiz kalması, özellikle "primary" olarak tanımlanan hizmetler yoksullar ve sadece en basit hizmetler ile sınırlı kalarak "primitive" ilkel düzeyde kalmıştır. Özellikle bu sağlık sistemlerinin etkin işleyişi için gerekli olan sevk sistemleri etkin şekilde işletilememiştir. Alt basamak hizmetlerin yetersiz kullanılması hastaların bu alt seviyeleri atlayarak doğrudan hastanelere yönelmesine bu da ülkelerin özellikle kent merkezlerine yatırımlarını yönlendirmelerine neden olmuştur (WHO, 2000, s. 15-16).

[82] Bu öneriler en uygun maliyetli stratejilerin belirlenmesi konusunda endişeli olan Rockfeller Vakfı'nın, 1979'da İtalya'da "Health and Population in Development" başlıklı bir konferansa sponsor olmasıyla başlamıştır. Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. (Cueto, 2004).

işsizlik sorunlarıyla karşı karşıya kalmış, kısa vadeli krizlerle başa çıkmak için kamu harcamalarını azaltma uzun vadede devleti küçültme çabaları kademeli olarak uygulanmıştır. Bu değişime halkın ekonomik yönetimden memnuniyetsizliği ve refah politikalarının etkinliği ve eşitliği konularında suçlayıcı politik ve sosyal eğilimlerin artması eşlik etmiştir (Flynn, 1992, s. 2). Savaş sonrası sosyal demokrat konsensüsun bozulması ve başta İngiltere ve ABD'de muhafazakâr hükümetlerin yönetime gelmesiyle neoliberalizm önce akademik iktisat sonra kamu politikası alanında hızlı bir yükselişe geçmiştir (Kotz, 2002, s. 64; Steger ve Roy, 2010, s. 36). Neoliberalizmin yükselişi ve diğer coğrafyalara ihracında neoliberal ekonomistler tarafından tasarlanan "şok terapileri"[83] etkili olurken politikacılar, düşünce kuruluşları, mass medya ve iş dünyası da rekabet, seçim, girişimcilik ve bireyciliği teşvik etmede önemli rol oynamışlardır[84]. Piyasa hem adil hem de verimli bir sosyal organizasyon biçimi olarak olumlu bir imajla sunulurken kamu girişimleri, bürokratlar, bürokrasi, düzenleyici kurumlar, sendikalar, kooperatifler ve refah kurumlarına ise itibarsız bir geçmiş sundukları gerekçesiyle saldırılmıştır (Connell, 2014, s. 27).

1979'dan sonra İngiltere'de Margaret Thatcher, 1981'den sonra Amerika'da Ronald Reagan'ın uyguladığı iktisat politikaları ile neoliberalizm daha yerleşik hale gelmiştir. Bu siyasetçiler devlet müdahalesini arka plana itmek ve serbest piyasa mekanizmalarını sağlamlaştırmak için küçük ama güçlü devlet söylemini kullanmışlardır[85]. Bu dönem, Keynesçi ve kalkınmacı devlet anlayışından zorla geri

[83] Neoliberallerin ilk önce belirli bir güç (iktidar) pozisyonu elde etmesi (seçimlerle, atanarak veya IMF örneği gibi finansal baskılar yoluyla) ve sonrasında bir tür örgütsel bir darbeyle neoliberal politikaları uygulanmaya geçirmesine neoliberal retorikte "şok terapisi" denmektedir. 1973'de Pinochet'in Şili'de yaptığı askeri darbe ve ardından Şikago Üniversitesinde eğitilen bir grup Şilili iktisatçının uyguladığı program bunun en bilinen örneğidir (Connell, 2014, s. 26).

[84] Örneğin, 1980'lerin başında, monetarizmi benimsemiş olan İngiliz Hazinesi'nin kilit üyelerinin birçoğu, Thatcher'ın ekonomik gündemini şekillendirmede son derece etkili olmuştur. Alan Budd, Terry Burns David Laidler, Patrick Minford ve Tim Congdongibi isimlerin çoğu Politika Çalışmaları Merkezi (Margaret Thatcher tarafından oluşturulmuş), Ekonomik İlişkiler Enstitüsü, Adam Smith Enstitüsü ve Yönetim Enstitüsü gibi güçlü muhafazakâr düşünce kuruluşları ile ilişkiliydi. *Financial Times, The Times ve The Sunday Times* için çalışan etkili gazeteciler, Başbakan'ın neoliberal gündemine sempati duyan William Rees-Mogg, Samuel Brittan, Bernard Levin, Peter Jay ve Ronald Butt gibi gazetecilerin tümü Thatcher'in parasalcı ekonomi politikasının baş savunucuları olmuştur (Steger ve Roy, 2010, s. 51).

[85] Çünkü sermaye birikiminin sürdürülmesi için hukuk, özel mülkiyet, sözleşme özgürlüğü gibi bazı kurumsal yapılarla para güvenliğinin temin edildiği bir ortamın sağlanabilmesi gereklidir. Bu nedenle polis yetkileriyle donanmış, cebir tekelini elinde bulunduran küçültülmüş ama güçlü bir devletin bu tür kurumsal bir çerçeveyi güvence altına alması ve bu yapının anayasal düzenlemelerle desteklenmesi önemli görülmüştür (Harvey, 2008, s. 76). Örneğin, Gamble Thatcherizmi sadece serbest piyasa ve özel çıkarların egemenliği ile ilgili değil aynı zamanda güçlü devlet ile ilişkilendirmekte ve ekonomik

adım atılmasına dayanan neoliberalizmin ilk evresini oluşturmuş (Munck, 2007, s. 110) "devletin küçültülmesi" söylemi ile karşı çıkılan ise devlet değil daha çok devletin sosyal yanı olmuştur (Güzelsarı, 2008, s. 39).

Neoliberalizmin Keynesçi Refah Devleti ve hizmetlerinin modern bir kapitalist ekonomi ile uyumsuz olduğu ve Keynesyen politikaların ekonomik gerilemeyi durduramadığı yönündeki ekonomik eleştirilerine destek, 1970'lerin krizini bir verimlilik krizi olarak gören Yeni Sağ[86]'ın yürüttüğü siyasi saldırılardan gelmiştir. Refah devletini etkin olmamakla suçlayan Yeni Sağ, ulusal ekonomilerin rekabet edebilirliklerini kaybetmeleri, enflasyon, işçi sendikalarının mücadeleleri, refah harcamalarının artışı, devlet tekelleri, piyasa oyuncularının hareket serbestliğinin kısıtlı olması ve geleneksel ahlaki değerlerin çürümeye başlamasının ekonomik ve toplumsal krize neden olduğunu ileri sürmüştür. Eğitim, gelirin korunması, sağlık, barınma ve kişisel sosyal hizmetler gibi Keynesyen sosyal demokrat konsensüsün bir parçası olan kurumlar, politikalar ve uygulamalar sorgulanmaya başlamış, ahlaki gerileme, iktisadi gerileme ile ilişkilendirilerek sosyal yardımlar bireysel inisiyatif ve sorumluluğu zayıflattığı gerekçesiyle eleştirilmiştir[87] (Hoggart, 2007: 249; Topal, 2002, s. 66). Devletin bireyler adına hareket etmesi ve insanların kişisel yaşamlarının birçok yönüyle ilgili sorumluluk alarak bireyleri daha iyi duruma getirilebileceği inancına karşı çıkılarak Refah devleti ve onun kamu hizmeti anlayışı paternalistik olarak damgalanmıştır. Ayrıca kamu hizmetlerinin standart biçimde sunulmasının alternatifleri sınırlayarak bireylerin seçim özgürlüğünü kısıtladığı iddia edilmiştir. Refah Devletinin çözüm olmaktan ziyade bireylerin yaşama katılımını pasif hale getirerek bir bağımlılık kültürü yarattığı, vatandaşları bürokratik vesayet altındaki pasif muhtaçlara dönüştürdüğü ve kendileri için hareket edemeyen bireylerden oluşan bir toplum ortaya çıkardığı iddia edilmiştir. Yeni Sağ'ın verimsiz ve paternalist devlet bürokrasileri ve Yeni Sol'un profesyonel tekeller ve refah hizmetlerinin kalitesi ve

liberalizm, sosyal muhafazakârlık ve 19. yüzyıl Viktorya döneminin ahlaki değerlerinin yeniden ortaya çıkışının eşlik ettiği "otoriter popülist" bir proje olarak değerlendirmektedir (1994, s. 2).

[86] Yeni liberalizm ve yeni muhafazakârlığın bir sentezi olan Yeni Sağ, Batı'da refah devletinin krizine paralel olarak gelişerek 1980'lere damgasını vuran siyasi bir akım ve onun çevresindeki çeşitli söylemsel pratikleri ifade etmektedir. Refah devletinin başarısızlıkları üzerinde yükselen Yeni Sağ, devletin biçimi ve yönetim zihniyetinde önemli değişimleri beraberinde getirmiştir (Özkazanç, 2000).

[87] Bu tutuma ilişkin örnek "bekâr annelere" yönelik düşmanlıkta görülebilir. Muhafazakârlar devletin sağladığı yardımların kadınları davranışlarının sonuçlarından koruyarak yalnız ebeveynliği teşvik ettiğini sürekli olarak iddia etmişlerdir (Mc Auley, 2003, s. 123)

etkinliğini sorgulayan eleştirileri arasındaki yakınlaşma kamu sektöründe piyasa çözümleri ve tüketicilik savunuculuğu için sağlam bir zemin sağlamıştır. Refah programlarına ayrılan kaynakların miktarı önemli ölçüde azalmamakla birlikte sosyal politika bağlamında çeşitlilik, çoğulculuk ve karma bir refah ekonomisine doğru bir geçiş yaşanmıştır. Sosyal güvenlik ağında kesintiler yapılması, refah yardımlarının belirli yükümlülüklere bağlanması ve refah yararlanıcılarının bunun karşılığında çalışmasını gerektiren çalışma refahı *(workfare)* programları hayata geçirilmiştir. Bu yeni bağlamda devletin piyasayı telafi etmek ve desteklemek için minimal bir rolde olması, doğrudan hizmet sunmayı bırakarak 'yaptıran'*(enabler)* rolünü üstlenmesi istenmiştir. Ayrıca küreselleşme ve neoliberal ideoloji yönündeki genel eğilimin bir parçası olarak kamu sektörü örgütlerinin "kapitalizmin yeni ruhu" na uymak için değişmek zorunda olduğu vurgulanmıştır (Chiapello ve Fairclough, 2002, s. 186). Ayrıca özel sektörün ticari kültürünün kamu yönetimine yerleştirilmesi ve kural ve otorite temeline dayanan geleneksel kamu yönetimi süreçlerinin piyasa ve rekabet temelli tekniklerle yer değiştirmesi önerilmiştir (Kymlicka ve Norman, 2012, s. 189-190; Bradshaw ve Bradshaw, 2004, s. 9-10; Mc Auley, 2003: 123-124; Flynn, 1992, s. 3-4). Bu eğilimler kamu yönetimi alanında 'kamu hizmeti sunan devlet' ten 'işletmeci devlet'e doğru bir değişimin yaşanmasına neden olmuştur (Lynn, 2001, s. 193). Bu çerçevede özel sermayenin kar mekanizmaları için geniş bir meşruiyet zemini öngören neoliberal sermaye birikimi modeli için kamu tarafından sunulan sağlık hizmetleri hedef seçilen temel alanlardan biri olmuştur (Harvey, 2008, s. 123).

Gelişmiş ülkelerde ekonomik krizin sağlığa etkileri konusundaki tartışmalar maliyet artışına odaklanmış, sağlık hizmetlerinin yeniden metalaştırılmasında giderlerin kısılması ve verimlilik iki önemli tema olarak öne çıkarılmıştır. Giderlerin sürekli artışı, halkın beklentilerinin yükselmesi, nüfusun yaşlanması, her yeni gün pahalı tedavilerin ortaya çıkmasıyla sağlık hizmetlerine yönelik talebin sınırsız hale gelmesi gibi gerekçeler gösterilerek kamu harcamalarının sınırlanmasının bir gereklilik olduğu ileri sürülmüştür. Sovyetler Birliği ve Doğu Avrupa'da refah artışının yanı sıra yoksulluğun yükselişi ve sağlık göstergelerindeki kötüleşmeler öne çıkarılarak kamu sağlık sistemlerinin etkisizliği vurgulanmıştır. Verimliliğin ancak rekabete dayalı özel sermaye hizmetiyle sağlanabileceği iddia edilerek kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerini daha verimli ve hesapverebilir hale

getirmenin yollarını tartışılmıştır (Doyal ve Pennell, 1991, s. 11; Lethbridge, 2009, s. 101-102; Leys, 2014, s. 33). Bu kapsamda verimlilik artışı için maliyetlerin düşürülmesi, ulusal ölçekte bir sağlık planlaması yerine yerel ve bölgesel düzeyde desentralizasyon ve vergilerle karşılanan bir sağlık hizmeti yerine sağlık hizmetlerinin özel bir mal gibi satışını içeren reform önerileri gündeme getirilmiştir. Bu anlayışı yansıtan harcama kesintileri, parçalanma (içini boşaltma), rekabet edebilirlik, küçültme, etkisizlik, kaçınılmazlık, kullanıcı ücretleri, katkı payları, kar amacı gütmeyen sağlık hizmetleri, serbest piyasalar, artan maliyetler, sağlık hizmetlerinin erozyonu gibi tanımlamalar ve metaforlar sağlık politikalarıyla ilgili tüm kamu, özel ve sivil alanda egemen hale gelmiştir (Mc Gregor, 2001, s. 83).

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında maliyet artışı, teknolojik ve demografik değişimlerin etkisi kabul edilmekle birlikte sağlık ve diğer refah harcamalarının kısılması ve hizmetlerin piyasaya açılmasının temel nedeni sermayenin ekonomik kriz nedeniyle sosyal alanlara kaynak aktarmak istememesi ve kar oranlarını artırabilmek için üretilmiş olan toplumsal artı değere daha fazla el koyma istek ve zorunluluğu olmuştur. Diğer yandan sağlık hizmetine olan talebin koşullar ne olursa olsun devam edecek olması, ilaç ve tıbbi teknoloji alanındaki gelişmeler ve sağlık sektörünün inişli-çıkışlı olmayan istikrarlı ticari yapısı sağlık alanını özel sektör yatırımcıları için oldukça cazip hale getirmiştir. Küreselleşme süreciyle ulusal sağlık politikalarının öncelikleri ticari ve endüstriyel politikalara daha duyarlı hale gelirken, sağlık alanı diğer endüstrilerin gelişmesi için verimli ve daha güvenli yatırım alanları olarak belirlenmiş ve devletin bu alanlardan tasfiye edilmesi önemli bir gereklilik olarak görülmüştür (Belek, 1995b, s. 34; Belek, 2014, s. 26; Hermann, 2010, s. 145-147; Tritter, Koivusalo, Ollilila, ve Dorfman, 2009, s. 30). Bu süreçte birçok ülkede devletin sağlık finansmanı ve dağıtımındaki rolü sağlık politikalarını tartışmalarının merkezinde yer almış ve sağlık reformları özel finansman ve dağıtım kaynaklarının payının artırılarak sağlık hizmetlerinde kamu ve özel arasındaki sınırların yeniden belirlemesine odaklanmıştır (Çalıkoğlu, 2009, s. 59). Kamu hizmetleri sunumunda özel sektörün desteklenmesinin verimlilik ve rekabeti artıracağı inancı devletin özel sektörün gelişimine doğrudan destek vermesine neden olmuştur[88] (Sen, 2003, s. 7).

[88] Örneğin İngiltere'de USH, ilaçlar ve diğer medikal teknolojiler konusunda ilaç şirketleri için önemli ölçüde kar sağlayan güvenli bir piyasa oluşturmuştur. USH tarafından bu piyasaların dolaylı olarak

Devlet bu süreçte özel sektöre vergi imtiyazlarının sağlanması gibi aktif müdahaleleriyle özelleştirme ve yeniden yapılanma sürecinin kolaylaştırıcısı olmuştur.

Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülke "tıbbi bakımı daha etkili yapma" iddiasındaki sağlık reformlarıyla kamudan özel sektöre sorumlulukları devrederek, hem kamu hem de özel sektördeki rekabeti artırarak ve piyasa öncelikleri, karma hizmetler ve benzeri uygulamalar yoluyla piyasa yanlısı reformları hayata geçirmişlerdir (Twaddle, 2002, s. 7). Ülkeler bazında değişim göstermekle birlikte piyasa yönelimli sağlık reformlarının bazı yaygın uygulamaları; kamu kurumlarının özel sektör gibi çalışması için yeniden yapılandırılması; performans ve ödül arasında daha net bir bağlantı oluşturmak amacıyla kaynakların kuruluşlara ve bireylere tahsis ve ödeme şeklinin değiştirilmesi; özel sağlık sektörünün serbestleştirilmesidir. Ayrıca özel sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla sözleşmelerin desteklenmesi politikasıyla sağlık hizmeti sunumunda daha fazla çoğulculuk ve rekabet teşvik edilmiş, kullanıcı ücretleri, katkı payı gibi vergi dışı gelir kaynakları oluşturularak sağlık hizmetleri için ek finansman arayışına girilmiştir. Tüketici seçiminin gücü ve kapsamı artırılarak sağlık kurumları ve çalışanlarının hastane kurulları gibi toplum temelli kuruluşlara karşı daha hesapverebilir hale getirilmesiyle tüketicinin sağlık sistemindeki rolü artırılmak istenmiştir (Mills, vd., 2001, s. 3-4).

Neoliberal politikaların ilk etkileri 1970'lerin sonunda Latin Amerika'da başlamış, bunu Afrika ekonomileri ve 1980'lerin sonu ve 1990'ların başında Asya ülkeleri izlemiştir. Bu ülkelerde yapısal uyum politikaları yoluyla sağlık ve sosyal sektörlerini dönüştüren deneyimler yaşanırken benzer şekilde 1980'ler boyunca OECD ülkeleri de refahtan piyasaya doğru yaşanan ideolojik dönüşümün bir parçası olarak sağlık ve diğer kamu sektörlerinde önemli değişimlere gitmişlerdir (Sen, 2003, s. 2). Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası gibi güçlü ekonomik kurumlar, neoliberal reform gündemini ihtiyaç duyulan krediler karşılığında ağır borçlu gelişmekte olan ülkelere empoze etmiş, 1991 yılında Sovyetler Birliği'nin dağılması

desteklenmesi bu şirketler için gizli bir kaynak olmaya başlamış ve İngiltere'yi dünyadaki en büyük ilaç şirketlerinden bazılarının anayurdu haline getirmiştir (Kirkpatrick, Stephen ve Walker, 2005, s. 82).

ve Çin'de piyasaya yönelik reformların hızlanması 1990'lı yıllarda neoliberalizmin egemenliğini daha da güçlendirmiştir (Steger ve Roy, 2010, s. 36).

3.2. Kamu ve Özel Arasındaki Sınırların Aşınması: Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Piyasa ve İşletmecilik Yönelimi

Sağlık reformu sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve yönetimi ile ilgili bir dizi değişiklikle ilgili politikalarla ilişkilendirilen bir kavram olmakla birlikte 1980'lerde birçok ülkedeki kamu yönetimi alanında gerçekleştirilen reformların belirli bir türüne atıfta bulunmaktadır (Tritter vd., 2009, s. 32). Neoliberal ideoloji ve yeni sağın refah devletine yönelik ideolojik eleştirileri çerçevesinde biçimlenen bu reformlar kamu ve özel arasındaki sınırları bulanıklaştırarak devletin sağlık hizmeti sunma rolünü yeniden tanımlamıştır. Devletin liderliğinden ziyade yol gösterici olması yönünde artan vurgu Avustralya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, İtalya, Yeni Zelanda, Birleşik Krallık ve Birleşik Devletler gibi ülkelerdeki sağlık reformları üzerinde belirleyici olmuştur (bkz. OECD 1995; OECD, 1997; Haque, 2001).

1980'ler ve 1990'larda refahın yeniden yapılandırılması kamu harcamalarının azaltılması, maliyetlerin sınırlanması[89], karma refah ekonomileri, "yarı piyasaların" oluşturulması ve kamu örgütlerinin yönetiminde işletmeci "*managerial"* tekniklerin uygulanması gibi kavramlar etrafında şekillenmiştir (Mc Auley, 2003, s. 124). Özellikle İngiltere 1979-1997 yılları arasındaki dönemde 'kamu tercihi' etkisindeki yeni kamu işletmeciliği reformlarının uygulandığı ve bu açıdan neoliberal reform modeline saf uygunluk gösteren bir prototip olma özelliğiyle öne çıkmıştır (Clark, 2002, s. 778) [90]. 1979 yılında M. Thatcher hükümeti iktidara geldiğinde bu hükümet

[89] İngiltere, Hollanda ve İsveç gibi birçok Avrupa ülkesinde maliyet sınırlama programları hayata geçirilmiş ve sağlık harcamaları kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. Mali kısıtlamalar ve tıp alanındaki teknolojik gelişmelere bağlı değişen tıbbi pratiklerin de etkisiyle hastanede kalış süreleri azalmıştır. 1980-1990 arasındaki hastanede ortalama yatış süresi OECD ülkelerinde %17 azalırken 10,8 günden 9 güne düşmüştür (Harrison, 2004, s. 4-5).

[90] Muhafazakâr hükümetlerin yönetimi kendi içinde üç ayrı dönem olarak ele alınabilir. İlk dönem, 1979-1982 arası Thatcher hükümetinin kamu harcamalarını azaltma amacına yönelik makroekonomik politikaları hayata geçirdiği ve kamu harcamalarındaki kesintilerle karakterize bir dönemdir. 1980'li yılların sonlarına kadar devam eden ikinci dönemin özelliği kamu hizmeti örgütlerinin performans, etkinlik ve verimlilik gibi ölçütlerle değerlendirmelerinin önem kazanmasıdır. 1987 sonrası üçüncü dönem ise, kamu hizmetleri içinde kültürel değişim konusunda bir yaklaşım getiren geniş kapsamlı reformlarla karakterizedir. Piyasa tipi mekanizmaların kullanımı, yönetimde ve kamu hizmeti sunumunda örgütsel desentralizasyonun artırılması ve *Citizen Charter* yoluyla müşteriye

kamu harcamaları ve devlet girişimlerini Britanya'nın ekonomik sıkıntılarının kaynağı olarak görmüş ve büyük bir özelleştirme programına girişmiştir.[91] Refahın piyasalaştırılması kapsamında hizmet sunumunu rekabete açmak için gönüllü kuruluşlar (kar amacı gütmeyen) ve şirketler (kar amacı güden) teşvik edilmiştir. Aynı zamanda kamu sektörü kurumlarının küçük ve orta ölçekli işletmelerin yaptığı gibi rekabetçi ilişki biçimleri ve sözleşmelere dâhil olması gerektiği ileri sürülerek kamu ve özel sektörü ayıran sınırlar aşındırılmıştır. Özelleştirmenin diğer bir biçimi ise refahın sorumluluğunun 'kamusal alan'dan 'özel alan'a (aileler ve bireylerin dünyasına) yer değiştirmesi olmuştur. Bu durum kısmen bireyler ve ailelerinin seçim olanaklarına vurgu yapılmasıyla haklılaştırılmak istenmiştir. Bunun sonucunda özürlü ya da yaşlı bakımından çocukluk suçlarına kadar değişen konulardaki sorumluluk aileye bırakılmıştır. Bu özelleştirme değişimi ile beraber kamunun hizmet sunmasının önemi ve ölçeği azalmış, özel sektörün değeri artarken hizmet sunumunda taşeronluk gibi uygulamalara daha fazla yer verilmeye başlanmıştır (Gewirtz, Clarke ve Mclaughlin, 2000, s. 3).

İngiltere'de sağlık hizmetlerinde ilk özelleştirme politikaları USH'de yardımcı hizmetlerin sözleşmeli olarak özel sektöre ihale edilmesi (çamaşır, yemek ve temizlik vb.) ile sınırlı kalırken hükümetin özel sektör uygulamalarının daha etkili olduğu yönündeki inancı[92] sağlık hizmetlerinin yönetim ve örgütlenmesini ilgilendiren geniş kapsamlı reformları gündeme getirmiştir (Dawson ve Dargie, 2005, s. 43). Bu inanç doğrultusunda bir süpermarket zincirinin genel müdürü olan Roy Griffiths başkanlığında USH'nin yönetimiyle ilgili 1983 yılında bir araştırma yapılmıştır. Özel sektör işletme prensiplerini benimseyen Griffiths Araştırması eski biçim "uzlaşı"

cevapverebilirlik konularına daha fazla vurgu yapılmıştır. Bu reformlar temelde yönetişim düzenlemelerinin ayrılmaz bir parçası olmuştur (Clark, 2002, s. 778).

[91] Thatcher dönemiyle başlayan özelleştirme hareketi önemli devlet varlıklarının özel sektöre satışıyla sonuçlanmıştır. 1980'lerin başında National Freight Corporation, British Aerospace, çeşitli kablo ve kablosuz hizmetler, British Rail ve Associated British Port'ların satışı ile ciddi bir şekilde başlayan özelleştirmeler Rolls-Royce Uçak Motorları, İngiliz Hava Meydanları İşletmesi, İngiliz Petrolleri, İngiliz Çelik ve çeşitli su ve elektrik hizmetlerinin satışı ile devam etmiştir. Tesislerin verimliliğinin artırılarak küresel rekabet gücünü yükseltme iddiasıyla çok sayıda devlete ait sanayi işletmesi özel yatırımcılara ve şirketlere önemli ölçüde indirimli fiyatlarla satılmıştır (Steger ve Roy, 2010, s. 68).

[92] Yönetim ilkeleri ve uygulamasının evrenselliği ve aktarılabilirliğine olan bu inanç, sağlık reformu bağlamında piyasa ortodoksisinin uluslararası alanda yaygınlaştırılması ve meşrulaştırılmasında önemli bir rol oynamıştır. Bu evrensellik görüşü çoğunlukla *(management)* işletmecilik anlayışının öne çıkarılmasıyla ilgilidir. Profesyonel yöneticilerin 'yönetmek için özgür' olması ve profesyonel teknik uzmanlığa sahip olanlara göre karar verme sürecinde öne çıkmaları hedeflenmiştir (Collins, vd.,1994, s. 44).

(consensus) yönetiminden ilçe ve bölge düzeyindeki birimlerin bir genel müdürle yönetildiği "*general management*" sistemine geçilmesi gerektiğini ileri sürmüştür. Merkezde politika, stratejik planlama ve işletme yönetimden sorumlu olan yeni kurullar oluşturulmuştur. Yerele yetki devri ve en alttan en tepeye doğru açık bir sorumluluk *(hesapverebilirlik)* hattı oluşturulmasına dayalı bu sistemin bürokratik yönetime dayalı olan önceki sistemin yerine geçmesi hedeflenmiştir (European Observatory on Health Care Systems, 1999, s. 7-8). Bu sistemle birlikte performans temelli ödeme yapılan ve belirli sürelerle sözleşmeli olarak çalışan genel müdürler atanmış ve hastaların tüketiciler olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır (Stewart ve Walsh, 1992, s. 502). Başlangıçta, yöneticilerin *(managers)* temel sorumluluğu, hastane bakım maliyetlerinin daha etkili şekilde izlenmesini sağlamak ve maliyetlerin her birim başına azaltılması olmuştur. Ayrıca sistemin çalışabilmesi için klinisyenlerin de yönetimle ilgili olması ve onların faaliyetlerinin de mali hesapverebilirliğinin sağlanması gerektiği kabul edilmiştir. Bu doğrultuda klinisyenler ve diğer USH personeli genel müdürlerin yönetimi altında yer almıştır (Kirkpatrick, vd., 2005, s. 84). Bu yeni yönetim anlayışıyla birlikte genel müdürlerin *(general manager)* pasif bürokrat yöneticilerin yerini alması ve hizmetten ziyade finansal verimliliğe daha çok önem veren 'yeni' bir yönetici grubunun oluşturulması hedeflenmiştir (Bolton, 2004, s. 320). Kamu sektöründe özel sektör "yönetimciliğini" taklit etmeyi vurgulayan Griffiths reformları, siyasetçilerle hat yöneticilerini birbirine bağlayan ve reform komutlarının akabileceği kanalların oluşturulması ve daha sonraki reformların bağlı olacağı performans ölçme değerlendirme uygulamaları için zemin oluşturmuştur (Tuohy, 1999, s. 66). Aynı zamanda Griffiths reformlarıyla kapsamlı bir bilgi sistemi ve klinik bütçeleme gibi kaynak yönetimine dayanan etkili yönetim kontrolü ile o zamana kadar kendi gündemleri ve yerel karar alma mekanizmalarında hakim olan hekimlere dolayısıyla tıbbi hegemonyaya doğrudan meydan okunması amaçlanmıştır (Cox, 1991, s. 103). Öte yandan bu yöneticilerin kariyerlerinin siyasiler tarafından belirlenen kısa vadeli sözleşmelere dayanıyor olması bakanlar veya siyasi liderlerin bu kurumların üst yöneticileri üzerindeki gücünü artırmıştır. Bu durum özerk kurumların yöneticilerinin siyasilere olan kişisel bağlılıklarının artmasına ve özellikle yasama organına karşı hesap verme sorumluluğunun görmezden gelinmesine neden olmuştur (Haque, 2001, s. 71).

Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının sağlık hizmetlerinin sunulmasında rekabet ve piyasa mekanizmalarının düşük maliyet ve yüksek verimliliğe yol açacağı varsayımının sağlık sektöründeki yansıması yönlendirilmiş rekabet *(managed competition)* veya iç piyasaların[93] oluşturulması şeklinde olmuştur (Tritter, vd., 2009, s. 33-34). Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve diğer örgütsel değişikliklerin üzerine inşa edilebileceği bir yapının oluşturulması amacıyla hizmetin sunumu ve finansmanı ayrılarak tedarikçiler arasında rekabetin desteklenmesi yönünde birbiriyle ilişkili reform stratejileri izlenmiştir. Geleneksel kamu yönetiminin bütünleşik işlevlerinin[94] aksine finansmanın tedarikten ayrılması sağlık hizmeti "alıcılarının" ve " satıcılarının" bağımsız çalışmasını ve satıcıların alıcıların tercihleri için kendi aralarında rekabet etmesini hedeflemiştir (Londono, 1997; Shackley ve Healey, 1993)[95]. Kuzey Amerika ve Avrupa'da tercih edilen bu sistem ile sağlık hizmeti sunumunda bir piyasa oluşturulması desteklenmiş (Mason ve Morgan, 2019)[96] ve 1990'lar boyunca sağlık kaynaklarının tahsis edilmesinde öne çıkan bir yöntem olmuştur (Callahan ve Wasunna, 2006, s. 93).

İngiltere, İtalya, İsveç ve Yeni Zelanda gibi vergiye dayalı Beveridge tarzı sağlık sistemlerinde "iç piyasa" reformları hayata geçirilirken hastalık fonları olarak da bilinen Bismark tarzı sağlık sistemlerine sahip Almanya, Hollanda ve İsviçre'de

[93] Bu sistemin iki türü vardır. Bunlardan yönetilen rekabet (managed competition) türünde hem finansörlerin hem de hizmet üretenlerin arasında rekabet vardır. Düzenlenen rekabet (regulated conpetition) adı verilen ikinci türde ise rekabet yalnızca hizmet üreten kurumlar arasındadır. Ancak her iki durumda da rekabeti asıl yaratan ve yönlendiren mali kaynakların önemi kısmını elinde tutup, kullanan kamu sağlık fonudur (Belek, 2014, s. 88).

[94] Eski sosyal devlet ve sosyalist sağlık sistemlerinde bu iki işlev devlet kurumunda yani sağlık bakanlığı çatısı altında toplanmaktaydı. Sağlık bakanlığının genel bütçeden kendine ayrılan kaynakla, kendi mülkiyet ve işletmesindeki sağlık kurumlarında, kendi personeliyle hizmet verdiği bu sisteme "entegre sağlık sistemleri" denilmektedir. Piyasacı sağlık reformlarında piyasa hâkimiyetinin kurulabilmesi için öncelikle bu yapı eleştirilmiş ve devletin verimsiz olduğu argümanı buradan destek alarak parçalama ve devleti küçültme operasyonunun haklılaştırılması için kullanılmıştır (Belek, 2014, s. 88).

[95] Bu sistemde yapı önce üretim ve finansman olarak ikiye parçalanmakta sonra bu iki yapı kendi içlerinde özel sağlık hizmeti üreticileri ve finansörleri de dâhil edilerek çok sayıda parçaya ayrılmaktadır. Her finansör kurum hizmet üreticileriyle sözleşme esası temelinde ilişkiye geçmekte ve satın alınacak hizmetin kalitesini ve fiyatını belirlemek bakımından finansör kurumlara büyük yetki ve sorumluluklar verilmektedir. Finansör yapıdaki esas işi yapan sosyal güvenlik kurumunun elindeki mali kaynakların sağladığı olanakla, hizmet üreticisi olan kurumları kaliteli ve düşük fiyatla hizmet üretmeye zorlayacağı ileri sürülmektedir. Bu verimliliği de artıracaktı. Hizmet üretenler ana finansör kurumun belirleyeceği nitelikteki hizmeti yine aynı kurumun belirleyeceği fiyatlarla üretmek zorunda kalacaklardı. Bunu yapamayanlar ile sözleşme yenilenmeyeceği için sağlık piyasasından eleneceklerdi. Ana finansörün belirleyeceği ve yöneteceği rekabet ortamı oluşturulması hedefleniyordu (Belek, 2014, s. 88).

[96] Bu düzenlemenin İngiltere, Finlandiya, Yeni Zelanda ve Avusturalya ve ABD örneklerinin karşılaştırılması konusunda ayrıntılı bilgi için bkz. (Alastair ve Morgan, 2019).

yönlendirilmiş rekabet "*managed competition*" reformları uygulanmıştır (Cookson, Dusheiko, Hardman ve Martin, 2010, s. 183). Özel sağlık hizmeti geleneğiyle ABD'de ise daha çok yönlendirilmiş rekabet "*managed competition*"[97] yoluyla veya "*Health Maintenance Organizations*" aracılığıyla rekabete yönelmiştir (Holden, 2005, s. 679).[98]

1990 yılında Thatcher hükümeti dönemindeki *"Working for Patients"* adlı Beyaz Sayfa'nın ardından Ulusal Sağlık Hizmeti'nde (USH) bakım sağlayıcılar, hastaneler ve Bölge Sağlık Otoriteleri gibi fon verenler arasında ayrım yapan bir iç piyasa veya yarı piyasa modeli oluşturulmuştur (Simonet, 2013, s. 7; Cookson vd., 2010, s. 183). Bu değişimle Bölge Sağlık Otoritelerinin rolü hizmetlerin satın alıcısı, hastanelerin rolü de sözleşmeler aracılığıyla hizmet alan sağlayıcılar olarak ayrılmıştır. Bu süreçte yerel yönetimler ve aile hekimleri *(General Practitioner, GP)* kendi bütçelerini oluşturmak yoluyla hizmetlerin satın alıcısı olmuşlardır.[99] Bu şekilde özel hastaneleri de içeren çeşitli sağlayıcılar ile satın alıcılar karşı karşıya gelmesi sağlanmıştır (Stewart ve Walsh, 1992, s. 502). Bu kapsamdaki diğer bir eğilim İngiltere'deki Vakıf Trust'ları gibi kamuya ait hastanelerin özerkleştirilmesi yönünde olmuştur. Kamuya ait hastanelere yarı özerk statü verilerek hastalar ve fonlar için birbirleriyle yarışması sağlanmıştır. Hastanelerin sahipliği kamuda kalırken verilen özerklik yoluyla günlük operasyonlardaki siyasi müdahalelerin en aza indirilmesi ve geleneksel sağlık hizmeti sistemlerini karakterize eden yukarıdan aşağı bürokratik

[97] Sunulan hizmet tipi ve seviyesi üzerinde ayarlamalar yaparak maliyetleri sınırlama amacını taşıyan çeşitli ödeme ve sağlık hizmeti sistemlerinin genel adıdır. Bu kapsamda, daha düşük maliyetli tedavileri seçmeleri için hekimlere ve hastalara maddi teşvikte bulunulması, belli hizmetlerin tıbbi açıdan gerekliliğinin gözden getirilmesi, hastane yatışlarının ve yatış sürelerinin denetim altına alınması gibi bir dizi piyasacı yönteme başvurulmaktadır (Loeppky, 2014; Dipnot 29).

[98] Avrupa'daki politika yapıcılar birçok kamu hizmeti ve sağlık bakımında ABD'deki örgütsel değişimlerden etkilenmişlerdir. Sağlık alanındaki Amerikan piyasa reformları özellikle neoliberal ekonomik görüşler ve YKİ'yi savunan diğer sağlık ekonomistlerinin görüşleri üzerinde durmuştur Dr. Paul Ellwood ve Alan Enthoven gibi piyasa yanlısı analistlere göre devlet planlaması ve düzenlemesi etkinsizdir ve geleneksel kamu bütçeleri, israf yaratan "sapkın teşvikler" içermektedir. Buna karşılık, kamu kurumları arasında ya da kamu ve özel arasında rekabet kamu hizmetlerinin daha verimli ve etkili hale gelmesi ve maliyetlerin azaltılması için teşvik oluşturacaktır. Hükümetin/devletin hiyerarşik denetimleri yerine, kamu kurumları içinde ve arasında sözleşme ve özel sektörden hizmet satın alma kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinin yeni baskın biçimleri olmaya başlamıştır. Bu bağlamda, İngiltere'deki ulusal sağlık sistemindeki hem sağlık finansmanının bölgelere ayrılması hem de özerklik anlamında izlenen yaklaşım ABD'deki yönlendirilmiş sağlık hizmetleri *(managed competition)* yaklaşımının aktarılmasının bir sonucudur (Harrison, 2004, s. 6).

[99] Aile hekimleri (GP) için bir dizi hastane ve toplum hizmetinin yanı sıra kendi temel bakım hizmetlerinin sağlanması için bir bütçe veren fon tutma *(fund holding)* uygulamasıdır. Daha sonra bu uygulama sistemin önemli bir özelliğini oluşturmuştur (Tuohy, 1999, s. 70-71).

yaklaşımdan kurtarılması hedeflenmiştir (Simonet, 2013, s. 7-8). Bu yolla 1991 reformlarından önce İngiliz USH'de birleşik bir sistem altında faaliyet gösteren hizmet sağlayıcıların tekel gücünü kırılmış ve sağlayıcılar ihaleler yoluyla birbiriyle rekabet etmesi teşvik edilmiştir (Collins, vd.,1994, s. 45-46). Piyasa temelli bu reformlar sonucunda ulusal sağlık hizmetleri çok sayıda alıcı ve satıcı ile merkezi olmayan ve parçalanmış bir sistem üretmiş (Stewart ve Walsh, 1992, s. 502) ve bürokratik koordinasyon biçimlerinden işletmeci koordinasyon biçimlerine doğru bir geçiş yaşanmıştır (Clarke ve Newman: 1997). İç piyasa reformlarının hizmet kullanıcıları açısından bekleme sürelerinin kısalması gibi bazı faydaları olmakla birlikte eşitlikten önce verimliliğin öne çıkarılması ve vatandaşlık kavramının içinin boşaltılması gibi göz ardı edilen bir dizi sorunu da beraberinde getirmiştir (Calnan ve Gabe, 2001, s. 122).

Benzer gelişmeler İsveç'te de yaşanmıştır. Bölge meclisleri ve yerel hastanelerin finansmanı için ayrı satın alma kuruluşları oluşturmuş ve hastanelere daha fazla özerlik verilmiştir. İngiltere'de hastaneler özel yasal statüye sahip vakıflara bağlanırken İsveç ve diğer ülkelerde ise halka açık şirketlere dönüştürülmüştür. Hastanelerle özel şirketlerin aynı statüye getirilmesi daha büyük hastane ağlarının ortaya çıkmasına, özel sektörle işbirliğine ve hatta kamu hastanelerinin özel yatırımcılara satışına neden olmuştur (Hermann, 2010, s. 151).

Sağlık hizmetlerindeki iç piyasa reformları yeni yönetim biçimlerin ortaya çıkmasıyla ilişkili olarak işletmecilik *(managerialism)* ideolojisin önemli bir bileşeni olarak görülmelidir. Kamu sektöründeki işletmecilik yönelimi güçlü merkezileşme ve planlama boyutlarının yanı sıra daha fazla seçenek, kurumsal özerklik veya âdemi merkeziyetçilik ile ilgili boyutları da kapsamaktadır. Diğer bir deyişle, İngiltere örneğinde olduğu gibi kamu sektöründe iç piyasaların oluşturulması merkezi ve âdemi merkeziyetçi uygulamaların bir karışımına dayanmaktadır. Örneğin, bütçeler üzerinde yereldeki yöneticilerin yetkileri artarken bununla birlikte yöneticilerin performans ölçümleri hükümet ya da hükümetle ilgili ulusal ajanslar tarafından belirlenmiştir. Bu nedenle rekabet ve seçim kapsamını belirleyen teşvikler merkezi yönetim tarafından inşa edilmekte ve planlanmaktadır. Zaman içinde işletmeci ideoloji ile piyasalar arasındaki simbiyotik ilişki daha açık hale gelmiş ve Yeni İşçi Partisi hükümetleri döneminde de USH içindeki yerleşik işletmeci anlayış piyasa ideolojisinin devam

ettirilmesi için önemli bir araç olarak kullanılmaya devam etmiştir (Cribb, 2008, s. 224).

Üreten ve finanse eden kurumların ayrılması finansal kurumların etkisini artırarak hizmet üreten kurum veya kişilere yapılacak ödeme biçimlerini değiştirmiştir. Global bütçeleme, prospektif ödeme sistemleri, DRG sistemi, katkı payları yoluyla maliyet paylaşımı ve özel sağlık sigortalarının teşvik edilmesi[100] yoluyla sağlık harcamalarının özelleştirilmesi ve kamu kaynaklarını özel sektöre açan uygulamalar yaygınlaşmıştır. Doğrudan özelleştirmeyi içermese de bu reformlar özelleştirmelerin çok daha kolaylaştığı bir ortam yaratmış ve özel sektörün hizmet sunumundaki payını artırmıştır. Kamu hastanelerinin yiyecek, temizlik, güvenlik gibi özel sektörden hizmet satın alma uygulamalarıyla "şirketleşme"si, kamu-özel ortaklıkları yoluyla yeni hastanelerin kurulması ve işletilmesi gibi reformlar sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve metalaşmasına katkıda bulunmuştur. Bu tür uygulamalar kamu-özel arasındaki sınırları aşındırarak sıklıkla kamu kaynaklarının sermayeye aktarılmasının bir yolu olarak kullanılmıştır (Holden, 2005, s. 679). Tüm bu değişimler sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti kullanıcılarını da çeşitli şekillerde etkilemiştir. Sağlık çalışanlarının sosyoekonomik güvenceleri hastanelerin şirketleşmesi ya da özel sektöre hizmet gördürme nedeniyle zarar görürken çalışma ve ücret koşullarındaki değişimler güvencesiz istihdamı giderek genişletmiştir. Sağlık hizmeti kullanıcıları açısından kullanıcı ücretleri, katkı payı gibi yollarla erişimin kısıtlanması, hizmet kalitesinin kötüleşmesi ve gelecekte sağlık hizmeti alabilme konusunda güvensizlik hissetme gibi etkilere neden olmuştur (Lethbridge, 2009, s. 102). Sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarının örgütsel ve yasal bağlamını değiştiren bu süreçler sonucunda sağlık kurumları daha çok ticarileşmiş ve sağlık hizmeti metalaşmıştır.

[100] Bu dönemde Avrupa ülkelerinin çoğunda sağlık harcamaları artmaya devam ederken toplam sağlık harcamalarında kamunun payı azalmıştır. Buna özel sağlık sigortacılığının yükselmesi eşlik etmiştir. Sağlık hizmeti finansmanı 2005 itibari ile Hollanda'da %23, Fransa'da %13, Almanya'da %10 oranında özel sigorta şirketlerine devredilmiştir. Tamamlayıcı özel sigortaların yaygınlaşmasıyla 2000 yılında Fransa'da nüfusun %85'i, Hollanda'da %60'ı, Belçika'da %30-50'si cepten ödeme suretiyle özel sağlık sigorta şirketlerinden tamamlayıcı sağlık sigortası satın almak zorunda kalmışlardır (Terzi, 2013, s. 278).

3.4. Sağlık Reformlarında Devlet Piyasa İşbirliği: Yönetişimci Sağlık Reformları

1980'lerde izlenen politikaların bir sonucu olarak ortaya çıkan istikrarsızlık, krizler, artan yoksulluk, işsizlik ve eşitsizlik gibi sorunlar neoliberal politikalara güveni sarsmamış fakat küreselleşmenin sermaye için doğurduğu yeni ihtiyaçlar daha farklı bir düzenlemeleri gerekli kılmıştır (Kayıran, 2013, s. 150). Neoliberalizmin 1990'larda başlayan ikinci evresi devletin "arka plana itilmesi"nin ötesinde yeni politikaları gündeme getirmiştir. Peck ve Tickell'in ileri sürdüğü gibi neoliberalizmin olumsuz aşamasının doğal sınırlarına gelindiğinde daha "olumlu" ya da "inisiyatif üstlenen" politikalar gerekli hale gelmiştir (2002, s. 388-89). Bu dönem devletin geri püskürtülmesi yerine dönüştürüldüğü bir aşama olmuştur. Bu dönüşüm yeni kapitalizmin gelişimini kolaylaştıracak piyasa odaklı yeni kural ve politikaları kapsayan yeni düzenleme biçimlerine işaret etmektedir. Bu evrede devletin tamamen geri çekilmesi yerine bizzat devletin kendisinin 'piyasalaştırılması' hedeflenmiştir. Devletin işlevlerinin yeni küresel düzene uygun düşecek şekilde yeniden yapılandırılmasıyla devletin eski ulusal devletler düzenindeki "hakem" rolünü bir kenara bırakarak giderek bir "piyasa oyuncusu" gibi davranması istenmiştir. Düzenlemelerin artık kamu yararı adına değil bizzat küreselleşme projesi adına gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır (Munck, 2007, s. 111-112). Bu bağlamda devletin yeni işlevi, piyasanın etkin bir şekilde işlemesini sağlamak, bunun için gerekli güven ortamını oluşturmak ve rekabetin önündeki engelleri kaldırarak 'düzenleyici' ya da hakem rolünü üstlenmek olarak ifade edilmeye başlamıştır (Eren, 2008, s. 55). Dönüşümün yol göstericisi ve tasarlayıcısı olarak uluslararası ve ulusüstü aktörlerin öncülüğünde gerçekleşen bu süreçte yeni bir küresel yönetim arayışına yanıt olarak yönetişim yaklaşımı model alınmıştır (Bayramoğlu, 2005, s. 19). "İyi yönetişim" ve "kurumsal kapasitenin geliştirilmesi" bütün alanlarda egemen olan bir anlayış haline gelirken bu anlayışın devlete yansıması emreden veya dayatan değil sivil toplum kuruluşları ve piyasa aktörleriyle birlikte karar alan "yönetişimci devlet"[101] anlayışı

[101] Devlet anlayışında gerçekleşen bu değişimin dayandığı temel gerekçe, devletin tamamen etkisiz kılındığı bir ortamda piyasa ekonomisinin işleyişinin de tehlikeye gireceği varsayımıdır. Bu mantığa göre, mülkiyet hakları, yol, sağlık ve eğitim gibi temel kamu hizmetlerini bile gerçekleştiremeyen bir devlet yapısının varlığı, büyük iktisadi krizleri tetikleyen bir etki yaratmaktadır. Bu durumdaki ülkeler bir kısırdöngüye girmekte, bozulan kamu hizmetlerine tepki gösteren kişi ve şirketler vergi ödemekten kaçınmakta bu ise hizmetlerin bozulmasına yol açmaktadır. Bu kısırdöngüyü kırmanın ve piyasanın

olmuştur (Kayıran, 2013, s. 150). Devlet merkezli bir yaklaşımı reddeden ve piyasa perspektifini onaylayan yönetişim yaklaşımı özellikle devlet kontrolünün deregülasyonuna güçlü desteği ile uluslararası ticaret ve yatırımların serbestleştirilmesi, yabancı ve özel yatırımcıların desteklenmesi ve özel sektörle işbirliği yapılmasında oldukça kolaylaştırıcı olmuştur (Haque, 2002, s. 108). 1990'lı yıllardan itibaren "piyasa dostu devlet", "girişimci devlet" ya da "etkin devlet" gibi tanımlamalarla devlet-piyasa ortaklığına daha fazla vurgu yapılmaya başlanmıştır (Güzelsarı, 2008, s. 40).

Maliyetleri kontrol etmek ve arz tarafını yeniden düzenlemek amacıyla gerçekleştirilen piyasa yönelimli ilk dönem sağlık reformları, maliyetleri kontrol etme konusunda önceki komuta ve kontrol sistemlerine göre daha az başarılı olmuş, hizmet sunumunun ve yönetimin yeniden yapılandırılması idari maliyetleri artırmıştır (Tritter vd., 2009, s. 34-35). Batılı hükümetler sağlık sistemleriyle ilgili kapsamı genişletme isteklerine karşılık sağlık sistemlerinde maliyet, eşitsizlik ve verimsizlik sorunlarının artışıyla karşı karşıya kalmışlardır (Blanpain, 1994, s. 8). 1990'ların sonlarına gelindiğinde piyasa yönelimli sağlık reformlarının sağlık sistemi ile ilgili sorunları çözemediği yönünde artan bir endişe ve azalan bir iyimserlik havası oluşmuştur. Bu doğrultuda piyasa ve düzenleyici mekanizmaların eklektik karışımına dayanan yeni hedefler gündeme gelmiştir. Piyasa teşvikleri ile parçalanmış olan sağlık sistemi aktörleri ile barınma ve refah gibi diğer sosyal hizmet kurumları arasında işbirliği ve koordinasyonun teşvik edilmesi istenmiştir. Bu hedefe ulaşılmasında sağlık sistemi üzerinde devlet kontrolünün artırılmasına yönelik bir geri dönüşten söz edilmezken, sağlık hizmetlerinde piyasa ve hükümet güçlerinin uygun bir birleşimine vurgu yapılmıştır. Rekabet yönelimli iç piyasa reformlarından görece geri adım atılmasına karşın işletmeci yönelimli reformlar gücünü ve etkisini kaybetmemiş, sağlık finansmanı ve dağıtımında sözleşmeci anlayış devam ettirilmiştir (Harrison, 2004, s. 6-7). Eski ve yeni konuları içeren bu yeni politika gündeminde verimlilik ve maliyet kontrolüne duyulan ihtiyaç kabul edilirken sağlık reformlarının yeni odağı talep tarafına kaymış, hastaların tüketici olarak vurgulanması, onlara hizmet sağlayıcılarını seçme hakkı verilmesi ve hizmet kalitesinin artırılması kilit konular olarak öne

sağlıklı bir şekilde işlemesinin yolu devleti piyasa mekanizmalarını güvence altına alacak şekilde etkin kılınmasından geçmektedir (Bayramoğlu, 2005, s. 55).

çıkarılmıştır. Hizmet kalitesi, ekonomik ve ideolojik rekabetin öncüsü kabul edilirken piyasa mekanizmalarının amacının sadece daha düşük maliyetler değil kalite ve yenilikçiliği de sağlamak olduğunun altı çizilmiştir. Bireysel tüketici seçimine yapılan vurgu, kamu ve kamu dışındaki birçok tedarikçinin hizmet sunumuna dâhil edilerek çok sayıda sağlayıcının olduğu bir sağlık piyasasının oluşturulmasının bir aracı olarak görülmüştür. Bu şekilde sağlayıcıların da hastalarını seçmeleri için daha fazla fırsat sağlayan piyasa mekanizmalarının oluşturulması desteklenmiştir (Tritter vd., 2009, s. 34-36; Bradshaw ve Bradshaw, 2004).

İngiltere'de Yeni İşçi Partisi hükümetleri, politik felsefesini sosyal demokrasi ile Yeni Sağ arasında pragmatik bir "Üçüncü Yol" [102] bulma olarak tanımlamışlardır (Giddens, 2001). Blair yönetiminin 1999'da Parlamentoya sunduğu *"Modernizing Goverment"* adlı Beyaz Sayfada, devletin eylem biçimlerinin "modernize" edilmesi kapsamında kamu hizmetlerinin sunumunda katılımcı, topluluk temelli ve 'ortaklaşa yönetim'e (*joined up goverment)*[103] vurgu yapılarak devletin sosyal içerme kapasitesinin altı çizilmiştir. İleriye dönük politika oluşturma, duyarlı ve kaliteli hizmet sunma, bilgi çağı gibi konular öne çıkarken satın alan-sağlayan ayrımı, kamu özel ortaklıkları, performans ölçüm sistemleri, vatandaş bildirgesi gibi kilit unsurlar Muhafazakâr hükümetlerin mirası[104] olarak korunmuş hatta daha da geliştirilmiştir. Vatandaşlık Bildirgesi *(Citizen's Charter)* gibi belgeler hizmet standartları ve bireysel

[102] "Üçüncü yol" savunucuları, sağlığın sosyal faktörlerden etkilendiğini ve bu nedenle devletin sağlık hizmetlerinin sağlanması ve yönlendirilmesinde bir rolü olması gerektiğini kabul ederler. Onlar, eski tarz sosyal demokrasinin merkezi bir devlete çok fazla güç verdiğini ve neo-liberallerin ise piyasa güçlerine çok fazla güven duyduğuna inanır. Çok fazla devlet kontrolü ve piyasa güçlerinin kaosundan kaçınmak için devletin, özel sektör ile gönüllü sektör arasında ortaklıklar kurmaya dayanan, sağlık hizmetlerinin sağlanmasına uyulması gereken ulusal standartlar oluşturduğu düzenleyici bir rolde olmasını isterler. Sadece devlete, özel sektöre veya gönüllü sektöre güvenmek yerine, bu sağlayıcıların, sağladıkları sağlık hizmeti devlet tarafından koordine edildiği sürece birlikte çalışabileceğine inanılmaktadır. Sağlanan sağlık hizmetinin kalitesinin, bu bakımı sağlayandan çok daha önemli olduğu kabul edilmektedir (Taylor ve Hawley, 2010, s. 31).

[103] Ortaklaşa yönetim *(joinde up government),* kamusal hedeflerin belirlenmesi ve uygulanmasında çok aktörlü bir yapı, başka bir deyişle kamu iktidarının devlet dışındaki aktörlerle paylaşılmasını ifade etmektedir. Üçüncü Yol politikaları kapsamında gündeme gelen ortaklaşa yönetim, kar amacı gütmeyen sektör içinde yer alan yerel toplulukların, toplumsal girişimlerin ve çeşitli tipteki "ortaklık örgütleri" nin kamu hizmeti sunumunda aktif rol almasını hedefleyen bir programdır (Karasu, 2009, s. 126-127).

[104] Thatcher'ın mirası İngiltere'de daha fazla sosyal bölünme, yerel yönetimlerin itibarsızlaştırılması ve karma bir refah ekonomisinin getirilmesini içermiştir. Ayrıca, vatandaşlık haklarının yeniden tanımlanması ve sosyal demokratik evrensel vatandaşlık kavramının itibarsızlaştırılması ile sonuçlanmıştır. Bunun yanında düzenleyici devlete yapılan vurgu giderek artan şekilde Thatcherite politikalarını benimsemek zorunda kalan İşçi partisi üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olmuştur (Mc Auley, 2003, s. 124).

tercih vurguları ile bireyle devlet arasındaki ilişkinin yeniden düzenlendiği, kamu hizmetinin artık kolektif bir hizmet değil daha ziyade belirli bireysel tüketicilere sınırlanmış bir kamu hizmeti olarak yeniden tanımlanmasının göstergesi olmuştur (Clark, 2002, s. 779).

İngiltere'de Yeni İşçi Partisi 1997 yılında iktidara geldiğinde iç piyasa reformlarına hizmetleri parçaladığı, işlem maliyetleri ve eşitsizlikleri artırdığı ve bakım kalitesini azalttığı yönünde eleştiriler yöneltmiştir. İşçi Partisi hükümeti, Ulusal Sağlık Hizmeti (USH) Reformları için kendi planlarını *"The New NHS: Modern, Dependable"* adlı Beyaz Sayfa'da oluşturmuştur. Yeni İşçi Partisi Hükümeti, başlangıçta iç pazarın yarattığı parçalanmayı gidermeye çalışmış ve rekabet vurgusunun yerini "işbirlikçi" bir ulusal sağlık hizmetinin almasını istemiştir. İç piyasa reformlarının bazı unsurları değiştirilmiş ve piyasanın dili sağlık politikasında arka plana itilmiştir. Örneğin değişen dille birlikte "satın alıcılar" olarak tanımlanan sağlayıcılar "komisyoncular", yaptıkları "sözleşmeler" ise "anlaşmalar" olarak yeniden tanımlanmıştır (European Observatory on Health Care Systems, 1999, s. 98). Kurumsal yapılarda yeni bir örgütlenme anlayışının benimsendiği bu dönemde özel, gönüllü ve informal bağlantıları daha fazla öne çıkaran 'yönetişim' anlayışına daha çok vurgu yapılmaya başlanmıştır (Exworthy vd., 1999, s. 19). Bununla birlikte iç piyasaların ardındaki mantık Yeni İşçi Partisi'nin düşüncesinde güçlü bir rol oynamaya devam etmiştir. Piyasanın dili artık merkezi olmasa da iç piyasa denemesinin temel fikirleri - artan kurumsal teşvikler, hastalar adına daha fazla seçenek ve sağlayıcılar arasındaki rekabet – korunmuştur (Cribb, 2088, s. 225). Özellikle 2004 yılından sonra sağlık politikalarında piyasa yönelimi yeniden güçlenmiş ve Muhafazakâr dönemdeki sağlık hizmeti örgütlenme anlayışına isminde olmasa da özünde bir geri dönüş yaşanmıştır (Sheaff, 2008, s. 2-3).

İngiltere'deki reformlar sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasına yönelik genel küresel eğilimin ve sağlık alanının sermaye kapsamlı bir şekilde uyumlaştırılmasının iyi bir örneğini oluşturmaktadır (Harrington, 2007). Yeni İşçi Partisi politikalarıyla özel sektör katılımını daha çok artıran daha geniş bir piyasa oluşturulmasını hedeflemiştir. Özellikle 2000 yılındaki USH Planı, Sağlık Bakanlığı bütçesinin özel sektörden hizmet satın almak için kullanılabileceğini ve özel sektörle daha fazla işbirliği yapmanın sağlık hizmetlerinin kapasitesini artıracağı ve yenilikçiliği teşvik

edeceği ileri sürülerek özel sektörden yararlanılmasına ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır (DoH, 2000; Cribb, 2008, s. 226). Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve USH'nin özel sermayeye açılması için iki temel strateji izlenmiştir. Bunlardan ilki özel sektörün kamusal sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması ikincisi ise USH sağlayıcılarının birer işletmeye dönüştürülmesi olmuştur. Özel sektörün USH hizmetlerini daha fazla sunmalarına olanak sağlayan Bağımsız Sektör Tedavi Merkezleri[105] *(Independent Sector Treatment Programme ve Extended Choice Network, ISTCs)* oluşturulmuş ve USH hastalarına özel sağlayıcılar arasından seçim yapma olanağı sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın himayesi altında oluşturulan ticari faaliyet köprüsü genişletilerek kamu kaynaklarının özel sektöre akması sağlanmıştır. Kamu sağlık kurumlarının işletmeye dönüştürülmesi sürecinin ilk adımı "Vakıf Trust"ların açılmasıyla başlamış ve bağımsız düzenleyici bir kurum *(Monitör)* tarafından denetlenen ve belirli ölçütleri karşılayan Trust'lara borç alma ve yatırım yapma gibi konularda yönetsel özerklik verilmiştir (Benbow, 2018, s. 6-7; Porter S, 2013, s. 8). İlk etapta Sağlığı Geliştirme Komisyonu tarafından belirlenen 304 hastaneden 68'i Vakıf Trust'larına dönüştürülmüştür. Vakıf hastanelerinin yönetimi USH sistemi içindeki diğer hastanelerden farklı olarak piyasa aktörlerinin ve yerel karar aktörlerinin dâhil edildiği yönetişimci bir yapıda örgütlenen kurullara bırakılmıştır (Karasu, 2009, s. 135; Karasu, 2011, s. 233). Bu sürecin doruk noktasına Liberal/Muhafazakâr Demokrat Koalisyon Hükümeti tarafından yürürlüğe koyulan 2012 yılındaki *"Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası"* ile ulaşılmıştır. Kanunda istekli herhangi bir sağlayıcının sağlık hizmeti sunum sözleşmeleri için teklif verebilmesine izin verilmesi ve rekabeti en üst düzeye çıkarmanın temel ilke olarak kabul edilmesiyle büyük ticari şirketlerin USH pazarına girebilmesi için kapılar tamamen açılmıştır. USH kurumlarının işletmelere dönüştürülmesi bağlamında Vakıf Trust'larının özel hastalardan elde ettikleri gelirler ve özel piyasalardaki borçlanma kapasitelerinin üzerindeki limitlerin kaldırılması sağlık sektöründeki sermayeye önemli destek sağlandığını göstermektedir (Porter S., 2013, s. 8). Özel sektörün kamu kaynaklarına erişim yollarından bir diğeri de kamu özel ortaklığı uygulamaları olmuştur. 2009 yılında 159 hastane PFI *(Private Finance İnitiative*) olarak adlandırılan özel finans

[105] Bu süreçte özel yatırımcılar bu merkzlerin kapasitelerini artırabilmeleri için bu kurumlara fon sağlamışlardır. Bu Capio (İsveç), UnitedHealth (ABD) ve Kaiser Permanente (ABD) gibi sağlayıcıların çoğunun Birleşik Krallık dışında üsleri vardır (Exworthy ve Freeman, 2009, s. 164).

girişimleri veya kamu-özel ortaklığı uygulamaları çerçevesinde kurulmuştur (Price, 2011, s. 14). Kamu özel ortaklıkları programları ile kamu kaynaklarını belirli ticari işletmelere fayda sağlamak için kullanılması, işlemlerin şeffaflığı ve devletin özel yükleniciler üzerindeki denetim düzeyinin azalması gibi konularda tartışmalar gündeme gelmiştir (Haque, 2001, s. 71).

Sermayenin sağlık alanındaki kontrolünü güçlendiren piyasa yönelimli sağlık reformlarının önemli bir boyutu kamu hizmeti kullanıcılarının 'vatandaş' yerine 'müşteri/tüketici' olarak yeniden tanımlanmasıdır. Bireyselleşme ve tüketici seçimi öne çıkarılmasıyla vatandaşlar, kişisel harcama kararlarını kullanarak kendilerinin ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılayabilen, kişisel tercihlerini dile getirerek mal ve hizmetler arasında serbest seçim yapabilen kendi kendine yeterli piyasa aktörleri olarak yeniden kurgulanmıştır (Brown W., 2005, s. 42 ; Bradshaw ve Bradshaw, 2004, s. 10).

İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetlerinde, Muhafazakâr ve İşçi Partisi yönetimlerinde tüketim odaklı bir sağlık bakımı, etkililik ve verimlilikte artış ve işletmecilik farklı sağlık reformu programları içinde tekrar eden kavramlar olmuştur (DHSS, 1983; DoH, 1987, 1989, 1997, 2000). Yeni Kamu İşletmeciliği etkisinde tüketicilik ilkelerinin sağlık hizmetlerine uygulanması Griffiths Raporu'yla büyük bir ivme kazanmıştır. Yöneticilerin sağlık hizmetleriyle ilgili kararlarında tüketici tercihlerine önem vermesi, sorumlu oldukları hizmetlerin standartlarını ve kalitesi konusunda 'müşteri' görüşlerini belirlemeye yönelik piyasa araştırması gibi yöntemlere başvurması istenmiştir. Daha ziyade temizlik, yemek gibi otelcilik hizmetleriyle ilgili görüşlere odaklanan bu bilgilerin toplanması yöneticilerin 'müşteri taleplerini' meşrulaştırmasını sağlamış, kurumun ve çalışanların performanslarının değerlendirilmesinde bir denetim aracı kullanılmasına neden olmuştur. Benzer şekilde 1987 "Daha İyi Sağlığın Teşvik Edilmesi" *(Promoting Beter Health),* 1989 "Hastalar İçin Çalışma" *(Working For Patients)* ve 1991 yılındaki "Hasta Şartı" *(Patient Charter)* gibi belgelerde bireysel tüketicilerin bekleyebileceği haklar ve hizmet standartları belirlenmiştir. Ayrıca bekleme listelerinin azaltılması, tüketici seçimi, bilgilendirme, hastaların güçlendirilmesi, "müşteri" şikâyetleri ve kalite denetim süreçlerinin oluşturulması istenmiştir (Calnan ve Gabe, 2001, s. 122-123; Bolton, 2004, s. 319-320). Yeni İşçi Partisi kamu hizmetlerinin yönetiminde katılım ve

işbirliğini destekleyen yönetişimci vurgusuyla sağlık alanında toplum katılımı için mekanizmaların zayıf olduğunu ve bunları geliştirme isteğini belirtmiş bu dönemde tüketicilerin karar verme rolünün etkinliğini artıran ve daha fazla temsil sağlayan organizasyonların oluşturulmasını hedeflemiştir. 2000 yılındaki USH planıyla ulusal düzeyde birçok kuruluşta hasta temsilcileri yer almış ve internet üzerinden hastaların hizmetleri değerlendirmesini teşvik eden platformlar oluşturulmuştur. Benzer şekilde sağlık kurumlarının karşılaştırmalı performans verileri fikstür şeklinde yayımlanarak tüketici seçimi üzerinden sağlayıcılar arasındaki rekabet teşvik edilmiştir (Dawson ve Dargie, 2005, s. 37-38).

Neoliberal ve işletmeci *(managerial)* gündemin, toplumsal alanda tüketiciliğin desteklenmesiyle birleşmesi sağlık alanındaki profesyonel meslek grupları üzerindeki dış düzenleme ve kontrollerin artmasına neden olmuş (Dent, 2003, s. 16) kamu sektöründe işgücünü yoğunlaştırma çabaları artmıştır (Hogget, 1996, s. 10). Örneğin malpraktis veya suçluluk gibi istisnai olayların dışında doktorların klinik özerkliklerini nasıl kullandıkları konusu 1980'lerin sonuna kadar USH yöneticilerine kapalıyken 1990 ve 2000'li yıllarda UHS Bilişim Programı gibi yeni bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla toplanan veriler yöneticilerin kullanımına açılmıştır (Sheaff, 2008, s. 7-9). Ayrıca ilaç ve tedaviler maliyet/ etkinlik kapsamında değerlendirerek Sağlık Bakanlığı'na önerilerde bulunması için Ulusal Klinik Mükemmellik Enstitüsü'nün *(National Cilinical Institute of Excelence, NICE)* kurulması, kalp hastalığı, diyabet gibi kronik hastalıklar ve ruh sağlığı alanında yaygın görülen sağlık sorunlarının tedavisi için Ulusal Hizmet Çerçeveleri'nin oluşturulması gibi girişimler, sağlık profesyonellerinin mesleki özerkliğinin sınırlanması ve yöneticilerin güçlenmesi tartışmalarını gündeme getirmiştir (Kuhlmann, Allsop ve Saks, 2009, s. 517)

3.5. Neoliberal Küreselleşmenin Kurumları ve Sağlık Politikalarına Etkileri

Küreselleşmeyi sermayenin kamu sektöründe kar odaklı yeni yatırım biçimleri arayışını genişletmesine olanak veren bir uluslararasılaşma biçimi olarak tanımladığımızda uluslarası sağlık reformları, kamu hizmetlerini ticarete açan ve piyasalar yaratan daha geniş küresel bir gündemin parçası olarak karşımıza çıkmaktadır (Sen, 2003, s. 3). Bu bağlamda 1980'ler uluslararası kuruluşlarda sağlığa

dair kaygıların azalması ve yapısal düzenlemeler ile karakterizeyken 1990'lar sağlık sektörü içerisinde daha liberal ve piyasacı politikaların uygulanmasını kolaylaştırmak üzere küresel politika gündeminin genişletildiği[106] ve yeniden yapılandırıldığı bir döneme karşılık gelmiştir (Koivusalo, 2011, s. 308). Kapitalizmin dünya ölçeğindeki mekânsal, kurumsal ve toplumsal ilişkiler düzleminde yaygınlaştığı bir süreçte sermaye kesimlerinin uluslararası ittifaklar oluşturma isteği buna dönük önlemleri ve yapılanmanmaları gündeme getirmiştir. Bretton Woods anlaşmasıyla IMF, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü gibi kurumsal yapılar ortaya çıkmıştır. Bu kurumların temel işlevi, genel söylemin aksine dünya refahını yükseltmek ve yaymak olmayıp kapitalizmin işleyiş dinamiklerini ayakta tutmak ve gelişmiş kapitalist merkezlerin çıkarlarını koruma yönünde şekillenmiştir (Güzelsarı, 2008, s. 28-29; Önder, 2003, s. 210-211). 1980'li yıllarda bu örgütlerin gelişmekte olan ülkeler için sundukları önerilerin odağında neoliberalizme doğru küresel bir dönüşüm ve "yapısal uyum programları"nın desteklenmesini yansıtan finansman ve örgütsel düzenlemelerle ilgili reformlar yer almıştır (Holden, 2005, s. 683-685).

1980'ler ve 1990'lar küresel sağlık politikası konusunda birbiriyle çatışan amaçlara sahip grupların kendileri için uygun kurumları öne çıkarma mücadelesine sahne olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık politikası alanında düzenlemeler getirme, gelişme sağlama ve tıbbi konularda teknik tavsiye ve yardım sağlama işlevlerini kuruluşundan bu yana etkin şekilde yerine getirmiş ve bu işlevlerinde Birleşmiş Milletler organları ve fonlarından destek almıştır. DSÖ uluslararası sağlık politikalarını belirlemede kilit rol oynamaya başlaması ise 1977'deki *"Herkes İçin Sağlık"* lansmanı ile başlamış ancak 1980'lerden sonra neoliberal politikaların yükselişiyle DSÖ sağlık politikalarını belirleme konusundaki öncülüğünü kaybederek

[106] Küresel politika gündeminin piyasa ideoloji çerçevesinde genişletilmesi ve reform süreçleri üzerinde uluslararası örgütlerin yansı sıra "küresel politika seçkinleri" de etkili olmuşlardır. Kendi alanlarında politikalar konusunda geniş bilgi ve birikime sahip olan uzmanların bir araya gelerek oluşturdukları "bilgi cemaatleri" olarak da adlandırılan bu yapılar 1990'ların başından itibaren sağlık alanındaki reform tartışmalarında öne çıkmışlardır. Özellikle sağlık finansmanı alanında öne çıkan bu gruplar gerek kullandıkları kavramlar gerekse finansal kaynaklar üzerindeki kontrolleri sayesinde tartışmaların genel çerçevesini belirleme ve birçok kişi ve kurum tarafından benimsenen bir reform dilinin oluşmasında etkili olmuşlardır (Ağartan, 2007, s. 43-44). Örneğin Dünya Bankası ve USAID tarafından küresel ölçekte desteklenen sağlık politikalarında esas olarak Birleşik Devletler ve Birleşik Krallık üniversitelerindeki sağlık ekonomisi alanında çalışan akademisyenlerin önemli etkisi olmuştur. Özellikle Dünya Bankası'nın çizgisini destekleyenlerin çoğu, araştırma fonlarından, araştırmalarını yayınlamaya hazır kanallardan kolayca ve sürekli yararlanabilmiş ve hem kurumlar hem de ulusal hükümetler üzerinde hatırı sayılır etki yapabilmişlerdir (Lister ve Labonte, 2011, s. 205).

teknik ve biyomedikal kabuğuna geri çekilmiştir. DSÖ'nün belirleyici ve düzenleyici etkinliğinin zayıflaması OECD ve Dünya Bankasının bu alana girişi için uygun zemin sağlamıştır. Günümüzde DSÖ'nün sağlık sistemleri ile ilgili araştırma yapma, çözümlemelerde bulunma ve eyleme geçme olanakları oldukça sınırlanmış durumdadır. Kâğıt üzerinde küresel bir düzenleyici kuruma dönüşmüş olan DSÖ'nün rolü belirli hastalık veya müdahalelere odaklanan *"nokta programlar"*ı yürütmek ve farklı önceliklere sahip diğer uluslararası kuruluşlar üzerinden teknik destek sunmaya indirgenmiş durumdadır (Koivusalo, 2011, s. 308; Godlee, 1994, s. 1491).

Neoliberalizmin güçlenmesi, Dünya Bankası'nın politikaları üzerinde etkili olmuş (Sönmez S., 2005, s. 325) ve 1980'lerin ortasına kadar sağlığa çok az karışmış olan Dünya Bankası giderek artan biçimde neoliberal ekonomi paketlerini savunmaya başlamıştır. Özelikle 1990'larda güçlü finansal kaynaklara sahip olması ve kapsamlı bir sağlık politikası çerçevesini uluslararası tartışma platformunda kabul ettirmiş olması nedeniyle Dünya Bankası küresel anlamda liderliği ele geçirmiştir (Mooney, 2013, s. 53). 1990'ların sonuna gelindiğinde DSÖ'nün önüne geçerek sağlık sektöründeki etkinliklerin en büyük finansörü haline gelmiştir. Dünya Bankası ve OECD bünyesindeki politika tartışmalarının kurumsal temeli ve içeriği sağlık hizmetlerinin ekonomik, finansal ve örgütlenme boyutuna odaklanma eğilimde olmuş ve bu eğilim kurumların araştırma birimleri üzerinden teşvik edilen sağlık reformlarına yansımıştır (Koivusalo, 2011, s. 306). DB politika önerilerinde evrensellik uzlaşısından kopmakla birlikte çok az birincil sağlık hizmeti dilini kullanarak daha çok teknik çözümlemelere, maliyet-etkililiğe ve tedavi edici hizmetlere odaklanmıştır (Lister ve Labonte, 2011, s. 201-203). Benzer şekilde OECD'nin Kamu Yönetim Komitesi ve Programı (PUMA) aracılığıyla piyasaya yönelik reformların desteklenmesi yönünde kamu hizmetleri ile ilgili yaptığı çalışmalar, sağlık reformlarının tasarlandığı ve uygulandığı geniş çerçeve üzerinde etkili olmuştur (Tritter, vd., 2009, s. 57).

Neoliberal küreselleşme projesinin önemli aktörleri olarak çok uluslu şirketler ve uluslararası finans kuruluşları (Yeldan, 2003a, s. 343) özellikle gelişmekte olan ülkelerde özel sektörün gelişimine önemli destek vermişlerdir. Bu ülkelerde evrensel refah devletinin tam olarak kurulamamış olması özellikle IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası örgütlerin birlikte oluşturdukları zorlayıcı etkiyle birlikte bu ülkelerde

hem hizmet sunumunun özelleşmesini hem de uluslararasılaşmasını beraberinde getirmiştir. 1980'li yıllarda bu örgütlerin gelişmekte olan ülkeler için sundukları önerilerin odağında, neoliberalizme doğru küresel bir dönüşüm ve "yapısal uyum programları"nı destekleyen finansman ve örgütsel düzenlemelerle ilgili reformlar yer almıştır (Holden, 2005, s. 683-685). Dünya Bankası 1987'de yayımlanan *"Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finanse Edilmesi: Reform Gündemi"* adlı raporunda neredeyse tüm ülkeler için ortak bir reform paketi önermiştir. Bu pakette, devlete ait sağlık kurumlarının suçlanması; sigorta veya risk teminatlarının sağlanması; hükümet dışı kaynakların etkin şekilde kullanımı ve sağlık hizmetlerinin desentralizasyonu gibi öneriler yer almıştır. Diğer bir deyişle sağlığa ayrılan kamu kaynaklarının azaltılması ve hizmetlerin özelleştirilmesi önerilmiştir (Terris, 1999, s. 154). 1980'ler ve 1990'larda de Brezilya, Meksika, Şili ve Kolombiya gibi birçok Latin Amerika ülkesinde Dünya Bankası'nın desteklediği politikalar uygulanmıştır (Homedes ve Ugalde, 2005, s. 84). Dünya Bankası neoliberal reformları teşvik etmek üzere Latin Amerika ülkelerine milyarlarca dolar borç vermiştir. Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO)'ne göre Dünya Bankasının 18 ülkede 30 sağlık projesine katılımı 1997 yılı başında 2.5 milyar dolar iken bu rakam 1999 yılında sosyal sektörler de dahil olmak üzere 7.737 milyon dolara ulaşmıştır. Bu girişimlerin sonucunda çoğu Latin Amerika ülkesinde baskın olan kamu yönelimli sağlık sistemleri yerine özel sağlık sunumu ve finansmanı desteklenmiş ve sağlık hizmetlerinde finansman, sunum ve mülkiyet açısından önemli değişimler yaşanmıştır (Pan American Health Organization, 1998; Armada, Muntaner ve Navarro, 2001, s. 733-735). Örneğin Latin Amerika'da özelleştirmeye vurgu yapılarak küresel özel sigorta şirketleri ve Amerikan *Managed Care* organizasyonlarının piyasaya girmelerine olanak sağlanmıştır (Barrientos ve Lyod-Sherlock, 2002, s. 184). 1990'lı yıllar boyunca uygulanan neoliberal sağlık reformları, yöntem ve süreçler açısından ülkeler arasındaki farklılıklara rağmen birçok Latin Amerika ülkesinde sağlık bakımını devletçe güvence altına alınan bir sosyal hak statüsünden piyasadan karşılanabilecek bir metaya dönüştürmüştür. Kamu hizmetleri için kullanıcı ücretleri öncelikle kaynakları artırmak için kullanılsa da bu politika başarılı olmamış ve genellikle temel hizmetlerin kullanımını olumsuz etkilemiştir. Dünyanın diğer bölgelerine göre en fazla eşitsizliğin olduğu bir coğrafya olan Latin Amerika'da son 30 yıl içinde yoksulluk oranları artmış

ve temel düzeyde sağlık bakımına erişim azalmıştır (Buse, Mays ve Walt, 2005, s. 53).

Dünya Bankası 1993 tarihli *(WDR, Word Development Report)* "*İnvesting in Health"* raporunu sağlık sektörüne ayırmıştur. DB bu raporda desentralizasyon ve özelleştirme stratejilerinin güçlendirilmesine ek olarak her bir ülkenin gücünün yetebileceği ve maliyet etkililik ilkelerine dayalı, evrensel bir erişimi güvence altına alan, eşitliği geliştirme ve tahsis verimliliğini artırmaya yönelik hizmet paketleri oluşturmuştur. Hükümetlere ise yoksullar için temel paketi içeren hizmetlerin sağlanmasına mali destek sağlaması önerilmiştir (Homedes ve Ugalde, 2005, s. 84). Reich, sağlık reformları yoluyla eşitlik ve verimliliğin artırılmasını öneren raporun, her iki amacında önemine göreceli vurgu yaptığını ancak maliyet-etkinlik ile hakkaniyetin çatıştığı zaman ise ne yapılacağını konusunun açıklığa kavuşturulmadığını belirtmektedir. Aynı raporda sağlık sektöründe öne sürülen kaynak kısıtlığı nedeniyle açık önceliklerin belirlenerek hastalık yükü ve onların maliyetini azaltmaya yönelik müdahalelelerin etkinliğinin maliyetleri ile birlikte ölçülmesi gerektiği vurgulanmış ve raporun önerilerinde genel olarak "uygun maliyet" ve "harcanan dolar başına elde edilen sağlık kazancı" gibi sorular temel alınmıştır (1995, s. 50). Bu çerçevede hastalık yükü ve maliyetlerinin azaltılması ve açık önceliklerin belirlenmesinde *Disability Adjusted Life Years (DALY)* [107] gibi ölçekler, klinik paketler ve kanıta dayalı tıp uygulamaların yaygınlaştırılması istenmiştir (Green, 2007, s. 83).

Kürsel sağlık politikalarında diğer önemli etki ise 1995 yılında Dünya Ticaret Örgütü'nün[108] (DTÖ) kurulmasıyla ortaya çıkmıştır. DTÖ, ticareti kolaylaştırmak amacıyla bir dizi uluslararası ticaret anlaşmasını yönetir ve uygular. Ticaret için

[107] DB, sağlıkta önceliklerin belirlenmesinde birincil olarak sorunların büyüklüğünün dikkate alınması gerektiği konusunu temel alan "hastalık yükü" konusuna odaklanmaktadır. Hastalık yükünün ölçülmesinde Dünya bankası raporunda öne sürülen DALY ölçeği tek değildir ancak diğerlerine göre daha çok öne çıkmıştır. Küresel düzlemde sağlık sorunu önceliklerinin belirlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü de bu yöntemi kullanmaktadır (Mooney, 2013, s. 87).

[108] Dünya Ticaret Örgütü *(World Trade Organization)* ticaretin serbestleştirilmesi amacıyla 1995 yılında çok taraflı bir anlaşmayla kurulmuş uluslararası bir kurumdur. DTÖ anlaşmaları tarifeler, patent hakları ve mal ve hizmetlerin dış pazarlara açılması gibi ticaret sektörlerini yönlendiren kurallardan oluşur. DTÖ'yü kuran anlaşma aynı zamanda, DTÖ için bir tür 'mahkeme' olan "*Dispute Resolution Body"* anlaşmayı kabul eden devletlerin hakları ve anlaşmazlıkların çözümü için bir dizi süreç oluşturdu. Üye ülkeler anlaşmayı imzalayıp onaylayarak bu anlaşmazlıkları çözme biriminin yargı yetkisini ve DTÖ'nün kurallarını uygulamayı kabul etmiş olurlar (Skala, 2009, s. 365).

belirlenen bu küresel kurallar, ilaçlara erişim, sağlık hizmetlerinde ticaret veya sağlık çalışanlarının akışı yoluyla doğrudan ticaretten kaynaklanan tüketim ve çevresel risklere maruz kalma yoluyla dolaylı olarak sağlığı etkileyebilir (Buse vd., 2005, s. 143). DTÖ'nün hükümlerinin sağlık hizmetleri üzerindeki bağlayıcılığının artması, kamu tarafından finanse edilen ancak özel sektör eliyle sunulan sağlık hizmetlerini ticari düzenlemelerin konusu haline getirmiştir. DTÖ'nün sağlık hizmetlerine gösterdiği ilgi özellikle gelişmiş ve zengin sağlık piyasalarına sahip ülkelerde yoğunlaşırken, az gelişmiş ülkelerde sağlık turizmindeki büyümeyi sürdürmek ve sağlık çalışanlarının istihdam biçimlerini esnekleştirmek üzere ticari liberalleşme adımlarını atılmasını kolaylaştırarak özel sermayeye önemli avantajlar sağlamaktadır. Örneğin sağlık alanının piyasalaşması destekleyen Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS)[109]'ın 1995'de yürürlüğe girmesiyle ilk defa çok taraflı ticaret kuralları hizmetler alanına dahil olmuş ve ulusal düzenleyici politikaların kapsamını sınırlandırmıştır. Ulusal hükümetlerin kasıtlı olarak ya da müzakerelere gerekli dikkati göstermemesi durumunda kapsamı çok derinlere ulaşan sözler verilebilmesine ve sonrasında piyasacı sağlık hizmetlerinde geri adım atılmak istendiği durumlarda hükümetlerin elini bağlayıcı olabilmektedir (Koivusalo, 2011, s. 305).

[109] GATS sadece hizmetler alanındaki üretimi kapsamaktadır. Bu kapsamda anlaşmanın "amaç ve tanım" başlığı altında Madde 3-B'de hizmetler şu şekilde tanımlanmaktadır. "hizmetler, resmi otorite tarafından verilen hizmetler dışındaki tüm hizmetleri kapsar". Bu tanımla ilk bakışta, resmi otorite yani devlet tarafından sunulan sağlık, eğitim, ulaştırma gibi hizmetlerin GATS kapsamında olmadığı izlenimi doğmaktadır. Ancak, Madde 3-C'de bu tanım genişletilerek, "resmi otorite tarafından sağlanan hizmetler ticari olmayan ve bir ya da daha fazla hizmet sağlayıcının rekabet halinde olmadığı hizmetlerdir" şeklinde tanımlanmıştır. Bu genişletilen tanımlama yoluyla sağlık, eğitim, ulaştırma, sosyal güvenlik ve konut gibi toplumsal refahı doğrudan ilgilendiren alanlar GATS kapsamına alınmaktadır (Kıyan ve Yüksel, 2011, s. 28).

4. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TÜRKİYE'DEKİ TARİHSEL SÜRECİ

Bir ülkede sağlık hizmetlerinin gelişimi sosyal politika kurumlarının toplumsal ve siyasi tarih içinde nasıl şekillendiğine bağlıdır. Sosyal politikalar mümkün olan en geniş anlamıyla "grupların, ailelerin ve bireylerin sosyal durumunu ve yaşam şanslarını etkileyen devlet faaliyetleri" olarak tanımlanırsa devletlerin her zaman sosyal politikaları olmuştur (Skocpol ve Amenta, 1986, s. 132-133). Ancak Batı Avrupa ülkelerinin aksine Türkiye'de sağlık sistemi oluşturulmasına yönelik takip edilen adımlar modern bir refah devleti gelişiminin bir parçası olmamıştır.

Türkiye'de Osmanlı'dan devralınan miras ve yeni kurulan Cumhuriyet'in günümüze dek geçirdiği ekonomik ve toplumsal gelişim çizgisine paralel bir kamu hizmeti ve yönetim anlayışı biçimlenmiştir. Toplumların ekonomik ve toplumsal üretim ilişkilerindeki değişimlerin yönetim anlayışlarını belirlediği temel savımızı aklımızda tuttuğumuzda Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi ve geçirdiği dönüşüm bu yapısal değişimlerden bağımsız değildir. Kapitalist sistem içinde sağlık hizmetleri çeşitli amaçlara hizmet eder ve bu amaçlar kapitalizmin gelişim süreci içinde birbiri içine geçmiş şekilde bulunur. Sağlık hizmetleri, Cumhuriyet'in ilk yıllarında ulus inşası, 1930'lu yıllarda emeğin yeniden üretimi, 1960'lı yılarda emeğin yeniden üretimi ve siyasi hegemonyanın kurulması ve 1980'li yıllarla birlikte sermaye birikim sürecine katkı ve siyasi hegemonya işlevleriyle öne çıkmıştır. AKP Hükümetleri ile birlikte sağlık alanı sermaye birikim sürecine katkı yapmasının yanında seçmen yaratma işleviyle de öne çıkmıştır (Zencir, 2009a, s. 19).

1. CUMHURİYET ÖNCESİ DÖNEMDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Osmanlı'da devlet toplum ilişkileri askeri nitelikteki toprak rejimi aracılığıyla kurulmuş ve kamu hizmetleri toprak sistemine bağlı olmuştur. Devletin adalet ve düzenin sağlanması dışında doğrudan toplumsal ihtiyaçların karşılanmasına yönelik hizmetleri olmamıştır. Devletin siyasi işlevine dâhil olmayan, toplumsal ortak ihtiyaçların karşılanması bireylerin kurdukları vakıflar aracılığıyla gerçekleştirilmiştir

(Karahanoğulları, 2015, s. 106-107). Benzer şekilde bireylerin sosyal ve mesleki risklere karşı korunmasında da devlet etkin rol almamış, bu işlevler aile, meslek kuruluşları ve vakıflar tarafından yerine getirilmiştir. Temel üretim biçimi tarım ve savaş ekonomisine dayanan imparatorlukta aile ve geleneksel akrabalık ilişkileri toplumsal dayanışma ve yardımlaşma ilişkilerinin temelini oluşturmuştur. Basit tekniklerle ve aile emeğine dayalı olarak yapılan tarımsal üretim, geleneksel geniş aile ilişkilerinin getirdiği organik bağlar aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılama ve zor durumlarda destek olma gibi özellikleriyle geleneksel dayanışma ilişkileri sosyal güvenliğin sağlanmasında belirleyici olmuştur. Aile kurumunun yanında zekât gibi dini uygulamalar toplumda ihtiyacı olanlara yardım edilmesini ahlaki bir sorumluluk haline getirmiştir (Sallan Gül, 2000, s. 59). İmparatorluğun son döneminin sosyal ve ekonomik yapısı içinde vakıflar yetersiz hale gelmeye başlamıştır. Savaşlar önce iç borçlanmayı 1854-1875 döneminde ise dış borçlanmayı zorunlu kılmıştır. 1881 yılında kurulan Düyun-u Umumiye İdaresi ile birlikte yabancı sermayenin ülkeye girişi ve pazarlık gücü oldukça artmıştır. Yol, liman, ulaşım gibi kamu hizmetleri alanındaki yatırımlar Avrupa için iyi bir iç pazar oluşturmuştur. Elektrik, su, gaz, tramvay gibi belediye hizmetleri yabancı sermaye tarafından çeşitli imtiyazlara sahip olarak rekabet koşullarından uzak bir şekilde işletilebilmiş, gerekli malzemeler gümrüksüz ülkeye girebilmiştir (Gülan, 1998, s. 97-98).

19. Yüzyıl Osmanlı'nın savaşlar, göçler, kötüleşen yaşam koşulları ile mücadele edildiği ve aynı zamanda devletin bekasını sürdürmenin toplumsal yaşamın her alanında modernleşme yönünde atılacak adımlarla mümkün olabileceği inancındaki yönetim kadrolarının girişimlerine tanıklık eden bir yüzyıl olmuştur. Bu dönemde tıbbi eğitim ve öğretiminin modern tıp anlayışı doğrultusunda kurumsallaştırma çabaları öne çıkmıştır (Işıl Ülman, 2007, s. 175). 19. Yüzyıl sonları Osmanlı imparatorluğu'nun Avrupa'nın kapitalist ekonomisine eklemlenme sürecinin hızlandığı yıllar olmuştur.

19. Yüzyıl öncesinde dünyanın diğer ülkelerinde olduğu Osmanlı'da gibi devlet tarafından üstlenilmiş planlı ve bilinçli bir sağlık politikası olmamıştır (Aydın, 2004, s. 187-188). Devlet teşkilatı açısından bakıldığında 19. yüzyıla kadar merkezde hekimbaşılar, taşrada ise darüşşifalar sağlık hizmeti sunmuşlardır (Soyer, 2001, s. 414). İdari örgütlenmenin saray ve askeri merkezli olmasına koşut olarak, devlet eliyle

yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saray ve orduya yönelik olmuştur.[110] Devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran Reisul Etibba (Hekimbaşı) kurumundan başka resmi bir örgüt yoktur. Nüfusun geneli serbest çalışan tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır. Bunun yanında, kimsesiz ve yoksullar için padişah ve yakınlarının hayra yönelik kurduğu hastane ve şifa evleri ile askeri tabipler ve özel nitelikli vakıflarca da bir kısım sağlık hizmetleri verilmiş olmakla birlikte hakim olan hizmet biçimi özel hizmetler olmuştur. Devlet tıbbi bakım hizmetleri yanında içme suları ve besin kontrolü, kanalizasyon ve ölü defni gibi toplum sağlığını ilgilendiren çeşitli sosyal yardım hizmetleriyle ilgilenmiş ve hizmet üretmişse de bunlar birkaç büyük kentle sınırlı kalmıştır. 19. yy sonlarına kadar sağlık ve sosyal hizmetler, devletin asli görevleri içinde sayılmamış ve bunun bir sonucu olarak gerek sağlık hizmetleri düzeyi ve gerekse toplumun sağlık durumu özellikle salgın hastalıklar nedeniyle oldukça kötüleşmiştir (Akdur, 1998, s. 2-3).

19. yüzyılda modernleşme sürecine giren Osmanlı devletinde özellikle yüzyılın ikinci yarısından sonra askeri ve ekonomik nedenlerle nüfusun niceliği ve verimliliği önem kazanmaya başlamıştır. Sosyal yardımların artırılması ve toplum sağlığı politikaları yoluyla devlet siyasi meşruiyetini sağlamaya çalışmıştır. Savaş koşullarının kötüleşen, ticaret ve ulaşımın ilerlemesi ile kentsel alanlara yayılan bulaşıcı hastalıklara karşı kısmen de olsa halk sağlığı hizmetleri verilmeye başlanmıştır (Özbek, 2002, s. 118).

Tanzimat'la birlikte devlet yapılanmasındaki yenilenme sağlık teşkilatlanmasını da etkilemiş ve sağlık sorunlarına yönelik arayışlar başlamıştır. Bu dönemde hekim ve ebelerin sayısı ve kimliklerinin belirlenerek çalışmalarının kaydedilmesiyle devletin elindeki personel olanaklarını belirlenmesi ve denetim altına almak istenmesi örgütlenme yönünde atılan ilk adım olmuştur. Bu amaç ve istek 1861 yılındaki "Tababeti Belediye İcrasına Dair Nizamname" ile yasal dayanak bulmuştur[111]. Bu kanun ülkemizdeki sağlık teşkilatlanması açısından tarihsel bir

[110] 1827'de açılan 1839'da modernleşen Askeri Tıp Okulu kurulurken amaç ordu için hekimlerin yetiştirilmesiydi (Aydın, 2004, s. 189).
[111] Nizamnamenin 15. Maddesi uyarınca o dönemde Sağlık Bakanlığı işlevi gören Mektebi Tıbbiye Nezareti'nin taşrada hekim bulunmasını sağlamak amacıyla belediyelerin hekim istihdam etmesine

öneme sahiptir. Bu dönemde devlet sağlık hizmetini kurumsal bir olgu olmaktan çok bireysel ve "hekimlik" olgusu olarak görmektedir. O dönemde kamuda çalışan en önemli hekim grubu ordu hekimleridir. Serbest çalışan hekimlerin çoğu ise yabancıdır. Bu nedenle sivil nitelikte hekim yetiştirme politikasına uygun olarak 1866'da sivil nitelikte bir tıp okulu açılmış ve taşradaki hekim ihtiyacının karşılanması amaçlanmıştır (Aydın, 2004, s. 190-195). [112] 1871'de çıkarılan bir Nizamname ile sağlık hizmetleri "Memleket Tabipliği" adı altında örgütlenmiştir. Taşradaki il ve ilçelerde birer hekim çalıştırma kararı alınması ile memleket tabipliğine atanan hekimler, hem koruyucu hem de tedavi edici hekimlik yapmaya başlamışlardır. Bu hekimler, belediyenin belirlediği bir yerde haftanın iki günü herkese parasız muayene ve aşı yapmak ve hekime gidemeyecek kadar hasta olanların evine gitmekle yükümlüydüler. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin yanı sıra adli görevleri de olan memleket tabiplerinin ücretleri 1888 yılına kadar belediyeler tarafından sonrasında ise devlet tarafından ödenmiş ve devlet memuriyeti sicilleri tutulmaya başlamıştır (Soyer, 2001, s. 414). Belediyeler aynı zamanda diplomalı bir eczacı denetiminde birer eczane açmışlar ve yoksul hastaların ilaçları bu eczanelerden ücretsiz sağlanmıştır (Aydın, 1997, s. 22). Memleket tabipliği uygulamasının en önemli sonucu hekimlik mesleğinin sistemli olarak bir devlet memuriyeti şeklini almaya başlaması olmuştur. İdari olarak önemi ise memleket tabiplerinin yerel mülki amir yerine merkeze bağlı olmaları, mülki amire danışmanlık ve adli hekimlik gibi görevleri ilerleyen dönemlerde de yürütmeleri ülkemizdeki sağlık örgütlenmesinin süreklilik gösteren ilk uygulamaları arasında yer almasından kaynaklanmaktadır (Aydın, 2004, s. 199). Osmanlı'nın son döneminde sağlık hizmetleri yönetimi Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti adıyla ilk kez bir bakanlık düzeyinde gerçekleşmiştir. 1914 tarihinde kurulan Bakanlık, Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyesi, Karantina İdaresi, Hicaz Sıhhiye idaresi olarak üç kurumdan oluşmuştur. Bu kurumlar içinde sağlık örgütlenmesinin iskeleti özelliğinde olan Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyesi, kendisine bağlı olan il ve ilçelerdeki belediye ve memleket tabiplikleri ile bu hizmetlerin yönetiminden sorumlu olmuştur (Soyer, 2001, s. 414). 1913'den itibaren illerde sağlık müdürlüklerinin kurulması ve memleket tabipliği

olanak tanımıştır. Ancak o dönemde belediyelerin bunu ne ölçüde başarabildiğine dair bilgi yoktur ve ayrıca hekim sayısı oldukça yetersizdir (Aydın, 2004, s. 190-195).

[112] 1866'da açılan Tıbbiye-i Mülkiye ilk mezunlarını 1874'de verir. 1909'a kadar bu okuldan mezun olan hekim sayısı 725'dir.

yerine "Hükümet Tabipliği" kavramının kullanılması ile yeni bir dönem başlamıştır. Daha çok koruyucu hekimlikle ilgilenen hükümet tabipleri, daha çok il ve ilçelerde görev yapmışlardır. İşyeri ve gıda denetimleri, adli tabiplik, doğum-ölüm kayıtlarını tutmak ve serbest çalışan hekim, eczacı, dişçi ve ebeleri denetlemek hükümet tabipliklerinin görevleri arasında yer almıştır (Aydın, 1997, s. 22). Bu dönemde diğer önemli gelişme ise "Sıhhiye Meclisleri" nin kurulması olmuştur. Salgın hastalıklarla mücadele etmek, çevre sağlığı ve nüfusun artırılması konuları ile ilgilenen bu meclisler, yörenin mülki amiri, belediye başkanı, sağlık müdürü, hükümet tabibi, askeri ve sivil yetkililerinden oluşmuştur. Bu dönemde merkezi yönetim taşraya sadece hekim atamış bina, malzeme ve ücret işleri genellikle yerel yönetimlere bırakılmıştır. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklar ve çevre sağlığı ile ilgili işler ilk kez taşraya ulaştırılmıştır (Soyer, 2001, s. 414).

Sonuç olarak Osmanlı döneminde sağlık hizmetlerinin sağlanması ve örgütlenmesi hekimlerin taşraya atanması yoluyla hizmetlerin hekim ağırlıklı olarak yürütülmesi şeklinde gerçekleşmiştir. Başlangıçta tedavi edici hizmetler ön plandayken özellikle memleket tabiplikleri ve sonrasında hükümet tabipliklerinin kurulmasıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin devletin öncelikli görevi olarak ele alınmaya başlamıştır. Bu ülkemizde sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasının önemli bir özelliği olan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte ele alınmasının temelini oluşturmuştur. Ancak sağlık hizmetlerin yürütülmesinde ağırlıklı rol hekimlerde olmuş diğer sağlık personelinin yetiştirilmesi ile ilgili çabalar sınırlı kalmıştır.

2. CUMHURİYET DÖNEMİ: ULUS DEVLET İNŞASI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KURUMSALLAŞMASI (1923-1945)

Osmanlı'da tarihsel bir kopuşa işaret eden 1923-1929 dönemi, yeni bir burjuva devriminin ilk aşamasını oluşturması bağlamında sermaye birikiminin sağlanması için gerekli yeni örgütlenmelerin oluşturulduğu ve bu politikalara bağlı olarak kamu hizmetinin genişlemeye başladığı bir dönemi temsil etmektedir. 1923-1945 yılları arasındaki ekonomik ve toplumsal gelişmelere kabaca göz attığımızda temel unsurları şöyle özetlemek mümkündür. Dönemin ekonomi politikalarına açısından 1923-1929 yıllarındaki egemen anlayış, 1908-1922 dönemindeki devlet desteğiyle yerli ve milli burjuvazi oluşturulması yönündeki milli iktisat görüşünün görüşünün sürdürülerek bu

anlayışın kalkınma ve modernleşmenin temel mekanizması olarak kabul edilmesidir (Boratav, 2005b, s. 40). Ulusal nitelikte bir kapitalizme yönelişin karşısındaki en önemli engel Türk burjuvazisinin zayıflığı olarak görülmüş, bir yandan uzayan savaşlarla kötüleşen tarımsal üretimin canlandırılması diğer yandan Osmanlı döneminde esas olarak azınlıklardan oluşan ticaret burjuvazisinin yerine Müslüman burjuvazisinin geçirilmesi amaçlanmıştır. Mevcut Osmanlı burjuvazisi özellikle dış ticarette gelişmiş ve büyük ölçüde gayrimüslim unsurlardan oluşmaktaydı. Buna karşın iç ticaret alanındaki küçük ve orta sermayeli Türk ve Müslüman burjuvazi ise zayıf, dağınık, örgütsüz ve büyük ölçüde birincilere bağımlı durumdaydı. Bu nedenle burjuva devriminin gerçekleştirilmesi küçük burjuva aydınları tarafından üstlenilmiştir (Gülalp, 1993, s. 29; Boratav, 2005b, s. 23). Aynı zamanda bu süreçte Osmanlı'nın farklı etnik ve dinsel gruplara ait nüfusunun önemli bir kısmının imparatorluktan ayrılmış olması nedeniyle geride kalan nüfusun din ve etnik bağ üzerinden aidiyeti güçlendirilmek istenmiştir (Özkazanç, 2012, s. 92). Savran'ın ifadesiyle "tepeden devrim eski düzenin hakim sınıflarıyla yükselen burjuvazi arasındaki uzlaşmaya dayanmaktadır. Böylece bir yandan devletin varlığının kitlesel ayaklanma tehlikelerine karşı korunması bir yandan da toplumun dönüştürülmesi sağlanmış olur". Bu süreçte eski rejimin egemen sınıflarıyla burjuvazi arasında "uzlaşmanın çimentosu" işleviyle bürokrasi önemli bir rol üstlenmiştir (1992, s. 36-37,45). 1920'li yıllarda izlenen ekonomi politikalarında İzmir İktisat Kongresi dönemin ekonomik eğilimini göstermesi açısından belirleyici olmuştur. Büyük toprak sahipleri ve tüccarların egemen olduğu Kongre'de "dışa açık" bir ekonomi, yabancı sermayeye hoşgörülü davranılması ve özel girişimin desteklenmesi kararları alınmıştır (Gülalp, 1993, s. 30). Toplantıda alınan kararlarla Batı dünyasına bir mesaj veren Kongre'de İstanbul burjuvazisinin tezleri kabul görürken, Kongre İstanbul sermayesi ile yeni siyasi kadroların kaynaşma ve bütünleşmesini sağlamıştır. Bu durum bir anlamda daha sonraki yıllara hakim olacak yerli burjuva-yabancı sermaye-siyasetçi işbirliğinin başlangıcını oluşturmuştur (Yayman, 2008, s. 85).

1930'larda yaşanan Büyük Bunalım'la birlikte dünya ticaretinin serbestleşmesi kesintiye uğramış ve geç kapitalistleşen birçok ülkede içe dönük büyüme ve sanayileşme gündeme gelmiştir. Türkiye'de de krizinin etkisiyle tarıma dayalı ekonomide tarımsal ürünlere talebin azalması ve fiyatların düşmesiyle birlikte ülke

içine yönelik üretim yapmak gerekli görülmüştür (Sabuktay, 2009, s. 73). Devletçi uygulamaların gündeme geldiği bu dönemde ekonominin içe kapanması ve devlet öncülüğünde hızlı bir sanayileşme süreci yaşanmıştır (Gülalp, 1993, s. 30). Dünya ekonomik krizinin etkileri yanında siyasal alanda ise Mustafa Kemal tarafından teşvik edilen muhalefet partisinin (Serbest Cumhuriyet Fırkası) beklenmeyen başarısı, Menemen olayının patlak vermesi gibi gelişmeler de devletçilik politikasına geçilmesinde etkili olmuştur. Devlet ve partinin ekonomi ve toplum üzerindeki ağırlığını artırması devlet ve partinin birleşerek bir yarı-totaliter bir devletin ortaya çıkışıyla sonuçlanmıştır (Zürcher, 2013, s. 12-13).

Cumhuriyet'in ilanından 1930'lara kadar olan süreç kapitalist üretim ilişkilerinin kurulması, 1930 sonrası ise üretim güçlerinin devlet eliyle yeniden inşa edilmesi sürecine karşılık gelmektedir (Aslan, 2012, s. 368). Ulusal sınırlar içinde geliştirilen ve kapitalist işleyişin dayandırıldığı piyasa dokusu etrafındaki bir oluşumu ifade eden ulus devlet inşası, belirli sınırlar içinde sermayenin güvenli olarak yerleşmesi ve faaliyetlerini sürdürmesi için gereken hizmetlerin kamusal alanda üretilmesi ve sermaye açısından maliyet tasarrufu anlamında sosyalizasyonunu içerir. Sermayenin temel bileşeni olan emeğin yeniden üretimi ve devamlılığın sağlanmasında eğitimden, sağlığa, ulaşıma dek tüm kamu hizmetlerinin temel niteliği geniş anlamda idari alt yapının oluşturulmasını gerektirmektedir (Önder, 2003, s. 202-203). Bu bağlamda ulus devletin inşa süreci ile sağlığın önemli bir sorun alanı olarak algılanıp devletin bu konuda birincil rol üstlenmesi birbiriyle ilişkili süreçlerdir ve devletin sağlık alanında etkin rol üstlenmesi, ekonomiye istikrar kazandırma ve üretkenliği yükseltme stratejilerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Rao, 2010, s. 289).

Sağlık hizmetleri Cumhuriyet'in ilk yıllarından itibaren ele alınan konuların başında gelmiştir. Uzun süren savaşlar, yoksulluk, salgın hastalıklar, sağlık hizmeti verecek kuruluşlar ve insan gücünün yetersizliği sağlık hizmetlerini devletin öncelikli alanlar arasında görmesine neden olmuştur (Öztek, 2001b, s. 60-64). Dönemin bu olumsuz koşulları altında Cumhuriyetin kuruluşundan önce TBMM döneminde bazı tedbirler alınmaya başlamıştır. Bu amaçla ilk olarak 2 Mayıs 1920 yılında Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti adıyla bugünkü Sağlık Bakanlığı kurulmuş, bakanlığın başına Adnan Adıvar getirilmiştir (Tekin, 2011, s. 27). Bakanlık, çalışmalarına mevcut

sağlık personelinin kayıtlarını düzenlemekle başlamış, İstanbul Hükümeti'nden sağlıkla ilgili bütün kanun ve tüzükler temin edilmiştir (Suner, 1993, s. 57). Sağlık Bakanlığı merkezde "Hıfzssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi" olarak oluşturulmuştur. Taşrada ise Osmanlı'dan kalan eski yapı aynen devam ettirilmiştir. Kuduz Tedavi Kurumu, Aşıhane ve Bakteriyolojihanenin kurulması bu dönemde gerçekleşmiştir. Ayrıca bir sanatoryum açılması (Burgaz adasında), çiçek aşısının İtalya'dan satın alınması, kuduz tedavisinin İstanbul'dan Ankara'ya taşınması, göçmenlere dair işlerin üstlenilmesi, öksüz yurtları sayısının artırılması girişimler bu dönemin önemli girişimleri arasında yer almıştır. Dönemin Sağlık Bakanlığı, milli mücadelenin sağlık işlerini örgütlemenin yanı sıra bulaşıcı hastalıklarla mücadele, göç ve savaş sonucu öksüz kalan çocukların bakımı gibi sosyal sorunlara ağırlık vermiştir (Soyer, 2001, s. 415).

Erken Cumhuriyet döneminin sağlık politikalarıyla koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilerek sermaye birikiminin alt yapısal ön koşullarının gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanı olan Refik Saydam döneminde bulaşıcı hastalıkların yaygınlığı en önemli sağlık sorunuydu. Bu amaçla dikey örgütlenme ilkesi temel alınarak sıtma, trahom, frengi gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele için ülke genelinde çok sayıda örgüt kurulmuş ve bu örgütler genel bütçeden finanse edilmiştir. Hükümet tabiplerinin temel görevi tifüs, çiçek, dizanteri gibi hastalıklarla mücadele etmek olarak belirlenmiştir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede 1928'de aşı üretimi ve laboratuvar tanı olanakları için Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü[113] ve bulaşıcı hastalıklar konusunda personel yetiştirmek ve araştırma yapmak için Hıfzıssıhha Okulu açılmıştır (Fişek N., 1991, s. 2; Ekinci, 1980). Bu kurumların açılmasıyla bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda Cumhuriyet öncesi başlayan aşı ve serum üretimi girişimlerinin kurumsallaşması

[113] Erken Cumhuriyet döneminin dikkat çekici fakat az bilinen yönü olarak Rockefeller Vakfı'nın, dönemin Sağlık Bakanı Refik Saydam ile 1924-1936 yılları arasında kurdukları yakın ilişkiler sonucunda uluslararası düzeyde salgın hastalıkların epidemiyolojisi konusunda elde ettikleri tıbbi bilimsel bilgiyi finansal mekanizmalarla birleştirmesinin sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde önemli rol oynamasıdır. Vakıf halk sağlığı alanının teori, araştırma, uzmanlık eğitimi, uygulama, organizasyon ve kurumsal inşa olmak üzere bütün boyutlarına müdahil olarak devletin gözetiminde sağlık hizmetlerinin dönüştürülmesinde rol oynamıştır. Bu dönemde hayata geçirilen "tıp eğitimi", hıfzıssıhha enstitüsü", "Hıfzısıhha Okulu" ve "bursluluk programları" gibi stratejik araçlarla modern endüstriyel kültürün yaygınlaşmasına ve kapitalist toplum yapısının meşrulaştırılmasına imkân sağlamıştır. Vakfın halk sağlığı programlarına devlet merkezli yaklaşımı ulus devlet ve toplumsal inşa sürecindeki Türk Hükümeti'nin bu programları benimsemesini kolaylaştırmıştır (Küçük, 2017, s. 111).

yönünde önemli bir adım atılmıştır (Soyer, 2001, s. 417).[114] Bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda geliştirilen diğer bir kurum da karantina amaçlı bir yapılanma olmuştur. Osmanlı döneminde ticaretin yoğunlaşması ile gündeme gelen karantina (tahaffuz) 19. yüzyılda yabancı ülkelerin inisiyatifine geçmiş sonra kapitülasyonlarla birlikte kaldırılan yabancı denetimin yerini önce "Hudut Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyesi", 1923'de "İstanbul Limanı ve Boğazlar Sıhhiye Müdüriyeti" almıştır. Kurumun adı 1925 yılında "Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü" olmuş bulaşıcı hastalıklarla mücadelede özel bir yere sahip olmuştur (Soyer, 2001, s. 418).

Cumhuriyet'in ilk yıllarında sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması temelinde biçimlenen bir örgütlenme yapısına gidilmiştir. 1913'de başlayıp bu dönemde de sürdürülen Hükümet Tabipliği uygulaması 1930 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile beldelere kadar yaygınlaştırılmıştır. Nüfus sayısına bakılmaksızın her ilçede bir hükümet tabibi bulunması ve bu hekimlerin koruyucu, tedavi edici hekimlik hizmetleri ile adli hekimlik ve yöneticilik başlıkları altında toplam 205 ayrı görevi sürdürmesi öngörülmüştür. Tedavi edici hizmetler konusundaki sorumluluk yerel yönetimlere bırakılmış Sağlık Bakanlığı bazı yerlerde örnek hastaneler (Numune Hastaneleri) kurarak bu konuda yol gösterici bir rol üstlenmiştir (Soyer, 2001, s. 422; Bulut, 2007, s. 113; Şemin, 1993, s. 2). 1924'de Numune Hastanelerinin ilkini açan Bakanlık aynı yıl Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas'ta Numune Hastaneleri açmış İstanbul Çocuk Hastanesi, Zonguldak Memleket Hastanesi, İstanbul Guraba Hastanesi'ni aynı yıl kendine bağlamıştır. 1923 yılında 3 olan memleket/devlet hastanesi sayısı, 1930'da 36'ya ulaşmış, yatak sayısı 950'den 3965'e yükselmiştir. Bu 36 hastanenin 12'si genel hastane, 9'u doğumevi, 11'i sanatoryum, 3'ü akıl hastanesi, 12'si trahom ve 5'i kuduz hastanesidir. On bin kişiye düşen yatak sayısı 5.l' den 7,8'e yükselmiş, yatarak tedavi gören insan sayısı yılda 250 bine yaklaşmıştır. Bu hastanelerin il merkezlerinde olması bu merkezler dışında yaşayan halkın ulaşımında problem yaratması nedeniyle 1924 yılından itibaren ilçe

[114] Çiçek aşısının üretimi ile 1892'de başlayan aşı üretimi süreci (İstanbul Telkihhanesi), 1893 kolera salgını sonrası Pasteur Enstitüsü ile ilişkiler çerçevesinde gelişmiş, 1894'de Bakteriyoloji Müessesesinin kurulması, 1895'de difteri, 1897'de veba serumunun üretimi ile devam etmiştir. 1913'den itibaren Refik Saydam bu kurumlarda çalışmaya başlamış tifo, dizanteri, veba, kolera aşıları, menengokok, tetanos ve dizanteri serumları üretilmiştir. 1923'e önemli bir birikimle giren Türkiye, bu dönemki ilk girişimini Sivas'ta Bakteriyolojihane açarak başlamış ve İstanbul'daki Kimyahane Ankara'ya nakledilmiştir. Türkiye bu kurumla aracılığıyla frengi ve sıtma ilaçlarının üretimini gerçekleştirmiştir (Soyer, 2001, s. 417).

merkezlerinde "Muayene ve Tedavi Evleri" açılmıştır (Soyer, 2001, s. 423). "Muayene ve Tedavi Evleri"nin açılması ve "seyyar tabiplik" uygulamasıyla sağlık hizmetlerinin kırsal alanlara götürülmesi amaçlanmıştır. Seyyar tabipler, finansmanı il özel idareler tarafından sağlanmak üzere devlet tarafından tayin edilmişlerdir. Seyyar tabipler sıtma, frengi, trahom örgütlerinde de yer almışlardır. 1924 yılında 150 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evi kurulması kararı alınmış sonraki yıllarda bu sağlık birimleri il merkezlerinde de açılmıştır. 5-10 yataklı muayene ve tedavi evlerinin 5 yataklı olanlarında hükümet tabipleri, 10 yataklı olanlarında ayrı bir hekim görevlendirilmiştir. Bu hizmet birimlerinde yalnızca ayaktan tedavi edici sağlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır. Muayene ve tedavi evlerinde hasta muayenesinden ücret alınmamış yoksul hastaların ilaçları karşılanmıştır. Hekimi olmayan muayene ve tedavi evleri ise kapalı tutulmuş, yapılanması bir hizmet ünitesi biçiminde olmasına karşın verilen hizmet büyük oranda hekimlik hizmeti ile sınırlı kalmıştır. Muayene ve tedavi evleri ile başlayan süreç sonrasında devlet, taşradaki sağlık hizmeti örgütlenmesinde sadece hekim odaklı sağlık hizmeti anlayışını terk etmeye başlayarak önce "sağlık merkezi" sonrasında "sağlık ocağı" olarak devam eden hizmet birimleri oluşturulmaya başlanmıştır. Bu sürece kaynaklık eden diğer önemli bir girişim "Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri" nin kurulması olmuştur. Bu uygulama entegre hizmet anlayışı, yani tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verildiği, ekip anlayışı ile hizmet sunulduğu ve sevk sistemi gibi uygulamalarıyla sonraki sosyalleştirme uygulamasına kaynaklık etmiştir (Aydın, 1997, s. 25-29).

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması yönünde gerçekleşen en önemli girişimler yasal düzenlemeler olmuştur. 1930 tarih ve 1593 Sayılı 'Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1928 tarih ve 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı icrasına Dair Kanun" ile hekimler ve sağlık personelinin çalışma koşulları düzenlenmiştir. 1936 tarih ve 3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu" ile vakıflar, il özel idareleri ve belediyelerde çalışan hekim ve diğer sağlık meslek üyelerinin atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Bu şekilde sağlık personelinin istihdam koşullarında bir birlik sağlanması hedeflenmiştir. Bu kanunlar Sağlık Bakanlığı ve sağlık hizmetlerinin günümüze kadar uzanan hukuksal çerçevesi ve alt yapısının kurulmasında belirleyici olmuştur (Soyer, 2001, s. 420). 6

Mayıs 1930 tarih ve 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun[115] ilk maddesi *"Memleketin sıhhi şartlarının ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair nuzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mahzar eylemek umumi devlet hizmetlerindendir"* ifadesiyle sağlık hizmeti devlet hizmetlerinden sayılmıştır. Ayrıca sağlıkla ilgili işlerin yerine getirilmesinde Sağlık Bakanlığını yetkili kılmıştır (Md. 2). Son derece kapsamlı ve çoğu maddesi günümüzde de uygulanmakta olan bu kanun, liman ve sınırların bulaşıcı hastalıklar açısından denetimi, gıda hijyeni, içilebilir su kaynaklarının kontrolü, konut sağlığı, işçi sağlığı[116], okul sağlığı, gebelik ve doğum sonrası sağlık hizmetleri ve göçmenlerin sağlığı gibi konularda ilgili maddeler içermektedir (Dedeoğlu, 2008, s. 430-431; Bulut, 2007, s. 114). Bu düzenlemeler, devletin sağlık alanındaki tek kurumsal yapı olarak örgütlenmesi ve sağlık hizmetinin devlet eliyle sağlanmasının göstergesi olması bakımından önem taşımaktadır.

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık alanındaki gelişmeler devletin nüfus politikalarıyla yakından ilişkili olmuştur. Umumî Hıfzıssıhha Kanunu ile devletin doğumu arttırmak ve anne çocuk ölümlerini azaltacak önlemleri almakla yükümlü olduğu ve devlet kurumlarında doğum yardımının ücretsiz olacağı açıkça belirtilmiştir. Aynı kanunun 156. maddesi ile nüfus artışını teşvik etmek üzere, kanunun yayınlanmasından sonra yaşayan altı veya üzeri çocuğu olan kadınlara devletçe nakdi mükâfat verilmesi için her sene Sağlık Bakanlığı bütçesinden bir ödenek ayrılmaya başlanmıştır. İsteyenlere ise nakit ödül yerine geçecek bir madalya verilmesi öngörülmüş ve uygulanmıştır. Aynı kanunun 152. maddesi ile doğumu engelleyici veya çocuğu düşürmeye yardımcı olan maddelerin ithalinin yasaklanmasıyla nüfus artışını destekleyen düzenlemeler yapılmıştır (Semiz, 2010, s. 434). Hıfzıssıhha Kanunu toplumsal alanın çok çeşitli yönlerini içeren konularda getirdiği düzenlemeler ve bunların yerine getirilmesinde devletin sorumluluğunun altını çizmesi bakımından önem taşımaktadır. Kanunun bu yönüyle bir yandan emeğin yeniden üretimi diğer

[115]1593 Sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu", (Kabul tarihi 06.05.1930), Düstur, 3. Tertip, Cilt 11, s.143.

[116] Hıfzıssıhha Kanunu koruyucu ve çevre sağlığına yönelik önlemleri içeren maddeleri yanında kadın, çocuk ve bütün işçilerin korunmasına ilişkin hükümler de içermektedir. Bu kanunla hamile kadınların doğum öncesi ve sonrası üçer haftalık izinleri, 12 yaşından küçük çocukların sanayi ve madenlerde, 12-16 yaş arasındaki çocukların ise gece mesaisi ile günde 8 saatten fazla çalıştırılmaları yasaklanmıştır. Diğer yandan belirli sayıda işçi çalıştıran işyerlerinde işçilere hastalık, kaza ve analık hallerinde işverence sağlık yardımı yapılması öngörülmüştür (Dilik, 1985, s. 98).

yandan toplumsal yapının denetim altına alınma sürecinini yansıttığı söylenebilir (Küçük, 2017, s. 157).

Sağlık hizmetinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında karşılaşılan en önemli zorluklardan biri yeterli sayıda sağlık işgücünün bulunmamasıdır. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde sağlık insan gücü yetiştirme politikasına özel bir önem verilerek 1924 yılında tıp fakültesi mezunlarının tümünü kapsayan mecburi hizmet kanununun yanı sıra yatılı tıp talebe yurtlarının açılması sağlanmıştır. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam İstanbul'da "Leylî Tıp Talebe Yurdu" açarak buraya zorunlu hizmet yapmayı üstlenecek olan tıp ve eczacı öğrencilerini almıştır. İstanbul Tıp Fakültesi'nde öğrenimini yapan bu sivil öğrencilerin her türlü giderleri devlet tarafından karşılanmış ve mezun olduklarında Sağlık Bakanlığı'nın gösterdiği yerlerde hekim veya hükümet tabibi olarak görev almışlardır. Bu yolla Doğu Anadolu il ve ilçelerindeki hekim ihtiyacı karşılanmış ve sağlık kuruluşlarına uzman hekim temini mümkün olabilmiştir. Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere daha yüksek maaş ödemeleri yapılarak kamuda çalışma özendirilmiştir. Bu tedbirler sonucunda Türkiye'de hekim sayısında önemli artışlar gerçekleşmiştir (Suner, 1993, s. 58; Terzioğlu, 2003, s. 273; Fişek N., 1991, s. 3). Hekimlerin yanında hemşire, ebe, sağlık memuru gibi hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesi için eğitim kurumlarının açılması ve sağlık personelinin kamu eğitimi kurumları aracılığıyla yetiştirilmesi sağlık hizmetlerinin meta dışına çıkarılması ve kamusal bir hizmet olarak örgütlenmesinin önemli göstergelerinden biri olmuştur (Ünlütürk Ulutaş, 2011, s. 155). Ek olarak, bu dönemde her konuda köylüye öncülük etmek üzere uygulamalı eğitim yapan Köy Enstitülerinde yetişen öğretmenler koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı gibi konularda sağlık hizmetlerinin kırsal bölgelere ulaştırılmasında tamamlayıcı bir rol üstlenmişlerdir (Ekinci, 1980, s. 39).

Cumhuriyetin kuruluşundan II. Dünya Savaşı'nın sonuna kadarki dönemde devlet sermaye birikiminde kapitalist sınıfın rolünü üstlenmiş ve bu süreçte sağlık hizmetleri kapitalist üretim ilişkilerinin oluşturulmasında meta üretimini tamamlayıcı bir rolde olmuştur. Sağlık hizmetlerinde devletin rolü ağırlıklı olarak toplum sağlığı hizmetlerinin sağlanması yönünde olmuştur. Sağlık alanındaki 1930 tarihli Hıfzıssıhha Kanunu ve diğer yasal düzenlemelerle bu sürecin kurumsallaşması sağlanmış ülkemizdeki sağlık sistemimin temelleri bu dönemde atılmıştır.

3. DÜNYA EKONOMİSİ İLE BÜTÜNLEŞME DENEMESİ: KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNDEN TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNE GEÇİŞ (1945-1960)

II. Dünya Savaşı yılları ve savaş sonrası dönem Türkiye'de önemli ekonomik, siyasal ve toplumsal dönüşümlerin yaşandığı bir dönemi temsil etmektedir. Türkiye II. Dünya savaşına girmemiş ancak dönem boyunca savaş ekonomisi koşullarını tam olarak yaşamıştır. Sanayileşme süreci kesintiye uğramış askere toplu alımlar nedeniyle tarımsal üretimde önemli düşüşler yaşanmıştır. Ekonomi bu süreçte daralırken savaş ekonomisi koşullarının gıda ve ham maddelere olan dış talebin artırması nedeniyle fiyatların yükselmesi üretici ve ihracatçılar için önemli fırsatlar yaratmıştır. Ülkedeki yüksek enflasyonla birlikte karaborsa ve spekülasyonlar artmış tarım ve ticaret sermayesi savaş döneminden önemli birikimle çıkmıştır (Gülalp, 1993, s. 32). CHP'nin savaş yıllarında çıkarmış olduğu Varlık Vergisi, Milli Korunma Kanunu ve Çiftçiyi Topraklandırma Kanunu büyük ve orta ölçekli sermaye ile büyük toprak sahiplerini tedirgin etmiş Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren CHP'nin bu sınıflarla arasındaki zımni koalisyon bozulmuştur. CHP yönetimiyle ters düşen büyük toprak sahipleri ve tarım burjuvazisi ülke yönetiminde söz sahibi olmak için hazırlık içine girmişlerdir. Diğer yandan savaş yıllarının getirdiği yoksullaşma ve artan baskılar nedeniyle CHP iktidarına yabancılaşan geniş köylü kitleleri, küçük üreticiler ve memurlardan oluşan geniş bir toplumsal kesimin yaşam koşulları kötüleşmiş ve bu durum hükümete karşı olumsuz tavır almalarına neden olmuştur. Toplumsal ve siyasal desteğini sağlayan yeni ittifak bu koşulları iyi değerlendirmiş ve bu süreç 1950'de Demokrat Parti'yi iktidara getirmiştir (Savran, 2001, s. 159-160; Çavdar, 2004, s. 421, 447-448).

Ülke içinde bu gelişmeler yaşanırken II. Dünya Savaşı'nın yarattığı yıkımın ardından ABD'nin yeni bir güç olarak sahneye çıkması dünyada yeni bir düzenin başlangıcını oluşturmuştur. Kapitalist sistemin ve sermayenin uluslararasılaşması yönündeki eğilim gelişmiş kapitalist ülkelerdeki sanayi sermayesinin az gelişmiş ülkelerdeki yerli sermaye ile birlikte ortak yatırımlara girişmesi şeklinde yeni bir iş bölümünü ortaya çıkarmıştır. Bu dönemde gelişmiş kapitalist ülkeler uluslararası meta ve sermaye dolaşımının yeniden canlandırılması ve sürekliliğini sağlayacak yeni bir sistemin kurulmasını amaçlamışlardır. 1944 yılında Bretton Woods anlaşması ile IMF

ve DB (IBRD)'nin kurulmasıyla sistemin kurumsal temelleri atılmıştır. Türkiye'de bu sürece eklemlenmek yolunda önemli adımlar atmış ve yapılan askeri ve ekonomik anlaşmalarla Türkiye üzerinde Amerikan etkisi[117] artmaya başlamıştır (Yayman, 2008, s. 101). Amerikan sermayesi ve ABD hükümetinin Avrupa için geliştirdiği kalkınma programına 1947 yılında Türkiye de dâhil edilmiş, askeri bağımlılık ve ekonomik liberalleşme karşılığında Türkiye yardım ve hibe alabilmiştir (Keyder, 2008, s. 149). Savaş döneminde başlayan ekonomik liberalleşme savaş sonrasında dış ticaretin serbestleşmesi yönünde alınan bir dizi önlemle devam etmiştir. Türkiye'nin Marshall yardımından yararlanmasını sağlamak üzere hazırlanan 1947 Planıyla devletçi dönemin özellikleri terk edilerek önceliğin tarımsal gelişme ve ihracatın desteklenmesine verilmesi, devlet kaynaklarının pazarın genişlemesine yönelik olarak taşımacılık ve alt yapı yatırımlarına kaydırılması ve mali kaynak sorununun dış krediler yoluyla karşılanması amaçlanmıştır (Gülalp, 1993, s. 33). Serbest piyasa ekonomisinin uygulanmasının yanısıra demokrasiye geçişi talep eden ABD'nin dış yardım programı koşulu, 1945 serbest seçimleriyle CHP tarafından yerine getirilmiş Demokrat Parti'nin kurulmasıyla çok partili hayata geçilmiştir. 1950 seçimlerini kazanan DP Hükümeti, seçim programında yer verdiği serbest piyasa uygulamalarını hayata geçirmeye başlamıştır. Programa göre piyasalar serbestleştirilirken özel girişimciliğin desteklenmesi, tarım üretimi ve pazarlamasının düzenlenmesi hedeflenmiştir (Kazgan, 2013, s. 56-57). Sermaye çevrelerinin talepleri, kalkınma stratejisi ve devletin ekonomik rolü gibi konularda CHP ve DP iktidarları arasında gözlenen süreklilik dış ekonomik ilişkilerde de devam etmiştir. Dış yardım, yabancı sermaye ve dış ticaret rejimi konularında göreli serbest ticarete ve açık ekonomi koşullarına dayalı eklemlenme eğilimi sürdürülmüştür (Boratav, 2005b, s. 99).

[117] Amerikan siyaseti kapitalist dünyanın neredeyse tümü üzerinde çeşitli düzenleme ve denetim yetkilerine sahip olan çok uluslu kurumların siyasetidir. Amerikan hegemonyası kuruluşundan bu yana ulus devletler üzerinde kurumsal bir hegemonya ile etkili olmuştur. Bu kurumlar BM, DB, IMF ve DTÖ gibi organizasyonlardır. Bu kurumların etkileri dünya siyaseti üzerindeki etkileri sorun alanlarına göre değişiklik göstererek günümüze dek hep var olmuştur. Amerikan siyaseti bu gün de çok uluslu kurumlar siyasetidir. Ancak bugün öne çıkan kurumlar, karar süreçlerinde ulusların katkı paylarına göre temsil edilebildikleri Dünya Bankası ve IMF gibi kuruluşlar ile küresel düzeyde sermayeyi denetleyen ulus ötesi şirketler ya da mali sermaye blokları gibi özel örgütlenmelerdir. Söz konusu kurumsal ağ Amerikan siyasetinin ulus devletle üzerindeki zorlayıcı gücünü temsil etmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, Amerikan siyasetine kuruluşundan bu yana hep "zorlayıcı" bir liberalizm (ya da zorunlu liberalizm) hâkim olmuştur (Köse, 2004, s. 12).

İkinci Dünya Savaşından sonra sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin birbirinden ayrılamayacağı ve birlikte ele alınması gerektiği görüşü öne çıkmıştır (Fişek N., 1997). Ülkemizde bu görüşü yansıtan gelişme 1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası'nın kabul ettiği "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" olmuştur. Savaş sonrası Batı'da oluşan sağlık sorunlarına acil çözüm bulma yaklaşımı bu plana yansımıştır (Soyer, 2001, s. 425). Behçet Uz Planı olarak anılan bu plana göre; ülkenin yedi sağlık bölgesine ayrılması ve her bölgenin örgütlenmesinin kendine yeterli hale getirilmesi hedeflenmiştir. Bu bölgelerde her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlandığında her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştür. Planda sağlık hizmetlerinin finansmanı için Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları kurulmasını öneriler arasında yer almıştır (Akdur, 2006, s. 30). Bu planla o zamana kadar çoğunlukla ilçe ve şehirlerde yaşayanların yararlandığı sağlık hizmetlerinin örgütlenmiş olarak ilk defa köylere götürülmesi hedeflenmiştir. Plan gerçekçi olmadığı ve maliyetli olduğu yönünde eleştiriler almış ve Behçet Uz'un görevden ayrılması nedeniyle uygulamaya geçememiştir. Demokrat Parti ise sağlık merkezlerinin artırılması yönünde bir politika izlemiş ve kısa sürede merkezlerin sayılarını artırmıştır. Ancak bu merkezler zaman içinde hekimlerin muayene hizmetlerine odaklanarak koruyucu sağlık hizmetlerini geri planda bırakan maliyeti yüksek birimlere dönüşmüştür (Dirican, 1970, s. 189). 1954 yılında Behçet Uz'un yeniden Sağlık Bakanı olmasıyla "Milli Sağlık Programı" adıyla yeni bir program gündeme gelmiştir. Diğer plana göre daha dar kapsamlı olan bu planda kırsal bölgelere sağlık merkezleri yoluyla sağlık hizmeti götürülmesi amaçlanmıştır. Ancak bu plan da yasalaşma ve uygulama şansı bulamamıştır (Aydın, 1997, s. 35-36; Tatar, 2003, s. 252). Bu planın ele aldığı konular arasında koruyucu hekimlik için gerekli ilaçların Bakanlık tarafından üretilmesi, ilaç sanayinin denetlenmesi, süt ve mama gibi çocuk beslenmesi için gerekli tesislerin kurulması ve işletilmesi yer almıştır. Bu plan sermayenin çıkarlarını zedeleyecek nitelikteki bu önerileri ve diğer plan gibi gerçekçi olmadığı yönünde eleştiriler almıştır. DP iktidarının ilk sağlık bakanı Hayri Üstündağ

bu sağlık programını gündeme almış ancak bu süreçte kabine dışı bırakılmıştır (Özdemir, 2001a, s. 263).

II. Dünya Savaşı sürecinde kötüleşen ekonomik ve toplumsal koşullar ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin kesintiye uğraması verem, tifüs, sıtma gibi salgın hastalıkları yaygınlaştırmıştır. Sağlık Bakanlığı bu dönemde artan bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda 1945 yılında "Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarmış, Marshall yardımı ile DDT gibi ilaçların alımının kolaylaşması ile sıtma ile mücadelede önemli başarılar elde edilmiştir. 1949 yılında yapılan bir düzenleme ile kentlerde Verem Savaş Dernekleri kurulmuş Sağlık Bakanlığının bu derneklere yardım ederek işbirliği yapması sağlanmıştır (Soyer, 2001, s. 426; Özdemir, 2001a, s. 262).

Türkiye'deki ekonomik ve toplumsal yapıdaki dönüşümler savaş sonrası kapitalist dünya sisteminde meydana gelen değişimlerle uyumlu bir gelişim göstermiştir. Batı Avrupa'da sosyal güvenlik alanındaki gelişmeler Türkiye'de yeni bir sosyal güvenlik rejiminin yükselişinde yansıma bulmuş ve batılı ülkelere paralel gelişmeler yaşanmıştır. Bu kapsamda sosyal güvenlik alanındaki ilk özgün düzenleme 1945 yılında gerçekleşmiştir (Sallan Gül, 2004, s. 267; Buğra ve Candaş, 2011, s. 518). Bu çerçevede 1945 yılında 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu ve 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu yürürlüğe girmiştir. Her iki kanununda kapsamına giren konular 1964 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu[118] ile birleştirilmiştir. Bu sosyal güvenlik yapısı 1952 yılında kendi idaresi altında sigortalanan kişilere yönelik olarak sağlık hizmetleri sunmaya başlamıştır (Bulut, 2007, s. 114; Tatar, 2011, s. 125). 1 Ocak 1950 tarihinde yürürlüğe giren 5434 sayılı Emekli Sandığı kanunu ile kamu çalışanları için daha önce kurulan özel emeklilik sandıkları kaldırılarak memurların sosyal güvenliği tek çatı altında toplanmıştır (Gökbayrak, 2010, s. 145).

II. Dünya Savaşı sonrası tıp alanındaki gelişmeler hastalığın teşhisi ve tedavisi konusunda biyomedikal paradigmayı güçlendirmiş tıp alanında uzmanlaşma artarken

[118] Bu kanunla İşçi Sigortaları Kurumu'nun adı Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) olarak değiştirilmiştir. Bu kanunla kurulan SSK, Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilinceye kadar özel sektör çalışanlarına ve çalışanların bordrosu üzerinden prim toplayarak sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerini finanse etmiştir. Sağlık hizmetlerini dışardan almak yerine kendi dispanserleri ve hastaneleri aracılığıyla sunmuştur (Tatar, 2011, s. 125).

halk sağlığı hizmetleri gerilemeye başlamıştır. Bu gelişmelere Batı Avrupa'da ikincil ve üçüncül bakım veren sağlık kurumlarının genişletilerek tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi eşlik etmiştir (Ağartan, 2008, s. 162). Türkiye'de 1953 yılında kabul edilen 6134 sayılı Kanun ile il özel idaresine bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devri gerçekleştirilmiştir. Bu kanunla birlikte 34 ildeki 47 hastane Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte yürütülmesine zemin hazırlaması ve tedavi edici hizmetlerde devlet sorumluluğunu vurgulaması bakımından bu gelişme önemlidir. Bununla birlikte bu uygulamanın başarısı yeterli sayıda hekim, yardımcı sağlık personeli ve tam gün çalışmayı sağlayacak bir ücret politikasına bağlıdır. Ancak bu konulara yeterli önemin verilememesi nedeniyle tedavi edici hizmetler yeterince gelişmediği gibi koruyucu sağlık hizmetleri de geri planda kalmıştır (Dirican, 1970, s. 190). Koruyucu sağlık hizmetlerinin gerilemesindeki diğer bir neden ise tedavi edici hizmetlerin öne çıkmasıyla koruyucu hizmetler ve kırsal kesimde çalışan hekimlerin daha cazip olan hastanelere geçiş yapmalarıdır. Ayrıca bu dönemde uzman hekim sayılarının artışı özel muayene hekimliğini geliştirmiştir (Öztek, 2001, s. 62). DP Hükümeti'nin demokrasiye geçiş çabaları kapsamında halka hizmet sunma yerine popülist politikalarla oy toplama sürecine girmesi ve her ilçeye bir "hükümet tabibi" söylemi üzerinden örgütlenmeye gidilmesi kamusal yapılanma üzerinden beslenen piyasa hekimliğini geliştirmiştir (Aksakoğlu, 2008, s. 13). Demokrat Parti yönetiminin partizanca tutumları kamu hizmetlerinde ve sağlık hizmetlerinde önemli aksamalara yol açmış, özellikle kırsal kesimlerde yaşayanların sağlık ihtiyaçlarının karşılanması mümkün olmamıştır (Dirican, 1994, s. 49).

Bu dönemde ortaya çıkan diğer önemli bir gelişme ise sağlık alanında uluslararası ilişkilerin gelişmeye başlamasıyla uluslararası kuruluşların yönlendiriciliğinin artmasıdır. 1952 yılında DSÖ ve UNİCEF ile ilişkilerin gelişmesine paralel Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü kurulmuştur. Bu alandaki birçok faaliyet DSÖ ile birlikte projeler[119] şeklinde yürütülmüştür. 1960'a gelindiğinde 26 Ana Çocuk Sağlığı Merkezi, 19 Ana Çocuk

[119] 9 Haziran 1949 tarihinde Türkiye'nin DSÖ'ne üye olmasının ardından Sağlık Bakanlığı ile DSÖ arasında 19 Ekim 1950 tarihinde hükümetin talebi üzerine danışmanlık niteliğinde teknik yardım alınması konusunda bir anlaşma imzalamış bu anlaşmanın ardından Sağlık Bakanlığı'nın talebi üzerine çok sayıda proje gerçekleştirilmiştir (Övgün ve Küçük, 2013, s. 62).

Sağlığı Şubesi açılmış, 20 Doğum ve Çocuk Bakım evi kurulmuştur (Soyer, 2001, s. 428).

Çok partili hayata geçişle birlikte Demokrat Parti döneminde yönetim zihniyeti açısından önemli bir kırılma yaşanmıştır. Yönetilenlerin kısa vadeli maddi çıkarlarının belirlenmesi ve yönetimin bu çıkarlara yönelik hareket etmesi olarak tanımlanabilecek olan popülizm, maddi ihtiyaçlar üzerinden iktidarın elini güçlendirmek adına bir yönetim rasyonalitesi ve tekniği olarak kullanılmaya başlanmıştır (Özkazanç, 1998, s. 176). Bu dönemde ABD'nin tarım makinaları ihracıyla kendine bir pazar yaratma stratejisi ve verdiği krediler ile ülke ekonomisini kendine bağlı kılma çabaları Demokrat Parti'nin bu olanakları kendine destek veren kesimlerin çıkarlarına uygun kullanma çabalarıyla birleşmiştir. Ayrıca verilen krediler izlenen kalkınma politikalarının başarıyla sürdürülmesine ve kalkınma söyleminin somutlaşmasına hizmet etmiştir. Bu şekilde özellikle emekçi sınıfların kalkınmacılık ideolojisine eklemlenmeleri kolaylaşmış ve egemen sınıfın hegemonyası güçlenmiştir (Kaya Özçelik, 2010, s. 33). Tarım burjuvazisini desteklemek amacıyla kredi destekleri ve traktörün tarıma girmesiyle işsiz kalan tarım işçileri başta İstanbul ve Adana olmak üzere büyük kentlere göç etmiştir. Göz yumulan gecekondulaşma ile birlikte hızla gelişen plansız kentleşme iş güvencesiz, sendikasız, yoksulluğun arttığı sağlıksız bir yaşamın kentlerde hızla yaygınlaşmasına neden olmuştur (Aksakoğlu, 2008, s. 14). Kentleşme ve tüketim artışı özellikle kent merkezlerinde sağlık hizmetlerine talebi artırmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın tedavi edici hizmetleri üstlenmesi ve SSK hastaneleri bu talebi karşılamaya yönelik olumlu bir girişim olmuş ancak bu hizmetlerin yetersiz kalması TCDD gibi kamu sektörüne ait diğer kuruluşların kendi sağlık örgütlerini kurmalarına neden olmuştur (Küçük, 2017, s. 175). DP döneminde izlenen sağlık politikaları ulusal kalkınmayı meşrulaştırmayı amaçlayan popülist yeniden dağıtım politikalarının bir parçası olarak işlev görmüştür. DP hükümetleri döneminde 566 sağlık tesisi, 45.807 hastane yatağı ile sağlık sistemi önemli ölçüde genişlemiştir. Bu genişleme tedavi edici hizmetlere odaklanmanın açık göstergelerinden biri olmuştur ancak bu yatırımlara karşın şehirlerde artan kayıt dışı istihdam nedeniyle sosyal güvenlik dışında kalan nüfus oranı artmaya başlamıştır (Ağartan, 2008, s. 150,167).

Kentleşme, sağlık hizmetlerine olan talebin artışı, sağlık harcamalarındaki artış ve bu konuda yeni kaynak arayışları özel ve kamu hastanelerinin işleyişi ile ilgili 1955

yılındaki Hastaneler Talimatnamesi[120]'ni gündeme getirmiştir. Bu talimatnameye göre doğum, bulaşıcı hastalık gibi sayılan sekiz grup dışında verilen sağlık hizmetlerinden ücret alınması kararlaştırılmıştır. Talimatnameye göre hasta yatakları sınıflandırılmış ve paralı ve parasız yatan hastalar arasında farklılaşmaya izin verilmiştir (Küçük, 2017, s. 191). Devletin sağlıkla ilgili artan harcamaları karşılayamamaya başlaması ve tedavi edici hizmetler için kullanıcı katkılarının gündeme gelmesi ilk kez bu düzenleme ile gündeme gelmiş ve daha sonraki yıllarda sağlık hizmetlerinin piyasalaşması yönündeki eğilimi destekleyecek görüşlerin temelleri ilk kez burada atılmaya başlamıştır (Günal, 2008, s. 194).

Demokrat Parti'nin 1954 sonrasında izlediği ekonomi politikaları, kamu sektörü ile özel sermaye birikimini işlevsel olarak eklemleme çabasını yansıtmaktadır. Bu çabanın sağlık hizmetlerine yansıması bir yandan sağlık alanında devletin sorumluluğu artırılırken diğer yandan özel sermaye birikimini destekleyen politikalarla karma bir yapı içinde hizmet sunumunun hedeflenmesi olmuştur. 1954 yılındaki 6243 sayılı kanunla bu tarihe kadar sadece eczacı, tabip, veteriner ve diş hekimlerine ait olan ilaç üretimi yetkisi, gerçek tüzel kişilere genişletilerek laboratuvar ve fabrika açma yetkisi tanımıştır. Bu düzenlemeyle Türkiye'de ilaç endüstrisinin temellerini atılmış ve sonrasında bazı yabancı firmalar İstanbul'da fabrikalar kurarak kendi ilaçlarını üretmeye başlamışlardır (Küçük, 2017, s. 186-187). Türkiye'de ilk ilaç fabrikası 1954 yılında kurulmuş, 1960'lardan sonra genellikle yabancı firmalarla yapılan lisans anlaşmalarıyla ilaç üretimi yapılmaya başlanmıştır. 130'dan fazla yabancı şirketin sektöre doğrudan ya da dolaylı katılımıyla 1970'e kadar Türkiye'deki ilaç piyasası uluslararasılaşmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda kamu sektörü ağırlığını korumakla birlikte ilaç sektörü neredeyse tamamen özel sektör tarafından yönlendirilmiştir (Şemin ve Güldal, 2008, s. 379).

4. PLANLI KALKINMA DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ: SAĞLIK HİZMETLERİNDE SOSYALLEŞTİRME (1960-1980)

1947-1953 yılları arasında ekonominin dışa açılması ve tarımsal kaynaklı ekonomik büyüme süreci yaşanmış 1960'lı yıllara kadarki dönem ise bir kriz ve geçiş

[120] Hastaneler Talimatnamesi, Bakanlar Kurulu Kararı (25.02.1955), RG: 04.04.1955, Sayı: 8972.

dönemi[121] olmuştur. 1960 sonrasında sermaye birikim biçimindeki değişim, tarım ve ticarete dayalı bir modelden ağırlıkla iç pazar ve sanayi sermayesi birikimine yönelik bir modele geçiş şeklinde olmuştur (Gülalp, 1993, s. 34). Demokrat Parti'nin son dönemlerinde ekonomik faaliyetlerdeki genel yavaşlama, 1957-58 bunalımı ve 1958 istikrar tedbirleri yeni gelişmekte olan sanayi sermayesine büyük bir darbe vurmuş ve bu durum sanayi kanadının DP'nin temsil ettiği sınıf ittifakından uzaklaşmasına neden olmuştur. DP iktidarının kırsal çoğunluğa öncelik tanıyan tavrından hoşnut olmayan kentsel sınıflara siyasi iktidarın baskıcı, anti-demokratik uygulamalarına tepki duyan aydın muhalefetinin eklendiği bir ittifak oluşmuştur. Büyük kentlerdeki öğrenci gösterilerinin eşlik ettiği toplumsal sarsıntı ve çatışma ortamı 27 Mayıs askeri darbesiyle sonuçlanmıştır (Savran, 2001, s. 164). Darbenin nedeni DP yönetiminin ekonomik başarısızlıkları, kentli aydınların yükselen muhalefetine karşı baskılarını artırması ve başta laiklik olmak üzere Kemalist ilkeleri çiğnemesi iddiaları olmuştur (Gülalp, 1993, s. 35). Savran, 27 Mayıs'ın tarihsel anlamını siyasal üst yapının tarımsal/ticari sermaye birikiminin ihtiyaçlarından sanayi sermaye birikiminin ihtiyaçlarına uyarlanması olarak değerlendirmektedir. Ayrıca yeni rejimin işçi ve sosyal hakları tanımasını kentsel ittifak ve onun siyasal temsilcisi CHP'nin işçi sınıfını pasif bir destek olarak kazanma çabası olarak yorumlamaktadır (2001, s. 167). Bu dönemde uluslararası kapitalizm, özellikle belirli bir kapitalistleşme düzeyindeki ülkeler için ithal ikameci sanayileşmeye dayanan, toplumsal çatışma olasılıklarının devlet müdahaleleriyle sınırlandığı, planlı kalkınma süreçlerini ön plana çıkarmaya başladığı bir strateji değişikliğine gitmiştir. Bu bağlamda kapitalizmin uluslararası yönelimleri ile tarım ve ticaret burjuvazisi karşısında güçlenmeye başlayan sanayi burjuvazisinin talep ettiği düzenlemeler arasında dikkate değer bir örtüşme söz konusu olmuştur (Çulhaoğlu, 1994, s. 42).

1960 darbesinin ardından askeri yönetimin ilk kararlarından biri ithal ikameci kalkınmayı resmi politika kabul ederek[122] Devlet Planlama Teşkilatının kurulması

[121] Bu geçişin adımları 1950'lerin ikinci yarısında atılmaya başlamıştır. Özel sanayi için ara ürünler üretmek amacıyla devlet yatırımlarına ağırlık verilmiştir. 1958'deki krizin ardından IMF ile yapılan borç anlaşması İthal İkameci Sanayi politikalarına temel oluşturan bir ithalat rejimi ve OECD tarafından da önerilen bir planlama örgütünün kurulması önerilerini içermiştir (Gülalp, 1993, s. 35).

[122] Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, büyümenin sürükleyici gücü olarak kamu yatırımlarını ve devlet işletmeciliğini görmüş ve ithal ikameci sanayileşmeyi tüm sektörlerdeki politikaları yönlendiren açık bir tercih olarak kabul etmiştir. Buna karşılık İkinci ve Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planlarında ise özel

olmuştur (Gülalp, 1993, s. 35). 1950'li yılların başından itibaren ekonomi alanında ortaya çıkan yeni fikirler, az gelişmişlik olgusunun sadece ekonomiyi ilgilendiren bir olay olmadığını insana yapılan yatırımın üretimde verimliliği artırılmasına farklı yollardan katkı yapabildiğini ileri sürüyordu (Kazgan, 2013, s. 70). Bu fikirler çerçevesinde hazırlanan I. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda eğitim ve sağlık hizmetleri öncelik verilen kamu hizmetleri olarak ele alınmış, hizmetlerin dağılımında eşitlik ilkesinin gözetilmesi, bölgeler arasındaki farklılıkların giderilmesi hedeflenmiştir. Toplumun sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla çevre sağlığı, sağlık eğitimi, beslenme, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele öne çıkarılmıştır. Sağlık programlarının pahalı tedavi hizmetleri yerine evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak bir sisteme yönelmesi, hastaneciliğin bunu tamamlayıcı bir unsur görülmesi öngörülmüştür. Bu çerçevede sağlık personeli sayısının artırılması ve kişi başına düşen sağlık harcama miktarının 15 yılda iki katına çıkarılması hedeflenmiştir. Eğitim, sağlık, sosyal sigorta gibi sosyal hizmetlere yapılacak geniş kamu harcamaları, adil bir gelir dağılımı ve benzer sosyal amaçlara ulaşılmasını desteklemesi yanında ekonomik verimliliği de artırıcı etkileriyle iktisadi amaçlara ulaşılmasında temel araçlar olarak kabul edilmiştir (DPT, 1963, s. 39-39,48). 27 Mayıs, yeni Anayasa ve onu izleyen sosyal devlet uygulamaları "sosyal adalet" söylemini temelinde hem sanayileşmenin gerektirdiği nitelikli ve sağlıklı işgücü yaratma hem de belli bir satın alma gücüne sahip geniş bir iç tüketici kitlesini oluşturmayı hedeflemiştir (Çulhaoğlu, 1994, s. 43). Planlı dönem olarak anılan bu yıllarda sağlık hizmetleri ele alınan konuların başında gelmiştir. Kalkınma planında toplum sağlığının yükseltilmesine yönelik girişimlere öncelik verileceğinin belirtilmesi, her geçen gün artan sağlık talebinin geçici önlemlerle karşılanamayacak duruma gelmesi, nüfusun %70'inden fazlasının kırsal kesimde yaşıyor olması sağlık hizmetinin hastanecilik yerine evde ya da ayakta tedavi sağlayan ve küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütlenmesi sağlanması yaklaşımını güçlendirmiştir (Pala, 2012, s. 37).

1961 Anayasa'sı ile birlikte sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili devletin sorumluluğu anayasal düzeyde ilk kez gündeme gelmiş ve bu sorumluluk Anayasanın 49. Maddesinde *"devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi*

girişimi destekleyen, kamu kesiminin esas olarak özel kesimi destekleyici rolüyle sınırlayan ve sosyal hedefleri arka plana atmaya başlayan bir yaklaşım egemen olmuştur (Boratav, 2005b, s. 126-127).

bakım görmesini sağlamakla ödevlidir" şeklinde ifade bulmuştur (Tatar, 2003, s. 252). Sağlık hakkının kullanımına yönelik diğer hükümleriyle de devletin sosyal niteliğini öne çıkaran 1961 Anayasası ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri bir devlet görevi olarak benimsenmiş, toplumun tüm sosyal ve ekonomik yaşamının kalkınma planına bağlanması ilkesi kabul edilmiştir. Bu dönemde yeni anayasa ile birlikte toplumsal hayatın görece demokratikleştiği, işçi sınıfının örgütlenme, grev, toplu sözleşmeli sendikal örgütlenmeyi yaşama geçirebildiği yıllar olmuştur (Ekinci, 1980, s. 40-41).

1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakıkındaki Kanun"[123] Milli Birlik Komitesi tarafından görevlendirilen Nusret Fişek'in müsteşar olduğu dönemde hazırlanmış, yasa çeşitli Avrupa ülkesinin modelleri incelenerek hazırlanan üç öneri arasından seçilmiştir[124] (Aksakoğlu, 1994, s. 53). Kanunun ilk maddesi "*insan hakları evrensel beyannamesinde hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir"* ifadesine yer vermektedir. Kanunun 2. maddesinde açıklanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kavramı *"vatandaşların sağlık hizmeti için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır"* şeklinde açıklanmıştır. Sağlığın sadece hastalığın olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olduğu düşüncesiyle bireyin değil toplumun sağlığı öne alan "sosyalleştirme" kavramı ile ifade edilen sistemi daha önceki çalışmalardan ayıran bazı özellikleri vardır. Bunlardan ilki, sağlık hizmetlerinin tüm toplum kesimlerine sosyal adalet ilkesine uygun olarak götürülmesi ve en önemlisi bunun bir devlet görevi olarak görülmesidir. İkincisi, Cumhuriyet'in ilk yıllarına göre oldukça gelişmiş olmakla beraber çok başlı bir görünüm arz eden sağlık kuruluşları ve sağlık örgütlenmesine düzenleme getirilmesi, farklı hizmet veren kurumlar aralarında hiyerarşik bir bağın oluşturulmasının hedeflenmesidir. Fişek'in ifadesiyle bir

[123] 224 Sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" (Kabul tarihi: 5.1.1961), RG 12.01.1961, Sayı 10705.

[124] Dr. Nusret Fişek başlangıçta Milli Birlik Komitesi'ne üç taslak sunmuştur. Taslaklardan ilk ikisi mevcut sağlık sisteminin geliştirilmesi hakkındadır. Tercih Sosyalleştirme planından yana olmuştur. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Ragıp Üner'dir. Fişek, taslağın hazırlanmasında İngiltere ve İsveç sağlık sistemlerinden yaArarlanmıştır (TTB, 2001, s. 28).

"örgütlenme ve ilkeler" kanunu olan Sosyalleştirme Yasası, toplumun sağlık ihtiyacının en yakın yerde en az maliyetle karşılanması amacıyla örgütlenme birimlerinin oluşturulması ve nüfusun ihtiyaçlarına uygun amaçların belirlenmesini temel almıştır. Bu nedenle örgütlenmenin temel birimi olarak sağlık ocakları belirlenmiştir. İlk basamakta tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetlerini yürüten sağlık ocaklarının, hizmetlerini ikinci basamakta yürüten hastaneler, dispanserler ve laboratuvarlar ile desteklenmesi öngörülmüştür. Bu birimlerin hizmetlerinin yönetimi ve denetlenmesinde grup başkanlıkları, sağlık müdürlükleri ve Bakanlık yetkilendirilmiştir. Toplumun tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya hizmetin bir kısmına iştirak yoluyla eşit şekilde yararlanması, sağlık personelinin tam gün ve sözleşmeli olarak istihdam edilmesi, sağlık kurumlarının (Silahlı Kuvvetler hariç) tek elde toplanması, sevk sistemi, sağlık ocağı personelinin sürekli eğitimi, toplumun katılımını sağlayacak kurulların oluşturulması, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütünsellik ve ekip hizmeti anlayışı içinde sunulması temel ilkeler olarak belirlenmiştir. Sağlık ekibinin tüm üyeleri arasındaki işbirliği kadar eğitim kurumları, veterinerlik ve tarım örgütleri gibi diğer kurumlar ve çalışanlarla da toplum sağlığı konularında işbirliği yapılması öngörülmüştür. Toplumun sağlık sorunlarını yerinde görmek ve tanımak amacıyla plan ve program çerçevesinde gezici sağlık hizmetlerinin verilmesi sağlık hizmetlerine çeşitli nedenlerle ulaşamayan risk gruplarına sağlık hizmeti götürülmesini sağlamıştır. Verilen hizmetlerin ayrıntılı kayıtlarının tutulması, istatistik çalışmalarının düzenli hale getirilmesi uygulamanın önem verilen özellikleri arasında yer almıştır (Fişek N.,1984, s. 31; Aksakoğlu, 1994, s. 53).

Sosyalleştirme uygulamasının örgütlenme ve sağlık hizmeti sunma ilkelerinin yanında finansman boyutu uygulamanın başarıya ulaşması ve toplumun her kesimine ulaştırılabilmesi için önemli görülmüştür. Bu amaçla finansman modeli olarak karma bir yapı öngörülmüş bu karma yapının primler, kullanıcı katkıları ve kamu kurumlarının bütçesinden oluşması planlanmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2013, s. 359). Sosyalleştirilmiş bölgelerde hastanın ücretini ödemek kaydıyla istediği sağlık personeli ve sağlık kurumunu seçme hakkı (Md. 5), sosyalleştirme kapsamında çalışmayan sağlık personelinin mesleklerini serbest olarak icra edebilmesi (Md. 4) ve bağlı oldukları sağlık ocaklarına başvuranların bu kurumda sunulan her tür sağlık

hizmetinden ücretsiz yararlanabilmesi öngörülmüştür (Md. 14). [125] "Zorunlu sağlık sigortası"nın kurulması bir çözüm yolu olarak görülmüş ancak sosyalleştirmenin maliyetinin mevcut devlet imkânlarıyla üstesinden gelinemeyecek kadar yüksek olması gerekçesiyle finansman ile ilgili hükümler yasa görüşmeleri sırasında metinden çıkarılmıştır (Özdemir, 2001b, s. 269-270).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hazırlıklarına kanunun geçici 1. maddesinde 1962 yılında başlanacağı belirtilmiştir. İlk uygulamaya 1963'de Muş, Çankırı ve Edirne illerinde başlanması ve 15 yılda tüm ülkede yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Ancak 224 Sayılı yasa hazırlıklarının yapıldığı ilk günden itibaren çeşitli siyasal engellerle karşılamış ve hiçbir zaman tam olarak uygulanamamıştır. 1965 seçimlerini kazanan Adalet Partisi döneminde yasanın kaldırılması yönünde teklifler gelmiş ancak başka seçeneğin olmadığı öne sürülerek devam etme kararı alınmıştır (TTB, 2001, s. 28-30; Aksakoğlu, 2008, s. 29-32). 1964 yılından 1969 yılına kadar geçen süre içinde 24 il ve çevresinde altyapı kuruluşları tamamlanırken 1969-1975 yılları arasındaki 7 yıllık dönemde sadece bir il sosyalleştirme kapsamına alınabilmiştir. 1981 yılı sonunda 45 il ve toplam nüfusun %53,2'si sosyalleştirilmiştir. 1983 yılında ise alt yapı hazırlıkları olmadan geriye kalan illerin de sosyalleştirme kapsamına alındığı ilan edilmiştir. Aradan geçen yıllar boyunca sağlık sistemi sosyalleştirmenin amaçları doğrultusunda yeniden düzenlenmemiş ve yasanın öngördüğü hizmet anlayışı yerine getirilememiştir (Suner, 1993, s. 63; TTB, 2001, s. 28). Bu dönemde sosyalleştirme yasası etkin uygulanamadığı gibi demokrasinin gerilediği ve baskı yönetiminin etkin olmaya başladığı yıllar olmuştur (Ekici, 1980, s. 41).

Sosyalleştime Programı ve uygulamaları ilk günlerinden günümüze dek bir çok açıdan çok tartışılan konulardan biri olmuştur. Sosyalleştirme uygulamasının başarılı ya da başarısızlığına ilişkin tartışmaların yanında yasanın "bilinçli" olarak uygulanmadığı, hizmetlerin yerel düzeyde Bakanlıktan gerekli desteği görmediği hatta

[125] Finansmanla ilgili bu maddeler piyasacı-kapitalist bir ekonomik yapı içindeki karma bir finansman modelini tanımlamaktadır. Kapitalist sistem içinde ekonomik ve toplumsal konum olarak eşitsiz tarafların varlığı tanınmakta ve parası olanlara "seçme hakkı" verilmektedir. Bu eşitsizlikçi toplumsal yapı içinde kurulan sağlık sisteminin sağlık kurumlarının dengeli bir şekilde dağıldığı durumda uygulamanın ekonomik olarak kötü olan birey ve grupların lehine olduğu ancak ekonomik-toplumsal eşitsizlikleri yaratan eşitsizlikçi yapıya dokunmadığı söylenebilir (TTB, 2001, s. 29).

başarısız olması için çaba harcandığı ve bu kasıtlı tutumdan ötürü sosyalleştirme hizmetlerinin merkezi yapıya yamanmış olarak yürütülmek zorunda kalındığı ifade edilmiştir (Aksakoğlu, 1994, s. 54; Dirican, 1994, s. 51; Ekici, 1980, s. 43). 1966 yılında Sağlık Bakanlığı müsteşarlığından ayrılan Fişek'e göre başlangıçta başarı ile uygulanan programın sonrasında başarısız bir programa dönüşmesinin belirli nedenleri vardır. Fişek'e göre ilk önemli neden 1965 yılında TBMM de kabul edilen Devlet Personel Kanunu ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sözleşmeli çalışma ilkesi yürürlükten kaldırılmış bunun sonucunda tam gün çalışma ilkesi uygulanamamıştır. 1965'ten bu yana hükümetler sağlık hizmetlerinde birinci basamağın önemini anlamamışlar ve sağlık ocakları giderek niteliksiz hizmet veren kurumlara dönüşmüştür. Sağlık ocaklarına hekim ataması yetersiz olmuş, bu açığı kapatmak üzere devlet hizmet yükümlüğü kanunu çıkarılmıştır.[126] Bu kanunla hekim açığı giderilmiş ancak ilaç, araç-gereç, lojman, bina gibi alt yapı eksiklikleri giderilmemiş, hastanelerle sağlık ocakları arasında işbirliği sağlanamamıştır. Bunun yanında il içinde sağlık teşkilatı yönetiminin bütünlüğü ilkesi bozulmuş, ilçelerde sağlık personeli kaymakamın emrine verilmiştir.[127] Bütçeden yeterli payın sağlanmaması, güçlü bir sağlık yöneticisi kadrosunun kurulamaması, hekim dışı personelin yetiştirilmesi ve eğitilmesi konularındaki eksiklikler kanunun uygulanmasında başarısızlığa neden olmuştur (Fişek N., 1991, s. 4). Hekimler başta olmak üzere tüm sağlık personelinin ülkenin koşulları ve sağlık sorunlarına yönelik eğitimi sağlanamamıştır. Eğitimde ülkenin sık görülen sağlık sorunları ve bu sorunları çözmekte yararlanılacak uygun teknoloji ihmal edilmiş, seyrek görülen, zor tedavi edilen ve pahalı tıbbi araç ve gereci gerekli kılan hastalıklar gereğinden fazla önemsenmiştir. Sağlık personelinin eğitiminde tıbbi bakıma ve özellikle hastane içi tıbbi bakıma öncelik verilmiştir. Bu tür bir eğitim sağlık personelinin hastane dışındaki görevleriyle bağdaşacak nitelikte olmamış ve toplumla sağlık çalışanları arasında belirgin bir ayrılık oluşmuştur (Dirican, 1994, s. 51). Belirli bir hizmet anlayışı ve sağlık örgütlenmesini ifade etmek üzere kullanılan "sosyalleştirme" ya da "sosyalizasyon" kelimesinden Bakanlık bürokratları ve politikacıların duyduğu rahatsızlık sağlık personeliyle toplumun

[126] 1978 yılında 2162 Sayılı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile haftalık 45 saatlik çalışma süresi getirilmiş ve mevcut yasak sözleşmeli olmayan hekimleri de kapsamıştır.
[127] 1983 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda yapılan değişiklikle kaymakamlar ilçede hekimler ve diğer sağlık personelinin disiplin ve sicil amiri yapılmıştır (Özdemir, 2001a, s. 271).

bütünleşmesini ve toplum katılımını hedefleyen "Sağlık Ocağı Kurulları" ve "Sosyalleştirme Genel Kurulu" nun işlevsiz kalmasına neden olmuştur. Her yıl bir kez toplanması öngörülen Genel Kurul 1969 ve 1978'de olmak üzere sadece iki kez toplanabilmiştir (Özdemir, 2001a, s. 272; TTB, 2001, s. 30).

Sosyalleştirme planının öngörülen ancak hayata geçirilemeyen bir hükmü de sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması ilkesi olmuştur. Sağlık Bakanlığı dışında kamu iktisadi teşekkülleri, SSK, tıp fakülteleri ve özel kuruluşlar sağlık hizmeti sunan kurumlara sahip olmuşlardır (DPT, 1968, s. 215-216). Benzer şekilde Sosyalleştirme Yasasının öngördüğü ancak yasalaşmayan sağlık finansmanı konusu sonraki dönemlerde bu alandaki boşluğun doldurulmasına yönelik "sağlık sigorta sistemi" kurma girişimlerine neden olmuştur. 1963 tarihli I. Beş Yıllık Kalkınma Planı sağlık sigortası için gerekli çalışmaların başlatılmasını öngörmüş ancak Genel Sağlık Sigortası kurulmasına yönelik 1968 yılında hazırlanan ilk taslak, sosyalleştirme uygulamasının genişlemesi durumunda sağlık harcamaları ve dolayısıyla bütçe yükünün artacağı gerekçesiyle Bakanlar Kuruluna sevk edilmemiştir. 1969 II. BYKP'de bir GSS tasarısı öngörülmüş 1971 yılında TBMM'ne sunulmuş ancak görüşülmemiştir. 1974 tarihli III. BYKP'nin ilke ve tedbirleri arasında GSS konusu tekrar yer almış ancak aynı sonuçla karşılaşmıştır. Tüm bu GSS taslaklarının ortak yönü ise artan sağlık harcamaları talebinin primler yoluyla karşılanması olmuştur (SB, 2003, s. 10; Özdemir, 2001a, s. 272-273).

Sosyalleştirme uygulamasının önemli katkılarından biri Sosyalleştirme'de çalışacak personelin ve tıp öğrencilerinin yetiştirilmesine yönelik Eğitim-Araştırma Bölgelerinin kurulması[128] olmuştur. Sağlık Bakanlığı ile tıp fakülteleri arasında bir protokol imzalanarak oluşturulan bu bölgeler tıp öğrencilerinin eğitiminde önemli bir saha deneyimi sağlamıştır. Öğrenciler Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık ocaklarında çoğunlukla Sağlık Bakanlığı personeliyle birlikte çalışmış, halk sağlığı öğretim üyeleri bazen bu bölgelerin yönetiminde görev almışlardır. Bu bölgelerde düzenli olarak hazırlanan yıllık faaliyet raporlarına bakıldığında sosyalleştirme modelinin, yasa metni ve diğer mevzuata uygun, yerel ve genel politik popülizmden uzak çalıştıklarında beklentileri fazlasıyla karşılayabilecek kanıtlar sunduğu ifade edilmektedir. Ancak

[128] 1963'de Etimesgut, 1965'de İzmir Torbalı, 1966 Ankara-Abidinpaşa, 1969'da İstanbul-Şişli ve Bakırköy'de, 1969 Erzurum-Pasinler'de Eğitim Araştırma Bölgeleri kurulmuştur (Aytekin, 2009, s. 2).

ilerleyen yıllarda Bakanlık bu bölgelere desteğini çekmiş ve bir kısmı üniversitelerle ilişiğini kesmiştir (Aytekin, 2009, s. 2; Aytekin, 2013, s. 190-191).

1961 sonrası benimsenen sosyal devlet anlayışının demokratikleşme ve emeğin güçlenmesi gibi iç dinamiklerin getirdiği bir gelişme olmaktan çok batılılaşma, modernleşme, demokratikleşme yönünde süregelen özleme bağlı "iradi" bir seçim olarak ortaya çıkmış ve daha çok olası çatışmaların önlenmesine yönelik bir anlayış benimsenmiştir (Koray, 2015, s. 18). Bu bağlamda ülkemizde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasını sosyal devlet anlayışıyla uyumlu bir bütünün parçası olarak gören görüşlerin yanında (TTB, 2001, s. 29) bu uygulamaları Türkiye'de sosyal devletin kanıtı olmaktan çok Türkiye'deki sermayenin yapılanmasındaki geçiş dengesinin popülist aşırılıkları olarak nitelendiren görüşler de bulunmaktadır (Demirer ve Demirer, 1994, s. 45). Sosyalleştirme Yasası, kapitalizmin gelişim evrelerine uyumlu bir düzenleme olmakla birlikte toplumun köylü ve yoksul kesimlerinin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi açısından önemli bir kazanımdır. Sosyalleştirme uygulaması sözü geçen başarısızlıklarına karşın özellikle kırsal alanların en uç noktalarına kadar sağlık hizmeti götürülmesinde önemli başarılar elde edilmiştir. Bu bölgelerin çoğunda insanlar ilk kez doktor, hemşire, ebe görmüştür. Özellikle bağışıklama hizmetlerinin yaygınlaştırılması kızamık, difteri, çiçek, çocuk felci, tifo gibi hastalıklardan meydana gelen çocuk ölümlerinde önemli düşüş sağlamıştır (Taşkın, 2001, s. 244). Aksakoğlu'nun belirttiği gibi Sosyalleştirme uygulaması, tüm olumsuzluklar ve engellemelere karşın herkesi kapsayan ama özellikle yoksullara, hizmete ihtiyacı en fazla olan çoğunluğa yüzünü dönen ve politikacıların değil sağlık personelinin denetiminde olan bir hizmet modeli oluşturması nedeniyle önemli bir girişim olarak kabul edilmelidir (2012, s. 114-115).

Türkiye'de olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, özellikle nüfusun çoğunluğunun ikamet ettiği kırsal alanlarda, temel sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması yoluyla evrensel sağlık bakımına ulaşılması amaçlanmıştır. Bununla birlikte bu yaklaşım birçok gelişmekte olan ülkede kısa ömürlü olmuş ve batı dünyasındaki sağlık sistemlerinin piyasa yönelimli yeniden yapılanma sürecinden etkilenmiştir (Sen, 2003). Türkiye'de Sosyalleştirme'nin bir devlet politikası olarak benimsenmemiş olması, GSS kurulması yönünde çabaların başarısızlığı ve mevcut sosyal güvenlik kurumları kapsamında yer almayan enformel sektör çalışanları ve

tarım çalışanları için sağlık hizmetlerine erişim sorunlu olmuştur. 1980'li yıllara gelindiğinde bölgesel ve toplumsal statüye dayalı eşitsizlik, ciddi alt yapı sorunlarıyla birlikte yoksullar için yetersiz ve kalitesiz sağlık hizmetleriyle nitelenen bir sağlık sistemini karşımıza çıkarmıştır (Terzi, 2013, s. 282).

Türkiye'de 1960 askeri darbesinden sonra uygulamaya koyulan ithal ikameci sanayileşme (İİS) stratejisiyle sanayi sermayesi ve emek daha etkili sosyal aktörler haline gelmiştir. 1960'lı ve 1970'li yıllarda hem toplumun sınıf yapısındaki farklılaşma hem de bu yapı içinde sanayi sermayesinin egemenliğinde bir artış yaşanmıştır. Sanayi sermayesi -özellikle İstanbul merkezli holdingler-, büyük toprak sahipleri, Anadolu merkezli orta ölçekli işletmeler ve ithalatçı tüccarlar ortaya çıkan yeni güç bloğunun merkezi figürleri haline gelmiştir. Tasarruf oranının düşük kaldığı, yatırımları kamu kaynaklarına bağımlı olan bir ülkede bürokratik ve politik dağıtım merkezleri daha önemli hale gelmeye başlamış ve böyle bir ortamda sermaye grupları arasındaki gerilimler kolayca siyasi bir soruna dönüşmeye başlamıştır (Bekmen, 2013, s. 49).

1970'lerde dünya kapitalizminin yapısal krizinden etkilenen Türkiye'de devlet desteği ve korumacılığa dayalı ithal ikameci modelin tıkanması kendisini yüksek enflasyon, bütçe açıklarının büyümesi, dış borçlanmada artış ve döviz darboğazları olarak göstermiştir. Öte yandan sınıf hareketinin örgütlü mücadelesi ve artan baskısı sermayenin kar olanaklarını engellemiş, döviz yetersizliği ve enflasyon olgusu sermaye birikimin çelişkilerini ortaya çıkarmıştır. Sermaye birikiminin yeniden üretim koşullarının ulusal kaynaklarla sürdürülme olasılığının daralması ve birikim sürecinin sınırları belirleyen kriz bir yandan sanayi sermayesinin ülke içi birikim koşullarını diğer yandan dünya ekonomisiyle ilişkilerin devamlılığını tehdit etmeye başlamıştır. Sermayenin önündeki engellerin kaldırılması, işçi sınıfının tarihsel kazanımlarının yok edilmesi için siyasal rejimde istikrar sağlanması gerekli olmuştur (Güzelsarı, 2008, s. 96-97).

Dünya ekonomisinin krizi aşma çabaları merkez ülkelerinde 1979 yılında faiz oranlarındaki artışla birlikte yaşanan bankacılık ve para krizleriyle artık sürdürülemez bir noktaya gelmiştir. Bu nokta Türkiye ekonomisinde 1960'ların başından beri sürdürülen ithal ikameci stratejinin sonlanması anlamına gelmektedir. Bir taraftan kent

nüfusunun hızlı artışı kamu maliyesine yeni yükler getirmiş diğer taraftan örgütlü işçi sınıfının bölüşüm talepleri giderek artan kaynak sınırlamasıyla sınıflar arasındaki çelişkiyi artırdığı gibi devletin savaş sonrası merkez ve çevre ülkelerdeki varlığı üzerine sınırlamalar getirmiş ve ithal ikameci stratejinin sürdürülmesini imkânsızlaştırmıştır. Nitekim 1970'lerin sonu bu projenin terk edilmesi ve bunun yarattığı siyasal tepkilerin artmasıyla geçmiştir. 1961 Anayasa'sının yarattığı özgürlükçü ortam yoğunlaşan krizle yerini giderek baskı ve 12 Eylül 1980 askeri darbesine bırakmıştır (Köse, 2004, s. 16-17). 1970'lerin sonunda İSS modeli etkisiz hale gelmeye başlamış, ekonomik krizlerle birlikte sermaye birikim süreci kesintiye uğramıştır. Bu süreçte sağlık, eğitim ve tarım gibi alanlar devletin yatırımlarının ikinci plana itildiği alanlar olmuştur. Bu gelişmeler sonucunda sağlık hizmetleri 1980 sonrası sermaye birikimine açılan en önemli alanlardan biri haline gelmiştir.

5. NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM: YENİ BİR BİRİKİM ALANI OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Kapitalist sistem 1970'lerde yaşadığı krizi aşabilmek, varlığını sürdürebilmek ve sermayenin yeniden üretkenliğini sağlamak üzere neoliberalizm olarak adlandırılan yeniden yapılanma sürecine girmiştir. Bu süreçte üretim güçleri, toplumsal ilişkiler, yapılar ve kurumlar yeniden biçimlenirken, ekonomik ilişkiler siyasal ve ideolojik ilişkilerle desteklenmiş ve devletin ekonomideki rolü sorgulanmaya başlamıştır (Arın, 1985, s. 104-138). Kapitalizmin yeniden örgütlenme biçimi olarak öne çıktığı neoliberal politikaların dünya genelinde yaygınlaşması deregülasyon/kuralsızlaştırma, özelleştirme, ticarileştirme, piyasalaşma, kamu harcamalarının kısılması, bürokrasinin azaltılması, devletin küçültülmesi gibi uygulamaları gündeme getirmiş ve bu politikaların öncülüğünü ABD ve İngiltere yapmıştır. Sovyetler Birliği'nin çöküşü sermayenin küreselleşmesini hızlandırıcı bir etki yaparken, bu süreçte Dünya Bankası, IMF ve Dünya Ticaret Örgütü gibi ulusüstü kuruluşlar devletler üzerinde zorlayıcı bir güç olarak belirmişlerdir. Bu dönemde yapısal uyum stratejileri ve özelleştirmeler sermayenin ve kapitalizmin uluslararasılaşmasının anahtar stratejilerini oluşturmuştur (Farazmand, 2002, s. 7-8). IMF ve DB gibi kuruluşların politik söylemleri ile etki alanını genişleten neoliberal ideoloji doğrultusunda dışa açılma ve devletin

küçültülmesi ile mal ve sermaye hareketlerinde serbestleştirme önermelerine dayalı bir kalkınma modeli benimsenmiştir (Güzelsarı, 2008, s. 98).

Neoliberalizmin küresel düzeyde ideolojik hegemonyasını kurduğu bu dönemde Türkiye'de devlet küresel kapitalizmin ve neoliberal politikaların uygulayıcısı olmuştur. Ekonomik alanda dışa açık büyüme politikalarıyla küresel piyasalara eklemlenmeye çalışılmış, siyasal yapıda ise kamunun yeniden yapılandırılması adı altında devletin küçültüldüğü, özgürlüklerin budandığı, devlet ve ekonominin siyasetten arındırıldığı bir depolitizasyon dönemi yaşanmıştır. Neoliberal savların aksine devlet bu dönemde sermaye birikimindeki merkezi rolünü sürdürmüştür (Koray, 2015, s. 27).

1980 sonrası dönemde Türkiye gibi geç kapitalistleşen ülkeler için kapitalist dünya ekonomisi ile bütünleşmenin yeni bir modeli olarak kurgulanan yapısal uyum programları kamusal sağlık hizmetlerine yönelik değişikliklerin arka planını oluşturmuştur. Bu programların önerdiği düzenlemelerle kamu sağlık hizmetleri için bütçeden ayrılan payın azaltılması ve devletin sağlık hizmeti sunumundan çekilmesiyle sağlık alanının piyasa dinamiklerine açılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda kamusal sağlık hizmetleri serbestleştirme, piyasalaştırma, özelleştirme ve esnekleştirme süreçleri doğrultusunda dönüşüme uğramış (Mercan, 2013, s. 178) ve sağlık hizmetleri sermaye birikimi için yeni yatırım alanları olarak görülmeye başlamıştır (Sönmez, M., 2012, s. 156). Bu konudaki önemli bir uygulama sermaye üzerindeki vergi yükünün hafifletilmesi ve sermayeye doğrudan ve dolaylı sağlanan destekler olmuştur. Sermayenin vergi yükünün azaltılmasıyla ortaya çıkan finansman sorunları, hizmetlerin fiyatlandırılması ve yararlananların mali katkısının zorunlu kılınması ile aşılmaya çalışılırken diğer yandan "kamu sağlık hizmetlerinin bıraktığı boşluğu özel sektörün doldurması" istenerek kamu tarafından sunulan sosyal hizmetlerin özelleştirilmesi yönündeki baskı artmış ve kamudan özel kesime kaynak aktarımı yapılmaya başlamıştır. Birbiriyle ilişkili bu iki eğilim kamu sağlık hizmetlerinin bir yandan aşındırılmasını diğer yandan özelleştirilmesini gündeme getirmiştir (Soyer, 2009, s. 301; Soyer, 2003, s. 304)[129].

[129] Muschell'in sınıflamasına göre özelleştirmede devletin işlevi bakımından aktif ve pasif olarak ikiye ayrılmaktadır. Aktif özelleştirmede hükümet kamu sağlık kurumlarını bilinçli ve özel stratejilerle çökertilir. Kamu kurumlarının satılması, özel sağlık kurumlarından sözleşme ile hizmet satın alınması,

Neoliberal ekonomi politikaları için finansman krizini aşmanın bir yolu olarak görülen özelleştirme, özel sağlık sektörünün eşit veya daha yüksek kaliteye sahip hizmetlerini daha düşük fiyatlarla sunabileceği, bu şekilde kamu bütçesi üzerindeki yükün azalacağı iddialarıyla desteklenmiştir (Hermann, 2010, s. 146-147). Bu nedenle 1980 sonrası dönemde özel sağlık sektörünün geliştirilmesi ve etkin bir konuma gelmesi için kurumsal ve hukuksal yapıların oluşturulması ve sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında işletmecilik anlayışının esas alınması olarak iki temel yönelim ortaya çıkmıştır (Topak, 2012, s. 222).

24 Ocak 1980 kararları ile başlayan ve ANAP Hükümetleri ile devam eden süreçte bu iki temel yönelim doğrultusunda önemli adımlar atılmıştır. İlk olarak, devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğu hizmet sunmaktan çok düzenleyici ve denetleyici olarak yeniden tanımlanmıştır. Özel sağlık sektörünün gelişmesi için kamu kaynaklarıyla önemli teşvikler sağlanırken, devlet bütçesinden sağlığa ayrılan pay azalmış, döner sermaye gibi uygulamalarla kamu sağlık kurumlarının kendi kaynaklarını yaratması, hastanelerin işletme statüsüne getirilmesi, sözleşmeli personel, hizmet satın alma gibi uygulamalar gündeme getirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla piyasaya açıldığı ve ticarileşmeye başladığı bu süreçte diğer yandan kamu sağlık hizmetleri ve özellikle hekimler üzerinden sağlık çalışanlarına yönelik ideolojik saldırılar artmış ve kamu sağlık hizmetleri hem fiilen hem de algısal olarak toplum nezdinde gözden düşürülmeye çalışılmıştır. Bu çabalar 1990'lı yıllarda gündemi oldukça meşgul eden sağlık reformu girişimlerinin alt yapısını hazırlamıştır. Özellikle Dünya Bankası gibi küresel kurumların rehberliği ve finansörlüğü ile gündeme gelen reform çabaları 1990 sonrası koalisyon hükümetleri tarafından piyasacı çizgiden ödün verilmeden sürdürülmüştür. Sosyal güvenlik sisteminde düzenlemeler, finansman ve hizmet sunumunun ayrılarak Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, sağlık alanına kamu dışı kurum ve aktörlerin dâhil edilmesinin teşvik edilmesi, aile hekimliği modeli, adem-i merkeziyetçi anlayışla

kamu kurumlarında özel odalar, kamu kurumlarının işletmeleştirilmesi, özel sağlık kurumlarına verilen teşvikler, vergi indirimleri gibi uygulamalar ise aktif özelleştirme örnekleridir. Pasif özelleştirme ise, kamu yatırımlarının azaltılmasıyla ortaya çıkan boşluğu özel sektör 'kendiliğinden' doldurmaktadır. Bu genişlemede özellikle kamuda çalışan sağlık çalışanlarının (özellikle hekimlerin) kamudaki koşullardan memnuniyetsizlikleri nedeniyle özel sektöre kayışları söz konusudur. Aslında pasif özelleştirmede devletin uyguladığı politikalarla ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır (Muschell, 1995'den aktaran Soyer ve Belek, 1998, s. 36).

yeniden yapılanma gibi Dünya Bankası'nın önerileriyle uyumlu reform önerileri hazırlanmıştır. Dönemin siyasal ve ekonomik gündeminin Türkiye'ye özgü koşulları nedeniyle hayata geçirilmesi aksayan bu öneriler 2002 yılında Adalet ve Kalkınma Partisi'nin iktidara gelmesi ve 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlatılmasıyla kararlı bir şekilde adım adım uygulanmıştır.

5.1. Küresel Kapitalizmle Eklemlenme: Sağlıkta Piyasalaşma ve İşletmecilik Temelli Yönetim (1980- 1988)

Türkiye'de 1980'li yıllarda gerçekleşen dönüşümde sermayenin dünya ölçeğinde yeniden yapılanması belirleyici olmakla birlikte her ülke sahip olduğu kapitalist ilişkilerin ulaştığı aşamaya bağlı olarak kendine özgü bir dizi mekanizmayla küresel kapitalizme eklemlenmektedir (Ercan, 2002, s. 44). Yalman'a göre 1970'lerin giderek bir hegemonya krizine dönüşen ekonomik ve toplumsal koşullarında, burjuvazinin siyasal ve ideolojik hegemonyasınının yeniden kurulması gündemin acil sorunu olmuş ve yeni bir tarihsel bloğun inşası için yeni bir hegemonya aracına ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle *piyasa* Türkiye ekonomisinin dünya ekonomisine eklemlenme biçimi hem de devlet-ekonomi ilişkilerinde kökten bir değişimi ifade ettiği ölçüde bir hegemonya stratejisi[130] olarak işlev görmüştür (2002, s. 20). Bu dönemde 'piyasa' ve 'piyasa toplumu' fikri hiç olmadığı kadar güçlü şekilde savunulmaya başlanmış ve piyasayı kurma ve geliştirme adına yapılan yasal, kurumsal ve kültürel müdahaleler bu dönemde oldukça artmıştır. Batıda uygulanan girişimcilik, rekabet kültürünü yayma, özelleştirme ve özerkleştirmeyle ilgili tekniklerin gündeme gelmesiyle bu dönem piyasanın ve piyasa toplumunun altyapısının derinleştirildiği bir kuruluş dönemi olmuştur (Özkazanç, 2011, s. 18).

Türkiye'nin küresel sermaye ile bütünleşmesi ve dolayısıyla küresel sermayenin Türkiye'deki olanaklara ulaşmasında belirleyici olgu 1980 Askeri Darbesi olmuştur. Askeri darbe'nin sağladığı uygun ortam eklemlenme süreci için gerekli

[130] Yalman, 1980 sonrası Türkiye'deki piyasa söylemi ve yapısal uyum deneyimini yeni bir hegemonya projesi olarak değerlendirmektedir. Piyasa söylemi kitlelerin depolitizasyonu sürecinde işlevsel olmakla birlikte toplum genelinde yaygınlık kazandığı sürece toplumsal gerçekliklerin belirleyicisi bu anlamda yeni bir tarihsel bloğun inşasında işlevsel olmuştur. Büyük sermaye gruplarının örgütü TÜSİAD'ın 1970'dan itibaren, 1980 sonrası asker ve sivil hükümetlerin serbest piyasa söylemine sarılmalarının altında yatan temel neden bu olmuştur (Yalman, 2002, s. 23).

ittifakların taraflarını da belirlemiştir.[131] Bu anlamda 12 Eylül Askeri Darbesi ve 24 Ocak 1980'de uygulamaya konan yeni kararlar sermaye birikimin içine girdiği bunalımı aşmanın birbirleriyle ilişkili farklı görünümlerini oluşturmuştur. Askeri Darbe devleti yeniden biçimlendirerek emek ve toplumsal muhalefete karşı güçlü bir devletin gereklerini sağlarken, 24 Ocak Kararları ise büyük sermayenin yeni ihtiyaçlarına karşılık gelecek çıkarları yaşama geçirmiştir. DB ve IMF ülke piyasasının dünya piyasası bütünleşmesinin nasıl gerçekleşeceğine ilişkin düzenlemelerin genel çerçevesini çizmiştir (Ercan, 2003, s. 20-21). Bu bağlamda 12 Eylül Askeri Darbesi, Türkiye'nin ekonomik, politik ve hukuki üst yapısını sermaye birikiminin yeni koşulları için hazırlama işlevi görmüş, emek ve sermaye arasındaki güç dengesi sermaye lehine yeniden kurulmuştur (Savran, 2001, s. 409). Poulantzas'ın "otoriter devlet biçimi" olarak tanımladığı, siyasal alanın daralması ve devlet aygıtının iç hiyararşisinde yürütmenin özerkleşerek güçlenmesi ile karakterize edilen bu devlet biçimi, neoliberal politikaların geniş toplumsal kesimlerin direnciyle karşılaşmadan hızla uygulanması konusundaki işlevselliği nedeniyle hem başka ülkelerde hem de Türkiye'de siyasi rejimin yeni biçimini oluşturmuştur (Oğuz, 2016: 93).

Türkiye'de neoliberal yapısal dönüşüm veya uyum sürecinin fiili başlangıcını 24 Ocak 1980 tarihli kararlar ve Haziran ayında IMF ile yapılan üç yıllık stand-by düzenlemeleri oluşturmuştur (Sönmez S., 2009, s. 25-26). Bu düzenlemelerin öne çıkan özelliği içe yönelik birikim sürecinden dışa yönelik birikim sürecine dönüşümü sağlamaya yönelik düzenlemeleri içermesidir. Dönüşümün gerçekleşmesi için yeniden yapılanma süreci temel olarak iki koldan yürütülmüştür. Bu süreçler sermaye-emek ve sermaye kesimleri arasındaki ilişkiler ile devletin yeniden yapılandırılması üzerinden gerçekleşmiştir. İzlenen yeni kapitalist birikim stratejisi doğrultusunda üretim maliyetlerin düşürülmesi yani ücretlerin düşük düzeyde tutulması ve para politikalarının izlenmesi hedeflenmiştir. İthalatta korunma oranları düşürülerek yerli üretim dış rekabete açılmış, yabancı sermaye girişini kolaylaştıran yeni kanunlar çıkarılmış ve kamu kesiminin ekonomideki yerinin küçültülmesi amaçlanmıştır. Bu

[131] Bu ittifakın aktörleri, ülkede belirli bir hegemonik konuma ulaşan ve verili koşullarda bu konumunun devamlılığını sağlayamayan *büyük ölçekli sermaye*, siyasal temsil krizi yaşayan ve toplumsal muhalefet karşısında güç kaybeden *devlet ve siyasal yapılar* ve dünya ölçeğinde piyasa yönelimli yeniden yapılanmanın ve sermayenin aktörleri olan *Dünya Bankası ve IMF* olmuştur. Güçlü devlet ve serbest piyasa mantığı dolayında biçimlenen süreç üçlü ittifakın belirli ölçülerde kesişen çıkarlarını yansıtmaktadır (Ercan, 2003, s. 20-21).

dönüşüm ihracatın artırılması, finansal serbestleşme ve sermaye donanımını güçlendirmeye yönelik politikalarının yanında 1980 darbesiyle birlikte işçi sınıfı mücadelesine de büyük bir darbe vurmuştur (Sallan Gül, 2004, s. 283; Öztürk ve Ercan, 2009, s. 75-76; Kaya, 2009, s. 237). Öngen'nin ifadesiyle "24 Ocak Kararları sınıfsal özü açısından basit bir istikrar paketi olmayıp sermayenin emek karşısında güçlendirilmesi ve siyasetin ekonominin gereklerine uyarlanmasını hedeflemiş ve Türkiye ekonomisinin dünya pazarlarıyla birleşmesinin önündeki engelleri kaldırılmıştır". Çalışma yaşamını disiplin altına almak ve işçi sınıfını bastırmaya yönelik olarak sendikal faaliyetler ve grevlerin yasaklanması, maliyetlerin düşürülerek ücretlerin düşük tutulması gibi girişimlerle yeni birikim rejiminin "düşük ücretli bir ekonomi yaratma"[132] hedefi yönünde ilk adımlar atılmıştır (2003, s. 143). Güçlü bir sosyal devlet geleneği bulunmayan Türkiye'de bu dönem boyunca depolitizasyon ve örgütsüzleştirmeler ile emekçilerin direnme ve dayanışma potansiyelleri asgariye indirilerek yeni sermaye birikimi için uygun koşullar yaratılmıştır (Kaya, 2009, s. 239)[133]. Yeni sermaye birikiminin koşullarına uygun serbest piyasa toplumunun siyasal ve kültürel dayanaklarının geliştirilmesi için hegemonik bir proje olarak yeni sağcı "iki-ulus projesi" geliştirilmiştir. Bu projeye uygun olarak devlet ideolojisi olarak kabul edilen Türk-İslam senteziyle süreklilik içinde ama onu aşan ve dönüştüren bir neoliberal ekonomizm ile şekillenen bu hegemonik proje ile toplumu sınıfsal, siyasal ve kültürel düzeylerde ikiye ayırarak tüm topluma yeni bir sağduyu ve kültür aşılamaya çalışılırken bu dönüşüm sürecine uyum sağlamayanlar dışlanmış ve baskı altına alınmıştır (Özkazanç, 2012, s. 24-25).

[132] 1980 sonrası bütün kapitalist dünyada emek örgütlerinin siyasi haklarının geriletildiği, toplu sözleşme ve grev haklarının kısıtlandığı, sendikal ve siyasal örgütlenmenin engellendiği düzenlemelerin yaygınlaşmasına tanıklık etmiştir. Ücretli emeğin istihdam olanaklarının daralıp işsizlik oranları yükselmiştir (Yeldan, 2003a, s. 352). Devlet politikaları aracılığıyla sınıf dengelerinin emek aleyhine, sermaye lehine döndüğü bu yıllar sermaye için "yüksek karlı" olan yıllar olmuştur. 1980'li yıllarda Türkiye burjuvazisi de "düşük ücretli" bir ekonomi yaratmak ve dünya kapitalist sistemi ile bu konuda bütünleşmeye dönük bir strateji izlemiştir. Bu dönüşüm bir yandan sanayi ürünlerinde büyük bir sıçramaya yol açması, diğer yandan ucuz işgücünün Türkiye'nin yabancı sermaye açısından çekiciliğini artıracağı umulmuştur (Boratav, 2005a, s. 42).

[133] Diğer tüm örgütlenmelerde olduğu gibi sağlıkla ilgili meslek kuruluşları, sendika ve dernekler de kapatılma, mal varlıklarına el konulması ve üyelerinin tutuklanması gibi uygulamalarla karşı karşıya kalmışlardır. TTB ve diğer meslek örgütlerinin zaten sınırlı olan yetkiler içeren yasaları 1982 Anayasası'na paralel değiştirilmiş, yetkileri daraltılmış ve vesayet altına alınmıştır (Aksakoğlu, 2012, s. 107; Soyer, 2003, s. 306).

12 Eylül Askeri Darbesi'nin ardından askeri yönetim ve ANAP Hükümeti kamu yönetimi reformu konusunda önemli girişimlerde bulunmuştur. Bu reformlarla genel olarak kamu yönetiminde merkezileşmeyi azaltmak için görev, yetki ve sorumlulukların yeniden düzenlenmesi, bürokrasinin azaltılması[134], kamu personelinin daha verimli kullanılması için personel sayısının azaltılması amaçlanmıştır (Berkman ve Heper, 2002, s. 157). Kamu yönetiminde reform beklentisi ve önerileri sermaye kuruluşları tarafından da dile getirilmiş bu çerçevede 1983 yılında TÜSİAD tarafından *Kamu Bürokrasisi* adlı bir rapor hazırlanmıştır. Raporda piyasa ekonomisinin gelişmediği ülkelerde bürokrasinin bireysel girişimciliği ve kalkınmayı olumsuz etkilediği tespiti yapılarak, "bürokrasiyi bu kadar büyütecek yerde sonuçları piyasa fiyatı ile ölçülebilecek nitelik gösteren kamu hizmetlerinin serbest bırakılarak özel girişimin harekete geçirilmesi" gibi öneriler yer almıştır (TÜSİAD, 1983, s. 3).

1980 sonrası tüm toplumsal alanın metalaştırma ve piyasa terk edilmeye başladığı bir dönemde sağlık ve eğitim gibi sosyal alanlar da meta üretiminin konusu haline gelmiştir (Öztürk ve Ercan, 2009, s. 89). [135] Tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da "minimal devlet" tüm düzenlemelerin ilkesi haline gelmiş, "daha az devlet, daha çok piyasa" söylemi devlet/piyasa ve devlet/toplum ilişkilerinde köklü değişimler yaratırken kamusal sağlık hizmetleri önemli oranda aşındırılmıştır (Mercan, 2013, s. 178; Soyer, 2003, s. 303).

1980-83 Milli Güvenlik Konseyi yönetimi altında sağlık politikaları alanındaki en önemli değişiklik 1982 Anayasa'sı ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden tanımlanması olmuştur. Sağlığı temel bir insan hakkı olarak gören ve bu hakkı

[134] ANAP Hükümeti için "bürokrasi ile mücadele" programının temel hedefleri arasında yer almaktadır. ANAP Hükümeti bürokrasi kavramını daha çok "kırtasiyecilik" ve "devletin ekonomiye müdahalesi" olarak yorumlamış ve kırtasiyeciliğin azaltılmasına yönelik faaliyetler nüfus, pasaport ve ehliyet gibi işlemlerin sadeleştirilmesi ile sınırlı kalmıştır (Eryılmaz, 2010, s. 153).

[135] 1980 sonrası Avrupa'da başlayan ve dünyada genelleşen sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasalaşması süreci her ülkenin kapitalist gelişimin hangi evresinde olduğu ve kendi tarihsel-toplumsal özellikleri bağlamında gerçekleşmiştir (Güzelsarı, 2012, s. 35). Gelişmiş kapitalist ülkelerde kamu harcamaları ve sosyal güvenlik programlarının harcamalarından kaynaklı sağlık harcamalarının artışı bu dönüşümün temel nedeni olarak gösterilmiş ve bu nedenle kamu harcamalarının kısılması, özel sigortacılık ve hastanecilik hizmetlerinin desteklenerek, bütün sağlık işletmelerinin rekabet edebilecekleri piyasa koşullarının devlet tarafından düzenlenmesi başlıca reform yönelimleri olmuştur. Türkiye gibi geç kapitalistleşen ülkelerde ise özelleştirme kaynak kıtlığının çözümü olarak önerilmiş ve özelleştirme uygulaması devletin yönetsel ve finansal desteği ile kamu kaynaklarının özel sektöre aktarılması şeklinde gerçekleşmiştir. Özelleştirme- sigorta uygulaması ile birlikte- kullanım anında cepten yapılan ödemelerin piyasa koşulları içinde denetlenmesi ve kapitalist ilişkilerin yerleştirilmesi amacına yönelik olmuştur (Belek, 1995a, s. 110-111).

devlet tarafından güvence altına alan 1961 Anayasa'sındaki anlayış devletin sorumlu olduğu değil "düzenleyici" olduğu bir anlayışa dönüşmüştür. Bu anlayış Anayasasının 56. Maddesi'nde şöyle ifade edilmiştir. *"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın ödevidir. Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası konabilir"*. Bu temel politika değişikliği başta MGK Hükümeti Programı olmak üzere tüm resmi belgeler ve hükümet programlarına yansımıştır (Soyer, 2003, s. 305). Daha önce anayasal hak olarak tanımlanmış "sağlığa erişim hakkı" her yeni düzenleme ile ciddi biçimde kısıtlanmış ve sağlık hizmetleri "bedeli ödenerek alınan bir hizmet"[136] biçimini almaya başlamıştır (Mercan, 2013, s. 178). Bu anlayışla MGK döneminde 1981 yılı sonunda Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş, kamuda çalışan sağlık personelinin özlük haklarını düzenleyen Tam Gün Kanunu'nun ücret ve mali yükümlülükler ile ilgili hükümleri yürürlükten kaldırılarak hekimlere dört yıl zorunlu hizmet getirilmiştir (Soyer, 2003, s. 305-306). 1981 yılında 2368 sayılı kanunla[137] birlikte kamuda çalışan hekimlere özel muayenehane açma izni verilmiş, 1981 yılında SSK kapsamında gelir ve aylık almakta olanlar için ilaç katkı payları getirilmiştir[138].

[136] Sağlık hakkının koşullandırılması 1980'lerin ruhuna uygun şekilde 1982 Anayasasında yer almıştır. Danışma Meclisinin gerekçesinde, 1980 Anayasasının 56. Maddesinin getirdiği yenilik "genel sağlık sigortası" olarak tanımlanmış ve şu ifade kullanılmıştır: "Bu sigortanın kuruluş ve işleyişi ile ilgili Anayasada belirtilen ilke şudur: vatandaşlar katılma payı ödeyecekler, yoksul ve dar gelirli vatandaşlara ise devlet yardımı temin edilecektir". Ayrıca, "devletin iktisadi ve sosyal ödevlerinin sınırları" başlıklı 65. Madde 2001 yılında değiştirilmiştir. Bu değişiklikle, "Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek mali kaynakların yeterliliği ölçüsünde yerine getirir" denilmiş ve devletin sosyal ve ekonomik alandaki sorumlulukları "mali kaynaklar" ölçütünde sınırlanırken sunulan sağlık hizmeti "katılım payı" ile koşullandırılmıştır (Mercan, 2013, s. 178).

[137] 2368 Sayılı "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun", (Kabul Tarihi: 31.12.1980, RG: 31 Aralık 1980, Sayı: 17207 (Mükerrer).

[138] 2422 Sayılı "Sosyal Sigortalar Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine İki Maddesinin Kaldırılmasına ve Bu Kanunun Bazı Ek ve Geçici Maddeler Eklenmesine Dair Kanun" (Kabul tarihi: 6. 3. 1981), RG 8.3. 1981, Sayı 17273.

1983 genel seçimlerinin ardından iktidara gelen ANAP Hükümeti ile birlikte neoliberal politikalar güçlendirilmiş dış ticaret ve iç piyasalarda serbestleşme hızlandırılmıştır (Sönmez S., 2009, s. 26). Birinci ve ikinci ANAP Hükümeti Programları ve bu programlarla örtüşen V. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1980'ler boyunca izlenecek olan neoliberal politikaların habercisi olmuştur. 1983 ANAP Hükümeti Programında, "*özel sağlık müesseselerinin kurulması, teşvik edilmesi, ilaç sektörünün geliştirilmesi ve rekabetin sağlanması için gerekli tedbirlerin alınacağı*" ve "*herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak sistemin hedeflendiği*" belirtilmiştir. Benzer şekilde V. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın sağlığa yaklaşımındaki temel bir ilke olarak kabul edilen 'verimlilik' kavramı "*sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için işletmecilik yönünden ele alınacaktır"* şeklinde ifade edilmiştir. Planda ayrıca *"özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir. Bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır"* ifadesiyle özel sektör doğrudan desteklenmiştir (Soyer, 1995c, s. 141). 1980'e kadar olan kalkınma planlarında sağlık hizmetleri daha çok toplumsal refahın bir aracı olarak ele alınırken Beşinci Kalkınma Planı'da sağlıkta metalaşmanın önünü açan bir seyir izlenmiştir (Zencir, 2009a, s. 24).

Bu dönemde Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesine yönelik ilk yapısal düzenleme 181 Sayılı "Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK)" [139] olmuştur. Sağlık Bakanlığı taşra örgütlenmesinde değişikliğe gidilmiş, taşra örgütlenmesi yönetsel olarak "il sınırları" kapsamına alınmıştır. Bu değişiklik ile Sosyalleştirme'nin taşra örgütlenmesinde esas aldığı "hizmet ve gereksinim" önceliği ve sağlık teşkilatının hizmet bütünlüğü ilkeleri idari sınırlara göre yeniden belirlenmiştir. Bu değişim kaymakamların sağlık personelinin amiri olması sonucunu doğurmuştur (Yavuz, 2013, s. 192).

Sağlık alanındaki piyasacı ve işletme yönelimli anlayışı yansıtması bakımından en önemli belge 1987 tarih ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur.[140] 1987 tarihli kanunda ilk kez "verimlilik" ve "rekabet" gibi yeni kamu işletmeciliği

[139] 181 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname", (Kabul tarihi: 13.12.1983), RG: 14.12. 1983, Sayı: 18251 (Mükerrer).
[140] 3359 Sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu", (Kabul Tarihi: 7.05.1987), RG: 15 Mayıs 1987, Sayı: 19461.

fikirleri yer almış ve sağlık hizmeti "ekonomik bir faaliyet veya iş alanı" olarak tanımlanmıştır. Kamu ve özel sağlık kuruluşlarını aynı yaklaşımla ele alan kanun, kamu sağlık kuruluşlarının statü olarak işletme haline getirilmesi, hizmetlerin fiyatlandırılması ve sosyal güvenceye sahip olan herkesin kamu ya da özel istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesini olanaklı kılınmıştır. Sağlık personellerine yönelik Sağlık Bakanlığı'na geçici ve daimi meslekten men etme yetkisi verilmesi, yabancı sağlık personeli çalıştırılma izni, özel ya da kamu sağlık kuruluşlarında zorunlu hizmet yaptırma yetkisi ile sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesine ilişkin hükümler yer almıştır (Soyer, 2003, s. 307; Pala, 2007, s. 17). Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasaya açılması, devletin bu alandaki sorumluluklarına son verilmesi, sağlık personeli üzerinde piyasa mantığı ile oluşturulan baskının meşrulaştırılması ile bu kanun kendinden sonraki tüm girişimlerin öncüsü olmuştur. Kanunda ayrıca sağlık sigortasını tek elden yürütmek amacıyla bütün sosyal güvenlik kuruluşlarının primlerinin tek elden toplanması, GSS'ye geçişi sağlamak için destekleme fonunun kurulması gibi öneriler yer almıştır (Şemin, 1993, s. 3). 3359 Sayılı Kanun'un bazı hükümlerinin[141] Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesiyle öngörülen girişimler uygulamaya aktarılamamış, hastanelerin sağlık işletmesine dönüştürülmesine yasanın çıkarılmasından çok sonra bir pilot uygulamayla başlanabilmiştir (Mazgit, 1998, s. 177). Bu konudaki yasal çerçeve 1994 yılında Bakanlar Kurulu tarafından çıkarılan bir yönetmelik[142] ile hayata geçirilmiştir. 1995 yılında aynı yasaya dayalı olarak Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri işletme haline getirilmiştir. 3359 Sayılı Kanun'nun 3. Md'sinde "…*kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır"* ifadesiyle özel sektörden hizmet satın alınabilmesinin yolu açılmıştır. Bu uygulama kamu kaynaklarının özel sektöre aktarmanın bir yöntemi olarak kullanılmıştır.

[141] Anayasa Mahkemesi 1998 yılında sözleşmeli personel ile ilgili hükümleri iptal etmesiyle bu girişim istenilen sonucu doğuramamıştır. Anayasa Mahkemesi, 19 Nisan 1988 tarih ve E. 1987/16, K. 1988/8 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Kararı, RG: 23.08.1988, Sayı: 19908.

[142] Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, (Bakanlar Kurulu Kararı: 29.11.1994), RG: 11.01.1995: Sayı: 22168.

1980'li yıllarda piyasacı ve işletme yönelimli düzenlemelerin uygulanabilmesi için toplumun kamu sağlık hizmeti ve sağlık çalışanlarına karşı olumsuz tutum geliştirmelerini sağlamak ANAP hükümetlerinin izledikleri temel stratejilerden biri olmuştur. Bu dönemde sağlık çalışanları gelirlerinin düşmesi, baskı ve denetimlerin artmasının yanında hükümet tarafından kendilerine yöneltilen yoğun eleştirilere maruz kalmışlardır (Ünlütürk Ulutaş, 2011, s. 170). "Kamu hizmetlerinin çökertilmesi" girişimi olarak adlandırılabilecek bu süreçte Sağlık Bakanlığı'nın birinci ve ikinci basamak kamu sağlık kurumlarında hizmetlerin nitelik ve nicelik olarak yeterli düzeyde sunulmasına yönelik desteğini azaltması toplumun sağlık hizmeti ve sağlık çalışanlarından memnuniyetsizliğini artırmıştır. Artan beklentiler ve memnuniyetsizlik özellikle büyük şehir merkezlerinde özel sağlık polikliniklerinin sayısını hızla artırmış, yakınlık ve hızlı hizmet sunma gibi nedenler vatandaşların özel polikliniklere olan talebinin artmasına neden olmuştur (TTB, 2011a, s. 12). Özellikle büyük kent hastanelerindeki yığılmalar öne sürülerek kamu hastanelerinin aşırı merkeziyetçi ve bürokratik yapısının verimsizliğin temel nedeni olduğu, rekabet, hizmetlerin fiyatlandırılması gibi işletmeci yöntemlere sahip olmayan hastane yönetimleri nedeniyle hizmetlerin iyi sunulamadığı ileri sürülerek hastanelerin işletme haline getirilmesi önerilmiştir (Soyer, 1995c, s. 142). İşletmeciliği tamamlayıcı bir unsur olarak sağlık hizmeti sunan kurumlara belirlenen fiyatlar üzerinden ödeme yapan bir sosyal güvenlik kurumu oluşturulması ve sosyal güvencesi olmayanlar için ise ayrı bir fon oluşturularak devletin vergi veren yurttaşlara karşı değil en yoksullara karşı sorumlu olduğu bir sosyal güvenlik modeli önerilmiştir (Soyer, 2000, s. 260).

ANAP döneminin sosyal devlet anlayışı yerine "yoksullara yardım" anlayışını yansıtan gelişme ise 1986 yılı sonunda çıkarılan "Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu" olmuştur. Bu kanun ile bir fon oluşturulmuş her il ve ilçede Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları kurularak "fakir ve muhtaç" kişilerin maddi ihtiyaçları yanında iş bulma, eğitim, sağlık gibi ihtiyaçlarının karşılanmasını amaçlanmıştır. Bu kanunla 1980 sonrası dönemde bozulan bölüşüm ilişkileri ve düşen sosyal harcamalar nedeniyle toplumda oluşan tepkilerin azaltılması amaçlanmıştır. Daha sonraları bu fon uygulaması "Fak-Fuk-Fon" gibi küçümseme içerikli bir ifade ile anılmaya başlanmıştır (Soyer, 2000, s. 260-261; Soyer ve Belek, 1998, s. 41). Özal döneminde fon sistemi bütçe dışı ve denetimi olmayan para-kaynak

kullanımının bir yolu olarak işlev görmüş ve kaynaklar özellikle seçim dönemlerinde artırılarak popülist politikaların bir aracı haline getirilmiştir (Salan Gül, 2004, s. 299-300). Boratav'ın "yoz popülizm" olarak adlandırdığı ücretlilere vergi iadesi, fak-fuk-fon gibi uygulamalar kentli yoksul kitlelerin ekonomik sorunlarının çözümünü işgücü piyasasının dışına taşımanın bir yolu olarak kullanılmıştır (Boratav, 2014, s. 193). Bu anlayışın diğer bir yansıması Sağlık Bakanlığı'nın isim değişikliğine gitmesinde olmuştur. Dönemin Başbakanı Özal'ın *"sosyal yardım bizim görevimiz değil"* sözüne uygun olarak Bakanlığın "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" olan adından "Sosyal Yardım" kısmı atılarak "Sağlık Bakanlığı" haline getirilmiştir (Aksakoğlu, 2012, s. 107). Bu düzenlemeyle birlikte sosyal hizmet ve sosyal yardımların sağlıkla ilişkisi koparılmıştır (Küçük, 2017, s. 260).

1980-1988 yılları arasında Sağlık Bakanlığı bütçesinin azaltılması yönünde bir politika izlenmiş ve Sağlık Bakanlığı harcamalarının kamu harcamaları içindeki oranı azalmıştır. 1980 yılında toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı 4,23 iken bu oran 1986 yılında 3.72 düzeyine gerilemiştir. Aynı dönemde devlet bütçesi içinde Sağlık Bakanlığı'nın payı 4,2'den 2,7'ye düşmüştür. Bütçe kesintilerinden doğan gelir kaybı 1983 yılından itibaren döner sermaye[143] uygulamalarının Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde yaygınlaştırılarak alternatif kaynak yaratma yoluna gidilmiştir. Bu yıllarda sağlık yatırımlarına verilen teşviklerle sağlık sektöründe özel sektör yatırım ve girişimcilerin sayısı hızla artmıştır. 1980 yılında özel kesim sağlık yatırım harcamalarının toplam sağlık yatırımı içindeki payı %9,7, 1984'de %12,2, 1985'de %22 ve 1992 yılında %34,5' e yükselmiştir (Yıldırım S., 1994, s. 82, 89). Kamuya desteğin azaltılıp devlet eliyle özel sektörün desteklenmesi politikası özellikle 1985-1992 yılları arasında hız kazanmasına karşın Türkiye'de özel sağlık sektörü henüz büyük sermaye için 'istenilen' düzeye ulaşmamıştır. Yatırım teşviklerinden yararlanan kuruluşları tek tek hekimler ya da ticari amaçla bir araya gelen şirketleşmiş hekim grupları oluşturmuştur. Çoğunlukla hekimlere ait olan "butik özel hastaneler" [144] in

[143] Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda döner sermaye uygulamasına ilk olarak 1961 yılında çıkarılan 209 Sayılı Yasa ile başlamıştır. 1975, 1983'te ve 2001'de yapılan değişikliklerle günümüzde Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurumlarda finansman ve harcamaların karşılanmasında döner sermaye gelirleri önemli bir paya sahiptir. 1993'te Sağlık Bakanlığı gelirlerinin yalnızca % 13,7'sini oluşturan döner sermaye gelirlerinin payı 2003'te % 81,4'e kadar yükselmiştir (Pala, 2005, s. 72).

[144] Hamzaoğlu, özel hastaneleri gelişme hızına göre 1995 yılına kadar olan dönemi "butik özel hastaneler dönemi", 1996-2005 yıllarını "geçiş dönemi" ve 2006 ve sonrasını "mega özel hastaneler dönemi" olarak adlandırmaktadır (2014, s. 432-433).

açıldığı bu dönemde, özel hastaneler daha çok kişilerin hastane giderlerini doğrudan doktora ya da hastaneye ödedikleri, kamuda yarı zamanlı ya da özelde çalışan doktorların çoğunlukla cerrahi tedaviler için kullandığı az yatak kapasiteli hastanelerden oluşmuştur. Hekimlerin dışında turizm, inşaat ve otel şirketleri de sağlık sektörüne ilgi göstermiş bazı finans kuruluşları özellikle tıbbi cihaz ithali ve kiralanmasına aracılık etmişlerdir. Bu dönemde özellikle bilgisayarlı tomografi, nükleer tıp laboratuvar yatırımları, röntgen ve ultrason cihazları gibi en son ve pahalı teknolojilerin ithal edilmesi konusunda teşviklerden yararlanılmış ve yatırımlar özellikle teşhis, tedavi ya da kiralama amaçlı girişimlerde kullanılmıştır (Soyer, 1995b, s. 120-121; Hamzaoğlu, 2014, s. 432-433).

Piyasa ekonomisi ve piyasa toplumunun temellerinin atıldığı 1980'li yıllarda sağlık hizmetlerinin piyasaya açılması ve kamu sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesi yönünde önemli adımlar atılmıştır. Nitelik ve nicelik açısından kasıtlı bir tutumla kötüleştirilen kamu sağlık hizmetleri gerekçe gösterilerek sağlık sistemini tüm boyutlarıyla dönüştürmeyi hedefleyen 'sağlık reform' larının gerekliliği konusunda genel bir kanı oluşturulmuştur.

5.2. Küresel Kapitalizmin Kurumları Öncülüğünde Sağlık Reformları: 1990-2002 Yılları

1980'li yıllar neoliberal politikalarla Dünya'da sosyal refah kurumlarının aktif olarak tasfiye edildiği yıllar olmuş ve Türkiye ANAP hükümetinin izlediği politikalarla dünyadaki eğilimle uyumlu bir seyir izlemiştir. 1990'lı yıllara geçiş dünyada neoliberal reformların yasal düzenlemelerle kurumsallaştırılarak devletin yeniden yapılandırıldığı bir dönem olmuştur (Güzelsarı, 2008, s. 95). Devletin yeniden yapılandırılmasının mülkiyetin korunması ve yatırımların güvenli bir şekilde gerçekleşmesini sağlayacak biçimde yani küresel ekonominin rahatlıkla işleyebileceği hukuksal temelin güvenceye alınması şeklinde olması hedeflenmiştir (Zabcı, 2009, s. 68). Türkiye'de 1990'lı yıllar boyunca süren siyasal alanın yeniden yapılandırılması ve ekonominin kendine özgü finansallaşması gibi nedenler Türkiye'nin dünyadaki neoliberal gündemin bu gelişim seyrine eklemlenmesini yaklaşık on yıl geciktirmiştir (Bekmen, 2013, s. 54). Savran'a göre 1990'lı yıllardaki bu gecikme ya da yavaşlama,

1980'lerin sonundan itibaren canlanmaya başlayansınıf mücadelesinin etkisi,[145] Kürt sorunu nedeniyle ekonomik kaynakların tüketilmesi ve burjuvazinin politik güçleri arasındaki laik-batıcı ve İslamcı kanat olarak siyasal düzlemde yaşanan bölünmelerle ilişkilidir (Savran, 2001, s. 411).[146] Boratav ise 1989-1993 yılları arasında ekonomi politikaları açısından iki önemli gelişmeyi belirleyici olarak görmektedir. İlk olarak askeri rejim vesayetinin kalkmasıyla 1980 öncesi siyasi partiler siyasete dönebilmiş ve geleneksel popülizmin ekonomi politikaları üzerindeki etkileri yeniden artmıştır. Neoliberalizmin istikrar politikalarının uygulanmasını olumsuz etkileyen bu duruma ek olarak diğer belirleyici gelişme ise 1989 yılında sermaye hareketleri üzerindeki kısıtlamaların[147] kaldırılması olmuştur. Bu serbestleşmeyi 1995 yılında Avrupa Birliği ile imzalanan Gümrük Birliği anlaşması izlemiştir (2003, s. 171-172). Boratav'a göre bölüşüm politikaları açısından popülizme zorunlu dönüş ve dışa dönük liberalleşmede atılan adımlar birbiri ile ilişkili olarak Türkiye ekonomisini 1994 krizine sürükleyen koşulları oluşturmuştur (2014, s. 195).

1989 İşçi eylemleri ile başlayan siyasal ve toplumsal alanda demokratikleşme ve sosyal haklar konusunda artan talepler kısıtlı bir demokratikleşme paketi ve işçi ve memur ücretlerinin göreli yükseltilmesi olarak karşılık bulmuştur. Bu ortamda 1989 yerel seçimleri ve 1991 genel seçiminde ANAP ağır bir yenilgiye uğrarken ANAP karşıtı cephe seçimden başarıyla çıkmıştır. 1991 yılıyla birlikte neoliberal hegemonyanın zayıfladığı, ekonomik durgunluk ve siyasal istikrarsızlığın damgasını vurduğu yeni bir aşama başlamıştır (Ataay, 2008a, s. 75). Genel seçimlerin sürekli zamanından önceye alınması, her seçimde oylamanın çok parçalı bölünmüş bir meclis yapısı çıkarması, 1993-2002 yılları arasında beş ayrı başbakanın başkanlığında altı ayrı koalisyon hükümetinin kurulması gibi nedenlerle sağlanamayan "siyasal istikrar"

[145] 1989 Bahar Eylemleri, 1990-1991 Zonguldak Grevi ve Yürüyüşü, KESK'in kurulması bu dönemdeki sınıf mücadelesinin aktif olmasıyla ilgili örneklerdir (Savran, 2001, s. 410).

[146] Bu bölünmenin temsilciliğini üstlenmiş siyasi partilerin birbiriyle düşmanlaşacak kadar ayrışmış olması 28 Şubat 1997 Muhtırasını gündeme getirmiştir. Türkiye'nin Batı ile bütünleşmesini arzu eden laik-batıcı kanat adına yapılmış bir askeri müdahale olarak 28 Şubat bu bölünmüşlüğün yarattığı olumsuz ortamda uygulamaya sokulamayan neoliberal önlemlerin hayata geçirilmesini kolaylaştırmıştır (Savran, 2001, s. 411-412).

[147] 1989 yılında alınan 32 sayılı karar ile sermaye hareketleri üzerindeki kısıtlamaların kaldırılmasıyla küresel kapitalizmle eklemlenmede önemli bir aşama kaydedilmiştir. 1989 sonrası dışa açılma daha çok finans piyasası üzerinden gerçekleşmiş ve sermaye hareketlerinin serbestleşmesiyle ulusal para ve faiz oranları merkez bankasının denetiminden küresel sermaye hareketlerinin denetimine geçmiştir. Bu finansal serbestleşme 1994 bunalımı ile sonuçlanmıştır (Yeldan, 2003b, s. 39-40).

neoliberal politikaların uygulanmasını sekteye uğratarak neoliberalizmin hegemonik krizinin bir göstergesi olmuştur. 1994, 1999 ve 2001 yıllarında üç ekonomik krizin yaşandığı bu kaotik ortamda dış dünya koşullarıyla sancılı bir eklemlenme süreci yaşanmıştır (Kaya, 2009, s. 244, 248). Ekonomik krizler nedeniyle milli gelir % 6 ile % 9,5 oranında küçülmüş, makro-ekonomik göstergelerde bozulma ve belirsizlikler ortaya çıkmış, ülkenin dış borçları artmıştır. Dış borçlanmanın artışı ve 1990'ların ilk yıllarında emeğin durumundaki görece iyileşmenin "tolerans sınırları"nı aştığı anlarda yaşanan ekonomik krizler bir anlamda "düzeltme operasyonu" işlevi görmüş ve bölüşüm ilişkilerinin sermaye lehine düzeltilmesi IMF ve Dünya Bankası'nın müdahaleleriyle gerçekleşmiştir (Boratav, 2003, s. 172, 194-195). Bu dönemde Uluslararası sermayenin akışını güvence altına alacak koşulların yaratılması için DB ve IMF gibi uluslararası kuruluşların gelişmekte olan ülkelere giderek artan müdahalesinin bir göstergesi ve bu müdahaleciliği meşru kılan bir anlayış olarak yönetişim kavramı önemli bir işlev üstlenmiştir (Zabcı, 2009, s. 57). Özal döneminde artan rant mekanizmaları, özelleştirmeler, finansal vurgunlar, banka hortumlamalarıyla devasa ölçüye ulaşan kuralsız bir kapitalizmin Türkiye ve tüm benzer ülkelerde vurgun-kap kaç olanaklarını artırdığını fark eden uluslararası sermaye bu kez "yolsuzlukla mücadele" gündemiyle devletin yeniden yapılandırılmasını bir "yönetişim" programı çerçevesi içine yerleştirmek istemiştir (Boratav, 2003, s. 173).

Dünya Bankası'nın sağlık politikalarındaki belirleyiciliğini[148] sağlık alanının sermayenin yeni bir birikim alanı ve piyasalaşması yönünde artırdığı 1990'lı yıllarda, sağlık sektörünün en önemli konusu "sağlık reformları" olmuş ve bu dönemde sağlık reformlarının kuramsal ve politik alt yapı hazırlıkları tamamlanmıştır. 1980'lerin sonunda başlayan ulusal sağlık politikası oluşturma girişimleri dünyadaki genel süreçle bağlantılı olarak DB ve DSÖ'nün ideolojik, finansal, teknik katkıları belirleyiciliğinde şekillenmiştir (Belek, 2001b, s. 445). Bu dönemde en önemli unsur DB'nin sağlık sektörüne artan ilgisi ve bu alandaki faaliyetleri olmuştur. DB, merkez ve çevre kapitalist ülkelerde sağlık alanındaki maliyetlerin karşılanamayacak

[148] Hamzaoğlu DB'nin sağlık alanındaki bilgi sunumu ve eylem sürecinin birbirini takip eden a) başlangıç aşaması, b) toplantılar ve tespitlerin yapılması aşaması, c) hedeflerin belirlenmesi ve d) çözüm aşaması olarak gruplamaktadır (2013, s. 175).

boyutlara ulaştığını ve önlem alınmadığı takdirde durumun daha da derinleşerek "sağlık krizi" yaratacağıyla ilgili saptamalarını kamuoyuyla paylaşmaya başlamış ve maliyet artışına bağladığı bir "sağlık krizi" nin engellenmesi için "sağlıkta reform" zorunluluğunu sıklıkla dile getirmiştir (Hamzaoğlu, 2013, s. 174). 1990'lı yıllarda DB'nın sağlık sektörüne artan ilgisi sağlık alanındaki kredilere de yansımış %1'olan kredi payı %7'ye yükselmiştir. Yürütülen proje sayıları artarken bu projelerin niteliği de değişmiştir. DB'nin yeni yaklaşımında sağlık kredilerinin az gelişmiş ülkelerde özelleştirme politikalarının desteklenmesi bu çerçevede koruyucu hizmetleri devletin, tedavi edici hizmetleri ise özel sektörün üstlenmesi öngörülmüştür. Bu işbölümünün gerçekleştirilmesi için yerelleştirme, fiyatlandırma ve özelleştirme gibi yöntemler önerilmiştir (Güler, 2005, s. 193).

Türkiye'de DB desteğiyle başlatılan reform girişimlerinin ilki Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) adına Dünya Bankası'nın Nüfus, Sağlık ve Beslenme Bölümü tarafından gerçekleştirilen 18 Mart 1986 tarihli "Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması" olmuştur. Dünya Bankası desteğiyle 1987 yılında çalışmalarına başlanan ve 1990 yılında tamamlanan DPT'nin Price Waterhouse adlı bir şirkete yaptırdığı "Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu" adlı çalışma ise yapılacak reformlar için belirleyici olmuştur. Bu çalışma kapsamlı bir raporla sağlık sektörünün mevcut durumunu tanımlamış ve gelişimi için dört ana seçenek sunmuştur. Bunlar mevcut statünün iyileştirilmesi, serbest pazar stratejisi, sağlık hizmetleri stratejisi ve uzlaştırma seçeneğidir. DPT bu seçeneklerden uzlaştırma stratejisini tercih etmiştir (Belek, 2001b, s. 438; Hamzaoğlu, 2013, s. 178). Master Plan Etüdü çalışması sonrasında Dünya Bankası ve Sağlık Bakanlığı arasında *I. ve II. Sağlık Projeleri*[149] ve *Temel Sağlık Hizmetleri Projesi* ikraz anlaşmaları imzalanmıştır. I. Sağlık Projesi

[149] 16 Ağustos 1990 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti ile DB arasında imzalanan 1. Sağlık Projesinin bütçesi 147,7 milyon dolardır. 75 milyon doları DB tarafından karşılanacak olan projenin amacı belirlenen illerde temel sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, sağlık hizmet sunumu ve etkinliğini artırmak ve Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel ve teknik kapasitesinin artırılması olarak belirlenmiştir. 2. Sağlık Projesi 28 Eylül 1994 tarihinde imzalanmış ve 22 Aralık 1994 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 200 milyon dolarlık bütçeye sahip olan projenin 150 milyon doları DB tarafından karşılanmıştır. Ağırlıklı olarak Doğu ve Güneydoğu illerini kapsayan 23 ilde uygulanacak proje Temel Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikası ve Yönetim olarak iki temel bileşenden oluşmuştur. 22 Eylül 1997'de imzalanan Temel Sağlık Hizmetleri Projesi ise 18,5 milyon bütçeye sahip olup, 14,5 milyon doları DB tarafından karşılanmıştır. Bu projenin amacı pilot illerde aile hekimliğine dayalı bir birinci basamak sisteminin desteklenmesi olmuştur. 1. ve 2. Projeler tamamlanmış, son proje ise 17 Ağustos 1999 Depremi nedeniyle bütçesi Marmara Acil Destek Projesine aktarılmıştır (Atasever ve Bağcı, 2020, s. 29-33).

İkraz anlaşması sonrasında 1991 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulmuş, proje çalışmalarına dayanak oluşturmak üzere Sağlık Kongreleri düzenlenmiştir. SPGK'nın kurulmasıyla Bakanlık bürokrasisi devre dışı bırakılarak sağlık alanındaki girişimler Dünya Bankası'nın sağlık projeleri doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Yapısal uyarlama reformlarının mevcut bürokrasi içinde "alternatif bürokrasiler" eliyle yürütülmesinin en iyi örneklerinden biri olan ve temel işlevinin ilgili oldukları kamu hizmetinin piyasa malı haline nasıl getirilebileceğinin teknik yollarını bulmak olan bu birimle Dünya Bankası ülkemizde sağlık alanının yönetimini devralmıştır. Bakanlığa ise sadece siyasi kadrolaşma ve ihale işlerinin bırakıldığı bir sürece girilmiştir (Güler, 2005, s. 172,174; Soyer, 2000, s. 261).

1991 genel seçimlerinin ardından kurulan DYP-SHP Koalisyon Hükümeti 1992-1993 yıllarında "sağlık reformu" tartışmalarıyla öne çıkmıştır. 1980 sonrası uygulanan piyasacı sağlık anlayışının özü hiç değişmeden ancak bir "taktik" değişikliği yapılarak toplumda bir "uzlaşma" arayışı görüntüsü oluşturulması ve kamuoyu yaratılmasına özel bir önem verilmiştir (Şemin, 1993, s. 7; Soyer, 2000, s. 261; Belek, 2001a, s. 430). Sağlık Bakanlığı tarafından 1992 ve 1993 tarihlerinde Ankara'da I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri gerçekleştirilmiştir. I. Kongre öncesinde hazırlanan "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı" adlı metinle reform çalışmalarının içeriği tartışılması planlanan çevrelere dağıtılmıştır. Kongrenin iktidar, muhalefet, sivil toplum örgütleri, basın gibi geniş bir çevreyi tartışmaya dahil etmek istemesi, kamuoyuyla reform çalışmalarının paylaşılması açısından dışa açık bir tartışma çağrısı niteliği taşımıştır (Belek, 2001a, s. 442). I. Ulusal Sağlık kongresinde bu taslak çerçeve ile ilgili değişik çalışma grupları oluşturularak taslağa son şekli verilmiş ve bir Ulusal Sağlık Planı hazırlanmıştır. Daha sonra birçok katılımcı ve kurum itirazlarını ve çözüm önerilerini Sağlık Bakanlığı'na göndermiş en güçlü itiraz ise Türk Tabipler Birliği'nden gelmiştir (Yenimahalleli Yaşar, 2011, s. 115). TBB kongrenin demokratik bir kaygı ile toplanmasına karşın temel ilkelerin sınırlı bir şekilde tartışıldığını, ortak bir görüşe ulaşılamadığını, katılımcı seçiminin nesnel yapılmadığını ifade etmiştir. Yine temsil gücünün zayıf olduğunu ve reform önerilerine[150] getirdikleri tüm

[150] Örneğin Aksakoğlu'nun başkanlığını yaptığı Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu aile hekimliği uygulaması ile ilgili itirazlarını dile getirmiş bu uygulama yerine sağlık ocaklarının güne uyarlanması

itirazlarına karşın sağlık sistemindeki sorunları piyasa mekanizmalarıyla çözmek isteyen bir anlayışın kongreye hâkim olduğu belirtilmiştir (Soyer, 2007a, s. 28). I. Kongrenin önerilerine çalışma gruplarından gelen itirazlar sonrasında SB reform programı üzerinde uzlaşma sağlanamayacağı ortaya çıkmış ve II. Ulusal Kongre'nin yapılmasından sonra SB sendikalar, meslek örgütleri ve üniversitelerle ilişkisini keserek kendi içine kapalı şekilde çalışmalarını tamamen yurt dışındaki teknik, politik ve mali çevrelerle sürdürmüştür (Belek, 2012, s. 53).

"Ulusal Sağlık Planı" olarak belirlenen sağlık reformunun önemli bileşenlerinden birini 2000 yılına kadar Sağlık Bakanlığı'nın yönetim ve örgütlenme yapısının desantralizasyonu oluşturmuştur. Desantralizasyon, DB ve DSÖ'nün gelişmekte olan ülkelere dayattığı yapısal uyum programları çerçevesinde gündeme gelen özelleştirme süreçleriyle iç içe geçmiş daha geniş kapsamlı politik ve ekonomik paketin bir bileşenidir. Bu kapsamda desantralizasyon politikaları doğrudan ve kısa sürede özelleştirilemeyen birimlerin/sektörlerin çeşitli piyasa mekanizmalarına açılması anlamına gelmektedir (Belek ve Belek, 1997, s. 51,78). Ulusal Sağlık Planı'nda Bakanlık ve kamu hastanelerinin yönetim ve örgütlenmesine ilişkin sorunlar sayılarak bunlar desantralizasyonun gerekçesi olarak gösterilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın çok başlı, aşırı merkeziyetçi, yetkilerin üst yönetimde toplandığı, koordinasyon eksikliği ve yetki karmaşasının yaşandığı, sektörü yönlendirmekten ziyade günlük işlerle uğraşılan bir uygulama bakanlığına dönüştüğü belirtilmiştir. Benzer tespitler kamu hastaneleri için de yapılmış hastanelerin en önemli sorununun verimsizlik olduğu belirtilerek, hastaneler arasında rekabet ve yönetimin performansını değerlendirecek veri-bilgi sisteminin olmayışı, hastanelerin tek merkezden yönetilmesi ve profesyonel yönetici eksikliği gibi nedenler verimsizliğin nedenleri olarak gösterilmiştir (SB, 1992, s. 1-8). Sağlık sistemindeki reformun temel amacının verimliliği artırmak ve hizmet sunumunda rekabeti sağlamak olduğunun altı çizilerek Sağlık Bakanlığı'nın hizmet üreten bir kurum yerine planlayan ve politikalar üreten bir yapıya dönüştürülmesi önerilmiştir (SB, 1992, s. 1-2). Bu amaçla merkez ve taşra teşkilat kanunu hazırlanması, bölge idarelerine işletimsel sorumlulukların

önerisini sunmuştur. Aile hekimliği sisteminin kırsal alanda zaten desteklenmeyen sağlık ocaklarının durumunu daha da kötüleştireceği aile hekimliği sisteminin bir özelleştirme uygulaması olduğu belirtilmiştir (Aksakoğlu, 2012, s. 109-110).

devredilmesi ve profesyonel sağlık yöneticiliğinin geliştirilmesi için gerekli teşviklerin yapılması gibi stratejiler belirlenmiştir (SB, 1993, s. 47-48). Kamu hastanelerinin 2000 yılına kadar kendi kaynaklarını kullanan işletmeler haline getirilerek özerkleştirilmesi, uygun maliyet, kalite ve verimlilik ilkelerine göre çalışmaları, çalışanların performansa göre ücretlendirilmesi ve enformasyon sisteminin kurulması hedeflenmiştir (SB, 1993, s. 51-52). Sağlık Bakanı Aktuna'nın bir açılış konuşmasında *"Özel sektör gelsin olabildiğince yatırım yapsın, çünkü bizim hedefimiz tedavi hizmetlerini eninde sonunda özel sektöre aktarmaktır"* şeklindeki ifadesi dönemin sağlık reformu anlayışını özetler niteliktedir (İTO, 1993, s. 14). Sağlık Bakanlığı ve kamu hastanelerinin yeniden yapılandırılmasına yönelik reform önerileri ile bağlantılı olarak sağlık finansmanı için genel sigorta sisteminin kurulması, birinci basamakta aile hekimliğine geçiş, performans ve sözleşmeye dayalı merkeziyetçi olmayan bir personel sisteminin kurulması reform önerilerinin diğer temel bileşenlerini oluşturmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında tekrar gündeme gelmiş olan bu değişimlerin teorik çerçevesinin tamamlandığını ve temellerinin bu dönemde atıldığını söylemek mümkündür. Mart 1993 yılında DYP-SHP Koalisyon Hükümeti tarafından hazırlanan "Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı" ve "Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı" gibi kanun taslakları Sağlık Bakanlığı ve sağlık yönetimi yapılanmasını bütünüyle değiştirmeyi amaçlayan girişimler olmuştur. Kasım 1996 tarihinde FP-DYP Koalisyon Hükümeti tarafından adları farklı ama benzer içerikteki "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı", "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarı Taslağı" ve "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı" gibi kanun taslakları hazırlanmıştır (Yavuz, 2013, s. 203). Bununla birlikte sağlık sisteminin yönetim ve örgüt yapısını yeniden yapılandırmaya yönelik yasa tasarıları çıkarılamamış ve reform önerileri hayata geçirilememiştir. Daha sonra kurulan ANAP-DSP Koalisyonu "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı"nı yayımlamıştır. AKP hükümetinden önceki son girişim ise Ekim 1999 tarihinde DSP-MHP-ANAP Koalisyon Hükümeti tarafından yayımlanan "Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı" olmuştur (Yavuz, 2013, s. 203; Hamzaoğlu, 2007, s. 428).

Bu dönemle ilgili diğer bir girişim 1992 yılında "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun"un çıkartılmasıdır. Bu düzenleme ile hiçbir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayan ve aylık geliri net asgari ücretin 1/3'ünden az olanların Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçinceye kadar sağlık hizmetleri giderlerinin devletçe karşılanması öngörülmüştür (Şemin, 1993, s. 3). Sadece Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve üniversite hastaneleri tarafından sevk üzerine sağlanan yataklı tedavi masrafları ile acil hizmetlerini kapsayan bu programın faydaları sınırlı olmuştur. Ayaktan tedavi masraflarının karşılanması hükümet bütçesi tarafından finanse edilen ve yerel komisyonlar tarafından yönetilen Sosyal Dayanışma Fonundan geri ödeme talepleriyle karşılanmış ancak geri ödemeler fonların miktarına bağlı olduğu için yetersiz ve düzensiz bir güvence sağlamıştır (Ağartan, 2012, s. 461). Bu uygulama yararlanıcıların yoksul olduklarını kanıtlaması gibi şartlara bağlanmış, yetersiz ve bütüncül olmaktan uzak olan bu sistem "sadaka" gibi sunulan bir sosyal yardım anlayışının uzantısı olmuştur (Terzi, 2013, s. 283).

MGK döneminde uygulamaya giren özel sektörün teşvik kapsamına alınması ve desteklenmesi ANAP ve 1990'lı yıllardaki hükümetlerce de izlenen bir politika olmuş ve özel sektör teşvik primleri, vergi muafiyeti, gümrük muafiyeti gibi yollarla desteklenerek özel sağlık piyasası geliştirilmiştir (Soyer, 2003, s. 317). 1996 yılı itibariyle Türkiye'de özel hastanelerin toplam sayısı 159, toplam yatak sayısı 7236, özel hastane başına düşen ortalama yatak sayısı da 45,5'dir. 2005 yılında ise özel hastanelerin toplam sayısı 268'e, toplam yatak sayısı 12339'a ve özel hastane başına düşen ortalama yatak sayısı 46'ya ulaşmıştır. Bu dönemde özel hastanelerin Emekli Sandığı (ES) ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) mensuplarına hizmet sunmaya başlaması ve giderlerinin bu sigorta kurumları tarafından karşılanması kamu kaynaklarının özel sektöre aktarımının bir yolu olarak özel sağlık sektörünü desteklemiştir (Hamzaoğlu, 2014, s. 433). Birinci basamakta ise 1994 sonlarına doğru Sağlık Bakanlığı'nın sağlık ocaklarının maddi kaynakları üzerindeki kesintileri ve bu alanda da hastanelerdeki "vakıf" uygulamalarına benzer şekilde vatandaşa sunulan hizmet karşılığı "bağış" adı altına ücret alınmaya başlaması özelleştirme uygulamasının hastanelerle sınırlı olmadığını göstermiştir (Akalın, 1998, s. 164). Sonuç olarak 1990'lı yıllar, sağlık reformlarının kuramsal çerçevesinin tamamlandığı,

Sağlık Bakanlığı'nın desantralizasyonuna yönelik çeşitli yasal düzenleme girişimlerinin başlatıldığı bir dönem olmuştur.

5.3. Kapitalizmin Kurumsallaşması Sürecinde Sağlık Hizmetleri: AKP'li Yıllar (2002 ve Sonrası)

Türkiye'nin 2001 yılında yaşadığı ekonomik kriz[151] kapitalizmin kurumsallaşmasını daha belirgin hale getirmiş, toplumsal ve siyasal alandaki iktidar ilişkilerini değişime uğratmıştır. AKP'nin İslami ideoloji çerçevesinde biçimlenen bir partiden (Refah Partisi) ayrılarak ezici bir çoğunlukla iktidara gelmesinde ekonomik kriz sonrası özellikle kent ve kırlardaki emekçi ve yoksul köylü kesimlerden aldığı siyasi destek belirleyici olmuştur. AKP, içinden çıktığı siyasi partinin tüm anlam/sembolik çağrışımlarını taşımasına karşın ezberleri bozmuş ve kapitalizmin kurumsal gereklerini yerine getirme konusunda iç ve dış egemen kesimlerin ekonomik ve siyasi gündemlerinin sadık bir uygulayıcısı olmuştur (Ercan, 2008, s. 357; Topak, 2009, s. 69). AKP döneminde Türkiye'nin küresel kapitalizmle eklemlenme ve neoliberal yeniden yapılanma süreci belirgin biçimde derinleşmiş ve güçlenmiştir (Özkazanç, 2012, s. 121). Ekonomik ve siyasal alanda küresel kapitalist sisteme uyum sağlamak için gereken her türlü yasal değişiklikler uygulamaya sokulurken diğer yandan batı merkezli temel özgürlük ve haklar söylemi üzerinden dini motiflerin yeniden inşası yoluyla meşruiyet temeli sağlanmaya çalışılmıştır (Ercan, 2008, s. 361). AKP'nin özellikle ilk dönemindeki liberal söylemi kapsamında Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne katılım taahhüdü hükümetin Ulusal Programlar'daki vaatlerine yansımıştır. Bu vaatler ve yasal reformlar geçmişin otoriter siyasetine karşı liberalleştirici bir güç olarak algılanmış ve muhafazakârlardan liberallere kadar farklı kesimlerin desteğini alabilmesinde önemli olmuştur (Coşar ve Yeğenoğlu, 2009, s. 38).

1990'lı yılların sonlarından itibaren devletin düzenleyici rolüne vurgu yapan yönetişim anlayışının güçlenmesi, devletin tüm bölünmelerinin neoliberalleştirilmesi

[151] 2001 yılında büyük çaplı ekonomik bir krize giren Türkiye'de, para birimi yüzde yüz değer kaybetmiş, enflasyon % 68'lere ulaşmış ve ekonomi % 8 oranında küçülmüştür. İşsizlik oranları ve kötüleşen ekonomik tabloyla birlikte işsizliğin artışı, artan gıda fiyatları ve enflasyon haneleri yoksulluğa sürüklemiştir. Sağlık sektörü açısından kayıtlı sigortalı oranları düşmüş ve yeşil kart başvurularında önemli bir artış yaşanmıştır. 2000-2001 yıllarında 3,2 milyon yeni yeşil kart başvurusu yapılmıştır (OECD-DB, 2008, s. 34).

yoluyla devlet içi çatışmalar önlemiş ve 2002 yılında AKP iktidara geldiğinde, neoliberalizmin siyasi iktidarlardan bağımsızlaşarak yürütme organının dokusuna işlemesi süreci büyük ölçüde tamamlanmıştır. Devletin sermayedarlar ile yakın işbirliği içinde hareket etmesini sağlayacak yapılar oluşturulmuş yasama ve yargı organları büyük ölçüde yürütme organına tabi hale getirilmiştir. Bununla birlikte AKP iktidarı, 1990'lı yılların koalisyon hükümetlerinden farklı olarak sermayenin tüm kesimlerinin desteğini arkasına almayı başarmış[152] ve 2000'li yıllar boyunca neoliberal otoriter devlet biçimini pekiştirecek adımlar atılmıştır[153] (Oğuz, 2012, s. 6, 11). Yasaların ya da kuralların etkin bir şekilde işlemesinin önündeki engellerin kaldırıldığı bu dönemde 2001 krizi sonrası yeniden yapılanmanın yol haritası "Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı" ile çizilmiştir. Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı ve Yatırım Ortamını İyileştirme çalışmaları kapsamında hazırlanan kanunlar yeni birikim alanlarının oluşturulması için gerekli kurumsal koordinasyonu sağlamaya yönelik geniş bir olanak sunmuştur. Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, tüm kurumlarının kurumsal kapasitesinin geliştirilmesi ulusal ve uluslararası sermaye örgütleri tarafından da bir zorunluluk olarak ifade edilmeye başlamıştır (Cebeci, 2013, s. 185-186)[154]. IMF ve AB'nin yapısal uyum kriterleri aracılığıyla ekonomik ve politik yaşamda önemli bir aktör haline gelmesi sermaye çevreleri ve liberal kesimlerce

[152] Dışa açılmacı neo-liberal ekonomi politikalarını kararlılıkla uygulayan AKP, büyük sermaye kesimleri ile özellikle kendi tabanını oluşturan küçük ve orta ölçekli İslami sermaye kesimleri arasında bir çıkar birliği oluşturmayı başarmıştır. Böylece, 1980 sonrasından itibaren güçlenmiş olan İslami sermaye ile TÜSİAD merkezli büyük sermaye arasında bir eklemlenme gerçekleşmiştir. AKP'nin genel olarak liberal küreselleşmeyi iktisadi ve siyasi boyutlarıyla başarıyla yürütmesi nedeniyle İstanbul merkezli büyük sermayenin desteğini kazanırken, AKP ile İslami sermaye kesimleri arasında çok daha doğrudan bir kayırma ve palazlandırma ilişkisi söz konusu olmuştur (Özkazanç, 2012, s. 121).

[153] Bu noktadaki en önemli değişiklik yürütmenin yargısal denetimine ilişkin madde ile ilgili olmuştur. 12 Eylül 2010 yılında Anayasa değişikliği ile yargı tümüyle yürütmeye tabi kılınmıştır. Önceki düzenlemede "yargı yetkisi, idari eylem ve işlemlerin hukuka uygunluğunun denetimi ile sınırlıdır" ifadesi yargı denetimini hukuki denetimle sınırlandırmakla birlikte "yerindelik denetimini "sınırlandırmadığından yargı bu fıkraya dayanarak 2000'li yıllar boyunca birçok neoliberal düzenlemeyi kamu yararına aykırı olduğu gerekçesiyle iptal ya da yürütmeyi durdurma kararlarını almaya devam edebilmiştir. Ancak 12 Eylül 2010 Anayasa değişikliği ile bu yolu tamamen kapanmış ve hükümetin çıkardığı neoliberal düzenlemelerin iptali için Danıştay'a başvurma yolu büyük ölçüde kapanmıştır (Oğuz, 2012, s. 11).

[154] "Yönetişim", "iyi yönetişim" gibi kavramların kamu yönetiminde içselleştirilmesi sonucu daha önce siyasi partilerin temsil ettikleri tabanın çeşitli yollarla taleplerini dile getirmeleri aracılığıyla daha dışa kapalı olarak gerçekleşen yasa yapım sürecinin, "yönetişim" uygulamaları sayesinde çeşitli kurumlar/platformlar oluşturularak özellikle sermaye sınıfının yasa yapım sürecine içerilmesini sağlamıştır. Dünyadaki adı ile Yatırım Danışma Konseyleri *(Investment Advisory Council)* ya da Yatırım Ortamını İyileştirme Kurullarının (YÖKİK) konusunda ayrıntılı bilgi için bkz. Ayşe Cebeci, Bilmediğimiz Kapitalizm, Gizli Elin Kurumsallaşması: YÖKİK, İstanbul, SAV Yayınları, 2012, s.115, 137.

istikrar ve yapısal uyum programlarının ekonomik ve siyasi sonuçlarının desteklenmesinde etkili olmuştur. Bu süreçte Türkiye ekonomisinde bankacılıktan, tarıma, sosyal güvenlikten çalışma ilişkileri ve kamu maliyesine uzanan kapsamlı bir dönüşüm yaşanmıştır (Tören ve Kutun, 2016, s. 49-50).

Türkiye özelinde neoliberalizmin yeniden yapılandırılması ve hegemonik bir projeye dönüştürülmesinde AKP'nin dışlanan kesimleri içermeye dönük yeni eklemleyici strateji ve araçlar geliştirebilmesi etkili olmuştur (Topak, 2009, s. 69). AKP, seçim desteği tabanını genişletmek için resmi ve resmi olmayan yeniden dağıtım araçlarını etkin şekilde kullanabilmiştir (Öniş, 2012, s. 141). 2001 krizinin ardından işsizlik ve yoksulluk sorununa yönelik vaatlerle iktidara gelen AKP, AB reform sürecinin de zorlamasıyla yoksullukla mücadele konusuna önem vermiş ve kendine özgü sosyal politika yaklaşımıyla geniş yoksul halk kesimlerinin desteğini kazanmıştır. Eğitim, sağlık, sosyal güvenlik alanında artan sosyal harcamalar yoluyla yoksullara kaynak aktarmıştır. Özellikle belediyeler eliyle ayrımcı ve politik biçimde yapılan sosyal yardımlar kaynak aktarımının bir aracı olarak kullanılmıştır. Öte yandan AKP İslami olan ya da olmayan sivil toplum örgütlerini de bu alanda sorumluluk almaya teşvik ederek İslami öğelerle desteklenen bir hayırseverlik politikasını başarıyla uygulamıştır (Özkazanç, 2012, s. 122).

AKP döneminde daha önce başlamış olan sağlık sisteminin özelleştirilmesi sürecini farklı kılan şey sağlık alanını kendi çıkarları doğrultusunda neopopülist politik çıkarlar adına işlevselleştirebilmesi olmuştur. Diğer deyişle sağlığın yeniden üretim özelliğinin sürdürülmesine ek olarak toplumsal rızanın üretilmesi partinin gündeminde yer almıştır (Yıldırım K., 2011, s. 139). Bu bağlamda AKP Hükümetleri'nin nüfusun dezavantajlı kesimlerine ulaşmasının en önemli araçlarından biri neoliberalizm ve neopopülizmi birleştirdiği sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki reformlar olmuştur. Bu reformlar özellikle nüfusun en yoksul kesimleri için oldukça cazip olmuş ve partinin seçmen desteğini artırmıştır. Bu politikaların sonuçları toplumun sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranlarına yansımış 2003 yılında %39,5 olan memnuniyet düzeyi 2011'de %76, 2012 ve 2013'de %75'lere ulaşmıştır. Özellikle sağlık sigortasına erişilebilirlik açısından elde edilen kazanımlar göz önüne alındığında sağlık çalışanlarının artan şikâyetleri ve sigortalıların ödeme düzeylerindeki düzensiz artışlar bile kamuoyu görüşünü değiştirmekte etkili olmamıştır. Yeni sağlık sisteminin

sürdürülemez olduğu ve yakın gelecekte mali krizle karşı karşıya kalacağı hekim dernekleri ve sendikalar tarafından dile getirildiğinde dönemin başbakanı Erdoğan rakiplerini statükonun temsilcileri olarak tasvir ederek yerleşik elitlere ve özel çıkarlarına saldırılan sessiz kitlelerin lideri olarak muhalefeti marjinalleştirip kendi imajını güçlendirmiştir (Özden, 2013, s. 167-168).

5.3.1. Sağlıkta "Piyasaya" Dönüşüm Programı

Türkiye'de 2001 krizi sonrası kamu yönetiminin yeniden yapılanması ve kamu yönetimi reformlarının genel çerçevesi *yeni kamu işletmeciliği* ve *yönetişim* yaklaşımları etkisinde şekillenmiştir (Güzelsarı, 2019, s. 43). Bu bağlamda AKP hükümeti için sağlık reformu, kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması kapsamında kamu yönetimini "modernize etme" ve "merkeziyetçiliğin azaltılması" gündeminin önemli bir parçasını oluşturmuştur. Kasım 2002'de yapılan seçimlerden sonra iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından 16 Kasım 2002'de kamuoyuna açıklanan "Acil Eylem Planı"[155]nda genel çerçevesi çizilen "Sağlıkta Dönüşüm Programı" sağlık alanının yeniden yapılandırılmasında önemli bir dönüm noktası olmuştur. 59. Hükümet Programı'nda mevcut sağlık sisteminin sorunlarına değinilerek sağlık hizmetleri ve sunumunda yeni bir yapılanmaya gidileceği açıklanmıştır. *"Mevcut sağlık sistemi bütün yönleriyle çağdaş gelişmelerin gerisinde kalmış; maliyetler, sistem kaçakları nedeniyle çok artmış, sağlık hizmetleri ulaşılamaz hale gelmiş, standart birliği kalmamıştır. Sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği bir yapıya kavuşturulabilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir. Sosyal güvenlik kuruluşlarının asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleriyle uğraşması, bu kuruluşları da verimsiz hale getirmiştir. Mevcut sağlık sistemimiz, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle ihtiyaca cevap veremeyecek hale gelmiştir. Hükümetimiz, köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini oluşturmakta kararlıdır. Devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak*

[155] Acil Eylem Planı'nda bir yıl içinde devlet, sigorta ve kurum hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi ve idari ve mali yönden özerkliklerinin sağlanması; sağlık hizmeti sunumu ve finansmanının ayrılması; Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi ve kurumunun oluşturulması gerekliliği burgulanmıştır. Ayrıca Aile Hekimliğine geçiş ve sevk zincirinin oluşturulması; koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması ve özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının teşvik edilmesi hedeflerine yer verilmiştir (2003, s. 11).

yerine getirecektir. Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi, nitelikli bir toplum için vazgeçilmezdir. Hükümetimiz, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini sosyal devlet anlayışının vazgeçilmez unsurları arasında görmektedir. Sağlık hizmetleri bütünsel bir anlayışla ele alınacak, yeni bir yapılanma ve işbirliğine gidilecektir" (2003, s. 8112).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Türkiye'de uzun zamandan beri süregelen sağlık sistemindeki sorunları ele almak ve bunlara çözüm getirmek üzere tasarlandığı belirtilmektedir. Bu sorunlar diğer OECD ve orta gelirli ülkelere göre daha kötü sağlık sonuçları, sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürebilirliği zayıflatan parçalı yapı, düşük hizmet kalitesi ve toplumun beklentilerini karşılayamama olarak sıralanmıştır (OECD ve DB, 2008, s. 36).

VIII. Plan döneminde başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı etkili, verimli, hakkaniyetli bir sağlık hizmeti sunmak olarak açıklanırken insan merkezli, sürdürülebilir, sürekli kalite gelişimi, katılımcı, uzlaşmacı, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmet sunumunda rekabet programın temel ilkeleri olarak ifade edilmiştir. Bu ilkeler çerçevesinde SDP'nin temel bileşenleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir. Bu bileşenlerin ilk sekizi 2003 yılında diğer üçü 2007 yılında eklenmiştir (SB, 2003, s. 26-36; Akdağ, 2008, s. 21).

1. *Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı*
2. *Herkesi tek çatı altında toplayan bir genel sağlık sigortası*
3. *Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi*
    a. *Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği*
    b. *Etkili, kademeli sevk zinciri*
    c. *İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri*
4. *Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü*
5. *Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları*
6. *Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon*
7. *Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma*
    a. *Ulusal ilaç kurumu*

b. Tıbbi cihaz kurumu

8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; sağlık bilgi sistemi

9. Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları

10. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu

11. Uluslararası alanda ülkenin gücünü arttıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri

Sağlık Bakanı'nın önderliğinde bir reform ekibi tarafından sağlık sendikaları veya meslek birlikleri gibi temsilcilerin katılımı olmadan hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın analitik çerçevesinin çizilmesi ve finans desteğinin sağlanmasında Dünya Bankası önemli rol oynamıştır (Ağartan, 2012, s. 463) [156]. Bu yönüyle SDP, içerik olarak özgün bir yenilik içermemekte I. Sağlık Projesi ile başlatılan Dünya Bankası kökenli girişimlerin devamı niteliğini taşımaktadır. AKP, 1980 sonrası hükümetlerin sağlık reformu önerilerini sahiplenerek kendisinden önceki piyasa yönelimli sağlık reformlarının çizgisini devam ettirmiştir (Belek, 2012, s. 54; Soyer, 2007a). Bu yönelim Sağlık Bakanlığı tarafından da kabul edilmiş "*Bugüne kadar Bakanlığımız bünyesinde ulusal ve uluslararası katılımla yapılmış çok sayıda çalışma ve proje ortaya konmuş ve bu projeler "reform" olarak adlandırılmıştır. Farklı adlarla da olsa bu kurumun aynı amaca hizmet eden çok sayıda projeye ev sahipliği yaptığını biliyoruz. Bugün bir reformdan söz etmeyişimiz, tamamen yeni bir görüş ortaya koymadığımızın bilincinde olduğumuz içindir"* ifadeleriyle geçmişten alınan mirasın değerlendirildiği ifade edilmiştir (SB, 2003, s. 24). AKP'nin tek parti hükümeti olması programın hızla hayata geçirilmesinde etkili olmuştur. Diğer yandan AKP hükümeti, 1980 sonrası neoliberal politikalarla daha da kötüleşen sağlık

[156] Dünya Bankası'nın 2003 yılındaki "*Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu*" başlıklı raporunda sağlık bakanlığının rolü ve sorumlulukların yeniden tanımlanmaktadır. Raporda, kamu hastanelerinin yeniden yapılandırılarak daha fazla özerkliğin sağlanması, zorunlu evrensel sosyal sağlık sigortası ve isteğe bağlı ek özel sigortaların kurulması, temel hizmetler paketinin geliştirilmesi ve kamu harcamalarının azaltılmasının hedeflenmesi, kurumsal sorumlulukların birleştirilmesi ve yeniden tanımlanması, temel bakım hizmetlerinin sunumunun güçlendirilmesi (WB, 2003: iv-vi) önerileri yer almaktadır. Sağlık Bakanı Akdağ, 10 Mart 2004, Çalışma Bakanı Başeskioğlu da 05 Mart 2004 tarihinde DB Başkanı James Wolfensohn'a birer mektup yazarak DB'nin önceki hükümetleri olduğu gibi kendilerini de DB'nin önerileri doğrultusunda hazırladıkları program çerçevesinde desteklemesini ve borç verilmesini istemiştir. 21 Nisan 2004 tarih ve 27717-TU numaralı "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilk Evresine Destek Olarak Türkiye Cumhuriyeti'ne Sağlıkta Geçiş Projesi için 49.40 Milyon Avro Miktarında Önerilen Kredi Hakkında Proje Değerlendirme Belgesi" adlı raporla istenen paranın tamamının borç olarak verildiği bildirilmiştir (Hamzaoğlu, 2007, s. 428).

sisteminin sorunları[157] nedeniyle sağlık hizmetine erişemeyen toplumsal kesimlerin öfkesini özelde hekimlere genelde sağlık çalışanlarına yönlendirerek sağlık reformlarının toplumsal meşruiyetini sağlama yoluna gitmiştir (Elbek ve Adaş, 2009, s. 35). Kamu sağlık hizmetlerinin verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenerek sağlık alanını tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açmayı hedefleyen AKP'nin sağlık programı, sermaye grupları tarafından ilgiyle karşılanmıştır. TÜSİAD tarafından Eylül 2004 tarihinde yayımlanan "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri" adlı raporla Hükümetin sağlık programı açık olarak desteklenmiş ve "alternatifin olmadığı" kamuoyuyla paylaşılmıştır (Hamzaoğlu, 2007, s. 129).

2003 yılından günümüze değin uygulanmakta olan SDP ile sağlık alanının toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği alan olmaktan çıkarılarak yeni birikim alanları olarak tanımlanması ve bu sürece eşlik eden piyasalaşma ve sağlık hizmetinin metalaşması yönündeki yapısal değişiklikler neredeyse tamamlanmıştır (Cebeci, 2013). Sağlık reformu olarak ifade edilen yapısal değişimler içerik, hedef ve ortaya çıkardıkları sonuçlar itibariyle birbirleriyle oldukça ilişkili olup herbiri sağlık hizmetlerinin metalaştırılması ve piyasalaşmasına katkıda bulunmaktadır. Çalışmanın izleyen başlıklarında Türkiye'de sağlık hizmetlerinin piyasalaşma süreci dört boyutta ele alınmaktadır. İlk boyut, piyasalaşmanın zeminini oluşturan sağlık hizmeti sunma ve finansman işlevlerinin ayrılması ve sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanmasıdır. Sağlık sisteminin finansman yapısındaki bir değişim ardından örgütlenme ve hizmet sunumuna yönelik reformları getirmektedir. İkinci boyutu, 663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın rolünün düzenleyici ve denetleyici olarak yeniden tanımlanması ve Kamu Hastane Birlikleri politikasıyla devlet hastanelerinin performans temelinde finanse edilen kamu işletmelerine dönüştürülmesi oluşturmaktadır. Bu bütünün tamamlayıcı unsurları olarak üçüncü ve dördüncü boyut sırasıyla devlet eliyle özel sektörün desteklenmesi ve vatandaşların müşteri/tüketiciye dönüştürülmesi olarak ele alınmıştır. Bu dönüşüm çizgisinin açıklanmasında

[157] Kamu sağlık kurumlarının teknik ve personel açısından yetersizliği, "bağış" ya da "bıçak parası" gibi yollarla gayrimeşru ödemelerin yaygın olması, hekimlerin kamu görevlerinin yanında özel muayenehanelerinin olması gibi nedenler önceki sistemle ilgili vatandaşların memnuniyetsizliğinin temel nedenleri arasında sayılmaktadır (Elbek, 2015, s. 34).

çalışmanın kuramsal çerçevesi ve saha çalışmasına ilişkin temel varsayımlar göz önüne alınarak başlıklandırmaya gidilmiştir.

5.3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Örgütsel Değişimin Ön Koşulu: İç Piyasaların Oluşturulması

Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarının harcamaları üzerindeki tartışmalar 1990'lı yılların başından itibaren yoğunlaşmış, devlet bütçesine getirdiği yükler gerekçe gösterilerek sosyal güvenlik sisteminin bir "kara delik" olduğu söylemiyle dönüşümün gerekliliği meşrulaştırılmaya çalışılmıştır[158] (Balta, 2013, s. 153). Ancak sermayenin kurumsal dönüşüm talepleri yönünde gerçekleşen sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasının amacı sağlık hizmetlerinin piyasaya devri ile işgücü piyasasının esnekleştirilmesi, özel sigortacılığın sisteme entegrasyonu ve bu alanların sermaye için yeni birikim alanları olarak tanımlanmasıdır (Topak, 2009, s. 69). Sağlık ve sosyal güvenlik alanlarının yeni bir birikim alanı olarak tanımlanabilmesi aktörlerin oluşturulması ve piyasa ilişkilerinin kurulmasını gerektirmektedir. Bu şekilde daha önce kamu tarafından üretilen ve kamusal hizmetler olarak tanımlanan alanlar özel sektör için yeni birikim alanı olarak tanımlanabilmekte ve hizmetin metalaştırılması mümkün olabilmektedir (Cebeci, 2013, s. 183).

Sağlık hizmetlerinin piyasaya açılması ya da sağlık alanında bir iç piyasa oluşturulmasının en önemli göstergesi sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansman yapısının birbirinden ayrılmasıdır. Türkiye'de sağlık hizmetleri piyasası aktörlerinin oluşturulması ve piyasa ilişkilerinin kurulmasına yönelik ilk adımlar Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Sağlık Bakanlığı arasında düzenlenen hizmet ortaklığı protokolü[159]

[158] 2005 yılında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından hazırlanarak "Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi" başlığıyla kamuoyuna sunulan Beyaz Kitap'ta sosyal güvenlik reformunun amacı "bütçeden karşılanan sosyal güvenlik açıklarını kapatmak" olarak açıklanmış ve sosyal güvenlik sistemi ülke ekonomisinde istikrarsızlık yaratan ana sebeplerden biri olarak gösterilmiştir (Beyaz Kitap, 2005, s. 12).

[159] AKP hükümeti göreve geldiğinde ilk icraatlarında biri SSK – Sağlık Bakanlığı sağlık kurumlarının ortak kullanım protokolü olmuştur. Sağlık bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında 01.07.2003 tarihinde imzalanan protokolle herhangi bir kamu sosyal güvenlik kurumunca sağlık sigortası altında bulunan herkesin SB ve SSK sağlık kurumlarından yararlanabileceği hükme bağlanmıştır. Buna göre Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve aktif kamu çalışanları ile yeşil kart sahipleri SSK kurumlarından, SSK mensuplarının ise Sağlık Bakanlığı kurumlarından yararlanabilmesinin yolu açılmıştır. TTB ve çeşitli meslek kuruluşları, sendikalar tarafından eleştirilen bu protokol görünüşte kuyrukları azaltmış gibi gözükse de özünde sağlıkta var olan sorunları çözmek yerine daha arttırmıştır. SSK'nın kaynakları SB'na aktarılarak, SSK hizmet sunan bir kurum yerine

ve SSK ve belediyelere ait sağlık hastanelerin 2005 yılında Sağlık Bakanlığına devri ile gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmetleri finansmanı için Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulmasını öngören Sağlıkta Dönüşüm Programı açısından SSK'nın finansman ve hizmet sunumunu tek elde birleştiren yapısı kaldırılması gereken bir model olarak görülmüştür (Öztürk O., 2014, s. 453). Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesiyle tüm kamu hastaneleri arasındaki yönetim ve ödeme mekanizmaları uyumlu hale getirilerek hastanelerin "idari ve mali özerk işletmeler" haline dönüştürülmesi ve GSS'nin uygulanabilmesinin gerekli koşulları sağlanmıştır (OECD ve DB, 2008, s. 44; TTB, 2007, s. 22).

AKP Hükümeti'nin sosyal güvenlik reformu, 2005 yılı IMF yapısal uyum programının önemli bileşenlerinden biri olarak gündeme gelmiş ve sosyal güvenlik reformu kredi anlaşma koşullarına dâhil edilmiştir (BSB, 2012, s. 94). Ardından IMF ve DB'nın önerileri[160] doğrultusunda 2006 yılında 5502 sayılı kanunla[161] Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sosyal güvenlik ve sağlık sistemi piyasa ilişkilerinin kurulması yönünde yeniden yapılandırılmıştır (Erdoğdu, 2006, s. 212). SGK'nın kurulması ile Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumları birleştirilerek tek bir fon haline getirilmiş, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlanmıştır. Bu şekilde idari verimliliğin artırılması ve fonlar arasındaki koordinasyonunun sağlanması hedeflenmiştir (Eder, 2010, s. 170). 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren[162] 5510 sayılı yasa ile kurulan SGK, Genel Sağlık Sigortasının yürütülmesinde yetkili kılınmıştır. SGK bu şekilde diğer sigorta primlerinin yanı sıra GSS fon gelirlerini

sadece hizmet satın alan ve finansmandan sorumlu bir kurum haline getirilmiştir. SSK'nın kendi verebildiği hizmetleri daha yüksek maliyetle SB'den satın alması nedeniyle giderleri artmıştır. Bu düzenleme ile sağlanan sağlık kurumları arasında kurulan hizmet ortaklığı genel sağlık sigorta sisteminin kurulmasının alt yapısını oluşturmuştur (TTB, 2003, s. 32-34; Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği, 2005, s. 411).

[160] Dünya Bankası, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı aracılığıyla sunulan farklı sağlık sigortaları ve yeşil kart gibi devlet memurlarına ve sosyal yardım programlarınca sunulan teminatların zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi veya Sağlık Fonu içinde birleştirilmesini önermiştir. Bu fonun tercihen Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı altında özerk yasal bir statüye sahip olması istenmiştir (WB, 2003: iv).

[161] 5502 Sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu", (Kabul tarihi: 16.05.2006), RG: 20.05.2006, Sayı: 26173.

[162] 1 Ocak 2007 tarihinde yürürlüğe girmesi öngörülen SGSGS Kanunu'nun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi üzerine süreç ertelenmiş ve 1 Ekim 2008 tarihinde tüm hükümleri ile yürürlüğe girmiştir.

toplama ve hak sahiplerinin GSS kapsamındaki sağlık hizmeti giderlerini karşılamak için yetkilendirilmiştir (Hamzaoğlu, 2020, s. 60).

SGK'nın kurulması ile birlikte finansman ve sunumun tek elde toplandığı entegre bir modelden finansman ve sunumun birbirinden ayrıldığı, hizmet sunumunda kamu ve özel arasındaki ayrımın ortadan kalktığı bir iç piyasa yapısına geçilmiştir (Yılmaz V., 2012, s. 118). Sosyal Güvenlik Kurumu hizmeti satın alan, hastaneler hizmeti satan ve bedelini alan işletmeler olarak finansman ve hizmet sunumunun ayrıldığı modelin temel parçalarını oluşturmuştur (Soyer, 2007b, s. 434). SGK'nın yurt içinde veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucularıyla sözleşmeler yoluyla hizmet satın alabilmesiyle (Md. 73) satın alıcı ve hizmet üreten kurumlar arasında ilişki ticari bir ilişki biçimine dönüşmüştür. SGK'ya satın alınacak sağlık hizmetlerinin teşhis-tedavi yöntemleri, miktarları, kullanım süreleri, ödeme usül ve esaslarını belirleme konusunda geniş yetkiler verilmiştir (Yenimahalleli Yaşar, 2015, s. 106). SGK'nın belirleyici ve düzenleyici olduğu bir rekabet ortamının oluşturulmasıyla kamu ve özel sağlık kurumları arasındaki ayrım ortadan kalkmıştır. Devlet hastanelerinin bütçeden aldıkları pay azaltılarak döner sermaye gelirleriyle çalışan birer işletme durumuna getirilmiş, özel ve kamu hastanelerinin aynı finans kaynağı için rekabet etmek zorunda bırakıldığı bir sağlık piyasası oluşturulmuştur (Zencir, 2012, s. 52; TTB, 2005, s. 19; Aksu Tanık, 2014, s. 466). Hizmet üreten kurumların rekabet anlayışı içinde hizmet sunmaya başlamasıyla merkezi planlama, denetim ve dayanışma gibi geleneksel kamu hizmeti anlayışından giderek uzaklaşılmaya başlanmıştır (Soyer, 2009, s. 182).

Finansman ve hizmet sunumunun ayrılmasıyla devlet sağlık hizmeti üretme sorumluluğundan geri çekilirken kamu sağlık kurumlarının hizmet sunum amaçları ve ilkeleri işletmecilik yönünde dönüşmüştür (Ünlütürk Ulutaş, 2011, s. 180-181). Kamu hastaneleri ile SGK arasında kurulan sözleşme ilişkisi, sağlık kurumlarının finansal ve yönetsel hedeflere ulaşmak için maliyet bilinci, verimlilik ve rekabet ilkelerini temel alarak ticari bir işletme gibi çalışmalarının sağlanması yönünde önemli bir araç olmuştur (Küçük, 2017, s. 310). Bu kapsamda geri ödeme yöntemlerindeki yapılan değişimler sağlık hizmetinin kamu eliyle piyasalaştırılmasının bir aracı olarak kullanılmıştır (Mercan, 2012, s. 182). Bu kapsamda hizmet sunan kurumlara veya kişilere yapılacak ödeme biçimlerinde maliyet ve performansın temel alındığı geri

ödeme yöntemleri[163] gündeme gelmiştir (Belek, 2012, s. 98). 2007 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın yayınladığı "Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği" ile tedavi ücretleri ile tedavi yardımlarına ilişkin esas ve usuller Maliye Bakanlığı tarafından değil SGK tarafından belirlenmeye başlamıştır. Bu tebliğe göre hastane finansmanının önemli bir kısmını oluşturan ödemeye ilişkin esasların yanı sıra "nasıl hekimlik yapılacağı" ve "nasıl sağlık hizmeti sunulacağına" ilişkin konular da belirlenmeye başlamıştır (Kılıç ve Demir, 2014, s. 447). SUT aracılığıyla SGK, ayakta ve yatan hasta tedavileri için ICD-10 Kodlama Sistemine dayalı paketlenmiş bir fiyat sistemi kullanmaya başlamış, hem kamu hem de özel sektör için aynı fiyat paketleri oluşturularak ileriye dönük ödeme sistemlerine geçilmesine ilişkin ilk adım atılmıştır (Şahin, Özcan, ve Özgen, 2011, s. 22).

Sağlık kurumlarının harcamalarını kontrol altında tutma ve verimliliği artırmaya yönelik kullanılan araçlardan bir diğeri 2006 yılında başlatılan Global Bütçe uygulaması olmuştur.[164] Global bütçe, hastanenin geçmiş harcama düzeyleri ile Hazinenin orta vadeli bütçe tahminlerini yansıtmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerine global bütçeye dayalı olarak Bakanlık tarafından belirlenen aylık bir tutar ödenmektedir. Harcamaların üst limiti aşması halinde yılsonu talepleri karşılanmamaktadır. Geri ödeme yöntemi olarak TİG (Teşhis İlişkili Gruplar)'ın[165] kullanılmasına ilişkin 2006 yılında başlatılan pilot uygulamaların ardından 2014 yılı sonrasında bu yöntem kamu hastanelerinin ödeme mekanizmasına kısmen dâhil edilerek yaygınlaşmaya başlamıştır (OECD ve DB, 2008, s. 40-42; Küçük, 2017, s. 305). Hastanelere aktarılacak finansal kaynağın belirlenmesinde kullanılan global bütçe, TİG gibi yöntemlerin başarılı olmasında hastanelerin yönetim kapasiteleri kilit

[163] Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geri ödemesinde karma model kullanılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasında kişi başına ödeme yöntemi, palyatif bakım ve yoğun bakım hizmetlerinde gün başına ödeme yöntemi, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinin geri ödemesinde global bütçe yöntemi, özel sağlık kuruluşlarının geri ödemesinde ise hizmet başı geri ödeme yöntemi uygulanmaktadır (Işıkçelik, Öztürk ve Ağırbaş, 2019, s. 444).

[164] Global Bütçe uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet veren sağlık kurumlarının geri ödemeleri Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı ve Hazine ve Maliye Bakanlığı arasında yapılan "Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi" doğrultusunda yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde Global Bütçeye geçilmesinin ardından, 2014 yılında üniversite hastanelerinde de global bütçe uygulamasına geçiş başlamış 2018 yılında 43 üniversite hastanesinin protokol imzalanmıştır (Işıkçelik, Öztürk, ve Ağırbaş, 2019, s. 434).

[165] Teşhis İlişkili Gruplar (TİG), tedavi bedellerinin hastanın tedavisinde gerçekte ortaya çıkan harcama tutarı yerine, her bir işlem ve hasta sınıfı (teşhis grupları) için belirlenmiş sabit fiyatlar üzerinden ödenmesi uygulamasıdır (Hermann, 2009, s. 151).

rolde görülmektedir. Bu nedenle hastanelerin örgütlenme ve işleyişinde desantralizasyonun ön koşul olduğu ayrıca hastanelerin maliyet etkin davranmasını teşvik edecek ölçü ve araçlara bütçe içinde yer verilmesi istenmektedir (Akyürek, 2012, s. 142). Örneğin, TİG sisteminde hastanelere hastaların hastanede kalış süresi ne olursa olsun aynı tutar ödendiği için TİG ödeme yöntemi, ortalama yatarak tedavi sürelerinin kısaltılması yoluyla hastane masraflarını azaltmanın bir aracı olarak kullanılmaktadır (Hermann, 2010, s. 151). Sağlık Bakanlığı 2018 verilerine göre, Türkiye'de yatan hastaların hastanede ortalama kalış süreleri tüm sektörlerde azalma göstermiştir[166]. Hastaların erken taburcu edilmesi yaklaşımı, hastanın sosyal güvenlik sistemine maliyetini düşürmekle birlikte hastanın devam eden bakım ihtiyacının karşılanması "evde bakım hizmetleri" ile özel sektöre yeni yatırım alanları açmaktadır (Aksu Tanık, 2014, s. 411). [167]

Kaynakların dağıtılmasında ihtiyaç yerine karlılık, verimlilik gibi ölçütleri öne çıkaran bu uygulamalarla bir üretim birimi olarak her hastanenin ekonomik rasyonellik içinde hareket etmesi teşvik edilmektedir. Diğer yandan kamusal karlılık ve verimlilik arayışı irrasyonelite ve kaynak israfını destekleyici olabilmektedir (Himmelstein ve Woolhandler, 1988, s. 499). Örneğin, hastaneler SUT'a uygun işlem yaparak SGK'dan hizmet bedellerini alabilmek için gelir-gider dengesini gözetmek zorundadır. Hastane yönetimleri maliyetleri azaltmak ve karlılığı artırmak adına hekimlerden güvenli/etkin olan uygulama ve tıbbi malzeme yerine ucuz ve kârlı olanları tercih etmelerini isterken hekimler daha çok hasta muayene etme, daha fazla ameliyat ve girişimsel işlem yapma ve bu işlemlerden karlı olanları tercih etmeye yönelebilmektedir (Kılıç ve Demir, 2014, s. 447; Ünlütürk Ulutaş, 2011, s. 180-181).

[166] Bu oranlar 2002'de ortalama gün olarak üniversite hastanelerinde 8,6, SB hastanelerinde 5,7, özel hastanelerde 3,1'dir. 2012 yılında üniversite hastanelerinde 6,1, SB hastanelerinde 4,3, özel hastanelerde 2,3 olmuştur. 2018 yılında ise üniversite hastanelerinde 5,5, SB hastanelerinde 4,5, özel hastanelerde ise 2,8'dir (SB, 2019, s. 178).

[167] Hastaların hastanede kalış sürelerinin azaltılması iyileşme ve takip dönemlerinin kurumsal bakımdan (hastane) aileye (özel alana) devredilmesini içermektedir. Büyük ölçüde görünmeyen kamu ve özel arasındaki bu transfer kamu kaynaklarındaki maliyetin hanehalkı kaynaklarına transfer edilmesini içermektedir. Bir özelleştirme biçimi olarak bu sosyal sorumlulukların kamusal alandan özel alana (sorunların bireysel, ailesel ya da hanehalkı olarak ele alınmaya başladığı) aktarılmasıdır. Bu sürecin en görünür olduğu alanlar engelli ve yaşlı bireylerin bakımlarının sağlanması konusundadır. Özelleştirmenin bu biçimi hanehalkının oluşumunda çekirdek ailenin değişmeden varlığını sürdüreceği varsayar ve ailevi/ bakım işgücünün cinsiyetçi şekilde bölünmesinde ısrarcıdır. Böyle bir özelleştirme bu şekilde esnek kadın işgücünün devam ettirilmesini alttan alta desteklemektedir (Clarke J., 2004, s. 33).

Sağlık hizmetlerinin finansmanındaki dönüşüm hastaneleri işletmeci ilkelere göre yapılandırırken koruyucu sağlık hizmetleri alanı Aile Hekimliği[168] modeli ile sağlık piyasasına eklemlenmiştir. Aile Hekimliği, kamu eliyle verilmesi gereken birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamına gelmektedir. Aile hekimliği modeliyle ücretini piyasa koşullarında kazanan bir "girişimciye" dönüştürülen aile hekimi, yer kiralama, personel ve malzeme temini gibi giderlerini kendisine verilen ücretle karşılamaktadır. Sağlık altyapı maliyetlerinin hekimlere devredilmesi ve sevk zinciri gibi çeşitli kontrol yöntemleriyle maliyetler üzerindeki denetim artırılmak istenmektedir (Balta, 2013, s. 160). Aile hekimlerine listelerindeki hasta sayılarına göre farklı ödemeler yapılarak aile hekimleri birbiriyle rekabete zorlanmaktadır (Giray ve Aksakoğlu, 2006, s. 1-2). Diğer yandan aile hekimi birlikte çalışacağı hemşire ya da ebe gibi yardımcı sağlık personelinin işvereni konumuna getirilmiştir. Aile sağlığı elemanı olarak tanımlanan yardımcı personel, kamu görevlisi statüsünden sözleşmeli statüye geçmiş ve kamu görevlisi olmanın sağladığı güvenceleri büyük ölçüde yitirmiştir (Ataay, 2008b, s. 178; Dericioğulları Ergun, 2010, s. 218).

Finansal dönüşümün sağlık hizmeti sunumu ve örgütlenmesindeki belirleyiciliği aynı zamanda sağlık emek gücünü denetim altına almanın bir aracına dönüşmüştür (Ünlütürk Ulutaş, 2011, s. 104-105; 181). Klinik kararların giderek yönetsel ve mali kararlara dönüşmesi nedeniyle hekimler tıbbi üretim üzerindeki kontrollerini kaybetmekte ve hekimlerin pozisyonları medikal bir fabrikada bağımsız küçük üreticiden yüksek maaşlı ustabaşıya dönüşmektedir. Marx'ın ifade ettiği biçimde adeta proleterleşmektedirler (Himmelstein ve Woolhandler, 1988, s. 498).[169] Yüksek teknoloji, çok sayıda çalışan ve çok çeşitli hizmetin sunulduğu medikal bir

[168] Birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli uygulaması SDP'nin temel unsurlarından biridir. SDP öncesi Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri bölge temelli, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri entegre eden, ekip çalışmasına dayalı sağlık ocaklarına dayanmaktaydı. SDP ile gündeme gelen aile hekimliği uygulaması 24 Kasım 2004 tarih ve 5258 Sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun" ile Düzce'de başlamış ve kademeli olarak diğer illere yayılarak 13 Aralık 2010 tarihi itibariyle Türkiye geneline yaygınlaştırılmıştır (Öztürk O. , 2017, s. 404). Yasaya göre, birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumlu oldukları koruyucu sağlık hizmetleri, topluma ve bireye yönelik olmak üzere ikiye bölünerek, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlık ocakları yerine kurulan "Toplum Sağlığı Merkezleri" nin sorumluluğuna, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise aile hekimlerinin sorumluluğuna bırakılmıştır.

[169] Hekimlerin proleterleşme tezi için bkz. McKinlay, J.B. ve J.Arches (1985). Towards the Proletarianization of Physicians. *International Journal of Health Services* 15 (2):161-195.

fabrikaya dönüşmüş sağlık kurumlarında hekimler ve sağlık çalışanlarının çalışma koşulları verimlilik ölçütü ekseninde yeniden biçimlendirilmektedir. Hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinin tebliğler, klinik kılavuzlar, toplam kalite yönetimi, iş akış şemaları vb. yönergelerle belirlenmesi onların mesleki özerkliğini tehdit edici niteliktedir. Tanı ve tedavi süreçlerinin tüm aşamalarının parçalanarak her aşamanın kılavuzlar üzerinden standartlara bağlanması, hekimlik işinin bu standartların yerine getirilmesine indirgenmesiyle hekimler, tüm süreci başından izleyen ona müdahale eden bir aktör olmaktan çıkarak teknik uygulayıcılar haline gelmektedir (Soyer , 2012, s. 45-46).

2004 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde başlatılan performansa dayalı ek ödeme sistemiyle[170] kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonu ve üretkenliğinin artırılmasının amaçlandığı belirtilmektedir. Dönemin Sağlık Bakanı Akdağ, performans değerlendirilmesi ve performansa göre ücret uygulamasını *"çalışanların adeta ortakları olduğu sağlık kuruluşlarımızı, idari ve mali özerk kurumlar olarak yarına hazırlama sürecinde önemli bir araçtır"* şeklinde niteleyerek kamu görevlisi olan hekimleri bir işletmenin ortakları şeklinde tanımlamaktadır (SB, 2006, s. 8). Hekimleri birer ticari işletme haline getirilen hastanelerin "ortağı" olarak konumlandıran performans sistemiyle, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının işletme yönelimli reformlara dirençlerinin azaltılarak dönüşüm sürecine uyum ve rıza göstermelerinin sağlanması hedeflenmiştir.

5.3.1.2. Sağlık Hizmeti Üretiminden Düzenleyici ve Denetleyici Role: Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması

Neoliberal yönetim anlayışı çerçevesinde kamu hizmetlerinin yerinden yönetimi kamu hizmetlerinin piyasaya açılmasının gerekli koşullarından biri olarak görülmektedir (Erençin ve Yolcu, 2008, s. 126). DSÖ'nün 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu yerinden yönetimi, devletin doğrudan hizmet sunma anlayışını terk ederek

[170] "Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge" Sağlık Bakanlığının 09.02.2004 tarih ve 417 sayılı makam oluru ile yürürlüğe girmiş ve Türkiye çapında tüm sağlık ocakları ve hastanelerde uygulanmaya başlamıştır (Balcı ve Kırılmaz, 2005, s. 15). Performansa dayalı ek ödemeler hastanelerin döner sermaye bütçeleri üzerinden yapılmakta ve hekimlerin performans puanı ve aldıkları ücret gerçekleştirdikleri işlem sayısına göre belirlenmektedir. Benzer şekilde aile hekimleri içinde performans sistemi getirilmiş, kişi başı yapılan ödemeler bu performans kriterlerinin yerine getirilmesine göre yapılmaktadır (OECD-DB, 2008, s. 41-43).

hizmet sunumunda yönlendirici ve düzenleyici rolünü yerine getirebilmesi, bölgesel ya da kurumsal düzeyde yerelleşmenin sağlanarak buna uygun piyasa mekanizmalarının oluşturulması adına desteklemektedir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı'nın işlevi "*stewardship*[171]" kavramıyla açıklanmaktadır. S*tewardship*'lık işlevi sağlık politikalarının formüle edilmesi, vizyon ve yönelimin belirlenmesi, düzenleme, bilgi toplama ve bunların kullanılması olarak tanımlanmaktadır. DSÖ'ye göre bu işlevin etkin olarak yerine getirilebilmesi için hizmet sunma ve finansman işlevlerinin ayrılması ve iyi bir veri toplama sisteminin oluşturulması gerekliliğine dikkat çekilmekte ve yetkinin paydaşlara[172] devredildikçe "komuta-kontrol" sistemlerine bağımlılıktan uzaklaşılacağı vurgulanmaktadır (WHO, 2000, s. 122).

VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel ihtisas Komisyonu Raporu'nda sağlık politikası düzeyinde en önemli önceliğin Sağlık Bakanlığı'nın rol ve sorumluluklarının yeniden düzenlenmesi olduğu ve Türkiye'deki sağlık sisteminin merkeziyetçi yapısının hizmetlerin etkili ve verimli biçimde sunulmasını olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Rapora göre, sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim ilkeleriyle uyumlu bir yapılanmaya gidilmesi, hizmet sunumu ve finansmanın ayrılması ve merkezden taşraya yetki ve sorumlulukların devredilmesi önerilmiştir (DPT, 2001, s. 6-11). Sağlık Bakanlığı'nın politikalar geliştiren, standartlar koyan, denetleyici ve planlayıcı rolüne uygun stratejik bir örgüt yapısının oluşturulması için Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkelerine göre yeniden yapılandırılması SDP'nin hedefleri arasındadır. Programda, "kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için şu andaki merkeze bağımlı yapısından kurtulması" gerekliliği vurgulanmıştır (SB, 2003, s. 26-27, 31).

Türkiye'deki kamu yönetimi ve Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması için geniş kapsamlı yasal bir çerçeve oluşturma girişimi 15.7.2004 tarihinde TBMM'de

---

171 *"Stewardship"* kavramı, Türkçeye *"kılavuzluk"* olarak çevrilmiştir (OECD-DB, 2008, s. 36).

172 Bu tür düzenlemeleri karakterize edilmesinde sıklıkla kullanılan "paydaşlık dili", devlet ile kamu mal ve hizmetlerinin sunumunda giderek daha fazla sorumlu olmaya başlayan kurumlar arasındaki sözleşme ilişkilerine gömülü olan hiyerarşik ve merkezi bir güç ilişkisinin gizlenmesine hizmet etmektedir. Bu şekilde, devlet ve sivil toplum arasındaki değişen ilişkiler ile kamu sektörünün temel yapılanmasının yönü maskelenmekte, neoliberal yönetişim bazı sorumlulukların paylaşılmasına vurgu yapsa da yeniden yapılanmanın kontrolünü elinde tutmaktadır (Evans, Richmond ve Shields, 2005, s. 78).

kabul edilen Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı (KYTK) ile başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın eğitim hastaneleri dışındaki bütün hastanelerinin il özel idarelerine, hastaneler dışındaki bütün sağlık kurumlarının da belediyelere devrini öngören kanun[173] Cumhurbaşkanı tarafından tekrar incelenmek üzere Meclise geri gönderilmiş ancak tekrar görüşmeye alınmamıştır. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye Raporunda, kanunun veto edilmesiyle kamu sağlığından sorumlu sağlık sektörü piyasasını düzenleyecek yarı bağımsız birimlerin kurulmasının yolunun kapandığı ve Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanmasının geciktiği belirtilmiştir (2008, s. 45).

Sağlık Bakanlığı'nın 'sağlık piyasası'nın denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir kurum haline getirilmesindeki ilk adım 5283 Sayılı Kanun[174] ile Savunma Bakanlığı ve üniversitelere ait hastaneler dışındaki kamu sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle gerçekleşmiştir. Ardından 2010[175] yılında Kızılay, 2016 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) ve asker hastanelerinin[176] Sağlık Bakanlığı'na devri gerçekleştirilmiştir. 5283 Sayılı Kanun'nun gerekçesinde, kamu sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmasıyla sağlık hizmetlerinin tek elden planlanabilmesi, maliyet kontrolü, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanmasının hedeflendiği belirtilmiştir. Bu şekilde Sağlık Bakanlığı'nın çalışmalarını sağlık hizmetlerinin sunumu ve geliştirilmesi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ise kamu sigortacılığı ve sağlık finansmanı konularında

[173] 15.07.2004 tarih ve 5227 sayılı "Kamu Yönetimi Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun" nun geçici 1. maddesine göre; a) Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatının görev ve yetkileri Eğitim Hastaneleri hariç, Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, Sağlık Merkezi, Dispanser ve Hastaneler araç, gereç, taşınmaz mallar, alacak ve borçlar, bütçe ödenek kadroları ile birlikte İl Özel İdarelerine devredilmiştir. Kamu Yönetimi Genel Kanun Tasarısının II. Sayılı cetvelinde taşra teşkilatı olmayan bakanlıklar sıralamasında Sağlık Bakanlığı da bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığının taşra birimlerindeki sağlık hizmetinin sunumu ile ilgili görevleri İl Özel İdarelerine devredilmiştir. Gereksiz görülen mevcut taşınmazları ise Hazine mülkiyetine devredilerek, Maliye Bakanlığı tarafından satışı sağlanmıştır. 5302 sayılı İl Özel idaresi Kanunu 2005 yılında yürürlüğe girmiştir. Kanun'un il özel idarelerinin görevlerini düzenleyen 6. maddesinde yerel ve ortak nitelikte olmak koşuluyla "sağlık... İhtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetler... " il sınırları içinde il özel idaresinin görev alanında yer almaktadır ibaresi yer almaktadır. 2005 yılında yürürlüğe giren 5393 sayılı Belediye Kanun'un 14. maddesinin 1. fıkrasının b bendi, belediyelere, yerel ve ortak nitelikte olmak koşuluyla sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilme ve işletebilme yetkisi vermiştir.

[174] 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun", (Kabul Tarihi: 19.01.2005), RG: 19.01.2005, Sayı: 25705.

[175] 5947 Sayılı "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun", (Kabul Tarihi: 21.01.2010), RG: 30.01.2010, Sayı: 29787.

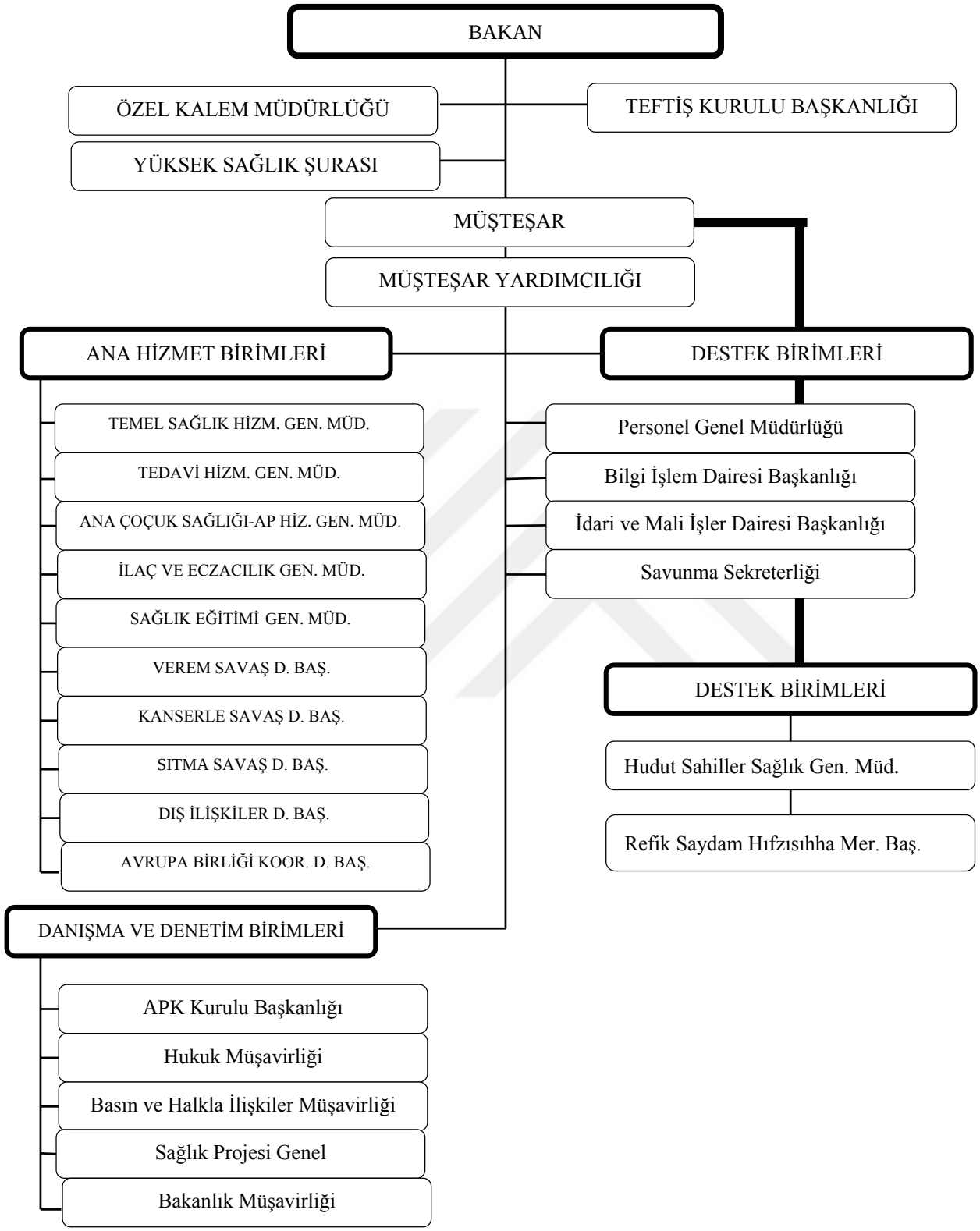
[176] 669 Sayılı "Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı tedbirlerin Alınması ve Milli Savunma Üniversiteleri Kurulması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair KHK", RG: 31.07. 2016, Sayı: 29787.

yoğunlaştırma imkânına kavuşacağı belirtilmiştir[177]. Dünya Bankası'nın bakanlıklar arasındaki hizmet üretimi ve görev paylaşımı açısından örtüşmelerin koordinasyon ve verimliliği olumsuz etkilediği, kaynak israfına neden olduğu yönündeki önerileri doğrultusunda iki bakanlık arasındaki görev paylaşımı yeniden düzenlenerek hastaneler tek çatı altında toplanmıştır. Ancak bu düzenleme hastanelerin özerkleştirilmesi modelinin ilk adımı olarak planlanmasına karşın 2008 yılının hastane özerkliği modelinin ülke genelinde uygulanmasının erken olacağı düşüncesiyle 2007 yılında hazırlanmış olan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" [178] gündeme getirilmiştir (OECD ve DB, 2008, s. 44). Tasarı Bakanlar Kurulu tarafından belirlenen illerde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini tüzel kişiliğe sahip bir birliğe dönüştürmeyi amaçlamıştır. 6 Mart 2007 tarihinde TBMM'ye sunulan tasarı milletvekili genel seçimleri nedeniyle hükümsüz sayılmış, 60. Hükümet tarafından 10 Ekim 2007 Tarihinde TBMM'ye yeniden sunulmuş ancak yasalaşmamıştır (Küçük, 2010, s. 215). Bununla birlikte bu düzenlemenin tamamlayıcı bir parçası olarak çıkarılan 5947 sayılı yasa[179] ile hekimlere "tam zamanlı" çalışma zorunluluğu getirilmiştir (Küçük, 2018, s. 974).

[177] 5283 sayılı Kanun'un TBMM'ye sunulan Genel Gerekçesi, http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss686m.html , (28.12.2012).

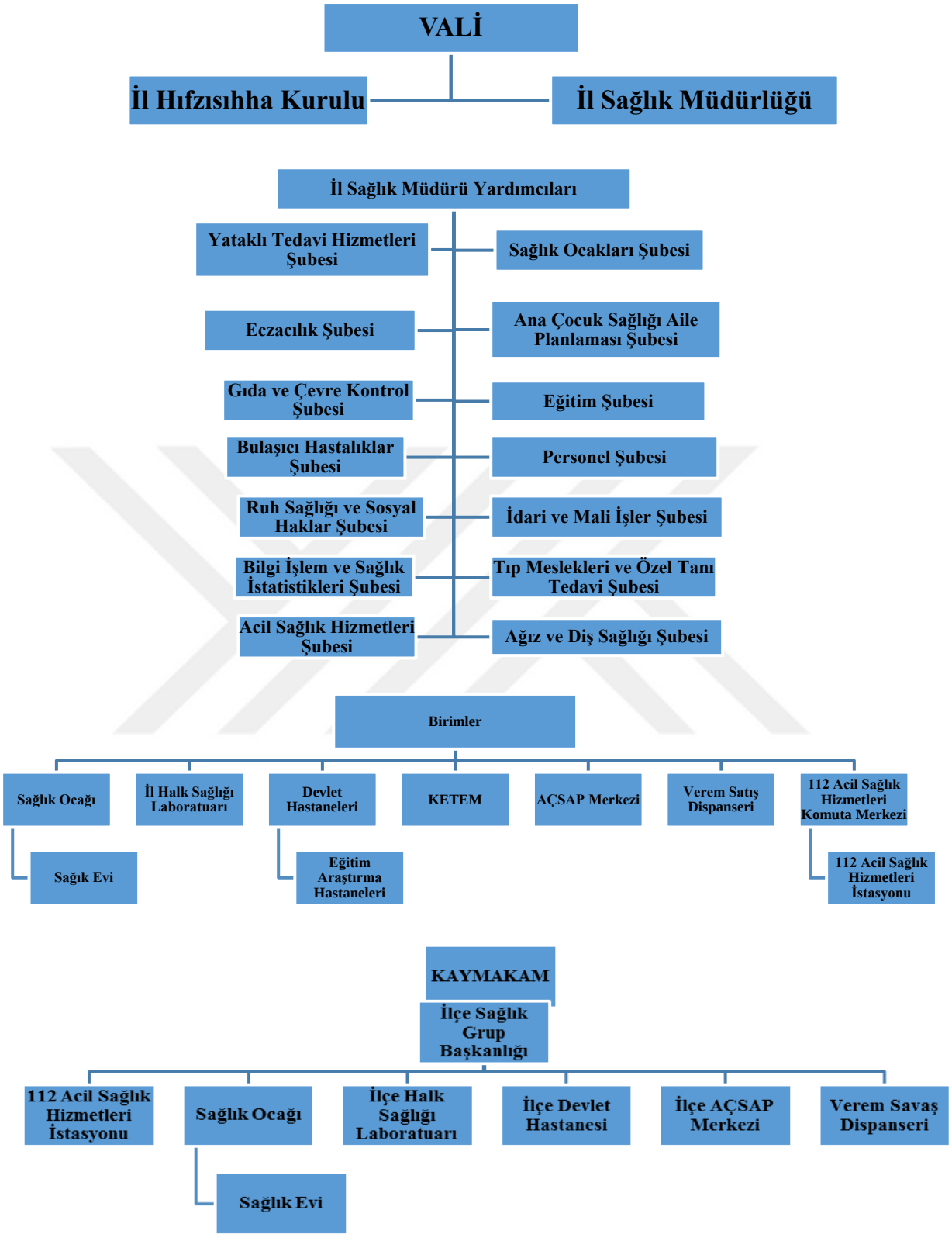
[178] Tasarıya göre Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının kamu tüzel kişiliğine sahip, özerk kamu hastane birlikleri çatısı altında yeniden örgütlenmesi hedeflenmiştir (Ataay, 2007, s. 5; Hamzaoğlu, 2009b, s. 355). Tasarı genel olarak devlet hastanelerinin yönetiminin bir mütevelli heyetine devredilmesi, tüm personelin sözleşmeli olarak çalıştırılması, kamu hastanelerinin sınıflandırılması ve hastanelerin kendi gelir-giderlerini karşılayan kurumlara dönüştürülmesini hedeflemiştir (Pala, 2014, s. 423).

[179] 5947 Sayılı Kanunun 7. Md'sine göre "Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların", kamu kurumları, SGK ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurumları, vakıf üniversiteleri ile SGK ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurumları, vakıf üniversiteleri ya da serbest meslek icrası yollarından sadece birini seçebilecekleri hükme bağlanmıştır.



Şekil 2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl, Ankara, 2002, s. 17.



Şekil 3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2010-2014, s.29.

5.3.1.2.1. 663 Sayılı KHK: Kurumsal Bütünlüğün Parçalanması

663 sayılı KHK'ya kadar Sağlık Bakanlığı'nın temel örgütlenme çerçevesini 1983 yılında çıkarılan 181 Sayılı KHK oluşturmuştur. 181 Sayılı KHK'da Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlar olarak örgütlenmiştir (181 Sayılı KHK, md.3. Bkz. Şekil 2 ve 3). Ana hizmet birimlerini Genel Müdürlükler ve Daire Başkanlıkları oluşturmuştur. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü bakanlık merkez teşkilatında bağlı kuruluş olarak yer almıştır.

2007 yılında gündeme gelen Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı ile gerçekleştirilemeyen Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatlarındaki yeniden yapılanma girişimi 2011 yılında 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"[180] ile gerçekleştirilmiştir. 663 sayılı KHK, TBMM'nin KHK çıkarma yetki süresinin son gününde bir yıl sonra yürürlüğe girecek şekilde çıkarılmıştır. En temel insan haklarından biri olarak yaşam ve sağlık hakkı, sağlık hizmetleri, sağlık çalışanlarının sosyal ve ekonomik hakları gibi alanlarda köklü değişimler getiren idari bir düzenlemenin KHK ile yapılması Anayasa'ya uygunluk açısından tartışılmasına neden olmuştur[181]. Anayasa Mahkemesi'ne yapılan itirazlar sonucu KHK'nın bazı maddelerin iptal edilmiş ancak süreç değişiklikler yapılarak ilerletilmiştir (Demirhan, 2014, s. 277; İlhan, 2017, s. 423).

663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın yapısı örgütlenme ve görevler açısından tümüyle yeni bir zemine oturtulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın *stewardship* fonksiyonunun güçlendirilmesi ve hizmeti yürütecek yeni kurumların oluşturulması yönündeki düzenlemeyle politika yapan, düzenleyen birimler ile uygulayıcı birimleri ayrıştırılarak, hastanecilik sisteminin yapısı piyasaya uyumlu biçimde yeniden

[180] 663 Sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK", RG: 02.11.2011, Sayı: 28103.

[181] 1982 Anayasasının 91. maddesinde TBMM'nin görev ve yetkileri arasında bulunan Hükümete Kanun Hükmünde Kararname çıkarma yetkisi tanımlanmıştır: 91. Maddeye göre Türkiye Büyük Millet Meclisi, Bakanlar Kuruluna, kanun hükmünde kararname çıkarma yetkisi verebilir. Ancak sıkıyönetim ve olağanüstü haller saklı kalmak üzere, Anayasanın ikinci kısmının birinci ve ikinci bölümlerinde yer alan temel haklar, kişi hakları ve ödevleri ile dördüncü bölümünde yer alan siyasal haklar ve ödevler kanun hükmünde kararnamelerle düzenlenemez. Kanun Hükmünde Kararnamelerin hükümetlerce kullanılması hakkındaki bir AYM kararında, KHK'ler bakımından zorunluluk ve ivedilik unsurları vurgulanmıştır (AYM, E.1998/62, K. 1990/2, K. T. 06.02.1990)

şekillendirmiştir (Belek, 2013, s. 206). Piyasa rekabetinin oluşturulabilmesi için kurumsal egemenliğin parçalanması ve dağıtılması önemli bir adımlardan biridir. Mevcut kurumsal yapılar değiştirilerek yeni yapılanma, sağlık endüstrisinin mümkün olan en fazla faydayı elde etmesini sağlayacak biçime getirilmektedir (Loeppky, 2014, s. 75). Merkezi kamu hizmetlerini parçalayarak yerelleşmeye yönelen bu stratejinin amacı kamu hizmetinin piyasa merkezli anlayışa terk edilmek istenmesidir (Oyan, 2004, s. 113).

663 Sayılı KHK'da politika belirleme, düzenleme, denetleme ve hizmet sunumunun merkezde toplandığı dikey yapılanmadan; Bakanlığın politika belirleme ve sistem yönetimi üzerine yoğunlaştığı, kurumsal uzmanlaşmaya dayanan, taşra teşkilatındaki yöneticilerin karar verme imkânlarını artırmayı amaçlayan yatay yapılanmaya geçildiği ifade edilmektedir (Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu (TKHK), 2012, s. iii). Bu doğrultuda geleneksel memurluk yapısındaki şeflik, şube müdürlüğü, genel müdür yardımcılığı kadroları kaldırılarak bunların yerine birim sorumlusu, koordinatörlük gibi yeni unvanlar getirilmiş ve taşra teşkilatındaki yöneticilerin sözleşmeli statüde istihdamı gibi düzenlemeler yapılmıştır. Yeni teşkilat yapısında Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Genel Müdürlüğü, Kanserler Savaş Daire Başkanlığı gibi bazı genel müdürlükler ve daire başkanlıklarına yer verilmemiştir. "Faaliyet ve işlemlerin daha az hiyerarşik yapı içerisinde gerçekleştirilmesi" (Saylam ve Öktem, 2015, s. 15-16) gibi teknik gerekçelere yaslanan bu düzenlemenin anlamı devletin işletmecilik temelinde sağlıkta sermaye birikimini destekleyecek şekilde yeniden örgütlenmesidir (Küçük, 2017, s. 316-317).

663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlar[182] olarak örgütlenmiştir (Şekil 4). Sağlık Bakanlığı'nın görevlerinin düzenlendiği Kararnamenin 2. Md'sine göre, Bakanlık "acil durum ve afet halleri" dışındaki hizmetlerle ilgili "strateji belirleme, planlama, düzenleme ve koordinasyon"

[182] 3046 Sayılı " Bakan Yardımcılarının Mali Hakları ve Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun", (Kabul Tarihi: 27.09.1984), RG: 09.10.1984, Sayı: 18540. (Mülga: 2/7/2018-KHK-703/41 md.) Bağlı kuruluşlar, Bakanlıkların kuruluş ve görev esaslarını düzenleyen 3046 sayılı Kanun'un 10. Maddesinde tanımlanmıştır. Bağlı kuruluşlar, 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 kuruluşlardır. Bağlı kuruluşlar, merkez teşkilatı ile ihtiyaca göre kurulan taşra teşkilatından meydana gelecek şekilde düzenlenir. Bağlı kuruluşların taşra teşkilatı; bölge, il ve ilçe kuruluşları şeklinde veya doğrudan kendine bağlı olarak kurulabilir. Bağlı kuruluşlar, Başbakanın teklifi ve Cumhurbaşkanının onayı ile diğer bir bakanlığa bağlanabilir.

yapmaktan sorumludur. Önceki yapıda Sağlık Bakanlığı Ana Hizmet Birimleri tarafından yerine getirilen hizmet üretme ve sunma işlevleri bağlı kuruluşlara devredilmiştir. Bu kapsamda, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütülmesi ve ilgili alanlarda gerekli düzenleme ve denetimlerin yapılmasından sorumludur (663 KHK, Md. 26). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve benzer sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi ve bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevlendirilmiştir (663 KHK, Md. 29). 2007 yılındaki "Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı" yla planlanan yapıdan farklı olarak tüzel kişiliği öngörülmeyen Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Bakanlığa bağlı kılınmış, kendilerine özel bütçe verilmemiştir. SB'nin bağlı kuruluşlar şeklinde oluşturduğu yeni yapılanmanın SDP'de hedeflenen, "merkeziyetçi yapıdan uzaklaşılması ve yerinden yönetim ilkesinin sağlanması" ilkesiyle tam olarak uyuşmadığı ve bu kurumlarla Bakanlık arasında hiyerarşik ilişkinin korunduğu (Aktel, Altan, Kerman ve Eke, 2013), merkezi yönetimle olan bağın zayıflatılmadığı yönünde değerlendirmeler yapılmıştır (Övgün ve Küçük, 2013, s. 73).

Sağlık Bakanlığı'nın strateji ve hedefleri belirleme, planlama ve koordinasyon işini üstlendiği anlayışa uygun olarak eski merkez teşkilatlanmasında bulunmayan Sağlık Politikaları Kurulu (663 KHK, Md. 6) oluşturulmuştur. Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili görevlerini yerine getirmek, bilimsel ve uzmanlık gerektiren konularda çalışma yapmak ve görüş bildirmek üzere bünyesinde danışma kurulları ve komisyonlar oluşturulabileceği belirtilen Kurul 11 üye, müsteşar ve müsteşar yardımcılarından oluşmuştur. Görev sürelerinin iki yıl ile sınırlı olduğu kurul üyelerini Bakan belirlemektedir. Üyelik için dört yıllık yüksekokul mezunu ve sekiz yıllık iş tecrübesine sahip olma yeterli görülmektedir. Kurulda kamu görevlisi olmayan kişilerin de görevlendirilebilmesi öngörülmüş ancak bu kişilerin hangi ölçütlere göre belirleneceği açık olarak düzenlenmemiştir (Demirhan, 2014, s. 259). Müsteşar ve müsteşar yardımcısı dışındaki üyelerin seçim ölçütlerindeki bu belirsizlik Bakan'nın Kurul'a yerli ya da yabancı herhangi bir şirketin ya da başka bir deyişle sermayenin temsilcilerinin seçebilmesine olanak tanıyıcı niteliktedir (Özçelik ve Karaduman, 2011, s. 446). Bu yönüyle yeni yapılanmada Sağlık Politikaları Kurulu'na

yer verilmesi, hiyerarşik ve bürokratik devlet yapısında esnekleşme ve karar odaklı yapıların kurulmasına işaret eden neoliberalizmin "yönetişim" anlayışını yansıtmaktadır (Balta, 2013, s. 156).

Sağlık Politikaları Kurulu dışında Yüksek Sağlık Şurası, Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Sağlık Meslekleri Kurulu, Bakanlığın sürekli kurulları olarak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında yer almıştır. Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Sağlık Meslekleri Kurulu, tıp ve diğer sağlık meslekleriyle ilgili eğitim müfredatı, mesleki yeterlilik değerlendirmesi, etik ilkelerin belirlenmesi ve denetlenmesi, meslekten sürekli ya da geçici olarak men etme gibi kararlar vermekle görevlendirilmiştir. Üyelerinin çoğunu Bakan ya da müsteşar tarafından atanan üyeler oluşturmaktadır (663 KHK, Md. 22, 23). Sağlık Meslekleri Kurulu'nun yerine getirdiği görevler açısından dünyadaki genel eğilim bu görev ve yaptırımların meslek örgütlerin yetkisinde olması yönündedir. Ancak, Sağlık Meslekleri Kurulu'nda ilgili meslek temsilcisi dışındaki üyeler mesleğin üyeleri olmayıp atanan bürokratlardan oluşmaktadır (TTB, 2011, s. 14). Sağlık alanında yeni meslekler, uzmanlık alanları sağlık mesleklerinin eğitim müfredatlarının belirlenmesi konularında görüş bildirecek bu kurulun bütün faaliyetleri, sağlık hizmetlerini doğrudan etkileyecek niteliktedir. Bununla birlikte, Kurul'un tarafsız şekilde karar verebilmesini güvence altına alan üyelerinin görev yapacakları alana ilişkin mesleki eğitim görmüş olmaları ya da sağlık alanında bilimsel çalışmalar yapmış olma gibi ölçütlerin hiçbiri aranmamıştır (TBB, 2011, s. 15).

663 sayılı KHK ile Bakanlık düzeyinde merkezi bir personel yönetiminden vazgeçilerek parçalı bir yapıya gidilmiştir. Personel Genel Müdürlüğü kaldırılarak Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü oluşturulmuş, sağlık insan gücünü planlama görevi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir. Yeni yapıyla oluşturulan bağlı kuruluşlar kendi kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik işlemlerini yürütmekle sorumlu kılınmıştır.

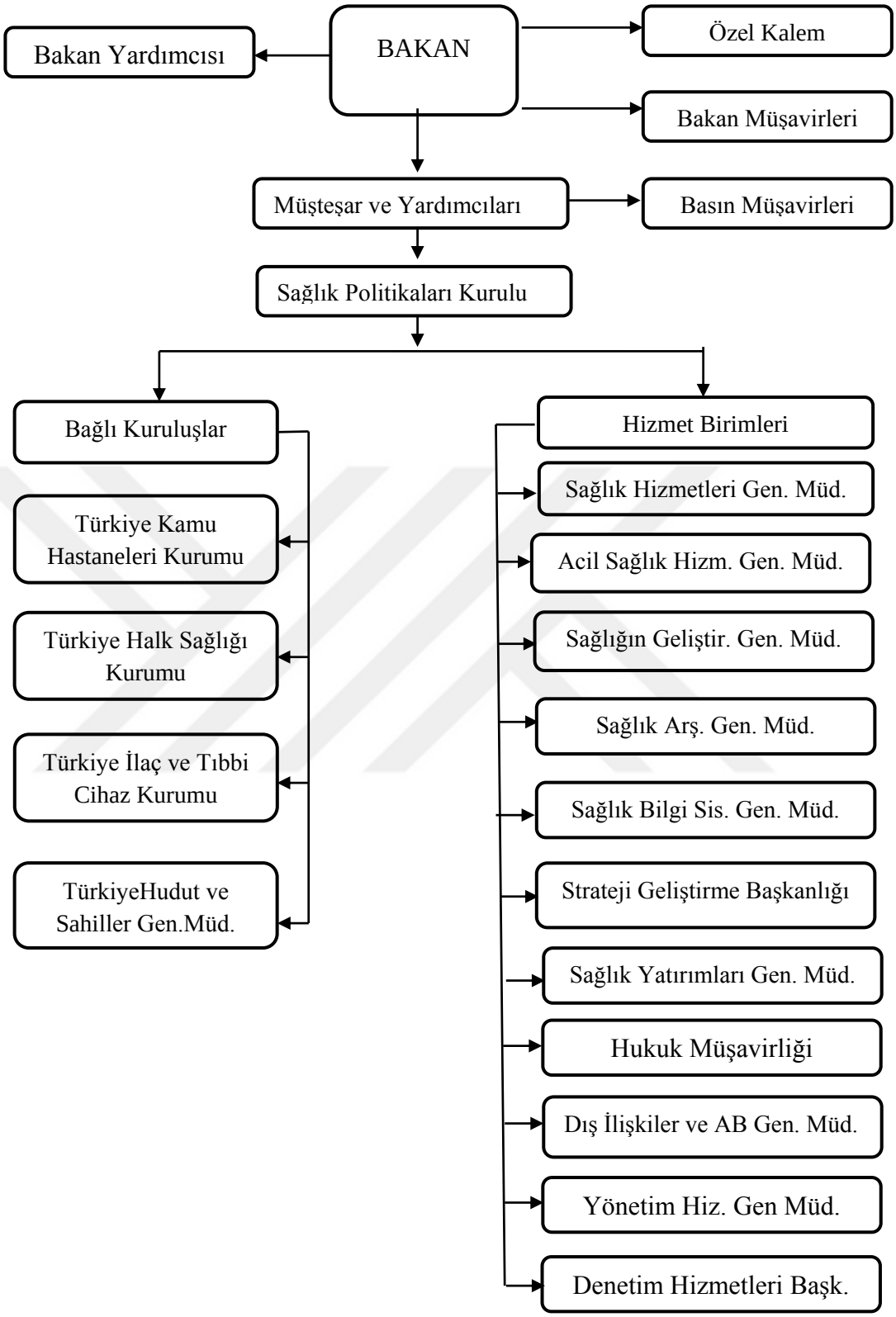
663 sayılı KHK öncesinde taşra teşkilatı 5442 sayılı İl idaresi Kanunu'nun hükümleri doğrultusunda yetki genişliğine sahip valinin hiyerarşik sorumluluğu altında oluşturulan İl Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Sağlık Grup Başkanlıklarından oluşmaktaydı. İl Sağlık Müdürlüğü kanun ve diğer düzenlemelere uygun olarak Sağlık

Bakanlığı'na verilmiş olan görev ve sorumlulukları, kendi bölgelerinde yerine getirmekten sorumluydular (Balcı, 2005, s. 86-87). Yeni yapılanmayla birlikte daha önce sadece İl Sağlık Müdürlüğünden oluşan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneler Birliği ve Halk Sağlığı Müdürlüğü olarak üç başlı bir yapıya dönüşmüştür (Şekil 5). İl Sağlık Müdürlüğü, bağlı kuruluşların il teşkilatının koordinasyonundan ve uyumlu çalışmasından sorumlu (663 KHK, Md. 25) olmakla birlikte eski etkinliğini kaybetmiştir (Övgün ve Küçük, 2013, s. 74).

Kamu Hastane Birliklerinin Kurulması

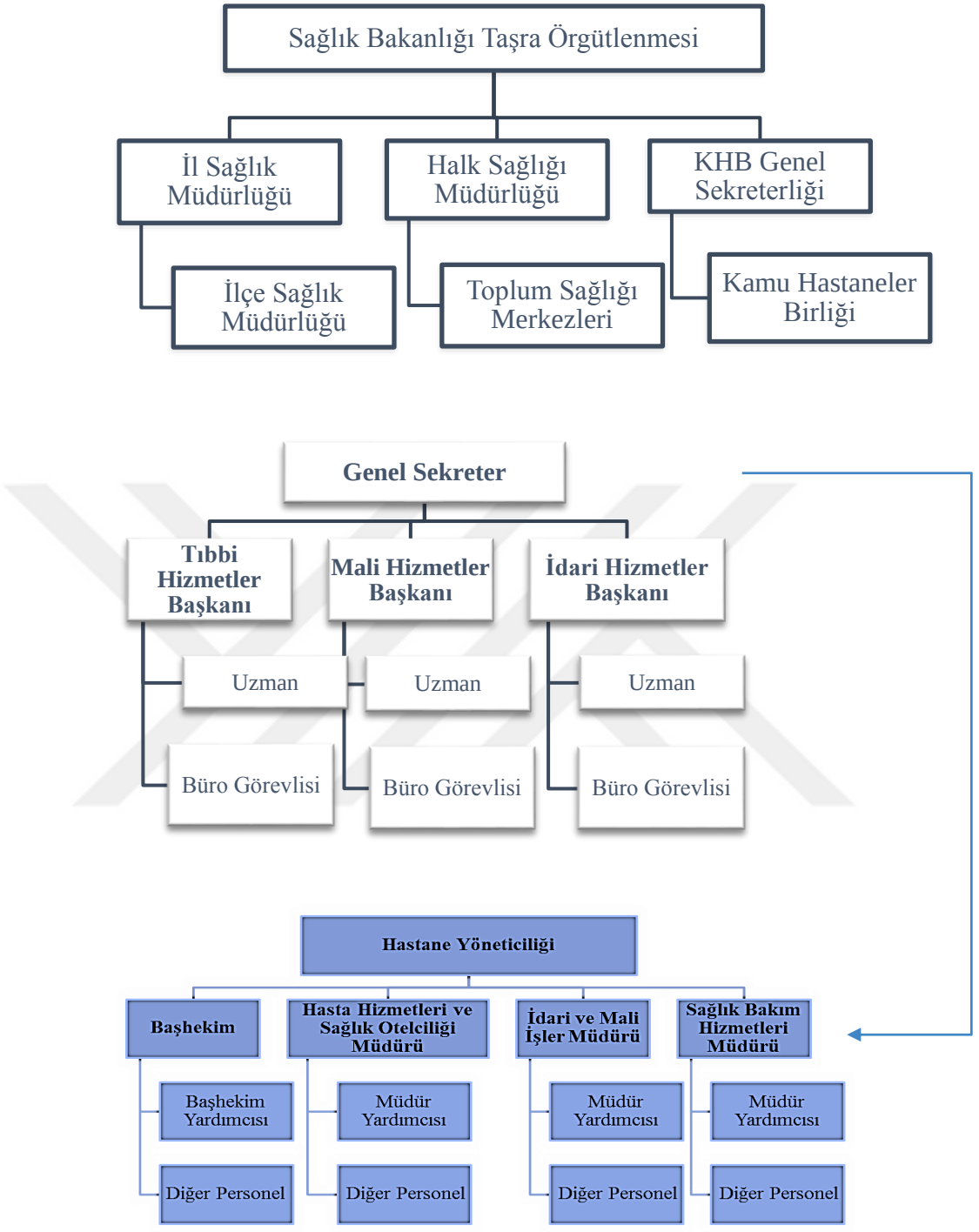
663 Sayılı KHK uyarınca TKHK'nın taşra teşkilatı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletileceği ifade edilmiştir (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 2012, s. ıii). Hizmetin büyüklüğü gözönünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilmesine olanak tanınmış ve toplam 89 kamu hastane birliği kurulmuştur (altısı İstanbul'da, üçü Ankara'da ve ikisi İzmir'de). Birden fazla birlik kurulan illerde birliklerden birinin koordinatör olarak görevlendirilebileceği belirtilmiştir (663 KHK, Md. 30).

Merkez teşkilatındaki fonksiyonel ayrım ve uzmanlaşmaya dayalı oluşturulmak istenen yapı hastane yönetimleri için de geçerli olmuştur (Lamba ve diğ., 2014, s. 66). Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmuştur. Birliğin en üst karar ve yürütme organı olarak belirlenen genel sekreterlik bünyesinde fonksiyonel uzmanlığa dayalı birimler olarak tıbbi, idari ve mali hizmetler başkanlıkları kurulmuştur. Birliğe bağlı hastanelerin yönetiminde hastane yöneticisi, hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri yer almıştır. Kurum tarafından birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak birlik ve hastanelerdeki yönetim görevlerinin tek kişiye verilebileceği ve hastanedeki müdürlüklerin sayısının artırılabileceği belirtilmiştir (663 KHK, Md. 30) (Bkz. Şekil 5). Hastanelerin ihtiyaçlarının genel sekreterlikler aracılığıyla karşılanarak girdi maliyetlerinin azaltılması, kullanılmayan kaynakların hastaneler arasında transferi ve hastanedeki yöneticilerle yapılan sözleşmelerle daha yönetilebilir bir kapasitenin oluşturulması hedeflenmiştir (Şahin ve İlgün; 2019).



Şekil 4. 663 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017), Ankara, 2012, s.34.



Şekil 5. 663 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı'nın Taşra Teşkilatı Örgütlenmesi

Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Stratejik Planı (2014-2018), Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2014. s.29.

Kamu Hastane Birliklerinde İstihdam : Sözleşmeli ve Esnek Çalışma

Sağlık hizmetleri alanı özel sektörün performans değerlendirme, performansa göre ücret ödeme, sözleşmeli çalışma, toplam kalite yönetimi gibi uygulamalarıyla yeni kamu işletmeciliğine uygun personel istihdam anlayışının hayata geçirildiği ilk alanlardan biri olmuştur [183] (Özkal Sayan ve Küçük, 2012, s. 171). 663 Sayılı KHK'nın 32. Maddesinin altıncı fıkrası gereğince, kamu kurum ve kuruluşlarında memur olarak istihdam edilenlerden uygun niteliklere sahip olanlar kendilerinin isteği ve kurumlarının onayı ile Ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen sayı ve pozisyonlarda sözleşmeli statüde istihdam edilmiştir. Sözleşmeli personel pozisyon unvan ve sayıları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. 663 Sayılı KHK Gereğince Sözleşmeli Personel ve Ünvanlarına Göre Dağılımı

Unvan	**Sayı**
Genel Sekreter	88
Tıbbi Hizmetler başkanı	57
İdari Hizmetler Başkanı	82
Mali Hizmetler Başkanı	77
Hastane Yöneticisi	285
Başhekim	666
Başhekim Yrdımcısı	765
İdari Mali İşler Müdürü	799
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	634
Hasta Hizmetleri ve Otelcilik Hizm. Müdürü	131
Müdür Yardımcısı	979
Uzman	1107
Büro Görevlisi	89

Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Stratejik Planı (2014-2018), Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2014. s.22.

[183] Sözleşmeli personel istihdamı 2003 yılında, 4924 sayılı "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun", RG: 24.07.2003, Sayı: 25178 kanunla başlamış ve Bakanlığın asli ve sürekli görevlerinin sözleşmeli sağlık personeli eliyle yerine getirilmesinin önü açılmıştır. 2005 yılında yayımlanan 5413 sayılı kanun ile ücretleri döner sermayeden karşılanmak üzere sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık himetleri sınıfındaki personelin 657 Sayılı DMK'nın 4/B maddesine bağlı olarak sözleşmeli çalışması mümkün olmuştur. 5413 Sayılı "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" (Kabul Tarihi: 20.10.2005).

663 sayılı KHK'ya göre Kurum Başkanı genel sekreterle doğrudan; başkanlar, hastane yöneticileri, başhekim ve müdürlerle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapmaktadır. Uzman personel ile büro görevlilerinin sözleşmeleri genel sekreter; başhekim yardımcılarıyla başhekimin; müdür yardımcılarıyla ilgili müdürün teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılacağı belirlenmiştir. 2014 yılında Kararnamenin 32. maddesinin beşinci fıkrası değiştirilerek yeni bir düzenlemeye gidilmiştir.[184] Yeni düzenlemeyle genel sekreter, başkan ve hastane yöneticisinin sözleşmelerinin Bakan, başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı, uzman personel ve büro görevlilerinin sözleşmelerinin ise Kurum Başkanı tarafından yapılmasına karar verilmiştir. Bu düzenlemeyle Bakanın Bakanlıktaki siyasi ağırlığı arttırılmış, Kurum Başkanının yetkileri azaltılmış, genel sekreterin ise personel istihdamı konusunda hiçbir yetkisi kalmamıştır. Sonuç olarak personel seçme ve sözleşmeleri imzalama yetkisi Sağlık Bakanlığı bünyesine geri çekilerek merkezileştirilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda programın amaçlarına ulaşabilmesi için "etkili yönetici kadroları" oluşturulmasının önemine dikkat çekilmektedir. Hekimlerin "sağlık işletme"lerinde yönetici olmasının hekimlere yapılan yatırımları amacından uzaklaştırdığı ve hastane yönetimlerinde "deneyimsiz" yöneticilerin yer almasına neden olduğu belirtilmektedir (SB, 2003, s. 33). TKHK Stratejik Planı'nda "kurumsallaşma ve profesyonelleşmeyi" sağlamak için "geleneksel personel yönetimi" anlayışından "insan kaynakları yönetimi" anlayışına geçilmesi ve insan gücünün etkin ve verimli kullanılmasına yönelik düzenlemelerin gerekliliğine dikkat çekilmektedir (TKHK, 2014, s. 33). Dönemin TKHK Başkanı Çağıl'a göre, 663 KHK ile özel sektörden yönetici atamalarının yapılabilmesi profesyonel yönetime geçiş açısından büyük bir şans olarak değerlendirilmiş ve kamu dışından atanan yöneticiler, kamu kurumlarının özel sektör gibi işletebilmesi için bir fırsat olarak görülmüştür. Çağıl'ın sözleriyle (2012, s. 107);

"Profesyonel yönetime geçiş zaman içerisinde inanıyorum ki iyi bir adım olacaktır çünkü bu sağlık tesislerinin yöneticileri ve il sekreterlerinin çok rahat bir şekilde kamu

[184] 6514 Sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun", (Kabul Tarihi.02.01.2014), RG: 18.01.2014, Sayı: 28886.

dışından da olabileceğini biliyoruz. Belirli bir tecrübeye sahip, belirli bir eğitime sahip kişiler arasından bu yönetime kişiler alınabiliyor. Bu bugüne kadar olandan çok daha farklı bir durum ve büyük bir şans."

663 sayılı KHK geleneksel memurluk sisteminden farklı olarak özel sektörden kamuya yönetici atanabilmesinin yolunu açmıştır. Yönetici atamalarında çalışma deneyimi[185] koşulunun kamu ya da özel sektörde olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca genel sekreter, idari ve mali hizmetler başkanı, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcısı kadroları için dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumundan mezun olmak yeterli sayılmış böylece herhangi bir alanda lisans eğitimi almış kişilerin sağlık kurumlarına yönetici olabilmesinin önünde bir engel kalmamıştır.

KHB uygulaması ile hastane ve birlik yöneticilerinin kısmi zamanlı hizmet sözleşmesiyle çalıştırılmaları ve performanslarına göre ücretlendirilmeleri işletmeci anlayışı yansıtan en önemli özelliklerden biri olmuştur. İşletmeci söylem, 'güvenceli' bir istihdam yapısının çalışma isteğini olumsuz etkilediğini, çalışanların geleneksel yönetim anlayışında performans ya da başarılarını yüksek tutması için bir nedenlerinin olmadığını ileri sürer. Bu nedenle belli aralıklarla yenilenen süreli bir istihdam yapısının çalışanların verimlilik ve başarısını artıracağı kabul edilmektedir (Eren ve Eken, 2007, s. 184-184). Birlik ve hastane yöneticileriyle yapılan "hizmet sözleşme" lerinde kurumsal hedefler ve performans değerlendirme ölçütleri göz önüne alınarak bireysel performans ölçütleri ve hedefleri belirlenmiştir. İki yıldan dört yıla kadar değişebilen sürelerle yapılan sözleşmelerin, belirlenen performans hedeflerinin gerçekleşme durumuna bakılarak tekrarlanması ya da daha erken sonlandırılabileceği belirtilmiştir. Başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa neden olan hastane yöneticilerinin sözleşmelerinin kendiliğinden sona ereceği belirtilmektedir (663 KHK, Md. 32). Ayrıca, TKHK Hizmet Sözleşmesi'nin beşinci maddesinde yer alan *"Günlük çalışma süresi ile işe başlama ve bitiş saatleri ihtiyaca göre farklı şekillerde düzenlenebilir. İlgili, kendisine verilen işleri bitirene kadar çalışmak zorundadır"* ifadesiyle sözleşmeli yöneticilerin çalışma saatlerine esneklik getirilmektedir.

[185] Genel sekreter 8 yıl, idari ve mali hizmetler başkanları, hastane yöneticisi ve müdürler için 5 yıl deneyim şartı aranmaktadır.

TKHK taşra teşkilatının görev ve sorumlulukları ile çalışma usul ve esaslarının düzenlenmesi amacıyla 31.10.2012 tarihli ve 3131 sayılı makam onayı ile "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yayımlanmıştır. Yönergede birlik ve hastane düzeyinde idari, mali ve tıbbi alanlardaki yöneticilerin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenmiştir. Yeni yapılanmayla birlikte başhekimlerin görev tanımları değişmiş eski yapıda hastanenin tüm yönetiminden sorumlu olan başhekimlere sadece tıbbi hizmetlerin yönetim sorumluluğu verilmiştir.

AKP Hükümetleri ilk yıllarından itibaren kamu personel sistemini dönüştürme yönünde önemli adımlar atmıştır. Bürokrasinin siyasi mekanizmayla bütünleşerek etkisinin azaltılması diğer bir deyişle "bürokratik oligarşi" nin aşılmak istenmesi temel hedeflerden biri olarak dile getirilmiştir. Asli ve sürekli hizmetlerde işletmecilik ilkelerinin yaygınlaştırılmasıyla istihdamın değişken kılınması, memur güvencesini esneten yeni kadrolar oluşturulması, bakanlık bünyelerinde insan kaynakları birimlerinin kurulması, performans değerlendirme sistemlerinin asli ve sürekli hizmetlerde yaygınlaşması ve buna uygun ücret sistemlerinin oluşturulması gibi düzenlemeler oluşturulmak istenen personel sisteminin temel özellikleridir (Dülgar, 2015, s. 97). Bu şekilde kamu personel sisteminin korumalı, güvenceli "kendine özgü" statüsü değiştirilerek kamu ve özel sektör istihdamı arasındaki farklılıkların kaldırılması hedeflenmiştir (Güler, 2003, s. 27). 663 Sayılı KHK ile gündeme gelen kamudaki sağlık kurumlarının yöneticilerinin performans ölçütleri çerçevesinde sözleşmeli statüde istihdam edilmesi kariyer sisteminin bürokrasiye sağladığı gücü zayıflatmıştır (Lamba, 2014, s. 49).

Sağlık Hizmeti Sunumunda Performans ve Tüketici-Müşteri Odaklı Hesapverebilirlik

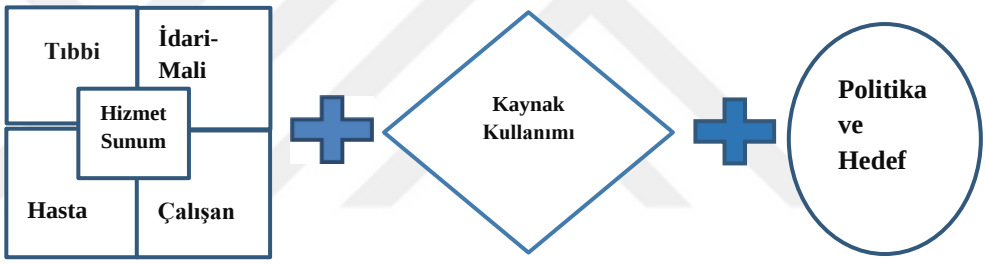
Neoliberal yönetim anlayışı "bürokratik-profesyonel hesap verebilirlik" biçimlerinden "tüketici-yönetsel hesap verebilirlik" modellerine doğru bir geçişi öngörmektedir. Bürokratik-profesyonel hesapverebilirlik modeli, kural ve düzenlemelerin önceden belirlendiği ve hesap verilebilirliğin çıktıdan ziyade süreç açısından ölçüldüğü bir modeldir. İlgili mesleki uzmanlığa sahip olanlar tarafından belirlenen ve düzenlenen standartları içerir. Tüketici odaklı hesapverebilirlik modeli

ise önceden belirlenmiş hedeflere ulaşma derecesine göre performansın ödüllendirildiği veya cezalandırıldığı, hesapverebilirliğin sözleşme yükümlülüklerini ve hedeflerini yerine getirme açısından ölçüldüğü bir modeldir (Olssen ve Peters, 2005, s. 328). KHB politikasıyla sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde geleneksel kamu yönetiminin mevzuat ve girdilere odaklanan denetim anlayışı yerini sonuç odaklı, performans ve tüketiciyi merkeze alan bir hesapverebilirlik anlayışına bırakmıştır.

YKİ'nin bürokratik süreçlerden çok sonuçların önemli olduğu şeklindeki yönetsel vurgusu kamu hizmetlerinde performans ölçümününü öne çıkarmıştır. Kamu hastane birliklerinin kaynak kullanımı ve hizmetin etkinlik ve verimliliğinin değerlendirilmesi amacıyla 5.10.2012 tarih ve 847 sayılı "Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge" yayımlanmıştır. Yönergenin amacı birlikler ve birliğe bağlı hastanelerin Kurum tarafından belirlenen usul ve esaslara göre altı aylık ve yıllık sürelerle toplanan ve gözlem sonucu elde edilen verilere göre performanslarının değerlendirilmesi olarak belirtilmiştir. Yönergede, birlik ve birliğe bağlı hastaneler ile her kademedeki sözleşmeli yöneticilerin başarı puanlarının nasıl hesaplanacağı ayrıntılı şekilde açıklanmıştır. Değerlendirme sonucunda birlik, hastaneler ve yöneticileri için bir "karne" düzenlenecektir. Karne puanlarının belirlenmesinde: tıbbi kriterler; idari kriterler; mali kriterler; kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyet kriterleri; eğitim kriterleri; izlem ve veri doğrulama, kanıta dayalı gözlemsel değerlendirme ve genel değerlendirme kriterlerine yer verilmiştir. Hastaneler, verimlilik değerlendirmesinde esas alınmak üzere hizmet rolleri, kapasiteleri, ürettikleri hizmetler ve hizmet çeşitlilikleri bakımından Kurum tarafından sınıflandırılmıştır.[186] Karne puanlarına göre birlik, sağlık tesisi ve birlik yöneticileri için (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde 'başarı grupları' belirlenmiştir. Kurum tarafından belirlenen komisyonlar ve birlik gözlem ekiplerince yapılacak değerlendirme sonuçlarına göre başarı gruplarının düşürülmesi ya da bir üst gruba yükseltilemediği durumlarda ilgili yöneticilerin sözleşmelerinin sona ereceği ifade edilmiştir. Kamu

[186] Hastanelerin sınıflandırılmasının klasik bir örneği, İngiltere'deki hastaneler için kullanılan 'yıldız' sistemidir; burada hastaneler, hedeflere erişime performanslarına bağlı olarak sıfırdan üç yıldıza kadar derecelendirilmiştir. Bu bilgiler kamuya ilan edilerek başarılı olanın ödüllendirilmesi kötü performansın cezalandırılması amaçlanmıştır. Başarılı hastaneler için daha fazla özerklik, kötü performans gösteren hastaneler kapatılma tehdidiyle karşı karşıya bırakılmıştır (Lapsley, 2008, s. 84).

Hastane Birlikleri ile birliğe bağlı hastaneler ve yöneticilerinin performans karne puanlarına göre başarı gruplarına ayrılması ve kamu hastanelerinin sınıflandırılmasıyla kamu hastanelerinin kendi aralarında ve özel sektörle rekabet etmesi ve yöneticilerin performansının oluşturulan bu rekabetçi yapı içinde belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca Yönergenin 12. Maddesindeki "yerinde değerlendirmelerin sağlık denetçileri ve diğer kamu veya özel kuruluşlara yaptırılabilir" ifadesiyle hastanelerin akreditasyon ve denetim işini yapan ulusal ya da küresel şirketler için yeni kar alanları açılmış olmaktadır. Bu yeni anlayışla bir bütün olarak kamu kurumunun performansı kadar yöneticilerin/çalışanların bireysel performansı da önemli hale getirilmiştir. Sorumluluk ve performans kalite, verimlilik, etkinlik gibi kavramlarla açıklanarak hesapverebilirlik yeniden tanımlanmıştır (Gray ve Jenkins, 2006: 551). Birlik, hastaneler ve sözleşmeli yöneticilerinin performans değerlendirmeleri için "Kurumsal Karne Verimlilik Modeli" Şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil 6. Kurumsal Karne Verimlilik Modeli

Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Birlik Değerlendirme El Kitabı, Ankara, Sağlık Bakanlığı 2012, s.1

KHB'deki performans yönetimi anlayışıyla "stratejik zirvede" merkezi ve tek taraflı olarak politika hedeflerini belirleyen ve bunları uygulayıcı seviyelere indirgeyen yönetim yapılarının oluşturulması hedeflenmiştir. Bu durumda sağlık hizmet sunumunun yereldeki profesyonel kaygılar tarafından yönlendirilmek yerine merkezi olarak tanımlanan ve belirlenen hedeflere göre yönlendirilmesi söz konusu olmuştur (Ateş, 2004, s. 38).

5.3.1.2.2. 694 Sayılı KHK: OHAL Kapsamında Düzenleme

SDP'nin kamu hastanelerini "idari ve mali yönden özerk" hale getirme ve kaynakların "etkili ve verimli" kullanılması iddiasıyla gündeme getirdiği KHB

yapılanması sadece 6 yıl devam edebilmiştir. Kamu Hastane Birlikleri 2017 Ağustos ayında yayımlanan 694 Sayılı KHK[187] ile kaldırılmıştır (TTB Raporu, 2018, s. 474). 694 sayılı KHK'nin 184-194. maddeleriyle getirilen düzenlemelerle 663 sayılı KHK'da bazı değişiklikler yapılarak Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra örgütlenmesinde değişikliğe gidilmiştir. Yeni düzenlemeye göre Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı; bakan, müsteşar ve yardımcıları, hizmet birimleri, sağlık politikaları kurulu, üç bağlı kurul ve bağlı kuruluşlar olarak yapılandırılmıştır. 663 sayılı KHK'nin 7. maddesinde yapılan değişiklikle bağlı kuruluş statüsündeki Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu iki ayrı genel müdürlük statüsünde merkez teşkilatında yer almıştır (694 KHK, Md. 184). 663 sayılı KHK'da Bakanlığın bağlı kuruluşları arasında yer alan Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, 694 sayılı KHK'da merkez ve taşra örgütlenmesinde yer almıştır. Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu'na ise Bakanlığın merkez örgütlenmesi içinde yer verilmiştir. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile İlişkilerin Koordinasyonu birimleri ilk kez 694 sayılı KHK ile merkez teşkilatında yer almıştır (694 KHK Md.194) (Aydemir, 2020, s. 354; Eken, 2020).

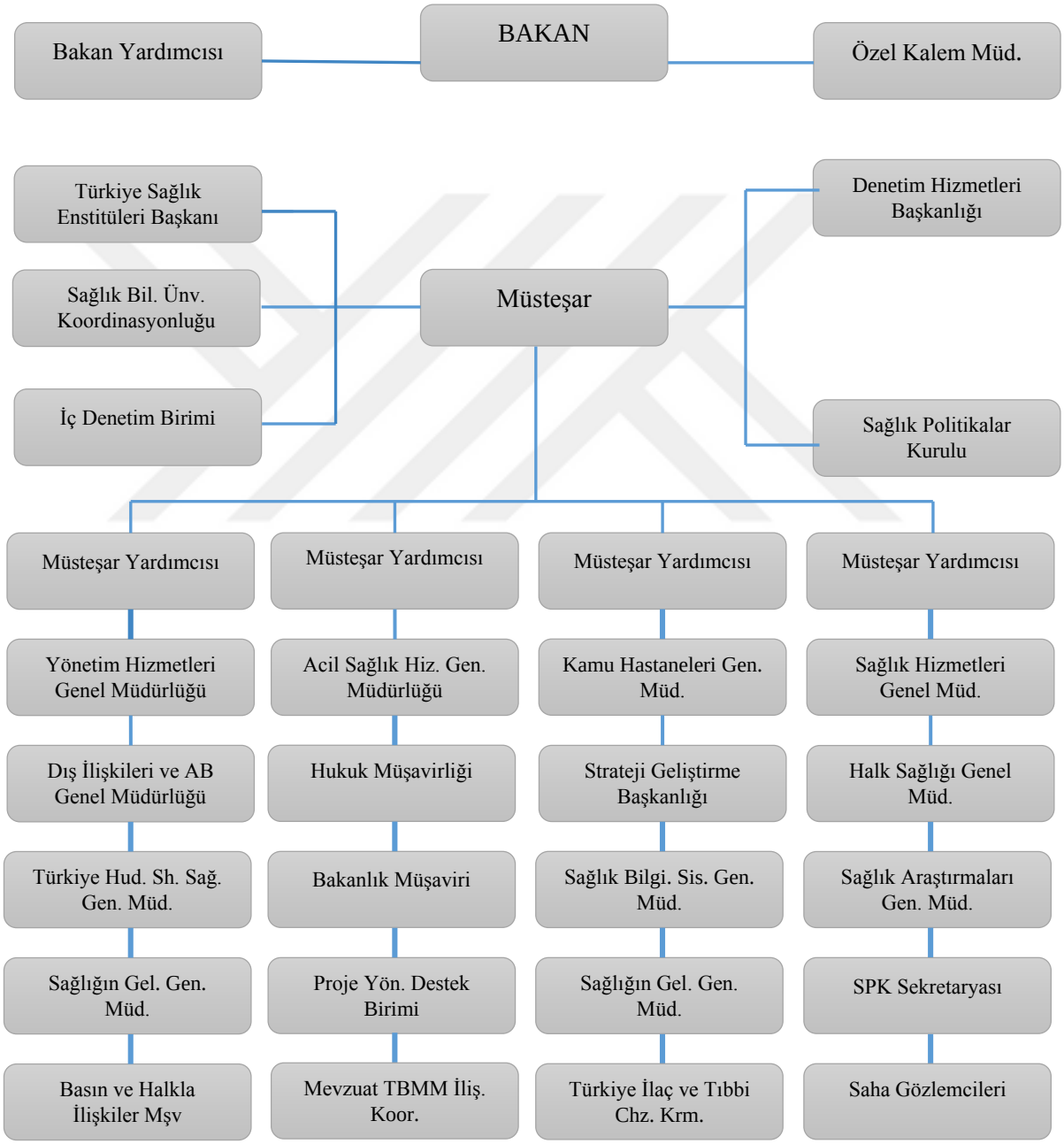
Sağlık Bakanlığı taşra örgütlenmesi 663 sayılı KHK'nın 25. Maddesinde yapılan değişiklik ile yeniden düzenlenmiştir. Taşra örgütlenmesi İl Sağlık Müdürlükleri ve ihtiyaca göre kurulması öngörülen İlçe Sağlık Müdürlükleri olarak belirlenmiş ve İl Sağlık Müdürlerinin hekim olması zorunlu tutulmuştur (694 KHK, Md. 187). İl sağlık müdür yardımcısı kadrosu kaldırılarak ihtiyaç halinde oluşturulmak üzere sağlık hizmetleri, acil ve afetlerde sağlık hizmetleri, halk sağlığı, ilaç ve tıbbi cihaz, kamu hastaneleri, personel hizmetleri ve destek hizmetleri başkanlıkları kurulabilmesi kararlaştırılmıştır. İl Sağlık Müdürü, Bakanlığın il düzeyindeki tek yetkilisi olarak tüm ilde hizmetlerin verimli ve etkin biçimde sunulması, personelin adil ve dengeli dağılımı ve il içinde nakil ve görevlendirme işlemleri, özel ve kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresini sağlamakla yetkilendirilmiştir. 663 sayılı KHK'da yer alan Bakanlıkça belirlenen illerdeki bir sağlık müdürünün koordinatör olarak görevlendirilebileceği hükmü 694 sayılı KHK'da aynı şekilde yer

[187] 694 Sayılı "Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında KHK", RG: 25.08.2017, Sayı: 30165.

almıştır. Taşra teşkilatlanmasındaki Kamu Hastaneler Birlikleri kapatılarak İl Sağlık Müdürlüğü içinde başkanlığa dönüştürülmüştür (Bostan ve Ağaç, 2019, s. 155).

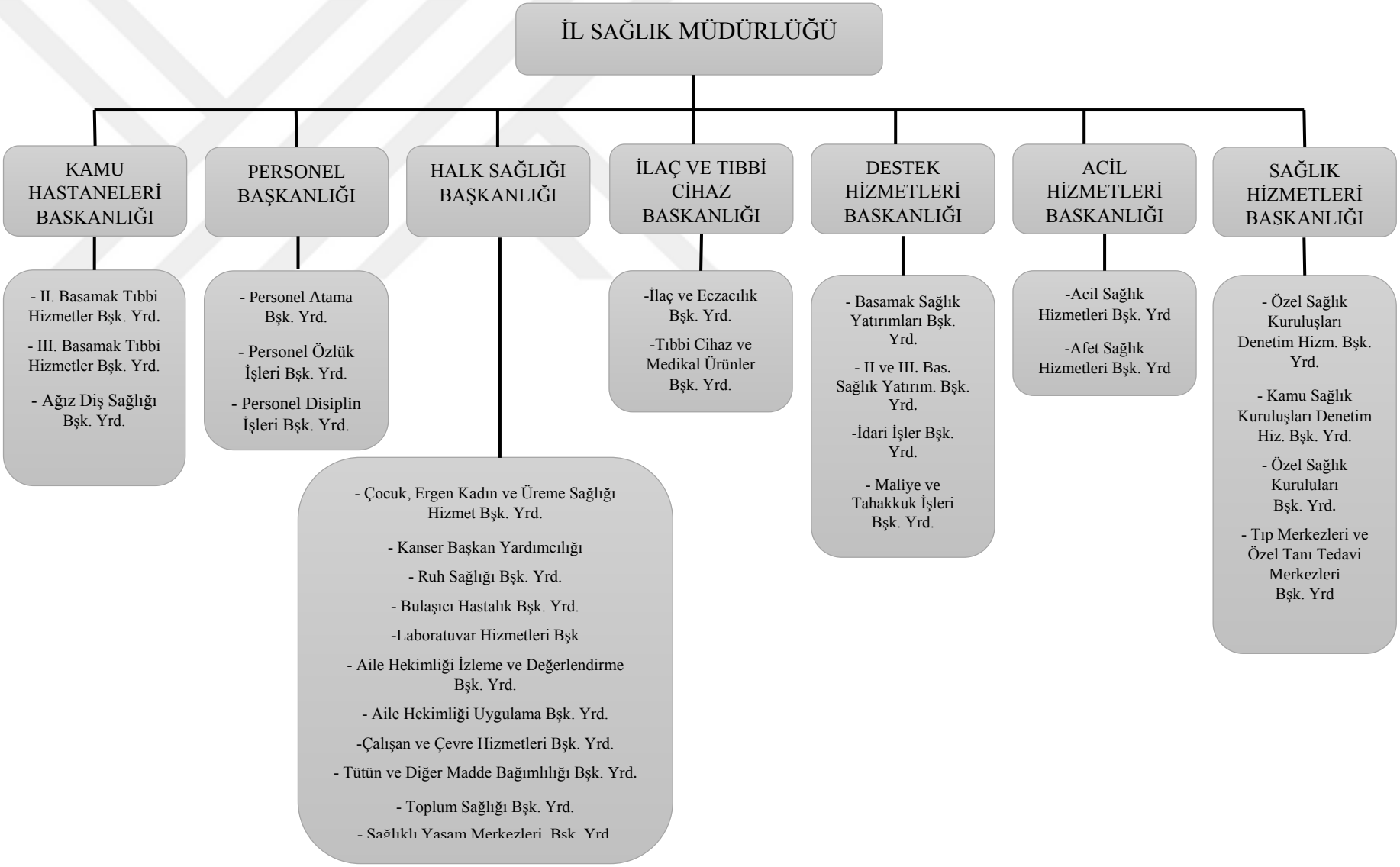
694 Sayılı KHK ile kamu hastanelerindeki yönetim yapısı değiştirilmiştir. 663 sayılı KHK'da 'profesyonel yönetim' anlayışı ile gerekçelendirilen hastane yönetimlerinde 'hastane yönetici'liği statüsü kaldırılarak eskiden olduğu gibi hastanelerin yönetimi başhekimlere bırakılmıştır. Yöneticilerin sözleşmeli çalıştırılması anlayışı devam ettirilmiş hatta İl Sağlık Müdürlerini içerecek şekilde genişletilmiştir. Bakanlık teşkilatının 694 Sayılı KHK ile yeniden düzenlenmesi farklı şekillerde değerlendirilmiştir. 663 sayılı KHK ile merkeziyetçi yönetim anlayışınının sürdürülmesi, yönetsel, mali ve teknik açıdan yetersizlikler, taşra teşkilatındaki çok başlı bir yapının ortaya çıkması, yetki çatışmaları, koordinasyon eksikliği ve bunun sonucunda hizmetlerin yavaşlaması gibi nedenlerle değişikliğe gidildiği belirtilmiştir (Durmuş ve Durmuş, 2019, s. 227). 694 sayılı KHK ile merkeze bağlı kuruluşların sayısının azaltılması, KHB ile ortaya çıkan çok başlılığın kaldırılması ve sağlık yönetiminin tekrar tek çatı altında toplanması yönleriyle "eskiye dönüş" ya da "yeniden merkezileşme" olarak yorumlanmıştır (Acar, 2018, s. 713; Eken, 2020, s. 295). Pala, 694 sayılı KHK ile eskiye dönüldüğü yönündeki iddiaların aksine bu düzenlemeyle AKP hükümetlerinin 2003 yılından bu yana savunduğu "yönetsel ve mali özerklik" yaklaşımının askıya alındığını ancak neoliberal sağlık politikalarından geri dönüşün söz konusu olmadığını belirtmektedir. Yöneticilerin sözleşmeli statüde görevlendirilmeleri, devlet hastanelerinin sınıflandırılması, hastanelerin grup performanslarına göre başhekimin ve sağlık müdürlerinin görevleri sona erdirilebilmesi, performans sisteminin sürdürülmesi gibi uygulamalar neoliberal sağlık politikalarının devam ettirilmesinin göstergeleri olarak değerlendirilmiştir (2017). Benzer şekilde Tükel, piyasa ve rekabete dayalı sağlık politikalarının devam ettirildiğini belirterek, 694 Sayılı KHK'nın SDP'nin bir "başarısızlık belgesi" olarak görülmesi gerektiğini ve "sistemin özüne dokunmayan" sadece işleyişle sınırlı bu tür düzenlemelerin sağlık alanına olumlu bir etkisinin olmayacağını ifade etmiştir (2017). Bilaloğlu, 15 Temmuz darbe girişiminin AKP'nin "parti içi çatışmaları" ve "yönetemezliğini" gün yüzüne çıkararak değişim sürecini hızlandırdığını ifade etmiş ve 694 sayılı KHK' yı "var olan uzun birikimi, hafızayı bozarak kamusal olan her kırıntıyı yok etme hedefine yönelik, elinde kalan yetersiz, sınırlı kadrolarla

konjonktürel bir çözüm arayışı" olarak değerlendirmiştir (2017). 694 Sayılı KHK'nın "insan kaynakları yönetimi" üzerine etkisini değerlendiren araştırmada, katılımcılar "insan kaynakları" alanındaki değişimleri olumlu değerlendirmişler, bununla birlikte sözleşmeli yöneticilik, sözleşmeli yöneticilerin seçilme ve atanma ölçütleri, kamu dışından yönetici atamaları, mevzuatın yeni döneme uyarlanamaması gibi sorunların her iki dönemde de sürdüğü belirtmişlerdir (Ertaş ve Ekizer, 2019, s. 48).



Şekil 7. 694 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı

Kaynak: https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html (E.T. 28.10.2017).



Şekil 8. 694 Sayılı KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Yapısı

Kaynak: https://www.saglikpersoneli.com.tr/wwwpersonelsagliknet/ (E.T. 28.10.2017)

5.3.1.2.3. 703 Sayılı KHK: Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkileri ile teşkilat yapısında yeniden bir değişikliğe gidilmiştir. Bu değişiklikler 02.07.2018 tarih ve 703 sayılı KHK[188] ile gerçekleşmiştir. KHK'nın 25. maddesi ile 663 Sayılı KHK'nın adı "Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" olarak değiştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve bağlı kuruluşlara ilişkin düzenlemeler Cumhurbaşkanlığı 1 ve 4. No'lu Kararnameler ile yapılmıştır. Bakanlık teşkilatının en üst amiri olarak Bakan, bakanlık çalışanları faaliyet ve işlemlerinden Cumhurbaşkanı'na karşı sorumlu hale getirilmiştir (703 KHK, Md. 4). Bakanlığa bağlı müsteşar ve müsteşar yardımcılığı kadroları kaldırılarak Bakan Yardımcılığı tanımlanmıştır. 703 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın merkez teşkilatındaki hizmet birimleri, bağlı kuruluşlar ve taşra teşkilatında herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. Bağlı kurullardan Yüksek Sağlık Şurası kaldırılarak bağlı kurul sayısı ikiye düşürülmüştür. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemiyle, Bakanlıkların dışında doğrudan Cumhurbaşkanlığı'na bağlı olarak oluşturulan Politika Kurulları, kendi alanlarında politika ve stratejilere ilişkin öneri geliştirmek, uygun görülen öneriler üzerinde çalışma yapmak, Bakanlıklar, kurum ve kuruluşların uygulamalarını izlemek ve Cumhurbaşkanı'na alanlarına ilişkin rapor sunmakla görevlendirilmişlerdir. Bu kapsamda Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulu bünyesinde "Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu" oluşturulmuştur. Cumhurbaşkanı'nın Politika Kurulları Başkanı (Cumhurbaşkanlığı 1 Nolu Kararname, Md. 2) olması nedeniyle Cumhurbaşkanı sağlık alanındaki politikaların belirlenmesinde temel aktör konumuna gelirken Sağlık Bakanlığı ikincil düzeyde politika belirleyicisi ve belirlenen politikaların uygulayıcısı olarak bir hizmet birimine dönüştürülmüştür (Durmuş ve Durmuş, 2019, s. 225; Eken, 2020, s. 297-299).

2011 yılıyla birlikte il özel idareleri, yerel yönetimler örneklerinde olduğu gibi ilgili Bakanlıkların yerele tanınan yetkileri tekrar geri alması şeklinde işleyen merkezileşme yönündeki eğilim güçlenmeye başlamıştır (Övgün, 2016, s. 174). 2002-

[188] 703 Sayılı "Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında KHK" (Kabul Tarihi: 02.07.2018), RG: 09.07.2018, Sayı: 30473.

2011 yılları arasında yerelleşmeyi öne çıkaran kamu yönetimi reformlarının bir parçası olarak başlatılan KHB uygulamasına 2017 yılında son verilmesi ve ardından 694 ve 703 sayılı KHK'ların merkezileşme yönündeki bu eğilime uygun düzenlemelerdir. Cumhurbaşkanlığı sistemiyle yürütme yetkisinin tümüyle Cumhurbaşkanlığında toplandığı, siyasal alanının daraltıldığı, devlet aygıtı içinde Cumhurbaşkanlığı sisteminin özerk ve merkezi hale geldiği yeni bir yönetim modeline geçilmiştir. "Devletin şirketleşme" stratejisine uyumlu bir yapı olarak Cumhurbaşkanlığı sistemine geçilmesi yeni bir dönemin başlangıcı olarak değerlendirilmektedir. Yeni dönemin ayırt edici özellikleri ve söylemleri ekonomi, siyaset ve kamu yönetiminde merkezileşme, güçlü koordinasyon, verimli yönetim, şirket-devlet, devlet-piyasa işbirliği ve teknokrat yönetimdir (Güzelsarı, 2019: 42).

5.3.1.3. Devlet Eliyle Özel Sağlık Sektörünün Güçlendirilmesi

Sağlık sisteminin piyasalaşması yönündeki dönüşüm devletin kurumsal kapasitesi ve zorlayıcı gücünün gölgesinde gerçekleşmekte ve devlet ulusal düzeydeki belirleyici rolünü sürdürmektedir (Mosebach, 2009, s. 84). Sağlık hizmetlerinde finansman özerkliğinin sağlanması, hastane sektöründe rekabetin yönlendirilmesi gibi devletin sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün payının artırılmasına yönelik izlediği stratejiler bu çerçevede ele alındığında sermaye birikimi devlet eliyle güçlendirilmekte ve güvence altına alınmaktadır (Loeppky, 2014, s. 91). Sağlık finansmanının mümkün olduğunca özelleşmesi piyasalaşma sürecinin en önemli hedeflerinden biridir. Yavaş ve parça parça uygulamaya koyulan bu süreçte önce sigorta modeline geçiş sonra cepten ödeme/kullanıcı katkılarının yaygınlaştırılarak bir finansman biçimine sokulması ve daha sonra tamamlayıcı sigortaların devreye girmesi söz konusudur (Soyer, 2009, s. 182). 2012 yılında GSS sistemine geçilmesi, devletin özel sağlık sektöründen satın aldığı hizmetlerin kapsamını genişletmiş ve araçlarını kurumsallaştırmıştır (Vural Eren, 2017, s. 279). SGK, yataklı ve ayaktan tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak özel kuruluşlarla sözleşme yapabilmektedir. SGK, özel sektörün kendisiyle sözleşme yapmasını teşvik amacıyla özel hastanelerin ekstra faturalandırma yapabilmelerine izin verebilmekte ve hizmet sunucularına yapılan ödeme sistemlerindeki düzenlemeler yapabilmektedir. Bu şekilde kamu kaynakları özel sağlık kurumları için düzenli bir finansman mekanizmasına

dönüştürülürken diğer yandan özel sağlık hizmetlerine olan talep de artırılmaktadır (OECD-DB, 2008, s. 45). Örneğin 2003 yılındaki düzenleme[189] ile devlet memurlarının özel sağlık kurumlarına sevk edilmesinin yolu açılmış özel sağlık kurumlarına devlet tarafından sağlanan finansman ve talep güvencesi sonucunda özel sağlık kurumlarının sayılarında önemli artışlar gerçekleşmiştir. 2002 yılında 271 olan özel hastane sayısı, 2014 yılında 556'ya, 2018 yılında ise 577'ye yükselmiştir (SB, 2019).

Devlet bütçesinde toplanan vergiler ve sosyal sigorta fonlarında toplanan kaynakların "sağlık harcamalarını bir sosyal hak olarak yaygınlaştırmak" gerekçesiyle özel sermaye birikimine sunulması kışkırtılmış bir talep artışı ve sağlık harcamalarının artışıyla sonuçlanmıştır (Sönmez, S., 2012, s. 157). Kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payındaki artış eğilimi SDP'den önce başlamış ve SDP süreci ile artarak devam etmiştir[190]. Genel eğilime bakıldığında Türkiye'de toplam kamusal sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı, 1988-2014 yılları arasında neredeyse 5 kat artmıştır. Kamu harcamalarının GSYİH içindeki payında görülen artış büyük oranda SGK'nın ilaç ve tedavi (cari sağlık harcamaları) harcamalarındaki artıştan kaynaklanmaktadır. 2014 yılı itibariyle toplam kamu sağlık harcamalarının %72'sini SGK'nın cari sağlık harcamaları oluşturmaktadır (Yılmaz ve Yentürk, 2017, s. 305-307). Bu çerçevede artan sağlık harcamalarına ek kaynak bulunmasına yönelik birçok strateji uygulanmıştır. Hizmetlerin gereksiz kullanımını[191] önlemek adına "maliyet

[189] Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğine Ek Bir Madde Eklenmesine Dair Yönetmelik (Bakanlar Kurulu Kararı: 3.4.2003, Karar Sayısı: 2003/5443), RG: 17.04.2003, Sayı: 25082.

[190] 1988 yılında GSYH'ya oranı % 1'in altında olan toplam kamu sağlık harcaması 2000'li yıllarda %2'nin üzerine çıkmıştır. Sağlık harcamaları 2007 yılında % 4,1, 2008 yılında %4,4 ve 2009 yılında % 5,1 olmuştur. 2009 yılının ekonomik kriz nedeniyle GSYH'da daralma yaşanmış ve bu daralma sağlık harcamalarının GSYH'ya oranının yükselmesine neden olmuştur. 2010 yılında sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı %4,6'ya düşmüştür. Harcamaların oranı 2013 ve 2014 yıllarında yeniden yükselerek yüzde 4,5 olmuştur (Yılmaz ve Yentürk, 2017, s. 302).

[191] Neoliberal sağlık iktisatçıları katkı paylarının savunusuna ilişkin *ahlaki tehlike (moral hazard)* kavramını ileri sürerler. Ahlaki tehlike kavramı, bireyin kendi yaptığının maliyetine katlanmak zorunda kalmadığında ortaya çıkan istenmeyen davranışları tanımlar. Kamu kaynaklarının kullanımındaki istismarı açıklamak üzere kullanılan bu anlayışa göre, sağlık alanındaki kamu çalışanları ve hastalar hizmetin bedelini ödemek zorunda kalmadıkları zaman sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların israfı söz konusu olacaktır. Bunu önlemek için hastaların kendi sağlık harcamalarının finansmanına katılması (özel sigorta, katılım payları ve cepten ödemeler) ve sağlık üretiminin rekabete açılmasıdır (Tekgüç ve Atalay Güneş, 2015, s. 143). Deborah Stone, ahlaki tehlikeyi "Amerikan sağlık politikasındaki en güçlü söylem" olarak değerlendirir (2011, s. 886). Stone, sigortalı kişilerin savurganca tıbbi yardım aradıkları iddiasının amprik kanıtlarla desteklemediğini öne sürmekte, kişilerin hasta olduklarında tıbbi yardıma başvurduklarını ve sağlık hizmeti kullanım kararlarının kendi aşırı kullanım eğilimlerine göre değil

paylaşımı" ya da "katkı payı" gibi uygulamalar gündeme getirilmiştir (Belek, 2014, s. 38). SGK özellikle 2008 krizi sonrası maliyetleri sınırlamak için muayene ve ilaç katılım payı gibi düzenlemelerle cepten ödemeleri[192] yaygınlaştırmış ve cepten ödemeler azalan kamu kaynaklarının oluşturduğu mali açığın kapatılmasında önemli bir finansman kaynağına dönüşmüştür[193]. Bir yandan sağlık güvencesinin kapsamı genişletilmeye çalışılırken diğer yandan kullanıcı katkıları ve teminat paketinin sınırlanması gibi yöntemlerle bu kapsamın derinliği azaltılmıştır (Yıldırım, Yıldırım ve Erdem, 2011, s. 87). Tüm nüfusa yaygınlaştırılamayan sağlık güvencesi ve artan cepten ödemeler için ortaya atılan diğer bir çözüm ise "tamamlayıcı sağlık sigortası"[194] uygulaması olmuştur. Bir tür özel sigorta olan bu uygulama neoliberal çözümlere uygun olarak finansal güvenceyi artan oranda vatandaşa devretmenin bir yoludur. Tamamlayıcı sigorta uygulaması, miktarları giderek artan ilave ücretlerin SUT fiyatları üzerinde kalan kısımlarını karşılamakta ve bu şekilde SGK'nın bazı sağlık hizmetlerini kapsam dışına çıkarabilmesini kolaylaştırmaktadır. Bu uygulama ile cepten ödeme sorununa çözüm bulunurken aynı zamanda sermaye için yeni yatırım alanları açılmış olmaktadır (Yenimahalleli Yaşar, 2015, s. 115; Hermann, 2010, s. 149). Sonuç olarak, tüm dünyada sağlık ve sosyal güvenlik reformlarının temel

doktorların tavsiyelerine göre verdiklerini belirtmektedir. Dahası, ahlaki tehlikeye çare olarak sunulan maliyet paylaşımının gerekli olan tıbbi bakımı azaltmaktadır. Sonuç, maliyet paylaşımının tıbbi bakımı ödeme gücü yönünde yeniden dağıtması ve böylece sigortanın sosyal amacına zarar vermesidir (2011, s. 891).

[192] Türkiye'de sağlık harcamaları için yapılan cepten harcamaların önemli bir kısmını katılım payı ya da ilave ücret adlarıyla alınan ek ücretler oluşturmaktadır. Katılım payları, aile hekimliği, ayakta tedavi ve diş hekimi muayeneleri, ayakta tedavi ilaçları, protez, ortezler, yardımcı üreme yöntemi tedavileri, eşdeğer ilaç farkı, yatak ücreti, günübirlik tedavide yatak ücreti için alınmaktadır. Ayrıca vakıf üniversiteleri ve sözleşmeli özel hastaneler için SGK fiyatının %200'üne varan ilave ücretler, yine özel hastanelerde röntgen ve laboratuvar hizmetleri için ilave ücret alınmaktadır. GSS sistemi ile getirilen bir diğer katılım payı da istisnai sağlık hizmeti ücreti olarak nitelendirilen katılım paylarıdır. Bu kapsamda robotik cerrahi, diş protezleri, katarak ameliyatı, epidural anestezi vb. sağlık hizmetleri bir anlamda "lüks sağlık hizmeti" sınıfına konularak bu hizmetler için SGK fiyatının %300'üne kadarı hastadan talep edilebilmektedir (Yenimahalleli Yaşar, 2015, s. 101-103).

[193] Hamzaoğlu'nun SGK'nın GSS harcamalarının kaynağına ilişkin yaptığı analizi içeren çalışmasında TUİK ve SGK istatistiklerinde SGK'nın prim gelirlerini toplu olarak mali tabloya yansıtması nedeniyle GSS fon gelirlerinin her yıl için ne miktarda olduğu bilgisine ulaşılamadığını belirtmektedir. Bu bilgilere ancak Ağustos 2014 tarihli "Sosyal Güvenlik Kurumu 2013 Yılı Sayıştay Denetim Raporu" üzerinden ulaşılabilmiştir. Rapora göre SGK'nın sağlık harcamalarının tamamını GSS fon gelirleri oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle bu harcamaların kaynağı kişilerin cepten yaptıkları ödemelerdir. Bu nedenle bu harcamaların kamu harcaması olarak değil bir çeşit "özel sağlık vergisi" olarak kabul edilmesi gereklidir (Hamzaoğlu, 2020).

[194] 23 Ekim 2013 tarihli 28800 sayılı RG'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği" ile tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları gündeme gelmiştir. Bu sigorta ile SGK tarafından karşılanan Türkiye'deki giderlerine ek masraflar ve SGK tarafından karşılanmayan Türkiye'deki giderlerinin karşılanması hedeflenmiştir.

tetikleyicisi olan maliyet baskısı ve sermayeye kaynak yaratma ihtiyacı son noktada temel teminat paketlerini daraltılması, cepten ödemeler artırılması yoluyla sağlık toplumsal boyutu kenara itilerek özel sigorta yoluyla karşılanabilecek bir ihtiyaca dönüştürülmektedir. Giderek piyasa koşullarında özel sağlık işletmeciliğine dayalı bir yapıya dönüşen sağlık hizmetlerinin daha pahalı olması karşısında yoksul ve dar gelirli kişilerin sağlık hizmetine ulaşması giderek zorlaşmaktadır (Atalay, 2015, s. 78; Gül ve Sallan Gül, 2007, s. 512-513; Ergun Dericioğulları ve Ergun, 2009, s. 124).

Kamu kaynaklarının özel sektöre yönlendirilmesiyle özel sektörü destekleyen ve kamu hizmetini metalaştıran uygulamalardan bir diğeri dışarıdan hizmet satın alma ya da taşeronlaşma olarak bilinen uygulamadır. Kamu hastanelerinde verimliliği artırma, çalışan maliyetlerini düşürme gibi ekonomik gerekçelerle başlatılan taşeronlaşma uygulaması ilk olarak mutfak ve temizlik işleri ile başlamış, Sağlık Bakanlığı'nın "*devletin görevi sağlık hizmeti sunmaktır, yemek pişirmekle ne alakası var"* söylemiyle durum çalışanlar ve kamuoyu gözünde meşrulaştırılmak istenmiştir. Günümüzde SB'nin hizmet sunma işlevinden geri adım atması taşeronlaşma sürecini hızlandırmış mutfak, temizlik ve güvenlik hizmetlerinin özeleştirilmesiyle başlayan süreç hastabakıcı, hemşire, laborant ve tıbbi sekreterlik hizmetlerini kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Sertlek, 2012, s. 90-92). Sağlık Bakanlığı personel sayıları içinde taşeron şirketler üzerinden çalışanların oranı 2002'de %4,2 iken 2013'de bu oran %25'e çıkmıştır (İlhan, 2017, s. 424).

2005 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na 5396 sayılı yasa[195] ile eklenen bir madde ile sağlık hizmetlerinde hizmet alımı, sunum, örgütlenme ve finansman açısından köklü değişimler getiren "Kamu Özel Ortaklığı" modelinin yasal temelleri atılmıştır (Karasu, 2011, s. 223). Bu yasa maddesinin uygulamasına ilişkin olarak 2006 yılında bir yönetmelik çıkarılmış ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. 663 Sayılı KHK'nın 13. Maddesinde Kamu Özel Ortaklığı modeline "tesislerin yapımını ve mevcut tesislerin yenilenmesini kamu özel ortaklığı modeli ile gerçekleştirmek" ifadesiyle yer

[195]5396 Sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkındaki Kanun", RG: 15.07.2005, Sayı: 25876.

verilmektedir. 2013 yılında yılındaki 6428 sayılı kanunla[196] bu yatırım modelinin ayrıntıları belirlenmiştir. Bu model sağlıkta piyasalaşmanın ötesinde hastanecilik hizmetleri üzerinden sağlık alanına yatırım yapan sermaye grupları için önem taşımaktadır. Sağlık kampüslerinin inşası ve donanımı, destek ve tıbbi destek hizmetlerinin tamamının 25-49 yıllığına ihaleyi alan konsorsiyuma devredilmesi gibi özellikleriyle sermaye için oldukça karlı alanlar yaratılmış olmaktadır (Belek, 2013, s. 207; Zencir, 2012, s. 53). KÖO modelleri, karın özelleştirildiği ancak risklerin kamulaştırıldığı bir örgütlenme modelidir. Hizmet ve ticari alan işletmeciliğindeki tekelleşme, talep riski olmaması sermaye açısından bu modeli oldukça çekici hale getirmektedir. Talep riski açışından bakarsak sağlık kampüsleri genellikle şehir dışında ve büyük mekânlara inşa edilerek, hastanedeki herkes ihtiyaçlarını şirketin işlettiği alanlardan karşılamak zorunda bırakılmaktadır. Otopark, kafeterya gibi ticari alanların işletilmesi konusunda tekel konumunda olan özel şirket, devlet tarafından yönlendirilen ve seçeneği olmayan geniş 'müşteri' kitlesine bu hizmetleri satarak talep riskiyle karşılaşmamaktadır (Karasu, 2011, s. 244).

Sağlık Serbest Bölgeleri, 663 sayılı KHK'nın 49. Maddesinde yer alan yeni bir düzenlemedir. AKP Hükümetlerinin Türkiye'yi sağlık turizmine açma amacına yönelik düşüncelerinin alt yapısı bu düzenlemeye dayanmaktadır. Serbest bölgelerin amacı ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbi teknoloji girişinin hızlandırılmasıdır. Kurumlar vergisi muafiyeti, SGK mevzuatının dışında tutulması, ucuz altyapı ve yatırım olanakları, teşvikler gibi nedenlerle Sağlık Serbest Bölgeleri sermaye için birer cazibe merkezi niteliğindedir. Diğer yandan yabancı uyruklu sağlık çalışanları da Sağlık Serbest Bölgelerinde serbestçe çalıştırılabilecektir (Belek, 2013, s. 208; Basa, 2017, s. 278).

663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasına "özel sağlık kuruluşlarının yaygınlaştırılması", Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevlerine ise "sağlık turizmi uygulamalarının geliştirilmesi" ne yönelik öncesinde olmayan yeni görevler eklenmiştir (TTB, 2012, s. 14). 663 Sayılı KHK sonrası Kamu Hastane Birlikleri, KÖO modeli, Sağlık Serbest Bölgeleri, sağlık turizmi gibi

[196] 6428 Sayılı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbiriği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmündeki Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun", RG: 09.03.2013, Sayı: 28582.

düzenlemeler ile Sağlık Bakanlığı'nın sermayenin yeniden üretimini destekleme işlevi daha belirginleşmiş ve sağlık alanı kapitalist üretim ilişkilerinin yeniden yapılandırıldığı önemli bir yatırım alanına dönüştürülmüştür (Küçük, 2017, s. 317; Zencir, 2012).

5.3.1.4. Sağlık Piyasasının Tamamlayıcı Unsuru: Vatandaştan Müşteri/Tüketiciye Dönüşüm

Leys, bir kamu hizmetinin metalaştırılabilmesi için belli koşulların gerçekleşmesi gerektiğini belirtir. İlk olarak hizmetlerin satın alınabilir birimler yani ücretlendirilebilir hizmet paketleri haline getirilmesi, ikincisi insanların daha önceden ücretsiz edinebildikleri bir şeyi satın almaya ikna edilmeleri, üçüncüsü işgücünün hizmet etiğiyle hareket eden bir ekip olmaktan çıkarılarak kar üretmeye odaklı bir ekibe dönüştürülmesidir. Ve son olarak hizmetin bir meta olarak üretilmesi için risklerin devlet tarafından üstlenilerek özel sermayenin desteklenmesi söz konusudur (2007, s. 104-105). SDP ile hız kazanan neoliberal sağlık reformları ile birlikte bir kamu hizmeti olarak sağlık hizmetinin metalaştırılmasına yönelik tüm bu adımlar büyük ölçüde tamamlanmıştır. Bu bütünün parçalarını yerine yerleştirdiğimizde sağlık kurumlarını ve hizmetlerini sınıflandıran akreditasyon sistemleri, sağlık sigortası ödeme yönergeleri, toplam kalite uygulamaları[197] performansa dayalı ücretlendirme, iş akış şemaları, tedavi yönergeleri ve kanıta dayalı tıp uygulamaları gibi birçok yöntemle sağlık hizmetlerini standartlaştırılmasına yönelik birçok adım atılmıştır (Ünlütürk Ulutaş, 2011, s. 103). Hizmet etiği ve ekip anlayışı yerine kar odaklı hizmet üretmeye yönelmiş bir sağlık ekibi oluşturulmasında özellikle hekimlerin desteği alınmak istenmiş alınamadığı durumlarda ise ses çıkarmamalarının sağlanmasına özen gösterilmiştir. Hekimlerin destek ya da sessizliği döner sermaye, performansa dayalı ücretlendirme, işyeri hekimliği, aile hekimliği gibi araçlarla sağlanmıştır. Nitekim bu çabalar hekimlerden önemli ölçüde destek görmüş ve performans sistemi ile birlikte daha fazla hasta bakabilmek için yarış içine girmişlerdir (Üçkuyu, 2012, s. 148). Sağlık

[197] 1998 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde "Kalite Yönetimi Şube Müdürlüğü" kurulmuştur. Bu yapı ile Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumlarındaki hizmet sunumu ile ilgili vizyon, misyon ve ilkeleri belirlemek, hizmet alanları, insan kaynakları, hasta memnuniyeti, maliyet ölçümleri, hasta hakları, akreditasyon, hizmet kalitesi vb. çalışmalar ile sağlık alanındaki değişim ve gelişmeler doğrultusunda hizmetlerin standardize edilmesini hedeflenmiştir (Gürsoy ve Aksu, 2007, s. 74-75)

piyasasına işlerlik kazandırmanın diğer adımı ise -özellikle piyasacı reformların ilk döneminde- kışkırtılmış bir tüketimcilik ile birlikte bireysel tercihlerin öne çıkarılması, piyasadaki adıyla müşteri ya da tüketicinin güçlendirilmesi olmuştur. Diğer bir deyişle hak sahibi vatandaş, ihtiyacını piyasada karşılamak konusunda inisiyatif sahibi ve hizmeti satın almaya ikna edilmiş tüketici/müşteriye dönüştürülmüştür (Soyer, 2009, s. 182). Bu dönüşümün gerçekleştirilmesi, devletin sağlık hizmetlerini piyasa ilkelerine göre yapılandırması yönündeki aktif çabasının bir parçası ve bu politik hedefe ulaşılmasında kilit roldeki bir stratejidir ve örtülü de olsa sağlığın piyasalaşması yönündeki dönüşüm için rızanın güvence altına alınmasının bir yolu olarak işlev görmektedir. 1990'ların sonuna kadar hizmet kullanıcılarının görüşleri ya da hakları sağlık sistemi içinde çok yer bulmamış yakın zamana kadar sağlık sisteminde hizmeti sunanların tek karar verici ve yönlendirici olduğu paternalist bir anlayış hâkim olmuştur. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması süreciyle "hasta seçimi", "hasta hakları" ve "hasta/müşteri/tüketici memnuniyeti" gibi kavramlar sağlık politikalarında öne çıkmaya başlamıştır (Ünlütürk Ulutaş, 2011, s. 194). Hasta seçimi konusundaki ilk girişim, Türkiye'de 1998 tarihli "Hasta Hakları Yönetmeliği"[198] ile gerçekleşmiş ve ilk kez hastalara "tabi olduğu mevzuatın usül ve şartlarına uymak kaydı" ile sağlık kurumunu, sağlık hizmeti verecek hekim ya da diğer sağlık personelini seçme ve değiştirme hakkı verilmiştir (Md. 8, 9). Bununla birlikte 1998 Yönetmeliği, resmi bir seçim hakkı vermesine rağmen uygulamada bu seçimin gerçekleşebilmesi için gerekli finansal ve örgütsel değişikliklerin olmaması nedeniyle etkisi oldukça sınırlı kalmıştır. SDP ile birlikte tüm hastanelerin Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması, SGK'nın kurulması ve GSS ile birlikte sağlayıcı seçiminin önündeki engeller kaldırılmış ve sigorta mensuplarının kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarından yararlanabilmesinin yolu açılarak "hasta seçimi" politikalarına işlerlik kazandırılmıştır (Yıldırım, Hughes ve Yıldırım, 2011, s. 169). "Hasta seçimi" politikalarının uygulanması hastaları güçlendirmenin bir aracı olarak ileri sürülse de asıl işlevi kaynağın ya da paranın hastanın seçim yaptığı hizmet sağlayıcısını izlemesi nedeniyle kamu kaynaklarının tahsis edilmesinde ortaya çıkmaktadır (Weitch, 2010, s. 316). Bakanlığı'ın uygulamakta olduğu performans sisteminde, kamu hastaneleri ve

[198] Hasta Hakları Yönetmeliği, RG: 01.08.1998, Sayı: 23420.

çalışanlarına yapılacak geri ödemelerin belirlenmesindeki temel göstergelerden[199] biri "hasta memnuniyeti" nin sağlanmasıdır. Sağlık Bakanlığı bu ölçütü, *"Sağlık hizmetlerine serbest piyasa anlayışı ile yaklaşım, sağlık sisteminin kalitesini öncelikle nihai çıktı ölçütü ile belirleme eğilimindedir. Bu ölçüt, memnuniyetin nasıl oluşturulduğuna bakmaksızın sağlık hizmetinden yararlananların klinik bulgulardan veya yaratılan ortamdan ne kadar mutlu olduğudur"* şeklinde tanımlamaktadır (SB, 2006, s. 31). "Hasta seçimi", "kalite", "memnuniyet" gibi ölçütlerin kamu kurumlarının performansı için önemli ölçütler haline getirilmesi vatandaş ve kamu kurumları arasındaki ilişkileri daha araçsal ve düşük güvene dayalı bir ilişkiye dönüştürmektedir (Aberbach ve Christensen, 2005, s. 233). Örneğin Toplam Kalite Yönetimi (TKY) gibi uygulamalar, lüks beş yıldızlı otellere benzeyen hastaneler, memnuniyet anketleri, hastane gelirlerini artırmak adına hastalardan çok sayıda tetkik ve tahlillerin istenmesi 'kendileriyle daha çok ilgilenildiği' ni ve hizmetlerin 'kaliteli' olduğunu düşünen bir 'müşteri' profilinin ortaya çıkışını desteklemiştir.

SDP'nin "insan merkezlilik" ilkesine göre, sistemin planlanması ve hizmet sunumunda hizmetten yararlanacak bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınacağı ifade edilmektedir (SB, 2003, s. 25). Bu bağlamda SDP ile birlikte hasta hakları birimleri ve görüş ve şikâyetlerin iletilebileceği kanalların oluşturulması gibi birçok uygulama gündeme gelmiştir.[200] Vatandaşların görüş ve şikâyetlerini Sağlık Bakanlığı web sayfası ya da Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'nin (SABİM) 184 numaralı telefon hattı üzerinden iletebileceği birimler oluşturulmuştur. SABİM'in web sayfasında birimin kurulma amacı "… *Böylesine devasa bir teşkilatlanmada, kamu yönetimimizin hantal bürokratik yapısının da etkisiyle, geçmişten günümüze dek süregelen sorunların, giderek çözümsüz bir hale dönüşmesinin kaçınılmaz olacağının;*

[199] Bu gösterge kategorileri şunlardır: 1-muayene odalarına erişim. 2-hastane alt yapısı ve süreç. 3-hasta ve hizmet veren memnuniyeti. 4- kurumsal üretkenlik (yatak doluluk oranı, ortalama kalış süresi). 5-kurumsal hizmet hedefleri (sezeryan oranı, tam zamanlı çalışan doktor oranı, cerrah ve ameliyathane başına cerrahi puanlar, performans izleme sistemine yönelik puanların SB'ye bildirilmesi) (OECD-DB, 2008, s. 41).

[200] SDP kapsamında hasta hakları uygulamaları 15.10.2003 tarihinde "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" doğrultusunda başlamıştır. Bu uygulama ile hasta hakları uygulamaları ilk olarak 60 hastanede başlamış, 2004 yılı içerisinde ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır. 2005 yılında Yönergede yapılan değişiklikler yapılarak, 100 yatak kapasitesi ve üzerindeki hastanelerde Hasta Hakları Birimleri ve Hasta Hakları Kurulu oluşturulmuştur. Bunun dışında hastaların görüş ve şikâyetlerini SB web sayfası ya da Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'nin (SABİM) 184 numaralı telefon hattından iletebileceği birimler oluşturulmuştur.

sistemin işleyişinde hizmetlerin verimliliğinin, bu hizmetlerin halka arzı ile eş zamanlı olarak ölçülmesini sağlayacak geri bildirim mekanizmalarının kurulması zorunluluğunun da bilincindedir" şeklinde ifade edilmektedir.[201] Geribildirim mekanizmalarının kurulmasıyla "tarafların çoklu katılımının gerçekleştirilmesi" ve bu şekilde "interaktif yönetim" in sağlanacağı vurgulanmaktadır. Tüketici egemenliğinin öne çıkarıldığı YKİ ve demokratik katılımın vurgulandığı yönetişim yaklaşımlarıyla uyumlu olarak tüketicilerin ya da müşterilerin hizmetler konusunda görüş ve şikâyetlerini iletmesi ya da 'seçim' haklarını kullanarak bir tür katılımda bulunmaları teşvik edilmektedir. Vatandaşların kamu hizmetlerinin pasif alıcıları olmak yerine daha aktif aktörler haline getirilmesinin vatandaşların demokratik haklarının genişletilmesinde bir fırsat olabileceği iddia edilmektedir. Ancak vatandaşların kamu hizmetleri konusunda görüş bildirmesi, belirli hizmetler ve hizmet sağlayıcıları arasından 'seçim' yapması ve 'bireysel haklara' indirgenen haklar, vatandaşın demokratik katılımını güçlendirmekten ziyade kendi çıkarını maksimize etme amacındaki rasyonel aktörler olarak görülen bireylerin stratejik kaynakları kullanmasının ilave yollarını oluşturmaktadır. Bu nedenle bu tür uygulamalar apolitik nitelikte olup vatandaşların demokratik süreçler aracılığıyla tercihlerini kamu politikalarına yansıttığı demokratik süreçlerden oldukça uzaktır (Aberbach ve Christensen, 2005, s. 232-233; Kartal, 2009, s. 30).

"Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi" olarak ifade edilen politikalar müşteri/tüketici odaklı sağlık politikalarını destekleyici niteliktedir. "Sağlığı geliştirme" kavramı, nüfusun sağlığının "rasyonel" yönetimine odaklanarak doğrudan belirli hedeflere ulaşmayı sağlayan aktiviteleri tanımlar. Bu politikaların temel noktaları olumlu sağlığın teşvik edilmesi, tedavi yerine hastalıkların önlenmesi, belirlenmiş hedeflere dayalı performans göstergelerinin geliştirilmesi, sağlığı destekleyen davranış ve tutumları "pazarlamak" için kitle iletişim araçlarının kullanılması ve diğer sektörlerle işbirliğini içermektedir. "Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi" başlığı altında tıp ve sağlık alanları klinikten topluma ve toplumdan insan bedenine doğru genişletilmiştir. Obeziteden alkol tüketimine, diyet ve egzersizden ve ruh sağlığına kadar çeşitli sosyal konular toplumsal bağlamlarından

[201] https://www.saglik.gov.tr/TR,11429/temel-amac-ve-hedefimiz.html (E.T. 02.10.2020).

koparılıp tıbbileştirilerek metalaşmaya açılan bir kapı haline getirilmektedir. Bu süreçte söz konusu sosyal sorunlar bireyler üzerinde ideolojik bir güç kaynağı ve ilaç endüstrisi için birikim kaynağı haline gelmektedir (Kennedy, 2015).

Sağlığın geliştirilmesi kapsamında uygulanan politik stratejilerden biri bireyleri kendi sağlık durumları için sorumluluk almaya yönlendirilmesidir (Lupton, 1995b, s. 51). Sağlık Bakanlığı 2019 Faaliyet Raporu'nda sağlığın geliştirilmesi kavramı, "insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını sağlama süreci" olarak tanımlanmış ve sağlığı geliştirme uygulamalarıyla vatandaşların bilinç düzeylerinin artırılarak gerekli davranış değişikliklerinin oluşturulmasının hedeflendiği belirtilmiştir. Bu kapsamda raporda "sağlıklı yaşam", "bağımlılıkla mücadele", "kanserle mücadele", "sağlık okur-yazarlığı", "sağlıklı yaşlanma" gibi başlıklarla ele alınan faaliyetlere yer verilmiştir (SB, 2019). Toplumun tümünü kapsamak yerine belirli nüfus gruplarına yönelik daha çok yaşam tarzı değişimlerine odaklanan, proje niteliğindeki bu program ve faaliyetlerle toplumda kendi kendine yardım yönünde bir kültürün geliştirilmesi istenmektedir. Bu politikalar SB'nin hizmet sunma anlayışından geri çekilerek rehberlik etme, yönlendirici olma rolüyle uyumlu olarak hastalara sunulan seçeneklerin artırılması ve bilgi sağlanması gibi işlevlerin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (Weitch, 2010, s. 317). Piyasa mekanizması içinde çözülemeyen sorunların, bireysel alana devredilmesi ve kişisel başarısızlık olarak kodlanmasıyla (Sarı, 2009, s. 117) sağlık sorunlarının asıl kaynağı olan yapısal nedenlerin etkileri kolayca maskelenmekte, sorgulanmasına engel olunmakta ve bu şekilde kişiler piyasalaşmış bir sağlık sisteminin 'müşteri'si olmaya daha kolay ikna edilebilmektedir.

Hardey günümüzde sağlık hizmetlerinde profesyonellerin "proleterleşmesi" sürecini vurgulamış ve esneklik ve seçim sağlayarak tüketici ihtiyaçlarını karşılama kisvesi altında profesyonellerin kontrol ve özerkliklerinin ellerinden alındığını ileri sürmüştür. İnternetin sağlık bilgilerine daha fazla erişim sağlayarak sağlık çalışanlarına yönelik şüpheciliğin artmasına katkıda bulunduğunu, 'hasta' nın "aktif tüketici" olarak yeniden tanımlanması ve "uzman hasta" gibi kavramların daha fazla de-profesyonelleşme ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. İyi bilgilendirilmiş sağlık tüketicileri artık profesyonel bilginin otoritesine meydan okuyabilmektedir. Tüm bu gelişmelerin kamu hizmeti sağlayıcıları ile hizmet verdikleri nüfus arasında sözleşme

yükümlülükleri içeren bir dizi politika ve protokolün geliştirilmesiyle sonuçlandığını ifade etmiştir (1999). Benzer şekilde Haug ve Lavin, doktorlar ve hastalar arasındaki bilgi boşluğunun daraldığını, sağlık hizmeti tüketicisine doğru bir güç kayması olduğunu ve bu genel eğilimin tıbbın kültürel otoritesinin ve sağlık bilgisi tekelinin azalmasına yol açtığını ileri sürmüşlerdir (1983).

5. BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. ARAŞTIRMA ALANI VE ARAŞTIRMANIN SAHA SÜRECİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ülkenin coğrafi yapısı ve nüfus dağılımı, nüfusun sağlık merkezlerine uzaklığı, bölgenin ulaşım olanakları ve mevcut sağlık envanterleri dikkate alınarak bu kapsamda 29 sağlık hizmet bölgesi oluşturulmuştur (Akdağ, 2011, s. 16). Araştırmanın saha süreci 18. Hizmet Bölgesinde yer alan Batı Akdeniz Bölgesi'nde gerçekleştirilmiştir. Türkiye'nin güneybatısında yer alan Batı Akdeniz Bölgesi Antalya, Isparta ve Burdur illerini içine almaktadır. Bölgenin nüfusu 2012 yılında 2.763.5412'dir ve bölge nüfusu Antalya'da yoğunlaşmaktadır. Nüfusun %76'sı Antalya, %15'i Isparta ve %9'u Burdur'da yaşamaktadır. Bölge 2011-2012 dönemi yıllık nüfus artış hızı sıralamasında düzey 2 bölgeleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Son beş yılda bölgenin ortalama nüfus artış hızı Türkiye ortalamasının üzerindedir. (https://kilavuzu.com/rykov/2575/index.html?page=2).

Şekil 9. Türkiye Sağlık Hizmet Bölgeleri Haritası[202]

[202] Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, YÖK Yayın No: 2014/1'den alınmıştır.

Tablo 2. Batı Akdeniz Bölgesinde Bulunan Hastane ve Yatak Sayıları

Batı Akdeniz Bölgesi	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri		Özel Hastaneler		Üniversite Hastaneleri		Toplam	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Antalya	14	2365	25	1476	2	872	41	4173
Isparta	11	1335	5	208	1	463	17	2006
Burdur	7	655	1	49	-	-	8	704
Toplam	32	4355	31	1733	3	1335	66	7423

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi Özet Kitap, Ankara, 2011. s.193-196 'dan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Batı Akdeniz Bölgesi'nin tümündeki yatak dağılımının %59'u Sağlık Bakanlığı'na, %23'ü özel sektöre ve %18'i üniversite hastanelerine aittir. 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 28'dir. Bölgedeki iller bazında Antalya ilinde yatak dağılımının %50'sinin Sağlık Bakanlığı'na, %31'inin özel sektöre ve %19'unun üniversite hastanelerine ait olduğu görülmektedir. Antalya'da 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 24'dür. Isparta ilinde, yatak dağılımının %67'si Sağlık Bakanlığı'na ve %10'u özel sektöre ve %23'ü üniversite hastanesine aittir. 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 45'dir. Burdur ilinde, yatak dağılımının %93'ü Sağlık Bakanlığı'na ve %7'si özel sektöre aittir. 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 27'dir. 2011 yılında Bölge'de toplam 1.733 yataklı 31 özel hastane faaliyet göstermektedir (SB, 2011, s. 193-196). 2012 yılı verilerine göre kişi başı hekime başvuru oranları Antalya ilinde 9,1, Isparta ilinde 9,6 ve Burdur ilinde 8,9'dur. Her üç ilde de hekime başvuru oranları 2012 yılı hekime başvuru Türkiye ortalaması 5'in üzerindedir (SB, 2012, s. 95-107).

Tablo 3. Batı Akdeniz Bölgesinde Sağlık Personeli Sayıları

Sağlık Personeli	Antalya		Isparta		Burdur	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Uzman hekim	2338	2457	548	570	159	142
Pratisyen hekim	1204	1277	256	259	180	189
Asistan hekim	423	512	237	257	0	0
Toplam	**3965**	**4246**	**1041**	**1086**	**339**	**331**
Eczacı	1048	1081	191	190	118	116
Hemşire	3648	3825	1233	1277	522	549
Ebe	1760	1686	651	622	376	401
Diğer Sağlık Personeli	3951	4380	1174	1258	560	651

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 ve 2013'den uyarlanarak oluşturulmuştur.

663 Sayılı KHK ile 02.11.2011 tarihinde Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu kurulmuş, merkez ve taşra teşkilatının oluşturulması için yasal olarak bir yıllık geçiş süreci planlanmıştır. 19.03.2012 tarihi itibariyle merkez teşkilatı kurulmuş ancak merkezin işlevlerini yerine getirmesine yönelik çalışmalar 2012 yılının Ekim ayına kadar devam etmiştir. Bu süreçte taşra birimleri oluşturulmaya başlanmış 02.11.2012 tarihinde kuruluş işlemleri tamamlanmıştır (Sayıştay, 2013, s. 12). Kamu Hastane Birlikleri'ne geçilmesiyle kamu hastanelerinin yönetim yapısı değişmiş ve yönetim pozisyonları yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenlemeyle hastane yöneticileri ilk kez sözleşmeli statüde istihdam edilmiştir. Kamu hastanelerindeki personel sayısı 2012-2016 yılları arasında %24 artmış ve aynı dönemde yönetici sayıları %42 oranında azalmıştır (Tablo 4). Sözleşmeli statüde istihdam edilen personelin %90'ını devlet memurları oluşturmuştur (Küçük, 2018, s. 978).

Tablo 4. Kamu Hastane Birlikleri Personeline Ait Göstergeler

Göstergeler	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Toplam Personel Sayısı	240.462	270.462	275.706	274.933	297.560
Toplam Yönetici Sayısı	8.615	4.988	4.753	4.962	5.001
Kurum Dışı Sözleşmeli Yönetici Sayısı %	-	6.4	7.3	9.8	8.7

Kaynak: Küçük (2018), Public Hospital Reform in Turkey: The "Public Hospital Union" Case (2012-2017), International Journal of Planning Management, s.978'den uyarlanmıştır.

Araştırmanın saha çalışması Antalya, Burdur ve Isparta il merkezlerinde yer alan toplam üç kamu hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yaklaşık iki yılda tamamlanan saha sürecinde toplam 43 yönetici ile görüşülmüştür. Kamu hastane birlikleri faaliyete geçmeden önce 19 yönetici ile yapılan görüşmeler 03.10. 2012-14.11. 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Kamu hastane birlikleri faaliyete geçtikten sonra kamu hastane birlikleri yapılanması içinde görev alan 24 yönetici ile görüşülmüş ve bu görüşmeler 06.10.2013-08.11.2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin yürütülmesinde KHB politikasıyla hastanelerin yönetsel ve örgütsel yapısındaki değişiklikler, yeni yöneticilik anlayışı, sağlık hizmetlerinin sunumu ve yöneticilerin yeni yönetsel yapılanma ve sağlık hizmetlerine ilişkin söylemlerinin belirlenebilmesi için birbiriyle ilişkili dört temel alanı kapsayan bir görüşme kılavuzu

kullanılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü hastaneler ve görüşme sayıları aşağıdaki gibidir (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırmanın Yürütüldüğü Hastaneler ve Yapılan Görüşme Sayıları

Hastaneler	**KHB Faaliyete Geçmeden Önce Sayı**	**KHB Faaliyete Geçtikten Sonra Sayı**
Burdur D.H.	6	8
Isparta D.H.	6	8
Antalya D.H.	7	8
Toplam	**19**	**24**

1.1. Katılımcıların Sosyo Demografik ve Örgütsel Profili

Araştırma kapsamında görüşülen yöneticilerin sosyo-demografik, mesleki ve örgütsel konumlarına ilişkin özellikleri yaş, cinsiyet, doğum yeri, eğitim durumu, meslek ve hastanedeki yönecilik konumları açısından kategorize edilmiştir. Katılımcıların anonimliğini korumak ve KHB'nin kurulma öncesi ve sonrasında yapılan görüşmeleri ayırt etmek amacıyla görüşme zamanları ve katılımcı kimlikleri kodlanmıştır. KHB'nin kurulma öncesinde yapılan görüşmeler için A1 kodlaması, KHB'ler faaliyete geçtikten sonra yapılan görüşmeler için A2 kodlaması kullanılmıştır. Katılımcı kimliklerinin kodlanmasında önce görüşme zamanı, sonra görüşmeci kodu, ardından katılımcının yönetici konumu yazılmıştır. Örnek kodlama; (A1 G1, Başhekim), (A2 G2, Sağlık Bakım Hizm. Müd.).

Tablo 6. KHB'ler Kurulmadan Önce Görüşülen Katılımcılarin Kişisel ve Örgütsel Konumlarına İlişkin Özellikler

Gör. Kodu	Yaş	Cinsiyet	Doğum Yeri	Eğitim Durumu	Meslek	Hastanedeki Yönetici Konumu	Görüşme Süresi (dk)
A1 G1	33	E	İlçe	Doktora	Uzm. Dr.	Başhekim	35
A1 G2	49	E	Köy	Doktora	Uzm. Dr.	Başhekim Yrd.	45
A1 G3	42	E	Köy	Doktora	Uzm. Dr.	Başhekim	37
A1 G4	48	E	İlçe	Y. Lisans	Pratisyen Dr.	Başhekim Yrd.	42
A1G5	46	E	İl	Doktora	Uzm. Dr.	Başhekim Yrd.	50
A1 G6	38	E	İlçe	Doktora	Uzm. Dr.	Başhekim	22
A1 G7	42	E	İlçe	Doktora	Uzm. Dr.	Başhekim Yrd.	40
A1 G8	60	E	Köy	Lisans	Sağlık Memuru	Hastane Müdürü	28
A1 G9	52	E	İl	Lisans	Sağlık İdarecisi	Müd. Yrd.	60
A1 G10	50	E	İlçe	Ö. Lisans	Tıbbi Teknolog	Hastane Müdürü	40
A1 G11	47	E	Köy	Lisans	Sağlık İdarecisi	Müdür Yrd.	55
A1 G12	56	E	Köy	Lisans	İşletmeci	Hastane Müdürü	35
A1 G13	50	E	İlçe	Ö. Lisans	Sağlık Memuru	Müdür Yrd.	25
A1 G14	37	K	İlçe	Ö. Lisans	Hemşire	Başhemşire	30
A1 G15	32	K	İlçe	Lisans	Hemşire	Başhemşire Yrd.	50
A1 G16	39	K	İl	Lisans	Hemşire	Başhemşire Yrd.	25
A1 G17	40	K	Köy	Lisans	Hemşire	Başhemşire	38
A1 G18	40	K	İlçe	Lisans	Hemşire	Başhemşire	38
A1 G19	36	K	İlçe	Lisans	Hemşire	Başhemşire Yrd.	48

Araştırmada kamu hastane birlikleri kurulmadan önce görüşülen yöneticilerin yaş ortalaması 44'dür. Katılımcıların 13'ü erkek 6'sı kadındır. Yöneticilerin doğum yerlerine bakıldığında çoğunluğun (17 kişi) köy ya da ilçe kökenli olduğu görülmektedir. Eğitim durumları açısından yöneticilerin en düşük eğitim düzeyi olarak ön lisans (3 kişi) eğitimine sahip oldukları görülürken, uzmanlık eğitimini tamamlayarak doktora düzeyinde eğitim almış yönetici sayısı 6, yüksek lisans 1, lisans eğitimine sahip yönetici sayısı 8'dir. Hastaneler çeşitli profesyonel meslek gruplarının hizmet verdiği kurumlar olması nedeniyle lisans ve lisansüstü eğitim almış olan sağlık profesyonellerinin yoğunlukta olduğu kurumlardır. Bu nedenle katılımcıların eğitim düzeyleri yüksektir.

633 KHK ile yapılan düzenleme öncesinde yöneticilik pozisyonları Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Başhemşire, Başhemşire Yardımcısı, Hastane Müdürü ve Hastane Müdür Yardımcılarından oluşmaktadır. Başhekim, Başhemşire ve Hastane Müdürü kadrolarında tek kişi yer alırken yönetici yardımcılığı kadroları hastanelerin büyüklüğüne göre değişebilmektedir. KHB yapılanmasından önce Antalya Devlet Hastanesinde 6 Başhekim yardımcısı, 6 Müdür yardımcısı ve 7 Başhemşire yardımcısı görev yapmaktadır.

Tablo 7. KHB'ler Kurulmadan Önce Görüşülen Katılımcılarin Mesleki ve Yöneticilik Konumlarına İlişkin Özellikleri

Değişkenler		**Sayı**	**Yüzde**
Görevli Olduğu Hastane	Burdur D.H	6	31,6
	Isparta D.H	6	31,6
	Antalya D.H.	7	36,8
	Toplam	**19**	**100,0**
Meslekte Çalışma Süresi	5-9 Yıl	1	5,3
	10-14 Yıl	3	15,8
	15-19 Yıl	3	15,8
	20 Yıl ve üstü	12	63,2
Kurumda Çalışma Süresi	1-4 Yıl	4	21,1
	5-9 Yıl	6	31,6
	10-14 Yıl	4	21,1
	15-19 Yıl	2	10,5
	20 Yıl ve üstü	3	15,8
Hastanedeki Konumu	Başhekim	3	15,8
	Başhekim Yrd.	4	21,1
	Hastane Müd.	3	15,8
	Hast. Müd. Yrd.	3	15,8
	Başhemşire	3	15,8
	Başhemşire Yrd.	3	15,8
Yöneticilik Pozisyonunda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	1	5,3
	1-4 Yıl	8	42,1
	5-9 Yıl	9	47,4
	10-14 Yıl	1	5,3
Yöneticilik Deneyimi	Var	14	73,7
	Yok	5	26,3
Önceki Yöneticilik Pozisyonu	Başhekim-Başhekim Yrd.	5	26,3
	Hastane Müdür-Müd. Yrd.	5	26,3
	Başhemşire-Başhemşire Yrd.	1	5,3
	Diğer	3	15,8
Yöneticilikle İlgili Eğitim Alma Durumu	Yöneticilikle İlgili Eğitim, Kurs vb.	13	68,4
	Örgün Eğitim	6	31,6
	Hizmet-İçi Eğitim	8	42,1
	Bilimsel Etkinliklere Katılım	6	31,6
	Kurs-Sertifika Programı	4	21,1

Yöneticilerin meslekte çalışma sürelerine bakıldığında 19 katılımcının 12'si 20 yıl ve daha fazla çalışma süresine sahiptir. Meslekte çalışma süresi 5-9 yıl arasında olan 1 yönetici vardır. Görüşülen yöneticilerin çoğunun (6 kişi) kurumda çalışma süresi 5-9 yıl arasındadır. Yöneticilik yapma sürelerine bakıldığında 17 yöneticinin 1-9 yıl arasında yöneticilik yaptığı görülmektedir. Bu sonuç "yöneticilik deneyimi" yanıtlarına da yansımıştır. Görüşülen 19 yöneticinin 14'ü yöneticilik deneyimine sahiptir. Yöneticilerden 5'i daha önce başhekim-başhekim yardımcılığı, 5 yönetici müdür-müdür yardımcılığı, 1 yönetici başhemşire-başhemşire yardımcılığı, 3 yönetici de sağlık alanı dışında farklı alanlarda yöneticilik görevlerinde bulunduklarını ifade etmişlerdir. Yöneticilerden 6'sı yöneticilikle ilgili örgün eğitim aldığını ifade ederken (%31,6), 13'ü yöneticilikle ilgili eğitim, kurs sertifika programı gibi etkinliklere katıldığını belirtmiştir.

Tablo 8. KHB'leri Kurulduktan Sonra Görüşülen Katılımcıların Kişisel ve Örgütsel Konumlarına İlişkin Özellikleri

Gör. Kodu	Yaş	Cinsiyet	Doğum Yeri	Eğitim Durumu	Meslek	Hastanedeki Konumu	Görüşme Süresi (dk)
A2 G1	34	E	İlçe	Doktora	Uzm. Dr.	Hastane Yöneticisi	120
A2 G2	50	E	Köy	Doktora	Uzm. Dr.	Başhekim	40
A2 G3	43	E	İl	Doktora	Uzm. Dr.	Hastane Yöneticisi	45
A2 G4	40	E	Köy	Doktora	Uzm. Dr.	Başhekim	55
A2 G5	47	E	İl	Doktora	Uzm. Dr.	Başhekim Yrd.	28
A2 G6	34	E	İl	Doktora	Uzm. Dr.	Başhekim Yrd.	40
A2 G7	43	E	İlçe	Doktora	Uzm. Dr.	Hastane Yöneticisi	45
A2 G8	48	E	İl	Doktora	Uzm. Dr.	Başhekim	47
A2 G9	46	E	İl	Y. Lisans	Pratisyen Dr.	Başhekim Yrd.	20
A2 G10	40	E	İlçe	Lisans	Sağlık Memuru	İdari Mali İşler Müd.	95
A2 G11	56	E	Köy	Lisans	Sağlık İdarecisi	İdari Mali İşler Müd.	40
A2 G12	53	E	Köy	Lisans	Sağlık İdarecisi	İd. Mali İşler Müd. Yrd.	85
A2 G13	36	E	İlçe	Lisans	Sağlık Memuru	İdari Mali İşler Müd.	50
A2 G14	43	E	İlçe	Lisans	Sağlık Teknikeri	İd. Mali İşler Müd. Yrd.	110
A2 G15	33	K	İlçe	Lisans	Hemşire	Sağlık Bak. Hizm. Müd. Yrd.	55
A2 G16	41	E	İlçe	Lisans	Sağlık Memuru	İd. Mali İşler Müd. Yrd.	60
A2 G17	34	K	Köy	Lisans	Hemşire	Sağlık Bak. Hizm. Müd.	52
A2 G18	34	K	İl	Y. Lisans	Hemşire	Sağlık Bak. Hizm. Müd.	60
A2 G19	37	K	İlçe	Lisans	Hemşire	Sağlık Bak. Hizm. Müd. Yrd.	45
A2 G20	38	K	İlçe	Lisans	Hemşire	Sağlık Bak. Hizm. Müd.	65
A2 G21	37	K	İl	Lisans	Hemşire	Sağlık Bak. Hizm. Müd. Yrd.	63
A2 G22	34	E	İl	Lisans	Sağlık Memuru	Sağlık Bakım ve Otelcilik Hizm. Müd.	50
A2 G23	32	E	İl	Lisans	Turizm ve Otel İşletmecisi	Sağlık Bakım ve Otelcilik Hizm. Müd.	40
A2 G24	39	K	İlçe	Lisans	Hemşire	Sağlık Bakım ve Otelcilik Hizm. Müd.	25

Kamu hastane birlikleri yapılanmasında görev almış olan 24 yöneticiyle görüşülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması 40,5'dir. Yöneticilerin 17'si erkek, 7'si

kadındır. Araştırma kapsamında görüşülen kadın yöneticiler sadece hemşirelik hizmetleri yönetiminde yer almakta, diğer yönetici pozisyonlarının tümü erkek yöneticilerden oluşmaktadır. Doğum yerlerine bakıldığında 8'i il diğerleri ise ilçe ya da köy kökenlidir. Yöneticilerin 8'i doktora (uzman doktorlar), 2'si yüksek lisans (1 Başhekim yardımcısı ve 1 Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü), diğer yöneticiler (14 kişi) ise lisans eğitimine sahiptir.

KHB politikasıyla hastanelerin yönetim yapısındaki yönetici kadrolarının adı, sayısı, görev ve yetki dağılımları açısından değişikliğe gidilmiştir. Yeni yapılanmada eski yönetim yapısından farklı olarak 'Hastane Yöneticisi' ve 'Sağlık Bakım ve Otelcilik Hizmetleri Müdürlüğü' kadrolarına yer verilmiştir. Hastane yöneticisi altında oluşturulan üçlü yapılanma içinde başhekim ve yardımcıları, idari mali işler müdürü ve yardımcıları, sağlık bakım hizmetleri müdürü (eski başhemşire) ve yardımcılığı kadroları aynı yönetsel kademede konumlandırılmıştır. Kamu hastane birliği yapılanmasında yönetici yardımcılığı kadrolarının sayısı eski yönetim yapısına göre önemli ölçüde azaltılmıştır. Buna göre Antalya Devlet Hastanesi'nde 2 başhekim yardımcısı, 2 idari mali işler müdür yardımcısı görevlendirilmiştir. Isparta Devlet Hastanesi'nde 3 başhekim yardımcısı, 2 idari mali işler müdür yardımcısı görevlendirilmiştir. Burdur Devlet Hastanesi'nde 2 başhekim yardımcısı, 1 idari mali işler müdür yardımcısı görev almıştır. Her üç hastanede de Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcılığı ve Sağlık Bakım ve Otelcilik Hizmetleri Müdürlüğü kadrolarında birer kişi görevlendirilmiştir.

Tablo 9. KHB'ler Kurulduktan Sonra Görüşülen Katılımcılarin Mesleki ve Yöneticilik Konumlarına İlişkin Özellikleri

Değişkenler		**Sayı**	**Yüzde**
Görevli Olduğu Hastane	Burdur D.H	8	33,3
	Isparta D.H	8	33,3
	Antalya D.H.	8	33,3
	Toplam	**24**	**100,0**
Meslekte Çalışma Süresi	5-9 Yıl	1	4,2
	10-14 Yıl	5	20,8
	15-19 Yıl	7	29,2
	20 Yıl ve üstü	11	45,8
Kurumda Çalışma Süresi	1 yıldan az	1	4,2
	1-4 Yıl	9	37,5
	5-9 Yıl	4	16,7
	10-14 Yıl	5	20,8
	15-19 Yıl	4	16,7
	20 Yıl ve üstü	1	4,2
Hastanedeki Konumu	Hastane Yöneticisi	3	12,5
	Başhekim	3	12,5
	Başhekim Yrd.	3	12,5
	İdari Mali İşler Müd.	3	12,5
	İdari Mali İşler Müd. Yrd.	3	12,5
	Sağlık Bakım Hizm. Müd.	3	12,5
	Sağlık Bakım Hizm. Müd. Yrd.	3	12,5
	Otelcilik Müdürü	3	12,5
Yöneticilik Pozisyonunda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	5	20,8
	1 Yıl	19	79,2
Yöneticilik Deneyimi	Var	19	79,2
	Yok	5	20,8
Önceki Yöneticilik Pozisyonu	Başhekim-Başhekim Yrd.	7	29,2
	Hastane Müdür-Müd. Yrd.	4	16,7
	Başhemşire-Başhemşire Yrd.	6	25,0
	Diğer	2	8,3
Yöneticilikle İlgili Eğitim Alma Durumu	Yöneticilikle İlgili Eğitim, Kurs	16	66,7
	Örgün Eğitim	11	45,8
	Hizmet-İçi Eğitim	5	20,8
	Bilimsel Etkinliklere Katılım	7	29,2
	Kurs-Sertifika Programı	5	20,8

Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine baktığımızda 24 katılımcının 11'inin 20 yıl ve üzeri, 7'sinin 15-19 yıl arasında çalışma süresine sahip olduğu görülmektedir. Kurumda çalışma süresi 1-4 yıl arasında olan 9 yönetici vardır. Bulundukları yöneticilik pozisyonunda çalışma süresi bir yönetici dışında diğerlerinde

1 yıldır. Yeni yönetici pozisyonlarının tanımlanması nedeniyle yöneticilerin bu görevde çalışma süreleri en çok 1 yıl ya da daha azdır. 24 yöneticinin 19'u daha önce yöneticilik deneyimi olduğunu ifade etmiş, 5 katılımcı ilk kez yönetici olarak görev almıştır. Yöneticilik deneyimi açısından 2 yönetici dışındaki yöneticiler daha önce başhekim, başhekim yardımcılığı, hastane müdürlüğü ve yardımcılığı, başhemşire ve başhemşire yardımcılığı görevlerinde bulunmuşlardır. 24 yöneticinin 11'i yöneticilikle ilgili örgün eğitim aldığını, 6'sı ise yöneticilikle ilgili eğitim, kurs, sertifika vb. programlarda katıldığını ifade etmiştir.

2. ARAŞTIRMA BULGULARININ ANALİZİ ve YORUMLANMASI

Türkiye'de sağlık hizmetleri 1980'li yıllardan günümüze neoliberal politikaların etkisinde önemli dönüşümler geçirmiştir. Tedavi hizmetlerindeki tıbbi ve teknolojik ilerlemeler, nüfusun giderek yaşlanması, hizmet kullanıcılarının beklentilerinin artması gibi nedenlerle sağlık harcamalarının yükseldiği ileri sürülerek maliyetlerin sınırlanması, etkinlik ve verimliliğin artırılması yönünde sağlık hizmetlerinde kapsamlı değişimlere gidilmiştir. Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının kamu hizmetlerinde etkinlik ve verimliliğin artırılması için özel sektöre ait yönetim teknikleri ve anlayışının kamuya aktarılması yönündeki önerileriyle sağlık alanındaki örgütsel ve yönetsel düzenlemelere önemli ölçüde kaynaklık etmiştir (Malmmose, 2015, s. 145).

Bu araştırmanın odağını kamu sağlık hizmeti alanındaki söylemsel pratiklerin piyasalaştırılması ve metalaştırılması süreci oluşturmaktadır. Bu sürecin örgütsel ve yönetsel boyutlarından biri 2011 yılında Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasıdır. Kamu hastane birliklerinin kurulması genel olarak kamu sektörü, özelde ise kamu sağlık hizmeti alanındaki söylem düzenlerinin piyasacı ve işletmeci bir anlayışla yeniden yapılandırılmasının tipik bir örneğini oluşturmaktadır. Bu araştırmanın temel amacı, kamu hastane birlikleri politikasıyla kamu sağlık hizmeti alanındaki söylem düzenlerini yeniden yapılandırılmasının arkasındaki nedensel mekanizmaların yani örgütsel ve yönetsel değişim söyleminini ortaya çıkaran ideolojik ve toplumsal bağlamının açıklanmasıdır. Bu amaçla kamu hastaneler birliği politikasının hem odağında hem de uygulayıcısı konumunda olan hastane yöneticilerinin kamu hastane birlikleri politikasına ilişkin söylemleri Fairclough'un (1989, 1992, 2005, 2012)

diyalektik-ilişkisel eleştirel söylem analizi yaklaşımı ile analiz edilmiştir. Fairclough'un yaklaşımı, söylemsel pratikler, olaylar ve metinler ile daha geniş sosyal ve kültürel yapılar, ilişkiler ve süreçler çerçevesinde bu tür pratiklerin, iktidar ilişkileri ve iktidar mücadeleleri tarafından ideolojik[203] olarak nasıl şekillendirildiğinin araştırılmasını amaçlar. Eleştirel söylem analizi, makro ve mikro arasında bağlantı kurması yani toplumsal düzeydeki bilgi, varsayımlar ve ideolojilerin konuşma, yazma ve etkileşimde bulunma yollarını nasıl etkilediğini ya da tam tersini açıklamaya izin veren bir analiz yöntemi (Rear, 2013: 14) olması nedeniyle tercih edilmiştir.

Araştırmada Fairclough'un üç boyutlu söylem anlayışına uygun bir analiz yolu izlenmiştir (Bkz. Tablo 10).

Tablo 10. Fairclough'un Eleştirel Söylem Analizi Düzeyleri

Tanımlama (Metin Analizi)	• Kelime dağarcığı • Gramer özellikleri	Kelimelerin anlamları nedir? Anahtar kelimeler nelerdir? Bu ifadenin altında hangi bakış açısı yatmaktadır? Metafor kullanımı var mı? Edilgen cümleler veya adlaştırmalar var mı? İfadeler ağırlıklı olarak öznel mi yoksa nesnel mi? En çok hangi modalite özellikleri kullanılıyor?
Yorumlama (Söylem Pratiği) *metin üretimi ve metin yorumu*	• Söylemlerarasılık • Metinlerarasılık • Metinlerarası zincirler • Tutarlılık	Metinlerde hangi söylem türlerinden yararlanılıyor ve nasıl? Söylemin diğer söylemlerle etkileşimi nedir? Metinlerin üretiminde başka hangi metinlerden yararlanılmış ve nasıl? Metinlerin, metinlerarası ve söylemler arası özelliklerinin yorumları nelerdir? Bu metnin üretimini ve yorumlanmasını etkileyen bağlamsal faktörler?
Açıklama (Sosyo-kültürel pratik-bağlam)	Söylem pratiğinin bir parçası olduğu toplumsal pratiğin doğası nedir? Söylem pratiği neden olduğu gibi?	

Kaynak: Fairclough'un (1989;1992;2003) kaynaklarından yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

[203] Chiapello ve Fairclough'a göre ideoloji, "verili bir siyasi düzeni açıklamaya, mevcut hiyerarşileri ve güç ilişkilerini meşrulaştırmaya ve grup kimliklerini korumaya yönelik bir fikirler, değerler ve inançlar sistemidir" (2002, s. 187). Söylem ile ideoloji güç/iktidar arasındaki ilişki ve bağlantılar her zaman açık değildir ve görünmeyen sebep ve sonuçlarla bağlantılı olabilir. Eleştirel söylem analizi, toplumsal süreçlerdeki şeffaf olmayan bu ilişkiler ve bağlantıların güç ve hegemonyayı güvence altına alan bir faktör olduğunu açıklamaya olanak veren bir analiz yöntemidir (Fairclough, 1999, s. 135).

Araştırmanın verileri 43 hastane yöneticisiyle yapılan görüşme kayıtlarının transkripsiyonunun yapılarak yazılı metin haline getirilmesiyle oluşturulmuştur. Görüşmelerin metinsel veri kaynağı olarak kullanılması, eleştirel söylem teorisinin dilin sosyal pratiklerin yapıcısı olduğu (Fairclough, 2003) temel ilkesiyle uyumludur. Söylemler sözlü, metinsel veya sembolik olarak iletilebilirler. Sağlık alanını düzenleyen tüm yasal mevzuat, politika belgeleri, raporlar vb. söylemlerin kodlanması ve metinsel olarak iletilmesinin bir yoludur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı ve hastanelerin web siteleri, toplantılar, eğitim faaliyetleri, seminerler, kongreler gibi etkileşim türleri de söylemlerin iletilme yolları arasındadır. Bu bağlam içinde hastane yöneticilerinin söylemleri, görüşme soruları çerçevesindeki konular ve yönetici özne olma konumları nedeniyle belirli sınırlamalar dâhilindeki anlatılar olarak kabul edilmiştir.[204] Araştırma kapsamında görüşülen hastane yöneticilerinin homojen bir grup olmaması nedeniyle yöneticilerin meslek, yöneticilik konumları ve cinsiyet gibi özne konumlarına ilişkin farklılaşmaların etkileri görüşmelerin analizinde dikkate alınmıştır.

Analiz sürecinde ilk olarak yazılı hale getirilmiş olan görüşme metinleri çok kez dikkatli bir şekilde okunmuştur. Analizin ilk adımı tanımlama (metin analizi) aşamasında metin, çeşitli dil ve gramer özelikleri açısından ele alınır (Fairclough, 1989; Fairclough, 1992). Ancak bu araştırmanın temel amacı dilbilimsel-işlevsel bir söylem analizi yapmak olmadığı için analizin *tanımlama (metin analizi)* aşaması, kelime anlamları, anahtar kelimelerin kullanımı, tekrar eden kelimeler, varsa metafor ve adlaştırmaların belirlenmesi düzeyinde sınırlı tutulmuştur. Analizin *yorumlama (söylem pratiği)* aşaması, metin analizi ile *sosyo-kültürel pratik (açıklama)* aşaması arasında geçişlilik sağlayan analiz düzeyidir. Bu geçişlilik metinlerdeki söylemlerarasılığın belirlenmesiyle gerçekleşir. Metinler birden fazla söylemden yararlanır ve söylemlerin melezliği toplumda işleyen mevcut söylemler ve alternatif söylemlerin ortaya çıkma mücadelesini gösterir. Söylemler arası analiz yoluyla metni karakterize eden farklı söylemler, türler ve stiller arasındaki etkileşim ve eklemlenmeler belirlenmiştir. Analizin *açıklama (sosyo-kültürel pratik)* aşamasının

[204] Fairclough'a göre, bir özne pozisyonunu işgal etmek esasen bireyin söylemsel hakları ve yükümlülükleri doğrultusunda, bir şeyi yapma-yapmama ya da bir şeyin söylenmesine izin verilmesi ya da verilmemesi durumudur. Başka bir deyişle toplumsal yapının söylemi belirlediği bir durumdur. Ancak bireyler belirli özne pozisyonlarını işgal ederken onları yeniden üretirler, bu özne konumlarının toplumsal yapının bir parçası olmaya devam etmesi ancak o poziyonun işgaliyle mümkün olur. Bu şekilde söylem de toplumsal yapıyı belirler ve yeniden üretir (1989, s. 38-39).

amacı söylem pratiğinin bağlamının belirlenmesidir. Bu aşamada, metinlerin toplumun daha geniş yönlerini nasıl yeniden ürettiği veya meydan okuduğu özellikle de "egemenlik ilişkilerinin üretimi, yeniden üretimi veya dönüşümü" ile nasıl ilişki kurduğu incelenir (Fairclough, 1992, s. 87). Diğer bir deyişle, söylem pratiğinin neden olduğu gibi olduğunun açıklanmasını içeren analizin bu aşamasında metin analizi ve söylem pratiklerinin yorumlanması yoluyla hastane yöneticilerinin söylem pratiğini belirleyen toplumsal yapıdaki ideolojik, politik etkiler yorumlanmıştır. Diğer bir ifadeyle söylem pratiklerini dirençli ya da baskın olarak şeyleştiren monolojik bir okuma[205] yerine hastane yöneticilerinin çalışma ortamlarını çevreleyen yapısal, politik ve ekonomik karşıtlıkların anlam üzerindeki söylemsel mücadelelerin aracı ve sonucu olduğu kabul edilerek söylem ve maddi dünya arasındaki diyalektik ilişkilerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Fairclough'un diyalektik-ilişkisel eleştirel söylem analizi yaklaşımının içerik analizi ya da betimleyici bir analizden farklı olması nedeniyle metinlerin analizinde metinlerdeki gerilimler, çelişkiler ve direnç noktaları[206] belirlenmeye çalışılmıştır. Fairclough ve diğer eleştirel söylem analistlerine göre söylem yalnızca toplumsal süreçlerin bir ürünü ya da yansıması değil aynı zamanda bu süreçlerin üretimi ya da yeniden üretilmesine katkıda bulunmaktadır (Teo, 2000, s. 11-12). Diğer bir deyişle hastane yöneticileri olarak katılımcılar özne konumlarının sosyal olarak belirlenmişliği yanında bireysel yaratıcılığa da sahip olmaları nedeniyle söylem uzlaşımlarını dönüştürebilirler (Fairclough, 1989: 140). Sağlık hizmetlerindeki piyasa ve işletmecilik yönelimli dönüşüm bağlamında ele alınan görüşme metinlerinin analizinde, hastane yöneticilerinin kamu hastane birlikleri uygulaması etrafındaki söylem pratikleri arasındaki yorumsal mücadeleler, mevcut iktidar ilişkilerine direnme ve/veya onları yeniden üretme biçimi olarak yeni ve dirençli söylem biçimlerinin

[205] Fairclough, öznelliklerin söylemsel inşasını dönüşümsel bir perspektiften ele almaktadır. Öznellikler söylem pratiklerinin istikrarlı ifadeleri olmayıp, etkinlik ortamlarını hem şekillendiren hem de sürekli gelişen bir çerçevedir. Diğer bir deyişle, örgütsel yapıları değiştiren söylemler, örgütlerdeki sosyal faillerin eylemlerinde, stratejilerinde, alışkanlıklarında kendi olasılık koşullarına sahiptir. Bu nedenle, ortaya çıkan sorunlar, zaman içinde ve örgütsel alan boyunca zincirler ve birbirine bağlı metinler dizisi dâhil olmak üzere sosyal süreçlerdeki, sosyal etkileşimdeki ve metindeki değişimi analiz ederek araştırılabilirken, aynı zamanda bu yapısal, stratejik ve diğer faktörlere de başvurmayı gerektirir (2005, s. 12).

[206] Direnç, bireyler tarafından "egemen söylemin sürekli olarak uyarlanması, yıkılması ve yeniden yazılması sürecidir" (Thomas ve Davies, 2005, s. 687). Direnç böylece mevcut sistemin sorgulanmasına yol açarken aynı zamanda yeniden üretimi için koşulları da yaratır. Direnç, metinsel olarak katılımcıların ifadelerindeki boşluklar, tutarsızlıklar ve çelişkiler olarak belirlenebilir. Aynı zamanda, belirli bir metin veya politikanın aktif olarak inkârı veya pasif bir şekilde göz ardı edilmesi de direnç olarak yorumlanabilir (Phillips, Lawrence ve Hardy, 2004).

belirlenmesi amaçlanmıştır. Fairclough, bu tür söylem biçimlerinin keşfinin aynı zamanda "pozitif" bir analiz ve dönüşüm önerisi için önemli olduğunu ifade etmektedir (2001, s. 25).

Fairclough'un üç boyutlu söylem anlayışına uygun olarak metin *analizi, yorumlama* ve *açıklama* aşamalarının iç içe yürütüldüğü analiz sonuçları aşağıda verilmiştir. Araştırmanın amacı ve temel problemleri temel alınarak belirlenen başlıklar altında verilen *metin analizi, yorumlama* ve *açıklamalar* araştırmanın kuramsal çerçevesi ve araştırma konusu ile ilgili literatür çerçevesinde yapılmıştır. Oluşturulan başlıkların altında katılımcı ifadelerine yer verilmiş, katılımcı ifadelerinin doğrudan yer verildiği durumlarda *italik* vurgu kullanılmıştır. Örnek ifadeler içinde atlanmış kısa metin bölümlerini göstermek için üç nokta (…) kullanılmıştır.

2.1. Kamu ve Özel Arasındaki Sınırların Bulanıklaşması

2.1.1. Söylemsel Sınırların Bulanıklaşması

Görüşmelerde hastane yöneticilerinin önemli bir kısmı sağlık hizmetinin piyasa koşulları içinde üretilip tüketilebilecek herhangi bir mal ya da hizmet olarak görmüş ve katılımcılar Pesch'in (2008, s. 188)'de belirttiği gibi sağlık kurumlarını gerek piyasa gerekse devlet alanında hizmet üreten sosyal yapılar olarak tanımlamıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sağlık sektörünün rolü devlet tarafından desteklenerek genişletilmiştir. Özel sağlık hizmeti sektörünü *lokomotif* meteforuyla[207] tanımlayan bir görüşmecinin ifadeleri şöyledir:

"Farklı çatılar altında hizmet verilmesini istiyorum, rekabette çeşitlilik açısından hoşuma gidiyor. Çünkü insanlar çıtanın daha yüksek olduğu özel hastaneler gibi daha iyi otelcilik hizmeti istiyor, benim yemeğimi beğenmiyor, çarşafı beğenmiyor... Bizde de olabilir, kamuda da olabilir… Çeşitliliğin olması yenilikleri de getirir… Özel sektörün getirdiği şeylerle rekabet etmek için, kamu gerçi geriden takip ediyor ama çıtayı yükseltmek için bir lokomotif lazım o da özel sektör" (A1-G10- İdari Mali İşler Müd.).

[207] Metaforlar dünyanın farklı temsillerini (söylemler) üretmek için bir kaynaktır ve seçilen meteforlar söylemler arasındaki farklılığa, söylem düzenlerindeki değişikliğe işaret eder (Fairclough, 1992, s. 132).

Katılımcının özel sağlık hizmetlerini tanımlarken *lokomotif* metaforunu kullanması, kamu sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün öncü bir rolde görüldüğünü göstermektedir. Yukarıdaki cümlelerde katılımcının vurguladığı gibi özel sektör, sağlık hizmeti sunumunda *çıtanın daha yüksek olduğu* yerler olarak görülmekte ve özel sektörün varlığı *rekabet* getirmesi nedeniyle kamu sağlık hizmetlerinde kalite ve *yenilikleri* artıracağı ileri sürülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin özel ve kamu sağlık kurumlarının rekabet ettiği piyasa koşulları altında üretilmesini, *sosyal güvenlik* sistemi ve *sosyal devlet* anlayışı ile ilişkilendiren bir katılımcının ifadesi aşağıdaki gibidir:

"Sosyal devlet vatandaşını sosyal güvenlik çatısı altına aldıysa vatandaş istediği kurumdan, isteği çapta hizmet alabiliyorsa hizmeti sunan kurumun özel ya da tüzel olması fark etmez. Ben sonuca bakarım, sosyal devlet ilk önce şurada göstermeli kendini; vatandaşını sosyal güvence altında tutup özel sektörde hizmet veren kurumları da iyi denetlerse, fahiş fiyatların alınamaması gibi, sorun olmaz. Bu tam bir sosyal devlet anlayışı zaten. Asıl rekabet de o zaman olur" (A2 G10- İdari Mali İşler Müd.).

Benzer şekilde *sosyal güvenlik kurumlarının* önemine vurgu yapan diğer bir katılımcının ifadeleri şöyledir:

"Bu konuda asli unsur vatandaş. Vatandaş bu konuda yerinde ve zamanında hizmeti alıyorsa ve vatandaş yükü sosyal güvenlik kurumlarıyla halledebiliyorsa hiçbir sorun yok. Ben bu hizmeti alayım da ister özel eliyle alayım isterse kamu eliyle alayım" (A2 G14-İdari Mali İşler Müd. Yrd.).

Araştırmada hastane yöneticilerinin önemli bir kısmı sosyal güvenlik kurumlarını tek çatı toplayarak vatandaşların sağlık kurumlarını seçme olanaklarını genişletmesi ve sağlık hizmetine erişimi artırması gibi nedenlerle sosyal güvenlik ve sağlık sigortasına ilişkin politikalar olumlu gelişmeler olarak değerlendirilmiştir. Sosyal güvencesi olan vatandaşların ek bir ücret ödemeden sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi sıklıkla vurgulanan bir konu olmuştur. Bununla birlikte yöneticilerin anlatılarında sosyal güvenlik sisteminin temel amacını ne ölçüde yerine getirdiğine ilişkin bir sorgulamaya yer verilmemesi dikkat çekmiştir. Oysaki Türkiye'de işgücü

piyasasının yapısal sorunları (işsizlik, kayıt dışı istihdam, işgücüne katılım oranlarının düşük olması), sigortalı olanlar için pirim koşulları, katkı payları, cepten ödeme[208] gibi uygulamalar sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerine erişimi önemli ölçüde engellemektedir (Yenimahalleli Yaşar, 2015, s. 121; Ağartan, 2011, s. 40).

Kamu hastane birlikleri faaliyete geçtiğinde *hükümetin fakir hastayı korumaya yönelik kamu hizmeti anlayışı* nın değişmeden süreceğini belirten bir başhekimin ifadeleri aşağıdaki gibidir:

"Kamu hizmeti anlayışı kesinlikle devam edecek. Bu hükümetin genel yaklaşım tarzıdır. Bugüne kadar yapılan odur. Fakir hastayı korumaya yöneliktir. Yeşil karttan faydalandırılıyorsa bu fakir hastayı korumaya yöneliktir. Özürlü hastalara, gariban zor durumda olan hastalara destek veriyorsa. Sadece Isparta'da özürlü maaşı olarak ödenen para aylık 2 trilyon." (A1 G5- Başhekim).

Katılımcının anlatısında vurguladığı *yeşilkart* ya da *özürlü maaşı* gibi sosyal yardım politikaları, hayırseverlik temelli bir kamu hizmeti söylemine işaret etmekte ve hükümetin kamu hizmeti anlayışı bu çerçevede tanımlanmaktadır. Buğra, AKP hükümetinin piyasayı sınırlandırma aynı zamanda genişletmeye hizmet eden sosyal politika anlayışının yoksulluk oranlarının yüksek ve sosyal yardım politikalarının görece yeni uygulandığı Türkiye'de, hayırseverlik ile hak temelli kamu hizmeti arasındaki ayrımı bulanıklaştırmaya hizmet ettiğini ve bu söylemsel stratejinin AKP'nin siyasi desteğini artırmasında önemli olduğunu belirtmektedir (2020, s. 456). Koray ise, AKP hükümetlerinin 'sosyal devlet' anlayışını, sosyo ekonomik hakları hayata geçirmeye yönelik değil en yoksul olanların korunmasını amaçlayan bir "sosyal yardım devleti" olarak tanımlamaktadır (2015, s. 45).

Sağlık hizmeti sunmanın *devletin asli görevleri* arasında olduğu ve sağlık hizmetinin toplumsal niteliğine vurgu yapan katılımcılar, devletin sağlık hizmeti sunarken kar elde etme amacının olmadığını ancak verilen hizmetlerin *mali*

[208] SDP'nin cepten ödemeler üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmasında Şentürk, neoliberal politikalarla cepten ödemelerin sistematik hale geldiğini ve sağlık hizmetleri finansmanında bireysel katılımın yaygınlaştığını belirtmektedir. Diğer bir deyişle kamusal sağlık hizmetleri, genel vergiler ya da sosyal sigortalara rağmen devlet eliyle paralı hale getirilmiştir. Şentürk, bu eğilimin sağlık hizmetleri kullanımı üzerinden, sosyal haklarda yaşanan önemli bir kayba işaret ettiğini ve devletin rolünün piyasalaşmış bir sağlık sistemini sürdürülebilir kılma yönünde bir çabaya dönüştüğünü ifade etmektedir (2016, s. 213).

sürdürebilirlik çerçevesinde sunulması gerektiğine dikkat çekmişlerdir. Bu yönde görüşlerini aktaran bir katılımcının ifadeleri şöyledir:

"Devletin asli görevlerinden birisi sağlık hizmeti sunmak. Ama bu maddi kaygı içerisinde olmamalı. Maddi kaygı gütmemek aynı zamanda, ben zarar edeceğim anlamına da gelmiyor. Dedim ya bu hizmeti mali sürdürülebilirlik paralelinde götürebilmek ve buna göre planlamak lazım" (A2 G13 –İdari Mali İşler Müd.).

Katılımcının ifade ettiği gibi hastane yöneticilerinin önemli bir kısmı sağlık hizmetlerinin *devletin asli görevlerinden biri* olduğu söylemiyle geleneksel kamu hizmeti söylemi içinde kalırken, *mali sürdürülebilirlik, tasarruf, zarar etmemek* gibi vurgularla yeni yönetsel söylemin ekonomik rasyonalitesine işaret etmektedirler. Sağlık hizmeti sunmanın devletin sorumluluğunda olması gibi kamu hizmetinin belirli değerlere ilişkin özgünlüğü reddedilmemekte ancak yeni yönetsel söylemin maliyet odaklılık gibi unsurları söyleme eklemlenmektedir. Rouillard ve Giroux'un dikkat çektikleri geleneksel kamu hizmeti söylemi ve yeni yönetsel söylemin yararlarını ittifak etme isteğinin söylemsel kafa karışıklığını artırması (2005, s. 341) hastane yöneticilerinin söylemlerinde oldukça belirgindir.

Türkiye'de 1980'li yıllarla başlayan ve SDP kapsamında hız kazanan sağlık hizmetlerini özelleştirme ve piyasaya açma süreci kamu hizmetinin söylemsel ve kurumsal biçimlerinin çözülmesi ve kamu hizmetin anlam ve kapsam açısından daraltılmasına neden olmuştur. Kamu sağlık hizmetlerinin toplumsal ve yönetsel bağlamını değiştiren piyasa ve işletme yönelimli sağlık reformları, hastane yöneticilerinin kamu hizmetine ilişkin söylemlerini, geleneksel ve piyasa yönelimli söylemlerin unsurlarının eklemlenmesi şeklinde dönüştürmüştür. Hastane yöneticilerinin söylemlerinde sağlık hizmetlerinde devletin sorumluluğu kabul edilmekle birlikte devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün piyasa ilişkileri çerçevesinde tanımlandığı, maliyet odaklı, finansal olarak sürdürülebilir ve hizmet sunumuna özel sektörün entegre edildiği bir kamu sağlık hizmeti anlayışı öne çıkmıştır.

2.1.2. Kurumsal Sınırların Bulanıklaşması: Devlet Hastanesi miyiz? Özel Hastane miyiz?

Türkiye'de kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi söylemi, kamu hastane birlikleri uygulaması öncesine uzanan bir geçmişe sahiptir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında kamu hastanelerinin özerkleştirilmesine zemin hazırlayan çok sayıda düzenleme hayata geçirilmiştir. Tüm hastanelerin tek çatı altında toplanması, hizmet sunumu ve finansmanın ayrılması, performans sistemi ve çeşitli bütçe ve mali kontrol araçlarının devreye sokulması gibi girişimler kamu hastanelerini hali hazırda kendi gelir ve giderlerini karşılamak zorunda bırakılan birer işletmeye dönüştürmüştür.[209] Kamu hastaneleri, devletin aktardığı sınırlı kaynak ve yatırımlarla sağlık hizmeti üretmeye çalışan kurumlar haline gelmiştir. Kamu hastanelerinin özerklik söyleminin işlevselleştirildiği bu bağlamın hastane yöneticilerinin söylemi alma, yorumlama ve yeniden üretmesinde belirleyici olduğu görülmüştür. Hastane yöneticileri, kamu hastanelerinin personel maaşları dışında devlet bütçesinden destek almaması, SGK'dan aldıkları geri ödemelerde Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu kesintiler, özellikle mali konularda yetkilerinin sınırlı olması gibi nedenlerle hastanelerin finansal yönetiminde önemli sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan görüşmede bu sorunlara geniş yer veren bir başhekim bu zorlukları ve kamu hastanelerinin durumunu aşağıdaki ifadelerle aktarmıştır:

"Biz diğer devlet kurumlarından farklı olarak parasını fatura olarak devlete kesen, yani devlete hizmet satan özel kurumlar gibiyiz… Yani özel hastane miyiz, devlet kurumu muyuz? Devlet kurumuysak öde kardeşim benim elektrik faturamı. Öde kardeşim benim kestiğim faturamı… Eğer özel hastaneysem de bırak ihalemi yapabileyim, rahatça ihalesiz mal alabileyim, parayı istediğim gibi

[209] Devlet kaynaklarının kısıtlandığı bir ortamda kamu hastanelerinin finansmanında genel bütçenin payı giderek azalırken, sağlık sigortaları, katkı payları, bağışlar ve ulusal/uluslararası proje ve programlardan sağlanan kaynakların payı artmıştır. Türkiye'de, sağlık için yapılan harcamaların GSYİH'deki payı son üç yıldır düzenli olarak azaltılmaktadır. Bu pay, 2015 yılında % 5,4'ken, 2018 yılında % 18'lik bir azalmayla, % 4,4'tür. Türkiye'de bir yandan sağlık harcamalarının payı azaltılırken, diğer yandan sağlık harcamaları içinde genel bütçe ve yerel yönetimler tarafından yapılan harcamaların payı azaltılmaktadır. Bunun sonucunda kişilerin sağlık hizmeti için yapmak zorunda oldukları harcama yıllar içinde daha da artmaktadır. Buna göre, 2018 yılındaki 165 milyar 234 milyon TL toplam sağlık harcamasının 114 milyar 838 milyon TL'si (% 69,5'i) kişiler tarafından gerçekleştirilirken, merkezi ve yerel yönetimler tarafından 50 milyar 396 milyon TL (% 30,5) harcanmıştır. Başka bir ifadeyle, 2018 yılında kişi başına düşen ortalama sağlık harcaması 2030 TL'dir ve bunun 1411 TL'si kişiler tarafından harcanırken devlet, kişi başına sadece ortalama 619 TL sağlık harcaması yapmıştır (TTB, 2020, s. 57).

şekillendirebileyim. Bu açıdan ikisinin arasında bir yerde kalmış gibiyiz" (A1 G1 – Başhekim).

SDP kapsamında sağlık hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılarak kamu sağlık hizmetlerinde piyasa benzeri yapıların oluşturulması, kamu hastaneleri ile özel hastaneleri ürettikleri hizmet ölçüsünde aynı kaynaktan pay almak için rekabet eden kurumlar olarak aynı noktaya getirmiştir. Katılımcı, kamu hastaneleri ve yöneticilerinin KHB öncesindeki bu durumunu *arada kalmışlık* olarak yorumlamıştır. Görüşmelerde kamu hastanelerindeki yöneticilerin karşı karşıya bırakıldığı bu *arada kalmışlık* durumundan duyulan rahatsızlık yöneticiler tarafından sıklıkla dile getirilen bir konu olmuştur. Hastane yöneticileri *devlet* kurumu olmaktan kaynaklı kamu hizmeti sunmanın gereklilikleri ile işletmeci söylemin maliyetlerin azaltılması, verimlilik ve karlılığın artırılması yönündeki talep ve beklentileri arasında kalmanın yarattığı gerilim nedeniyle bu durumdan rahatsız olduklarını belirtmişlerdir.

Hastane yöneticilerinin bir bölümü, KHB'lerin kurulmasıyla kamu hastanelerinde özellikle kaynak kullanımı ve mali sorunlara ilişkin sorunların çözüleceğine ve hastanelerin daha iyi yönetileceğine dair inanç ve beklentilerini ifade etmişlerdir. Bu katılımcılar anlatılarında işletmeci söylemin retoriğine yoğun şekilde başvurmuştur. KHB'lerin kurulmasını hastanelerin *profesyonelce* yönetilmesi olarak yorumlayan bir yöneticinin ifadeleri şöyledir.

"KHB uygulamasının çıkış noktası kamu kaynaklarının iyi kullanılması, mali disipline edilmesi, mali açıdan da daha profesyonelce yönetilmesi. Onun için zaten çözüm şu anda planlandı… Yani bu yapıyı ciddi manada takip etme, hani aynı bir şirket gibi, çünkü gerçekten ciddi bütçeler bunlar. Tamamen dikkatli, daha profesyonelce… Deniyor ki, bu iyi yönetim ve sizin kriterleriniz etkinlik, verimlilik, kaynakların iyi kullanımı. Başarı standartları, başarı kriterleri bunlar. Bu yüzden bir yönetici başarılı olmak istiyorsa mutlaka bunları ele almak durumunda ve bunları iyileştirmek durumunda. O yüzden bu tabi bu mutlaka olumlu yansıyacak… Yani şimdiye kadar, sağlıkta kafa yorulmayan, sadece hastaneye geliyoruz, hizmet alıp gidiyoruz. İşin o boyutundayız. Yeni hastaneler nasıl tasarruf eder? Yeni gelir kaynakları olabilir mi? Bunlar noktasında hep kafa yormak, böyle stratejiler geliştirmek ve bunlara daha yoğun bakabilmek, birliklerle bunlar sağlanacak" (A1 G3- Başhekim)

Katılımcının *kaynakların iyi kullanımı, disiplin, profesyonelce, ciddi, tamamen dikkatli, başarı, kriter, standart, mutlaka, zorunda* gibi aynı anlama gelebilecek sözcük tekrarlarını yoğun şekilde kullandığı görülmektedir. Bu metinsel özellik ve retorik kullanımı dinleyicileri ikna etme çabasının önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. [210] Yeni yapılanmada *başarılı* yönetici olmak, *tasarruf sağlamak, yeni gelir kaynakları* yaratmak gibi *stratejileri* kullanabilecek niteliklere sahip yeni bir yönetici kimliği ile ilişkilendirilmektedir. Yeni bir yönetici kimliğinin tanımlanması KHB söyleminin işlevselleştirilmesinin bir yönü olarak yeni var olma biçimlerinin, 'yeni tarz' ların (yöneticilik biçimlerinin) ortaya çıkışıyla ilgilidir. Diğer yandan KHB yapılanması öncesinde hastane yöneticilerinin hastanelerin idari ve mali işleyişine ilişkin ifade ettikleri sorunların nedenleri ve çözüm yollarına ilişkin sorumlulukların kamu hastane birlikleri yapılanmasında tekil bireyler olarak yöneticilerde somutlaştırılması ve bu şekilde yöneticilerin "devredilmiş stresin" (Clarke ve Newman, 1997, s. 76) odak noktası haline getirilmesi söz konusudur.

Görüşmelerde kamu hastane birlikleri yapılanmasıyla birlikte ihale süreçlerinin birlik düzeyinde merkezileştirilmesi, kaynakların yönetimi ve dağıtımında ayrıntılı maliyet ve bilgi sistemlerinin kullanılması hastanelerde kaynak kullanımında disiplin ve tasarruf sağlaması açısından yeni yapılanmanın sağladığı olumlu gelişmeler olarak ifade edilmiştir. Bununla birlikte çeşitli araştırma sonuçları verimliliğin artırılmasına yönelik bu girişimlerin ilk yıllarda belirli bir verimlilik artışı sağladığı ancak sonraki yıllarda hastanelerde verimlilik oranlarının düştüğünü göstermektedir. Ayrıca bu girişimlerin yöneticilerin ve sağlık çalışanlarının ürettikleri hizmetin finansal sonuçlarına karşı daha duyarlı olmaları gerektiği yönündeki bir kültürün yerleştirilmesini desteklemesi önemli sonuçlarından biri olarak belirtilmiştir [211]. Bir

[210] Bir metin içinde 'aşırı sözcükleştirme' (overlexicalisation) olarak adlandırılan bu durum aşırı tamamlanmışlık hissinin ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmektedir. Aşırı sözcükleştirme, aşırı ikna çabasını yansıtması nedeniyle bir sorun veya ideolojik bir çekişmenin varlığına kanıt gösterilmektedir (Teo, 2000, s. 20).

[211] İhale süreçlerinin basitleştirilmesini, Birlik modelinin potansiyel mali yararlarından biri olduğu ifade eden bir çalışmada KHB öncesinde 12126 olan Sağlık Bakanlığı'nın ihale sayısının 2016 yılında 9553'e düştüğü benzer şekilde, mal ve hizmet satın alan bireysel firma sayısının 6313'ten 2016 yılında 4412'ye düştüğü bildirilmiştir (Küçük, 2018: 977). Benzer şekilde, 2013-2017 yılları arasında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin verimliliklerini değerlendiren bir çalışmada, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin verimlilik puanı, 2013'te 0,81'den 2015'te 0,85'e yükselirken 2017'de 0,79'a gerilemştir. Çalışmada ilk iki yıldaki artış gösteren verimliliğin, izleyen yıllarda düşmesinin nedenleri işgücü giderlerinin artışı, mali kriz ve kısıtlayıcı politikalar olarak gösterilmiştir. Ayrıntılı bilgi için bkz. Küçük, Özsoy ve Balkan (2019)

hastane yöneticisi yeni yapılanma ile çalışanların *bütçe* gibi mali konulara yaklaşımındaki değişimi şöyle ifade etmiştir.

"*Personelin farkındalık düzeyinde artış meydana geldi hastanenin bütçesi ile alakalı… Tabi çalışmalarımızda da biz daha çok tasarruf üzerinde çok durduk arkadaşlarla işte malzeme alımlarında olsun, malzemelerin kontrolleri, miad takipleri, SUT seviyelerinde çalışmalar yaptık…* (A2 G7, Hastane Yöneticisi).

KHB politikasının hastanelerde maliyet kısıtlamaları ve tasarrufa yönelik söylemleri, hastane yöneticileri için performans temelli sözleşmelerle bir görev veya sorumluluğa dönüştürülürken, katılımcının ifade ettiği gibi *tasarrufa* yönelik söylem, hastane yöneticileri dışındaki sağlık profesyonellerinin de kaynak yönetimine ilişkin tutum ve kararlarını etkilemektedir. Maliyet sınırlama ve tasarruf söylemi kaynak kullanımında denetim ve kontrolün artırılmasına yönelik merkezi bilgi işlem teknolojilerinin kullanılması yoluyla desteklenmektedir. Bu şekilde sağlık profesyonellerinin kaynak kullanımına ilişkin tutum ve davranışları ekonomik değerlerle uyumlaştırılmaya çalışılmaktadır. Diğer bir deyişle, *maliyet, tasarruf* ve *verimlilik* vurgusuyla işletmeci söylem, sağlık hizmeti üretiminde maliyeti ne olursa olsun hasta için gerekli tedavi ve bakımın sağlanması gerekliliğini önceleyen profesyonel söyleme meydan okumaktadır. Hastane yöneticileri ve sağlık profesyonelleri sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumunda eşitlik, adalet ve toplumsal fayda ilkeleri yerine maliyet, performans, tasarruf ölçütleri etrafında biçimlendirilen yeni bir odaklanma ile karşı karşıyadır. Araştırma kapsamındaki görüşmelerin bu bağlamdaki analizi, hastane yöneticilerinin söylemlerinde işletmeci, profesyonel ve geleneksel kamu hizmeti söylemlerinin çeşitli unsurlarını eklemlediğini ya da bu söylemler arasında gidip gelen değişken bir konumda olduklarını göstermektedir.

2.2. Kamu Hastane Birliklerinin Kurulması: İşletmeci Söylemin İşlevselleştirilmesi

Söylemin işlevselleştirilmesi, söylem stratejilerinin fiili olarak hayata geçirilmesi, söylemin diyalektik olarak yeni eylem ve etkileşim yollarına

Assessment of Technical Efficiency of Public Hospitals, *The European Journal of Public Health*, Vol. 30, No. 2, pp. 230–235.

dönüştürülmesi anlamına gelmektedir. Söylemin işlevselleştirilme biçimleri aracılığıyla sosyal pratikler ve sosyal pratik ağları olarak söylem düzenleri dönüştürülebilir. Söylemin işlevselleştirilme biçimlerinden biri yasal düzenlemelerdir. Yasal düzenlemeler taşıdıkları semiyotik özellikler nedeniyle farklı tür (etkileşim yolları) ve tarzları (var olma biçimleri) doğrudan içerebilirler (Fairclough 2005, s. 934). 663 Sayılı KHK'nın taşıdığı semiyotik özellikler- sözleşmeli yöneticilik, kurumsal ve bireysel performans değerlendirmeleri, yönetici tanımları, denetim biçimleri gibi- kamu hastanelerinde işletmeci söylemin işlevselleştirilmesine yönelik farklı tür ve tarzların ortaya çıkmasına doğrudan kaynaklık etmektedir.

2.2.1. Hegemonik Bir Söylem Müdahalesi Olarak Kamu Hastane Birliklerinin Kurulma Süreci: Ben Yaptım Oldu Anlayışı

İktidarın ve egemenliğin söylemsel yeniden üretimindeki ana unsurlardan biri söylem ve iletişimsel olaylara erişimdir. van Dijk, bu bakımdan söylemi, gücün temelini oluşturan ve herkesin eşit erişiminin olmadığı değerli sosyal kaynaklara benzemektedir. Söyleme erişim düzeyi, sosyal gruplar ve üyelerinin gücünün bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (1996, s. 85-86). Bu bakış açısından bir politikanın oluşturulma sürecindeki söylemler bütün politika aktörleri için eşit erişim ve sonuçlar üretmemektedir. Araştırmada görüşülen hekim yöneticilerden biri KHB'lerin kurulma sürecini hazırlıksız ve dışlayıcı olarak yorumlamıştır.

"Hani derler ya kervan yolda düzülür müydü öyle bir şey. Şu anda Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı şey bu. Ben yapıyorum, aksaklıklar sonra düzelir olmaz… Mesela hekimlerle konuşuldu mu? Hayır. Bakan, ben yapacam diyor yapıyor. Problem orda zaten" (A1 G2- Başhekim Yrd.)

Katılımcı KHB'lerin kurulma sürecini, *hekimleri* dışarda bırakması ve Bakan'nın kararlarıyla şekillenmesi nedeniyle *problem* olarak yorumlamıştır. Türkiye'de tarihsel olarak sağlık sisteminde her zaman güçlü sosyal özneler olarak var olan hekimlerin politika oluşturma diğer bir deyişle karar alma süreçlerinin dışında bırakılması yönetici tarafından önemli bir sorun olarak görülmektedir. Katılımcının, politika sürecinde dışarıda bırakılan sosyal grubu yöneticiler olarak değil *hekimler* olarak tanımlamaktadır. Bu durumun nedeni hekimlerin, yönetici kimliklerinden çok

hekim kimliklerini öne çıkarması ya da yönetici kimliğinin hekimlikten ayrı düşünülmemesi olarak yorumlanabilir. Katılımcının söyleminde *hekimler* hem mesleki hem de yönetsel temsili birleştirmektedir. Hekimlerin bir meslek grubu olarak gücü ve egemenliği, söyleme erişim üzerindeki kontrolleriyle yakından ilişkilidir. Bu ilişkinin can alıcı yönü, söyleme erişim kontrolünün sadece bir sosyal eylem kontrol biçimi değil aynı zamanda ve öncelikle diğer insanların zihinleri üzerindeki kontrol koşullarını yani sosyal temsillerin yönetimini ima etmesinden kaynaklanmaktadır (van Dijk, 1996).

Türkiye'de siyasal iktidarlar ve Bakanlık bürokrasinin örgütsel konumlarından kaynaklanan belirleyici güçleri nedeniyle kamu politikalarının genellikle yukarıdan aşağı doğru uygulanması yönündeki demokratik olmayan eğilim, politikayla ilişkili tüm aktörlerin söyleme erişimini sınırlayabilmekte ve politika metinlerinin üretiminde alternatif söylemlerin engellenmesi ya da dışarda bırakılmasına neden olabilmektedir. Demokratik yönetimlerde, toplumsal bir alanla ilgili politikaların yasalaşması öncesinde düzenlemeye konu olan ilgili kurumlar, etkilenen toplumsal kesimler ve bunların temsilcisi olan örgütlerinin görüşlerinin alınıp üzerinde asgari mutabakat sağlanması esastır. Bununla birlikte, 663 sayılı KHK ile bu süreç işletilmediği gibi yasama organının yerine geçilerek yasama yetkisi kullanılmıştır (Özçelik, Demir, Bafra, Karadurman ve Erbaş, 2012, s. 11). Kamu yönetimini yeniden yapılandırmaya yönelik yönetişimci neoliberal reformların demokrasi, katılım, yerelleşme retoriğine karşın KHB politikasının oluşturulma ve uygulanma süreci bu anlayışla gerçekleştirilmemiştir. Bu süreçte van Dijk'in devlet içinde egemen söylemleri reddeden ve "hâkimiyet altına alınanlar" ın temsilcileri olarak "ideolojik muhalifler" olarak tanımladığı (1998, s. 183) TBB ve muhalif sendikaların KHB politikasına ilişkin eleştirileri dikkate alınmamış ve sürecin dışında tutulmuşlardır. Özseven ve Bingöl çalışmalarında, yeni bir kurumsal yapılanma sürecinde Sağlık Bakanlığı ve TTB arasındaki ilişkileri, birbirlerine karşı uyguladıkları güç mekanizmaları ve direniş taktikleri açısından incelemiştir. Çalışmada Sağlık Bakanlığı'nın başlangıçta muhalif aktörleri etkilemeye çalıştığını ancak zaman içinde kendisine destek veren aktörlerle işbirliğini güçlendirerek muhalefeti görmezden gelmeye başlama ve çeşitli disiplin mekanizmalarıyla muhalefeti etkisizleştirme yollarına başvurduğunu belirlemişlerdir (2015, s.11). 2017 yılında sonlandırılan KHB uygulamasının ardından başka bir KHK

ile Sağlık Bakanlığı'nda yeniden düzenlemeye gidilmiştir. 663 sayılı KHK'da olduğu gibi 694 Sayılı KHK'nın çıkarılma sürecinde de TBMM'nin devre dışı bırakıldığı, ilgili tarafların görüşlerine başvurulmadığı ve "ben yaptım oldu" anlayışının sürdürüldüğü belirtmiştir (İlhan, 2007). Bu yönüyle 663 Sayılı KHK ve sonrasındaki yasal düzenlemeler, toplumun farklı kesimlerinin uzlaştırıldığı bir kamu politikası oluşturma anlayışından uzak daha çok neoliberal politikaların otoriter niteliğini yansıtmaktadır.

2.2.2. Yerel Değil Merkeziyetçi Olduk

Türkiye'de 1990'lı yıllardan beri gündeme gelen sağlık reformlarında, sağlık sisteminin merkeziyetçi yapısının azaltılması, yerele yetki devri yapılarak hiyararşik kontrolün azaltılması gündeme gelmiş, kamu bürokrasisinin merkeziyetçi yapısı eleştirilerin merkezinde olmuştur. 663 sayılı KHK'nın yereldeki kurumların ve yöneticilerin güçlendirilmesi, yetki devri ve özerklik söylemleriyle yeniden düzenlenen taşra teşkilatında il sağlık müdürlüklerinin görev alanları sınırlanmış, kamu hastane birliklerine geniş yetkiler tanınmıştır. İl sağlık müdürlüklerinin il düzeyinde temsil görevini sürdürmesi, kurumlar arasında koordinasyon sorunları ve çatışmalar yaşanmasına neden olmuştur. Bu süreç görüşmelerde *valiliklerin by-pass edilmesi* ve *ciddi bir handikap* olarak tanımlanmıştır. Bu sürece anlatısında geniş yer veren bir katılımcı, KHB ile gerçekleştirilmek istenen özerkleştirme politikasını başarısız bir girişim olarak yorumlamıştır.

" Biz yüzyıllar boyu padişahlıkla yönetilmiş, tepeden yönetilmiş bir milletiz birisi tepeden yönetecek, başka türlü olmaz. Ama biz buna idari anlamda, mevzuat anlamında bakacak olursak; bu son değişiklik o anlamda çuvalladı… Eee sen ne yaptın şimdi? Hani özerk yapı oluşturuyordun? Bakanlık temsil görevini protokolde, koordinasyon görevini vs. falan sağlık müdürlüğüne bağladın, idari yönden maliyeye bağladın, ee zaten hastaneler böyleydi." (A2 G13- İdari Mali işler Müd.).

Katılımcı, KHB politikasının özerkleştirme söyleminin başarısızlığını, devlet ve sivil toplum arasındaki ilişkilerin merkeziyetçi doğası ile ilişkilendirerek yorumlamaktadır. Bu söylemde yönetim anlayışı Osmanlı İmparatorluğu'ndan miras alınan güçlü, merkezileşmiş ve katı bürokratik niteliklerle tasvir edilmektedir (Heper,

1974). Katılımcı, Türkiye'de merkeziyetçi yönetim geleneğinin yerleşikliği nedeniyle KHB politikası gibi özerkleştirme girişimlerinin başarılı olmasının mümkün olmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların önemli bir kısmı KHB politikasıyla oluşturulan taşra teşkilatlanmasının üç parçalı yapısının kurumsal bütünlüğü bozduğunu, kurumlar arasında koordinasyon sorunlarına neden olduğunu ve yeni yönetsel söylemin bürokrasiyi azaltma iddialarının aksine kamu hastane birlikleri yapılanması ile bürokrasinin arttığını ifade etmişlerdir. Taşra teşkilatındaki birimleri tekrar birleştirecek yeni bir düzenleme yapılmasını öneren bir yöneticinin ifadeleri şöyledir:

"*Burada bir de ciddi düzenleme yapmak lazım bence, halk sağlığı müdürlüğü, sağlık müdürlüğüne bağlanabilir, böyle çok bölündü, sağlık müdürlüğünün içi boşaldı… Sağlık Müdürlüğü rafine bir kurumdur, yani sağlık müdürlüğü bünyesinde de bu işleri yapabilirdik"* (A2 G8- Başhekim)

Kamu kurumlarının parçalı hale getirilerek bütünlüğünün bozulması YKİ reformlarının sıklıkla eleştirilen yönlerinden biridir (Terry, 2005). Bu yerel ayrışma, görev ve yetkilerin çatışması ve çoğalmasına neden olarak koordinasyon sorunlarını ortaya çıkarmaktadır. Tek amaçlı kuruluşlar ilkesine uygun olarak yatay yeterliliği artırmak amacıyla KHB politikasıyla oluşturulan birimlerin görev ve sorumluluklarının net bir şekilde belirlenememesi sorunlara neden olmuştur. Bu yapılanmanın yol açtığı idari sorunlar AKP hükümeti tarafından KHB'lerin kapatılması ve yeni bir düzenlemeye gitme nedenleri arasında gösterilmiştir. Görüşmelerde yöneticilerin ifade ettiği *"çok başlılık"* ve *"koordinasyon sorunları"*, KHB uygulamasının sona erdirildiği 2017 yılında dönemin Sağlık Bakanı Ahmet Demircan tarafından dile getirilerek çok başlılığın verimliliği azalttığı ifade edilmiştir[212]. Diğer bir deyişle, AKP Hükümeti tarafından etkinlik ve verimliliği artıracağı gerekçeleriyle hayata geçirilen "idari ve mali yönden özerk" hastane modeli yine AKP Hükümeti tarafından "çok başlılık getirdiği ve verimi düşürdüğü" gerekçesiyle kaldırılmıştır (TTB, 2018). Acar'ın Isparta ilinde hastane yöneticileriyle

[212] "Bizim daha önceki modelimizde sağlık hizmetlerinde hizmet çok başlılığa doğru gidiyordu. Kamu hastaneleri kurumu, sağlık müdürlükleri ve halk sağlığı kurumu vardı. Bu bize şunu çağrıştırıyor, orkestra bir taneyse şef bir tane olmalı. Olaya böyle yaklaşmalı. Çok başlılığın verimi düşürdüğünü gördük. Bizim arzuladığımız grafikteki hız aşağıya doğru asılıyor. Çok başlılık kalkacak" https://www.trthaber.com/haber/gundem/saglik-hizmetlerinde-cok-baslilik-kalkacak-330262.html

gerçekleştirdiği bir çalışmada, KHB ile gerçekleşen dönüşümün sağlık teşkilatlanması açısından amacına ulaşamadığı, yönetimde ortaya çıkan "üç başlılık"ın iletişim, koordinasyon eksiklikleri gibi önemli sorunlara neden olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada KHB yapılanması, ortaya çıkardığı sorunlar nedeniyle sağlık sistemi için bir zaman kaybı olarak değerlendirilmiştir (2018).

Yerinden yönetim reformların amacı hiyerarşik kontrolün daha alt bir düzeye –birlikler ya da hastanelere- aktarılarak yerel özerkliğin artırılmasıdır. KHB uygulaması ile hastanelerin kurumsal kararlarındaki özerklik birlik düzeyine devredilirken, Sağlık Bakanlığı yereldeki sağlık kurumlarının güçlendirilmesine yönelik özerkleştirme retoriğinin aksine süreç içerisinde birliklerin finans, personel, yatırım gibi önemli alanlardaki karar alma yetkilerini Bakanlık onayına bağlayarak karar haklarını elinde tutmak istemiştir. Hastane yöneticileri, Sağlık Bakanlığı'nın bu yaklaşımını *yerel değil, merkeziyetçi olduk* şeklinde yorumlamış ve kamu hastanelerini özerkleştirme söylemi uygulamada yetersiz ve başarısız bir girişim olarak değerlendirilmiştir. Benzer şekilde Aktel ve diğerleri Sağlık Bakanlığı'nın 663 Sayılı KHK ile oluşturulan yeni örgütlenme yapısının yerelleşmeyi sağlayamadığını ancak merkeziyetçiliğin sakıncalarını hafifletmeye yönelik bir girişim olarak değerlendirilebileceğini belirtmişlerdir (2013). Kırılmaz ve diğerleri de benzer şekilde, hastanelerin karar alma süreçlerinde merkezi yönetime bağlılıklarının sürdüğünü belirtmişlerdir (2015). Küçük, Sağlık Bakanlığı'nın birliklerin özerklik ve sorumluluklarını azaltarak hiyerarşik denetimini sürdürme yönündeki merkeziyetçi eğiliminin, birlikleri işlevsiz hale getirmesi nedeniyle KHB politikasının başarısız olmasında önemli bir etken olduğunu ifade etmektedir (2018).

YKİ ile ilgili yapılan tartışmalarda birimlerin işlevsel olarak yerelleşmesi ile strateji ve politikalar üzerindeki denetimin merkezileşmesi girişimlerinin birbirine eşlik ettiği (Hoggett, 1996, s. 9) ve işletme yönelimli yönetsel uygulamaların, merkezileşmenin yeni biçimlerini oluşturduğu ifade edilmektedir. Özellikle bir örgütün tümünü ilgilendiren, stratejik önemde görülen politikalar ve hedeflerin belirlenmesinde merkeziyetçi eğilimin güçlendiği belirtilmektedir. Bütçe, performans standartları ve ölçütleri gibi mali ve performans alanına ilişkin hedeflerin belirlenmesi ve yönetim bilgi sistemleri gibi alanların merkezileştirilme eğilimi daha yüksektir. Bu strateji, merkez ve çevre arasında daha katı yapılar ve daha çok hiyerarşiye neden

olarak gücün yoğunlaşması ve merkezileşmesine neden olmaktadır (Courpasson, 2000, s. 156-157). Bununla birlikte, Güzelsarı'nın vurguladığı gibi neoliberal ideolojinin yerelleşme, âdemi merkezileşme söyleminden uzaklaşarak merkezileşme eğiliminin güçlendirilmesi neoliberalizmden ve neoliberal politikalardan kopma ya da uzaklaşma olarak değerlendirilmemelidir (2019).

2.2.3. Bürokrasiye Çözüm: Organik ilişkiler

Kamu hastane birlikleri yapılanmasıyla yeni yönetsel kademelerin oluşturulması formal bürokrasiyi artırmıştır. Bununla birlikte hastane yöneticileri, genel sekreterlik birimi ile hastane yönetimleri arasında gelişen yeni etkileşim biçimlerini *"bürokrasiden kurtulma"* olarak yorumlamışlardır. Görüşmelerin analizinde "*bürokrasiden kurtulma"* formal bürokratik işlemlerin azalmasından ziyade genel sekreterlik ve hastane yöneticileri arasındaki sosyal ilişkiler, telefon ya da yüzyüze görüşme gibi etkileşim biçimlerinin eskiye göre çok daha yoğun kullanılmasıyla ilişkilendirildiği görülmüştür.

"Öncesinde de birlikte çalıştığımız insanlar… Bir samimiyet var aramızda… O yüzden işlerimiz daha kolay çözülüyor. Bürokrasiyi çok yaşamıyoruz" (A2 G21- SBHM. Yrd.)

Bürokratik işlemleri hızlandıran etkileşim biçimlerini *organik ilişkiler* olarak tanımlayan bir yöneticinin ifadeleri şöyledir.

"Organik ilişkilerle hızlandı. Oradan telefon geldiği anda yapacaksın zaten. İlçe devlet hastanesi normalde ne yapacaktı, bana yazı yazacaktı, bana rica edecekti. Şimdi ne yapıyor telefon açıyor, bana şu malzeme lazım diyor, sonradan yazıyı yazarsın…" (A2 G10- İdari Mali İşler Müdürü).

Katılımcının o*rganik ilişkiler* olarak tanımladığı yeni türlerin (etkileşim biçimleri) ortaya çıkması yeni yönetsel söylemin işlevselleştirilmesinin bir sonucudur. Yöneticilerin *bürokrasiden kurtulma* nın bir yolu olarak ifade ettiği *organik ilişkiler*, yöneticilerin sosyal pratiklerinde kurumsal çözümler üretmek yerine kişisel ilişkilere daha yoğun başvurulduğu, keyfilik ve kayırmacılık potansiyeli yüksek sosyal pratiklere doğru bir dönüşüme işaret etmektedir.

2.3. Kamu Hastanelerinde Yöneticiliğin Dönüşümü

Kapitalist üretim anlayışına uygun şekilde biçimlendirilen yeni yönetim anlayışlarının kabul edilmesi ve başarılı olması için yöneticilerin sistemle bütünleşmeleri, meşruiyetine inanmaları sistemin sürekliliği ve güvencesi için gerekli görülmektedir. Yöneticilerin rızasının sağlanması amacıyla çeşitli stratejilere başvurulmaktadır. Yönetim yetkilerinin yerele devredilerek karar yetkilerinin artırılması, ilave bütçe ve kaynaklarının sağlanması, belirli sürelerde sözleşmeli çalışmanın getirilmesi, performans ilişkili ödeme koşullarına bağlanan ücret artışlarıyla teşvik ve ödüllendirme bunlar arasındadır (du Gay, 2000, s. 66; Üstüner, 2000, s. 26),

TKHK Stratejik Planı'nda yeni yapılanmanın amacı "kurumsallaşmayı ve profesyonelleşmeyi sağlamak, yönetim kapasitesini artırmak" olarak ifade edilmektedir. Kurumsallaşmanın "kamu idareleri için geleneksel davranış kalıpları ve iş yapma tarzlarının değiştirilebilmesi" için hayati önemde olduğu belirtilmektedir. Bu amaçla yeni yapılanmada iş ve görev tanımlarının yeniden düzenlenerek "yetki ve sorumlulukların taşıyabilecek kişilere" verileceği ve "profesyonel bir yönetim anlayışına" geçileceği belirtilmektedir. Ayrıca yöneticilerin bilgi, deneyim ve yeterliliklerinin artırılmasına yönelik "iyi yönetim", "liderlik" gibi konularda eğitimler düzenlenmesi gerekliliğine dikkat çekilmektedir (TKHK, 2014, s. 33-36). KHB yapılanması öncesinde görüşülen bir hastane müdürü, Sağlık Bakanlığı'nın yöneticilere yaklaşımı ve buna yönelik faaliyetlerine ilişkin şunları aktarmıştır.

"Yöneticileri, yani bizleri güçlendirelim. Ama yalnız bizlerin de çok nitelikli, donanımlı olmamız gerekiyor, onu söyleyeyim size… Bakanlık son dönemde bizi o kadar çok sayıda seminer, kongre ve eğitimlere aldı ki anlatamam. Her seferinde bizi davet etti, katılma zorunluluğu getirdi. Bizi donanımlı hale getirdi. Biz eskisi gibi düşünmüyoruz artık. Eskiden devlet memuru mantığıyla bakardık olaylara, bir genelde gelirdi 6 ay o genelgeyle idare ederdik. Şimdi her gün genelge geliyor (A1 G12-Hastane Müdürü).

Katılımcının ifade ettiği gibi Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği *seminer, kongre* ve *eğitimler* yereldeki yöneticilerin beceri, tutum ve davranışlarını *devlet memuru mantığı* ndan farklılaştırılmasına yönelik kültürel değişim mekanizması olarak işlev

görmektedir. İşletmeci yönetim tarzı ve özel sektör zihniyetinin kamuya taşınması, kamu yararı ilkesi yerine kar, rekabet, verimlilik gibi ekonomik ölçütleri önceleyen bir bürokrasinin yaratılması ve yaygınlaştırılmasında kamu görevlilerinin "eğitilmesi" nin (Aslan, 2012, s. 501) kullanılan temel stratejilerden biri olduğu görülmektedir.

2.3.1. İktidarız Ama Muktedir Değiliz

Türkiye'deki kamu hastaneleri sınırlı idari ve mali özerklik ilkesine göre örgütlenmiş kurumlardır. KHB politikasının özerklik söylemiyle hastane yönetimlerinin kaynak kullanımı ve ekonomik şartları değerlendirmede daha bağımsız ve esnek davranabileceklerini, hastane yöneticilerinin personel, işletme giderlerini, bütçe hedeflerini planlama gibi konularda yetki ve sorumluluklarının artacağını ileri sürülmektedir (TKHK İzleme Ölçme ve Verimlilik Daire Başkanlığı, 2012, s. vı). Ekonomik rasyonalite ve girişimcilik ilkeleriyle uyumlu olan bu sistem proaktif, dinamik ve işe yönelik kararları anında alıp bunları uygulamaya koyabilen belirli bir özerkliğe sahip yöneticileri öngörmektedir (Üstüner, 2000, s. 26).

KHB yapılanması öncesinde görüşülen hastane yöneticileri özellikle bütçe gibi mali konularda yetkilerinin sınırlı olmasını ve birçok konuda Bakanlık onayına ihtiyaç duyulmasını eleştirmişler özellikle ihale süreçlerine ilişkin işlemlerin uzun ve uğraştırıcı olmasını yöneticilere duyulan *güvensizlik* olarak yorumlamışlardır. Kamu hastane birlikleri yapılanmasında yöneticilerin özel sektördeki gibi daha çok yetki ve özerkliğe sahip olması gerektiğini belirten bir yöneticinin ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Başhekimim, şurada bir kapı bozulsa bunu benim yaptırabilmem gerekiyor. Ama eğer o kalemde para yoksa ben o kapıyı yapamıyorum. Ben iktidarım ama muktedir değilim. Aynı beni alır da genel sekreter yaparsanız hiçbir şey değişmez. Yani orada özel sektöre gidiş yoksa yapılan sistemin manası ne? Adı değişti, bir tane daha amirimiz oldu eee? (A1 G1- Başhekim).

Genel sekreterlere verilen yetkilerin çok geniş olmasını eleştiren ve genel sekreteri *Sağlık Bakanının ildeki temsilcisi* olarak tanımlayan bir katılımcı, yöneticilere geniş yetkiler verilmesinin yöneticileri siyasi etkilere açık hale getireceğini ve yöneticilerin önceliğinin *"daha iyi hizmet"* sunma yerine *"müşteri memnuniyeti"*ni sağlama yönünde yönünde değişeceğini şöyle aktarmıştır.

"Genel sekretere verilen yetkiler çok üst düzeyde yani Sağlık Bakanının ildeki temsilcisi gibi bir şey. Dolayısıyla yapacağı harcamaların bir takım siyasi çevrelerin müdahalesiyle artacağını düşünüyorum. Bunu da 'müşteri memnuniyeti' dedikleri sağlık sektöründe iyileşmeye yönelik değil de kişileri memnun etmeye yönelik harcamaları artıracağını düşünüyorum (A1 G2 –Başhekim Yrd.)

Görüşmelerde KHB politikasının yöneticilerin yetkilerinin artırılmasına yönelik söylemi genel olarak tüm yönetici gruplarında olumlu karşılanmıştır. Hekim yöneticiler bütçe, satın alma, ihale süreçleri gibi mali alanlarda yetkilerinin artırılması gerekliliğine vurgu yaparken hemşire yöneticiler, hastane yönetcilerinin yetkilerinin artırılmasını çalışanlar üzerinde yöneticilerin otoritesinin güçlendirilmesi olarak yorumlamış ve bu yönüyle olumlu karşılamışlardır. Bu doğrultuda görüşlerini ifade eden bir Başhemşire yardımcısının ifadeleri şöyledir.

"Yöneticilerin yetkileri artacak. Mesela, hastaneden gitsin dediğimiz kişileri şu anda gönderemiyoruz. Ama bu şekilde bir bezdirme, caydırma politikası uygulanabilir bazı kişilere… Bu anlamda yöneticilerin yetkilerinin artmasını olumlu görüyorum. İşgücünü iyi kullanabilirsin." (A1 G15- Başhemşire Yrd.)

Kamu hastanelerinde yöneticiler çalışanlarının işine son verme gibi yetkilere sahip değildir. Ancak kamu hastane birlikleri yapılanmasında yöneticiler, personelin yerini değiştirme ya da başka bir kuruma görevlendirme yoluyla çalışanları kurumdan uzaklaştırabilme yetkisine sahiptir. Katılımcı, yöneticilerin yetkileri artırıldığında bunun çalışanları cezalandırma, disipline etme, verimliliklerini artırma ve hatta mobbing amacıyla kullanılabileceğini belirtmiştir. Yetki devri ya da yöneticilerin güçlendirilmesi söylemi, yöneticilerin personel üzerindeki yaptırım gücünün artırılması olarak görülmüş ve olumlanmıştır.

Medya ve basında yer alan haberler, çeşitli kuruluşların yayınları, hastane içindeki söylentiler hastane yöneticileri ve çalışanlar için söylemin alındığı ve yorumlandığı önemli kaynaklardır. Kamu hastane birlikleri yapılanması, medya ve basında "kamu hastaneleri şirket gibi yönetilecek", "hastaneleri CEO'lar yönetecek", "kamu hastanelerine 100 CEO atanıyor" gibi çok sayıda haber başlığıyla[213] yer

[213]https://www.cnnturk.com/2012/saglik/12/25/kamu.hastaneleri.artik.sirket.gibi.yonetilecek/690061.0/index.html (E. T. 25.12.2012).

bulmuştur. Özellikle KHB'lerin en tepedeki yöneticisi olarak genel sekreterlerin geniş yetkilere sahip olacağı bilgisinin, yeni yapılanmaya geçiş öncesinde hastane yöneticileri ve çalışanlar arasında tedirginlik yarattığı gözlenmiştir. Bu geçiş sürecindeki atmosferi aktaran bir yöneticinin ifadeleri aşağıdaki gibidir.

" Hastanede CEO geliyor işte atacak, kesecek, yapacak, edecek. Yerel bakan geliyor, bi baktık ki öyle değilmiş. CEO'dan normale döndük… O dönemde CEO geldi, ben bu insanla çalışamam diye emekli olanlar var ayrılanlar var. Ama şimdi napıcak diyor hiçbir yere gönderemez diyor. Gönderirse geçici görevle gönderir diyor sonra gelirim diyor… İstenildiği gibi olmadı yani" (A2 G22- Otelcilik Hizm. Müd.).

Otelcilik hizmetleri müdürü olan katılımcı, yeni yapılanmaya geçiş döneminde genel sekreterlerin geniş yetki ve yaptırım gücüne sahip olacağına dair algının hastane yöneticileri ve çalışanlarda tedirginlik yarattığını aktarmıştır. Tedirginliğin temel nedeni genel sekreterlerin personel üzerindeki yetkilerinin çok geniş olacağının düşünülmesiyle ilişkilidir. Katılımcı, geniş yetkilere sahip olacağı düşünülen genel sekreterleri *yerel bakan* ve *CEO* ifadeleriyle tanımlamıştır. Genel sekreterleri tanımlamak için kullanılan CEO kavramı, İngilizcedeki *Chief Executive Officer*[214] ifadesinin baş harflerinin bir kısaltması olarak dilimize geçmiş ve kullanımı yaygınlaşmıştır. Kamu yönetiminde CEO gibi özel sektöre ait kavramların kullanılması ve giderek yerleşik hale gelmesi, dil aracılığıyla özel sektöre ait fikirlerin, yönetim anlayışlarının yeniden bağlamsallaştırılarak kamu alanına taşınmasının bir örneğini oluşturmaktadır.

KHB politikasıyla hastanelerin ayrı bir kurum olarak özerkliklerinin artırılmasından ziyade birçok konuda karar verme yetkilerinin genel sekreterliklere devredilmesi söz konusu olmuştur. Tüm kaynaklar birlik düzeyinde bir araya getirilmiş daha önce hastane yönetimi tarafından alınan kararlar genel sekreterliğin onayına bağlanmıştır. Yapılan görüşmelerde katılımcılar bu durumu KHB öncesinde hastane yöneticilerinin daha *yetkili ve donanımlı* oldukları vurgusuyla ifade etmişlerdir. Kamu hastane birlikleri yapılanması ile birlikte hastane yönetimlerinde *iki başlılık* ın ortaya çıktığını belirten bir yöneticinin ifadeleri şöyledir.

[214] Türkçedeki karşılığı İcra Kurulu Başkanıdır.

“ Eskiden, başhekim, müdür karar verip uygulayabiliyordu, söz sahibi idiler. Şimdi ikilem içindeler açıkçası diyeyim. İki başlılık oldu yönetimde diye düşünüyorum” (A2 G16 –İdari Mali İşler Müd. Yrd.)

KHB politikasının hastane yöneticilerinin yetkilerinin artırılması söylemini *havada kalmış bir iş* olarak yorumlayan bir yöneticinin ifadeleri aşağıdaki gibidir.

“İktidarız ama muktedir değiliz demiştim hiçbir şey değişmedi, iktidarız sorumluluğumuz arttı ama yetkimiz artmadı. Özel sektör gibi olmak istedik ama özel sektör gibi çalışmak için gerekli personel ve ekonomik yetkiler verilmedi… Hiçbir şey değişmedi yani pratikte. Bu açıdan kesinlikle havada kalmış bir iş oldu. Oturmadı… Ben sözleşmeliysem ve bana sözleşmeli kriterleriyle maaş ödüyorsan, bana diyorsan ki bak burada bir kurum var bu kurumu kar ettir yoksa maaşından keserim diyorsan bana altımdaki elemanları seçme yetkisi vereceksin… Bu sistemde yönetici olmak bir saçmalık. Neden? Sorumluluğun var, ceza kesiyorlar, maaşını kesiyorlar, soruşturma açıyorlar ama yetki vermiyorlar… (A2 G1 – Hastane Yöneticisi).

Görüşme yapılan yöneticilerin önemli bir kısmı, KHB politikasının hastane yöneticilerinin güçlendirilmesi söyleminin aksine yetkilerinin artırılmadığını ve KHB yapılanmasının bu konuda hiçbir değişiklik oluşturmadığını düşünmektedir. Süreç içinde Bakanlığın birlik ve hastane yöneticilerine verilen yetkileri geri alma yönündeki girişimleri katılımcılar tarafından yereldeki yöneticilere duyulan güven eksikliği olarak yorumlanmıştır. Bununla birlikte hastane yöneticileri özellikle personel ve bütçe gibi kaynaklar üzerindeki karar verme yetkilerinin özel sektördeki emsallari ölçüsünde genişletilmesi gerekliliğine dikkat çekmişlerdir. Ancak Kamu hastane birlikleri politikası hastane yöneticilerinin beklentilerinin aksine hastane yöneticilerinin yetkilerinin daraltılması ve yetkilerin önemli ölçüde Birliklere devredilmesi şeklinde uygulanmıştır. KHB uygulamasıyla hastanelerin tıbbi, idari ve mali konulardaki otoritesi önemli ölçüde azaltılmıştır (Küçük, 2018, s. 679).

2.3.2. Bürokratik Davranışın Yasal Kodlamasını Dönüştürmek: Sözleşmeli Yöneticilik

2.3.2.1. Sözleşmeli Yöneticilik: Girişimci Yöneticiler

Neoliberalizm klasik liberallerin varsaydığı gibi piyasalar, rekabet ve girişimci davranış kendiliğinden varolmuyorsa o halde piyasaların geliştirilmesi ve düzenlenmesinin gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Özellikle bu tür davranışlara elverişli olmayan kamu sektöründe girişimci davranış biçimlerinin inşa edilmesine dikkat çekilmektedir (Triantafillo, 2017, s. 32). KHB politikası, 'profesyonel yöneticilik' söylemiyle yöneticilerin performans ölçütlerine göre belirli sürelerle sözleşmeli statüde çalışması, müşteri odaklı, esnek ve yenilikçi yöneticilere yer açma söylemiyle de özel sektörden yönetici atamalarının yolunu açmıştır. Hastanelerin özel sektörden gelen yöneticiler, *işletmeciler* tarafından yönetilebilecek olmasını sağlık kurumlarının yönetimi açısından olumlu bir gelişme değerlendiren bir hastane müdürü görüşlerini şöyle aktarmıştır.

"Bildiğim kadarıyla mesela dışarıdan CEO dediğimiz donanımlı, nitelikli insanlar tarafından sağlık kurumları yönetilecek… Çünkü bugün sizler de biliyorsunuz ki özel hastanelerde Acıbadem, Medical Park gibi hastanelerde işletmeciler hastaneleri yönetiyorlar. Bir başarısızlıkları var mı? Yok." (A1 G12- Hastane Müdürü).

Görüşmelerde yöneticilerin önemli bir bölümü sözleşmeli yöneticiliği daha adil ve liyakate dayalı sonuçlar üretecek bir sistem olarak yorumlamış ve desteklediklerini ifade etmişlerdir. Müdür yardımcısı olan bir yönetici, sözleşmeli yöneticilik modeliyle *hak eden* kişilerin atanabileceği yönündeki görüşlerini şöyle aktarmıştır.

"Eskiden arkanda kartvizitin varsa oturabiliyordun, arkanı bir yere dayadın, kadroyu kaptın artık tamam. Ama bu sistem çalışırsam ayakta dururum sistemi olduğu için bana daha iyi geliyor… Şu andaki sistemde kadroyu alıp adamı oynatamıyorsunuz. Ama bu sistemde oynatması çok kolay bir sistem, sözleşmeli çünkü. Hak eden gelebilir. Değil mi?" (A1 G 9- Müdür Yrd).

Görüşmelerde sözleşmeli yöneticilik modeli, yöneticilerin atanma ve seçilme koşullarını performans sonuçlarıyla ilişkilendirmesi nedeniyle değerlendirmenin

tarafsız, nesnel olacağı varsayılarak sözleşmeli yöneticilik söylemi liyakat ilkesiyle ilişkilendirilerek yeniden yorumlanmıştır. Ayrıca sözleşmeli yöneticilik modelinin, önceki yönetim yapısında *kadrolu müdürler* olarak tanımlanan yöneticileri değiştirilebilecek bir sistem olarak görülmesi, sözleşmeli yöneticilik modelinin desteklenmesinde öne çıkan faktörlerden biri olmuştur. Sözleşmeli yöneticilik modelinin diğer kamu kurumları için *örnek* teşkil edecek bir sistem olarak yorumlayan bir başhekimin ifadeleri şöyledir.

"Diğer bakanlık ve kurumlar için örnek bir yapı olacağını düşünüyorum. Ben kesinlikle bunu destekliyorum. Yapamıyorsan bırakıp gideceksin. Yıllarca 30-40 yıl başhekimlik yapayım olmaz. Önceden neydi mahkeme kararıyla geri geliniyordu. 657'nin en büyük sıkıntısı. Sağlık müdürüsünüz, başhekimsiniz sizi görevden aldılar, mahkemeye başvuruyorsunuz, geri geliyorsunuz, bir alıyorlar, bir daha geliyorsunuz. İçinden çıkılmaz bir durum, bürokrasiyi tıkayıp duruyor. Bu Türkiye'nin birçok yerinde yaşanan bir sorundu. Kişilerin yaptıklarına bakılarak değerlendirilmesi lazım." (A1 G 6- Başhekim).

Kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması sürecinde en iyi sonuçlara ulaşmayı garanti altına almak için kamu kurumlarındaki yöneticilerin birer 'girişimci' gibi davranmalarının önemine atıfta bulunulur. Yöneticilerin sözleşmeli statüde çalıştırılması gibi bu yönelimi destekleyen düzenlemeler yapılır. İstihdam biçimini değiştiren bu reformlar bir zorlama ya da araçsal gereklilikten ziyade bireysel güçlenme ya da kişinin kendini geliştirmesiyle ilişkilendirilir. Bu stratejiyle yöneticilerin resmi görevlerinin ötesinde en iyisini yapma dürtüsüyle sorumluluk almalarının sağlanması amaçlanmaktadır (du Gay, 2000, s. 66). Sözleşmeli çalışma konusunda süreç içinde düşüncelerinin olumlu yönde değiştiğini bir yönetici hemşire görüşlerini şöyle aktarmıştır.

"Sözleşme olayına eskiden beri çok karşıydım ama zamanla farkına vardım ki yaptırım olarak insanları ister istemez motive ediyor, çözüm üretmek zorundasın, alternatiflerin olmak zorunda… Sözleşmeli olmamız bizi işimize daha farklı kenetledi. Daha hırsla çalışıyoruz… Açık beyinlere, tecrübesi olanlara, kendini geliştirmeye açık kişilere ihtiyaç var bu süreçte. Zaten seçilen yöneticiler için de söylüyorum, işi böyle zevkle yapan, inanılmaz derece donanımlı arkadaşlarımız var. Ben, diğer müdürler,

başhekimimiz böyle yani. Eski devlet memurluğunun o lakayt görüntüsü bitti." (A2 G18- SBHM).

Hemşire yöneticinin anlatısında olduğu gibi girişimci söylemin bakış açısından "bürokratik kültür", yöneticilerin girişimci kapasite ve eğilimlerinin gelişimine engel olmaktadır. Girişimci söylem, sözleşmeli çalışma gibi yapılan işlerin risk ve maliyetlerini üstlenme sorumluluğunu bireylere yükleyen yöntemler kullanarak kendi rasyonalitesini yöneticilerin bireysel meselesi haline getirmektedir (du Gay, 2000, s. 67). Diğer bir yönetici hemşire sözleşmeli çalışmayla birlikte *mesai bitirmenin* yerini *iş odaklı* çalışmanın aldığını şöyle ifade etmiştir.

"Hedefe kilitleniyorsun yani. Şimdi biz sözleşmelerimizi imzalarken dediler ki mesai saati kavramınız yok, iş odaklı çalışacaksınız. İşin bittiğinde ister 2 de git, ister 5 de git işini bitir de git. Hafta sonu, hafta içi kavramımız yok bizim mesela. Öbür türlü ne oluyordu, mesai bitirme gibi oluyordu. Boş geçen hiçbir günümüz olmuyor bizim" (A2 G20-SBHM).

Katılımcı, hastane yöneticilerinin sözleşmeli çalışmasıyla birlikte çalışma saatlerinin esnekleşmesi ve artması yönünde değişen çalışma koşullarını *hedefe kilitlenme*, başarı odaklı olma gibi yöneticilerin kişisel gelişim ve başarısına vurgu yapan girişimci söylemin unsurları kullanarak yeniden üretmiştir.

Sözleşmeli yöneticilik ile birlikte yöneticilere getirilen performans hedefleri katılımcının *hedefe kilitlenmek* ifadesinde olduğu gibi ulaşılması gereken kişisel başarı hedeflerine dönüştürülmektedir. Bu yönüyle performans sistemleri insanların nasıl bir çerçeve içinde düşünmesi ve davranması gerektiğini tanımlayan ve biçimlendiren "eğitsel" bir işlev görmekte ve çalışanların ve kurumların verimliliğini artırmaya yönelik bir rehber rolü üstlenmektedir (Hogget, 1996, s. 20). Ateş, sağlık sektöründeki yöneticilerle gerçekleştirdiği çalışmasında, kamu yönetiminde bürokrasiden "girişimci-yönetim paradigmasına" doğru yaşanan kültürel değişimin üst ve orta düzey yöneticileri çevrelediğini ve sağlık sektöründeki yöneticilerin "girişimci" olmaya yönelik eğilimlerinin giderek arttığını belirtmektedir. Araştırmada, yöneticilerin "girişimci" olma eğilimlerindeki artışın işletmeci söylemin mesajlarının daha alt kademelere taşınmasında önemli bir işlev gördüğü belirtilmektedir (2004, s. 48-54).

2.3.2.2. Sözleşmeli Yöneticilik: Siyasallaşmanın Kurumsallaşması

Kamu hastane birliklerinin faaliyete geçmesinden önce görüşmelerin yapıldığı süreçte yöneticiler ve çalışanlar arasında yönetici atamalarının nasıl gerçekleşeceği, kimlerin atanacağı gibi 'söylentilerin' gündemi oldukça meşgul ettiği gözlenmiştir. Bu dönemde merkez ve taşra teşkilatındaki sözleşmeli yönetici atamalarının iktidar partisine yakın olan kişiler arasından yapıldığı, Bakanlık bürokratlarının kâğıt üstünde başhekimlik, hastane yöneticiliği gibi görevlere atanarak yüksek maaş almalarının sağlandığı ve kadrolaşma yoluyla "saadet zinciri" nin kurulduğu (Sözcü, 2012; Akşam, 2012) gibi haberler basında geniş yer tutmuştur. Araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğu kamu hastane birlikleri yapılanmasında yönetici kadrolarının seçimi ve atanmasında liyakat ilkesine uyulmadığı ve atamalarda özellikle siyasi etkilerin belirleyici olduğunu vurgulamışlardır. KHB'ler kurulmadan önce görüşülen bir müdür yardımcısı yeni yapılanmanın *siyasallaşmayı kolaylaştıracağını* şu sözlerle ifade etmiştir.

*"Genel Sekreter isimleri yavaş yavaş belli olmaya başladı. Bunlar gerçekten 5-6 tane yataklı tedavi kurumunu yönetecek kapasitede kişiler değiller. Siyasi olarak atandıklarını düşünüyorum, gelecekte de siyasi olarak atanacaklarını düşünüyorum… Daha kolay bir siyasal yapılaşma olacak. Biz tasımızı, tarağımızı toplamaya başladık… Mesela işte genel sekreter geliyormuş, 15 kişilik kadrosuyla geliyormuş gibi söylentiler dolanıyor." (*A1 G11- Müdür Yrd.)

Kamu hastane birlikleri yapılanmasında yönetici sayılarının azaltılması nedeniyle yeni yapılanmada çok sayıda yönetici yer alamamıştır. Bu durumu eski yapılanmadaki yöneticilerin hak kaybına uğraması olarak değerlendiren bir yönetici süreci aşağıdaki ifadelerle aktarmıştır.

"30 sene hizmet etmişim, çileler çekmişim, çalışmışım, hak etmişim maaşı. Ondan sonra diyorlar ki sen merkeze gel, orada atıl vaziyettesin, siyaset senden yana değilse şayet. O zaman ne oluyor, sen benden yararlanmış oluyorsun, bana özlük haklarımı da vermiyorsun… O kadar müdür yardımcısı, müdür nereye gitti? Toplama kampına gitti… (A2 G11- İdari Mali İşler Müd.).

Araştırmada yöneticilerin önemli bir bölümü, KHB'lerin kurulması ve yöneticilerin sözleşmeli statüye geçirilmesini, eski yapıdaki kadroların tasfiye

edilmesi, iktidar partisine yakın olan kişilere yer açılması ve iktidar partisinin kadrolaşması olarak yorumlamıştır. Aynı yönde görüşlerini aktaran bir yönetici, 663 sayılı KHK'yı siyasi iktidarın, eski bürokratik kadroları tasfiye etme ve siyasi kadrolaşma amacını *yasalaştırarak* meşruiyetini sağlayan bir kanun olarak tanımlamıştır. Sözleşmeli yöneticilik sistemi, siyasi iktidarın yönetim kadrolarını serbestçe kullanabilmesini kolaylaştıran bir düzenleme olarak yorumlanmıştır. Sezen, hükümetlerin reformların uygulanmasına engel olabilecek kadroları tasfiye etmek, kendi kadrolarını kurma fırsatı yaratmak ve reform süreçlerini kendi siyasi hedefleri için kullanmak amacıyla sözleşmeli istihdam modelini tercih edebileceklerini belirtmektedir. Bu şekilde sözleşmeli sistem "adanmış" istihdamını kolaylaştırıcı olabilmektedir (2011, s. 335-337). Müdür yardımcısı bir yönetici, sözleşmeli yöneticilik sisteminde liyakate uyulmayacağını ve *herşeyi kabullenen* kişilerin yönetici olarak seçileceğini şu ifadelerle aktarmıştır.

"Getireceği adamların kriterleri siyasi ya da cemaate göre olacak. Yıllık sözleşmeler yapacak. O zaman her istediğini yapacaklar, her şeyi kabullenecekler. Zaten oraya böyle insanlar aranıyor. Liyakate bakılmıyor ki ama mühim değil. Geçmişte de aynıydı. Ama şimdi daha kötü olacak" (A1 G13- Müdür Yrd.).

Görüşmelerde dikkat çeken diğer önemli bir vurgu ise *adam kayırma, torpil* olarak tanımlanan liyakatsiz yönetici atamalarının Türkiye'nin *kronik* bir sorunu olarak tanımlanması olmuştur. Katılımcılar, *siyaset, cemaat, tarikat, hemşehrilik, akrabalık ilişkilerini*n yanında KHB yapılanmasında özellikle *sendikanın* çok etkili olduğuna dikkat çekmişlerdir. Sendikanın yeni yapılanmada çok etkin olduğunu vurgulayan bir yöneticinin ifadeleri şöyledir.

"Bence Türkiye değişmediği sürece ki değişmedi bu adam kayırma torpil işi bitmez. Şu anda da Kamu Hastane Birliklerinde de bunun olduğunu varsayıyorum. Adı değişti, şekli değişmedi. Sendika diye bir not düşüyorum oraya. Sendika yeni yapılanmada en etkin rolü oynadı, yine idareci seçimlerinde nitelikli elemanların atanması sağlanamadı. Yine siyaset, yine sendika, sendikanın altını çizerseniz!!" (A2 G1- Hastane Yöneticisi).

Katılımcıların yönetici atamalarında etkili olduğunu iddia ettikleri *sendika,* Sağlık Bakanlığı'nın politikalarını destekleyici bir rolde konumlanan Sağlık ve Sosyal

Hizmet Çalışmaları Sendikası (Sağlık-Sen)'dır. Sağlık-Sen, iktidarla kurduğu yakın ilişkilerle öne çıkmış ve 2009 yılından bu yana üye sayısını hızla artırmıştır. Hükümetle yapılan görüşmelerde en fazla üyeye sahip sendikanın yetkili sendika olmasını olanak tanıyan düzenleme, sendikaları üye sayılarını artırmak için yoğun bir faaliyet ve rekabete sürüklemiştir[215]. Türkiye gibi demokrasi ve işçi haklarının taban mücadelesiyle gelişmediği ve kesintilere maruz kaldığı durumlarda sendikalar karşılıklı çeşitli kazançlar için hükümetlerle yakın ilişki kurma eğilimindedir. Bu nedenle sendikalar maddi ödüllerin kanalize edilmesi, siyasi sadakati güvence altına almak ve siyasi katılımın disipline edilmesi adına siyasi partiler tarafından etki altına alınabilmekte ve iktidarın politikalarına eklemlenebilmektedir (Yabancı, 2016) [216].

Kamu hastanelerinde profesyonel yöneticilik ve verimliliği artırma gerekçeleri ile başlatılan sözleşmeli yöneticilik sistemi liyakate uyulmaması, tasarruf ve verimlililiği artırmaktan ziyade özellikle genel sekreterler gibi üst düzey yöneticilere ödenen yüksek ücretlerin israf nedeni olması gibi gerekçelerle eleştirilmiştir. Katılımcı söylemlerinin analizi, yöneticilerin atama ve seçilmesine ilişkin KHB söyleminin retoriği ile gerçeklik arasında derin bir boşluk olduğunu göstermektedir. İşletmeci söylemin temel iddialarından biri yöneticilerin sözleşmelerle ilişkilendirilen performans değerlendirmelerinin bilimsel bilgi ve verilere dayandırılacak olması nedeniyle yöneticilerin tarafsız ve kimliksiz bir pozisyonda olacaklarını ve bu şekilde farklı siyasi ve mesleki çıkarlar arasındaki savaşın dışında kalabileceklerini iddia etmesidir (Clarke J.,1998, s. 177). Ancak, işletmeci söylemin yöneticilerin siyasi etkilerden uzak kalabileceği iddiasının aksine KHB ile başlatılan sözleşmeli yöneticilik uygulaması, yönetici atamalarında siyaset, cemaat, sendika gibi yapıların

[215] 4688 Sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları ve Toplu Sözleşme Kanun'na göre, hükümet ile yapılan görüşmelerde ilgili iş kolunda en fazla üyeye sahip sendikanın yetkili olduğu hükme bağlanmıştır. Aile, Çalışme ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın 6 Temmuz 2019 tarihli Resmi Gazete'de Sağlık ve Sosyal Hizmet Sendikalarına ait üye memur personel sayıları açıklanmıştır. Bu verilere göre, Sağlık-Sen'in 251.572, Türk Sağlık-Sen'in 97.194 ve SES'in 20.374 üyesi bulunmaktadır. Bu alanda faaliyet gösteren toplam 30 sendika bulunmaktadır.

[216] Sendikal hayatın AKP'nin ideolojik yaklaşımına ve politik tutumuna uygun biçimde düzenlenmesinin en açık örneğini Memur-Sen'de görmek mümkündür. AKP ile Memur-Sen arasındaki ilişki, Memur-Sen genel başkanının AKP milletvekili olması, Memur- Sen'in üye sayısındaki artışın sendikal yaşamın olağan işleyişine aykırı olması ile sınırlı değildir. Bu işbirliği, zaman zaman AKP'nin kamu yönetimine dair politikalarının Memur-Sen tarafından da dillendirilmesi ve böylece kamuoyunda meşruiyetinin sağlanması olarak da sürmektedir (Kaygısız, 2017, s. 346).

etkilerinin belirleyici olduğu kayırmacılık, patronaj ilişkileri üzerinden işleyen bir güç mücadelesi alanına dönüşmüştür.

Demokratikleşmenin önemli bileşenlerinden biri kabul edilen âdemi merkeziyetçilik ya da yerelleşme söylemi KHB politikasının en temel vurgulardan biridir. Bununla birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde uygulanan yerelleşme politikalarının sosyal ve politik egemenliği güçlendirmek amacıyla manipüle edilebileceği belirtilmektedir (Collins, 1989, s. 171). Sağlık politikaları özelinde sağlık sistemini âdemi merkezileştirme yönündeki girişimlerin, mevcut himaye biçimlerini artırma veya yeni patronaj biçimlerini ortaya çıkarma potansiyeline sahip olduğuna dikkat çekilmektedir (Green ve Collins, 2003, s. 71). Collins, Omar ve Hurst Pakistan'da yaptıkları bir çalışmada, kamu sağlık sistemindeki atamalar ve özel sektörden yapılan yönetici geçişlerinin daha geniş bir siyasi iktidar yapılanmasının bir parçası haline geldiğini ve yüksek düzeyde personel istikrarsızlığına neden olduğunu belirlemişlerdir (2000).

2.3.3. Hastane Yöneticiliğinin Yeniden Müzakere Edilmesi

2.3.3.1. Yönetsel Söylemi Profesyonelliğe Dâhil Etmek

KHB ile oluşturulan yönetsel yapılanma ile merkez ve taşra teşkilatındaki yönetsel görevlerde uzmanlaşmaya dayalı bir ayrışmaya gidilmiştir. Hastanelerde eski yönetim yapısındaki yönetici isimleri ve görev tanımları değişikliğe uğramıştır. İdari, mali, tıbbi ve teknik konularda tüm yetkilerin başhekimlikte toplandığı yönetim yapısı değiştirilmiş, başhekimliğe ek olarak 'hastane yöneticisi' pozisyonu getirilmiştir. 'Hastane yöneticisi' olabilmenin koşulu olarak herhangi bir lisans programını bitirmiş olmak yeterli görülmüştür.

Aynı zamanda hekim olan hastane yöneticileri başhekimlik ve hastane yöneticiliği görevlerinin ayrılmasını olumlu değerlendirmişlerdir. Eski yapıda başhekim ve yardımcılarının görev ve sorumluluklarının idari, mali, teknik boyutları kapsayan bir genişlikte olması nedeniyle sorunlar yaşandığı böyle bir görev ayrımıyla başhekimlerin sadece tıbbi alanın yönetimine odaklanabilecekleri belirtilmiştir. Bununla birlikte hekim yöneticilerin söylemleri, hastane yöneticisi ve başhekimlik

olarak yeniden düzenlenen yönetsel görev paylaşımının hekimler arasında olması gerektiği yönündedir. Hastane yöneticisi olarak atanma şartlarının hekim dışı mesleklere genişletilmesi hekim yöneticiler tarafından eleştirilmiştir. Kamu hastane birlikleri yapılanmasında hastane yöneticisinin altında yer alan başhekimlik statüsünün sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü ve idari mali işler müdürlüğü olarak aynı hiyerarşik kademede eşitlenmesini, hekimlerin *bir kırılma, güç kaybı* yaşaması olarak değerlendiren bir katılımcı bu durumu şu sözlerle ifade etmiştir.

"Hekimlerde manevi anlamda baktığımızda bir kırılma oldu, güç kaybı hissedildi. Benim ne kadar yetkim varsa, sağlık bakım müdürü ya da idari işler müdürü de en az benim kadar söz sahibi olmaya başladı. Ancak şunun unutulmaması gerekiyor, hastaneler birer işletme değildir. Hastaneler sağlık hizmeti üreten yerlerdir sağlık ekibinin başında da mutlaka bir hekim vardır. Çünkü bizim bakış açımız, yer yer zarar bile üretse, onu bile göze alarak sağlığı düzeltmek, ne bileyim işte hastanın sağlığını geri kazandırmak uğruna çalışmaktır. Yani bu bizim asli görevimizdir. Ama işletme ruhunda bu yoktur… İşletmecilik yapılmalı profesyonel insanlar olmalı, alımlar satımlar tamam her şey tamam ama hekim istihdamı, tedavi kararları, nelerin yapılması, yapılmaması gerektiği konusunda kesinlikle hekimler karar vermeli… Şu anda büyük oranda hekimlerin atanmış olması doğru bir karar. Ama şunu kesin olarak belirtmek hekim olmayan bir kişi sağlığın başında olamaz. Hekim olmayan bir kişi ya da sağlıkçı olmayan bir kişi sağlığın sorunlarını anlayamaz. Ama ne bileyim sağlıkçı olur bu konuda sağlık yönetimi gibi bir alanda yüksek lisans yapmış olabilir. Yani hiç mi hekim yok işletme yüksek lisansı yaptırılabilecek?" (A2 G6- Başhekim Yrd.)

Başhekim yardımcısı katılımcı kamu hastane birlikleri yapılanmasıyla hastane yönetiminde yapılan düzenlemeleri hekimler açısından bir *güç kaybı* olarak yorumlamaktadır. Katılımcı, hastanelerin bir işletme olmadığını vurgusu üzerinden sağlık kurumlarında yöneticilerin *kesinlikle hekim* olması gerektiğini belirtmektedir. *Hekim yöneticiler* maddi kaygı gütmeden ve toplum yararına sağlık hizmeti sunma anlayışının garantörü olarak görülmektedir. Katılımcı, hekimlerin sağlık kurumlarının doğal ve zorunlu yöneticisi olması gerektiğinine ilişkin söylemini profesyonel ve geleneksel kamu hizmeti söyleminin unsurlarını birleştirerek kurmaktadır. Bu şekilde hekimlerin sağlık kurumlarının doğal yöneticisi olduklarına ilişkin söylemini meşrulaştırmaktadır. Diğer yandan katılımcı, işletmeciliğin hastanelerde tıbbi

hizmetler dışındaki alanlarda uygulanabileceğini yapılabileceği belirterek işletmeci söylemi yeniden üretmektedir.

Görüşülen hekim yöneticiler, ağırlıklı olarak hastane yönetimlerinde hekimlerin yer alması gerektiğini ve sağlık kurumlarındaki yöneticilerin "*sağlığı bilen"* kişiler olmasının önemli olduğunu vurgulamışlardır. Hekimler yönetici konumlarının meşruiyetini sağlık profesyoneli kimliklerini öne çıkararak sağlamaya çalışmaktadır. Hekim yöneticiler, hastane yöneticilerin yöneticilik alanında eğitimi almaları gerektiği söylemine olumlu yaklaşmaktadır. Ancak yukarıdaki anlatıda olduğu gibi yöneticilik alanında *eğitim alınabilir* şeklindeki vurgu, gereklilik ya da ihtiyaçtan çok yeni yönetsel yapıya uyum yapma ve yeni yapı içinde var olma stratejisi olarak ortaya çıkmış görünmektedir. Fairclough'un belirttiği gibi söylem türleri özneler için bir kaynaktır ve özneler değişen talepleri karşılamak ve çelişkilerini çözümlemek için söylemleri eklemleyerek yeniden üretebilirler (1989, s. 39). Bu bağlamda hekimlerin, profesyonel söylem ile işletmeci söylemin belirli unsurlarını bir araya getirerek KHB politikasının profesyonel yöneticiliğe ilişkin söylemini yeniden üretmektedirler.

Araştırmada kamu hastane birlikleri yapılanmasında görev almış olan hastane yöneticileri arasında yönetim alanında örgün eğitim programları, hizmet-içi eğitimler, kurs-sertifika programları ve bilimsel etkinliklere katılma oranı (%45,8), kamu hastane birlikleri yapılanması öncesinde görüşülen yöneticilere göre artış göstermiştir (%31). Araştırma verilerinin toplandığı süreçte görüşme yapılan yöneticiler dışındaki hastane yöneticileri arasında da özellikle sağlık kurumları yöneticiliği/işletmeciliği gibi alanlarda lisansütü programlarına devam etmekte olan ya da eğitim almak istediğini ifade eden yöneticilerin varlığı dikkate değer bir gözlem olarak kabul edilmiştir. Hekimlerin 'daha iyi yönetici olma' larını destekleyecek ilave eğitimler almalarına yönelik eğilim ve eğitim yoluyla yeni bilgi ve becerilerin öğrenilmesi 'yeni profesyonellik anlayışı' nın bir parçası olarak kabul edilmektedir. Yeni profesyonellik anlayışında yöneticilerin kendilerini geliştirmeye istekli olmaları, sadece kurumlarının sağlamakla sorumlu olduğu hizmette değil performans ve personel yönetimi, bütçeler, değişen siyasi stratejiler, müşteri diyaloğu, örgütsel misyon ve değerlerin geliştirilmesi gibi konularında da uzmanlaşmaları beklenmektedir (Triantafillo, 2017, s. 131). Benzer şekilde "yeni profesyonellik" söyleminin bireyselleştirilmiş bir mesleki görev

olarak özellikle verimlilik ve mali sorumluluğun inşasını içermesi gerektiği vurgulanmaktadır (Moffatt, Martin ve Timmons, 2014).

Sağlık hizmetlerinde YKİ ile gündeme gelen profesyonel yöneticilik anlayışı ile -İngiltere USH örneğinde olduğu gibi- profesyonel yönetici sınıfın kurumların geleneksel yapılarına dâhil edilmesi sonucunda sağlık profesyonellerinin statü, güç ve yetki kaybına uğradıkları belirtilmiştir (Gray ve Jenkins, 1995). Bu reformlardaki diğer bir eğilim ise oluşturulan yeni tıbbi yönetim alanında, hekimlerin tıp ve yönetim bilgilerini birleştirerek hibrit yöneticiler olarak tanımlanan yeni yönetici rollerini üstlenmeleri olmuştur (Lıewellyn, 2001; Doolin, 2002). Türkiye'de KHB politikası, sağlık alanı dışından kişilerin yönetici olmasına olanak veren ve hekimlerin geleneksel yönetici rolünü sorgulamaya açan düzenlemeleriyle "profesyonel yönetim anlayışı" nı gündeme getirmiştir. Ancak pratikteki uygulama İngiltere örneğinde olduğu gibi tüm hastanelere 'profesyonel yöneticilerin' getirilmesi şeklinde gerçekleşmemiştir. Birlik ve hastane yönetimlerine büyük oranda hekimlerin yönetici olarak atanmasıyla, hekimlerin geleneksel yönetici konumlarının devam ettirilmesi yönünde bir strateji izlenmiştir. Bu stratejinin takip edilmesinin farklı nedenleri olabilir. Hekimlerin yönetici pozisyonlara getirilerek mesleğin profesyonel değerleri ile çatışabilecek nitelikteki reformların uygulanmasının güvence altına alınmak istenmesi ileri sürülen açıklamalardan biridir (Martinussen ve Magnussen, 2011, s. 199; Ateş, 2004, s. 41). Benzer bir diğer neden hekimlerin işletme kültürünün norm ve değerlerini tıp kültürüne aktararak kültürel çevirmen veya bir aracı olarak hareket etme kapasitesine sahip olduğu (Doolin, 2002) bu yolla diğer hekimlerin işletmeci reformlara daha yatkın hale getirilerek muhalafetlerinin azaltılmak istenmesidir. Türkiye'de izlenen strateji hekimleri sürece dâhil ederek işbirliğinin sürdürülmesi ve hekimlerin KHB politikasına muhalefetlerinin azaltılmak istenmesi yönünde okunabilir.

2.3.3.2. Güç Mücadelesi Alanı Olarak Hastane Yöneticiliği

Hastaneler gibi büyük ve karmaşık sahip kurumlarda örgütsel ve yönetsel yapıdaki değişimler maddi ödüller, saygınlık, otorite ve özerlik için birbiriyle rekabet eden bürokratik ya da profesyonel gruplar arasındaki çıkar çatışmalarını günyüzüne çıkarabilir. KHB politikasıyla "profesyonel yöneticilik" söyleminin gündeme gelmesi idari mali işler alanındaki yöneticiler tarafından önemli bir gelişme olarak

yorumlanmış ancak pratikteki sonuçları eleştirilmiştir. Hastane yönetimlerinde sağlık yöneticiliği ile ilgili eğitim almış *profesyonel yöneticilerin* olması gerektiği ancak 663 sayılı KHK'nın yöneticilerin eğitim kriterlerine ilişkin düzenlemelerinin yetersiz olduğu ifade edilmiştir. Sağlık idaresi bölümü mezunlarının hastane yönetimlerinde yer alması gerektiği konusunda meslek dernekleri aracılığıyla Sağlık Bakanlığı'na baskı oluşturmaya çalıştıklarını ancak etkili olamadıklarını ifade etmişlerdir. Hastane yönetimlerinin profesyonel yöneticilere bırakılmasını gerektiğini müdür yardımcısı bir katılımcı şöyle aktarmıştır.

"Bir hastane açısından şimdi bir başhekimin tekelindeyiz biz. Bir adamın keyfine kalmış durumdasın. Şu anda tıbbi söz sahibi bu sistemde, tıbbi ne isterse o olur… Ben sağlık idaresi mezunuyum. Benim felsefemde bu vardır. Benim savunduğum şey doktorların idarecilikten elini ayağını çekip, profesyonel yöneticilerin sağlığı yönettiği zaman sağlığın sağlık olacağına inanıyorum… Ama maalesef yine doktorları atadılar CEO olarak…" (A1 G 9- Müdür Yrd.).

Hastane müdür yardımcısı, mevcut yapıda yönetici hekimlerin konumu ve diğer yöneticilerle ilişkilerini *tekelindeyiz, söz sahibi, ne isterse o olur, keyfine kalmış* sözleriyle tanımlamıştır. Hekim yönetcilerin güç ve yetkileri *keyfilik* düzeyine ulaşacak kadar geniş görülmektedir. Katılımcı, yöneticiliği belirli eğitim ve uzmanlık gerektiren bir alan olarak gören 'profesyonel yöneticilik' söylemini üzerinden tanımlamaktadır. Katılımcı, hastanelerde hekimlerin yönetici olmaması gerektiğine ilişkin söylemini yöneticilik alanında almış olduğu eğitime vurgu yaparak meşrulaştırmaktadır.

Hastane yöneticiliğinin müzakere edilmesindeki söylemsel mücadele hekimler ve diğer yöneticiler arasındaki olduğu kadar aynı yönetici grubu içinde de vardır.

"Bak ben burada idareciyim 35 senedir. Ama diyor ki, kanun maddesinde üniversiteyi bitirmiş bir kişiyi al gel müdürlük yapsın, işletmecilik yapsın. Olur, mu olmaz. Başarıya ulaşamaz. Ancak mesleğin içinden özünden gelerek, hizmetin içinden yetişmişse bu şekilde başarılı olur" (A1 G 8- Hastane Müdürü).

Hastane müdürü olan katılımcı, yönetici atamalarında *üniversite bitirmiş* olma şartını getiren yeni düzenlemeleri, mesleki deneyim ve tecrübesine bir meydan okuma olarak yorumlamıştır. *35 yıldır* yöneticilik yaptığını vurgulayan katılımcı, sadece

eğitim ölçütünün *başarılı* yönetci olmak için yetmediğini, kıdemin daha önemli olduğunu belirtmektedir. Görüşmeci geleneksel kamu yönetimi söyleminin eğitim ve kıdemi birlikte ele alan, yükselmenin kariyer sistemi içinde gerçekleştiği niteliklerini vurgu yaparak, yeni yönetsel söylemin kıdem ve meslek içinde yükselme ölçütlerini önemsizleştiren, hızlı yükselme mekanizmaları yaratan 'profesyonel yöneticilik' söylemini eleştirmiştir.

KHB politikasıyla hemşirelik hizmetleri yönetimi, yeni yönetsel söyleme uygun olarak yeniden düzenlenmiştir. 'Hastane yöneticisi' pozisyonunda olduğu gibi hemşire yöneticiler için de herhangi bir lisans programını bitirmek yeterli sayılmış, sağlık hizmetleri ve kamu dışından yöneticilerin bu pozisyonlara atanabilmesinin yolu açılmıştır [217]. Bununla birlikte hemşire yöneticiler kamu hastane birlikleri yapılanmasındaki konumlarını mesleki *güçlenme* olarak yorumlamışlardır. Yöneticilik konumlarına ilişkin unvan değişikliğini hemşirelik hizmetleri yönetimi ve hemşirelik mesleği için bir *itibar artışı* ve *güçlenme* olarak değerlendiren yönetici hemşirenin ifadeleri şöyledir.

"Müdürlük adı altında daha itibarlı oldu. Başhemşirelik aaa işe başhemşire deniliyordu ama şimdi müdürlük unvanının verilmesi daha farklı bir ses getirdi diye düşünüyorum bu unvan açısından ve daha güçlendirdi bence. Kesinlikle hemşirelik açısından eskiye göre artı diye düşünüyorum… Yönetici verimlilik hesaplaması çıktı. Başhekim sadece bana emrederdi, yap derdi. Şu anda başhekim benimle aynı puanla hesaplanıyor. Bakın, (yönergeyi gösteriyor) *karne puanımız aynı. Yani benle de çalışmak zorunda. Artık kişiler de birbirleri için hem kontrol hem tehditler"* (A2 G18 –SBHM).

Yönetici hemşirenin *yönetici verimlilik hesaplaması* olarak ifade ettiği, hastane yöneticilerine ilişkin verimlilik değerlendirme yönergesinde başhekim, başhekim yardımcıları ile sağlık bakım hizmetleri müdürü ve müdür yardımcılarının karne puanlarının aynı formülasyonla hesaplanması yönetici hemşireler tarafından *üst düzey yönetici olma*, *eşitlenme* ve *güçlenme* olarak yorumlanmıştır. Bolton'nun belirttiği gibi bakım verme gibi cinsiyetlendirilmiş niteliklerle bağlantılı olan yöneticiliklere

[217] Bu düzenlemeyle sağlık bakım hizmetleri müdür ve müdür yardımcısı olabilmek için en az dört yıllık yüksekokul mezunu olmak, kamu veya özel sektörde 5 yıl iş deneyimine sahip olmak yeterli görülmüştür (663 KHK Md. 32/2).

toplumsal olarak daha az değer verilirken, rasyonel nitelikler ve ölçülebilir beceriler sergileyen yöneticilerin daha yüksek bir statüye sahip oldukları kabul edilmektedir (2005). Bu nedenle yönetici hemşirelerin daha yüksek toplumsal statüye sahip olduğunu düşündükleri *başhekim* ve diğer yöneticilerle aynı şartlarda değerlendirilecek olmalarını yöneticilik statülerinde bir yükselme olarak yorumladıkları düşünülebilir. Ek olarak, kamu hastane birlikleri yapılanmasında başhekimin yetkilerinin hekimleri ilgilendiren işlerle sınırlandırılması, hemşire yöneticiler tarafından hemşirelik hizmetlerinin yönetimine müdahaleyi azaltacak bir gelişme olarak değerlendirilmiş ve benzer şekilde bu gelişme de mesleki ve yönetsel güç artışı olarak yorumlanmıştır.

Yönetici hemşireler, kamu hastane birlikleri yapılanmasındaki yönetsel konumlarını güçlenme ve mesleki özerklik söylemlerine başvurarak açıklamaktadır. Buna karşılık 663 sayılı KHK ile başhemşirelik pozisyonunun kaldırılması, hemşirelerin temsil hakkını yok eden bir düzenlemedir. Hemşire yöneticilerin atama ölçütlerinde hemşirelik eğitimi almış olma zorunluluğuna dair hiçbir şart yoktur. KHB'lerin kurulmasından sonra bazı istisnalar dışında birçok kurumda sağlık bakım hizmetleri müdürleri hemşireler arasından atanmıştır. Ancak diğer mesleklerin bu göreve atanabilmesinin önünde hiçbir yasal engel yoktur (Baykal, 2015, s. 32). Bu açıdan bakıldığında KHB politikasıyla hemşirelik hizmetleri yönetimi 'genel yönetim ilkeleri' üzerinden yeniden düzenlenmiştir. Hemşirelik hizmetleri yönetiminde kamu dışından kişilerin yönetici olarak atanabilmesinin yolu açılmıştır. Bolton'nun İngiltere sağlık sisteminde genel yönetim *(general management)* yapılarının oluşturulmasına yönelik girişimlerin yönetici hemşireler açısından sonuçlarını değerlendirdiği çalışmasında, yönetici hemşirelerin "modern matron" adıyla daha yüksek bir profilde tanımlanarak işletmeci ve stratejik yönetim arasında arabulucu faktör ve kültürel değişim ajanı olarak yeniden konumlandırıldıklarını belirtmektedir. "Modern matron"lar olarak yönetici hemşirelerin, geleneksel seleflerine göre çok daha farklı bir ortam ve yönetim yapısında çalışmaya başladıklarını, hemşireler için oluşturulan yeni yönetici vizyonunun arka planında performans hedefleri ve kontrol araçlarının olduğunu vurgulamaktadır (2003, s. 125-126). Benzer şekilde kamu hastane birlikleri uygulamasıyla yönetici hemşireler, yönetici hemşire sayılarının azaltılmasıyla daha çok iş yükü, yöneticilik performans sonuçlarının görev süreleri ve ücretleriyle

ilişkilendirildiği sözleşmeli yöneticilik gibi yeni koşullar altında yöneticilik yapmaya başlamışlardır.

2.4. Kamu Sağlık Hizmeti Söyleminin Teknolojileştirilmesi

Fairclough, kurumsal pratikler ve kültürün yeniden yapılandırılarak ilgili kurum veya örgütün söylem düzeninde yeni bir hegemonya inşa etme ve güçlendirme amacıyla söylem pratikleri alanına müdahale edilme sürecini "söylemin teknolojileştirilmesi" [218] olarak tanımlamaktadır. Söylemin teknolojileştirilmesinde, stratejik olarak etkili olduğu düşünülen, başka bir alanda ortaya çıkan söylem pratiklerinin bilinçli ve sistematik olarak bir söylem tekniğine aşılanması söz konusudur. Özellikle sosyal ilişkiler ve kimliklerin söylemsel oluşumuna ilişkin, kişilerarası ilişkiler alanlarında anlamların ve biçimlerin simülasyonu söz konusudur. Fairclough, söylemin teknolojileştirilmesine ilişkin 1. söylem teknoloji uzmanlarının ortaya çıkışı, 2. söylem pratiklerinin denetiminde değişim, 3. bağlamdan bağımsız söylem tekniklerinin tasarımı ve projeksiyonu, 4. söylem tekniklerinin stratejik motive edilmiş simülasyonu ve 5. söylem pratiklerinin standartlaştırılmasına yönelik baskı olarak beş özellik tanımlamaktadır (1992, s. 137). Bu başlık altında işletmeci yönetsel söylemin hegemonik bir söylem haline gelmek için kamu sağlık hizmetlerinin kurumsal pratik ve kültürüne yönelik müdahale biçimleri ele alınmaktadır.

2.4.1. Denetim Pratiklerinin Değişmesi: Sayısal ve Görsel Mutluluk

Söylemin teknolojileştirilmesi söylem pratiklerinin standartlaştırılması ve normalleştirilmesine yönelik itici bir güç oluşturulmasıdır. Söylem farklılıklarını göz ardı etme, homojenleştirme ve farklılığın azaltılmasına yönelik genel değişim formüllerinin üretilmesi söz konusudur. Kamusal alanda standart bir denetim kültürünün oluşturulmasına yönelik toplam kalite yönetimi, kurumsal akreditasyon gibi söylemlerin yaygınlaştırılması buna bir örnektir (Fairclough, 1993, s. 74,77).

[218] Fairclough, "teknoloji" kavramını kullanmasını, Foucault'un (1981) sosyal bilimler ile modern "biyo-iktidar"ı oluşturan, yaşamı ve onun mekanizmalarını açık hesaplamalar alanına getiren ve bilgi üreten" iktidar yapıları arasındaki ittifaka ilişkin analizlerine dayalı olduğunu belirtmektedir (1993). Söylem teknolojileri Rose ve Miller'ın (1992)'da "hükümet teknolojileri" olarak kullandıkları kavramla benzerdir. Rose ve Miller kavramı farklı güçlerin programlarını işler hale getirmeye çalıştığı stratejiler, teknikler ve prosedürler bütünü olarak kullanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve KHB uygulamasıyla hastanelerin sınıflandırılması, kurumsal karne[219] *(Balanced Scorecard),* kalite standartları, müşteri geribildirim mekanizmaları, yönetim bilgi sistemleri gibi birçok kontrol ve denetim pratiği uygulamaya geçirilmiştir. Elbette kamu kurumlarında denetim ve izleme sistemlerinin bürokratik biçimleri her zaman var olmuştur. Ancak geleneksel denetim biçimlerinin aksine yeni denetim pratikleri vurguyu girdi kontrolünden çıktı kontrolüne kaydırmıştır. KHB politikasıyla ölçme ve değerlendirmeye verilen önemin arttığını belirten bir Başhekimin ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Yeni yapıda eskiye göre kayıt ve sorgulama daha çok bunu söyleyebilirim. Biz öncesinde veri, istatistik veri falan ne olacak ki bu kadar veri istatistik diyorduk. Şimdi istenilen bir rakam var, belki birebir sayısal olarak tutturamayabiliriz, illa ki bu tutturulacak fikrini çok doğru bulmuyorum ama bir hedef olması açısından, bir kriter olması açısından doğru buluyorum. Mesela diyor ki %1 in altında olması lazım diyor sevk oranı, biz şu anda Türkiye ortalamasının altındayız. Bu etkin çalışıyoruz anlamındadır" (A2 G 4- Başhekim.)

Katılımcı, KHB yapılanmasıyla *kayıt, veri, istatistiklerin* öne çıktığı sonuç odaklı bir ölçme ve değerlendirme sisteminin önem kazandığından söz etmektedir. Katılımcı, bir yandan sayısal hedeflere ulaşma zorunluluğunu sorgularken diğer yandan nicel verilere dayalı teknik bilgilerin kullanılmasıyla yönetici olarak daha rasyonel kararlar alabilme ve yetkinliklerinin artmasını olumlamaktadır. Bu şekilde katılımcının söylemsel açıklığı sorgulama ve diğer alternatifleri düşünme olasılığı ortadan kalkmış olmaktadır. Çünkü teknik rasyonaliteye dayanan ölçme ve değerlendirme sistemleri, kurumları dış bileşenler için meşrulaştırmanın yanında yöneticilik rolleri için de meşruiyet ve anlam sağlamaya hizmet eder. Aynı zamanda, istatistikler, tablolar, rakamlar, veriler yöneticiler için kurumun ve kendilerinin yaptıkları işleri 'görünür' hale getiren bir ortam yaratmaktadır. Bu yeni 'görünür'lük bağımsız bir gerçekliğin temsilinden çok yeni bir gerçekliğin inşa edilmesini kolaylaştırmaktadır. Bu yeni 'gerçeklik' yöneticilerin bireysel ve kurum performanslarını diğer hastaneler ve yöneticilerle karşılaştırmasını kolaylaştırarak

[219] Bu konudaki bir çalışma için bkz Bardak, N. (2011). Performans Değerlendirme Yaklaşımı Olarak Dengeli Ölçüm Kartı Modeli: Isparta'daki Hastaneler Üzerinde Bir Araştırma, *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü.

rekabeti teşvik eden bir işlev görmektedir. KHB politikasında olduğu gibi hastanelerin ve yöneticilerin başarı ya da başarısızlıkları rakamsal verilere endekslendiği durumlarda çalışanlar ya da yöneticiler kendilerinden istenilen sayısal verileri sağlamak, başarılı bir izlenim yaratmak için yeni yollar geliştirmek zorunda kalabilirler. Diğer bir deyişle oyunu kurallarına göre oynamayı öğrenmeye başlayabilirler. Yönetici hemşirelerden biri sevk oranlarını belirlenen hedef aralığında tutmak için hastane yönetiminin başvurduğu bir yolu şöyle aktarmıştır.

"Daha önce sevk oranları yüksekti. Şimdi bu oran normal değerlerde görünüyor. Bu başhekimliğin bir politikası oldu aslında, toplam gelen hasta sayısında bir değişme yok ama yatış yapılması isteniyor" (A2 G15- SBHM Yrd).

Katılımcı, hastane yönetiminin sevk oranlarını belirli değer aralığında tutabilmek için hastaneye *yatış yapılmasının*[220] hastane yönetiminin *politikası* haline geldiğini belirtmektedir. KHB'lerinin performans odaklı yönetsel söyleminin hastaneleri ve yöneticileri merkezi olarak belirlenmiş performans ölçütlerini karşılama zorunluluğuyla karşı karşıya bırakması, sosyal özneleri yeni etkileşim ve eylem biçimlerine zorlamakta ve sosyal pratiklerini dönüştürmektedir. Yöneticilerin istenilen sonuç odaklı denetim pratiklerini (sevk oranlarını belirli aralıkta tutmak gibi) aktif olarak red etmek yerine yeniden yorumlayarak farklı yollara başvurması KHB politikasının performans odaklı söylemine direnç gösterme yollarından biridir. Diğer yandan, sevk oranları ya da hastaneye yatış yapma gibi hekimlerin mesleki kararlarına yönelik müdahaleler sağlık hizmetinin profesyonel yargıdan ziyade iş süreçlerinin standardizasyonu ile koordine edildiği neo-Taylorist bir yönetim anlayışını anımsatmaktadır (Pollitt, 1993). Yöneticiler bu şekilde direnç ve uyum mekanizmalarını bir arada kullanarak denetim pratiklerini yeniden üretmektedir.

KHB politikasının sağlık hizmetlerinin üretim, sunum ve denetimine ilişkin sonuç odaklı söylemini *sayısal mutluluk ve görsel mutluluk* olarak tanımlayan bir yöneticinin ifadeleri aşağıdaki gibidir.

[220] SGK yatan hastalar için her işlem başına ödeme yaparken ayaktan muayenede "paket fiyat" uygulamakta, hasta için istenen tetkiler ne olursa olsun her branş için belirlediği sabit bir ücret ödemektedir ve on gün içindeki başvurularda yeniden ödeme yapılmamaktadır. Bu nedenle poliklinikte muayene edilen hastaların bazı tetkiklerinin ertelenmesi ya da SGK'ya fatura edilebilmesi için gereksiz hasta yatışlarının yapılmasına neden olmaktadır (Öztürk O., 2015, s. 85).

"Genel sekreterliğin tüm şeyi sayısal mutluluk ve görsel mutluluk. Örnek vereyim; şimdi bu devlet hastanesinin borcu 6 trilyon liradan bilmem kaç liraya düşmüş. Ama depoları boşalmış niye? 2 aydan fazla mal bulunduramazsın diyor, biz de satışa gitmişiz. Burada biz çok zarardayız. Bıçak seti, üriner seti almışız zamanında çok kaliteli. Şu anda almaya kalksak alamayız o fiyata ve kaliteye…" (A2 G16- İdari Mali İşler Müdür Yrd.)

Katılımcı, KHB politikasıyla birlikte kamu hastanelerinde süreç ya da nitelikten çok sonuç odaklı yaklaşımın önemli hale geldiğini ancak sadece sonuçlara odaklı bir yaklaşımın uzun vadede sağlık hizmetinde niteliği azaltabilecek sonuçlarına dikkat çekmektedir. Bilgi iletişim teknolojilerinin (BİT), örgütsel gerçekliği karekterize eden uygulama ve söylemlerdeki değişikliklere aracılık etme ve güçlendirme rolü vardır. Bilgi iletişim sistemleri hem gözetim hem de öz kontrolü kolaylaştırmak adına ikili bir kapasiteye sahiptir. Yani yöneticiler hem kendi performanslarını hem de teknoloji tarafından sağlanan "görünürlükler" aracılığıyla diğer kişi ve kuruluşların performanslarını izleyerek bu şekilde onları yeniden tanımlamaktadırlar. Burada görünürlük belirli konular özellikle de maliyet konusundaki artan farkındalığı ifade etmektedir (Bloomfield, 1991, s. 702).

2.4.2. Üretim Pratiklerinin Değişmesi: Tıbben Değil Şeklen Memnuniyet

KHB politikası ile kamu sağlık hizmetlerinin daha etkili, verimli, süratli, kaliteli, halkın talep ve beklentilerine daha duyarlı bir şekilde sunulmasının amaçlandığı ifade edilmektedir (TKHK İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı, 2012, s. vı). Başhekim yardımcısı olan bir katılımcı, KHB'lerinin kurulmasını sağlık hizmetlerinin kalitesini azaltacak bir girişim olarak değerlendirmiştir.

"Mesela günümüz için konuşacak olursak, bana sorarsanız şu anda özel sektöre göre devlet hastaneleri ticari amaç gözetmeksizin sağlık alanında hizmet vermekte. Ancak bu 663 sayılı kanunla birlikte birlikler kurulduktan sonra amaç tamamen ticari olduktan sonra, sağlıktaki kullanılan malzemeler dâhil olmak üzere tüm giderleri düşürmek için kaliteden ödün verilerek bir sağlık hizmeti verileceği için sağlık hizmetindeki kalite düşecektir. Ama verilen hizmetin sunumu güzelleşecek ben öyle

düşünüyorum… Kar maksatlı bir sağlık olacak. Çünkü işletmeye dönüşüyor nihayetinde" (A1 G2- Başhekim Yrd.).

Başhekim yardımcısı, KHB politikasıyla kamu hastanelerinin *ticari* amaçlara yönelik hizmet sunmaya başlamasının maliyet sınırlamalarını artırması nedeniyle hizmet kalitesinin azalacağını düşünmektedir. *İşletmeye dönüşen* hastanelerde ise kullanıcı memnuniyetini artırmaya yönelik girişimlerin daha önemli hale geleceğini ifade etmiştir.

Hastane yöneticisi olan diğer bir katılımcı, KHB politikasının sağlık hizmeti kalitesine ilişkin yaklaşımını, Genel Sekreterliğin hastaneye yaptığı ilk ziyaretlerden birine ilişkin deneyimi üzerinden yorumlamıştır.

"Şu anda biz idarecilerin, sağlık hizmet kalitesini artırmaktan ziyade dış süslemeye yoğunlaştığını düşünüyorum… İlk önce binanın dışı gezildi, boyalar nasıl, ışıklandırmalar nasıl, acaba bunları daha estetik mi yapsak? İşte burada hafriyat var hemen kaldırın bunu, bu böyle olmaz şu korkulukları alüminyum yapalım gibi… Yani sağlık hizmet kalitemizi artırmakla ilgili bana soru sorulmuyorsa, gerek Sağlık Bakanlığı, gerek Genel Sekreterlik tarafından sorulan on sorudan sekizi tribünlere oynamak ile alakalıysa düşünürüm yani" (A2 G1- Hastane Yöneticisi).

Sağlık kurumlarında fiziksel çevrenin yeniden tasarlanmasına yönelik girişimler yeni yönetsel söylemin işlevselleştirilme yollarından biridir. Hastane yöneticisi, KHB uygulamasının bu yöndeki yaklaşımını *tribünlere oynamak* olarak tanımlamıştır. *Tribünlere oynamak* meteforuyla sağlık hizmeti sunumunda daha çok hizmet kullanıcılarının (izleycilerin) beklentilerini karşılama, memnuniyeti artırmaya yönelik, görünürlüğü yüksek işlerin öne çıkarılmasının daha önemli hale geldiğine işaret edilmektedir.

Görüşülen yöneticilerin önemli bir bölümü Sağlıkta Dönüşüm Programı sürecinde, sağlık hizmeti kalitesindeki azalmaya dikkat çekmişlerdir. Bu süreci mesleki deneyimleri üzerinden yorumlayan yöneticilerden birine ait ifadeler aşağıdaki gibidir.

"Eskiden SSK hastanelerinde kullandığımız malzemelerin kalitesini ben bir daha hayatımda görmedim, çok kaliteliydi. Özellikle batırıldığını düşünüyorum o hastanelerin. Zarar ziyan dediler kapattılar. Şimdi adam getiriyor Çin'den malı,

şartnamedeki bütün kriterleri karşılıyor. Ama kullanıyorsun, kötü. Aslında ekonomi mi? Hayır değil, bir hastaya bir branül takacaksan 3 tane harcamak zorunda kalıyorsun, hastanın canı yanıyor, daha damara girmeden kıvrılıp kalıyor. Ama bunu anlatamıyorsun, bunu sahada çalışanlar bilebilir sadece…" (A2 G19- SBHM Yrd.)

Yönetici hemşire, hastanelerdeki satın alma işlemlerinde maliyet unsurunun belirleyici hale gelmesi ve malzeme seçimleri ile ilgili kararlarda klinikte çalışan sağlık profesyonellerinin görüşlerine başvurulmamasını eleştirmiştir. Sağlık hizmetleri karmaşık ve gelişmiş tıbbi uzmanlığa dayanan hizmetlerdir. Profesyonel söylemin baskın olduğu geleneksel sağlık sistemlerinde sağlık hizmeti kalitesinin belirleyicisi sağlık profesyonelleridir. Sağlık profesyonelleri için hizmet kalitesi, mesleki uygulama ve değerlerini savunulabilecekleri aynı zamanda da 'hasta'ların çıkarlarını temsil etme iddialarını sürdürebilecekleri bir alan olması nedeniyle önemli görülmektedir. Hekim ve hemşire yöneticilerin sağlık hizmeti kalitesi konusundaki değerlendirmelerini profesyonel söylemin temel unsurları şekillendirmiştir. Profesyonel söylemde, hastanın gerekli görülen tıbbi tedavi ve bakımı alarak sağlığına kavuşturulması bu sürecin maliyetinden daha öncelikli görülmektedir. Bu nedenle aynı zamanda sağlık profesyoneli olan yöneticiler SDP sürecinde kamu hastanelerinde verimlilik ve maliyet odaklı uygulamaları sağlık hizmetlerinde kaliteyi azaltan en önemli nedenler olarak görmektedir. Kullanılan tıbbi malzemelerin kalitesinin giderek azalması sağlık hizmeti kalitesini azaltan en önemli nedenlerden biri olarak vurgulanmıştır. Sağlık hizmet kalitesine ilişkin bu boyutun sadece sağlık profesyonellerince belirlenebileceğinin altı çizilerek sağlık hizmeti kullanıcılarının aldıkları hizmetin kalitesini bu yönüyle değerlendirebilmesinin zor olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle SDP sürecinde, iyi otelcilik hizmetleri sunulması, fiziksel ortamın iyileştirilmesi, daha çok tetkik yapılması veya hastanın tercih ettiği ilaçların reçetelendirilmesi gibi yollarla sağlanan memnuniyetin, kaliteli sağlık hizmeti göstergesi olarak kabul edilmesini ve kalitenin 'müşteri memnuniyeti' üzerinden kurgulanmasını eleştirmişlerdir. Hekim ve hemşire yöneticilerin söylemlerinin analizine dayananarak sağlık hizmetlerinde kalite alanını, işletmeci söylem ve profesyonel söylemin mücadele ettiği ve hastane yöneticilerinin profesyonel kimlikleri üzerinden kamu hastane birlikleri politikasına direnç gösterdikleri bir alan olarak belirlemek mümkündür.

2.5. Sağlık Emek Gücüne Yönelik Söylem Stratejileri

Neoliberal politikaların sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumunda sağlık emek gücüne ilişkin politikaların üretilmesi ve uygulanmasında kullandığı çeşitli söylem stratejilerinden söz etmek mümkündür. Bu söylem stratejileri sağlık profesyonellerini sağlık hizmetlerindeki verimsizlik, hasta beklentilerinin karşılanmaması, hizmet kalitesinin azlığı gibi sorunlardan sorumlu tutarken diğer yandan bu sorunların olası çözümleri için yine sağlık çalışanlarını adres göstermektedir. Bunlardan biri profesyonel otoritenin aşındırılmasına yönelik siyasilerin popülist söylemleridir.

2.5.1. Popülist Söylemlerle Profesyonel Gücün Aşındırılması: Günah Keçisi Hekimler

Sağlık hizmetlerinde neoliberal söylem bir tarafta bireysel haklar, tüketici tercihi, müşteri odaklılık vurgularıyla halkın gücünü artırma diğer yanda profesyonel gücün azaltılmasına yönelik iki yönlü bir stratejiyle işlemektedir. Türkiye'de son dönem YKİ yönelimli sağlık reformlarının hekimler üzerindeki etkisi ve YKİ'nin neoliberal popülizmle bağlantısını araştıran bir vaka çalışması, Türkiye'de sağlık reformların uygulanmasında siyasetçilerin popülist söylemlerinin önemli etkileri olduğunu belirtmektedir. İktidar partisi, hekimler ve meslek örgütlerinin meşruiyetini sık sık sorgulayarak hekimleri reformlara sürekli muhalefet eden çıkarcı aktörler olarak tanımlamaktadır. İktidarın söylemlerinde, hekimlerin ahlaki başarısızlıklarının altını çizerek onların kamu yararına hareket eden ve toplumla devlet arasındaki "arabulucu" rollerini baltaladığı ve hasta hakları, tam zamanlı çalışma, kamu hastane birlikleri gibi politikaların hekimleri vatandaşların karşısına çıkaran "popülist politikalar" olduğu belirtilmiştir (Ağartan ve Kuhlmann, 2019, s. 1421). Görüşmelerde hizmet kullanıcılarının hekimlere yönelik davranış ve tutumlarındaki değişimi popülist politikalarla ilişkilendiren bir başhekim şunları aktarmıştır.

"Başta hekimler olmak üzere moralsiz sağlık personeli, karşısında beni muayene edeceksin diye onu tırmalayan bir halk fütursuz, saygısız, hadsiz. Bu şekilde empoze edilmiş bir halk, bir güruhla karşı karşıyayız, tamamen popülist politikalarla… Bunlardan yarısı zafiyet yarısı da bilinçli olarak 20 yıla yakın süredir izlenmiş bir

politikanın sonucu, maalesef de geri dönüşü olmayan bir süreç bu. Yani eskiden, cahildi ama saygılıydı. Cahildi olabilir, tolere edebiliyorduk gelirimiz vardı. Şimdi, gelir kayboldu, fütursuz, saygısız bir güruh oldu. Haa bunlara %50 bizler sebebiyet verdik orası muhakkak. Artık eskisi gibi Tanrı değiliz, tamam. O da yanlıştı, şu andaki konum da yanlış" (A2 G8- Başhekim).

Görüşmelerde hekim yöneticiler, toplumun gözünde *hekimler çok kazanır, bizi sömürür* anlayışının oluşmasında muayanehanecilik dönemindeki yapılan hataların etkili olduğunu belirtmişler ve toplumda bu algının oluşmasında kendilerine de pay çıkarmışlardır. Hekimlere yönelik izlenen politikaların toplumda hekimlere duyulan saygıyı azalttığı ve hekim-hasta arasındaki *güven* ilişkisinin zarar gördüğü ifade edilmiştir. Başhekim yardımcı bir katılımcı hekim-hasta ilişkilerindeki değişimi şöyle aktarmıştır:

"Politik olarak oy almak için hekimlerin üzerine gidildi. Hekimler harcandı bana sorarsanız. Şimdi fark edildi ama iş işten geçti… Öyle bir pozisyona gelmiş ki hasta buraya önyargıyla geliyor. Zannediyor ki bana yardımcı olmayacaklar. Yani biz korkuyoruz yaa, eskisi gibi değil yani… 10 dk beklese, benim işimi kasıtlı yapmıyorlar diye düşünüyor. Bu zihniyet artık oturmuş. Çünkü sağlık bakanı çıkmış diyor ki ' doktor çok para alıyor, doktor işini yapmıyor, yapacak, yaptıracağım' diyor bu hale geldi" (A1 G5- Başhekim Yrd.)

Sağlık hizmetinin eskiye göre daha *kolay ulaşılabilir* olmasını sağlık çalışanlarına yönelik saygının azalması ve şiddet olaylarının artmasıyla ilişkilendiren bir hastane yöneticisi bu ilişkiyi şu sözlerle aktarmıştır.

" Eskiden sağlık hizmetlerine ulaşmak o kadar kolay değildi… Hekime ulaşabilenler kendisini çok şanslı hissediyordu. Bunun getirdiği, ulaşılmaz bir şeye ulaşabilmenin getirdiği bir saygı da vardı. Yani sağlık personeline hekime karşı bir saygı vardı. Şimdi, sağlığa ulaşmak o kadar kolay oldu ki bunun getirdiği dezavantajları yaşıyoruz. En büyük sorun da sağlık da şiddet biliyorsunuz." (A2 G3- Hastane Yöneticisi).

Hekim yöneticiler başta hekimler ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik toplumda artan olumsuz tutum ve davranışların en önemli nedenlerinden biri olarak siyasetçilerin popülist söylemlerini göstermişlerdir. Neoliberal politikaların toplumda egemenliğini güçlendirme yollarından birisi "ayrıcalık kalesi" olarak gördükleri

mesleklere yönelik popülist saldırısıdır (Keaney, 2001, s. 161). Mudde'a göre popülizm, "saf halk iradesi" ile "yozlaşmış bir elit" arasında varsayımsal bir çatışma oluşturan "ince bir ideolojiyi" temsil etmektedir (2010, s. 1180). AKP, neoliberal piyasa reformlarını uygularken dezavantajlı kitlelerle kişisel bağlar geliştirmesi anlamında sıklıkla "popülist" veya "neopopülist" olarak tanımlanan ekonomik ve sosyal güvenlik reformlarının kendine özgü bir bileşimini kullanmıştır (Pavolini ve diğ., 2018). Popülist nitelikli bir söylem, toplumun geleneksel kurumlara olan güvenini sarsmayı amaçlar. Özellikle SDP sürecinde hekimler, 'yozlaşmış elit"in parçası olarak tasvir edilmiş ve toplumun beklentilerini karşılamaktan uzak, kendi çıkarlarını düşünen ve halkı temsil etmedikleri yönündeki açıklamalarla siyasi iktidarın sağlık hizmetlerine yönelik popülist söylemlerinin baş aktörü konumuna gelmişlerdir. Sağlık sisteminin sorunları hekimlere yüklenmiş ve adeta bir *günah keçisi* haline getirilmişlerdir. İzlenen bu popülist politikalar neoliberal sağlık politikalarının toplumsal meşruiyetini sağlanmasında önemli işlev görmüştür.

SDP sürecinde sağlık hizmeti talebinin artırılmasına yönelik politikalar sonucunda, sağlık hizmeti başvurularında bir talep patlaması[221] yaşanmıştır. Sağlık çalışanları siyasetçilerin söylemleri ile değersizleştirilirken, sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar ve yükseltilen beklentileri karşılanmayan hastalar bu durumun sorumlusu olarak sağlık çalışanlarını görmüştür. Bu durum sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları tarafından sıklıkla sözlü ya da fiziksel şiddete varan saldırılarına maruz kalmasına neden olmuştur. Sağlık çalışanları mesleki değersizleştirme, itibarsızlaştırma ile hedef haline getirilip sağlık ortamındaki her türlü aksaklığın ve karşılanmayan isteklerinin sorumlusu olarak gösterilmiş, yaşanılan sorunların ortaya çıkışında sağlık sisteminin payı göz ardı edilmiştir. Beklentisi karşılanmayan hastaların hedefine sağlık çalışanlarını koymasıyla hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının her an saldırıya uğrayabileceklerini düşündükleri güvensiz bir sağlık ortamı yaratılmıştır.

[221] Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, kişi başı hekime müracaat sayısının 2002 yılında yılda 3.1, 2012 yılında 8.2, 2019 yılında 9.8'e yükseldiğini ortaya koymaktadır (SB, 2019).

2.5.2. Zor ya da Rıza Yolu: Performans Sistemi

Neoliberal politikalar, çalışanların verimliliğini artırma gerekçesi ile performans temelli ücretlendirme politikalarına geçişi desteklemektedir. Sağlık hizmetleri alanı performansa dayalı ücret sisteminin ilk uygulandığı yerlerden biri olmuştur (Kablay, 2014, s. 87). Bakılan hasta sayısı gibi sayısal ölçütlerle belirlenen performansın sağlayabileceği kişisel maddi kazanç olasılığı, sağlık hizmetinin mesleki ve teknik bilgisi ve hekimlik mesleğinin etik ilkeleriyle çatışarak etik ikilemlerin yaşanmasına neden olmuştur (Üstüner ve İdrisoğlu Kalav, 2014, s. 183). Performans sistemini *"başımızın belası*" olarak tanımlayan bir görüşmeci, performans sistemi nedeniyle yaşadığı ikilemleri şöyle aktarmıştır.

"Ben performansa tamamen karşıyım. Performans sisteminin kesinlikle hekimlik ve sağlık hizmetiyle bağdaşmadığını düşünüyorum. Çünkü bu bizim başımızın belası. Aynı zamanda hem hekim hem insanım. Hekimliğin vermiş olduğu hassasiyetler varken insanlığın vermiş olduğu ihtiyaçları da var. Ben aynı zamanda kocayım, aynı zamanda babayım, aynı zamanda sosyal çevremin doktoruyum. Dediğim gibi işte hekim olarak hissiyatım bunlar, ben hekim olarak bir hastayı ameliyata aldığım zaman ilk hedefim bu hastadan kaç puan alacağım değil, bu hastayı başarılı bir şekilde ameliyat edip sağlığına kavuşturup göndermek. İşte bu tip duyguların içinde boğuluyoruz. Hastamda bir komplikasyon olsa neredeyse hastanede yatacak duruma geliyorum, telefonla arıyorum, kendi arabamla çıkıp geliyorum. Bunlar maddi kaygıyla yapılamayacak şeyler. Ama şu da bir gerçektir ki ev geçindiriyorum, belli bir statüm var ve para kazanmak zorundayım" (A2 G6- Başhekim Yrd.).

Performans sistemiyle birbiri ile rekabet eder duruma getirilen hekimler çalışma yaşamı içinde giderek bireyselleşmekte ve yalnızlaşmaktadır. Performans sisteminin hekimler arasındaki mesleki *dayanışma* ve sosyal *ilişkileri* olumsuz etkilediğini bir katılımcı şöyle aktarmıştır.

"Performans hekimler arası ilişkileri ve dayanışmayı bozdu… Ben kendim de cerrahım. Bir gün bir ameliyata girersiniz işte bazen burnunuzdan gelir. Zaman zaman da düşündüğüm olmuştur, acaba bu ameliyat biter mi, canınız sıkılıyor, moraliniz bozuluyor, işler kötüye gidiyor, yalnız başınasınız, karşınızda sizin gibi düşünecek bir hekime ihtiyaç duyuyorsunuz. Kişiler ilişkileriniz iyiyse çağırın oradan bir hekim

gelsin diyebilirsin, ama kişiler arası ilişkileriniz iyi değilse veya uygun çalışma ortamınız yoksa karşına çağırsan hiç kimse yok" (A2-G4 Başhekim).

Performans sistemi, hekimlerin çalışma ortamı üzerinde bir denetim biçimi ve bir çalışma stratejisi olarak, hekimleri yeni ekonominin rasyonalitesiyle bütünleşmeye zorlamaktadır (Zencir, 2011). Performans sisteminin hekimlerin hastaları *ticari meta* olarak görmeye başlamasında önemli etkileri olduğunu belirten bir hekimin ifadeleri şöyledir:

"Mevcut duruma göre gerçekten hastalarımız müşteri gibi karşılanıyor artık bütün hastanelerimizde. Bütün hekim arkadaşlarımız tarafından özellikle performansa dayalı ek ödemeyi alabilmek için hastalar ticari meta olarak görülüyor… Performansı zaten hekimin elini hastanın cebinden çıkarmak için başlattın. Aynı hastayı müşteriye dönüştürdün… Hastaları puan olarak görmeye başladık yani. Mecbur çünkü öyle görmek zorundayız. Muayenehaneyi açtırmıyorsun. Özelde çalıştırmıyorsun. Ek bir şey vermiyorsun. On yıldır izne ayrılmayan hekim var. Ama izne ayrılınca maaş alamıyorum ben nerdeyse" (A2 G5- Başhekim Yrd.)

Performans sistemiyle birlikte tıbbi işlemlerin puanlandırılarak ekonomik teşviklere dönüştürülmesi, hekimlerin tıbbi kararlar alırken ekonomik çıkarını öne çıkarmak ya da daha az riskli bir seçeneği tercih ederek hasta için gerekli olan bakım ya da tedavinin yerine getirilmesine engel olma riski taşımaktadır. Bu haliyle performans sistemi mikro düzeyde tıbbi kararların ekonomikleşmesine yol açmaktadır (Ağartan ve Kuhlmann, 2019). Bir görüşmeci performans anlayışının tıbbi kararları ve dolayısıyla hizmet kalitesini nasıl etkilediğini şöyle aktarmıştır:

" Zor geçen ve riskli geçen bir ameliyatın performansla ölçülebilirliği yok… Mesela, parçalı bir kırığı ameliyat etmek, koskaca femur kırığını ameliyat etmek benim açımdan 450 puan, hasta muayenesi 20 puan. Çoğu zaman şunu söylüyorum bu riski almayayım onun yerine poliklinikte 20 tane daha hasta muayene edeyim daha iyi. Performans açısından bakıldığında böyle düşünüyorsun" (A2 G4- Başhekim).

Katılımcı ameliyat gibi z*or* ve *riskli* olarak tanımlanan, daha çok emek ve zaman gerektiren tıbbi tedavi ve işlemler yerine daha kolay ve sık yapılabilen işlemlere yönelmeyi performans mantığının bir sonucu olarak görmektedir. Hekimlerin yaptığı işin parçalanarak her tür tıbbi işlemin puanlama yoluyla belirli bir kazanca dönüştüren

performans sistemi, hekimlerin tıbbi kararlarındaki öncelik ve tercihleri etkileme potansiyeline sahiptir. Özellikle riskli ve yoğun emek gerektiren tıbbi işlemlerin gözardı edilmesi söz konusudur. Bu şekilde kamu hastanelerinde bu ihtiyaçları karşılanmayan vatandaşlar, çeşitli nedenlerle kamudan ayrılan uzman hekimlerin çalıştığı özel sağlık kurumlarına gitmek zorunda kalmaktadır. Bu özel sağlık kuruluşları SGK ile anlaşmalı bir kurum dahi olsa vatandaşların bu hizmeti alabilmesi için önemli miktarlarda cepten ödeme yapması gerekmektedir. Bu ödemeleri karşılayamayacak durumda olanlar için tek seçenek olarak bırakılan kamu hastaneleri giderek belirli hizmetlerle sınırlı, hizmet ve sağlık emeğinin niteliğinin azaldığı kurumlara dönüşmektedir.

2.5.3. Hizmet Kullanıcılarıyla Etkileşimin Yeniden Tasarımı: Duygusal Emek Talebinde Artış

Kişilerarası ilişkilerde işlevleri olan anlamların ve biçimlerin simülasyonu söylemin teknolojileştirilmesinin bir özelliğidir. Söylem tekniklerinin yeniden tasarlanması ya da simülasyonu başka bir yerde ortaya çıkan söylem pratiklerinin bilinçli ve sistematik olarak bir söylem tekniğine aşılanması ya da telkin edilmesi anlamına gelmektedir (Fairclough, 1996, s. 74). Yönetici hemşire olan katılımcılardan biri yönetim toplantıları, hizmet içi eğitim gibi çeşitli kurumsal faaliyetler aracılığıyla hizmet verdikleri kişilerle nasıl etkileşime girmeleri gerektiğinin hastane yönetimi tarafından nasıl dikte edildiğine ilişkin bir deneyimini şöyle aktarmıştır.

"Daha saygılı olun, güler yüzlü olun. Çok sinirlenseniz bile sanki çubuk varmış gibi güleceksiniz diyor başhekim bey. Hep gülün sırıtın, tartışmaya girmeyin. İletişim üzerine eğitimler çok sıklaştı. Her ay hemen hemen iletişimle ilgili bir eğitim yapılıyor tüm sağlık personeline. Bu eğitimlerden bile anlaşılıyor. Hasta hakları, hasta memnuniyeti, iletişim. Bu üç konu mecburi eğitim bizim için. Yani bu demek oluyor ki onlar müşteri ve bizim hep onlara hep müşteri gibi davranmamız gerektiğini düşündürüyor. Bu konuda hemşirelere daha çok baskı var. Çünkü hastayla birebir muattap olan, karşı karşıya olan hemşireler. Hemşire arkadaşlar da bu baskılardan dolayı bize tepkilerini iletiyorlar ama uygulamaya gelince hepsi yapıyorlar. Ama içten değil sadece yönetimin istekleri olduğu için. Bir de şikâyet olursa diye arkadaşlarının yaşadıkları sanırım korkuya neden oluyor" (A1 G15- Başhemşire Yrd.)

Başhemşire yardımcısı olan katılımcı, hastane yönetimi tarafından hemşirelere *güler yüzlü*, *saygılı* olmak gibi bir dizi kabul edilebilir duyguları göstermesi *tartışmak, sinirlenmek* gibi olumsuz kabul edilen duygu ve davranışlardan kaçınmaları gerektiğine ilişkin sözlü uyarıların iletildiğini aktarmıştır. Bu özellikler cinsiyete dayalı nitelikler olmamakla birlikte bu telkinlerin kadınların yoğunlukta olduğu hemşirelere yönelik olması, öfke dışında herhangi bir duygunun, özellikle olumlu duyguların aleni gösteriminin kültürel olarak 'dişil' kodlanmasının bir sonucudur. Özellkle 'gülümseme' eylemi kadınlık ve ikincil statü arasındaki güçlü sembolik bağları yansıtması nedeniyle anlamlıdır (Cameron, 2000, s. 335). Söylemin teknolojileştirmesinin bir özelliği hemşirelerin hizmet verdikleri kişilerle etkileşimlerinin yeniden tasarlanmasına yönelik eğitimleri içermesidir (Fairclough, 1993, s. 140). Görüşmeci, *hasta hakları, hasta memnuniyeti*, *iletişim* konularındaki hizmet içi eğitimlerin öne çıkarılmasını hizmet alanların *müşteri* olarak görülmesine yönelik politikaların bir sonucu olarak görmektedir. Yönetici hemşire, hemşirelerin söylemin teknolojileştirilmesi kaynaklı değişim baskılarından rahatsız olduklarını ancak hemşirelerin "taktiksel olarak uyuyormuş gibi" (Fairclough, 1993, s. 78) davrandıklarını belirtmiştir. Katılımcı hemşirelerin bu tutumlarının nedenini yönetimin baskısı ve şikâyet edilme korkusu ile ilişkilendirmiştir.

Sağlık hizmetlerinde işletmeci söylem hizmet kalitesine odaklanma, sağlık çalışanlarına hizmet verdikleri kişilerin ihtiyaçlarını yerine getirmesi, saygı duyulması gibi fikirlerin doğrudan aşılanmasına yönelik girişimleri içermektedir. Hizmet alanların memnuniyet düzeylerinin kurumsal performansın önemli bir unsuru haline getirilmesi bu yöndeki girişimleri hastane yönetimleri için daha önemli hale getirmiştir. Bu girişimler hemşireler açısından "duyguların yönetilmesi" [222] yönünde yeni yaptırım araçlarını da beraberinde getirmiştir (Bolton, 2002, s. 129). Hizmet alanlara yalnızca hizmet edildiği için değil bireysel olarak da önemli olduklarının hissettirilmesi gibi fikirleri içeren iletişim modelleri kamu kurumlarına aktarılmaya başlamıştır. Hizmet alıcılarının ihtiyaç ve duygularına gösterilen bu yakın ilginin

[222] "Duygusal emek" kavramını ilk kez kullanan Hochschild, duygusal emeği "bir ücret karşılığında herkesin görebileceği şekilde yüzle ya da bedenle sergilenen duyguların yönetimi" şeklinde tanımlamaktadır. Hochschild'in duygusal emek tanımındaki iki önemli unsur duygu yönetiminin bir ücret karşılığında yapılması ve bu duyguların örgütler tarafından istenilen şekilde yönlendirilmesidir (1983, s. 7).

hizmet alanların kuruma bağlılığını artırarak rekabet avantajı sağlayacağına inanılmaktadır. Çalışanların sadece kibar ve profesyonel görünmekle kalmayıp aynı zamanda dil ve ses kaynaklarını kullanarak "müşterilere" olumlu duygular yansıtılması istenmekte ve çalışanlar duygularını yönetmek konusunda giderek daha fazla baskıyla karşılaşmaktadır (Cameron, 2000, s. 338). Çalışanların söz ve davranış kalıpları, yeniden düzenlenerek üretilen hizmetin ve kurumsal imajın bir parçası haline getirilmekte ve metalaştırılmaktadır. Tasarlanan ve stratejik hale getirilen iletişim pratiklerinin hemşirelerin kültürel ve mesleki değerlerini ikircikli hale getirme, hastalarla etkileşimin kuralları konusunda derin bir belirsizlik ve bir tür samimiyet krizi yaratma riski söz konusudur (Fairclough, 1996, s. 74).

Hemşirelerin bu girişimlerin odağında yer alması toplumsal ideoloji ve güç ilişkileriyle yakından ilişkilidir. Hemşirelik gibi belirli mesleklerde bir cinsiyetin baskın olması, meslek üyelerinin nasıl konuşması ve davranması gerektiğine dair cinsiyete bağlı beklentiler yaratır ve sürdürür. Bunlar kadınlar ve erkeklerin nasıl konuşması ve davranması gerektiğine dair sosyokültürel olarak tanımlanmıştır. Bu beklentiler toplumsal cinsiyet ideolojileri tarafından üretilir ve bunların yeniden üretilmesine hizmet eder (Kendall ve Tannen, 1997, s. 91). Hekimler ve hemşirelerin hastalarla kurdukları sosyal ilişkilerin farklı olduğunu belirten Lupton, bu farklılıkları hekimlik mesleğinin hemşireliğe kıyasla daha yüksek sosyal statüye sahip olması, hekim ve hemşire rolüne bağlı erkeklik ve kadınlığın göreceli anlamları ve güç hiyerarşisi gibi bir dizi faktörle ilişkilendirmektedir. Hekimlerin hastalarla kurduğu etkileşiminin niteliği tıbbi bilgi ve teknik yeterliliklerine göre ikincil kabul edilirken, hemşireler için ise tam tersi yönde hastalara karşı sabır, sıcaklık, iyi huyluluk, nezaket, anlayış ve sempati gösterebilme yeteneklerinin sağlık bakımı konusundaki eğitimlerinden daha değerli görüldüğünü belirtmektedir (1995a, s. 160).

2.6. Kamu Sağlık Hizmetindeki Dönüşümün Toplumsal Bağlamı

Sağlık hizmetlerindeki dönüşümün dinamikleri sadece sağlık hizmetleri alanındaki örgütsel ve yönetsel değişimlerle sınırlı değildir. Bu dönüşümler ekonomik, siyasal ve toplumsal alandaki hegemonik söylem düzenleri ile yakından ilişkilidir. Kapitalist toplumun bireyi kutsaması, günümüzde insanları toplumdan kopuk, kendisi için yaşayan bir varlığa dönüştürmüştür. Kendine odaklanan birey sürekli sağlığını

düşünen, korkan, güvensiz ve sürekli kendini hastalıklardan koruyacak tedavilerin peşinden koşan bir insan haline gelmiştir. Bu insan modeli sağlık hizmetlerinin kolayca pazarlanabileceği nitelikte bir kitle yaratmıştır (İzmir, 2012, s. 176; Sezgin, 2016, s. 102).

2.6.1. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Tanımlanması: Hasta-Gizli Müşteri

Hastane yöneticilerinin sağlık hizmeti kullanıcılarını tanımlamaları söylem konumuna özgü ve ideolojik olarak değişkenlik göstermektedir. Öznenin farklı konumlandırılmaları söylemlerarası mücadeleyi yansıtmaktadır. Ayrıca katılımcıların sağlık hizmeti kullanıcıları konusundaki uzlaşımları, egemen ideolojinin bu soruları nasıl yanıtladığıyla da yakından ilişkilidir (Fairclough, 1989, s. 62,103). Hastane yöneticilerinin bir bölümü hizmet kullanıcılarını nasıl tanımladıklarına ilişkin kişisel söylemleri ile kurumsal söylemin karşıtlığını vurgulamışlardır. Bu karşıtlığı ifade eden bir katılımcının ifadeleri şöyledir.

"Bana göre hasta olmalı, ama şu an sistemin getirdiği müşteri. Çünkü ne pahasına olursa olsun memnun et düşüncesi var. Sağlık hizmetini değil de otelcilik hizmetlerini öne çıkarma var bu nedenle sistemsel olarak müşteri ve ben su an hastayı müşteri olarak görüyorum. Ama olması gereken bence hastadır. Çünkü sağlık hizmeti sunuyoruz, sağlık hizmeti sunduğumuzda da hastayı tedavi etme niyeti ile ortaya çıkmalıyız. Otelcilik hizmetleri bunun yanında olmalı, yani ben çocuğumu tedaviye getirdiğimde, bekleme alanının iyi aydınlatılmış olsun, güzel bir müzik çalıyor olsun ya tamam da ben doktora geldim, tedavi olmaya geldim, o da olsun ama esasen hastayım ben" (A2 G1- Hastane Yöneticisi).

Hastane yöneticisi, hizmet kullanıcılarını *hasta* olarak tanımlamıştır. Katılımcı, KHB politikasıyla otelcilik hizmetlerinin öne çıkarılmasını *sistemin* hastaları *müşteri* olarak görmesi olarak yorumlamaktadır. Katılımcının bu yorumu hastane yöneticilerinin birçoğu tarafından farklı biçimlerde ifade edilmiştir. Kamu hastane birlikleri yapılanmasında ilk kez "otelcilik hizmetleri ve bakım hizmetleri müdürü" ismiyle yeni bir yöneticilik pozisyonunun oluşturulması katılımcıların kamu hastanelerinde otelcilik hizmetlerine verilen önemin arttığı yönündeki yorumlarında etkili olmuştur. Fairclough, modern dünyanın kamu kurumlarında hizmet

kullanıcılarına yönelik bu eğilimlerini "sentetik kişiselleştirme" olarak adlandırmaktadır. Bu kavramla gerçekte topluca ele alınan insanların her birine sanki tek ve özel bir birey olarak davranılıyormuş izlenimi veren sosyal pratiklere işaret etmektedir (1989, s. 62).

Hastane yöneticileri sağlık sistemi içinde sağlık hizmeti kullanıcılarının müşteri olarak görülmesi yönünde güçlü bir eğilim olduğunu ancak hizmet kullanıcılarının *müşteri* değil *hasta* olarak görülmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Geleneksel tıbbi söylemde hasta-sağlık profesyoneli ilişkisinde hasta, güçsüz, yardıma ihtiyacı olan kişi, sağlık profesyonelleri de bu yardımı ona sağlamakla sorumlu olan kişiler olarak konumlanmaktadır. Bir hastane yöneticisinin ifadesiyle:

"Bana göre yardıma ihtiyacı olan hastadır buraya gelen kişi. Ve biz yardıma ihtiyacı olan hastaya yardım sunmakla mükellefiz, müşteri gibi algılamıyoruz, benim fikrim bu" (A2 G7- Hastane Yöneticisi).

Katılımcılar, müşteri tanımlamasına mesafeli yaklaşmışlar, *müşteri* ifadesinin sağlık kurumlarında kullanılmadığını belirtmişlerdir. *Müşteri* tanımlamasını *etik* dışı ve *rahatsız edici* olduğunu bir katılımcı şöyle ifade etmiştir.

"Müşteri demek çok böyle bana çok böyle etik gelmiyor… Yani sağlık hizmetini isteyen hastadır. Buraya keyfi amaçla gelmez… Müşteri demek bence rahatsız edici. Ben buradaki hiçbir yöneticiden, hiçbir genel sekreterden onlar sizin müşteriniz lafını duymadım bir, ikincisi biz hala konuşurken hastaların memnuniyeti diyoruz. Hasta memnuniyetini sağlamak için buradayız diyoruz" (A2 G22- Otelcilik Hizm. Müdürü).

Katılımcıların, hastaların sağlık sisteminde *müşteri* olarak görülmeye başladığı yönündeki söylemlerinde *müşteri* kavramı meteforik bir nitelikte kullanılmaktadır. *Müşteri olarak görmek* hizmet kullanıcılarını ticari bir alışverişin parçası olarak görmeye ve buna uygun tutum ve davranış geliştirmeye yönelik bir anlayışı ifade etmek için kullanılmaktadır. Bir yönetici hemşire sağlık hizmetlerindeki bu anlayışı *gizli müşteri* tanımlamasını kullanarak şöyle açıklamıştır.

*"*Araştırmacı*: Bakanlığın söylemlerinde müşteri çok geçmiyor…*

Katılımcı*: Yani gizli işte… Benim söylemek istediğim şey bu. Gizli müşteri yani bir şekilde öyle bakmak zorundasın. Çünkü bana yüz hasta geleceğine 1000 hasta gelirse*

benim kazancım ona göre değişiyor. Ben aldığım paraya göre döner dağıtıyorum. Buradaki personeli mutlu ya da mutsuz ediyor. İhtiyacım olan bir bardağı ona göre alabiliyorum. O yüzden gizli de olsa müşteri kavramına geçti evet" (A1 G18-Başhemşire).

Görüşmelerde idari-mali işler alanındaki yöneticiler arasında hizmet kullanıcılarının *müşteri* gibi görülmesi gerektiği yönündeki eğilimin daha güçlü olduğu görülmüştür. Bu eğilime sahip hastane yöneticileri müşteri kavramını doğrudan kullanmamakla birlikte hastaneye gelen *hasta sayısı* arttığında döner sermaye gelirlerinin yükseldiğini mali işleyişin sürdürülebilmesi için hastalara verilen hizmetlerin çeşitlendirilmesi ve memnuniyeti artıracak düzenlemeler yapılmasının olağan olduğunu ifade etmişlerdir. Tüm bunları *"babamızın hayrına yapmıyoruz"* şeklinde ifade eden katılımcının ifadeleri şöyledir.

"Hastaları buraya çekmemiz lazım, hizmet vermemiz lazım, fatura etmemiz lazım, karşılığında da döner sermayeden çalışanlarımıza pay dağıtmamız gerekmez mi? Evet. Normali budur. Hasta gelmezse ben bu döngüyü nasıl sağlayacağım? Onun için diyalizde biz hiç bedelsiz hastalarımızı evinden alıyoruz, getiriyoruz ve kahvaltı yatırıyoruz. Öğleye denk gelirse yemek yediriyoruz. Tekrar servisle bir daha evlerine bırakıyoruz. Babamızın hayrına yapmıyoruz" (A2 G14-İdari Mali İşler Md. Yrd.).

Görüşmelerde, hastane yöneticilerinin hizmet kullanıcılarını konumlandırmak için seçtikleri kavramlar, sağlık sisteminde birbiriyle rekabet eden söylemlerin bir yansımasıdır. Hastane yöneticilerinin sağlık hizmeti kullanıcılarını tanımlamak için kullandıkları geleneksel tıbbi söyleme ait *hasta* kavramı baskın konumunu sürdürmektedir. Bununla birlikte hastane yöneticileri, hizmet verdikleri kişilerin tutum ve davranışlarında fark ettikleri değişiklikleri tanımlamak ve hastanelerde özellikle otelcilik hizmetleri gibi hizmet kullanıcılarının beklentilerini karşılamaya yönelik girişimleri açıklarken yaygın olarak müşteri-tüketici söylemine başvurmuşlardır. Görüşmelerin analizinde dikkat çeken bir nokta ise hizmet kullanıcılarını tanımlamak için 'vatandaş' kavramının sadece bir katılımcı tarafından kullanması olmuştur. Vatandaş kavramının yokluğu hastaneler gibi belirli kurumlarda tıbbi söylem ya da profesyonel söylem gibi kuruma özgü söylemlerin baskınlığı ile açıklanabilir. Bununla birlikte kamu hizmetinden yararlanmanın bir 'hak' olduğu vurgusunu taşıyan vatandaş

kavramının kullanılmaması, sağlık hizmetlerindeki söylemsel mücadelenin paternalist -geleneksel tıbbi söylem ile piyasacı-tüketici-müşteri söylemi arasında olduğunu göstermesi bakımında anlamlıdır.

2.6.2. Tüketici-Müşteri Söyleminin Güçlendirilmesi

1980'li yılllardan bu yana izlenen neoliberal sağlık politikaları ile kamu sağlık hizmetlerinin fiziksel mekânlar, teknolojik olanaklar, personel gibi birçok konuda yeterince desteklenmemesi kamu sağlık hizmetlerini toplumun ve sağlık çalışanlarının gözünde sorunlarla dolu ve çözümsüz bir alan haline getirmiştir. Müşteri-tüketici söyleminin yükselişi, sağlık hizmetini kimin sunacağı konusundaki seçeneklerin genişletilmesini desteklemiştir. Sağlık hizmetlerden duyulan memnuniyetsizliğin dile getirilmesi tüketici hakları söylemiyle desteklenerek özel sağlık sektörünün yaygınlaştırılmasına yönelik politikalara meşruiyet kazandırılmıştır. Tüketicilik söylemi, modern dünyadaki bireyin istek, ihtiyaç ve arzularının çeşitliliği karşısında geleneksel kamu hizmetlerinin yetersiz kaldığı yönündeki eleştirilerini "tüketici figürü" üzerinde somutlaştırmıştır (Clarke J. 2006, s. 425; Beardwooda, Walters, Eyles ve French, 1999, s. 367).

2.6.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Güç ve Özgür Seçim Yanılsaması: Seçim (Choice) Politikaları

Sağlık hizmetlerinde hasta tercihine yönelik politikalar 'tüketici vatandaş' söyleminin bir parçası haline gelmiştir. Piyasadaki artan rekabetin kalitesiz hizmetlerini 'ayıklaması' nedeniyle tüketici-vatandaşların daha fazla yarar sağlayacağı ve en iyi kalite ve fiyatı tüketici seçimlerinin belirleyeceği ileri sürülmektedir. SDP sürecinde özel sağlık sektörünün rolü ve kapsamının çeşitli politikalarla genişletilmesi (Akdağ, 2011), sigortalı vatandaşların özel sağlık kurumlarından hizmet alabilmesini sağlayan düzenlemeler özel sektörden hizmet almayı tercih eden vatandaşların sayısını artırmıştır.[223] Görüşmelerde hizmet kullanıcılarının özel hastanelerden aldıkları hizmetleri devlet hastanesindeki hizmetlerle karşılaştırma eğilimlerinin arttığı ve bu eğilimin kamu sağlık hizmetinden beklentlerinin şekillenmesinde belirleyici olmaya

[223] Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2019 verilerine göre, özel hastanelere kişi başı başvuru oranı 2002 yılında 0.1 iken 9 kat artarak 2019 yılında 0.9 olmuştur (2019).

başladığı belirtilmiştir. Bir hastane yöneticisi özel hastanelere giden vatandaş sayılarının artmasıyla vatandaşların müşteri-tüketici rolünü daha çok benimsemeye başladıklarını şöyle aktarmıştır.

"İnsanların buradan beklentileri ve kendilerini müşteri olarak algılamaları arttı… Özel sektör yani özel hastaneleri görmüş olmaları… Daha önce razıydı, burası vardı sadece şimdi başka yeri gördü, o var şu var, burada niye yok gibi algılamaları olabiliyor…" (A2 G7- Hastane Yöneticisi).

Hastane yöneticisi, özel sağlık kurumlarına gidebilme olanaklarının artırılmasını hizmet alanların kendilerini *müşteri* olarak konumlandırmasında etkili bir faktör olarak yorumlamaktadır. Katılımcının söyleminde hizmet kullanıcıları, verilen hizmetlere *razı oldukları* pasif alıcı konumlarından çıkarılarak sorgulayan, talep eden bireyler olarak yeniden konumlandırılmıştır. Kamu hizmeti kullanıcılarının cahilden bilgiliye, pasiften aktife, razı olandan sorgulayana doğru geçiş yaptığı yönünde tanımlanan bu değişimler vatandaştan müşteri-tüketiciye geçiş olarak yorumlanmaktadır. Ancak pratikte bu değişimler sınıf, yaş, etnik köken ve deneyimler tarafından şekillendirilebilmektedir (Clarke J., Newman, Smith, Vidler ve Westmarland, 2007, s. 67).

Sağlık hizmetlerinde seçim söylemi, bireyin seçim yapma özgürlüğü aracılığıyla kendi kendini yönetme hakkına sahip olduğunu vurgular. İnsanların hastane, hekim seçebilme 'hakları' olduğu vurgusuyla meşrulaştırılan seçim söylemi, hizmet kullanıcılarını sağlık piyasasının müşterileri olarak yeniden konumlandırmaktadır. Politik söylemler ve çeşitli düzenlemelerle işlevselleştirilen 'müşteri' konumu, sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık kurumlarından hizmet alırken müşteri gibi davranmalarını desteklemekte ve çoğu zaman kamu sağlık kurumlarının olanaklarını zorlayan talep ve beklentilerin karşılanamaması sağlık profesyonelleri ile hizmet sundukları kişiler arasında ilişkilerin gerilmesine neden olabilmektedir.

2.6.2.2. Hasta Hakları ve Çeşitli Şikâyet Birimlerinin Kurulması

SDP'nin hedefleri arasında daha duyarlı sağlık sistemlerinin oluşturulması, devlet ile vatandaş arasındaki mesafenin azaltılması yer almaktadır. Bu doğrultuda SDP kapsamında cevap verebilirliğin artırılması amacıyla vatandaşların dilek ve

şikâyetlerini doğrudan iletebilecekleri SABİM, Hasta Hakları Birimleri ve BİMER gibi merkezler oluşturulmuştur. Katılımcılar bu merkezlerin kurulması ve işleyiş biçimlerini, hizmet kullanıcılarının müşteri-tüketici yönelimli davranışlarını destekleyen ve hizmet alanlarla aralarındaki etkileşim pratiklerini dönüştüren uygulamalar olarak değerlendirmişlerdir.

Katılımcılar, hasta hakları ve çeşitli şikâyet birimlerine şikâyetlerin önlenmesi ya da şikâyetler sonucu oluşabilecek yaptırımlardan kaçınmak için sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri kişilerle iletişim biçimlerini yeniden düzenlediklerini ifade etmişlerdir. Bir başhemşire yardımcısı, hastalara *müşteri* gibi davranmalarının nedenini şikâyetleri önleyerek *ekibi korumak* olduğunu şu ifadelerle aktarmıştır.

"Hasta haklarına daha fazla saygı var… Bir vatandaş şikâyet ettiği zaman soruşturma açılıyor ve o kişinin soruşturmaya istinaden bir üzüntüsü oluyor ve sonucunda bir cezai işlem oluyor… 183'ü arıyor, internetten şikâyet ediyorlar. Bu olduğu zaman bunun soruşturması yürütülmek zorunda… Ama bizim orada müşteri olarak bakmamızın nedeninin farklı… Ekibi korumak. Ekibin zarar görmemesi, kişilerin şikâyet etmemesini sağlamak. Memnuniyeti artırıp, şikâyetleri en az düzeye indirmek… . O hasta çok memnun olsa da olmasa da benim alacağım para belli, hemşireler için performansa göre ücret değişmiyor. Ama hasta memnuniyetsiz olursa şikâyet ettiğinde yaşanan politik şeyler ve süreçler uzun, sıkıntılı..." (A1 G15-Başhemşire Yrd.).

Görüşmelerde sağlık çalışanlarına yönelik şikâyetlerin artmasında politikacıların bu birimlerin kullanılmasını teşvik edici söylemlerinin etkili olduğu vurgulanmıştır. Vatandaşların politikacıların söylemlerinden güç alarak sağlık çalışanlarını sürekli şikâyet etme eğiliminde olduklarını belirten bir katılımcı, bu sürecin sağlık çalışanlarına etkisini aşağıdaki ifadelerle aktarmıştır.

"Beklentiler çok fazla oldu artık. Şimdi hastalar da şey var hani yıllardır çok değer verilmeyen hani hep önemsenmeyen kişiler oldular. Şimdi birden böyle fazlaca bir önem, paye, değer verilince aa biz neymişiz olup hani şimdi sağlıkçıya bir yüklenme oldu bu sefer şimdi işte şahsi haklar, şikâyet mercileri vs. Ülkenin Başbakanı bile çıkıp hastalara şunu söyledi "doktorla ya da neyle sıkıntınız varsa arayın beni ben çözeceğim "dedi. İşte BİMER, valilik kanalıyla hasta her şekilde şikâyet edebiliyor,

bazen şikâyet konusu olmayacak şeyler şikâyet konusu haline geldi. En ufak bir şey için veya sıra için normal hakkı olmayan insanlar arayıp bunu haklıymış gibi anlattığında, direk sizinle ilgili soruşturma başlatılıyor. Tabi bu napıyor çalışanların motivasyonunu düşürüyor. Çünkü sürekli savunma, ifade vermek zorunda… Bu tabi insanlarda antipati ve tedirginlik oluşturuyor" (A2 G21- SBHM Yrd.)

Hasta hakları birimleri ve şikâyet kanallarına ilişkin yaşadıkları sorunları aktaran katılımcılar ağırlıkla yönetici hemşireler olmuştur. Hasta hakları birimlerinin kurulması, bu konuda verilen eğitimler[224], basın ve medyada sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz haberler ve siyasilerin sağlık çalışanlarını suçlayan söylemlerinin hizmet verdikleri kişilerle aralarındaki geleneksel etkileşim biçimlerini değiştirdiğine dikkat çekmişlerdir. Hizmet kullanıcılarına cevapverebilirliği artırma yollarından biri olarak kurgulanan şikâyet birimleri, güvensizlik ya da denetim modelleriyle birleştirilerek kullanıldığında hizmet sağlayıcıları yanıt vermedikleri durumda kötü sonuçlarla karşılaşacaklarını bilmektedir. Bu durumda hizmet kullanıcılarının taleplerine karşılık vermek sağlık çalışanları için bir öncelik haline gelebilmektedir (Le Grand, 2010, s. 65). Bu dilek ve şikâyet modelinin bu yönde kullanılmasının en önemli sonucu sağlık çalışanlarının moral ve motivasyonunun azalması, hizmet kullanıcıları ile aralarındaki güven ilişkisinin erozyona uğramasıdır. Hemşire yöneticilerin altını çizdikleri diğer bir konu, hastaların mesleki karar ve uygulamalarına çok daha fazla müdahil olmaya başlamasıdır. Bu durumun onları hastalar karşısında *hiçbir şeye itiraz etmeyen*, pasif bir konuma getirdiği, mesleki açıdan *değer kaybına* uğradıklarını belirtmişlerdir. Hemşire yöneticiler hizmet kullanıcılarının mesleki karar ve uygulamalarına müdahalelerin artmasını, profesyonel otoritelerine bir meydan okuma olarak yorumlamışlardır.

Neoliberal sağlık politikaları bireysel haklar ve sorumluluklara yönelik ideolojik bir değişimi içermektedir. Disiplin sürecinin bireyselleştirilmesi, bireyin

[224] İşletmeci ideolojinin egemen olduğu durumlarda çalışanların eğitimleri de dâhil olmak üzere tüm faaliyetler maliyet ya da ekonomik öncelikler dikkate alınarak yapılmaktadır. Eğitimlerin değeri uzun vadede sağlık hizmetine katkısından çok kısa vadeli ekonomik kazanımlar ve dönüşüm sürecine katkısı üzerinden ele alınmaktadır. Sütlaş, Sağlık Bakanlığı'nın topluma anlatılması için "hasta hakları ve uygulamaları" ile ilgili düzenlediği eğitici eğitimlerinin bir "direktif verme" niteliğinde olduğunu ve eğitimlerin katılımcıların soru ve görüşlerine izin vermeyen bir ortamda gerçekleştiğini belirtmektedir. Ayrıca, bu toplantılara katılan insan sayısının çokluğunun önemli bir "propoganda" aracı ve bu amaçla yapılan harcamaların önemli bir "rant kaynağı" na dönüştürüldüğünü ifade etmektedir (2007).

çıkarlarına yapılan vurgu, sağlık çalışanlarının giderek artan düzeyde esnek ve güvencesiz istihdamı ve sağlık çalışanlarının hakları konusundaki sessizliğinin bir araya gelmesi sağlık sistemindeki sorunlar için sağlık çalışanlarının suçlanmasını kolaylaştıran bir ortam yaratmıştır (Beardwooda ve diğ., 1999, s. 371). AKP hükümetlerinin izlediği neoliberal politikaların bir sonucu olarak çok sayıda şikâyet birimi kurulmuş ve siyasilerin bu birimlerin kullanılması yönündeki güçlü teşvikler içeren popülist söylemleri vatandaşlar ve sağlık çalışanlarını karşı karşıya getirmiştir. Toplumun şikâyetlerine yanıt vermek ve telafi sağlamak için kurulan kamuya açık şikâyet sistemlerinin uzun vadeli uygulanabilirliği onların adil işleyişine güven duyulmasına dayanır (Brewer, 2007, s. 549). Ancak sağlık sistemi içinde oluşturulan şikâyet birimleri sağlık çalışanlarının neleri yapmadığının bilgisini veren bir denetim sistemi gibi çalışmaya başlamıştır. Bu birimlerin her türlü şikâyeti dikkate alarak işlem yapması, cezalar, soruşturmalar karşısında sağlık çalışanları yıpranmış ve hizmet verdikleri kişilerle iletişimleri olumsuz etkilenmiştir. Cezai işlemler ya da soruşturmalara maruz kalan sağlık çalışanları, yaşadıkları sorunların sorumlusu olarak hizmet kullanıcılarını, benzer şekilde vatandaşlar da sağlık sisteminde karşılaştığı sorunların nedeni olarak sağlık çalışanlarını görmeye başlamıştır. Bu karşı karşıya getirme politikasının en önemli sonucu sağlık çalışanlarına yönelik şiddettin artması olmuştur. Sağlık çalışanlarına karşı artan şiddet olaylarından sonra Bakanlığın çalışan haklarını geliştirme ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önleme konusundaki tedbirler ve desteğin yetersizliği bir katılımcı tarafından şöyle aktarılmıştır:

"Devlet bana ne para verdi ne personel verdi bu iş için. Ben ne yapacam, ben nasıl koruyacağım hekimimi, çalışanları mı? Yapcak bişey yok. Ama sorduğun zaman "çalışan haklarına çok önem veriyoruz". Naptık? 113 nolu bir telefon numarası çıkarıldı bu telefon numarasından destek alacağız. Bir arayın bakalım ne olacak? Size lafla destek oluyorlar, "öncelikle sakin olun" diyorlar" (A2 G1- Hastane Yöneticisi).

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık hizmetleri kapitalizmin işleyişinde yirminci yüzyılın son çeyreğine kadar emek gücünün gelişimi ve toplumsal yeniden üretimin sağlanması açısından önemli olmuştur. Yirminci yüzyılda kapitalizm, ulus devletlerin kamu sağlığı sistemlerini inşa etmelerine olanak sağlarken, kapitalizmin neoliberal ideolojisi 1980'lerden bu yana bu kazanımların yaygın şekilde geri alınmasını ve sermaye birikimine yönelik özel sağlık sistemlerini desteklemiştir. Dünyada neoliberal sağlık reformları 1980'li yıllarda maliyetlerin azaltılması ve verimliliğin artırılmasına odaklanırken, 1990'lı yıllarda sağlık hizmetlerinin finansman ve örgütlenmesine ilişkin yapısal reformlar gündemde olmuştur. Bu reformlara kamu yönetiminde 1980'li yıllardan beri hegemonik bir söylem haline gelmiş olan yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı kaynaklık etmiştir. Kamu örgütlerinin yeniden yapılandırılmasında özel sektör, bireysel rasyonalite ve piyasanın üstünlüğüne vurgu yapan yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı zorunlu kamu sağlık sigortalarının oluşturulması, hizmet kullanıcılarının müşteri/tüketiciye dönüşümünü destekleyen seçim olanaklarının artırılması ve özel sağlık sektörünün teşviki gibi politikalarla desteklenmiştir. Kamu hastaneleri bu kapsamda özerkleştirme ya da şirketleşme adı verilen politikalarla rekabetçi bir piyasa yapısı içinde, özel sektöre özgü yöntemlerle çalışan ve performaslarından sorumlu tutulan işletmelere dönüştürülmüştür (Jakab vd., 2002, s. vii). Kamu sağlık sistemlerinin yönetimini karakterize eden geleneksel kamu yönetimi anlayışının merkeziyetçi, bürokratik ve katı yapılarının âdemi merkeziyetçi ve esnek örgütlenme biçimleriyle yer değiştirmesini hedefleyen kamu hastanelerine yönelik bu reformlar, sağlık emeğinin verimliliğini artırma ve disiplin altına alınmasının yeni yollarını gündeme getirmiştir.

Türkiye'de neoliberal sağlık politikalarının hayata geçirilmesi 1980'li yıllarda başlamıştır. Bu yıllarda sağlık reformunun çerçevesinin çizilmesinde Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun yapısal uyum programları belirleyici olmuştur. Kamu hastanelerine işletmeci bir anlayışın getirilmesine yönelik ilk adım 1987 yılındaki Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu ile atılmıştır. 1990'lı yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ve profesyonel yöneticilik anlayışı gibi yeni kamu işletmeciliği çizgisindeki öneriler sağlık

reformlarının gündemini oluşturmuştur. 1990'lı yıllarda gerçekleşmeyen reform önerileri 2003 yılında AKP hükümetinin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya koyulmuştur. SDP'nin ana hedeflerinden biri kamu hastanelerinin "idari ve mali özerk" işletmelere dönüştürülmesi olarak belirlenmiştir. Kamu hastanelerini özerk işletmelere dönüştürme, yönetim yapısı ve yöneticilik anlayışının piyasaya uyumlu hale getirilmesine yönelik ilk girişim 2007 yılında "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" ile gündeme gelmiştir. Ancak tasarının yasalaşmaması nedeniyle ertelenen süreç 2011 yılında 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumunda geleneksel kamu yönetimi anlayışına yöneltilen merkeziyetçi, bürokratik, hantal, verimsiz ve kamu personelinin güvenceli statüde olması gibi eleştiriler yasanın meşruiyetinin sağlanmasında önemli gerekçeleri oluşturmuştur. Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı hem yeni örgütsel yapı ve ilişkilerin gelişimini meşrulaştıran hem de özel sektöre benzemenin ideolojisi olarak 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ve yönetim anlayışındaki dönüşümde merkezi bir rol oynamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın daha parçalı bir biçimde yeniden yapılandırılması, yönetim alanını genişletmiş ve yeni yapılanmada birlik ve hastane yöneticilerinin yönetsel yetkilerinin artırılması için yeni meşruiyetler sağlamıştır. İşletmeci ideoloji, Sağlık Bakanlığı'nın parçalı hale gelen yeni örgüt yapısında, birlikler ve birliğe bağlı hastanelerin işleyişi ve aralarındaki ilişkilerin niteliğini belirlemiş aynı zamanda merkeze hesap verebilirlik koşulları olarak sonuç odaklı kontrol ve performans denetiminin yeni yollarını oluşturmuştur. 663 sayılı KHK'da sağlık hizmeti piyasa koşulları içinde üretilip-tüketilebilecek bir hizmet, sağlık kurumları devlet ya da piyasa alanında hizmet üreten sosyal yapılar olarak tanımlanmıştır.

Bu araştırmanın odağı kamu sağlık hizmeti alanındaki söylemsel pratiklerin piyasalaştırılması ve metalaştırılması sürecidir. Bu sürecin örgütsel ve yönetsel boyutlarından biri 2011 yılında 663 sayılı KHK ile Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasıdır. Kamu hastane birliklerinin kurulması kamu sağlık hizmeti alanındaki söylem düzenlerinin piyasacı ve işletmeci bir anlayışla yeniden yapılandırılmasının tipik bir örneğini oluşturmaktadır. Araştırmada, kamu hastane birlikleri politikasıyla kamu sağlık hizmeti alanındaki söylem düzenlerinin yeniden yapılandırılmasının

arkasındaki nedensel mekanizmaların yani örgütsel ve yönetsel değişim söylemini ortaya çıkaran ideolojik ve toplumsal bağlamının açıklanması amaçlanmıştır. Bu amaçla 663 sayılı KHK ile getirilen düzenlemelerin odağında olan ve aynı zamanda yasanın uygulayıcıları olarak hastane yöneticilerinin kamu hastane birliklerinin kurulma ve uygulanma sürecine ilişkin söylemleri analiz edilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde Fairclough'un (1989, 1992, 2005, 2012) *diyalektik-ilişkisel eleştirel söylem analizi* yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırmanın saha çalışması Batı Akdeniz Bölgesinde bulunan Antalya, Isparta ve Burdur kentlerindeki kamu hastanelerinde gerçekleştirilmiş, araştırma verileri yaklaşık bir yıllık bir zaman dilimi içinde toplam 43 hastane yöneticisiyle yüz yüze yapılan görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizi ve bulguların değerlendirilmesi sonrasında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sürecinde yapılan birçok düzenleme kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesinin zeminini hazırlamıştır. Sağlık hizmet sunumu ve finansman işlevlerinin ayrılması sağlık hizmeti alanında piyasa ilişkilerinin kurulmasında anahtar rol oynamıştır. Araştırmada kamu hastanelerinin, ürettikleri hizmet karşılığında SGK'dan aldıkları geri ödemeler ile gelir ve giderler dengesini sağlamaya çalıştıkları ancak hastane gelirleri üzerinden Bakanlığın yaptığı kesintiler ve genel bütçeden maaş ödemeleri dışında sınırlı kaynak aktarılmasının hastaneleri mali açıdan sıkıntıya soktuğu belirlenmiştir. Devlete ait kurumlar olmasına karşın hastaneler bir işletme gibi çalışması yöneticileri tarafından *özel hastane miyiz devlet hastanesi mi?, arada kalmışlık* sözleriyle ifade edilmiştir. Yöneticilerin tanımladıkları bu durum kamu hastanelerinin kamu kurumu olma niteliğinden uzaklaştığını, diğer bir deyişle kamu ve özel sağlık hizmeti alanları arasındaki kurumsal sınırların bulanıklaştığının bir işaretidir. Kamu ve özel sağlık hizmeti arasındaki kurumsal sınırların bulanıklaşması, hastane yöneticilerinin kamu hizmetine ilişkin söylemlerine yansımıştır. Hastane yöneticileri sağlık hizmeti sunmanın *devletin asli görevleri* arasında olduğunu vurgulamakla birlikte, devletin sağlık hizmetlerindeki rolünü piyasa ilişkileri çerçevesinde tanımlamış, maliyet odaklı, finansal olarak sürdürülebilir ve özel sektörün entegre edildiği bir kamu hizmeti sunma anlayışı olması gerektiğini vurgulamışlardır. Hastane yöneticileri kamu hizmetini geleneksel kamu yönetimi ve işletmeci söylemin farklı unsurlarını eklemleyerek tanımlamışlardır.

van Dijk söylemi, gücün temelini oluşturan ve herkesin eşit erişiminin olmadığı değerli sosyal kaynaklara benzemektedir. Söyleme erişim düzeyi, sosyal gruplar ve üyelerinin gücünün bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (1996, s. 85-86). Araştırmada hekim yöneticiler, KHB yapılanmasına geçiş sürecini hazırlıksız ve dışlayıcı olarak nitelendirmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın *kervan yolda düzülür* mantığıyla hareket ettiği ve sürecin Sağlık Bakanı'nın *ben yaptım oldu* anlayışıyla ilerlediği belirtilmiştir. Hekimler güçlü bir meslek grubu olmaları ve kendilerini hastanelerin doğal yöneticileri olarak görmeleri nedeniyle söyleme erişim üzerindeki kontrollerinin azalmasını güç kaybı olarak yorumlamışlardır. 663 sayılı KHK ve sonrasındaki yasal düzenlemeler politikadan etkilenen farklı grupların uzlaştırıldığı demokratik bir anlayıştan çok siyasi iktidarın otoriterleşme eğilimini yansıtır şekilde uygulanmıştır. Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının temel stratejilerinden biri hekimler gibi profesyonel meslek grupları, meslek örgütleri ve muhalif sendikaların güçlerinin azaltılmasıdır. Kamu hizmeti sunma anlayışının ilkeleri ve çalışan haklarına odaklanarak piyasacı sağlık reformlarına karşı çıkan TTB ve muhalif sendikalar, kamu sağlık hizmeti alanına hegemonik bir söylem müdahalesi olarak kamu hastane birlikleri politikasını da karşı çıkmış ve eleştirmişlerdir. Ancak görüşleri dikkate alınmamış ve sürecin dışında bırakılmışlardır.

Araştırmada, kamu hastane birlikleri ile gerçekleştirilmesi hedeflenen kamu hastanelerine özerklik sağlanması söylemi, uygulamada yetersiz ve başarısız bir girişim olarak değerlendirilmiştir. Başarısızlığın en önemli nedenlerinden biri olarak Türkiye'nin yönetim kültüründe yerleşik olarak görülen merkeziyetçi yönetim anlayışı gösterilmiştir. Sağlık Bakanlığı süreç içinde birliklerin finans, personel, yatırım gibi stratejik alanlardaki karar alma yetkilerini Bakanlık onayına bağlayarak kontrol ve denetimi merkezileştirmiştir. Bakanlığın bu yaklaşımı bir yönetici tarafından *yerel değil merkeziyetçi olduk* sözleriyle ifade edilmiştir. Merkezileşme ve yerelleşmenin eş zamanlı gerçekleştiği süreçte, illerdeki sağlık örgütlenmesinin üç parçalı bir yapıya dönüştürülmesi kurumsal bütünlüğü bozmuş ve kurumlar arasında görev ve yetki çatışmalarına neden olarak koordinasyon sorunlarına neden olmuştur. Araştırmada *çok başlılık* olarak tanımlanan yönetsel sorunlar AKP hükümeti tarafından kamu hastane birlikleri uygulamasını sonlandırma gerekçeleri arasında gösterilmiştir.

Araştırmada, yeni kamu işletmeciliğinin 'bürokrasiyi azaltma' söyleminin aksine kamu hastane birlikleri yapılanması ile yeni yönetsel kademelerin oluşturulmasının 'bürokrasi'yi artırdığı belirlenmiştir. Bürokrasinin arttığı belirtilmekle birlikte hastane yöneticileri, hastane yönetimi ve genel sekreterlik arasındaki bürokratik işlerin yürütülmesinde sosyal ilişkilere dayanan yeni etkileşim biçimleri geliştirmişlerdir. Bir katılımcının *organik ilişkiler* olarak ifade ettiği yöneticilerin sosyal pratiklerindeki bu değişim, bürokratik yönetim yapıları içindeki kurum içi ve kurumlar arası sosyal ağların daha yoğun kullanılmasına işaret eden yeni yapılanmanın yönetişimci yönünü göstermektedir. Diğer yandan bürokrasinin azaltılması için kurumsal çözümler yerine kişisel sosyal ağların kullanılması kayırmacılık gibi davranışları destekleme potansiyeline sahiptir.

Araştırmada, 663 sayılı KHK'nın kamu hastanelerindeki yöneticilik anlayışını dönüştüren düzenlemelerinin yanısıra Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen eğitim, kongre ve seminer gibi etkinliklerin işletmeci yönetim ve özel sektör zihniyetinin hastane yöneticilerine aktarılmasında kültürel değişim araçları olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Bakanlığın bu konudaki girişimlerinin etkisi bir yönetici tarafından *bizi donanımlı hale getirdi… Eskisi gibi düşünmüyoruz artık* sözleriyle aktarılmıştır.

Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımında kamu yöneticilerine özerklik alanı sağlanması özel bir önem taşımaktadır (Üstüner, 2000, s. 26). Araştırmada hastane yöneticileri yetkilerinin özel sektördeki emsallari kadar geniş ve esnek olmamasını önemli bir sorun olarak değerlendirmişlerdir. Bir yönetici bu sorunu *iktidarız ama muktedir değiliz* sözleriyle ifade etmiştir. Yeni kamu işletmeciliği söyleminin geleneksel kamu yönetimine yönelttiği eleştirilerin merkezinde yer alan *merkeziyetçi yönetim anlayışı* ve merkezin yereldeki yöneticilere *güvensizliği* yereldeki yöneticilerin yetkilerinin sınırlı olmasının nedenleri olarak gösterilmiştir. Bununla birlikte kamu hastane birlikleri ile hastane yöneticilerinin yetkileri daraltılmış, yetkilerin önemli kısmı birliklere devredilmiş ve ilerleyen süreçte Bakanlığa geri çekilmiştir. KHB politikasının özerklik söylemi *havada kalmış bir iş* ve Bakanlığın yereldeki yöneticilere güvensizliğinin sürmesi olarak yorumlamıştır.

Türkiye'de esnek bir kamu personel sistemi oluşturmaya yönelik girişimlerin bir parçası olarak 663 sayılı KHK ile hastane yöneticilerinin ilk kez sözleşmeli statüde

istihdamı ve özel sektörden kamuya yönetici atanabilmesi gündeme gelmiştir. Araştırmada, hastane yöneticilerinin sözleşmeli statüde istihdamı, işletmeci söylemin geleneksel kamu yönetimi anlayışının kamu personel rejimine yönelttiği eleştiriler üzerinden yorumlanmıştır. Araştırmada sözleşmeli yöneticilik sisteminin yöneticilerin performanslarıyla ilişkilendirilmesi nedeniyle yönetici seçim ve atamalarında daha adil, tarafsız ve liyakate dayalı sonuçlar üretebilecek bir sistem olarak görülmüştür. Geleneksel kamu yönetimi anlayışında memurlara sağlanan statü güvencesinin sözleşmeli yöneticilikle ortadan kaldırılması *kadrolu müdürler* olarak tanımladıkları yöneticileri tasviye etmenin bir yolu olarak değerlendirilmiş ve bu yönüyle olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmiştir. Hemşire yöneticiler sözleşmeli yöneticiliği, bürokratik kültürü yöneticilerin girişimci kapasite ve eğilimlerinin gelişmesinde engel olarak gören girişimci söylem çerçevesinde yorumlamışlardır. Sözleşmeli yönetici olmak girişimci söylemin kişisel gelişim ve başarıya vurgu yapan unsurları öne çıkarılarak meşrulaştırılmıştır. Göreviyle ilgili risk ve sorumlulukları bireysel olarak üstlenebilen *aktif, dinamik* ve *iş odaklı* yeni bir yönetici kimliği tanımlamışlardır.

Yeni kamu işletmeciliği söylemi sözleşmelerle ilişkilendirilen performans ölçütlerinin bilimsel temellere dayandırılması nedeniyle yöneticilerin tarafsız, siyasi ve mesleki çıkarların dışında kalabileceği iddiasındadır. Araştırma sonuçları yöneticilerin atama ve seçimine ilişkin KHB politikasının retoriği ile pratiği arasında derin bir boşluk olduğunu göstermiştir. Kamu hastane birlikleri uygulamasında yöneticilerin seçimi ve atanmasında siyaset, cemaat, sendika gibi yapılar oldukça etkili olmuş ve sözleşmeli yöneticilik uygulaması kayırmacılık ve patronaj ilişkileri üzerinden işleyen bir güç mücadelesi alanına dönüşmüştür. Bakanlığın yerelleşme politikası mevcut siyasi himaye biçimlerini güçlendirmiş ve Sağlık-Sen örneğinde olduğu gibi yeni patronaj biçimleri ortaya çıkarmıştır. Siyasi sadakati güvence altına almak ve siyasi katılımı disipline etmek için AKP iktidarınının politikalarına eklemlenen Sağlık-Sen, yönetici atamalarında önemli rol oynamıştır. Bu bağlamda araştırmada sözleşmeli yöneticilik siyasi iktidarın yönetim kadrolarını serbestçe kullanmasını kolaylaştıran hatta bu amaçla yapılan bir düzenleme olarak yorumlanmıştır. Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının köken aldığı kamu tercihi okulu geleneksel kamu yönetimi anlayışını bürokrasi-siyaset arasındaki ilişkilerin çıkar kollama davranışını artırdığı gerekçesiyle eleştirmektedir. Bununla birlikte

bürokrasinin gücünü azaltılma ve kontrol altına almak amacıyla kamu hastane birlikleri uygulamasıyla getirilen sözleşmeli yöneticilik modeli çıkar kollama davranışını artırmış ve bürokrasi-siyaset arasındaki ilişkilerin daha da yozlaşmasına neden olmuştur.

KHB politikası 'profesyonel yöneticilik" söylemiyle hekimlerin geleneksel yönetici rolünü sorgulamaya açan düzenlemeleri gündeme getirmiştir. Araştırmada hekim yöneticilerin önemli bir kısmı hastaneleri *sağlığı bilen* kişiler olması nedeniyle hekimlerin yönetmesi gerektiğini düşünmektedir. Bununla birlikte araştırmada hekim yöneticiler profesyonel yöneticilik söyleminin yöneticilik alanında eğitim alınması gerekliliğini vurgulayan yönü ile profesyonel söylemin mesleki bilgi ve uzmanlığı öne çıkaran unsurlarını eklemleyerek profesyonel yöneticilik söylemini yeniden üretmişlerdir. Hekim yöneticilerin bu yaklaşımı kamu hastane birlikleri uygulamasının hastane yöneticiliğine ilişkin taleplerine karşılık vererek sağlık sistemi içindeki güçlerini sürdürmek istemeleri olarak yorumlanmıştır. Bununla birlikte SDP ve KHB politikasının 'profesyonel yöneticiler' retoriğinin aksine pratikte birlik ve hastane yönetimlerine büyük oranda hekimler atanmıştır. İzlenen bu stratejiyle hekimlerin sağlık sisteminin yönetimindeki güçleri korunarak KHB politikasına muhalefetlerinin azaltılmasının amaçlandığı düşünülmektedir. Bu sonuç Friedson'nun (1994) örgütsel değişimlerin tıp mesleğinin "kurumsal bir yapı" olarak gücünü sarsmadığı yönündeki görüşüyle uyumludur. Friedson, tıp mesleği içinde "iç tabakalaşma" adını verdiği seçkinler ve taban arasında artan bölünmeleri sağlık sistemindeki maliyetleri sınırlamak için devlet ve piyasadan gelen baskılara uyarlanabilir bir yanıt olarak görmektedir. Bu şekilde hekimler kurumsal özerklikleri ve güçlerinin korunması karşılığında mesleklerinin performans ölçülmesi ve izlenmesine dayalı denetim sistemlerine açık hale gelmesine rıza göstermektedir. Türkiye'de kamu hastane birlikleri uygulaması ile birlik ve hastane yöneticilerinin performanslarının ölçülmesi ve değerlendirilmesine dayalı bir sistem oluşturulmuş ve hekimler bu sürece dâhil edilerek diğer meslektaşlarını, sağlık çalışanlarını ve sistemi resmi olarak yönetmekle görevlendirilmişlerdir. Diğer bir deyişle hekimlerin kamu hastane birlikleri yapılanmasında hastanelerin yöneticileri olarak yer almaya devam etmeleri hekimlik mesleği içindeki "iç tabakalaşma" nın bir sonucu olarak okunabilir.

663 sayılı KHK ile yöneticilerin atama ve seçilme ölçütleri, ünvan, görev, yetki ve sorumluluk alanlarının yeniden düzenlenmesi hastanelerdeki geleneksel yönetim yapısını değiştirmiştir. Bu yapısal değişim her yönetici grubunun hastane yönetimindeki güç alanlarını müzakere ettiği bir süreç başlatmıştır. Araştırmada idari-mali işler alanındaki yöneticiler arasında özellikle sağlık idareciliği alanında eğitim almış olanlar hastane yöneticiliğini profesyonel yöneticilik söylemi içinde yorumlamıştır. 663 sayılı KHK'nın daha önce hekimlerin tekelinde olan yönetsel pozisyonlara hekim dışı ve özel sektörden yönetici atanabilmesinin yolunu açan düzenlemeleri, hekimlerin hastane yönetimlerindeki gücünü azaltacak olumlu gelişmeler olarak değerlendirilmiştir. Diğer yandan bu alandaki kıdemli yöneticiler geleneksel kamu yönetimi anlayışının eğitim ve kıdemi birlikte ele alan, yükselmenin kariyer sistemi içinde gerçekleştiği anlayışının korunması gerektiğine vurgu yaparak KHB politikasının kıdem ve meslek içinde yükselme ölçütlerini önemsizleştiren, hızlı yükselme mekanizmaları yaratan 'profesyonel yöneticilik' söylemini eleştirmişlerdir. Araştırmada hemşire yöneticiler kamu hastane birlikleri yapılanmasında hemşirelik hizmetleri yönetimi ve yönetsel konumlarını, güçlenme ve mesleki özerklik söylemi üzerinden yorumlamışlardır. Kamu hastane birlikleri ile *başhemşire* yerine *sağlık bakım hizmetleri müdürü* ünvanının kullanılması hemşirelik mesleği için güç ve itibar artışı olarak değerlendirilmiştir. Ancak 663 sayılı KHK ile hemşirelik hizmetleri yönetimi 'genel yönetim ilkeleri' üzerinden düzenlenmiş ve sağlık bakım hizmetleri müdürü olarak hemşirelik alanı dışından kişilerin atanması mümkün hale gelmiştir. Diğer yandan başhemşirelik ünvanının kaldırılması ve birlik düzeyinde hemşirelik hizmetleri alanından sorumlu yöneticilik pozisyonunun tanımlanmaması hemşirelerin temsil hakkını ortadan kaldıran düzenlemeler olmuştur. Bu nedenle KHB politikasının hemşirelik hizmetleri ve mesleğini güçlendirdiğini söylemek zordur.

Araştırmada, kamu hastane birlikleri ile bireysel ve kurumsal başarının belirlenmesinde sayısal verilerin temel alındığı performans ve sonuç odaklı denetim pratiklerinin önemli hale geldiği belirlenmiştir. Araştırmada hastane yöneticilerinin istenilen performans hedeflerini tutturmak, başarılı bir izlenim yaratmak için 'oyunu kurallarına göre oynamak' diyebileceğimiz yeni sosyal pratikler geliştirerek sonuç odaklı performans anlayışına direnç gösterdikleri belirlenmiştir. Araştırmada kamu hastane birliklerinin performans odaklılığı *sayısal ve görsel mutluluk* olarak

tanımlanmıştır. Benzer şekilde sağlık hizmetlerinde kalite konusu, hekim ve hemşire yöneticilerin mesleki kimlikleri üzerinden sağlıkta dönüşüm programı ve kamu hastane birlikleri uygulamasının müşteri odaklı kalite söylemine direnç gösterdikleri bir alan olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin sağlık profesyonellerince değerlendirilebilecek bir konu olarak görülmesi nedeniyle Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık hizmeti kalitesini 'müşteri memnuniyeti' üzerinden kurgulanması eleştirilmiştir. Kamu hastane birlikleri ile görünürlüğü yüksek ve hizmet kullanıcılarının beklentilerini karşılamaya yönelik hizmet sunma anlayışının öne çıktığı belirtilmiş ve bir hastane yöneticisi tarafından bu anlayış *tribünlere oynamak* olarak ifade edilmiştir.

Araştırmada, sağlık emeğini piyasa odaklı hizmet sunumuna uyumlaştırma girişimlerinin emeğin meslek, yönetsel ve toplumsal statüsüne göre farklılaştığı görülmüştür. SDP kapsamında hekimlerin tam gün yasası ile muayenehane açmasının engellenmesi, performansa göre ücretlendirme, klinik özerklikleri üzerinde bürokratik ve piyasa denetiminin artırılması gibi hekim emeğini metalaştıran düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Araştırmada siyasetçilerin hekimleri hedef alan popülist söylemlerinin hekim emeğini metalaştıran piyasa odaklı sağlık reformlarının toplumsal meşruiyetini sağlamada önemli bir işlev gördüğü belirlenmiştir. Popülist söylemlerle, piyasa odaklı sağlık reformlarının yarattığı sağlık sistemindeki yapısal sorunların sorumluluğu hekimlere yüklenmiş, profesyonel otorite ve toplumun gözündeki 'ulaşılmaz' statüleri sarsılmıştır. Araştırmada hekim emeğini metaşlatıran uygulamalardan biri olarak değerlendirilen performans sisteminin hekimleri piyasa rasyonalitesine zorlayan bir uygulama olduğu görülmüştür. Performans sistemi mesleki ve sosyal dayanışma ilişkilerini bozması, meslek etiğine uymaması, sağlık hizmetinin niteliğini düşürmesi ve sağlık hizmetini metalaştırması nedeniyle eleştirilmiştir.

Araştırma sonuçları sağlık emeğini piyasa odaklı hizmet sunumuna uyumlaştırma girişimlerinin odağında yer alan diğer meslek grubunun hemşireler olduğunu göstermektedir. Araştırmada, hemşire yöneticiler hemşirelerin hizmet verdikleri kişilerle etkileşimlerini yeniden tasarlamaya yönelik *hasta hakları, hasta memnuniyeti, iletişim* gibi konularda eğitimlerin öne çıkarılmasını, hastane yönetiminin hizmet alanlara nasıl davranılması gerektiği konusundaki sözlü telkinlerini hizmet kullanıcılarının müşteri olarak görülmesine yönelik politikaların bir

sonucu olarak değerlendirmişlerdir. Hemşirelerin bu girişimlerin odağında yer alması toplumsal cinsiyet ideolojileri ve güç ilişkileriyle yakından ilişkilidir. Hemşirelerin hastalarla nasıl iletişim kurması gerektiğine ilişkin *güleryüzlü* olmak gibi talepler sosyokültürel olarak belirlenen cinsiyet temelli beklentileri yansıtmaktadır. Toplumsal cinsiyet ideolojileri tarafından üretilen bu beklentiler bu şekilde yeniden üretilmektedir. Araştırmada yönetici hemşireler, hemşirelerin davranış ve iletişim pratiklerini sunulan hizmetin bir parçası haline getirerek hemşire emeğini metalaştırmayı hedefleyen girişimlere taktiksel olarak uyuyormuş gibi yaparak direnç göstermekte ve aynı zamanda hastalarla kurdukları iletişim pratiklerinin kültürel ve mesleki değerini sorgulamaktadırlar.

Sağlık hizmetlerindeki piyasa odaklı dönüşümün temel dinamiklerinden biri müşteri-tüketici söyleminin toplumsal alanda hegemonik hale gelmesidir. Araştırmada, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hayata geçirilen piyasa ve işletmecilik yönelimli politikalarının hastane yöneticileri ve sağlık çalışanları tarafından hizmet kullanıcılarının müşteri/tüketici olarak görülmesi yönünde güçlü bir baskı oluşturduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte hastane yöneticileri sağlık hizmeti kullanıcılarını yaygın olarak *hasta* kavramı ile tanımlamakta, müşteri/tüketici gibi kavramların sağlık hizmetlerinde kullanılması *etik dışı* görülmektedir. Araştırmada, *hasta* kavramının kullanımının yerleşikliği, kavramının hizmete özel terimler diyebileceğimiz bir kategoride yer almasının yanında neoliberal sağlık politikalarının sağlık hizmeti kullanıcılarını *müşteri/tüketici* olarak inşa etme girişimine sağlık profesyonellerinin direnç gösterdiği yollarından biri olarak değerlendirilmiştir.

Hasta seçimine yönelik politikaların genişletilmesi ve hasta seçimlerinin (tercih) hasta hakları, SABİM ve BİMER gibi çeşitli şikâyet birimleri kurularak desteklenmesinin hizmet kullanıcılarının müşteri/tüketiciye dönüşümünde etkili olduğu belirlenmiştir. Hizmet kullanıcılarının özel hastanelere erişiminin genişletilmesinin kamu hastanelerindeki hizmetlerden beklenti ve talepleri artırarak müşteri-tüketici rolünün benimsenmesinde etkili olduğu belirtilmiştir. Araştırmada, hasta hakları, SABİM, BİMER gibi birimlerin, sağlık hizmeti kullanıcılarının müşteri/tüketici rolünü desteklemesinin yanında sağlık çalışanlarını disipline etmeye yönelik bir denetim mekanizması olarak işlev gördüğü belirlenmiştir. Bu birimlerin kullanılmasını teşvik eden siyasetçilerin popülist söylemleri ve birimlerin işleyiş

biçimlerinden kaynaklı sorunlar sağlık çalışanları ve hizmet alanları karşı karşıya getirmiştir. Bu karşı karşıya getirme politikasının en önemli sonucu sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının artması olmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kamu hastanelerini 'idari ve mali açıdan özerk' kurumlar haline getirme iddiasıyla gündeme getirdiği Kamu Hastane Birlikleri yapılanması sadece 6 yıl devam etmiş, 2017 yılı Ağustos ayında yayımlanan 694 Sayılı KHK ile kaldırılmıştır. Kamu hastane birlikleri uygulaması sağlık hizmetlerinin geleneksel kamu yönetimi anlayışı içinde örgütlenmesi ve sunulmasına ilişkin anlayışın terk edilerek yerine maliyet, etkinlik, verimlilik, performans ve müşteri odaklılığın temel alındığı hizmet sunma anlayışının getirilmesi iddiasıyla meşrulaştırılmıştır. Ancak Türkiye'de kamu yönetimi ve sağlık hizmetlerinin mevcut yapısı ve işleyişi içinde geleneksel kamu yönetimi anlayışının sosyal adalet, eşitlik, tarafsızlık, liyakat, demokratik katılım, kamu malı ve vatandaşlık gibi geleneksel değerlerinin kurumsallaşmamış olması yanında mevcut kurumsal kapasiteler ise yetersizdir. Bu nedenle kamu hastane birlikleri uygulaması ile getirilen yereldeki kurumlar ve yöneticilerin yetkilerinin artırılması, performansa bağlı sözleşmeli yöneticilik, sonuç odaklı performans ve denetim biçimleri gibi düzenlemeler kamu hastanelerindeki mevcut kurumsal kapasite ve işleyişi çok daha kötüleştirmiş, siyasallaşma, kayırmacılık artmış, kamu sağlık hizmetlerinin niteliği azalmıştır.

Bu araştırmada ulaşılan sonuçlar kamu hastane birlikleri politikasının uygulayıcıları olarak hastane yöneticilerinin kamu hastane birliklerinin kurulması ve faaliyete geçtiği süreci değerlendirdikleri söylemlerinin analizine dayanmaktadır. Araştırmada 663 sayılı KHK'nın uygulayıcıları olarak hastane yöneticileri, YKİ yaklaşımının ideolojik söylemini genel olarak benimsemiş olmakla birlikte sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği ile özel sektör işletmeciliği arasındaki ilke, değer ve uygulama farklılıklarının ortaya çıkardığı çelişkiler yaşadıkları görülmüştür. Sağlık hizmeti sunumunun YKİ ilkelerine göre gerçekleştirilmesi olumlanırken, hizmet sunumundan finansmanın ayrılması ile hastanelerin kendi gelir giderlerini karşılamasının işletmecilik anlayışı ile mümkün olmadığı ifade edilmiştir. KHB politikasının yereli güçlendirme ve etkinlik söylemine karşın kamu hastane birlikleri uygulaması merkeziyetçiliğe, siyasi kayırmacılığa, çok başlılık ve koordinasyon sorunlarına neden olmuştur. Sonuç olarak araştırma sonuçları YKİ ruhuna uygun

olarak hazırlanan 663 sayılı KHK'nın işlevsel olmadığını, küresel ve ulusal düzeydeki politik söylemler ve baskılara rağmen yasanın uygulayıcıları olan hastane yöneticileri üzerinde YKİ söyleminin hegemonyasının tam olarak oluşturulamadığını göstermektedir. Bununla birlikte araştırmanın yapıldığı tarihten günümüze kadar sağlık hizmetleri alanında yaşanan dönüşümlere baktığımızda araştırmada vurgulanan sağlık hizmetlerinin piyasalaştırma ve metalaştırılmasına yönelik düzenlemelerin hız kesmeden devam ettiği görülmektedir. Sağlık emeğinin verimliliğini artırmaya yönelik performans sistemi, esnek ve güvencesiz istihdam koşullarının sürdürülmesi sağlık emeği sömürüsün daha da derinleştirmiştir. Benzer şekilde, sağlık hizmetlerini piyasalaştırmanın bir koşulu olarak neoliberal söylemin toplumsal alandaki kültürel hegemonyasını sürdürmesine hizmet eden, sağlık emekçilerini toplumun gözünde değersizleştirmeye yönelik popülist söylemlerin siyasal ve toplumsal alanda karşılık bulmaya devam etmesi sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını daha da artırmıştır. Diğer bir deyişle sağlık hizmeti alanında uygulanmaya devam etmekte olan neoliberal politikaların bir sonucu olarak sağlık emeğinin metalaştırılması, hasta seçimi, müşteri memnuiyeti gibi söylemlerin getirdiği sonuç sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artması olmuştur. Şiddet olaylarının artışı, çalışma koşullarının kötüleşmesi ve toplumun gözünde değersizleştirildiklerini düşünen çok sayıda sağlık çalışanı bu koşullar altında çalışmak istemediği için yurt dışına gitmeye başlamıştır. Diğer yandan son yıllarda yaşanan pandemi süreci sağlık hizmetinin kamusal niteliğinin korunması ve temel sağlık hizmetlerine erişimin herkes için olanaklı olmasının önemini göstermiştir. Bu bağlamda araştırmada sağlık hizmetlerindeki piyasa ve işletme yönelimli dönüşüm kamu hastane birlikleri uygulaması üzerinden analiz edilmiş olmakla birlikte araştırmada ulaşılan sonuçlar ve belirlenen sorun alanlarının birçok yönden güncelliğini ve önemini koruduğu söylenebilir.

KAYNAKÇA

1 Nolu "Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi". (2018), RG: 10/07/2018, Sayı: 30474.

1593 Sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu". (1930), RG: 06/05/1930, Düstur 3. Tertip, Cilt 11.

181 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname". (1983), RG: 14/12/1983, Sayı: 18251 (Mükerrer).

224 Sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun". (1961), RG : 12/01/1961, Sayı: 10705.

2368 Sayılı "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun". (1980), RG: 31/12/1980, Sayı:17207 (Mükerrer).

2422 Sayılı "Sosyal Sigortalar Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine İki Maddesinin Kaldırılmasına ve Bu Kanunun Bazı Ek ve Geçici Maddeler Eklenmesine Dair Kanun". (1981), RG: 08/03/1981, Sayı: 17273.

3046 Sayılı " Bakan Yardımcılarının Mali Hakları ve Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun". (1984), RG: 09/10/1984, Sayı: 18540 (Mülga:02707/2018-KHK-703/41 md.).

3359 Sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu". (1987), RG: 15/05/1987, Sayı: 19461.

4924 Sayılı "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun". (2003), RG: 24/07/2003, Sayı: 25178.

5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun". (2005), RG: 19/01/2005, Sayı: 25705.

5396 Sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkındaki Kanun". (2005), RG: 15/07/2005, Sayı: 25876.

5502 Sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu". (2002), RG: 20/05/2006, Sayı: 25705.

59. Hükümet Programı. (2003), *Hükümetler, Programları ve Genel Kurul Görüşmeleri* (Cilt 10). (Ed. İ. Neziroğlu, -T. Yılmaz) Ankara: TBMM Yayınları.

5947 Sayılı "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun". (2010), RG: 30/01/2010, Sayı: 29787.

6428 Sayılı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmündeki Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun. (2013), RG: 09/03/2013, Sayı: 28582.

6514 Sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun". (2014), RG: 18/01/2014, Sayı: 2886.

663 Sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK". (2011), RG: 02/11/2011, Sayı: 28103.

669 Sayılı "Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirlerin Alınması ve Milli Savunma Üniversiteleri Kurulması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair KHK". (2016), RG: 31/07/2016, Sayı: 29787.

694 Sayılı "Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında KHK". (2017), RG: 25/08/2017, Sayı: 30165.

703 Sayılı "Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında KHK". (2018), RG: 09/07/2018, Sayı: 25082.

Abadan, N., (1959), *Bürokrasi,* Ankara: A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.

Aberbach, J. D. - Christensen, T., (2005), Citizens and Consumers. *Public Management Review, 7*(2), pp. 225-246.

Acar, K. O., (2018), Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı: Isparta İli Üzerinden Nitel Bir Analiz. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 7*(3), ss. 703-724.

Ağartan, T. İ., (2007), Sağlıkta Reform Salgını,(Ed. Ç. Keyder- N. Üstündağ -T. Ağartan- Ç. Yoltar) içinde, *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* (s. 37-54). İstanbul: İletişim Yayınları.

Ağartan, T. İ., (2008), Turkish Health System in Transition: Historical Background and Reform Experience, *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Boğaziçi University.

Ağartan, T. İ., (2011), Metalaşma ve Sağlıkta Dönüşümün Sınırları, Türkiye'de Beden, Sağlık ve Cinsellik, (Ed. C. Özbay- A. Terzioğlu- Y. Yasin) içinde, *Neoliberalizm ve Mahremiyet* (s. 31-44). İstanbul: Metis.

Ağartan, T.- Kuhlmann, E., (2019), New Public Management, Physicians and Pooulism: Turkey's Experience With Health Reforms. *Sociology of Health & Illness, 41*(7), pp. 1410-1425.

Akalın, A., (1998), Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Hızlanıyor. *Toplum ve Hekim, 13*(3), ss. 162-166.

Akbulut, Ö. Ö., (2007a), Kamu Yönetiminde İşletmecilik Sorunu, *Mülkiye, 31*(254), ss. 73-88.

Akbulut, Ö. Ö., (2007b), Kamu Yönetiminde Kuramın Yokluğu, (Ed. Ş. Aksoy- Y. Üstüner) içinde, *Kamu Yönetimi : Yöntem ve Sorunlar* (s. 5-30). Ankara: Nobel Kitabevi.

Akbulut, Ö. Ö., (2010), Yönetsel Gerçeklik ve Yönetsel Olan, (Ed. İ. Özkal Sayan), içinde *Prof. Dr. Kurthan Fişek İçin Yönetim Üzerine* (s. 53-60), Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları Yayın No: 266.

Akbulut, Ö. Ö., (2013), Küresel Kapitalizm ve Devlet, *Toplum ve Hekim*, 28(3), ss. 165-171.

Akdağ, R., (2008), *Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu 2008,* Ankara: Sağlık Bakanlığı .

Akdağ, R., (2011), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu.* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Akdur, R., (1998), Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri. *Yeni Türkiye 4 (1984-1995)*, ss. 1-13.

Akdur, R., (2000), Sağlık Hizmetleri ve Sınırlı Kaynakların Dağıtımı (Tartışılması Gereken Sorular), *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, 8*(1), ss. 38-45.

Akdur, R., (2006), *Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu,* Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Akıllıoğlu, T., (1991), Kamu Yararı Üzerine Düşünceler, *Amme İdaresi Dergisi, 24*(2), ss. 11-22.

Akın, O., (2009), Bürokrasi Yaklaşımları Açısından Weber ve Mises, *Mülkiye Dergisi, 33*(264), ss. 101-128.

Akkaya, Y., (2003), Küreselleşme, Sendikasızlaştırma ve Yoksullaştırma, *Ekonomik Yaklaşım, 14*(49), ss. 99-110.

Aksakoğlu , G., (2008), Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü, *Memleket, Siyaset ve Yönetim, 3*(8), ss. 7-62.

Aksakoğlu, G., (1994), Denenmeyen Model: Sosyalleştirme, *Toplum ve Hekim, 9*(60), ss. 52-55.

Aksakoğlu, G., (2003), Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Politikalarında Değişim, *Sol, 199*, ss. 41-45.

Aksakoğlu, G., (2012), Seksen Sonrası : "Sosyalleştirmeye Darbe", *Füsun Sayek TTB Raporları/ Kitapları-2011: Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50. Yılı*, içinde (s. 105-116), Ankara: TTB Yayınları.

Aksakoğlu, G.- Giray, H., (2006a), Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü, *Toplum ve Hekim, 21*(5-6), ss. 335-343.

Aksoy, Ş., (1995), Yeni Sağ ve Kamu Yönetimi, *Kamu Yönetimi Sempozyum Bildirileri,* içinde (s. 159-173), Ankara: TODAİE.

Aksu Tanık, F., (2014), 1980 Sonrasında Hastanelerin Dönüşümü, *Toplum ve Hekim, 29*(6), ss. 405-413.

Aktan, C. Ç.- Dileyici, D., (2007), Kamu Tercihi İktisadına Giriş, (Ed. C. Ç. Aktan- D. Dileyici) içinde *Modern Politik İktisat: Kamu Tercihi* (s. 9-38). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Aktel, M.- Altan, Y.- Kerman, U.- Eke, E., (2013), Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı'nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz, *Sosyal Bilimler Dergisi, XV*(2), ss.53-78.

Akyürek, Ç. E., (2012), Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye, *Sosyal Güvenlik Dergisi, 2*(2), ss. 124-153.

Al, H., (2007), *Bilgi Toplumu ve Kamu yönetiminde Paradigma Değişimi* (2. Basım), Ankara: Bilimadamı Yayınları.

Alanso, J. M.- Clifton, J.- Diaz-Fuentes, D., (2011), Did New Public Management Analysis of the Outsourching and Desentralizasyon Effects on Public Sector Size, *COCOPS Working Paper No:4*, pp. 1-41.

Alastair, M.- Morgan, K., (2019), Purchaser-Provider: The International Dimension, *British Medical Journal, 310*(6974), pp. 231-235.

Alba-Juez, L., (2009), *Perspectives on Discourse Analyis: Theory and Practice,* Cambridge: Cambrigde Scholars Publising.

Allison, G. T., (1979), Public and Private Management: Are They Fundamentally Alike in All Unimportant Respects?, (Ed. J. Shafritz- A. Hyde) içinde *Classics of Public Administration,* Belmont: Wadsworth.

Altunok, M., (2012), *Türkiye'de Kamu Yönetimi Düşüncesi: Tarihsellik ve Disipliner Bağımlılık,* Ankara: Gazi Kitabevi.

Appleby, P. H., (1967), *Policy and Administration,* Tuscaloosa: Universty of Alabama Press.

Araujo Jr. J. L.- Filho, R. M., (2001), Developing an Operational Framework for Health Policy Analysis. *Revista Brasileira de Saude Materno, 1*(3), pp. 203-221.

Arık, Ö.- İleri, Y. Y., (2016), Sağlık Hizmetleri Finansmanında Türkiye'de Yeni Yaklaşım: Teşhis İlişkili Gruplar (TİG), *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 7*(2), ss. 45-53.

Arın, T., (1985), *Kapitalist Düzenleme, Birikim Rejimi ve Kriz (I): Gelişmiş Kapitalizm,* Ankara: Onbirinci Tez Kitap Dizisi.

Armada, F.- Muntaner, C.- Navarro, V., (2001), Health and Social Security Reforms in Latin America: The Convergence of the Worl Health Organization, The World Bank and Transnational Corparations, *International Journal of Health Services, 31*(4), pp. 729-768.

Aron, R., (2000), *Sosyolojik Düşüncenin Evreleri.* (Çev. K. Alemdar) İstanbul: Bilgi Yayınevi.

Aslan, O. E., (2012), *Devlet Bürokrasisi ve Kamu Personel Rejimi* (2. Basım), Ankara: İmge Kitabevi.

Ataay, F., (2007), *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme,* Ankara: TTB Yayınları.

Ataay, F., (2008a), *Neoliberalizm ve Muhafazakar Demokrasi*, Ankara: De Ki Yayınları.

Ataay, F., (2008b), Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları, *Amme İdaresi Dergisi, 41*(3), ss.169-184.

Atalay, S. A., (2015), Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu Özel Ortaklığı, (Ed. G. Yenimahalleli Yaşar- A. Göksel- Ö. Birler) içinde, *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 57-85), Ankara: Notabene Yayınları.

Atasever, M.- Bağcı, H., (2020), *Türkiye Sağlık Sistemi.* Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Ateş , H., (2001), İşletmeci, Girişimci ve Verimli Yeni Bir Kamu Yönetimi ve Devlet Anlayışına Doğru, *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, (25), ss. 45-59.

Ateş, H., (2004), Management as an Agent of Cultural Change in the Turkish Public Sector, *Journal of Public Administration Research and Theory, 14*(1), pp. 33-58.

Aydemir, İ., (2020), Sağlık Bakanlığı Örgütsel Yapısında Yaşanan Değişimler: 181, 663 ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler Ekseninde Yaşanan Bu Değişimlerin İrdelenmesi, *USAYSAD Dergisi, 6*(2), ss. 350-365.

Aydın, E., (1997), Türkiye'de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi, *Toplum ve Hekim, 12*(80), ss. 21-44.

Aydın, E., (2004), 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması, *Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*, ss. 187-207.

Aytekin, H., (2009), 224 ve Sağlık Yönetimi, (Ed. A. Türkkan-M. Gülay), *Sağlık Reformlarının Sağlık Yönetimine etkileri Sempozyum Kitabı, 19-21 Kasım 2009* içinde (s. 2-3), Bursa: Bursa Tabipler Birliği.

Aytekin, H., (2013), Türkiye'de Sağlık Hizmetleri (1920-1980), *Toplum ve Hekim, 28*(3), ss. 181-191.

Bal, H., (2014), *Sosyolojide Yöntem ve Araştırma Teknikleri*, Ankara: Sentez Yayınları.

Balcı, A., (2005), *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim*, İstanbul: Atlas Yayın Dağıtım.

Balcı, A.- Kırılmaz, H., (2005), Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği: Sağlık Bakanlığında Döner Sermaye Gelirlerinden Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, (Ed. A. Balcı- A. Nohutçu) içinde, *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-I,* (s. 169-201), İstanbul: Beta Yayınları.

Balta , E., (2013), Herkes İçin Sağlıktan Paran Kadar Sağlığa: Türkiye'de Sağlık Politikalarının Neoliberal Dönüşümü, *Praksis* (30-31), ss. 147-166.

Bardak, N., (2011), Performans Değerlendirme Yaklaşımı Olarak Dengeli Ölçüm Kartı Modeli: Isparta'daki Hastaneler Üzerine Bir Araştırma, Yayımlanmamış Doktora Tezi, SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü .

Barrientos, A.- Lyod-Sherlock, P., (2002), Health Insurance Reforms in Latin America: Cream Skimming, Equity and Cost-Containment, (Ed. L. Haagh-C. Helgo) içinde, *Social Policy Reform and Market Governance in Latin America* (s. 183-199), Basingstoke: MacMillan.

Barrow, C. W., (1993), *Critical Theories of The State: Marxist, Neo-Marxist, Post-Marxist*, London: University of Wisconsin Press.

Barry, N., (2012), *Modern Siyaset Teorisi* (3. Baskı). (Çev. M. Erdoğan-Y. Şahin), Ankara: Liberte.

Basa, E., (2017), Sağlık Turizmi, Şehir Hastaneleri ve Sağlık Serbest Bölgeleri, *Toplum ve Hekim, 32*(4), ss. 271-281.

Batley, R.- Larbi, G., (2004), *The Changing Role of Government: The Reform of Public Services İn Developing Countries*, Hampshire: Palgrave Macmillan.

Bayırbağ, M. K.- Göksel, A., (2014), Kamu Yönetimi, (Ed. G. Atılgan- A. E. Aytekin) içinde, *Siyaset Bilimi Kavramlar, İdeolojiler, Disiplinlerarası İlişkiler* (4. Basım), (s. 153-169), İstanbul: Yordam Kitap.

Baykal, T., (2015), Hemşirelikte Yönetim, *Sağlık-Sen Hemşirelik Sempozyumu*, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları No: 29.

Bayramoğlu, S., (2005), *Yönetişim Zihniyeti*, İstanbul: İletişim Yayınları.

Beardwooda, B. vd., (1999), Complaints Against Nurses: A Reflection of the New Manegerialism and Consumerism in Health Care?, *Social Science & Medicine, 48*, pp. 363-374.

Behn, R. D., (1998), The New Public Management Paradigm and The Search for Democratic Accountability, *International Public Management Journal, 1*(2), pp. 131-164.

Bekmen, A., (2013), State and Capital in Turkey During the Neoliberal Era, (Ed. İ. Akça- A. Bekmen- B. A. Özden) içinde, *Turkey Reframed: Constituting Neoliberal Hegemony* (s. 47-73), New York: Pluto Press.

Belek, H.- Belek, İ., (1997), Sağlık Hizmetlerinde Desentralizasyon, *Toplum ve Hekim, 12*(78), ss. 44-53.

Belek, İ., (1995a), Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Ne İçin? Kimin Adına?, (Ed. A. Soyer- İ. Belek) içinde, *Sağlıkta Özelleştirme* (s. 90-111), İstanbul: Sorun Yayınları.

Belek, İ., (1995b), Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor?, (Ed. İ. Belek-A. Soyer) içinde, *Sağlıkta Özelleştirme* (s. 32-53). İstanbul: Sorun Yayınları.

Belek, İ., (1995c), Sağlık: Sosyal Devletin Yapısal Bileşeni,(Ed. İ. Belek-A. Soyer) içinde, *Sağlıkta Özelleştirme* (s. 11-15), İstanbul: Sorun Yayınları.

Belek, İ., (1999), Nasıl Bir Sağlık Sistemi? Üretim Temelli Örgütlenme, *Toplum ve Hekim, 14*(5), ss. 367374.

Belek, İ., (2001a), Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma, *Toplum ve Hekim, 16*(6), ss. 430-447.

Belek, İ., (2001b), Türkiye'de Sağlık Reformları, *Toplum ve Hekim, 16*(6), ss. 438-447.

Belek, İ., (2012), Dünya Bankası Projeleri/Kredileri: Emperyalizmin Türkiye Sağlık Sistemini Ele Geçirme Projesi, *Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları-2011 Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı,*içinde Ankara: TTB Yayınları.

Belek, İ., (2013), Sağlık Reformlarında Son Nokta: Bakanlığın Organik Yapısının Yok Edilmesi, *Toplum ve Hekim, 28*(3), ss. 205-209.

Belek, İ., (2014), *Avrupa'da Sağlık Reformları: Kel Göründü...,* İstanbul: Yazılama.

Benbow, I., (2018), Juridification New Constitutionalism and Market Reforms to The English NHS, *Capital & Class*, 43(2), ss. 1-21.

Berkman, Ü.- Heper, M., (2002), Political Dynamics and Administrative Reform in Turkey, (Ed. A. Farazmand) içinde, *Administrative Reform and Developing Countries* (s. 151-163), London: Praeger.

Best, S.- Kellner, D., (2011), *Postmodern Teori: Eleştirel Sruşturmalar* (2. Basım), (Çev. M. Küçük), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Bevir, M., (2009), *Key Concepts in Governance,* London: SAGE Publications.

Bevir, M.- Krupicka, B., (2011), Commentary: Responses to B. Guy Peters, *Critical Policy Studies, 5*(4), pp. 450-453.

Bevir, M.- Trentman, F., (2004), *Markets in Historical Contexts: Ideas and Politics in The Modern World,* Cambridge: Cambridge Universty Press.

Bilgiç, V., (2003), Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı, (Ed. A. Balcı- A. Nohutçu- N. K. Öztürk- B. Çoşkun) içinde, *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar* (s. 25-38), Ankara: Seçkin Kitabevi.

Blane, D., (1987), The Value of Labour-Power and Health, *Sociological Theory and Medical Sociology.* içinde Routledge .

Blanpain, J., (1994), Health Care Reform: The European Experience, *Changing The Health Care Systems: Models From Here and Abroad* içinde (s. 5-16), National Acedemic Press.

Blas, E., (2004), The Proof of the Reform is in The Implementation, *International Journal of Health Planning and Management, 19*, pp. 3-23.

Bloomfield, P. B., (1991), The Role of Information Systems in the UK National Health Service: Action at a Distance and the Fetish of Calculation, *Social Studies of Science, 21*(4), pp. 701-734.

Bolton, S. C., (2002), Consumer as a King in the NHS, *The International of Public Sector Management, 15*(2), pp. 129-139.

Bolton, S. C., (2003), Multiple Roles? Nurses as Manager in the NHS, *The International Journal of Public Management Sector, 16*(2), pp. 122-130.

Bolton, S. C., (2004), A Simple Matter of Control? NHS Hospital Nurses. *Journal of Management Studies, 41*(2), pp. 317-333.

Bolton, S. C., (2005), 'Making Up' Managers: The Case of NHS Nurses, *Work, Employment & Society, 19*(1), pp. 5-23.

Boratav, K., (2005b), *1980'li Yıllarda Türkiye'de Sosyal Sınıflar ve Bölüşüm* (2. Basım). Ankara: İmge Kitabevi.

Boratav, K., (2005b), *Türkiye İktisat Tarihi: 1908-2002* (9. Basım). Ankara: İmge Kitabevi.

Boratav, K., (2014), İktisat Tarihi (1981-2002), (Ed. S. Akşin) içinde, *Türkiye Tarihi Bugünkü Türkiye 1980-2003* (10. Basım),(s. 187-243), İstanbul: Cem Yayınevi.

Bostan, S.- Ağaç, G., (2019), Kamu Hastaneler Birliği Yapılanmasının Sağlık Hizmeti Sunum Süreçlerine Etkisinin Yönetici ve Çalışan Açısından Değerlendirilmesi, *İşletme Bilimi Dergisi, 7*(1), ss. 151-174.

Boucher, G., (2012), *Understanding Marxism,* New York: Routlegde.

Boyne, G. A., (2002), Public and Private Management: What's The Difference?, *Journal of Management Studies, 39*(1), pp. 97-122.

Bozeman, B., (2007), *Public Values and Public Interest,* Georgetown Universty Press.

Bozeman, B.- Brestschneider, S., (1994), The "Publicness Puzzle" in Organization Theory: A Test of Alternative Explanations of Differences Between Public and Private Organizations, *Journal Public Administration Theory and Research, 4*(2), pp. 197-223.

Bozkurt, Ö.- Ergun, T., (2008), *Kamu Yönetimi Sözlüğü* (Ed. S. Sezen), Ankara: TODAİE Yayın No: 342.

Bradshaw, P. L.- Bradshaw, G., (2004), *Health Policy for Health Care Professonals,* SAGE Publications.

Brewer, B., (2007), Citizen or Customer? Complaints Handling in the Public Sector, *International Review of Administrative Sciences, 73*(4), pp. 549-556.

Briggs, A., (1961), The Welfare State in Historical Perspective, *European Journal of Sociology, 2*(2), pp. 221-258.

Broadbent, J.- Laughlin, R., (2002), Public Service Professionals and The New Public Manegement, *New Public Management: Current Trends and Future Prospects* (s. 95-108) içinde London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group.

Brown, J., (2002), Yönetişim ya da Neoliberalizmin Siyasi Düzeni. *Birikim* (158), ss. 36-43.

Brown, W., (2005), *Edgework: Critical Essay on Knowledge and Politics,* Princeton: Princeton Universty Press.

BSB., (2012), *IMF Gözetiminde On Uzun Yıl: 1998-2008 Farklı Hükümetler Tek Siyaset* (2. Basım), İstanbul: Yordam Kitap.

Buchanan, J., (1978), *The Economics of Politics,* London: Institute of Economic Affairs.

Buğra, A., (2008)., *Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika* (2. Basım), İstanbul: İletişim Yayınları.

Buğra, A., (2020), Politics of Social Policy in a Late Industrializing Country: The Case of Turkey, *Development and Change, 51*(2), pp. 442-462.

Buğra, A.- Candaş, A., (2011), Change and Continuity Under an Eclectic Social Security Regime: The Case of Turkey, *Middle Eastern Studies, 47*(13), pp. 515-528.

Bulut, A., (2007), Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi,(Ed. Ç. Keyder- N. Üstündağ- T. Ağartan- Ç. Yoltar) içinde, *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* (s. 111-125), İstanbul: İletişim Yayınları.

Buse, K.- Mays, N.- Walt, G., (2005), *Making Health Policy.* New York: Open Universty Press.

Callahan, D.- Wasunna, A. A., (2006), *Medicine and Market: Equity V. Choice.* New York: John Hopkins Universty Press.

Calnan, M.- Gabe, J., (2001), From Consumerisim to Partnership? Britain's National Health Service at the Turn of the Century, *International Journal of Health Services, 31*(1), pp. 119-131.

Cameron, D., (2000), Styling the Worker: Gender and the Commodification of Language in the Globalized Service Economy, *Journal of Sosyolinguistic, 4*(3), pp. 323-347.

Carnoy, M., (1984), *The State and Political Theory*, Princeton: Princeton Universty Press.

Carrick, P., (2007), The Public Funding of Health Care, (Ed. N. Maclean) içinde, *Distrubuting Health Care: Principles, Practices and Politcs* (s. 18-47). Imprint Academic.

Carter, S.- Henderson, L.,(2005), Approaches to Qualitative Data Collection in Social Science, (Ed. A. Bowling- S. Ebrahim) içinde, *Handbook of Health Research Methods: Investigation, Measurement and Analysis* (s. 215-229). New York : Open Universty Press.

Cebeci, A., (2012), *Bilmediğimiz Kapitalizm, Gizli Elin Kurumsallaşması: YÖKİK.* İstanbul: SAV Yayınları.

Cebeci, A.,(2013), 2000'li Yıllarda Türkiye'deki Kamu Yönetimi Değişimini Çözümlemek, *Marmara Üniversitesi İ.İ.B. Dergisi, XXXV*(II), ss. 175-206.

Chiapello, E.- Fairclough, N. (2002), Understanding The New Management Ideology: A Transdisciplinary Contribution From Critical Discourse Analysis and New Sociology of Capitalism, *Discourse & Society, 13*(2), pp. 185-208.

Chouliaraki, L.- Fairclough, N., (1999), *Discourse in Late Modernity: Rethinking Critical Discourse Analysis*, Edinburgh : Edinburgh Universty Press.

Chouliaraki, L.- Fairclough, N., (2010), Critical Discourse Analysis in Organizational Studies: Towards an Integrationist Methodology, *Journal of Management Studies, 47*(6), pp. 1213-1218.

Church, J.-Gerlock, A.- Smith, D. L., (2018), Neoliberalism and Accountability Failure in the Delivery of Services Affecting the Health of the Public, *International Journal of Health Services, 48*(4), pp. 641-662.

Clark, D., (2002), Neoliberalism and Public Service Reform: Canada in Comparative Perspective, *Canadian Journal of Political Science, 35*(4), pp. 771-793.

Clarke, J.,(1982), Taking Politics Seriously: Thatcherism, Marxism and Welfare in Britain, *Crime and Social Justice, 18*, pp. 46-52.

Clarke, J., (1998), Thriving on Chaos? Managerialisation and Social Welfare, (Ed. J. Carter) içinde, *Postmodernity and The Fragmentation of Welfare* (s. 171-187), London and New York: Routledge .

Clarke, J., (2004), Dissolving The Public Realm? The Logics and Limits of Neo-Liberalism, *Journal Social Policy, 33*(1), pp. 27-48.

Clarke, J., (2006), Consumers, Clients or Citizens? Politics, Policy And Practice in the Reform of Social Care, *European Societies, 8*(3), pp. 423-422.

Clarke, J. Newman , J. E., (1997), *Managerial State: Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare,* London: SAGE Publications.

Clarke, J. vd., (2007), *Creating Citizens-Consumer,* London and New York: Sage Publications.

Clarke, S., (2004), *Devlet Tartışmaları: Marksist Bir Devlet Kuramına Doğru,* Ankara: Ütopya Yayınları.

Collins, C., (1989), Decentralization and the Need for Critical and Political Analysis, *Health Policy and Planning, 4*(2), pp. 168-171.

Collins, C.- Hunter, D. J.- Green, A., (1994), The Market and Health Sector Reform, *Journal of Management in Medicine*, 8(2), pp. 42-55.

Collins, C.-Omar, M.- Hurst , K., (2000), Staff Transfer and Management in the Government Health Sector in Balochistan Pakistan: Problems and Contex, *Public Administration and Development, 20*, pp. 207-220.

Connell, R., (2014), Understanding Neoliberalism, (Ed. S. Bradley- M. Luxton) içinde, *Neoliberalism and Everyday Life* (s. 22-36), Montreal&Kingston: Mc Gill-Queen's Universty Press.

Cookson, R. vd., (2010), Competition and Inequality: Evidence From the English National Health Service 1991-2001, *Journal of Public Administration Research and Theory, 20*, pp. 181-205.

Coşar, S.- Yeğenoğlu, M., (2009), The Neoliberal Restructuring of Turkey's Social Security System, *Monthly Review: An Independent Socialist Magazine, 60*(11), pp. 36-51.

Courpasson, D., (2000), Managerial Strategies of Domination: Power in Soft Bureaucracies, *Organization Studies, 21*(1), pp. 141-160.

Cox, D., (1991), Health Service Manegement-A Sociological View: Griffiths and Non-Negotiated Order of the Hospital, (Ed. J. Gabe- M. Calnan- M. Bury) içinde, *The Sociology of the Health Service* (s. 89-114), London: Routledge.

Creswell, J. W., (2013), *Nitel Araştırma Yöntemleri* (3. Baskıdan Çeviri), (Çev. M. Bütün- S. B. Demir), Ankara: Siyasal Kitabevi.

Creswell, J. W., (2017), *Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları,* (Çev. S. B. Demir), Ankara: Eğiten Kitap.

Cribb, A., (2008), Organizational Reform and Health-Care Goods: Concern About Marketization in the UK NHS, *Journal of Medicine and Philosophy, 33*, pp. 221-240.

Crinson, I., (2009), *Health Policy: A Critical Perspective,* London: SAGE Publications.

Cueto, M., (2004), The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care, *American Journal of Public Health, 94*(11), pp. 1864-1874.

Çağıl, H., (2012), Kamu Hastaneleri Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı, (Ed. Y. I. Ülman- F. Artvinli) içinde, *Değişen Dünyada Biyoetik* (s. 106-110), İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını.

Çalıkoğlu, Ş., (2009), Trends in Distribution of Health Care Financing Across Developed Countries: The Role of Political Economy of States, *International Journal Of Health Services, 39*(1), pp. 59-83.

Çavdar, T., (2004), *Türkiye'nin Demokrasi Tarihi 1839-1950,* Ankara: İmge Kitabevi.

Çırakman, B., (1976), Kamu Hizmeti, *Amme İdaresi Dergisi, 9*(4), ss.75-94.

Çoban, A. R., (2003), Kamu Tercihi Teorisi, (Ed. M. Acar- H. Özgür) içinde, *Çağdaş Kamu Yönetimi I* (s. 75-95), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Çoşkun, S., (2003), Kamu Yönetiminde Yönetişim Yaklaşımı, (Ed. A. Balcı -A. Nohutçu- N. K. Öztürk- B. Çoşkun) içinde, *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar* (s. 39-55), Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Çulhaoğlu, M., (1994), 60'lı Yıllar : "Küçük Amerika'dan "Büyük Türkiye" ye Kısa Süren Balayı, *Toplum ve Hekim, 60*(9), ss. 42-43.

Danemark, B. vd., (2003), *Toplumu Açıklamak Sosyal Bilimlerde Eleştirel Realizm.* (Çev. Ü. Tatlıcan), Ankara: Phoenix Yayınevi.

Dawson, S.- Dargie, C., (2005), New Public Manegement: A Discussion With Special Reference to UK Health, (Ed. K. Mc Laughin- S. P. Osborne- E. Ferlie) içinde, *New Public Management: Current Trends and Future Prospects,* Taylor& Francis.

Dean, H.,(2014), *Welfare Rights and Social Policy,* London/New York: Routledge.

Dedeoğlu, N., (2008), Cumhuriyetten Bugüne Bulaşıcı Hastalıklarda Değişme ve Sağlık Politikaları ile İlişkisi, *Toplum ve Hekim, 23*(6), ss. 430-435.

Demirer, T.- Demirer, Y., (1994), Türkiye'de Sosyal Devlet (Mi ?..), *Toplum ve Hekim, 9*(60), ss. 44-45.

Demirhan, N., (2014), Sağlık Bakanlığı Örgütlenmesi ve Sağlık Hizmetleri Anlayışını Yeniden Düzenleyen 663 Sayılı KHK Anayasa Mahkemesi Karar Tahlili, *Anayasa Hukuku Dergisi, 3*(5), ss. 246-278.

Denhart, J. V.- Denhart, R. B., (2016), *The New Public Service: Serving, Not Steering* (2. Basım), London-New York: Routledge.

Denhart, R. B., (1981), Toward a Critical Theory of Public Organization., *Public Administration Review, 41*(6), pp. 628-635.

Denhart, R. B.- Denhart, J. V., (2000), The New Public Service: Serving Rather Than Steering. *Public Administration Review, 60*(6), pp. 549-559.

Dent, M., (2003), *Remodelling Hospitals and Health Professions in Europe: Medicine, Nursing the State,* New York: Pagrave Mcmillan.

Deppe, H.-U., (2014), Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaştırmaya Karşı Dayanışma, (Ed. L. Panitch- C. Leys) içinde, *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları* (çev. U. Haskan), İstanbul: Yordam Kitap.

Devenney, M., (2004), *Ethics and Politics in Contemporary Theory Between Critical Theory and Post-Marxism,* New York: Routledge.

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğine Ek Bir Madde Eklenmesine Dair Yönetmelik (Bakanlar Kurulu Kararı: 3.4.2003, Karar Sayısı: 2003/5443), (2003), RG: 17/04/2003,Sayı: 25082.

DHSS., (1983), *The Nhs Management Inquiry (The Griffiths Report),* London: HMSO.

Diefenbach, T., (2009), New Public Management in Public Sector Organizations: The Dark Sides of Managerialistic 'Enlightenment', *Public Administration, 87*(4), pp. 892-909.

Dilik, S.,(1985), Atatürk Döneminde Sosyal Politika, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 43*(1-2), ss. 93-102.

Dirican, R., (1970), Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni, 7*, ss. 184-193.

Dirican, R., (1994), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri, *Toplum ve Hekim, 9*(60), ss. 49-51.

Dobuzinskis, L., (1997), Historical and Epistomological Trends in Public Administration, *Journal of Management History, 13*(4), pp. 298-316.

DoH., (1987), *Promoting Better Health,* London: HMSO.

DoH. (1989), *Working For Patients,*. London: HMSO.

DoH. (1991). *The Patient's Charter*. London: HMSO.

DoH., (1997), *New NHS: Modern, Dependable*, London: HMSO.

DoH., (2000), *The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan For Reform*, London: HMSO.

Dollery, B., (2009), The Influence of Economic Theories of Government Failure on Public Management Reform, (Ed. S. F. Goldfinch-J. L. Wallis) içinde, *International Handbook of Public Management Reform*, Massachusetts, UK/USA: Edward Elgar Publishing.

Doolin, B., (2002), Enterprise Discourse, Professional Identiy and Organizational Control of Hospital Clinicians, *Organization Studies, 23*(3), pp. 369-390.

Doyal, L., (1976), *The Political Economy of Health*, London: Pluto.

Doyal, L.- Pennell, I. (1991), *The Political Economy of Health*, London: Pluto Press.

DPT., (1963), *Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl) 1963-1967*, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.

DPT., (1968), *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972*, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.

DPT., (2001), *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu,* Ankara: DPT Yayınları.

du Gay, P., (2000), Entrepreneurial Governance and Public Management: The Anti-Bureaucrats, *New Managerialism, New Welfare?* (Ed. J. Clarke- S. Gewirtz-E. McLaughlin) içinde (s. 62-82), London: SAGE Publications.

du Gay, P., (2002), *Bürokrasiye Övgü*, İstanbul: Değişim Yayınları.

Dunleaavy, P.- Hood, C., (1994), From Old Public Administration to New Public Management, *Public Money & Management, 14*(3).

Durmuş, A.- Durmuş, M. N., (2019), Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 5*(2), ss. 2016-229.

Dülgar, İ. P., (2015), Kamu Personel Politikalarının Ortak Çatısı: Devlet Memurluğu Kalıbından Sıyrılma, (Ed. B. Övgün) içinde, *AKP Nasıl Yönetti? (2002-2015)* (s. 53-111), Ankara: Nika Yayınları.

Eder, M., (2010), Retrating State? Political Economy of Welfare Regime Change in Turkey, *Middle East Law and Governance, 2*, pp. 152-184.

Ehsan, M.- Naz, F., (2003), Origin, Ideas and Practice of New Public Management: Lessons for Developing Countries, *Asian Affaiırs, 25*(3), pp. 30-48.

Eikemo, T. A.- Bambra, C., (2008), The Welfare State: a Glossary for Public Health, *Journal of Epidemiology and Community Health (1979-), 62*(1), pp. 3-6.

Eken, İ., (2020), Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısına İlişkin Merkeziyetçilik/Ademi Merkeziyetçilik Düzenlemeleri Üzerine Bir İnceleme, *Kafkas Üniversitesi İİBF Degisi*, 11(1), ss. 269-305.

Ekinci, T. Z., (1980), Sağlık Örgütlenmesinde Tarihsel Gelişme ve Yapısal Sorunlar. *Toplum ve Hekim, 5*(30), ss. 35-47.

Elbek, O., (2015), "Herşey Sermaye İçin Sevgilim", (Ed. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel- Ö. Birler) içinde, *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 21-57), Ankara: Notebene Yayınları.

Elbek, O.- Adaş, E. B., (2009), Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12*(1), ss. 33-44.

Ellison, N., (2011), Neo-liberalism, (Ed. P. Alcock- M. May- S. Wright) içinde, *The Student's Companion to Social Policy* (4. Basım), (s. 57-63), John Willey& Sons, Incorporated.

Engels, F., (2014), *Ailenin, Özel Mülkiyetin ve Devletin Kökeni*, (Çev. H. İlhan), Ankara: Alter Yayıncılık.

Erbaydar, T., (2002), Sağlık; Kimin için?, *Toplum ve Hekim, 17*(4), ss. 304-313.

Ercan, F., (2002), Çelişkili Bir Süreklilik Olarak Sermaye Birikimi-I (Türkiye'de Kapitalizmin Gelişme Dinamiklerinin Anlaşılması İçin Marksist Bir Çerçeve Denemesi), *Praksis* (5), ss. 25-75.

Ercan, F., (2003), Sermaye Birikimin Çelişkili Sürekliliği : Türkiye'nin Küresel Kapitalizmle Bütünleşme Sürecine Eleştirel Bir Bakış, (Ed. N. Balkan- S. Savran) içinde, *Neoliberalizmin Tahribatı: 2000'li Yıllarda Türkiye* (s. 9-43), İstanbul: Metis Yayınları.

Ercan, F., (2008), Türkiye'yi Anlamak Bir Çerçeve Denemesi, *Toplum ve Hekim, 23*(5), ss. 354-365.

Erdoğdu, S., (2006), Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu, *Mülkiye Dergisi* (252), ss. 211-236.

Eren, V., (2008), Devletin Yapısında ve İşlevlerinde Değişim, (Ed. M. Özel- V. Eren) içinde, *Devletin Dönüşümü ve Yeni Dönem Kamu Yönetimi* (s. 37-87), Konya: Çizgi Kitabevi.

Eren, V.- Eken, M., (2007), Kamu Personel Rejiminde Reform Arayışları, (Ed. Ş. Aksoy- Y. Üstüner) içinde, *Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar* (s. 173-193), Ankara: Nobel Yayınları.

Erençin, A.- Yolcu, V., (2008), Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi, *Memleket Siyaset Yönetim, 3*(6), ss. 118-136.

Ergun Dericioğulları, A., (2010), Türkiye'de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örnekleri Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta: SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı.

Ergun Dericioğulları, A.- Ergun, C., (2009), *Geleceğin Güvensiz İnşası Sosyal Güven(siz)lik Reformu,* İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Ergun, T., (2004), *Kamu Yönetimi: Kuram, Siyasa, Uygulama,* Ankara: TODAİE Yayın No: 322.

Ertaş, H.- Ekizer, A., (2019), 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin (KHK) İnsan Kaynakları Yönetimi Üzerinde Etkisi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalr Dergisi* (17), ss. 29-50.

Eryılmaz, B., (2010), *Bürokrasi ve Siyaset,* İstanbul: Alfa Yayınları.

Eryılmaz, B., (2013), *Kamu Yönetimi* (6. Baskı), İstanbul: Umuttepe Yayıncılık.

Esping-Andersen, G., (2008), Altın Çağ Sonrası? Küresel Ekonomide Refah Devleti İkilemleri, (Ed. A. Buğra-Ç. Keyder) içinde, *Sosyal Politika Yazıları* (s. 53-100), İstanbul.

European Observatory on Health Care Systems, (1999), *Health Care Systems in Transition: United Kingdom,* European Observatory on Health Care Systems.

Evans, B.- Richmond, T- Shields, J., (2005), Structuring Neoliberal Governance: The Nonprofit Sector, Emerging New Modes of Control and The Marketisation of Service Delivery, *Policy and Society, 24*(1), pp. 73-97.

Exworthy , M.- Freeman, R., (2009), The United Kingdom Health Policy Learning in the National Health Service, (Ed. T. Marmor- R. Freeman- K. Okma) içinde, *Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care* (s. 153-180). New Haven and London: Yale Universty Press.

Exworthy, M.- Mohan, J.- Powell, M., (1999), Markets, Bureaucracy and Public Management: The NHS, Quasi-Market, Quasi-Hierarchy and Quasi-Network. *Public Money& Management,* 19(4), pp. 15-22.

Eyuboğlu, İ. Z., (1998), *Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü,* Sosyal Yayınlar.

Fairclough , N., (1989), *Language and Discourse,* London: Longman.

Fairclough, I.- Fairclough, N., (2012), *Political Discourse Analysis: A Method for Advanced Students,* New York and London: Taylor and Francis Group.

Fairclough, N., (1992), *Discourse and Social Change,* Cambridge: Polity Press.

Fairclough, N., (1993), Critical Discourse Analysis and The Marketization of Public Discourse: The Universities, *Discourse & Society, 4*(2), pp. 133-168.

Fairclough, N., (1995), *Critical Discourse Analysis,* London: Longman.

Fairclough, N., (1996), Technologisation of Discourse, (Ed. M. Coulhard- R. Caldas) içinde, *Texts and Practices: Readings in Critical Discourse Analysis* (s. 71-83), London, UK: Routledge.

Fairclough, N., (1999), Global Capitalism and Critical Awareness of Language, *8*(2), pp. 71-83.

Fairclough, N., (2001), Critical Discourse Analysis, *How to Analysis Talk in Institutional Settings: A Casebook of Methods* (s. 25-38) içinde London-New York: Continiuum.

Fairclough, N., (2003), *Analysing Discourse Textual Analysis for Social Research,* New York-London: Routledge .

Fairclough, N., (2003), Söylemin Diyalektiği, (Ed. B. Çoban- Z. Özarslan) içinde, *Söylem ve İdeoloji* (Çev. B. Çoban- Z. Özarslan- N. Ateş) (s. 173-184), İstanbul: Su Yayınları.

Fairclough, N, (2005), Discourse Analysis in Organization Studies: The Case for Critical Realism, *Organization Studies*, *26*(6), pp. 915-939.

Fairclough, N.,(2009), A Dialectical- Relation Approach to Critical Discourse Analysis in Social Research, (Ed. R. Wodak- M. Meyer) içinde, *Methods of Critical Discourse Analysis* (s. 162-186), London: Sage Publication.

Fairclough, N., (2013), Critical Discourse Analysis and Critical Policy Studies, *Critical Policy Studies, 7*(2), pp. 177-197.

Fairclough, N.- Graham, P., (2003), Eleştirel Söylem Çözümleyicisi Olarak Marx: Eleştirel Yöntemin Yaratılışı ve Küresel Sermayenin Eleştirisi İle Bağıntısı, (Ed. B. Çoban- Z. Özarslan) içinde, *Söylem ve İdeoloji* (Çev. B. Çoban- Z. Özarslan- N. Ateş), (s. 185-243), İstanbul: Su Yayınları.

Fairclough, N.- Jessop, B.- Sayer, A., (2002), Critical Realism and Semiosis. *Alethia, 5*(1), pp. 2-10.

Farazmand, A., (2002), Administrative Reform and Development: An Introduction,(Ed. A. Farazmand) içinde, *Administrative Reform and Developing Nations* (s. 1-13), London: Praeger .

Fayol, H., (2008), *Genel ve Endüstriyel Yönetim.* (Ed. B. H. Akın), (Çev. A. Çalıkoğlu), Ankara: Adres Yayınları.

Ferguson, I.-Lavalette, M.- Mooney, G., (2002), *Rethinking Welfare: A Critical Perspective,* London-Thousand Oaks-New Delhi: SAGE Publications.

Ferlie, E.- Andresani, G., (2006), Roundtable, *Public Management Review*, *8*(3), pp. 389-394.

Ferlie, E.- Steane, P.,(2002), Changing Developments in NPM. *İnternational Journal of Public Administration, 25*(12), pp. 1459-1469.

Filiz, M., (2017), Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Personellerinin Algısı (Sivas İli Örneği) Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği ABD.

Fişek, K., (2012), *Yönetim* (4. Basım), Ankara: Kilit Yayınları.

Fişek, N., (1983), *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara: Çağ Matbaası.

Fişek, N., (1984), Türkiye'de Sağlık Politikası, *Toplum ve Hekim, 6*(34), ss. 30-31.

Fişek, N., (1991), Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları, *Toplum ve Hekim, 7*(48), ss. 2-4.

Fişek, N., (1997), Halk Sağlığında 50. Yıl, (Ed. R. Dirican) içinde, *Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları I: Sağlık Yönetimi,* Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.

Fitzpatrick, R.- Boulton, M., (1994), Qualitative Methods for Assessing Health Care. *Quality in Health Care, 3*, pp. 107-113.

Fletcher, J. A., (2017), Applying Critical Realism in Qualitative Research: Methodology Meets Method, *International Journal of Social Research Methodology, 20*(2), pp. 181-194.

Flynn, R., (1992), *Structures of Control in Health Management*, London and New York: Routledge.

Frederickson, G. H., (2012), Toward a New Public Administration, (Ed. J. M. Shafritz-A. C. Hyde) içinde, *Public Administration Classic Readings* (s. 251-262), Wadsworth Cengage Learning.

Friedson, E., (1994), *Professionalism Reborn*, Cambridge: Polity Press.

Fry, B. R.- Nigro, L. G., (1996), Max Weber and US Public Administration: The Administrator as Neutral Servant, *Journal of Management History, 2*(1), pp. 37-46.

Gamble, A., (1994), *The Free Economy and The Strong State: The Politics of Thacherism*, London: Macmillan.

Gewirtz, S.- Clarke, J.- McLaughlin, E., (2000), Reinventing The Welfare State, (Ed. J. Clarke- S. Gewirtz- E. McLaughlin) içinde *New Managerialism New Welfare?* (s. 1-27), London: Sage Publication.

Giddens, A., (2001), *Üçüncü Yol ve Eleştirileri*, (Çev. N. Şad), Ankara: Phonix Yayınevi.

Ginsburg, N., (1979), *Class, Capital and Social Policy*, London and Basingstoke: Macmillan Press.

Giray, H.-Aksakoğlu, G., (2006b), Sağlıkta Sosyal Devlet Hizmetinden Piyasa Ekonomisine, *TDB Diş Hekimi, 15*(47-48), ss. 1-3.

Godlee, F., (1994), WHO in Retreat: Is İt Losing İts İnfluence?, *British Medical Journal, 309* (6967), pp. 1491-1495.

Gorski, P. S., (2013), What is Critical Realism? And Why Should You Care?, *Contemporary Sociology, 42*(5 (Special Issue)), pp. 658-670.

Gough, I., (1979), *The Political Economy of The Welfare State*,. Basingstoke, Macmillan.

Gough, I., (1980), Thatcherism and Welfare State. *Marxism Today*, July, pp. 7-13.

Gökbayrak, Ş., (2010), Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü, *Çalışma ve Toplum, 25*(2), ss. 141-162.

Gözübüyük, Ş., (1997), *Yönetim Hukuku* (10. Basım), Ankara: Turhan Kitabevi.

Gramsci, A., (2012a), *Hapisane Defterleri II*, İstanbul: Kalkedon Yayınları .

Gramsci, A., (2012b), *Hapisane Defterleri III*, İstanbul : Kalkedon Yayınları .

Gramsci, A., (2014), *Hapisane Defterleri IV*, İstanbul: Kalkedon Yayınları .

Gray, A.- Jenkins, B., (1995), From Public Administration to Public Management: Reassessing a Revolution?, *Public Administration, 73*, pp. 75-99.

Gray, A.- Jenkins, B., (2006), From Public Administration to Public Management: Reassesing a Revolution?,(Ed. E. Otenyo - N. Lind) içinde, *Comparative Public Administration: Essantials Readings* (s. 543-572), New York: Elseiver.

Green , A., (2007), *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems* (Third Edition), New York: Oxford Universty Press.

Green, A.-Collins , C., (2003), Health Systems in Developing Countries: Public Sector Managers and the Management of Contradictions and Change. *International Journal of Planning Management*.

Greener, I., (2004), Health Service Organisation in The UK: A Political Economy Approach. *Public Administration, 82*(3), pp. 657-676.

Gül, H., (1999), Kamu Yönetiminde Piyasa Temelli Yeni Model Arayışları ve Türk Kamu Yönetiminde Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği, *Kamu Yönetiminde Kalite, 2. Ulusal Kongresi,* (s.15-30). Ankara: TODAİE.

Gül, H.- Sallan Gül, S., (2007), Kamu Yönetimi ve Sosyal Güvenlik Reformları Karşısında Sosyal Devlet, (Ed. A. Göktürk-M. Özfidan- G. Ünlü) içinde, *Kamu Yönetimi Forumu KAYFOR IV Kuramdan Uygulamaya (Yönetim ve Reform)* (s. 495-521). Muğla: Muğla Belediyesi Yayınları.

Gülalp, H., (1993), *Kapitalizm, Sınıflar ve Devlet*, (Çev. O. Akınhay-A. Yılmaz), İstanbul: Belge Yayınları.

Gülan, A., (1998), Türkiye'de Kamu Hizmetlerinin Gelişimi, *İstanbul Üniversitesi Hukuk Gelişimi, LVI*(1-4), ss. 97-107.

Güler Ayman, B.,(2003a), Yönetişim: Tüm İktidar Sermayeye, *Praksis* (9), ss. 93-116.

Güler Ayman, B., (2003b), Kamu Personel Sisteminde Reform Zorlamaları, *Amme İdaresi Dergisi, 36*(4), ss. 17-34.

Güler Ayman, B., (2005), *Devlette Reform Yazıları,* Ankara: Paragraf Yayınevi.

Güler Ayman, B., (2005), *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi Yapısal Uyarlama Politikaları 1980-1995* (2. Baskı), Ankara: İmge Kitabevi.

Güler Ayman, B,. (2013), Karşılaştırmalı Kamu Yönetimi Nedir?, (Ed. K. Karasu) içinde, *Kamu Yönetimi Ülke İncelemeleri* (s. 23-40), Ankara: İmge Kitabevi.

Güler, Ayman, B., (2010), *Türkiye'nin Yönetimi,* Ankara: İmge kitabevi.

Günlü, R., (2009), Siyaset ve Yönetişim: Tarihsel Bir Bakış, *Mülkiye, XXXIII* (264), ss. 247-276.

Gürgen Kutun, M., (2012), Kapitalist İlişkilerin Politik İfadesi Olarak Devletin Neoliberal Biçimi Üzerine Bir Değerlendirme, *MEMLEKET Siyaset Yönetim, 7*(18), ss. 24-54.

Gürsoy, T.-Aksu, F., (2007), Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Dinamikleri, *Amme İdaresi Dergisi, 40*(3), ss. 63-77.

Güven, S., (1976), İdare Siyaset İlişkileri ve Personel Yönetimi Açısından Önemi. *Amme İdresi Dergisi, 9*(1), ss. 50-70.

Güzelsarı, S., (2003), Neo-liberal Politikalar ve Yönetişim Modeli, *Amme İdaresi Dergisi, 36*(2), ss.17-34.

Güzelsarı, S., (2004), Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları, (Ed. K. M. Öktem- U. Ömürgönülşen) içinde, *Kamu Yönetimi Gelişimi ve Güncel Sorunları*, (s. 85-138), Ankara: İmaj Yayınevi.

Güzelsarı, S., (2008), *Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü Türkiye'de Mali İdarede Yeniden Yapılanma,* İstanbul: Sosyal Araştırmalar Vakfı.

Güzelsarı, S., (2012), Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları, *Amme İdaresi Dergisi, 45*(3), ss. 29-57.

Güzelsarı, S., (2019), Neoliberal Otoriterleşme, Devletin Şirketleşmesi ya da Şirket-Devlet: Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi, *Ayrıntı* (29), ss. 39-50.

Habermas, J., (1976), *Legitimation Crisis.* (İnglizceye Çev. T. Mc Carthy), London: Heineman Educational Books.

Habermas, J., (2001), *İletişimsel Eylem Kuramı,* (Çev. M. Tüzel) İstanbul: Kabalcı Yayınevi.

Habermas, J., (2014), *Kamusallığın Yapısal Dönüşümü,* (Çev. T. Bora- M. Sancar), İstanbul: İletişim Yayınları.

Hall, J. J.- Taylor , R., (2003), Health for All Beyond 2000: The Demise of The Alma-Ata Declaration and Primary Health Care in Developing Countries, *The Medical Journal of Australia, 178*, pp. 17-21.

Hamzaoğlu, O.,(2007), Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye'de Sağlıkta Reform-Dönüşüm, *Toplum ve Hekim, 22*(6), ss. 418-431.

Hamzaoğlu, O., (2009a), Kapitalizmin Krizi ve Sağlık: Türkiye Örneği, *Toplum ve Hekim, 24*(1), ss. 26-36.

Hamzaoğlu, O.,(2009b), Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi: Ülke Örnekleri ve Türkiye, *Toplum ve Hekim, 24*(4-5), ss. 349-357.

Hamzaoğlu, O., (2013), Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri, *Toplum ve Hekim, 28*(3), ss. 172-180.

Hamzaoğlu, O., (2014), Türkiye'de Özel Hastaneler: Sermayenin Yeni Birikim Alanı Ya Da AKP'nin Patron Sevgisi, *Toplum ve Hekim, 29*(6), ss. 430-438.

Hamzaoğlu, O., (2020), Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Genel Sağlık Sigortası Harcamalarının Kaynağı, *Toplum ve Hekim, 35*(1), ss. 59-64.

Haque, S., (2004), New Public Management: Origins,Dimensions, and Crtical Implictions, (Ed. K. Tammala) içinde, *Public Administration and Public Policy,* Oxford: Eolss Publishers.

Haque, S. M., (1998), The Paradox of Bureaucratic Accountability in Developing Nations Under a Promarket State, *International Political Science Review, 19*(4), pp. 357-372.

Haque, S. M., (2001), The Diminishing Publicness of Public Service Under The Current Mode of Governance. *Public Administration Review, 61*(1), pp. 65-82.

Haque, S. M., (2006), Redefening The Role of The Public Service Under Neoliberal States in Developing Nations, *International Journal of Organization Theory & Behavior*, *9*(2), pp. 191-211.

Hardey, M., (1999), Doctor in the House: Internet as a Spurce of Lay Health Knowledge and Challenge to Expertise, *Sociology of Helath and İllness, 21*(6), pp. 820-835.

Harrington, J., (2007), Law, Globalisation and The NHS, *Capital & Class, 92*, pp. 81-104.

Harris, B., (2012), Nineteenth-Century Beginnings, (Ed. P.Alcock-T.Haux-V.Mc Call-M.May) *The Student's Companion to Social Policy* (s. 111-116) içinde, John Wiley & Sons.

Harrison, M., (2004), *Implementing Change in the Health Systems: Market Reforms in the United Kingdom, Sweeden and the Netherlands,* London: SAGE Publications.

Harvey, D., (2005), *A Brief History of Neoliberalism.* Oxford: Oxford University Press.

Harvey, D., (2008), *Yeni Emperyalizm*, (Çev. H. Güldü), İstanbul: Everest Yayınları.

Hastaneler Talimatnamesi, Bakanlar Kurulu Kararı (25/02/1955)., (1955), RG: 04/04/1955, Sayı: 8972.

Haug, M.- Lavin, B., (1983), *Consumerism in Medicine: Challenging Physicisn Authorit,* Beverley Hills: SAGE Publications .

Heper, M., (1974), *Bürokratik Yönetim Geleneği,* Ankara: ODTÜ İdari İlimler Fakültesi Yayın No: 23.

Hermann, C., (2010), Avrupa'da Sağlık Hizmetleri ve Piyasalaştırma Süreci, (Ed. L. Panitch- C. Leys) içinde, *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları* (Çev. U. Haskan), (s. 143-163), İstanbul: Yordam Kitap.

Himmelstein, D. U.- Woolhandler, S., (1988), The Corporate Comprimise: A Marxist View of Health Maintence Organizations and Prospective Payment, *Annals of Internal Medicine, 109*(6), pp. 494-501.

Hochschild , A. R., (1983), *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling.* Bekeley: Universty of California Press.

Hoggart, L., (2007), Neoliberalizm, Yeni Sağ ve Cinsel Siyaset, (Ed. A. Saad-Filho- D. Johnston) içinde, *Neoliberalizm: Muhalif Bir Seçki*, (Çev. Ş. Başlı- T. Öncel), (s. 248-258), İstanbul: Yordam Kitap.

Hogget, P., (1996), New Modes of Control in the Public Service, *Public Administration, 74*, pp. 9-32.

Holden, C., (2005), Privatization and Trade ın Health Services: A Review of The Evidence, *International Journal of Health Services, 35*(4), pp. 675-689.

Holloway, J.- Picciotto, S., (2004), Sermaye, Kriz ve Devlet, (Ed. S. Clarke) içinde, *Devlet Tartışmaları: Marksist Bir Devlet Kuramına Doğru* (Çev. İ. Yıldız), (s. 135-150), Ankara: Ütopya Yayınevi.

Homedes, N.- Ugalde, A., (2005), Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America?, *Health Policy, 71*, pp. 83-96.

Hood, C., (1991), A Public Management for All Seasons, *Public Administration, 69*, pp. 3-19.

Hood, C., (1995), The New Public Management in the 1980's: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society, 20*(2/3), pp. 93-109.

Hughes, O., (2014), *Kamu İşletmeciliği & Yönetimi*, Ankara : Bing Bang Yayınları.

Hunter, D. J.,(2008), *The Health Debate,* Bristol: The Policy Press.

İlhan, B., (2017)., Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde 15 Yıllık Dönüşüm. *Toplum ve Hekim, 32*(6), pp. 422-427.

Işıkçelik, F.-Öztürk, N.- Ağırbaş, İ., (2019), Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemlerinde Teşhis İlişkili Gruplar, *Sosyal Güvenlik Dergisi, 9*(2), ss. 431-448.

Işıl Ülman, Y., (2007), Türkiye'de 19. ve 20. Yüzyıllarda Tıp Tarihinin Ana Hatları. *Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı* (s. 175-186) içinde İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayını.

İTO., (1993), Sağlık Bakanı Sayın Yıldırım Aktuna'nın Açış Konuşması, *Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri*, Yayın No: 9, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası.

İzmir, M., (2012), Bir Gerçeklik-Özne İlişkisi Biçimi Olarak Psikyatrik Hastalıklar,(Ed. İ. Arslanoğlu) içinde, *Tıp Bu Değil* (s. 163-186), İstanbul: İthaki Yayınları.

Jakab, M. vd.,(2002) *The Introduction Merket Forces in the Public Hospital HNP Discussion Paper,* Worldbank.

Jennings, B.-Callahan, D.- Wolf, S. M., (1987), The Profesions: Public Interest and Common Good, *The Hasting Center Report, 17*(1), pp. 3-10.

Jessop, B., (1977), Recent Theories of the Capitalist State, *Cambridege Journal of Economics, 1*(4), pp. 353-373.

Jessop, B., (1995), The Regulation Approach, Governance and Post Fordism: Alternative Perspectives on Economic and Political Change, *Economy and Society, 24*(3), pp. 307-333.

Jessop, B., (1998), The Rise of Governance and The Risk of Failure: The Case of Economic Development, *International Social Sciences Journal, 155*, pp. 29-45.

Jessop, B.,(2005), *Hegemonya, Post-Fordizm ve Küreselleşme Ekseninde Kapitalist Devlet,* (Ed. B. Yarar- A. Özkazanç), İstanbul: İletişim Yayınları.

Kablay, S., (2014), Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi, *İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 16*(4), ss. 85-110.

Kaboolian, L., (1998), The New Public Management: Challenging the Boundaries of the Management vs. Administration Debate, *Public Administration Review, 58*(3), pp. 189-193.

Kalfa, C., (2011), Kamu Yönetiminin Gelişimi ve Kimlik Tartışmaları, *SDÜ İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 16*(1), ss. 403-417.

Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (Bakanlar Kurulu Kararı: 29.11.1994)., (1994), RG: 110701/1995, Sayı: 22168.

Kara, U., (2004), *Sosyal Devletin Yükselişi ve Düşüşü*, Ankara: Maki Basın Yayın.

Karahanoğulları, O., (2015), *Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim),* Ankara: Turhan Kitabevi.

Karasu, K., (2009), Yeni 'Kamusal' Örgütler: Kamu Yararı Şirketleri, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 64*(3), ss. 117-146.

Karasu, K., (2011), Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66*(3), ss. 217-262.

Kartal, F., (2009), Özelleştirilen Yurtaşlık: Türkiye'de Sağlık Politikalarındaki Dönüşüm, *Amme İdaresi Dergisi, 42*(2), ss. 23-43.

Kaya Özçelik, P., (2010), 1960 Darbesi'nin Ekonomi Politiği, *Mülkiye, XXXIV* (267), ss. 129-143.

Kaya, R., (2009), Neoliberalizmin Türkiye'de Siyasal Etkileri Üzerine Değerlendirmeler ve Tartışma Öğeleri, (Ed. N. Mütevellioğlu- S. Sönmez) içinde, *Küreselleşme, Kriz ve Türkiye'de Neoliberal Dönüşüm* (s. 235-260), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Kaygısız, İ., (2017), AKP'li Yıllarda Çalışma Yaşamı: Sermayeye Cennet, Emeğe Cehennem, *Toplum ve Hekim, 32*(5), ss. 341-360.

Kayıran , M., (2013), Kamu Malları: Piyasa Başarısızlığı mı Teorilerin Başarısızlığı mı?, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 68*(4), ss. 147-184.

Kazgan, G., (2013), 1960'lı Yıllarda Türkiye'de Planlı Ekonominin Başarısı ve Günümüze Kalanlar, (Ed. F. Barbaros-E. J. Zurcher) içinde, *Modernizmin Yansımaları: 60'lı Yıllarda Türkiye* (s. 55-83), Ankara: Efil Yayınevi.

Keaney, M., (2001), The Populist Assault on Discretionary Autonomy, (Ed. J. B. Davis) içinde, *Proletarianizing The Professionals* (s. 141-171), Routledge.

Keleş, R., (1998), *Kentleşme ve Kamu Yararı, Kent ve Siyaset Üzerine Yazılar,* İstanbul: IULA-EMMA.

Kendall, S.-Tannen , D., (1997), Gender and Language in the Workplace, (Ed. S. Kendall- D. Tannen-R. Wodak) içinde, *Gender and discourse* (s. 81-105), New Delhi-London: SAGE Publications.

Kennedy, P., (2015), The Contradictions of Capitalist Healthcare Systems, *Critique, 43*(2), pp. 211-231.

Kersbergen, K.- Waarden, F., (2004), Governance' as a Bridge Between Disciplines: Cross-disciplinary Inspiration Regarding Shifts in Governance and Problems of Governaility, Accountability and Legitimacy, *European Journal of Political Research, 43*, pp. 143-171.

Keyder, Ç., (2008), *Türkiye'de Devlet ve Sınıflar,* İstanbul: İletişim Yayınları.

Kickert, W. J., (1996), Public Management in United States and Europe, *The New Public Management in İnternational Perspective İnstitute of Public Finance and Fiscal Law,* St. Gallen: Switzerland.

Kickert, W. J., (1997), Public Governance in The Netherlands: An Alternative to Anglo-American 'Managerialism', *Public Administration, 75*, pp. 731-752.

Kildal, N.- Kuhnle, S., (2005), The Nordic Welfare Model and The İdea of Universalism, (Ed. N. Kildal- S. Kuhnle) içinde, *Normative Foundations of The Welfare State: The Nordic Experience* (s. 13-33), New York: Routledge.

Kılıç, G.- Demir, E., (2014), Piyasalaşmış Sağlık Hizmetlerine Kamu Otoritesinin Müdahale Aracı Olarak Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), *Toplum ve Hekim, 29*(6), ss. 443-447.

King, D. S., (1987), *New Right Politics, Markets and Citizenship,* Macmillan Education.

King, D. S., (1988), New Right Ideology, Welfare State Form and Citizenship: A Comment on Conservative Capitalism, *Comparative Studies in Society and History, 30*(4), pp. 792-799.

Kırılmaz, H. vd., (2015), Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 11*(25), ss. 91-113.

Kirkpatrick, I.- Stephen, A.- Walker, R., (2005), *The New Managerialism and Public Service Professions,* New York: Palgrave Macmillan.

Kıyan, Z.- Yüksel, H., (2011), GATS ve Küreselleşen Kamu Hizmetleri: Türkiye ve Türk Telekom Örneği, *Amme İdaresi Dergisi, 44*(1), ss. 25-49.

Klein, R., (1995), *The New Politics of National Health Service* (3. Basım), London: Longman.

Koivusalo, M., (2011), Küresel Sağlık politikasının Biçimlenişi, (L. Panitch-C. Leys) içinde, *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları,* (Çevç U. Haskan),(s. 302-317), İstanbul: Yordam Kitap.

Kooiman, J., (1993), Social-Political Governance: Introduction, (Ed. J. Kooiman) içinde, *Modern Governance: New Government-Society Interactions* (s. 1-8), London: SAGE Publications.

Koray, M., (2015), AKP Dönemi: Neo-Liberalizm, Neo-Muhafazakarlık, Neo-Popülizm Beşiğinde Sallanan Sosyal Devlet ve Sosyal Politika. M. Koray, & A. Çelik (Dü) içinde, *Himmet, Fıtrat, Piyasa: AKP Döneminde Sosyal Politika* (s. 11-54). İletişim Yayınları.

Korkut, L., (2006), Temel Hak ve Özgürlüklerin Bir Sınırlama Nedeni Olarak Kamu Yararı Kavramı, *Liberal Düşünce, 11*(44), ss. 77-98.

Kotz, D. M., (2002), Globalizatıın and Neoliberalism, *Rethinking Marxism, 14*(2), pp. 64-79.

Köse, A. H., (2004), Cumhuriyet Tarihinin Kırılma Noktaları, *Mülkiye, XXVIII* (242), ss. 9-71.

Kuhlmann, E.- Allsop, J.-Saks, M., (2009), Profeessional Governance and Public Control: A Comparision of Healthcare in the United Kingdom and Germany, *Current Sociology, 57*(4), pp. 511-528.

Kurmuş, O., (2010), Türkiye'de Neoliberalizm, *Mülkiye, XXXIV*(268), ss. 9-41.

Küçük, A., (2010), Sağlık Hizmetlerinde Reform: "Kamu Hastane Birlikleri" Modeli Üzerine, *Kamu Yönetimi Çalışmaları: Kamu Yönetimi ve Reform* (s. 198-228) içinde Ankara.

Küçük, A., (2017), Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı.

Küçük, A., (2018), Public Hospital Reform in Turkey: The "Public Hospital Union" Case (2012-2017), *The International Journal of Health Planning and Management, 33*(4), pp. 971-984.

Küçük, A.- Özsoy, S. V.- Balkan, D., (2019), Assessment of Technical Efficiency of Public Hospitals, *The European Journal of Public Health, 30*(2), pp. 230-235.

Kymlicka, W.- Norman, W., (2012), Vatandaşın Dönüşü: Vatandaşlık Kuramındaki Yeni Çalışmalar Üzerine Bir Değerlendirme, (Ed. A. Kadıoğlu) içinde, *Vatandaşlığın Dönüşümü Üyelikten Haklara* (II. Basım), (s. 185-217), İstanbul: Metis Yayınları.

Lamba, M., (2014), Bürokrasinin Siyaset Karşısında Güç Kaybetmesine Yönelik Gelişmeler, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6*(11), ss. 40-56.

Lamba, M. vd., (2014), Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme, *Amme İdaresi Dergisi, 47*(1), ss. 53-78.

Lane, J. E., (1994), Will Public Management Drive Out Public Administration?, *Asian Journal of Public Administration, 16*, pp. 139-151.

Lane, J. E., (2000), *The Public Sector: Concepts, Models and Approaches* (3. Basım), SAGE Publications.

Lapsley, I., (2008), The NPM Agenda: Back To The Future. *Financial Accountability & Management, 24*(1), pp. 77-96.

Larbi, G. A., (1999), *The New Public Management Approach and Crisis States*, UNRISD .

Larner, W., (2000), Neoliberalism: Policy, Ideology, Govermentality, *Studies in Political Economy, 63*(1), pp. 5-25.

Le Grand, J., (2010), Knights and Knaves Return: Public Service Motivation and the Delivery of Public Services, *İnternational Public Management Journal, 13*(1), pp. 56-71.

Leblebici, D. N., (2001), Disiplin ve Uygulama Açısından Kamu Yönetiminin "Kimlik Krizine" Yeni Bir Bakış, *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 25*(1), ss. 1-24.

Lethbridge, J., (2009), Trade Unions, Civil Society Organizations and Health Reforms, *Capital and Class, 33*(2), pp. 101-129.

Leys, C., (2007), Piyasa ile Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu, (Ed. Ç. Keyder- N. Üstündağ- T. Ağartan-Ç. Yoltar) içinde, *Avrupa'da ve Tütkiye'de Sağlık Politikaları* (1. Basım), (s. 95-110), İstanbul: İletişim Yayınları.

Leys, C., (2014), Sağlık ve Kapitalizm, (Ed. L. Panitch- C. Leys) içinde, *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları, Socialist Register*, (Çev. U. Haskan), (s. 9-14), İstanbul: Yordam Kitap.

Lıewellyn, S., (2001), Two-Way Windows: Clinicians as Medical Managers, *Organization Studies, 22*, pp. 593-623.

Lister, J.-Labonte, R., (2011), Küreselleşe ve Sağlık Sistemleri Değişimi, (Ed. J. Lister- R. Labonte-T. Schrecker- C. Packer-V. Runnels) içinde, *Küreselleşme ve Sağlık, Süreç, Kanıtlar, Politika*, (Çev. İ. Kayı-Y. Yasin), (s. 200-233), İstanbul: İNSEV Yayınları.

Liu, X.- Mills, A., (2007), Agency Theory and It's Applications in Health Care, (Ed. A. S. Preker- E. V. Velenyi) içinde, *Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services* (s. 151-179), World Bank Publications.

Locke, E. A., (1982), The İdeas of Frederick W. Taylor: An Evaluation, *The Academy of Management Review*, 7(1), pp. 14-24.

Loeppky, R., (2014), Kusursuz Servet: Sağlık Endüstrisinde Sermaye Birikimi, (Ed. L. Panitch- C. Leys) içinde, *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*, (Çev. U. Haskan), (s. 74-99), İstanbul: Yordam Kitap.

Londono, J.L., (1997), Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America, *Health Policy, 41*(1), pp. 1-36.

Löffler, E., (2003), Governance and Government: Networking With External Stakeholders, (Ed. T. Bovaird- E. Löffler) içinde, *Public Management and Governance* (s. 163-175), London: Routledge.

Lupton, D., (1995a), Perspectives on Power, Communication and The Medical Encounter: İmplications For Nursing Theory and Practice, *Nursing İnqury, 4*, pp. 157-163.

Lupton, D., (1995b), *The Imperative of Health: Public Health and The Regulated Body,* London: Sage Publications.

Lynn, L. E., (2001), Globalization and Administrative Reform: What is Happening Theory?, *Public Management Review*, *3*(2), pp. 191-208.

Lynn, L. E., (2006), The New Public Management As an İnternational Pheomenon: A Skeptical View, (Ed. E. Otenyo - N. Lind) içinde *Comparative Public Administration: The Essantials Readings Research in Public Policy Analysis and Management* (s. 573-591), New York: Elseiwer.

Malmmose, M., (2015), Management Accounting Versus Medical Profession Discourse: Hegemony in a Public Health Care Debate – A Case from Denmark, *Critical Perspectives Accounting, 27*, pp. 144-159.

March, J. G.- Olsen, P. J., (1989), *Rediscovering Institutions: The Organizations Basis of Politics*, New York: Free Press.

Marinetto, M., (2007), *Social Theory: The State and Modern Society*, Berkshire: Open Universty Press.

Martinussen, P.-Magnussen, J., (2011), Resisting Market-İnspired Reform in Healthcare: The Role of Professional Subcultures in Medicine, *Social Science & Medicine, 73*(2), pp. 193-200.

Marx, K.-Engels, F., (2010), Komünist Manifesto. *Komünist Manifesto ve Hakkında Yazılanlar*, (Çev. N. Satlıgan) içinde İstanbul: Yordam Kitap.

Marx, K.- Engels, F., (2011), *Alman İdeolojisi*, (Çev.E. Aktan), Ankara: Alter Yayınları.

Mascarenhas, R. C., (1993), Building on Enterprise Culture in the Public Sector: Reform of The Public Sector in Australia, Britain and New Zealand, *Public Administration Review, 53*(4), pp. 319-328.

Mazgit, İ., (1998), Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, İzmir : Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayımlanmamış Doktora Tezi.

Mc Auley, J., (2003), *An Introduction to Politics, State and Society,* London: SAGE Publications.

Mc Gregor, S., (2001), Neoliberalism and Health Care, *International Journal of Consumer Studies, 25*(2), pp. 82-89.

Mc Kinlay, J. B.- Arches, J., (1985), Towards the Proletarianization of Physicians, *International Journal of Health Services, 15*(2), pp. 161-195.

Memişoğlu, D., (2011), Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği Yayımlanmamış Doktora Tezi, SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ABD.

Mercan, A. S., (2013), Türkiye'de Sağlık Sisteminin Neoliberal Yeniden Yapılandırılma Sürecinde Kamu İlaç Politikaları: Devlet Müdahalesinin Değişen Biçimleri, *Praksis* (30-31), ss. 167-198.

Merriam, S. B., (2018), *Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber* (3. Basım), (Çev. Turan), Ankara: Nobel.

Merrien, F.-X, (1998), Governance and Modern Welfare States, *İnternational Social Science Journal, 50* (155), pp. 57-67.

Miliband, R. (1973), *The State in Capitalist Society,* London: Quartet Books.

Mills, A.- Bennett, S.-Russell, S., (2001), *The Challenge of Health Sector Reform,* New York: Palgrave Macmillan.

Moffatt, F.-Martin, P.- Timmons, S., (2014), Constructing Notions of Healthcare Productivity: The Call for a New Professionalism?, *Sociology of Health & İllness,* 36(5), pp. 686-702.

Montricher, N., (1998), Public Sector Values and Administrative Reforms, (Ed.. G. Peters- D. J. Savoie) içinde, *Taking Stock: Assesing Public Sector Reforms* (s. 108-136), Montreal: MQUP.

Mooney, G., (2013). *Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politiğe Doğru,* (Çev. C. Terzi), İstanbul: Yordam Kitap.

Moreno, L- McEwen, N., (2005), Exploring The Territorial Politics of Welfare, (Ed. N. McEwen-M. Luis) içinde, *The Territorial Politics Of Welfare* (s. 1-40), Routledge.

Mosebach, K., (2009), Commercializing German Hospital Care? Effects of New Public Management and Managed Care under Neoliberal Conditions, *German Policy Studies, 5*(1), pp. 65-98.

Mudde, C., (2010), The Popolist Radical Right : A Pathological Mormalcy, *West European Politics, 33*(6), pp. 1167-1186.

Mullard, M.- Spicker, P., (1998), *Social Policy in a Changing Society,* London and New York: Routledge.

Munck, R., (2007), Neoliberalizm ve Siyaset, Neoliberalizmin Siyaseti, (Ed. A. Saad-Filho- D. Johnston) içinde, *Neoliberalizm: Muhalif Bir Seçki*, (Çev. Ş. Başlı-T. Öncel), (s. 106-122), İstanbul: Yordam Kitap.

Muschell, J., (1995), Privatisition in Health, *WHO Task Force on Health Economics,* içinde Geneva: WHO.

Müftüoğlu, Ö., (2005), Tarihsel Süreçte Bir Parantez: Sosyal Güvenlik Hakkı, *Toplum ve Hekim, 20*(2), pp. 83-87.

Nalçacı, E.- Hamzaoğlu, O., (2003), Üretim İlişkileri ve Sağlık. *Toplum ve Hekim, 18*(3), ss. 164-169.

Navarro, V., (1999), The Political Economy of The Welfare State in Developed Capitalist Countries, *International Journal of Health Services, 29*(1), ss. 1-50.

Newman, J. E., (2001), *Modernizing Governance: New Labour, Policy and Society,* London: SAGE Publications.

Niskanen, W., (1971), *Bureaucracy and Representative Government*, Chicago: Adline-Atherton.

O'Connor, J., (1973), *Fiscal Crisis of the State,* New York: St. Martin's Press.

OECD., (1993), *Public Manegement Developments: Survey,* Paris: OECD.

OECD., (1995), *Public Manegement Developments Update*, Paris: OECD.

OECD., (1997), *Issues and Developments in Public Management: Survey 1996-1997*, Paris: OECD.

OECD ve DB., (2008), *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Offe, C., (1984), *Contradictions of The Welfare State,* London: Hutchinson.

Oğuz, Ş., (2012), Türkiye'de Kapitalizmin Küreselleşmesi ve Neoliberal Otoriter Devletin İnşası, *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 45*(46), ss. 2-15.

Oğuz, Ş., (2016), Yeni Türkiye'nin Siyasal Rejimi, (Ed. T. Tören- M. Kutun) içinde, *Yeni Türkiye: Kapitalizm, Devlet , Sınıflar* (s. 81-127), İstanbul: Sosyal Araştırmalar Vakfı.

Okçu, M., (2012), Değişen Dünyayı Anlamak İçin Önemli Bir Kavram: Yönetişim, (Ed. F. N. Genç) içinde, *Yönetişim ve Yönetim Ekseninde Kamu Yönetimi* (s. 9-29), Bursa: Ekin Yayınevi.

Olson, M., (1965), *The Logic of Collective Action,* Carnbridge: Harvard Universty Press.

Olssen, M.-Peters, M. A., (2005), Neoliberalism, Higher Education and the Knowlegde Economy: From The Free Market to Knowlegde Capitalism, *Jorunal of Education Policy, 20*(3), pp. 313-345.

Orak, C. Ç., (2007), Kamu Hizmeti: Tabula Rasa Avrupa Birliği Sürecinde Nasıl Doldurulacak?, *TBB Dergisi* (68), ss. 161-240.

Ostrom, V.- Ostrom, E., (1971), Public Choice: A Different Approach to the Study of Public Administration, *Public Administration Revew, 31*(2), pp. 203-216.

Oyan, O., (2004), Kamu Yönetimi Reformu mu? Kamu Hizmetinin Yok Edilişi mi?, *Mülkiye, XXVIII* (243), ss. 109-130.

Ozan, E. D., (2001), Sosyal Bilimlerde Gerçekçi-İlişkisel Bir Yaklaşımın Anahatları, *Praksis, 3*, ss. 10-25.

Ozansoy, C., (1997), Türkiye'de Kamu Hizmeti Tartışmaları: Bir Hamaset ve Habaset Alanı, *AÜHFD, 46*(1-4), ss. 85-100.

Ömürgönülşen, U., (2003), *Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği,* (Ed. M. Acar- H. Özgür), Ankara: Nobel.

Ömürgönülşen, U., (2013), Amerika Birleşik Devletleri'nde Kamu Yönetimi, (Ed. K. Karasu) içinde, *Kamu Yönetimi Ülke İncelemeleri*, (s. 293-360), Ankara: İmge Kitabevi.

Önder, İ., (2003), Kapitalist İlişkiler Bağlamında ve Türkiye'de Devletin Yeri ve İşlevi, (Ed. A. Köse- F. Şenses- E. Yeldan) içinde, *İktisat Üzerine Yazılar-I Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar, Koorkut Boratav'a Armağan* (s. 201-230), İstanbul: İletişim Yayınları.

Öngen, T., (2003), 'Yeni Liberal' Dönüşüm Projesi ve Türkiye Deneyimi, (Ed.. A. H. Köse- F. Şenses- E. Yeldan) içinde, *Korkut Boratav'a Armağan: Küresel Düzen, Birikim ve Sınıflar Koorkut Boratav'a Armağan* (s. 131-155), İstanbul: İletişim Yayınları.

Öniş, Z., (2012), The Triumph of Coservative Globalism: The Political Economy of the AKP Era, *Turkish Studies, 13*(2), pp. 135-152.

Övgün, B., (2016), Kamu Yönetimi Reformunda Bir Açmaz: Yerelleşme mi, Merkezileşme mi?, *Mülkiye Dergisi, 40*(3), ss. 159-179.

Övgün, B.- Küçük, A., (2013), Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları, *Amme İdaresi Dergisi, 46*(1), ss. 57-80.

Özbek, N., (2002), *Osmanlı İmparatorluğunda Sosyal Devlet: Siyaseti İktidar ve Meşruiyet 1876-1914,* İstanbul: İletişim Yayınları.

Özçelik, Z.- Karaduman, B., (2011), Kanun Hükmünde Kararnameler: Kamu Hizmetlerinde "Atrofi", *Toplum ve Hekim, 26*(6), pp.

Özçelik, Z. vd., (2012), *663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin Anayasaya Aykırılık Gerekçeleri,* Ankara: TTB Yayınları .

Özdemir, Y. E., (2001a), Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları, *Yeni Türkiye* (39), ss. 257-274.

Özdemir, Y. E., (2001b), Sağlık Reformları-1980 ve 90'lı Yılların Sağlık Politikaları, *Yeni Türkiye* (39), ss. 277-293.

Özden, B. A., (2013), The Transformation of Social Welfare and Politics in Turkey: A Successful Convergence of Neoliberalism and Populism, (Ed. İ. Akça- A. Bekmen-B. A. Özden) içinde, *Turkey Reframed Constituting Neoliberal Hegemony,* (s. 157-173), New York: Pluto Press.

Özen, Ş., (2012), Kamu Yönetimi Yazınımız ve Örügtler-Yönetim Çalışma Alanı: Tehlikeli İlişkileri, (Ed. B. Aykaç- Ş. Durgun- H. Yayman) içinde, *Türkiye'de Kamu Yönetimi* (s. 341-369), Ankara: Nobel Yayınevi.

Özgür, H., (2003), Yeni Kamu Yönetimi Hareketi, (Ed. M. Acar-H. Özgür) içinde, *Çağdaş Kamu Yönetimi I,* (s. 183-216), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Özkal Sayan, İ.- Küçük, A., (2012), Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 67*(1), ss. 171-203.

Özkazanç, A., (1998), *Türkiye'de Siyasi İktidar ve Meşruiyet Sorunu: 1980'li Yıllarda Yeni Sağ,* Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayımlanmamış Doktora Tezi.

Özkazanç, A., (2000), Yeni Sağdan Sonra: Yeni Sol, Siyasi İktidar ve Meşruiyet, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Gelişme ve Toplum Araştırmaları Merkezi Tartışma Metinleri*, (24), ss. 1-24.

Özkazanç, A., (2011), *Neoliberal Tezahürler Vatandaşlık Suç Eğitim,* Ankara: Dipnot Yayınları.

Özkazanç, A., (2012), Cumhuriyet Döneminde Siyasal Gelişmeler: Tarihsel Sosyolojik Bir Değerlendirme, (Ed. F. Alpkaya-B. Duru) içinde, *1920'den Günümüze Türkiye'de Toplumsal Yapı ve Değişim*, (s. 91-129), İstanbul: Phoneix Yayınları.

Özseven, M.- Danışman, A.- Bingöl, A. S., (2015), Kurumsal Değişim, Güç Mekanizmaları ve Direniş Taktikleri: Türk Sağlık Alanında Bir Araştırma, *23. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi 14-16 Mayıs,* Muğla.

Öztek, Z., (2001a), Sağlıkta Kavramlar, *Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı* (39), s. 295.

Öztek, Z., (2001b), Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, *Yeni Türkiye, 39*, ss. 60-64.

Öztek, Z.- Üner, S.- Eren , N., (2015), Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi, (Ed. Ç. Güler - L. Akın) içinde, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3* (3. Basım),(s. 1480-1512), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Öztekin, A., (2005), *Yönetim Bilimi,* Ankara: Siyasal Kitabevi.

Öztürk, M. Y.- Ercan, F., (2009), 1979 Krizinden 2001 Krizine Türkiye'de Sermaye Birikim Süreci ve Yaşanan Dönüşümler, *Praksis* (19), ss. 55-93.

Öztürk, O., (2014), Bir Zamanlar SSK Hastaneleri, *Toplum ve Hekim, 29* (6), ss. 448-454.

Öztürk, O., (2015), Sağlıkta Neo-Liberal Dönüşüm ve Hak Kayıpları, (M. Koray-A. Çelik) içinde, *Himmet, Fıtrat, Piyasa* (s. 77-99), İstanbul: İletişim Yayınları.

Page, S., (2005), What's New About The New Public Management? Administrative Change in the Human Services, *Public Administrative Review, 65*(6), pp. 725-727.

Pala, K., (2005), Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması, *Toplum ve Hekim, 20*(1), ss. 72-74.

Pala, K., (2007), *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?* http://www.saglik.nilüfer.bel.tr/pdf_doc/saglik_reformu.pdf, (E.T. 15.10.2010).

Pala, K., (2012), Sosyalleştirme Sürecine Koşut Dünyada Sağlık Sistemleri: Ülke Örnekleri, *Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50. Yılı /Füsun Sayek TBB Raporları* (s. 37-48) içinde Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.

Pala, K., (2014), Neoliberal Sağlık Reformlarının Etkisi: Kamu Hastanelerinin Finansman Yapısı Değişiyor, *Toplum ve Hekim*, *29*(6), ss. 414-429.

Pan American Health Organization., (1998), *Health in the Americas,* Washington, DC: Scientific Publications.

Patton, Q. M., (2018), *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri* (3. Baskı), (Çev. M. Bütün-S. B. Demir), Ankara: Pegem Akademi.

Pavolini, E. vd., (2018), Healthcare Governance, Professions And Populism: Is There a Relationship? An Explorative Comparison of Five European Countries, *Health Policy , 122,* pp. 1140-1148.

Peck, J.-Tickell, A., (2002), Neoliberalizing Space, *Antipode, 34*, pp. 380-404.

Pekel, V. ,(1994), *Liberalizmden Neoliberalizme Dönüşümün Nedenleri ve Boyutları*, Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları.

Pesch, U., (2008), The Publicness of Public Administration, *Administration& Society, 40*(2), pp. 170-193.

Peters, G. B., (2002), The Changing Nature of Public Administration: From Easy Answers to Hard Questions, *Asian Journal of Public Administration, 24*(2), pp. 153-183.

Peters, G. B.- Pierre, J., (1998), Governance Without Government? Rethinking Public Administration, *Journal of Public Administration Research & Theory, 8*(2), pp. 223-244.

Peters, G. B.- Pierre, J., (2001), Developments in Intergovernmental Relations: Towards Multi-Level Governance, *Policy & Politics, 29*(2), pp. 131-135.

Petersen, A.-Lupton, D., (1996), *The New Public Health: Discourses, Knowledges, Strategies,* SAGE Publications.

Phillps, N.-Lawrance- T. B.- Hardy, C., (2004), Discourse nd Institutions, *Academy of Management, 29*(4), pp. 635-652.

Pickstone, J., (2003), Production, Community and Consumption: The Political Economy of Twentieth-Century Medicine, (Ed. R. Cooter- J. Pickstone) içinde, *Companion Encylopedia of Medicine in the Twemtieth Century,* London and New York: Routledge.

58. Acil Eylem Planı., (2003), *T.C Hükümeti 58. Hükümet Acil Eylem Planı,* Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.

Polatoğlu, A., (2003), *Kamu Yönetimi,* Ankara: ODTÜ Yayıncılık.

Pollitt, C., (1993), *Managerialism and Public Services: The Anglo-American Experience*, (2. Basım), New York: Oxford: Blackwell.

Pollitt, C., (2003), *The Essential Public Manager,* Maidenhead-Philadelphia: Open Universty Press.

Pollitt, C.- Bouckaert, G., (2011), *Public Management Reform: A Comparative Analysis- New Public Management, Governance and The Neo-Weberian State,* UK: Oxford Universty Press.

Porter , S., (2013), Capitalism, The State and Health Care in the Age of Austerity: A Marxist Analysis, *Nursing Philosophy, 14*, pp. 5-16.

Porter, D., (1999), *Health, Civilization and State,* London and New York: Routledge.

Poulantzas, N., (2004), *Devlet, İktidar, Sosyalizm*, (Çev. T. Ilgaz), Ankara: Epos Yayınları.

Price, D., (2011), Dünyada ve Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı : Değişim ve Kavramlar, *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu* (s. 13-28), Bursa: Türk Tabipler Birliği Yayınları.

Price, D.- Allyson, M. P.- Shaoul, J., (1999), How The World Trade Organisation is Shaping Domestic Policies in Health Care?, *Lancet, 354*(9193), pp. 1889-1892.

Przeworski, A., (2014), *Kapitalizmde Devlet ve Ekonomi,* (Çev. E. Kırmızıaltın- A. H. Öznazik), Ankara: Heretik Yayınları.

Rao, M., (2010), "Herkes İçin Sağlık" ve Neoliberal Küreselleşme: Bir Hint İllüzyonu, (Ed. L. Panitch- C. Leys) içinde, *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları,* (Çev. U. Haskan), (s. 285-302), İstanbul: Yordam Kitap.

Rear, D., (2013), Laclau and Mouffe's Discourse Theory and Fairclough's Critical Discourse Analysis: An Introduction and Comparison, www.academia.edu/2912341, (E.T. 21.01.2022).

Reich , M. R., (1995), The Politics of Health Sector Reform in Developing Countries: Three Cases of Pharmaceutical Policy, *Health Policy, 32*, pp. 47-77.

Rhodes, R., (1994), The Hollowing Out of the State: The Changing Nature of The Public Service in Britain, *The Political Querterly, 65*, pp. 138-151.

Rhodes, R., (1996), The New Governance; Governing Without Government. *Political Studies, XLIV*, pp. 652-667.

Rommel, J., (2005), Political Consequences of the New Public Management, *10th Biennial CIGAR Conference-PhD Conference-24-25 May*, (s. 1-15), France.

Rose, N.- Miller, P.,(1992), Political Power Beyond the State; Problematics of Government, *British Journal of Sociology, 43*(2), pp. 173-205.

Rouillard, C.- Giroux, D., (2005), Public Admınistration and the Managerialist Fervour for Values and Ethıcs: Of Collective Confusion in Control Societies, *Administrative Theory & Praxis, 27*(2), pp. 330-357.

Ruger, J. P., (2005), The Changing Role of the World Bank in Global Health, *American Journal of Public Health, 95*(1), pp. 60-70.

Saad-Filho, A., (2006), Giriş, (Ed. A. Saad-Filho) içinde, *Kapitalizme Reddiye: Marksist Bir Giriş*, (Çev. E. Kahraman), İstanbul: Yordam Kitap.

Sabuktay, A., (2009), *Türkiye'de Devlet ve Kamu Yönetimi, Mülksüzleştirmenin Yönetimi,* Ankara: TODAİE Yayın No: 349.

Sağlık Bakanlığı., (2002), *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl,* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı., (2006), *Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi,* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı., (2011), *Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi Özet Kitap,* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı., (1992), *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje.* Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.

Sağlık Bakanlığı., (1993), *Ulusal Sağlık Politikası,* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı., (2003), *Sağlıkta Dönüşüm,* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı., (2010), *Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan (2010-2014),* Ankara: Sağlık Bakanlığı .

Sağlık Bakanlığı., (2012), *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı,* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı., (2013), *Sağlık Bakanlığı Stretejik Plan (2013-2017),* Ankara: Sağlık Bakanlığı .

Sağlık Bakanlığı., (2019), *Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı,* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği., (1983), RG: 13.01.1983, Sayı: 17927 (Değişik: 1.4.2005/8720K.).

Sallan Gül, S., (1999)., Kamu Yönetiminde Kalite, Piyasa ve Müşteri Arayışlarının İdeolojik Temelleri. *Kamu Yönetminde Kalite 2. Ulusal Kongresi 21-22 Ekim* (s. 69-84) içinde, Ankara: TODAİE Yayın No: 296.

Sallan Gül, S., (2000), Yeni Sağ Sosyal Güvenlik Anlayışının Tarihsel Bağlantıları: İngiltere ve Türkiye Örnekleri, *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi, 40*(3-4), ss. 51-66.

Sallan Gül, S., (2004), *Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa!* , İstanbul: Etik Yayınları.

Saran , U., (2004), *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Kalite Odaklı Bir Yaklaşım,* Ankara: Atlas Yayıncılık.

Sarı, C., (2009), Biyosiyaset ve Yönetim Teknikleri Açısından Neoliberal "Sağlık ve Sosyal Güvenlik" Politikaları, *Toplum ve Hekim, 24*(2), ss. 115-119.

Saville, J., (1958), The Welfare State: An Historical Approach, *New Reasoner, 1*(3), pp. 87-92.

Savran , S., (2001), 20. Yüzyıl Türkiye'sinde Sınıf Mücadeleleri ve Devlet, *Toplum ve Hekim, 16*(6), pp. 404-412.

Savran, S., (1992), *Türkiye'de Sınıf Mücadeleleri (1919-1980),* İstanbul: Kardelen Yayınları.

Sayer, A., (1992), *Method in Social Science: A Realist Approach* (2. Edition), London: Routledge.

Sayıştay., (2013), *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2012 Yılı Denetim Raporu,* Ankara: T.C. Sayıştay Başkanlığı .

Saylam, A.- Öktem, M., (2015), Türk Kamu Yönetiminde Hizmet Bakanlığı Modeliyle Yeniden Yapılanma: Retrospektif Bir Yaklaşım mı?, *Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi SBE Dergisi, 5*, pp. 1-20.

Sayre, W. S.,(1958), Premises of Public Administration: Past and Emerging, *Public Administration Review, 18*(2), pp. 102-105.

Sell, S. K.- Williams, O. D., (2020), Health Under Capitalism: A Global Political Economy of Structural Pathogenesis, *Review of International Political Economy, 27*(1), pp. 1-25.

Semiz, Y., (2010), 1923-1950 Döneminde Türkiye'de Nüfusu Artırma Gayretleri ve Mecburi Evlendirme Kanunu (Bekarlık Vergisi), *Selçuk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi, 27*, ss. 423-469.

Sen, K., (2003), *Restructuring Health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives*, (Ed. K. Sen), London-New York: Zed Books.

Sertlek, T., (2012), Sağlık Hizmetleri ve Taşeronlaştırma, (Ed. A. Soyer) içinde, *Sağlığın Siyasal Ekonomisi Hekim/Sağlıkçı Emek Tartışmaları* (s. 90-97), İstanbul: Sorun Yayınları.

Sezen, S., (2011), International Versus Domestic Explanations of Administrative Reforms: The Case of Turkey, *International Review of Administrative Sciences, 77*(2), pp. 322-346.

Sezgin, D., (2016), Sağlıkta Dönüşüm Paradigması ve Medya, *Toplum ve Hekim, 31*(2), ss. 101-109.

Shackley, P.- Healey, A., (1993), Creating A Market: An Economic Analysis of the Purchaser- Provider Model, *Health Policy, 25*(1-2), pp. 153-168.

Sheaff, R., (2008), Medicine and Management in English Primary Care: A Shiffting Balance of Power?, *Journal of Social Policy,* 38(4), pp. 627-647.

Simon, H. A.- Smithburg, D. W.- Thompson, V. A., (1973), *Kamu Yönetimi,* (Çev. Mıhçıoğlu), Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları Sayı 9, No: 354.

Simonet, D., (2013), The New Public Manegerment Theory in the British Health Care System: A Critical Review, *Administration & Society, XX*(X), pp. 1-25.

Skala, N., (2009), The Potential Impact of The World Trade Organization's General Agreement on Trade in Services on Health System Reform and Regulation in The United States, *International Journal of Health Services, 39*(2), pp. 363-387.

Skocpol, T.- Amenta, E., (1986), States and Social Policies, *Annual Review of Sociology, 12*, pp. 131-157.

Slater, P., (1998), *Frankfurt Okulu Kökeni ve Önemi: Marksist Bir Yaklaşım,* (Çev. A. Özden), İstanbul: Kabalcı Yayınevi.

Solo, R., (1978), The Neo-Marxist Theory of The State, *Journal of Economic Issues, 12*(4), pp. 829-842.

Soyer, A., (2012), Sağlık Bütçesi ve Sağlık Çalışanları, (Ed. A. Soyer) içinde, *Sağlığın Siysal Ekonomisi Hekim/Sağlıkçı Emek Tartışmaları* (s. 41-48), İstanbul: Sorun Yayınları.

Soyer, A., (1995a), Modern Hastanelerin Doğuşu, *Toplum ve Hekim, 10*(69-70), ss. 95-99.

Soyer, A., (1995b), Sağlık Alanında Yatırım Teşvik Belgeleri (1980-1992): Ne İçin, Nereye, Ne Kadar?, (Ed. A. Soyer- İ. Belek) içinde, *Sağlıkta Özelleştirme* (s. 113-123), İstanbul: Sorun Yayınları.

Soyer, A., (1995c), Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme, (Ed. A. Soyer-İ. Belek) içinde, *Sağlıkta Özelleştirme* (s. 125-145), İstanbul: Sorun Yayınları.

Soyer, A., (2000), 1980 Sonrası Sağlıkta Ne Oldu?, *Toplum ve Hekim, 15*(4), ss. 259-265.

Soyer, A., (2001), Türkiye'nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960'a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı, *Toplum ve Hekim, 6*(6), ss. 413-429.

Soyer, A., (2003), 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları, *Praksis*(9), ss. 301-319.

Soyer, A., (2007a), *"AKP" Hükümeti ve Sağlık,* İstanbul: Evrensel Basım Yayın.

Soyer, A., (2007b), 2007 Sonu İtibariyle Sağlık Harcamaları Bağlamında, AKP'nin Sağlıktaki "Pembe Tablosu"nun Akıbeti, *Toplum ve Hekim, 22*(6), ss. 432-435.

Soyer, A., (2009), Sağlıkta Dönüşümün Neresindeyiz? Bundan Sonra Bizi Neler Bekliyor?, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2*(4), ss. 179-182.

Soyer, A.- Belek, İ., (1998), Türkiye'de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme, *Toplum ve Hekim, 13*(1), ss. 35-45.

Sönmez, M., (2012), Sağlığa Harcadıkça Sağlıklı Mı Oluyoruz?, (Ed. İ. Arslanoğlu), içinde, *Tıp Bu Değil* (s. 155-163), İstanbul: İthaki Yayınları.

Sönmez, S., (2005), *Dünya Ekonomisinde Dönüşüm* (2. Baskı), Ankara: İmge Kitabevi.

Sönmez, S., (2009), Türkiye Ekonomisinde Neoliberal Dönüşüm Politikaları ve Etkileri, (Ed. N. Mütevellioğlu- S. Sönmez) içinde, *Küreselleşme, Kriz ve Türkiye'de Neoliberal Dönüşüm*, (s. 25-76), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Sözen, E., (1999), *Söylem*, İstanbul: Paradigma Yayınları .

Steger, M.- Roy, R., (2010), *Neoliberalism: A Very Short Introduction*, Oxford Universty Press.

Stewart, J.- Walsh, K., (1992), Change in the Management of Public Services, *Public Administration, 70*, pp. 499-518.

Stoker, G., (1998), Governance as Theory: Five Propositions, *İnternational Social Science Journal, 50* (155), pp. 17-28.

Stone, D., (2008), Protect the Sick:Health Insurance Reform in One Easy Lesson, *Journal of Law, Medicine & Ethics, 36*(4), pp. 652-660.

Suner, K., (1993), Cumhuriyet Döneminde Kırsal Kesime Götürülen Sağlık Hizmetleri, *Toplum ve Hekim, 8*(57), ss. 57-65.

Sütlaş, M., (2007), *AKP ve Hasta Hakları,* https://m.bianet.org/bianet/saglik/97606-akp-ve-hasta-haklari, (E. T. 05.10.2018)

Şahin, B.- İlgün, G., (2019), Assesment of the İmpact of Public Hospital Associations (PHAs) on the Efficiency of Hospitals Under Ministry of Health in Turkey With Data Envelopment Analysis, *Health Care Management Science, 22*, pp. 437-446.

Şahin, İ.- Özcan, Y.- Özgen, H., (2011), Assesment of Hospital Effiency Under Health Transformation Program in Turkey, *Central European Journal of Operations Research, 19*(1), pp. 19-37.

Şaylan, G., (2003), *Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi* (2. Baskı), Ankara: İmge Kitabevi.

Şaylan, G., (2012), Kamu Yönetimi Disiplininde Bunalım ve Yeni Açılımlar Üzerine Düşünceler, (Ed. B. Aykaç- Ş. Durgun- H. Yayman) içinde, *Türkiye'de Kamu Yönetimi* (s. 607-643), Ankara: Nobel Yayıncılık.

Şemin, S., (1993), Ülkemiz Sağlık Mevzuatı ve Sağlıkla İlgili Politikaların Genel Değişim Dinamikleri, *Toplum ve Hekim*.

Şemin, S.- Aksakoğlu, G., (1995), Sağlık Alanında Artan Sorunlar ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Azalan Etkinliği, *Toplum ve Hekim, 10*(68), ss. 45-54.

Şemin, S.- Güldal, D., (2008), Globalization of Pharmaceutical Industry and the Gowing Dependency of Developing Countries: The Case of Turkey. *International Journal of Health Services, 38*(2), pp. 379-398.

Şentürk, B., (2016), Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Cepten Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Muğla: T.C. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı .

Taşkın, M., (2001), Sağlık Politikamız, *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı* (39), pp. 243-250.

Tatar, M., (2003), Sağlık Politikası, (Ed. T. Göksu- H. H. Çevik-, A. Baharçiçek- A. Şen) içinde, *1980-2003 Türkiye'nin Dış, Ekonomik, Sosyal ve İdari Politikaları,* Ankara: Siyasal Kitabevi.

Tatar, M., (2011), Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi, *Sosyal Güvenlik Dergisi, 1*(1), ss. 103-133.

Taylor, F. W., (2007), *Bilimsel Yönetimin İlkeleri*, Konya: Çizgi Kitabevi.

Taylor, G.- Hawley, H., (2010), *Key Debates in Health Care,* Berkshire-New York: McGraw-Hill Education.

Tekeli, İ., (1999), *Modernite Aşılırken Siyaset,* Ankara: İmge Kitabevi.

Tekgüç, H.- Atalay Güneş, Z. N., (2015), Sağlıkta Bireysel Sorumluluk ve Rekabet Toplam Maliyetleri Neden Düşürmez?, *Amme İdaresi Dergisi, 48*(1), ss. 141-171.

Tekin, G., (2011), Sıhhıye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti'nden Sağlık Bakanlığı'na (1920-2000), Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara: TC Ankara Üniversitesi Türk İnkilap Tarihi Enstitüsü.

Teo, P., (2000), Racism in The News: A Critical Discourse Analysis of News Reporting in Two Australian Newspapers, *Discourse & Society, 11*(1), pp. 7-49.

Terris, M., (1999), The Neoliberal Triad of Anti-Health Reforms: Goverment Budget Cutting, Deregulatin and Privatization, *Journal of Public Health Policy, 20*(2), pp. 149-167.

Terry, L. D., (2005), The Thinning of Administative İnstitutations in the Hollow State. 37(4), pp. 426-444.

Terzi, C., (2013), Türkiye'de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı, (Ed. G. Mooney) içinde, *Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politiğe Doğru,* (s. 275-319), İstanbul: Yordam Kitap.

Terzioğlu, A.,(2003), Cumhuriyet Dönemi Türk Tıbbına ve Tıp Eğitimine Kısa Bir Bakış, *Yakın Dönem Türkiye Araştırmaları*, ss. 269-307.

Therborn, G., (1984), Classes and States: Welfare State Developments 1881-1981, *Studies in Political Economy, 14*, pp. 7-41.

Theriault, S. M., (2003), Patronage, The Pendleton Act and Power of People, *The Journal of Politics, 65*(1), pp. 50-68.

Thomas, R.- Davies, A., (2005), Theorizing the Micro-politics of Resistance: New Public Management and Managerial Identies in The UK Public Services, *Organization Studies, 26*(5), pp. 683-706.

Thornthwaite, L., (2012), The Origins of Personnel Management: Reasserting the Public Sector Experience. *Journal of Management History, 18*(3), pp. 312-330.

Tiryaki, R., (2014), Ekonomik Özgürlüklerin Kamu Hizmetinin Görülüş Usülleriyle İlişkisi, *Hacettepe HFD, 4*(1), ss. 67-106.

TKHK., (2012), *Birlik Değerlendirme El Kitabı,* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

TKHK., (2014), *T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Stratejik Plan 2014-2018,* Ankara : Sağlık Bakanlığı.

TKHK İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığı Verimlilik Daire Başkanlığı., (2012), *Birlik Değerlendirme El Kitabı*, (Ed. H. Çağıl-M. Örnek-M. Akın), Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Tolley, E. E. vd., (2016), *Qualitative Methods in Public Health* (2. Edition), London: Jossey-Bass.

Topak, O., (2009), Sosyal Güvenlik ve Sağlıkta Reform mu, Dönüşüm mü? Sosyal Güvenlik ve Sağlıkta Reformun Ekonomi Politiği, *Toplum ve Hekim, 24*(1), ss. 61-71.

Topak, O., (2012), *Refah Devleti ve Kapitalizm: 2000'li Yıllarda Türkiye'de Refah Devleti,* Ankara: İletişim.

Topal , A., (2002), Küreselleşme Sürecindeki Türkiye'yi Anlamaya Yarayan Bir Anahtar: Yeni Sağ, *Praksis, 7*, ss. 63-84.

Tortop, N. vd., (2007), *Yönetim Bilimi,* Ankara: Nobel Yayıncılık.

Tören, T.- Kutun, M., (2016), "Yeni Türkiye'yi Anlamak: Söylem ve Geçeklik Arasında Alternatif ve Sınıf Merkezli Bir Çerçeve Önerisi, (Ed. M. Kutun-T. Tören) içinde, *"Yeni Türkiye?": Kapitalizm, Devlet ve Sınıflar,* SAV Yayınları.

Triantafillo, P., (2017), *Neoliberal Power and Public Management Reforms,* Manchester: Manchester Universty Press.

Tritter, J. vd., (2009), *Globalisation, Markets and Health Care Policy: Redrawing the Patient as Consumer,* Routlegde.

TTB., (2001), On Soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. *Toplum ve Hekim, 16*(1), ss. 28-33.

TTB., (2003), *Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka ve Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor?*, Ankara: TTB Yayınları.

TTB., (2005), *Genel Sağlık Sigortası,* Ankara: TTB Yayınları.

TTB., (2007), *Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP,* Ankara: TTB Yayınları .

TTB., (2011a), *2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık,* Ankara: TTB Yayını.

TTB., (2011b), *Sağlık Bakanlığı'ndan "Sağlık Holding"e, Devlet Hastanelerinden "Sağlık İşletmeleri" ne,* Ankara: TTB Yayınları.

TTB., (2018), *Genel Sağlık Sigortası Ne Dediler? Ne Oldu?*, Ankara: TTB Yayınları.

TTB., (2018), *Sağlıkta Dönüşüm Programı Çöktü Kamu Hastaneler Birliği Ne Dediler? Ne Oldu?,* Ankara: TTB Yayınları .

TTB., (2020), 21. Yüzyılın Üçüncü On Yılına Başlarken Türkiye'nin Sağlığı, *Toplum ve Hekim, 35*(1), ss. 55-58.

TTB Raporu., (2018), Sağlıkta Dönüşüm Programı Çöktü Kamu Hastane Birlikleri: Ne Dediler Ne Oldu?, *Toplum ve Hekim, 33*(6), ss. 473-476.

Tullock, G., (1976), *The Vote Motive,* London: Institute Of Economic Affairs.

Tuohy, H. C., (1999), *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States,* London-New York: Oxford Universty Press.

Turner, B. S., (2011), *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi* (1. Basım), (Çev. Ü. Tatlıcan), Bursa: Sentez Yayıncılık.

Tükel, R., (2017), *Başarısızlığın Belgesi!*, http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/basarisizligin-belgesi/ (E.T. 03.04.02019).

Tümerdem, Y., (1992), *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)*, İstanbul.

Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği., (2005), *20. Yılında Türkiye'de Özelleştirme Gerçeği Sempozyumu,* Ankara: Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği.

TÜSİAD.,(1983), *Kamu Bürokrasisi,* Yayın No: 83.10.78, İstanbul: TÜSİAD.

Twaddle, A., (2002), *Health Care Reform Around the World,* London: Greenwood Publising Grup.

Uçar Karabulut, E., (2007), Kamu Hizmeti Kavramının Dönüşümü, (Ed. A. Göktürk-M. Özfidan-G. Ünlü) içinde, *Kamu Yönetimi Forumu KAYFOR IV Kuramdan Uygulamaya (Yönetim ve Reform)* (s. 403-422), Muğla: Muğla Belediyesi Yayınları.

Ulusoy, A., (2004a), *Kamu Hizmeti İncelemeleri,* İstanbul: Ülke Kitapları.

Ulusoy, A., (2004b), Anayasa Mahkemesinin Kamu Hizmetlerinin Özel Kişilere Gördürülmesine ve Bunlara İlişkin Uyuşmazlıkların Çözüm Yollarına Yaklaşımı Hakkında Bir Değerlendirme, *Özel Hukuk ve Anayasa Mahkemesi Kararları Sempozyumu, Bildiriler, Tartışmalar,* Ankara: BTHAE.

Üçkuyu, Y., (2012), "Yaban", Yabancılaşma ve Hekimlik Üzerine Bir Deneme, (Ed. A. Soyer) içinde, *Sağlığın Siyasal Ekonomisi Hekim/Sağlıkçı Emek Tartışmaları* (s. 143-153), İstanbul: Sorun Yayınları.

Ünlütürk Ulutaş, Ç., (2011), *Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü* (1. Basım), Ankara: NotaBene Yayınevi.

Üstüner, Y., (2000), Kamu Yönetimi Kuram ve Kamu İşletmeciliği Okulu, *Amme İdaresi Dergisi, 33*, ss. 5-31.

Üstüner, Y., (2012), Kamu Yönetimi Disiplininde "Kimlik Sorunsalı", (Ed. B. Aykaç- Ş. Durgun- H. Yayman) içinde, *Türkiye'de Kamu Yönetimi* (2. Basım), (s. 631-644), İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.

Üstüner, Y.- İdrisoğlu Kalav, F., (2014), Kamu Çalışma Etiği ve Neo-Taylorist Uygulamalar: Türk Kamu Sağlık Hizmetinde Performansa Dayalı Ücretlendirme, *ODTÜ Gelişme Dergisi, 41*(Ağustos), ss. 177-200.

van Dijk, T., (1996), Discourse, Power and Access, (Ed. C. Caldas-Coulthard- M. Coulthard) içinde, *Texts and Practices: Readings in Critical Discourse Analysis* (s. 84-108), London and New York: Rourledge.

van Dijk, T., (1998), Opinions and İdeologies in the Press, (Ed. T. van Dijk- A. Bell- P. Garrett) içinde, *Approaches to Media Discourse*, Oxford: Blackwell.

Vigoda, E., (2003), New Public Management Encylopedia of Public Administration and Public Policy: K-Z. CRC Press.

Vural Eren, İ., (2017), Financialisation in Health Care: An Analyisis of Private Equity Fund Investments in Turkey, *Social Science and Medicine, 187*, pp. 276-286.

Waitzkin, H., (2000), *The Second Sickness Contradictions of Capitalist Health Care,* New York : Rowman & Litte Field Publishers.

WB, (2003), *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficency, Report No. 24358-TU,* World Bank .

Weber, M., (1995), *Toplumsal ve Ekonomik Örgütlenme Kuramı* (1. Basım), (Çev. Ö. Ozankaya), İstanbul: İmge Kitabevi.

Weber, M., (2008), *Sosyoloji Yazıları,* (Ed. H. H. Gerth- W. C. Mills), İstanbul: Deniz Yayınları.

Webster, C., (2003), Medicine and Welfare State 1930-1970, (Ed. C. Roger- J. Pickstone) içinde, *Companion to Medicine in the Twentieth Centruy* (s. 125-140), Abingdon: Routledge.

Weitch, K., (2010), The Government of Health Care and the Politics of Patient Empowerment: New Labour and the NHS Reform Agenda in England, *Law &Policy, 32*(3), pp. 313-331.

White, L. D., (2012), Introduction to the Study of Public Administration, *Public Administration Classic Readings* (s. 45-52) içinde Wadsworth: Cengage Learning.

WHO., (2000), *The World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance,* Geneva: World Health Organization.

Wilson, W., (2012), The Study of Administration, (Ed. J. M. Shafritz- A. C. Hyde) içinde, *Public Administration: Classic Readings* (7. Edition), (s. 16-28), Cengage Lerning.

World Bank, (1997), *World Development Report 1997: The State in Changing World,* New York: Oxford Universty Press.

Yabancı, B., (2016), Populism as the Problem Child of Democracy: The AKP's Enduring Appeal and The Use of Meso-Level Actors, *Southest European and Black Sea Studies, 16*(4), pp. 591-617.

Yadavendu, V. K., (2001), Social Construction of Health: Changing Paradigms, *Economic and Political Weekley, 36*(29), pp. 2784-2795.

Yalman, G., (2002), Tarihsel Bir Perspektiften Türkiye'de Devlet ve Burjuvazi: Rölativist Bir Paradigma mı Hegemonya Stratejisi mi?, *Praksis* (5), ss. 7-23.

Yavuz, C. I., (2013), Türkiye'de Sağlık Bakanlığı: 1980 Sonrası, *Toplum ve Hekim, 28*(3), ss. 192-204.

Yayman, H., (2008), *Türkiye'nin İdari Reform Tarihi,* Ankara: Turhan Kitabevi.

Yeldan , E., (2003a), Neoliberalizmin İdeolojik Bir Söylemi Olarak Küreselleşme, (A. Köse- F. Şenses- E. Yeldan) içinde, *İktisat Üzerine Yazılar-I Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar, Korkut Boratav'a Armağan* (s. 341-360), İstanbul: İletişim Yayınları.

Yeldan, E., (2003b), *Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi* (8. Basım), İstanbul: İletişim Yayınları.

Yenimahalleli Yaşar, G., (2011), "Health Transformation Programme" in Turkey: An Assesment, *International Journal of Health Planning and Management, 26*, ss. 110-133.

Yenimahalleli Yaşar, G., (2015), Türkiye'de Sağlık Güvencesinde Neredeyiz?,(Ed. G. Yemimahalleli Yaşar- A. Göksel- Ö. Birler) içinde, *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 85-125), Ankara: Notabene Yayınları.

Yıldırım, H. H.- Yıldırım, T., (2013), Türkiye'de Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme, (Ed. M. Yıldız- M. Z. Sobacı) içinde, *Kamu Politikası Kuram ve Uygulama* (s. 352-385), Ankara: Adres Yayınları.

Yıldırım, H. H.- Hughes, D.- Yıldırım, T., (2011), Markets, Modernisation and National Interest: Three Faces of Patient Choice Policy in Turkey, *Health and Social Care in the Community, 19*(2), pp. 168-177.

Yıldırım, H. H.-Yıldırım, T.- Erdem, R., (2011), Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi, *Amme İdaresi Dergisi, 44* (2), ss. 71-98.

Yıldırım, K., (2011), Özel Sağlık Sektörünün Parametreleri, *Toplum ve Hekim, 26*(2), ss. 135-150.

Yıldırım, S., (1994), *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Uzmanlık Tezi, DPT Yayın No: 2350,* Ankara: DPT.

Yılmaz, A., (2002), *Kapitalist Devleti Anlamak,* İstanbul: Aykırı Yayıncılık.

Yılmaz, D., (2008), Türk Hukukunda Kamu Hizmeti Kavramı ve Kriterleri, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 12*(1-2), ss. 1216-1234.

Yılmaz, V., (2012), Yurttaşlık Perspektifinden Sağlıkta Dönüşüm Programı, (Ed. Y. Işıl Ülman-F. Artvinli) içinde, *Değişen Dünyada Biyoetik* (s. 117-122), İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği.

Yılmaz, V.-Yentürk, N., (2017), Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının Tarihsel Seyri: Betimleyici Bir Değerlendirme, *Toplum ve Hekim, 32*(4), ss. 295-307.

YÖK., (2014), *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu,* Ankara: YÖK.

Zabcı, F., (2009), *Dünya Bankası: Yanılsamalar ve Gerçekler,* İstanbul: Yordam Kitap.

Zanetti, L. A., (1997), Advancing Praxis Connecting Critical Theory With Practice in Public Administration, *American Review of Public Administration, 27*(2),pp. 145-167.

Zencir, M., (2009a), DPT Beş Yıllık Kalkınma Planları ve Sağlık Hizmetleri, *Sağlık Reformlarının Sağlık Yönetimine Etkileri Sempozyum Kitabı-19-21 Kasım 2009* (s. 19-42), Bursa: Bursa Tabipler Birliği.

Zencir, M., (2009b), Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri, *Toplum ve Hekim, 24*(3), ss. 177-188.

Zencir, M., (2012), Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı, *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 12(45), ss. 49-59.

Zengin, O.,(2007), Türkiye'de Kamu Yönetimi Disiplinin Özgüllük ve Saflık Sorunu, (Ed. Ş. Aksoy-Y. Üstüner) içinde, *Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar* (s. 79-96), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Zengin, O., (2009), Günümüz Kamu Yönetiminde Ön Plana Çıkan Yaklaşımlar, (Ed. B. Övgün) içinde, *Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reform*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Zürcher, E. J., (2013), Kemalist Türkiye'de Modernleşmenin Sınırları, *Modernizmin Yansımaları: 60'lı Yıllarda Türkiye* ,(Çev. B. Yurteri),(s. 9-24) içinde Ankara: Efil Yayınevi.

EKLER

EK 1. GÖRÜŞME SORULARI

1- Sağlık hizmetlerinin yönetiminde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte yaşanan değişimler kamu hastanelerinin yönetim/finansman yapısını sizce nasıl etkileyecektir?

(Hizmet sunumu ile finansmanın ayrılması, yöneticilerin mali sorumlulukları, hesapverebilirlik, hastanelerin idari-mali özerkliği, hizmet satın alma uygulamaları, hastanelerinin kamu ve özel sektör ile rekabet edebilirliği)

2- Sağlık Bakanlığı'nın 663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni teşkilat yapısını nasıl değerlendiriyorsunuz?

(Kamu hastane birliklerinin kurulması, Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici rolü, hiyerarşik yapı, merkezin etkinliğinin artması/azalması, performansa dayalı denetim ve hesapverebilirlik, yereldeki yöneticilerin yetkilerinin artırılması, yeni yöneticilik anlayışı, yöneticiler ve kurum personeli ile ilişkiler)

3- Size göre bir kamu hastanesinin yönetim ve hizmet sunma anlayışı ile bir özel hastanenin yönetim ve hizmet sunma anlayışı arasındaki benzerlik ve farklılıklar nelerdir?

4- Sağlık hizmeti kullanıcıları hasta/vatandaş/müşteri/tüketici gibi kavramlardan hangisi ya da hangileri ile tanımlamanın doğru olacağını düşünüyorsunuz? Neden?

5- Size göre sağlık hizmetlerinin yönetimide en temel üç sorun nedir? Bu sorunlar için varsa çözüm önerileriniz nelerdir?

EK 2. TEZ İZİN BELGESİ

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı ve Soyadı : Esin AKAR

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : 9 Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Yüksek Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji ABD

Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi

l. İngilizce (YDS-75)

İş Deneyimi

1. Isparta-İzmir -1995-2002 (Hemşire)

3. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2002-…) (Öğretim Görevlisi)