

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

**NEOLİBERAL DEVLET DÖNEMİNDE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM
PROGRAMI UYGULAMALARINA YÖNELİK SEKTÖRDEKİ
PAYDAŞLARIN ALGISI**

**ERDAL EKE
0840203026**

DOKTORA TEZİ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Uysal KERMAN**

ISPARTA - 2014



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Tarih:26/2/ 2014

Enstitü Yönetim Kurulunun 15/1/2014 tarih ve 13/b sayılı kararıyla oluşturulan jürimiz, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Bilim Dalını Seçiniz Bilim Dalı DOKTORA öğrencisi Erdal EKE'nin "Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı " başlıklı tezini incelemek ve değerlendirmek üzere 26/2/2014 tarihinde saat 10:00'da toplanmış ve adayı tez savunmasına almıştır.

SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Yönetmeliğinin 39. Maddesi uyarınca adaya 60 dakika süreyle teziyle ilgili Ek'te sunulan sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tezinin aşağıda belirtilen sebeplerle,

- ☒ **Tezin kabul edilmesine** (Öğrenci, varsa jüri tarafından gerekli görülen düzeltmeleri yaparak, tezinin onaylı son şeklini bir (1) ay içinde Enstitü'ye teslim etmelidir.)
- ☐ **Tezde düzeltme verilmesine** (Öğrenci, tezde gerekli görülen düzeltmeleri yaptıktan sonra altı (6) ay içinde savunmasını yineleyecektir.)
- ☐ **Tezin reddedilmesine** (Öğrenci yeni tez konusu belirleyecek)

***Tez adı değişikliği yapıldı/yapılmadı.**
oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.
Gereği arz olunur.

Jüri	Adı Soyadı	İmza
Danışman :	Doç. Dr. Uysal KERMAN	
Üye :	Prof. Dr. Yüksel METİN	
Üye :	Doç. Dr. Yakup ALTAN	
Üye :	Doç. Dr. Mehmet AKTEL	
Üye :	Doç. Dr. Kürşat ÖZDAŞLI	

Ekler :

- 1) Tez Değerlendirme Jüri Raporları
- 2) Sınav soru tutanağı

SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği; Madde 39 (3) Jüri üyeleri, söz konusu tezin kendilerine teslim edildiği tarihten itibaren en geç bir ay içinde, hazırladıkları raporlarla birlikte toplanarak öğrenciyi tez savunma sınavına alırlar. Tez savunma sınavının yeri ve tarihi EYK'nca belirlenir. Jüri aralarında bir başkan seçer. Tez savunma sınavı, tez çalışmasının sunulması ve bunu izleyen soru-cevap bölümünden oluşur. Tez savunma sınavı en az kırkbeş, en çok doksan dakikadır.

(4) Tez sınavının tamamlanmasından sonra jüri tez hakkında salt çoğunlukla kabul, ret veya düzeltme kararı verir. Bu karar, EABD Başkanlığınca tez sınavını izleyen üç gün içinde Enstitüye tutanakla bildirilir. Tezi reddedilen öğrenci yeni tez konusu sunmak zorundadır. Tezi hakkında düzeltme kararı verilen öğrenci en geç altı ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur. Bu savunma sonunda da tezi kabul edilmeyen öğrenci yeni tez konusu sunmak zorundadır. Yeni tez konusu bu Yönetmeliğin 38 inci maddesinde yer alan esaslara göre belirlenir.

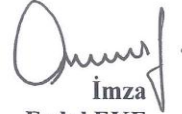
Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	Tarih:	Karar No:
Bu form sınavdan sonra danışman tarafından düzenlenerek ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı aracılığı ile 3 gün içinde Enstitüye teslim edilir.		



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.


İmza
Erdal EKE
17.03.2014

EKE Erdal, *Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı*, Doktora Tezi, Isparta, 2014.

ÖZET

Çalışmanın amacı, neoliberal devlet ve yeni kamu yönetimi anlayışının Türk sağlık sektörüne yansımaları olarak görülen Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına yönelik sektördeki paydaşların görüş ve değerlendirmelerinin tespit edilmesidir.

Çalışmanın teorik kısmında, öncelikle tarihsel süreçte, devletin liberal-refah-neoliberal formlarındaki yapısal ve işlevsel dönüşümü ile bu durumun kamu yönetimine yansımaları ele alınmıştır. Sonrasında ise neoliberal politikaların Türkiye’de kamu yönetimi alanındaki etkilerine değinilerek sağlık sektöründe Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile gerçekleşen dönüşüm sistematik bir şekilde betimlenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı Dünya Bankası tarafından desteklenen, 2003-2009 ve 2009-2014 yıllarını kapsayan iki temel faz şeklinde ve Türkiye’de sağlık reformları dönemi içerisinde gerçekleştirilen kapsamlı bir projedir. Bu proje kapsamında, sağlık sektöründe yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, finansman ve insan kaynakları açısından sektörü ciddi anlamda dönüştüren uygulamalar hayata geçirilmiştir.

Çalışmanın uygulama kısmında ise, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının sektördeki paydaşlar tarafından nasıl algılandığının tespit edilmesine yönelik Antalya, Bursa, Denizli, Erzurum, Isparta, Konya, Samsun ve Şanlıurfa il merkezlerinde bir alan araştırması gerçekleştirilmiştir.

Alan araştırması vasıtasıyla hastaların, yönetici ve hekimlere oranla Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına daha olumlu yaklaştıkları, paydaşların aile hekimliği başta olmak üzere bazı uygulamalara ilişkin düşüncelerinde farklılıkların oluştuğu, yönetici ve hekimlerin dönüşüm uygulamalarına yönelik farkındalıklarının daha yüksek olduğu ve dönüşüm uygulamaları hakkında paydaşların yeterince bilgilendirilmediği gibi sonuçlara ulaşılmıştır.

Alan araştırması bulguları sonucunda, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına yönelik hasta, hekim ve sağlık yöneticilerinin görüşleri ve değerlendirmeleri ile Türk sağlık sektöründe mevcut durum tüm yönleriyle ortaya konulmuştur. Ayrıca Türk sağlık sektöründe dönüşüm uygulamaları ile birlikte ortaya çıkan sorunlar ve çözüm önerileri dile getirilmiş ve de gelecek dönemin sağlık sektörüne yönelik öngörüler ifade edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Dönüşen Devlet, Yeni Kamu Yönetimi, Sağlık Hizmeti, Türk Sağlık Sektörü, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kamu Yönetimi.

EKE Erdal, *Perception of the Stakeholders of Health Sector Concerning the Implementations of Health Transformation Program in Neoliberal State Era*, Ph.D. Thesis, Isparta, 2014.

ABSTRACT

The purpose of the study is to identify the opinions and assessments of the sectors' stakeholders concerning the implementations of Transformation in Health Program which are seen as reflection of the neoliberal state and new public management approaches' in health sector of Turkey.

Theoretical part of the study, primarily discusses the historical process of the structural and functional transformation of the state in the liberal-welfare-neoliberal forms and their reflections to the public administration. Following, the impacts of the neoliberal politics in the public administration of Turkey are addressed and the transformation realized through Transformation in Health Program implementations in the health sector is systematically described. Transformation in Health Program, supported by the World Bank, is a comprehensive project realized in period of health reforms in Turkey and consists of two basic phases that are between the years 2003-2009 and 2009-2014. Within the scope of this project, implementations, which seriously transform the sector, are put into effect in terms of management and organization, service delivery, finance and human resources in health sector.

In the practical part of the study, a field research is executed to identify how the stakeholders in the related sector perceive the implementations of Transformation in Health Program in the city centers of Antalya, Bursa, Denizli, Erzurum, Isparta, Konya, Samsun and Şanlıurfa.

By means of the field study carried out, it has been concluded that the patients perceive the applications in the Health Transformation Program more positively than the managers and physicians, and that there are some discrepancies in terms of perception of some of the applications, especially of the family physician system, and that the awareness of managers and physicians in the health sector are higher toward the transformation program, and that the stakeholders in the sector have not been well informed about the transformation applications.

As a result of the findings of field research, the current situation in health sector of Turkey is presented in all its parts, with the opinions and assessments of patients, doctors and health administrators regarding Transformation in Health Program implementations. Besides, the problems and solutions shown up by health sector implementations of Turkey are framed and the predictions are stated about the future of health sector.

Keywords: Transforming State, New Public Management, Health Service, Health Sector of Turkey, Transformation in Health Program, Public Administration.

İÇİNDEKİLER

DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI.....	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	x
TABLolar	xii
ŞEKİLLER	xv
ÖNSÖZ.....	xvi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

REFAH DEVLETİNDEN NEOLİBERAL DEVLETE DÖNÜŞEN DEVLET ANLAYIŞI

1.DEVLETİN DÖNÜŞÜMÜ	9
1.1.Liberal Devlet Anlayışı	10
1.1.1.Kapitalizm.....	11
1.1.2.Liberalizm ve Liberal Devlet Anlayışı	13
1.2.Refah Devleti Anlayışı	16
1.2.1.Refah Devleti Kavramı ve Özellikleri	16
1.2.2. Refah Devletinin Tarihsel Gelişimi	20
1.3.Neo-Liberal Devlet Anlayışı ve Refah Devletinin Dönüşümü	29
1.3.1.Neoliberalizm.....	31
1.3.2.Neo-Liberal Devlet ve Devletin Yeniden Yapılandırılması	33
1.3.3.Neo-Liberal Dönemde Kamu Yönetimi	39
2.TÜRKİYE’DE DEVLETİN DÖNÜŞÜMÜ.....	56
2.1.Devletin Dönüşümü.....	57
2.2.Türk Kamu Yönetiminin Dönüşümü.....	65
3.DÖNÜŞEN DEVLET VE SAĞLIK.....	69

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜ ve SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİ

1.SAĞLIK HİZMETLERİ.....	73
1.1.Sağlık, Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetleri.....	73
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	74
1.2.1.Kamusal ve Toplumsal Özellikler	75
1.2.2.Belirsizlik Özelliği	76
1.2.3.Dışsal Özellikler	76
1.2.4.İkame Edilemezlik, Ertelenememe ve Acillik Özelliği	77
1.2.5. Diğer Özellikler	78
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	78
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	79
1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	80
1.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	81
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	81
1.4.1. Finansman Kaynakları	82
1.4.2. Finansman Modelleri ve Yöntemleri	84
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi	86
2.TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ	87
2.1.Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	87
2.1.1.Cumhuriyet Öncesi Dönem	88
2.1.2.Cumhuriyet Dönemi	89
2.2.Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi	107
2.2.1.Sağlık Bakanlığı.....	111
2.2.2. Diğer Aktörler.....	116
2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	117
2.4. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Yaşanan Sorunlar	119
2.4.1.Yönetim ve Örgütlenme İle İlgili Sorunlar.....	120
2.4.2.Hizmet Sunumu İle İlgili Sorunlar.....	123
2.4.3.Finansman İle İlgili Sorunlar	124
2.4.4.İnsan Kaynakları İle İlgili Sorunlar	126
2.4.5.Diğer Sorunlar.....	127

3.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ve NEOLİBERAL DEVLET ANLAYIŞI İLE İLİŞKİSİ 129

3.1. Amaçlar, Hedefler ve Temel İlkeler	132
3.2.Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri.....	133
3.2.1.Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı	134
3.2.2.Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası	135
3.2.3.Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi	136
3.2.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü.....	139
3.2.5.Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları.....	140
3.2.6.Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon.....	140
3.2.7.Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma.....	141
3.2.8.Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.....	142
3.3.Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulama Süreci	143
3.4.Sağlıkta Dönüşüm Programının Aşamaları	145
3.4.1.Sağlıkta Dönüşüm Projesi: I. Faz 2003-2009	145
3.4.2.Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (II. Faz) 2009-2014	147
3.5.Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Gerçekleştirilen Değişiklikler ve Değerlendirmeler	152
3.5.1.Yönetim ve Örgütlenme Alanındaki Değişiklikler	153
3.5.2.Hizmet Sunumu Alanındaki Değişiklikler.....	181
3.5.3.Finansman Alanındaki Değişiklikler	199
3.5.4.İnsan Kaynakları Alanındaki Değişiklikler	209

4. ULUSAL VE ULUSLARARASI ÖRGÜTLERİN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINA YÖNELİK TESPİT ve DEĞERLENDİRMELERİ 215

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMALARINA YÖNELİK SEKTÖRDEKİ PAYDAŞLARIN ALGISI

1.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	230
2.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE ÖZGÜN DEĞERİ.....	231
3.ARAŞTIRMANIN KAPSAMI.....	234
4.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	234

5.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	238
6.VERİLERİN TOPLANMASI.....	242
7.VERİLERİN ANALİZİ.....	244
8.ARAŞTIRMANIN BULGULARI	245
8.1.Hastalara Ait Frekans Analizi Bulguları	247
8.2.Yönetici ve Hekimlere Ait Frekans Analizi Bulguları	254
8.3.Demografik Faktörlere Göre Gruplar Arası Karşılaştırmalar	266
8.4. Gruplar Arası Karşılaştırma Testleri	273
8.5.Araştırmanın Açık Uçlu Sorularına Verilen Yanıtların Analizi.....	298
8.5.1.Hastaların Açık Uçlu Sorulara İlişkin Görüşlerinin Analizi.....	298
8.5.2.Yönetici ve Hekimlerin Açık Uçlu Sorulara İlişkin Görüşlerinin Analizi ...	308
SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME.....	329
KAYNAKÇA	344
EKLER.....	376
ÖZGEÇMİŞ.....	383

KISALTMALAR

AB:	Avrupa Birliği
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
a.g.e.:	Adı Geçen Eser
a.g.m.:	Adı Geçen Makale
a.g.t.:	Adı Geçen Tez
AHBS:	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
BM:	Birleşmiş Milletler
BOH:	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
ÇSGB:	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DB:	Dünya Bankası
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GSS:	Genel Sağlık Sigortası
HBS:	Hastane Bilgi Sistemleri
IMF:	Uluslararası Para Fonu
İTS:	İlaç Takip Sistemi
MGK:	Milli Güvenlik Kurumu
MHRS:	Merkezi Hastane Randevu Sistemi
OECD:	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
R.G.:	Resmi Gazete
SABİM:	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SAĞLIK SEN:	Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SES:	Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası
STK:	Sivil Toplum Kuruluşları
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TEB:	Türk Eczacıları Birliği

TTB:	Türk Tabipleri Birliği
TODAİE:	Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü
TÜRK SAğLIK-SEN: Sendikası	Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Görevlileri
UNDP:	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
USBS:	Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR

Tablo 1. Devlet Formlarının Sermaye Mantıklı Eğilim Çerçevesindeki Tarihsel Gelişimi	9
Tablo 2. Geleneksel Yönetim ve Yeni Yönetim Anlayışının Kıyaslanması	47
Tablo 3. Geleneksel Devlet/ E-Devlet Karşılaştırması.....	54
Tablo 4. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektöründeki Reformlar ile Eşleştirilmesi	71
Tablo 5. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane ve Yatak Sayısı	111
Tablo 6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Harcamaları	119
Tablo 7. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Nominal, TL.....	119
Tablo 8. 58. Hükümet Acil Eylem Planında Sağlıklı Toplum Başlığı Altındaki Hedefler	130
Tablo 9. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Bileşen ve Alt Uygulamaları	146
Tablo 10. Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin Bileşenleri ve Alt Uygulamaları.....	148
Tablo 11. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları.....	207
Tablo 12. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Nominal, TL.....	208
Tablo 13. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler 2012	210
Tablo 14. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Ünvanlara Göre Dağılımı, 2012	211
Tablo 15. Sağlık Bakanlığı Sağlık Personeli Sayısının Yıllara Göre Dağılımı.....	211
Tablo 16. Verilerin Toplandığı Hastaneler.....	242
Tablo 17. Verilerin Toplandığı Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sivil Toplum Kuruluşları	243
Tablo 18. Hastalara Ait Demografik Özellikler	245
Tablo 19. Hastaların İllere Göre Dağılımı.....	246
Tablo 20. Yönetici ve Hekimlere Ait Demografik Özellikler	246
Tablo 21. Yönetici ve Hekimlerin Görevlerine ve İllere Göre Dağılımı	247
Tablo 22. Hastaların Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türk Sağlık Sektörüne Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları.....	248

Tablo 23. Hastaların Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları.....	249
Tablo 24. Hastaların Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları.....	251
Tablo 25. Hastaların SDP Sonrası Sağlık Hizmetlerine Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları	252
Tablo 26. Hastaların SDP Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları.....	253
Tablo 27. Yönetici ve Hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türk Sağlık Sektörüne Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları.....	254
Tablo 28. Yönetici ve Hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programına Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları.....	256
Tablo 29. Yönetici ve Hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları.....	257
Tablo 30. Yönetici ve Hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları.....	258
Tablo 31. Yönetici ve Hekimlerin SDP Kapsamındaki Kurumsal-Yönetimsel Yapıdaki Değişikliklere İlişkin Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları.....	260
Tablo 32. Yönetici ve Hekimlerin SDP Sonrası Sağlık Hizmetlerine Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları.....	263
Tablo 33. Yönetici ve Hekimlerin SDP Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları.....	265
Tablo 34. Hastaların SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Yaş Yönünden Karşılaştırılması	267
Tablo 35. Hastaların SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Eğitim Yönünden Karşılaştırılması	267
Tablo 36. Hastaların SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Meslek Yönünden Karşılaştırılması	268
Tablo 37. Hastaların SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Gelir Grupları Yönünden Karşılaştırılması.....	268
Tablo 38. Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Eğitim Yönünden Karşılaştırılması.....	269
Tablo 39. Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Yaş Yönünden Karşılaştırılması.....	269
Tablo 40. Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Meslek Yönünden Karşılaştırılması.....	270

Tablo 41. Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Görev Yönünden Karşılaştırılması.....	270
Tablo 42. Hastaların SDP Sonrası Sorunların Giderilmesine Yönelik Yanıtlarına İlişkin Çapraz Test Sonuçları	272
Tablo 43. Yönetici ve Hekimlerin SDP Sonrası Sorunların Giderilmesine Yönelik Yanıtlarına İlişkin Çapraz Test Sonuçları	273
Tablo 44. Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Bileşenleri Yönünden Hastalar ile Yönetici ve Hekimlerin Görüşlerinin Karşılaştırılması	274
Tablo 45. Değişim İhtiyacı Yönünden Hastalar ile Yönetici ve Hekimlerin Görüşlerinin Karşılaştırılması	274
Tablo 46. Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamaları Yönünden Hastalar ile Yönetici ve Hekimlerin Yanıtlarının Karşılaştırılması.....	275
Tablo 47. Sağlıkta Dönüşüm Programı İle Birlikte Kurumsal-Yönetimsel Yapıdaki Değişikliklerin Yönetici ve Hekimlerin Görevlerine Göre Analizi	283
Tablo 48. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Hizmet Sunma Süreci İle İlgili Değişikliklerin Yönetici ve Hekimlerin Görevlerine Göre Analizi	292
Tablo 49. Araştırma Hipotezlerinin Test Sonuçları	324
Tablo 50. Hasta, Yönetici ve Hekimlere Göre SDP Sonrası Türk Sağlık Sektöründe Ortaya Çıkan Sorunlar.....	338
Tablo 51. Hasta, Yönetici ve Hekimlerin SDP Sonrası Türk Sağlık Sektörünün İyileştirilmesine Yönelik Önerileri	340

ŞEKİLLER

Şekil 1. E-Devlet Modelinin Akış Sistemi.....	55
Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	79
Şekil 3. Türkiye’de Hasta Sevk Sisteminin Basamakları	108
Şekil 4. Türkiye’de Kamu Sağlık Sektörünün Yapısı.....	109
Şekil 5. İşlevlerine Göre Türk Sağlık Sisteminin Aktörleri.....	110
Şekil 6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması	113
Şekil 7. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Şeması	115
Şekil 8. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türkiye Sağlık Sistemi Finansal Akış Şeması	117
Şekil 9. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.....	154
Şekil 10. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı-İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü.....	156
Şekil 11. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşlar Taşra Teşkilatı-Kamu Hastane Birliği	158
Şekil 12. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşlar Taşra Teşkilatı-Halk Sağlığı Müdürlüğü	162
Şekil 13. Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı	172
Şekil 14. e-Sağlık Dönüşümü	190
Şekil 15. OECD Ülkelerine Göre 1000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı.....	212

ÖNSÖZ

Bu çalışmada, Türkiye’de devlet ve kamu yönetimindeki dönüşüm sürecinden hareketle Türk sağlık sektöründe uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve uygulamaları işlenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının, neoliberal devlet ve yeni kamu yönetimi anlayışının genel ilkeleri çerçevesinde Türk sağlık sektörünü önemli ölçüde değiştirdiği ve dönüştürdüğü düşüncesinden yola çıkılmıştır. Bundan dolayı Türk sağlık sektöründeki dönüşüm uygulamaları sonrasında yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, finansman ve insan kaynakları alanlarında sağlık sektörünün nasıl ve ne şekilde dönüştüğünün tespiti için ayrıntılı bir şekilde inceleme yapılmıştır. Kavramsal çerçevedeki bilgilere ve öngörülere paralel olarak çalışma kapsamında Antalya, Bursa, Denizli, Erzurum, Isparta, Konya, Samsun ve Şanlıurfa il merkezlerinde hasta, hekim ve sağlık yöneticilerine anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Çalışma sonucunda, Türk sağlık sektöründeki dönüşüm uygulamalarının devletin genel formundaki neoliberal politikalar eksenli dönüşüm süreci ile paralellik arz ettiği görülmüştür. Hasta, hekim ve sağlık yöneticilerinin görüş, değerlendirme ve önerileri ışığı altında Türk sağlık sektörünün mevcut durumunun bir fotoğrafı ortaya konulmuştur. Böylece sonuçları itibarıyla ilgili literatüre önemli katkıların sağlanması ve sağlık sektöründe politika belirleyicilere gelecek dönem sağlık sektörünün projeksiyonu hakkında fikir vermesi amaçlanmıştır.

Doktora eğitimim ve özellikle tez yazım sürecimde benden desteğini ve ilgisini hiçbir zaman eksik etmeyen danışman hocam Doç. Dr. Uysal KERMAN’a, hocalarım Doç. Dr. Yakup ALTAN’a, Prof. Dr. Yüksel METİN’e ve Doç. Dr. Mehmet AKTEL’e tüm kalbi duygularıyla teşekkür ederim. Çalışmalarında yardımlarını doğrudan hissettiğim başta Yrd. Doç. Dr. Mustafa LAMBA olmak üzere bütün değerli arkadaşlarıma da şükranlarımı sunarım.

Bu tez Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projeleri Koordinasyon Birimi (BAP) tarafından, 3292-D1-12 nolu proje ile desteklenmiştir. Desteklerinden dolayı BAP yönetimi ve birim personeline teşekkür ederim.

Gerek doktora eğitimim boyunca gerekse çalışma hayatımda sabır ve anlayışla bana her konuda destek olan çok değerli eşime ve kızıma sonsuz teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

GİRİŞ

Devlet, insanlar tarafından bir toplum kurumu şeklinde oluşturulan en eski ve en köklü oluşumlardan birisi olarak¹, Mezopotamya’da ortaya çıkan ilk tarım toplumlarına kadar uzanan bir nitelik taşımaktadır². Günümüze değin birçok formu ile çeşitli tartışmalara konu edilen devlet, literatürde çok farklı biçimlerde tanımlanmakla³ birlikte, “belirli sınırlar dâhilinde egemen bir hükümet yetkisi tesis eden ve bir dizi daimi kurum aracılığıyla otorite uygulayan bir siyasi birlik”⁴ şeklinde ifade edilebilmektedir.

Devlet kurumu, toplumsal işbölümü ile ortaya çıkan toplum temeline dayandırılmaktadır. Bu durum devleti, yaklaşık 10.000 yıllık bir geçmişe sahip kılmaktadır. Bu uzun süreç içerisinde insanların devlet olgusu üzerinde çeşitli tartışmaları ve düşünceleri dile getirdiği görülmektedir. Yaklaşık 2400 yıl önce Aristoteles’in devlet kurumuyla toplumdaki çıkar yarışması arasındaki ilişki eksenli bir tipoloji geliştirmesi, bu duruma verilebilecek en önemli örneklerden birisidir. Aristoteles sonrası birçok düşünür ve toplumbilimcinin devlet kuramı üzerinde araştırma yaparak bu alana katkıda bulunduğu ifade edilmektedir⁵.

Modern devlet olgusu⁶, 16. ve 17. yüzyıllarda Kuzeybatı Avrupa’da ortaya çıkan devlet biçimidir. Ulusal devlet olarak da ifade edilebilen modern devlet, insan ve

¹ İsmail Coşkun, *Modern Devletin Doğuşu*, Der Yayınları, Yayın No:19, İstanbul, 1997, s. 15.

² Francis Fukuyama, *Devlet İnşası: 21.Yüzyılda Dünya Düzeni ve Yönetişim*, Çev. Devrim Çetinkasap, Remzi Kitabevi, 4. Basım, 2008, s. 13; Cem Eroğul, “*kronolojik olarak devleti, siyasal uğraşı, sürekli ve özgül iş edinen ilk kuruluş*” olarak betimlemektedir. Eroğul, devleti, siyasetle uğraşan başlıca yapılar demeti olarak görmenin ve doğasını çözümlemek için de siyasal işlevleri araştırmanın yanlış olmadığı kanaatini ortaya koymaktadır. Cem Eroğul, *Devlet Nedir?*, İmge Kitabevi Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 1990, s. 37-38, 40.

³ Oppenheimer, devleti, sosyolojik bir bakış açısıyla “*oluşumu sırasında tümüyle, varlığının ilk aşamalarında ise özünde ve neredeyse tümüyle, zafer kazanmış bir insan grubunun, (bu grubun) yendikleri üzerindeki egemenliğini bir düzene bağlamak ve kendini, içten gelecek ayaklanmalara ve dıştan gelecek saldırılara karşı güvenceye almak amacıyla, yendiği gruba zorla kabul ettirdiği bir toplumsal kurum*” (Franz Oppenheimer, *Devlet*, Çev. Alaeddin Şenel - Yavuz Sabuncu, Birinci Baskı, Kaynak Yayınları, 1984, s. 46) olarak tanımlamaktadır. Oppenheimer, devletin gelişimini fetih üzerine kurulan ilkel devletten özgür vatandaşlık düzenine dek uzanan bir yörünge etrafında işlemektedir. Bu yörünge, ilkel fetih devleti-deniz devleti-gelişmiş feodal devlet-anayasal devlet formatıyla izah edilmektedir. Oppenheimer, 1984, s. 49, 37-196.

⁴ Andrew Heywood, *Siyaset*, Ed. Buğra Kalkan, Adres Yayınları, Ankara, 2007, s. 126.

⁵ Gencay Şaylan, *Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi*, İmge Kitabevi, 2.Baskı, 2003, s. 30-31.

⁶ Modern devlet, hem bireysel özgürlüklerin sürekli ve düzenli bir şekilde kurallara bağlanması ve işletilmesi hem de karmaşık kurumsal düzenlemelerin uyumlu hale getirilmesi anlamında siyasal organizasyonların temel biçimi olarak değerlendirilmektedir. Bkz. Gianfranco Poggi, *The Development of*

toplum yaşamının her alanını derinden etkileyen kapsamlı bir değişim sürecinin ürünü olarak görülmektedir⁷. Diğer bir ifadeyle modern devlet, adı üzerinde modernitenin bir ürünü olarak değerlendirilmektedir. Merkantilistleşme süreci ile birlikte temelleri atılan Batı dünyasındaki modernleşme süreci, kapitalizmin kurulmasına dayandırılmaktadır. Rönesans'tan Reformasyon'a, feodalizmin yıkılmasından coğrafi keşiflere ve doğa bilimlerindeki ilerlemelere kadar tüm yeniliklerin, ya üretim biçimindeki değişimden kaynaklandığı ya da bu değişimi hızlandırdığı ifade edilmektedir. 18. yüzyıl sonunda ve 19. yüzyılda kapitalist üretim biçiminin egemen konuma ulaşmasıyla ortaya çıkan modern toplumun üst örgütlenme biçimi, modern devlet şeklinde somutlaşmıştır. Modern devlet, belirli bir toprak parçası üzerinde mutlak egemenliğe sahip, hukukun genel ve soyut diliyle konuşan, toplumun çoğunluğu tarafından kabul edilen çıkarlara yönelik kararlar alan ve uygulayan, tüm yönetim yetki ve araçlarını tekeline toplayan ve dış ilişkiler dışında kendisine eşit hiçbir aktör tanımayan bir güç şeklinde tanımlanabilmektedir⁸.

Devletin ortaya çıkması ve gelişimiyle doğrudan ilişkili olan kapitalizmin gelişimi, çeşitli aşamalara dayandırılmaktadır. Kapitalizmin her bir aşamasının nitelik itibariyle, sistemin karşılaştığı sorunlara yönelik geliştirdiği çözümler bütünü olduğu ifade edilmektedir. Bu noktada kapitalizmin ortaya çıkan koşullara göre seçenekler geliştirebilme esnekliğine sahip olduğu görülmekte ve bu durum devletin dönemsel olarak rol ve işlevlerinin belirlenmesinde kendisini hissettirmektedir⁹.

Devletin süreç içerisindeki rol ve işlevlerindeki dönüşüm, kapitalist sistemin işleyişi ile ilişkilendirilmekte ve bu bağlamda genel hatlarıyla üç devlet formundan bahsedilmektedir. İlk form, devletin ekonomik ve toplumsal alana müdahalesinin minimal düzeyde olduğu liberal devlet formudur. İkinci form, devlet müdahalesinin

the Modern State, Stanford University Press, USA, 1978, p. 1; Christopher W. Morris, *An Essay on the Modern State*, Cambridge University Press, United Kingdom, 2002, p. 1-2.

⁷ Şaylan, 2003, s. 31; Gianfranco Poggi, *The State: Its Nature, Development, and Prospects*, Stanford University Press, USA, 1990, p. 21,34-35; Gencay Şaylan, *Temsili Demokrasinin Önlenemez Krizi*, İmge Kitabevi, Ankara, 2008, s. 101.

⁸ Fatih Türe, "Devlet: Liberalizmin Bir Serüveni", Der. Ramazan Günlü, *Devlet ve Sermayenin Yeni Biçimleri*, Dipnot Yayınları, 1.Baskı, Ankara, 2008, s. 76-77.

⁹ A. Şinasi Aksoy, "Türkiye'de Özelleştirme Genel Bir Bakış", *Dünya'da ve Türkiye'de Özelleştirme*, ODTÜ Kamu Yönetimi Bölümü Yayını, 1990, s. 30; A. Şinasi Aksoy, "Yeni Sağ ve Devletin Değişimi", Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun, Hüseyin Yayman, *Türkiye'de Kamu Yönetimi*, Yargı Yayınevi, Ankara, 2003, s. 545-546.

gerekli görüldüğü ve ekonomiyi yönlendiren nitelikteki sosyal refah devleti formu¹⁰dur. Üçüncü form ise devletin piyasa müdahalelerinin en alt düzeyde olmasını ve devletin düzenleyici bir konumda piyasa üstü bir konuma oturtulmasını öngören neoliberal devlet formu¹¹dur.

Her bir devlet formunun, rol ve işlevler açısından farklı özelliklere sahip olduğu söylenilebilir. Liberal devlet formu, bireycilik, özgürlük, kendiliğinden doğan düzen ve piyasa ekonomisi, kanun hakimiyeti ve sınırlı devlet gibi unsurlardan meydana gelen klasik liberalizm temelli bir karakteristik taşımaktadır¹². Liberal devlet, sosyal ve ekonomik alanlardaki rolü ve işlevleri açısından dar kapsamlı bir çerçeveye sahip devlet formudur.

Sosyal refah devleti formu, liberal düzenin sosyal ve ekonomik alandaki yetersizliklerinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Sosyal refah devleti formunun, insan onuruna yaraşır hayat standardının, sosyal adaletin, adil gelir dağılımının, sosyal ve ekonomik hakların sağlanması gibi toplumsal yaşam açısından birçok önemli özelliğe sahip olduğu ifade edilebilir¹³.

Neoliberal devlet formunun, sosyal refah devletinin 1970’li yıllarla birlikte dünya genelinde ortaya çıkan ve yaygınlaşan ekonomik krizlerin etkisiyle sorgulanması sonucu oluştuğu gözlemlenmektedir. Neoliberal devlet formu, devletin sosyoekonomik alandaki girişimlerinin azaltılması yoluyla rol ve işlevlerinin daha çok düzenleyici bir konuma ulaştırılmasını hedefleyen, küreselleşme sürecinin de etkisiyle küresel ekonomik aktörlerle ilişkilerin yoğunlaştığı bir çerçeveye sahiptir¹⁴.

Devletin liberal, sosyal refah ve neoliberal formlarının tarihsel süreç içerisindeki politikaları, doğal olarak örgütlenme ve hizmet sunumu işlevlerini doğrudan etkilemiştir. Sosyal refah devleti formu ile önemli bir düzeyde büyüyen kamu

¹⁰ Francis G. Castles vd., *The Oxford Handbook of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, 2010, p. 3-4; Birgül Ayman Güler, “Sosyal Devlet ve Yerelleşme”, *Memleket Siyaset Yönetim*, 2006, Sayı: 2, s. 29-32.

¹¹ Raymond Plant, *The Neo-liberal State*, Oxford University Press, New York, 2010, p. 5-27; Mathieu Hilgers, “The Historicity of the Neoliberal State”, *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*, 2012, Volume: 20/1, p. 80-94; M. Shamsul Haque, “Global Rise Of Neoliberal State And Its Impact On Citizenship: Experiences In Developing Nations”, *Asian Journal of Social Science*, 2008, Volume: 36, p. 11-34.

¹² Atilla Yayla, *Liberalizm*, Liberte Yayınları, 2.Baskı, Ankara, 1998, s. 140-196.

¹³ A. Tarkan Gümüş, *Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi ve Dönüşümü*, On İki Levha Yayıncılık, 1.Baskı, İstanbul, 2010, s. 561-563.

¹⁴ Gümüş, a.g.e., s. 563-566; Abdulkadir Şenkal - Doğa Başar Sarıipek, “Avrupa Birliği’nin Karşılaştırmalı Refah Modelleri ve Sosyal Politikada Devletin Değişen Rolü”, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2007, Sayı: 14/2, s. 172.

kesiminin, yaşanan ekonomik krizlere çözüm üretmek amacıyla ortaya konulan neoliberal politikalarla birlikte örgüt ve mali yapısında küçülme yaşadığı söylenilebilir¹⁵.

Başta İngiltere ve ABD olmak üzere gelişmiş ülkelerin önemli bir bölümü, neoliberal politikalarla birlikte kamu kesimindeki harcamaları azaltan ve kaynaklarını daha rasyonel kullanabilen, etkin ve düzenleyici bir devlet modeline doğru uyarlama sürecine girmiştir¹⁶.

Sosyal refah devletinde yaşanan dönüşümün¹⁷ bir sonucu olarak da ortaya çıkan düzenleyici devlet modeli, ekonomik açıdan önemli bir değişim sürecini beraberinde getirmiştir. Düzenleyici devlet modeli, özelleştirme ve deregülasyon gibi araçlarla siyaset ve ekonominin birbirinden ayrılması doğrultusunda düzenleyici işlevler üstlenen, sosyal harcamaları, işgücü maliyetlerini ve etkinliğini azaltan ve vergileri düşüren özellikleri itibariyle de sosyal devletten rekabet devletine geçişi beraberinde getirmiştir¹⁸.

Dünya Bankası, OECD ve IMF gibi küresel aktörlerin rekabet ve dışa açık bir ekonomi modeli ekseninde ortaya koyduğu politikalar, kamu yönetimi alanında da etkili olmuş, kamusal hizmet sunumu yapılan hemen her alanda etkinlik, verimlilik, kalite, müşteri memnuniyeti gibi ilkeleri içeren yeni bir yönetim algısını ortaya çıkarmıştır¹⁹.

Dünyada devlet ve kamu yönetimi anlayışındaki dönüşüm eğilimine paralel olarak Türkiye’de de bir dönüşüm süreci yaşanmaktadır. 24 Ocak 1980 kararları ile birlikte başlayan bu süreç, kamu yönetiminde benimsenen geleneksel kamu yönetimi anlayışından yeni kamu yönetimi anlayışına doğru birtakım değişiklikleri beraberinde getirmiştir²⁰.

¹⁵ Selime Güzelsarı, *Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü*, Sosyal Araştırmalar Vakfı, 1.Basım, İstanbul, 2008, s. 37-38; Demokan Demirel, “Küresel Eksende Devletin Yeni Kimliği: “Etkin Devlet””, *Sayıştay Dergisi*, 2006, Sayı: 60, s. 122-123.

¹⁶ Gümüş, a.g.e., s.565; Bilal Eryılmaz, *Kamu Yönetimi*, Okutman Yayıncılık, 2.Baskı, Ankara, 2009, s. 18, 20-21.

¹⁷ John Clarke, “Reconstructing Nation, State and Welfare: The Transformation of Welfare States”, Ed. Martin Seeleib-Kaiser, *Welfare State Transformations*, First Published, Palgrave Macmillan, New York, 2008, p. 197-209.

¹⁸ Gümüş, a.g.e., s. 567-570.

¹⁹ Bekir Parlak - Zahid Sobacı, *Kuram ve Uygulamada Kamu Yönetimi: Ulusal ve Küresel Perspektifler*, Alfa Aktüel Yayınları, 3.Baskı, Bursa, 2010, s. 194-195; Ulvi Saran, “Küresel Değişim Dinamiklerinin Kamu Yönetimi Alanındaki Etkileri”, *Türk İdare Dergisi*, Aralık, 2001, Sayı 433, s. 43.

²⁰ Güzelsarı, 2008, s. 95-97.

Türk sağlık sektörü, gelişmiş ülkelerdeki duruma paralel olarak devletteki dönüşümün somut bir şekilde yansıdığı alanlardan birisidir. Sağlık reformu²¹ başlığı altında 1980’li yıllarla birlikte sağlık sektöründe yeniden yapılandırma çalışmaları başlatılmıştır. Dünya Bankası tarafından finanse edilen Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri, sağlık sektöründeki yeniden yapılandırma çalışmalarına örnek gösterilmektedir²².

Türkiye’de sağlık sektöründe 2003 yılı itibariyle Dünya Bankası destekli bir yeniden yapılandırma çalışması başlatılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) başlığı altında ortaya konulan reform projesi, 2003-2009 ve 2009-2014 yılları arasında iki temel aşama şeklinde tasarlanmıştır. İlk aşama, Sağlıkta Dönüşüm Projesi²³, ikinci aşama ise Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi olarak planlanmış ve uygulamaya konulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sektöründe önemli bir dönüşüm süreci yaşandığı söylenilebilir. Yönetim ve örgütlenme, finansman ve hizmet sunumu konuları başta olmak üzere birçok alanda neoliberal politikaların ve yeni kamu yönetimi anlayışının etkisi hissedilmektedir.

Bahsedilen bilgilerden hareketle “Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı” başlıklı doktora tezi, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına yönelik sektördeki

²¹ Dünyada birçok ülkede farklı şekillerde sağlık reformu uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Sağlık reformu, sağlık hizmetlerinin şekillendirilmesinde çok önemli rol oynamaktadır. Hem farklı ülkelerin sağlık sektörlerindeki değişim hem de uluslararası etkileşim bağlamında 1970 sonrasında çok önemli bir süreç yaşandığı gözlemlenmektedir. Dünya genelindeki sağlık reformları ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Andrew C. Twaddle, *Health Care Reform Around the World*, First Published, Greenwood Publishing Group, USA, 2002; Lillian E. Forman, *Health Care Reform*, ABDO, USA, 2009; Susan Giaimo, *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*, University of Michigan Press, USA, 2002; Marshall Raffel, *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, Penn State Press, USA, 2007; Kieke G. H. Okma and Luca Crivelli, *Six countries, six reform models--the healthcare reform experience of Israel, the Netherlands, New Zealand, Singapore, Switzerland, and Taiwan*, World Scientific, Singapore, 2009; Christopher Ham, *Health care reform: learning from international experience*, Open University Press, United Kingdom, 1997.

²² Savaş Yıldırım, “Değişimin Getirdiği Reform İhtiyacı”, *Yeni Türkiye Sağlık-II*, 2001, Sayı: 40, s. 1141; Haydar Sur - Hakkı Atlı, “Türkiye’de Sağlık Reformu Çalışmalarına Bir Bakış”, *Yeni Türkiye Sağlık-II*, 2001, Sayı: 40, s. 1164.

²³ Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 75.16 Milyon ABD Doları büyüklüğünde olup; bu miktarın 60,60 Milyon ABD Doları, 1944 yılında Bretton Woods Anlaşması’nda Uluslararası Para Fonu ile birlikte kurulan ve Dünya Bankası’nın ana borç veren kuruluşu olan Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası tarafından karşılanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin finansal bilgileri konusunda ayrıntılı bilgi için Bkz. Dünya Bankası, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, <http://www.worldbank.org/projects/P074053/health-transition-project?lang=en>, (10.08.2013).

paydaşların algısından hareketle sağlık sektöründeki mevcut durumu betimlemeye yönelik kurgulanmıştır.

Tezin konusu, Türkiye Cumhuriyeti'nin 59. Hükümeti tarafından sağlık sektöründe önemli bir değişimi ve dönüşümü sağlamak amacıyla uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'dır. Bir başka bakış açısıyla bu tez çalışması, Türkiye'de devlet ve kamu yönetimi reformu paralelinde sağlık sektöründeki dönüşüm sürecini konu edinmektedir.

Tezin amacı, Türk sağlık sektöründeki son dönem uygulamalar sonrası oluşan mevcut durumun ve sağlık sektöründeki paydaşların bu uygulamalara yönelik görüş ve değerlendirmelerinin tespit edilmesidir. Ayrıca Türk sağlık sektöründeki dönüşümün sektörde yer alan paydaşlar tarafından nasıl algılandığı, paydaşların dönüşüm programı uygulamalarına yönelik görüşlerinde hangi farklılıkların olduğu, dönüşüm programı uygulamaları sonrasında hangi sorunların giderildiği, yeni dönemde ortaya çıkan sorunların neler olduğu ve tespit edilen sorunlara yönelik hangi çözüm önerilerinin dile getirildiği başta olmak üzere tezin birçok alt amacı bulunmaktadır.

Tezin kapsamı, sosyal refah devletinden neoliberal devlete devletin dönüşüm süreci bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenleri ve alt uygulamaları ile bu uygulamalara yönelik Türk sağlık sektöründeki paydaşların algılarının belirlenmesinden oluşmaktadır. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı başlığı altında başlatılan, Türk sağlık sektörünün sorunlarına çözümler üretmek ve modern bir sağlık sistemine ulaşmak gibi amaçlara sahip olan, halen uygulama süreci devam eden bu dönüşüm projesi, artıları ve eksileri ile değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Tezde, Türk sağlık sektöründe Sağlıkta Dönüşüm Programı aracılığıyla neoliberal politikalar paralelinde bir dönüşüm sürecinin yaşandığı düşüncesinden yola çıkılmıştır. Çalışmanın hipotezleri ise sağlık sektöründeki paydaşların dönüşüm programı uygulamalarına yönelik düşüncelerinden hareket edilerek oluşturulmuştur. Hasta, hekim ve sağlık yöneticilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına ilişkin düşünceleri ile demografik ve grup değişkenleri açısından farklılıklar oluşup oluşmadığı istatistiksel testler kullanılarak tespit edilmeye çalışılmıştır.

Tez içerisinde sağlık sektöründeki paydaşların, dönüşüm uygulamalarına ilişkin görüşleri temel alınarak mevcut durumun tüm yönleriyle ortaya konulması ve örneklemin geniş kapsamlı olması, çalışmayı literatürde yer alan diğer çalışmalardan

farklılaştırmaktadır. Bu durum çalışmaya özgün bir değer kazandırmakta ve neden bu konunun seçildiğini açıklamaktadır. Tez çalışması sonucunda elde edilen veriler, sağlık sektöründeki dönüşüm uygulamalarının nasıl ve ne şekilde algılandığını ayrıntılı bir şekilde somutlaştırmıştır. Çalışma verileri ile Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları sonucunda Türk sağlık sektöründe ortaya çıkan sorunlar tespit edilmiş ve çözüm önerileri sunulmuştur. Bu özellikleri itibariyle tez çalışmasının, daha iyi bir sağlık sistemine ulaşabilme noktasında literatüre güncel bir katkı yapacağı ve politika yapıcılara fikir verebileceği düşünülmektedir.

Tez, kuramsal ve ampirik bir yöntem dahilinde kurgulanmıştır. Tezin alan araştırmasını teşkil eden kısmında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ve bu yöndeki değişiklikler hakkında, Türk sağlık sektörünün önemli paydaşları konumunda bulunan Sosyal Güvenlik Kurumu Müdür ve Müdür Yardımcıları, Kamu ve Özel Hastane Başhekim, Başhekim Yardımcıları ve Hekimleri, Hastane Müdür ve Müdür Yardımcıları, Tabipler Odası Şube Başkanları, Eczacılar Odası Şube Başkanları, Sağlık Sendika Şube Başkanları ile hastaların görüşleri ve önerileri, anket yöntemi ile tespit edilmiştir.

Bahsedilen bu bilgilerden yola çıkarak Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı başlıklı doktora tez çalışması, üç ana bölümde gerçekleştirilmiştir.

Tezin birinci bölümünde dönüşen devlet anlayışı ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Bu bölümde refah devletinden neoliberal devlete dönüşen devlet anlayışı başlığı altında kapitalist devletin formları olarak ifade edilen liberal devlet-sosyal refah devleti-neoliberal devlet üçlemesinin tarihsel gelişim süreci, temel özellikleri ve kamu yönetimine yansımaları ortaya konulmuştur. Bu noktadan hareketle Cumhuriyet sonrası Türkiye'sinin hem ekonomik hem de siyasal politikalar eksenindeki değişimi, genel hatlarıyla incelenmiştir.

Tezin ikinci bölümü “Türk Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Dönüşüm Süreci” başlığı altında ele alınmıştır. Bu bölüm dört alt kısımdan meydana gelmektedir. İlk kısımda genel olarak sağlık hizmetlerinin özellikleri, sınıflandırılması, finansmanı ve örgütlenmesine değinilmiştir. İkinci kısımda Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları öncesinde sağlık hizmet sektörü tüm ayrıntılarıyla betimlenmiştir. Bu kapsamda Türkiye’de sağlık politikaları, örgütlenmesi, finansmanı ve sektörde yaşanan

sorunlar ortaya konulmuştur. Üçüncü kısımda ise tezin esas dayanağını oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları, hedefleri ve temel ilkeleri, temel bileşenleri, uygulama süreci, gerçekleştirilen projeler ve bu projeler kapsamındaki reform uygulamaları ayrıntılı bir şekilde işlenmiştir. Dördüncü kısımda ise Dünya Bankası, OECD, Avrupa Birliği, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası örgütlerin ve Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği ve sağlık alanındaki bazı sendikaların Sağlıkta Dönüşüm Programı ve uygulamalarına yönelik görüş, düşünce ve değerlendirmelerine yer verilmiştir.

Tezin üçüncü bölümünde, ilk iki bölümde verilen kavramsal çerçevedeki bilgilere paralel olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının sağlık sektöründeki paydaşlar tarafından değerlendirilmesine yönelik bir alan araştırması yer almaktadır. Maliyet ve zaman kısıtlılıkları göz önüne alınarak Türkiye'de 8 il merkezinde hasta, hekim ve sağlık yöneticilerine, Sağlıkta Dönüşüm Programı bileşen ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacı ile hazırlanan anket soru formları uygulanmıştır. Örneklem içerisinde yer alan kişilerin vermiş olduğu cevaplar SPSS programına aktarılmış ve alan araştırması öncesinde ortaya konulan hipotezlerden hareketle ilgili testler kullanılarak analiz edilmiştir.

Genel olarak ifade edilecek olursa, “Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı” başlıklı bu tez çalışmasının kavramsal çerçevesini oluşturan ilk iki bölümünde, sosyal refah devletinden neoliberal devlete dönüşüm süreci ve sağlık sektöründeki dönüşüm eğilimi, Türk sağlık sektöründeki SDP öncesi durum ve SDP uygulamaları sonrasında oluşan mevcut durum betimlenmeye çalışılmıştır. Son bölümde ise Türk sağlık sektöründe hasta, hekim ve sağlık yöneticilerine, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına ilişkin bir alan araştırması gerçekleştirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

REFAH DEVLETİNDEN NEOLİBERAL DEVLETE DÖNÜŞEN DEVLET ANLAYIŞI

1.DEVLETİN DÖNÜŞÜMÜ

Devlet²⁴, bir ülkede büyüklük ve etkinlik karakteristiği ile tarihsel süreç içerisinde toplum üzerinde çok önemli bir fonksiyona sahip olmuş bir örgüttür. Devletin tarihsel süreç içerisinde üstlenmiş olduğu roller²⁵, değişiklik göstermiş ve bunun sonucunda kuramcılar tarafından farklı nitelermeler kullanılmıştır.

Tablo 1.Devlet Formlarının Sermaye Mantıklı Eğilim Çerçevesindeki Tarihsel Gelişimi

	Kapitalist Gelişiminin Aşamaları			
	Erken Kapitalizm	Rekabetçi Kapitalizm	Devlet Kapitalizmi	Dünya Kapitalizmi
Devletin Fonksiyonlarının Gelişimi				
<i>Genel hukuk sistemi</i>	+			
<i>Sınıf mücadelesinin düzenlenmesi</i>				
<i>Polis/ideoloji</i>		+		
<i>Askeri</i>				+
<i>Altyapı</i>			+	
Birikime Uygun Devlet Formu	Merkantalist	Liberal	Refah	Uluslararası

Kaynak: Clyde W. Barrow, *Critical Theories of the State: Marxist, Neo-Marxist, Post-Marxist*, The University of Wisconsin Press, London, 1993, p. 85.

Literatürde devlet ve devletin fonksiyonlarının gelişimi ile ilişkili çok sayıda çalışma mevcuttur. Devletin ortaya çıkışını ve gelişimini irdeleyen çalışmalarda kapitalizm ile doğrudan bir bağlantı kurulduğu gözlemlenmektedir. Marksist eğilimler çerçevesinde geliştirilen kuramların temelinde yer alan devlet algısı, kapitalist bir

²⁴ Eroğul, gündelik yaşam içerisinde devlet incelendiğinde devletin anatomisini oluşturan dört ögeye dikkat çekmektedir. Bu öğeleri binalar, devlet görevlileri, normlar(veya davranış kuralları) ve araçlar olarak sıralayan Eroğul, bunun sadece betimleyici bir sıralama olduğunu ve de her ögenin niteliğinin ve devlet anatomisindeki yerinin ancak özgül bir çözümleme ile ortaya konabileceğini ifade etmektedir. Eroğul, *a.g.e.*, s. 122.

²⁵ Devletin fonksiyonları, klasik, kaynakları harekete geçirici ve sosyal olmak üzere üç başlık altında incelenebilir. Vergi toplama, adalet, güvenlik, savunma ve dış ilişkiler klasik fonksiyona; tarım, sanayi ve ulaştırma gibi belirli sektörlerle yardım edilmesi ve destek olunması kaynakları harekete geçirici fonksiyona; toplumdaki bazı gruplara (yaşlılar, öğrenciler, yoksullar gibi) doğrudan yapılan sosyal yardımlar ise sosyal fonksiyona örnek verilmektedir. Eryılmaz, *a.g.e.*, s. 61.

sisteme işaret etmektedir. Bu doğrultuda kapitalist gelişme evreleri ile devletin fonksiyonlarının gelişimi arasında bağ kuran ve bu bağa uygun olarak devlet formlarının ortaya çıktığına dair bir modelden bahsedilmektedir (Bkz. Tablo 1)²⁶.

Kapitalist gelişmenin ilk aşaması, erken kapitalizm olarak isimlendirilmektedir. Bu dönemde serbest rekabetin genel ön koşullarının oluşturulmaya çalışıldığı merkantalist bir forma sahip olan güçlü merkezi devletlerin varlığından söz edilmektedir. Rekabetçi kapitalizm aşaması, sermaye ve emek arasındaki sınıf mücadelesinin hızlandığı, devletin piyasacı bir algıya sahip olduğu, diğer bir deyişle “bırakınız yapsınlar” söylemine uygun liberal bir devlet formunu içermektedir. Devletin ekonomik ve sosyal anlamda daha fazla sorumluluk üstlenmesini beraberinde getiren devlet kapitalizmi aşamasında, refah devleti formu gerçekleşmiştir. Dünya kapitalizmi aşaması ise küreselleşme ile birlikte sermayenin çok uluslu ve uluslararası bir yörüngeye oturtulduğu, diğer bir ifadeyle sermaye ve emeğin serbestçe dolaşımının sağlanması amacını barındıran uluslararası bir devlet formunu ortaya çıkarmıştır²⁷.

Devletle ilgili sınıflandırmalar incelendiğinde modernleşme süreci açısından geleneksel-modern-postmodern devlet tipolojisi kullanılırken; örgütlenme şekline göre ise merkezi yönetime sahip-yerinden yönetime sahip devlet olarak ayırım yapılabilmektedir. Kamu yönetimi açısından modern devletin değişen rolü baz alındığında ise minimal liberal devlet (1900-1930), müdahaleci sosyal devlet (1930-1980), düzenleyici devlet (1980-2000), yönetişen devlet (2000-2009) ve son olarak kısmi müdahaleci devlet (2009-) tanımlamaları ortaya konulmaktadır²⁸.

Devletle ve devletin dönüşümü ile ilgili sınıflandırmalar değerlendirildiğinde, ana hatları ile üç ayrı dönemden literatürde daha çok bahsedildiği görülmektedir. Çalışmanın konusuna da paralel olan sınıflandırma çerçevesinde bu dönemler liberal devlet, refah devleti, neoliberal devlet anlayışı olarak incelenecektir.

1.1.Liberal Devlet Anlayışı

²⁶ Ahmet Yılmaz, *Kapitalist Devleti Anlamak*, Aykırı Yayıncılık, İstanbul, 2002, s. 75-81.

²⁷ Clyde W. Barrow, *Critical Theories of the State: Marxist, Neo-Marxist, Post-Marxist*, The University of Wisconsin Press, London, 1993, p. 85; Yılmaz, *a.g.e.*, s. 78-80.

²⁸ H. Hüseyin Çevik, *Kamu Yönetimi*, Seçkin Yayınevi, Ankara, 2010, s. 23-37.

Liberal devlet anlayışını incelemeyen önce liberal devlet olgusunun daha iyi anlaşılabilmesi için kapitalizm ve liberalizmden kısaca bahsetmek gerekmektedir.

1.1.1.Kapitalizm

Kapitalizm, 16. ve 18. yüzyıllar arasında Batı Avrupa’da kendini gösteren, ekonomide, politikada, düşüncede, bilim ve teknolojiye, estetikte yepyeni oluşumları kapsayan bir toplumsal düzen²⁹ olarak tanımlanabilir. Günlük yaşamda kapitalizmin, ekonomik boyutu ön plana çıkmakla birlikte, toplumsal ve politik açıdan da oldukça geniş boyutlu bir kavram olduğu söylenilebilir³⁰.

Kapitalist sisteme geçişin uzun yıllar süren birtakım aşamaları bulunmaktadır. Bu aşamalar içerisinde burjuvazinin oluşması, modern devletin ortaya çıkması, kötü yönetim, keşifler ve sömürünün artması, ulusal ve uluslararası ticaretin genişlemesi, üretim-taşımacılık alanındaki teknik yenilikler gibi önemli olaylar yer almaktadır³¹. Örneğin 16. yüzyılda kıymetli madenlerin Amerika’dan Avrupa’ya getirilmesi, nüfusun çoğalması, doğa bilimlerindeki gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan teknolojik değişim kapitalizmin doğuşu ve ilerlemesi ile ilgili olaylardan bazılarıdır³².

Weber, kapitalizmin Batı uygarlığının özgün tarafını oluşturduğunu ifade etmiş ve özgür emeğin akılcı bir şekilde örgütlenmesinin kapitalizmi ortaya çıkardığını belirtmiştir. Weber³³, kapitalizmin temel özellikleri arasında, rasyonel sermaye muhasebesi, pazar özgürlüğü, özgür emek, rasyonel teknoloji, muhasebe edilebilir hukuk sistemi ve ekonomik hayatın ticarileşmesini saymaktadır³⁴.

Kapitalizm, çeşitli şekilleriyle sermayenin, temel üretim aracını oluşturduğu üretim biçimi olarak tanımlanabilmektedir. Emek gücü ve üretim maddeleri almaya yönelik para veya kredi; fiziksel anlamda makine (dar anlamda sermaye) ya da

²⁹ Immanuel Wallerstein, *Tarihsel Kapitalizm*, Çev. Necmiye Alpay, Dördüncü Basım, Metis Yayınları, İstanbul, 2006, s. 11.

³⁰Şaylan, 2003, s. 33.

³¹Tevfik Erdem, “Kapitalizm”, Ed. Tevfik Erdem, *Feodaliteden Küreselleşmeye*, Lotus Yayınevi, Ankara, 2009, s. 72-73.

³²Adnan Güriz, “Kapitalizm ve Hukuk”, *Anayasa Yargısı Dergisi*, 1993, No: 10, s. 195.

³³ Max Weber, kapitalizmin tamamlayıcı ve zorunlu olmak üzere iki şartı olduğunu ifade etmiştir. Weber, tamamlayıcı şartın kapitalizmin maddi yönünü meydana getirdiğini vurgularken, zorunlu şart olarak ise, dünyaya dönük asketizm diğer bir ifadeyle kapitalist ruhtan bahsetmektedir. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için Bkz. Max Weber, *Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu*, Çev. Zeynep Gürata, Ayraç Yayınevi, Ankara, 1999.

³⁴ Erdem, 2009, s. 76.

tamamlanmış veya işlenme sürecindeki mal stokları sermaye olarak kabul edilmektedir. Sermayenin mülkiyetinin sınırlı sayıdaki kapitalist sınıfın elinde olması, bir üretim biçimi olarak kapitalizmin temel özelliği olarak ifade edilebilir³⁵.

Heywood, kapitalizmi, sadece mal ve hizmetlerin üretimi, dağıtımı ve mübadelesinin yapıldığı bir iktisadi sistem³⁶ olarak değil; özel mülkiyeti savunan, rekabetin erdemi üzerinde duran ve genel refahın kişisel çıkarların takip edilmesinin bir sonucu olduğunu iddia eden bir ideoloji olarak tanımlamaktadır³⁷. Kapitalizmin, sosyal bir sistem olarak tüm mülkiyetin özel olarak sahiplenildiği, mülkiyet hakları da dahil olmak üzere bireysel hakların tanınmasına dayanan bir anlamı da mevcuttur³⁸.

Kapitalizmin temel özelliklerine işaret eden kapitalist devlet, artık değerın çekilmesini ve sermaye birikiminin sürmesini sağlayan bir aygıt olarak görülmektedir. Bir düzenleme biçimi olarak devlet, kapitalist birikimin biçimlerine bağlı olarak yeni işlevler ve yapılar kazanmaktadır. Bu işlevler, kapitalist gelişmenin aşamalı gelişmesine koşuttur. Dolayısıyla her birikim rejiminin bir devlet biçimi ve buna bağlı olarak bir bürokrasisi mevcuttur. Bu noktadan hareketle kapitalizmin tarihsel süreçte aldığı biçime göre üç aşamadan söz edilmektedir. *1850-1945 arasında yaygın birikim rejimine dayanan kapitalist devlet anlayışı, kolluk yönü ön plana çıkan ve sermaye birikimini içte ve dışta zor yoluyla yeniden üreten liberal bir kapsamda değerlendirilmektedir. 1945-1980 arasında yoğun birikim rejimine dayanan kapitalist devlet anlayışı, bütün toplumsal yaşamı düzenleyici ve müdahaleci özelliklerinden hareketle üretim ve tüketimin toplumsallaşmasına ve refah devleti uygulamalarıyla emeğin yeniden üretimine etkin katılımcı fordist bir devlet biçimidir. 1980 sonrası süreçte ise post-fordist bir özelliğe bürünen kapitalist devlet, piyasalara etkin müdahaleci ancak toplumsal ilişkilerin yeniden üretiminden çekilme iradesini gösteren bir yapıya dönüşmüştür*³⁹.

³⁵ Kemal Yakut, "Kapitalizm, Sosyalizm ve Milliyetçiliğin Ortaya Çıkması", *Çağdaş Dünya Tarihi*, Ünite 5, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 1999, s. 88.

³⁶ Heywood, kapitalist iktisadi sistemlerin ilk formlarının 16 ve 17. yüzyıl Avrupası'nda feodal toplumlar içerisinde ortaya çıktığını; sonrasında ise modern dünyada teşebbüs, sosyal ve kolektif kapitalizmi olmak üzere üç çeşit kapitalist sistem bulunduğunu ifade etmektedir. Heywood, 2007, s. 260-261.

³⁷ Andrew Heywood, *Siyaset*, Çev. Berat Özipek vd., Liberte Yayınları, Ankara, 2006, s. 258; Erdem, 2009, s. 71.

³⁸ Ayn Rand, *Kapitalizm Bilinmeyen İdeal*, Çev. Nejdett Kandemir, Plato Film Yayınları, İstanbul, 2004, s. 16.

³⁹ Onur Ender Aslan, *Kamu Personel Rejimi*, TODAİE Yayın No: 326, 1.Baskı, Ankara, 2005, s. 7-9.

Günümüzdeki boyutuyla kapitalizm, ne sadece ekonomik güç ve zenginliğin sembolü olarak Batıyı, ne homojen bir mülkiyet sahibi sınıfı ne de sömürülen bir işçi sınıfını çağrıştırmaktadır. Kapitalizm ekonomik, toplumsal ve siyasal değişimler karşısında birçok niteliğini kaybetmiş olmasına rağmen süreç içerisinde yeni özellikleri de bünyesine eklemiştir. Kapitalizmin yeni biçimi, özellikle 1970’li yıllardan sonra kendisini gösteren post fordist üretim biçimi ile birlikte belirmiş ve bu süreçte emek-yoğun üretimden bilgi-yoğun bir üretime geçiş yaşanmıştır⁴⁰.

Genel olarak ifade edilecek olursa, kapitalizm ile özel mülkiyet arasında güçlü bir ilişkinin olduğu ve özel mülkiyet kavramının liberal siyasal düşüncenin temel önermeleri arasında yer aldığı bir gerçektir⁴¹.

Liberal devlet formunun oluşması süreci ile ilgili olarak incelenmesi gereken ikinci kavram liberalizmdir.

1.1.2.Liberalizm ve Liberal Devlet Anlayışı

Liberalizm⁴², bir yandan feodalizmin çöküşünün diğer taraftan da kapitalizmin ortaya çıkışının bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. İlk ortaya çıktığı süreçte, mutlakiyetçiliğe ve feodal ayrıcalıklara muhalif bir ideoloji olarak bilinen liberalizm, sonraki yıllarda daha çok devletin piyasa üzerindeki müdahalesine karşı laissez-faire kapitalizminin niteliklerine sahip bir sosyoekonomik düzen anlayışına bürünmüştür⁴³.

Liberalizm, İngilizce kökenli, özgürlük, hürriyet ve serbestlik anlamlarına gelen “liberty” kelimesinden türetilmiştir⁴⁴. Modern bir siyasi doktrin olarak liberalizm, barışçı bir toplumsal yapıda bireysel özgürlüğün garanti altına alındığı ve John Locke, David Hume ve Immanuel Kant gibi önemli üç kaynaktan beslenen entellektüel ve siyasi bir gelenek olarak değerlendirilebilir⁴⁵.

⁴⁰ Erdem, 2009, s. 87.

⁴¹ Şaylan, 2008, s. 83.

⁴² Literatürde liberalizm kavramı ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Kavram hakkında detaylı bilgi için Bkz. Paul Kelly, *Liberalism*, Polity, UK, 2005, p. 1-16; Ruth W. Grant, *John Locke's Liberalism*, University of Chicago Press, London, 2010; Ludwig von Mises, *Liberalism*, Ludwig von Mises Institute, New York, 2002; Russell Hardin, *Liberalism, Constitutionalism, and Democracy*, Oxford University Press, New York, 2003.

⁴³ H. Bahadır Türk, “İdeoloji”, Ed. Mümtaz’er Türköne, *Siyaset*, Lotus Yayınevi, Ankara, 2008, s. 120.

⁴⁴ C.Can Aktan, “Klasik Liberalizm, Neo-Liberalizm ve Libertarianizm”, *Amme İdaresi Dergisi*, 1995, Cilt 28, Sayı 1, s. 3.

⁴⁵ Mustafa Erdoğan, “Liberalizme Yeniden Bakış: Tarihi ve Felsefi Temelleri”, <http://www.liberal.org.tr/incele.php?kategori=MTg=&id=NTEy>, (04.03.2013).

Liberalizmle ilgili olarak *bireycilik, özgürlük, hoşgörü, rasyonalite ve ekonomik insan, doğal düzen, piyasa ekonomisi, sınırlı ve sorumlu devlet* olmak üzere bazı temel ilkeler sıklıkla dile getirilmekte ve ön plana çıkarılmaktadır⁴⁶.

Liberal devlet olgusunun oluşum sürecinde merkantalizm, fizyokrasi, liberal düşünce şeklinde evrilen tarihsel bir geçiş söz konusudur.

Liberal devlet anlayışının yerleşmesinde öncülük eden burjuvazi, 18. yüzyıla kadar, kendi çıkarları önünde engel olarak düşündüğü, parçalanmış feodal yapının yok edilmesi amacı ile güçlü merkezi mutlak monarşilerin kurulmasını desteklemiş ve bu yönde mücadele vermiştir. Dönemin mutlak monarşileri ise burjuvazinin bu desteği karşılığında onların isteklerine uygun olacak şekilde merkantilist bir anlayışı benimseyerek karşılık vermişlerdir⁴⁷.

Merkantilizm paraya ve dış ticarete büyük önem veren, altın ve gümüş paranın tek zenginlik kaynağı olduğunu kabul eden, bireyin değil devletin yararını ön planda tutan, devleti elindeki altın ve gümüş stokuna göre güçlü ya da zayıf olarak nitelendiren, iktisadi açıdan ulusalcı olması dolayısıyla devleti müdahaleci bir anlayış doğrultusunda gören, nüfus artışı politikasını benimsediği için içe doğru göçü teşvik eden, bazı Avrupa ülkelerinde farklı uygulamalar şeklinde ortaya çıkmış bir anlayıştır⁴⁸.

Merkantilist anlayış kapsamında ortaya çıkan müdahaleci devlet, zamanla burjuvazinin çıkarlarına uygun olmayan tekeller, ithalat ve ihracat sınırlamaları ve girişimcilik faaliyetlerine sınırlamalar getirdiği için burjuvazi/sermaye tarafından ciddi bir engel olarak görülmeye başlanmıştır. Bu nedenle kapitalizmin temel sloganı girişimciliğin önündeki engellerin kaldırılmasını amaçlayan, “bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler”⁴⁹ ifadesi olmuştur. Bu anlayışın kurumsallaşmasında ise fizyokrasi düşüncesinin önemli katkıları söz konusudur⁵⁰.

⁴⁶ Aktan, 1995, s. 4-5; Mustafa Erdoğan, *Liberal Toplum Liberal Siyaset*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 1998, s. 21; Yayla, a.g.e., s. 140-195.

⁴⁷ Ayferi Göze, *Sosyal Devlet Sistemi*, İÜHF Yayınları, İstanbul, 1976, s. 65-66; Bülent Tanör, *Anayasa Hukukunda Sosyal Haklar*, May Yayınları, İstanbul, 1978, s. 45; M. Emin Ruhi, *1982 Anayasası Çerçevesinde Sosyal Devlet ve Özelleştirme*, Nobel Yayınları, Ankara, 2003, s. 14.

⁴⁸ Gülten Ülgen, “Merkantilizm’den Liberalizm’e Geçiş ve Piyasa Ekonomisi”, *Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, 2000-2001, Sayı 40, s. 85-86; Jacop Viner, “Mercantilist Thought”, *International Encyclopaedia of the Social Sciences*, 1968, Volume 4, p. 439.

⁴⁹ Literatürde “laissez faire, laissez passer” olarak bilinen bu ilkenin, ilk olarak Fransız Fizyokrat Vincent de Gournay tarafından ifade edildiği belirtilmektedir. Bkz. Henry Denis, *Ekonomik Doktrinler Tarihi Cilt 1*, Çev. Atilla Tokatlı, Sosyal Yayınları, İstanbul, 1973, s. 179; Louis Trenard, “Gournay Vincent De (1712-1759)”, <http://www.universalis.fr/encyclopedie/vincent-de-gournay/>, (6.6.2013).

⁵⁰ Gümüş, a.g.e., s. 59.

Özellikle Fransa’da 1760’lı yıllarda etkili olan Fizyokrat Okul’un temsilcileri, ekonomik hayatta hürriyetin temel olması gerektiği ve feodal nitelikli bütün sınırlamaların kaldırılmasını, devlet müdahalesinin bertaraf edilmesini ve de toplumda eşitsizliğe dayalı doğal bir düzenin hakim olmasını arzu etmişlerdir⁵¹. Bundan dolayı fizyokratların ekonomik alandaki düşünceleri, liberal anlayışın ortaya çıkmasında etkin bir rol oynamıştır⁵². 18. yüzyılda etkisini hissettiren fizyokrat düşüncenin yerini, 18. yüzyılın sonları ve 19. yüzyılın başlarından itibaren liberal düşünce almıştır⁵³.

Adam Smith⁵⁴, David Ricardo, Thomas Robert Maltus, Jeremy Bentham ve Edmund Burke gibi düşünürler, liberalizmin ekonomik yönünü inceleyen ve eserleri ile liberal devletle ilgili literatüre önemli katkılar sağlamışlardır⁵⁵.

Liberal devletin piyasa ekonomisini önceleyen, sınırlı ve sorumlu devlet özelliklerine değinmek gerekmektedir. Piyasa ekonomisi, rekabete dayalı, karı esas alan, özel mülkiyeti, sözleşme ve tercih özgürlüğünü güvence altına alan devletin fiyat mekanizmasına en az düzeyde müdahale ettiği ekonomik bir sistemdir. Sınırlı ve sorumlu devlet anlayışı ise adalet, iç güvenlik ve dış güvenlik, eğitim, sağlık, altyapı vb. hizmetleri üstlenen, bunun dışında mal ve hizmetlerin üretimini özel kesime bırakan bir yapıya işaret etmektedir⁵⁶.

Liberal düşüncenin ortaya koyduğu devlet anlayışı, minimal devlet ya da jandarma devlet olarak isimlendirilmiştir. Jandarma devlet, devletin görevlerini sınırlandıran ve devletin sosyal ve ekonomik amaçlar doğrultusunda bile olsa piyasaya müdahalesini, piyasanın doğal işleyişini bozacak bir etken olarak kabul eden bir anlayıştır. Diğer bir ifadeyle liberal devlet ile özdeşleşen jandarma devleti, ekonomik hayata ve bireylerin haklarına müdahale edilmediği, yalnızca toplum içerisindeki

⁵¹ Güriz, *a.g.m.*, s. 192-193.

⁵² Güriz, *a.g.m.*, s. 193-194; Aktan, 1995, s. 4-5.; Ayferi Göze, *Liberal, Marksist, Faşist ve Sosyal Devlet Sistemleri*, İÜHF Yayınları, İstanbul, 1977, s. 14.

⁵³ Nihat Bulut, *Feodaliten Küreselleşmeye Ekonomik İktidar Siyasal İktidar İlişkisi*, Seçkin Yayınları, Ankara, 2003, s. 98; C. Can Aktan, *Gerçek Liberalizm Nedir*, T Yayınları, İzmir, 1994, s. 13-19.

⁵⁴ Adam Smith, merkantilist yaklaşımı çürütmesi, görünmeyen el tarafından düzenlenen ve dengelenen ekonomik sistemi öne sürmesi, devletin sosyal ve ekonomik hayattaki rolünü sadece adalet, güvenlik ve piyasanın gerçekleştiremeyeceği altyapı hizmetleri ile sınırlandırması, bireyin refahını arttıran rekabete dayalı serbest piyasa düzeninin korunması gibi düşünceleri ile liberal ekonomik sistemin önde gelen teorisyenleri arasında yer almaktadır. Adam Smith, *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, Oxford University Press, Oxford, 1776, s. 276-287, 292, 393-445, 477.

⁵⁵ Cahit Talas, *Ekonomik Sistemler*, İmge Yayınevi, Ankara, 1997, s. 68-69.

⁵⁶ Aktan, 1995, s. 5.

bireylerin haksız saldırılara karşı korunması görevini üstlenen bir yapıyı ortaya koymuştur⁵⁷.

1929 ekonomik krizinin ortaya çıkması ile birlikte, devletin toplumsal ve ekonomik hayattaki rolü ve işlevlerinin yeniden belirlenmeye başlanması liberal devletten, refah devletine geçişi de beraberinde getirmiştir.

1.2.Refah Devleti Anlayışı

Refah devleti anlayışı, devletin tarihsel süreç içerisindeki formlarından birisidir. Liberal devlet uygulamalarının, zaman içerisinde eleştirilere maruz kalması refah devleti formunun gün yüzüne çıkmasına sebebiyet vermiştir. Refah devleti anlayışının doğru bir şekilde anlaşılabilmesi için ilk olarak refah devleti kavramından ve özelliklerinden bahsedilecek, sonrasında ise refah devletinin tarihsel gelişimi ile ilgili literatürde öne çıkan olaylara değinilecektir.

1.2.1.Refah Devleti Kavramı ve Özellikleri

Refah devleti (Etat-providence) kavramı, Fransızca'da ilk kez İkinci İmparatorluk sırasında kullanılmıştır. Kavram, devletin yetkilerinin genişlemesine karşı çıkan fakat aşırı radikal bir bireycilik felsefesine de aynı oranda eleştirel yaklaşan liberal düşünürler tarafından ortaya atılmıştır⁵⁸. Refah devleti, İngilizcede “*Welfare State*” şeklinde ifade edilen ve farklı açılardan ele alınabilen bir kökene sahiptir⁵⁹.

Modern formu ile refah devleti, 19. yüzyıl sonlarına doğru Almanya'da Alman devlet adamı ve Alman siyasi birliğini sağlayan Otto Von Bismarck'ın benimsemiş olduğu politik ilkelere ve bu doğrultudaki devlet temeline dayandırılmaktadır⁶⁰.

⁵⁷ Ergun Özbudun, *Türk Anayasa Hukuku*, Yetkin Yayınları, Ankara, 1995, s. 99; Kemal Gözler, *Türk Anayasa Hukuku*, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, 2000, s. 155; Çevik, *a.g.e.*, s. 32.

⁵⁸ Pierre Rosanvallon, *Refah Devletinin Krizi*, Çev. Burcu Şahinli, Dost Kitabevi Yayınları, Ankara, 2004, s. 119.

⁵⁹ Rodney Lowe, *Welfare State in Britain since 1945*, Second Edition, The Macmillan Press, London, 1994, p. 10.

⁶⁰ Tom G. Palmer, *After the Welfare State*, Students For Liberty&Atlas Network/Jameson Books, Inc, 2012, p. 34.

Özellikle 1930’lu yılların Almanya’sında Weimar Cumhuriyeti için “wohlfahrstaat” (refah devleti), nitelemesi kullanılmıştır⁶¹.

Refah devleti, liberal devletin kendi yapısı içerisinde gerçekleştirdiği bir aşama olarak kabul edilmektedir⁶². Refah devletinin, İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra sanayileşmiş ülkelerde çalışanlar, işverenler ve devlet arasında bir uzlaşmaya bağlı olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir⁶³.

Bir başka bakış açısıyla refah devleti, toplum içerisindeki bireylere ve ailelerine asgari bir gelir güvencesi öngören, onları toplumsal tehlikelere karşı koruyan, sosyal güvenlik olanağı sağlayan, toplumsal konumları ne olursa olsun tüm yurttaşlara eğitim, sağlık, barınma gibi sosyal hizmetler alanında belli bir standart getiren devlet formu olarak da ele alınmaktadır⁶⁴.

Spicker’a göre refah devleti, en basit anlamıyla sosyal korumanın kurumsal şekli olarak görülmektedir. Spicker, sosyal korumanın devlet olmaksızın oluşacağı ve birden fazla refah devleti çeşidinin mevcut olduğunu ifade etmektedir⁶⁵. Rosanvallon ise refah devletini, koruyucu devletin bir uzantısı ve derinleştirilmiş şekli olarak tanımlanmaktadır⁶⁶.

Bir diğer tanıma göre sosyal devlet/refah devleti/sosyal refah devleti, “bireylere, insan onuruna yaraşır asgari yaşam standartlarını sunmaya yönelmiş, bu amaçla milli gelirin daha adil dağıtılmasını ve böylelikle sosyal adaletin temin edilmesini sağlayan, bu bağlamda devletin, ekonomik ve sosyal hayata aktif müdahalelerde bulunmasını hedefleyen ve bireylere, kişisel ve siyasi haklar yanında, sosyal ve ekonomik hakların da tanınmasını öngören bir devlet anlayışıdır”⁶⁷.

Tanımlardan da anlaşılabacağı üzere refah devleti/sosyal refah devleti, hem ortaya çıkış süreci hem de özellikleri itibarıyla birçok farklı perspektife sahip olan bir devlet anlayışıdır. Bu devlet anlayışının toplumsal hedefleri arasında, belirli bir sosyal güvenlik düzeyini sağlama, sağlık ve refah hizmetlerinden serbestçe yararlanma, belirli

⁶¹ Lowe, *a.g.e.*, p. 10.

⁶² Ayferi Göze, *Siyasal Düşünceler ve Yönetimler*, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 2007, s. 361.

⁶³ Şaylan, 2003, s. 93.

⁶⁴ Abdülkadir Şenkal, *Küreselleşme Çağında Sosyal Politika*, İstanbul, Alfa Yayınları, 2005, s. 276.

⁶⁵ Paul Spicker, *The Welfare State*, Sage Publications, London, 2000, p. 144-150.

⁶⁶ Rosanvallon, *a.g.e.*, s. 26.

⁶⁷ Gümüş, *a.g.e.*, s. 187-188.

bir yaşa kadar eğitim olanağı, asgari bir gelir düzeyi, konut yardımları gibi hususların yer aldığı vurgulanmaktadır⁶⁸.

Belirtilen toplumsal hedeflere ulaşma amacı güden refah devleti anlayışının temel özelliklerinin, literatürde çok farklı şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir. Bu bağlamda refah devleti, insan onuruna yaraşır asgari hayat standartlarının, sosyal adaletin, devletin piyasaya müdahalesinin, adil gelir dağılımının ve de sosyal ve ekonomik hakların sağlanması açısından bazı temel özelliklere sahiptir⁶⁹.

Daha geniş bir bakış açısıyla refah devletinin özellikleri şu şekilde özetlenebilir:⁷⁰

Refah devleti, müdahaleci bir devlet anlayışıdır. Özellikle piyasa başarısızlıklarının ortaya çıkması durumunda bunların düzeltilmesi için kapsamlı devlet müdahalelerini içermektedir.

Refah devleti, düzenleyici bir devlet anlayışıdır. Piyasa ekonomisinde oluşabilecek sorunların çözümü için düzenleyici kararları alabilen bir devlettir.

Refah devleti, yeniden dağıtıcı bir devlet anlayışıdır. Piyasadaki gelir ve servet dağılımındaki adaletsizlik sorununun, devletin “vergi adaleti, kamulaştırma, toprak reformu ve devletleştirme”⁷¹ gibi mali araç ve yöntemlerden faydalanarak ortadan kaldırılmasını içermektedir.

Bu noktada ifade edilmesi gereken kavramlardan birisi de sosyal adalettir. Sosyal adalet kavramı, anlamsal açıdan sınırları kesin olarak çizilemeyen soyut adalet kavramının değişik bir yönünü ön plana çıkarmaktadır⁷².

Bell, sosyal adalet kavramı ile kaynakların eşit dağıtıldığı ve bütün üyeleri bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan güvende olan bir topluma işaret etmektedir⁷³. Sosyal adalet, adil olarak nitelendirilebilecek bir toplumsal yapının şekillenmesinde esas alınması gereken ilkeler bütünü olarak da değerlendirilebilmektedir. İdeal bir sosyal devlet, sosyal adalet kavramını sadece ekonomik zenginliklerin devlet eliyle dağıtılması

⁶⁸ Meryem Koray, “Sosyal Devlet-Refah Toplumu”, http://www.sodev.org.tr/Okullar/SDO/ders_notlari/sosyal_devlet.html, (02.01.2014).

⁶⁹ Gümüş, a.g.e., s. 188; Gözler, 2000, s. 160-163.

⁷⁰ TÜSİAD, Optimal Devlet, Yayın No: TÜSİAD-T/95, 2-174, İstanbul, 1995, s. 73-74.

⁷¹ Gözler, 2000, s. 163.

⁷² Mustafa Okşar, “Sosyal Adaletin Onuncu Köye Sürgünü”, *Ankara Barosu Dergisi*, 2009, Yıl:67, Sayı: 2, s. 106.

⁷³ Lea Ann Bell, “Theoretical Foundations for Social Justice Education”, Ed. Maurianne Adams, Lea Ann Bell, Pat Griffin, *Teaching for Diversity and Social Justice*, Routledge, Chapman & Hall, Incorporated, New York, 1997, p. 3.

olarak değil, hak ve hürriyetlerin güvencesi olan ve kişilerin toplumsal hayatın her alanında hem birbirilerinden, hem de devletten isteyebilecekleri hakları belirleyen ilkeler bütünü olarak görmekte ve uygulamaya dönüştürmektedir⁷⁴.

Refah devleti, girişimci bir devlet anlayışıdır. Refah devleti, sadece kamusal mal ve hizmetleri değil, aynı zamanda özel mal ve hizmetlerin üretimini de üstlenen bir özelliğe sahiptir. Bu bağlamda ifade edilmesi gereken bir diğer özelliği insan onuruna yaraşır asgari hayat standartlarının sağlanmasıdır. Toplum içerisindeki zengin ve yoksul kişilerin ayırt edilmediği ve bütün bireylerin maddi ve manevi varlıklarının geliştirilmesine yönelik uygulamaların devlet eliyle gerçekleştirilmesi, sosyal devlet anlayışının temel amaçlarından birisidir. Diğer bir ifadeyle tüm bireylere en az bir gelirin ve yaşam standardının garanti edilmesi için önlemler alan bir yapı söz konusudur. Bu doğrultuda sosyal yardımları planlamakta ve sosyal hizmetleri üstlenmektedir⁷⁵.

Refah devleti, bireylerin hak ve özgürlüklerinin sağlanması açısından pozitif bir konumda yer almaktadır. Bu bağlamda refah devleti; “kişisel ve siyasal haklar ile sosyal ve ekonomik hakların”⁷⁶ tüm bireylere sağlanmasında ve bu hakların türlerinin artırılmasında aktif rol oynayan devlet anlayışı olarak ele alınmaktadır⁷⁷.

Bahsedilen özellikler refah devletinin genel karakteristiğini ortaya çıkarmaktadır. Kapitalist devletin gelişme aşamalarından devlet kapitalizmi ile ilişkilendirilen refah devleti anlayışı ile devletin toplum içerisinde sosyal ve ekonomik açıdan sorumluluk alanının genişlediği ve bu doğrultuda da yapısal ve işlevsel açıdan büyük ve geniş bir devlet algısının oluştuğunu belirtmek gerekmektedir. İşte devlet ve devletin dönüşümü ile ilgili literatürde sıklıkla bahsedilen bir form olan refah devleti

⁷⁴ A. Şafak Balı, *Çok Kültürlülük ve Sosyal Adalet*, Çizgi Kitabevi Yayınları, Konya, 2001, s. 21-22-23.

⁷⁵ TÜSİAD, 1995, s. 74; Şenkal-Sarıpek, *a.g.m.*, s. 146-175; Faruk Andaç, “Sosyal Devlet Anlayışı İçinde Girişimcilik”, *International Conference On Eurasian Economies 2012*, s. 366-367, <http://www.econ.info/papers/386.pdf>, (10.06.2013); C. Can Aktan - Özlem Özkıvrak, “Sosyal Refah Devleti”, <http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/kavram.htm>, (10.06.2013), Salih Alp, “Refah Devleti Düşüncesinin Gelişimi ve Bir Liberal Alternatif Olarak Üçüncü Sektör”, *Maliye Dergisi*, 2009, Sayı 156, s. 266.

⁷⁶ Birinci kuşak haklar, tarihsel olarak ilk ortaya çıkmış ve de kişi güvenliği, konut dokunulmazlığı, düşünce hürriyeti gibi kişi hakları ile seçme ve seçilme, siyasal faaliyette bulunma hakları gibi siyasal haklardan oluşmaktadır. İkinci kuşak haklar ise Birinci Dünya Savaşından sonra ortaya çıkmış ve büyük ölçüde İkinci Dünya Savaşından sonra uygulanmaya başlanan; çalışma, dinlenme, emeklilik, sağlık hakkı gibi sosyal ve ekonomik haklardan meydana gelmektedir. Üçüncü Kuşak haklar tarihsel olarak en son ortaya çıkan haklar olarak ifade edilmekte; çevre hakkı, barış hakkı, gelişme hakkı gibi hakları içermektedir. İbrahim Özden Kaboğlu, *Kolektif Özgürlükler*, Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, Diyarbakır, 1989, s. 25-26.

⁷⁷ Gümüş, *a.g.e.*, s. 221-247; TÜSİAD, 1995, s. 74.

anlayışının nasıl ve ne şekilde ortaya çıktığı, geliştiği ve son dönemde maruz kaldığı eleştiriler nedeniyle krize girdiği soruları, tarihsel gelişim sürecinin incelenmesi ile cevaplandırılmaya çalışılacaktır.

1.2.2. Refah Devletin Tarihsel Gelişimi

Sanayileşme süreci ile birlikte toplumsal kesimlerin içerisine girdikleri rekabet ortamı, ilerlemeyi sağlarken derin bir çatışma ortamına girmelerine de yol açmıştır. Bu çatışma ve rekabet ortamı, toplumları karmaşık ve dinamik bir yapıya dönüştürmüştür. Sanayi toplumunun bu özelliği, hem kuramsal hem de uygulama düzeyinde refah devletin ortaya çıkmasına ortam hazırlamıştır⁷⁸.

İlgili literatürde refah devletin tarihsel gelişim süreci beş dönemde incelenebilmektedir. Sırasıyla Sanayi Devrimi öncesi dönem, sanayileşme süreci (1880-1914) dönemi, iki dünya savaşı arasındaki dönem (1914-1945), İkinci Dünya Savaşı sonrası yaşanan 1945-1975 arası dönem ve son olarak da 1975 yılından günümüze, refah devletin krizi ile ilgili tartışmaların yaşandığı yeniden yapılanma dönemidir⁷⁹.

Çalışma içerisinde refah devletin tarihsel gelişimi, üç dönemde işlenmeye çalışılacaktır. İlk dönem refah devletin doğuşu, ikinci dönem refah devletin altın çağı olarak nitelendirilen 1945-1980 arasındaki dönem ve üçüncü dönem refah devletin krizi/bunalımı şeklinde nitelenen dönemdir.

1.2.2.1. Refah Devletin Doğuşu

Refah devletin, bazı çalışmalarda yoksullara yardım faaliyetinin devlet eliyle merkezi bir düzenlemeye konu edilmesi bakımından 16. yüzyıla, sosyal haklar ve sosyal politika uygulamaları açısından da 19. yüzyıla kadar geriye götürüldüğü gözlemlenmektedir. Ancak kurumsal anlamda refah devleti⁸⁰, I. Dünya Savaşı'ndan

⁷⁸ Şaylan, 2003, s. 94.

⁷⁹ Süleyman Özdemir, *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*, İstanbul Ticaret Odası, Yayın No: 2007-57, İstanbul, 2007, s. 176.

⁸⁰ Sosyal refah devletin doğuşu, gelişimi ve kurumsallaşması ile ilgili süreç için Bkz. Asbjørn Wahl, *The Rise and Fall of the Welfare State*, Pluto Press, United Kingdom, 2011; Neil Gilbert, *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*, Oxford University Press, New York, 2002; Martin A. Powell, *Modernising the Welfare State*, The Policy Press, Great Britain, 2008; Harold L.

sonra ortaya çıkmıştır. Refah devletinin kurumsallaşmasının tamamlanması ve yaygınlık kazanması ise İkinci Dünya Savaşı sonrasına rastlamaktadır⁸¹.

Refah devletini ortaya çıkaran etkenlerin başında Sanayi Devrimi gelmektedir. Literatür incelendiğinde hem modern refah devletinin hem de sosyal politikanın doğuşu, Sanayi Devrimi ile başlatılmaktadır. Sanayi devrimi, ekonomik ve sosyal hayatta büyük değişiklikleri beraberinde getirmiş ve toplum içerisindeki mevcut sosyal yapıları önemli ölçüde etkilemiştir. Bu durum toplumda yeni sosyal sınıf ve tabakaların oluşmasını ve üretim ve çalışma ilişkilerinin yeniden biçimlenmesini sağlamıştır⁸². Bu bağlamda 18. yüzyıl, Sanayi Devrimi'nin de etkisiyle, en çok değişen ve en çok şeyi değiştiren yüzyıl olarak nitelendirilmektedir⁸³. Teknolojik değişme ve sanayileşme süreci sosyal, siyasal ve ekonomik açıdan toplumsal hayatı önemli ölçüde değiştirmiştir⁸⁴.

Refah devletini ortaya çıkaran bir başka etken, sosyal haklara yönelik hukuksal düzenlemelerin kabul edilmesidir. 19. yüzyıl, refah devletinin omurgasını oluşturan sosyal hakların sıklıkla gündeme geldiği bir dönemdir. Özellikle kapitalist sanayileşme sürecinde ortaya çıkan işçi sınıfının, sistemin yarattığı eşitsizliklerle mücadelesi, başta çalışma koşulları olmak üzere bazı hakların elde edilmesini sağlamıştır. Bu kapsamda çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler ise ilk sosyal politika uygulamaları olarak kabul edilmiştir⁸⁵.

Sosyal politikaya yönelik ilk adımlar İngiltere ve Almanya'da atılmıştır. Çeşitli tarihlerde çıkarılan İngiliz Yoksul Yasaları, refah devleti anlayışının doğuşunda önemli bir yere sahiptir. Bu yasalar, yoksullara yardım işinin devlet tarafından örgütlenmesini öngören ve bulunulan dönemin soruna yaklaşım şeklini en iyi biçimde yansıtan örnekler olarak değerlendirilmektedir⁸⁶. Yine İngiltere'de bazı yasalarla çocukların ve gençlerin çalışma hayatına ilişkin yaş, yetenek, süre, gece çalışması ve dinlenme araları hususları

Wilensky, *The Welfare State and Equality*, University of California Press, England, 1975; Mel Cousins, *European Welfare States*, SAGE, UK, 2005; Marc Allen Eisner, *From Warfare State to Welfare State*, Penn State Press, USA, 2000; Robert E. Goodin, *Reasons for Welfare: The Political Theory of the Welfare State*, Princeton University Press, USA, 1988.

⁸¹ Uğur Kara, *Sosyal Devletin Yükselişi ve Düşüşü*, Maki Basın Yayın, Ankara, 2004, s. 56-57.

⁸² Nusret Ekin, *Endüstri İlişkileri*, 6.Bası, Beta Basım Dağıtım, İstanbul, 1994, s. 1-12; Meryem Koray - Alper Topçuoğlu, *Sosyal Politika*, Ezgi Kitapevi, Bursa, 1995, s. 5-7; Aysen Tokol, *Sosyal Politika*, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı, Yayın No:20, Bursa, 1997, s. 2-5.

⁸³ Ekin, *a.g.e.*, s. 1-2.

⁸⁴ Ekin, *a.g.e.*, s. 3; Meryem Koray, *Endüstri İlişkileri*, İzmir, 1987, s. 3-12.

⁸⁵ Kara, *a.g.e.*, s. 58.

⁸⁶ Kara, *a.g.e.*, s. 57-58.

düzenlenmiştir. Ayrıca kadın işçilerin çalışma koşullarına ilişkin ilk koruyucu yasal düzenleme yine 19. yüzyılda yayınlanmıştır⁸⁷.

Sosyal haklar ve sosyal politikaların oluşumunda Almanya, İngiltere ile birlikte dünya genelinde öncü bir role sahiptir. Almanya Şansölyesi (Başbakanı) Bismarck tarafından toplumsal taleplerin karşılanması amacıyla, sırasıyla hastalık, iş kazası, yaşlılık ve sakatlık sigortaları hayata geçirilmiştir. Sosyal güvenlik alanındaki bu reformların, sosyal sigortanın oluşması ve refah devletinin temellerini oluşturması bakımından diğer ülkelere örnek teşkil etmiştir⁸⁸.

Sosyal hakların ve sosyal politika uygulamalarının gelişimine katkıda bulunan devletlerden birisi de İngiltere'dir. İngiltere'de sosyal haklar ve sosyal politikaların gelişim süreciyle ilgili gelişmelerden biri Beveridge Raporu'nun yayınlanmasıdır. William Beveridge, 20. yüzyılın başlarında kamu yardımı reformu çalışmaları komisyonunda görev yapmış ve 1941 yılında İngiliz sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması hakkında bu alandaki literatüre damgasını vuran ve diğer ülkeleri etkileyen bir rapor sunmuştur⁸⁹. William Beveridge tarafından hazırlanan ve ilgili kaynaklarda Beveridge Raporu olarak anılan rapor, sosyal güvenlik rejiminin temel ilkelerini kapsamaktadır. Bu rapor, modern refah devleti kuruluşunun temel ilkelerinin ilk defa dile getirilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır⁹⁰.

Beveridge modeli olarak da ifade edilen İngiliz sosyal güvenlik rejiminin dört temel özelliğinden⁹¹ bahsedilmektedir. Beveridge, bu özelliklerden hareketle aile ödenekleriyle ailelere yardım, bir ulusal sağlık merkezi kurularak kamu sağlığının iyileştirilmesi ve istihdamın düzenlenmesinden oluşan üç amaçlı bir sosyal devlet

⁸⁷ Cahit Talas, *Toplumsal Politika*, İmge Kitabevi Yayınları, 4.Baskı, Ankara, 1995, s. 264-273; Kara, *a.g.e.*, s. 58.

⁸⁸ Özdemir, 2007, s. 182-191; Ali Güzel - Ali Rıza Okur - Nurşen Caniklioğlu, *Sosyal Güvenlik Hukuku*, 12. Basım, İstanbul, 2009; T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, "Kurumsal", <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce>, (10.04.2013).

⁸⁹ BBC History, "William Beveridge (1879-1963)", http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/beveridge_william.shtml, (23.02.2013).

⁹⁰ Eyüp Bedir v.d., *Sosyal Politika*, Ed. Abdurrahman İlhan Oral - Yener Şişman, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2628, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1596, Eskişehir, 2012, s. 42.

⁹¹ İlk olarak, sosyal güvenlik sistemi, iş durumu ya da geliri ne olursa olsun nüfusun tamamını kapsamaktadır. İkinci olarak, birleşik ve sade bir sistem özelliği taşımaktadır. Sistem içerisinde ödenecek tek bir prim, gelirden yoksun kalmaya neden olabilecek risklerin tamamını karşılamaktadır. Üçüncü olarak, sistem içerisindeki ilgililerin geliri ne olursa olsun ödenekler tek olduğundan dolayı tek biçimli bir sistemdir. Son olarak, bir yönetim reformunu ve tek bir kamu hizmeti ortaya koyulmasını öngördüğünden dolayı, merkezi bir sistem niteliği taşımaktadır. Rosanvallon, *a.g.e.*, s. 123.

politikası ortaya koymuştur⁹². Bu ilkelerin modern refah devletleri tarafından uzunca bir süre benimsendiği ve bu yönde uygulamalara dönüştüğü söylenilebilir.

Refah devletinin ortaya çıkışında etkili olan bir başka etmen, mevcut sistem içerisinde yaşanan bunalımlar ve özellikle de 1929 Ekonomik Krizidir. 1929 Ekonomik Krizi⁹³, hem mevcut düzenin her yönüyle yıkılmasına yol açacak sorunlara neden olmuş, hem de liberal kuram ve ona bağlı ekonomik kuramın köklü bir biçimde yeniden yorumlanması gerçeğini beraberinde getirmiştir⁹⁴.

Literatürde Büyük Buhran, Büyük Çöküş, Dünya Ekonomik Krizi, 1929 Ekonomik Krizi gibi isimlerle ifade edilen kriz, yeni ekonomi politikalarının uygulanmasını tartışılır hale getirmiş ve krizden çıkış için ekonomik ve siyasal alanda aktif bir müdahale süreci başlatılmıştır. Krizden kurtulmak için Lord John Maynard Keynes⁹⁵,in ortaya koyduğu ekonomi politikaları yeni bir dönemi başlatmıştır⁹⁶.

Keynes'in hareket noktası, tam istihdamın, kendi kendine işleyen bir pazar mekanizması ya da görünmeyen el tarafından sağlanacağı görüşünü eleştirmesidir. Paradigmasının merkezine ise liberal ekonomideki arz yanlı iktisat yerine talep yanlı iktisadi yerleştirmiştir⁹⁷. Buna göre devlet, tam istihdamı sağlamak amacı ile efektif talebin yetersiz kalmaması, dolayısıyla tüketim ve yatırım harcamalarında gelir ve istihdam daralmasıyla sonuçlanacak dalgalanmaları önlemek için ekonomik sürece etkin bir şekilde katılmak durumundadır⁹⁸. Diğer bir anlatımla Keynes, ekonominin kendi

⁹² Rosanvallon, *a.g.e.*, s. 123.

⁹³ 24 Ekim 1929 günü New York borsasında bir gün içinde 16 milyon civarında hisse senedi %50 ile %90 arasında değer kaybetmiştir. İlhan Tekeli - Selim İlkin, *1929 Dünya Buhranında Türkiye'nin İktisadi Politika Arayışları*, Bilge Kültür Sanat Yayınları, 1.Basım, İstanbul, 2009, s. 12. Bankalar, hisse senetlerinin değer kaybetmesi sonucunda ortaya çıkan felaketi önlemek için büyük miktarlarda hisse senedi alımına girseler de, bu önlem sonuç vermemiş, hatta bankaların iflasına yol açarak ülke içindeki ekonomik bunalımı hızlandırmış ve derinleştirmiştir. Doğal olarak bunalım Amerika ile sınırlı kalmamış ve hızla bütün dünyaya yayılmıştır. Bunalım kendisini durgunluk biçiminde hissettirmiş ve dünyanın her tarafında fabrikalar kapanırken üretim düşmüş ve işsizlik hızla tırmanmıştır. Kriz, üretimin düşmesi ve işsizliğin artması gibi ekonomik sonuçlar dışında çok büyük toplumsal ve siyasi çalkantılara da sebep olmuştur. Şaylan, 2003, s. 85.

⁹⁴ Şaylan, 2003, s. 84-85.

⁹⁵ Keynes, kuramsal anlamda refah devletinin oluşumuna katkı sağlayan kişiler içinde ön sıralarda yer almaktadır. Keynes'in ortaya attığı hipotezler, refah devleti kuramının temel kabulleri arasında kabul edilmektedir. Şaylan, 2003, s. 95.

⁹⁶ Nihat Işık - Erhan Duman, "1929 Ekonomik Buhranı ve 2008 Küresel Krizi'nin Türkiye Ekonomisi Üzerindeki Etkileri", *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2012, Cilt: 2, Sayı: 1, s. 77-78; Kara, *a.g.e.*, s. 85; Hale Balseven - İzzettin Önder, "Türkiye'de Kamu Kesiminde Neoliberal Dönüşüm", Der. Nergis Mütevellioğlu - Sinan Sönmez, *Küreselleşme, Kriz ve Türkiye'de Neoliberal Dönüşüm*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2009, s. 80.

⁹⁷ Şaylan, 2003, s.96.

⁹⁸ Kara, *a.g.e.*, s. 86.

kendine otomatik olarak tam istihdamı sağlamayacağını kanıtlamış ve bu sorunu çözmek için ekonomiye müdahale edilmesi gerekliliğini ifade etmiştir. Devlet talebi arttırmak için dolaylı teşvikler sağlamalı, doğrudan doğruya kamu harcamaları ile talep yükseltilmeli, faiz hadleri ile oynayarak özel firmaların daha fazla yatırım yapmaları teşvik edilmeli, gerekirse devlet doğrudan doğruya yatırım yapmalıdır. Keynesci sistemin, kapitalizmin yadsınması ya da kapitalizmin bir başka sisteme dönüştürülmesi biçiminde değerlendirilmemesi gerekir. Özel mülkiyet ve kar motifini ekonominin motoru olarak muhafaza eden anlayış, Keynesci çözümlemenin temel kabulleri arasında yer alan bir diğer önermedir. Bununla beraber Keynesci paradigma içinde devletin konumu ve işlevinin bütünü ile değiştiği görülmektedir. Keynes'in önermelerine göre devletin sosyoekonomik yaşamdaki rolü ve işleviyle ilgili minimalist devlet algısına yönelik liberal önermeler bütünüyle reddedilmektedir⁹⁹.

Kuramsal gelişiminin ortaya çıkmasında Keynes'in katkısının önemli düzeylerde olduğu kabul edilen refah devleti, İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki süreçte ciddi bir ivme kazanarak yaygınlaşmıştır. Keynes'in kuramsal katkıları nedeniyle Keynesyen Refah Devleti olarak da ifade edilebilen bu devlet formunun, fordist sermaye birikim rejiminin gerekleri doğrultusundaki kurumsal düzenlemeleri ile refahın toplumsallaşmasına ve kitleselleşmesine aracılık ettiği vurgulanmakta ve de kapitalizmin altın çağı olarak da nitelendirildiği söylenilebilir¹⁰⁰.

1.2.2.2. Refah Devletinin “Altın Çağı” (1945- 1980)

Refah devletinin gelişim süreci ile ilgili literatür irdelendiğinde, 1945-1980 yılları arasındaki dönemin, ‘Altın Çağ’ olarak nitelendirildiği görülmektedir. Modern refah devletlerinde Altın Çağ, refahı, eşitliği ve tam istihdamı içeren kapitalizmin savaş sonrasındaki formu olarak ifade edilmektedir¹⁰¹.

1945’lerden 1970’lerin ortalarına kadar uzanan dönem, ekonomik büyümenin sağlandığı ve refah devletinin gelişmesini tamamladığı dönem olarak

⁹⁹ Şaylan, 2003, s. 97-98.

¹⁰⁰ Oğuz Topak, “2000’li Yıllarda Türkiye’de Refah Devleti”, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmış Doktora Tezi), Ankara, 2007, s. 253.

¹⁰¹ Gosta Esping-Andersen, *Welfare States in Transition*, Sage Publications Ltd, London, 1996, p. 1.

değerlendirilmektedir¹⁰². Bu dönemde devletin ekonomi politikalarına paralel olarak ortaya çıkan hızlı ekonomik büyüme, refah devletinin maddi kaynaklarını yaratmış ve büyüyen ve güçlenen işçi sınıfı, siyasal partiler ve sendikalar aracılığı ile güçlü bir baskı grubu olarak gelirin yeniden bölüşümünde etkin bir rol kazanmıştır. Altın Çağ olarak ifade edilen bu dönem, *yüksek bir istihdam düzeyine ulaşılması, ücretlerin ve çalışma koşullarının iyileşmesi, sosyal güvenlik uygulamalarının gelişmesi açısından refah devletinin yayılma dönemi* olarak nitelendirilmiştir¹⁰³.

Refah devletinin Altın Çağı olarak nitelendirilen dönemde, devletin rol ve işlevleri ile ilgili öne çıkan bazı temel özellikler söz konusudur.

Refah devletinin en önemli özelliklerinden birisi müdahalecilik özelliğidir. Liberal devlet anlayışının aksine İkinci Dünya Savaşı sonrasında devletin sosyoekonomik yaşama hem faiz ve diğer mali araçları kullanarak hem de bizzat üretici olarak piyasada yerini alarak yoğun bir müdahalede bulunduğu gözlemlenmektedir. Bu durum Batı Avrupa ülkelerinin tarihinde görülen en hızlı ve kapsamlı ekonomik gelişme ya da büyümeyi beraberinde getirmiştir¹⁰⁴.

Refah devletinin bir diğer önemli özelliği, devlet bütçesinde sosyal nitelikli harcamaların önemli ölçüde artmasıdır. İşçi hareketleri, Sovyet tehlikesi, ekonomik krizler, iki büyük dünya savaşının ortaya çıkardığı sosyal ve ekonomik yoksulluklar, modern refah devletlerindeki kamu harcamalarını artıran temel nedenler arasında gösterilmektedir. Liberal devlet algısının, müdahaleci ve dengeleyici devleti ifade eden ekonomide giderek büyüyen bir devlet algısına dönüştüğü görülmektedir¹⁰⁵.

Refah devletinin özelliklerinden bir diğeri, tam istihdam anlayışı çerçevesinde devletin çalışma yaşamına müdahalesi ile birlikte kamuda çalışan sayısının arttırıldığı görülmektedir. Özellikle sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler gibi alanlarda çok sayıda kişi kamu bünyesinde istihdam edilmiş ve işsizlik azaltılmaya çalışılmıştır¹⁰⁶.

Refah devleti formunun, kapitalizmin gelişme aşamalarından birisi olan devlet kapitalizmi ile ilişkilendirildiği ve bu dönemde devletin her alanda çok büyük sorumluluklar yüklenerek altyapısal gelişmeyi üstlendiği gözlemlenmektedir¹⁰⁷. Liberal

¹⁰² Meryem Koray, *Sosyal Politika*, İmge Yayınevi, 3.Baskı, 2008, s. 96-97.

¹⁰³ Koray, 2008, s. 97.

¹⁰⁴ Şaylan, 2003, s. 101.

¹⁰⁵ Özdemir, 2007, s. 201-202.

¹⁰⁶ Özdemir, 2007, s. 212.

¹⁰⁷ Barrow, *a.g.e.*, p. 85; Yılmaz, *a.g.e.*, s. 78-79.

devlet formunda yapısal ve işlevsel olarak sınırlılık ilkesinin ve piyasaya müdahalesinin en alt düzeyde olduğu bir anlayış söz konusu iken, refah devleti formunda bu durum tersine dönmüş ve devlet toplumsal düzende yapısal ve işlevsel olarak olabildiğince genişlemiş ve büyümüştür.

Özetle refah devleti uygulamaları, zamanla Amerika'dan Batı Avrupa'ya, Kanada ve Avusturalya'ya kadar uzanan bir alanda yaygınlaşmıştır. Bununla birlikte refah devletinin en yaygın ve başarılı uygulama örnekleri arasında İskandinav ülkelerinin¹⁰⁸ en başta yer aldığı iddia edilmektedir¹⁰⁹.

Genel olarak ifade edilecek olursa, sosyal refah devleti anlayışının benimsendiği ülkelerde sosyal harcamalarda artışların yaşandığı, kamu hizmetlerinin genişlediği, birikim ve kalkınma modellerinin sosyal amaçlara hizmet ettiği ve toplumun belirli bir refah düzeyine kavuşturulmaya çalışıldığı görülmektedir¹¹⁰.

1.2.2.3.Refah Devletinin Krizi-Bunalımı

Devletin toplumsal yaşama müdahalesi 1930'larda başlamış ve İkinci Dünya Savaşından sonra da yoğunlaşmıştır. Refah devleti ve fordist üretim biçimi ile karakterize edilen devletin müdahaleciliğinin arttığı dönemde, sermaye birikimi yoğunlaşmış ve devlet egemen bir sosyal ekonomik yapı oluşmuştur. Yine, bu dönemde, düzenleme, gözetim ve denetim işlevlerine sahip merkezi ve bürokratik bir örgüt olarak devlet hızla büyümüştür¹¹¹. Bu büyüme, refah devletinin krize girmesinde başat rolü oynamıştır.

Refah devletinin gelişmesinde ekonomik büyüme önemli bir yer tutmuştur. 1945 sonrasındaki ekonomik büyümenin arka planında otomotiv, radyo ve televizyon alanlarında sağlanan büyük teknolojik atılımlar ile hızlı bir pazar genişlemesinin yer aldığı ifade edilmektedir. Bu büyümenin likidite sorununun çözümü ise Bretton

¹⁰⁸ İskandinav ülkelerinde, devletin etkin talep yaratacak biçimde ekonomiye dolaylı ve doğrudan müdahalesinin Keynes'ten önce ortaya konulduğu bilinmektedir. Bertil Ohlin, Gunnar Myrdal gibi kuramcılar İskandinav ülkelerinde refah devletinin oluşumuna çok önemli katkılar yapan kişiler arasında gösterilmektedir. İskandinav refah devleti modeli, devletin işlevlerinin üretimden çok tüketim alanında yoğunlaşmasına, diğer bir anlatımla devletin, millileştirme ya da kamulaştırma gibi yöntemlerle sanayi alanına doğrudan müdahale yerine, toplumsal refahı yükselten hizmetlere yönelmesine dayanmaktadır. Şaylan, 2003, s. 116.

¹⁰⁹ Şaylan, 2003, s. 116-117.

¹¹⁰ Gümüş, a.g.e., s. 275-291.

¹¹¹ Örsan Ö. Akbulut, *Siyaset ve Yönetim İlişkisi*, Turhan Kitabevi, 2.Baskı, Ankara, 2009, s. 229-230.

Woods'a dayandırılmaktadır¹¹². 1944 yılının Temmuz ayında ABD'nin New Hampshire eyaletine bağlı küçük bir tatil kasabası olan Bretton Woods'da toplanan Birleşmiş Milletler Para ve Finans konferansında yeni bir iktisadi sistem ortaya konulmuştur. Keynezyen iktisat teorisinin temel argümanları, Bretton Woods¹¹³ kuruluşlarından Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) aracılığı ile uygulamaya geçirilmiştir¹¹⁴.

Yaklaşık yirmi yıllık bir dönemi kapsayan başarılı büyüme sonrası dünyada ortaya çıkan evrensel kriz, ilk olarak Bretton Woods sisteminin çöküşüyle kendisini göstermiştir¹¹⁵. 15 Ağustos 1971 tarihinde ABD'li yetkililerinin “doların ve dolar cinsi mali varlıkların sabit pariteden altına dönüşebilirliği hükmünü askıya aldığını duyurması”¹¹⁶, diğer bir ifadeyle ABD'nin doları altına endekslemekten vazgeçtiğini açıklaması, Bretton Woods sistemini sarsmıştır¹¹⁷.

Bretton Woods sisteminin çökmesi ile birlikte pek çok ülkede enflasyonist bir dalga ortaya çıkmıştır. Hemen sonrasında 1973 ve 1978 yıllarında yaşanan petrol krizleri ile refah devleti algısına yönelik bunalım yeni bir evreye geçmiş ve yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu duruma paralel olarak 1970'li yılların ikinci yarısında sanayi üretimi oranlarında önemli derecelerde düşüşler yaşanmıştır. Diğer taraftan

¹¹² Şaylan, 2003, s.119.

¹¹³ Bretton Woods uluslararası para idare sistemi, dünyadaki gelişmiş devletlerin aralarındaki ticari ve finansal işlemlerde uyulması gereken kuralları belirlemektedir. Sistem, dünya tarihinde ilk kez, bağımsız ulus devletlerin kendi aralarında ortak bir parasal düzen üzerinde anlaşmaları sonucunda uygulamaya geçirilmiştir. Bretton Woods sisteminin oluşturulmasında ABD ve İngiltere'nin önemli bir ağırlığı vardır. ABD'nin sistemin oluşturulması ile ilgili önerileri ünlü ekonomist Harry Dexter White tarafından sunulmuş hatta White Planı olarak ifade edilmiştir. İngiltere'nin sistemle ilgili görüşlerini ise John Maynard Keynes ortaya koymuştur. Birleşmiş Milletler Para ve Finans konferansında altına dönüştürülebilir tek para biriminin dolar olmasına, diğer para birimlerinin değerlerinin de dolara göre ayarlanması noktasında anlaşmaya varılmıştır. Uluslararası para sisteminin kurallarını belirleyen Bretton Woods Anlaşması ile ortaya çıkan bir başka önemli sonuç, Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun kurulmasıdır. Michael D. Bordo, The Bretton Woods International Monetary System: A Historical Overview, s. 32,81, <http://www.nber.org/chapters/c6867.pdf>, (8.6.2013); Z. Emur Demir Abaan, *Para: Para Hukuku ve Kaynakları*, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Araştırma Genel Müdürlüğü Tebliği No:4/5, Ankara, 2004, s. 92-93.

¹¹⁴ Şule Daldal, *Kısaç Altında Neoliberalizm*, Yeni Toplum Yeni Siyaset, Kalkedon/SODEV, 2008, s. 142-151.

¹¹⁵ Şaylan, 2003, s.119.

¹¹⁶ Abaan, *a.g.e.*, s. 29.

¹¹⁷ Daldal, 2008, s. 153; Özellikle 1960'lı yılların sonunda ABD'nin Vietnam Savaşı'nın finansmanı için sosyal harcamaları kısma kararı almasıyla başladığı iddia edilen bu sürecin, ABD'nin New Deal Programını terk etmesine neden olduğu ve bu nedenle birçok ülkede ekonomik krizlerin yaşanmaya başladığı da ifade edilmektedir. Topak, *a.g.t.*, s. 50. Konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Oğuz Topak, *Refah Devleti ve Kapitalizm*, 1. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul, 2012, s. 71-78.

üretim oranlarının düşmesine rağmen piyasadaki fiyatlar genel düzeyinde ciddi bir artış gerçekleşmiştir¹¹⁸.

1950 sonrası yaşanan gelişme ve zenginleşmenin yerini karmaşık, derin ve uzun dönemli bir bunalım almıştır. Devletin mali krizi, küçülen devlet ve neo-liberal devlet gibi ifadelerle de tanımlanmaya çalışılan bu süreç, özellikle devletin rolü ve işlevleri konusunda kapsamlı bir değişimi beraberinde getirmiştir. Uygulamada refah devleti gerilerken, özelleştirme faaliyetleriyle birlikte devletin küçültülmesi sıkça dile getirilmiştir¹¹⁹. Diğer taraftan da sosyal refah devletinin uygulamada sorunlar yaşadığını ve bunalıma girdiğini kabul etmesine rağmen bu durumun sosyal refah devleti anlayışında bir vazgeçiş anlamına gelmediği yönünde de yorum ve değerlendirmelerin yapıldığı söylenilebilir¹²⁰.

20. yüzyıl refah devletinin, klasik koruyucu devletin derinleştirilmiş ve genişletilmiş hali olduğunu öne süren Rosanvallon, refah devletinin krizini, sadece yukarıda bahsedilen devletin genişlemesi ve artan sosyal harcamalara bağlamamakta, konuyla ilgili farklı bir varsayımda bulunmaktadır. Rosanvallon, refah devletinin krizini, toplumun devletle olan ilişkilerinde aramak gerektiğini belirtmektedir. Rosanvallon, refah devletinin kriziyle ilgili üç olası husustan bahsetmektedir. *İlk husus*, toplumsal amaç olarak eşitlikten kuşulanılmasıdır. Çünkü refah devletinin toplum içerisindeki bireylerin ihtiyaçlarını önceden kestirmesi ve ona göre dağıtım yapması sorun teşkil etmektedir. *İkinci husus*, ekonomik kriz bağlamında toplumun daha az dışsallaştırılmasıdır. Toplumsal bağ ve birlikte yaşama sorusu daha doğrudan sorulmaktadır. *Üçüncü husus* ise daima refah devletine saldıran ve onu kötüleyen birtakım çıkar gruplarının etkisi doğrultusunda Keynesçi uzlaşmanın argümanlarının değişmesidir¹²¹.

Sonuç olarak 20. yüzyılın sonuna doğru refah devletinin beraberinde getirdiği uygulamaların kamu bütçesine yüklediği ağır yükler ve diğer sebepler nedeniyle ciddi şekilde eleştirilmesi sonucunda, ulusal ekonomide serbest piyasa sisteminin güçlendirilmesi ve devletin iktisadi ve sosyal etkinliklerinin azaltılması gibi çeşitli

¹¹⁸ Şaylan, 2003, s. 120.

¹¹⁹ Şaylan, 2003, s. 122-123.

¹²⁰ Meryem Koray, "Sosyal Devlet-Refah Toplumu", http://www.sodev.org.tr/Okullar/SDO/ders_notlari/sosyal_devlet.html, (02.01.2014).

¹²¹ Rosanvallon, *a.g.e.*, s. 21, 28-29.

çözüm önerilerini içinde barındıran yeni bir devlet anlayışının gün yüzüne çıkarıldığı söylenilebilir¹²².

Belirtilen hususlar, literatürde kapitalist gelişme aşamalarından dünya kapitalizmi ile ilişkilendirilmektedir. Devletin yapısal ve işlevsel açıdan küçültülmesi sonucunu beraberinde getiren kapitalist gelişmenin bu aşaması, sermaye ve emeğin serbestçe dolaşımının sağlanması amacına yönelik uluslararası odaklı bir devlet algısına işaret etmiştir. İşte bu devlet formu, refah devletinden daha çok neoliberal devlet anlayışını öne çıkarmaktadır.

1.3.Neo-Liberal Devlet Anlayışı ve Refah Devletinin Dönüşümü

Dünya ekonomik sisteminde, 1970'lerin ortasında patlak veren petrol krizinin kamu harcamaları ve küresel ekonomide meydana getirdiği olumsuz sonuçlar ile buna bağlı olarak oluşan bütçe açıkları, devletin ekonomik ve sosyal alandaki rolünü sorgulanır hale getirmiştir. Bu durum, bir taraftan devletin ekonomik ve ticari alandan çekilmesi düşüncesini beraberinde getirirken, diğer taraftan da kamu hizmetlerinin mevcut haliyle devam ettirilmesi durumunda ortaya çıkacak finansman sorununun hizmetlere zam yapılması ve vergi oranlarının yükseltilmesi gibi alternatif seçenekler yoluyla çözülmesi düşüncelerini ortaya çıkarmıştır. 1970'lerin sonları, devletin küçültülmesi ve yeniden yapılandırılması yönündeki politikaların ön plana çıktığı ve Yeni Sağ olarak nitelendirilen hükümetlerin iktidara geldiği bir dönemdir. İngiltere'de Margaret Thatcher ve ABD'de Ronald Reagan'ın liderliğini yaptığı partiler ve hükümetler¹²³, kamu sektörünün yapısı, devletin faaliyet alanı ve kamuda iş görme

¹²² Nihat Bulut, "Küreselleşme: Sosyal Devletin Sonu Mu?", *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2003, Cilt 52, Sayı 2, s. 173; Orhan Gökçe - Erol Turan, "Kamu Yönetiminin Dönüşümü ve Dönüşümün Temel Unsurları", *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2008, s. 192-197, http://www.iibf.selcuk.edu.tr/iibf_dergi/dosyalar/681348063431.pdf, (14.09.2013).

¹²³ Dünyada meydana gelen ekonomik krizler ve sonrasında yaşanan sorunlar, hükümetlerin birçoğunu, İngiltere ve ABD'deki dönüşümden hareketle neoliberal politikalar ekseninde oluşan yeni anlayışa yöneltmiştir. Özellikle İskandinavya ülkelerindeki uygulamalar dikkat çekmektedir. Bu konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Christina Bergqvist (Uppsala) - Anders Lindbom, "The Swedish Welfare State: Neo-liberal Challenge and Welfare State Resilience", *ÖZP*, 2003, Volume 32/4, p. 389-401; Baldur Thorhallsson - Rainer Kattel, "Neo-Liberal Small States and Economic Crisis: Lessons For Democratic Corporatism", *Journal of Baltic Studies*, 2013, Volume: 44, No: 1, p. 83-103; Mimi Abramovitz, "Theorising the Neoliberal Welfare State for Social Work", Mel Gray - James Midgley - Stephen A. Webb, *The SAGE Handbook of Social Work*, SAGE Publications Ltd, London, 2012, p. 33-50.

yöntemlerini sorgulayan Yeni Sağ politikaları uygulamaya geçirmişlerdir¹²⁴. İşte bu durum, literatürde sosyal refah devletinin dönüşümü¹²⁵ şeklinde ifade edilmektedir.

Neoliberal devlet anlayışının ideolojik altyapısını oluşturan Yeni Sağ ekonomik, sosyal, siyasal ve yönetsel boyutlarıyla kapsamlı bir dönüşümü simgelemektedir¹²⁶. Kavram, devletin küçültülmesi, piyasa mekanizmalarının tercih edilmesi ve vergilerin düşürülmesinden, televizyon ve filmlerde daha fazla sansür uygulamalarına, göç karşıtı kampanyalardan, göçmenlerin geri gönderilmesine kadar birçok düşünceyi ve politikayı içermektedir. Bu bağlamda Yeni Sağ, Heywood tarafından Yeni Liberalizm (Liberal Yeni Sağ) ve Yeni Muhafazakârlık (Muhafazakar Yeni Sağ) şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Ayrıca Kamu Tercihi Teorisi de Yeni Sağ kapsamında değerlendirilmektedir¹²⁷.

Yeni Sağ anlayışı, 19. yüzyıl liberalizminin çağdaş bir yorumu olarak kabul edilmektedir¹²⁸. Yeni sağ düşüncesinin çıkış noktası, pazara koşulsuz öncelik verilmesi ve sınırsız güven duyulmasıdır. Toplumsal kaynakların verimliliğinin üst düzeye çıkarılması ve toplumsal çıkarların maksimum düzeyde gerçekleşmesi, pazarın iyi bir şekilde işlemesine bağlıdır. Aksi takdirde toplumsal kaynakların israf olacağı ve toplumun görece olarak yoksullaşacağı öne sürülmektedir. Diğer bir ifadeyle yeni sağ, pazarı egemen kılan ve görünmeyen elin yeteneklerini öne çıkaran bir çerçeve çizmektedir¹²⁹.

Yeni Sağ yaklaşımının devlet anlayışı, minimal ya da gece bekçisi devlet algısına dayanmaktadır. Ekonomik ve sosyal açıdan her alanda rol oynayan refah devleti ve uygulamalarının toplumun zenginleşmesi, insanların özgürleşmesi ve toplumun ileriye gitmesi için tasfiye edilmesi bir gereklilik olarak görülmektedir. Refah devletinin tasfiyesi ile birlikte devletin ekonomi alanındaki işlev ve girişimlerinin pazara devredilmesi yani regülasyon, deregülasyon ve özelleştirme politikalarının uygulamaya konulması, devletin ağırlıklı olarak polis, adliye ve hapisane gibi yasa ve düzenle ilgili

¹²⁴ Eryılmaz, *a.g.e.*, s. 18.

¹²⁵ Refah devletindeki dönüşümün çok çeşitli boyutları mevcuttur. Refah devletinin dönüşümü hakkında ayrıntılı bilgi için Bkz. Martin Seeleib-Kaiser, "Welfare State Transformations in Comparative Perspective: Shifting Boundaries of 'Public' and 'Private' Social Policy?", Ed. Martin Seeleib-Kaiser, *Welfare State Transformations*, First Published, Palgrave Macmillan, New York, 2008, p. 1-14.

¹²⁶ A. Şinasi Aksoy, "Yeni Sağ, Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetim: Eleştirel Bir Yaklaşım", *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 1998, Cilt 7, Sayı 1, s. 4.

¹²⁷ Eryılmaz, *a.g.e.*, s. 19; Heywood, 2007, s. 113-114.

¹²⁸ M. Akif Özer, *Yeni Kamu Yönetimi*, Platin Yayınları, Ankara, 2005, s. 397.

¹²⁹ Şaylan, 2003, s. 136.

faaliyetleri yürütmesi, Yeni Sağ yaklaşımının politik amaçları arasında yer almaktadır¹³⁰.

1980 sonrasında devletin genişleyen alanını daraltmayı amaçlayan neoliberal dönem, Wilsoncu paradigmanın¹³¹ yapısal olarak değil, ancak kapitalist yönetselliğin işletmecilik/piyasa ilkeleri düzleminde olduğu bir karakteristiği göz önüne getirmektedir¹³².

Neoliberalizm, günümüzde üzerinde sıkça tartışılan bir niteliğe sahiptir. Devlet ve kamu yönetimindeki dönüşümün anlaşılabilmesi için neoliberal politikalara ilham kaynağı olan neoliberalizmden bahsetmek gerekmektedir.

1.3.1. Neoliberalizm

1929 Ekonomik Krizi sonrasında Keynezyen İktisat Okulu tarafından temellendirilen müdahaleci devlet anlayışı, bütün dünyada 1970’li yılların sonlarına kadar etkisini hissettirmiştir. Buna bağlı olarak ortaya çıkan yeni sorunlar (kronik bütçe açıkları, yüksek vergi yükü, enflasyon vb.) iktisatçıları ve kuramcıları çözüm arayışlarına yöneltmiştir¹³³.

1960’lı yıllar boyunca ve özellikle 1970’li yılların başlarından itibaren akademik ve politik çevrelerde klasik liberalizmin temel ilkelerini savunan başlıca üç çağdaş liberal düşünce okulu ön plana çıkmıştır. Liberalizmin yeniden gün ışığına çıkmasına etki eden bu okullar sırasıyla Friedric von Hayek’in kurucusu olduğu Neo-Avusturya Okulu, Milton Friedman’ın liderliğini yaptığı Chicago Okulu ve son olarak James M. Buchanan’ın liderliğini yaptığı Virginia Politik İktisat Okulu’dur. Nobel Ekonomi Ödülü’nü de kazanan Hayek, Friedman ve Buchanan’ın ekonomi alanında eserleri neoliberalizmin doğuşunu sağlayan önemli dinamikler arasında gösterilmektedir¹³⁴.

¹³⁰ Şaylan, 2003, s. 137.

¹³¹ Woodrow Wilson’un 1887 tarihli “Yönetimin İncelenmesi” makalesinde ileri sürdüğü, kamu yönetiminin işletmecilik ilkelerine göre yapılandırılması ve incelenmesi yönündeki savları, ABD kamu yönetimi uygulaması ve yazınının kurulmasını sağlayan bir paradigmayı ortaya çıkarmıştır. Ayrıntılı bilgi için Bkz. Akbulut, 2009, s. 76-115.

¹³² Akbulut, 2009, s. 232-235.

¹³³ TÜSİAD, 1995, s. 81; Vahap Coşkun, *Ulus-Devletin Dönüşümü ve Meşruluk Sorunu*, Liberte Yayınları, Ankara, 2009, s. 433.

¹³⁴ TÜSİAD, 1995, s. 81; Aktan, 1995, s. 12-13.

Neoliberalizm, çağdaş klasik liberalizm, yeni sağ, yeni muhafazakarlık, liberal muhafazakarlık kavramsallaştırmaları yukarıda da ifade edildiği üzere 1970’lerin ortalarından itibaren yoğunlaşan sosyal devlet eleştirisinin ve devletin sosyoekonomik konumunu yeniden tanımlama çabalarının, ideolojik, siyasal öncülüğünün tanımlanmasında başvurulan ve içerdiği farklara karşın birbiri yerine de kullanılabilen bir nitelik arz etmektedir¹³⁵.

Michel Albert, “Kapitalizme Karsı Kapitalizm” adlı kitabının girişi bölümünde neoliberalizmin doğuşunu şöyle ifade etmektedir:

*“Tarihte ilk kez bugün, kapitalizm gerçekten kazandı. Kazanç bütün alanlardaydı. İlk muhabere Margaret Thatcher ile İngiltere’de ve Ronald Reagan ile ABD’de yapıldı. Bu muharebe, kapitalizmi kirleten devlet müdahaleciliğine karşı içerde yapılan bir muharebeydi. Bakkalın kızı ile eski sinema oyuncusu, devleti küçültme devrimi diyebileceğimiz ilk muhafazakâr devrimi iktisat siyaseti alanında birlikte yürüttüler. Devrimin en göz alıcı ilkesi, “zenginlere daha az vergi” oldu. Kapitalistlerden başlamak üzere, eğer zenginler daha az vergi öderse, ekonominin büyümesi daha güçlü olacak, bu oluşumdan da herkes yararlanacaktı.”*¹³⁶

Neoliberalizm, muhafazakâr nitelikli bir iktisat felsefesi olarak bilinen ve son dönemlerde iktisat politikası ile kamuoyu düşüncesini hakimiyeti altına almış bir kavramsallaştırma olarak da ifade edilmektedir¹³⁷. Aynı zamanda Neoliberalizm, liberal ekonomi politikalarının temel prensiplerinin yeniden güncellenerek ortaya konulması olarak da görülmektedir¹³⁸.

Literatürde bazı yazarlar, neoliberalizmi kapitalizm ile ilişkilendirmektedir. Bir anlamda neoliberalizm, çağdaş kapitalizmin akli olarak da değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda neoliberalizm, insanların evrensel rekabet ilkesi uyarınca yönetilmesinin yeni tarzını belirleyen söylemlerin, pratiklerin, düzeneklerin bütünü olarak tanımlanabilmektedir¹³⁹.

¹³⁵ Kara, a.g.e., s. 136.

¹³⁶ Michel Albert, *Kapitalizme Karsı Kapitalizm*, Çev. Cemil Oktay - Hüsni Dilli, AFA Yayıncılık, İstanbul, 1991, s. 7.

¹³⁷ Thomas I. Palley, “Keynesçilikten Neoliberalizme: İktisat Biliminde Paradigma Kayması”, Ed. Alfredo Saad-Filho - Deborah Jonston, *Neoliberalizm*, Yordam Kitap, İstanbul, 2007, s. 42.

¹³⁸ Simon Clarke, “Neoliberal Toplum Kuramı”, Ed. Alfredo Saad-Filho - Deborah Jonston, *Neoliberalizm*, Yordam Kitap, İstanbul, 2007, s. 103.

¹³⁹ Pierre Dardot - Christian Laval, *Dünyanın Yeni Akli Neoliberal Toplum Üzerine Deneme*, Çev. Işık Ergüden, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2012, s. 2.

Neoliberalizm, *insan özgürlüğü, rekabetçi pazar ekonomisi, hukukun üstünlüğünün korunması, minimal kamu anlayışı, güvenlik ağı koruması* başta olmak üzere bir takım temel ilkelere dayanmaktadır. İnsan özgürlüğü ilkesi ile toplum içerisindeki bireylerin kendi seçimleri doğrultusunda kurumsal ya da bireysel herhangi bir engellemeye maruz kalmaksızın özgürce hareket edebilmeleri anlatılmaktadır. Rekabetçi pazar ekonomisi ile piyasaya devlet müdahalesinin olabildiğince azaltılması ve koruma altına alınması ifade edilmektedir. Hukukun üstünlüğünün korunması, devletin güçlerinin sınırlandırıldığı ve mülkiyetin korunmasının sözleşme ve haksız fiil çerçevesinde kurumsallaştığı bir anayasal yapının ortaya konulmasını ifade etmektedir. Minimal kamu anlayışı ya da küçülen kamu algısı, piyasalar tarafından verimli bir şekilde sağlanamayacağı düşünülen mal ve hizmetlerin üretilmesine yönelik bir devlet yapısını öne çıkarmaktadır. Güvenlik ağı koruması ile de piyasada çalışması mümkün olmayan yaşlı insanlar ve diğerleri için bir koruma sağlanması dile getirilmektedir¹⁴⁰.

Neoliberalizm içerisinde önemli bir simge haline gelmiş olan *daha az devlet, daha çok piyasa* söyleminin, özelleştirmeler ve devletin kural koyucu ve düzenleyici role bürünmesi (deregülasyon) yollarıyla gerçekleştirildiği ileri sürülmektedir¹⁴¹.

Neoliberalizm savlarının devletin genel politikalarına yansımaları, neoliberal devlet algısının sıkça zikredilmesine olanak sağlamıştır.

1.3.2.Neo-Liberal Devlet ve Devletin Yeniden Yapılandırılması

Neoliberallere göre refah devleti, büyük/geniş, karmaşık ve kamu refah bürokrasisi özellikleri dolayısıyla doğal olarak zorlayıcı bir niteliğe sahiptir. Sosyal hizmetlerin özel ve gönüllü alternatifler dışında tekeller devlet anlayışı ile sunulması, böylelikle tüketici tercihlerinin ve refah mal ve hizmetlerinin sağlanmasında bireysel özgürlüklerin sınırlandırılması açısından bir zorlamayı beraberinde getirmiştir¹⁴².

Refah devleti ilkelerini eleştirel bir bakış açısıyla ortaya çıkan neoliberal politikalar, yönetim formülü ile ekonomik alanı ya da piyasa ilkelerini, siyasal ve

¹⁴⁰ Nick Ellison, "Neo-Liberalism", Pete Alcock vd., *The Student's Companion To Social Policy*, Blackwell Publishing, Third Edition: Part II, Chapter 8, UK, 2008, p. 63.

¹⁴¹ Selime Güzelsarı, "Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları", Ed. M. Kemal Öktem - Uğur Ömürgönülşen, *Kamu Yönetimi Gelişimi ve Güncel Sorunlar*, İmaj Yayınevi, Ankara, 2004, s. 128-129.

¹⁴² Ellison, *a.g.e.*, p. 64-65.

yönetmel alana taşıyarak, kapitalist siyasal alanı yeniden yapılandırmaktadır. Bu yeniden yapılandırmanın temel özelliğı, bütünleşme kavramı ile açıklanabilir. Bir başka ifadeyle, toplumsal alanın tüm unsurları piyasalaştırılmaktadır. Devlet içerisindeki siyasal ve yönetmel kurumların neoliberal dönemde piyasacı ilkeler temelinde yeniden yapılandırıldığı ve bütünleştirildiğı görölmektedir. Bu durumun kamu yönetimi alanına yansması bürokratik neo-korporatizm¹⁴³ ile gerçekleşmiştir. Bürokratik neo-korporatizm ile yönetim sürecinde, birimlerin karşılıklı avantaj sağlayacak biçimde örgütlenmelerini öngören, kamu kurumları ve özel sektörün ortaklığına dayanan bir yapılanma anlatılmak istenmektedir¹⁴⁴. Bu noktadan hareketle genel olarak neoliberal politikalar, *devletin sosyal nitelikli maliyetlerden kurtarılması, özelleştirme politikaları ile sermayenin hareket alanının genişletilmesi, devletin elindeki kaynakların büyük oranda sermayeye aktarılması* ile hayata geçirilmeye çalışılmaktadır¹⁴⁵.

1980’li ve 90’lı yılların politikaları, dünyanın gelişmiş bölgelerinde liberal fikirlerin yeniden egemen olması ve devlet sektörünün küçültülmesi bağlamında siyasette baskın bir temayı beraberinde getirmiştir¹⁴⁶.

1980 sonrasında uygulanan politikalar ile devletin yeniden yapılandırılması süreci her geçen gün somutluk kazanmıştır. Merkez ölkelerin politikalarını doğrudan belirleyen uluslararası kuruluşlar aracılığıyla yönetilen yeniden yapılandırma sürecinde, ilk olarak 1990’lı yılların sonlarına kadar uygulanan mali istikrarı sağlamayı hedefleyen *birinci kuşak reformlar* dikkat çekmektedir. Yeniden yapılandırma süreci, 1990’ların sonlarından itibaren devlette daha çok yapısal ve kurumsal uyarlamaya yönelik *ikinci kuşak reformlarla*¹⁴⁷ devam etmekte ve devlet neoliberal politikalar bağlamında yeniden tanımlanmaktadır. Devletin yeniden tanımlanması ya da yeniden şekillendirilmesi

¹⁴³ Douwes Dekker, “The Concept of Corporatism From An Industrial Relations Perspective”, Ed. Jack Barbash - Kate Barbash, *Therioes And Concepts In Compative Industrial Relations*, First Edition, University of South Caroline Press, Columbia, 1989, p. 42-58.

¹⁴⁴ Akbulut, *a.g.e.*, s. 236-238.

¹⁴⁵ Şule Daldal-Necef, “Bütünsel Bir Sanayileşme Modeli: Makro Reform ve Mikro Reform İlişkisi”, Ed. A. Konukman - M. Sönmez - Ş. D. Necef, *Alternatif Sanayileşme Önerileri*, İstanbul, Kalkedon Yayıncılık, 2009, s. 89; Haque, M. Shamsul, “The Fate of Sustainable Development Under the Neoliberal Regimes in Developing Countries”, *International Political Science Review*, 1999b, Volume: 20/2, p. 199-222.

¹⁴⁶ Fukuyama, *a.g.e.*, s. 16.

¹⁴⁷ Parasız, 1980’li ve 1990’lı yılların hem Türkiye’de hem de gelişmekte olan birçok ölkede Washington uzlaşması ağırlıklı bir kalkınma politikası uygulamalarının başlatıldığı süreci yansıttığını ifade etmektedir. Bu uygulamaların gelişmiş ölkelerde uygulanmış ve uygulanan neoliberal politikaların doğal uzantısı olduğunun altını çizmekte, birinci kuşak yapısal reformların Post-Washington uzlaşması doğrultusunda değişikliğe uğradığını belirtmektedir. İlker Parasız, *İkinci Kuşak Kalkınma Politikaları ve Reformlar*, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2003, s. 7-12.

süreci, devlete rağmen gelişen bir süreç olarak görülmemekte, devletin de süreç içerisinde bir aktör olduğunun altı çizilmektedir. Özetle Yeni Sağ anlayışına paralel olarak neoliberal devletin varlık kazanmasında, devlet ve uluslararası kuruluşlar önemli bir rol üstlenmektedir¹⁴⁸.

Birinci Kuşak Yapısal Reformlar, 1980 sonrasında özellikle Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve gelişmiş batı devletlerinin de etkisiyle ihracatın teşvik edilmesi, etkin kaynak kullanımı, sürdürülebilir ticaret dengesi ve sürekli büyümeyi hedeflemiştir. Bu hedeflere ulaşabilmek için de iç talebin azaltılması, dış ticaret rejiminin serbestleştirilmesi, kurumsal ve yönetsel yapıda reforma gidilmesi, makro-ekonomik ortamın dengeli bir seviyeye getirilmesi, enflasyon oranının düşürülmesi ve dış ödemeler dengesinin iyileştirilmesi, özelleştirme, devletin küçültülmesi ve deregülasyon gibi politikalar ve uygulamalar ortaya konulmuştur¹⁴⁹.

Birinci Kuşak Yapısal Reform sürecinde en fazla öne çıkan uygulamalar deregülasyon ve özelleştirme olmuştur. Deregülasyon kavramının doğru bir şekilde anlaşılabilmesi için bu kavramı, regülasyon kavramıyla birlikte ele almak gerekmektedir. Regülasyonla ilgili tartışmalar, 1800'lü yıllarda başlamasına rağmen akademik alanda 1970'lerden itibaren tartışılmaya başlanmıştır¹⁵⁰.

1990'lı yıllarda devletin yeniden yapılandırılması sürecinde OECD, Dünya Bankası'nın benimsemiş olduğu politikalar doğrultusunda regülasyon reformlarını yürüten küresel bir kuruluş olarak görülmektedir. Regülasyon kavramı¹⁵¹, Türkçeye düzenleme olarak çevrilmiştir. OECD'ye göre ise regülasyon, *belli bir amaç güden düzenlemelere verilen özel bir isim* şeklinde ele alınmıştır. Ayrıca literatürde bir düzenlemenin regülasyon sayılabilmesi için beraberinde getirdiği kuralın piyasacı bir içeriğe sahip olması gerektiğinin altı çizilmektedir. Literatürde regülasyon kavramının deregülasyon kavramıyla birlikte ele alındığı görülmekte ve kavram çifti oldukları ifade edilmektedir. Deregülasyon, Türkçeye kuralsızlaştırma, serbestleştirme şeklinde

¹⁴⁸ Faruk Ataay, *Neoliberalizm ve Devletin Yeninden Yapılandırılması*, De Ki Basım Yayım, 1.Baskı, Ankara, 2007, s. 17-19; Aksoy, 2003, s. 545-546; Mehmet Aktel, *Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2003, s. 157-160.

¹⁴⁹ Aktel, 2003, s. 156-157; Ayşe Tatar Peker, "Dünya Bankası: Kalkınmacılıktan "iyi yönetim" söylemine", *Toplum ve Bilim*, No:69, Birikim Yayınları, İstanbul, 1996, s. 34-37; Ergin Yıldızoglu, *Globalleşme: Teşekkür Ederim İstemem*, TMMOB Yayını, Ankara, 1995, s. 3.

¹⁵⁰ Sinan Sarısoy, "Düzenleyici Devlet ve Regülasyon Uygulamalarının Etkinliği Üzerine Tartışmalar", *Maliye Dergisi*, 2010, Sayı 159, s. 295-296.

¹⁵¹ Regülasyonun hedefleri ve ana boyutları hakkında ayrıntılı bilgi için Bkz. TESEV, *Devlet Reformu: Devletin Düzenleyici Rolü*, TESEV Yayınları, İstanbul, 2000, s. 21-28.

çevrilmekte ve bir yasama ya da yürütme organına ait düzenleme olarak tanımlanmaktadır. Buna göre bir alanda devletin yetkilerini ortadan kaldıran nitelikteki düzenlemeye deregülasyon düzenlemesi ismi verilmektedir. Örneğin kimi ülkelerde Posta hizmeti devletin tekelinde olan ve bu alanda özel sektörün faaliyette bulunmadığı alanlardan birisidir. Bu alanla ilgili olarak yasal bir düzenleme ile posta hizmetinin özel şirketlerce de yapılabilmesi hükme bağlanabilir. İşte bu amaç ve nitelikte yapılan düzenleme deregülasyonu göstermektedir. Çünkü yasal düzenleme ile bu hizmet, devlet tekelinden çıkarılarak serbestleştirilmiştir. Benzer olarak, Belediye Meclisine ait olan ekmek fiyatının belirlenmesi yetkisinin Fırıncılar Odasına bırakılması kararı deregülasyona örnek verilebilir. Bir yasal düzenleme ile Posta hizmetinde Ulaştırma Bakanlığı'na ait olan yetki, özel sektöründe etkin bir role sahip olduğu, bağımsız bir üst kurula devredilmesine yönelik düzenleme ise regülasyon olarak ifade edilmektedir. Kısacası deregülasyon, devletin karar alanını daraltan bir özelliğe sahip iken; regülasyon, kamu kudretinin özel sektöre yani sermayeye devredilmesine olanak sağlayan düzenlemelerdir¹⁵².

Genel olarak deregülasyon, devletin sektörler üzerindeki hukuki düzenleme ve kontrol etme yetkisinin kısıtlanmasını, bazı alanlarda da kaldırılmasını içeren kavramsal bir çerçeveye sahiptir¹⁵³. Kamu hizmetlerinde etkinliğin ve verimliliğin sağlanması arzusu, neoliberal ideoloji bağlamında ortaya konulan deregülasyon politikalarının temel nedeni olarak ifade edilmektedir. Deregülasyon uygulamaları sonucu kamu yönetiminde, *adem-i merkeziyetçilik ve yetki devri yoluyla görev ve yetkilerin kurumsal otonomi ve yönetsel bağımsızlık şeklinde dağıtılması, performans aracılığı ile etkililiğin ve verimliliğin değerlendirilmesi, yönetim sürecinde kullanıcıların da yer almasıyla karar verme sürecinde kullanıcıların etkinliklerinin artırılması, üreticilerle hizmet sağlayıcılar arasında ayrıma gidilmesi ve bu bağlamda hizmetlerin sözleşme aracılığı ile gördürülebilmesi, kamu kurum ve kuruluşlarında şirketleşme sürecinin başlatılması, kamu ve özel kuruluşlar arasında rekabetin sağlanması, kamu özel işbirliğine gidilmesi* gibi gelişmelerin ortaya çıkacağı ifade edilmiştir¹⁵⁴.

¹⁵² Birgül Ayman Güler, *Devlette Reform Yazıları*, Paragraf Yayınevi, Ankara, 2005, s. 36-37.

¹⁵³ A. Şinasi Aksoy, "Yeni Sağ ve Kamu Yönetimi", *Kamu Yönetimi Sempozyum Bildirileri*, 2. Cilt, TODAİE, Ankara, 1995, s. 168.

¹⁵⁴ Jan Erik Lane, "Public Sector Reform: Only Deregulation, Privatization and Marketization", Ed. Jan-Erik Lane, *Public Sector Reform: Rationale, Trends, and Problems*, Sage Publications, England, 1997, p. 9.

Birinci Kuşak Yapısal Reform sürecinde öne çıkan uygulamalardan birisi de özelleştirmedir. Özelleştirme kavramı genel olarak, sosyal faaliyetlerde devletin etkinliğinin azalmasını ifade ederken, özelde ise mal ve hizmetlerin mülkiyetinin kamu sektöründen özel sektöre transferini ifade etmektedir¹⁵⁵. Özelleştirme esas olarak ekonomide devlet müdahaleciliğinin asgari düzeye çekilmesini ve zaman içerisinde iyice azaltılarak ortadan kaldırılmasını amaçlayan bir politika niteliğine sahiptir. Bu bağlamda özelleştirme, serbest piyasa ekonomisine geçişin ifadesi olarak görülmektedir. Özelleştirme uygulamaları ile devletin piyasa içerisinde girişimcilik özelliği ortadan kaldırılırken, devlet başta iç ve dış güvenlik olmak üzere, klasik fonksiyonlarını yerine getirebilecek bir şekilde küçültülmeye çalışılmaktadır. Bir başka bakış açısıyla özelleştirme ile sosyal refah devletinin tasfiye edilmesi suretiyle, devletin asli görevlerine çekilerek sınırlandırılmasını, onun az ama iyi hizmet vermesini sağlayarak, iyi işleyen, üretkenlik ve verimlilik düzeyi yüksek bir ekonomik yapıya geçiş istenmektedir¹⁵⁶.

Özelleştirme kavramının felsefi kaynağı, bireycilik, özgürlük, kendiliğinden düzen ve serbest piyasa ekonomisi ile sınırlandırılmış devlet ilkelerinden hareket eden yeni sağ akıma dayandırılmaktadır¹⁵⁷. Yeni sağ akımın dünyadaki gelişimine paralel olarak özelleştirme uygulamaları ilk olarak 1977 yılında İngiltere’de başlamış ve dünyanın diğer ülkelerine yayılmıştır. Bu süreçte sosyalist ülkelerden bazılarının özelleştirme uygulamalarını devlet politikası olarak benimsedikleri gözlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde ise özelleştirme uygulamaları, bazı hizmetlerin özel kişilere devredilmesi yoluyla hizmet sektöründe görülmeye başlanmış, daha sonra polis hizmetinden, hapishanelerin hatta mezarlıkların işletilmesine kadar birçok devlet hizmeti özelleştirme kapsamına alınmıştır¹⁵⁸.

Deregülasyon ve özelleştirme odaklı birinci kuşak yapısal reformları, ikinci kuşak yapısal reformlar izlemiştir.

İkinci Kuşak Yapısal Reformlar, uluslararası finans kuruluşları tarafından hazırlanarak dünya genelinde yaygınlaştırılmaya çalışılan ve piyasa ilişkilerinin

¹⁵⁵ Ira Denkhau - Volker Schneider, *The Privatization of Infrastructures in Germany*, Ed. Jan-Erik Lane, *Public Sector Reform Rationale, Trends and Problems*, Sage Publications, England, 1997, p. 70.

¹⁵⁶ Türk Demokrasi Vakfı, *Türkiye’de Özelleştirme Araştırma Raporu*, Yetkin Yayınları, 1994, s. 50-53.

¹⁵⁷ Ömer Bozkurt - Turgay Ergun - Seriy Sezen, *Kamu Yönetimi Sözlüğü*, TODAİE Yayınları, Ankara, 1998, s. 193.

¹⁵⁸ N. Kemal Öztürk, “Yeni Yönetim Paradigması”, *Amme İdaresi Dergisi*, 1993, Sayı: 26/4, s. 55.

derinleştirilmesi suretiyle küreselleşmenin ilerletilmesini hedefleyen politikaları simgelemektedir. İkinci kuşak yapısal reform uygulamalarının 1990'ların ortalarında IMF ile Dünya Bankası arasında sağlanan Post-Washington uzlaşmasına dayalı kararlar doğrultusunda gündeme geldiği bilinmektedir. Post-Washington uzlaşması, o tarihe kadar süregelen serbest piyasa modelini sorgusuz bir biçimde benimseyen yaklaşımın terk edilmesi yoluyla, piyasa mekanizmasının aksaklıklarının telafi edilebilmesi için devlete yeni görevler verilmesini içeren bir özelliğe sahiptir. Bu noktadan hareketle, rekabetçi olmayan piyasaların yol açtığı sorunlar değerlendirilerek, rekabetçi ve etkin piyasa yapılarının oluşturulabilmesi için devletin belirli önlemleri alması gerektiği kabul edilmiş ve devlete piyasaların düzenlenmesi doğrultusunda yeni görevler yüklenmiştir. Bu durum 1980'lerin başlarından beri egemen olan *minimal devlet* anlayışının yerine *düzenleyici devlet*¹⁵⁹ anlayışı odaklı yeni bir devlet formunun uygulamaya geçirilmesi sonucunu ortaya çıkarmıştır¹⁶⁰.

Düzenleyici devlet anlayışı, ekonomik aktörlere eşit mesafede durmayı gerektiren bir çerçeveye sahip olup, ilgili oldukları alanda düzenleme yapan ve bu düzenlemelerin uygulanmasını denetleyen bağımsız düzenleyici kurumlardan oluşmaktadır¹⁶¹. İyi işleyen bir piyasa ekonomisi için istikrarlı bir makroekonomik ortam ile rekabetçi bir piyasa yapısına ihtiyaç duyulmakta ve buna ek olarak piyasaların işleyişini düzenleme, denetim ve gözetim işlevi görecektir güçlü ve etkin bir kamu sektörünün de oluşturulması gerekmektedir. Bundan dolayı, piyasaların yeniden yapılandırılmasını sağlayan reformlara, kamu yönetimini yeniden yapılandıran reformların da paralel olması bir zorunluluk olarak görülmektedir¹⁶².

Bağımsız düzenleyici kurumların ilk olarak ABD'de ortaya çıktığı bilinmekte olup, Kıta Avrupası'nın güçlü bir idare hukuku ve idari yargı sistemine sahip olması

¹⁵⁹ OECD, düzenleyici devlet anlayışının devlet tarafından yönetilen bir ekonomiden, piyasa ve sivil toplum tarafından yönlendirilen, yenilikçi ve girişimci bir ekonomiye geçiş sürecine işaret ettiğini belirtmiştir. OECD'nin düzenleyici devlet anlayışına yönelik ayrıntılı bilgi için Bkz. OECD, *Türkiye'de Düzenleyici Reformlar*, Başbakanlık Yayını, Ankara, 2002.

¹⁶⁰ Adam Przeworski, *Demokrasi ve Piyasa*, Çev. İlder Turan, TDV Yayını, Ankara, 2004, s. 137-145; Parasız, *a.g.e.*, s. 151-157; Faruk Ataay, "İkinci Kuşak Yapısal Reformlarda Program Arayışları", *Memleket Siyaset Yönetim*, 2008, Cilt: 3, Sayı: 6, s. 23.

¹⁶¹ Giandomenico Majone, "The Rise of Regulatory State in Europe", *West European Politics*, 1994, Volume 17/3, p. 77-101.

¹⁶² TÜSİAD, *Bağımsız Düzenleyici Kurumlar ve Türkiye Uygulaması*, Yayın No. TÜSİAD-T/2002-12/349, İstanbul, 2002, s. 59.

sebebiyle, bu oluşumun Kıta Avrupası'nda Anglo Sakson ülkelerinden daha sonra uygulamaya başlandığı gözlemlenmektedir¹⁶³.

Niteliği itibariyle ikinci kuşak yapısal reformlar, birinci kuşak reformların tamamlayıcısı özelliğine sahip görünseler de, devletle ilgili işlevler bakımından önemli bir farklılık arz etmektedir. Özellikle ulusal piyasaların küresel piyasalara uygun bir şekilde işleyebilmesi, ülkeler içindeki kurumların ve yasaların önemini arttırmaktadır. Bir başka ifade ile birinci kuşak reformlarda piyasa kuralları karşısında edilgen olarak somutlaşan devlet, ikinci kuşak reformlarla yerini piyasanın her sektöre ve alana yaygınlaştırılması görevini üstlenen etkin düzenleyici devlet şeklinde ortaya çıkmıştır¹⁶⁴.

Görüldüğü üzere ikinci kuşak yapısal reform sürecinde, yönetim, düzenleyici devlet ve yeni kamu hizmeti gibi kavram ve uygulamalar söz konusu olmuştur.

1.3.3.Neo-Liberal Dönemde Kamu Yönetimi

1980 sonrası çok sayıda ülkede uygulanan neoliberal politikalar doğrultusunda kamu yönetimlerinde önemli değişiklikler yaşanmıştır. Bu değişimin temel göstergeleri arasında küreselleşme, yeni kamu yönetimi, yönetim ve elektronik devlet kavramları öne çıkmaktadır.

1.3.3.1.Küreselleşme

Küreselleşme¹⁶⁵, farklı değerlendirmelere konu edilen ve günümüzde de hemen her kavramla ilişkilendirilen ve bağlantı kurulan bir olgudur. Herkes tarafından kabul

¹⁶³ Mehmet Karakaş, "Devletin Düzenleyici Rolü ve Türkiye'de Bağımsız İdari Otoriteler", *Maliye Dergisi*, 2008, Sayı 154, s. 107.

¹⁶⁴ Bağımsız Sosyal Bilimciler, "2005 Başında Türkiye'nin Ekonomik ve Siyasal Yaşamı Üzerine Değerlendirmeler", http://www.tmmob.org.tr/resimler/ekler/dfcd5e558dfa04a_ek.pdf, (10.04.2013).

¹⁶⁵ Literatür incelendiğinde küreselleşme ile ilgili tanım, özellik, tartışma ve yaklaşımların birçok çalışmada ele alındığı görülmektedir. Küreselleşme kavramı ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Colin Hay - David Marsh, *Demystifying Globalization*, Macmillan Press Ltd, Great Britain, 2000; George Ritzer, *Globalization*, Wiley & Blackwell, United Kingdom, 2010; Bryan S. Turner - Habibul Haque Khondker, *Globalization East and West*, SAGE, London, 2010; John Baylis - Steve Smith - Patricia Owens, *The Globalization of World Politics*, Oxford University Press, New York, 2011; Patrick O'Meara - Howard D. Mehlinger - Matthew Krain, *Globalization and the Challenges of a New Century*, Indiana University Press, USA, 2000.

edilen bir tanımı olmadığı gibi, küreselleşmenin mahiyeti, unsurları, kapsamı ve hatta var olup olmadığı hakkında çok yoğun tartışmalar yaşanmaktadır¹⁶⁶.

Küreselleşme kavramının akademik açıdan 1980’li yılların sonlarına doğru Harvard, Stanford ve Columbia başta olmak üzere Amerika Birleşik Devletleri’nin en prestijli üniversitelerinde yaygınlaşmaya başladığı görülmüştür¹⁶⁷. Küreselleşme kelimesinin kökeni yüzyıllar öncesine dayanmasına rağmen, günümüzdeki anlamıyla kullanımı ilk kez 1962 yılında Marshall Mc Luhan’ın sosyoloji içerikli çalışmasında “Küresel Köy” kavramının kullanılması ile gerçekleşmiştir. Mc Luhan’a göre teknolojik dönüşüme bağlı olarak elektronik kitle iletişim araçlarındaki gelişmeler iletişimde zaman-mekân sınırlarını kaldırarak ve sosyal kültürü yaygınlaştırarak dünyayı “küresel bir köye” dönüştürecektir. Ayrıca Alvin Toffler küreselleşme kavramını, 1979 yılında “Gelecek Şokları” ve 1980 yılında ise “3. Dalga” isimli çalışmalarında incelemiştir. Küreselleşme kavramının popülerite kazanması, 1983 yılında Theodore Levitt’in “Pazarların Küreselleşmesi” isimli makalesiyle olmuş, sonrasında iş ve ekonomi çevrelerinde de kullanılmaya başlanmıştır¹⁶⁸. Küreselleşme kavramı siyasi alanda ise İngiltere’de Margaret Hilda Thatcher ve ABD’de Ronald Reagan tarafından temsil edilen yeni muhafazakâr anlayışın iktidara geldiği dönemde sıklıkla ifade edilmiştir¹⁶⁹.

Küreselleşme ile ilgili literatür incelendiğinde, kavramın değişik özelliklerine atıfla pek çok tanım yapıldığı, üzerinde uzlaşılan kesin bir tanımının mevcut olmadığı ve yapılan farklı tanımlar nedeniyle kavramın yanlış anlaşılmalara yol açtığı düşünülmektedir¹⁷⁰.

Küreselleşme tanımlamalarının farklılık arz ettiği gerçeğinden hareketle kavram, ilk olarak toplumsal yaşamın tüm yönlerinde, kültürden suçlara, finanstan ruhaniye, dünya çapında birbirine bağımlılığın hızlanması, derinleşmesi ve genişlemesi olarak kabul edilebilir. Buna göre Hindistan’daki bilgisayar programcılarının Amerika ve Avrupa’daki işverenlere hizmet sunabilmesi, Burma’daki haşhaş ekimi ile Berlin veya Belfast’taki uyuşturucu kullanımı arasında ilişki kurulabilmesi çağdaş küreselleşmenin

¹⁶⁶ H. Ömer Köse, “Küreselleşmenin Devlet ve Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri ve Türk Kamu Yönetimine Yansımaları”, Ed. Ahmet Nohutçu, Asım Balcı, *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-II*, Beta Basım Dağıtım, İstanbul, 2007, s. 2.

¹⁶⁷ Taner Timur, *Küreselleşme ve Demokrasi Krizi*, İmge Kitabevi, Ankara, 2000, s. 8.

¹⁶⁸ Young Yun Kim - Dharm P.S Bhawuk, “Globalization and Diversity: Contributions from Intercultural Research”, *International Journal of Intercultural Relations*, 2008, Volume 32, p. 301.

¹⁶⁹ Aktel, *a.g.e.*, s. 6.

¹⁷⁰ Coşkun, 2009, s.334; Aktel, *a.g.e.*, s. 6-7.

dünyanın bir bölgesindeki toplulukları başka bir kıtadaki gelişmelere bağlayabildiğinin somut bir göstergesidir¹⁷¹.

Küreselleşme, dünya üzerinde yaşayan insanların birbirileri ile etkileşim halinde olduğu anlamında da sıklıkla kullanılmaktadır. İnsanların yaşadıkları mekan itibariyle aradaki mesafelerin daha az önemli hale geldiği, dünyanın herhangi bir yerinde bir olay olduğunda bu olayın küresel etkilerinin doğduğu ifade edilmektedir. Günümüzde insanların oluşturmuş olduğu kaynaklar, teknik araçlar ve know-how (teknik bilgi) yöntemleri ile gerçekleştirilen her türlü şeyin uzayda ve zamanda yayılımı söz konusudur. Bu bağlamda herhangi bir yerde yapılan herhangi bir şey, olayı gerçekleştiren kişilerin hiç gitmediği bölgelere ve hatta sonraki nesillerin hayatına etki etme ihtimalini ortaya çıkarabilmektedir¹⁷². Bu doğrultuda küreselleşmenin hem uluslararası bağların yakınlaşması hem de ulusların sınırlarını aşan küresel sivil toplumun ortaya çıkışını simgelediğinin altı çizilmektedir¹⁷³.

Bir diğer görüş, küreselleşmeyi teknoloji alanındaki dönüşüme bağlı olarak “tıpkı bir küçük köy sakinlerinin, köyün her tarafında her an her köylüye ne olup bittiğini bilebilmesi gibi bir durum”¹⁷⁴ şeklinde tanımlarken, Robertson ise küreselleşmenin bir kavram olarak hem dünyanın küçülmesine hem de bir bütün olarak dünya bilincinin güçlenmesine gönderme yaptığı önermesine işaret etmektedir¹⁷⁵.

Robertson, küreselleşme olgusunu tarihsel gelişimi açısından beş evrede ele almaktadır. *İlk evre*, Avrupa'da 15. yüzyıldan 18. yüzyıl ortalarına kadar sürmüş ve ulus topluluklarının yavaş yavaş ortaya çıkışı ve Orta çağın "ulus ötesi" sisteminin çöküşünü simgeleyen oluşum evresidir. *İkinci evre* başlangıç evresi olup, 18. yüzyıl ortalarından 1870'lere kadar sürmüştür. Bu evrede türdeş üniter devlet düşüncesindeki değişimler ile uluslararası ve ulus ötesi düzenlemeler ve iletişime ilişkin yasal sözleşmelerin ve iletişimde uğraşan aktörlerin sayısının hızla arttığı görülmektedir. *Üçüncü evre*, yükseliş evresi olarak tanımlanmakta ve bu evrenin 1870'lerden 1920'lerin ortalarına kadar

¹⁷¹ David Held vd., “Küresel Dönüşümler, Siyaset, Ekonomi ve Kültür”, Ed. Kudret Bülbül, *Küreselleşme Okumaları*, Kadim Yayınları, Ankara, 2006, s. 163.

¹⁷² Zygmunt Bauman, “The Ethical Challenge of Globalization”, *NPQ*, Fall, 2001, p. 4; Anthony Giddens, *Modernliğin Sonuçları*, Çev. Ersin Kuşdil, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1994, s. 62-63.

¹⁷³ Anthony Giddens, *Üçüncü Yol: Sosyal Demokrasinin Yeniden Dirilişi*, Çev. Mehmet Özay, Birey Yayıncılık, İstanbul, 2000, s. 153.

¹⁷⁴ Gülten Kazgan, *Küreselleşme ve Ulus Devlet: Yeni Ekonomik Düzen*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları 5, Ekonomi 1, 3. Baskı, İstanbul, 2002, s. 22.

¹⁷⁵ Roland Robertson, *Küreselleşme, Toplum Kuramı ve Küresel Kültür*, Bilim Sanat Yayınları, İstanbul 1999, s. 21.

sürdüğü öngörülmektedir. Yükseliş kavramı ile önceki dönemlerin ve mekanların giderek billurlaşan küreselleşme eğilimlerinin (altında) ulus toplumlara, bireylere, tek bir "uluslararası toplum" anlayışına ve giderek tekleşen ama birleşik hale gelmeyen bir insanlık anlayışına gönderme yapılmaktadır. Bu evrede küresel iletişimin biçimi ve hızında önemli bir artış söz konusu olup, küresel yansımaların gelişimine atıfta bulunmaktadır. *Dördüncü evre*, 1920'lerin ortalarından 1960'ların sonlarına kadar olan dönem hegemonya için mücadele evresi olarak ifade edilmektedir. Bu dönemde yükseliş döneminin ortaya çıkardığı baskın küreselleşme sürecine ilişkin tartışmalar ve savaşların yaşandığı, Milletler Cemiyetinin ardından Birleşmiş Milletlerin kurulduğu, çatışan modernlik anlayışları ve ardından soğuk savaşın yükselmesi gibi önemli olayların yaşandığı söylenilebilir. *Son olarak ise* 1960'ların sonunda başlayan ve 1990'larda kriz belirtileri gösteren döneme belirsizlik evresi denilmektedir. Bu son evre küresel bilincin arttığı, materyalizm sonrası değerlerin vurgulandığı, soğuk savaşın sona erdiği ve "haklar" sorununun görünür hale geldiği, yaşanan çekişmelere rağmen küresel medya sisteminin sağlamlaştırılması gibi olaylara tanık olunan bir dönemdir¹⁷⁶.

Giddens ise küreselleşmenin dört temel boyutunu irdelemektedir. *İlk boyut*, kapitalizmin dünya ekonomik düzeni üzerindeki egemenliğidir. *İkinci boyut*, ulus devlet sistemidir. Buna göre ulus devletlerin merkezi bir güç olma potansiyeli ile ulus devletlerin merkezileşmesini olumsuz yönde etkileyen ve bu doğrultuda gücünü sınırlandıran küresel kurum ve anlaşmalar arasındaki gerilim küreselleşmeyi bu boyutuyla ön plana çıkarmaktadır. Küreselleşmenin *üçüncü boyutu*, askeri dünya düzenidir. Bu noktada savaş endüstrisinin, dünyanın bir bölgesinden diğerine askeri organizasyon tekniklerinin ve silah akışının, devletlerarasında yapılan ittifaklar doğrultusundaki işleyişin öne çıktığı görülmektedir. Küreselleşmenin *dördüncü boyutu* ise endüstriyel gelişmeye ilişkindir. Dünyanın az ve çok endüstrileşmiş alanları arasındaki farklılaşmaları da içeren küresel iş bölümünün büyümesi, bu boyutun en belirgin yönünü oluşturmaktadır¹⁷⁷.

Bir başka görüşe göre küreselleşme ile ilgili, ekonomik küreselleşme, siyasal küreselleşme ve kültürel küreselleşme olmak üzere üç tür sınıflandırma yapılmaktadır. Buna göre ekonomik küreselleşme ile hiçbir ulusal ekonominin artık bir ada olmadığı

¹⁷⁶ Robertson, 1999, s. 98-101.

¹⁷⁷ Anthony Giddens, "Modernitenin Küreselleşmesi", Ed. Kudret Bülbül, *Küreselleşme Okumaları*, Kadim Yayınları, Ankara, 2006, s. 207-214.

ve tüm ekonomilerin iç içe geçen bir küresel ekonomiye bağlandıkları ifade edilmektedir. Kültürel küreselleşme, dünyanın herhangi bir bölgesinde üretilen mal, bilgi ve imajların, milletler, bölgeler ve bireyler arasındaki kültürel farklılıkları ortadan kaldırması ya da birleştirmesi yönündeki küresel bir akıma girmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Siyasal küreselleşme ise ulusal devletlerin kendi hükümlerlik sahalardaki tek belirleyici aktör konumundan uzaklaşmalarını ve egemenliğin kullanılmasında uluslararası örgütlerin artan önemini simgelemektedir¹⁷⁸.

Küreselleşme süreci ile *ekonomik alanda* ulusal ekonomilerin dünya ekonomisi ile serbestlik temelinde bütünleşmesi, *siyasal alanda* demokratik sistem, insan hakları, hukukun üstünlüğünün yaygınlaşması, devlet-toplum-birey ilişkisinin yeniden düzenlenmesi¹⁷⁹, ulus devletin sınırlanması, devletin küçültülmesi ve daha etkin bir yapıya kavuşturulması amaçlanmaktadır. *Yönetmel alanda* ise geleneksel yönetim anlayışının derinden sarsılmasına yol açarken yeni bir yönetim anlayışını ortaya çıkarmaktadır. Yeni yönetim anlayışı, kamu yönetimini örgütlenme düzeyinden işleyiş prensiplerine kadar birçok alanda etkilemekte, etkinlik, verimlilik ve saydamlığın esas olduğu dinamik bir yapılanmaya götürmektedir¹⁸⁰.

Küreselleşme bir olgu, bir süreç ya da başka şekillerde yorumlansa da, devlet üzerinde çok önemli etkilere yol açmış ve devletin yapısal ve işlevsel görünümünde ciddi düzeyde değişim ve dönüşümlere sebep olmaktadır. Bu değişim ve dönüşüm her ulus devlet için kuşkusuz aynı düzeyde ve biçimde şekillenmemekte, yine de küreselleşme ile ilgili etkilerden her ulus devletin belli düzeylerde etkilendiği de bir gerçeklik olarak kabul görmektedir¹⁸¹. Bu doğrultuda küreselleşmenin sosyal refah devleti üzerindeki etkilerinin literatürdeki bir değerlendirmeye göre teknolojik, ekonomik, siyasi boyutlar kapsamında ele alındığı söylenilebilir. Küresel rekabet çerçevesinde sermayenin uluslararası hareketlilik kazanması, teknoloji odaklı farklılaşmış üretim düzeni, kaliteli hizmet sunumunun maliyetleri arttırması gibi etkiler teknolojik anlamda; uluslararası düzlemde mal, hizmet ve işgücü açısından karşılıklı

¹⁷⁸ Heywood, 2007, s. 201-202.

¹⁷⁹ Literatür incelendiğinde küreselleşme kavramının devletin dönüşüm sürecine etkisini araştıran çeşitli çalışmaların ve bu yönde değerlendirmelerin yer aldığı görülmektedir. Konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. David Marsh - Nicola J. Smith - Nicola Hothi, "Globalization and the State", Ed. Colin Hay, Michael Lister - David Marsh, *The State: Theories and Issues*, Palgrave Macmillan, New York, 2006, p. 172-190.

¹⁸⁰ Aktel, *a.g.e.*, s. 283.

¹⁸¹ Parlak-Sobacı, *a.g.e.*, s. 191.

bağımlılığın artması ile önemli bir dönüşümün yaşanması ekonomik anlamda ve son olarak uluslararasılaşmanın ulus devletlerin egemenlikleri üzerindeki etkisinin hissedilmesi siyasi anlamdaki etkiler olarak değerlendirilmektedir¹⁸².

Bu bilgi ve değerlendirmelerden hareketle, küreselleşme süreci ile genel olarak üreten ve ekonomide aktör olan devlet anlayışından düzenleyici ve yönlendirici bir devlete doğru geçiş yaşandığı ifade edilmektedir¹⁸³. Bir başka ifade ile devlet formunun refah devletinden şirketleşmiş devlete ya da gölge devlete dönüştüğü belirtilmektedir. İlgisiz devlet, sözleşmecî devlet, girişimci devlet, takdis eden devlet, sözleşmecî yönetimci devlet gibi başlıklar altında ele alınabilen bu yeni devlet formu, adeta siyasi bir işletme olarak nitelenen ve kamu hizmetlerinin, yeni kamu işletmesinin birer faaliyeti şeklinde algılandığı bir çerçeveye indirgenmektedir¹⁸⁴.

1980'li yıllarla birlikte küreselleşmenin de etkisiyle ortaya çıkan devletin yeniden yapılandırılması anlayışı, kamu yönetimi paradigmasında geleneksel kamu yönetimi anlayışı yerine yeni bir kamu yönetimi anlayışının oluşmasına yönelik önemli değişikliklere yol açmıştır. Ortaya konulan yeni yönetim anlayışıyla birlikte devletin toplumdaki rolünün, yönetiminin, bürokrasinin ve vatandaşlar arasındaki ilişkilerin yeniden tanımlanmaya ve biçimlendirilmeye çalışıldığı, devletin asli klasik fonksiyonlarına çekilmeye zorlandığı gerçeği ile karşılaşmıştır¹⁸⁵.

1.3.3.2. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı

1980'li yıllar neoliberal politikalar tarafından ortaya konulan idari reform girişimlerinin iki temel soru şeklinde tartışıldığına sahne olmuştur. Bu sorulardan ilki '*devlet ne yapmalı?*' ve ikincisi ise '*devlet nasıl yapmalı?*' şeklinde ifade edilmiştir. Günümüzde kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasında önemli bir rol oynayan ve kronolojik olarak da birbirini takip eden yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı ve yönetim anlayışı, ifade edilen soruların kamu yönetimi teorisine izdüşümleri olarak görülebilir.

¹⁸² Gümüş, *a.g.e.*, s. 422-450.

¹⁸³ Zygmunt Bauman, *Küreselleşme: Toplumsal Sonuçları*, Çev. Abdullah Yılmaz, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1999, s. 76-80.

¹⁸⁴ Parlak-Sobacı, *a.g.e.*, s. 191.

¹⁸⁵ Aktel, *a.g.e.*, s. 284-285.

Diğer bir anlatımla, yeni kamu işletmeciliği/yeni kamu yönetimi¹⁸⁶ devlet ne yapmalı sorusu ile ilgilenirken, yönetim anlayışı ise daha çok nasıl yapmalı sorusu ile ilgilenmektedir¹⁸⁷.

1980 sonrası kamu yönetimi politikalarında değişime yol açan birçok sebepten bahsedilmektedir. Bu sebeplerden ilki, *büyük kamu ekonomilerinin 1970’lerdeki petrol krizleri sonucunda ortaya çıkan ekonomik sorunlar ve bütçe açıklarından sorumlu tutulmalarıdır. Toplum içerisinde yaşayan bireylerin kamu yönetiminden talep ve beklentilerinin yükselmesi ve mevcut kamu bürokrasisinin bunları karşılamada yetersiz kalması ile kamu hizmetinin kalite, hız, etkinlik ve ihtiyacı karşılaması konusunda şikâyetlerin artması* ikinci sebep olarak kabul edilmektedir. Dönüşümü gerektiren üçüncü sebep, *ekonomi ve siyaset ekseninde dünyada yeni sağ ideolojinin yükselişe geçmesi, özellikle ABD ve İngiltere’de bu ideolojik söylem paralelinde devletin küçültülmesi, işletmeci yapıya kavuşturularak verimlilik ve etkinliğinin artırılması, kamu harcamalarının kısılması, özelleştirmeler vb. uygulamaların yaygınlaşması* olarak gösterilmektedir. Dördüncü sebep ise *devlet ve bürokrasi karşıtı söylem ve uygulamaların yaygınlaşması* olarak ifade edilmektedir. OECD, IMF, Dünya Bankası gibi uluslararası oluşumların yeni sağ ideolojinin yaygınlaştırılması paralelinde benimsemiş oldukları politika uygulamaları beşinci sebep olarak gösterilmektedir. Teknolojik gelişmelere bağlı olarak bilgi iletişim teknolojileri alanındaki gelişme ve yaygınlaşma süreçle ilgili bir diğer sebeptir. Son olarak 1980 sonrası dönemde yaygınlaşan demokratikleşme söylemi, sivil toplum örgütlerinin, yönetim anlayışının önem kazanmaya başlaması, desantralizasyon eğilimlerinin artması ve genel olarak küreselleşme süreci, kamu yönetimindeki yeni kamu işletmeciliği/yeni kamu yönetimi doğrultusundaki dönüşüme kaynak olarak gösterilmektedir¹⁸⁸.

Reform ve dönüşüm süreci, belirtilen sebepler doğrultusunda geleneksel kamu yönetimi anlayışının, teorik ve pratik yönleri itibarıyla sorgulanmasını ve onun yerini

¹⁸⁶ Yeni Kamu Yönetimi anlayışının uygulama alanı bulduğu İngiltere, ABD, Fransa, Yeni Zelanda başta olmak üzere birçok ülke bulunmaktadır. Konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Hamza Al, *Yeni Kamu Yönetimi*, Değişim Yayınları, İstanbul, 2008; Christopher Pollitt - Geert Bouckaert, *Public Management Reform*, Oxford University Press, Third Published, New York, 2011.

¹⁸⁷ Mehmet Zahid Sobacı, “Politika Transferi Bağlamında Kamu Yönetiminde Neo-Liberal Reformların Yayılması: Açık Toplum Enstitüsünün Rolü”, *SosyoEkonomi*, 2011, Sayı 2, s. 197.

¹⁸⁸ F. Neval Genç, “Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı”, *Türk İdare Dergisi*, 2010, Sayı: 466, s. 147.

yeni kamu yönetimi anlayışının¹⁸⁹ almasını sağlamıştır. Basit bir reform süreci olarak değerlendirilmemesi gereken bu değişim, devletin toplum içerisindeki rolünün hükümet, bürokrasi, piyasalar ve vatandaşlar arasındaki ilişkilerinin yeniden tanımlamasını ve biçimlendirilmesini beraberinde getirmiştir. İşletmecilik (managerialism), Yeni Kamu İşletmeciliği (New Public Management) ve piyasa temelli kamu yönetimi (market-based public administration) ya da girişimci idare (entrepreneurial government) gibi kavramlarla ifade edilen bu yeni yönetim anlayışının amacı, devletin asli klasik fonksiyonlarına çekilmesi sonucu daha etkin ve verimli hale getirilmesi, vatandaşların devlet ve kamu yönetimi karşısındaki konumunun ve yönetime katılma olanaklarının geliştirilmesi olarak ifade edilmiştir. Yeni kamu yönetimi anlayışı savunucularına göre yönetim (administration) ile işletme (management) kavramı arasında farklar mevcuttur. Onlara göre yönetim kavramı, işletme kavramından daha dar bir anlama sahip olup, süreçlere, yöntemlere ve kurallara uygun olarak işleri sevk ve idare etmek anlamına gelmektedir. İşletme kavramı ise, yalnızca talimatlara ve yönergelere göre iş yapmak yerine, hedefleri ve öncelikleri belirleme, bunların başarılmasına yönelik uygulama planları yapma, insan kaynaklarını etkin kullanma, performansı değerlendirme ve yapılan işlerden sorumluluk alma gibi birçok fonksiyonu içermektedir¹⁹⁰.

Geleneksel kamu yönetimi ile yeni kamu yönetimi anlayışı arasında önemli ve çok sayıda farklılık bulunmaktadır (Bkz. Tablo 2). Kamu yönetiminin yapısı bakımından geleneksel kamu yönetimi *katı örgüt yapısı, merkeziyetçi, katı hiyerarşi, geniş merkez, hizmet devleti ve büyük ölçekli yapı ve bürokrasi yönelimli* gibi özelliklere sahip iken, yeni yönetim anlayışı *esnek örgüt yapısı, adem-i merkeziyetçi, yumuşak hiyerarşi, dar merkez-geniş çevre, minimal devlet, küçük ölçekli yapı ve piyasa yönelimi* gibi özelliklere sahiptir. Diğer taraftan rol, ilke ve politika açısından geleneksel kamu yönetimi, *yönetim odaklı, örgüt merkezli, kurallara bağlı yakından kontrol, sevk ve idare, sabit ücret, bürokrat tipi yönetici, az yetkili yönetici, gizlilik, hizmetlerde nicelik, üst yöneticiye bağlı değerlendirme, kapalı enformasyon kanalları, yetkiyi toplayan, risk almada isteksiz, kuralcı ve kırtasiyeci, girdi ve süreç odaklı ve birey yönetimli* iken, yeni

¹⁸⁹ Kamu yönetimi alanındaki değişim, literatürde new public management olarak isimlendirilmekte ve özellikleri ortaya konulmaktadır. Konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Ewan Ferlie, *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, New York, 1996; Michael Barzelay, *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue*, University of California Press, England, 2001; Janet V. Denhardt - Robert B. Denhardt, *The New Public Service*, M.E. Sharpe, New York, 2011.

¹⁹⁰ Eryılmaz, a.g.e., s. 15-17.

yönetim anlayışı ise *işletme odaklı, müşteri-vatandaş merkezli, performans hedefli denetim, yönetişim, performansa bağlı ücret, girişimci yönetici, yetkilendirilmiş yönetici, şeffaflık, hizmetlerde kalite, çok yönlü değerlendirme, açık enformasyon kanalları, yetkiyi paylaşan, risk almada istekli, vizyon sahibi ve esnek, çıktı ve sonuç odaklı ve ekip yönetimli* bir karakteristiğe sahiptir¹⁹¹.

Tablo 2. Geleneksel Yönetim ve Yeni Yönetim Anlayışının Kıyaslanması

	Geleneksel Yönetim	Yeni Yönetim
Yapı	Katı örgüt yapısı	Esnek örgüt yapısı
	Merkeziyetçi	Adem-i merkeziyetçi
	Katı hiyerarşi	Yumuşak hiyerarşi
	Geniş merkez	Dar merkez- geniş çevre
	Hizmet devleti	Minimal devlet
	Büyük ölçekli yapı	Küçük ölçekli yapı
	Bürokrasi yönelimli	Piyasa yönelimi
Roller İlkeler Politikalar	Yönetim	İşletme
	Örgüt merkezli	Müşteri-vatandaş merkezli
	Kurallara bağlı yakından kontrol	Performans hedefli denetim
	Sevk ve idare	Yönetişim
	Sabit ücret	Performansa bağlı ücret
	Bürokrat tipi yönetici	Girişimci yönetici
	Az yetkili yönetici	Yetkilendirilmiş yönetici
	Gizlilik	Şeffaflık
	Hizmetlerde nicelik	Hizmetlerde kalite
	Üst yöneticiye bağlı değerlendirme	Çok yönlü değerlendirme
	Kapalı enformasyon kanalları	Açık enformasyon kanalları
	Yetkiyi toplayan	Yetkiyi paylaşan
	Risk almada isteksiz	Risk almada istekli
	Kuralcı ve kırtasiyeci	Vizyon sahibi ve esnek
	Girdi ve süreç odaklı	Çıktı ve sonuç odaklı
	Birey yönetimli	Ekip yönetimli

Kaynak: Bilal Eryılmaz, *Kamu Yönetimi*, Okutman Yayıncılık, Ankara, 2009, s. 26-27.

Yeni kamu yönetimi anlayışı paralelinde son dönem yönetim teorisyenleri tarafından en fazla üzerinde durulan ve sıklıkla kullanılan kavramlardan birisi, yönetişimdir.

1.3.3.3. Yönetişim

Devlet felsefesi alanında ilk çağdan günümüze kadar ortaya konulan tartışmaların, ‘*ideal devlet nedir ve nasıl oluşturulabilir; ideal devletin temel özellikleri*

¹⁹¹ Eryılmaz, a.g.e., s. 26-27.

nelerdir; iyi bir yönetim için hangi temel ilkeler esas alınmalıdır’ gibi sorular üzerinde yoğunlaştığı söylenilebilir. Bu noktadan hareketle özellikle 1990’lı yılların başlarından itibaren başta Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve OECD gibi uluslararası kuruluşların da etkisiyle ‘*governance*’ adı verilen kavramın ideal devletle ilgili tartışmaların odak noktalarından biri haline geldiği belirtilebilir¹⁹².

Governance kavramı Türkçe’ye yönetim olarak çevrilmiş ve bazı itirazlara rağmen, kullanımının hızla yaygınlaştığı görülmüştür. Yönetim kavramının ortaya çıkışını Ortaçağ Avrupa’sına kadar dayandıran görüşler bulunmakta olup, eski İngilizce ve Fransızca’da ‘*gouvernance*’ kavramının karşılığı olarak hükümet ya da egemenlik anlamında kullanıldığı da tespit edilmiştir¹⁹³.

Yönetim kavramından elde edilen ve yönetim kavramının karşısı bir söylem olarak kullanılan ve de bu açıdan popülerleşen yönetim kavramı, yeni bir yönetme süreci ya da toplumun yeni bir yönetim tarzı ile yönetilmesi anlamlarına gelmektedir¹⁹⁴.

Yönetim kavramı günümüz yeni yönetim anlayışı bağlamındaki anlamı ile ‘*good governance*’ (iyi yönetim) şeklinde ilk kez 1989 yılında Dünya Bankası tarafından yayımlanan bir raporda kullanılmıştır. Bu rapor, Afrika’nın kalkınması amacıyla hazırlanmış ve raporda yönetim, siyasal iktidarın, bir ülkenin faaliyetlerini yönetebilme kapasitesi, yani iktidarın, ulusal faaliyetlerin yönetimi için kullanılması olarak tanımlanmıştır¹⁹⁵. Dünya Bankası tarafından ilk kez kullanımının ardından OECD raporlarında, 1992 yılında Rio de Janeiro’da yapılan Birleşmiş Milletler (BM) Çevre ve Kalkınma Konferansı’nda, 1994 tarihli Kahire Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, 1995’te gerçekleştirilen Kopenhag Sosyal Gelişme Konferansı’nda, 1996’da İstanbul’da düzenlenen Birleşmiş Milletler İkinci İnsan Yerleşmeleri HABITAT II Konferansı’nda, 2000 New York Binyıl (Millenium) Zirvesi’nde ve 2002 tarihli Johannesburg Dünya Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi’nde (Rio+10), yönetim

¹⁹² C. Can Aktan, “Demokrasi ve İyi Yönetim”, *Yerel Siyaset*, 2008, <http://www.yerelsiyaset.com/pdf/mart2008/2.pdf>, (10.04.2012), s. 11.

¹⁹³ Sonay Bayramoğlu, *Yönetim Zihniyeti*, İletişim Yayınları, İstanbul, 2005, s. 27-32; Jean-Pierre Gaudin, “Modern Governance, Yesterday and Today: Some Clarifications To Be Gained From French Government Policies”, *International Social Science Journal*, 1998, Volume: 50, Issue: 155, p. 47.

¹⁹⁴ Rhodes, R.A.W. (1996), “The New Governance: Governing Without Government”, *Political Studies*, XLIV, p. 652.

¹⁹⁵ World Bank, *Sub-Saharan Africa: From Crisis To Sustainable Development*, Washington D.C., 1989, p. 60-61.

kavramının kullanıldığı ve özelliklerinin daha net bir şekilde ortaya konulduğu söylenilebilir¹⁹⁶.

Yönetişim kavramının kamu yönetimi literatürüne girişi 1990'lı yıllara denk düşmektedir. Uluslararası örgütler tarafından yayımlanan raporlarda sıkça kullanılan kavram, akademik araştırma ve tartışmalarda da yer almaya başlamıştır. Yönetişim kavramı üzerine günümüze kadar birçok tanım yapılmasına rağmen, kavramın herkes tarafından üzerinde uzlaşılmış tek bir tanımı bulunmamaktadır¹⁹⁷.

Birleşmiş Milletler yönetim kavramını demokratik açıdan, birlikte yönetme, karar alma süreçlerine katılma olarak tanımlamakta ve birlikte yönetim, uluslararası yönetim, ulusal yönetim ve yerel yönetim gibi türlerinden söz etmektedir¹⁹⁸.

Avrupa Birliği Komisyonu tarafından hazırlanarak 2001 yılında kabul edilen Avrupa Yönetişimi Beyaz Kitap'ta (White Paper) yönetim kavramı, Avrupa düzeyinde gücün kullanılış şeklini etkileyen, davranışlar, kurallar ve süreçler şeklinde tanımlanmaktadır. Beyaz Kitap'ta iyi yönetişimin ilkeleri arasında açıklık, katılımcılık, hesap verilebilirlik, etkinlik ve tutarlılık sayılmakta, bu ilkelerin uygulanması ve teşvik edilmesinin, orantılılık ve yerellik (proportionality and subsidiarity) ilkelerinin önemini arttıracak ifade edilmektedir¹⁹⁹.

Gaudin, yönetim kavramını hiyerarşik yapının dışında, devlet, sivil toplum kuruluşları ve özel kesim arasındaki ilişkilerin düzenlenmesini öngören bir örgütlenme anlayışı olarak ele almaktadır²⁰⁰.

Jessop ise yönetişimi birlikte yönetme prensibi paralelinde toplumun derinliğine nüfuz etmiş, birbirinden bağımsız ve karşılıklı olarak birbirine bağlı aktörlerin örgütlenmesi yoluyla, birbirlerinin yararına olan projelerde, kaynakların ortak kullanımına bağlı çalışmaların yönetimi olarak tanımlamaktadır²⁰¹. Jessop'un bu

¹⁹⁶ DPT, *Kamuda İyi Yönetişim Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, DPT Yayın No. 2721 ÖİK: 674, Ankara, 2007, s. 2.

¹⁹⁷ Parlak-Sobacı, *a.g.e.*, s. 203.

¹⁹⁸ BM, "What Is Good Governance?", <http://www.unescap.org/huset/gg/governance.htm>, (12.06.2010).

¹⁹⁹ European Union, "A White Paper: European Governance", http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2001/com2001_0428en01.pdf, (14.02.2013), p. 7-10.

²⁰⁰ Gaudin, *a.g.m.*, p. 47-49.

²⁰¹ Atilla Güney, "Bob Jessop'ta Yönetişim Kavramı: Stratejik İlişkisel Devlet Biçiminden Yönetişim Biçimine", *Memleket-Siyaset-Yönetim Dergisi*, 2006, Sayı 1, s. 153.

alandaki analizleri incelendiğinde iyi yönetişimin, devlet ve piyasanın başarısızlığını gizlemede bir çözüm yolu olarak ele alındığı görülmektedir²⁰².

Stoker, yönetim kavramının bazı önerileri de içerdiğini ifade etmiş ve yönetişimi, “çok aktörlü ortaklık, kamu ve özel kesimin sorumluluklarının belirlenmesi, iktidarın karar alma ve uygulama sürecine dahil olan aktörler arasında dağıtılması ve kendi kendini yöneten yapıların ortaya çıkması”²⁰³ olarak ele almıştır.

Yönetişim yaklaşımının arka planında ABD’de Osborne ve Gaebler’in 1993 tarihli ünlü çalışmalarında ‘*kürek çeken değil dümen tutan devlet*’ sloganıyla gündeme getirdikleri ve pasif tüketiciliği içermeyen katılımcı vatandaşlık anlayışı ile şekillenen yeni bir anlayış bulunmaktadır²⁰⁴.

Yönetişim kavramının baş döndürücü gelişiminde Dünya Bankası’na özel bir önem atfedilmektedir. Dünya Bankası, kavramı 1989 tarihli raporundaki ilk kullanımını izleyen yıllarda siyasa yönelimli projeler aracılığıyla uygulama ayağına ciddi düzeyde katkı sağlamıştır. OECD ve Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası’na paralel olarak yönetim kavramının gelişimine hem yazın hem de uygulama alanı olmak üzere çeşitli katkılarda bulunmuşlardır. Diğer taraftan OECD’nin 1998 yılında oluşturduğu “Düzenleyici Reform Programı”, kamu yönetiminde ve diğer stratejik sektörlerde devlet aygıtının yeniden yapılandırılmasını sağlayacak yönetim mekanizmalarını geliştirme anlamında kavrama katkı sağlayan bir özelliğe sahiptir²⁰⁵.

Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 2007 yılında yayınlanan Kamuda İyi Yönetişim Özel İhtisas Komisyonu Raporu’na göre ise yönetim, “*merkezi otoritenin yukarıdan aşağıya doğru hakimiyetini esas alan klasik hiyerarşik yönetim anlayışı yerine tüm toplumsal aktörlerin karşılıklı işbirliği ve uzlaşmasına dayanan, katılımcılığı ve sivil toplum kuruluşlarını ön plana çıkaran, saydamlığı, açıklığı, hesap verme sorumluluğunu, yetki devri ve yerindenliği (subsidiarity) esas alan bir anlayış*” olarak ele alınmaktadır²⁰⁶.

²⁰² Bob Jessop, *Good Governance and the Urban Question: On Managing the Contradictions of Neoliberalism*, Lancaster, Department of Sociology, Lancaster University, 2000, p. 6.

²⁰³ Gerry Stoker, “Governance As Theory: Five Propositions”, *International Social Science Journal*, 1998, Volume: 50, Issue: 155, p. 18.

²⁰⁴ David Osborne - Ted Gaebler, *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*, Penguin Books, USA, 1992, p. 1.

²⁰⁵ Bayramoğlu, a.g.e., s. 34-35.

²⁰⁶ DPT, 2007, s. 4.

Yönetişim kavramının yapılan tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere bazı temel ilkeleri bulunmaktadır. Bunlar, *tutarlılık (öngörülebilirlik), sorumluluk, hesap verebilirlik, adillik, saydamlık, katılımcılık, etkinlik, hukuka bağlılık, yerindenlik ve ölçülülük* ilkeleridir²⁰⁷.

Tutarlılık ilkesine göre, süreç içerisinde alınan kararların gerek birbirleriyle, gerekse zaman içerisinde uyumlu olması, devletin yapacağı düzenlemelerin öngörülebilir olması ve vatandaşların güven duyacakları bir ortamda ileriye yönelik yatırımlarını gerçekleştirmelerini sağlayan ilke olarak değerlendirilmektedir. İkinci ilke, hükümetin toplumsal değişimlere hızla cevap verebilecek kapasiteye sahip olmasını ve bu süreçte esnek olabilmesini anlatan sorumluluk ilkesidir. Üçüncü ilke, hesap verebilirliktir. Buna göre kamu yetkililerinin, kamu kaynaklarının nasıl kullanıldığı, bütçelendiği ve raporlandığı konularında sorumlu olması ve gerektiğinde herkese karşı hesap verebilmesini ifade etmektedir. Dördüncü ilke adilliktir. Bu ilke ile kamu sektöründe alınan kararların toplumun herhangi bir kesimini kayıran nitelikte olmaması, vatandaşın tabi olduğu kuralların açık ve net bir şekilde ortaya konulması, toplum içerisindeki herkese aynı şekilde uygulama yapılması ve vatandaşların devlete güven duymalarını sağlamayı amaçlanmaktadır. Şeffaflık ilkesi ise kamu yetkililerinin karar alma süreçlerini ve kararlarını diğer paydaşlara açık ve paylaşılar olarak gerçekleştirmesini ifade etmektedir. Bir diğer ilke, katılımcılıktır. Katılımcılık, karar alma süreçlerinin hazırlıktan uygulamaya ve izlemeye kadar olan aşamalarında, sivil toplumun ve halkın etkin biçimde sürece dahil olmasıdır. Etkinlik ve oransallık, yönetimle ilgili temel ilkelerden bir diğeridir. Etkinlik ve oransallık, yönetim mekanizmasının aldığı kararların toplumdaki herkese eşit ve eş zamanlı uygulanması ve elde edilmesi beklenen sonuçlar ile gerek kullanılacak kaynaklar, gerekse olumsuz etkilenecek kesimlere olan etkileri arasında makul bir ilişki olması anlamına gelmektedir. Hukuka bağlılık ilkesi ise yönetimin hukuk kuralları içinde kalması yoluyla, objektif bilgiye dayalı karar verme sürecinin işlemesi ve kararların hukuk yolu ile denetlenmesini ifade etmektedir²⁰⁸.

İçerdiği anlam ve özellikler itibarıyla yönetim kavramının kamu yönetimi bağlamında ne gibi bir fonksiyona sahip olduğu sorusu cevaplanmaya çalışılmıştır. Buna göre yönetim, kamu yönetimini vatandaşa yaklaştırır ve etkinleştirir, kamu

²⁰⁷ Fikret Toksöz, *İyi Yönetişim El Kitabı*, TESEV Yayınları, İstanbul, 2008, s. 18-19.

²⁰⁸ Toksöz, *a.g.e.*, s. 18-19.

yönetiminde yolsuzlukla mücadeleyi sağlar, yönetime farklı paydaşların görüş bildirerek katılımını sağlar ve bu sayede kararların içeriğini zenginleştirir, uygulanmasındaki etkinliği artırır, demokrasiyi güçlendirir, kurumların meşruluğunu artırır ve karar ve işlemlerin açık ve anlaşılır olmasını sağlar²⁰⁹.

Sonuç olarak yönetim, devlet ve kamu yönetimi mekanizmasının işleyişini önemli ölçüde etkileyen, etkin ve verimli bir hizmet sürecine işaret eden ve de devletin dönüşümü ile ilgili incelenen kavramlardan birisidir.

1.3.3.4. e-Devlet

Neo-liberal dönemde kamu yönetimi anlayışı ile ilgili incelenmesi gereken konulardan bir diğeri, e-Devlet²¹⁰ faaliyetleridir.

1990'lı yılların başlarında bilgi teknolojilerindeki gelişimin ayaklarından birisi de internet altyapısının oluşturulmasıdır. ABD, internet teknolojisini toplumun devlet ile olan ilişkilerini düzenleme ve gerçekleştirme bağlamında kullanan ilk ülke olarak gösterilmektedir. Kökeni ABD'ye ve 1990'lı yıllara dayanan Elektronik Devlet, Dijital Devlet veya kısaca e-Devlet şeklinde ifade edilen süreç, devlet işlemlerinde bir değişim ve dönüşüm hareketini simgelemektedir²¹¹.

e-Devlet, kişilere ve alanlara bağlı olarak literatürde birçok farklı tanımlı yapılan kavramlardan birisidir. e-Devlet, bilgi ve iletişim teknolojilerinin etkin kullanımı doğrultusunda kamu yönetiminin tüm birimleri arasında vatandaşların erişimine ve katılımına da açık bir bağlantı oluşturan merkezîyetçi olmayan bir yatay koordinasyon yapısını ifade etmektedir²¹².

²⁰⁹ Toksöz, *a.g.e.*, s. 18.

²¹⁰ E-devlet, kamu yönetiminin örgütsel ve işlevsel yapısı ile iş görme usullerini önemli düzeyde etkilemektedir. Hem kamu kurumlarının kendi aralarındaki hem de kamu yönetimi ile yönetim sistemindeki vatandaşlar, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları arasındaki ilişkileri dönüştürmekte ve değiştirmektedir. Bu konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Mehmet Zahid Sobacı - Mete Yıldız, *E-Devlet Kamu Yönetimi ve Teknoloji İlişkisinde Güncel Gelişmeler*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2012.

²¹¹ Abdullah Naralan, *E-Devlet ve Algılanışı Üzerine Bir Araştırma*, İmaj Yayınevi, Ankara, 2008, s. 4.

²¹² Özgür Uçkan, *E-Devlet, E-Demokrasi ve Türkiye, Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılanması İçin Strateji ve Politikalar-I*, Literatür Yayıncılık, İstanbul, 2003, s. 45.

e-Devlet, internet teknolojisi ile birlikte devlet kurumlarının günde 24 saat haftada 7 gün ve yılda 365 gün toplum içerisindeki bireylerin ulaşımına açık bir şekilde hizmet sağladığı bir model olarak tanımlanabilir²¹³.

Bir diğer tanıma göre e-Devlet, kişisel ve gizli bilgilerin korunması amacıyla, bilişim teknolojilerini kullanarak, vatandaşlara, özel sektöre ve kamu kurum ve kuruluşlarına, yedi gün yirmi dört saat kamu hizmeti verebilen; bilgi paylaşımına olanak tanıyan ve bunun sonucunda da her vatandaşın ve çalışanın kamu yönetiminin faaliyetlerini takip edebildiği, etkileşimli hizmetlerden yararlanabildiği veya gerekli bilgileri edinebildiği, daha şeffaf ve demokratik bir yönetim anlayışıyla, daha verimli, etkin ve hızlı hizmet verebilen kamu platformu olarak tanımlanabilmektedir²¹⁴.

e-Devlet ile ilgili tanımlar incelendiğinde birkaç özelliğin ön plana çıktığı görülmektedir. e-Devlet denildiğinde, bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılması ile devlet yönetiminde ve hizmet sunumunda kolaylık sağlanması ve klasik devlet hizmeti anlayışında yaşanan bir değişim akla gelmektedir²¹⁵.

e-Devlet uygulamalarının hızlı bir şekilde yaygınlaşmasının öncelikli nedeni, kamu yönetimlerinin hantallaşmış, karmaşık, etkisiz ve verimsiz bir yapıya dönüşmesi ve bu özellikleri dolayısıyla da vatandaşların gözünde ciddi bir meşruiyet krizi yaşamaya başlamış olmasıdır. Kamu açıklarının artması, merkezileşme sonucu ortaya çıkan yolsuzluk ve israf, finansal krizlerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur²¹⁶. Bu durum devletin hizmet sunma ve örgütlenme yapısını sorgulanır hale getirmiştir.

Naralan, ülkeleri e-Devlete yönelten nedenleri iç faktörler ve dış faktörler olmak üzere iki grupta toplamaktadır. Dış faktörler arasında *piyasa, şirket ve ürün yelpazesinin genişliğini anlatan küreselleşme, bilgi alışverişi ve çalışanları ön plana çıkaran bilgi yoğunluğu ve internet gibi dünya çapındaki gelişmelerin bağlı olduğu ağ yapıları* sayılmaktadır. Diğer taraftan kaynakların etkin kullanılmasına yönelik verimlilik, vatandaş merkezli hizmet sunumu doğrultusunda *devletin hizmet pazarlaması*, devletin daha kolay, daha hızlı ve daha kaliteli bir şekilde *yeni ve gelişmiş hizmetleri* sunabilmesi, merkezi yönetim anlayışının giderek *yerinden yönetim anlayışı* ile

²¹³ Rachel Silcock, "What is e-Government?", *Hansard Society for Parliamentary Government, Parliamentary Affairs*, 2001, Volume 54, p. 100.

²¹⁴ Hüseyin Odabaş, *E-Devlet: E-Devlet Sürecinde Elektronik Belge Yönetimi*, Türk Kütüphaneciler Derneği, İstanbul, 2009, s. 9.

²¹⁵ Naralan, *a.g.e.*, s. 6.

²¹⁶ Uçkan, *a.g.e.*, s. 45-46.

değişimi, elektronik ortamda *idari kontrol*, vatandaşların elektronik ortamda *iş ve işlemlerini yapabilme istekleri*, devlet hizmeti alımında eşit şartlarda bulunanlar arasında ayrımcılık yapılmamasına yönelik *şeffaflık, hesap verebilirlik, maliyetlerin en aza indirilmesi, her zaman 7/24 hizmet sunumu ve bürokrasinin azaltılması* gibi hususlar ise iç faktörler olarak değerlendirilmektedir²¹⁷.

Tablo 3. Geleneksel Devlet/ E-Devlet Karşılaştırması

Geleneksel Devlet	e-Devlet
Pasif Yurttaş	Aktif-Müşteri-Yurttaş
Kağıt Temelli İletişim	Elektronik İletişim
Dikey/Hiyerarşik Yapılanma	Yatay/Koordineli Ağ Yapılanması
Yönetimin Veri Yükleme	Yurttaşın Veri Yükleme
Eleman Yanıtı	Otomatik Sesli Posta, Çağrı Merkezi vb.
Eleman Yardımı	Kendi Kendine Yardım/Uzman Yardımı
Eleman Temelli Denetim Mekanizması	Otomatik Veri Güncellemesiyle Denetim
Nakit Akışı/Çek	Elektronik Fon Transferi (EFT)
Tek Tıp Hizmet	Kişiselleştirilmiş/Farklılaştırılmış Hizmet
Bölümlemiş/Kesintili Hizmet	Bütünsel/Sürekli/Farklılaştırılmış Hizmet
Yüksek İşlem Maliyetleri	Düşük İşlem Maliyetleri
Verimsiz Büyüme	Verimlilik Yönetimi
Tek Yönlü İletişim	Etkileşim
Uyruk İlişkisi	Katılım İlişkisi
Kapalı Devlet	Açık Devlet

Kaynak: Özgür Uçkan, *E-Devlet, E-Demokrasi ve Türkiye, Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılanması İçin Strateji ve Politikalar-I*, Literatür Yayıncılık, İstanbul, 2003, s. 47.

Tablo 3’de yer alan bilgiler, geleneksel devletle e-Devletteki vatandaş-kamu yönetimi ilişkisinin analiz edilmesine yardımcı olmaktadır. Geleneksel devlette, yurttaşların pasif konumda ve uyruk ilişkisi bağlamında sisteme dahil edildiği görülürken, e-devlette yurttaşlar, aktif bir müşteri ve katılımcılık esası çerçevesinde oluşturulan bir statüde kabul edilmektedir. Diğer taraftan geleneksel devlette dikey/hiyerarşik yapılanma mevcut iken, e-devlette yatay/koordineli bir yapılanmadan bahsedilmektedir. Geleneksel devlet kapalı bir sistem özelliğine sahip iken, e-devlet iş ve işlemleriyle birlikte herkesin her şeye ulaşabildiği açık devlet niteliğine oturtulmuştur.

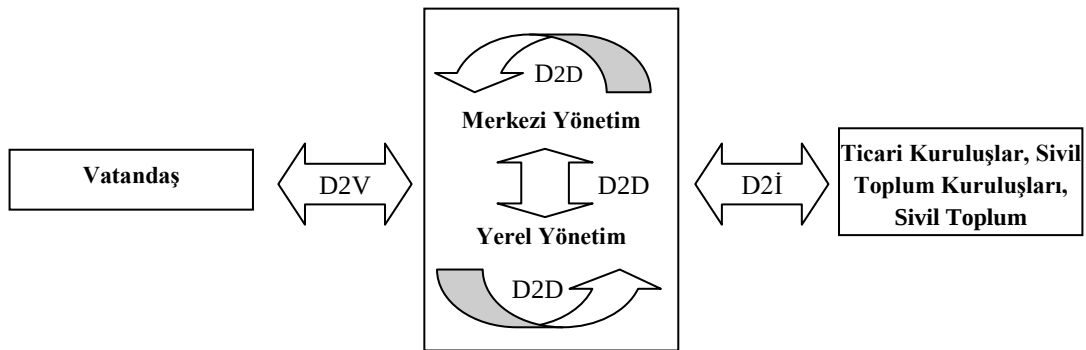
Kamu yönetiminde bilişim ve iletişim teknolojilerinin kullanılması, yönetim açısından *daha düşük bir maliyet* ve vatandaşlara yönelik *daha kaliteli hizmet* ile *sürdürülebilir bir kaynak yönetimi* sağlarken, vatandaşlar açısından da *daha az*

²¹⁷ Naralan, a.g.e., s. 7-9.

vatandaşlık maliyeti(zaman, emek, para), *daha yüksek memnuniyet, daha etkin katılım ve daha fazla güven sağlamaktadır*²¹⁸.

E-iş modelinden hareketle e-devlet modelinin akış sistemi, kamu yönetiminden kamu yönetimine, kamu yönetiminden ticari kuruluşa ve son olarak kamu yönetiminden vatandaşa olacak şekildedir (Bkz. Şekil 1). Buna göre kamu yönetiminden kamu yönetimine (D2D) şeklinde ifade edilen yapı, gerek tüm kamu yönetimi birimleri arasındaki yatay ilişkileri, gerekse merkezi ve yerel yönetimler arasındaki ilişkileri kapsamaktadır. Kamu yönetiminden ticari kuruluşa (D2İ) e-devlet yapısı, kamu kurumlarının ticari kuruluşlarla oluşturduğu ticari ve diğer ilişkileri içermektedir. Kamu yönetiminden vatandaşa (D2V) e-devlet yapısı ise kamu yönetimi birimleri ile vatandaşlar arasındaki ilişkileri kapsamaktadır²¹⁹.

Şekil 1. E-Devlet Modelinin Akış Sistemi



Kaynak: Michiel Backus, E-Governance and Developing Countries, Research Report No 3, April 2001, <http://www.ftpicd.org/files/research/reports/report3.pdf>, (11.09.2013), s. 4.

e-Devlet uygulamaları sadece gelişmiş ülkeler tarafından değil aynı zamanda gelişmekte olan ülkelere de yaygınlaşmaktadır. Başta ABD olmak üzere İngiltere, İsveç, İsviçre, Norveç, Danimarka, Kanada, Fransa, Hindistan ve Singapur'a kadar birçok ülkenin e-devlet uygulamalarını kullandığını ve bu yönde bir değişime yöneldiği görülmektedir²²⁰.

Türkiye'de ise e-Devlet çalışmaları uzun zaman boyunca kamu kurumlarının bireysel tercihleri düzeyinde kaldıktan sonra, 15-16 Haziran 2001'de Göteborg'da

²¹⁸ Uçkan, a.g.e., s. 46.

²¹⁹ Uçkan, a.g.e., s. 47-48.

²²⁰ Asım Balcı, "E-Devlet: Kamu Yönetiminde Yeni Perspektifler, Fırsatlar ve Zorluklar", Ed. Asım Balcı v.d., *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar*, içinde, Seçkin Yayınevi, Ankara, 2003, s. 270-271; Odabaş, a.g.e., s. 46-58.

yapılan Avrupa Birliği liderler zirvesinde “e-Avrupa+” projesine imza atılması sonucunda Başbakanlık koordinasyonunda “e-Türkiye” çalışmaları başlatılması ile hız kazanmıştır. 1998 yılında yayınlanan bir Başbakanlık genelgesi ile e-devlete geçiş vizyonu bağlamında KamuNet Teknik Kurulu oluşturulmuş ve 28 Şubat 2002 tarihinde yeni bir örgüt yapısı ile işlevsel hale getirilmiştir. Süreç içerisinde Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS), Vergi Daireleri Otomasyon Projesi (VEDOP), Gümrük İdaresinin Modernizasyonu Projesi (GİMOP), gerçekleştirilen e-devlet çalışmaları arasında yer almaktadır²²¹.

Türkiye’de e-Devlet modeline yönelik geliştirilen en önemli yapılardan birisi de devletin kısa yolu olarak tanımlanan www.turkiye.gov.tr’dir. e-Devlet Kapısı olarak da ifade edilen www.turkiye.gov.tr, tüm kamu hizmetlerine tek bir noktadan erişim imkanı sağlayan büyük bir internet sitesidir. Kapı’nın amacı, kamu hizmetlerini, vatandaşlara, işletmelere, kamu kurumlarına bilgi ve iletişim teknolojileriyle etkin ve verimli bir şekilde sunmaktır. e-Devlet Kapısı’nın kurulması, işletilmesi ve yönetilmesi görev ve sorumluluğu 20/4/2006 tarihli ve 26145 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren, 24/3/2006 tarihli ve 2006/10316 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Başbakanlık adına Ulaştırma Bakanlığı’nın yetkisine verilmiştir²²².

Hizmet sunumu konusunda son dönemde gerçekleştirilen e-Devlet uygulamalarının önemli bir yere sahip olduğu, literatürdeki çalışmaların sonuçları incelendiğinde somut bir şekilde görülmektedir²²³. Bilgi iletişim teknolojilerindeki gelişmeler, kamu yönetimi içerisindeki hizmet sunumu anlayışını doğrudan etkilemiş, vatandaşlar ile kamu kurum ve kuruluşları arasındaki işlemler basitleştirilmiş ve hızlandırılmıştır.

2.TÜRKİYE’DE DEVLETİN DÖNÜŞÜMÜ

²²¹ Balcı, *a.g.e.*, s. 272-273.

²²² e-Devlet, <https://www.turkiye.gov.tr/>, (18.02.2013); e-Devlet, “Hakkımızda”, <https://www.turkiye.gov.tr/bilgilendirme?konu=siteHakkinda>, (18.02.2013).

²²³ F. Kübra Çelen - Aygöl Çelik - S. Sadi Seferoğlu, “Türkiye’deki e-Devlet Uygulamalarının Değerlendirilmesi”, http://yunus.hacettepe.edu.tr/~sadi/yayin/AB11_Celen-Celik_Seferoglu_Turkiyede-e-Devlet.pdf, (02.01.2014); Demokaan Demirel, “E-Devlet ve Dünya Örnekleri”, *Sayıştay Dergisi*, 2006, Sayı 61, s. 83-118.

Türk siyasal yaşamı incelendiğinde Cumhuriyetin kurulduğu yıllardan günümüze değin, iktidara gelen hükümetlerin farklı siyasal ve ekonomi politikalarını benimsediği ve uygulamaya geçirdiği görülmektedir. Bu durum Türkiye’de zaman içerisinde devletin değişimi ve dönüşümünü sembolize etmektedir. Bu noktadan hareketle Türkiye’nin tarihsel süreç içerisindeki dönüşümü ile bu duruma bağlı olarak Türk kamu yönetiminin dönüşümü incelenmeye çalışılacaktır.

2.1.Devletin Dönüşümü

Devletin tarihsel gelişim sürecindeki rolü ve işlevi, dönemin siyasi iktidarları tarafından benimsenen siyaset ve ekonomi politikaları ile doğrudan bağlantılıdır. Özellikle dünyada yaşanan gelişmeler paralelinde, Türkiye’de devletin rolü ve fonksiyonu süreç içerisinde değişim gösterebilmektedir. Türkiye’de devletin dönüşümü²²⁴ ile ilgili literatürde birçok farklı sınıflandırmaya rastlanmaktadır.

Makroekonomik politikalar açısından Türkiye’nin geçirdiği dönüşüm 7 ayrı dönemde incelenmektedir. Bu sınıflandırmaya göre 1923-1932 yılları arasındaki yeniden inşa süreci, 1933-1939 yılları arasındaki devlet eliyle tahkimat, 1940-1945 yılları arasındaki savaş dönemi, 1946-1960 toprak sahibi ile tüccar ittifakı, 1961-1980 yılları arasındaki sanayi sermayesinin gücü ve ithal ikameci tahkimat, 1980-1988 yılları arasındaki bütün gücün sermayeye odaklandığı dönem ve son olarak ise 1989 sonrası küreselleşmeye katılım süreci olarak ele alınmaktadır²²⁵.

Bir başka değerlendirmeye göre Türkiye’de devletin gelişimi ve dönüşümü, *Cumhuriyetin kurulduğu ve devletçilik politikalarının uygulandığı yıllar, Demokrat Partili yıllar, sosyal devlet hedefine ulaşma yılları ve neoliberal devletin oluşturulmaya çalışıldığı yıllar* şeklinde sınıflandırılmaktadır²²⁶.

²²⁴ Türkiye’de devletin küreselleşme süreci doğrultusunda neoliberal kurumsal dönüşümüne yönelik görüş ve değerlendirmeler bulunmaktadır. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için Bkz. Sadık Ünay, *Neoliberal Globalization and Institutional Reform: The Political Economy of Development and Planning in Turkey*, Nova Publishers, New York, 2006.

²²⁵ Cem Dişbudak, “Türkiye’de Makroekonomik Politikaların Dönüşümü”, Der. Ramazan Günlü, *Devlet ve Sermayenin Yeni Biçimleri*, Dipnot Yayınları, 1.Baskı, Ankara, 2008, s. 202

²²⁶ Uysal Kerman, “Türkiye’de Devletin Küçültülmesi Sorunu”, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2006, s. 108-148.

Ayrıca son dönemde devletin yeniden yapılanması ile ilgili çalışmalarda söz konusudur. Bu konudaki bir çalışmada, Türkiye’de devletin neoliberal politikalar açısından yeniden yapılanması sürecinde üç aşamanın öne çıktığını ifade edenler bulunmaktadır. Bu düşünce, 1980’lerin başlarında özellikle 24 Ocak Kararları ile başladığı öngörülen liberalleşme aşaması, 1990 sonrası dönemde neoliberal reformların somutlaştığı aşama ile 2000 sonrası dönemde piyasa odaklı ve düzenleyici bir devletin oluşumuna yönelik faaliyetleri içeren aşama olmak üzere üç aşamaya dikkat çekmektedir²²⁷.

Türkiye’de devletin değişimi ve dönüşümü bu çalışmada, üç temel dönem üzerinden ele alınacaktır. İlk dönem, Cumhuriyetin kurulduğu ve devletçilik ilkesinin izlendiği yıllardır. İkinci dönem, ithal ikameci sanayileşme modelinin benimsendiği yıllar, üçüncü dönem ise 1980 sonrası neoliberal politikaların uygulamaya konulduğu yıllardır.

İlk dönem, 1923-1939, 1923-1929, 1930-1932 ve 1933-1939 şeklinde alt dönemlere ayrılabilir²²⁸. İlk dönem Türkiye’si, Kurtuluş Savaşı döneminde temel sanayinin kurulmadığı, sanayi, tarım ve maden sektörleri arasında bir iç bütünleşmenin olmadığı, mevcut sanayinin de sadece yakın pazarlar için üretim yapan birkaç tüketim alanından ibaret olan bir ekonomik altyapı gibi bazı genel özelliklere sahiptir²²⁹.

Bahsedilen özellikleri nedeniyle Türkiye’nin Osmanlı Devletinden devraldığı ekonomik yapı, dünyadaki sanayileşme eğilimleri de göz önünde bulundurulduğunda önemli düzeyde sorun teşkil eden ve dünyanın önde gelen devletlerine oranla sanayileşme anlamında en alt düzeyi simgeleyen bir karakteristiğe sahiptir²³⁰.

1923-1931 yılları özel teşebbüsün hareket serbestisini sınırlayan devlet müdahalelerinin ve devlet işletmeciliğinin asgari düzeyde gerçekleştirildiği bir süreci simgelemektedir. İşte bu yıllar genel özellikleri itibarıyla literatürde liberal dönem olarak adlandırılmaktadır. Ancak bu dönemde devletin, sadece özel teşebbüs

²²⁷ Handan Temizel, “Neo-Liberal Politikalar Doğrultusunda Türkiye’de Devletin Yeniden Yapılanması, Küresel Sistemle Bütünleşme Sorunları”, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Konya, 2007, s. 96.

²²⁸ Korkut Boratav, *Türkiye’de Devletçilik*, 2.Baskı, İmge Kitabevi, Ankara, 2006, s. 14.

²²⁹ Ali Gevgilili, *Türkiye’de Kapitalizmin Gelişmesi ve Sosyal Sınıflar*, Bağlam Yayıncılık, İstanbul, 1989, s. 44; Gündüz A. Ökçün, *Osmanlı Sanayii, 1913-1915 Yılları Sanayi İstatistiki*, Ankara Siyasal Bilgiler Fakültesi, Ankara, 1970, s. ix-xi.

²³⁰ Korkut Boratav, “Devletçilik ve Kemalist İktisat Politikaları”, Der. Nevin Coşar, *Türkiye’de Devletçilik*, Bağlam Yayıncılık, İstanbul, 1995, s. 115-116; Çağlar Keyder, *Türkiye’de Devlet ve Sınıflar*, İletişim Yayınları, 6.Baskı, İstanbul, 2000, s. 127-128.

aleyhindeki müdahalelerini değil, her türlü iktisadi müdahalesini asgariye indirmesi, bu dönemin liberal dönemden uzaklaştığını da ortaya koymuştur²³¹.

Cumhuriyet kurulduktan sonraki süreçte devlet-siyaset-ekonomi üçgenindeki ilk adım, İzmir İktisat Kongresi'dir. Kongre, yeni kurulan devletin izleyeceği ekonomik siyasetin belirlenmesi amacıyla 17 Şubat 1923 tarihinde İzmir'de Ekonomi Bakanlığı tarafından örgütlenmiştir. Kongre'ye tüccarlar, sanayiciler, çiftçiler, işçiler, bankacılar ve hemen her tür meslek kuruluşunun temsilcileri çağırılmıştır. Kongre'de özel girişimci çabalarıyla sermaye biriktirilmesine yönelik önlemler dile getirilmiştir. Ayrıca Kongre'de yabancı sermayenin ülkeye çağırılmasına paralel olarak ulusal bir özel kesim oluşturulması için devletin öncülük edeceğinin altı çizilmiştir. Bahsedilen özellikleri nedeniyle Kongre, hem koruyucu hem de özendirici nitelikteki hususları içeren bir kapsama sahiptir. Kongre sonucunda benimsenen ilkeler hemen uygulamalara dönüşmüştür. 1924 yılında Türk girişimcilerinin borç ihtiyaçlarını karşılayabilmek ve yeni sanayi kuruluşlarının yönetimlerine yardımcı olmak amacıyla yarı resmi nitelikteki Türkiye İş Bankası ile Sanayi ve Maadin Bankalarının kurulması, ihracat yapacak işletmelerin ürünlerinde kullanacakları hammaddelerdeki gümrük vergisi indirimleri gibi uygulamalar devletin Kongre sonrasında benimsediği ekonomik koruma siyasetinin yansımaları olmuştur²³². İzmir İktisat Kongresi'nde, toplumun ve ekonominin yeniden düzenlenmesi sorunu genellikle liberalizmin ilkeleri içinde tartışılmış ve dinamik bir iç pazar yaratılması için gerekli kararlar alınmıştır²³³.

Devletin ekonomi alanında özel sektörün özendirilmesi amacına yönelik 1927 tarihli Sanayii Teşvik Kanunu çıkarılmıştır. Kanun ile birlikte hükümet, sanayiciler için çok önemli vergi bağışıklıkları, gümrük vergisi indirimleri, hükümet yardımları, pazarlama kolaylıkları ve yeni kurulacak işletmeler için arsa olanaklarını içeren teşvikler getirmiştir²³⁴.

Dünyada 1920'lerin sonlarına doğru yaşanan ekonomik olumsuzluklardan Türkiye'de etkilenmiş ve ekonomik alanda parti programı devletçilik olarak değiştirilmiştir. 1931'de gerçekleştirilen Üçüncü CHP Kongresinde devletçilik, parti

²³¹ Boratav, 2006, s. 29.

²³² Emre Kongar, *21.Yüzyılda Türkiye*, 32.Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2003, s. 350-351.

²³³ Konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. A. Gündüz Ökçün, *Türkiye İktisat Kongresi*, A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, No: 262, Ankara, 1968.

²³⁴ Tunç Tayanç, *Sanayileşme Sürecinde 50 Yıl*, Milliyet Yayınları, İstanbul, 1973, s. 58-159.

programının temel ilkelerinden birisi olarak benimsenmiştir²³⁵. Devletçilik ilkesi, 1924 Teşkilât-ı Esasîye Kanununun 2'nci maddesini değiştiren 10 Kanununevvel 1937 tarih ve 3115 sayılı Kanun ile Anayasaya da girmiştir²³⁶.

Devletçilik genel olarak, devlet işletmeciliğini de zorunlu bir unsur olarak içeren müdahaleci bir iktisat politikası olarak değerlendirilebilirken aynı zamanda, 1930-1940 arasında kapitalizm ile sosyalizm dışında karma ekonomi düzeni bağlamında bir sistem anlayışı şeklinde de yorumlanabilmektedir. Ancak devletçiliğin bir iktisat politikası olarak Türkiye'de kapitalizmin gelişmesine ve dolayısıyla da sistemin biçimlenmesine önemli etkileri olmuştur²³⁷.

Türkiye her ne kadar İkinci Dünya Savaşı'nda fiilen yer almamış olsa da, savaş sona erinceye kadar ülke içinde olağanüstü bir ortam ve gerginlik söz konusu olmuştur. Bu süreçte savaş bir gerekçe gösterilerek Milli Koruma Kanunu (1940), Varlık Vergisi ve Toprak Mahsulleri Vergisi (1942) çıkarılmıştır. Savaş sürecinde bütün sektörlerde ve genel olarak milli gelirden önemli düşüşler meydana gelmiştir²³⁸.

1940'lı yılların sonuna gelindiğinde 1930'lu yılların başlarından İkinci Dünya Savaşı'na kadar egemen olan ve uygulamada başarılı sonuçlar verdiği öngörülen devletçilik anlayışının savaş sonrası uluslararası konjonktürün devletçilik temelinde sanayileşmeye devam edilmesi için uygun olmaması nedeniyle revize edilmesi gerekmiştir. ABD tarafından, Avrupa'ya yönelik hazırlanmış olan Marshall Planı'na Türkiye'nin de dahil edilebilmesi için devletçi ekonomi politikasından vazgeçmesi öngörülmüştür. Bu kapsamda 1930'lu yıllarda kurulmuş olan sanayi işletmelerinin özel teşebbüse devredilmesini içeren ve Vaner Planı olarak da bilinen 1947 tarihli Türkiye İktisadi Kalkınma Planı hazırlanmış ancak uygulamaya konulamamıştır²³⁹. 1948 yılında iç ve dış konjonktürün de etkisiyle devletçilik ilkesi, ekonomi politikalarının, hükümetin özel teşebbüse sağladığı desteğin artırılması şeklinde yeniden tanımlanmıştır. Yeni devletçilik ilkesi ile kamu kesiminin iktisadi faaliyetlerinin olabildiğince

²³⁵ Boratav, 2006, s. 95.

²³⁶ Gözler, 2006, s. 156.

²³⁷ Boratav, 2006, s. 24-25.

²³⁸ Dişbudak, *a.g.e.*, s. 214.

²³⁹ M. Kemal Aydın, "Türkiye Ekonomisinin Dönüşümü: İthal İkamecilikten Dışa Açık Birikim Modeline Sivruluş", Ed. Davut Dursun, Burhanettin Duran, Hamza Al, *Dönüşüm Sürecindeki Türkiye*, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 2007, s. 316.

sınırlandırılması, buna karşıt olarak yerli ve yabancı sermayenin önünün açılması arzu edilmiştir²⁴⁰.

Türkiye’de 1947’den itibaren yabancı sermaye konusunda her geçen gün daha liberal bir politika izlenmeye başlamış ve bu doğrultuda hukuki düzenlemeler yapılmaya çalışılmıştır. Bu duruma paralel olarak 1950’lerin ilk yıllarında liberalleşme eğiliminin en yüksek düzeye ulaştığı söylenmektedir²⁴¹.

Türkiye’de devletin dönüşümü ile ilgili ikinci dönem, ithal ikameci sanayileşme modelinin benimsendiği yıllardır. 1950 yılı Türkiye’de siyasal iktidarın değiştiği önemli bir sürecin başlangıcını ifade etmektedir. Literatürde devletle özdeşleşen bir özelliğe sahip olan Cumhuriyet Halk Partisi, iktidarı Demokrat Parti’ye devretmek durumunda kalmıştır. Bu süreç Türkiye’de hem siyasal hem de ekonomi politikalarının değişmesi anlamına gelmektedir.

1950’li yıllar Türkiye’de devletin dönüşümü ile ilgili önemli bir kritik eşik olarak değerlendirilmektedir. 1950 yılı hem Demokrat Parti’nin iktidara gelmesiyle başlayan çok partili yaşamı, hem de liberal ilkelere ağırlık veren bir parti programına rağmen kamu yatırımlarının artışı beraberinde getirmiştir²⁴². Ekonomi alanında ise 1950’lerde başlayan ve 1960’lı yıllarda güçlenen ithal ikameci birikim modeli, sabit döviz kuru, korunan bir iç pazar, düşük faiz oranları ve yoğun devlet desteği ile dayanıklı-dayanıksız tüketim mallarının üretimine dayanan bir sanayileşme modelini ifade etmektedir. Ticaretten sanayiye geçen yerli sermaye aktörlerinin yabancı sermaye ile işbirliği temelinde başlattıkları sanayileşme, ithal ikameci birikim modeline temel teşkil etmiştir²⁴³.

1960’lı yılların başları Türkiye’de askeri yönetimin iş başına gelmesi, yeni bir anayasanın kabul edilmesi ve sosyal devlet anlayışına yönelik uygulamaların gerçekleştirilmeye çalışıldığı dönemdir. Bu dönem, devlet işletmeciliği ile özel girişimciliğin aynı önemde değerlendirildiği, karma ekonomi modelinin resmi bir iktisadi politika olarak benimsendiği, devlete ekonomik ve sosyal alanda yeni işlevler

²⁴⁰ Aydın, 2007, s. 317; Yahya Sezai Tezel, *Cumhuriyet Döneminin İktisadi Tarihi*, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, İstanbul, 2000, s. 264-271; Korkut Boratav, *Türkiye İktisat Tarihi: 1908-1985*, 6. Baskı, Gerçek Yayınları, İstanbul, 1998, s. 73-84.

²⁴¹ Haldun Gülalp, *Kapitalizm, Sınıflar ve Devlet*, Çev. Osman Akınhay - Abdullah Yılmaz, 1. Baskı, Belge Yayınları, İstanbul, 1993, s. 32-33.

²⁴² Kongar, *a.g.e.*, s. 423.

²⁴³ Güzelsarı, 2008, s. 96.

yükleyen ve Türkiye’yi sosyal devlet olarak öngören 1961 Anayasası’nın yürürlüğe girdiği ve kalkınmada planlı dönemin başladığı yıllardır²⁴⁴.

1961 Anayasası, sosyal devlet kavramının Anayasaya girdiği, başlangıç kısmında, insan hak ve hürriyetlerini, milli dayanışmayı, sosyal adaleti, ferdin ve toplumun huzur ve refahını gerçekleştirmeyi ve teminat altına almayı mümkün kılacak demokratik hukuk devletinin bütün hukuki ve sosyal temelleriyle kurulmasının amaçlandığına dair ifadeleri içeren bir temele dayandırılmıştır²⁴⁵.

1950 yılında kurulan Emekli Sandığı, 1965 yılında kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu ve kendi hesabına çalışanlar için 1972 yılında kurulan Bağ-Kur, sosyal refah devleti anlayışı uygulamaları kapsamındaki önemli adımlar olarak değerlendirilebilir²⁴⁶.

1960-1980 arası planlı dönem olarak nitelendirilmekte ve kalkınma planlarının ortaya konulduğu görülmektedir. O dönem yeni kurulan Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963 yılında uygulamaya konulmuş ve bu planda genel olarak karma ekonomiye olan inanç ön plana çıkarılırken, kamu kesimi için bağlayıcı özel kesim için ise özendirici hükümler yer almaktaydı²⁴⁷.

Türkiye’de devletin dönüşümü ile ilgili üçüncü dönem, uluslararası kuruluşların ve küresel sermayenin etkinliğini arttırdığı 1980 sonrası neoliberal politikaların benimsendiği dönemdir.

1980’lerle birlikte ihracata dayalı, yabancı sermayenin ülke içine gelmesini sağlayacak ve kapitalist dünya piyasalarıyla bütünleşmeyi gerçekleştirecek bir yapılanma ön plana çıkmıştır. Bu açıdan 1980 yılı Türkiye’nin siyasi ve iktisadi tarihi bağlamında belirgin bir dönüşümü simgelemektedir²⁴⁸.

1980 yılında yaşanan dönüşümün arka planı, 1970’li yılların ikinci yarısından itibaren makroekonomik dengelerin bozulmaya başlaması ile ekonomik alanda hissedilen ve süreç içerisinde toplumsal ve siyasal alanlara da etki eden bir bunalıma

²⁴⁴ Cahit Talas, *Ekonomik Sistemler*, 5. Baskı, İmge Yayınevi, Ankara, 1999, s. 552-553; Beşir Hamitoğulları, *Çağdaş İktisadi Sistemler: Strüktürel ve Doktrinal Bir Yaklaşım*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları No: 508, 3. Baskı, Ankara, 1982, s. 770-771.

²⁴⁵ Mustafa Şentop, “Anayasa ve Sosyal Devlet”, <http://www.sosyalpolitikalar.org/makaleler/sosyal-devlet/140-anayasa-ve-sosyal-devlet>, (14.04.2013).

²⁴⁶ Eric Jan Zürcher, *Modernleşen Türkiye’nin Tarihi*, Çev. Yasemin Saner Gönen, 7. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul, 2000, s. 397-398.

²⁴⁷ Kongar, *a.g.e.*, s. 361-362, 424.

²⁴⁸ Güzelsarı, 2008, s.97; Galip L. Yalman, *Transition to Neoliberalism: The Case Of Turkey In The 1980s*, İstanbul Bilgi University Press, İstanbul, 2009, s. 348-349.

dayanmaktadır²⁴⁹. Bu süreçte dünya kapitalizminin yapısal krizinden etkilenen Türkiye’de de devlet desteği ve korumacılığa dayalı ithal ikameci sanayileşme modelinin çelişkileri söz konusu olmuştur. Dönem sonunda ithal ikameci birikim rejiminin tıkanması ile şiddetli enflasyon, derinleşen bütçe açıkları ve dış borç geri ödemeleri ile döviz sıkıntısı yaşanmıştır. Sermaye hareketliliğinin sağlanabilmesi için uluslararası kuruluşların da etkisiyle 1980 yılının hemen başında 24 Ocak Kararları alınmıştır. Ekonomiye istikrar kazandırma amacı ile alınan 24 Ocak Kararları, sermaye birikim modelinde, ithal ikameci sanayileşme modelinden ihracatın öncülüğünde dışa açılmayı öngören yeni bir birikim modeline doğru geçişi başlatmıştır²⁵⁰.

24 Ocak Kararlarının, kısa vadeli ekonomik istikrar yerine serbestleşme ve dışa açılma ekseninde kapsamlı ve uzun vadeye yayılmış bir yapısal uyum ve dönüşüm programını içerdiği görülmektedir. Bu bağlamda 1980 sonrasındaki düzenlemelerin, serbestleşme odaklı yapısal uyumu öne çıkardığı söylenilebilir. Bu süreçte OECD²⁵¹ ve Dünya Bankası çevreleri tarafından ortaya konulan yapısal uyum politikaları, ilerleyen dönemdeki düzenlemelerde etkisini hissettirmiştir²⁵².

24 Ocak Kararları ile ortaya konulan yapısal uyum ve istikrar programı, Türk ekonomisinin küresel ekonomik düzene eklemlenmesi, ihracatın teşviki ve dış ticarete serbestleşme, finansal sistemin reformu, vergi ve harcama reformu, KİT’lerin yeniden yapılandırılması ve nihai olarak özelleştirilmesi, tarım kesiminde sübvansiyon sisteminin giderek tasfiye edilmesi gibi hususları kapsamaktadır²⁵³.

24 Ocak Kararları ile birlikte dış ticaret ve iç finansal piyasalarda serbestleşme yönünde önemli düzenlemeler yapılırken dış finansal serbestleşme doğrultusunda da

²⁴⁹ Aydın, 2007, s. 303.

²⁵⁰ Aydın, 2007, s. 303-304; 24 Ocak 1980 Kararları ile ayrıntılı bilgi için Bkz. Resmi Gazete Tarihi: 25.01.1980 Sayısı: 16680 I.Mükerrer.

²⁵¹ OECD tarafından hazırlanan Türkiye’de Düzenleyici Reformlar başlıklı rapor, temel olarak iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, Türkiye’nin düzenleyici reform çalışmaları öncesinde ve sırasında hangi alanlarda yetersiz kaldığı ve ne yapması gerektiği konusunda genel değerlendirmelere yer verilmiştir. İkinci bölümde ise düzenleyici politikalar ve sonuçları; düzenleyici yönetim, rekabet politikası, piyasalarda açıklık, elektrik- gaz, karayolu yük taşımacılığı sektörü ve son olarak telekomünikasyon sektörleri incelenerek buna göre hem genel hem de sektörel değerlendirmelere dayanan politika önerileri dile getirilmiştir. Sonay Bayramoğlu, “‘Düzenleyici Devlet’ Düzenlenirken: OECD Türkiye Raporu Üzerine Eleştirel Bir Çözümleme”, *Praksis*, 2003, s. 148-149.

²⁵² Sinan Sönmez, “Türkiye Ekonomisinde Neoliberal Dönüşüm Politikaları ve Etkileri”, Der. Nergis Mütevellioğlu - Sinan Sönmez, *Küreselleşme, Kriz ve Türkiye’de Neoliberal Dönüşüm*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2009, s. 26.

²⁵³ Sönmez, 2009, s. 28-29.

birtakım adımlar²⁵⁴ atılmıştır. İhracata önemli teşvikler getirilmiş, iç finansal serbestleşme doğrultusunda faiz oranlarında deregülasyona gidilmiş, finansal araçlar çeşitlendirilmiş ve bu alanda Sermaye Piyasası Kurumu gibi bazı yapılanmalar söz konusu olmuştur. Ayrıca sermaye hareketlerinin serbestleşmesi noktasında da ilk düzenlemeler gerçekleştirilmiştir²⁵⁵.

Türkiye’de neoliberal yapısal uyum süreci, 1980’li yıllara damgasını vuran ANAP iktidarı döneminde kendisini ciddi bir şekilde hissettirmiş, bir bütün olarak bu yıllarda dışa açılma ve ihracatın artırılması stratejisine dayalı bir büyüme modelinin benimsendiği görülmüştür²⁵⁶. Bu doğrultuda 1980 sonrası hükümet politikalarıyla finans, turizm, inşaat, ticaret gibi hizmet sektörlerinin teşvik edildiği, aynı şekilde dünyada kapitalizminin geldiği gelişme düzeyine eklemlenme sürecinin bir parçası olarak tekstil, gıda gibi emek ya da hammadde yoğun sektörlerde yoğunlaşan, dış pazarlara dönük üretim yapan, küçük ve orta ölçekli bir sanayi sermayesinin de hızla geliştirilmesine yönelik çaba sarf edildiği ifade edilmektedir²⁵⁷.

Türkiye’de devletin dönüşüm süreci²⁵⁸ genel olarak özetlenecek olursa, refah devletinin tarihsel gelişim sürecinin, gelişmiş ülkelere benzer bir seyir izlediği söylenilebilmektedir. Buna göre Türkiye’de 1929 öncesi dönem, refah kurumlarının oluşma süreci olarak değerlendirilmekte ve bu bağlamda Osmanlı Devletinin son yıllarından 1929’a kadar olan dönem, yaygın birikim rejiminin egemen olduğu dönem olarak tanımlanabilmektedir. 1929 sonrasında başlayan ve 1980’e kadar geçen süreç, Türkiye’de fordizmin ortaya çıkış süreci olarak ifade edilirken, 1960’lı yıllarda gelişen refah devleti ise buna özgü bir düzenleme biçimi olarak görülmektedir. 1980 ile 1990 arası yılların, Türkiye’de refah devletinin krizinin yaşandığı bir dönemi çağrıştırdığı ve 1990 sonrasının ise, esnek birikim rejiminin geliştiği ve bununla bağlantılı olarak

²⁵⁴ Ayrıntılı bilgi için bakınız TCMB, *Yıllık Rapor 1982*, Ankara 1983; TCMB, *Yıllık Rapor 1983*, Ankara, 1984; Fikret Şenses, “An Assessment of Turkey's Liberalization Attempts since 1980 Against the Background of Her Stabilization Program”, *ODTÜ Gelişme Dergisi*, 1983, 10/2, s. 271-321.

²⁵⁵ Sönmez, 2009, s. 29-30; 24 Ocak Kararlarının ekonomik ve toplumsal sonuçları hakkında ayrıntılı bilgi için Bkz. Fikret Başkaya, *Devletçilikten 24 Ocak Kararlarına*, Maki Basın Yayın, Ankara, 2004, s. 244-291.

²⁵⁶ Sönmez, 2009, s. 30.

²⁵⁷ Selim Çapar, “1980 Sonrası Türk Kamu Yönetiminin Değişim ve Dönüşümü”, *İdarecinin Sesi Dergisi*, Yıl: 2011, Sayı:143, s. 38.

²⁵⁸ Çavdar, Türkiye’nin liberal ekonomi politikalarıyla 1980 sonrasında tanıştığının altını çizerek, 24 Ocak 1980 Kararlarının bu süreçte önemli bir konuma sahip olduğunu ifade etmektedir. Tevfik Çavdar, *Türkiye’de Liberalizm (1860-1990)*, İmge Kitabevi, Ankara, 1992, s. 226-229.

*Schumpeterci Rekabet Devletin*²⁵⁹ ortaya çıktığı bir dönem olarak değerlendirilebileceği ifade edilmektedir. 1990'lı ve 2000'li yıllarda Türkiye'de var olan birikim stratejisinin asli özelliğinin, esnek bir emek rejimi ile işgücü piyasasının varlığı olduğu dile getirilmekte ve bu kapsamda fordist emek rejiminin en önemli yapısal biçimi olarak görülen çalışma mevzuatının yerini giderek esnekleştirilmiş bir çalışma mevzuatına bıraktığı belirtilmektedir. Bu duruma paralel olarak devletin toplumsal yeniden üretime yönelik refah kurumlarında da bir dönüşüm gerçekleştiği, özellikle de sosyal güvenlik, eğitim ve sağlık gibi alanlarda özelleştirme, özele terk etme, şirketleştirme, yerelleştirme, metalaştırma gibi yöntemlerle hizmetlerin, pazarın egemenliğinde yeniden yapılandırıldığı iddia edilmektedir²⁶⁰.

Devletin ekonomi alanındaki belirtilen politika değişiklikleri, kamu yönetimini de doğrudan etkilemiştir. Kamu yönetimi alanındaki gelişmeler, büyüyen ve genişleyen devlet modelinden aktif ve küçülen devlete doğru bir evrilmeyi beraberinde getirmiştir. Dönüşüm süreci, desantralizasyon düşüncesi gibi günümüzde de sıkça tartışılan birçok uygulamayı ortaya çıkarmıştır²⁶¹.

Türkiye'de devletin dönüşümü ile ilgili ifade edilmeye çalışılan bilgilerden hareketle, devletin genel yapısındaki değişim sürecinin Türk kamu yönetimine nasıl ve ne şekilde yansıdığı incelenmeye çalışılacaktır.

2.2. Türk Kamu Yönetiminin Dönüşümü

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması²⁶², dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye'de idari reform başlığı altında 1933 yılında başlayan ve özellikle de

²⁵⁹ Schumpeterci Rekabet Devleti, diğer devletlerdeki ekonomik aktörlerle rekabet edilmesi, sınırlar dahilinde üslenmiş sermayenin rekabet avantajının güvence altına alınması ve ulusal ekonomik büyümenin gerçekleştirilmesini amaçlayan ve temel stratejisi teknolojik değişim, inovasyonlar ve girişimcilik üzerinde biçimlenen yeni bir devlet tipolojisi olarak tanımlanmaktadır. Bob Jessop, *Kapitalist Devletin Geleceği*, Çev. Ahmet Özcan, Epos Yayınları, Ankara, 2009, s. 157-159.

²⁶⁰ Topak, 2007, s. 254, 256-257.

²⁶¹ Mehmet Özel, "Devletin İşlevsel Dönüşümü ve Genel Kamu Yönetimi Üzerine Etkileri", Ed. Mehmet Özel - Veysel Eren, *Devletin Dönüşümü ve Yeni Dönem Kamu Yönetimi*, Çizgi Kitabevi, Konya, 2008, s. 153.

²⁶² "Kamu yönetiminin yeniden yapılanması; devletin rolü, kamu kurumlarının görev, yetki ve sorumlulukları, kamuda uyulacak temel ilke ve etik kurallar; idari bölümlenimin temel ilkeleri, personel rejimi, kamu yönetiminde kullanılan varlıklar ve kaynakların yönetimi, iş süreçleri ve yöntemleri, denetim anlayışı gibi çok sayıda unsuru ve bunları uygulamaya koyacak temel kanunlarla, kuruluş kanunu tasarılarının hazırlanması konularını kapsayan bütüncül bir süreç" olarak tanımlanmaktadır. T. C. Başbakanlık, *Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim*, Ankara, Ekim 2003, s. 137; Mehmet Özel,

1960²⁶³’lardan itibaren günümüze kadar sürekli olarak tartışılan konular arasında yer almıştır²⁶⁴. Türk kamu yönetimindeki reform faaliyetleri²⁶⁵, Cumhuriyet dönemi bağlamında, Planlı dönem öncesi reform çalışmaları, Planlı dönem reform çalışmaları ve 1980 sonrası hazırlanan Kalkınma Planlarında yer alan reform çalışmaları olarak ele alınabilmektedir²⁶⁶. Bahsedilen dönemlerde Türk kamu yönetiminin işleyişi, sorun alanları ve çözüm önerileri ile ilgili olan çeşitli projeler²⁶⁷ gerçekleştirilmiştir. Oluşturulan proje ve raporların uygulamaya yansımaları, özellikle 1980 sonrasında etkisini hissettirmiştir. ABD Başkanı Reagan ile İngiltere Başbakanı Thatcher’in öncülüğünü yaptığı kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması çabaları, Türkiye’de Turgut Özal ile birlikte somutlaştırılmaya başlanmıştır. 24 Ocak 1980 Kararları ile başlayan yapısal reform politikaları, kamu sektörünün daraltılması ve ekonomik faaliyetlerden çekilmesi, Kamu İktisadi Teşebbüslerinin özelleştirilmesi, devletin küçültülmesi ve kamu hizmetlerinin önemli düzeylerde özel sektöre gördürülmesi, yerel yönetimlerin güçlendirilmesi gibi uygulamaları beraberinde getirmiştir²⁶⁸.

Türkiye’de devletin dönüşümüne bağlı olarak kamu yönetiminde merkezi yönetimin daraltılması ve özelleştirme uygulamaları, düzenleyici kurullar, yerleşme ve yerel yönetimlerin güçlendirilmesi, şeffaflık, e-devlet, katılım, performans yönetimi,

“Küreselleşme Sürecinde Türk Kamu Yönetimi ve Yeniden Yapılanma”, Ed. Mehmet Özel ve Veysel Eren, *Devletin Dönüşümü ve Yeni Dönem Kamu Yönetimi*, içinde, Çizgi Kitabevi, Konya, 2008, s. 231-275.

²⁶³ 30 Eylül 1960 tarihinde Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), 13 Aralık 1960 tarihinde ise kamu personel yönetimi alanındaki çalışmaları yürütmek ve koordine etmek amacıyla Devlet Personel Dairesi (DPD) kurulmuştur. Turgay Ergun - A. Polatoğlu, *Kamu Yönetimine Giriş*, TODAİE, Ankara, 1992, s. 15.

²⁶⁴ H. Ömer Köse, “Küreselleşmenin Devlet ve Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri ve Türk Kamu Yönetimine Yansımaları”, Ed. Ahmet Nohutçu-Asım Balcı, *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-II*, Beta Basım Yayım, İstanbul, 2007, s. 19; Nuri Tortop - Eyüp G. Isbir - Burhan Aykaç, *Yönetim Bilimi*, Ankara, 1993, s. 197.

²⁶⁵ Cemal Mıhçıoğlu, “Kamu Yönetiminde Reform”, Ed. Burhan Aykaç - Şenol Durgun - Hüseyin Yayman, *Türkiye’de Kamu Yönetimi*, Nobel Yayın, 2. Basım, Ankara, 2012, s. 407-457.

²⁶⁶ Ulvi Saran, “Türk Kamu Yönetiminde Değişimin Genel Çizgisi: Reform Arayışlarının Karşısındaki Beklentiler ve Güçlükler”, Ed. Ahmet Nohutçu-Asım Balcı, *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-I*, Beta Basım Yayım, İstanbul, 2005, s. 42; Gökhan Kalağan, Cumhuriyet Dönemi Türk Kamu Bürokrasisi’nde Yeniden Yapılanma ve Yönetimsel Reform Çalışmaları, *SDÜ Vizyoner E-Dergisi*, 2010, C.2, S.1, s. 67; Nuri Tortop vd., *Yönetim Bilimi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2007, s. 460-461.

²⁶⁷ Örneğin 1963 tarihli ve TODAİE öncülüğünde hazırlanan Merkezî Hükümet Teşkilâtı Araştırma Projesi (MEHTAP), 1991 yılında TODAİE tarafından tamamlanan Kamu Yönetimi Araştırması (KAYA) başta olmak üzere birçok çalışma ve rapor mevcuttur. Merkezî Hükümet Teşkilâtı Araştırma Projesi (MEHTAP), <http://www.todaie.gov.tr/dosya/mehtap.pdf>, (15.09.2013); Kamu Yönetimi Araştırması (KAYA), <http://www.todaie.gov.tr/dosya/kaya.pdf>, (15.09.2013).

²⁶⁸ Köse, 2007, s.19.

esnek istihdam politikaları, hesap verme sorumluluğu, denetim gibi alan ve konularda yeniden yapılanma faaliyetleri gerçekleştirilmektedir²⁶⁹.

Kamu yönetiminde yeniden yapılanma faaliyetleri ile ilgili olarak Kalkınma Planları içerisinde bu konuyla ilgili değerlendirmelerde bulunulmakta ve bir sonraki dönem için belirlenen amaçlar dile getirilmektedir²⁷⁰. Örneğin VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) içerisinde kamu yönetiminin iyileştirilmesi ve yeniden yapılandırılması konusunda demokratik devlet yönetimini, sosyal adaleti, değişim ve gelişmeyi gözetten bir kamu yönetimi yapısının ve işleyişinin oluşturulması, kamu yönetiminde hızlı bir işleyiş yapısının, kaliteli mal ve hizmet sunumu anlayışının ve buna ilişkin yöntemlerin yerleştirilmesi gibi hususlar ve temel ilkelerin²⁷¹ amaçlandığı görülmektedir²⁷².

3 Kasım 2002 seçimleri sonrası kurulan 58. Hükümet, yayınladığı Acil Eylem Planı²⁷³,’nda Kamu Yönetimi Reformu kapsamında 45 faaliyet belirlenmiş ve bu faaliyetler Merkezi İdare, Yerel Yönetimler, Devlet Personel Rejimi Reformları ile Yolsuzluklarla Mücadele alt başlıkları altında toplanmıştır²⁷⁴.

58. Hükümet Acil Eylem Planı’nda belirtilen çalışmalar kapsamında Türk kamu yönetiminde bazı yasal düzenlemeler hazırlanmış, bazıları yürürlüğe konulmuş²⁷⁵,

²⁶⁹ Köse, 2007, s.21-24.

²⁷⁰ Bayram Coşkun - Ahmet Nohutçu, “Türkiye’de Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Kuramsal-Tarihsel Perspektif, Genel Değerlendirme ve Saptamalar”, Ed. Ahmet Nohutçu - Asım Balcı, *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-I*, Beta Basım Yayım, İstanbul, 2005, s. 23-25.

²⁷¹ 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda, kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasında verimlilik, etkinlik ve tutumluluğun dolayısıyla da performansın artırılması; kamu kurum ve kuruluşlarında görev ve teşkilat yapıları arasında uyum sağlanması, gerekli sayı ve nitelikte personel istihdamı, personelin bilimsel ve teknolojik gelişmeler ışığında eğitiminin sağlanması, çalışanlarının performansını etkin bir şekilde ölçen bir sisteme kavuşturulması, yetki devri ve esneklikle beraber hesap verme sorumluluğunun ve yönetsel saydamlığın güçlendirilmesi; kamu yöneticilerinin ve çalışanlarının politika ve strateji oluşturma kapasitesinin geliştirilmesi ve kamu hizmetlerinin sunumunda kalite anlayışının ve bu amaca yönelik yönetsel yöntemlerin yerleştirilmesi gibi temel ilkeler benimsenmiştir. DPT, *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, DPT Yayını, Ankara, 2000, s. 191.

²⁷² DPT, 2000, s. 191.

²⁷³ Acil Eylem Planı kapsamında 205 faaliyet bulunmakta olup; belirtilen faaliyetler Kamu Yönetimi Reformu, Ekonomik Dönüşüm Programı, Demokratikleşme ve Hukuk Reformu, Sosyal Politikalar olmak üzere 4 ana politika başlığı altında toplanmıştır. 58. Hükümet Acil Eylem Planı, 3 Ocak 2003, www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2224/aep.pdf, (10.04.2013).

²⁷⁴ 58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003, s. 1-3.

²⁷⁵ Örneğin yerel yönetimler alanında İl Özel İdaresi, Büyükşehir Belediyesi ve Belediye Kanunları, 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı’na uygun bir formatta değiştirilmiştir. 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, Kabul Tarihi: 10/7/2004, R.G. Tarih: 23/7/2004 Sayı: 25531; 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, Kabul Tarihi: 22/2/2005, R.G. Tarih: 4/3/2005 Sayı: 25745; 5393 sayılı Belediye Kanunu, Kabul Tarihi: 3/7/2005, R.G. Tarih: 13/7/2005 Sayı: 25874.

bazıları ise çeşitli sebepler nedeniyle yürürlüğe girmemiştir. Son dönem kamu yönetimi reform kurgusu incelendiğinde, ilk olarak bütün kamu yönetimini ilgilendiren bir kanun tasarısının (Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı) hazırlandığı görülmektedir. “Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı” hazırlanarak TBMM’ye sunulmuş ve TBMM’de “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun” şeklinde değiştirilerek 15.7.2004 tarihinde kabul edilmiştir. Ancak bu Kanun, dönemin Cumhurbaşkanı tarafından TBMM’ye iade edilmiş ve sonrasında konuyla ilgili siyasi iktidar tarafından herhangi bir adım atılmamıştır²⁷⁶.

1980 sonrasında Türk kamu yönetiminde yaşanan değişim ve dönüşüm sürecinin en somut göstergelerinden birisi, 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı’dır. Tasarı, Türk kamu yönetiminde hedeflenen dönüşümün ilkelerini ortaya koymuştur. Tasarı ile katılımcı, saydam, hesap verebilir, insan hak ve özgürlüklerini esas alan bir kamu yönetiminin oluşturulması, kamu hizmetlerinin adil, süratli, kaliteli, etkili ve verimli bir şekilde yerine getirilmesi için merkezî idare ile mahallî idarelerin görev, yetki ve sorumluluklarının çağdaş kamu yönetimi ilke ve uygulamaları çerçevesinde belirlenmesi, merkezî idare teşkilâtının yeniden yapılandırılması ve kamu hizmetlerine ilişkin temel ilke ve esasların düzenlenmesi amaçlanmıştır²⁷⁷.

Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı incelendiğinde, Türk kamu yönetimindeki son dönem dönüşüm çizgisinin gelişmiş ülke modellerine de paralel olarak, günün gelişen ve değişen ihtiyaçlarına uygunluk, katılımcılık ve çok ortaklılık (yönetişim), halk odaklılık, stratejik yönetim anlayışı, performansa dayalı bir sistem, denetimde etkililik, etik kurallar ve insana güven, hizmetlerin yürütülmesinde yerindenlik gibi temel ilkelere dayandığı sonucuna ulaşılmaktadır²⁷⁸.

Türk kamu yönetiminde, Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı’ndan hareketle birçok önemli alanda ve konuda değişikliklerin gerçekleştirildiği gözlemlenmektedir. Yerel yönetimler alanındaki değişikliklerin yanı sıra, mali alanda yeni düzenlemeler getiren ve içerdiği

²⁷⁶ Coşkun-Nohutçu, *a.g.e.*, s. 27.

²⁷⁷ TBMM, “5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı”, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5227.html>, (10.04.2013).

²⁷⁸ T. C. Başbakanlık, 2003, s. 127-135.

hükümler dolayısıyla idari işleyişi de etkileyen 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu²⁷⁹, 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu²⁸⁰, 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu²⁸¹, 5176 sayılı Kamu Görevlileri Etik Kurulu Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunu²⁸² ve Bakanlıkların yeniden yapılandırılması ile ilgili Kanunlar ve Kanun Hükmünde Kararnameler başta olmak üzere önemli bir dönüşüm yaşandığı ifade edilmektedir²⁸³.

Özellikle Bakanlıkların merkez ve taşra teşkilatları ile ilgili olarak önemli bir dönüşüm ve değişim süreci yaşandığı görülmektedir²⁸⁴. Sonuç olarak hukuksal düzenlemeler eşliğinde gerçekleştirilen değişiklikler, yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde Türk kamu yönetimindeki dönüşüm sürecinin devam ettiğini gösteren en somut deliller olarak nitelendirilebilir.

3.DÖNÜŞEN DEVLET VE SAĞLIK

Kapitalizmin tarihi ile başladığı öngörülen örgütlü sağlık hizmetlerinin zaman içerisindeki değişim ve dönüşümünün, kapitalizmin birbirini takip eden formları ile paralellik gösterdiği iddia edilmektedir. Bu iddiaya göre sosyal refah devleti kapsamında kamu ağırlıklı bir sağlık sistemi benimsenirken, küreselleşme ile birlikte başlayan neoliberal dönemde ise bu durumun farklılaştığı belirtilmektedir²⁸⁵.

Özellikle 1980'lerin sonları ve 1990'ların başlarından itibaren refah devleti anlayışının neoliberal politikalar çerçevesinde uğradığı dönüşüm, hem gelişmiş ülkelerin hem de gelişmekte olan ülkelerin kamu politikalarında reform söylemlerini

²⁷⁹ 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, R.G.Tarihi: 24.12.2003 Sayısı: 25326.

²⁸⁰ 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu, R.G. Tarihi: 11.6.2005 Sayısı: 25842.

²⁸¹ 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu, R. G. Tarihi:24.10.2003 Sayısı: 25269.

²⁸² 5176 sayılı Kamu Görevlileri Etik Kurulu Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunu, R.G. Tarihi: 8/6/2004 Sayısı: 25486.

²⁸³ Coşkun-Nohutçu, *a.g.e.*, s.30.

²⁸⁴ Bu konudaki değişiklikler, 8 Haziran 2011 Tarihli ve 27958 Sayılı Resmî Gazete'de (Mükerrer) yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

²⁸⁵ Nilay Etiler, "Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri", *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2011, Ekim-Kasım-Aralık, s. 2-3; Sağlık sektöründe devletin rolü hakkında ayrıntılı bilgi için Bkz. Abdulkadir Civan, "Sağlık Sektöründe Devletin Rolü", Ed. Ali Coşkun - Ahmet Akın, *Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2009, s. 285-300.

ortaya çıkarmıştır. Sağlık sektörü²⁸⁶, bu süreçte devletin yapı ve işlevlerindeki değişimin somut olarak gözlemlenebildiği alanlardan birisi olarak gösterilmektedir²⁸⁷.

Sağlığın uluslararası düzlemde önemli bir konu niteliğine sahip olması, Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası örgütlerin belirleyicisi olduğu küresel sağlık politikalarının²⁸⁸ önemini ortaya çıkarmaktadır²⁸⁹.

Devletin dönüşümü ile birlikte sağlık politikaları da zaman içerisinde farklılaşmaktadır²⁹⁰. Bu durum sağlık reformu kavramını tüm dünyada sıkça tartışılan konu ve alanlardan birisi haline getirmektedir²⁹¹.

Yeni kamu yönetimi anlayışının benimsendiği devletlerde, kamu yönetimi alanındaki amaçların, sağlık sektöründeki reformların amaçları ile paralel olduğu söylenilebilir (Bkz. Tablo 4)²⁹².

Yeni kamu yönetimi ile birlikte hedeflenen verimlilik, hizmet kalitesi, kişi ve hizmet kullanana odaklılık, performans yönetimi gibi uygulamaların sağlık sektöründeki reform sürecinde de yer bulduğu ifade edilebilir. Örneğin İngiltere’de sağlık sektöründe harcamaların kontrol altına alınması ve verimliliğin artırılması amacıyla 1970’li yıllarda dört önemli adımdan bahsedilmektedir. Bunlar sırasıyla kaynak tahsisi formülünün geliştirilmesi, birinci basamak ve bilhassa aile hekimliği mütehassıslığını

²⁸⁶ Sağlık sektörü, sağlığa dolaylı, doğrudan veya asıl etkileri olan mal ve hizmet nitelikli her türlü ürünü üretmek/arz etmek ve talep etmek/tüketmek üzere çok farklı üretim alanlarında kurulmuş sistem ve alt sistemler ile, bunların içerdiği kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavram olarak tanımlanabilmektedir. A. Erdal Sargutan, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2005, Cilt 8, Sayı 3, s. 400.

²⁸⁷ Tuba Ağartan, “Sağlıkta Reform Salgını”, Der. Çağlar Keyder vd., *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, İletişim Yayınları, İstanbul, 2011, s. 37.

²⁸⁸ Sağlık politikası, sağlık sektöründeki reform uygulamalarının genel olarak ifade ediliş tarzı olarak değerlendirilebilir. Sağlık sektöründeki dönüşümün, yol göstericisi niteliğini taşıyan sağlık politikalarının belirlenmesi ve uygulanması sürecine etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Sağlık politikası konusunda literatürde birçok tanım, özellik ve sınıflandırma yer almaktadır. Konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Charlene Harrington, *Health Policy: Crisis and Reform*, Jones & Bartlett Publishers, USA, 2011; Toba Bryant, *An Introduction to Health Policy*, Canadian Scholars’ Press, Canada, 2009; Erica Bell, *Research for Health Policy*, Oxford University Press, New York, 2009; Kasturi Sen, *Restructuring Health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives*, Zed Books, United Kingdom, 2003; Kelley Lee, Jeff Collin, *Global Change and Health*, McGraw-Hill International, England, 2005; David H. Peters, *Improving Health Service Delivery in Developing Countries*, World Bank Publications, Washington DC, 2009; John Lister, *Health Policy Reform*, Central Books Limited, United Kingdom, 2005; Colleen Flood, *International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis*, Taylor & Francis, USA, 2002.

²⁸⁹ Selin Ertürk Atabey, *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Gazi Kitabevi, Ankara, 2012, s. 171

²⁹⁰ Fahreddin Tatar, “Özelleştirme ve Sağlık Hizmetleri: Teori ve Uygulama”, *Amme İdaresi Dergisi*, 1997, Cilt 30, Sayı 2, s. 73-74.

²⁹¹ Doğan Baran, “Sağlık Reformu”, *Yeni Türkiye, Sağlık-II*, 2001, Sayı 40, s. 1145.

²⁹² Rıfat A. Atun, “Kamu ve Sağlık Sektöründe Değişim”, *Yeni Türkiye, Sağlık-II*, 2001, Sayı 40, s. 1155.

kuvvetlendirilmesi, hastanelerin rasyonalize edilmesi ve desantralizasyon çalışmasıdır²⁹³.

Tablo 4.Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektöründeki Reformlar ile Eşleştirilmesi

Yeni Kamu Yönetimi	Sağlık Sektöründe Reform	Örnekler
Verimlilik Artışı	*Verimlilik, Göstergeler *Benchmarking	Tüm Avrupa ülkeleri İngiltere-Verimlilik Endeksi
Hizmet Kalitesi Artışı	*Kalite girişimleri *Kalite göstergeleri *Kalite bazında sözleşmeler *Devamlı kalite geliştirmesi	Tüm Avrupa, ABD ve Latin Amerika ülkeleri
Etkililiğin Arttırılması	*Öncelikli belirlenmesi *delile bağlı tıbbi tedavi	*İsveç-Öncelik Belirleme Komisyonu *Hollanda-Dunning Komisyonu *İngiltere-Ulusal Klinik Etkililik Enstitüsü *Katalan Teknoloji Evaluasyon Ofisi *Norveç, Yeni Zelanda, Fransa, Almanya, İsrail *Cochrane Kollaborasyonu
Kişi ve hizmet kullanana odaklılık	*Finansal değişim kaynakların tüketici servis kullanmasından sonra tahsisi *Tüketici haklarının belirlenmesi	*Sözleşme sistemi *Tüketici odaklı servis çalışmaları (Örneğin İngiltere, İsveç, Finlandiya, Hollanda)
Piyasada kullanılan mekanizmaların kullanılması	Quasi Markets (Piyasa benzeri sistemler) Bütçelendirme Stratejik Planlama Çıktılar bazında kontratlar	Hollanda, Almanya, İngiltere, İsveç, İspanya
Performans yönetimi	Performans göstergeleri Performansa bağlı ödeme sistemleri	İngiltere hizmet alıcı ve hizmet sunucular için performansa bağlı ödeme

Kaynak: Rıfat A. Atun, “Kamu ve Sağlık Sektöründe Değişim”, *Yeni Türkiye*, Sağlık-II, Sayı 40, Temmuz 2001, s. 1155.

Küresel sağlık politikalarına paralel olarak sağlık sistemindeki reform dalgasının başlangıç sebebi, hükümetlerin küresel ekonomik koşullar ve finansal problemlerin de etkisiyle kamu harcamalarının azaltılmasına yönelik politikaların tartışılmaya başlanması olarak gösterilmektedir. İşte bu nedenle dünyadaki ekonomik ve siyasal koşullara paralel olarak sağlık sistemindeki maliyetlerin azaltılmasına yönelik bir takım uygulamalar ortaya konulmaya çalışılmaktadır²⁹⁴.

²⁹³ Atun, *a.g.e.*, s.1155-1157.

²⁹⁴ Ağartan, *a.g.e.*, s. 37.

Ülkeden ülkeye farklılıklar arz etmesine rağmen 1980 sonrasındaki sağlık reformlarının temel amaçları, artan sağlık harcamalarının kontrol altına alınması ve sınırlandırılması, sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin artırılması, nüfusun büyük çoğunluğunun sağlık güvencesi kapsamına alınması, mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanılması, sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirliğin artırılması, eşitliğin sağlanması, sağlık hizmetlerinde çalışan sayısının artırılması, devletin sağlık hizmetleri ile ilgili görev ve sorumluluk alanlarının piyasa koşulları çerçevesinde yeniden belirlenmeye çalışılması, desantralizasyonun sağlanması şeklinde ifade edilmektedir²⁹⁵.

Bir başka ifadeyle sağlık sektöründe paradigma değişimi söz konusu olup, bu değişim somut bir şekilde karşılaştırılabilmektedir. Neoliberal politikalar bağlamında sağlık sektöründe reform sürecinin yaşandığını ve kamu sağlık sektörünün küçüldüğünün altı çizilmektedir. Yeni paradigmada temel vurgunun performans, tüketici tercihi, sorumluluk, temel konuların ise daha çok neoliberal politikalarda öngörüldüğü gibi maliyet sınırlama, liberalleşme ve maliyetlerin paylaşılması olarak değişime uğradığı gözlemlenmektedir. Ayrıca yeni paradigma yöneticinin daha baskın bir role sahip olduğunu da ortaya koymaktadır²⁹⁶.

Sonuç olarak devletin genel yapısındaki değişimin ve dönüşümün, önemli bir hizmet alanı olan sağlık sektörüne de doğrudan yansımalarının olduğu söylenilebilir. Özellikle küreselleşmenin neden olduğu baskılar, hükümetleri sağlık hizmetleri alanında yeni politikalar üretmeye zorladığı görülmüş, IMF ve DB tarafından desteklenen ve özü daha önce devletin sorumluluğunda sunulan hizmetlerin, küresel sermayeye faaliyet alanı yaratacak şekilde yeniden düzenlenmesine dayanan reform uygulamalarının ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu doğrultuda gelişmekte olan ülkelere sağlık reformları karşılığında sağlanan fonların, dönüşüm sürecinin başlatılması ve sürdürülmesine yönelik meşru bir müdahale zemini sağladığı da ifade edilebilir²⁹⁷. Bahsedilen bu bilgiler, sağlık sektöründe kamu kesiminin rolü ve ağırlığının, günün koşullarına göre yeniden yapılandırılabilirdiğini göstermektedir.

²⁹⁵ Ağartan, a.g.e., s. 37-38; Nilgün Sarp - A. Ezel Esatoğlu - Yasemin Akbulut, "Globalleşmenin Türk Sağlık Sektörüne Etkileri", *Yeni Türkiye*, Sağlık-II, Sayı 40, Temmuz 2001, s. 1119.

²⁹⁶ Gill Walt, "Policy Analysis, An Approach", Ed. Katja Janovsky, *Health Policy and Systems Development*, Geneva, World Health Organization, 1996, p. 227; Mehtap Tatar, "Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teorik ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış", Ed. C. Can Aktan - Ulvi Saran, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, İstanbul, Aura Kitapları, 2007, s. 418.

²⁹⁷ Davuthan Günaydın, "Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları", *Sosyal Siyaset Konferansları*, 2011, Sayı: 60, s. 359.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜ ve SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİ

1.SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri başlığı altında sağlık, sağlık hakkı, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sınıflandırılması, finansmanı ve örgütlenmesi konuları genel olarak incelenmeye çalışılacaktır.

1.1.Sağlık, Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetleri

Sağlık, toplum yaşamının devam edebilmesi için vazgeçilmez öneme sahip olan ve evrensel nitelikteki kavramlardan birisidir. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık, *“bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri itibariyle, bir bütün olarak, iyi olmaları durumu”*²⁹⁸ şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Kanun'un 2. maddesine göre ise sağlık, *“yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali”*²⁹⁹ olarak ifade edilmiştir.

Sağlık³⁰⁰ bireyler için en temel haklardan birisi olup, hem ulusal hem de uluslararası metinlerde önemine sıkça değinilen ve ayrıca bir başlık altında incelenen haklardandır. Avrupa Sosyal Şartı'nın 11. ve 13. maddelerinde *“sağlığın korunması hakkı”* ile *“sosyal ve tıbbi yardım hakkı”* ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir³⁰¹. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde doğrudan sağlık hakkı başlığı altında olmamakla beraber 25. maddesinde *“her şahsın, gerek kendisi, gerek ailesi için, yiyecek, giyim,*

²⁹⁸ World Health Organization, “Constitution of The World Health Organization”, www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, (10.03.2011), p. 1.

²⁹⁹ 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, R.G. Tarihi: 12.01.1961 Sayı: 10705, Madde 2.

³⁰⁰ Sağlığın resmi ve resmi olmayan tanımları hakkında ayrıntılı bilgi için Bkz. Mehtap Tatar - Fahreddin Tatar, *Yerel Yönetimler ve Sağlık*, Türk Belediyecilik Derneği, Ankara, 1998, s. 11-13.

³⁰¹ TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu, “Avrupa Sosyal Şartı”, http://abmuzakere.bilgi.edu.tr/docs/avrupa_sosyal_sarti_metni.pdf, (17.10.2013).

mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkanlarından iradesi dışına mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır”³⁰² ifadesi yer almaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası’nda “Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” başlığı altında, “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir...Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimini artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir”³⁰³ hükmüne yer verilmiştir.

Bireyler yaşamlarının her döneminde doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanırlar. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nda sağlık hizmetleri, “insan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi, hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi, bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturma konusunda tıbbi bakım çalışmalarının tümü”³⁰⁴ şeklinde tanımlanmıştır.

224 sayılı Kanun’da ise sağlık hizmetleri, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler”³⁰⁵ şeklinde ele alınmıştır.

Sağlık hizmetleri ile ilgili tanımlar doğrultusunda sağlık hizmetinin sadece hastalara sunulan bir hizmet olmakla kalmayıp, insan sağlığına zarar veren faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması amacıyla gerçekleştirilen çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini de içerdiği sonucuna ulaşılmaktadır.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

³⁰² İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 10 Aralık 1948, Madde 25, http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/h_righs_turkce.pdf, (15.01.2010).

³⁰³ 1982 Anayasası, Madde 56, www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1113.html, (25 Şubat 2011).

³⁰⁴ World Health Organization, “Constitution of The World Health Organization”, Madde 2-c.

³⁰⁵ 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961, Madde 2.

Sağlık hizmetlerini diğer hizmet alanlarından ayırt eden bir takım özellikler mevcuttur³⁰⁶. Bu özellikler içerisinde, kamusalılık, toplumsallık, belirsizlik, dışsallık, doğal tekel olma, erdemli mal olma, ikame edilemezlik gibi çeşitli özellikler yer almaktadır³⁰⁷.

1.2.1.Kamusallık ve Toplumsallık Özelliği

Kamusal mal ve hizmetler geniş anlamda savunma, adalet, güvenlik gibi tam kamusal malları, yükseköğrenim, devlet hastaneleri ve meteoroloji gibi yarı kamusal malları ve de kamu ekonomik kuruluşları ve yerel yönetimlerce sunulan elektrik, su gibi yarı özel malları kapsayan bir içeriğe sahiptir. Kamusal mal ve hizmet kavramı dar anlamda ise genel bütçe ile sunulan ve finansmanı vergilerle karşılanan mal ve hizmetleri kapsamaktadır. Ancak günümüzde devletin artan fonksiyonlarına bağlı olarak kamusal mal ve hizmet kavramı yarı kamusal ve bazı özel mal ve hizmetleri de içine alacak biçimde kullanılmaktadır³⁰⁸.

Sağlık hizmetleri genel olarak kamusalılık niteliğine sahiptir. Bu nitelik daha çok koruyucu sağlık hizmetleri için geçerlilik arz etmektedir. Çünkü koruyucu sağlık hizmetleri toplumun bütününe yöneliktir. Diğer bir ifadeyle koruyucu sağlık hizmetlerinin hedefi birey değil toplumdur. Örneğin toplum içerisindeki sivrisinek ilaçlamaları toplum sağlığına yöneliktir. Diğer taraftan bazı durumlarda kişilere bireysel olarak verilen sağlık hizmetleri niteliği itibarıyla kamusalılık özelliği taşımaktadır. Örneğin bireylerin bulaşıcı hastalıklardan korunması için yapılan aşı çalışmaları kişisel nitelik taşımakla birlikte nihai amaç toplum sağlığıdır³⁰⁹.

Toplumsallık özelliği ile kamusalılık özelliği iç içe geçmiştir. Toplumsallık özelliği, çeşitli sağlık hizmetlerinin topluma sunulması esnasında bazı bireylerin hizmeti

³⁰⁶ Yusuf Çelik, *Sağlık Ekonomisi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2011, s. 57-60; Sevgi Kurtulmuş, *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998, s. 44; Ferhat Sayım, "Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Piyasa Yapısı", Ed. Ali Coşkun - Ahmet Akın, *Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2009, s. 256-263.

³⁰⁷ Atabey, *a.g.e.*, s. 13-20; Kurtulmuş, *a.g.e.*, s. 44-54.

³⁰⁸ Orhan Şener, *Kamu Ekonomisi*, Beta Basım Yayım, 10. Baskı, İstanbul, 2008, s. 49-50; Osman Pehlivan, *Kamu Maliyesi*, Derya Kitabevi, Trabzon, 2007, s. 38-42; A. Kemal Çelebi - A. Zafer Yalçın, "Kamusal Mallar Teorisinin Değişimi: Bölgesel Kamusal Mallar", *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 2008, Cilt 15, Sayı 2, s. 2.

³⁰⁹ Metin Ateş, *Sağlık Sistemleri*, Gerekli Kitap, 1. Baskı, İstanbul, 2011, s. 5.

alan grubun dışında tutulmaması ve hizmetin toplumun tamamına sunulması gerekliliğini ortaya koymaktadır³¹⁰.

1.2.2.Belirsizlik Özelliği

Sağlık hizmetlerinin belirsizlik özelliği, hem bu hizmetlerin talebi hem de arzı için geçerlilik taşımaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talebin belirsizliği ile kişilerin belirli bir gelecekte ne tür sağlık hizmetine ihtiyacı olacağını kestirememeleri anlatılmak istenmektedir. Sağlık hizmetlerinin arzının belirsizliği ile ilgili olarak da hizmet talebinde bulunan kişilerin belirsizliğinin, hizmet sunan kişilerin hizmet sunumlarını niceliksel açıdan etkileyeceği sonucuna işaret edilmektedir³¹¹.

Toplumdaki bireyler tarafından sağlık hizmetlerine ne zaman, nerede ve hangi derecede ihtiyaç duyulacağının önceden bilinmemesi veya tahmin edilememesi sunulan hizmeti çok önemli hale getirmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerine olan talepler hiç umulmayan bir anda ortaya çıkabilmektedir³¹². Belirsizliğin bir başka boyutu da hastalara uygulanacak olan tedavinin önceden kestirilememesidir. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinin boyutunun ve kapsamının tayininde hekimlerin belirleyici rol oynadıkları düşünülmektedir³¹³. Bireyler sağlıklarıyla ilgili bir sorun yaşadıklarında tedavi olmak amacıyla sağlık kurumlarına ve hekimlere başvurmaktadır. İşte tam da bu noktada bireylerin sağlık konusundaki bilgi düzeyleri ne olursa olsun uygulanacak tedavi yönteminin niteliği ve boyutu tamamıyla muayeneyi gerçekleştiren hekime bağlı olmaktadır.

1.2.3.Dışsallık Özelliği

Sağlık hizmetleri niteliği gereği ekonomi bilimi içerisindeki konulardan olan dışsallık kavramı ile yakından ilişkilidir. Dışsallık kavramı genel olarak, “bir üretim ve/veya tüketim faaliyetinden dolayı (üretici ve tüketicilerden farklı olarak) üçüncü

³¹⁰ Dilaver Tengilimoğlu - Oğuz Işık - Mahmut Akbolat, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2009, s. 42.

³¹¹ Çelik, *a.g.e.*, s. 57.

³¹² Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 106-107.

³¹³ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 40-41.

kişilere negatif maliyet yüklenmesi veya pozitif fayda sağlanması, fakat bu değerlerin fiyat mekanizması içerisinde yer almaması³¹⁴ şeklinde tanımlanmaktadır. Dışsalılık kavramı, pozitif dışsalılık ve negatif dışsalılık olmak üzere tasnif edilebilmektedir. Herhangi bir ekonomik birimin davranışından fayda sağlanıyorsa pozitif dışsalılık, zarar görülüyorsa negatif dışsalılık söz konusudur³¹⁵. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak toplum içerisinde bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalar sonucunda pozitif dışsalılık, tam tersi durumda ise negatif dışsalılık ortaya çıkabilmektedir. Bu bağlamda hastalığa yakalanan bir kişinin, toplumdaki diğer sağlıklı kişileri tehlike altına atması negatif dışsalılığa, sağlıklı bir kişinin daha önceden aşı yaptırarak hastalığa yakalanmayarak toplumu tehlikeye düşürmemesi pozitif dışsalılığa örnek verilebilir³¹⁶.

1.2.4. İkame Edilemezlik, Ertelenememe ve Acillik Özelliği

Sağlık hizmetlerinin özelliklerden bir diğeri, ikamesinin olmamasıdır. Sağlık hizmetleri, alınması gereken bir hizmetin yerine başka bir hizmetin verilmesi yoluyla ikame edilemeyen hizmetlerdendir³¹⁷. Örneğin fiziksel rahatsızlığı olan birey, bu rahatsızlığını sağlık hizmeti dışında başka bir hizmet olarak gideremez. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin ikamesi söz konusu değildir.

Sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerinden birisi, hizmete olan talebin ertelenememesidir. Bireylerin ihtiyacı olan sağlık hizmetleri, durumlar arasında değişkenlik göstermek üzere acil niteliği taşımaktadır. Bu durum ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin o anda sunulmasını gerektirir. Çünkü çok acı çeken ve acil müdahale yapılmadığı takdirde ölüm riski taşıyan hastaların, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini erteleyebilme gibi bir alternatif seçenekleri yoktur. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin ertelenmesi söz konusu değildir³¹⁸.

³¹⁴ İbrahim Bakırtaş, “Dışsalılıklar Sorununun İçselleştirilmesinde Düzenleyici Vergiler ve Sübvansiyonların Etkinliği: Analitik Bir Yaklaşım”, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2002, Sayı 7, s. 57.

³¹⁵ Aytaç Eker, *Kamu Maliyesi*, Anadolu Matbaacılık, İzmir, 1999, s. 61.

³¹⁶ Yusuf Çelik, “Sağlık Kurumları ve Değişen Çevresi”, Ed. Mehtap Tatar, *Sağlık Kurumları Yönetimi-1*, Anadolu Üniversitesi Yayını No 2631, Eskişehir, 2012, s. 120-121.

³¹⁷ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 40; Ateş, *a.g.e.*, s. 3.

³¹⁸ Ateş, *a.g.e.*, s. 3; Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 41.

1.2.5. Diğer Özellikler

Sağlık hizmetleri erdemli mallar olarak değerlendirilmektedir. Erdemli mallar, niteliği gereği piyasa malı (özel mal) olmakla birlikte bilgi yetersizliği, değerlendirme yetersizliği ve ya irrasyonel davranış gibi nedenlerle tüketici davranışlarında oluşan çarpıklıkları düzeltmek için devletin müdahalesine konu olan mallardır³¹⁹. Bireylerin sağlık hizmeti seçimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, kendisine sunulan hizmetin kalitesini ölçme ve bu kapsamda yaptığı harcamaların ekonomik olup olmadığını analiz etme yeteneğini azaltmakta ve bireyleri hizmet aldığı kişilere karşı bağımlı hale getirmektedir³²⁰.

Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği, hizmet çıktılarının ölçülememesi ve paraya çevrilememesidir. Sağlık sektöründeki sunulan hizmet, niteliği gereği somut olarak ölçülememektedir. Yani hizmet soyut bir özellik taşımaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde ortaya konulan çıktılar, hiçbir şekilde paraya çevrilememektedir. Çünkü acil olarak hastaneye kaldırılan herhangi bir birey, o andaki sorunun çözülmemesi durumunda hayatını kaybedecektir. Bu olay toplum içerisinde sağlık hizmetlerini farklı bir konuma ulaştırmaktadır³²¹.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri literatürde farklı şekillerde sınıflandırmaya tabi tutulmuştur. Bu alanda en çok kabul gören sınıflandırma Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır. Bu sınıflandırma Sağlık Bakanlığı tarafından da benimsenmiştir. Buna göre sağlık hizmetleri, *Koruyucu Sağlık Hizmetleri*, *Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri* ve *Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri* şeklinde tasnif edilmektedir³²² (Bkz. Şekil 2).

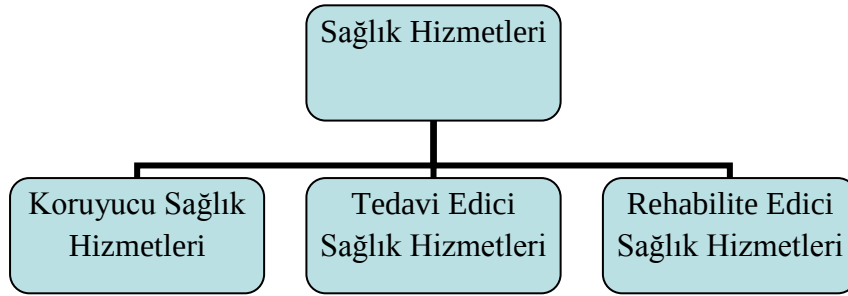
³¹⁹ Özhan Uluatam, *Kamu Maliyesi*, 5. Basım, İmaj Yayıncılık, Ankara, 1997, s. 37-41.

³²⁰ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 41-42; Ateş, *a.g.e.*, s. 4.

³²¹ Ateş, *a.g.e.*, s. 4; Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 43.

³²² Osman Hayran, "Sağlık Hizmetleri", Ed. Osman Hayran - Haydar Sur, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Yüce Yayın, İstanbul, 1998, s. 17-19; Dilaver Tengilimoğlu - Oğuz Işık - Mahmut Akbolat, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayın, 5. Basım, Ankara, 2012, s. 78-84.

Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: Şahin Kavuncubaşı - Selami Yıldırım, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000, s. 35.

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplum içerisindeki bireylerin hastalanmalarını önlemek ve erken dönemde hastalıklarını teşhis etmek için alınabilecek önlemleri kapsamaktadır. Hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmenin en etkili yolu olarak ifade edilen koruyucu sağlık hizmetleri, çok geniş kapsamlı bir yelpazede ele alınmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şeklinde iki başlık altında değerlendirilmektedir³²³.

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri, bireylerin çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek, çevreyi olumlu hale getirme veya olumsuz çevre etmenlerinin kişileri etkilemesini önleme çabalarını ifade etmektedir³²⁴. Atıkların zararsız hale getirilmesi, hava kirliliği ve gürültüyle mücadele, suların kontrolü, gıda ve besin güvenliği, konut sağlığı ve çevre kirliliğinin önlenmesi gibi çalışmalar, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri arasında gösterilmektedir³²⁵.

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri, sağlık personeli tarafından direkt olarak toplumdaki kişilere sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Bu tür hizmetlere bağışıklama

³²³ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 44; Ateş, *a.g.e.*, s. 10-11.

³²⁴ Recep Akdur, *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2003, s. 12.

³²⁵ Erdinç Ünal - Metin Ateş, *Sağlık ve Piyasa*, M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi Yayını, Yayın No: 2, İstanbul, 2002, s. 21.

(aşılama), ilaçla koruma, erken teşhis, beslenmeyi düzenleme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, sağlık eğitimi ve kişisel hijyen ve sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele gibi örnekler verilebilmektedir³²⁶.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin, nitelikleri itibariyle sağlıklı bir toplum amacına ulaşma noktasında başat role sahip olduğu görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki kapasitenin geliştirilmesi ve genişletilmesi, hiç kuşkusuz tedavi edici sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı azaltabilmenin yolu olarak değerlendirilmektedir.

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalığın ortaya çıkmasından sonra hastaların muayene ve tedavisini içeren hizmetlere, tedavi edici sağlık hizmetleri ya da tıbbi bakım hizmetleri denilmektedir³²⁷. Genel olarak bu hizmetler birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ile üçüncü basamak tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.

Birinci basamak tedavi hizmetleri, yataksız tedavi kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada yürütülen, hastaların hastaneye yatmadan evde ve yatakta tedavi edilmelerini içeren hizmetlerdir. Bu hizmetleri yürüten kuruluşlara birinci basamak sağlık kuruluşu adı verilmektedir³²⁸. Sağlık ocakları, kurum/işyeri tabiplikleri ve kısmen de muayenehaneler bu tür kuruluşlara örnek gösterilebilir³²⁹.

İkinci basamak tedavi hizmetleri ile hastaların genel nitelikli hastanelere yatırılarak tedavi edilmesine yönelik verilen hizmetler ifade edilmektedir. Bu hizmetleri sunan kuruluşlara ikinci basamak tedavi kuruluşu adı verilmektedir³³⁰. Örneğin Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan il ve ilçe devlet hastaneleri ile diğer kurumlara bağlı (kamu ya da özel) genel amaçlı hastaneler bu kapsamda değerlendirilmektedir³³¹.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri ise özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da belli bir hastalığa yakalanan kişilere, o konuda en geniş imkanlara sahip yataklı tedavi

³²⁶ Sevda Demirbilek, *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri*, İlkem Ofset, İzmir, 1999, s. 55.

³²⁷ Ayşe Yiğit Şakar, *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, Yayın No: 22, İstanbul, 1999, s. 18.

³²⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34, (15.09.2013), Madde 1/i.

³²⁹ Akdur, 2003, s. 13.

³³⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*, Madde 1/j.

³³¹ Akdur, 2003, s. 14.

kuruluşlarında verilen tedavi hizmeti olup, genellikle özel dal ya da eğitim hastanelerinde sunulmaktadır³³².

1.3.3. Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilit edici sağlık hizmetleri, bedensel ya da ruhsal yönden sakat kalmış kişilerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan çalışmaları kapsamaktadır³³³. Geçirmiş oldukları hastalık veya kazalara bağlı olarak işgücünü kısmen veya tamamen kaybeden insanların tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu söz konusudur. Tıbbi rehabilitasyonla bedensel özürlerin, protez, gözlük, işitme cihazı, koltuk değneği ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla olabildiğince azaltılması amaçlanmaktadır. Sosyal rehabilitasyon ise eski işinde çalışamayacak olan kişiye yeni iş öğrenme ve beceriler kazanma olanakları sağlamak amacını taşımaktadır³³⁴.

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık sistemini oluşturan bileşenler içerisinde en çok tartışılan hususlarından birisidir. Finansman, sağlık sisteminin parasal yönünü ifade etmektedir. Günümüz ekonomik koşullarında maddi kaynakların kısıtlılığı, etkin, verimli ve akılcı bir kaynak kullanımının zorunluluğunu beraberinde getirmektedir. Özellikle son yıllarda sağlık sektörünün büyümesi ve buna bağlı olarak bu alandaki kaynak ihtiyacının her geçen gün artması, ortaya çıkan zorunluluğun gerekçelerinden birisidir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerini finanse edebilmek için yeni kaynaklara ihtiyaç duyulmaktadır³³⁵. Bu bilgiler ışığında sağlık sistemin finansman boyutu kendi içerisinde dört bileşene ayrılabilir³³⁶.

İlk bileşen, parasal kaynakların toplumsal düzeyde hangi kesimlerden toplanacağına karar vermek ya da hangi toplumsal sınıfların kaynak havuzuna ne oranda katkıda bulunacaklarını belirlemektir. İkinci bileşen, fonun hangi teknikle

³³² T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*, Madde 1/j.

³³³ Rahmi Dirican, *Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-1: Sağlık Yönetimi*, 1.Cilt, Türk Tabipleri Birliği Yayını, İstanbul, 1997, s. 2.

³³⁴ Ünal-Ateş, *a.g.e.*, s. 22.

³³⁵ Ateş, *a.g.e.*, s. 15.

³³⁶ İlker Belek, *Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü*, Yazılama Yayınevi, İstanbul, 2009, s. 106.

oluşturulacağını ve paranın hangi yollarla toplanacağını kararlaştırmak, yani kısaca paranın toplanma teknikleridir. Üçüncü bileşen, oluşturulan fonun nasıl dağıtılacağını belirlemektir. Son bileşen ise fon dağıtımında hangi ödeme biçimlerinin kullanılacağını tayin edilmesidir³³⁷.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkelerin tarihsel, kültürel, sosyoekonomik ve politik yapısına göre değişebilmektedir. Bu yüzden dünya üzerinde bütün devletleri kapsayan tek ve en iyi finansman modelinden bahsedilemediği vurgulanabilir³³⁸.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında uyulması gereken bir takım genel ilkeler bulunmaktadır. Bu doğrultuda hakkaniyetli olunması, kaynakların toplanması ve yönetiminde düşük maliyetin sağlanması, kaynak akışında devamlılığın sağlanması, halkın benimsenmesi, hizmet sunucuları arasında rekabetin ve kaliteli hizmet sunumunun teşvik edilmesi gibi ilkelerin ön plana çıktığı gözlemlenmektedir³³⁹.

1.4.1. Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları genel olarak iki başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bunlar kamu ve yarı kamu finansman kaynakları ile özel finansman kaynaklarıdır³⁴⁰.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı kapsamında kamu ve yarı kamu finansman kaynakları arasında vergiler, primler ve özel amaçlı vergiler yer almaktadır³⁴¹.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan kamu kökenli ilk kaynak vergilerdir. Toplanan vergilerin bir kısmının genel bütçe aracılığıyla sağlık sektörüne aktarılması yoluyla finansman gerçekleştirilmektedir³⁴².

Kamu kökenli kaynaklardan ikincisi primlerdir. Primler, zorunlu veya isteğe bağlı sosyal sigortalar aracılığıyla, bireylerin ortaya çıkabilecek sağlık risklerini karşılamak için toplanmaktadır³⁴³.

³³⁷ Belek, *a.g.e.*, s. 106.

³³⁸ Mehtap Tatar, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2011/1, s. 104.

³³⁹ M. H. Uz, *An Approach to Develop A Health Care Policy for Turkmenistan*, Ankara, 1995 (Unpublished); Hulki Uz, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri", Ed. Osman Hayran-Haydar Sur, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Yüce Yayın, İstanbul, 1998, s. 93-94.

³⁴⁰ Ateş, *a.g.e.*, s. 16.

³⁴¹ Ateş, *a.g.e.*, s. 16.

³⁴² Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 234.

Kamu ve yarı kamu finansman kaynaklarından üçüncüsü özel amaçlı vergilerdir. Bu vergiler, belirli amaçlar doğrultusunda toplanan, ulusal havuzlarda biriktirilen ve duruma bağlı olarak devlet tarafından farklı alanlarda kullanılan finansman kaynaklarıdır³⁴⁴.

Sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanmasında kamu kaynakları dışında yer alan özel finansman kaynakları ise özel sağlık sigortaları, toplumsal finansman, işveren finansmanı, doğrudan ödemeler ve tıbbi tasarruf hesabı gibi kaynaklardan oluşmaktadır³⁴⁵.

Özel finansman kaynaklarından ilki özel sağlık sigortasıdır. Bu yöntemde, bireylerin ekonomik durumlarına bağlı olmak kaydıyla kendi istek ve iradeleri doğrultusunda herhangi bir özel sigorta şirketi ile belirli aralıklarla prim ödeme esasına dayanan sözleşme yapmaları söz konusudur³⁴⁶.

Özel finansman kaynaklarının ikincisi toplumsal finansman uygulamasıdır. Toplumsal finansman uygulaması, toplum içerisindeki bireyler tarafından sağlık hizmetlerinin maliyetlerine nakit, işgücü veya malzeme olarak yapılan katkılar toplumsal finansman şeklinde ifade edilmektedir³⁴⁷.

Özel finansman kaynaklarından üçüncüsü işveren finansmanıdır. İşverenlerin çalışanlarının sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yaptıkları katkılar işveren finansmanı olarak tanımlanmaktadır³⁴⁸.

Dördüncü özel finansman kaynağı ise doğrudan ya da cepten yapılan ödemelerdir. Bu uygulamaların esasını, toplum içerisinde sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin bu hizmetler karşılığında kendi ceplerinden yaptıkları ödemeler oluşturmaktadır³⁴⁹.

Özel finansman kaynaklarının sonuncusu tıbbi tasarruf hesabıdır. Bu uygulama ilk kez 1984 yılında Singapur'da uygulanmıştır. Bu finansman kaynağı, bireylerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşılık,

³⁴³ Ateş, *a.g.e.*, s. 16.

³⁴⁴ Ateş, *a.g.e.*, s. 17.

³⁴⁵ Ateş, *a.g.e.*, s. 17; Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 232.

³⁴⁶ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 236; Akdur, 2003, s. 21.

³⁴⁷ Ateş, *a.g.e.*, s. 17.

³⁴⁸ Ateş, *a.g.e.*, s. 17.

³⁴⁹ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 236; Ateş, *a.g.e.*, s. 17-18.

kendilerine ait banka hesaplarına daha sonraki sağlık harcamalarında kullanılmak üzere para yatırımları esasına dayanmaktadır³⁵⁰.

1.4.2. Finansman Modelleri ve Yöntemleri

Sağlık sektörünün finansmanında hangi modelin tercih edileceği, sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli aşamalardan birisidir. Bir ülkede uygulanan sağlık sisteminin yapısını ve niteliğini genel olarak o ülkenin ekonomi politiği, özel anlamda ise sağlık sisteminin finansman yöntemleri belirlemektedir³⁵¹. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin finansmanı doğal olarak ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. İngiltere gibi bazı ülkelerde sağlık harcamalarının büyük bölümü doğrudan devlet bütçesinden karşılanırken, İsveç gibi bazı ülkelerde genel bütçe imkânlarının yanında, katma bütçe ve mahalli idarelerin kaynaklarından da yararlanılmaktadır. Çoğu Batı Avrupa ülkeleri gibi bazı ülkelerde ise harcamalar, dolaylı katkılar dışında, çalışan ve işverenin katkıları ile finanse edilmektedir³⁵².

Literatürde yer alan diğer bir görüşe göre sağlık hizmetlerinin finansman modeli, Beveridge (vergiye esaslı) ve Bismarck (sosyal sigorta esaslı) modelleri doğrultusunda açıklanmaktadır³⁵³.

Beveridge modeli, 1942 tarihli Beveridge Raporu'na dayanmakta olup, sistemin finansmanının ulusal bütçeden yani vergilerden karşılanması esasını içermektedir³⁵⁴. Beveridge modelinin özelliklerinden birincisi, finansmanın vergilerle devlet kontrolünde sağlanmasıdır. İkinci özellik, sağlıkla ilgili bütçelerin ayrılmasıdır. Üçüncü özellik, sağlık sisteminde özel sektörün potansiyelinin oldukça sınırlı bir düzeyde olmasıdır. Dördüncü özellik, sağlık hizmetlerine tüm vatandaşlar için sınırsız erişim söz konusudur. Beşinci özellik, sistem içerisindeki hekimlere maaş ya da kişi başı ödeme

³⁵⁰ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 236-237.

³⁵¹ OECD, *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*, Paris, 1987, p. 25.

³⁵² Bayram Fırat Dayanıklı, "Sağlık Harcamaları ve Bütçesi", *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı*, 2001, Yıl 7, Sayı 40, s. 1669-1670.

³⁵³ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2012, s. 290-291.

³⁵⁴ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 233.

yöntemlerinin uygulanmasıdır. Altıncı özellik, sınırlı düzeyde de olsa sağlık hizmetlerinden faydalanan kullanıcıların katkılarının olmasıdır³⁵⁵.

Beveridge modelini uygulayan ülkeler arasında Birleşik Krallık, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İsveç, İtalya, Portekiz, Norveç, Yunanistan gibi devletlerin bulunduğu gözlemlenmektedir³⁵⁶.

Alman Otto Von Bismarck tarafından geliştirilmiş olan Bismarck modeli ise, bir sosyal sigorta modelidir. Esas olarak kişilerin bağımlı ya da bağımsız çalışma durumlarına bağlı olarak, sosyal güvenlik sisteminin kapsamına alınmaları söz konusu olmakta ve sistemin finansmanı kazanç esasına dayalı sigorta primlerinden oluşmaktadır³⁵⁷.

Bismarck modelinin genel özelliklerinden ilki, sistem içerisinde finansmanın çalışanların ve işverenlerin zorunlu katkıları ile sağlanmasıdır. İkinci özellik, sağlık hizmetlerinde finansman olarak kullanılacak olan fonların, özerk ve/veya yarı özerk kurumlar tarafından toplanmasıdır. Üçüncü özellik, Sosyal Sigorta Kurumu'nun, sağlık hizmetlerini bütçeye dayalı sözleşmeler ya da hizmet başına ödeme yöntemine göre hastane ya da hekimlerden satın almasıdır. Dördüncü özellik ise maliyetlerin belirlenmiş oranlara göre çalışanlar ve işverenler tarafından karşılanması, devletin düzenleyici rolünü üstlenmesidir³⁵⁸.

Bismarck modelini uygulayan ülkeler arasında Almanya, Fransa, Avusturya, Belçika, Hollanda, İsviçre gibi ülkeler sayılmaktadır³⁵⁹.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili olarak birçok ayırım söz konusu olmakla beraber, genel olarak finansman yöntemleri iki alt başlık altında toplanmaktadır. Bunlar sırasıyla, doğrudan finansman yöntemi ile dolaylı finansman yöntemidir. Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti alan kişilerin, almış oldukları hizmetin karşılığını doğrudan kendileri tarafından ödenmesine dayanan bir ödeme türüdür. Bu yöntemde hizmeti talep eden kişi, ödemeyi hizmet arzını yapan kamu veya özel sağlık sunucularına bizzat kendisi yapmaktadır. Dolaylı finansman yönteminde, sunulan hizmet bedelinin ödenmesini gerçekleştiren bir finans kuruluşu bulunmaktadır.

³⁵⁵ Mehtap Tatar, "Genel Sağlık Sigortası: Türkiye Uygulamalarının Teoride ve Uluslararası Uygulamalardaki Yeri", *Makro Bakış*, 2006, Sayı 2, s. 6.

³⁵⁶ Tatar, *a.g.m.*, s. 6.

³⁵⁷ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 233.

³⁵⁸ Tatar, *a.g.m.*, s. 6.

³⁵⁹ Tatar, *a.g.m.*, s. 6.

Yani hizmeti alan kişiler, hizmeti sunan kişilere herhangi bir ücret ödememektedir. Hizmet sunucuları, hizmetlerinin karşılığını kamu ve özel sağlık sigortalarından karşılamaktadır. Dolaylı finansman yöntemi içerisindeki sağlık hizmeti harcamalarının finansmanı, devlet tarafından toplanan vergilerden aktarılan paylar, çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primler, bireyler tarafından sağlanan özel sigorta katkıları ve bağışlardan oluşmaktadır³⁶⁰.

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Her devlet için standart ve tek bir örgütlenme modelinden bahsetmek, literatüre göre hatalı bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle her devletin kendisine has çeşitli özelliklerinin etkisiyle oluşabilecek örgütlenme modellerinden söz edilmektedir. Özellikle devletlerin sağlık hizmetleri alanındaki örgütlenme yapısının oluşmasında siyasi politikaların, bilimsel verilerin, ülkenin sosyal, ekonomik ve kültürel koşullarının etkili olduğu vurgulanmaktadır³⁶¹.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ile ilgili olarak bir takım ilkeler öne çıkmaktadır. Bunlar sosyal eşitlik, birinci basamak sağlık hizmetleri, sürekli hizmet, bütünleştirilmiş sağlık hizmetleri, koruyucu hizmetlere öncelik, kademeli sevk sistemi, sektörler arası işbirliği, ana ve çocuk sağlığına öncelik ve ekip hizmetidir³⁶².

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde en belirleyici nokta, sosyal güvenlik politikalarının sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili ilkeleridir. Sosyal güvenlik politikası, daha çok hizmet talep eden kişilerin talep ettikleri hizmetlerin bedelini ödemesi yönünde ise özel sektör ağırlıklı ve serbest piyasa modeli doğrultusunda oluşmuş bir yapı mevcut olmaktadır. Aksine sistem içerisinde hizmet talep eden kişilerin hizmet bedellerinin devlet tarafından finanse edileceği benimsenmiş ise kamu ağırlıklı bir yapının varlığından bahsedilebilir³⁶³.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi kapsamında genel olarak, kamu ve özel örgütlenme modeli yer almaktadır. Devlet içerisindeki politikalara bağlı olmak üzere bu örgütlenme modellerinden birisi tek başına ve saf olarak uygulanabilirken, iki modelin

³⁶⁰ Ateş, a.g.e., s. 18-19.

³⁶¹ Nusret Fişek, *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, Ankara, 1985, s. 118.

³⁶² Ateş, a.g.e., s. 24-29.

³⁶³ Fişek, a.g.e., s. 113.

birlikte kullanılma olanağı da mevcuttur. Kamusal örgütlenme modelinde, sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak kamusal örgüt ve birimleri tarafından sunulmaktadır. Özel örgütlenme modelinde ise örgütlenme ve hizmet sunumunda ağırlık özel girişim doğrultusunda oluşmuş özel hizmet sunumunu gerçekleştiren kurum ve kuruluşlar yer almaktadır³⁶⁴.

Sosyal refah devleti anlayışı kapsamında kapitalist devletin, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında ağırlıklı olarak rol oynamaya başladığı dönemde, ABD haricindeki merkez kapitalist ülkelerdeki sağlık sistemlerinin kapsayıcı tip sağlık sistemlerine dönüştüğü belirtilmektedir. Bu durumun, refah devletinin düzenleyici ve iktisadi yaşam içindeki rolünün ne denli aktif bir düzeyde sağlık sektörüne yansıdığını gösterdiği ifade edilmektedir³⁶⁵.

Sağlık hizmetleri ile ilgili ifade edilen bu genel bilgiler sonrasında, çalışmanın özel alanını teşkil eden Türkiye’de sağlık hizmetleri konusu detaylı bir şekilde incelemeye tabi tutulacaktır.

2.TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye’de sağlık hizmetleri başlığı altında sağlık hizmetlerinin gelişimi, örgütlenmesi, finansmanı ve sağlık sektöründe yaşanan sorunlar incelenmeye çalışılacaktır. Bahsedilen hususlar çalışmanın akışı sebebiyle, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ortaya konulduğu 2003 yılı öncesine ait sağlık hizmetlerine yöneliktir.

2.1.Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi, Cumhuriyet öncesi dönem ve Cumhuriyet dönemi olmak üzere ikiye ayrılabilir.

³⁶⁴ Recep Akdur, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara, 1999, www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslama.pdf, (25.10.2011), s. 9.

³⁶⁵ İbrahim Sevim, “1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2006, s. 56; Orhan Koçak - Davut Tiryaki, “Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2011, Sayı 19, s. 54.

2.1.1.Cumhuriyet Öncesi Dönem

Türkler, tarih boyunca Anadolu’da sağlık kuruluşları ile tıp eğitim tesisleri kurmuş, tıp tarihi ile kendi tarihleri arasında bir bağlantının kurulabileceğini göstermişlerdir. 11. yüzyılda oluşturulan medreselerin, ilerleyen süreç içerisinde Türklerin hâkim olduğu bütün İslam ülkelerinde birçok bilim adamı ve devlet büyükleri tarafından çoğaltıldığı bilinmektedir. Darüşşifalar, medrese türlerinden birisi olarak, Türklerde tıp eğitim ve öğretiminin verildiği önemli kurumların başlangıcını oluşturmaktadır³⁶⁶.

Anadolu’da sağlık hizmetleri ve hekimlik kurumuna verilen önem doğrultusunda, Selçuklular ve Osmanlılar döneminde şifaiye, bimarhane, darüşşifa ve maristan gibi isimlerle kurulan hastanelerde, hastaların tedavilerinin ücretsiz olarak sağlanmasına ek olarak usta çırak ilişkisi çerçevesinde hekim ve diğer sağlık personelinin yetiştirilmesi yoluna gidilmiştir³⁶⁷.

Anadolu’da ilk önemli hastane, 1108-1122 tarihleri arasında Mardin’de Artukoğullarından Eminüddin tarafından, ikinci önemli hastane ise 1205 yılında Kayseri’de Darüşşifa ve Tıp Mektebi olarak Selçuklu hükümdarı Gıyasettin Keyhüsrev tarafından yaptırılmıştır³⁶⁸. Yine Anadolu Türkleri tarafından bu hastanelerin ardından Sivas, Divriği, Konya, Çankırı, Kastamonu, Akşehir, Erzurum, Erzincan ve Amasya’da hastaneler kurulmuştur³⁶⁹.

Osmanlı Devleti döneminde, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Aynı zamanda kimsesiz ve yoksullar için, padişah ve yakınlarının hayra yönelik kurdukları hastane ve şifa evleri ile askeri tabipler ve özel nitelikli vakıflarca da bir kısım sağlık hizmetleri sunulma yoluna gidilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetleri, cerrah ve tabiplerden ücret karşılığında özel olarak alınabilmıştır³⁷⁰.

Osmanlı’da devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atanma yetkisi Reisul Etibba (Hekim Baş) kurumuna aittir. 1469 yılında

³⁶⁶ Erol Düren, “Türk Tıbbının Geçmişte ve Bugün, Batı ile Doğu Arasında Köprü Görevi”, İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, 1980, Cilt 43, Sayı 3, s. 655-656.

³⁶⁷ Demirbilek, *a.g.e.*, s. 71.

³⁶⁸ Demirbilek, *a.g.e.*, s. 72.

³⁶⁹ Fişek, *a.g.e.*, s. 155.

³⁷⁰ Akdur, 2003, s. 23.

Fatih Sultan Mehmet, Hekimbaşılarına saraydaki hizmetleri yanında tüm ülkenin sağlık hizmetini yönetme sorumluluğunu da vermiştir. 1849 yılına kadar 380 yıl süren Hekimbaşılik döneminde 46 Hekimbaşı hizmet görmüştür³⁷¹.

1849 yılında hekimbaşılik kaldırılarak bu kurumun yetkileri 1850 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine (Tıp Okulu Bakanlığı) verilmiştir. 1862 yılında Tıp mesleklerinin icra edilebilmesi için İstanbul ya da yabancı ülkelerdeki tıp okullarından diploma almış olma ve diplomaların tescil ettirilmesi zorunluluğunu getiren bir tüzük çıkarılmıştır. Bu alanda 1870 tarihli bir tüzükle Tıp Okulu Bakanlığına bağlı Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıp İşleri Bakanlığı) kurulmuştur³⁷².

1871 yılında yurt içerisinde sağlık hizmetlerini hükümet eli ile etkili bir şekilde yürütmek için Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğü çıkarılmıştır. Bu tüzükle birlikte, illerde ve livalarda sıhhiye müfettişlikleri (sağlık müfettişlikleri), ilçelerde ise memleket tabiplikleri (memleket hekimlikleri) oluşturulmuştur. Sivil Tıp İşleri Bakanlığı ile doğrudan yazışma hakkına sahip olan memleket hekimlerinin görevleri arasında, bulaşıcı hastalıklar, aşı uygulama, maddi açıdan ayırt etmeksizin hastalara bakma, bölgelerindeki hastane ve eczaneleri teftiş etme ve adli tıp hizmetlerini yürütme gibi birtakım görevler yer almıştır. Sunulan bu hizmetler içerisinde aşı ve hasta tedavi etme hizmetleri ücretsiz sunulmaktaydı³⁷³.

1914 yılında sağlık hizmetlerini yönetme görevi Dâhiliye Nezaretine bağlı olarak kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi'ne (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü) verilmiştir³⁷⁴.

2.1.2.Cumhuriyet Dönemi

Sağlık hizmetleri, TBMM'nin açılması ile birlikte öncelikli devlet görevleri arasında yerini almıştır. TBMM, 3 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 Sayılı Yasa³⁷⁵ ile

³⁷¹ Fişek, *a.g.e.*, s. 157.

³⁷² Fişek, *a.g.e.*, s. 157-158.

³⁷³ Fişek, *a.g.e.*, s. 158.

³⁷⁴ Fişek, *a.g.e.*, s. 158; Tolga Ersoy, "Parti Programlarında Sağlık Konusu-1 (1908-1923)", *Toplum ve Hekim*, 1995, Sayı 68, Temmuz-Ağustos, s. 54-56.

³⁷⁵ TBMM, "3 Sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun", http://www.tbmm.gov.tr/kultursanat/yayinlar/yayin001/001_00_008.pdf, (15.09.2013).

Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti'ni kurmuş, sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlık tarafından yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir³⁷⁶.

TBMM açıldıktan hemen sonra ilk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar görevlendirilmiştir. Adıvar, öncelikle İstanbul Hükümeti Sağlık Örgütünün bütün kanun ve nizamnamelerini temin etmiş, tüm ülkede görev yapan hekimlerin listesini oluşturmuş ve küçük bir merkez örgütü kurarak taşrada mevcut sağlık hizmetlerini sunan birimlerin ve görevlilerin görevlerine devam etmelerini sağlamıştır³⁷⁷.

Cumhuriyet sonrası sağlık hizmetleri ve sağlık politikaları³⁷⁸ özellikleri itibariyle 5 ayrı dönem halinde incelenebilir³⁷⁹.

2.1.2.1.Refik Saydam Dönemi

Türkiye'de sağlık hizmetleri 1923 yılında hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebeden oluşan bir yapı tarafından sunulmaktaydı³⁸⁰.

Adnan Adıvar'dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür. Bu dönem içerisinde benimsenen ilkeler ve gerçekleştirilen uygulamalar Türkiye'nin sağlık politikasının temellerini oluşturmuştur³⁸¹.

Bu dönem içerisinde bir takım kanuni düzenlemeler yapılmıştır. 1928 yılında 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun³⁸² çıkartılmıştır. Bu kanunla sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve sağlık hizmetleri

³⁷⁶ Akdur, 2003, s. 24.

³⁷⁷ Yusuf Ekrem Özdemir, "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları - Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları", *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı*, 2001, Sayı 39, Mayıs-Haziran, s. 258.

³⁷⁸ Türk sağlık politikalarının tasnifi ile ilgili çeşitlilikler bulunmaktadır. Mehtap Tatar, Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teorik ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış isimli çalışmada, Türk sağlık politikalarını üç dönemde incelemektedir. Buna göre 1929-1961 yılları arasında Birinci Dönem, 1961-1990 yılları arasında İkinci Dönem, 1990 ve sonrasını ise Üçüncü Dönem olarak ele almakta ve değerlendirmektedir. Tatar, 2007, s. 419-431.

³⁷⁹ Akdur, 2003, s. 25-32.

³⁸⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, Ed. Recep Akdağ, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, Ankara, 2008, s. 13.

³⁸¹ Akdur, 2003, s. 25; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, *Dr.Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40.Yılı Anısına*, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1982.

³⁸² 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, R.G. Tarihi: 04.04.1928 Sayısı: 863.

disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu³⁸³ çıkarılmış ve böylece sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise 3017 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu³⁸⁴ çıkarılarak Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanmış, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Başta bu üç kanun olmak üzere çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur³⁸⁵.

Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarının dört temel ilke üzerinden şekillendirildiği görülmektedir. Bu ilkelerden birincisi, sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesidir. İkinci ilke, koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılmasıdır. Üçüncü ilke, sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulamasının getirilmesidir. Son ilke ise sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılmasıdır³⁸⁶.

Bahsedilen ilkelerin etkisiyle sağlık hizmetlerinin sunumunda bir takım değişiklikler söz konusu olmuştur. Bu değişikliklerden ilki, sağlık hizmetlerinin geniş bölgede tek amaçlı hizmet/dikey örgütlenme modeli ile sunulmasıdır. İkinci olarak yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabibi olması hedeflenmiştir. Bir diğer değişim, nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924'te 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları arttırılmış ancak serbest çalışmaları yasaklanmıştır. Son olarak ise illere rehber olmak üzere ilk olarak 1924'te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936'da Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. Daha sonraki yıllarda tamamlanan Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile sayı yediye çıkarılmıştır³⁸⁷.

³⁸³ 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Kabul Tarihi: 24/4/1930, R.G. Tarih: 6/5/1930 Sayı: 1489.

³⁸⁴ 3017 Sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu, Kabul Tarihi: 9/6/1936, R.G. Tarih: 23.06.1936 Sayı: 3337.

³⁸⁵ Akdur, 2003, s. 25-26.

³⁸⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, Yayın No:770, Kasım, Ankara, 2008, s. 15.

³⁸⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008, s. 15.

2.1.2.2.Behçet Uz Planı

Sağlık hizmetleri alanında Dr. Saydam Dönemi'nden sonraki ilk önemli girişim, 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe konulan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir³⁸⁸. Ancak yoğun bir çalışma sonucunda hazırlanan bu plan kanunlaşmadan, Dr. Behçet Uz Sağlık Bakanlığında ayrılmak durumunda kalmıştır³⁸⁹.

Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nda, modern sağlık yönetiminin temel prensiplerinden olan tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin aynı örgüte verilmesi ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulması hususlarının kabul edildiği görülmektedir. Dr. Behçet Uz'dan sonra gelen Sağlık Bakanları, bu planı rafa kaldırmış ve planı farklılaştırarak uygulama yolunu tercih etmiştir³⁹⁰.

2.1.2.3.Demokrat Parti Uygulamaları

Demokrat Parti'nin iktidarda olduğu süreç içerisinde Refik Saydam'ın sağlık idaresi kapsamında ortaya koyduğu prensiplerde önemli bir değişiklik söz konusu olmuştur³⁹¹. Bu önemli değişiklik, 6134 sayılı yasa³⁹² ile il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı tüm hastanelerin merkezileştirilerek Sağlık Bakanlığı'na bağlanmasıdır³⁹³. Bu kararlar birlikte, hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesi, hasta tedavisi hizmet standardının yükseltilmesi, her il halkına eşit imkan sağlanması, tedavi ve koruyucu hizmetlerin bir arada yürütülmesi gibi bir takım hususların gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır³⁹⁴.

³⁸⁸ Akdur, 2003, s.26.

³⁸⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008, s. 15.

³⁹⁰ Fişek, *a.g.e.*, s. 162.

³⁹¹ Fişek, *a.g.e.*, s. 162-163.

³⁹² 6134 sayılı Özel İdare Hastanelerinin Muvazenei Umumiyyeye Devri Ve 4862 Sayılı Kanuna Bağlı (1) Ve (2) Sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, R.G. Tarihi: 15.07.1953 Sayı: 8458.

³⁹³ Akdur, 2003, s. 27-28.

³⁹⁴ Fişek, *a.g.e.*, s. 163.

Demokrat Parti iktidarının sağlık politikalarında hastaneciliğin gelişmesine büyük önem verildiği ifade edilmektedir. Bu bağlamda il ve ilçe hastanelerinin açılmasının hızlandırıldığı, yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli gelişmelerin kaydedildiği belirtilmektedir. Diğer taraftan hastanelerin ön plana çıkarılmasının, birinci basamak ile koruyucu hizmetlerin öncelikli durumunu kaybettirdiği, bu hizmetlerin gerilemese bile arka plana itildiği ve ihmal edildiği yönünde de değerlendirmelere rastlanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumu noktasında kamunun yanında özel sektör hastanelerinin yaygınlaşmasına da sıcak bakıldığı dile getirilmektedir. Bunun nedeninin, liberal politikaların sağlık alanında da etkili olmaya başlaması olduğu ifade edilmiştir³⁹⁵.

Demokrat Parti iktidarı dönemindeki bir başka gelişme, Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması için çalışmalar başlatılmasıdır. Bu konuda yapılan çeşitli çalışmalar sonrasında, GSS sisteminin ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayacağına, ücret karşılığı çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine yönelik bir sonuç ortaya konulmuştur. Bu doğrultuda 1945 yılında kurulan İşçi Sigorta Kurumu, işçilere sağlık sigortası hizmeti sunması için görevlendirilmiştir³⁹⁶.

2.1.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme ve Planlı Dönem (1961-1982)

27 Mayıs 1960 tarihi Türkiye Cumhuriyeti'nin önemli eşiklerinden birisi olarak değerlendirilmektedir. Bu tarihte sivil siyasetçilerin yerini devlet yönetimine el koyan askerler almıştır. Askeri yönetim, sağlık alanında teşkilatın yeniden yapılanması, milli ilaç endüstrisi, tıp araç ve gereçleri endüstrisinin kurulması ve yeterli sağlık personelinin yetiştirilmesi gibi bazı hizmetleri hayata geçirmek ve sağlık işlerini devletleştirmek istemiştir³⁹⁷.

³⁹⁵ Akdur, 2003, s. 28.

³⁹⁶ Nusret Fişek, "T.C. Hükümetlerinde Sağlık Politikaları", *Toplum Ve Hekim*, 1991, Sayı 48, Aralık, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html, (15.09.2013).

³⁹⁷ Erdem Aydın, *Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi*, 1. Baskı, Natürel Kitap Yayıncılık, Ankara, 2004, s. 77.

Bu süreçte sektörler arası bir yapılanma olarak kurulan Devlet Planlama Teşkilatı'nın koordinasyonu altında sağlık sektörü de dahil edilmek üzere tüm sektörler yeniden düzenlenmiştir³⁹⁸.

1961 Anayasası'nın kabulü³⁹⁹ ile Sosyal Güvenlik başlığı altında herkesin, sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, bu hakkın sağlanması için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilâtı kurulmasının ve kurdurulmasının devletin ödevleri arasında yer aldığı ifade edilmiştir⁴⁰⁰. Sağlık Hakkı'nı düzenleyen 49. madde ise devletin, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevli olduğunun altını çizmiş, devletin, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alacağını ifade etmiştir⁴⁰¹.

1961 Anayasası doğrultusunda hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı içerisinde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak bazı değerlendirmelerde bulunulmuş ve bu konudaki hedefler sıralanmıştır. Plan'a göre sağlık hizmetlerinde, Türkiye'de sağlık seviyesini yükseltmek amacı ile çevre sağlık şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması gibi hedefler yer almıştır. Plan'a göre sağlık programları, tedavi edici hekimliği plânlamasında çok pahalı ve yetersiz olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak olan bir sisteme doğru yönelecektir. Hastanecilik bu sistemin tamamlayıcı bir unsuru olarak ele alınacaktır⁴⁰².

İşte bu hedefler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin çerçevesini değiştirmek amacıyla 5 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun⁴⁰³ kabul edilmiştir. Bu kanun, ilk kez 1963 yılında Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır. Uygulama her yıl birkaç ile yayılarak 1979 yılında kanunun uygulandığı il sayısı 45'e yükselmiştir⁴⁰⁴.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un temel amacı, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık

³⁹⁸ Gül Ergör - Zafer Öztekin, "The Development of National Health Policy in Turkey", Ed. Anna Ritsatakis vd., *Exploring Health Policy Development in Europe*, WHO Regional Publications, European Series, No.86, Copenhagen, 2000, p. 195.

³⁹⁹ 334 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Kanunu, Kabul Tarihi: 9/7/1961 R.G. Tarih: 20/7/1961 Sayısı: 10859.

⁴⁰⁰ 1961 Anayasası, <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>, (15.09.2013), 48.Madde.

⁴⁰¹ 1961 Anayasası, 49.Madde.

⁴⁰² DPT, *I. Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Ankara, 1963, s. 39.

⁴⁰³ 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kabul Tarihi: 5.1.1961, R.G. Tarihi: 12.01.1961 Sayısı: 10705.

⁴⁰⁴ Fişek, *a.g.e.*, s. 164.

hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde gerçekleşmesini sağlamak amacıyla tıp ve sağlık hizmetlerinin hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilmesi olarak ifade edilmiştir⁴⁰⁵.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un getirdiği yenilikler arasında herkesin her çeşit sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan hizmetin bir kısmına iştirak etmesi suretiyle eşit şekilde yararlanması (Madde 2), hekimlerin kamu sektöründe görev almak zorunda olmaması (Madde 4), ilk basamak tedavi hekimliğinin örgütlenmesi (Madde 10), kamu sektöründe çalışan hekimlerin serbest meslek icra edememesi, mukavele ile istihdam edilmesi (Madde 3 ve 26), kamu sektöründe tüm sağlık hizmetlerinin (silahlı kuvvetler hariç) tek elde ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda çatısı altında toplanması (Madde 8), kanunun verdiği haklardan yararlanmak isteyen hastaların acil durum hariç ilk olarak sağlık ocağına başvurması, sağlık ocağı hekiminin gerekli gördüğü takdirde hastanın hastaneye gönderilmesi (Madde 13), hastane uzmanlarının sağlık ocağı personelini sürekli eğitime tabi tutması (Madde 12), sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti teşkilatı ile halk arasındaki ilişkinin temin edilmesi amacıyla işbirliği kurullarının oluşturulması (Madde 23), sağlık ocağı düzeyinde koruyucu hekimlik ile ilk basamak tedavi hekimliğinin entegre edilmesi ve bir ekip hizmeti olarak örgütlenmesi (Madde 10), hastalara ilaç ve tedavi araçlarının, bütçenin elverdiği oranda ücretsiz sunulması ve hangi ilaç ve araçların ücretsiz sunulacağının her yıl Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından belirlenmesi (Madde 16) ile Kanunun her yıl bir kısım illerde uygulanması suretiyle kademeli olarak 15 yılda tüm ülkede uygulamaya geçirilmesi gibi önemli hususlar yer almaktadır (Madde 18 ve 20)⁴⁰⁶.

224 sayılı Kanun'da, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımın doğuştan kazanılmış bir hak olduğu ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu Kanun ile sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi ve tek elden yurda yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır. Ancak izleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların politikaları ile Kanun'da benimsenen politikalar arasında bir paralellik söz konusu olmamıştır⁴⁰⁷.

⁴⁰⁵ 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961, 1.Madde.

⁴⁰⁶ Fişek, *a.g.e.*, s. 170-171; 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961, Madde 2, 4, 3, 8, 10, 12, 13, 16, 23, 26.

⁴⁰⁷ Akdur, 2003, s. 29.

1968-1972 yılları arasında uygulanan İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, halkın sağlık standartlarının belirli bir seviyeye ulaştırılması, sağlık personelinin ve hizmetlerinin eşit şekilde dağıtılması, koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık verilmesi, sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi, özel teşebbüsün sağlık tesislerini yapmasının teşvik edilmesi gibi hedefler belirtilmiştir. Plan döneminde sosyalleştirme uygulamalarına da ağırlık verilmiştir⁴⁰⁸.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973 ile 1977 yılları arasını kapsamaktadır. Plan içerisinde ilk olarak, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili kurumsal özellikler ifade edilmiş ve toplum hayatını ilgilendiren sağlık konularında benimsenecek ilke ve önlemler belirtilmiştir. Bu plana göre sağlık hizmetleri, ülkenin ihtiyaçlarını tam olarak karşılayacak yaygınlık, nitelik ve nicelik özellikleri açısından yeterli değildir. Bu bağlamda ülke düzeyinde sağlık şartlarının iyileştirilmesi temel amaç olarak ifade edilmektedir⁴⁰⁹.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın hedefleri arasında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının tüm yurtda uygulanacak şekilde ele alınması, tek amaca yönelik birimlerin çok yönlü hizmet birimlerine dönüştürülmesi, sunulan hizmetin düzeyinin yükseltilmesi, hastane ve yatak sayısı anlamında var olan potansiyelin iyileştirilmesi gibi hususlara yer verilmiştir⁴¹⁰. Plan'da sağlık sigortasına sahip olmayan kişilerin sağlık ihtiyaçlarının devlet tarafından karşılanacağı ifadesine yer verilmiş olup, Genel Sağlık Sigortası gündeme getirilmiştir. Bu dönemin önemli gelişmelerinden biri de, kamu kesiminde çalışan hekimlerin sorumluluklarını ve çalışma koşullarını belirleyen 2162 Sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun⁴¹¹,un 1978 yılında yürürlüğe girmesi olmuştur. Bu kanunun etkin bir şekilde uygulanmasıyla, özellikle yataklı tedavi kurumlarında hekim eksikliğinden kaynaklanan düşük kapasite kullanımına çözüm getirmek amaçlanmıştır. Ancak bu kanun 1980 yılında kaldırılmıştır⁴¹².

⁴⁰⁸ DPT, II. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972), Ankara, 1967, s. 215.

⁴⁰⁹ DPT, III. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977), Ankara, 1973, s. 111-150.

⁴¹⁰ DPT, IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), 1978, s. 465-469.

⁴¹¹ 2162 Sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Kabul Tarihi: 29.6.1978 R.G. Tarihi: 9.7.1978 Sayısı: 16341.

⁴¹² Fazıl Tekin, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 1987, Cilt 5, Sayı:1, s. 268.

1981 yılında 2514 Sayılı Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Getiren Kanun⁴¹³, mevcut hekim açığı ve dengesiz dağılımını gidermek amacıyla yürürlüğe konulmuştur. Bu kanun, tıp fakültesi mezunlarına iki yıl süreyle mecburi hizmet yükümlülüğü getirmiştir. Bu uygulama çok fazla eleştirilmesine rağmen, ülke genelinde özellikle geri kalmış bölgelerde hekim açığının büyük ölçüde ortadan kalkmasını sağlamıştır⁴¹⁴.

2.1.2.5. Sağlık Reformları Dönemi (1983-2003)

1980’li yılların başından itibaren dünyada çok yönlü bir dönüşüm yaşanmaktadır. Bu dönüşüm, sanayi toplumundan bilgi toplumuna, Fordist üretimden esnek üretime, ulus devletler dünyasından küreselleşmiş dünyaya, modernist düşünceden post modern dünyaya geçişi simgelemektedir. Bu dönüşüm sürecinde bireyle devlet arasındaki ilişki biçimi de değişmiş, yönetim (government) kavramı yerine “yönetişim” (governance) kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Bütün bu dönüşüm çabaları yenedünya düzeni kavramı ile ifade edilmektedir. Yenedünya düzeni, yapısal uyum ve piyasa reformlarını gündeme getirmiş, bütün dünyada devletin iktisadi yaşamdaki rolünü azaltma ve özelleştirme çabalarını gündeme getirmiştir⁴¹⁵.

1980 sonrası, Türkiye için siyasal, yönetsel ve kültürel değişimlerin yaşandığı dönemdir. Bu döneme kadar devletçilik ilkesine göre yürütülen sağlık hizmetleri 20 Ocak 1980 kararlarıyla başlayan süreçte somut bir değişim sürecine girmiş, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinde piyasanın arz ve talep kurallarını öne çıkaran bir politika izlenmeye başlanmıştır. Böylece, sağlık hizmetlerinde Aktif Özelleştirme Dönemi şeklinde ifade edilen bir döneme geçilmiştir⁴¹⁶.

Milli Güvenlik Kurulu (MGK), 12 Eylül 1980 askeri darbesi sonrasında devlet yönetimini üstlenmiş ve sağlık alanında çeşitli uygulamalar gerçekleştirmiştir. Bu uygulamalar genel anlamda anayasal, yasal ve ekonomik düzenlemeler olarak sınıflandırılabilir. Bu bağlamda anayasal açıdan Türk sağlık politikalarını etkileyen ilk

⁴¹³ 2514 Sayılı Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Getiren Kanun, R.G. Tarihi: 25.8.1981 Sayısı: 17439.

⁴¹⁴ Özdemir, 2001, s. 274.

⁴¹⁵ DPT, *VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı: Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara, 2000, s. 11.

⁴¹⁶ Akdur, 2003, s. 30.

önemli değişiklik, yeni Anayasa ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden tanımlanmasıydı. 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde *“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, 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”*⁴¹⁷ hükmü ile devletin sorumlu değil düzenleyici olduğu ifade edilmiştir⁴¹⁸.

MGK yönetimi döneminde, sağlık personelinin çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirme amacıyla çıkarılan 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun'un hizmet ihtiyaçlarını karşılamaması ve devleti gereksiz mali külfete soktuğu gerekçesiyle 31.12.1980 tarihli ve 2368 sayılı Kanun⁴¹⁹ ile yürürlükten kaldırılmıştır. Bu dönemde ikinci önemli uygulama, kırsal kesimlerdeki personel açıklarının giderilmesi amacıyla hekimlere 4 yıl boyunca mecburi hizmet yükümlülüğünün getirilmesidir⁴²⁰. Bununla birlikte Adli Tıp Kurumu Kanunu⁴²¹, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanunu⁴²² ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu⁴²³ gibi yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir⁴²⁴.

MGK yönetimi döneminde, ekonomik anlamda 24 Ocak kararlarıyla başlatılan program doğrultusunda sağlık alanında özel sektörün desteklenmesine yönelik kısmi düzenlemeler yapılarak, sağlık yatırımları teşvik altına alınmıştır. Bununla birlikte kamudan özel sektöre fon aktarılması da ekonomik anlamda uygulanan hususlardan bir diğeridir. Aynı zamanda Genel Sağlık Sigortası uygulamasının dile getirilmesi ve

⁴¹⁷ 2709 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Kanunu, Kabul Tarihi: 18.10.1982, R.G. Tarihi: 9.11.1982 Sayısı: 17863 (Mükerrer), 56.Madde.

⁴¹⁸ Ata Soyer, “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, *Praksis*, 2003, Sayı 9, s. 304-305.

⁴¹⁹ 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, R.G. Tarihi: 31.12.1980 Sayısı: 17207.

⁴²⁰ Ata Soyer, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: 1980–1995”, *Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi*, 1995, Cilt 4, s. 1114-1115.

⁴²¹ 2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu, R.G. Tarih: 20.04.1982 Sayısı: 17670.

⁴²² 2955 Sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yasası, R.G. Tarih: 19.11.1983 Sayısı: 18226.

⁴²³ 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, R. G. Tarih: 27.5.1983 Sayısı: 18059.

⁴²⁴ Soyer, *a.g.m*, s. 305.

herkesin belirli bedeller karşılığında sağlık hizmetlerinden faydalanması sağlık ekonomisine yönelik değişikliklerdendir⁴²⁵.

24 Ocak Ekonomik kararlarının oluşturulması sürecinde aktif rollerden birisini üstlenen DPT Müsteşarı Turgut Özal, 1983 Genel Seçimlerine Anavatan Partisi'nin (ANAP) başkanı olarak girmiş ve parti tek başına iktidar olmuştur. 1983-1987 yıllarını kapsayan Birinci ANAP Hükümetinin programında, 1980'li yıllarda izlenecek sağlık politikalarının temelleri ortaya konulmuştur. Sağlık hizmetlerinin vasıflı, güvenilir, kolay erişilebilir, formaliteden uzak ve ülke çapında dengeli bir şekilde yaygınlaştırılması, bütün vatandaşların sağlık sigortasına kavuşturulması, herkesin istediği hastaneden faydalanması, ilaç sektörünün geliştirilmesi ve rekabetin sağlanması gibi ilkeler, bu politikaların merkezinde yer almaktaydı⁴²⁶.

Bu ilkelere paralel olarak Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da sağlıkla ilgili bir takım hususlar ifade edilmiştir. Plan'da sağlık hizmetlerinde temel ilke, toplumun genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli, dengeli ve etkili bir şekilde herkese ve her yere ulaştırarak halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmesini sağlamak olarak ifade edilmiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak sağlık hizmetlerinin etkili, güvenilir, kolay erişilebilir bir niteliğe kavuşturulması ve yaygınlaştırılması, hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetlerinden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerine yönelinmesi ve hizmetlerin büyük şehirlerde birikmesinin önlenmesi, yataklı tedavi kurumlarında mevcut kapasitenin daha rasyonel, etkili ve verimli kullanılması dile getirilmiştir. Ayrıca hastane işletmeciliği açısından ise rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin kurulmasının önlenmesi, poliklinik hizmetlerinin belirli kriterlere bağlanması, idari hizmetler ve poliklinik birimlerinin hasta servislerinden ayrılması, büyük şehirlere hasta akımının önlenmesi amacıyla sağlık müracaat zincirinin sağlık ocaklarından başlayarak uygulamaya sokulması, bölge hastaneleri uygulamasının başlatılması, diğer planlardan farklı olarak özel sağlık müesseseleri ve hastanelerin teşvik edilmesi gibi hususlar ifade edilmiştir⁴²⁷.

⁴²⁵ Soyer, *a.g.m.*, s. 305-306.

⁴²⁶ Neşe Erdilek, "Hükümetler ve Programları", *Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi*, Cilt:4, İletişim Yayınları, 1995, s. 1046.

⁴²⁷ Devlet Planlama Teşkilatı, *V. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)*, DPT Yayını, Yayın No: 1974, Ankara, 1985, s. 151-152.

Türkiye'nin 1987 yılına kadarki sağlık politikaları ve örgütlenmesinde 1982 Anayasası'nda yer alan hükümlerin dışında önemli bir değişiklik olmamakla beraber, bu sektördeki sorunların artış gösterdiği belirtilebilir⁴²⁸. 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu⁴²⁹, sağlık hizmetlerinin 1980'li yıllarda başlayan yapısal dönüşümünün mimarı niteliğindedir⁴³⁰. Bu kanun, sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemek amacıyla çıkarılan ve Milli Savunma Bakanlığı hariç, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzelkişilerini ve gerçek kişileri kapsayan bir çerçeve içermektedir⁴³¹. Bu Kanun'la birlikte kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış, devletin her iki sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması anlayışı egemen kılınmış, kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş, gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış, sosyal güvenceye sahip olan herkesin kamu ya da özel istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı hale getirilmiştir. Bu Kanun'un bazı maddelerinin tabip odaları ve sağlık çalışanları örgütleri ile bazı siyasi partilerin tepkileri nedeniyle Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi, Kanun'un ANAP tarafından uygulanabilirliğini sorunlu hale getirmiştir⁴³².

ANAP iktidarının ikinci döneminde sağlık sektöründe dünyadaki gelişmelere paralel olarak reform hareketleri kapsamında iki çalışmadan bahsedilmektedir. Bu çalışmalardan ilki, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 1990 tarihli 2000 yılında Herkese Sağlık Türk Milli Sağlık Politikası'dır. İkinci çalışma ise DPT tarafından 1989 yılında sağlık sektöründeki sorunları ve alternatif çözümleri belirlemek amacıyla Price Waterhouse'a yaptırılarak 1991 yılında yayınlanan Sağlık Master Planı⁴³³,dır⁴³⁴. Yine ANAP iktidarında Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Yasası⁴³⁵ çıkartılarak bu doğrultuda vakıflar kurulmuş ve toplumdaki muhtaç kişilere yardım amaçlanmıştır⁴³⁶.

⁴²⁸ Uysal Kerman, *Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık*, Ankara Tabip Odası Yayını, Ankara, 2004, s. 10.

⁴²⁹ 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kabul Tarihi: 7/5/1987, R.G. Tarihi: 15/5/1987 Sayısı: 19461.

⁴³⁰ Soyer, *a.g.m.*, s. 307.

⁴³¹ 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/19461.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/19461.pdf> (15.09.2013), s. 1.

⁴³² Soyer, *a.g.m.*, s. 307-308.

⁴³³ DPT, *Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü, Nihai Rapor*, Ankara, 1990.

⁴³⁴ Soyer, *a.g.m.*, s. 308; Yusuf Ekrem Özdemir, "Sağlık Reformları -1980 ve 90'lı Yılların Sağlık Politikaları", *Yeni Türkiye Sağlık-1*, 2001, Cilt 39, s. 282-283.

⁴³⁵ 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu, R.G. Tarihi: 14.6.1986 Sayısı: 19134.

⁴³⁶ Soyer, *a.g.m.*, s. 308-309.

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1990-1994) diğer kalkınma planlarında olduğu gibi sağlıkla ilgili ilkeler ve politikalara yer verilmiştir. Planda sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak amacıyla sağlık ana planının hazırlanması, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı hizmetlerinin etkinleştirilmesi, modern işletmecilik anlayışı doğrultusunda yönetimin sağlanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinden başlayarak hasta sevk sisteminin kurulması, sağlık hizmetlerinin finansmanında özel kesimden yararlanılması, sağlık mevzuatının günün koşullarına göre yeniden düzenlenmesi gibi ilkeler öne çıkarılmıştır⁴³⁷.

Temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği arttıracak önlemleri almak ve Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetsel kapasitesini arttırmak gibi bir takım amaçlar doğrultusunda 16.08.1990 tarihinde Dünya Bankası ile bir Sağlık Projesi anlaşması imzalanmıştır. Bu proje, 8 ili kapsamış ve finansmanında Dünya Bankası'nın katkısı olmuştur⁴³⁸. 1991 yılında başlatılan ve Ankara, Diyarbakır, Mardin, Muğla, Sivas, Tokat, Yozgat ve İstanbul illerinde yürütülen bu projenin toplam bütçesi 147,47 milyon ABD Doları olup, %51'i Dünya Bankası, %49'u ise Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından finanse edilmiştir⁴³⁹.

1991 yılında yapılan Genel Seçimlerle birlikte ANAP hükümetleri dönemi sona ermiştir. Yapılan seçimler sonucunda DYP-SHP Koalisyon hükümeti kurulmuştur. Hükümet programında sağlık hizmetlerine yönelik süreklilik gösterecek ulusal bir sağlık politikasının geliştirilmesi, temel sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde yaygınlaştırılması ve etkinliğinin artırılması, birinci basamak sağlık hizmet birimlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması, sağlık hizmetlerinin sunumunda sevk zinciri uygulamasına geçilmesi, nitelikli personel temininde sözleşmeli istihdam yönteminin uygulanması, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesi ve imkânı olmayanlara Yeşil Kart verilmesi gibi hususlara yer verilmiştir⁴⁴⁰.

⁴³⁷ DPT, VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994), Yayın No:2174, Ankara, 1989, s. 289-291.

⁴³⁸ Erdal Sargutan, *Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi*, Türk-İş Yayınları, Ankara, 1993, s. 30.

⁴³⁹ Ekrem Kutbay, "Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye", *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, 2002, Yıl 3, Sayı 11-12, s. 35.

⁴⁴⁰ TBMM, "49.Hükümet Programı", <http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP49.htm>, (29.03.2011).

1992-1993 yıllarında DYP-SHP koalisyon hükümeti tarafından Sağlık Reformu çalışmaları gündeme getirilmiştir. Bu reform çalışmalarının ekseninde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliği modelinin gündeme getirilmesi, kamu hastanelerinin özelleştirilmesi/işletmeleştirilmesi, sağlığın finansmanı konusunda genel sağlık sigortasına geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin söz sahibi edilmesi ve sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi gibi tartışmalı konular yer almıştır⁴⁴¹.

DYP-SHP hükümetinin sağlık reformu çalışmalarında dikkat çeken bir diğer nokta ise Bakanlık bürokrasisinin devre dışı bırakılarak sağlık alanındaki girişimleri Dünya Bankası politikaları doğrultusunda ortaya koyan Sağlık Reformu Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün kurulması ve bu birim aracılığıyla sağlık projelerinin geliştirilmesidir. Bu tür projelerin⁴⁴² başlangıcı ANAP hükümeti döneminde Dünya Bankası ile yapılan kredi anlaşmasına dayanmaktadır. Bu anlaşma doğrultusunda Dünya Bankası tarafından verilen kredi, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini desteklemek ve yönlendirmek amacıyla uygulamaya koyduğu programın bir parçası olarak görülmektedir. Anlaşma, devletin rolünü koruyucu sağlık hizmetleriyle sınırlandırarak, tedavi edici hizmetlerin özel sektör tarafından yerine getirilmesini öngörmektedir. Anlaşmaya göre, sağlık hizmetlerindeki özelleştirme üç aşamada gerçekleşecektir. İlk olarak, hastanelere daha geniş işletme özerkliği verilerek yerelleşme sağlanacaktır. Bu adımla, hizmetlerin etkinliğinin ve denetiminin sağlanması amaçlanmıştır. İkinci olarak, kamu kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması istenmektedir. Bu adım sosyal güvenlik sistemindeki düzenlemelerle pekiştirilmektedir. Üçüncü ve sonuncu adım ise doğrudan özelleştirme olacaktır. Bu süreçte Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü süreç içerisinde etkin bir rol alarak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi/ticarileşmesini yönlendirme görevini icra edecektir⁴⁴³.

⁴⁴¹ Soyer, *a.g.m.*, s. 312.

⁴⁴² Dünya Bankası ile yapılan kredi anlaşmaları ile yürürlüğe konan üç tane sağlık projesi bulunmaktadır. Bunlar, sırayla 7 Ekim 1990 tarih ve 20658 sayılı, 22 Aralık 1994 tarih ve 22149 sayılı, 17 Aralık 1997 tarih ve 23203 sayılı Resmi Gazete'lerde yayımlanmıştır. Soyer, *a.g.m.*, s. 312.

⁴⁴³ Soyer, 2003, s.312; Birgül Ayman Güler, *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi*, TODAİE, Ankara, 1996, s.110-112; Kutbay, *a.g.e.*, s.34-35.

23-27 Mart 1992’de I. Ulusal Sağlık Kongresi⁴⁴⁴ toplanmış ve reform çalışmalarının genel ilkelerini tartışmaya açmıştır. Kongre içerisinde reform ekseninde birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğine dayandırılması⁴⁴⁵ ve kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi⁴⁴⁶ ve zaman içinde özelleştirilmesi⁴⁴⁷ gibi önemli hususlar vurgulanmıştır.

Sağlık Reformu çalışmalarının tartışıldığı II. Ulusal Sağlık Kongresi, 12 ve 16 Nisan 1993 tarihleri arasında yapılmış ancak kongrede üzerinde uzlaşılan bir program elde edilmemiştir. Sağlık reformu çalışmaları bu kongreden sonra Bakanlık düzeyinde ve daha dar bir çerçevede sürdürülmüştür⁴⁴⁸.

Bu dönemdeki bir başka gelişme, 18.06.1992 tarih ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun⁴⁴⁹ ile yeşil kart uygulamasına geçilmesidir. Bu Kanun’un amacı, hiçbir sosyal güvenlik kuruluşu kapsamında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda olmayanların bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçinceye kadar devlet tarafından karşılanmasıdır⁴⁵⁰.

Hazırlıkları 1992-1993 yıllarında Sağlık Bakanlığı uzmanları ve proje yetkilileri ile yapılmış olan İkinci Sağlık Projesi, Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Dünya Bankası arasında 28 Eylül 1994 tarihinde imzalanan ve 22 Aralık 1994 tarih ve 22149 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 3805-TU no’lu İkraz Anlaşması’na dayanmaktadır. Bu proje, 1995-2001 yılları arasında kalkınmada 1. ve 2. derecede öncelikli illerde uygulanması planlanmış ve yaklaşık olarak 200 milyon ABD Dolarından oluşan bir

⁴⁴⁴ “Kongreye, sağlık meslek kuruluşları, çeşitli bakanlık, siyasi parti, özel sektör, üniversite temsilcileri, bilim adamları, gönüllü kuruluşlar, sendikalar, yerel yönetim temsilcileri, basın mensupları ve yabancı uzmanlar davet edilmiştir. Kongre Öncesinde katılımcılara ülkemizin sağlık açısından içinde bulunduğu durumu rakamlarla ve istatistiklerle gösteren kitap ile Sağlık Bakanlığının çözüm önerilerini kısaca anlatan "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı" ve tartışmaların daha sistemli yapabilmesi için hazırlanmış olan yüzlerce sorudan oluşan bir doküman gönderilmiştir. Beş gün süren kongre boyunca konular 500’e yakın katılımcı tarafından 34 ayrı çalışma grubunda tartışılmış ve her grup bir rapor hazırlamıştır. Kongre ertesinde bütün grup raporları bir kitap halinde yayınlanmış, daha sonra oluşturulan editörler grubu tarafından da "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı" haline getirilmiştir.” T.C. Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, Ankara, 1993, s. 8.

⁴⁴⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 1993, s. 51.

⁴⁴⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 1993, s. 51-52.

⁴⁴⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 1993, s. 52.

⁴⁴⁸ Özdemir, Sağlık Reformları -1980 ve 90’lı Yılların Sağlık Politikaları, s. 285.

⁴⁴⁹ 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, Kabul Tarihi: 18.6.1992, R.G. Tarihi: 3.7.1992 Sayısı: 21273.

⁴⁵⁰ 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/849,3816-sayili-odeme-gucu-olmayan-vatandaslarin-tedavi-gid-.pdf?0>, (10.04.2013), 1.Madde.

bütçe öngörülmüştür. Proje bütçesinin %75'i Dünya Bankası tarafından kredi kullanılarak finanse edilmiştir⁴⁵¹.

DYP-SHP hükümetinin sağlık hizmetlerine yönelik adımlarından biri de 5 Nisan 1994 kararlarıdır. Bu kararlarla devletin kamu sağlık kurumlarına katkısı, sadece personel giderlerini karşılayacak düzeye indirilmiştir. Bu durum devlet hastanelerinin hizmet sunumunda sıkıntılar yaşamasına yol açmıştır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili olarak 3359 sayılı Kanun'un uygulanmasını izah etmek amacıyla Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik⁴⁵² 11 Ocak 1995 tarihinde yayımlanmıştır. Yine bu süreçte mülkiyetin devredilmesi yöntemiyle özelleştirme konusundaki ilk adım atılmış ve döner sermayesi en karlı devlet hastaneleri arasında yer alan Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri, 3359 sayılı Kanun kapsamında 11.01.1995 tarihinde işletme haline getirilmiştir⁴⁵³.

Bu dönemin gelişmelerine paralel olarak 1995 yılında hazırlanarak kabul edilen ve 1996-2000 yıllarını kapsayan VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda devletin sağlık hizmetlerindeki rolü, koruyucu sağlık hizmetleri ve muhtaç durumdaki vatandaşlara destek sağlamakla sınırlandırılmıştır. Bunun dışındaki hizmetlerin özel sektör birimleri tarafından sunulması tavsiye edilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlık Reformları Projesi, bu plan içerisinde yer almıştır. Bu bağlamda Sağlık Reformları Projesinin ana ilkeleri olarak hizmeti sunanla finanse edenin birbirinden ayrılması, genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi, hastanelerin idari ve mali açıdan özerkleştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine geçilmesi, Sağlık Bakanlığının ülke genelinde sağlık politikalarını belirleyen ve destekleyen bir yapıya dönüştürülmesi ve hizmetin sunumunda yerel yönetimlerin rolünün artırılması gibi hususlar belirlenmiştir⁴⁵⁴.

1996 yılında kurulan RP-DYP koalisyon hükümetinin protokolünde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak devletin, temel sağlık hizmetlerini bedelsiz olarak sunmaya devam edecek olması, sağlık sigortası sisteminin yaygınlaştırılmasına paralel olarak hastanelerin özelleştirilmesi, prensip olarak herkesin pirim ödeyeceği sağlık sigorta

⁴⁵¹ Kutbay, *a.g.e.*, s. 35.

⁴⁵² Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarihi: 11/1/1995 Sayısı: 22168.

⁴⁵³ Soyer, *a.g.m.*, s. 313.

⁴⁵⁴ DPT, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), Ankara, 1995, s. 45-47.

sistemine aşamalı bir şekilde geçilmesi ve pirim ödeme gücü olmayanların priminin devletçe kurulacak bir fon tarafından karşılanması gibi hususlar benimsenmiştir⁴⁵⁵.

1997 yılında kurulan III. Yılmaz Hükümeti (ANAP-DSP-DTP-Bağımsızlar) programı içerisinde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak bazı temel hedefler belirlenmiştir. Buna göre sağlık sigortası ile emeklilik sigortasının birbirinden ayrılması ile tüm yurttaşların sağlık sigortasına kavuşturulması yönünde çaba gösterilecek, sağlık sistemi finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet arzı ve mevzuat boyutlarıyla yeniden düzenlenecek, özel sektör ve yerel yönetimlerin sağlık sektörüne yatırımları teşvik edilecektir. Bununla birlikte devlet, bütün vatandaşlar için sağlık evi, sağlık ocağı, ana çocuk sağlık merkezleri ve verem savaş dispanserlerinin vermekte olduğu temel sağlık hizmetlerini daha geniş vatandaş kitlesine ulaştırarak bedelsiz olarak sunulmasını sağlayacaktır⁴⁵⁶.

1999 ve 2002 yılları arasındaki Ecevit Hükümetleri döneminde ise vatandaşların sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanabilmelerinin sağlanması, aile hekimliği sisteminin özendirilmesi, genel ve kişisel sağlık sigortasının gerçekleştirilmesi, sağlık kurumlarının hizmet standartlarının yeniden belirlenmesi ve kamunun özel sağlık kurumlarından hizmet alımları ve denetimlerinin yeni kurallara bağlanması gibi hedefler dile getirilmiştir⁴⁵⁷.

2000 yılında kabul edilen VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlıkla ilgili mevcut durum tespiti yapıldıktan sonra bu alandaki amaçlar ve ilkeler sıralanmıştır. Bu ilkeler, sağlık hizmetlerinin eşitlik ve hakkaniyet içerisinde hasta haklarına saygılı bir şekilde toplumun tamamına sunulması, sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve kaynak tahsisinde maliyet etkili hizmetlere öncelik verilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre edilerek etkinleştirilmesi, sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması, herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkının sunulması, hasta sevk sisteminin geliştirilmesi, semt polikliniği uygulaması yeniden yapılandırılması, piyasa şartlarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının imkanlarından yararlanılması ve aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe

⁴⁵⁵ TBMM, “54. Hükümet Koalisyon Protokolü (28.06.1996-30.06.1997)” <http://www.tbmm.gov.tr/hukümetler/KP54.htm>, (04.04.2011).

⁴⁵⁶ 55. Hükümet Programı, <http://www.mysiyaset.com/TBMM/55-hukümet.asp>, (06.04.2011).

⁴⁵⁷ 57. Hükümet Programı, <http://www.mysiyaset.com/TBMM/57-hukümet.asp?wpg=kabine&did=basbakanlik.123512>, (06.04.2011).

kavuşturulması, hastanelerin kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilmesi, özel sektörün sağlık yatırımları ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetleri teşvik edilmesidir⁴⁵⁸.

1990'lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmaları ile gerçekleştirilmek istenen temel hususlar içerisinde sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren, sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması yer almaktadır⁴⁵⁹.

3 Kasım 2002 Milletvekili Genel Seçimleri ile iktidara gelen 58. Hükümet'in programında sağlık hizmetleri ile ilgili teşhislere yer verildikten sonra nitelikli bir sağlık hizmeti için yapılması gerekenler ifade edilmiştir. Buna göre devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımı kaldırılarak, hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacaktır. Sağlık Bakanlığı, oluşturulacak bu yeni sisteme göre yeniden yapılandırılacak, sağlık sektörüne rekabet getirilecektir. Sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır. Sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacaktır. Nüfusun tamamını kapsayacak şekilde bir Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak, prim ödeme gücü bulunmayanların primleri devlet tarafından ödenecektir. Aile hekimliği uygulamasına geçilerek, sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacaktır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde bilişim teknolojilerinden azami ölçüde yararlanılacak, sağlık bilgi sistemi kurulacaktır. Hasta Hakları Yönetmeliği Dünya standartlarına göre yeniden düzenlenerek, hasta haklarının korunmasındaki hukuki eksiklik giderilecektir⁴⁶⁰.

Bu doğrultuda 58. Hükümet tarafından oluşturulan 3 Ocak 2003 tarihli Acil Eylem Planı'nda Sağlıklı Toplum başlığı altında Türkiye'de sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yapılması düşünülen değişiklikler ifade edilmiştir. Hedeflenen değişiklikler Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımının kaldırılması ve hastanelerin tek çatı altında toplanması, hastanelerin idari ve mali yönden özerk yapıya kavuşturulması, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması, Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve

⁴⁵⁸ DPT, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Ankara, 2000, s. 86-88.

⁴⁵⁹ T.C.Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, Ankara, 2008, s. 19.

⁴⁶⁰ 58. Hükümet Programı, <http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/189287.asp>, (06.04.2011).

Kurumu'nun kurulması, aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zincirinin kurulması, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimlik uygulamasının yaygınlaştırılması, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi şeklinde dile getirilmiştir⁴⁶¹.

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde uygulanan yöntem, Batı ülkelerindeki uygulamalar sonucu ortaya çıkarılmış olan basamaklı hizmet zinciridir. Bu modelin oluşturulmasında benimsenen ilk amaç, bireylere sağlık hizmetlerinin sunulmasında kolaylık sağlanması ve gecikmelerin giderilmesi anlamına gelen erken teşhisin uygulanabilmesidir. Aynı zamanda basamaklı hizmet zinciri ile ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren sağlık kuruluşlarının daha nitelikli ve rasyonel hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır⁴⁶².

Birinci basamak içerisinde bulunan birimler, hastalara ayakta teşhis ve tedavi uygulayan bir özelliğe sahiptirler. Bu basamakta teşhis ve tedavisi mümkün olmayan durumlarda hastalar ikinci basamak sağlık birimlerine yönlendirilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmeti sunan birimler genel olarak hastaların yataklı tedavilerinin gerçekleştirildiği yerlerdir. Üçüncü basamakta bulunan sağlık birimleri ise ilk iki basamakta çözülemeyen ve uzmanlık gerektiren durumlarda hizmet sunan birimler olarak adlandırılmaktadır⁴⁶³.

Türkiye’de 1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, birinci basamak sağlık sistemini dört kademede düzenlemiştir. Bu kapsamda 2000–2500 arası bir nüfusa hizmet veren ve ebelerin görev aldığı kırsal kesimdeki sağlık evleri, kırsal kesimdeki insanlar için ilk başvurulacak merkezler olarak tanımlanmıştır. İkinci kademede, 5000-10.000 arası nüfusa hizmet veren ve genelde sadece temel tıp diploması olan bir pratisyen hekim, bir hemşire, iki ebe ve destek personelinin görev yaptığı kırsal sağlık ocakları bulunmaktaydı. Üçüncü kademede, 10.000–30.000 arasında bir nüfusa hizmet veren ve birden fazla doktor, bir diş hekimi,

⁴⁶¹ T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP), 2003, s. 99-101.

⁴⁶² DPT, *Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara: DPT Yayını, Yay. No: 2274, Eylül 1991, s. 146.

⁴⁶³ Hayran, 1998, s. 17-19.

bir eczacı, birçok sağlık memuru, bir çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyenleri, hemşireler ve ebelerin görev aldığı bölge sağlık ocakları bulunmaktaydı. Son olarak, 22 sağlık çalışanı ve 6 destek personelinden oluşan 28 kişilik personel kadrosuyla il sağlık ocakları yer almaktaydı⁴⁶⁴.

Şekil 3. Türkiye’de Hasta Sevk Sisteminin Basamakları

Üçüncü Basamak	*Üniversite Hastaneleri *Eğitim Hastaneleri *Araştırma Merkezleri
İkinci Basamak	*Devlet Hastaneleri (İlçe ve İl Hastaneleri) *Özel Hastaneler *Askeri Hastaneler
Birinci Basamak	*Sağlık Evi *Sağlık Ocağı *AÇSAP(Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) Merkezi *Dispanserler *Özel Kamu İşyeri Hekimliği *Özel Muayenehaneler *Bağımsız Kuruluşlar

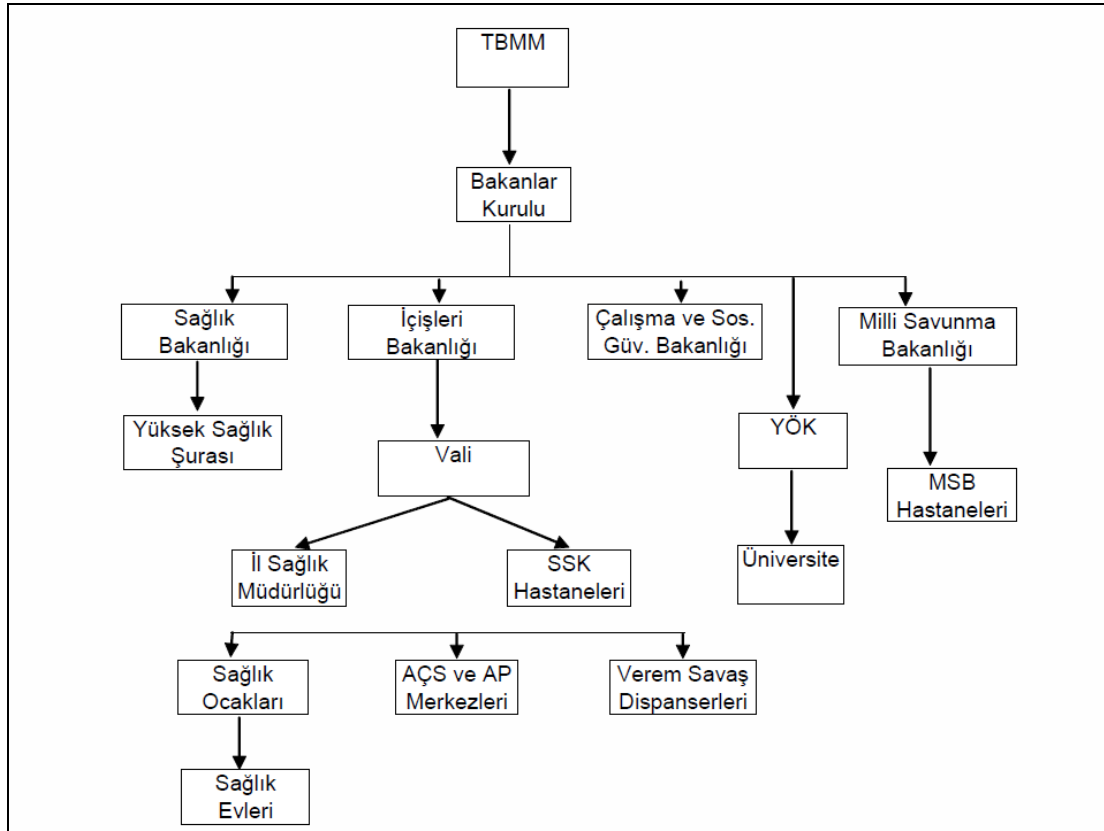
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*, Ankara, 2004, s. 10.

Şekil 3’deki veriler, Türkiye’de hasta sevk sisteminin basamaklarını betimlemektedir. Buna göre Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Dispanserler ve diğer oluşumlar, birinci basamakta yer almaktadır. İkinci basamakta ilçe ve il devlet hastaneleri, özel hastaneler ve askeri hastaneler bulunurken, üçüncü basamakta ise araştırma merkezleri, eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri hizmet sunmaktadır⁴⁶⁵.

⁴⁶⁴ OECD - Dünya Bankası, *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, OECD VE IBRD/Dünya Bankası Yayını, 2008, s. 24.

⁴⁶⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*, Ankara, 2004, s. 10.

Şekil 4. Türkiye’de Kamu Sağlık Sektörünün Yapısı



Kaynak: B. Serdar Savaş et.al., *Health Care Systems in Transition: Turkey*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, Vol.4, No.4, 2002.

Türkiye’de sağlık sektörünün genel örgütlenmesi içerisinde çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel sağlık kuruluşlarının gerek sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekse finansmanında görev alması sebebiyle sektörün oldukça karmaşık bir görünüm teşkil ettiği belirtilebilir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı’nın dışında SSK, Milli Savunma Bakanlığı, iktisadi devlet kuruluşları, üniversiteler, belediyeler, diğer bazı bakanlıklar ile dernekler, yabancılar, azınlıklar ve özel kesime ait kuruluşlar tedavi edici sağlık hizmetlerin sunumunu üstlenmişlerdi⁴⁶⁶ (Bkz. Şekil 4).

⁴⁶⁶ Akdur, 2003, s. 33.

Şekil 5. İşlevlerine Göre Türk Sağlık Sektörünün Aktörleri

Politika Oluşturma Aktörleri Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık Bakanlığı Anayasa Mahkemesi Devlet Planlama Teşkilatı Yüksek Öğretim Kurumu İdari Karar Alma Aktörleri Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Finansman Aktörleri Maliye Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu(SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı) Özel Sigorta Kuruluşları Kendi Kendini Finanse Eden Kuruluşlar Uluslararası Ajanslar	Hizmet Sunum Aktörleri <i>Kamu</i> Sağlık Bakanlığı Milli Savunma Bakanlığı Üniversiteler Belediyeler <i>Özel</i> Özel Hastaneler Vakıf Hastaneleri Azınlık Hastaneleri Özel Muayenehaneler Ayakta Tedavi Klinikleri Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları <i>Sivil Toplum Örgütleri</i> Kızılay Vakıflar ve Dernekler

Kaynak: Dilaver Tengilimoğlu - Oğuz Işık - Mahmut Akbolat, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2009, s. 107.

Türk sağlık sistemi içerisindeki aktörler üstlendikleri görev ve sorumluluklar kapsamında dört başlık altında değerlendirilmektedir. Sağlık sistemi içerisinde politika oluşturma, önemli aşamalardan biridir. Sağlık politikalarının oluşturulmasında Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra Devlet Planlama Teşkilatı, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları önemli bir rol oynamaktadır. Bu alanda oluşturulan politikaların gerektirdiği yasal düzenlemelerin gerçekleştirilmesi ve bu düzenlemelerin Anayasaya uygunluk denetimi sürecinde ise TBMM ve Anayasa Mahkemesi ana aktörler olarak görev yapmaktadırlar. Bu süreçte Anayasa Mahkemesi sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmasında yardımcı bir görev üstlenmektedir. Diğer taraftan insan kaynaklarının yetiştirilmesi ve planlanması ile sağlık politikalarının oluşturulmasında Sağlık Bakanlığı

ve Devlet Planlama Teşkilatı'na danışmanlık hizmeti sunan Yüksek Öğretim Kurumu da politika oluşturma aktörleri arasında yer almaktadır⁴⁶⁷ (Bkz. Şekil 5).

Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kurumlara ilişkin istatistiksel veriler incelendiğinde, en büyük kapasitenin Sağlık Bakanlığı’na ait olduğu gözlemlenmektedir (Bkz. Tablo 5).

Tablo 5.Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane ve Yatak Sayısı

Yıl	Sağlık Bakanlığı Hastane/Yatak	Üniversite Hastane/Yatak	Özel Hastane/Yatak	Diğer ⁴⁶⁸ Hastane/Yatak
1998	842/108.311	40/23.828	237/12.678	19/4.170
1999	849/111.084	42/24.094	260/14.077	20/4.210
2000	861/96.334	42/23.838	261/12.162	19/2.616
2001	870/100.845	43/25.296	267/11.837	19/2.732
2002	774/107.394	50/26.341	271/12.387	61/18.349

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2002”, <http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2002/elektronikkitap/grafik1.htm>, (25.12.2013), <http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2002/elektronikkitap/grafik2.htm>, (25.12.2013); TÜİK, “Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları Sayısı” ve “Kamu Ve Özel Yataklı Sağlık Kurumlarının Yatak Sayısı”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, (25.12.2013).

Tablo 5’teki verilere göre, 2002 yılı itibariyle Türkiye’de sağlık hizmeti sunan 1156 hastane bulunduğu ve bu hastanelerin yaklaşık olarak %67’sinin Sağlık Bakanlığı’na, %24’ünün özel sektöre, %4’ünün üniversite hastanelerine ve geri kalanlarının da diğer kurum ve kuruluşlara ait olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Dolayısıyla Türkiye’deki sağlık sektöründe en büyük rol ve sorumluluğun Sağlık Bakanlığı’na ait olduğu, ayrıca her geçen gün sektördeki özel hastane sayısının arttığı görülmektedir.

Bu bilgilerden hareketle, örgütlenme ile ilgili ilk olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesindeki Sağlık Bakanlığı örgütü incelenecek, daha sonra ise sektördeki diğer aktörlerden bahsedilecektir.

2.2.1.Sağlık Bakanlığı

⁴⁶⁷ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, 2009, s. 106-107.

⁴⁶⁸ Diğer; diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere ait hastaneleri kapsamaktadır.

181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname⁴⁶⁹,ye göre Sağlık Bakanlığı, *herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamının sağlanması, ülkenin sağlık şartlarının düzeltilmesi, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele edilmesi, halka sağlık hizmetlerinin ulaştırılması, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet sunmalarının sağlanması* gibi birçok önemli amaca sahiptir⁴⁷⁰.

181 sayılı KHK’da Sağlık Bakanlığı’na yüklenen görevler içerisinde, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetleri, ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetleri gibi bir takım sorumluluklar bulunmaktadır. Bu görevlerin yerine getirilebilmesi için Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve taşra teşkilatları oluşturulmuştur⁴⁷¹.

Sağlık Bakanlığı’nın örgütlenme yapısı içerisinde Bakan, Bakanlık kuruluşunun en üst amiri olarak görev yapmaktadır. Bakan, bakanlık hizmetlerini mevzuata, hükümetin genel siyasetine, milli güvenlik siyasetine, kalkınma planlarına ve yıllık programlara uygun olarak yürütmekle ve bakanlığın faaliyet alanına giren konularda diğer bakanlıklarla işbirliği ve koordinasyonu sağlamakla görevli ve başbakana karşı sorumlu olan kişidir⁴⁷².

Bakanlık örgüt yapısı içerisinde Bakanın emri altında ve yardımcısı olarak, Bakanın direktif ve emirlerine, bakanlığın amaç ve politikalarına, kalkınma planlarına ve yıllık programlara, mevzuat hükümlerine uygun olarak iş ve işlemleri gerçekleştirmek ve yönetmek üzere görevlendirilen kişi Müsteşar’dır. Bakanlık bünyesinde Müsteşara yardımcı olmak üzere Müsteşar Yardımcıları pozisyonu yer almaktadır⁴⁷³.

Sağlık Bakanlığı’nın merkez teşkilatının ana hizmet birimleri arasında Temel Sağlık Hizmetleri, Tedavi Hizmetleri, İlaç ve Eczacılık, Sağlık Eğitimi ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ile Verem Savaş Dairesi, Sıtma Savaş Dairesi ve Kanseri Savaş Dairesi Başkanlıkları bulunmaktadır⁴⁷⁴ (Bkz. Şekil 6).

⁴⁶⁹ Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete Tarih: 14.12.1983 Sayısı: 18251.

⁴⁷⁰ Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 1983, m. 1.

⁴⁷¹ Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 1983, m. 2-3.

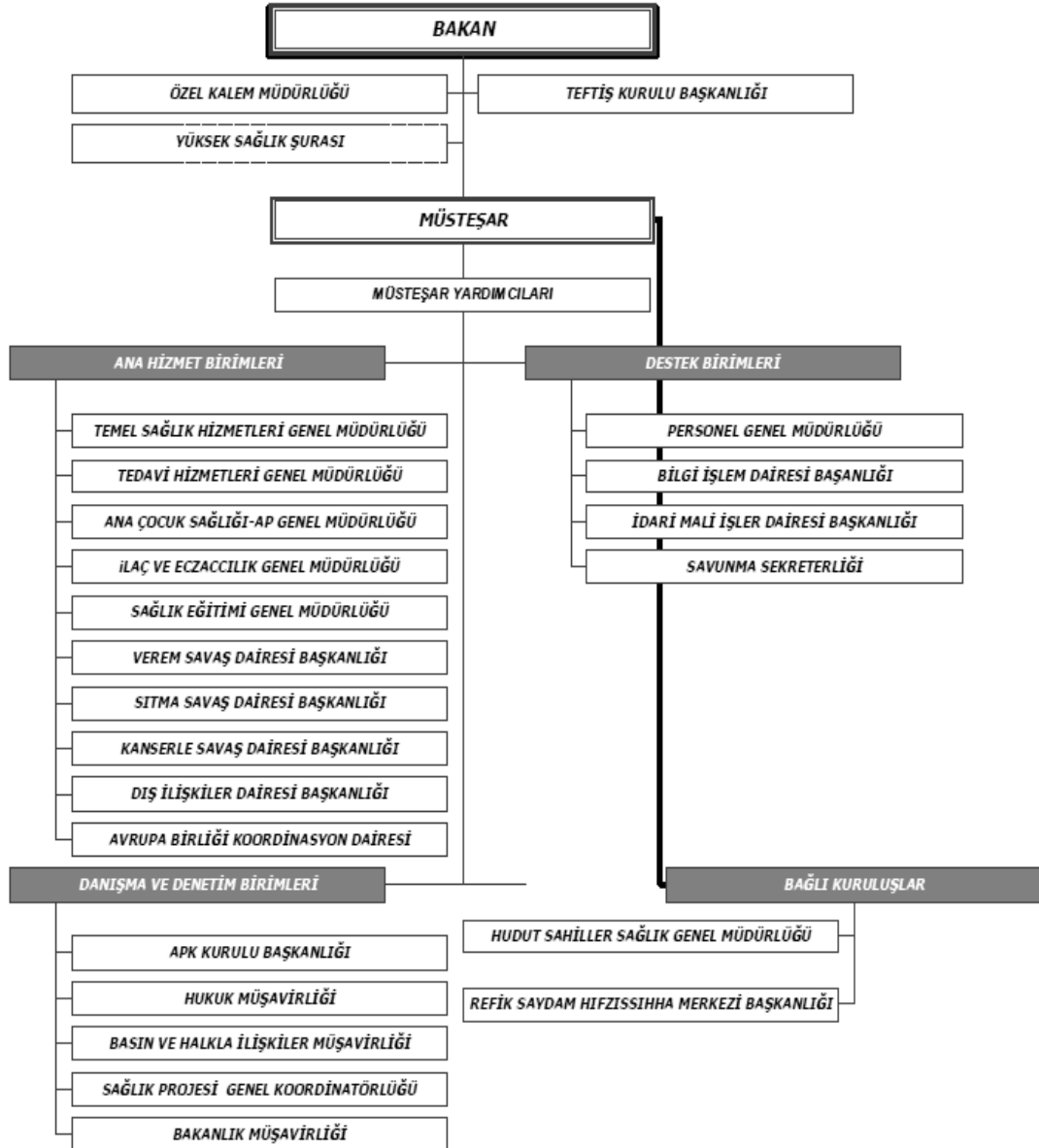
⁴⁷² Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 1983, m. 5.

⁴⁷³ Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 1983, m. 6-7.

⁴⁷⁴ Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 1983, m. 8.

Bakanlık merkez teşkilatı içerisinde bulunan ve bakanlıkça verilecek önemli sağlık sosyal yardım konuları hakkında görüş bildirmek ve tababet⁴⁷⁵ şubeleri sanatlarını ifadan doğan adli konularda görüş vermek üzere on bir üyeden oluşan Yüksek Sağlık Şurası oluşturulmuştur⁴⁷⁶.

Şekil 6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl: Mayıs 1999-Mayıs 2002*, Ankara, 2002, s. 17.

⁴⁷⁵ Hekimlik, tıp, tıp bilgisi anlamlarında kullanılmaktadır.

⁴⁷⁶ Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 1983, m. 31.

Sağlık Bakanlığı'nın illerde temsilcisi niteliğini taşıyan valiler, il içerisinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden, eşgüdümünden ve geliştirilmesinden birinci derece sorumludurlar. İllerde valiler, sağlık hizmetlerini il sağlık müdürleri aracılığıyla yürütmektedir. İl sağlık müdürlerine ildeki sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması görevleri verilmiştir. Bu bağlamda il sağlık müdürleri idari konularla ilgili olarak valiye, teknik konularla ilgili durumlarda ise Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumluluk taşımaktadır⁴⁷⁷ (Bkz. Şekil 7).

Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatında bir diğer kurum İl Hıfzısıhha Kurulu'dur. Kurul, Vali'nin başkanlığında İl Sağlık Müdürü, İl Milli Eğitim Müdürü, il Tarım Müdürü, İl Bayındırlık ve İskan Müdürü, Belediye Başkanı, Belediye Hekimi, Devlet Hastanesi Başhekim, Garnizon ve kıta bulunan yerlerde en yüksek Askeri Hekim, varsa Sahil Sağlık Merkezi Hekimi, serbest çalışan bir hekim ve bir eczacıdan oluşmaktadır. Kurul'a, ildeki sağlık durumunu dikkate alarak sağlıkla ilgili olumsuzlukların giderilmesine, toplumun bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunmasına, herhangi bir salgın durumunda gerekli önlemlerin alınmasına ve sağlık koşullarının iyileştirilmesine yönelik görevler yüklenmiştir⁴⁷⁸.

İldeki sağlık kuruluşları yukarıda belirtildiği üzere basamak zinciri usulü içerisinde düzenlenmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde sağlık evi, sağlık ocakları (Köy, İlçe ve İl tipi), AÇS-AP merkezi, Verem Savaş, Ruh Sağlığı, Deri Ve Tenasül Hastalıkları, Cüzzam Savaş Dispanserleri ile Hudut-Sahil ve Hava Limanı Denetleme Merkezi bulunmaktadır. İkinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde Sağlık Merkezi, Devlet Hastanesi ve Eğitim Hastanesi bulunmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları içerisinde ise Doğum ve Çocuk Bakımevi, Çocuk Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Kemik Hastalıkları Hastanesi, Diş Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, Deri ve Tenasül Hastalıkları Hastanesi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi, Onkoloji Hastanesi Gibi Sağlık Kuruluşları bulunmaktadır. Aynı zamanda illerde laboratuvarlar başlığı altında Bölge Hıfzısıhha Enstitüsü, Halk Sağlığı Laboratuvarı, Sıtma Enstitüsü, Sıtma Laboratuvarı gibi kuruluşlarda ek olarak hizmet vermektedir. Belirtilen bu kuruluşların

⁴⁷⁷ 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 1930, m. 6-7.

⁴⁷⁸ 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 1930, m. 23-28.

Sağlık Bakanlığı, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sağlayan ve sunan kurum olarak sağlık hizmetlerinin arzı noktasında Cumhuriyet tarihi boyunca önemli bir potansiyele sahip olmuştur⁴⁸⁰. Bu noktadan hareketle Sağlık Bakanlığı'nın temel sorumlulukları ve fonksiyonları arasında, ulusal düzeyde sağlık politikalarının belirlenmesi, ulusal düzeyde sağlık politikalarının yönetimi, genel koordinasyonu ve regülasyonu, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık hizmetlerinin finansmanı başta olmak üzere önemli hususlar yer almaktadır⁴⁸¹.

2.2.2. Diğer Aktörler

Türkiye'de sağlık sektöründe Sağlık Bakanlığı dışında hizmet sunumu sürecinde rol oynayan aktörler içerisinde üniversite hastaneleri, diğer kamu kuruluşları ve hastaneleri ile özel sektör ve yabancı sağlık kuruluşları yer almaktadır⁴⁸².

Sağlık Bakanlığı dışında kamuya ait olan sağlık kuruluşları arasında, en ön sırada üniversite hastaneleri bulunmaktadır. Üniversite hastanelerinin dışında Milli Savunma Bakanlığı, SSK Hastaneleri, Belediye Hastaneleri de kamu sektörü içinde yer alan aktörlerdendir⁴⁸³.

2002 yılındaki SSK hastane sayısı 120 ve hastane yatak sayısı 28.979 olarak hesaplanmıştır. Diğer hastanelere dahil edilen Milli Savunma Bakanlığı hastanelerinin sayısı ise 42 ve yatak sayısı 15.900'dür. Yine diğer hastaneler kategorisinde ele alınan yerel idarelere ait belediye hastaneleri ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastane sayısı 2002 yılında 19 olarak belirlenmiştir⁴⁸⁴.

Özel sektör sağlık kuruluşları, sağlık hizmeti sunumu bağlamında Sağlık Bakanlığı'nın ardından nicelik açısından ikinci sırada yer almaktadır (Bkz. Tablo 5). 2002 yılı itibarıyla özel sektör hastane sayısı 271 ve yatak sayısı 12.387 olarak belirlenmiştir.

⁴⁸⁰ Recep Akdur, *Halk Sağlığı*, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, No 26, Ankara, 1998, s. 31.

⁴⁸¹ C. Can Aktan, "Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi", <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>, (11.06.2013).

⁴⁸² Sur, 1998, s. 261.

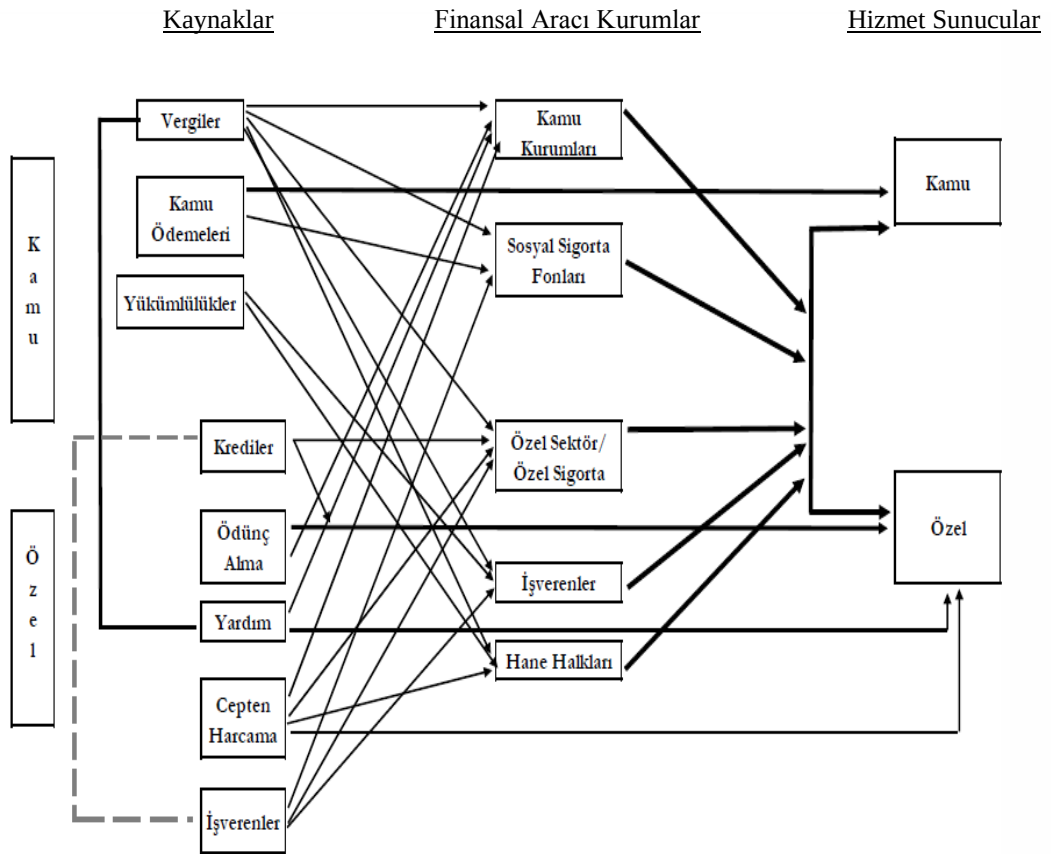
⁴⁸³ Sur, 1998, s. 261; B. Serdar Savaş - Ömer Karahan - R. Ömer Saka, *Health Care Systems in Transition*, European Observatory on Health Care Systems, 2002, p. 24.

⁴⁸⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*, Ankara, 2011, s. 135.

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye’de sağlık sisteminin finansmanı açısından karma bir yapı söz konusu olup, bu yapı sistemin etkin ve verimli bir şekilde işlemlerini zorlaştıran bir nitelik arz etmektedir (Bkz. Şekil 8). Yapı incelendiğinde sağlık için yapılan harcamaların temel olarak kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından karşılandığı görülmektedir. Kamu sektörü sağlık harcamaları, merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalardan oluşmakta iken, özel sektör harcamaları ise genellikle hane halklarının ceplerinden yaptıkları ödemeler, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından meydana gelmektedir⁴⁸⁵.

Şekil 8. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türkiye Sağlık Sektörü Finansal Akış Şeması



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, Ankara, 2004, s. 1.

⁴⁸⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, Ankara, 2004, s. 1; Hüseyin Özbay vd., “Sağlık Sektörü Finansmanı”, Sağlık Bakanlığı, *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, Ankara, 2007, s. 178.

Bu sistem içerisinde 224 sayılı Kanun uyarınca birçok sağlık hizmeti sağlık evleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, AÇSAP merkezleri gibi Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda ücretsiz sunulmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleşme süreci öncesinde devlet memurları ve Emekli Sandığına bağlı diğer bireylerin tedavi harcamalarının genel bütçeden karşılandığı görülmektedir. Aynı süreçte Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), sigortalılar ve işverenlerden prim toplayarak sağlık hizmetlerini vermeye çalışmış, Bağ-Kur ise sigortalılarından topladığı primlerle sağlık hizmetini satın alma yolunu kullanmıştır. Sosyal güvence kapsamı içerisinde olmayan bireyler ise doğrudan sağlık hizmetlerini satın almaktadırlar. Bunlardan hizmet satın alacak maddi gücü bulunmayanların giderleri ise sosyal yardım uygulamalarına ilişkin fonlardan ödenmekte ya da Sağlık Bakanlığı hastanelerince karşılanmıştır⁴⁸⁶.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda bireylerin çeşitli problemler yaşadığı görülmektedir. Sağlık alanında sosyal güvenliğin sağlanması arayışları, genel sağlık sigortasını gündeme getirmiştir. Tarihsel süreç içerisinde sağlık sigortasının genelleştirilmesi ve GSS sisteminin kurulması için çeşitli çalışmalar yapılmış, bu çalışmalardan bazıları düşünce aşamasını geçememiş, bazıları taslak haline getirilebilmiş, bazıları ise TBMM'ye sunulduğu halde kanunlaşmamıştır⁴⁸⁷.

Genel sağlık sigortası, kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı ifade etmektedir⁴⁸⁸. Genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması hususunda çeşitli tartışmalar söz konusu olmakla beraber, bu sistemin temelde sağlık hizmetlerinin finansmanını karşılamak için düzenlendiğini ileri süren görüşlere rastlanmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası sisteminde, toplumu oluşturan bireylerin sağlık hizmetlerinin finansmanına gelirleri ile orantılı olarak katılımını sağlayan bir finansman yöntemi uygulanmaktadır. Alınan primler, devletin diğer gelirlerinden ayrı bir fonda toplanmakta ve yapılacak yardımlar bu fondan ödenmektedir. Bazen sigorta finansmanına devlet de katılmaktadır. Bu katkı, ödeme gücü olmayanların primlerinin

⁴⁸⁶ Demirbilek, *a.g.e.*, s. 120.

⁴⁸⁷ Celalettin Sıvacı, "Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği", *Bütçe Dünyası Dergisi*, 2007, Sayı 24, s. 33.

⁴⁸⁸ 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kabul Tarihi: 31/5/2006, R.G. Tarihi: 16/6/2006 Sayı: 26200, m. 3/8.

ödenmesi şeklinde olabileceği gibi finansman açığını kapatma şeklinde de olabilmektedir⁴⁸⁹.

Tablo 6.Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Harcamaları

Yıl	Sağlık Harcamaları ⁴⁹⁰	
	Kamu	Özel
1999	3.048	1 937
2000	5.190	3 058
2001	8.438	3.958
2002	13.270	5.504

Kaynak: TÜİK, “Sağlık Harcamaları”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, (25.12.2013).

Tablo 7.Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Nominal, TL

Yıl	Sağlık Harcamaları ⁴⁹¹	
	Kamu	Özel
1999	48	31
2000	81	47
2001	130	60
2002	201	83

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yılı 2012*, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 917, Ankara, 2013, s. 157.

2003 yılı öncesinde sağlık harcamalarına ilişkin veriler incelendiğinde, hem genel olarak kamu ve özel harcamaları toplamının hem de spesifik düzeyde kişi başına kamu ve özel sağlık harcamasının önemli ölçüde arttığı gözlemlenmektedir (Bkz. Tablo 6 ve Tablo 7). Bu dönemde özellikle sağlık sigortası kapsamında parçalanmış ve dağınık bir yapının varlığından bahsedilmektedir (Bkz. Şekil 8).

2.4. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Yaşanan Sorunlar

Türkiye’de sağlık sektöründe yaşanan sorunlar ve sorun alanları farklı şekillerde tasnif edilebilmektedir. Sağlık sektörü ile ilgili sorunların literatürde yer alan bir sınıflandırmada, altı başlık altında, *sağlık personeline ait sorunlar, tedavi edici sağlık hizmetlerine ait sorunlar, ilk ve acil yardım hizmetlerindeki sorunlar, koruyucu sağlık hizmetlerindeki sorunlar, sağlık eğitim sorunları ve sağlık yönetimi ile mevzuatına*

⁴⁸⁹ Sıvacı, a.g.m., s. 33.

⁴⁹⁰ Tablodaki rakamlar 000.000 TL üzerinden hesaplanmıştır.

⁴⁹¹ Tablodaki rakamlar 000.000 TL üzerinden hesaplanmıştır.

ilişkin sorunlar olmak üzere ele alındığı görülmektedir⁴⁹². Bir diğer sınıflandırmaya göre ise sağlık sektöründeki sorunlar *yönetim ve örgütlenme, politika geliştirme, hizmet sunumu, finansman, genel sağlık sigortası, insan kaynakları, mevzuat, bilgi-veri* konuları üzerinde yoğunlaşmaktadır⁴⁹³.

Çalışmada Türk sağlık sektörünün sorun alanları yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, finansman, insan kaynakları ve diğer olmak üzere 5 alt başlık altında incelenecek ve en çok öne çıkan sorunlar işlenmeye çalışılacaktır.

2.4.1.Yönetim ve Örgütlenme İle İlgili Sorunlar

Sağlık hizmetlerinin yönetimi alanında yaşanan sorunlar, hizmetlerin etkinliği, verimliliği ve kalitesi gibi konuları olumsuz yönde etkilemektedir⁴⁹⁴. Yönetim ve örgütlenme sorunları, sorunsuz işleyen bir sağlık sisteminin oluşturulabilmesi için önemli bir tehdit olarak değerlendirilmektedir. Sağlık sektöründe yönetim ve örgütlenme alanında en fazla öne çıkan sorunlar şu şekilde özetlenebilir:

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan sistem karmaşası ve hizmetlerdeki ikilem: Sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan modellerin Cumhuriyet tarihi boyunca farklı bakış açıları doğrultusunda değişikliğe uğratılması, sektörde karmaşık bir yapıyı beraberinde getirmiştir. Buna göre Cumhuriyetin ilk yıllarında benimsenen geniş bölgede tek yönlü hizmet ilkesi ve dikey örgütlenme modeli, yerini 1961 yılında dar bölgede çok yönlü hizmet ve yatay örgütlenme modeline bırakmıştır. Bu model Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi uygulamasının ilk yıllarında uygulama alanı bulmuş fakat daha sonraki süreç içerisinde çeşitli baskı ve yanlış anlamalar sonucunda tam anlamıyla gerçekleştirilememiştir. Ülkedeki sağlık hizmetleri, çok çeşitli kurum ve kuruluşlara bağlı birimler tarafından sunulmaktadır. Yani diğer bir ifadeyle sağlık sisteminde hizmet sunumu üstlenen çok sayıda kuruluş, sağlık hizmetlerinde yönetim ve örgütlenme açısından bir karmaşıklık teşkil etmektedir. Örneğin, aşılama hizmetleri

⁴⁹² Hasan Basri Üstünbaş, “Türkiye’de Sağlık Sorunları ve Çözüm Yolları”, *Yeni Türkiye*, Sağlık Özel Sayısı, 2001, Cilt 39, s. 195.

⁴⁹³ Hüseyin Çelik vd., *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu, İstanbul, 2003, s. 18-19.

⁴⁹⁴ Asım Balcı - Harun Kırılmaz, “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”, Ed. C. Can Aktan - Ulvi Saran, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Sağlıkta Umut Vakfı Yayını, Ankara, 2007, s. 151.

aynı kişilere sağlık ocağı, ana ve çocuk sağlığı merkezi, hastaneler, kurum hekimlikleri, özel hekimler tarafından verilebilmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde karmaşaya, lojistik planlamalarda güçlüklerle ve istatistiksel değerlendirmelerde sorunlara yol açmaktadır. Özet olarak yönetim ve örgütlenme ile ilgili ilk sorun, bahsedilen iki modelin (geniş bölgede tek yönlü hizmet ve dikey örgütlenme/dar bölgede çok yönlü hizmet ve yatay örgütlenme) birbirinin alternatifi olmasına karşılık Türkiye’de bir arada kullanılmasıdır⁴⁹⁵.

Merkeziyetçi yapı: Türk kamu yönetiminin önemli sorunlarından birisi olan merkeziyetçilik⁴⁹⁶, kamu sağlık sektöründe de kendisini hissettirmektedir. Sağlık Bakanlığı ve birimlerinin yetkilerin üst düzeyde toplandığı, aşırı derecede merkezi, katı bir yönetim ve örgüt yapısına sahip olması sağlık sektöründe yönetim ve örgütlenme alanındaki sorunlardan birisidir⁴⁹⁷. Sağlık Bakanlığı’nın yetkisel açıdan sağlık sektöründe üstlendiği sorumluluklar ile merkeziyetçi katı bir yönetim yapısına sahip olması, sağlık sisteminin işleyişini zorlaştırmakta ve hantallaştırmaktadır. Sağlık hizmeti ile ilgili tüm ayrıntıların ve yerel düzeydeki kararların Sağlık Bakanlığı merkezinde alınması, taşra teşkilatının yetkilerinin çok sınırlı olmasına ve halkın sağlık hizmetlerine katılımının güçleşmesine neden olmaktadır⁴⁹⁸.

Bakanlık merkez teşkilat yapısı: Sorun alanlarından bir diğeri, Bakanlığın merkezi örgüt yapısıdır. Buna göre Sağlık Bakanlığı’nın 1981 tarihli KHK’nın örgütlenme ile ilgili maddelerinde ana hizmet birimlerinin oluşturulmasında belli bir sistematik söz konusu olmadığı için bazı birimler hizmetlere göre (Tedavi Hizmetleri Gn. Md. gibi), bazılarının ise hastalıklara göre (Sıtma Savaş D. Bşk. gibi) örgütlendiği görülmektedir. Bu durum, merkez teşkilatı içerisindeki birimler arasında görev çakışmalarına yol açmakta ve bazı birimlerin iş yükleri altından kalkılamayacak derecede fazlalaşmaktadır⁴⁹⁹.

⁴⁹⁵ Zafer Öztekin, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sorunlar ve Çözümler Raporu”, http://www.ebto.org.tr/index.php?Itemid=78&id=158&option=com_content&task=view, (10.09.2013), s. 10; T.C. Sağlık Bakanlığı, *Herkese Sağlık: Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri*, Ankara, 2001, s. 44.

⁴⁹⁶ Yusuf Şahin, *Yönetim Bilimi ve Türk Kamu Yönetimi*, Murathan Yayınevi, Trabzon, 2011, s. 352-353.

⁴⁹⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001, s. 44; Öztekin, *a.g.e.*, s. 10.; Harun Kırılmaz, “Sağlık Sektöründe Yeniden yapılanma ve Bir Uygulama Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı”, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kocaeli, 2005, s. 48.

⁴⁹⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001, s. 44.

⁴⁹⁹ Öztekin, *a.g.e.*, s. 10; Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu”, 2007, <http://www.hayad.org.tr/content/view/206/2/>, (25.12.2013).

Bakanlık taşra teşkilat yapısı: Sorun alanlarından bir diğeri de, Bakanlığın taşra örgütlenmesi ile ilgilidir. İl Sağlık Müdürlüklerinin yapısı incelendiğinde aynen Bakanlık merkez teşkilatında olduğu gibi karmaşık ve hantal bir yapıya rastlanmaktadır. Bu bağlamda şube müdürlükleri yapılanmasının uygun olmaması ve gereğinden fazla personel çalışması, Valiler ve Kaymakamların sağlık hizmetlerine gereğinden fazla müdahale edebilmesi, kararların merkezi düzeyde alınması ve alınan kararlara paralel olarak hizmetlerin bütün illerde standart biçimde yürütülmeye çalışılması, iller arasındaki coğrafi, kültürel ve ekonomik farklılıkların yeterince göz önünde bulundurulmaması gibi hususlar taşra örgütlenmesi ile ilgili alt sorunlar olarak ifade edilebilir⁵⁰⁰.

Görev ve sorumluluk üstlenen aktörler arasındaki koordinasyon: Sistem içerisinde görev ve sorumluluk üstlenen aktörlerin sayıca fazla olması ve bunun sonucunda ortaya çıkan koordinasyon sorunu bir diğeri sorun alanıdır⁵⁰¹. Bu noktadan hareketle sağlık sisteminde görev ve sorumluluk üstlenen kuruluşların, birbiri ile işbirliğine dayalı ve entegre bir şekilde hizmet sunumu sürecini sürdürememesi, kısaca aktörler arasındaki uyumsuzluk ile koordinasyon eksikliğinden yakınılmaktadır.

Yönetim zihniyeti: Sorun alanlarından bir diğeri ise kamu sağlık sektöründe yeni yönetim anlayışları ve çağdaş yönetim tekniklerinin yeteri düzeyde uygulama alanı bulamamasıdır⁵⁰². İyi işleyen bir sağlık sisteminde, yöneticiler, etkinlik ve verimlilik gibi ilkeler doğrultusunda hareket etmek zorundadır.

Yönetim kapasitesi: Yönetim kapasitesinin yetersizliği, yönetim ve örgütlenme ile ilgili sorun alanlarından birisidir. Türkiye’de sağlık hizmetlerini yönetecek nitelikli kişilerin yetiştirilmesi ve atanmaları ile ilgili kuralların yetersiz olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca iktidara yakın kişilerin yönetici olarak atanması da bu alandaki sorunlardan birisidir. Sistem içerisinde liyakat ilkesine göre atama yönteminin benimsenmesi gerekmektedir⁵⁰³.

Denetim: Sorun alanlarından bir diğeri, sağlık sistemi içerisindeki kurumların denetimindeki yetersizliktir. Bilindiği üzere denetim yönetimin bir parçası ve işlerin yoluna koyulması için hayati öneme sahip olan bir fonksiyondur. Ancak, sağlık

⁵⁰⁰ Öztekin, a.g.e., s. 10.

⁵⁰¹ Kırılmaz, a.g.t., s. 48.

⁵⁰² Kırılmaz, a.g.t., s. 49,52.

⁵⁰³ Öztekin, a.g.e., s. 13-14.

sisteminde görev ve sorumluluk üstlenen yöneticilerin denetim tekniklerini bilmemesi, modern “denetim” kavramı ile geleneksel “teftiş” kavramlarını karıştırmaları ve diğer nedenlerle gerçek bir denetim yapamaması dolayısıyla sağlık hizmetleri birçok yerde kendiliğinden yürüyen, sahipsiz hizmetler izlenimi vermektedir. Basit bir denetimle çözülebilecek sorunların zamanında ele alınmaması nedeniyle, bu sorunlar gitgide büyümekte ve çözülemez boyutlara ulaşmaktadır⁵⁰⁴.

Genel olarak ifade edilecek olursa, Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türk sağlık sisteminde katı örgüt yapısı, merkeziyetçi, katı hiyerarşi, geniş merkez, hizmet devleti, büyük ölçekli yapı, bürokrasi yönelimli bir geleneksel kamu yönetimi yapısı kendisini hissettirmektedir. Bu durum sosyal refah devleti formunun geniş ve büyük bir bürokratik yapıya sahip olması ile doğrudan ilişkili gözükmektedir.

2.4.2.Hizmet Sunumu İle İlgili Sorunlar

Hizmet sunumu ile ilgili sorunlar içerisinde birinci basamak sağlık hizmetlerine gerekli önemin verilmemesi ve hizmet sunumundaki hastane ağırlıklı yapı, hizmetlerde kalite düzeyinin yetersizliği, hizmete ulaşılabilirlik düzeyindeki adaletsizlik, kesin tanı yerine ihtimali tanımlarla tedavi süreci, risk gruplarına yetersiz hizmet sunumu, sevk zincirindeki aksaklıklar, hizmet sunumunda profesyonel yöneticilik anlayışının benimsenmemesi, hastanelerle ilgili olarak insan gücü, altyapı ve tıbbi teknoloji kriterleri açısından farklılıklar ve bölgesel dengesizliklerin yaşanması gibi birçok önemli husus yer almaktadır⁵⁰⁵.

Hizmetlerin kalite düzeyi: Hizmet sunumu ile ilgili sorunlardan birisi hatta en önemlisi, hizmetlerin kalitesindeki yetersizliktir. Aslında bu sorun ortadan kaldırıldığında genel olarak hizmet sunumu ile ilgili sorunların birçoğunun ortadan kalkacağı söylenilebilir. Çünkü sağlık hizmetlerinde kalite düzeyinin arttırılabilmesi ya da iyileştirilebilmesi, hizmet sunan kurum, kuruluş ve kişilerin hem nicelik hem de nitelik açısından pozitif yönde değişmesi ile doğrudan bağlantılıdır. Örneğin bir hastanede hizmet sunan insan gücü ve fiziksel altyapının (insan gücü ve teknolojik donanım) sayısal olarak

⁵⁰⁴ Öztekin, a.g.e., s. 14; TUBİTAK, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Durumu, SWOT Analizi”, http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf, (10.8.2013); Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu”, 2007.

⁵⁰⁵ Öztekin, a.g.e., s. 13-15.

arttırılması, hizmet sunan kişilerin baktığı hasta sayısında azalmayı ve daha kolay teşhis koyabilme sürecini beraberinde getirecek ve bu durum hizmet kalite düzeyini tamamıyla arttıracaktır⁵⁰⁶.

Sevk zinciri: Hizmet sunumu süreci ile ilgili sorunlardan bir diğeri, sevk zincirindeki aksaklıklardır. Birinci basamakta sağlık hizmeti sunan birimlere gerekli önem ve kaynağın verilmemesi ile hastaların bilinçsiz bir şekilde birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlere değil de doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastanelere başvurması, hastanelerdeki sunulan hizmetin verim ve kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, hastanelerdeki yoğunluğu arttırmaktadır⁵⁰⁷.

Ulaşılabilirlik ve Hakkaniyet: Hizmet sunumu süreci ile ilgili sorunlardan birisi, sağlık hizmeti sunan hastanelerin varlığı ile hizmete ulaşılabilirlik düzeyindeki hakkaniyetsizlik ve adaletsizliktir. Özellikle kırsal kesimde yaşayan insanların şehirlerdeki insanlara nazaran sağlık hizmetlerine ulaşma noktasında önemli bir mağduriyeti söz konusudur. Diğer bir ifadeyle coğrafi farklılıklar nedeniyle bireyler, sağlık hizmeti alma hakkına farklı koşullarda sahip olabilmektedir. Diğer taraftan hastanelerin insan gücü, fiziksel ve teknolojik altyapısının farklılıklar göstermesi sağlık hizmetine erişimde adaletsizlikler doğurmaktadır⁵⁰⁸.

Hizmet sunumu ile ilgili kalite, nitelik, verimlilik başta olmak üzere çeşitli konularda yaşanan sorunlar, geleneksel kamu yönetimi anlayışının ortaya çıkardığı sorun alanlarına işaret etmektedir. Genel olarak ifade edilecek olursa, sosyal refah devletinde oluşan bürokrasi yönelimli, girdi ve süreç odaklı yapının yaşamış olduğu sorunlarla, Türk sağlık sektöründeki hizmet sunumu açısından ortaya konulan sorunlar arasında doğrusal bir ilişki söz konusudur.

2.4.3.Finansman İle İlgili Sorunlar

Sağlık hizmetlerinde finansman ile ilgili sorunlar içerisinde, kaynak kullanımı, gelir dağılımındaki dengesizlik, sağlık kuruluşlarının kar amacı gütmeleri, sigorta işlemleri başta olmak üzere birçok nokta yer almaktadır⁵⁰⁹.

⁵⁰⁶ Öztek, *a.g.e.*, s. 14-15; Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu”, 2007.

⁵⁰⁷ Öztek, *a.g.e.*, s. 14; Kırılmaz, *a.g.t.*, s. 31.

⁵⁰⁸ Kırılmaz, *a.g.t.*, s.31-34; Öztek, *a.g.e.*, s. 14; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001, s. 44.

⁵⁰⁹ Öztek, *a.g.e.*, s. 12-13; Kırılmaz, *a.g.t.*, s. 34-37; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001, s. 46.

Gelir dağılımındaki dengesizlik: Sağlık hizmetlerinin finansmanında karşılaşılan temel sorunlardan birisidir. Ülke içinde yaşayan nüfusun sadece %68'inin sosyal sigorta kapsamında olmasının, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliğe neden olduğu vurgulanmaktadır⁵¹⁰. Diğer taraftan yoksulluk sınırında yaşayan insanların beslenme, hijyen, eğitim gibi alanlarda sağlığı da yakından etkileyen imkan ve kaynak yetersizliklerinin bulunması da sigortalılık açısından bir problem teşkil etmektedir⁵¹¹.

Sağlık Hizmetlerine Yeterli Bütçe Ayrılmaması ve Ayrılan Kaynakların Rasyonel Kullanılamaması: Sağlık hizmetlerinde finansman sorunlardan birisi, kamu kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan payın ihtiyaç duyulan oranın çok gerisinde olması ve buna rağmen verimsiz kullanılmasıdır. Bu bağlamda hastanecilik hizmetlerinin maliyetinin giderek artması buna karşılık sağlık hizmetlerine ayrılan payın sabit kalması ya da kısmen artış göstermesi nedeniyle finansman sorunu zaman içinde daha da büyümüştür. Özellikle ilaç harcamaları alanında maliyetlerin düşürülmemesi, finansman sorununu arttırmıştır⁵¹².

Genel Sağlık Sigortası Sistemi: Sağlık hizmetleri ile ilgili sorun alanlarından bir diğeri, Genel Sağlık Sigortası'dır⁵¹³. Genel Sağlık Sigortası, bireylerin ekonomik gücüne ve istekli olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık risklerine karşı, toplumun bütün bireylerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasına olanak tanıyan sağlık sigortası olarak tanımlanabilir⁵¹⁴. Nüfusun tamamının sigortalı olmamasından hareketle sağlık sektöründe sosyal güvenliğin sağlanması arayışları, genel sağlık sigortası konusunu ortaya çıkarmıştır. Sağlık sigortasının toplum geneline yaygınlaştırılması ve Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması amacı ile zaman içinde birtakım çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalardan bazıları düşünce aşamasında kalmış, bazıları taslak haline getirilmiş, bazıları ise TBMM'de gündeme geldiği halde kanunlaşamamıştır⁵¹⁵.

Bir başka görüşe göre Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türk sağlık sektöründe finansman konusuyla ilgili tespit edilen sorun alanları şu şekilde özetlenebilir:

⁵¹⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001, s. 46.

⁵¹¹ Öztekin, a.g.e., s. 12.

⁵¹² T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001, s. 46; Öztekin, a.g.e., s. 12.

⁵¹³ Kırılmaz, a.g.t., s. 38.

⁵¹⁴ Türk Tabipleri Birliği, "Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Taslağı Genel Gerekçesi", <http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.php>, (12.04.2013).

⁵¹⁵ Sıvacı, a.g.m., s. 33.

- a) Sağlığa ayrılan kaynakların, oran itibariyle OECD ülkelerinin altında yer alması, etkili ve verimli bir şekilde kullanılamaması,
- b) bütün bireyleri kapsayan genel sağlık sigortasının oluşturulamaması ve mevcut sigorta kurumlarının da çok farklı işleyiş ve rejimlere sahip olması,
- c) mevcut sigortalı sayısının ve bireylerin kişisel ödemelerinin miktarlarının tam olarak bilinmemesi.
- d) hem sağlık hizmet maliyet hesabının yapılamaması, hem de kişisel harcamaların belirlenememesi, ileriye yönelik planlama yapılmasını ve strateji üretilmesini engellemesi,
- e) gelişmiş ülkelerden farklı olarak kamu finansmanının karmaşık ve kontrolsüz bir formata sahip olmasının, bütçe üzerindeki yükü dolaylı olarak arttırması,
- f) sürekli artan kaynak ihtiyacına yönelik olarak bütçenin verdiği açığın her geçen gün artış göstermesi öne çıkan sorunlardan bazılarıdır⁵¹⁶.

Finansman ile ilgili sorun/sorun alanları incelendiğinde, kamu finansmanının karmaşık olması, kaynak kullanımında etkinlik ve verimliliğin sağlanamaması ve maliyetlerin sürekli yükselmesi gibi hususların ön plana çıktığı söylenilebilir. Bu durum, sosyal refah devletindeki kamusal harcamaların artışı, kaynakların rasyonel bir şekilde kullanılmaması ve bütçenin sürekli açık vermesi gibi sorunlar ile doğrudan ilişkilendirilebilmektedir.

2.4.4. İnsan Kaynakları İle İlgili Sorunlar

Sağlık sisteminin işleyişinde en önemli rol, hiç kuşkusuz insan faktörüne aittir. Sağlık sektöründe diğer alanlarda olduğu gibi insan kaynakları alanında da birtakım sorunlar yaşanmaktadır⁵¹⁷.

Sağlık göstergeleri ve hizmet kullanımına dayalı rasyonel bir insan kaynakları planlamasının bulunmaması, sağlık personelinin ülke genelinde ve il düzeyinde dağılımındaki dengesizlik ve orantısızlık, sağlık personelinin temel eğitiminin yetersiz olması ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarının yetersiz kalması, sağlık

⁵¹⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 16-17.

⁵¹⁷ Devlet Planlama Teşkilatı, *Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara, 2001, s. 13; C. Can Aktan, "Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi", <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>, (11.06.2013).

personelinin istihdam, ücret ve haklar gibi konularda çeşitli sorunların yaşanması, performansı artırmak için etkili bir teşvik sisteminin olmaması, ücret ve terfilerin performansla ilişkilendirilememesi ve de Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde çalışmayı özendirecek önlemlerin sonuç vermemesi, sağlık mesleklerinin görev ve sorumluluklarını tanımlayan mevzuatın günümüzün ihtiyaçlarına cevap verememesi ve bazı mevcut mesleklerin mevzuatta yer almaması gibi sorunlar, sağlık sisteminin doğru bir şekilde işlemesini engelleyici role sahiptir⁵¹⁸.

İnsan kaynakları ile ilgili sorun/sorun alanları incelendiğinde kadrolu, sabit ücret sistemi ve kariyer sistemine dayalı atama başta olmak üzere geleneksel kamu yönetimi anlayışının ve sosyal refah devleti formunun yansımalarının hakim olduğu fordist bir personel rejiminin varlığından bahsedilebilir.

2.4.5.Diğer Sorunlar

Türkiye’de sağlık hizmetleri ile ilgili diğer sorun alanlarından birisi, politika geliştirme ile ilgilidir. Sağlık alanında, uzun perspektife sahip politikaların geliştirilmesi noktasında sorun yaşanmakta olup, uzun vadeli, uyumlu ve istikrarlı bir sağlık politikasının oluşturulamadığı gözlemlenmektedir. Bu durumun temel sebeplerinden birisi, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de hükümetlerin reform programlarındaki farklılıklardır⁵¹⁹.

Sağlık hizmetleri ile ilgili sorun alanlarından bir diğeri, mevzuattır. Mevcut mevzuatın büyük bir kısmının gelişen ve değişen ihtiyaçlara cevap vermekten uzak, dağınık ve düzensiz olduğu, bazı konularda birden fazla düzenlemenin bulunduğu, bazı konularda ise yasal boşluklara rastlandığı gözlemlenmektedir⁵²⁰. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 1992 tarihli Ulusal Sağlık Politikası ile DPT tarafından yayınlanan Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyon Raporu, sağlık sistemi ile ilgili mevzuat açısından yaşanan sorunların açık bir şekilde ortaya koymuştur.

⁵¹⁸ Birand Uygur Kanra, “Sağlık Bakanlığı’nda Yönetim Geliştirilmesi Kapsamında Gerçekleştirilebilecek Yapısal Müdahaleler Ve Sağlık Bakanlığı’nın Örgüt Kültürü Üzerine Bir Araştırma”, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 1998, s. 24-25; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001, s.45-46.

⁵¹⁹ Kırılmaz, *a.g.t.*, s. 29.

⁵²⁰ Kırılmaz, *a.g.t.*, s. 52.

Bir diğer sorun, bilgi ve bilgi teknolojileri ile ilgilidir⁵²¹. Hasta hastane ve hekim ilişkisi bağlamındaki kayıtların tutulmasında yaşanan problemler, otomasyon sistemlerinin etkili ve verimli kullanılmaması, teknik altyapı ile ilgili aksaklıklar bu alanda yaşanan sorunlar arasında sayılmaktadır⁵²².

Genel olarak ifade edilecek olursa, Türk sağlık hizmetlerinin çeşitli sorunları mevcuttur. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde yaşanan sorunlar genel hatlarıyla;

- a) sağlık hizmetleri sektörünün karmaşık ve çok başlı bir yapıya sahip olması,
- b) stratejik yönetim noktasında önemli bir eksiklik hissedilmesi,
- c) mevcut yapısı ile Sağlık Bakanlığı'nın, daha çok kendi kurumlarında hizmet vermeye yoğunlaştığından dolayı politika geliştirme ve sektöre yön vermekte yetersiz kalması,
- d) Bakanlık, SSK, üniversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında etkili bir koordinasyon sağlanamadığı için hizmet ve yatırım planlamalarının toplumsal ihtiyaçlar paralelinde gerçekleşmemesi,
- e) sağlık yatırım ve planlamalarında demografik ve epidemiyolojik özelliklerin göz ardı edilmesi,
- f) birinci basamak sağlık sunumu kapasitesinin (hekim sayısı, fiziksel altyapı, motivasyon ve teşvik vb.) yeterli düzeyde olmaması nedeniyle temel sağlık hizmetleri kapsamında hedeflenen çıktılara ulaşılamaması,
- g) birinci basamaktaki yetersizlikler ve sevk zinciri sisteminin işletilememesi nedeniyle hastanelerde hasta yoğunluğu bağlamında ciddi bir iş yükünün ortaya çıkması ile bu durumun hizmet maliyetlerini arttırarak ve hizmet kalitesini düşürmesidir.
- h) hastanelerle ilgili politik kaygılarla yapılan dengesiz yatırımlar, işletmecilik anlayışından uzak bir yönetim süreci, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK üyeleri gibi farklı sosyal güvenlik kapsamındaki kesimlerin belirli hastanelerden hizmet alması gibi hususların verimsizliğe yol açması,
- i) hem Bakanlık hem de SSK hastanelerindeki merkeziyetçi yapı, esnek ve akılcı olmayan malzeme ve personel yönetimi, sistemin verimli bir şekilde işlemlerini olumsuz yönde etkilemesi,

⁵²¹ Kırılmaz, a.g.t., s. 55.

⁵²² Harun Kırılmaz, *Sağlık Sisteminin Sorunları ve Bilgi Teknolojileri*, 2. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, Antalya, 2005, s. 91-92.

j) hizmet süreci ve hizmetin sonuçlarının ölçülmesi yolunda somut adımların atılmaması, ruhsatlandırma ve akreditasyon süreci ile ilgili karışıklıkların devam etmesi, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemesi şeklinde sıralanabilir⁵²³.

Bahsedilen hususlardan yola çıkarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türk sağlık hizmetlerinde yaşanan sorun/sorun alanlarının nitelikleri gereği geleneksel kamu yönetimi ve sosyal refah devleti anlayışı ile bağlantılı olduğu söylenilebilir.

3.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ve NEOLİBERAL DEVLET ANLAYIŞI İLE İLİŞKİSİ

Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında reform söylemlerinin sürekli dile getirildiği bilinmektedir. Bu doğrultuda 1980 sonrası sağlık reformları döneminde⁵²⁴ sağlık sektöründe proje odaklı bazı yeniden yapılandırma çalışmalarının gerçekleştirildiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan bu yeniden yapılandırma çalışmalarının arka planında birkaç temel dinamiğin olduğu ifade edilmektedir. Bu temel dinamiklerin, *küreselleşme süreci ve uluslararası kuruluşların etkisi, yeni kamu işletmeciliği anlayışı, Avrupa Birliği’ne üyelik süreci, nüfus artışı ve demografik yapıdaki değişiklikler, bilgi ve iletişim teknolojilerinde ve sağlık teknolojilerinde ortaya çıkan gelişmeler ile refah düzeyinin yükselmesi ve sağlık hizmetlerine olan talebin artması* başta olmak üzere sıralandığı görülmektedir⁵²⁵.

Türk sağlık sektörü ile ilgili kısa vadeli hedefleri de kapsayan ve resmi bir nitelik taşıyan 58. Hükümet Acil Eylem Planı, 3 Ocak 2003 tarihinde kamuoyu ile

⁵²³ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara, 2003, s. 14-16.

⁵²⁴ Özellikle 2003 yılında kamuoyu ile paylaşılan “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu” başlıklı rapor, Türk sağlık sektöründeki son dönem uygulamalara dayanak teşkil etmektedir. Bu konuda ayrıntılı bilgi için Bkz. World Bank, “Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency”, Volume 1: Main Report, Mukesh Chawla vd., Document of the World Bank, Report No. 24358-TU, 2003.

⁵²⁵ Dilek Memişoğlu, “Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm Ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Isparta, 2011, s. 106-125.

paylaşılması ve “Sağlıklı Toplum” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir⁵²⁶.

Tablo 8. 58. Hükümet Acil Eylem Planında Sağlıklı Toplum Başlığı Altındaki Hedefler

KOD NO	SAĞLIKLI TOPLUM	SORUMLU KURULUŞ	SÜRE
SP-30	Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak	Sağlık Bakanlığı	6-12 ay
SP-31	Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacak	Sağlık Bakanlığı	12 ay
SP-32	Hastaneler idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacak	Sağlık Bakanlığı	12 ay ve uzun vadeli
SP-33	Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı ayrılacak	ÇSGB	12 ay
SP-34	Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Kurumu kurulacak	ÇSGB	12 ay
SP-35	Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak	Sağlık Bakanlığı	12 ay ve Sürekli
SP-36	Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilecek	Sağlık Bakanlığı	Sürekli
SP-37	Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak	Sağlık Bakanlığı	Sürekli
SP-38	Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek	Hazine Müsteşarlığı	Sürekli

Kaynak: 58. Hükümet Acil Eylem Planı, 3 Ocak 2003, www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2224/aep.pdf, (10.04.2013), s. 99-101.

Temel hedeflerden birincisi, Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılmasıdır. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının yeni sağlık politikalarına uygun bir şekilde yapılandırılması süreci için 6-12 aylık bir zaman dilimi öngörülmüş ve sorumluluk Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir.

İkinci hedef, devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımının kaldırılması ve tüm hastanelerin tek bir çatı altında toplanmasıdır. Türk sağlık hizmetlerinde kamu hastanelerindeki ayrımın kaldırılarak bütün kamu hastanelerinin 12 aylık bir zaman diliminde tek çatı altında toplanması hedeflenmiş ve sorumluluk Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir.

Üçüncü hedef, hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulmasıdır. Sağlık sektöründe rekabet ortamının oluşturulabilmesi amacıyla sağlık sistemindeki hastanelerin kurumsal açıdan idari ve mali yönden özerk olması

⁵²⁶ 58. Hükümet Acil Eylem Planı, 3 Ocak 2003, www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2224/aep.pdf, (10.04.2013), s. 99-101.

hedeflenmiştir. 12 ay ve uzun vadeli bir zaman dilimi içinde gerçekleştirilmesi istenilen bu hedef için yetki, Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

Dördüncü hedef, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı konularının birbirinden ayrılmasının sağlanmasıdır. Bu hedefin gerçekleştirilmesi için sorumluluk Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na verilmiş ve plana göre 12 aylık bir zaman dilimi öngörülmüştür.

Beşinci hedef, genel sağlık sigortası sistemi ve kurumunun oluşturulmasıdır. Bu hedef çerçevesinde sosyal güvenlik kuruluşlarının asli görevlerini yapabilmesini de sağlaması düşünülen genel sağlık sigortası sistemiyle, prim ödeme gücü bulunmayan vatandaşların primlerinin devlet tarafından ödenmesi, yeşil kart uygulamasının ortadan kaldırılması, sosyal güvenlik sistemini tek çatı altında toplayan bir sosyal güvenlik kurumunun kurulması gibi bir takım alt uygulamaların gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Bu kapsamda sorumluluk Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na verilmiş ve 12 aylık bir zaman dilimi belirlenmiştir.

Acil Eylem Planı'nın belirtilen hedefler doğrultusunda 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı, 8 ana bileşen etrafında sağlık sektörünü dönüştürmeyi hedeflemiştir. Bu bileşenler;

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan 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,
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi'dir⁵²⁷.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın gerekçesi ve bileşenleri incelendiğinde⁵²⁸, Türk sağlık sektöründe son dönem neoliberal politikaların ve özelde ise yeni kamu

⁵²⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24.

yönetiminin etkisinin hissedildiği bir dönüşüm sürecinin başlatıldığı söylenilebilir. Özellikle Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme görevlerinin altının çizilmesi, idari ve mali açıdan sağlık işletmelerine vurgu yapılması, bilişim teknolojilerinin sağlık hizmet sistemine entegre edilmek istenmesi, kalite ve akreditasyon uygulamalarının hedeflenmesi gibi bileşenler bu süreçte neoliberal devlet algısının ip uçlarını akıllara getirmektedir.

3.1. Amaçlar, Hedefler ve Temel İlkeler

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçlarını “sağlık hizmetlerinin *etkili, verimli ve hakkaniyete uygun* bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması”⁵²⁹ şeklinde belirlemiş ve kamuoyu ile paylaşmıştır.

Etkilik kavramını, uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacı olarak tanımlayan Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmeti sunumunda özellikle anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve yaşam süresinin arttırılması gibi olaylardan yola çıkarak bu süreçte en önemli amacının insanların hastalanmasını önleme olduğunu ifade etmektedir⁵³⁰.

Verimlilik kavramı ile sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların uygun şekilde kullanılmasını sağlayarak bu alandaki maliyetlerin düşürülmesini ve aynı kaynaklarla daha fazla hizmetin üretilmesi hedeflenmektedir⁵³¹.

Hakkaniyet kavramı ise vatandaşların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları oranında ulaşmalarının ve hizmetin finansmanına mali güçleri doğrultusunda katkıda bulunmalarının sağlanması olarak ele alınmaktadır⁵³².

⁵²⁸ Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye’de sağlık reformları dönemi içerisinde son ve en geniş kapsamlı bir proje olarak neoliberal politikaların bir yansıması olarak değerlendirilmektedir. Bu konuda ayrıntılı bilgi için Bkz. Faruk Ataay, “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 2008, Cilt 41, Sayı 3, s. 169-184; Hatice Erol – Abdullah Özdemir, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2014, Cilt 4, Sayı 1, s. 9-34.

⁵²⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24.

⁵³⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24.

⁵³¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24.

⁵³² T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24.

Etkililik ve verimlilik kavramları, Sağlıkta Dönüşüm Programının merkezinde neoliberal politikaların ve yeni kamu yönetimi anlayışının yer aldığının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı bahsedilen amaçlar doğrultusunda insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olmak üzere dokuz temel ilkeye dayandırılmıştır⁵³³.

İnsan merkezlilik bireye ve bireyin taleplerine, sürekli kalite gelişimi sektörde kalite ve standardizasyon faaliyetlerine, sürdürülebilirlik kaynakların rasyonel kullanılması yoluyla ulaşılan hizmet ivmesinin korunmasına, katılımcılık yönetim anlayışı çerçevesinde çok yönlü bir politika tasarlama sürecine, güçler ayrılığı sektördeki finansman, planlama, hizmet sunumu ve denetim işlevlerinin farklı mekanizmalar tarafından yürütülmesine, desantralizasyon yerinden yönetim ağırlıklı bir örgütlenme modeline, hizmette rekabet ise hizmet sunumu sürecinde farklı aktörlerin yer almasına ve sektörde yarışmacılığın sağlanmasına vurgu yapmaktadır⁵³⁴.

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hedeflenen sağlık sektörüne yönelik çalışmaların, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın 21. Yüzyılda Herkese Sağlık Politikası, Avrupa Birliği tarafından açıklanan Katılım Ortaklığı Belgesi ve Ulusal Program ilkeleri doğrultusunda yönetileceğini belirtmiştir⁵³⁵.

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleri bir bütün olarak değerlendirildiğinde, uluslararası örgütlerin dönüşüm sürecinde önemli ölçüde etkili olduğu söylenilebilir. Özellikle yeni kamu yönetimi anlayışının temel ilkeleri ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sürekli kalite gelişimi, hizmette rekabet, desantralizasyon ve güçler ayrılığı gibi temel ilkelerinin paralellik gösterdiği ifade edilebilir (Bkz. Tablo 2).

3.2.Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri

Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) temel bileşenleri planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, herkesi tek çatı

⁵³³ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25.

⁵³⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25.

⁵³⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 26.

altında toplayan Genel Sağlık Sigortası, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi olarak belirlenmiştir⁵³⁶.

Çalışmanın bu bölümünde Sağlık Bakanlığı'nın kamuoyu ile paylaştığı Sağlıkta Dönüşüm Programının sekiz temel bileşeni anlatılacak ve bu bileşenlerin neoliberal devlet ve yeni kamu yönetimi ile ilişkisinin boyutu hakkında bilgiler verilmeye çalışılacaktır. Bu bileşenler doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamalar ise çalışmanın ilerleyen kısımlarında “Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Gerçekleştirilen Değişiklikler” başlığı altında incelenecektir.

3.2.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile amaçlanan değişikliklerden birisi, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sektöründe politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konuma ulaştırılmasıdır. Bu bağlamda oluşturulması düşünülen Bakanlık yapısının, sağlığa ayrılan kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirme görevini üstlenmesi ve Bakanlığa bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yeniden yapılandırılması amaçlanmaktadır. Böylece Bakanlığın, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına dönüştürülmesi arzulanmaktadır⁵³⁷.

Dönüşümün sağlanabilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın dikey yapılanmayı ortadan kaldıran ve entegre sağlık hizmetini ön plana çıkaran bir forma sahip olmasına işaret edilmektedir. Bu doğrultuda stratejik planlama, insan kaynakları politikası, personel yönetimi, kaynak kullanımı, yetki aktarımı ve sorumluluk paylaşımı gibi hususların gözden geçirilmesi, merkez, taşra ve diğer yönetim birimlerinin fonksiyonlarının yeniden tanımlanması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır⁵³⁸.

⁵³⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 24.

⁵³⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 26.

⁵³⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 26-27.

Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı formunun, esnek örgüt yapısı, yumuşak hiyerarşi, dar merkez-geniş çevre, küçük ölçekli yapı, yetkilendirilmiş yönetici, hizmetlerde kalite, yetkinin paylaşılması, yönetişim gibi temel özelliklere sahip olan yeni yönetim anlayışının yansımalarını içeren bir karakteristiğe sahip olduğu söylenilebilir (Bkz. Tablo 2). Ayrıca Bakanlık yapısının, hizmet sunumunu üstlenen değil de daha çok denetleyen bir formata dönüştürülmek istendiği de söylenilebilmekte, bu durumun doğrudan devletin küçültülmesine yönelik hedefi ön plana çıkardığı da belirtilebilir.

3.2.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerinden birisi, herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası sistemidir. Oluşturulması düşünülen sistem, hakkaniyet ilkesini gözeterek bireylerin ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modelini öngörmektedir⁵³⁹.

Toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sisteminin, sağlık harcamalarını azaltarak koruyucu hekimlik uygulamalarını teşvik edici bir boyuta ulaştıracağı düşünülmektedir. İlaç ve tıbbi malzeme giderlerinin azaltılması, fiyat kontrolü ve sağlık hizmetlerinin finansmanının tek elden karşılanması, hasta ve hekim arasındaki ilişkinin parasal boyutunun ortadan kaldırılması, Genel Sağlık Sigortasının diğer amaçları arasında sayılmıştır⁵⁴⁰.

Belirtilen özellikler ve amaçlar doğrultusunda Genel Sağlık Sigortası sisteminin oluşturulabilmesi için Sağlıkta Dönüşüm Programı başlığı altında yapılması düşünülen birtakım uygulamalar söz konusudur. Buna göre *sigorta primlerini ödeme gücü bulunmayanların tespit edilmesi için fakirlik sınırının belirlenmesine yönelik bir değerlendirme sisteminin kurulması, ödeme gücü olmayanların sağlık primlerinin kısmen veya tamamen devlet tarafından karşılanması için kaynak oluşturulması, sağlık primleri havuzunun, sosyal güvenliğin diğer dallarından ayrılmasının sağlanması ve bu sayede kendi iç dengelerinin kurulması, belirlenmiş ihtiyaçlar doğrultusunda birinci*

⁵³⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 27.

⁵⁴⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 27.

basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerden hizmet satın alabilmek için sözleşmeler yapabilen mekanizmaların oluşturulması, alınan hizmetlerin tanımlanan niteliklere uygun olup olmadığını, yerindelik ve uygunluk açısından denetleyebilecek bir yapının oluşturulması, sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesine yönelik bir “Ulusal Sağlık Hesabı” sistemi kurulması hedeflenmektedir⁵⁴¹.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Genel Sağlık Sigortası sisteminin oluşturulmasına ek olarak ülke içerisindeki özel sağlık sigortacılığının desteklenmesi ve özel sigortaların sistem içerisinde tamamlayıcı bir role sahip olabilecek kapasiteye ulaşmaları da alt amaçlar içerisinde sayılmaktadır. Bununla birlikte, mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarının emeklilik ve sağlık sigortaları birbirinden ayrılarak, sağlık sigortası işlemlerinin tek çatı altında toplanmasının sağlanması amaçlanmaktadır⁵⁴².

Refah devleti formunda sosyal harcamaların artışı ve bu durumun devlet bütçesi üzerindeki yükü tartışmalı konular arasında yer almıştır. Bu gerçekten hareketle daha rasyonel ve sistematik bir sağlık sigorta sisteminin oluşturulması, hem her geçen gün yükselen maliyetlerin azaltılmasını hem de prim odaklı bir sağlık hizmet finansmanının sağlanmasını beraberinde getireceği iddia edilmektedir. Belirtilen bilgilerden hareketle, yeni kamu yönetiminin kaynak kullanımında akılcılık, şeffaflık, hesap verebilirlik, performansa dayalı denetim gibi özellikleri ile SDP kapsamında oluşturulması düşünülen sigorta sisteminin doğrusal bir ilişki içerisinde olduğu söylenilebilir.

3.2.3.Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile oluşturulmuş olan sağlık ocağı ve sağlık evi modelinin zamanın en gelişmiş ve en modern sistemlerinden birisi olduğu, ancak bu sistemin Türkiye’nin koşullarına uyarlanması gerektiği ifade edilmiştir. Bu gereklilik dolayısıyla, sağlık hizmeti sunmaya aday bütün aktörlerin sağlık sistemi içerisine girmesini kolaylaştıran bir anlayışın benimsenmesi yoluyla sağlık hizmeti sunumunda rekabet ortamının yaratılacağı düşünülmektedir. Ortaya

⁵⁴¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 28.

⁵⁴² T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 28-29.

çıkacak rekabet ortamının sağlık hizmetlerinin sunumunun bölgesel ve ülke düzeyinde arttırması beklenmektedir⁵⁴³.

Oluşturulması düşünülen sağlık hizmet sisteminin işletme ve rekabet odaklı olması, neoliberal devlet ve yeni kamu yönetiminin hizmetlerde kalite, müşteri-vatandaş merkezlik ve rekabete dayalı bir hizmet anlayışı gibi ilkeleri ile paralellik oluşturmaktadır.

3.2.3.1.Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

Temel sağlık hizmetleri alanında, iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sistemi anlayışının olmadığı belirtilerek, temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunun diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olabilecek bir yapıya kavuşturulması hedeflenmiştir⁵⁴⁴. Bir başka ifadeyle temel sağlık hizmetlerindeki etkinlik ve verimlilik düzeyi arttırılarak, daha sağlıklı bir toplum arzu edilmiştir.

Temel sağlık hizmetlerinin kamu sağlığı merkezlerince yaygın, örgütlü ve disiplinli bir şekilde yürütülmesi, hastalara hekim seçebilme hakkının tanınması, koruyucu diş hekimliği uygulamalarının da birinci basamakta yer alması, bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulmasının kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılması, aile hekimliği uygulamasının mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitimden geçirilerek aile hekimi olarak atanması yoluyla başlatılması gibi hususlar, Sağlıkta Dönüşüm Programının diğer hedefleri arasında ifade edilmektedir⁵⁴⁵.

Belirtilen bilgiler, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği odaklı bir modele geçişi beraberinde getirirken, temel sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik itibarıyla konumunun güçlendirilmesi ve bu sayede sağlık harcamalarının azaltılmasına dayalı bir süreç arzusunu ortaya koymaktadır.

3.2.3.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

⁵⁴³ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 29-30.

⁵⁴⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 30.

⁵⁴⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 30.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında oluşturulması düşünülen uygulamalardan birisi de sevk zinciri sistemidir. Aile hekimliği uygulamasının etkili ve verimli hale getirilmesi neticesinde hastaların büyük bir kısmının sorunlarının birinci basamakta çözülebileceği gerçeğinden hareketle hastanelerdeki yoğunluğun azaltılması, tedavi hizmetlerinin kalite artışının sağlanması ve sağlık harcamalarındaki israfın azaltılması gibi çeşitli çıktılar hedeflenmektedir. Bu bağlamda aile hekiminden sevk alarak ikinci ve üçüncü basamaktaki hastanelere gidilmesi için ortaya konulan yol, sevk zinciri sistemidir. Belirtildiği üzere etkin bir sevk zincirinin kurulabilmesinin en temel şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmetini alabilmesidir. Diğer taraftan sevk zinciri sistemine girmek istemeyen yani aile hekimi yerine doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti kuruluşlarına giden hastaların, ek maliyetleri ödemek durumunda kalacaklarının altı çizilmektedir⁵⁴⁶.

Etkili ve kademeli sevk zinciri uygulamasının ana amaçları dikkatle incelendiğinde, özellikle tedavi hizmetlerindeki kalite artışı ve sağlık harcamalarının azaltılması hedefleri ön plana çıkmaktadır. Bu durum neoliberal devlet ve özelde yeni kamu yönetiminin bu doğrultudaki ilkeleri ile uyumlu bir görüntüye sahiptir.

3.2.3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ülke içerisinde hizmet sunan bütün hastanelerin aralarında hiçbir ayrım gözetilmeksizin, sistem içerisindeki sigorta kurumu ile sözleşme yapması ve sevk sistemi esaslarına uyması koşulu ile bütün vatandaşlara hizmet verebileceği ifade edilmektedir. Ayrıca hizmet sunumu sürecinde hastanelerin hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları açısından denetim altında tutulacağı, sağlık hizmetlerinin finansmanında kurumların değil bireylerin destekleneceği, hizmet sunan kurumların ürettikleri hizmet oranında pay alacakları belirtilmektedir⁵⁴⁷.

Sağlık sektöründe hizmet sunan kamu hastanelerinin değişen yapıya uyum sağlayabilmesi, daha verimli işletmeler haline dönüştürülmesi ve sektördeki diğer aktörler ile rekabet edebilen bir kapasiteye sahip olabilmesi için merkeze bağımlılığın

⁵⁴⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 31.

⁵⁴⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 31.

azaltılması gerektiği ifade edilmiştir. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerine hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetebilmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınacağı ve bütün kamu sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı denetiminde özerk kurumlar haline getirilmesi arzu edilmektedir. Bu bağlamda ilk olarak kamu hastanelerinde bir hizmet sunumu birliğinin sağlanması, ikinci aşamada ise her tesise ayrı ayrı özerklik tanınması hedeflenmiştir. Sağlık kuruluşlarının devlete doğrudan bağlı olma zorunluluğu söz konusu olmayacağı ve Belediyelerin, özel şirketlerin, vakıfların, il idarelerinin ve üniversitelerin sağlık kuruluşu kurabileceği bir yapı öngörülmektedir⁵⁴⁸.

İdari ve mali açıdan özerk sağlık işletmeleri bileşeninin öngördüğü hedefler, yeni yönetim anlayışının işaret ettiği adem-i merkeziyetçi, esnek örgüt yapısı, küçük ölçekli yapı, yumuşak hiyerarşiye sahip bir yönetim yapısı ile doğrudan ilişki içerisindedir. Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programının idari ve mali açıdan özerk sağlık işletmelerine geçişi hedeflemesinin arka planında sosyal refah devletinden neoliberal devlete geçiş söyleminin etkili olduğu ifade edilebilir.

3.2.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık sektöründe çalışan kişilerin, görev, yetki ve sorumluluklarının Avrupa Birliği'ne uyum süreci de göz önünde bulundurularak yeniden tanımlanması, hekimlerin eğitim sürecinde üniversitelerle işbirliğine gidilmesi, aile hekimliği için yeni bir müfredat programının oluşturulması, hemşirelik eğitiminin üniversite bağlamında temellendirilmesi ve uluslararası standartlara uyumlulaştırılması, aile sağlığı hemşireliği uygulamasının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, sağlık sistemindeki yöneticilik pozisyonunun hekimlikten bağımsız bir şekilde geliştirilmesi, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımı teşvik edici gönüllü politikaların geliştirilmesi ve bu duruma bağlı olarak zorunlu hizmet uygulamasının kaldırılması, kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirecek nitelikte tedbirlerin alınması, yerel yönetimlerin, sivil toplum örgütlerinin ve meslek derneklerinin sistemde aktif bir şekilde rol almasının sağlanması, desantralize

⁵⁴⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 31-32.

insan kaynakları planlaması ve yönetim yeteneğinin oluşturulması gibi hususların gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir⁵⁴⁹.

Sağlık insan gücü bileşeni kapsamındaki bahsedilen bu hedefler, yeni kamu yönetimi anlayışının stratejik yönetim, profesyonel yöneticilik sistemi, standartlara dayalı bir sorumluluk, performans ölçümü, hizmet sürecinde katılımcılık, işe almada ve ödüllendirmede esneklik gibi genel ilkeleri ile uyumaktadır.

3.2.5.Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularında eğitilmiş insan gücü, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflenen dönüşümün gerçekleştirilmesi ve sürdürülebilir olmasında Sağlık Bakanlığı tarafından oldukça önemli görülmektedir. Bu bağlamda sektörel analizlerin yapılabilmesi, araştırmaların planlanabilmesi, hükümetlere danışmanlık yapılabilmesi ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verilecek kurumlara ihtiyaç duyulmakta olduğu tespit edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında bahsedilen niteliklere sahip bir kurumun sağlık sistemine kazandırılması amaçlanmaktadır⁵⁵⁰.

Bu bileşen, sağlık hizmetlerinin hem üretimi hem de sunumu sürecinde sürdürülebilirliğin ve sürekli kalite gelişiminin anahtarı olarak görülebilir. Bahsedilen özellikler, geleneksel yönetim ilkelerinin aksine yeni yönetim ilkelerini çağrıştırmaktadır. Sistemin etkin, verimli ve rasyonel bir zemine oturtulabilmesi için stratejiler belirleyebilen, öngörülen vizyon doğrultusunda lokal uygulamaları ortaya koyabilen, piyasa koşulları ilkeleri çerçevesinde esneklik gösterebilen bir kurumsal yapılanmanın varlığı, etkin ve düzenleyici devletin sağlık sektörüne bir yansıması olarak ifade edilebilir.

3.2.6.Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

⁵⁴⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 33-34.

⁵⁵⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 32-33.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özerk, tarafların yönetimde söz sahibi olduğu ve gelişmiş ülkelerdeki örneklere benzer yapıda, ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını yürütmek üzere bir Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu'nun kurulması amaçlanmıştır. Sağlık hizmetleri ile ilgili sonuçların ölçülmesi sürecinde sistemler geliştirilmesi ve bu sonuçların hizmet sunucuların performans göstergeleri olarak ele alınabilmesi amacıyla görevli kılınacak Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu, yeni oluşturulacak sağlık hizmet sistemi için ciddi bir öneme sahip görünmektedir⁵⁵¹.

Yeni kamu yönetimi çerçevesinde ifade edilen açıkça belirlenmiş standartlar, hizmetlerde kalite, çıktı, sonuç ve rekabet odaklılık gibi ilkeler, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon bileşeni ile doğrudan ilişkili görülmelidir. Sağlık piyasasında hizmet standartlarının belirlenmesi, hem sunum sürecini hem de iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyecektir. Bir başka ifadeyle kurulması planlanan Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu, neoliberal devletin sağlık sektörüne yansımalarından birisi olarak değerlendirilebilir.

3.2.7.Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardize edilmesi, ruhsatlandırılması ve bunların rasyonel bir şekilde yönetilmesi için uluslararası normlara uygun, siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk ve konusunda uzman personelden oluşan bir yapılanmanın oluşturulması hedeflenmiştir. Sağlık sektöründe ilaç ve tıbbi cihaz konularında uzman niteliği taşıyan kurumlar, Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu şeklinde öngörülürken, bu kurumların ayrı ayrı ya da tek çatı altında toplanabileceği vurgulanmıştır⁵⁵².

Oluşturulması düşünülen Ulusal İlaç Kurumu, ilaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda kısacası ilaç sektörünü düzenleyen ve destekleyen bir işlevi yerine getirecektir. Diğer taraftan Tıbbi Cihaz Kurumu ile hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici,

⁵⁵¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 34.

⁵⁵² T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 34.

düzenleyici ve eğitici özelliklere sahip bir yapılanma oluşturulmak istenilmektedir. Tıbbi Cihaz Kurumu, bilgi veri tabanlarının oluşturulması, tıbbi cihaz planlaması ve satın alınması, tıbbi cihazların karşılaştırmalı değerlendirilmesi, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, kanunlar ve düzenlemelere dair bilgi sağlanması, online ve sürekli eğitim programlarının yapılması veya üçüncü şahısların bu amaç doğrultusunda finanse edilmesi ile uygulamalı araştırmaların desteklenmesi başta olmak üzere sektörle ilgili birçok konuda görevlendirilmektedir⁵⁵³.

Sağlık sektöründe ilaç ve malzeme yönetiminde oluşturulması düşünülen özerk kurumsal yapı, neoliberal devletle ilişkilendirilebilecek bileşenlerden birisidir. Bir başka ifade ile 1970’li ve 1980’li yıllarda ortaya çıkan ve her geçen yaygınlaşan bağımsız idari otoritelere benzer bir yapının hedeflendiği ve bu durumunda doğrudan devletin dönüşümü ile ilgili somut bir gösterge olduğu söylenilebilir.

3.2.8.Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla karar sürecinde etkili bilgiye erişimi sağlayacak bir Sağlık Bilgi Sisteminin kurulması hedeflenmektedir. Hasta, hekim, sağlık kuruluşları ve sigorta kurumu arasındaki iletişim sürecinin iyi işleyebilmesi için sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulması, hizmetlerin verimliliğinin geliştirilmesi, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığının takip edilmesi gerekmektedir. Bundan dolayı etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte gelişen teknolojiler doğrultusunda modüler yapılarla gerektiğinde büyüeyebilen, kullanıcı ve hizmet sunucu ilişkisine en az ihtiyaç gösteren bir yapının oluşturulması amaçlanmaktadır⁵⁵⁴.

Oluşturulması düşünülen sağlık bilgi sistemi ile Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi, sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin saptanması, önlemlerin alınması, sektör kaynaklarının çalışma ve yatırımların planlanması, sunulan sağlık

⁵⁵³ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 34-35.

⁵⁵⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 36.

hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplanması ve işlenmesi başta olmak üzere birçok açıdan önemli bir çıktı düzeyine ulaşılacağı öngörülmektedir. Sağlık bilgi sisteminin, günümüz iletişim altyapısı olanaklarının kullanılması yoluyla uygulanabilecek bir ortak veri tabanı üzerinden işletileceği belirtilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamalarından birisi olan sevk zinciri sisteminin de oluşturulacak sağlık bilgi sistemiyle daha etkin, hızlı ve güvenilir bir hale geleceği düşünülmektedir⁵⁵⁵.

Sağlık bilgi sisteminin işleyişinin, MERNIS kapsamındaki numaralandırma yönteminin tüm sağlık veri tabanlarında kullanılmasına ve vatandaşların her türlü bilgilerinin eşleştirilmesi yöntemiyle sürecin hızlı bir şekilde işlemesine dayandığı ifade edilmektedir⁵⁵⁶.

Oluşturulması düşünülen sağlık bilgi sistemi, “web teknolojilerine dayalı, aile hekimliği, hastane ve diğer bileşenlerin bağımsız yazılımlarından standart veri transferi yapılabilen, karar mekanizmasında rol alacak yeterli ve gerekli bilgiye merkezden ulaşılabilen, hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına yönelik epidemiyolojik ve demografik analizler yapılabilen, ilaç provizyon sistemleri ile ilaç denetimine imkan tanıyan, sağlık hizmeti sunumundaki dağılımı ve doluluğu denetleme imkanı veren, vatandaş odaklı ve hasta memnuniyetini sağlayarak elektronik randevu gibi asgari hizmet sunumuna olanak veren”⁵⁵⁷ bir çerçeveye dayandırılmaktadır.

Sağlık bilgi sistemi, devletin dönüşümünü simgeleyen e-devlet kapsamındaki uygulamalardan birisi olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte oluşturulması düşünülen sağlık bilgi sisteminin hizmet sunumu sürecinde etkinlik ve verimliliğin sağlanması, şeffaflık, akılcı ve etkin denetim, müşteri-vatandaş merkezlilik gibi neoliberal devletin ve yeni kamu yönetiminin ilkeleri ile doğrudan bir paralellik gösterdiği söylenilebilir.

3.3.Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulama Süreci

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulama sürecinin temel olarak kavramsallaşma, yasalaşma, kontrollü yerel uygulamalar, Türkiye geneline

⁵⁵⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 36.

⁵⁵⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 36.

⁵⁵⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 36-37.

yaygınlaştırma olmak üzere dört aşamadan oluşacağı Sağlık Bakanlığı tarafından ifade edilmiştir⁵⁵⁸.

Kavramsallaşma aşamasında, 2003 yılında kamuoyu ile paylaşılan Sağlıkta Dönüşüm başlıklı dokümanda belirtilen temel bileşenlerle ilgili amaçların, ilkelerin, geliştirme ve uygulama sürecinin kavramsal olarak ortaya konulacağı, konunun ulusal ve uluslararası uzmanları ile tartışılarak netleştirileceği ve geliştirileceği belirtilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili ikinci aşama, yasalaşmadır. İlk aşamada kavramsal açıdan netliğe kavuşturulmuş ve bu doğrultuda mevzuat (yasa, yönetmelik, bakanlar kurulu kararı gibi) açısından düzenleme ihtiyacı hissedilen alanlarda, gerekli düzenlemelerin yapılacağı ifade edilmiştir⁵⁵⁹.

Üçüncü aşama, kavramsallaştırma ve mevzuat açısından gerekli düzenlemeler sonrasında ortaya konulacak kontrollü yerel uygulamalardır. Bu aşamada, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında uygulanacak bazı yeniliklerin ve iyileştirmelerin Türkiye geneline yaygınlaştırılmadan önce, belirlenen ölçeklerde sınırlı ve kontrollü uygulamaların gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanması ile ilgili son aşama Türkiye geneline yaygınlaştırma sürecidir. Sınırlı ve kontrollü uygulamalar (pilot) sonrası elde edilecek sonuçlar göz önünde bulundurulmak suretiyle Programın ülke genelinde uygulanması planlanmıştır. Ancak dönüşüm programı içerisinde yer alan her bileşen ve alt uygulamaları için bahsedilen dört aşamanın birebir uygulanmasına gerek olmayabileceği de vurgulanmıştır⁵⁶⁰.

Sağlık sektöründeki dönüşüm sürecinde bilim adamlarının, meslek örgütlerinin, sendikaların, endüstriyel kuruluşların, iş dünyasının, özel sektör sağlık girişimcilerinin, gönüllü kuruluşların, siyasal partilerin, parlamenterlerin ve halkın görüşlerinin dikkate alınacağı ve bu doğrultuda mevcut ve ortaya çıkacak sorunlara yönelik optimum çözümlerin üretilmesi için çalışılacağı belirtilmiştir. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere alanla ilgili uluslararası kuruluşların ve konu ile ilgili önde gelen uzman ve akademisyenlerin de bilgi ve tecrübelerinden yararlanılacağı ifade edilmiştir⁵⁶¹.

⁵⁵⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 37.

⁵⁵⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 37.

⁵⁶⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 38.

⁵⁶¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 38.

3.4.Sağlıkta Dönüşüm Programının Aşamaları

Sağlıkta Dönüşüm Programı, iki temel faz (aşama) şeklinde gerçekleştirilmiştir. Buna göre 2003-2009 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm Projesi başlığı altında hedeflenen uygulamalar, sürecin ilk fazını teşkil etmektedir. İkinci faz ise 2009-2014 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi başlığı altında hedeflenen uygulamalardan oluşmaktadır.

3.4.1.Sağlıkta Dönüşüm Projesi: I. Faz 2003-2009

Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk aşaması olan Sağlıkta Dönüşüm Projesi fazı, 21 Nisan 2004 tarihinde Dünya Bankası ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan ikraz anlaşması sonucunda 28 Temmuz 2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir. İkraz anlaşması, 30 Haziran 2009 tarihinde ilgili projenin kapanışı ile birlikte sona erdirilmiştir⁵⁶².

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin 1. Fazında yer alan bileşenler ve alt uygulamalar Tablo 9'da ifade edilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamındaki bileşenler, etkili kılavuzluk için Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, sağlık sigorta fonu ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kapasitesinin geliştirilmesi, sağlık hizmetleri sunumunun reorganizasyonu, halk sağlığı fonksiyonlarının ve insan kaynakları kapasitesinin güçlendirilmesi, proje yönetimi ile sağlık eğitim merkezlerinin tamamlanması olarak belirlenmiş ve kamuoyu ile paylaşılmıştır⁵⁶³.

⁵⁶² T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Kurumsal-Tarihçe", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=164&sayfa=Tarih%C3%A7e>, (10.03.2013); Dünya Bankası, "Sağlıkta Dönüşüm Projesi", <http://www.worldbank.org/projects/P074053/health-transition-project?lang=en>, (21.03.2013).

⁵⁶³ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDP (I. Faz)", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=178&sayfa=SDP>, (10.02.2013).

Tablo 9.Sağlıkta Dönüşüm Projesi Bileşen ve Alt Uygulamaları

Bileşen	Alt Uygulama
Etkili Kılavuzluk için Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması	1-Sağlık Bakanlığı Strateji Planlama ve Politika Geliştirme Kapasitesinin Güçlendirilmesi (SGB)
	2-Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Kurulması (İEGM)
	3-Özerk Sağlık Tesislerinin Performans Yönetimi Çerçevesi (PYKGDB)
	4-Sağlık Reformu Uygulaması ve İzleme ve Değerlendirme Kapasitesinin Kurulması (İDK)
	5-SB için Sağlık Bilgi Sistemi'nin Kurulması (BİDB)
Sağlık Sigorta Fonu ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kapasitesinin Geliştirilmesi	1-Sosyal Güvenlik Kurumunun Kapasitesinin Geliştirilmesi (SGK)
	2-Sosyal Güvenlik Bilgi Sisteminin Kurulması (SGK)
Sağlık Hizmetleri Sunumunun Reorganizasyonu	1-Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için Aile Hekimliğinin Uygulamaya Konulması (TSHGM)
	2-Devlet Hastanelerinde Özerkliğe Giriş (THGM)
	3-Halkı Bilinçlendirme ve İletişim (BM)
	4-Toplum Sağlığı Programlarının Güçlendirilmesi (RSHMB-HMM)
Halk Sağlığı Fonksiyonlarının ve İnsan Kaynakları Kapasitesinin Güçlendirilmesi	1-Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığının Güçlendirilmesi (RSHMB)
	2-Halk Sağlığı Okulu'nun Güçlendirilmesi (RSHMB-HMM)
Proje Yönetimi (PYDB)	
Sağlık Eğitim Merkezlerinin Tamamlanması (PYDB)	

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDP (I. Faz)", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=178&sayfa=SDP>, (10.02.2013).

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin yürütülmesi sürecinde önemli birimlerden birisi, Proje Yönetim Destek Birimi'dir⁵⁶⁴. Proje Yönetimi Destek Birimi, 1990 yılında Dünya Bankası'nın Proje Değerlendirme Raporu ve 7 Ekim 1990'da yürürlüğe giren İkraz Anlaşması hükümleri uyarınca Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (SPGK) şeklinde oluşturulmuştur. Sağlık projelerinin hazırlanmasından ve uygulanmasından sorumlu olan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, organizasyona yönelik olarak süreç içerisinde yapısal değişiklikler geçirmiş ve son olarak 24 Mart 2004 yılı Makam Oluruya, Proje Yönetimi Destek Birimi (PYDB) yapısına dönüştürülmüştür. Ayrıca

⁵⁶⁴ Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulan Proje Yönetimi Destek Birimi, proje yönetimi konusunda, uzman proje çalışanlarıyla, tüm paydaşlar arasında, iletişimi, projelerin koordinasyonunu, etkin bir şekilde yürütülmesini sağlayarak, sağlık sisteminin gelişmesine katkıda bulunma misyonuna sahip bir oluşumdur. T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Kurumsal-Misyonumuz", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=163&sayfa=Misyonumuz%20Misyonumuz>, (10.08.2013).

07.08.2009 tarih 262 sayılı Makam Oluruyla İzleme Değerlendirme Koordinatörlüğü ve Proje Uygulama Birimi, Proje Yönetimi Destek Birimi⁵⁶⁵, ne bağlanmıştır⁵⁶⁶.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi bileşenleri doğrultusunda Türk sağlık sektöründe yönetsel yapıda bazı değişiklikler hayata geçirilmiştir. Bu değişiklikler içerisinde Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel yapısı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulaması, sosyal güvenlik sistemi ve sağlık eğitim merkezlerine yönelik faaliyetler öne çıkmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 2003-2009 yılları arasında uygulanmış ve sonrasında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi ile dönüşüm süreci devam ettirilmiştir.

3.4.2.Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (II. Faz) 2009-2014

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci fazı (aşaması), 2009-2014 yılları arasında uygulanması amaçlanan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi'dir. Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi, Sağlıkta Dönüşüm Projesi (I. Faz) üzerine temellendirilmiştir⁵⁶⁷.

Projenin finansmanı, Türkiye Cumhuriyeti ve Dünya Bankası arasında 30 Haziran 2009 tarihinde imzalanan yeni bir ikraz anlaşmasına dayanmaktadır. İlgili ikraz anlaşması, 29 Eylül 2009 tarihinde aktif hale gelmiştir. Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal

⁵⁶⁵ Proje Yönetimi Destek Birimi'nin Sağlık Bakanlığı ve Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi içindeki görevleri arasında; projenin yürütülmesi kapsamında ulusal ve uluslararası taraflar ve Sağlık Bakanlığı'nın uygulayıcı birimleri arasında koordinasyonu sağlama, projenin yürütülmesi sürecinde Sağlık Bakanlığı'nın uygulayıcı birimlerine teknik destek verme, projenin zamanında ve ayrılan bütçe ile bitirilmesini sağlama, proje sürecini düzenli olarak izleme ve ölçme, proje uygulama birimleri arasındaki ilişkileri yönetme ve düzenleme, projenin başarıyla tamamlanmasını engelleyebilecek sorunları erken fark etme ve bu sorunları önleyici tedbirler alma, birim faaliyetlerinin proje amaçlarına uygunluğunu denetleme başta olmak üzere önemli hususlar yer almaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Bakanlık ve Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi içindeki görevleri", [http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=196&sayfa,\(25.08.2013\).](http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=196&sayfa,(25.08.2013).)

⁵⁶⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Kurumsal-Tarihçe", [http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=164&sayfa=Tarih%C3%A7e%20Tarih%C3%A7e\(10.08.2013\).](http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=164&sayfa=Tarih%C3%A7e%20Tarih%C3%A7e(10.08.2013).)

⁵⁶⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)", [http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP\(10.03.2013\).](http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP(10.03.2013).)

Güvenlik Reformu Projesi⁵⁶⁸, Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 yıllarını kapsayan stratejik planına dayandırılmış ve 3 ana bileşenden oluşturulmuştur⁵⁶⁹ (Bkz. Tablo 10).

Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı'nın tedarikçi ödemeleri ve sağlık sistemi performansına yönelik reformları geliştirme ve uygulama konusundaki etkililiğinin artırılması, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için çıktıya dayalı finansman pilot çalışmasının yapılması, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin gelişim hedefleri olarak belirlenmiştir⁵⁷⁰.

Tablo 10. Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin Bileşenleri ve Alt Uygulamaları

Bileşen	Alt Uygulama
Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik Planına Destek Verilmesi (2010-2014)	Koruyucu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi
	Kamu Hastaneleri Reformlarının Uygulanması
	Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Artırılması
	Kurumsal Yeniden Yapılandırma ve Kapasitenin Artırılması
	İlaç ve Tıbbi Cihaz Denetiminin Yönetilmesi
	Sağlık Bilgi Sistemlerinin Geliştirilmesi
	Sektörler Arası Sağlık Sorumluluğunun Desteklenmesi ve Sağlık Politikalarının Dünya Standartları ile Uyumlu Hale Getirilmesi
	Ulusal Halk Sağlığı Kurumunun İşlevselleştirilmesi
Koruyucu Sağlık Hizmetleri İçin Çıktı-Bazlı Finansmanın Pilot Çalışmasının Yapılması	Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi için Uygun Aile Hekimliği Uygulamalarına Kişi Başı Ödeme Sağlanması.
	İl Düzeyinde ve Merkezi Düzeyde Çıktı Bazlı Finansman Pilot Uygulaması İçin Kapasitenin Oluşturulması
Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Kapasitesinin Geliştirilmesi	

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler- SDSGRP (II. Faz)", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (10.03.2013).

Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi kapsamında hedeflenen bileşenler, Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planına destek verilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri için çıktı bazlı finansmanın pilot çalışmasının yapılması⁵⁷¹ ve Sosyal

⁵⁶⁸ Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (SDSGRP), 25 Nisan 2013 tarihinde imzalanan ikraz tadilatı ile "Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılmasına Destek Projesi (SSYYDP)" olarak revize edilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Kurumsal Tarihçe", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=164&sayfa=Tarih%C3%A7e>, (10.03.2013).

⁵⁶⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)".

⁵⁷⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)".

⁵⁷¹ Proje kapsamında pilot uygulama olarak yer alan B Bileşeni ülke genelinde uygulanacak ve genel bütçeden karşılanacak olması nedeniyle Proje kapsamından çıkarılmış, iptal edilmiştir. T.C. Sağlık

Güvenlik Kurumu'nun kapasitesinin geliştirilmesi olarak belirlenmiş ve kamuoyu ile paylaşılmıştır⁵⁷².

Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi kapsamında hedeflenen ilk bileşen, Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planına destek verilmesidir. Bu bağlamda temel hedef, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sektörünün etkili bir kılavuzu haline gelmesi ve kurumsal kapasitesinin artırılmasıdır. Bu bileşen, Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 Sağlık Sektörü Stratejik Planı'nın on programından sekiz tanesi için teknik destek, eğitim ve malzeme ihtiyaçlarını finanse etmektedir. Bu bileşenin, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, kamu hastaneleri reformlarının uygulanması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, kurumsal yeniden yapılandırma ve kapasitenin artırılması, ilaç ve tıbbi cihaz denetiminin yönetilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, sektörler arası sağlık sorumluluğunun desteklenmesi ve sağlık politikalarının dünya standartları ile uyumlu hale getirilmesi, Ulusal Halk Sağlığı Kurumu'nun işlevselleştirilmesi olmak üzere sekiz tane alt bileşeni bulunmaktadır⁵⁷³.

Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi alt bileşeninin hedefi, aile hekimliği programının ölçeğinin büyütülerek, bunu mevcut 33 ilden Türkiye'nin 81 iline genişletilebilmesi için ekipman, teknik destek, teknik hizmetler ve eğitimi finanse edecek, aynı zamanda bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrol edilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetleri uygulamasını desteklemek olarak ifade edilmiştir. Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi sürecinde sorumlu olan birimler arasında, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Daire Başkanlığı, Verem Savaşı Daire Başkanlığı sayılmıştır⁵⁷⁴.

Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

⁵⁷² T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

⁵⁷³ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

⁵⁷⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

İkinci alt bileşen, kamu hastaneleri reformlarının uygulanması olup hedef, hastane reformlarının uygulanmasını desteklemek amacıyla teknik destek ve eğitimin finanse edilmesi olarak ifade edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı altında yapılacak hastane reformlarının başlıca amacı, Kamu Hastanesi Birliği modelinin pilot çalışmasının yapılması ve yurt çapında uygulanması olarak belirtilmiştir. Bu modelin uygulanmasının, Türkiye’deki Sağlık Bakanlığı hastanelerini kamu işletmelerine dönüştüreceği öngörülmüştür. Kamu hastaneleri reformlarının uygulanması sürecinde sorumluluk verilen birimler ise Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak belirlenmiştir⁵⁷⁵.

Üçüncü alt bileşen, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasıdır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairesi’nde kapasite oluşturulması ve bu dairenin performans bazlı ödeme sistemlerinin uygulanması ve sağlık hizmetlerinin kaliteli olmasını sağlama hedefi ile sağlık sunucularının hizmetlerinin düzenlemesine ilişkin rolünün artırılması için teknik destek ve eğitim desteği sağlanması hedeflenmiştir. Bu süreçte sorumlu tutulan birimler ise Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, PYDB- İzleme ve Değerlendirme Koordinatörlüğü’dür⁵⁷⁶.

Dördüncü alt bileşen, kurumsal yeniden yapılandırma ve kapasitenin artırılmasıdır. Bu bileşen, Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılmasını desteklemek amacıyla ekipman, teknik hizmet, teknik destek ve eğitim faaliyetlerini (Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Ulusal Kanser Enstitüsü ve bir iç denetim yapısının kurulması ile Sağlık Bakanlığı’nın İzleme ve Değerlendirme işlevlerinin kurumsallaştırılması da dahil olmak üzere) finanse edeceği ifade edilmiştir. Bu alt bileşen aynı zamanda performans bazlı bütçeleme alanındaki stratejik finansman metotlarının uygulanması için stratejik yönetim kapasitesinin güçlendirilmesini destekleyeceği ve hizmet içi eğitim programlarında devamlılığı ve koordinasyonu sağlayacağı belirtilmiştir. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Kansere Savaş Daire

⁵⁷⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

⁵⁷⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı ile Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü bu bileşenin gerçekleştirilmesinde sorumlu tutulan birimler olarak sayılmıştır⁵⁷⁷.

Beşinci alt bileşen, ilaç ve tıbbi cihaz denetiminin yönetilmesidir. Bu bileşen ile akılcı ilaç kullanımının sağlanması, ilaç, aşı ve biyolojik ürünlerin kalitesinin artırılması, iyi klinik uygulamaları ve iyi üretim uygulamalarının uygulanması için kurumsal düzenlemelerin hayata geçirilmesi ile piyasa gözetimi ve denetimini uygulamak için kapasitenin artırılmasını amaçlayan Ulusal İlaç Politikasının uygulanmasına yönelik teknik destek ve eğitimin sağlanacağı ifade edilmiştir. Süreçle ilgili sorumluluk İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir⁵⁷⁸.

Altıncı alt bileşen, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesidir. Temel hedef, Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Bilgi Sisteminin (USBS) genişletilmesini desteklemek amacıyla mal, teknik destek ve eğitimi finanse etmek olarak belirlenmiştir. USBS'nin hedefi, sağlık bilişimi standartlarının belirlenmesi, geliştirilmesi, uygulanması, kişisel ve kurumsal sağlık kayıtlarının gizliliği, güvenliği ve mahremiyeti prensiplerinin geliştirilmesi, karar destek sistemi kapsamında bir veri ambarının kurulması, veri madenciliği uygulamalarının başlatılması, tele-ilaç ve tele-sağlık sistemlerinin kurulması olarak ifade edilmiştir. Süreçle ilgili sorumluluk İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı'na verilmiştir⁵⁷⁹.

Yedinci alt bileşen, sektörler arası sağlık sorumluluğunun desteklenmesi ve sağlık politikalarının dünya standartları ile uyumlu hale getirilmesidir. Bu bileşen ile sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesi ve sağlık politikalarını uluslararası standartlara özellikle Avrupa Birliği ilke ve standartlarına uyumlu hale getirilmesi için ekipman, teknik destek, teknik hizmet ve eğitim faaliyetlerinin desteklenmesi hedeflendiği belirtilmiştir. Bileşenle ilgili sorumluluk, Proje Yönetimi Destek Birimi, Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı ile Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı (RSHMB)-Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü'ne verilmiştir⁵⁸⁰.

⁵⁷⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

⁵⁷⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

⁵⁷⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

⁵⁸⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, "Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)", <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

Sekizinci alt bileşen, Ulusal Halk Sağlığı Kurumu'nun işlevselleştirilmesidir. Bu bileşenin hedefi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'nın, ülke sınırları içerisinde yer alan tüm önemli sağlık fonksiyonlarından sorumlu ulusal kamu sağlık kurumuna dönüştürülmesi için bu kuruma mal, teknik destek ve eğitim faaliyetleri ile ilgili destek sağlanması olarak ifade edilmiştir. Süreçle ilgili temel sorumluluk Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'na verilmiştir⁵⁸¹.

Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin ikinci temel bileşeni, koruyucu sağlık hizmetleri için çıktı bazlı finansmanın pilot çalışmasının yapılmasıdır. Bu bileşenin hedefi, çıktı bazlı finansman mekanizmaları kullanılarak il düzeyinde Bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı koruyucu sağlık müdahalelerinin uygulanması için bir modelin pilot çalışmasının yapılması olarak belirlenmiştir. Proje kapsamında pilot uygulama olarak yer alan bu bileşenin, ülke genelinde uygulanacak olması ve maliyetlerin genel bütçeden karşılanacak olması nedeniyle proje kapsamından çıkarılması kararlaştırılmıştır⁵⁸².

Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin üçüncü temel bileşeni olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kapasitesinin geliştirilmesi bileşeninin, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütüleceği kararlaştırılmıştır⁵⁸³.

25 Nisan 2013 tarihinde Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılmasına Destek Projesi olarak revize edilen Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi kapsamında Türk sağlık sektöründe çok sayıda önemli değişikliğe gidilmiştir. Bu değişiklikler objektif bir bakış açısıyla ortaya konulmaya ve Türk sağlık sektöründeki mevcut durumun çerçevesi betimlenmeye çalışılacaktır.

3.5.Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Gerçekleştirilen Değişiklikler ve Değerlendirmeler

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılan dönüşüm süreci, sağlık hizmetlerinin sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı alanında önemli adımları beraberinde

⁵⁸¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

⁵⁸² T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).

⁵⁸³ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)”.

getirmiştir⁵⁸⁴. Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri, teşhis ve tedavi hizmetleri, ilaç ve eczacılık, sağlık bilgi sistemi, kurumsal yapılanma ve sosyal güvenlik konularında yeni uygulamalar başlatılmıştır.

Bu bölümde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, finansman ve insan kaynakları alanında gerçekleştirilen değişiklikler incelenmeye, neoliberal devlet ve yeni kamu yönetimi anlayışı ile ilişkileri belirlenmeye çalışılacaktır.

3.5.1.Yönetim ve rgtlenme Alanındaki Değişiklikler

Yönetim ve örgütlenme alanındaki değişiklikler, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının yeniden yapılandırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulaması, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, hastanelerde yerinden yönetim anlayışı, hastanelerde rol belirleme ve gruplandırma, sağlık hizmet planlaması, sağlık kurumlarında stratejik yönetim ve bürokrasinin azaltılması, özel hastanelerin hizmet sunumu ile ilaç ve eczacılıkla ilgili uygulamalar başlıkları altında incelenecektir.

3.5.1.1.Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yönetim ve örgütlenme alanındaki en önemli değişiklik, Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatında yaşanan dönüşümdür.

Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk temel bileşeni, planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı'dır. Bu bileşene paralel olarak Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı'nda Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak, yapı açısından küçük, işlev açısından ise düzenleyici ve denetleyici bir kapsama ulaştırılması arzu edilmiştir. Tasarı, Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatının kaldırılmasını, hizmet sunumunun il özel idarelerinin sorumluluğuna verilmesini, il özel idarelerinin de sağlık kuruluşlarını belediyelere, üniversitelere, meslek kuruluşlarına ve

⁵⁸⁴ Seher Nur Slkk, *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 2011/414, Ankara, 2011, s. 1.

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname⁵⁸⁶ ile yeniden yapılandırılmıştır. Bakanlık merkez teşkilatının yeni yapısı, Sağlık Politikaları Kurulu ile Hizmet Birimleri ve Bağlı Kuruluşlardan oluşmaktadır. Yeni yapıdaki Hizmet Birimleri, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Denetim Hizmetleri Başkanlığı olarak belirlenmiştir. Bakanlık merkez teşkilatına Bağlı Kuruluşlar ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ile Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü olarak sayılmıştır (Bkz. Şekil 9)⁵⁸⁷.

Sağlık Bakanlığı'nın yeni merkez teşkilatı yapısı incelendiğinde, Bağlı Kuruluşların sayısının arttırıldığı görülmekte olup, eski yapıda Sağlık Bakanlığı Ana Hizmet Birimleri ve taşradaki müdürlükler tarafından yerine getirilen hizmet üretme ve sunumu görevlerinin, yeni yapılanma ile Bağlı Kuruluşlara verildiği tespit edilmiştir⁵⁸⁸. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve bu Kurumun taşra birimi olan Kamu Hastane Birlikleri, teşhis ve tedavi hizmetlerinin örgütlenmesi ve hizmet sunumu; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve bu Kurumun taşra birimi olan Halk Sağlığı Müdürlükleri ise koruyucu sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumundan doğrudan sorumlu tutulmuştur. Ayrıca Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile sağlık sektöründeki ilaç ve tıbbi cihaz piyasasının yönetilmesi hedeflenmiştir⁵⁸⁹.

Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kuruluşlar yapılanması ile ilgili dikkat çekilmesi gereken bir diğer durum, Bakanlığın Sağlıkta Dönüşüm Programının temel bileşenlerinden birisi olan planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı modeline doğru

⁵⁸⁶ 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, R.G. Tarihi: 2/11/2011 Sayı: 28103 (Mükerrer).

⁵⁸⁷ 663 sayılı KHK, 2011, m.26-29.

⁵⁸⁸ Mehmet Aktel vd., "Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı'nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz", *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2013, Cilt 15, Sayı 2, Doi No: 10.5578/JSS.6834, s. 47.

⁵⁸⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, "Sağlık Bakanlığını Yeniden Yapılandırdık!", <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15334/saglik-bakanligini-yeniden-yapilandirdik.html>, (10.09.2013).

bir geçiş sürecinin başlatıldığı yönündeki tartışmadır. Bağlı Kuruluş yapısı, 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 kuruluşları ifade etmektedir⁵⁹⁰. Sağlık Bakanlığı yeni yapısı ile hizmet sunumu noktasındaki sorumluluğu doğrudan bağlı kuruluşlara ve onların taşra birimlerine yüklemekte ve daha çok sistemi denetleyici bir role bürünmektedir⁵⁹¹.

Sağlık Bakanlığı yeni merkez teşkilatında dikkat çeken bir diğer oluşum, Sağlık Politikaları Kurulu'dur. Sağlık Politikaları Kurulu, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen on bir üye ile Müsteşar ve müsteşar yardımcılardan meydana gelen bir yapıya sahiptir. Sağlık Politikaları Kurulu üyelerinin en az dört yıllık yükseköğretim mezunu ve sekiz yıl iş tecrübesi bulunan kişiler arasından Sağlık Bakanı tarafından görevlendirileceği, Kurul üyelerinin görev süresinin iki yıl olduğu ve süresi sona eren üyelerin yeniden görevlendirilebileceği ile Müsteşar veya görevlendireceği yardımcılardan birinin Kurul'a başkanlık edeceği hüküm altına alınmıştır. Sağlık Politikaları Kurulu toplantılarına görüşlerini almak üzere üniversiteler, meslek kuruluşları, sendikalar, sivil toplum kuruluşları ile bağlı kuruluşlardan ve Bakanlık birimlerinden yönetici veya uzman kişilerin davet edilebileceği kararlaştırılmıştır⁵⁹². Dolayısıyla sağlık sektörüyle ilgili temel politikaların belirlenmesinde sektörün ilgili kesimlerinin de görüşlerinin alınacağı bir yapının oluşturulmasına yönelik adımlar atılmıştır. Aslında bu durumun neoliberal politikalarla birlikte çok sık kullanılan yönetim kavramını çağrıştırdığı söylenilebilir.

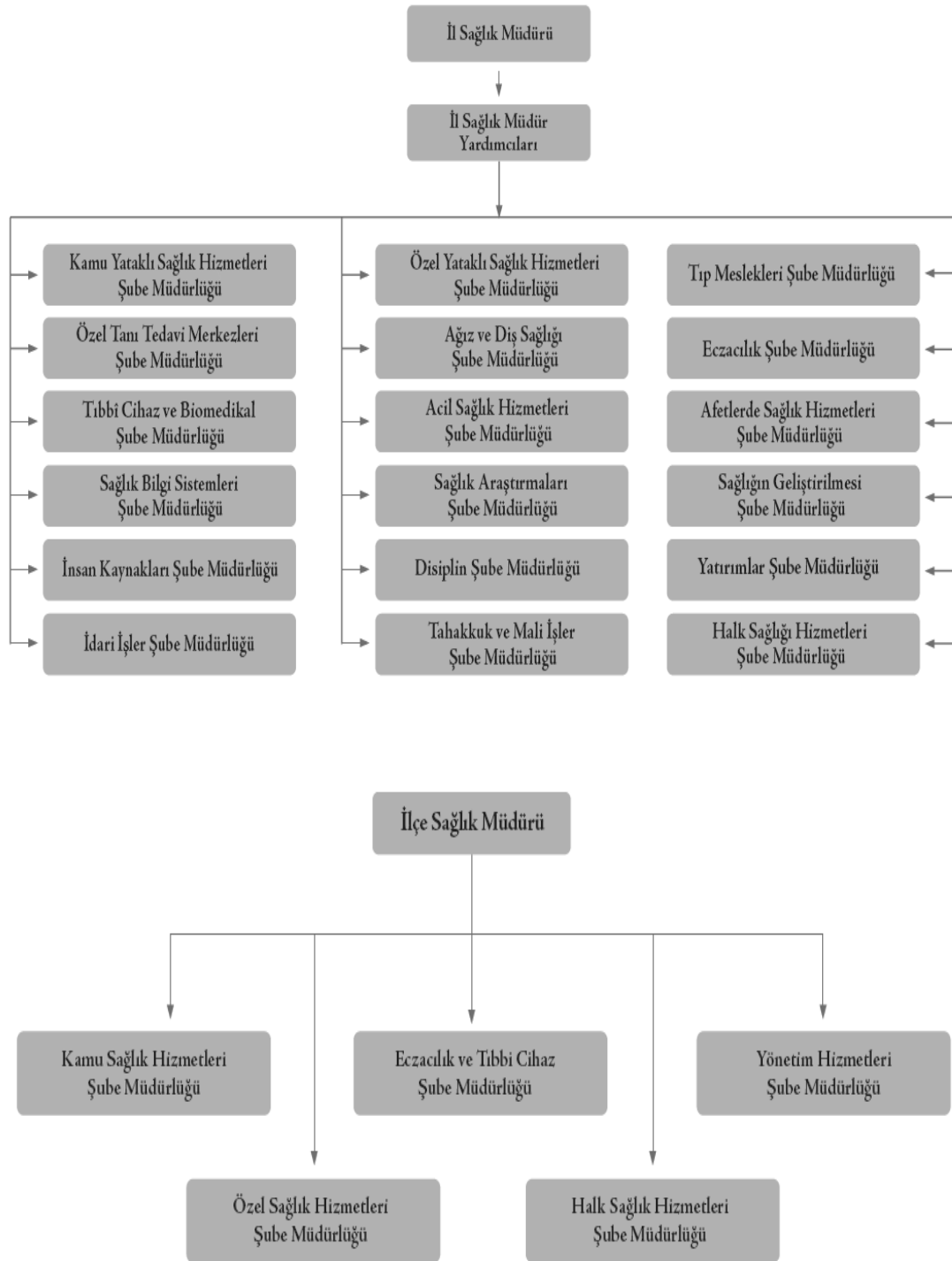
Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında, merkez teşkilatındaki yeniden yapılanmaya paralel olarak önemli bir dönüşüm yaşanmış, Bakanlık ve bağlı kuruluşların yapısına uygun teşkilatlanmaya gidilmiştir (Bkz. Şekil 10, 11, 12).

⁵⁹⁰ 3046 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında 174 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 13/12/1983 gün ve 174 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Bazı Maddelerinin Kaldırılması ve Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi Hakkında 202 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun, Resmi Gazete Tarih: 9/10/1984 Sayı: 18540, 1984, m. 10.

⁵⁹¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, "Sağlık Bakanlığını Yeniden Yapılandırdık!", <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15334/saglik-bakanligini-yeniden-yapilandirdik.html>, (10.09.2013).

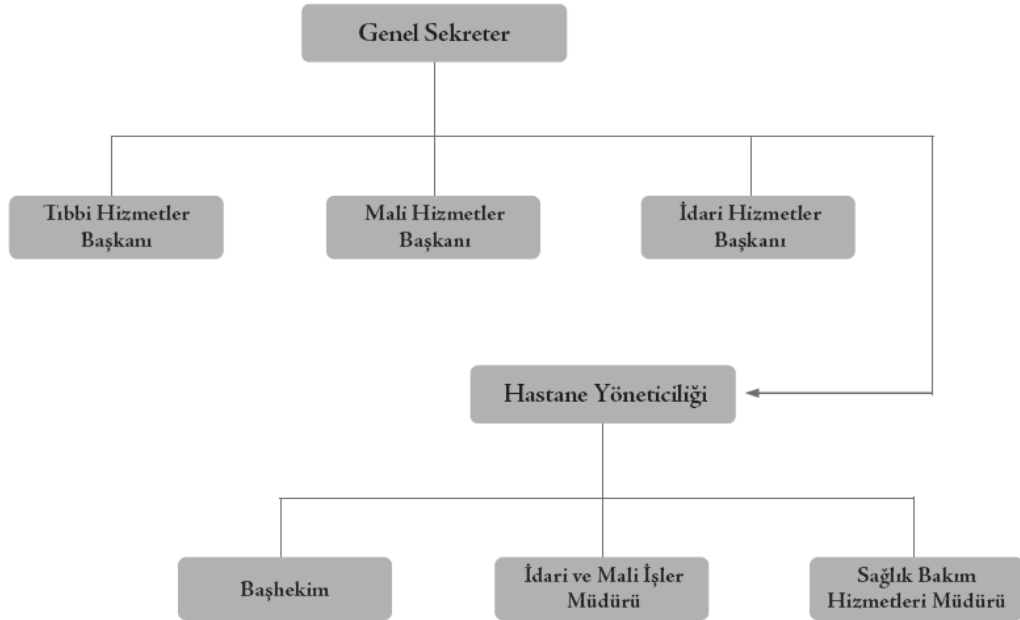
⁵⁹² 663 sayılı KHK, 2011, m. 6.

Şekil 10.Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı-İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, *Stratejik Plan 2013-2017*, Ankara, 2012, s. 35.

Şekil 11.Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşlar Taşra Teşkilatı-Kamu Hastane Birliği



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, *Stratejik Plan 2013-2017*, Ankara, 2012, s. 36.

Bakanlık yeni taşra teşkilat yapısında İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıkları doğrudan Sağlık Bakanlığı'nın; Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun; Halk Sağlığı Müdürlükleri ise, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatı olarak belirlenmiş ve bunlara bağlı hizmet birimleri oluşturulmuştur⁵⁹³.

Sağlık Bakanlığı'nın eski teşkilat yapısında taşrada hem örgüt yapısı hem de hizmet sunumu açısından tek yetkili birim olan İl Sağlık Müdürlükleri'nin, 663 sayılı KHK ile birlikte faaliyet alanı ve teşkilat yapısı daraltılmıştır. İl Sağlık Müdürlükleri'nin yeni teşkilat yapısı, Halk Sağlığı Müdürlüğüne devredilenler dışında kalan şube müdürlükleri, Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği, Uluslararası Tıp ve Kongre Merkezleri, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri ve 112 İstasyonları olarak ortaya konulmuştur⁵⁹⁴.

⁵⁹³ 663 sayılı KHK, 2011, m. 25-35.

⁵⁹⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması, Personel, Taşınır ve Taşınmazların Tahsisi ve Devri Konulu Tebliği, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-14973/bakanlik-tasra-teskilatinin-yeniden-yapilandirilmasi-ge-.html>, (04.01.2013), Ankara, 2012, s. 3.

Sağlık Bakanlığı'nın yeni taşra teşkilatında örgüt yapısı ve hizmet sunumu açısından en önemli birim, Kamu Hastane Birlikleri'dir. Daha önce İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olan hastanelerin (diş hastaneleri dahil), ağız ve diş sağlığı merkezlerinin, diş tedavi ve protez merkezlerinin, semt polikliniklerinin, AMATEM, ENDOTEM, otizm mükemmeliyet merkezi gibi özel tanı ve ileri tedavi merkezlerinin tümünün Kamu Hastane Birlikleri'ne bağlandığı görülmektedir⁵⁹⁵.

Kamu Hastane Birlikleri ile ilgili ilk çalışmalar, 2007 yılında TBMM'ye gönderilen Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile atılmıştır⁵⁹⁶. Tasarı'nın gerekçesinde, hastane hizmetlerinin sunumunda karar verme, gelir elde etme ve harcama yapma yetki ve sorumluluklarının, idari ve mali açıdan özerk kamu hastanelerine aktarılması amacıyla kamu hastane birliklerinin oluşturulacağı, Bakanlık bünyesinde yer alan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının, ilgili kuruluş statüsünde hastane birliğine dönüştürüleceği ifade edilmiştir⁵⁹⁷. Ancak Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, milletvekili genel seçim sürecine girilmesi nedeniyle yasalaşamamış ve 60.Hükümet tarafından yenilenerek 10 Ekim 2007 tarihinde TBMM'ye tekrar sunulmuştur⁵⁹⁸. 22 Ekim 2007 tarihinde tali komisyon olarak Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonuna, esas komisyon olarak da Plan ve Bütçe Komisyonu'na havale edilen 1/439 esas numaralı Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, Komisyon tarafından 13 Kasım 2008 tarihinde tekrar görüşülmeye başlanmış ve Tasarı ile ilgili son rapor 26 Mart 2010 tarihinde TBMM Genel Kurulu'nun onayına sunulmuştur⁵⁹⁹.

Bahsedilen gelişmeler sonrasında Kamu Hastane Birlikleri, ilk ortaya konulan Tasarıdan önemli farklılıklar taşısa da 2011 yılında kabul edilen 663 sayılı Sağlık

⁵⁹⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s. 2.

⁵⁹⁶ Hamza Ateş - Harun Kırılmaz, "Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği", Ed. Ahmet Hamdi Aydın vd., *Küreselleşme Karşısında Kamu Yönetimi ve Hizmeti*, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Yayınları, Kahramanmaraş, 2010, s. 238.

⁵⁹⁷ T.C. Başbakanlık, "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı", www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf, (10.04.2013).

⁵⁹⁸ Ekrem İlkar, "Sağlıkta Yeniden Yapılanma Çalışmaları Çerçevesinde Hastane Birlikleri", *Bütçe Dünyası Dergisi*, 2009, Cilt 3 Sayı 31, s. 61; Aziz Küçük, "Sağlık Hizmetlerinde Reform: "Kamu Hastane Birlikleri" Modeli Üzerine", *Kamu Yönetimi Çalışmaları Kamu Yönetimi ve Reform*, 2010, Sayı 09, Ankara, s. 215; T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)*, Ed. Recep Akdağ, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2011, s. 215.

⁵⁹⁹ Küçük, 2010, s. 215.

Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile hukuki varlık kazanmıştır⁶⁰⁰.

663 sayılı KHK gereğince Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının, il düzeyinde kurulacak olan Kamu Hastaneleri Birlikleri tarafından işletileceği belirtilmiştir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabileceği ve bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamayacağı ifade edilmiştir⁶⁰¹.

Kamu Hastane Birliklerinin teşkilat yapısı incelendiğinde Birlik yapısının genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluştuğu görülmektedir (Bkz. Şekil 11). Genel sekreterlik, birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde ise tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıklarının kurulması kararlaştırılmıştır⁶⁰².

Kamu Hastane Birlikleri bünyesinde yer alan hastane yöneticiliklerinin, başhekim, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlüklerinden oluşacağı hüküm altına alınmıştır. İlgili düzenlemeye göre Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından, birliklerin ve hastanelerin büyüklüklerine bağlı olarak birlik ve hastanelerdeki yönetim görevlerinin tek kişiye verilebileceği, hastane müdürlüklerinin sayısının dörde kadar artırılabilmesi ve bu durumda görev dağılımlarının yeniden belirleneceğine işaret edilmiştir. Ayrıca Birlik bünyesindeki hastanelerin yönetiminde görev almak üzere başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları pozisyonlarının da oluşturulduğu görülmektedir⁶⁰³.

Kamu Hastane Birlikleri'nin yöneticisi, Genel Sekreter'dir. Genel Sekreterin görev, yetki ve sorumlulukları ilgili kararnamede sayılmıştır. Buna göre Genel Sekreter'in; *"Kamu Hastane Birliği'nin belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve performans programına göre yönetilmesi, Birliğin faaliyet ve işlemlerinin denetlenmesi, yönetim sistemlerinin değerlendirilmesi, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğinin gözetilmesi, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesinin sağlanması, Birlik bünyesindeki sağlık kurumlarında etkili ve verimli*

⁶⁰⁰ 663 sayılı KHK, 2011, m. 30.

⁶⁰¹ 663 sayılı KHK, 2011, m. 30/1.

⁶⁰² 663 sayılı KHK, 2011, m. 30/2-3.

⁶⁰³ 663 sayılı KHK, 2011, m. 30/4.

hizmet sunumunun sağlanması, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarının tespit edilmesi, istihdam planlamasının yapılması ve personel hareketlerinin gerçekleştirilmesi, hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğinin sağlanması, bütçe ve yatırım tekliflerinin hazırlanarak Kuruma sunulması, Birlik ile ilgili istatistikî bilgilerin takibinin sağlanması, birliğin malî tablolarının birleştirilmesi ve alınabilecek önlemler hakkında Kuruma önerilerde bulunulması, hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasının sağlanması, ilgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerinin tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacakların takip ve tahsili ile harcama işlemleri ve muhasebe hizmetlerinin yürütülmesinin sağlanması ve Birlik ile ilgili diğer görevlerin yürütülmesi” gibi görevleri yerine getirme yükümlülüğü vardır⁶⁰⁴.

Personelle ilgili bir diğer hüküm ise diğer kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan kişilerin Birlik bünyesinde çalıştırılabilmesine yönelik kolaylık sağlanmasına yöneliktir. Buna göre Kamu Hastane Birlikleri’nin yöneticilerinin istihdam edilmesinde personel rejimi açısından sözleşmelilik statüsü benimsenmiştir⁶⁰⁵.

Kamu Hastane Birlikleri ile ilgili düzenleme çerçevesinde Birlik içerisinde yer alan hastaneler gruplandırılmıştır. Bu bağlamda hastanelerin, tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri kapsamında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulması hedeflenmektedir. Değerlendirmelerin kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilceği belirtilmekte olup, değerlendirme sonuçlarına göre hastanelerin (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde sınıflandırılacağı ifade edilmiştir⁶⁰⁶.

Sağlık Bakanlığı’nın yeni taşra teşkilatının ikinci ayağı, Halk Sağlığı Müdürlüğü’dür (Bkz. Şekil 12). Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında bağlı kuruluş statüsünde kurulan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun taşra teşkilatı olan Halk Sağlığı Müdürlüğü’nün görev ve sorumluluk alanı, Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlükleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları, E-II ve E-III grubu İlçe Devlet Hastaneleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, AÇSAP Merkezleri (gençlik danışma, evlilik danışma merkezleri gibi

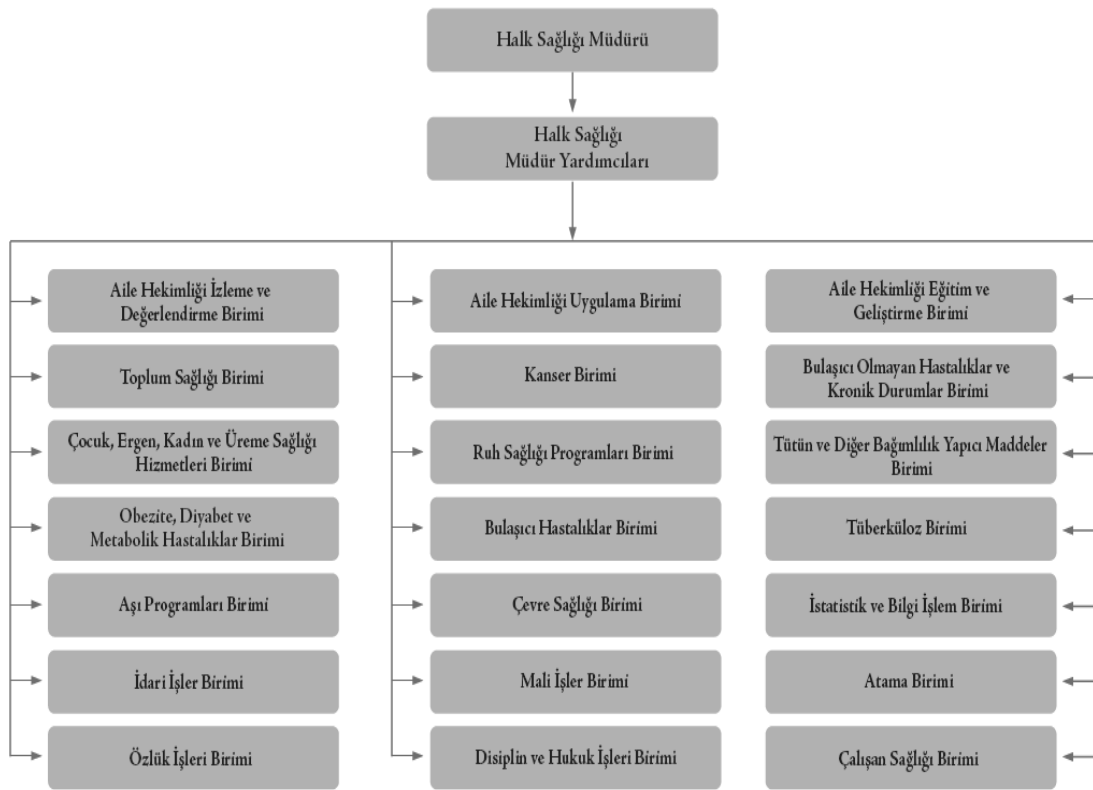
⁶⁰⁴ 663 sayılı KHK, 2011, m. 31/1.

⁶⁰⁵ 663 sayılı KHK, 2011, m. 32/6.

⁶⁰⁶ 663 sayılı KHK, 2011, m. 34.

üniteleriyle birlikte), Verem Savaş Dispanserleri, Sıtma Savaş Dispanserleri, Ruh Sağlığı Dispanserleri, Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanserleri, Trahom Savaş Merkezleri/Dispanserleri, Sıtma ve Tropikal Hastalıklar Eğitim ve Araştırma Merkezleri, Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri, Kanseri Kayıt Merkezleri, Sağlık Evleri, Sağlık Merkezleri, Hemoglobiniopati Tanı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimliği Birimleridir⁶⁰⁷.

Şekil 12.Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşlar Taşra Teşkilatı-Halk Sağlığı Müdürlüğü



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017, Ankara, 2012, s.36.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, sağlık sektöründe önemli görevler üstlenen yeni bir kurumsal yapılanmadır. Sağlık Bakanlığı'nın politika ve hedeflerine uygun olarak temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, ülke çapında verilecek her türlü halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi hizmetlerinin yürütülmesi, bölgesel farklılıkların giderilmesine ve sağlık hizmetine erişim düzeyinin arttırılmasına yönelik tedbirlerin

⁶⁰⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, s. 2-3.

alınması, laboratuvar hizmetlerinin organizasyonunun sağlanması ve ulusal referans laboratuvarının kurulması ve işletilmesi başta olmak üzere birçok önemli görev, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na ve taşra yapılanması olan Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne verilmiştir⁶⁰⁸. Ayrıca yeni yapılanma öncesinde İl Sağlık Müdürlüğü koordinasyonunda yürütülen aile hekimliği hizmetlerinin koordinasyonu ve yürütülmesi, toplum sağlığı hizmetleri, kanserle mücadele, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlar, obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar, ruh sağlığı programları, tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler, çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar, tüberküloz, aşılama hizmetleri, çevre sağlığı, çalışan sağlığı gibi hizmetlerin koordinasyonu ve uygulaması görevi de Halk Sağlığı Müdürlükleri'ne devredilmiştir⁶⁰⁹.

Sağlık Bakanlığı'nın yeni teşkilat yapısı ile ilgili tespitler şu şekilde özetlenebilir:⁶¹⁰

- a) Sağlık Bakanlığı'nın yeni taşra teşkilat yapısı örgüt yapısı, hizmet sunumu ve personel rejimi açısından önceki yapıya göre farklılıklar arz etmektedir.
- b) Yeni yapılanma ile Sağlık Bakanlığı, merkezi düzeyde politika belirleyen ve denetleyen bir role bürünmekte; bağlı kuruluşlara ve onların taşra birimlerine tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu, İl Sağlık Müdürlüklerine ise taşrada sunulan sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun sağlanması ve mevcut durumun Bakanlığa rapor edilmesi görevleri verilmektedir.
- c) Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında yeni bağlı kuruluşlar ve taşra birimleri oluşturulmuş; İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri'nin görev alanı daraltılmıştır.
- d) Kamu Hastane Birlikleri, 2007 tarihli yasa tasarısında kamu tüzel kişiliğine sahip, özerk ve Bakanlıkla, ilgili kuruluş statüsüne sahip olması öngörülmüşken; 2011 tarihli KHK ile tüzel kişiliğe sahip olmayan, idari ve mali özerkliği bulunmayan, Bakanlık merkezinde oluşturulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşra teşkilatı şeklinde yapılandırılmıştır.
- e) Kamu Hastane Birlikleri yapılanması, hizmet sunumunda kalite, müşteri memnuniyeti ve verimlilik gibi ilkeleri esas alan bir işletme anlayışını beraberinde getirmiştir.

⁶⁰⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu" <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75573/h/turkhalksagligim.pdf>, (03.04.2013).

⁶⁰⁹ İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, <http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/mudurlugumuz>, (03.04.2013)

⁶¹⁰ Aktel vd., 2013, s. 61-62.

- f) Sağlık Bakanlığı'nda yeni yapılanma ile profesyonel yöneticilik ve sözleşmeli personel statüsü ön plana çıkarılmıştır.
- g) İl Sağlık Müdürlüğü'nün yetkileri ve teşkilat yapısı daraltılmış, Kamu Hastane Birliği ve Halk Sağlığı Müdürlüğü ile diğer birimler arasında koordinasyonu ve iletişimi sağlama ve sağlık hizmetlerindeki mevcut durumu tespit ederek rapor etme görevi verilmiştir.
- h) 663 sayılı KHK'da Kamu Hastane Birliği Genel Sekreteri, Halk Sağlığı Müdürü ve İl Sağlık Müdürü arasında hiyerarşik bir ilişki kurulmamıştır. Bu duruma ilişkin karışıklıkların ve yanlış anlaşılmanın önlenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişi konulu bir Genelge⁶¹¹ yayımlanmıştır. Genelge'nin Temsil, Protokol ve Yazışma başlığı altında, İl Sağlık Müdürü'nün, il genelindeki sağlık hizmetleri bakımından Valiye ve Bakanlığa karşı en üst düzeyde sorumlu olduğunun ve Sağlık Bakanlığı'nın ildeki en üst düzeydeki yöneticisi konumunda yer aldığı belirtilmiştir. İl Sağlık Müdürü'nün il protokolünde Halk Sağlığı Müdürü ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri'nden daha ön sırada yer aldığı belirtilmiştir⁶¹².
- i) Bir önceki sistemde İl Sağlık Müdürlükleri Valilik aracılığı ile Bakanlık merkezi ile yazışma yapabilirken; yeni yapılanmada Kamu Hastane Birliklerinin doğrudan Sağlık Bakanlığı ile yazışma yapabilmesinin yolu açılmıştır.

3.5.1.2.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yönetim ve örgütlenme alanındaki değişikliklerden birisi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesidir.

Bilindiği üzere birinci basamak sağlık hizmetleri, Türkiye'de 1960'lı yıllardan bu yana sağlık ocakları ve sağlık evleri tarafından yürütülmüştür. Anne ve çocuk sağlığı alanında önemli kazanımlar elde ettiği ifade edilen sağlık ocakları ve sağlık evleri uygulamasının, zaman içerisinde gereken iyileştirmelerin yapılmaması ya da yeterli

⁶¹¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişine İlişkin 2013/3 sayılı Genelge*, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82908/h/genelge.pdf>, (10.09.2013).

⁶¹² T.C. Sağlık Bakanlığı, *Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişine İlişkin 2013/3 sayılı Genelge*, s. 5.

olmaması sonucunda artan hizmet ihtiyacına karşılayamaz duruma geldiği ileri sürülmüştür⁶¹³.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi bileşeni ekseninde birinci basamak sağlık hizmetinde aile hekimliği modelini beraberinde getirmiştir. Sağlık Bakanlığı'na göre aile hekimliği, *“bireyleri biyo-psiko-sosyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, bireylere seçme ve tercih etme hakkı tanıyan, sağlık çalışanlarına ise daha fazla mesleki doyum imkânı veren motive edici ve gelişmelere açık bir uygulama”*⁶¹⁴ şeklinde tanımlanırken, aile hekimi ise 2004 tarih ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'da *“kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip”*⁶¹⁵ olarak ifade edilmiştir.

Aile hekimliği, hastalara çözümü uzmanlık veya özel donanım gerektiren sağlık problemlerinde danışmanlık hizmeti veren ve diğer sağlık kurumlarına yönlendirerek koordinatör görevini üstlenen, genellikle aile bireylerinin ikametlerine yakın ve kolay ulaşılabilir konumda bulunan, hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanıyan, aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendiren, ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, hayat şartlarını, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi şekilde bilen, hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanları ile entegre bir şekilde hizmet sunumunu yürüten bir uygulama olarak değerlendirilmektedir⁶¹⁶.

Aile hekimliği uygulamasının, hastalara hekimlerini seçme fırsatı tanınması ve hekimle hasta arasında uzun süreli ve karşılıklı güvene dayalı bir ilişki kurması gibi sebeplerle hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini arttıran, dolayısıyla kişilerin tedavi

⁶¹³ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 78; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 65.

⁶¹⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 78; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 65.

⁶¹⁵ 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, Kabul Tarihi: 24.11.2004 R.G. Tarihi 9/12/2004 Sayısı: 25665, 2004, m. 2.

⁶¹⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 79-80; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 65-66; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, “Neden Aile Hekimliği?”, http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=52&Itemid=211, (02.09.2013).

hizmetinden hakkaniyete uygun bir biçimde yararlanmasını sağlayan bir sistem olarak dünya çapında yaygınlık kazandığı ifade edilmektedir⁶¹⁷.

Aile hekimliği uygulaması, 2004 tarih ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun⁶¹⁸ ile hayata geçirilmiştir. Bu alanda 2005 yılı içerisinde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik⁶¹⁹, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik⁶²⁰ yayımlanmıştır.

Yayınlanan kanun ve yönetmelikler çerçevesinde aile hekimliği pilot uygulaması 15.09.2005 tarihinde Düzce ilinde başlatılmıştır. 2010 tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin yayınlanması ile Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. 2010 yılı sonunda Türkiye'de 81 il düzeyinde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. 2010 yılında Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik⁶²¹ güncellenmiştir. Ayrıca 5228 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun ismi ve içeriği, 02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 663 sayılı KHK ile değiştirilmiş, Aile Hekimliği Kanunu başlığı altında sistemin işlemeye devam edeceği ifade edilmiştir⁶²².

Aile hekimliği kapsamında ortaya konulan oluşumlardan birisi de toplum sağlığı merkezleridir. Toplum sağlığı merkezleri, aile hekimleri tarafından sağlanan bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Toplum sağlığı merkezleri, içme suları başta olmak üzere çevre sağlığı, okul sağlığı, işyeri sağlık hizmeti gibi hizmetlerinin yürütülmesi görevlerine ek olarak aile hekimleri için aşı ve diğer malzeme tedariki, kurallara uygunluk denetimi ve rehberlik, istatistiklerin toplanması ve yorumlanması

⁶¹⁷ Ulvi Saran, "Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri", <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=203336>, (23.12.2013).

⁶¹⁸ 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, Kabul Tarihi: 24.11.2004 R.G. Tarihi 9/12/2004 Sayısı: 25665.

⁶¹⁹ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarih: 06.07.2005 Sayısı: 25867.

⁶²⁰ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarih: 12.08.2005 Sayısı: 25904.

⁶²¹ Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarih: 30.12.2010 Sayısı: 27801.

⁶²² T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye'de Aile Hekimliği", http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213, (02.09.2013).

gibi çeşitli görevlerin de yürütülmesinden sorumlu tutulmuştur. Sonuç olarak, aile sağlığı ile toplum sağlığı uygulamalarının bütünleştirilmesi yoluyla entegre bir birinci basamak yapılanması hedeflenmiştir⁶²³.

Sağlık yönetimi anlayışı ve örgütlenmesindeki değişim ve ülke ihtiyaçları incelendiğinde, aile hekimliği uygulamasının dayandığı temel amaç ve esaslar, büyük ölçüde yeni kamu yönetiminin evrensel ölçekte kabul gören ilke ve öngörülerine paralellik arz etmektedir. Aile hekimliği uygulamasının örgütlenme ve işleyiş yapısının, tercih hakkı, katılım, paylaşım, iletişim, işbirliği, uyum, esneklik, şeffaflık, hesap verebilirlik gibi yeni kamu yönetimi anlayışının diğer tüm hizmet alanlarında yaygınlaştırdığı ilke ve değerlerin hayata geçirilmesine olanak sağlayan bir çerçeveye sahip olduğu söylenilebilir⁶²⁴.

Literatür incelendiğinde aile hekimliği uygulamasına ilişkin bazı eleştirilerin de söz konusu olduğu görülmektedir. Bunlardan bazılarına göre aile hekimliğinin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin ön adımı olduğu, hekimlerin bu yolla iş güvencesinden yoksun bırakılacağı ve özlük haklarının erozyona uğratılacağı gibi iddialar ileri sürülmektedir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasının sağlık ocaklarının yerine ikame edilmesi sonucunda, halkın sağlık hizmetine ücretsiz ve eşit erişimi ilkesinin zarar göreceği, dolayısıyla da 224 sayılı Kanunla sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi alanında sağladığı kazanımların yok edilebileceği görüşünün de dile getirildiği ifade edilebilir⁶²⁵. Diğer taraftan mevcut aile hekimliği uygulamasının birinci basamak tedavi hizmetlerini karşılayabilme konusundaki kapasitesinin sorgulandığı, hizmet sunumu konusunda yetersiz olduğu ve geliştirilmesi gerektiği gibi öneriler de literatürde öne çıkmaktadır.

3.5.1.3.Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanması

⁶²³ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 82; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, “Toplum Sağlığı Merkezleri”, http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=315:toplum-sal-merkezleri, (02.09.2013).

⁶²⁴ Ulvi Saran, “Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri”, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=203336>, (23.12.2013).

⁶²⁵ Ulvi Saran, “Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri”, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=203336>, (23.12.2013).

Kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi, SDP kapsamında yönetim ve örgütlenme alanında atılan önemli adımlardan birisidir. Bu uygulama, 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun⁶²⁶ ile gerçekleştirilmiş ve 37 milyon SSK'lı'nın kamu hastanelerinden hizmet almasının yolu açılmıştır. Kanun'la SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Böylece kamu hastanelerinin SSK'lı, BAĞ-KUR'lu, devlet memuru, emekli ya da Yeşil Kartlı ayrımı yapmaksızın, bütün vatandaşlara hizmet etmesi yönünde önemli bir adım atılmıştır. Bu adım, kamuda sağlık hizmetine erişme gücü çeken birçok vatandaşın hizmete daha rahat ulaşabilmesi imkânını sağlamıştır. Ayrıca bu uygulama ile vatandaşlara hastane tercihi fırsatının yanında, sağlık güvencesine sahip olduğu halde hizmet alma hakkını elde edemeyen vatandaşların, hizmete erişiminin sağlanması açısından hakkaniyeti hedefleyen bir değişimin gerçekleştirildiği belirtilmiştir⁶²⁷.

Kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi ile sağlık sektöründeki insan kaynakları ve malzeme yönetimi başta olmak üzere bütün kaynakların tek bir sistem içine alınması, entegrasyonunun sağlanması ve verimliliğin artırılması hedeflenmiştir. Aynı zamanda bu uygulama, hastaneler bazında farklılık gösteren işletme modellerinden kaynaklanan sorunlar ve yönetim zaaflarının ortadan kaldırılmasını amaçlamıştır⁶²⁸.

Sağlık sektöründeki insan ve malzeme kaynaklarının etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasına yönelik bu uygulama ile yeni kamu yönetiminin insan kaynakları ve kaynak kullanımına ilişkin ilkeleri arasında doğrusal bir ilişkinin söz konusu olduğu söylenilebilir.

3.5.1.4.Hastanelerde Yerinden Yönetim Anlayışı

Yönetim ve örgütlenme alanındaki değişikliklerden birisi, kamu hastanelerinde yerinden yönetim anlayışının hayata geçirilmesine yöneliktir. Bilindiği üzere idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüşüm, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kamu sağlık kuruluşları ile ilgili hedeflerinden birisidir.

⁶²⁶ 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun, R.G. Tarih: 19.01.2005 Sayısı: 25705 Mükerrer.

⁶²⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 63, 149; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 69; OECD, 2008, s. 44.

⁶²⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 149.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hastanelerin yerinden yönetilmesi amacıyla hastanelere yetki devri, yönetim esnekliği, kendi kaynaklarını kullanma serbestliği verilmesi ve çalışanlara döner sermayeden performansa göre ek ödeme yapılması gibi uygulamalar gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır⁶²⁹. Bu anlamda kamu hastanelerinde başta görüntüleme hizmetleri olmak üzere birçok tıbbi hizmet için özel sektörden hizmet alınabilmesine olanak sağlanmıştır⁶³⁰.

SDP ile kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özerkliğini sağlayacak yetkilerin varlığı tartışmalı bir düzeydedir. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'nda öngörülen hususlar, kamu sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'ndan özerk bir yapıya kavuşturulacağını, dolayısıyla da idari ve mali açıdan özerk bir konuma ulaşacağını ortaya koymuştur. Ancak ilgili Tasarı, kanunlaşamadığı için hedeflenen bir yapı oluşturulamamıştır. Sonraki süreç içerisinde ise 663 sayılı KHK ile birlikte Kamu Hastane Birlikleri yapılanması, Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kuruluş kapsamında yeni kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşra teşkilatı olarak tanımlanmış, idari ve mali açıdan Bakanlık merkezine bağlı bir konuma oturtulmuştur.

3.5.1.5.Sağlık Hizmet Planlaması

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yönetim ve örgütlenme alanındaki değişikliklerden birisi, sağlık hizmet planlamasının ortaya konulmasıdır. Sağlık hizmet planlaması kapsamında sağlıkta bölgesel planlama ve yatırımlarda akılcılık ilkelerinin benimsendiği görülmektedir. Sağlık hizmet planlaması konusunda incelenmesi gereken ilk husus, sağlıkta bölgesel planlamaya geçilmesidir. Sağlıkta Dönüşüm Programından önce sağlık hizmetinin sunumunda sağlık evi, sağlık ocağı, ilçe hastanesi, il hastanesi ve bölge hastanesi şeklinde aşağıdan yukarıya doğru tümevarım mantığı esas alınmış iken, SDP kapsamındaki sağlık hizmet planlaması ile referans merkezi baz alınarak tündengelim metoduna geçilmiştir. SDP ile bölgenin sağlık hizmeti ihtiyacı, coğrafi yapısı, hasta akışı, ulaşılabilirliği, sosyoekonomik yapısı dikkate alınarak, 29 Sağlık Alanı⁶³¹ belirlenmiştir. Bu anlayış çerçevesinde sağlık hizmet sunumu bakımından ülke

⁶²⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 150; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 69-70.

⁶³⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 150.

⁶³¹ Ülkenin coğrafi yapısı, nüfus dağılımı, nüfusun sağlık merkezlerine uzaklıkları, bölgenin ulaşım kriterleri ve mevcut sağlık envanterleri gibi parametreler dikkate alınarak 29 Sağlık Hizmet Bölgesi

genelinde belirli sağlık alanları ve her bir alan için bölge sağlık merkezi konumundaki iller ve bu merkez illere bağlı alt alan merkezi konumundaki iller belirlenmiştir. Alt alan illeri, güçlendirilmiş ilçeler ve bu ilçelere bağlı küçük ilçelerdeki mevcut ve yatırım planlamasında olan yataklı sağlık tesislerinin hizmet sunum rollerinin belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu noktada öne çıkan husus, hizmet sunulan alanlardaki nüfusun ülke genelindeki nüfusa oranı olarak belirlenmiştir⁶³².

Sağlık hizmet planlaması konusunda incelenmesi gereken ikinci husus, sağlık hizmeti yatırımlarında akılcılık ilkesinin uygulanmasıdır. Bu kapsamda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ülkedeki bütün sağlık yatırımları gözden geçirilmiş ve detaylı bir sağlık envanteri oluşturulmuş, kamu sağlık yatırımları yeniden planlanmış, yatırımların finansal, tıbbi ve teknik analizleri dikkatle değerlendirilmiş ve bu bağlamda yatırım planlamaları ilçe, il ve bölge düzeyinde, yerinde inceleme yöntemiyle ve yerel yöneticilerle birlikte yapılmış, projeler, öncelik ve önem sırasına göre tekrar tasnif edilmiş ve yatırım bütçelerinin daha akılcı olarak kullanılması hedeflenmiş, hasta odaklı yeni hastane binalarının ve hastane kampüslerinin yapımı için ve de bazı eski yapıların rehabilite edilmesi için kamu özel ortaklığı⁶³³ ile yatırımlar yapılmasını sağlayacak mevzuat değişikliklerine gidilmiştir⁶³⁴.

oluşturulmuştur. Bu bölgelerin merkez illeri tespit edilmiş, bu merkez illere bağlı iller, bu illere bağlı güçlendirilmiş ilçeler ve bu güçlendirilmiş ilçelere bağlı da ilçeler belirlenmiştir. Sağlık Hizmet Bölgeleri'nin ortalama nüfusu 2.542.172'dir. Sağlık Hizmet Bölgeleri arasında bir değerlendirme yapılması halinde; 10.000 kişiye düşen mevcut yatak kapasitesinin 11 ila 41 arasında olduğu görülmektedir. Bu sayılar Sağlık Bakanlığı, özel ve üniversite hastanelerinin tamamını içermektedir. Nihai olarak bu sayıların 23 ila 36 aralığına getirilmesi hedeflenmektedir. Hastaların tüm sağlık sorunlarının kendi Sağlık Hizmet Bölgeleri'nde çözülmesi ilkesi gereğince toplam 22 ilde farklı fiziki boyutlarda ve farklı yatak kapasitelerinde toplam 30 Sağlık Kampüsü planlanmıştır. Bunlar içinde en büyükleri Ankara ilindeki Etlik Sağlık Kampüsü ve Bilkent Sağlık Kampüsü'dür. Hizmet verilen nüfusun sağlık bölgesindeki öncelikli ihtiyaç ve beklentileri dikkate alınarak, atıl kapasite ve kaynak israfına sebebiyet vermemek için planlama kapsamında, nüfusu 850.000'in altında olan illerde Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesisleri ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanım ilkeleri geliştirilmiştir. Bkz. T.C. Sağlık Bakanlığı, *Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi*, Ed. Recep Akdağ, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2011, s. 43.

⁶³² T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 209-210; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 98-99.

⁶³³ Literatürde Public Private Partnership olarak bilinmekte, birçok sınıflandırması bulunmakta ve neoliberal politikalarla birlikte dünya genelinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Kamu özel ortaklığı ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Graeme A. Hodge - Carsten Greve - Anthony E. Boardman, *International Handbook On Public-Private Partnerships*, Edward Elgar Publishing, UK, 2010; Nicholas Avery, *Public-Private Partnerships: A Practical Analysis*, Second Edition, Globe Law and Business, United Kingdom, 2010; Michael Geddes, *Making Public Private Partnerships Work: Building Relationships and Understanding Cultures*, Gower Publishing Ltd., England, 2005; International Monetary Fund (IMF), *Public-Private Partnerships, Government Guarantees, and Fiscal Risk*, International Monetary Fund Publication Services, Washington, 2006.

⁶³⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 210-211; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 96.

Yatırımlarda akılcılık ilkesi doğrultusunda kamu özel ortaklığı modeli ile ülke genelinde entegre sağlık kampüsü projeleri başlatılmıştır. Literatürde farklı şekillerde tanımlanabilen kamu özel ortaklığı, “*kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde kamu, özel sektör ve sivil toplum örgütlerini bir araya getiren; eşitlik ve birlikte yönetme ilkelerine dayanan; yeni kamu işletmeciliği anlayışını benimseyen; mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi sonuçların tüm aktörlerce paylaşıldığı bir yöntem*”⁶³⁵dir. Türk sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı yönteminin kullanımı bağlamında en önemli adım, mevzuat alanındaki gelişmelere paralel olarak Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı’nın Bakanlık Ana Hizmet Birimleri arasında yerini almasıdır⁶³⁶.

Kamu özel ortaklığı ile özel sektörün finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması, yatırım alanındaki risklerin özel sektörle paylaşılması, uzmanlığa dayalı bir altyapının oluşturulması, sağlık tesisi yapım sürelerinin kısaltılması ve buna ilişkin maliyetlerin özel sektöre aktarılmasıyla kamunun yatırım yükünün uzun yıllara yayılması, tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılması gibi önemli çıktılar hedeflenmektedir⁶³⁷.

Kamu özel ortaklığı modeli kullanılarak Sağlık Bakanlığı tarafından 22 ilde 30 entegre sağlık kampüsünün⁶³⁸ hayata geçirilmesi planlanmıştır. 2013 yılı itibariyle ülke genelinde 18 projenin sürdürüldüğü gözlemlenmektedir. Bu projelerin gerçekleştirilmesi ile sağlık sektöründe hastane ve hastane yatağı sayısında ciddi bir gelişme kaydedileceği öngörülmekte ve böylece kamunun sağlık yatırım maliyetleri azaltılırken etkin ve verimli bir sağlık hizmetinin gerçekleştirilebileceği düşünülmektedir⁶³⁹.

SDP ile birlikte sağlık sektöründeki nitelikli yatak sayısında önemli artışlar gözlenmiştir (Bkz. Şekil 13). Diğer taraftan 1995-2002 yılları arasında 254 adet hastane ve yeni blok tamamlanmışken 2003-2010 yılları arasında 509 hastane ve yeni blok tamamlanarak hizmete sunulmuştur. Birinci basamak sağlık tesislerinde de benzer bir

⁶³⁵ Uysal Kerman vd., “Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2012, C.17, S.3, s. 4.

⁶³⁶ Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, 1983 tarih ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8. maddesinde değişiklik yapan 2007 tarihli ve 5683 sayılı yasanın birinci maddesiyle Sağlık Bakanlığı’nın ana hizmet birimleri içerisine ilave edilmiştir.

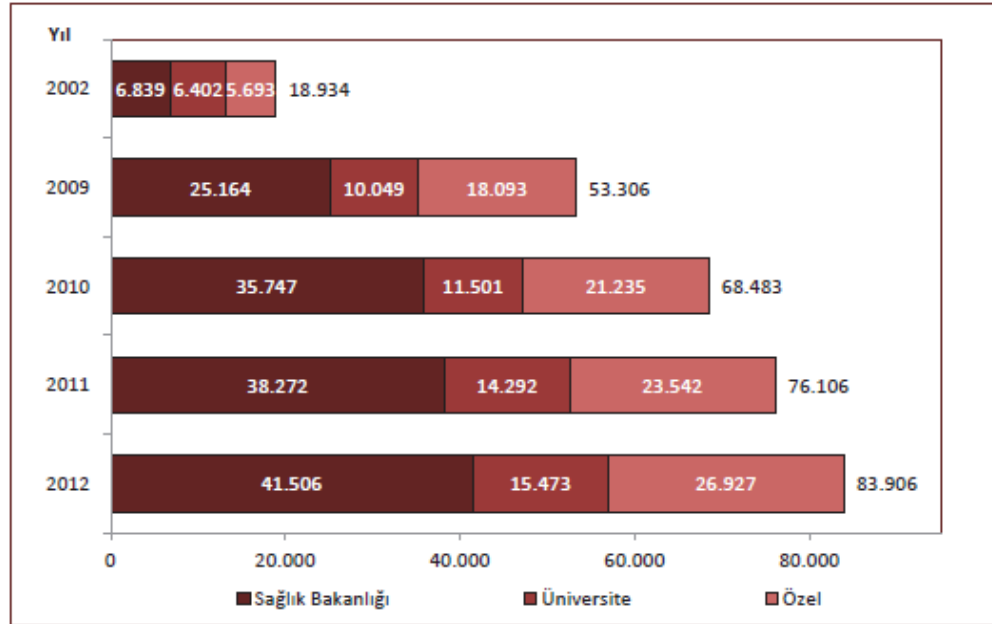
⁶³⁷ Kerman vd., 2012, s. 21.

⁶³⁸ Entegre Sağlık Kampüsleri ile Türkiye genelinde 24.500 civarında bir yatak kapasitesinde artış sağlanacak olup, bu projelerle ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Kerman, 2012, s. 1-23.

⁶³⁹ Kerman vd., 2012, s. 21.

artış oranı söz konusudur. 1995-2002 yılları arasında 647 tesis tamamlanırken, 2003-2010 yılları arasında 1.384 yeni tesis tamamlanarak hizmet sunmaya başlatılmıştır⁶⁴⁰.

Şekil 13.Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*, s. 66.

Genel olarak ifade edilecek olursa, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hayata geçirilen sağlık hizmet planlaması anlayışı, hem sağlıkta bölgesel planlamaya geçilmesi hem de yatırımlarda daha akılcı ve günün gerekliliklerine uygun yöntemlerin benimsenmesini beraberinde getirmiştir. Özellikle dünya genelinde kamusal otoriteler tarafından önemli düzeylerde uygulamaları olan kamu özel ortaklığı yöntemi kullanılarak, özel sektörün kaynakları bu alana entegre edilmiş ve bu doğrultuda geleneksel yönetim anlayışının ilkelerinden uzak bir yönetim algısı benimsenmiştir. Kamu özel ortaklığı yöntemi ile birlikte Türkiye’de entegre sağlık kampüsleri uygulaması hayata geçirilmiş, hem hastane sayısında hem de yatak sayısında iyileşme sağlanması hedeflenmiştir.

3.5.1.6.Hastanelerde Rol Belirleme ve Gruplandırma

⁶⁴⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 211.

SDP kapsamındaki yönetim ve örgütlenme alanındaki yeni uygulamalardan birisi, hastane rollerinin⁶⁴¹ kurum bazlı belirlenmesi ve gruplandırılmasıdır⁶⁴². Bu çerçevede hastanelerin A, B, C, D ve E grubu şeklinde sınıflandırılması sağlanmıştır. Bu sınıflandırmaya göre, A grubunda A-1 ve A-2 şeklinde iki alt grup yer almakta ve Genel Hastaneler ve Dal Hastaneleri şeklinde bir ayrıma gidilmektedir⁶⁴³.

A Grubu Hastaneler

Sağlık Bakanlığı tarafından ilgili mevzuata göre en az beş branşta eğitim yetkisi verilmiş ve buna göre eğitim kadroları tamamlanmış, üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği, eğitim araştırma faaliyetlerinin yürütüldüğü ve aynı zamanda uzman ve yan dal uzman tabiplerinin yetiştirildiği genel dal yataklı tedavi kurumları *A-1 Genel Hastaneler* olarak isimlendirilmektedir⁶⁴⁴.

Eğitim ve araştırma statüsünde bulunan, hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği 3. basamak yoğun bakım ve/veya yeni doğan yoğun bakım ünitesi bulunan, hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği branş ve/veya branşlarda üçüncü seviye acil servis hizmeti verilen, bünyesinde Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu oluşturulabilen eğitim ve araştırma hastanesi statüsündeki dal hastaneleri, *A-1 Grubu Dal Hastaneleri*dir⁶⁴⁵.

Bölge sağlık merkezi statüsündeki illerde veya bu merkezlere bağlı illerde faaliyet gösteren, eğitim-araştırma statüsü bulunmayan genel hastaneler, A-2 Grubu Hastaneler olarak isimlendirilmiştir. Diğer taraftan eğitim ve araştırma hastanesi

⁶⁴¹ Hastane Rollerine ile ilgili esaslar, Sağlık Bakanlığı tarafından ayrıntılı bir şekilde yayınlanmıştır. Bkz. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Müdürlüğü, “Hastane Rollerine”, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/1069,hastane-rolleri-tanim.pdf?0>, (24.10.2013).

⁶⁴² Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hastane Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından 03.12.2009 tarihinde yayınlanan “Hastane Rollerine Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerine Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler” adlı belgede, sağlık hizmetlerinde bölgesel sağlık yapılanması nedeniyle; mevcut ve yatırım planlamasında olan yataklı sağlık tesislerinin hizmet sunum rollerine belirlenmesi ve bunların belirlenen rollerine göre sınıflandırılması, hizmet verdikleri nüfusun sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak yeniden yapılandırılması ihtiyacının doğduğu belirtilmektedir. Bu ihtiyaç nedeniyle hastanelerin rollerine belirlenmesi ve gruplandırılması işlemleri gerçekleştirilmiştir. Ayrıntılı bilgi için T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Hastane Rollerine Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerine Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler”, <http://www.saglik.gov.tr/EN/dosya/1-71022/h/020-hastane-yatak-ve-rolleri-tescil-kriterleri.doc>, (04.09.2013).

⁶⁴³ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s.157; T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hastane Rollerine Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerine Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler, 2009, s. 3-8.

⁶⁴⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 157; T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009, s. 3.

⁶⁴⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 157; T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009, s. 4.

statüsünde olmayan tüm dal hastaneleri ise A-2 grubu dal hastaneleri olarak sınıflandırılmıştır⁶⁴⁶.

B Grubu Hastaneler

A-1 ve A-2 Grubu hastaneler dışında kalan, il merkezinde veya güçlendirilmiş ilçe merkezi konumunda olan ilçelerde faaliyet gösteren, 24 saat esasına dayalı olarak dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti tutulabilen, bünyesinde en az ikinci seviye acil servis ve ikinci basamak yoğun bakım ünitesi bulunan genel hastaneler B- Grubu Genel hastaneler kategorisine dahil edilmiştir⁶⁴⁷.

C Grubu Hastaneler

Güçlendirilmiş ilçelerde veya sağlık hizmet sunumu bakımından sağlık bölge planlaması kapsamında güçlendirilmiş ilçe merkezleri ile irtibatlandırılmış ilçelerde faaliyet gösteren, bünyesinde; dört ana branşta uzman tabibin hizmet vermesi ve ilave olarak diğer branşlardan en az ikisinden uzman tabip bulunan, bünyesinde en az birinci basamak yoğun bakım ünitesi ve birinci seviye acil servis bulunan genel hastaneler, C grubu hastaneler şeklinde gruplandırılmıştır⁶⁴⁸.

D Grubu Hastaneler

Dört ana branşta; her branş için en az bir uzman tabip planlanmasının yapılmış olan ve aile hekimi dahil olmak üzere birden fazla uzman tabibi mevcut olan, mevcut uzmanlık dallarında uzman düzeyinde poliklinik muayene hizmetleri verilebilen ve yatırılan hastaların uzman düzeyinde takip ve tedavisi sağlanabilen, acil sağlık hizmetlerinin birinci seviye acil servis yapılanması içerisinde sunulabildiği, bünyesinde, ameliyathane, ameliyat sonrası bakım odası, diş polikliniği, doğumhane, monitörlü gözlem odası bulunan, diyaliz biriminin ihtiyaca göre yapılandırılabilirdiği, sağlık bölge planlaması kapsamında güçlendirilmiş ilçelerle irtibatlandırılmış ilçelerde faaliyet gösteren en az 25 hasta yatağı bulunan genel hastaneler, D grubu genel hastaneler başlığı altında sınıflandırılmıştır⁶⁴⁹.

E Grubu Hastaneler

⁶⁴⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 157; T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009, s. 5.

⁶⁴⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 157; T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009, s. 5.

⁶⁴⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 157-158; T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009, s. 6.

⁶⁴⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 158; T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009, s. 6.

E grubu hastaneler ise hasta yatağı sayısı 25 yatağın altında olan entegre ilçe hastaneleri olarak tanımlanmaktadır. Bu gruptaki hastaneler, teşhis ve tedavi hizmetleri ile birlikte birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin de aynı yapı içinde sunulduğu sağlık tesisleri olarak ifade edilmektedir⁶⁵⁰.

Hastanelerin rollerinin belirlenmesi ve gruplandırılması uygulaması, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmet sunumunda bölge merkezli hizmet sunumu anlayışının bir sonucu olarak ortaya konulmuştur. Sağlık hizmet sunumu sürecinde sağlık insan gücü, sağlık tesisi, ileri tıbbi teknoloji ve finansman gibi sağlığa ayrılan kaynakların dengeli dağılımının sağlanması ve bu kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılabilmesini hedefleyen bölge merkezli sağlık hizmet algısı, geleneksel kamu yönetiminden daha çok yeni kamu yönetimi ve neoliberal devlet anlayışıyla uyumluluk arz etmektedir.

3.5.1.7.Sağlık Hizmetlerinde Stratejik Yönetim ve Bürokrasinin Azaltılması

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte yönetim ve örgütlenme alanındaki değişikliklerden birisi, stratejik yönetim ve bürokrasinin azaltılmasına yönelik uygulamalardır.

SDP ile birlikte stratejik yönetim kapsamında ilk olarak üst politika belgeleri ve stratejiler paralelinde Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 Stratejik Planı hazırlanmış ve kamuoyu ile paylaşılmıştır. 2010-2014 Stratejik Planı'ndan hareketle bu planın uygulamasına yönelik performans hedef, gösterge ve faaliyetleri içeren yıllık performans programları ortaya konulmuştur. Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi kapsamında oluşturulan strateji haritası⁶⁵¹ baz alınmış ve Sağlık

⁶⁵⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 158; T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009, s. 7.

⁶⁵¹ Sağlık Bakanlığı stratejik harita ile sağlık sisteminde yer alan farklı fonksiyonları ve bunların arasındaki ilişkileri hizmet sunumu noktasındaki ana hedefe yönelik olarak bir düzen içinde şematize edilmesi amaçlanmıştır. Stratejik harita kritik başarı faktörleri, metodlar ve yüksek amaçlar olmak üzere üç bölümde yapılandırılmıştır. Kritik başarı faktörleri olarak vekilharçlık, kaynaklar ve finansman fonksiyonu ele alınmıştır. Metodlar bünyesinde ise hizmet sunumu fonksiyonunu değerlendirilmiştir. Kritik başarı faktörleri ve metodları, stratejik planda hedefe yönelik stratejiler ile ilişkilendirilmiştir. Yüksek amaçlar içinde ise, sağlıklı hayat tarzları ve çevre, etkili ve kapsamlı kişisel sağlık hizmetleri, mali katkıda hakkaniyet ile iyi sağlık düzeyi ele alınmıştır. Yüksek amaçların stratejik planla ilişkisini kurarken hedefler ile hedef/althedef, nihai çıktılar ile de stratejik amaç ve nihai amaç bağlantısı oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan strateji haritası için Bkz. T.C. Sağlık Bakanlığı, *Stratejik Plan 2010-2014*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788, Ankara, s. 47-49.

Bakanlığı Strateji Haritası hazırlanmıştır. Strateji Haritasında yer alan amaç ve hedeflerin ölçülebilmesine yönelik göstergeler belirlenmiştir⁶⁵².

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık kurumlarında şeffaf yönetimin sağlanması ve bürokrasinin azaltılmasına yönelik çeşitli adımlar atılmıştır. Bu adımlar incelendiğinde;

- a) sağlık hizmeti sunan birimlerin kamu hizmet envanterlerinin elektronik ortamda izlenebilmesi ve değerlendirebilmesi için Kamu Hizmet Envanteri Veri Giriş Programı'nın kullanıma açılması,
- b) Bakanlık merkez, il sağlık müdürlükleri, toplum sağlığı merkezleri ve sağlık grup başkanlıklarının iç iş ve işlemleri ile vatandaşla yönelik olarak yürüttüğü tüm hizmetlere ilişkin bilgilerin Kamu Hizmet Envanteri Veri Giriş Programında toplanması,
- c) sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan sundukları hizmetlerin standardının belirlenmesinin istenmesi,
- d) sunulan hizmetlerin envanterinin çıkarılması,
- e) basitleştirilmiş, etkin bir sağlık hizmeti için mevzuat değişikliklerine⁶⁵³ gidilmesi ve ruhsatlandırma konusunda yetki devri⁶⁵⁴ yapılması gibi önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir⁶⁵⁵.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Sağlık Bakanlığı, hem yapısal hem de işlevsel anlamda bir dönüşüm yaşamaktadır. Bakanlar Kurulu tarafından kabul edilen Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Uyulacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik⁶⁵⁶, bürokrasinin azaltılması ve idari işleyişin basitleştirilmesine dayanak olarak ortaya konulmuş ve bu düzenleme ile kamu hizmetlerinin kolay erişilebilir, kaliteli, etkin, verimli ve ekonomik bir şekilde sunulması arzulanmıştır. Sağlık Bakanlığı bu

⁶⁵² T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 241.

⁶⁵³ Ağız ve Diş Sağlığı, Akupunktur, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları, Diyaliz Merkezleri, Evde Bakım Hizmetleri, Hiperbarik Oksijen Tedavisi, İlk Yardım, Kordon Kanı Bankacılığı, Madde Bağımlılığı, Optisyenlik Müesseseleri, Organ ve Doku Nakli, Özel Hastaneler, Beşeri Tıbbi Ürün Ruhsatlandırma, Beşeri Tıbbi Ürün İmalathaneleri, Kozmetik, Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama, Halk Sağlığı Alanında Haşerelere Karşı İlaçlama, Diş Protezciliği Dalında Kalfalık Belgesi Sahiplerine Diş Protez Teknisyenliği Belgesi Verilmesi, Teftiş Kurulu, Üremeye Yardımcı Tedavi, Genetik Hastalıklar Tedavi Merkezleri ve Ayaktan Teşhis ve Tedavi Yapılan Sağlık Merkezleri başta olmak üzere birçok yönetmelikte değişiklikler yapılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 214.

⁶⁵⁴ Örneğin Kaplıcalar, Doğal Mineralli Sular, İnsani Tüketim Amaçlı Sular ve Peloidler için üretim izni, ruhsat ve onay yetkileri valiliklere devredilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 214.

⁶⁵⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 212-214.

⁶⁵⁶ Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Uyulacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik, R.G. Tarih: 31.07.2009 Sayısı: 27305.

yönetmeliğe paralel olarak çeşitli tarihlerde genelgeler yayınlamış, sağlık kurumlarında bürokrasinin azaltılması ve idari basitleştirme için talimatlar vermiştir⁶⁵⁷. Kamu hizmetlerinin hızlı, kaliteli, basit ve en düşük maliyetle sunulması ve bu doğrultuda kamu idarelerinin etkin, verimli, hesap verebilir şeffaf bir yönetim yapısına sahip olması, geleneksel yönetim anlayışından daha ziyade yeni kamu yönetimi anlayışı ile bağdaştırılabilecek bir durumdur. SDP kapsamındaki stratejik yönetim yapısının oluşturulması, bürokrasinin azaltılması ve idari basitleştirme çalışmaları, Türk sağlık sektöründe yeni kamu yönetimi anlayışına yönelik bir dönüşüm sürecinin yaşandığını somutlaştırmaktadır.

3.5.1.8.İlaç ve Eczacılıkla İlgili Uygulamalar

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında önemli değişikliklerin gözlemlendiği alanlardan birisi de, ilaç ve eczacılık alanıdır. Türkiye Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu yapılanması, ilaç fiyat politikaları, eczanelerin tüm vatandaşlara hizmet sunması, ilaç takip sisteminin oluşturulması ve akılcı ilaç kullanımı başta olmak üzere birçok konu ve hususta ciddi değişiklikler gerçekleştirilmiştir.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu: Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte 663 sayılı KHK doğrultusunda Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında Bağlı Kuruluşlar başlığı altında oluşturulan kurumlardan birisi, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'dur. Kuruluşu ile birlikte ilaç, tıbbi cihaz ve kozmetik ürünlere yönelik düzenleyici, denetleyici, yönlendirici politikalar geliştirerek ve uygulayarak insan sağlığına hizmet etme görevini üstlenen Kurum, ilaç ve tıbbi cihaz konularında ciddi bir fonksiyona sahip kılınmıştır⁶⁵⁸.

İlaç Fiyat Politikası: Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde, ilaç fiyatlandırmaları ve fiyat artışlarının delile dayalı bir temele oturtulamaması önemli bir sorun oluşturmaktaydı. Bu yüzden SDP kapsamında ilaç fiyatlandırmasına yönelik 2004

⁶⁵⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, "Bürokrasinin Azaltılması ve İdari Basitleştirme çalışmaları konulu Genelge", Sayı 2011/37 Tarih: 30.05.2011, http://sgb.saglik.gov.tr/content/files/genelgeler/2011/genelge_2011_37.pdf, (25.12.2013).

⁶⁵⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, "Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu-Görevimiz", <http://www.ieg.gov.tr/Detail.aspx?mode=1&pages=/PortalAdmin/Uploads/Titck/Menus/Menu-61a8caf96287.html>, (25.12.2013).

tarıhli Beşeri Tıbbî Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar⁶⁵⁹ uygulanmaya başlanmıştır. Uygulama ile sağık sektöründeki ilaçla ilgili kargaşa ve olumsuzluklar ortadan kaldırıldığı ve ilaç fiyatlandırmasında kamu yararı ve şeffaflık ön plana çıkarılmaya çalışıldığı belirtilmiştir⁶⁶⁰. Bu amaçla Kararın uygulama esaslarını ortaya koymak üzere Beşeri Tıbbî Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ⁶⁶¹ yayımlanmıştır. İlgili Tebliğ çeşitli tarihlerde değiştirilmiştir⁶⁶².

Sağıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ilaç sektöründe yaşanan gelişmeler arasında ilaç fiyatlarında önemli derecede ucuzlamaların sağılanması, ilaç fiyatlarının Avrupa’da mevcut olan en düşük düzeylere çekilmesi, bine yakın üründe %1 ile %80 arasında değişen fiyat düşüşlerinin gerçekleştirilmesi, referans fiyat takibi ile referans ülkelerdeki fiyat değişikliklerinin üç aylık periyotlarla takip edilmesi ve varsa fiyat düşüşlerinin ülkedeki fiyatlara yansıtılması başta olmak üzere önemli hususların yer aldığı ifade edilmektedir. Özellikle referans fiyat takibi sistemi ile sağık sektöründe 2004-2010 yılları arasında 200 defadan fazla fiyat düşüşü gerçekleştirildiğı ileri sürülmektedir⁶⁶³.

Sağık sektöründeki yeni düzenlemelerden birisi, ilaç sektöründeki Tek Geri Ödeme Sistemi uygulamasıdır. Özellikle kamu maliyesinin yükünün hafifletilmesi amacıyla Maliye Bakanlığı’nın başkanlığında Geri Ödeme Komisyonu⁶⁶⁴ oluşturularak, “Tek Geri Ödeme Sistemi” imkânı sağılanmıştır. Bu kapsamda geri ödeme kurumlarının ortak kararı ile reçetelenen ilaçlar için en ucuz eşdeğer ilâcın % 15 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralı getirilmiştir. Bu uygulama ile birlikte, sepetin dışında kalan bazı ilaçların firmaları, kamunun ödeme kapsamına girebilmek için

⁶⁵⁹ Beşeri Tıbbî Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar, Karar Sayısı: 2004/6781, R.G. Tarihi: 14.02.2004 Sayısı: 25373.

⁶⁶⁰ T.C. Sağık Bakanlığı, 2011c, s. 171; T.C. Sağık Bakanlığı, 2008a, s. 90.

⁶⁶¹ Beşeri Tıbbî Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ, R.G. Tarih: 03.03.2004 Sayısı: 25391.

⁶⁶² Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, R.G. Tarih: 29.12.2007 Sayısı: 26741; Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, R.G. Tarih: 22.09.2007 Sayısı: 26651; Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, R.G. Tarih: 24.01.2009 Sayı:27120; Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, R.G. Tarih: 11. 06.2010 Sayısı: 27608; Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, R.G. Tarih: 14.04.2012 Sayısı: 28264.

⁶⁶³ T.C. Sağık Bakanlığı, 2008a, s. 90; T.C. Sağık Bakanlığı, 2011c, s. 171.

⁶⁶⁴ Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 16.04.2012, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/b8bcb38a-c4a4-4f4a-b85e-4bde9cf98191/yonerge_odeme_komisyonu_02.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b8bcb38a-c4a4-4f4a-b85e-4bde9cf98191&CSRT=9392572659537053821, (10.09.2013).

fiyatlarını gönüllü olarak düşürmek durumunda kalmışlardır. Sonuç olarak uygulama ile mali açıdan önemli bir tasarruf sağlandığı iddia edilmektedir⁶⁶⁵.

İlaç sektöründeki bir diğer yeni uygulama, ilaçların KDV'lerinde gerçekleşmiştir. Buna göre başlangıçta ilaçtan alınan %18'lik KDV oranı %8'e düşürülmüştür. KDV oranındaki bu düşüş, doğal olarak ilaçların fiyatlarının düşmesine olanak sağlamıştır⁶⁶⁶.

2009 yılında Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Kararname'de bir değişiklik daha yapılmış ve orijinal bir ürünün jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatı mevcut fiyatın %66'sını geçemez (hem orijinal hem de jenerik ürün için) kuralı getirilmiştir. Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilaç alımlarında sağladığı iskontoların da kamunun ilaç için yaptığı ödemeleri azalttığı ileri sürülmektedir⁶⁶⁷.

Eczanelerin Herkese Açılması: SDP kapsamında vatandaşlara eczane seçme hakkı getirilmiştir. Buna göre daha önce ilaçlarını almakta sorun yaşayan vatandaşlara istedikleri eczanelerden ilaç alabilme yolu açılmıştır. Yeşil Kart mevzuatında yapılan değişikliklerle Yeşil Kart sahibi hastaların ayaktan tedavileri kapsam dahiline alınmış ve yine bu vatandaşların da eczanelerden ilaçlarını alabilmeleri sağlanmıştır. Sonuç olarak eczanelerle ilgili yeni uygulamalar, sağlık sektöründe SDP öncesi yaşanan ayrımcılığı ortadan kaldırmıştır⁶⁶⁸.

İlaç Takip Sistemi (İTS): İlaç Takip Sistemi (İTS)⁶⁶⁹, ilaçların her bir biriminin izlenmesi için kurulan bir teknolojik altyapıdır. İlaç Takip Sistemi, literatürde "Track&Trace (İşaretle ve Takip et)" olarak tanımlanan yapının, ilaçlara uygulanmış halidir. Bu sistem, ürünlerin tekilleştirilmesini (serialization) sağlayan karekod ile ürünlerin işaretlenmesini (track) sağlarken; ürünün geçtiği her noktadan merkezi veri tabanına yapılacak bildirimler ile takibinin (trace) rahatlıkla yapılabilmesini sağlamaktadır⁶⁷⁰.

⁶⁶⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 171; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 90.

⁶⁶⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 171; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 90.

⁶⁶⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 171; 2009/15631 sayılı Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Kararda Değişiklik Yapılması Hakkında Karar, R.G. Tarih: 3.12.2009 Sayısı: 27421 Mükerrer, m. 1.

⁶⁶⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 172; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 92.

⁶⁶⁹ Konu ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. T.C. Sağlık Bakanlığı "İlaç Takip Sistemi", <http://itsportal.saglik.gov.tr/index.php?run=content&get=14&mp=3,10> (10.09.2013).

⁶⁷⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 173.

İlaç Takip Sistemi, öncelikle ilaç kalitesinde meydana gelebilecek sorunlara yerinde tespit ve hızlı müdahale amacına katkıda bulunabilmek için tasarlanan, piyasada bulunan tüm ilaçların kutu bazında bir takip numarası ile kayıt altına alındığı ve üretimden itibaren tüketilinceye kadar her aşamada takibinin sağlandığı, bu sayede küpür yolsuzluğu diye bilinen sahteciliğin önleendiği ve piyasada sahte ve kaçak ilaçların bulunmasının hemen hemen imkânsız hâle geldiği bir çerçeveye sahip olan önemli bir sistemdir. Ayrıca İlaç Takip Sistemi ile piyasaya sürülen ilaçların olumsuz etkiler yaratması durumunda hangi ilacın nerede bulunduğunu noktasal olarak bilinebilmesi ve kolayca toplanabilmesi de sağlanmaktadır⁶⁷¹.

Türkiye’de uygulamaya konulan İTS, dünyada ilk defa oluşturulan Merkezi Veritabanı’na bağlı bir sistem olarak literatürdeki yerini almıştır⁶⁷². Bu kapsamda;

- 1 Ocak 2010 tarihinden itibaren üretilmiş olan tüm ilaçların üzerinde karekod bulunması ve üretici/ ithalatçıları tarafından sisteme bildirilmesi mecburiyeti getirilmiş,
- 1 Temmuz 2010 tarihi ile de eczanelerde küpür kesme devri kapatılmış, ürünler İTS sistemine bildirilerek satılmaya başlanmış,
- tüm geri ödeme kurumları ilaç ödemelerini sistem üzerinden kontrol ederek yapmaya başlamış,
- ayrıca ilacın geçtiği noktalardan olan hastaneler de takip kapsamına alınmış ve hastanelere giren ürünler de takip edilmeye başlanmıştır⁶⁷³.

Akılcı İlaç Kullanımı: SDP kapsamında ağırlık verilen konulardan birisi de akılcı ilaç kullanımıdır⁶⁷⁴. Bilindiği üzere tüm dünyada yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı, tedavi maliyetlerini ve halk sağlığını etkileyen ciddi bir sorun olarak görülmektedir. Bu

⁶⁷¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 173; T.C. Sağlık Bakanlığı “İlaç Takip Sistemi”, <http://itsportal.saglik.gov.tr/index.php?run=content&get=19&mp=3,22>, (10.09.2013).

⁶⁷² T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 174; İlaç Takip Sistemi ile ilgili Sağlık Bakanlığı 2009, 2010 ve 2011 yıllarında dört adet Genelge yayınlanmıştır. 31.12.2009 tarihli ve 2009/84 sayılı Genelge, İlaç Takip Sisteminin Uygulanması konusu ile yayınlanmıştır. Konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. T.C. Sağlık Bakanlığı, “İlaç Takip Sistemi”, <http://itsportal.saglik.gov.tr/index.php?run=document&category=1&mp=5>, (10.09.2013).

⁶⁷³ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 174.

⁶⁷⁴ Akılcı İlaç Kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından en çok önem verilen konuların başında gelmektedir. 1985 yılında Nairobi’de yapılan DSÖ toplantısı Akılcı İlaç Kullanımı çalışmaları için başlangıç sayılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre Akılcı İlaç Kullanımı, kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyette ve kolayca ulaşabilmeleri olarak ifade edilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, “Neden Akılcı İlaç Kullanımı”, http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81, (10.09.2013).

bağlamda halkın ve sağlık çalışanlarının akılcı ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi son derece önemlidir⁶⁷⁵.

SDP ile akılcı ilaç kullanımı düşüncesinin⁶⁷⁶ yaygınlaştırılmasına yönelik olarak 2010 yılında Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü oluşturulmuştur. Bunun yanında toplum nezdinde farkındalık oluşturmak ve hem sağlık çalışanlarının hem de halkın bu konuda bilgi sahibi olmasını sağlamak için uygulanacak yöntemleri, kısa, orta ve geniş vadeli olmak üzere planlama faaliyetleri gerçekleştirilmektedir⁶⁷⁷.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ilaç politikalarının farklılaştığı gözlemlenmektedir. İlaç sektörünün yeniden düzenlenmesi, geliştirilmesi ve denetlenmesi amacıyla oluşturulan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu oluşumu başta olmak üzere ilaç kullanımı, ilaca ulaşılabilirlik durumu, yatırım teşviki, ar-ge çalışmaları, ilaç fiyatlarındaki yeni uygulamalar gibi önemli konularda dönüşüm yaşandığı somut bir şekilde görülmektedir. İlaç sektöründeki fiyat politikası ve ilaç takip sistemi, etkin, verimli ve rekabet odaklı bir sağlık hizmeti sistemi hedefleri ile örtüşmekte, bu durum yeni kamu yönetiminin ve neoliberal devletin yansıması olarak değerlendirilebilir. MEDULA Eczane Takip Sistemi, Hekim Takip Sistemi, Bireysel Geri Ödeme Sistemi gibi sistemler, SDP ile birlikte daha etkin daha verimli ve şeffaf bir sistemin oluşturulması amacıyla atılan diğer adımlar arasında sayılmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın ilaçla ilgili projeksiyonuna paralel olarak Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı da öncelikli olarak Avrasya'nın yüksek teknoloji ürünler konusunda üretim üssü niteliğine sahip olması hedefini ifade etmekte ve bu doğrultuda ilaç sektörünü öne çıkarmaktadır. Bu doğrultuda yayımlanan 4. Teşvik Paketinde ilaç sektöründe öncelikli üretim alanlarının belirlendiği görülmüştür⁶⁷⁸.

3.5.2.Hizmet Sunumu Alanındaki Değişiklikler

⁶⁷⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 174; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, "Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Sık Sorulan Sorular ve Cevaplar", http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=599, (10.09.2013).

⁶⁷⁶ Burç Aydın - Ayşe Gelal, "Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü", *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012, Cilt 26, Sayı 1, s. 59-60.

⁶⁷⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 174.

⁶⁷⁸ Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği, "Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu", http://www.aifd.org.tr/PDF/2023_Rapor/2023_strat.pdf, (25.12.2013), s. 45, 47, 83.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Türk sağlık sektöründeki gerçekleştirilen değişiklikler arasında hasta hakları, koruyucu ve temel sağlık hizmetleri, hastane hizmetlerinde yeniden yapılanma, merkezi hastane randevu sistemi, sağlık bilgi sistemi, evde sağlık bakımı hizmetleri, performans sistemi, kalite ve akreditasyon, acil sağlık hizmetleri ve servisleri ile kan hizmetleri başta olmak üzere çok sayıda değişim olduğu gözlemlenmektedir.

3.5.2.1.Hasta Hakları

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen uygulamalardan bir kısmı, hastaların hizmet sunum sürecindeki hakları ile ilgilidir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)⁶⁷⁹, Hasta Hakları Birimi⁶⁸⁰ ve Hekim Seçme Hakkı⁶⁸¹ öne çıkan uygulamalar olarak ortaya konulmuştur.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM): SDP ile sağlık sisteminde yaşanan sorunların yerinde ve eş zamanlı tespit edilmesi ve bu çerçevede ortaya çıkan sorunların en hızlı şekilde çözülebilmesi amacıyla 2004 yılında Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) uygulaması hayata geçirilmiştir. SABİM sistemi, ülkenin herhangi bir yerinde hizmet alan hastaların sağlık sisteminin herhangi bir aşamasında yaşadıkları bir sorun için 184 SABİM hattının aranmasına dayanmaktadır. Bu sistem, hizmet sunum

⁶⁷⁹ Sağlık Bakanlığı'nın halkla ilişkiler faaliyetleri kapsamında, 1992 ve 1994 yıllarında Halkla İlişkiler Koordinatörlüğü adı ile kısa süreli olarak faaliyetler yürütülmüş, 1997 yılında ise, daha çok vatandaşların şikâyet, takdir ve değerlendirmelerini iletebilmeleri amacıyla bir hat oluşturulmuştur. Bu kısa gelişme sürecinin ardından 2003 yılında SABİM Projesi gündeme gelmiştir. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), 01.01.2004 tarihinde çalışmalarına başlamıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı, "Tarihçemiz", <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3855/tarihcemiz.html>, (02.09.2013).

⁶⁸⁰ Hastane Hasta Hakları Birimi, Hasta Hakları Uygulama Yönergesi'ne dayanılarak oluşturulmuş yapılardır. Hastane Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 26/04/2005 tarih ve 3077 sayılı makam oluru ile yürürlüğe girmiştir. Ankara Sağlık Müdürlüğü, "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi", http://www.asm.gov.tr/subhaberler/HastaHaklar%C4%B1_5328.dnz, (02.09.2013).

⁶⁸¹ 8 Eylül 2004 tarihinde yayınlanan 2004/117 sayılı "Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi" ile ilgili Genelgede belirtilen şartları sağlayan hastaneler "Hekim Seçme Hakkı Logosunu" hastanelerinde asmaya başlamışlar; 2005 yılında Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne "Yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkan sağlanır" maddesinin eklenmesi sağlanarak bu alanda yeni adımlar atılmıştır. Ayrıca hastaların sağlık hizmeti alacağı veya almakta olduğu hekimi serbestçe seçmesine, değiştirmesine, sağlık kurumlarındaki hekimlerin buna uygun poliklinik hizmeti vermesine yönelik tedbirlerin alınmasına ve bu amaçla gerekli hizmet, fizik ve personel altyapısının oluşturulmasına ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla yönerge çalışmaları başlatılarak 17 Ekim 2007 tarihinde 9379 Sayılı Makam Oluruyla "Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge" yayımlanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı, "Hasta Hakları", <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/hekimsemebilgi.htm>, (02.09.2013).

sürecindeki yetkili kişilerin ortaya çıkan sorunla ilgili bir özdenetim mekanizması niteliğine sahip olarak görülmektedir. SABİM Operatörleri tarafından kayıt altına alınan hastaların başvuruları, SABİM Çözümleyicilerince değerlendirilmekte ve ilgili illere sevk edilmektedir. İllerde ise SABİM Çözümleyicileri, sorunun giderilmesi için görevlendirilmiştir⁶⁸².

Hastane Hasta Hakları Birimi: SDP ile birlikte hastalara yönelik gerçekleştirilen uygulamalardan birisi de Hastane Hasta Hakları Birimi'dir. Hastaların daha iyi hizmet alabilmesi için devlet hastanelerinin tamamında Hastane Hasta Hakları Birimi faaliyete geçirilmiştir. Hastane Hasta Hakları Birimi, Hasta Hakları Uygulama Yönergesi⁶⁸³'ne dayanılarak oluşturulmuş bir yapıdır. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi öncesinde 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği⁶⁸⁴'nin yayınlandığı bilinmektedir. Hastane Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 26.04.2005 tarih ve 3077 sayılı makam oluru ile yürürlüğe girmiştir⁶⁸⁵.

Hasta Hakları Biriminin işleyişi, bireylerin hizmet aldıkları hastanedeki hasta hakları birimlerine sözlü veya yazılı olarak ihtiyaçlarını iletmesine ve gerekli yardım ve düzeltici işlemlerin yapılması esasına dayanmaktadır⁶⁸⁶.

Hastanelerde oluşturulan Hasta Hakları Birimine yönelik yetkilendirilen Hasta Hakları Kurul Üyeleri arasında Kurul Başkanı sıfatıyla Başhekim Yardımcısı, Hasta Hakları Birim Sorumlusu, şikâyet edilen personelin Birim Sorumlusu, hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi, Valiliğin belirlediği bir vatandaş, İl Genel Meclis üyesi, varsa hastanın avukatı, 4688 sayılı Kamu Sendikaları Kanunu'na⁶⁸⁷ göre, Kurumdan yetki almış sendika temsilcisi yer almaktadır⁶⁸⁸.

Hasta Hakları Kurulu'nun işleyişi ile ilgili öne çıkan bazı hususlar söz konusudur. Hastalar tarafından Hasta Hakları Birimi'ne gelen şikâyetler bir gün içinde kurul üyelerine dağıtılmaktadır. Şikâyet edilen personelden bir gün içerisinde bilgi

⁶⁸² T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 154; T.C. Sağlık Bakanlığı, "Temel Amaç ve Hedefimiz", <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3842/temel-amac-ve-hedefimiz.html>, (10.02.2013).

⁶⁸³ Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 26/04/2005 tarih ve 3077 sayılı makam oluru ile yürürlüğe girmiştir.

⁶⁸⁴ Hasta Hakları Yönetmeliği, R.G. Tarih: 01.08.1998 Sayı: 23420.

⁶⁸⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 155; Ankara Sağlık Müdürlüğü, "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi", http://www.asm.gov.tr/subehaberler/HastaHaklar%C4%B1_5328.dnz, (02.09.2013).

⁶⁸⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 155.

⁶⁸⁷ 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları ve Toplu Sözleşme Kanunu, Kabul Tarihi: 25.6.2001, R.G. Tarih: 12.7.2001 Sayısı: 24460.

⁶⁸⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 155; Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005, m. 11.

istenmekte ve bunun üzerinde personel 2 gün içinde kurula cevap vermektedir. Personelden istenen bilgiler en geç bir gün içinde Kurul üyelerine ulaştırılmaktadır. Tarafların dışındaki kişilerin görüşleri gerekirse Kurul Başkanının görevlendireceği bir kişi tarafından alınmakta, alınan bu görüşler bir gün içinde kurul üyelerine tekrar dağıtılmaktadır. Kurul kararları gizli oylama ve oy çokluğu ile alınmaktadır. Hastane Hasta Hakları Kurulu tarafından kusurlu bulunan personel hakkında ilgili mevzuata göre idari işlem yapılmaktadır. Alınan karar, Hasta Hakları Birim Sorumlusunca hastaya iletilmekte, daha sonraki yasal süreç ve yapabilecekleri hakkında bilgi verilmektedir⁶⁸⁹.

Hekim Seçme Hakkı: SDP ile hasta hakları kapsamındaki uygulamalardan biri, hekim seçme hakkıdır. Niteliği gereği temel haklardan birisi olarak değerlendirilen Hekim Seçme Hakkı, Eylül 2004'te 11 kamu hastanesinde başlatılmıştır. 2010 yılı sonu itibariyle tüm hastane ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde (ADSM) Hekim Seçme Hakkı uygulamasına geçilmiştir⁶⁹⁰.

Hastaların hekim seçme hakkını nasıl kullanılacağına dair süreç, bu uygulamanın başarıya ulaşabilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu süreç şu şekilde işlemektedir: Bireylerin hekimlerin poliklinik yapacağı gün ve saat hakkında bilgilenmesine yönelik listeler hazırlanmakta, poliklinik girişlerine hekimlerin isim ve uzmanlık alanlarının bulunduğu panolar asılmakta ve hastanelerin internet sayfalarında hekimlere ait bilgiler bulundurulmakta, polikliniklerdeki sekreterler vasıtasıyla bireyler hekim seçme hakkında bilgilendirilmekte ve poliklinik kapısındaki ekranlarda hasta sıralarının yer alması sağlanmaktadır⁶⁹¹.

SDP ile birlikte ortaya konulan hasta hakları odaklı uygulamaların sonuçlarına yönelik literatürde çeşitli araştırmaların yapıldığı tespit edilmiştir. Hasta haklarına yönelik uygulamaların etkin, verimli ve amacına hizmet edebilmesi için sağlık personeli, hasta ve yakınları ve toplum tarafından tanınması, benimsenmesi ve yaşama geçirilmesine yönelik çok boyutlu çalışmalara ihtiyaç hissedildiği belirtilmektedir. Özellikle hasta haklarının bütün kesimler tarafından bilinmesi ve benimsenmesine

⁶⁸⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 155; Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005, m.13.

⁶⁹⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 156.

⁶⁹¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 156; Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge, 2007, m. 9-10.

yönelik Sağlık Bakanlığı, hasta ve yakınları, sağlık çalışanları, üniversiteler, sivil toplum örgütleri, medya gibi konunun taraflarına ilaveten toplumun diğer kesimleri ve kurumlarının da bu sürece katılması ve bu doğrultuda bilgilendirme⁶⁹², uygulama, yaygınlaştırma, denetleme ve geri bildirimlerle geliştirme gibi etkinlik ve faaliyetlerin gerçekleştirilmesi önerilmektedir⁶⁹³.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen hasta haklarına yönelik uygulamaların esasının, sağlık hizmetlerinde kalite düzeyinin artırılması ve hasta memnuniyetinin sağlanması gibi amaçlara dayandığı anlaşılmaktadır. Bu noktadan hareketle, sağlık hizmetlerinde geleneksel yönetim anlayışından yeni kamu yönetimi anlayışına doğru bir evrilme yaşandığı söylenilebilir.

3.5.2.2.Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

SDP ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu, çalışmanın önceki kısımlarında ifade edildiği üzere aile hekimliği uygulamasına yüklenmiştir. Bunun dışında koruyucu ve temel sağlık hizmetleri ile ilgili olarak SDP kapsamında anne ve çocuk sağlığı ile ilgili güncellenen uygulamalar, bağışıklama programları, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi konularda adımlar atıldığı ifade edilebilir.

SDP kapsamında koruyucu ve temel sağlık hizmetleri ile ilgili yeni uygulamaların gerçekleştirildiği alanlarından birisi de anne ve çocuk sağlığıdır. Ülke içindeki cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişilebilirliğinin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi için Bakanlık tarafından yürütülmekte olan çalışmalara doğrudan destek ve sivil toplum kuruluşlarıyla olan işbirliğinin güçlendirilmesini sağlamak amacıyla, Avrupa Birliği işbirliğinde Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı uygulamaya konulmuştur⁶⁹⁴.

Anne ve çocuk sağlığı ile ilgili bir diğer uygulama, 15-49 yaş arasındaki tüm kadınların doğurganlık davranışlarına dair bilgi edinilmesi, riskli durumların

⁶⁹² Hastaların ve diğer kesimlerin hasta hakları konusundaki yeni uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi, sürecin istenilen şekilde yürüyebilmesi için çok önemlidir. Özellikle hastaların bu konu hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarına ilişkin sonuçlara rastlanmaktadır. Bkz. Ayla Ünsal vd., “Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeyleri”, <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltaltisayionyedi/FSHD27-40.pdf>, (25.12.2013).

⁶⁹³ İshak Aydemir - Vedat Işıkhani, “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Aralık 2012, 13(2), s. 85.

⁶⁹⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 86; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 62-63; T.C. Sağlık Bakanlığı-Avrupa Komisyonu, Türkiye Üreme Sağlığı Programı Hizmet Çerçevesi Raporu, Ankara, 2004.

belirlenmesi, erken dönemde gebelik tespitinin yapılabilmesi, aile planlaması yöntem kullanımları hakkında bilgi verilmesi ve kadın sağlığı ile ilgili konularda danışmanlık yapılabilmesi amacıyla yılda en az iki kez birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimleri tarafından izlenmesidir⁶⁹⁵.

SDP kapsamındaki uygulamalarla anne ve çocuk sağlığı alanında anne sütünün teşviki amacıyla başlatılan bebek dostu hastane sayısı, yeni doğan bebeklerin yoğun bakım yatak sayısı ve hastanede yapılan doğum oranının arttırıldığı gözlemlenmektedir. Aynı zamanda annelerin hastaneden ayrılmadan kendilerinin ve bebeklerinin sağlıklarını ilgilendiren temel konularda bilgilendirilmelerini amaçlayan “Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek Programı”; riskli gebelerin güvenli ortamlarda misafir edilmesini amaçlayan “Misafir Anne Projesi”; anne ve bebek ölüm hızlarının iyileştirilmesi gibi birçok alt uygulama hayat bulmuştur⁶⁹⁶.

SDP kapsamında koruyucu ve temel sağlık hizmetleri ile ilgili uygulama alanlarından birisi bağışıklama programlarıdır. Bilindiği üzere bağışıklama hizmetleri, bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir⁶⁹⁷.

SDP bağışıklama programları kapsamında, hedef çocuk nüfusunun aşılama oranlarının iyileştirilmesine yönelik adım atılmış, daha önce 7 hastalıktan (difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci, kızamık, hepatit-B, verem) oluşan aşılama programında, 2006 yılında bütün sağlık kuruluşlarında Hemofilus İnfluenza tip b (Hib), Kızamıkçık, Kabakulak aşıları yapılmaya başlanmış, 2008 yılı başından itibaren de DaBT-İPA-Hib aşılarını (difteri, aselluler boğmaca, tetanoz, inaktif polio ve Hib aşısı) tek enjektör içine doldurulmuş olarak kullanıma hazır hale getirilmiştir. Böylelikle daha az sayıda enjeksiyon ile daha çok aşının uygulanmasına imkân sağlandığı ifade edilmektedir⁶⁹⁸.

Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri ile ilgili uygulama alanlarından birisi de bulaşıcı hastalıklarla mücadeledir. Verem, sıtma, kızamık, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV/AIDS, mevsimsel grip, su ve besinlerle bulaşan hastalıklar başta

⁶⁹⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 87.

⁶⁹⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 89; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 53-57.

⁶⁹⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 96; Muzaffer Eskiocak, “Türkiye’de Bağışıklama Hizmetleri”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, http://www.ttb.org.tr/th/22012/index_dosyalar/Page471.htm, (02.09.2013).

⁶⁹⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 98; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 60-61; T.C. Sağlık Bakanlığı, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2009/17), Sayı: B100TSH0110005 Tarih: 13.03.2009/7941.

olmak üzere birçok bulaşıcı hastalıkla ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nün bu yöndeki programlarına paralel olarak çalışmalar devam ettirilmiştir. Örneğin Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi, SDP kapsamında yeniden belirlenmiş ve 2005 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır⁶⁹⁹.

663 sayılı KHK doğrultusunda Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kuruluşlar kapsamında örgütlenen Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve bu Kurumun taşra birimi olan Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün, koruyucu sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumundan doğrudan sorumlu tutulduğu ifade edilmektedir. Böylece Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluk düzeyinin SDP öncesindeki yapıya nazaran azaltıldığı, bu durumun planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı modeli ile paralel bir sonuç olduğu söylenilebilir.

Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen uygulamaların amaçları incelendiğinde, toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, hastalıklara karşı erken koruma, hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi gibi hususların ön plana çıktığı görülmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde etkinlik, verimlilik, etkililik ve sonuç odaklılık gibi ilkelerin hedeflendiğini göstermektedir. Genel hatlarıyla ifade edilecek olursa, koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanındaki yeni uygulamalar, neoliberal devlet ve yeni kamu yönetiminin genel ilkeleri ve hedefleri ile uyumlu gözükmektedir.

3.5.2.3. Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında kamu hastanelerinin teknolojik olarak koşullarının iyileştirildiği ve kapasitelerinin arttırıldığı belirtilmektedir. Özellikle yeni kamu hastanelerinin oluşturulmasında “Public Private Partnerships” olarak bilinen kamu özel ortaklığı yöntemi ile hizmet alımı sürecinin benimsendiği görülmektedir⁷⁰⁰.

SDP ile kamu hastanelerinin tıbbi cihaz ve donanımında nicelik itibarıyla bir artış gerçekleştiği iddia edilmektedir. Örneğin 2002'de tüm devlet hastanelerinde 18 olan manyetik rezonans görüntüleme (MR) cihazı sayısı 2011'de 273'e, 121 olan

⁶⁹⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 102-108; T.C. Sağlık Bakanlığı, “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkında Tebliğ”, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/878,bulasici-hastaliklarin-ihbari-ve-bildirim-sistemi-hakki-.pdf?0>, (02.09.2013).

⁷⁰⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 151; Selime Güzelsarı, “Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 2012, Cilt 45, Sayı 3, s. 30-31.

bilgisayarlı tomografi (BT) cihazı sayısı 446'ya, 495 olan ultrasonografi (USG) cihazı sayısı ise 2125'e ulaşmıştır⁷⁰¹.

Sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde hiç kuşkusuz önemli olan hususlardan birisi, hastanelerdir. Günün gelişen ve değişen koşullarına göre kendini sürekli yeniden uyarlaması gereken hastaneler, sahip oldukları yatak, oda, ekipman, sağlık personeli gibi unsurlardan oluşmaktadır. Kamuya ait olan hastanelerin sayısında son dönemde özel sektörün finansman kaynakları kullanılması arzu edilmiş, bu doğrultuda entegre sağlık kampüsleri projeleri hayata geçirilmiştir. Bu durum hastane ve yatak sayısı başta olmak üzere sağlık hizmeti sunan unsurlarda önemli bir niceliksel artış sağlamıştır. SDP öncesinde hastanelerin yapımında devlet ağırlıklı bir yapı söz konusu iken, SDP ile birlikte özel finansman ağırlıklı bir süreç kendisini daha çok hissettirir olmuştur.

3.5.2.4. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)

Merkezi Hastane Randevu Sistemi⁷⁰² (MHRS), vatandaşların Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri için 182 Çağrı Merkezini arayarak gerçek zamanlı operatörlerden istedikleri hastane ve hekim için randevu aldıkları bir telefonla randevu sistemi olarak tanımlanmaktadır⁷⁰³.

Merkezi Hastane Randevu Sistemi, hastanelerde daha iyi bir kaynak planlanması yapılmasıyla vatandaş/hasta memnuniyetinin artırılmasını, hastanelerde gereksiz beklemlerin sonlandırılmasını, hastanelerde kaynak kullanımının ve dağıtımının ölçülmesi suretiyle sağlık hizmetleri sunumunun verim ve kalitesinin artırılmasını, MHRS verileriyle sağlık politikalarının geliştirilmesine yardımcı olunması gibi birçok önemli çıktıya ulaşılmasını hedefleyen önemli bir uygulama olarak görülmektedir⁷⁰⁴.

⁷⁰¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 151; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 70-75.

⁷⁰² Merkezi Hastane Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/mevzuat/MHRS/MHRS_YONERGESI.pdf, (04.09.2013).

⁷⁰³ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 161; T.C. Sağlık Bakanlığı, "Randevu Sistemi", <http://www.hastanerandevu.gov.tr/Vatandas/>, (04.09.2013); T.C. Sağlık Bakanlığı, "Hastane Randevu Merkezi", <http://www.hastanerandevu.gov.tr/Vatandas/contentVatandas.jsp?Islem=Haber&Id=xNe5qnFuntMBJV0BK6CaMg%3D%3D>, (04.09.2013); T.C. Sağlık Bakanlığı, "Hastane Randevu Merkezi", <http://www.hastanerandevu.gov.tr/Vatandas/contentVatandas.jsp?Islem=IcerikGoster&Id=JqEJKuZ9s9qkoXKqQnGfRg%3D%3D>, (04.09.2013).

⁷⁰⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 161; T.C. Sağlık Bakanlığı, "Hastane Randevu Merkezi", <http://www.hastanerandevu.gov.tr/Vatandas/contentVatandas.jsp?Islem=IcerikGoster&Id=R%2Bgt8TMLg1mC%2Bqg8RZPZTA%3D%3D>, (04.09.2013).

Bahsedilen hedefler ve çıktıların, etkin ve verimli kaynak kullanımı odaklı yeni kamu yönetiminin genel ilkeleriyle paralellik arz ettiği söylenilebilir.

MHRS ile ilgili olarak 2010 yılı sonu itibariyle 9 ilde 89 hastanede günde ortalama 7 bin vatandaşın randevu alarak muayene olduğu görülmektedir. 2011 yılı içerisinde bu hizmeti bütün ülke çapında yaygınlaştırılmıştır⁷⁰⁵. 2011 yılında 7 bin 845 olarak hesaplanan randevu sayısı, 2013 yılının ilk 5 ayında 46 bin düzeyinde gerçekleşmiştir⁷⁰⁶.

Bu uygulama ile sağlık hizmetlerinde vatandaşların bilgi iletişim teknolojilerini kullanarak rahatlıkla randevu alabilmesi, zaman israfını ve buna bağlı olarak bekleme sürecini olabildiğince ortadan kaldırması gibi çıktıları beraberinde getirmekte ve hizmet sunumu sürecinin etkin, verimli ve kaliteli olmasını sağlamaktadır. Sonuç olarak bu durumun geleneksel kamu yönetimi anlayışının genel özelliklerinden farklılık teşkil ettiği söylenilebilir.

3.5.2.5.Sağlık Bilgi Sistemi: e-Sağlık Dönüşümü

Sağlık sektöründeki yeni uygulamalardan birisi, sağlık sektöründe etkili bilgiye erişimi sağlayan sağlık bilgi sistemidir. Bu bağlamda e-sağlık alanında vizyon geliştirme ve alt yapı çalışmaları başlatılmıştır. SDP kapsamında ortaya konulan e-Sağlık vizyonu, ulusal ve uluslararası standartlarda ve yeterli kalitede oluşturulan sağlık verilerine, güvenlik ve mahremiyete riayet ederek, kişilerin rızasını almak şartıyla, erişim hakları ve yetkileri tanımlanmış kişi ve kurumlarca ulaşılabilen, tüm bireylerin de kendi kişisel verilerine erişebildiği, karar destek sistemleri ile desteklenmiş, yüksek bant genişliği olan ve tüm ülkeyi kapsayan bir omurgada paylaşılabilen, tele tıp ve tele sağlık uygulamalarının pratikte kullanımını temel alan Ulusal Sağlık Bilgi Sisteminin kurulmasını simgelemektedir⁷⁰⁷.

⁷⁰⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 161.

⁷⁰⁶ Medi Haber, “Vatandaş Merkezi Hastane Randevu Sistemi’ni benimsedi”, www.medihaber.net/2013/06/11/vatandas-merkezi-hastane-randevu-sistemini-benimsedi/ (04.09.2013).

⁷⁰⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 179; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 93.

Şekil 14. e-Sağlık Dönüşümü



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)*, Ed. Recep Akdağ, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2011, s. 178.

e-Sağlık dönüşümü kapsamında gerçekleştirilen Sağlık-Net, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Hastane Bilgi Sistemi, Yeşil Kart Bilgi Sistemi uygulamaları anlatılmaya çalışılacaktır (Bkz. Şekil 14).

Sağlık-Net: Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Sağlık.NET⁷⁰⁸ uygulaması ile sağlık kurumlarında üretilen her türlü sağlık verisini, kişi bazında, doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplayıp raporlar üreterek kişisel ve kamusal olarak maksimum fayda sağlamayı hedefleyen bilgi ve iletişim platformu çalışır hale getirilmiştir. Önceden sadece istatistiksel ve matbu form olarak toplanan veriler, 2009’da devreye giren Sağlık-Net sayesinde hastanın doğumdan ölümüne kadar tüm sağlık bilgilerini kapsayacak şekilde toplanmaya başlanmıştır. Sağlık-Net ile vatandaşların elektronik sağlık kayıtlarının sağlık kurumları arasında paylaşılabilişirliğinin temeli de atılmıştır⁷⁰⁹.

⁷⁰⁸ Ayrıntılı Bilgi İçin Bkz. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, “Sağlık-Net”, <http://www.e-saglik.gov.tr/SaglikNet/SaglikNetHakkinda.aspx>, (10.09.2013).

⁷⁰⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 180.

Sağlık.NET, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bir bilgi ve iletişim platformu olarak sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde üstlendiği role ek olarak bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli düzeyde veri toplanması ve işlenmesine de aracılık etme işlevine sahiptir⁷¹⁰.

Sağlık.Net uygulaması, SDP ile birlikte sağlık hizmetlerinde etkinlik, verimlilik, şeffaflık ve sonuç odaklılık gibi ilkelerin hakim kılınmaya çalışıldığını göstermektedir. Elektronik devlet uygulamalarına paralel olarak gerçekleştirilen Sağlık.Net uygulaması, sağlık hizmetlerinde yeni yönetim anlayışının bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS): Aile Hekimliği Bilgi Sistemi⁷¹¹, aile hekimleri tarafından sunulan her bir hizmetin, ülke standartlarına uygun kodlamalarla, Bakanlık merkezindeki veri merkezine gönderilmesini sağlayan bir program olarak tanımlanabilir. Bu programla birlikte her vatandaşın Elektronik Sağlık Dosyasının oluşturulması ve dosyalardan üretilen istatistiklerin karar süreçlerinde kullanılması için yöneticilerin kullanımına açılması arzu edilmiştir⁷¹².

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), her bir bireyin sağlığıyla ilgilenen birincil sağlık hizmetini sunan bir aile hekimi çalıştırma esasına dayanmaktadır. AHBS uygulaması⁷¹³, bir bireyi doğumundan önce takibe alan ve sağlığıyla ilgili bilgileri düzenleyen bir niteliktedir. AHBS ile bireyin anne karnındaki gelişimi, doğum yöntemi ve doğumuyla ilgili diğer bilgiler kaydedilmektedir. Bu sistem sayesinde gebe izlem başarı oranları, bebek izlem başarı oranları, aşılama başarı oranları, sevk oranları ve gezici (mobil) hizmete tabi kişi sayısı gibi çok sayıda hizmetin ayrıntılı rapor ve değerlendirmesi yapılabilir hale getirildiği ifade edilmektedir⁷¹⁴.

SDP ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli görevler yüklenen aile hekimliği modelinin daha etkin ve daha verimli bir kapasiteye

⁷¹⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, “Sağlık-Net”, <http://www.e-saglik.gov.tr/SaglikNet/SaglikNetHakkinda.aspx>, (10.09.2013).

⁷¹¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, “Aile Hekimliği Bilgi Sistemi”, <http://www.saglik.gov.tr/SBSGM/belge/1-15410/aile-hekimligi-bilgi-sistemi-ahbs.html>, (10.09.2013); T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 94.

⁷¹² T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 181.

⁷¹³ Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Uygulamasına Yönelik Ayrıntılı Bilgi İçin Bkz. Mehmet Uğurlu vd., “Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları-2”, *Ankara Medical Journal*, 2012, Cilt 12, Sayı 1, s. 5-7.

⁷¹⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 181.

sahip olabilmesi için öngörülen uygulamalardan birisi aile hekimliği bilgi sistemidir. Bu sistemin devletin ve kamu hizmetinin e-dönüşüm süreciyle ilişkili olduğu söylenilebilir. Amaçlanan hususlar doğrultusunda bu sistemin, geleneksel yönetim anlayışından ziyade yeni yönetim anlayışı ile paralel bir yörüngeye sahip olduğu ifade edilebilir.

Hastane Bilgi Sistemleri (HBS): Hastane Bilgi Sistemleri (HBS), e-Sağlık uygulaması kapsamında gerçekleştirilen bir diğer uygulamadır. Hastane bilgi sistemi, hastanenin idari ve tıbbi bilgilerinin yönetimini kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek amacıyla ortaya konulan bir bilgi sistemidir⁷¹⁵.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 2002 yılı sonunda %20'lerde seyreden bilgisayarlaşma oranı, 2006 yılı sonunda % 100'e yükseltilmiştir. Günün gelişen ve değişen teknolojik koşullarına paralel olarak hastanelerin bilgi ve iletişim teknolojilerinden azami düzeyde faydalanması sağlanarak hastane işlemlerinin işleyiş süreci hızlandırılmıştır⁷¹⁶.

Hastane Bilgi Sistemleri, sağlık hizmetlerinde e-dönüşüm sürecinin ne denli önemsendiğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Hızlı ve kaliteli bir hizmet sunumu süreci hedefli bu uygulama, yeni yönetim anlayışının hizmet sunumu ilkeleri ile doğrudan ilişkili olarak görülebilir.

Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS): Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS), yeşil kart reçetelerinin serbest eczanelerden temin edilebilmesine olanak tanıyan ve 2004 yılında kurulan bir uygulamadır. Yeşil Kart Bilgi Sistemi ile Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü (SYDGM) tarafından nüfusun en muhtaç kesimine dâhil olan ailelerin çocuklarının ve anne adaylarının temel sağlık hizmetlerine tam olarak erişimini hedef alan bir uygulama olan “Şartlı Nakit Transferi (ŞNT)’nin eşgüdümlü bir şekilde çalışması sağlanmıştır⁷¹⁷.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60’ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendine göre genel sağlık sigortası sayılan ve yeşil kart verilerek sağlık yardımından faydalandırılanlar 01.01.2012 tarihinde Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK) devredilmiştir. Dolayısıyla

⁷¹⁵ Osman Örengül, “Hastane Bilgi Sistemleri”, http://www.sabiyap.org/makaleler.php?mak_id=6, (10.09.2013).

⁷¹⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 182.

⁷¹⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 184.

11.09.2004 tarihinden 01.01.2012 tarihine kadar tüm Türkiye genelinde kullanılan Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS), 30.12.2011 tarihinde kapatılmıştır⁷¹⁸.

3.5.2.6. Evde Sağlık Bakımı Hizmetleri

SDP kapsamındaki uygulamalardan bir diğeri evde sağlık bakım hizmeti sunumunun sağlanmasıdır. Bu amaçla Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik⁷¹⁹ çıkartılarak, bu hizmet alanının kapsamı belirlenmiştir.

Evde sağlık hizmetleri uygulaması ile yatağa bağımlı hastaların yaşadıkları ev ortamlarında kaliteli, etkin, ulaşılabilir ve güvenli sağlık hizmeti alabilmesinin önü açılmıştır. Aynı zamanda bu uygulama ile hastane yataklarının gereksiz yere kullanımının önüne geçilmesi sağlanmakta ve sağlık hizmetlerine ait maliyetlerin azaltılması yönünde bir adım atılmaktadır⁷²⁰.

Evde Sağlık Hizmeti Birimleri tarafından verilen hizmetler arasında muayene ve konsültasyon hizmeti, hemşirelik hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, sağlık kurulu raporlarının oluşturulması, süresi dolan raporların yenilenmesi, sağlık kurulu raporu ile alınması gereken ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzemelerin temini ve zimmet karşılığı hastaların kullanımına tahsis edilmesi, rehabilitasyon, eğitim ve destek hizmetleri, evde sağlık hizmetleri kapsamındaki hastalara ihtiyaç duydukları ağız ve diş sağlığı hizmetleri yer almaktadır⁷²¹.

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ile hizmet sunumunun nasıl gerçekleştirileceği ayrıntılı bir şekilde ortaya konulmuştur. Buna göre evde bakım hizmetinde devamlılık ilkesinin esas olduğunun altı çizilmiş ve hastanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olması gerekliliği ortaya konulmuştur. Hastaların ihtiyaç duymaları halinde ise belirli saatlerde evde bakım hizmeti verilebileceği ifade edilmiştir⁷²².

⁷¹⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, “Yeşil Kart Bilgi Sistemi”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-14669/yesil-kart-bilgi-sistemi-ykbs-hakkinda-onemli-duyuru.html>, (10.09.2013).

⁷¹⁹ Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarih: 10.03.2005 Sayısı: 25751.

⁷²⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 161.

⁷²¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 161.

⁷²² Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005, m. 19.

Evde bakım hizmeti almak isteyen kişinin, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat edebileceği, çağrı merkezi görevlisi personelin hizmet talep eden kişi ile görüşme yaparak gerekli bilgileri vereceği belirtilmiştir. İlk görüşme sonrasında hekim veya hemşire tarafından sisteme başvuran hasta ile görüşme yapılması ve hizmet alacak kişinin durumunun ve sunulacak hizmetin niteliğinin belirlenmesi gerekmektedir. Süreç, evde bakım hizmeti talep eden kişinin hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilmesi ve kişinin bakım ihtiyaçlarının ve de ev şartlarının tespit edilmesi ile devam etmektedir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa tanısının konulması ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurulması, tedavi planı alınması ve son olarak da evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulması aşamaları takip edilmektedir⁷²³.

Hekim ve diğer sağlık personeli tarafından oluşturulan evde bakım planına göre hekim dışı sağlık personelinin görev saatleri ve uygulayacakları işlemlerin belirlenmesi ve görev dağılımının yapılması sağlanır. Sağlık kuruluşunun, evde tedavi veya bakımını yapabileceği kişi sayısı ve mevcut personel durumunu dikkate alarak uygun sayıda kişi ile bakım sözleşmesi yapabileceği de ifade edilmektedir⁷²⁴.

Sağlık hizmetlerinin kalite düzeyinin ve bu doğrultuda hastaların memnuniyetlerinin arttırılmasına yönelik uygulamalardan birisi olan evde sağlık bakımı hizmetlerinin, genel olarak yeni yönetim anlayışının etkin, verimli ve kaliteli hizmet sunumu ilkeleri ile doğrudan ilişkili olduğu söylenilebilir.

3.5.2.7.Performans Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya konulan değişikliklerden birisi, performansa dayalı ek ödeme sistemidir⁷²⁵.

⁷²³ Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005, m. 19.

⁷²⁴ Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005, m. 19.

⁷²⁵ Sağlıkta performansa dayalı ek ödeme sistemi, literatür incelendiğinde sunulan sağlık hizmetinin sonucunda elde edilen çıktının, nicel ve/veya nitel olarak ölçülmesi ve bu yolla hizmet başına ödeme yapılması yöntemi olarak tanımlanabilmektedir. HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu, “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi”, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/?SID=ContentBlogger&ID=145&PID=CalisanlaraYonelik&TID=G%C3%BCncel%20Konular%20%C2%BB%20%C3%87al%C4%B1%C5%9Fanlara%20y%C3%B6nelik>, (23.12.2013).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında performansa dayalı ek ödeme sistemiyle ilgili ilk uygulama, 2003 yılında 10 kurumda pilot olarak başlatılmıştır. 2004 yılından itibaren ise Sağlık Bakanlığına bağlı tüm birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulamaya konulmasındaki hareket noktası, sağlık personeline hizmete sağladığı katkı oranında ek ödeme yapılarak sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve verimliliği arttırmak olarak ifade edilmiştir. Bu doğrultuda hasta memnuniyetindeki artışa paralel olarak sağlık personeline performansa göre yapılan ödemelerle birlikte çalışan memnuniyetinin de artacağı öngörülmüştür⁷²⁶.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin hukuksal dayanağı, Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik⁷²⁷ ile sağlanmıştır. Kamuda tam zamanlı çalışma oranını en üst seviyeye çıkaran ve Türkiye'ye has bir model olarak nitelendirilen performansa dayalı ek ödeme, hekimler tarafından sunulan işlemlerin niceliksel ölçümüne dayandırılmıştır. Sağlık hizmeti sunan hekimlerin yaptıkları işlemlerin puanları, Girişimsel İşlemler Listesi⁷²⁸ olarak adlandırılmış ve bütün sağlık kurumları tarafından uygulanmaktadır. Hekimler tarafından gerçekleştirilen işlemler bu listede yer alan puanlara göre hesaplanmakta ve hekimlerin performansa dayalı ek ödemesi belirlenmektedir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde Devlet hastanelerindeki uygulamaya ek olarak bilimsel çalışmalar ve eğitim hizmetleri de puanlandırılması uygun görülmüştür⁷²⁹.

Genel olarak ifade edilecek olursa performansa dayalı ek ödeme sisteminin, sağlık personelinin hizmet sunumu sürecindeki kapasitesinin arttırılması yoluyla kalite ve verimlilik artışı ve dolayısıyla da hasta memnuniyetinin arttırılmasını hedeflediği

⁷²⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi", <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=290>, (23.12.2013).

⁷²⁷ Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, R.G. Tarih:12.05.2006 Sayısı: 26166.

⁷²⁸ Hekimlerin gerçekleştirdikleri işlemlerin kategorize edilmesine ve puanlandırılmasına yönelik Girişimsel İşlemler Yönergesi ve Sağlık Kurumları Girişimsel İşlem Puan Listesi yayımlanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, "Girişimsel İşlemler Listesi", http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/5_ekim_2011/0510girisimliste.pdf, (23.12.2013).

⁷²⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi", <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=290>, (23.12.2013).

görülmektedir. Bahsedilen bilgiler, geleneksel yönetim anlayışından daha ziyade yeni kamu yönetimi anlayışını simgelemektedir.

3.5.2.8. Kalite ve Akreditasyon

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana bileşenlerinden birisi, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon uygulamalarıdır. Bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen kalite ve akreditasyon çalışmaları şu şekilde özetlenebilir:

- a) 2003 yılında Türkiye’ye özgü bir uygulama olarak nitelendirilen performansa dayalı ek ödeme sisteminin geliştirilmesi,
- b) 2005 yılında sağlık hizmet sunumunda kaliteyi esas alan Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışması ile kalite boyutunun ilave edilmesi ve kalite kriterlerinin belirlenmesi,
- c) Kalite kriterlerinin, Hizmet Kalite Standartları⁷³⁰ adı altında toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan yeni bir sete dönüştürülmesi,
- d) 2007 yılında Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı’nın oluşturulması,
- e) 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak hazırlanan ve toplam 388 standart ve yaklaşık 1.450 alt bileşenden oluşan Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartlarının⁷³¹ yayımlanması,

⁷³⁰ Hastane Hizmet Kalite Standartlarının, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti ve Yönetimi, İndikatör Yönetimi olmak üzere 4 ana boyut altında kurgulandığı görülmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, “Sağlık Hizmet Kalite Standartları-Hastane Seti”, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/07_subat_2012/ek1shksw.pdf, (23.12.2013).

⁷³¹ Özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasında hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlanması ve kurumlararası deneyim paylaşımı için zemin hazırlanması amacıyla hazırlandığı ifade edilmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, “Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları”, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/ozel_hastane_hks.pdf, (23.12.2013).

f) 663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapılanma sonucunda Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nın, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı⁷³²,na dönüştürülmesi başta olmak üzere çeşitli yeniliklerin uygulamaya konulduğu söylenilebilir⁷³³.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyona yönelik uygulamalar, yeni kamu yönetimi anlayışına paralel olarak sürekli kalite gelişimi odaklı bir dönüşümün hedeflendiğini göstermektedir.

3.5.2.9.Acil Sağlık Hizmetleri ve Servisleri

Hizmet sunumu alanındaki gelişmelerden bir diğeri, acil sağlık hizmetleri ve servisleri ile ilgilidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte acil sağlık hizmetlerinin kentlere paralel olarak kırsal kesimde de yaygınlaştırılması, dünyanın en gelişmiş ülkelerinde sunulan hava ambulans hizmetinin sunulması, acil veya yoğun bakım gerektiren hastalıklar için özel hastaneler dâhil hiçbir sağlık kuruluşunda vatandaşlardan ücret talep edilmemesi, acil hasta taşıma hizmetleriyle ilgili kapasitenin artırılması, standart ambulansların ulaşamadığı durumlarda hizmet vermek üzere motosikletli acil müdahale ekiplerinin oluşturulması, Afetlerde Sağlık Organizasyonu projesi kapsamında Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri'nin (UMKE) organize edilmesi başta olmak üzere çok sayıda yenilik ve iyileştirme yapıldığı söylenilebilir⁷³⁴.

SDP kapsamında kamu ve özel sektöre ait yataklı sağlık tesisleri bünyesinde hizmet veren tüm acil servis, acil poliklinik ve üniteleri kapsayan “Yataklı Sağlık

⁷³² Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı insan sağlığını odak noktası yapma, sağlıkta hizmet kalitesinin standartlarını yükseltme, faaliyetlerinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlama, sağlığın tüm paydaşları ile birlikte hareket etme, dinamik yapısıyla yeniliklere öncülük etme ilkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kalite standartları geliştirme, kalite değerlendirme, kalite eğitimleri, uluslararası çalışmalar ve sağlık kurumlarının akreditasyonu alanlarında faaliyetlerini yürütmekle görevlendirilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, “Dairemiz Tarihçesi ve Tanıtım Sunumu”, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14>, (23.12.2013).

⁷³³ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 256-257; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, “Dairemiz Tarihçesi ve Tanıtım Sunumu”, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14>, (23.12.2013).

⁷³⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 136-138.

Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ⁷³⁵, çıkarılmıştır. Tebliğ’de, acil servislerin asgari personel ve hizmet kriterleri, fiziki ve ulaşım şartları, malzeme ve tıbbi teknolojik donanımına ait asgari standartları belirlenmiştir. Böylelikle acil servis hizmetlerinde bir yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır. Diğer taraftan acil servislerde hasta triyajı ve renk kodu sistemi uygulamaya konulmuş, 24 saat kesintisiz uzman düzeyinde hizmet verilebilmesi için acil nöbet hizmetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmıştır⁷³⁶.

Acil sağlık hizmetleri ve servislerinde SDP ile birlikte hizmet sunumunun güçlendirildiği, standartlaştırıldığı, etkinleştirildiği ve çıktı odaklı bir kapsama dönüştürüldüğü ifade edilebilir.

3.5.2.10.Özel Hastanelerin Hizmet Sunumu

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hizmet sunumu alanında atılan adımlardan bir diğeri, özel hastanelerin bütün vatandaşlara hizmet verebilecek düzeyde sağlık sistemine entegre edilmesidir. SDP ile birlikte vatandaşların sosyal güvenceleri kapsamında kamunun yanında özel sağlık kuruluşlarında da hizmet alma olanağına kavuşturulması sağlanmıştır. Kamu ve özel ayrımı olmaksızın ülkenin bütün kaynaklarının vatandaşların hizmetine sunulması, devlet hastanelerinin özel sektörle rekabet içinde hizmet sunması, sağlık hizmetlerinde kalitenin artmasında etkili olmuştur. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının kapılarını kamu sigortası kapsamındaki vatandaşlara açması, devlet hastanelerinin iş yükünün azalmasını ve kaynakların rasyonel kullanılmasına olumlu yönde etki etmiştir⁷³⁷.

Böylece sağlık hizmetlerinde büyük ölçüde kamuda olan yük, kısmen özel sağlık kuruluşları ile paylaşılarak sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmıştır. Aynı zamanda, özel sağlık sektöründe kayıtlı çalışma artmış ve bunun sonucunda kamuya ayrılan paylarda artış yaşanmıştır. Diğer taraftan sektör daha dikkatli denetlenmeye başlanmış, özel sağlık sektörü bu uygulamayla yeni ivme kazanmış, yeni yatırımlar gerçekleşmiş, vatandaşın korunması amacıyla, özel hastanelerin alabileceği ilave ücretlere de

⁷³⁵ Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ, R.G. Tarih: 16 Ekim 2009 Sayısı: 27378.

⁷³⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 158; Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009, m. 5-10.

⁷³⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 150; Osman Güzelgöz, “Sağlık Reformu ve Seçimler”, <http://www.sdplatform.com/Dergi/472/Saglik-reformu-ve-secimler.aspx>, (02.09.2013).

kısıtlamalar getirilmiş, acil ve yoğun bakım tedavileri, kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz verilmeye başlanmış, özel hastanelerde yanık, kanser, yeni doğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi işlemlerinden ilave ücret alınmaması sağlanmıştır⁷³⁸.

Sağlık sektöründe özel hastanelerin hizmet ağının genişlemesi, bir taraftan kamu hastanelerinin yüklerini azaltırken diğer taraftan sağlık hizmetlerine ulaşımı arttırmaktadır. Böylece sağlık hizmetlerinin sunumunda etkililik, verimlilik ve kalite artışı gibi hedefler gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır.

3.5.3.Finansman Alanındaki Değişiklikler

SDP ile birlikte sosyal güvenlik sisteminin dönüşümü ve genel sağlık sigortasının oluşturulması başta olmak üzere önemli yapısal ve işlevsel değişikliklerin gerçekleştirildiği söylenilebilir.

3.5.3.1.Sosyal Güvenlik Sistemi ve Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sosyal güvenlik alanında önemli bir dönüşüm yaşanmaktadır. Bu alandaki yapılanma ile ilgili en önemli adım hiç kuşkusuz Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı (SGK)'nın oluşturulmasıdır.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu⁷³⁹ ile kamu tüzel kişiliğini haiz, idarî ve malî açıdan özerk, bu Kanunda hüküm bulunmayan durumlarda ise özel hukuk hükümlerine tâbi olarak kurulmuştur⁷⁴⁰. Daha önceden ayrı bir şekilde örgütlenen ve faaliyet gösteren Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü'nü tek çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu ile sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması hedeflenmiştir⁷⁴¹.

⁷³⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 150; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008a, s. 75-76.

⁷³⁹ 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, R.G. Tarihi: 20.05.2006 Sayısı:26173.

⁷⁴⁰ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, *2011 Yılı Faaliyet Raporu*, Ankara, 2011, s. 4.

⁷⁴¹ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, "Kurumsal", <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce>, (10.04.2013).

Sosyal Güvenlik Kurumu sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmeyi amaçlamaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu, ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarının uygulanması, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması, hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişilerin hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirilmesi, bu kişilerin haklarının kullanmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirmesinin kolaylaştırılması, sosyal güvenliğe ilişkin konularda uluslararası gelişmelerin izlenmesi, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapılması, yabancı ülkelerle yapılacak sosyal güvenlik sözleşmelerine ilişkin gerekli çalışmaların yürütülmesi, usulüne göre yürürlüğe konulmuş uluslararası antlaşmaların uygulanması, sosyal güvenlik alanında, kamu idareleri arasında koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması başta olmak üzere birçok önemli göreve sahiptir⁷⁴².

Sosyal Güvenlik Kurumu, Genel Kurul, Yönetim Kurulu, Başkan, Başkan Yardımcıları ve Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu organlarından oluşmakta olup, merkez ve taşra teşkilatları kapsamında ülke genelinde örgütlenmiştir. Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü, Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı Merkez teşkilatındaki Ana Hizmet Birimleri olarak sayılmıştır. Danışma Birimleri Strateji Geliştirme Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği, İç Denetim Birimi Başkanlığı olarak belirlenirken, Yardımcı Hizmet Birimleri ise İnsan Kaynakları Daire Başkanlığı, Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı, İnşaat ve Emlak Daire Başkanlığı şeklinde oluşturulmuştur. Ayrıca taşra teşkilatı ise Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri ile Sosyal Güvenlik Merkezleri şeklinde örgütlenmiştir⁷⁴³.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun oluşturulması sonrasında sosyal güvenlik reformu kapsamında gerçekleştirilen bir diğer uygulama Genel Sağlık Sigortası'dır. 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu⁷⁴⁴ kabul edilmiş, 01.01.2007 tarihinde de yürürlüğe girmesi öngörülmüş, ancak 5510 sayılı

⁷⁴² T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 2011, s. 4.

⁷⁴³ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 2011, s. 7.

⁷⁴⁴ 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kabul Tarihi: 31.05.2006, R.G. Tarih: 16/6/2006 Sayısı: 26200.

Kanununun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesince iptal edilmesi, kanuna ek ve değişiklik getiren mevzuatın çıkarılması gibi nedenlerle yürürlük tarihi önce 01.07.2007 tarihine, sonra da 01.01.2008 tarihine ertelenmiş ve sonuç olarak 5510 sayılı Kanun 01.10.2008 tarihinde tüm hükümleri ile yürürlüğe girmiştir⁷⁴⁵.

5510 sayılı Kanunla Genel Sağlık Sigortası çerçevesinde tüm vatandaşların sağlık güvencesi kapsamına alınması, kapsama alınan kişilerin aynı sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlandırılması ve farklı uygulamalara son verilmesi, çağdaş sağlık anlayışı benimsenerek kişilerin hasta olduktan sonraki tedavilerine ait bedellerin ödenmesinin yanında hasta olmalarını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsama alınması, ilk defa 18 yaş altı çocukların, anne veya babalarının genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmesine ve 30 günlük genel sağlık sigortası primi ödenmiş olmasına bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlandırılması, Sağlık Bakanlığı'nca sağlık hizmeti olarak kabul edilmeyen hizmetler ile estetik amaçlı hizmetler dışındaki tüm sağlık hizmetlerinin sağlık teminat paketi içinde yer alması, ülkedeki sağlık hizmetleri bedellerinin Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinin de yer aldığı komisyon aracılığı ile belirlenmesi ve farklı fiyat uygulamalarına son verilmesi gibi hususlar ortaya konulmuştur⁷⁴⁶.

Genel sağlık sigortası düzenlemeleri, ülke sınırları içerisindeki tüm vatandaşların sağlık güvencesine sahip olmasını sağlamaktadır. Getirilen düzenleme ile halen sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilere ek olarak;

- İsteğe bağlı sigortalılar,
- 18 yaşına kadar çocuklar (anne ya da babaları tescil edilmese veya prim ödeme ve diğer yükümlülüklerini yerine getirmemeleri durumunda bile sağlık yardımlarından yararlanması),
- Vatansızlar ve sığınmacılar,
- Türkiye'de ikamet eden ve kendi ülkesinde sigortalı olmayan yabancı ülke vatandaşları GSS kapsamına alınmıştır⁷⁴⁷.

⁷⁴⁵ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, "Kurumsal", <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce>, (10.04.2013).

⁷⁴⁶ T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, "Sosyal Güvenlik Reformu", <http://www.akparti.org.tr/tbmm/tbmmgrup/sosyal%20g%C3%BCvenlik%20reformu.pdf>, (23.10.2012), Ankara, 2008, s. 26-27.

⁷⁴⁷ T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008, s. 27.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında vatandaşların sağlık sigortalarıyla özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet alabilmesi, sigortalı olsun veya olmasın herkesin salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımlarından ücretsiz bir şekilde yararlanabilmesi, yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurt dışında tedavi olabilme imkânı getirilmiştir⁷⁴⁸.

Genel Sağlık Sigortası, bireylerin ödeyecekleri prim esasına dayanmakla birlikte aile içinde kişi başı geliri asgari ücretin üçte birinden az olması nedeniyle genel sağlık sigortası primini ödeme gücü bulunmayan vatandaşların primlerinin devlet tarafından karşılanmasını öngörmüştür. Mevcut uygulamada yeşil kart verilmesindeki gelir sınırında net asgari ücret baz alınırken, yeni düzenlemede brüt asgari ücret esas alınmıştır. Aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri;

- brüt asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında olanlar, brüt asgari ücretin üçte birinin % 12'si,
- brüt asgari ücret ile brüt asgari ücretin iki katı arasında olanlar, brüt asgari ücretin %12'si,
- brüt asgari ücretin iki katından fazla olanlar, brüt asgari ücretin iki katının %12'si tutarında prim ödemesi yapmakla mükellef kılınmıştır⁷⁴⁹.

Bir başka farklılık Genel Sağlık Sigortasından yararlanma noktasında prim ödeme günü ile ilgilidir. Buna göre sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için SDP öncesi uygulamada SSK'da 90 gün, Bağ-Kur'da 240 gün hastalık sigortası primi ödeme şartı uygulanırken, 5510 sayılı Kanun ile bu şart 30 gün olarak belirlenmiştir⁷⁵⁰.

Genel Sağlık Sigortası kapsamında bir diğer önemli konu, katılım payı uygulamasıdır. Katılım payı, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar olarak tanımlanmaktadır. Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı uygulamasına ilişkin usul ve esaslar Sağlık Uygulama Tebliği⁷⁵¹,nde düzenlenmiştir. Buna göre katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri arasında;

⁷⁴⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 63.

⁷⁴⁹ T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008, s. 28.

⁷⁵⁰ T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008, s. 28.

⁷⁵¹ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, R.G. Tarih: 24.03.2013 Sayısı: 28597.

- Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş ve yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı,

- Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,
- Vücut dışı protez ve ortezler,
- Yardımcı üreme yöntemi tedavileri yer almaktadır.

Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı uygulaması kapsamında;

- birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmayacağına,

- ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında beş Türk Lirası olarak öngörülen katılım payının; kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için eczanelerce kişilerden tahsil edilmesine,

- özel sağlık kurumlarında on iki Türk Lirası tutarlarında öngörülen katılım payı; kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden, diğer kişiler için yeşil alan muayenesi sonucunda oluşan katılım payı eczanelerce kişilerden tahsil edilmesine,

- sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonucunda oluşan ve eczanelerce kişilerden tahsil edileceği belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payları kişilerin reçete ile ilk eczaneye müracaatında kişilerden tahsil edilmesine,

- ayrıca birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı branşta farklı sağlık hizmet sunucusuna yapılan başvurularda bu maddede belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarlarının Beş Türk Lirası artırılarak tahsil edilmesi kararlaştırılmış; artırılan 5 TL'lik tutarın; Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için ise eczanelerce kişilerden tahsil edilmesine,

- diğer taraftan Sağlık Uygulama Tebliği'nin 3.1.3.A (Yurtdışı sigortalı müracaatları) belirtilen durumlarda muayene katılım payı tahsil edilmesi gerekenler

için; resmi ve özel sağlık kurumlarındaki muayenelerine ilişkin katılım payının sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden tahsil edilmesine yönelik kararlar kamuoyu ile paylaşılmıştır⁷⁵².

Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler ise şu şekilde sıralanmaktadır:⁷⁵³

- İş kazası ile meslek hastalığı halleri,
- Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri,
- Afet hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri,
- Aile hekimi muayeneleri,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Kronik hastalıklar ile hayati önemi haiz protez ve ortezler,
- Kontrol muayeneleri,
- Organ, doku ve kök hücre naklinde, katılım payı alınmayacaktır.

• Ayrıca, vazife malullüğü aylığı alanlar, İstiklal Madalyası verilmiş bulunanlar ve şeref aylığı alanlar ile bunların eşleri, vatani hizmet tertibinden aylık alanlar, nakdi tazminat aylığı alanlar, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler ve harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan da katılım payı alınmayacağı kararlaştırılmıştır.

5510 sayılı Kanunun 68'inci maddesinin ikinci fıkrasında yer alan hüküm, Kanun'un birinci fıkrasında belirtilen sağlık işlemleri katılım payı alınmasının gerekçesi niteliğinde görülmektedir. Bu doğrultuda katılım payı uygulamasının, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını azaltmak ve gerçek hizmet talebinde bulunanlara daha iyi hizmet verebilmek için oluşturulduğunun altı çizilmektedir⁷⁵⁴.

⁷⁵² T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, "Muayene Katılım Payı", http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/genel_saglik_sigortasi/saglik_hizmetleri/muayene_katilim_payi/, (10.04.2013).

⁷⁵³ T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008, s. 30; T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, "Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler", http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/genel_saglik_sigortasi/saglik_hizmetleri/katilim_payi_alinmayacak_haller_saglik_hizmetleri_ve_kisiler, (10.04.2013).

⁷⁵⁴ Yafes Çakır, "Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması ve Bu Uygulamanın Sosyal Devlet İlkesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı Bakımından İncelenmesi", *Sayıştay Dergisi*, 2011, Sayı 80, s. 91.

Sosyal güvenlik alanında gerçekleştirilen diğer uygulamalar şu şekilde özetlenebilir:⁷⁵⁵

- SSK'lı ve Bağ-Kur'luların sağlık hizmeti alabilmesi için prim ödeme süresi 30 güne indirilmiştir.
- 5222 Sayılı Kanun Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun⁷⁵⁶ ve 5489 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu⁷⁵⁷ ile; Yeşil Kartlı vatandaşların, tıpkı diğer sigortalılar gibi, kamu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi; ilaçlarını istedikleri eczaneden alabilmeleri; ayaktan tedavilerinde muayene, tetkik-tahlil, ilaç, diş çekimi ve protezi, gözlük ve acil tedavi giderlerinin ödeme kapsamına alınması; diş kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanmaları; müstahak olduğu halde, yeşil kart almadan hastalanan vatandaşların geçmişe dönük sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması kararlaştırılmıştır.
- 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile tüm vatandaşların birinci basamak sağlık hizmetlerini ücretsiz alabilmeleri sağlanmıştır.

Sosyal güvenlik sistemindeki dönüşüm, sağlık hizmetlerinde özellikle finansman alanında Genel Sağlık Sigortası uygulamasını beraberinde getirmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programının temel bileşenlerinden birisi olan Genel Sağlık Sigortası, ülke içerisindeki bütün vatandaşların ödeme gücüne göre sigortalı olmasını sağlamaya çalışmakta ve sağlık hizmetlerinin finansmanı noktasındaki sorunları gidermeye çaba göstermektedir.

SDP öncesi sağlık hizmetleri alanında hem sunum hem de finansmanda parçalanmış, kaynaklarını verimlilik ve etkililik ilkelerine göre kullanmayan, nüfusun farklı grupları arasında hakkaniyetli olmayan bir sistemin varlığından bahsedilmektedir. SDP sonrasında sosyal güvenlik alanında hizmet kapsamının ve teminat paketinin tüm

⁷⁵⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 63-64.

⁷⁵⁶ 5222 Sayılı Kanun Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, R.G. Tarihi: 21.07.2004 Sayısı: 25529.

⁷⁵⁷ 5489 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 19.04.2006 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edilmiş ancak Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından yeniden görüşülmek üzere 10.05.2006 günü Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne geri gönderilmiştir. Ali Tezel, "Sosyal Güvenlik Reformu Veto mu Yiyecek?", <http://www.alitezel.com/index.php?sid=yazi&id=1933>, (10.09.2013).

nüfus için eşitlendiği, sağlık hizmetlerine erişimin özellikle daha önceki dezavantajlı gruplar için geliştirildiği bir sisteme geçildiği ifade edilmektedir⁷⁵⁸.

Bir başka bakış açısına göre Genel Sağlık Sigortası sistemi ile bir yandan herkes tek çatı altında toplanarak nimet ve külfetlerde bütün nüfusun standart bir biçimde sağlık güvencesi kapsamına alınması amaçlanırken ve bu doğrultuda çalışmalar yapılırken, diğer taraftan bu sağlık güvencesinin kapsamının derinliğini sığlaştıran kullanıcı katkıları gibi mekanizmaların artan ve yaygın bir şekilde kullanılmakta olduğu görülmektedir. Bu durumun hakkaniyetsizliğe ve sosyal devlet anlayışının aşınmasına yönelik bir paradigma olduğu ileri sürülmektedir⁷⁵⁹.

Bir başka değerlendirmeye göre ise, GSS uygulamasının önceki parçalı sosyal güvenlik sistemindeki sağlık hizmetlerinin iş statüsündeki farklılıklara göre değiştiği sistemle mukayese edildiğinde önceki sistemden daha eşitlikçi olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte GSS uygulaması, ikili bir yapıya işaret etmektedir. Buna göre temel tanı ve tedavi hizmetleri temel teminat paketi ile karşılanırken, bu pakete dahil olmayan sağlık hizmetlerinin, yüksek tedavi masrafları gerektiren kronik ve ölümcül hastalıkların giderleri ise kişisel ek ödeme ya da özel sağlık sigortası ile karşılanması söz konusudur⁷⁶⁰. Bu durum, sosyal refah devleti anlayışından daha çok küçülmeyi ve harcamaları azaltmayı hedefleyen neoliberal devlet anlayışına paralellik arz etmektedir.

3.5.3.2.Sağlık Harcamaları ve Global Bütçe Uygulaması

Sağlık harcamaları, sağlık sektöründe üzerinde en fazla tartışılan konulardan birisidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, başlangıçta sağlık hizmetlerinin sunumu, organizasyonu ve finansmanında etkinlik, verimlilik ve hakkaniyet ilkelerini öne çıkaran bir dönüşüm sürecini hedeflemiş, sağlık sektöründeki kaynakların rasyonel kullanımını ve sağlık harcamalarının azaltılmasını arzu etmiştir.

⁷⁵⁸ Tatar, 2011, s. 127.

⁷⁵⁹ Hasan Hüseyin Yıldırım - Türkan Yıldırım - Ramazan Erdem, “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 44, Sayı 2, Haziran 2011, s. 94.

⁷⁶⁰ Filiz Kartal, “Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de Sağlık Politikalarında Dönüşüm”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 42, Sayı 2, 2009, s. 38.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik alınacak tedbirler arasında sağlık hizmetlerinde kalite maliyet etkinliğinin sağlanması amacıyla sağlık harcamalarının sistematik olarak izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli stratejilerin geliştirilmesini sağlamaya yönelik olarak Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu kurulmuştur⁷⁶¹.

Tablo 11.Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları

Yıl	Sağlık Harcamaları ⁷⁶²	
	Kamu	Özel
2003	17.462	6.817
2004	21.389	8.632
2005	23.987	11.372
2006	30.116	13.953
2007	34.530	16.374
2008	42.159	15.580
2009	46.890	11.021
2010	48.482	13.196
2011	54.580	14.028
2012	58.640	17.718

Kaynak: TÜİK, “Sağlık Harcamaları”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, (25.12.2013)

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık harcamalarını yansıtan istatistiksel veriler incelendiğinde⁷⁶³ 2001 yılından başlayarak düzenli bir artış eğilimi yakalayan kamu sağlık harcamalarının ilk kez 2005 yılında bir düşüş eğilimi gösterdiği, ilerleyen yıllarda ise düzenli bir şekilde arttığı görülmüştür. Bu duruma paralel olarak sağlık harcamalarının milli gelirdeki payı 2009 yılında⁷⁶⁴ yüzde 4,4 olarak gerçekleşmiştir. 2012 yılının verileri incelendiğinde, Türk sağlık sektöründe kamu sağlık harcamaları yönünden ılımlı sayılabilecek bir performansın gerçekleştiği söylenilebilir. 2012 yılı ortalama artış oranı 2005 ve 2010 yıllarına göre daha yüksek

⁷⁶¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 268.

⁷⁶² Tablodaki rakamlar 000.000 TL üzerinden hesaplanmıştır.

⁷⁶³ SDP ile birlikte 2012 yılı verileri incelendiğinde ise kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %4,14, özel sağlık harcamalarının ise %1.25 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamaları ile ilgili bir başka veri, yıllara göre kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının nominal olarak hesaplanmasıdır. Buna göre 2002 yılında kamu sağlık harcamasının kişi başı nominal değeri 201 TL ve özel sağlık harcaması 83 TL iken, 2012 yılına gelindiğinde kamu sağlık harcaması 783 TL ve özel sağlık harcaması ise 237 TL olarak hesaplanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2013, s. 156-157.

⁷⁶⁴ Ancak 2009 dönemi bir yönüyle geçmiş ve sonraki yıllardan ayrılmaktadır. 2009 yılı, ekonomimizin de negatif büyümeyle kapandığı, aynı zamanda sosyal güvenlik dengesinin de en fazla açık verdiği bir yıl olmuştur. Murat Uğurlu, “Kamu Sağlık Harcamalarında 2012 Yılı Değerlendirmesi ve 2013'den Beklentiler”, <http://www.medimagazin.com.tr/authors/murat-ugurlu/tr-kamu-saglik-harcamalarinda-2012-yili-degerlendirmesi-ve-2013den-beklentiler-72-109-3357.html>, (23.12.2013).

gibi gözlemlense de, son 10 yıllık genel artış ortalamasının oldukça altında bir yıl geride bırakıldığı ifade edilebilir⁷⁶⁵ (Bkz. Tablo 11 ve Tablo 12).

Tablo 12.Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Nominal, TL

Yıl	Sağlık Harcamaları ⁷⁶⁶	
	Kamu	Özel
2003	261	102
2004	316	127
2005	350	166
2006	434	201
2007	491	233
2008	593	219
2009	651	153
2010	664	181
2011	738	190
2012	783	237

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*, s. 157.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan sağlık hizmetleri harcamalarının kontrol altına alınabilmesi hedefiyle 2006 yılında Global Bütçe Modeli geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur. Global Bütçe uygulaması, ileriye dönük olarak genellikle bir mali yıl için sunulacak hizmetler karşılığı tahsil edilecek tutarı, diğer bir bakış açısı ile de harcama sınırını ve hedefini anlatan bir kapsama sahiptir⁷⁶⁷. Global bütçe ile ilgili literatür incelendiğinde bu modelin olumlu getirileri arasında maliyetlerin önlenmesi, fon sağlamada belirlilik, daha kolay (daha ucuz) yönetim, hizmetlerin daha iyi koordinasyonu ve planlanması, gereksiz hizmet sunumunun önüne geçilmesi gibi hususların altı çizilmektedir⁷⁶⁸.

Global bütçe sisteminde verilen hizmetin kalitesinin kamu tarafından etkili bir şekilde kontrol edilmesi gerekmektedir. Bütçe rakamının belirlenmesi ve bütçe aşımı durumunda harcamaların ne ölçüde ve hangi taraflarca karşılanacağını belirlenmesi global bütçe uygulamasının belki de en kolay aşamaları olarak ifade edilebilir. Global bütçe modelinde sağlık hizmetlerinin kullanımı ve maliyetlerine ilişkin çok ciddi veri ihtiyacı ve sistemin sürekli kontrolüne ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık hizmetini sunan

⁷⁶⁵ Murat Uğurlu, “Kamu Sağlık Harcamalarında 2012 Yılı Değerlendirmesi ve 2013'den Beklentiler”, <http://www.medimagazin.com.tr/authors/murat-ugurlu/tr-kamu-saglik-harcamalarinda-2012-yili-degerlendirmesi-ve-2013den-beklentiler-72-109-3357.html>, (23.12.2013).

⁷⁶⁶ Tablodaki rakamlar 000.000 TL üzerinden hesaplanmıştır.

⁷⁶⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 269-270.

⁷⁶⁸ Ç. Erkan Akyürek, “Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Yıl 2012, Sayı 2, s. 137.

personelin niteliği, yeterliliği, kullanılan tıbbi cihaz ve malzemelerin özellikleri, hastaya yapılan işlemlerin kalitesi gibi hususların Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere kamu otoriteleri tarafından kontrol edilmemesi durumunda global bütçe uygulamasının topluma maliyetinin başlangıçta öngörüldüğünden daha yüksek olabileceği ileri sürülmektedir⁷⁶⁹.

Genel olarak ifade edilecek olursa Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık harcamalarının sağlık hizmetlerinin kullanımındaki artışa paralel olarak arttığı söylenmektedir. 2008-2012 yılları arasındaki sağlık harcamaları analiz edildiğinde, harcamaların artışındaki kaynakların değişim eğiliminde olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Tedavi harcamalarında gerçekleşen artışın, son üç yılda dikkat çekici şekilde ilaç harcamalarındaki artışın önüne geçmesine ek olarak, hastanelere başvurularda ve maliyetlerde sağlık hizmet sunucularının eğilimlerinde değişimler gerçekleştiği gözlemlenmektedir⁷⁷⁰.

Sağlık harcamalarındaki artışın, sağlık hizmetlerine erişim oranının artışı ile doğru orantılı olduğu ifade edilebilir. Bu süreçte sağlık harcamalarının kişi başı Gayri Safi Yurt İçi Hasıladaki artışlara paralel bir şekilde gerçekleştiği ve sağlık harcamalarının sürdürülebilir olduğu tespit edilmiştir. Sağlık harcamaları içinde kamunun payının ciddi oranlarda arttığı, aynı dönemde cepten yapılan harcamaların payının gerilediği görülmüştür⁷⁷¹.

3.5.4. İnsan Kaynakları Alanındaki Değişiklikler

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık sektöründe insan kaynakları durum tespit çalışmaları yapılmış ve çözüm planlaması uygulamaya konulmuştur. Sağlık insan gücü ile ilgili tespitlerden birisi, *sağlık çalışanlarının sayısının yetersizliğidir*. Hekim, Pratisyen Hekim, Uzman Hekim, Diş Hekimi, Hemşire, Ebe ve Eczacı sayıları incelendiğinde, Türkiye'nin hem Avrupa Birliği hem de diğer gelişmiş ülkelerin altında olduğu görülmektedir. Türkiye'de hekim ve hemşire sayısı başta olmak

⁷⁶⁹ Farmaskop, "Global bütçe uygulamasına bakış", <http://www.farmaskop.com.tr/yazar/mehtap-tatar/global-butce-uygulamasina-bakis/>, (25.12.2013).

⁷⁷⁰ Selin Arslanhan Memiş, "Son Dönemdeki Sağlık Harcamalarının Analizi", Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı Değerlendirme Notu, http://www.tepav.org.tr/upload/files/1354282721-9.Son_Donemdeki_Saglik_Harcamalarinin_Analizi.pdf, (25.12.2013).

⁷⁷¹ Sülkü, *a.g.e.*, s. 97.

üzere sağlık insan kaynaklarında eğitim kalitesinden taviz vermeden sayının artırılması gerektiği belirtilmektedir⁷⁷². Bu alandaki mevcut durumun iyileştirilmesi amacıyla Tam Gün Kanunu⁷⁷³ kapsamında Sağlık Bakanlığı ile Üniversite hastanelerinin ortak kullanımına yönelik bir yönetmelik⁷⁷⁴ çıkarılmış, üniversite hastanelerinin altyapı ve donanımın kullanılması hedeflenmiştir⁷⁷⁵. Aynı zamanda SDP kapsamında kamuda ve özelde sağlık insan kaynağı istihdamında da artış gerçekleştirilmiştir (Bkz. Tablo 13).

Tablo 13.Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler 2012

	2002	2009	2011	2012
Uzman Hekim	45.457	60.655	66.064	70.103
Pratisyen Hekim	30.900	35.911	39.712	38.877
Asistan Hekim	15.592	22.075	20.253	20.792
Toplam Hekim	91.949	118.641	126.029	129.772
Diş Hekimi	16.371	20.589	21.099	21.404
Eczacı	22.289	25.201	26.086	26.571
Hemşire	72.393	105.176	124.982	134.906
Ebe	41.479	49.357	51.905	53.466
Diğer Sağlık Personeli	50.106	93.550	110.862	122.663
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	197.386	209.126	209.736
Toplam Personel Sayısı	378.551	609.900	670.092	698.518

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*, s. 129.

⁷⁷² T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 189.

⁷⁷³ Kamuoyunda Tam Gün Kanunu olarak ifade edilen 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 30.01.2010 tarihli ve 27478 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmi Gazete Tarih: 30.01.2010 Sayı: 27478. Ancak bu Kanunla ilgili olarak Anayasa Mahkemesine açılan iptal davası sonucunda çok sayıda maddenin yürürlüğü durdurulmuş ve bu durum kısmi iptal olarak değerlendirilmiştir. 2010/21 (Yürürlüğü Durdurma) Karar Sayılı Anayasa Mahkemesi Kararı, Resmi Gazete Tarih: 22.07.2010 Sayı: 27649. Tam Gün Kanunu ile ilgili son düzenleme, 6514 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un 18.01.2014 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanması ile gerçekleştirilmiştir. Bu düzenleme ile *aile hekimlerinin mesai saatleri dışında ayda asgari 8 saat kamu hastanelerinde nöbet tutması, askerî hastanelerde dışarıdan sözleşmeli profesör ve doçent çalıştırılabilmesi, yoğun bakım, acil servis ve 112’de çalışan sağlık personeline %50 oranında daha fazla döner sermaye ödemesi yapılabilmesi, üniversitelerdeki profesör ve doçent öğretim üyelerinin yönetimin izniyle vakıf veya özel hastanelerde çalışabilmesi, üniversitedeki öğretim üyelerinin mesai saatleri dışında tedavileri için vatandaşın fark ücreti alabilmesi, Kamu Hastaneleri Birlikleri’nde sözleşmeli statüde istihdam edilenlerin sözleşmelerinin kimler tarafından yapılacağını yeniden belirlenerek Sağlık Bakanı’na genel sekreter, başkan ve hastane yöneticisinin sözleşmelerinin yapılması yetkisinin verilmesi, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun ihtiyacı halinde, denetim hizmetlerini yürütmek üzere merkeze bağlı grupların oluşturulabilmesi* başta olmak üzere çok sayıda önemli değişiklik hedeflendiği gözlemlenmektedir. 6514 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmi Gazete Tarih: 18.01.2014 Sayısı: 28886.

⁷⁷⁴ Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri Ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı Ve İşbirliği Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarih: 18.02.2011 Sayısı: 27850.

⁷⁷⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 195-196.

Tablo 14.Sağlık Personelinin Sektörlere ve Ünvanlara Göre Dağılımı, 2012

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
Uzman Hekim	34.069	13.544	21.252	1.238	70.103
Pratisyen Hekim	32.457	215	6.184	21	38.877
Asistan Hekim	7.137	13.238	0	417	20.792
Toplam Hekim	73.663	26.997	27.436	1.676	129.772
Diş Hekimi	7.291	1.012	12.913	188	21.404
Eczacı	1.920	271	24.298	82	26.571
Hemşire	92.118	20.287	19.792	2.709	134.906
Ebe	48.409	764	4.224	69	53.466
Diğer Sağlık Personeli	83.542	10.382	28.143	596	122.663
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	181.824	9.017	18.895	-	209.736
Toplam Personel Sayısı	488.767	68.730	135.701	5.320	698.518

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*, s. 129.

Tablo 14'teki veriler incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık personeli sayısı açısından sektörün yaklaşık olarak %70'ini bünyesinde istihdam ettiğini, özel sektörün sağlık personeli sayısının ise sektörde yaklaşık %20'ye denk geldiği görülmektedir (Bkz. Tablo 14).

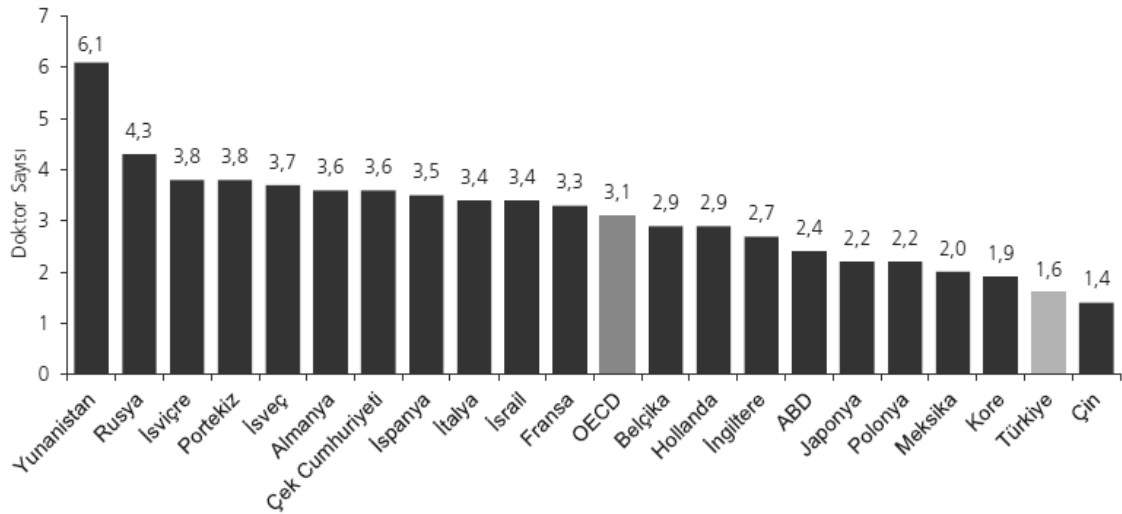
Tablo 15.Sağlık Bakanlığı Sağlık Personeli Sayısının Yıllara Göre Dağılımı

	2002	2009	2011	2012
Uzman Hekim	22.187	27.537	32.623	34.069
Pratisyen Hekim	29.030	30.417	33.523	32.457
Asistan Hekim	6.189	9.031	7.236	7.137
Toplam Hekim	57.406	66.985	73.382	73.663
Diş Hekimi	3.211	5.795	7.225	7.291
Eczacı	1.596	1.535	1.891	1.920
Hemşire	54.360	72.142	89.314	92.118
Ebe	39.473	44.468	46.944	48.409
Diğer Sağlık Personeli	33.276	66.192	82.201	83.542
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	67.496	169.437	181.295	181.824
Toplam Personel Sayısı	256.818	426.554	482.252	488.767

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*, s. 130.

Tablo 15'teki veriler, Sağlık Bakanlığı sağlık personeli sayısının yıllara göre dağılımını göstermektedir. Özellikle 2002 yılındaki veriler ile 2012 yılının verileri karşılaştırıldığında, Sağlık Bakanlığı toplam hekim sayısının yaklaşık olarak %30 oranında arttığı, diş hekimi sayısının iki katına yaklaşan oranda bir artış gösterdiği ve hemşire sayısında ise %90'ın üzerinde bir artış olduğu söylenilebilir.

Şekil 15. OECD Ülkelerine Göre 1000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı



Kaynak: OECD, “Health at a Glance 2011”, <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf> (27.12.2013), s. 63; YASED, “Türkiye Sağlık Sektörü Raporu”, http://www.ahd.org.tr/Upload/Document/document_YASED_Saglik_Sektoru_Raporu_2013_02_18_15_02_07.pdf (26.12.2013), s. 24.

Sağlık personeli ile ilgili bir başka veri, OECD ülkelerine göre 1000 kişiye düşen doktor sayısıdır. Bu açıdan Türkiye’nin OECD ortalamasının çok altında olduğu ve incelenen ülkeler içerisinde son sıralarda yer aldığı görülmektedir (Bkz. Şekil 15).

Sağlık insan gücü kapasitesinin artırılması ile ilgili adımlardan birisi, sağlık personeli sayısı yetersiz olan sağlık tesisleri ve bölgelerinde, *yeni istihdam modelleri* ile personel istihdam edilmesidir. Bu doğrultuda 2004 yılında 4924 sayılı Kanun⁷⁷⁶ çıkarılmış ve bu düzenleme ile sadece Sağlık Bakanlığı’na özgü yeni bir sözleşmeli istihdam modeli geliştirilmiştir. Bu istihdam modeli, gönüllülük esasına dayanmakta ve personelin kendi rızası ile bu Kanuna tabi olarak çalışması durumunda mali haklarının eşdeğer görevdeki personele göre daha yüksek düzeyde olduğu bir kapsama sahiptir. Aynı zamanda 4924 sayılı Kanun ile 10 yıllık sözleşmelilik süresinin sonunda sağlık personeline sürekli sözleşmeli olma hakkının verildiği görülmektedir⁷⁷⁷.

Sağlık insan gücü kapasitesinin artırılmasında kullanılan yöntemlerden bir diğeri, SDP öncesi dönemde çok kısıtlı bir düzeyde kullanılan 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 4/b maddesine göre sözleşmeli statüde personel çalıştırılması

⁷⁷⁶ 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Resmi Gazete Tarih: 24.7.2003 Sayısı: 25178.

⁷⁷⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 204.

modelidir. Bakanlar Kurulu tarafından yayınlanan bir yönetmelik⁷⁷⁸ çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından özellikle personel sıkıntısı çekilen bölge ve tesislerde istihdamı sağlamak için 657 sayılı Kanun çerçevesinde sözleşmeli personel istihdamına gidilmiştir. Mahrumiyet bölgeleri olarak nitelendirilen beş ve altıncı hizmet bölgelerinde olmak üzere 4/b maddesine göre sözleşmeli statüde 84.838 ve 4924 sayılı Kanuna göre sözleşmeli statüde 19.755 sağlık personeli Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Bakanlık bünyesinde göreve başlatılmıştır⁷⁷⁹.

Sağlık sektöründeki insan gücü kapasitesi ile ilgili bir başka önemli husus, SDP ile birlikte personel atamalarında şeffaflık ilkesinin uygulanmasıdır. SDP öncesi mecburi hizmet uygulamalarının eksik ve hatalı yönleri incelenmiş ve mahrumiyet bölgelerine göre farklı süreler ve daha yüksek ücretler sağlayan daha kabul edilebilir ve sürdürülebilir bir düzenleme yapılmıştır. Özellikle sağlık personeli atamalarında kayırmacılığı tamamen ortadan kaldırma amacıyla, Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanabilmesi için Atama ve Nakil Yönetmeliği⁷⁸⁰ hazırlanmıştır. Atama ve Nakil Yönetmeliği ile uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı unvanlı personelin bilgisayarda kurayla, diğer sağlık personelinin ise genel hükümlere göre merkezi sınavla atanacağı esası getirilmiştir⁷⁸¹.

Sağlık personeli ile ilgili SDP kapsamında gerçekleştirilen uygulamalardan bir diğeri, sağlık personeli eğitimleridir. Her düzeydeki sağlık personeline, mevcut yöneticilere ve yönetici adaylarına yönelik bölgesel eğitim toplantıları düzenlenmiştir. Ayrıca sektördeki kaynakların etkili, verimli ve işbirliği içinde kullanılabilmesi amacıyla internet üzerinden Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi (USES)⁷⁸² kullanılarak sağlık yönetimi eğitimleri yürütülmektedir⁷⁸³.

Sağlık personelinin eğitimi konusundaki diğer gelişmeler arasında, belirli aralıklarla düzenlenen Sağlık Yönetimi ve İşletmeciliği Uzaktan Eğitim Sertifika Programı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan aile hekimleri ile aile sağlığı hizmetleri personeline verilen uyumlulaştırma eğitimleri, hizmet içi eğitim faaliyetlerine

⁷⁷⁸ Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği, R.G. Tarihi:02.09.2003 Sayısı: 25217.

⁷⁷⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 205.

⁷⁸⁰ Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 26.03.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28599.

⁷⁸¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 205.

⁷⁸² Eğitim sayfasına <http://www.uses.gov.tr> adresinden ulaşılmaktadır.

⁷⁸³ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 206.

yönelik çıkarılan yeni bir yönetmelik⁷⁸⁴, 21.08.2010 tarihinde yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği⁷⁸⁵, TÜBİTAK’a bağlı olarak hizmet veren ULAKBİM (Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi) tarafından eğitim kurumlarının bilgiye ulaşmalarında kolaylaştırma çalışmaları gibi uygulamalar yer almaktadır⁷⁸⁶.

Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel bileşenlerinden birisidir. Bu bağlamda sağlık insan gücü hedefi kapsamında yapılan uygulamalar arasında, sağlık personeli sayısının artırılması ve eğitim faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi konularının öne çıktığı görülmektedir. Özellikle personel rejiminde sözleşmeli statünün yaygınlaştırılması, daha kalifiye ve nitelikli personel için sürekli eğitim sistemlerinin uygulamaya konulması, personel atamalarında şeffaflık ilkesine uygun adımların gerçekleştirilmeye çalışılması, personel kaynağının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik düzenlemeler, SDP ile birlikte yeni kamu yönetiminin personel rejimi açısından ortaya koyduğu ilkeler ile somut bir bağlantı kurulabileceğini göstermektedir.

⁷⁸⁴ 1986 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği” güncellenmiş ve yeniden hazırlanarak 11.12.2009 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Yeni yönetmelikle birlikte; hizmet içi eğitimler, ilgili birimlerle etkin bir iş birliği ve koordinasyon içerisinde planlanmaya ve yürütülmeye başlanmış; farklı birimler tarafından ayrı ayrı düzenlenen aynı konulu eğitimler birleştirilerek zaman ve kaynak tasarrufu sağlanmış; hizmet içi eğitimlerin, milli kalkınma hedeflerine uygun plan ve programlara dayalı olarak Bakanlık amaçları, görevleri, yetkileri, sorumlulukları ve ihtiyaçları doğrultusunda bir plan ve programa dayalı olarak yürütülmesi sağlanmış; İl sağlık müdürlüklerinin gerçekleştirdiği hizmet içi eğitim faaliyetlerinin merkezdeki planlamaya uygun olarak yürütülmesi sağlanmış; hizmet içi eğitimlerden beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılamadığının belirlenmesi için eğitim çalışmaları sırasında ve bitiminde değerlendirme yapılması esasını getirilmiş; hizmet içi eğitim ve bu eğitimlerden yararlanan personel sayısı artırılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği, 11/12/2009 tarih ve B.10.0.SEG.0.72.00.03-010.03/15296 sayılı Bakanlık Makam Onayı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-54293/h/hieyonetmelik.pdf>, (10.04.2013).

⁷⁸⁵ Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği ile; Sağlık Bakanlığı, Türk Silahlı Kuvvetleri, üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişilerce, sağlık alanında mezuniyet sonrası uygulanması özel bilgi ve/veya beceriye dayalı mesleki yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak yapılacak sertifikalı eğitimlere ilişkin usul ve esaslar düzenlenmiş; tüm sertifikalı eğitim alanları ile sertifikalı eğitimlerin her türlü bilimsel ve teknik içerik, usul ve esasları alanının uzmanlarından oluşan bilim komisyonları tarafından belirlenmesi sağlanmış; yapılacak eğitimler sonucunda verilen sertifikaların, Bakanlık tarafından tescil edilmesi ve kayıt altına alınması gerçekleştirilmekte; yürütülen her türlü sertifikalı eğitim programı ve eğitim merkezleri bilim komisyonları tarafından belirlenen kriterler doğrultusunda düzenli aralıklarla denetlenmesi; sağlık hizmetlerinin daha etkili ve kaliteli sunulması amacıyla özellik arz eden sağlık hizmetlerinin sertifikalandırılmış personel tarafından verilmesi planlanmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih:21.08.2010 Sayı: 27679.

⁷⁸⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011c, s. 207-208.

4. ULUSAL VE ULUSLARARASI ÖRGÜTLERİN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINA YÖNELİK TESPİT ve DEĞERLENDİRMELERİ

Bu başlık altında ulusal ve uluslararası örgütlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına yönelik tespit ve değerlendirmelerine yer verilecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının, Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü ve OECD başta olmak uluslararası kuruluşlar tarafından yakından takip edildiği ve bu doğrultuda gerçekleşen dönüşümle ilgili değerlendirmelerin yapıldığı gözlemlenmiştir.

OECD tarafından yayımlanan “OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye” başlıklı çalışmada, yakın tarihte yapılan sağlık reformları öncesi Türk sağlık sistemi genel bir incelemeye tabi tutulduktan sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamalar ve Türk sağlık sisteminin performansı gibi konularda değerlendirme yapılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

OECD, SDP kapsamında gerçekleştirilen uygulamaları değerlendirmiş ve bazı tespitler ortaya konulmuştur.

Sağlık Durumu ve Sağlık Harcaması Düzeyine Yönelik Tespit ve Değerlendirmeler: Türkiye’deki sağlık durumunun geçtiğimiz son on beş yirmi yılda hızlı bir iyileşme gösterdiği ve bazı bakımlardan OECD ortalamalarına yaklaştığı ifade edilmiş, Türkiye’deki ortalama yaşam süresinin diğer OECD ülkelerinden daha düşük seyretmeye devam ettiği belirtilmiştir. Türkiye’nin sağlık durumunda meydana gelen iyileşmelerin en önemli sebebinin daha yüksek ve daha etkili harcamalara bağlı olabileceği, ancak diğer OECD ülkelerindeki harcama seviyelerine bakıldığında sağlık hizmetleri alanındaki toplam harcamaların ve kamu harcamalarının aşırı olmadığı tespiti yapılmıştır. Bir başka tespit, 2003’te SDP’nin başlatılmasından sonraki ilk 3 yıl içinde, sağlık harcamaları hızla artmış olmasına rağmen, sağlık alanındaki toplam harcamalar ve kamu harcamalarının Türkiye’deki ekonomik büyüme de hızlı olduğu için karşılanabilir olmaya devam etmesidir. Kişi başı Gayri Safi Yurt İçi Hasılanın düşük olması, düşük eğitim durumu, obezite seviyelerinin artması ve yüksek sigara kullanma

oranları gibi nedenlerden dolayı koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapılması gerektiği vurgulanmıştır⁷⁸⁷.

Mali Koruma ve Hizmete Erişimde Hakkaniyet Konusuna Yönelik Tespit ve Değerlendirmeler: 2008’de Genel Sağlık Sigortasına yönelik hukuksal düzenleme ile en yüksek seviyeye ulaştığı öngörülen Türkiye’deki etkili sağlık sigorta kapsamını iyileştirmeye yönelik uzun soluklu çabaların, yüksek sağlık harcamalarına karşın hem yoksul kesim için mali korumayı hem de nüfusun sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetini iyileştirdiği belirtilmiştir. SDP kapsamında, ihtiyacın en fazla olduğu Türkiye’nin doğusundaki sağlık personelinde önemli ölçüde artış görüldüğü ifade edilmiştir⁷⁸⁸.

Girdiler, Gelirler, Faaliyetler ve Paranın Karşılığı Konularına Yönelik Tespit ve Değerlendirmeler: Hemşire/hekim oranı OECD’deki en düşük oranlardan birisini teşkil etmesi, 2005’te hekimlerin sadece %30’u pratisyen olarak çalışması ve bu durumun birinci basamakta olduğu düşünülen zayıflığı etkilediği, Tıp öğrencisi sayısının planlı bir şekilde artırılmasından sonra, hekim mezuniyet oranlarının 6-10 yıl içinde OECD bölgesindeki en yüksek oran haline gelmesinin beklendiği gibi hususlar dile getirilmiştir. 2004’te performansa dayalı ödeme sisteminin başlatılması ile birlikte hekim ve diğer personelin gelirlerinde net bir iyileşme yaşandığı, 2005 itibariyle sağlık ocaklarındaki maaşlı pratisyenlerin görece gelirlerinin diğer OECD ülkelerine kıyasla hâlâ düşük görünmesine rağmen maaşlı uzmanların gelirlerinin yüksek seyrettiği belirtilmiştir. İlaç tüketiminde, özellikle 2005’te Yeşil Kart ve SSK sistemi üyeleri için kapsamın genişletilmesiyle birlikte, hacim bakımından bir artış görüldüğü, çeşitli fiyat düşürme başarılarının elde edildiği, Türkiye’deki ilaç tüketiminin akılcı olup olmadığı ve maliyet etkili olup olmadığı konusunda bazı şüphelerin olduğu ifade edilmiştir. Performansa dayalı ödeme uygulamasının başlatılmasından itibaren, hekim (bordrolu çalışanlar) başına düşen bildirilmiş muayene sayına göz önüne alınarak Türkiye’de hem faaliyet hacminde hem de hekim üretkenliğinde büyük artışlar olduğu belirtilmiştir. 2006 itibariyle, bildirilen hekim başı muayene sayısı, OECD’deki ortalama düzeyi %25 geçen seviyelere ulaşmıştır. Türkiye’nin hekimlerin üretkenliğini artırmak amacıyla ortaya konulan performansa dayalı ödeme sisteminin, diğer OECD ülkelerine örnek

⁷⁸⁷ OECD-Dünya Bankası, *a.g.e.*, s. 83.

⁷⁸⁸ OECD-Dünya Bankası, *a.g.e.*, s. 83-84.

teşkil etme ihtimali olabileceği dile getirilmiş, aile hekimliği sisteminin başlatılmasına yönelik olarak bazı ilerlemeler kaydedilmiş olsa da diğer OECD ülkelerine kıyasla başvuru dağılımı açısından hastanelerin ağırlıklı bir konumda olduğu ifade edilmiştir. Çocuklara yönelik aşılama oranlarında önemli iyileştirmeler olduğu, 2007 yılında kızamık hastalığının neredeyse ortadan kaldırıldığı, SDP öncesinde sağlık ocağı ve hastane hizmeti için uzun bekleme süreleri ve düşük memnuniyet düzeylerinin SDP ile birlikte olumlu yönde değiştiği ve bu bağlamda hasta memnuniyetinde de büyük bir iyileşme olduğuna dair kanıtların mevcut olduğu belirtilmiştir⁷⁸⁹.

OECD, Türk sağlık sektörü ile ilgili değerlendirme ve tespitlerinden sonra gelecek süreçte dikkat edilmesi gereken kilit öneriler ortaya koymuştur. Bu kilit öneriler arasında *Sağlık Bakanlığı'nın kılavuzluk kapasitesinin geliştirilmesine devam edilmesi, sağlık hizmetleri alanındaki toplam kamu harcamaları üzerinde SGK tarafından sıkı bir üst limit uygulanması, sevk olmadan hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılan başvurular için katkı payı ödemesinin sağlanması, ilaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılmaya çalışılması ve akılcı ilaç reçetelendirme uygulamasının hayata geçirilmesi, ihtiyaç duyulan hekim ve hemşire sayısının artırılması ve coğrafi açıdan hakkaniyet sağlanması, aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması, halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, uygun yönetim kapasitesine sahip hastanelere daha fazla özerklik verilmesi, karar alma için daha güçlü bilgi teknoloji sistemlerine yatırım yapılması, GSS'ye kayıtların ve katkı ödemelerinin artırılması ve ödeme gücünün dikkatle izlenmesi* gibi hususlar öne çıkmaktadır⁷⁹⁰.

OECD tarafından 2010 yılında yayımlanan “Making Reform Happen Lessons from OECD Countries” başlıklı çalışmada, Türk sağlık sektörü ile ilgili artan kalite ve verimlilik başlığı altında çeşitli değerlendirmeler bulunmaktadır. Türk sağlık sektörünün 2003 yılı sonrasında derin bir yapısal dönüşüm geçirdiğine işaret edilmiştir. SDP ile birlikte sağlık hizmetlerinde insan kaynakları, performans uygulaması, sosyal sigorta modeli, hastane şartları, Sağlık Bakanlığı'nın liderlik ve yönlendirme kapasitesi, bakım kalitesi ve verimlilik gibi konularda ortaya konulan ön tespit ve değerlendirmelere göre

⁷⁸⁹ OECD-Dünya Bankası, *a.g.e.*, s. 84-85.

⁷⁹⁰ OECD-Dünya Bankası, *a.g.e.*, s.123.

sağlık reformu konusunda diğer ülkelere örnek teşkil edebilecek bir karakteristiğe sahip olduğu vurgulanmıştır⁷⁹¹.

Türk sağlık sektörü ile ilgili verilere ve diğer ülkelerle kıyaslamalara ulaşılabilen “*Health at a Glance 2013 OECD Indicators*” başlıklı çalışma OECD tarafından yayımlanan bir başka kaynaktır. Sağlık durumu, sağlık insan gücü, sağlık bakım faaliyetleri, hizmet kalitesi, hizmete erişim, sağlık harcamaları ve finansman gibi konularda Avrupa ülkeleri başta olmak üzere ABD, Çin, Japonya, Yeni Zelanda gibi ülkelerin verileri mukayese edilmektedir. Çeşitli yıllarda yayımlanan göstergelere dayanarak sağlık sektörü ile ilgili gelişim ve dönüşüm hakkında diğer ülkelere de bakarak önemli değerlendirmeler yapılabilmektedir. Örneğin sağlık insan gücü verileri incelendiğinde, OECD ortalamasının 3,2 olduğu bir durumda Türkiye’nin 1.000 kişiye düşen hekim sayısı açısından 1,7’lik bir ortalamaya sahip olduğu ifade edilmiştir⁷⁹².

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile tespit ve değerlendirmelerde bulunan bir başka kuruluş, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’dür. 2012 yılında “Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011”⁷⁹³ başlıklı çalışmada Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü teknik ve finansal destek sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan çalışma içerisinde Türk sağlık hizmetleri ile ilgili temel bulgularına yer vermiş, sonrasında ise *iyi sağlık, katkı payında hakkaniyet, verimli ve kapsamlı kişisel sağlık hizmetleri, hizmet sunumunun ve kaynak temininin iyileştirilmesi, verimlilik artışı, yeterli finansman, liderlik ve yönetim* gibi konularda dönüşüm sürecini puan çizelgeleri yoluyla değerlendirmeye tabi tutmuştur.

Dünya Bankası’nın Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011 başlıklı çalışması içerisinde Türk sağlık sektörü ile ilgili tespit ve değerlendirmeleri şu şekilde özetlenebilir:

⁷⁹¹ OECD, *Making Reform Happen Lessons from OECD Countries*, OECD, 2010, p. 199-201.

⁷⁹² OECD, *Health at a Glance 2013 OECD Indicators*, OECD, OECD Publishing, 2013, p. 65.

⁷⁹³ Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011 başlıklı çalışma, Türk sağlık sisteminin performansına ilişkin temel bulguları özetlemekte olup, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve Dünya Bankasından sağlanan teknik ve finansal destekle T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından “Turkey Health System Performance Assessment 2011” başlığı altında yayımlanan çalışma, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın inisiyatifinde basılmıştır. Bkz. T.C. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, *Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011*, Ankara, 2012.

İyi Sağlık başlığı altında yaşam beklentisi, sıtma vakaları, bebek ölüm hızı (BÖH), 5 yaş altı ölüm hızı gibi konularda olumlu yönde gelişme kaydedildiği ifade edilmiş, koroner kalp hastalığı konusunda ise eyleme geçilmesi gerektiği belirtilmiştir⁷⁹⁴.

Katkı Payında Hakkaniyet başlığı altında katastrofik sağlık harcaması⁷⁹⁵ olan haneler ve cepten yapılan ödemeler konusunda doğru yolda olduğu ve bu konularda iyileşme yaşandığı değerlendirilmesi yapılmıştır⁷⁹⁶.

Sağlıklı Yaşam Tarzları ve Çevre başlığı altında güvenilir içme suyuna erişim, hava kirliliği, alkol tüketimi ve doğurganlık örüntüleri gibi konularda performansın doğru yolda olduğu ifade edilirken, obez nüfus konusunda eyleme geçilmesi gerektiğinin altı çizilmiştir⁷⁹⁷.

Verimli ve Kapsamlı Kişisel Sağlık Hizmetleri (Erişim, Kalite, Kullanım) başlığı altında tüberküloz tedavisinde başarı, en az 4 doğum öncesi sağlık hizmeti, 12-23 aylık aşılanmış çocuklar, yeni doğan taraması, acil çağrılar, hasta memnuniyeti, hasta hakları konularında her açıdan önemli iyileşmelerin sağlandığı vurgulanmış, birinci basamak sağlık hizmetleri ile bağlantılı hastane yatışları ve kanser taraması gibi konularda aynı performans düzeyinin yakalanamadığı dile getirilmiştir⁷⁹⁸.

Hizmet Sunumunun İyileştirilmesi başlığı altında birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe ve koruma programları, birinci basamak ziyaretlerin diğer basamaklara kıyasla dağılımı, birinci basamaktan diğer basamaklara sevk oranı gibi konularda ortaya konulan performansın doğru yolda olduğu ve iyileşme yaşandığı belirtilmiş, akılcı ilaç kullanımı, tıbbi cihazları izleme ve kayıt altına almaya yönelik program, cerrahi enfeksiyon hızı, ruh sağlığına yönelik ayaktan tedavi hizmetleri gibi konularda ise daha fazla inceleme ve analize ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir⁷⁹⁹.

⁷⁹⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, *a.g.e.*, s. 21.

⁷⁹⁵ Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, katastrofik cepten harcama, cepten harcamanın gıda harcaması çıkarıldıktan sonra kalan hane halkı gelirinin (ödeme kapasitesinin) belirli bir yüzdesini (eşik değeri) aşması durumunda ortaya çıkan harcamadır. Bkz. Xu K. et al., "Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis", *Lancet*, 362 (9378), 2003, p. 111-117.

⁷⁹⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, *a.g.e.*, s. 24.

⁷⁹⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, *a.g.e.*, s. 24.

⁷⁹⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı- Dünya Sağlık Örgütü, *a.g.e.*, s. 28-29.

⁷⁹⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, *a.g.e.*, s. 31.

Kaynak Temininin İyileştirilmesi başlığı altında yoğun bakım ünitesi yatak sayısı, manyetik rezonans görüntüleme (emar) birimi sayısı ve elektronik raporlama yapan hastanelerin sayısı konularında performans gelişiminin iyi yönde olduğu sonucuna ulaşılrken, sağlık çalışanlarının sayısı, mezun olan sağlık çalışanlarının sayısı, sağlık çalışanlarının memnuniyet seviyesi ve yatak ve nitelikli kapasitesi gibi konularda aynı paralelde bir sonuca işaret edilmemiştir⁸⁰⁰.

Verimlilik Artışı başlığı altında birinci, ikinci ve üçüncü basamakta günde hekim başına düşen ayaktan tedavi başvuru sayısı hususundaki performansın doğru yolda olduğu ifade edilirken, ayaktan tedaviye yönelik sağlık harcamalarının yataklı tedavi harcamalarına oranı konusunda olumlu bir sonuca ulaşılamamıştır⁸⁰¹.

Yeterli Finansman başlığı altında toplam kamu harcamaları içinde sağlığa ayrılan toplam kamu harcaması, prim tahsilât oranı, sosyal koruma kapsamındaki nüfusun yüzdesi, SGK ile özel hastaneler ve üniversite hastaneleri arasında imzalanan sözleşme sayısı ve performansa dayalı ödeme sistemini uygulayan Sağlık Bakanlığı hastanelerinin sayısı konularında gerçekleştirilen çalışmaların doğru yolda olduğu tespit edilmiştir⁸⁰².

Güçlendirilmiş Kılavuzluk (Liderlik ve Yönetişim) başlığı altında performansa dayalı bütçeleme, her yıl kalite açısından değerlendirilen sağlık kuruluşlarının payı, obeziteyi azaltmayı amaçlayan politikalar, kamu kuruluşlarında muayene edilen yabancı hastaların sayısı (sağlık turizmi) ve sağlık sektöründe imzalanan uluslararası karşılıklı anlaşmaların/ protokollerin sayısı (insani yardım) konularında olumlu adımların atıldığı ifade edilmiş, kamu hastane birliklerinin payı ve her yıl geliştirilen veya revize edilen kanıta dayalı rehberlerin sayısı husularında ise aynı yönde bir sonucun olmadığı dile getirilmiştir⁸⁰³.

Dünya Bankası tarafından Türk sağlık sektöründeki dönüşüm uygulamaları ile ilgili değerlendirmeler yapıldığı görülmektedir. Türkiye'nin sağlık alanındaki çabalarının ilk aşamada birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik verdiği, temel sağlık hizmetlerine erişimin ve kapsamının genişletilmesi üzerine odaklandığı

⁸⁰⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, *a.g.e.*, s. 33-34.

⁸⁰¹ T.C. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, *a.g.e.*, s. 36-37.

⁸⁰² T.C. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, *a.g.e.*, s. 38.

⁸⁰³ T.C. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, *a.g.e.*, s. 40-41.

belirtilmiş, bu doğrultuda sağlık sigortası kapsamındaki nüfus oranının 2003 yılında % 71 seviyelerinde iken 2011’de % 99’a ulaştığı ifade edilmiştir. Türk sağlık hizmetlerinde performans teşvikleri ve iyileştirilmiş izleme sistemlerinin tıbbi hizmetlerin kalitesini yükselttiği, buna paralel olarak proaktif görevlendirme politikalarının ülkenin gelişmiş batı bölgeleri ile daha az gelişmiş doğu bölgeleri arasında sağlık personeli mevcudiyeti bakımından görülen eşitsizlikleri büyük ölçüde azalttığı vurgulanmıştır. Türkiye’de ortalama yaşam süresinin 2000 ile 2011 yılları arasında kadınlar için 5 yıl uzayarak 78’e, erkekler için de 6 yıl uzayarak 73’e ulaştığı ifade edilmiştir. Aynı zamanda SDP süresince bebek ölüm oranının yarı yarıya düştüğü belirtilmiştir⁸⁰⁴.

Dünya Bankası’nın, aile hekimliği uygulaması, sağlık sigortası kapsama oranının yükseltilmesi, hastane özerkliğinin artırılması, aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması, performans yönetimi ve performans dayalı ödeme girişimlerinin güçlendirilmesi gibi amaçlar doğrultusunda Türkiye Cumhuriyeti hükümetini desteklediği ifade edilmiştir. Genel sağlık sigortası sisteminin başarılı bir uygulama olarak dünyadaki diğer ülkelere konuyla ilgili bilgi aktarımında bulunulabileceği belirtilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programının yüksek düzeyde finansal koruma ve eşitlik sunarken, aynı zamanda yüksek ve yükselmeye devam eden hasta memnuniyet oranlarını beraberinde getirdiğinin altı çizilerek program sonuçlarının oldukça etkileyici olduğu vurgulanmıştır⁸⁰⁵.

Avrupa Birliği tarafından yayımlanan “Türkiye 2012 Yılı İlerleme Raporu” içerisinde sağlık ve sosyal güvenlikle ilgili bazı tespit ve değerlendirmelerde bulunulmuştur. Halk sağlığı alanında bazı ilerlemeler kaydedildiği ifade edilirken, sağlık sisteminde devam eden kurumsal reformun Sağlık Bakanlığı’nın idari kapasitesinin gelişmesini sağladığı, reformun aynı zamanda temel sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar kontrol programları, bulaşıcı olmayan hastalıklar/programlar ve kanser, laboratuvarlar ve tüketicinin ve işçilerin güvenliği konularında uygulamadan sorumlu olan bir Ulusal Halk Sağlığı Kurumunun kurulmasını da içerdiği belirtilmiştir.

⁸⁰⁴ Dünya Bankası, “Birlikte Büyüme-Ekonomik Büyümeyi Türkiye’nin Sağlık Sektöründe Sosyal Kapsayıcılık ile Birleştirmek (2013)”, <http://www.worldbank.org/tr/news/feature/2013/12/18/growing-together-coupling-economic-growth-with-social-inclusion-in-turkey-health-care-sector>, (30.12.2013).

⁸⁰⁵ Dünya Bankası, “Birlikte Büyüme-Ekonomik Büyümeyi Türkiye’nin Sağlık Sektöründe Sosyal Kapsayıcılık ile Birleştirmek (2013)”.

Ayrıca raporda sosyal güvenlik sistemlerinin koordinasyonu konusunda ilerlemelerin söz konusu olduğu ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kapasitesinin daha da güçlendirildiği ifade edilmiştir. Raporda, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili değerlendirmelerde yer almıştır. Buna göre Mayıs 2011 ve Mayıs 2012 arasında, aktif sigortalıların sayısı %9'dan fazla arttığı, aynı dönemde sosyal güvenlik sisteminin kapsamının %84 seviyesinden %86'ya yükseldiği, zorunlu Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Ocak 2012 itibarıyla tamamen uygulanmaya başladığı, sağlık sigortasının kapsamının, bireyler ya da devlet tarafından ödenen katkılarla, gelir testi sonuçlarına dayanmak suretiyle nüfusun tamamına yayılmakta olduğu, yoksul vatandaşları kapsamak amacıyla getirilen “yeşil kart” sisteminin adil dağılımı konusunda tartışmalar başladığı ve bunun sonucunda da yeşil kart sisteminin kaldırıldığı ifade edilmiştir. Ayrıca sosyal güvenlik sisteminin, büyük ölçüde artan sağlık giderleri nedeniyle artmakta olan açıkların olduğunu belirtmiştir. Raporda Türkiye’de sağlık sigortasının yeterliliği ve sürdürülebilirliği konusunda ilerleme kaydedildiği ifade edilmiştir⁸⁰⁶.

Dünya Bankası, OECD, Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Birliği tarafından yayımlanan rapor ve çalışmalarda, Türk sağlık sektöründe hizmet kalitesi ve hizmete ulaşılabilirlik (erişim), sağlık insan gücü, sosyal güvenlik, Genel Sağlık Sigortası başta olmak üzere çeşitli kriterler açısından tespit ve değerlendirmeler yapılmıştır. Uluslararası kuruluşlar tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusundaki uygulamaların, Türk sağlık sektörünü olumlu yönde değiştirdiği ve SDP öncesinde yaşanan sorunlara çeşitli çözümlerin üretildiği, sağlık hizmetleri ile ilgili ülke standartlarının her geçen gün artış gösterdiği ifade edilirken, SDP uygulamalarının yaygınlaştırılması gerektiği vurgulanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programına ve uygulamalarına yönelik uluslararası kuruluşların tespit ve değerlendirmelerine ek olarak Türkiye Tabipleri Birliği, Türkiye Eczacıları Birliği ve sağlık alanında örgütlenen bazı sendikaların da görüşlerini rapor ve incelemelerle açıkladıkları görülmektedir.

Türk Tabipleri Birliği'nin Sağlıkta Dönüşüm Programına yönelik görüşlerinin genel itibarıyla olumlu bir kapsama sahip olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Sağlık

⁸⁰⁶ Avrupa Birliği Avrupa Komisyonu, “Türkiye 2012 Yılı İlerleme Raporu”, http://www.abgs.gov.tr/files/strateji/2012_ilerleme_raporu.pdf, (30.12.2013), s. 66, 84-85.

Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici bir yapıya dönüştürülmesi, aile hekimliği uygulaması, genel sağlık sigortası, kamu hastane birlikleri, sağlık insan gücü uygulamaları, yatırım ve hizmet gördürme yöntemleri başta olmak üzere SDP uygulamalarını katı bir şekilde eleştiren Türk Tabipleri Birliği (TTB), sağlık hizmetlerinin neoliberal anlayış çerçevesinde piyasalaştırıldığını, ticarileştirildiğini ve özelleştirildiğini dile getirmektedir⁸⁰⁷.

Türk Tabipleri Birliği'nin SDP uygulamalarına yönelik görüş ve değerlendirmelerinden bazıları şu şekilde sıralanabilir:

Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması: TTB'ye göre 663 sayılı KHK ile yeniden yapılandırılan Sağlık Bakanlığı, toplum sağlığı için değil yerli ve uluslararası sermayeye daha çok para aktarmak amacı doğrultusunda teşkilat yapısını değiştirmiş ve bu doğrultuda sağlık, sağlık eğitimi ve denetim dahil bütün hizmetler ticarileştirilmektedir⁸⁰⁸.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Uygulaması: TTB'ye göre aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri özelleştirilmekte ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile 1960'dan bu yana uygulanmakta olan Sağlık Ocağı sistemi ortadan kaldırılmaktadır. Belirli bir iş bölümü ve disiplin çerçevesinde bir ekip hizmeti olarak yürütülen birinci basamak sağlık hizmeti, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütüncül bir şekilde sunumunu gerektirirken, aile hekimliği uygulaması ile bu görev aile hekimine yüklenmektedir⁸⁰⁹.

Genel Sağlık Sigortası Sistemi: TTB'ye göre GSS⁸¹⁰, prim esaslı bir finansman modeli olup halk için ek bir sağlık vergisi anlamına gelmektedir. Sigorta modeli ile toplanacak fonların sağlık piyasasının genişlemesine yol açması amacı doğrultusunda asıl hedefin

⁸⁰⁷ Türk Tabipleri Birliği, *Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, 2007, s. 19-62.

⁸⁰⁸ Türk Tabipleri Birliği, *T. C. Sağlık Bakanlığı'ndan "Sağlık Holding"e, Devlet Hastaneleri'nden "Şirket Hastaneleri"ne*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, 2011, s. 4.

⁸⁰⁹ Türk Tabipleri Birliği, 2007, s. 36-38.

⁸¹⁰ Türk Tabipleri Birliği'nin Genel Sağlık Sigortası sistemi ile ilgili görüşleri için Bkz. Türk Tabipleri Birliği, *Genel Sağlık Sigortası*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, İkinci Baskı, Ankara, 2005.

sağlığın piyasalaşması ve özelleşmesi olduğunu belirten TTB, GSS'nin bu durumun finansman güvencesi olacağını ifade etmektedir⁸¹¹.

Türk Tabipleri Birliği'nin SDP uygulamaları ile ilgili görüş ve değerlendirmelerine göre, sosyal refah devleti kazanımlarının neoliberal anlayış çerçevesinde ortadan kaldırıldığı, sağlık sektörünün Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşların yönlendirmesi ile piyasalaştırılarak ciddi bir şekilde dönüşüme uğramaktadır⁸¹².

SDP ve uygulamaları hakkında değerlendirmelerde bulunan bir başka kuruluş, Türk Eczacıları Birliği'dir. Türk Eczacıları Birliği (TEB), 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 5502 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na ilişkin görüş ve değerlendirmelerde bulunmuştur. TEB'e göre Anayasa Mahkemesi'nin 15.12.2006 tarihli Karar ile 5510 sayılı Kanunun çeşitli maddelerinin iptali ve yürütmesinin durdurulmasına ilişkin kararları, bu süreçte paydaşların görüşlerinin çok dikkate alınmadığının bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir⁸¹³.

TEB, yeni sosyal güvenlik ve genel sağlık sigortası sistemine ilişkin görüşlerini şu şekilde kamuoyu ile paylaşmıştır:

Sağlık hizmetlerinde ücret alma yolu ile eşitsizlik yaratılması: 5510 sayılı Kanun'la yapılan düzenlemelerle, ilaç katılım paylarına ek olarak tedavi katılım payı uygulamasının getirilmesi, ödeme gücü olan çalışanlar ile ödeyemeyecek olanlar arasında bir fark yaratmıştır⁸¹⁴.

Kademeli katılım payı uygulaması ile ilgili sorunlar: TEB, 5510 sayılı Kanunun 68'inci maddesinin, hastadan talep edilen kademeli muayene katılım payı uygulaması ile sağlık harcamalarına sigortalıların da katılımının sağlanmasının hedeflendiğini ve bu uygulamanın kendi içinde bir otokontrol mekanizması oluşturacağını belirtmektedir. Bu bağlamda alt basamak sağlık hizmet sunucusundan sevkli olsa dahi hastadan belirli

⁸¹¹ Türk Tabipleri Birliği, 2007, s. 36-38.

⁸¹² Türk Tabipleri Birliği, 2007, s. 62-63.

⁸¹³ Türk Eczacıları Birliği, "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Uygulaması Hakkında Değerlendirme Raporu", 05.05.2009, <http://www.teb.org.tr/images/upld2/rapor/cqg20090505151835SSGSSRapor.pdf>, (02.01.2014), s. 1.

⁸¹⁴ Türk Eczacıları Birliği, "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Uygulaması Hakkında Değerlendirme Raporu", s. 1.

oranlarda da olsa muayene katılım payı talep edildiği vurgulanmaktadır. Bu durumda ilgili maddede belirtilen “üst basamak sağlık hizmet sunucularının gereksiz meşgul edilmesinin önüne geçmek” amacının ötesine geçilmiş olduğunu vurgulayan TEB, bu uygulamanın üst basamaktaki hasta yoğunluğunun azalmasına katkı yapamayacağını ve de hem alt hem de üst basamaktaki katılım payları ile hastaların maddi açıdan daha fazla etkileneceğini ifade etmektedir⁸¹⁵.

Sağlık hizmet sunucuları için 60 gün geri ödeme süresi: TEB, 5510 sayılı Kanun’un 97’nci maddesinde belirtilen sağlık hizmeti sunucularının sunmuş oldukları hizmetlere ilişkin düzenledikleri faturaların bedelinin tamamının fatura teslim tarihinden itibaren, altmış gün içinde sağlık hizmet sunucularına avans olarak ödeneceği, fatura ve eki belgelerin ise fatura teslim tarihinden itibaren üç ay içinde incelenerek avans hesabının kapatılacağına yönelik düzenlemenin, eczacılar için ekonomik anlamda olumsuz bir sonuç doğurduğunu ifade edilmiştir. TEB, 45 gün olan geri ödeme süresinin 60’a çıkartılmasının her bir eczanenin aynı koşulları yakalamak için 15 günlük bir sermaye artışına, bir başka deyişle var olan sermayelerinin yarısı kadar arttırmaya gitmesi anlamına geldiğini, birçok eczacının, bunu yapamayacak durumda olduğunu, Türkiye genelinde yıllık cirosu 600.000 TL’ye kadar olan eczanelerin toplam eczaneler içindeki payının % 58 ve eczacıların net kar oranının ise, iyimser bir tahminle yüzde 9,58’ civarında tespit edildiğini vurgulamıştır. Ayrıca 2006 yılından bu yana, kapanan eczanelerin sayısının büyük bir hızla artmakta olduğunu da belirtmiştir⁸¹⁶.

Muayene ücretlerinin eczacılar aracılığıyla tahsili: 2009 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu’na 28 inci maddesine; “Katılım payının gerektiğinde ilgililerin aylık ücretlerinden kesilmesine veya eczaneler ile diğer kurum ve kuruluşlar aracılığıyla tahsiline ilişkin esas ve usulleri belirlemeye Maliye Bakanlığı yetkilidir.” bendi eklenerek, eczacılar tarafından kamunun ve özel sağlık kuruluşlarının katılım ücretlerinin tahsili yasallaştırılmış, ancak 2009 yılı ilaç Alım Protokolü çerçevesinde, özel sağlık kuruluşlarının çok yüksek olan muayene katılım payları çıkartılmıştır. Fakat eczacıların halen ikinci basamak resmi sağlık kurumlarından 3 TL, eğitim ve araştırma hastanelerinden 4 TL, üniversite hastanelerinde 6 TL olan katılım paylarının kamu adına

⁸¹⁵ Türk Eczacıları Birliği, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Uygulaması Hakkında Değerlendirme Raporu”, s. 1-2.

⁸¹⁶ Türk Eczacıları Birliği, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Uygulaması Hakkında Değerlendirme Raporu”, s. 2-3.

tahsil etmeye devam etmektedir. Bu uygulama, bir yandan tedavinin ücretsiz gibi görünmesi yanılsamasını doğurmakta, hasta ve eczacılar karşı karşıya getirmektedir. Diğer yandan, eczaneler tarafından tahsil edilemeyen muayene ücretleri eczaneye gider olarak yansımakta, sağlık sisteminin finansal yükünü eczacılar çekmek zorunda bırakılmaktadır⁸¹⁷.

Türk Eczacıları Birliği, aile hekimliği uygulamasına ilişkin olarak alt yapı eksikliği (eğitim, vb.), hekimlerin artan iş yükü nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinden uzaklaşarak tedavi odaklı bir sisteme geçiş ihtimali, sağlık ocakları tarafından ciddi bir ekip çalışması gerektiren koruyucu/tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir veya iki tane aile hekimi ve aile sağlığı elemanları ile yürütmeye çalışmanın zorluğu, hekimlerin 1 yıllık sözleşme ile iş güvencelerini kaybetmeleri ve bir sağlık elemanı olarak kalmak yerine ciddi bir işletmeci olmak zorunda olmaları, hekimlerin birbirlerini denetleyebildikleri sağlık ocağı ortamı yerine karşılıklı denetimin var olmadığı bir sağlık hizmet üretiminin yaratılması gibi sorun/sorun alanlarının ortaya çıktığını ifade etmiştir⁸¹⁸.

Türk Eczacıları Birliği, sağlık sektöründeki dönüşüm uygulamaları sonrasında eczacılık alanında; hak kayıplarının gündeme geleceğini, rekabet ortamının yaratılarak mesleki dayanışmanın zarar görebileceğini, işletmecilik esasına göre hareket edecek aile hekimi ile eczacı arasında oluşabilecek enformel ilişkiler yüzünden etik sorunların baş göstereceği, tek kurum ile yapılan sözleşme dolayısıyla geri ödeme süresinin artma riskinin oluştuğu, ödeme dışında kalan ilaç sayısının artma ihtimali ile tezgah-üstü ilaçların satışlarının hızla artması ve aile hekimlerinin uzak köy ziyaretlerinde yazmış oldukları reçetelerin tanzimin yapılması hususunda yasal çerçevenin kesinleşmemesi başta olmak üzere bazı sorunların ortaya çıktığını belirtmiştir⁸¹⁹.

Türk Eczacıları Birliği, sosyal güvenlik alanındaki Genel Sağlık Sigortası sistemini *sağlıkta neoliberal dönüşümün* çatısı, aile hekimliği uygulamaları ile ilk taslakta öngörüldüğü şekliyle Kamu Hastane Birlikleri'ni ise bu yapının yereldeki

⁸¹⁷ Türk Eczacıları Birliği, "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Uygulaması Hakkında Değerlendirme Raporu", s. 3.

⁸¹⁸ Türk Eczacıları Birliği, "Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamalarına ve Serbest Eczacılara Yansımalarına İlişkin Rapor", 04.06.2009, <http://www.teb.org.tr/images/upld2/rapor/N4820090604104935AILEHEKIMLIGIRAPORU.pdf> (02.01.2014), s. 1-2.

⁸¹⁹ Türk Eczacıları Birliği, "Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamalarına İlişkin Rapor", s. 2-3.

bölümü olacağını vurgulamıştır. Dönüşüm uygulamalarını, sağlığın bir hak olmaktan çıkarılması temelinde şekillenen, sağlık hizmet üretimini özelleştirme mantığı çerçevesinde yapılandıran bir süreci getirdiğinin altını çizen TEB, aile hekimliği uygulamalarının da hekimi işletmeci haline getirirken diğer taraftan hastanın da müşteri pozisyonuna indirildiği bir sistem gibi işlemeye başladığını dile getirmiştir⁸²⁰.

Sonuç itibarıyla Türk Eczacıları Birliği'nin, Türk Tabipleri Birliği'nin SDP ile ilgili görüş ve değerlendirmelerine paralel bir algıya yani diğer bir ifadeyle dönüşüm uygulamalarına yönelik eleştirel ve olumsuz bir düşünce yapısına sahip olduğu söylenebilir. Hem Türk Eczacıları Birliği'nin hem de Türk Tabipleri Birliği'nin dönüşüm uygulamaları ile ortaya koyduğu perspektifin, sağlık sektöründe sosyal refah devletinden neoliberal devlete doğru bir geçişin yaşandığına işaret ettiğini görmek mümkündür. Dolayısıyla TEB ve TTB, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını neoliberal politikaların bir ürünü olarak gördükleri açıkça ifade etmektedirler.

Son olarak sağlık sektöründe örgütlenen sağlık sendikalarının SDP ile ilgili görüş ve değerlendirmeleri ile ilgili bilgiler verilecektir.

Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Görevlileri Sendikası (Türk Sağlık-Sen), Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık Sen) başta olmak üzere Türk sağlık sektöründe sağlık çalışanlarının sosyal ve ekonomik haklarını korumak ve iyileştirmek amacıyla örgütlenen sendikal kuruluşların, SDP uygulamalarına yönelik eleştirel bir gözle baktıkları gözlemlenmektedir. SES'in yayımladığı rapor ve çalışmalarda⁸²¹, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hem yapısal hem de işlevsel anlamda sosyal refah devleti anlayışından uzaklaşıldığı, toplumun en temel ihtiyacı olan ve bütün insanların koşulsuz ve eşit olarak yararlanması gereken sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin, dünyadaki örneklerine paralel olarak ticari bir meta haline getirildiği, Dünya Bankası ve IMF projeksiyonunda hazırlanan dönüşüm programının sağlıklı yaşam hakkının bir "hak"

⁸²⁰ Türk Eczacıları Birliği, "Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamalarına İlişkin Rapor", s. 17.

⁸²¹ SES tarafından Mayıs-Ağustos 2010 tarihleri arasında 23 ilde ve 2562 sağlık çalışanının katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada; sağlıkta dönüşümün sağlık çalışanlarının kendilerini diğer sektörlere kıyasla daha kötü koşullarda çalıştıkları algısı yarattığı, çalışma koşullarının kötüleşmesi, çalışma süresi ve fazla mesai sorunu yaşamaları, çok ciddi bir ücret sorunları olduğu, yeni ve sınırlı gibi görünmekle birlikte tam ve zamanında ücret alamamanın önemli bir sorun olmaya başladığı, en önemli sorunlar arasında işsizlik korkusunun hızla yükseldiği ve sağlıkta dönüşümün gelecekte koşulları daha da bozacağı gibi saptamalar yapılmıştır. Ata Soyer, "Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Sağlık Çalışanları", *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2011, Ekim-Kasım-Aralık, (12-14), s. 14.

olmaktan çıkarıldığı, sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının kötüleştirildiği gibi hususlara vurgu yapılmaktadır⁸²².

Türk Sağlık Sen, SDP uygulamaları ile birlikte sağlık hizmet sektöründe piyasalaşma eğiliminin yaşandığını, kamunun sağlık hizmet sunumundan özelleştirme yöntemini kullanarak çekilme hedefine sahip olduğunu, hastanelerin birer işletme haline geldiğini, sivil toplum kuruluşlarının görüş ve değerlendirmelerinin dönüşüm sürecinde dikkate alınmadığını, koruyucu sağlık hizmetlerinin ihmal edildiğini, genel bütçeden sağlığa ayrılan kaynakların yeterli olmadığını ifade etmektedir. Türk Sağlık Sen, sağlıkta dönüşüm uygulamalarının sosyal refah devleti mekanizmasını aşındıran bir niteliğe sahip olduğunu dile getirmektedir⁸²³.

Sağlık Sen, SDP uygulamaları ile birlikte hasta memnuniyet düzeyinin önemli bir gelişme gösterdiğini diğer taraftan ise sağlık çalışanlarının bu süreçteki memnuniyet düzeyinin iyileştirilmediğini ve bu doğrultuda sağlık çalışanlarının artan iş yükü, düzensiz ve iş sağlığını tehdit edici çalışma koşulları, ücret ve sosyal haklarda yetersizlik söz konusu olduğunu sıklıkla vurgulamıştır⁸²⁴.

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren sendikaların SDP ve uygulamaları hakkındaki görüş ve değerlendirmeleri incelendiğinde, özellikle sağlık çalışanlarının özlük ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik düzenlemelerin yetersizliği, sağlıkta şiddet eylemlerinin yoğunluğunun güvenlik ve motivasyon sorununu ortaya çıkardığı gözlemlenmektedir. Ayrıca Sağlık Sen'e göre dönüşüm sürecine çok daha eleştirel gözle bakan Türk Sağlık Sen ve SES, sosyal refah devleti anlayışının neoliberal politikalarla değişime uğratıldığını ifade etmektedirler.

Sonuç olarak Türk sağlık sektöründeki dönüşüm uygulamaları hakkında Dünya Bankası, IMF, OECD, AB ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası örgütlerin genel

⁸²² SES, "Sağlıkta Dönüşüm Programı", <http://www.sesantalya.org/basnda-ubemiz/138-salkta-doenuueem-program.html>, (02.01.2014).

⁸²³ İhsan Feyzibeyoğlu, "Sosyal Güvenlik Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı", <http://www.bilayvakfi.org.tr/raporlar/donusum.pdf>, (02.01.2014), s. 45-49; Türk Sağlık Sen, "Sağlıkta Dönüşümde Son Nokta Teşkilat Kanunu", <http://www.turksagliksen.org.tr/haberler/genel-haberler/9866-saglikta-donusumde-son-nokta-teskilat-kanunu-.html>, (02.01.2014); Türk Sağlık Sen, "1960'da Bütçeden Sağlığa Ayrılan Pay 47 Yıl Sonra Bile Geçilemedi", <http://eski.turksagliksen.org.tr/content/view/4802/85/> (02.01.2014); Türk Sağlık Sen, "Sağlıkta Dönüşüm Özelleştirmenin Temeli", <http://eski.turksagliksen.org.tr/content/view/6606/361/>, (02.01.2014).

⁸²⁴ Sağlık Sen, "Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti De Hastalar Gibi Artmalı", <http://www.sagliksen.org.tr/haber-detay-memis-saglik-calisanlarinin-memnuniyeti-de-hastalar-gibi-artmali-120.html>, (02.01.2014); Sağlık Sen, "Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Açıklama", <http://www.sagliksen.org.tr/index.php?func=BranchesOldNewsDetails&ID=3460>, (02.01.2014).

olarak olumlu bir algıya sahip oldukları sonucuna ulaşılırken, diğer taraftan Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Sağlık Sen, SES gibi ulusal örgütlerin, uluslararası örgütlere göre Sağlıkta Dönüşüm Programına ve uygulamalarına daha eleştirel ve çekimser yaklaştıkları ifade edilebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMALARINA YÖNELİK SEKTÖRDEKİ PAYDAŞLARIN ALGISI

Çalışmanın bu bölümünde ilk iki bölümdeki teorik ve kavramsal incelemeler ve değerlendirmelerden yola çıkılarak gerçekleştirilen alan araştırmasının amacı, önemi, kapsamı, yöntemi ve hipotezleri ile örneklem kapsamında yer alan sağlık sektöründeki paydaşlar ve bu paydaşların yer aldığı iller hakkında genel bilgiler verilecektir. Daha sonra alan araştırması kapsamında gerçekleştirilen anket uygulamasından elde edilen veriler, istatistik paket programında analize tabi tutulacak ve analizler sonucunda ortaya çıkan istatistikî bulguların değerlendirilmesi yapılacaktır.

1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Alan araştırmasının genel amacı, sosyal refah devletinden neoliberal devlete doğru dönüşen devlet anlayışından hareketle, Sağlıkta Dönüşüm Programı temel bileşen ve uygulamalarına yönelik sektördeki paydaşların görüş ve değerlendirmelerinin tespit edilmesidir. Bir başka deyişle sağlık sektöründeki paydaşların Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına yönelik farkındalıkları öğrenilerek, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ciddi bir dönüşüm sürecinin yaşandığı sağlık hizmetlerindeki mevcut durum, tüm yönleriyle ortaya konulacaktır.

Araştırma, Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında sağlık sektöründeki paydaşların memnuniyet düzeylerinin ölçümünün yapılması, daha önceden var olan sorunlardan hangilerinde iyileşme yaşandığının tespit edilmesi, dönüşüm programı ile birlikte ortaya çıkan yeni sorunların var olup olmadığının belirlenmesi, eğer yeni sorunlar ortaya çıkmışsa bu sorunların nasıl çözüleceğine yönelik önerilerin geliştirilmesi, sağlık sektöründeki politika yapıcılara ve karar vericilere güncel ve kapsamlı bir kaynak teşkil etmesi başta olmak üzere çeşitli alt amaçlara sahiptir.

2.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE ÖZGÜN DEĞERİ

Devletin rol ve işlevlerindeki değişim ve dönüşüm ile sağlık hizmetlerindeki reform sürecine ilişkin literatür incelendiğinde, alan ve konuyla ilgili çeşitli çalışmaların yapıldığı görülmektedir.

Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak 2013 yılında tamamlanan “Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi” isimli çalışma, içerik ve yöntem itibarıyla literatür incelemesi formatına sahiptir. Tez içerisinde yeni kamu yönetimi, reform, sağlıkta reform, devletin sağlık sistemindeki rolü, Türkiye’deki sağlık reformları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sağlık sektörüne getirdiği yenilikler, ilgili tezlerden, makalelerden, kitaplardan ve Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (DB) ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) gibi örgütlerin raporlarından yararlanılarak ortaya konulmaya çalışılmıştır⁸²⁵.

Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde Yüksek Lisans Tezi olarak 2013 yılında tamamlanan “Türkiye Sağlık Sektöründe Neo-Liberal Dönüşüm” isimli çalışma, temel olarak yazılı literatür incelemesi ile yarı yapılandırılmış yüz yüze mülakat yöntemlerine dayandırılmıştır. Neo-liberalizm, sağlık ve sosyal güvenlik, Türkiye’de sosyal güvenlik ve sağlık politikaları, Türkiye’deki sağlık sektörü esaslı bir ana içeriğe sahip olan çalışma, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile ilgili olarak iktidar partisi dışındaki muhalefet partilerinin konu ile ilgili görüş ve değerlendirmeleri ile Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) başkanı, Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi Başkanı ve İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası (İEİS) İlaç Politikaları ve Araştırma Müdürü’nün görüşleri doğrultusunda kurgulanmıştır⁸²⁶.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili son dönemde yapılan tez çalışmalarından birisi, 2013 yılında Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde Yüksek Lisans Tezi olarak tamamlanan “Küreselleşme Sürecinde Yeni Kamu Yönetimi Çerçevesinde

⁸²⁵ Burçak Önder, “Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi”, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Aydın, 2013.

⁸²⁶ Dilek Karafazlı, “Türkiye Sağlık Sektöründe Neo-Liberal Dönüşüm”, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2013.

Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması” başlıklı çalışmadır. Çalışmada küreselleşme, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinde çağdaş yaklaşımlar, sağlık sistemleri, Türkiye’de sağlık sektörünün gelişimi, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve SDP kapsamında sağlık sektörünün yeniden organizasyonu konuları incelenmiştir. Çalışma yöntem olarak literatür incelemesi bağlamında kurgulanmış ve sağlık sektörü ile ilgili makale, tez, kitap, konferans yayınları, Dünya Bankası verileri, Devlet Planlama Teşkilatı yayınları, Dünya Sağlık Örgütü’nün araştırmaları ve Sağlık Bakanlığı’nın kaynakları temel kaynaklar olarak kullanılmıştır⁸²⁷.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde Yüksek Lisans Tezi olarak 2012 yılında tamamlanan “Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Kuruluşu Yöneticileri İle Sağlık Meslek Örgütlerinin Kamu Hastaneleri Birliklerine İlişkin Görüş ve Önerileri” başlıklı çalışma, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili son dönemde yapılan tez çalışmalarından birisidir. Çalışma, esas olarak sağlık yöneticilerinin özerkleştirme ile ilgili Kamu Hastane Birlikleri uygulaması hakkındaki düşüncelerini ortaya çıkarmak ve bu konudaki önerilerini tespit etme amacına yönelik bir formatta kurgulanmıştır. Kavramsal çerçeve içerisinde sağlık hizmetlerinde desantralizasyon, sağlık hizmetlerinde desantralizasyon örnekleri, hastane özerkleştirmesi, kamu hastanelerinde kurumsal reformlar ve Türk Sağlık Sisteminin tarihsel gelişimi gibi hususlar incelenmiştir. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, Sağlık Müdürlüğü, Ankara’daki kamu hastane yöneticileri ile sağlık meslek örgütleri yöneticilerinden 308 kişinin Kamu Hastane Birlikleri uygulamasına ilişkin görüş ve önerileri anket uygulaması yoluyla ortaya konulmaya çalışılmıştır⁸²⁸.

Son dönemde yapılan bir başka çalışma, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde 2010 yılında tamamlanan “Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı” başlıklı Yüksek Lisans Tezi çalışmasıdır. Çalışmada kamu işletmeciliği yaklaşımı, devletin

⁸²⁷ Ahmet Dervişoğlu, “Küreselleşme Sürecinde Yeni Kamu Yönetimi Çerçevesinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması”, Karabük Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Karabük, 2013.

⁸²⁸ Yavuz Selim Küçük, “Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Kuruluşu Yöneticileri İle Sağlık Meslek Örgütlerinin Kamu Hastaneleri Birliklerine İlişkin Görüş ve Önerileri”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2012.

rolünün değişmesi, politika transferi, Türkiye’deki sağlık politikaları, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve uygulamaları literatür üzerinden incelenmekte ve ele alınmaktadır⁸²⁹.

Sağlıkta dönüşüm süreci bağlamında gerçekleştirilen çalışmalardan bir diğeri, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde 2009 yılında tamamlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi)” başlıklı Doktora tezidir. Çalışma, kavramsal çerçevesinde değişim, değişim yönetimi, Türk sağlık hizmetlerinin değişim süreci ele alınmaktadır. Çalışma, hastane yöneticileri üzerinden Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının değişim etkisinin tespitine yönelik 75 ilde 284 Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerinde çalışan 779 hastane yöneticisine sıralama ölçekli anket uygulamasına dayandırılmıştır⁸³⁰.

Sağlık sektöründeki değişimle ilgili çalışmalardan bir diğeri, 2005 yılında Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde tamamlanan, “Sağlık Sektöründe Yeniden Yapılanma ve Bir Uygulama Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı” başlıklı Yüksek Lisans Tezi çalışmasıdır. Çalışma, Türkiye’de kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler, kamu yönetimi anlayışındaki değişimin sağlık politika ve stratejilerine yansımaları, hizmet sunumu noktasında sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması konularını literatür ve mevzuat üzerinden inceleme ve değerlendirme amacına yönelik bir kurguya sahiptir⁸³¹.

Araştırmada sağlık sektöründeki dönüşüm uygulamalarının, sürecin paydaşlarının görüşleri temel alınarak değerlendirmeye tabi tutulması, örneklemin geniş kapsamlı olması ve kavramsal açıdan sosyal refah devleti, neoliberal devlet, geleneksel kamu yönetimi ve yeni kamu yönetimi gibi kavramlarla dönüşüm uygulamaları arasında ilişkiler kurulması, çalışmayı literatürde yer alan diğer çalışmalardan

⁸²⁹ Deniz Ersöz, “Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Balıkesir, 2010.

⁸³⁰ Sedat Bostan, “Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi)”, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Trabzon, 2009.

⁸³¹ Harun Kırılmaz, “Sağlık Sektöründe Yeniden Yapılanma ve Bir Uygulama Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı”, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kocaeli, 2005.

farklılaştırmaktadır. Bu durum aynı zamanda çalışmaya özgün bir değer kazandırmaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilecek veriler, sağlık sektöründe yaşanan dönüşümün boyutunu somutlaştıracaktır. Araştırmanın, daha iyi bir sağlık sistemine ulaşabilme noktasında literatüre güncel bir katkı yapacağı düşünülmektedir.

3.ARAŞTIRMANIN KAPSAMI

Araştırmanın konusu, Türkiye Cumhuriyeti'nin 59. Hükümeti tarafından sağlık sektöründe uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarıdır. Bir başka bakış açısıyla bu araştırma, Türkiye'de kamu reformu paralelinde sağlık hizmetlerindeki kamusal politikaların dönüşümüne yönelik bir alan incelemesini konu edinmektedir.

Araştırma kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenleri ve alt uygulamalarından hareketle Türk sağlık sektörü ele alınmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki uygulamaların ve değişikliklerin, Türk sağlık sektörünün paydaşlarından Sosyal Güvenlik Kurumu Müdür ve Müdür Yardımcıları, Kamu ve Özel Hastane Başhekim, Başhekim Yardımcıları ve Hekimleri, Hastane Müdür ve Müdür Yardımcıları, Tabipler Odası Şube Başkanları, Eczacılar Odası Şube Başkanları, Sağlık Sendika Şube Başkanları ile hastalar tarafından değerlendirilmesi planlanmaktadır. Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Türk sağlık sektöründe yaratmış olduğu değişimin, istatistiksel analizler yardımıyla yönetim ve örgütlenme, finansman, hizmet sunumu ve insan kaynakları açısından bir ölçüme tabi tutulması hedeflenmektedir.

4.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada yöntem olarak alan araştırması, veri toplama aracı olarak ise anket tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmanın amacı ve kapsamına uygun olarak araştırmanın planlanması yapılmış, veriler toplanmış ve analiz edilmiştir.

Araştırmanın planlanması aşamasında, araştırmanın kapsamı ve evreni belirlenmiş, örneklem tespit edilmiş ve anket formları oluşturulmuştur. Anket formları

oluşturulurken hastalar ile yönetici ve hekimlere uygulanmak üzere benzer soruları içeren iki farklı form hazırlanmıştır. Anket soru formlarının hazırlanması sürecinde, Isparta il merkezinde kamu ve özel hastanelerden seçilen başhekim, başhekim yardımcısı ve hekimler, sağlık yöneticileri ve hastalarla görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler sonrasında hazırlanan sorular her iki gruba uygun olacak şekilde düzenlenmiştir. Anket soruları genellikle 5’li likert tarzında hazırlanmıştır. Sorular kesinlikle katılıyorum (5), katılıyorum (4), kararsızım (3), katılmıyorum (2) ve kesinlikle katılmıyorum (1) şeklinde düzenlenmiştir. Bazı sorular ise çoktan seçmeli ya da evet/hayır şeklinde düzenlenmiştir. Sorular oluşturulurken herkesin kolayca anlayabileceği türden olmasına özen gösterilmiştir. Bunun yanında katılımcıların kimliğini tespit edici adı, soyadı vb. bilgilere ise yer verilmemiştir.

Anketin açıklama kısmında bu araştırmanın hangi amaçla yapıldığı ifade edilmiştir. Birinci kısımda ise ankete katılanların yaş, cinsiyet, eğitim, meslek gibi demografik özelliklerini belirleyen sorular yer almıştır.

Anket soruları oluşturulurken “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında ortaya konulan temel bileşenlerden hareketle gerçekleştirilen “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”⁸³² ile “Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi”⁸³³ içeriğinden faydalanılmıştır.

Hastalara uygulanacak anket formundaki sorular üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde anket uygulanan hastanın demografik bilgileri sorulmaktadır. İkinci bölümde Türk sağlık sektörü ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili çoktan seçmeli ve evet-hayır şeklindeki sorular yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise hem hizmet sunumu süreci hem de yeni kurumsal yapılanma ile ilgili likert ölçekli sorular mevcuttur.

Yönetici ve hekimlere uygulanacak anket formundaki sorular ise 5 bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm demografik bilgileri, ikinci bölüm Türk sağlık sektörü ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili çoktan seçmeli ve evet-hayır şeklindeki soruları, üçüncü bölüm Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki kurumsal-yönetişel yapıdaki değişiklikleri içeren soruları, dördüncü bölüm Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hizmet sunum süreci ile ilgili değişiklikleri niteleyen soruları, beşinci bölümdeki sorular

⁸³² T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Yürütülen Projeler - SDP (I. Faz)”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=178&sayfa=SDP>, (10.02.2013).

⁸³³ T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (10.03.2013).

ise Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ortaya çıkan yeni sorun alanlarını ve talep edilen ek düzenlemeleri ortaya koymayı amaçlayan sorulardan oluşmaktadır.

Araştırma evreni, tüm Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Kurumu İl Müdür ve Müdür Yardımcıları, Kamu ve Özel Hastane Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Hekimler, Hastane Müdür ve Müdür Yardımcıları, Tabipler Odası Şube Başkanları, Eczacılar Odası Şube Başkanları, Sağlık Sendika Şube Başkanları ile hastalar dan oluşmaktadır.

2010 yılı Türkiye İstatistik Kurumu kaynaklı resmi istatistiklere göre Türkiye’de 905 kamu hastanesi, 489 özel hastane faaliyet göstermektedir. Bu hastaneler içerisinde ise 123.447 hekim, 21.432 diş hekimi, 114.772 hemşire, 94.443 sağlık memuru ve 50.343 ebe görev almaktadır. Araştırma evreni, hizmet alan hastaları kapsam dışında tutarak sağlık yönetici ve hekimleri göz önünde bulundurulduğunda sivil toplum kuruluşu yöneticileri de dahil olmak üzere yaklaşık olarak 50.000 sağlık yöneticisi ve 150.000 hekimden oluşan bir büyüklüğe sahiptir.

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde en önemli etken, çalışma ile ilgili *zaman ve maliyet kısıtları* olmuştur. Diğer taraftan, *belirlenen il merkezlerinde tıp fakültesi hastanelerinin bulunması, Isparta ili haricindeki diğer illerin büyükşehir olması ve bulunulan bölgeyi nüfus ve sosyoekonomik düzey açısından temsil etme* gibi parametreler, Antalya⁸³⁴, Bursa⁸³⁵, Denizli⁸³⁶, Erzurum⁸³⁷, Konya⁸³⁸, Samsun⁸³⁹,

⁸³⁴ Antalya, Türkiye Cumhuriyeti devletinin Akdeniz Bölgesinde yer alan, sosyoekonomik kriterler açısından bu bölgeyi temsil eden, turizm ve tarım konusunda öne çıkan illerden birisidir. Antalya ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Antalya İl Kültür ve Kültür Turizm Müdürlüğü, “Antalya”, <http://www.antalyakulturturizm.gov.tr/TR,66213/antalya.html>, (25.10.2013).

⁸³⁵ Bursa, Türkiye Cumhuriyeti devletinin Marmara Bölgesinde yer almakta, sosyoekonomik kriterler açısından öne çıkmaktadır. Köklü geçmişi ile tarih ve kültür kenti niteliğine sahip olan Bursa, sanayisi ile de Marmara Bölgesinin önde gelen illerinden birisidir. Bursa ili ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Bursa İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, “Bursa İli Genel Bilgiler”, <http://www.bursakulturturizm.gov.tr/TR,70228/bursa-ili-genel-bilgiler.html>, (25.10.2013).

⁸³⁶ Denizli, Türkiye Cumhuriyeti devletinin Ege Bölgesinde yer alan, sosyoekonomik kriterler açısından bu bölgeyi temsil eden, tekstil, turizm ve mermer sektörlerinde öne çıkan bir yerleşim merkezidir. Denizli ili ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Denizli Valiliği, “Ekonomi”, <http://www.denizli.gov.tr/index.php/denizli/genel-bilgiler/ekonomi>, (25.10.2013).

⁸³⁷ Erzurum, Türkiye Cumhuriyeti devletinin Doğu Anadolu Bölgesinde yer alan, sosyoekonomik kriterler açısından turizm, tarım ve hayvancılığın öne çıktığı bir yapıya sahiptir. Erzurum ili ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Erzurum İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, “Genel Bilgiler”, <http://www.erkurumkulturturizm.gov.tr/TR,56044/genel-bilgiler.html>, (25.10.2013).

⁸³⁸ Konya, Türkiye Cumhuriyeti devletinin İç Anadolu Bölgesinde yer alan, kültür turizmi, tarım ve sanayinin öne çıktığı bir iller arasında gösterilmektedir. Konya ili ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Konya Valiliği, “SosyoEkonomik Göstergeler”, http://www.konya.gov.tr/dosyalar/Konya_Sosyo-Ekonomik_Gostergeler.pdf, (15.1.2014).

⁸³⁹ Samsun, Türkiye Cumhuriyeti devletinin Karadeniz Bölgesinde yer alan, doğal tarihi ve kültürel zenginlikleri, deniz, kara, hava, demiryolu ulaşım olanakları ile bölgenin tarım ve turizm potansiyeli en

Şanlıurfa⁸⁴⁰ ve Isparta⁸⁴¹ illerinin alan araştırmasının örneklemini olarak seçilmesinde etkili olmuştur. Sonuç olarak Türkiye'nin yedi bölgesinden bölgeyi temsilen yedi il ve çalışmanın yapıldığı il olması nedeniyle de Isparta il merkezi, anket uygulama sahası olarak belirlenmiştir.

Zaman ve maliyet kısıtları esas olmak kaydıyla araştırmanın örneklemini Antalya, Bursa, Denizli, Erzurum, Konya, Samsun, Şanlıurfa ve Isparta il merkezleri içerisindeki Sosyal Güvenlik Kurumu İl Müdür ve Müdür Yardımcıları, Kamu ve Özel Hastane Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Hekimler, Hastane Müdür ve Müdür Yardımcıları, Tabipler Odası Şube Başkanları, Eczacılar Odası Şube Başkanları, Sağlık Sendika Şube Başkanları ile bu illerde sağlık hizmeti alan hastalar olarak belirlenmiştir.

Araştırma örnekleminin büyüklüğünün belirlenmesinde sağlık yöneticisi, hekim ve hasta sayısının toplamına dikkat edilmiştir. Sağlık yönetici ve hekim örneklemini %5 hata payı ve %99 güven seviyesi olmak üzere toplamda 662 kişi olarak hesaplanmıştır. Ancak araştırmanın kapsamı geniş tutularak, belirlenen iller içerisindeki sağlık yöneticisi ve hekimleri içerisinde %5'lik bir kitleye ulaşılması hedeflenmektedir. Hastalar için bu güven aralığı yaklaşık olarak 70.000.000'luk bir nüfus göz önüne alınarak %5 hata payı ve %99 güven seviyesi öngörülerek 664 kişi olarak hesaplanmıştır. Sağlık yöneticisi ve hekimleri örnekleminde olduğu gibi hastalar için de örneklem sayısı geniş kapsamlı tutulmuş ve araştırma içerisinde hastalara ulaşabilme rahatlığı da düşünülerek 800 üzerinde hastaya anket uygulanacaktır.

Araştırmada bu sürece dolaylı ya da doğrudan dahil olan paydaşlara konumları da dikkate alınarak sağlık sektöründeki dönüşümü ölçme amacıyla düzenlenmiş soru formları uygulanacaktır. Örneklem grubuna yöneltilen sorularla, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, görev vb. “bağımsız değişkenler” ile bu sürecin paydaşlarının

yüksek kentlerinden birisidir. Samsun ili ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Samsun İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, “Genel Bilgiler”, <http://www.samsunkulturturizm.gov.tr/TR,59616/genel-bilgiler.html>, (15.1.2014).

⁸⁴⁰ Şanlıurfa, Türkiye Cumhuriyeti devletinin Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yer alan, medeniyet, doğal tarih ve kültürel zenginlikler açısından köklü bir geçmişe sahip olan iller arasında yer almaktadır. Şanlıurfa ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Şanlıurfa Valiliği, “Sosyo Ekonomik Raporu”, http://www.sanliurfa.gov.tr/ortak_icerik/sanliurfa/SOSYO%20EKONOM%C4%B0K%20RAPORU%20EN%20SON.pdf, (15.1.2014)

⁸⁴¹ Isparta, Türkiye Cumhuriyeti devletinin Akdeniz Bölgesinde yer alan, Göller Bölgesinin merkezi konumunda bulunan, özellikle gül ve elma üretimi, halı sanayi gibi alanlarda öne çıkan özelliklere sahiptir. tarım ve sanayinin öne çıktığı bir iller arasında gösterilmektedir. Isparta ili ile ilgili ayrıntılı bilgi için Bkz. Isparta İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, “Isparta Hakkında”, <http://www.ispartakulturturizm.gov.tr/TR,71016/isparta-hakkinda.html>, (15.1.2014).

gerçekleştirilen uygulamalar ve değişimler hakkındaki görüşleri “bağımlı değişkenler” arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı ele alınacaktır. Böylece sağlıkta dönüşüm programının örgütsel ve hizmet sunumu anlamında sürecin paydaşları tarafından nasıl değerlendirildiği tespit edilmeye çalışılacaktır. Araştırma bulgularından toplanan verilerin analizinde, bilgisayar ortamında sosyal bilim araştırmacıları tarafından yaygın olarak kullanılan istatistik yazılımından yararlanılacaktır. Aynı zamanda alan verileri değerlendirilirken sonuçlar araştırmanın problemi ve hipotezleri doğrultusunda analiz edilip, test etmek için yapılan çapraz tablolarda “Chi-Square Test x2”i kullanılacaktır.

5.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın temeli, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Türk sağlık sektöründeki paydaşlar tarafından değerlendirilmesine ve sektör içerisinde yaşanan sorunların tespiti ve çözüm önerilerinin yapılmasına dayanmaktadır. Bu noktadan hareketle araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanmaktadır.

Hipotez 1. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, eczanelerin işleyiş ve verimlilik açısından daha iyi bir duruma ulaştığına yönelik düşünceleri arasında fark vardır.

Hipotez 2. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, hastanelerin verimlilik düzeylerinde bir artış gerçekleştiğine yönelik görüşleri arasında fark yoktur.

Hipotez 3. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin SDP ve uygulamaları hakkında halkın yeterince bilgilendirildiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.

Hipotez 4. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP uygulamalarına yönelik olumlu bulma ve destekleme düşünceleri arasında fark yoktur.

Hipotez 5. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, hastane hizmetlerine olan memnuniyet düzeyinin arttığına yönelik düşünceleri arasında fark vardır.

Hipotez 6. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP öncesinde yaşanan sorunların yeni uygulamalarla giderildiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.

Hipotez 7. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, hasta hakları uygulamalarının sağlık hizmetlerinde kalite düzeyini arttırdığına yönelik düşünceleri arasında fark vardır.

Hipotez 8. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP uygulamaları ile birlikte ilaç temininde sorun yaşanmadığına ilişkin düşünceleri arasında fark yoktur.

Hipotez 9. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP ile birlikte yeni sorunlar ortaya çıktığına yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.

Hipotez 10. Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.

Hipotez 11. Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, gelir düzeyine göre farklılık gösterir.

Hipotez 12. Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, meslek gruplarına göre farklılık gösterir.

Hipotez 13. Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir.

Hipotez 14. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, hekim seçme özgürlüğü uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark vardır.

Hipotez 15. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sağlık bilgi sistemi uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark vardır.

Hipotez 16. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sevk zinciri uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark yoktur.

Hipotez 17. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark vardır.

Hipotez 18. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumunu Kamu Hastane Birliklerine devretmesine yönelik düşünceleri arasında fark vardır.

Hipotez 19. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamuda çalışan hekimlere özel muayene yasağı uygulamasına yönelik görüşleri arasında fark vardır.

Hipotez 20. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark yoktur.

Hipotez 21. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.

Hipotez 22. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, sağlık sektöründe bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücünün oluştuğuna yönelik düşünceleri arasında fark vardır.

Hipotez 23. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, Türk sağlık sektörünü destekleyen yeni eğitim ve bilim kurumlarının oluşturulduğu ve var olanların geliştirildiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.

Hipotez 24. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun teknik ve personel yapısının, SDP ile daha da geliştirildiğine yönelik görüşleri arasında fark yoktur.

Hipotez 25. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, sağlık çalışanlarının iş yüklerinde bir artış gerçekleştiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.

Hipotez 26. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.

Hipotez 27. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir.

Hipotez 28. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, göreve göre farklılık gösterir.

Hipotez 29. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, mesleğe göre farklılık gösterir.

Hipotez 30. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde artış olduğuna yönelik görüşleri arasında fark yoktur.

Hipotez 31. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP temel bileşenleri hakkındaki görüşleri arasında fark vardır.

Hipotez 32. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP temel bileşenleri hakkındaki görüşleri, görev gruplarına göre farklılık gösterir.

Hipotez 33. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, aile hekimliği uygulamasının birinci basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek düzeyde olmasına yönelik görüşleri arasında fark vardır.

Hipotez 34. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin kamu özel ortaklığı modeli doğrultusunda gerçekleştirilen Entegre Sağlık Kampüslerine yönelik düşünceleri ile görev grupları arasında fark vardır.

Hipotez 35. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamu sağlık sigortalıların özel hastanelere gidebilmelerine yönelik görüşleri arasında fark yoktur.

Hipotez 36. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin GSS ile ilgili düşünceleri arasında fark vardır.

Hipotez 37. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin Sosyal Güvenlik Kurumu'nun oluşumuna yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.

Hipotez 38. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, Sağlık Bakanlığı-SGK işbirliği ile hasta-hastane-eczane arasındaki bağın güçlendirildiği ve geliştirildiğine yönelik düşünceleri arasında fark vardır.

Hipotez 39. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamu hastanelerinin performansa dayalı sisteme geçmelerine yönelik düşünceleri arasında fark vardır.

Hipotez 40. Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, Türk sağlık sektöründeki değişim ihtiyacı yönünden görüşleri arasında fark yoktur.

6.VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma, hazırlanan anket formlarının sağlık sektöründeki paydaşlara uygulanması süreci ile devam ettirilmiştir. Anket formlarının örneklem kapsamında yer alan kişilere uygulanması, anketörler tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte görev alacak anketörlerle görüşmeler yapılmış ve anket soruları hakkında bilgilendirme çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

Anket uygulama çalışmalarına Antalya, Bursa, Denizli, Erzurum, Isparta, Konya, Samsun, Şanlıurfa illerinde Kasım 2012’de başlanmış ve Mart 2013’de tamamlanmıştır. Örneklemin temsil ediciliğini arttırmak için örneklem içerisinde bulunan yönetici ve hekimler ile hastaların çoğunluğuna ulaşılmaya çalışılmıştır.

Araştırma kapsamında 832’si hasta ve 418’u sağlık yöneticisi ve hekim olmak üzere toplamda 1250 kişi ile görüşülmüş ve bu kişilere anket uygulanmıştır.

Araştırma kapsamında anket soru formunun uygulandığı kamu ve özel hastaneler Tablo 16’da, Sosyal Güvenlik Kurumları ve sivil toplum kuruluşları ise Tablo 17’de yer almaktadır.

Tablo 16.Verilerin Toplandığı Hastaneler

İL	HASTANE	
	KAMU	ÖZEL
ANTALYA	-Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi -Atatürk Devlet Hastanesi -Eğitim ve Araştırma Hastanesi	- Yaşam Hastanesi - Olimpos Hastanesi - Şifa Hastanesi - Medstar Hastanesi - Anadolu Hastanesi - Özel Memorial Antalya Hastanesi
BURSA	- Devlet Hastanesi - Çekirge Devlet Hastanesi - Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi	- Acıbadem Bursa Hastanesi - Bursa Vatan Hastanesi - Medical Park Bursa - Özel Bursa Anadolu Hastanesi
DENİZLİ	-Servergazi Devlet Hastanesi -Devlet Hastanesi -Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	-Özel Şifa Hastanesi -Özel Ege Hastanesi -Özel Denizli Sağlık Hastanesi -Özel Denizli Tekden Hastanesi
ERZURUM	-Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi -Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi -Palandöken Devlet Hastanesi - Erzurum Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesi	-Özel Şifa Hastanesi -Özel Buhara Cerrahi Tıp Merkezi
ISPARTA	-Isparta Devlet Hastanesi -SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi	-Özel Şifa Hastanesi -Özel Davraz Yaşam Hastanesi -Özel Isparta Hastanesi

KONYA	-Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi -Eğitim ve Araştırma Hastanesi -Beyhekim Devlet Hastanesi -Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi -Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi	-Özel Selçuklu Hastanesi -Özel Medline Hastanesi -Özel Medicana Hastanesi -Özel Büyükşehir Hastanesi
SAMSUN	-Gazi Devlet Hastanesi -19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi -Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi -Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi -Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	- Özel Medicana Hastanesi - Özel Mediva Hastanesi - Özel Medical Park Hastanesi - Özel Büyük Anadolu Hastanesi (çiftlik şube)
ŞANLIURFA	- Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Balıklıgöl Devlet Hastanesi - Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	- Özel Edessa Hastanesi - Özel Şanmed Hastanesi - Özel Urfa Medigap Hastanesi

Tablo 17.Verilerin Toplandığı Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sivil Toplum Kuruluşları

İL	SGK	STK		
		Tabip Odası	Eczacı Odası	Sendika
ANTALYA	+	+	+	- Sağlık-Sen - Türk Sağlık-Sen - SES -Tüm Sağlık Sen
BURSA	+	+	+	- Sağlık-Sen - Türk Sağlık-Sen - SES - Tüm Sağlık Sen
DENİZLİ	+	+	+	- Sağlık-Sen - Türk Sağlık-Sen - SES - Tüm Sağlık Sen
ERZURUM	+	+	+	- Sağlık-Sen - Türk Sağlık-Sen - SES - Tüm Sağlık Sen
ISPARTA	+	+	+	- Sağlık-Sen - Türk Sağlık-Sen - SES - Tüm Sağlık Sen
KONYA	+	+	+	- Sağlık-Sen - Türk Sağlık-Sen - SES - Tüm Sağlık Sen
SAMSUN	+	+	+	- Sağlık-Sen - Türk Sağlık-Sen - SES - Tüm Sağlık Sen
ŞANLIURFA	+	+	+	- Sağlık-Sen - Türk Sağlık-Sen - SES - Tüm Sağlık Sen

7. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışma kapsamında öncelikle Isparta ili içerisindeki hasta, hekim ve yöneticilerden oluşan 40 kişilik grup üzerinde pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonucunda elde edilen verilerin güvenilirlik analizleri yapılmış ve hasta anketinin Cronbach's Alpha değeri %89,52 ve yönetici ile hekim anketinin Cronbach's Alpha değeri ise %85,28 gibi yüksek bir güven aralığında olduğu görülmüştür. Bundan dolayı hazırlanmış olan anket sorularının değiştirilmeden diğer örnekler üzerinde de uygulanmasına karar verilmiştir.

Anket verilerinin analizi için SPSS 16.0 istatistik programı kullanılmıştır. Öncelikle veriler kategorize edilerek bilgisayar ortamına aktarılmış, daha sonra hasta, yönetici ve hekimler için her soruya ait frekans dağılımları hesaplanmıştır. Yukarıda sözü edilen üç grup soru için ayrı ayrı ortalama ve frekans değerleri bulunmuştur. Testler yapılmadan önce parametrik ya da nonparametrik testlerden hangisinin uygulanacağına karar verebilmek için serilerin normal dağılım gösterip göstermediğine bakılmıştır. Bu amaçla Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır. Test sonucunda serilerin anlamlılık dereceleri $p=0.00$ olarak ölçülmüştür. Dolayısıyla bu değer 0,05'ten küçük olması serilerin normal dağılıma sahip olmadıklarını göstermiş bu nedenle de nonparametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir⁸⁴².

Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına yönelik olarak hasta, yönetici ve hekimler arasında farklılık olup olmadığını ölçmek için nonparametrik testlerden, Kruskal-Wallis H Testi ve Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Ayrıca ankete katılanların yaş ve eğitim durumları bakımından eğilimlerini ölçmek için Jonkheere-Terpstra (trend analizi) testi yapılmıştır. Ek olarak hasta, yönetici ve hekimlerin SDP öncesi ve sonrası görüşlerinin değerlendirilmesine yönelik kurgulanan çapraz tablolarda Chi-Square Testi kullanılmıştır.

Ayrıca hasta, yönetici ve hekimlere uygulanan anket formunda yer alan açık uçlu sorulara verilen cevaplar kategorize edilmiş ve sıklık gösteren hususların dönüşen devlet anlayışı ile ilişkileri kurulmuştur.

⁸⁴² Kolmogorov-Smirnov Testine ek olarak verilerin normal dağılıma uygun hale getirilebilmesi için karekök ve logaritmik dönüşümü yapılmış, elde edilen yeni verilerin histogramına bakılmış, ancak verilerin yine de normal dağılmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla veriler ilk haliyle analiz sürecine tabi tutulmuş ve nonparametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

8.ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Alan araştırması, anket sorularının hazırlanması ve anket soru formlarının hasta, yönetici ve hekimlere uygulanması aşamalarını içermektedir.

Anketlerden elde verilerin öncelikle demografik değişkenlere göre dağılımları incelenmiş, daha sonra frekans dağılımları hesaplanmış, farklılıkları ölçmek için de nonparametrik testler yapılmıştır.

Tablo 18.Hastalara Ait Demografik Özellikler

YAŞ	18-25 arası		26-35 arası		36-45 arası		46-55 arası		56 ve üzeri	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	116	14,2	256	31,3	260	31,7	108	13,2	78	9,5
EĞİTİM	İlköğretim		Lise		Ön lisans		Lisans		Lisansüstü	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	56	6,9	444	54,6	179	22	110	13,5	24	3
CİNSİYET	Bayan		Erkek							
	N	%	N	%						
	338	40,6	494	59,4						
MESLEK	Memur		Esnaf		İşçi		Emekli		Diğer	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	166	20	117	14,1	296	35,7	124	15	129	15,2

Ankete katılan hastaların demografik özellikleri Tablo 18’de gösterilmiştir. Tablodaki verilere göre araştırma kapsamında görüşülen hastaların %59,4’ü erkek, %40,6’sı da bayandır. Ayrıca hastaların %38,5’inin yükseköğrenim gördüğü ve %45,5’inin de 35 yaş ve altında olduğu tespit edilmiştir. Ankete katılan hastaların mesleklerine göre dağılımına bakıldığında ise %35’lik bir oranla işçilerin öne çıktığı görülmektedir. Diğer kategorisinde ise serbest meslek, ev hanımı ve öğrenciler çoğunluğu oluşturmaktadır.

Tablo 19.Hastaların İllere Göre Dağılımı

İL	Antalya		Bursa		Denizli		Erzurum		Isparta		Konya		Samsun		Şanlıurfa	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	110	13,2	105	12,6	80	9,6	101	12,1	94	11,3	119	14,3	100	12,0	123	14,8

Araştırma, Türkiye'nin 7 coğrafi bölgesinden seçilen illere ek olarak çalışmanın yürütüldüğü yer olması sebebiyle Isparta ili de dahil olmak üzere 8 il merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların illere göre dağılımına bakıldığında en fazla katılımın Şanlıurfa, Konya, Antalya illerinden olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 19).

Tablo 20.Yönetici ve Hekimlere Ait Demografik Özellikler

YAŞ	18-25 arası		26-35 arası		36-45 arası		46-55 arası		56 ve üzeri	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	4	1	46	11,7	175	44,6	146	37,2	21	5,4
EĞİTİM	İlköğretim		Lise		Önlisans		Lisans		Lisansüstü	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	-	-	7	1,7	28	6,9	158	38,9	213	52,5
CİNSİYET	Bayan		Erkek							
	N	%	N	%						
	95	22,7	323	77,3						
MESLEK	Hekim		Yönetici		Diğer					
	N	%	N	%	N	%				
	164	39,3	225	54,0	28	6,7				

Ankete katılan yönetici ve hekimlerin demografik özellikleri Tablo 20'de gösterilmiştir. Tabloya göre yönetici ve hekimlerin %77,3'ü erkek, %22,7'si de bayandır. Ayrıca yönetici ve hekimlerin %98,3'ünün yükseköğrenim gördüğü, %87,2'sinin 36 ve üzeri yaş grubuna dahil olduğu ve de %39,3'ünün hekim, %54'ünün de yönetici olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 21.Yönetici ve Hekimlerin Görevlerine ve İllere Göre Dağılımı

GÖREV	Müdür		Müdür Yardımcısı		Başhekim		Başhekim Yardımcısı		Tabip Odası Başkanı		Eczacı Odası Başkanı		Sendika Şube Başkanı		Diğer	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	74	17,7	124	29,7	46	11	79	18,9	5	1,2	5	1,2	14	3,3	71	17
İL	Antalya		Bursa		Denizli		Erzurum		Isparta		Konya		Samsun		Şanlıurfa	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	59	14,1	49	11,7	60	14,4	33	7,9	35	8,4	71	17	46	11	65	15,6

Ankete katılan yönetici ve hekimlerin görevlerine ve görev yaptıkları illere göre dağılımı Tablo 21’de gösterilmiştir. Tabloya göre anket çalışmasına katılan kişiler arasında %47,4 ile Müdür ve Müdür Yardımcıları ilk sırada yer almaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu Müdür ve Müdür Yardımcıları ile Hastanelerin Müdür ve Müdür Yardımcılarından oluşmaktadır. Göreve göre dağılımda ikinci sırada %29,9’luk bir oranla Başhekim ve Başhekim Yardımcıları yer almaktadır. Sivil toplum kuruluşlarından tabip odası, eczacı odası ve sendikalarından katılan yöneticilerin oranı ise, %5,7’dir. Tablo 21’deki bilgilere göre araştırma kapsamında görüşülen kişilerin %77,3’ü kamu ve özel kesimi; % 5,7’si (24) ise sivil toplum kuruluşlarını temsil özelliğine sahiptir. Kamu ve özel kesimin ayırımına bakıldığında ise, araştırma kapsamında görüşülen kamu ve özel kesim temsilcilerinin %74’üne yakınının (240) kamu kesiminde; %36’sına yakınının (83) ise özel kesimde yer aldığı hesaplanmıştır.

8.1.Hastalara Ait Frekans Analizi Bulguları

Bu başlık altında Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi Türk sağlık sektörü, Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Bileşenleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamaları ve SDP Sonrası Sağlık Hizmetleri konularında hastalara uygulanan anketlerden elde edilen frekans dağılımları incelenmektedir.

Hastalara, Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi Türk sağlık sektörü konusunda 2 adet soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları⁸⁴³ Tablo 22’de verilmektedir.

Tablo 22. Hastaların Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türk Sağlık Sektörüne Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	Frekans (%)
1.	Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003 yılı) öncesinde sağlık sektöründe aşağıdakilerden hangisi/hangilerinde sorun yaşamaktaydınız?	
a)	Hizmet kalitesi	71,0
b)	Hasta hakları	70,1
c)	Hekim	65,7
d)	İlaç temini	63,9
e)	Sigorta işlemleri	63,6
f)	Hizmete ulaşım	57,3
g)	Maliyet yüksekliği	54,8
h)	Hastane personeli	48,1
ı)	Diğer	7,7
	GENEL ORTALAMA	55,8
2.	Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003 yılı) öncesinde Türk sağlık sektöründe bir değişim ihtiyacı var mıydı?	
	Evet: % 96,9	Hayır: % 3,1

Araştırmaya katılan hastalar, 2003 yılı öncesinde Türk sağlık sektöründe çeşitli sorunlar yaşandığını düşünmektedir. Bu sorun alanlarından en fazla öne çıkanları ise hizmet kalitesi ve hasta haklarıdır. Araştırmaya katılan hastaların %71’i hizmet kalitesinde sorunlar yaşandığını düşünmektedir. Ayrıca hasta haklarında da sorunlar yaşandığını düşünenlerin oranı da %70,1’dir. Hastaların, SDP öncesinde yaşanan sorunlara ilişkin genel ortalaması ise %55,8’dir. Bu durum SDP öncesinde hem hizmet kalitesi hem de hasta hakları açısından önemli sorunların yaşandığını ortaya koymakta ve kavramsal çerçevede belirtilen hizmet sunumu bağlamındaki sorunlarla uyumluluk göstermektedir. Dolayısıyla araştırmaya katılan hastalar, SDP öncesinde sağlık hizmet sektöründe sorunlar yaşadıklarını düşünmektedir.

Araştırma kapsamında hastalara, “Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003 yılı) öncesinde Türk sağlık sektöründe bir değişim ihtiyacı var mıydı?” sorusu yöneltilmiş ve hastaların tamamına yakınının (%96,9) değişim ihtiyacının bulunduğunu düşündüğü

⁸⁴³ Frekans değerleri, anket soru formundaki katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yönündeki cevapların toplamından oluşmaktadır.

görülmüştür. Bu sonuç, hastaların Türk sağlık sektörünün reform uygulamalarına önemli ölçüde ihtiyacı olduğunu bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Hastalara, Sağlıkta Dönüşüm Programı temel bileşenleri konusunda 12 adet soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları Tablo 23'te verilmektedir.

Hastaların büyük çoğunluğu (%83,2), aile hekimliği uygulamasının, Sağlık Ocağı sisteminden farklı olduğunu ifade etmiştir. Aile hekimliği uygulamasını, ilk basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterlilikte olduğunu düşünen hastaların oranı ise %84,9'dur. Bu sonuçlar, Sağlıkta Dönüşüm Programının temel bileşenlerinden birisi olan aile hekimliği uygulamasının hastalar tarafından olumlu karşılandığını göstermektedir.

Tablo 23. Hastaların Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	Ortalama	Standart Sapma	Frekans (%)
1.	Aile hekimliği uygulamasının, Sağlık Ocağı sisteminden farklı olduğunu düşünüyorum.	3,90	1,099	83,2
2.	Aile hekimliği uygulaması, ilk basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterliliktedir.	3,93	0,980	84,9
3.	Uygulanması düşünülen sevk zinciri sistemi, faydalı bir uygulama olacaktır.	3,71	1,125	71,2
4.	Kamu (Devlet-SSK) hastanelerin birleştirilmesi, sağlık hizmet alımını (muayene olmak, doktora ulaşmak vb.) kolaylaştırmıştır.	4,04	0,868	87,2
5.	Genel Sağlık Sigortası, toplumun tamamının sigortalı olması açısından olumlu ve faydalı bir uygulamadır.	4,18	0,864	89,9
6.	Hastanelerde hasta hakları biriminin kurulması, sağlık hizmetlerinde kalite artışını sağlamıştır.	3,99	0,850	86,3
7.	Hastalara tanınan hekim seçme uygulaması faydalı bir değişikliktir.	4,23	0,773	92,8
8.	Kamu sağlık sigortalarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı), Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilmesi olumlu ve faydalı bir uygulamadır.	4,05	0,902	82,8
9.	Kamu hastanelerinin performans dayalı sisteme geçmeleri (hekimlerin baktıkları hasta başına döner sermayeden pay almaları), olumlu bir değişikliktir.	3,07	1,257	47,2
10.	Hasta-hekim-eczane arasındaki işlemler kolaylaştırılmış ve hızlandırılmıştır.	4,09	0,824	89,4
11.	Sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulaması (hastanelerde ve ilaçtan alınan), yerinde ve olması gereken bir uygulamadır.	2,60	1,339	34,5
12.	Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilerek bu görevi Kamu Hastane Birliklerine devretmesi olumlu bir değişikliktir.	3,68	1,023	66,7
	GENEL ORTALAMA			76,3

Hastaların önemli bir bölümü (%71,2), SDP kapsamında uygulanması düşünülen sevk zinciri sisteminin faydalı bir uygulama olacağı kanaatini taşımaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların büyük bölümü (%87,2), kamu (devlet-SSK) hastanelerinin birleştirilmesinin, sağlık hizmet alımını kolaylaştırdığını ifade etmiştir.

Hastaların önemli bir bölümü (%89,9), Genel Sağlık Sigortası'nı, toplumun tamamının sigortalı olması açısından olumlu ve faydalı bir uygulama olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların büyük bir kesimi (%86,3), hastanelerde hasta hakları biriminin kurulmasının sağlık hizmetlerinde kalite artışını sağladığını ifade ederken, aynı zamanda hekim seçme uygulamasının da sistem açısından faydalı olduğunu belirtmişlerdir.

SDP kapsamındaki önemli değişikliklerden birisi olan kamu sağlık sigortalarının Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmesi, hastaların büyük bir bölümü (%82,8) tarafından olumlu ve faydalı bir değişiklik olarak ifade edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %89,4'ü, SDP ile birlikte sağlık sektöründeki hasta-hekim-eczane arasındaki işlemlerin kolaylaştırıldığını ve hızlandırıldığını düşünmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilerek bu görevi Kamu Hastane Birliklerine devretmesine temkinli ya da diğer bir deyişle kararsız yaklaştığı gözlenmektedir.

Sağlık sektöründe SDP ile birlikte gündeme gelen uygulamalardan olan performans sistemine araştırmaya katılan hastaların yarıdan fazlasının (52,8) bakış açısı olumlu değildir. Diğer bir deyişle hastalar, kamu hastanelerinin performansına dayalı sisteme geçmelerini (hekimlerin baktıkları hasta başına döner sermayeden pay almalarını), desteklememektedir.

SDP kapsamında gerçekleştirilen ve araştırmaya katılan hastaların olumsuz bir bakış açısına sahip olduğu uygulamalardan bir diğeri, hastalardan alınan katılım paylarıdır. Hastaların önemli bir bölümü (%65,5) sosyal güvenlik sistemi içerisinde hastanelerde ve ilaçtan alınan muayene katılım payı uygulamasını yerinde ve olması gereken bir uygulama olarak görmemektedir.

Araştırmaya katılan hastaların, Sağlıkta Dönüşüm Programının temel bileşenlerine yönelik verdiği yanıtların ortalaması ise %76,3 olarak hesaplanmıştır.

Genel olarak ifade edilecek olursa, Tablo 23'deki veriler incelendiğinde, sosyal güvenlik alanındaki katılım payı uygulaması ve performans sistemi dışındaki diğer SDP bileşenlerine yönelik hastaların önemli bir kesiminin olumlu yaklaştığı ve dönüşüm programı uygulamalarından memnun oldukları gözükmemektedir.

Tablo 24. Hastaların Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	Ortalama	Standart Sapma	Frekans (%)
1.	Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hayatımıza giren uygulamalar			
a)	Aile hekimliği	4,40	1,051	84,9
b)	Genel sağlık sigortası	4,56	0,861	89,4
c)	Sağlık bilgi sistemi	4,26	1,021	79,7
d)	Hekim seçme özgürlüğü	4,48	0,907	88,5
e)	Hasta haklarına yönelik düzenlemeler	4,32	0,926	83,8
f)	Kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi	4,18	1,070	77
g)	Hizmet sunumunda kamu/özel ayrımının giderilmesi	4,17	1,123	75,4
	GENEL ORTALAMA			82,67
2.	2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve uygulamaları hakkında bilginiz var mı?			
	Evet: % 52,2	Hayır: % 47,8		

Hastalara, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları konusunda 2 adet soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları Tablo 24'de verilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların büyük bir bölümü, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hayata geçirilen uygulamaları önemli gördüklerini ifade etmişlerdir. Uygulamalar içerisinde en önemli görülenler sırasıyla, Genel Sağlık Sigortası (%89,4), Hekim Seçme Özgürlüğü (%88,5), aile hekimliği (84,9) ve hasta haklarına yönelik düzenlemeler (%83,8) şeklinde belirlenmiştir. Hastaların SDP kapsamındaki uygulamalara yönelik verdiği yanıtların ortalaması ise %82,67 olarak hesaplanmıştır. Bu verilerden araştırmaya katılan hastaların özellikle genel sağlık sigortası ve hasta hakları konularına çok önem verdiği gözlemlenmektedir. Dolayısıyla araştırmaya katılan hastaların genel olarak SDP uygulamalarının önemli olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastalara SDP ve uygulamaları hakkında bilgisi olup olmadığı sorulmuştur. Hastaların sadece %52,2'si SDP ve uygulamaları hakkında bilgisi olduğunu belirtmiştir. Bu durum, önemli bir reform projesi olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hastalara ya da diğer bir deyişle vatandaşlara yeterince anlatılamadığını göstermektedir. Diğer bir deyişle araştırmaya katılan hastaların yarısına yakını (%47,8), SDP ve uygulamaları hakkında bilgisi olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 25.Hastaların SDP Sonrası Sağlık Hizmetlerine Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	Ortalama	Standart Sapma	Frekans (%)
1.	Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde önemli bir artış sağlanmıştır.	4,06	0,812	87,7
2.	Hastaların hastane hizmetlerine olan memnuniyet düzeyi artmıştır.	3,96	0,879	83,0
3.	Hastalar, ilaç temin etmekte sorun yaşamamaktadır.	3,96	1,034	83,7
4.	Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin kalite düzeyini arttırmıştır.	4,03	0,844	87,5
5.	Kamu hastanelerinde çalışan hekimlere Tam Gün Yasası ile getirilen özel muayene yasağı, hizmet alımını olumlu yönde etkilemiştir.	3,66	1,143	66,3
6.	Kamu sağlık sigortalı-SGK'lı-(SSK, Bağ-KUR, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gidebilmeleri olumlu bir değişikliktir.	4,22	0,813	90
7.	Yatan hastaların her türlü ilaç ve tıbbi hizmet ihtiyacının hastane tarafından karşılanması faydalı ve olumlu bir değişikliktir.	4,20	0,840	89,5
	GENEL ORTALAMA			83,9

Hastalara, SDP sonrası sağlık hizmetleri konusunda 7 adet soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları Tablo 25'de verilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların büyük bir bölümü (%90), kamu sağlık sigortalı-SGK'lı hastaların, doğrudan özel hastanelere gidebilmelerini olumlu bir değişiklik olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Hastaların %89,5'i, yatan hastaların her türlü ilaç ve tıbbi hizmet ihtiyacının hastane tarafından karşılanması uygulamasını faydalı ve olumlu bir değişiklik olarak görmektedir. Aynı zamanda SDP ile birlikte sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde önemli bir artış sağlandığını düşünen hastaların oranı %87,7, SDP'nin sağlık hizmetlerinin kalite düzeyini arttırdığını düşünen hastaların oranı ise %87,5 olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla araştırmaya katılan hastalar, genel olarak SDP uygulamaları ile birlikte sağlık hizmetlerinde kalite

düzeyinin arttığını düşünmektedir. Hastane hizmetlerine olan memnuniyet düzeyinin arttığını ifade eden hastaların oranı %83 olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla araştırmaya katılan hastalar, genel olarak hastane hizmetlerine olan memnuniyet düzeyinin arttığını düşünmektedir. İlaç temin etmekte sorun yaşamadıklarını ifade eden hastaların oranı ise %83,7 olarak ortaya çıkmıştır. Diğer bir deyişle araştırmaya katılan hastalar, genel olarak SDP uygulamaları ile birlikte ilaç temin etmekte sorun yaşamadıklarını düşünmektedir. SDP sonrası sağlık hizmetleri ile ilgili sorulardan hastalar tarafından en az olumlu görüleni ise %66,3'lük bir oranla kamu hastanelerinde çalışan hekimlere Tam Gün Yasası ile getirilen özel muayene yasağıdır.

Tablo 26.Hastaların SDP Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	Ortalama	Standart Sapma	Frekans (%)
1.	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını tanıtmak amacıyla halkı bilinçlendirme ve iletişim çalışmaları gerçekleştirilmiştir.	3,68	1,050	71,6
2.	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını olumlu buluyorum ve destekliyorum.	4,14	0,854	89,0
3.	Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde yaşanan sorunlar, yeni uygulamalarla giderilmiştir.	3,91	0,951	80,1
4.	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları sonrasında Türk sağlık sektöründe ortaya çıkan yeni sorunlar var mıdır?			
	Evet: % 44,8	Hayır: % 55,2		

Hastalara, SDP ile ilgili genel görüşleri konusunda 4 adet soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları Tablo 26'da verilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %71.6'sı, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını tanıtmak amacıyla halkı bilinçlendirme ve iletişim çalışmalarının gerçekleştirildiğini ifade etmişlerdir.

Hastaların büyük bir bölümü (%89), Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını olumlu bulduğunu ve desteklediğini belirtmiştir. Buna paralel olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde yaşanan sorunların, yeni uygulamalarla giderildiğini düşünen hastaların oranı ise % 80,1 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların, genel olarak SDP öncesinde yaşanan sorunların yeni uygulamalarla giderildiğini düşündükleri söylenilebilir.

Araştırmaya katılan hastaların yarıdan fazlası (%55,2), Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları sonrasında Türk sağlık sektöründe ortaya çıkan yeni sorunların

olmadığını düşündüklerini söylemiştir. Bir başka deyişle araştırmaya katılan hastaların, SDP ile birlikte yeni sorunların ortaya çıktığını düşündükleri görülmektedir.

Araştırma kapsamında hastalara Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı destekleyip desteklemedikleri de sorulmuştur. Bu konudaki yanıtlar incelendiğinde hastaların yaklaşık %89'unun Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı olumlu buldukları ve destekledikleri sonucuna ulaşılmıştır.

8.2.Yönetici ve Hekimlere Ait Frekans Analizi Bulguları

Bu başlık altında Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi Türk sağlık sektörü, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Bileşenleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamaları, SDP Kapsamlı Kurumsal ve Yönetimsel Değişiklikler ve SDP Sonrası Sağlık Hizmetleri konularına göre hastalara uygulanan anketlerden elde edilen frekans dağılımları incelenmektedir.

Yönetici ve hekimlere, SDP öncesi Türk sağlık sektörü konusunda 2 adet soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları Tablo 27'de verilmektedir.

Tablo 27.Yönetici ve Hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türk Sağlık Sektörüne Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	Frekans (%)
1.	Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türk sağlık sektöründe aşağıdaki sorunlardan hangileri yaşanmaktaydı?	
a)	Mali (Finansman)	63,2
b)	Hizmet Kalitesi	62,0
c)	Teknik Altyapı (Bilgi-Veri)	60,0
d)	Yönetim ve Örgütlenme	58,1
e)	Strateji, Politika ve Planlama	56,7
f)	Hizmete Ulaşılabilirlik	51,9
g)	Personel (İnsan Kaynakları)	47,6
h)	Mevzuat	43,5
ı)	Kaynak Kullanımı	40,7
i)	Diğer	2,6
	GENEL ORTALAMA	48,63
2.	Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türk sağlık sektöründe bir değişim ihtiyacı var mıydı?	
	Evet: % 98,1	Hayır: % 1,9

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimler, SDP öncesinde Türk sağlık sektöründe çeşitli sorunlar yaşandığını ifade etmişlerdir. Bu sorun alanlarından öne çıkanları, Mali (Finansman) (%63,2), Hizmet Kalitesi (%62), Teknik Altyapı (Bilgi-Veri) (%60), Yönetim ve Örgütlenme (%58,1), Strateji, Politika ve Planlama (%56,7), Hizmete Ulaşılabilirlik (%51,9) ve Personel (İnsan Kaynakları) (%47,6) olarak belirlenmiştir. Yönetici ve hekimlerin, SDP öncesi Türk sağlık sektöründe yaşanan sorunlara ilişkin ortalaması ise %48,63 olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla araştırmaya katılan yönetici ve hekimler, SDP öncesinde sağlık sektöründe sorunlar olduğunu düşünmektedir. Yönetici ve hekimlerin, SDP öncesi Türk sağlık sektörünün sorunlarına ilişkin görüş ve düşüncelerinin, kavramsal çerçevede belirtilen yönetim ve örgütlenme, finansman, hizmet sunumu ve insan kaynakları alanlarında yoğunlaştığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin tamamına yakını (%98,1), SDP öncesinde Türk sağlık sektörünün değişime ihtiyacı olduğu yönünde görüş belirtmiştir. Bu oran, hastaların bu konu hakkındaki görüş ve düşüncelerine paralel olarak SDP öncesinde sağlık sektöründe her anlamda ciddi bir reform ihtiyacının olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

Yönetici ve hekimlere, Sağlıkta Dönüşüm Programı konusunda 4 adet soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları Tablo 28’de verilmektedir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimler, Sürekli Kalite Gelişimi (%70,6), Sürdürülebilirlik (%52,9) ile İnsan Merkezilik (%51,9) ilkelerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde kendisini en fazla hissettiren üç ilke olarak sıralamıştır. Bu ilkelerin dışında Hizmette Rekabet (%50,7) ve Katılımcılık (%25,8) öne çıkan diğer ilkeler olarak görülmektedir. Bu sonuçlar, hastaların hizmet sunumu sürecindeki kalite düzeyinin yükseldiğine yönelik düşüncelerini test etmektedir. Aynı zamanda bu sonuçlar, SDP sürecindeki hizmet sunumunun yeni kamu yönetimi düşüncesine paralel olarak kalite odaklı bir doğrultuda ilerlediğini de simgelemektedir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimler, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık sektöründe Fiziksel Donanım (Yatak, Oda, Hastane vb.) (%83,5), Cihaz (%66,7), Personel (%45,2) ve Hekim (%34) unsurlarında sayısal bir artış olduğunu ifade etmiştir. Bu durum, kavramsal çerçevede ifade edilen hastane ve yatak sayısındaki artışa yönelik sonucu test eden bir gösterge olarak kabul edilebilir.

Tablo 28.Yönetici ve Hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programına Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	N	Frekans (%)
1.	Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde kendisini en fazla hissettiren üç ilke hangisidir?		
a)	Sürekli Kalite Gelişimi	295	70,6
b)	Sürdürülebilirlik	221	52,9
c)	İnsan Merkezilik	217	51,9
d)	Hizmette Rekabet	212	50,7
e)	Katılımcılık	108	25,8
f)	Desantralizasyon	80	19,1
g)	Güçler Ayrılığı	75	17,9
h)	Uzlaşmacılık	60	14,4
i)	Gönüllülük	38	9,1
	GENEL ORTALAMA	145	34,7
2.	Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık sektöründeki unsurlardan hangisi ya da hangilerinde sayısal bir artış olduğunu düşünüyorsunuz?	N	Frekans (%)
a)	Fiziksel Donanım (Yatak, Oda, Hastane vb.)	349	83,5
b)	Cihaz	279	66,7
c)	Personel	189	45,2
d)	Hekim	142	34
e)	Diğer	17	4,1
	GENEL ORTALAMA	195	46,7
3.	Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında herhangi bir eğitim (hizmet içi, toplantı, seminer vb.) aldınız mı?		
	Evet: 49,2	Hayır: 50,8	
4.	Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bilgi aldığınız kaynaklar nelerdir?	N	Frekans (%)
a)	Medya	211	50,5
b)	Sosyal Güvenlik Kurumu	177	42,3
c)	Bakanlık	176	42,1
d)	Sağlık Müdürlüğü	151	36,1
e)	Diğer	22	5,3
	GENEL ORTALAMA	147	35,2

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin yarısına yakını (%49,2), Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında herhangi bir eğitim (hizmet içi, toplantı, seminer vb.) aldıklarını ifade etmiştir. Bu noktada dikkat çekilmesi gereken noktalardan birisi de, SDP hakkında yönetici ve hekimlerin yeterli düzeyde bilgilendirilmedikleri gerçeğidir. Bu bilgilerden, Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulama sürecinde özellikle kavramsallaşma aşaması ve sonrasında yönetici ve hekimlerin süreç hakkında yeterince bilgilendirilmediği sonucuna ulaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimler, Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında en çok bilgi aldıkları kaynakları, Medya (%50,5), Sosyal Güvenlik Kurumu (%42,3), Sağlık Bakanlığı (%42,1) ve Sağlık Müdürlüğü (%36,1) şeklinde belirtmiştir.

Yönetici ve hekimlere, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları konusunda 7 adet soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları Tablo 29’da verilmektedir.

Tablo 29.Yönetici ve Hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	Ortalama	Standart Sapma	Frekans (%)
1.	Aile hekimliği	3,97	1,262	73,6
2.	Genel sağlık sigortası	4,41	0,984	85,1
3.	Sağlık bilgi sistemi	4,10	1,071	78,2
4.	Hekim seçme özgürlüğü	4,14	1,042	81,6
5.	Hasta haklarına yönelik düzenlemeler	4,00	1,059	75
6.	Kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi	3,86	1,159	67,1
7.	Hizmet sunumunda kamu/özel ayrımının giderilmesi	3,86	1,223	64,1
	GENEL ORTALAMA			74,95

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin büyük bir bölümü (%74,95), Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hayata geçirilen uygulamaları önemli gördüklerini ifade etmişlerdir. Uygulamalar içerisinde en önemli görülenler sırasıyla, Genel Sağlık Sigortası (%85,1), Hekim Seçme Özgürlüğü (%81,6), Sağlık Bilgi Sistemi (%78,2), Hasta Haklarına Yönelik Düzenlemeler (%75) ve Aile Hekimliği (%73,6) şeklinde belirlenmiştir. Yönetici ve hekimlerin, SDP kapsamındaki uygulamalara yönelik verdiği yanıtların ortalaması ise %74,95 olarak hesaplanmıştır. Bu verilerden araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin özellikle genel sağlık sigortası, hasta hakları ve sağlık bilgi sistemi konularına çok önem verdiği gözlemlenmektedir. Dolayısıyla araştırmaya katılan yönetici ve hekimler, hastaların bu yöndeki algısına paralel olarak SDP uygulamalarının önemli olduğunu düşünmektedir.

Yönetici ve hekimlere, Sağlıkta Dönüşüm Programı temel bileşenleri konusunda 10 adet soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları Tablo 30’da verilmektedir.

Yönetici ve hekimlerin büyük çoğunluğu (%91,8), herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortasının, hizmet sunumu kapsamında olumlu bir uygulama olduğunu belirtmişlerdir.

Yönetici ve hekimlerin büyük bir bölümü (%87,5), sağlık sektöründe hasta-hekim-hastane ilişkisini kayıt altına alan sağlık bilgi sisteminin oluşturulduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 30.Yönetici ve Hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	Ortalama	Standart Sapma	Frekans (%)
1.	Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan vazgeçerek, sağlık hizmetini planlayan, düzenleyen, koordine eden ve denetleyen bir yapıya geçişi, sağlık sektöründe olumlu bir değişiklik olacaktır.	3,71	1,245	74,7
2.	Aile hekimliği uygulaması, ilk basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterliliktedir.	3,23	1,141	58,9
3.	Etkili ve kademeli sevk zinciri, olumlu ve faydalı bir uygulama olacaktır.	3,86	0,934	82,2
4.	Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, hizmet sunumu kapsamında olumlu bir uygulamadır.	4,23	0,887	91,8
5.	Sağlıkta e-dönüşüm kapsamında hasta-hekim-hastane ilişkisini kayıt altına alan sağlık bilgi sistemi kurulmuştur.	3,94	0,732	87,5
6.	Kamu hastaneleri idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüşmektedir.	3,64	1,027	70,6
7.	Sağlık sektöründe bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü ortaya çıkarılmıştır.	3,01	1,201	48,2
8.	Türk sağlık sektörünü destekleyen yeni eğitim ve bilim kurumları oluşturulmuş ve var olanlar geliştirilmiştir.	3,41	1,029	61,2
9.	Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon çalışmalarının başlatılması, Türk sağlık sektöründeki hizmet kalitesini arttırmıştır.	3,93	0,802	84,7
10.	Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu'nun kurulması, Türk sağlık sektöründeki ilaç ve cihaz piyasası açısından faydalı bir gelişmedir.	4,07	0,780	86,2
	GENEL ORTALAMA			74,6

Yönetici ve hekimlerden önemli bir kesim (%86,2), Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu'nun kurulmasını, Türk sağlık sektöründeki ilaç ve cihaz piyasası açısından faydalı bir gelişme olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %84,7'si, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon çalışmalarının başlatılmasının, Türk sağlık sektöründeki hizmet kalitesini arttırdığını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %82,2'si, etkili ve kademeli sevk zincirinin, sağlık sektöründe olumlu ve faydalı bir uygulama olacağını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerden %74,7'si, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan vazgeçerek, sağlık hizmetini planlayan, düzenleyen, koordine eden ve denetleyen bir yapıya geçişinin, sağlık sektöründe olumlu bir değişiklik olacağını ifade etmiştir. Bununla bağlantılı olarak yöneltilen kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüşmekte olduğu konusunda ise yönetici ve hekimlerin %70,6'sı olumlu yönde fikir beyan etmişlerdir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerden aile hekimliği uygulamasının, ilk basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterlilikte olduğunu düşünenlerin oranı %58,9'dur. Bu durum yönetici ve hekimlerin, diğer temel bileşenlere oranla aile hekimliği uygulamasının ilk basamak tedavi ihtiyaçlarının karşılanması konusunda yeterli düzeyde görülmediğinin bir göstergesi olarak ele alınabilir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin diğer bileşenlere kıyasla çok olumlu bir algı içerisinde olmadıkları konulardan birisi, sağlık insan gücüdür. Araştırma kapsamında ifade edilen “sağlık sektöründe bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü ortaya çıkarılmıştır” fikri, yönetici ve hekimlerin yarısından daha az bir kesim (%48,2) tarafından olumlu karşılanmıştır. Bu durum, sağlık sektöründeki insan gücünün SDP kapsamında istenilen düzeyde olmadığına bir göstergesi olarak düşünülebilir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerine yönelik verdiği yanıtların ortalaması, %74,6 olarak hesaplanmıştır. Bu oran, SDP temel bileşenlerinin yönetici ve hekimlerin üçte ikisine yakın bir bölümü tarafından olumlu algılandığını ve desteklendiğini ortaya çıkarmaktadır. Bu bilgiler ışığında araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, hastaların bu yöndeki algılarına paralel bir şekilde SDP temel bileşenleri hakkında genel hatlarıyla olumlu düşündüğü görülmektedir.

Yönetici ve hekimlere, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleştirilen kurumsal-yönetimsel yapıdaki değişiklikler konusunda 15 adet soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları Tablo 31'de verilmektedir.

Tablo 31.Yönetici ve Hekimlerin SDP Kapsamındaki Kurumsal-Yönetisel Yapıdaki Değişikliklere İlişkin Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	Ortalama	Standart Sapma	Frekans (%)
1.	Kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliklerinin artırılması, sağlık sektörünü yönetsel ve mali açıdan olumlu etkilemektedir.	3,45	1,047	63,9
2.	Kamu (Devlet-SSK) hastanelerin birleştirilmesi, sağlık hizmet sunumunu kolaylaştırmıştır.	4,20	0,821	91,6
3.	Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kurumları arasında tesislerin ortak kullanımı için yapılan protokol, sağlık sektörü açısından olumlu bir gelişmedir.	4,20	0,741	89,7
4.	Hastanelerde hasta hakları biriminin kurulması, sağlık hizmetlerinde kalite artışını sağlamıştır.	3,83	0,887	82,5
5.	Hastalara tanınan hekim seçme uygulaması, hizmet sunumu açısından faydalı bir değişikliktir.	4,00	0,820	89,2
6.	Kamu sağlık sigortalarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı), Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilmesi, sağlık sektörü açısından faydalı olmuştur.	4,27	0,805	92
7.	Kamu hastanelerinde çalışan hekimlere “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”la getirilen özel muayene yasağı, sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumları olumlu yönde etkilemiştir.	3,47	1,387	63,2
8.	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, sağlık sektöründe hizmet sunumu sürecini olumlu yönde değiştirecektir.	3,63	1,026	69,9
9.	Sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulaması (hastanelerde ve ilaçtan alınan), yerinde ve olması gereken bir uygulamadır.	3,40	1,196	63
10.	Sağlık Bakanlığı’nın hizmet sunumundan çekilerek bu görevi Kamu Hastane Birliklerine devretmesi olumlu bir değişikliktir.	3,64	1,113	69,4
11.	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile her ilde Halk Sağlığı Müdürlükleri’nin oluşturulması, faydalı bir kurumsal değişikliktir.	3,60	0,918	68
12.	Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile birlikte yapılan Entegre Sağlık Kampüsleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinlik ve verimliliği sağlayacak bir projedir.	3,70	0,896	71,3
13.	Sosyal Güvenlik Kurumu’nun teknik ve personel yapısı, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile daha da geliştirilmiştir.	3,42	1,013	60,7
14.	Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde iyi işleyen bir Sosyal Güvenlik Bilgi Sistemi oluşturulmuştur.	3,85	0,923	75,4
15.	Sağlık Bakanlığı-Sosyal Güvenlik Kurumu işbirliği ile hasta-hastane-eczane arasındaki bağ güçlendirilmiş ve geliştirilmiştir.	3,86	0,777	82,1
	GENEL ORTALAMA			75,4

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %69,9’u, Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında yeni oluşturulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun sağlık sektöründe hizmet sunumu sürecini olumlu yönde değiştireceğini ifade etmişlerdir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile her ilde Halk Sağlığı Müdürlükleri’nin oluşturulmasını, faydalı bir

kurumsal değişiklik olarak gören yönetici ve hekimlerin oranı ise %68 şeklinde hesaplanmıştır. Bir başka kurumsal değişiklik olarak ortaya konulan Kamu Hastane Birlikleri ile ilgili olarak yöneltlen “Sağlık Bakanlığı’nın hizmet sunumundan çekilerek bu görevi Kamu Hastane Birliklerine devretmesi olumlu bir değişikliktir” sorusuna olumlu cevap veren yönetici ve hekimlerin oranı %69,4 olarak ortaya çıkmıştır.

Yönetici ve hekimlerin %63,9’u, kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliklerinin artırılmasının, sağlık sektöründe yönetsel ve mali açıdan olumlu etkilediğini düşünmektedir. Bu sonuçlar, yönetici ve hekimlerin, Sağlık Bakanlığı’nın merkez ve taşra teşkilatındaki yapısal ve işlevsel değişikliklere yönelik görüş ve düşüncelerinin çok olumlu olmadığı yönünde değerlendirmeleri beraberinde getirmektedir. Yönetici ve hekimlerin, hastalara nazaran Bakanlık yapısının dönüşümü ile ilgili olarak farkındalıklarının daha yüksek olduğu ve sürece daha çekimser yaklaştıkları söylenilebilir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %71,3’ü, Kamu Özel Ortaklığı modeli ile birlikte yapılan Entegre Sağlık Kampüslerinin, sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinlik ve verimliliği sağlayacak bir proje olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin tamamına yakını (%92), kamu sağlık sigortalarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı), Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilmesinin, sağlık sektörü açısından faydalı bir değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir.

Yönetici ve hekimlerin yine tamamına yakını (%91,6), kamu (Devlet-SSK) hastanelerin birleştirilmesinin, sağlık hizmet sunumunu kolaylaştırdığını belirtmişlerdir. Yönetici ve hekimlerin %89,7’si, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kurumları arasında tesislerin ortak kullanımı için yapılan protokolün, sağlık sektörü açısından olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimler, hasta hakları konusunda yapılan değişiklikler konusunda olumlu bir bakış açısına sahiptirler. Yönetici ve hekimlerin %89,2’si, hastalara tanınan hekim seçme uygulamasının, hizmet sunumu açısından faydalı bir değişiklik olarak görmektedir. Ayrıca hastanelerde hasta hakları biriminin kurulmasının, sağlık hizmetlerinde kalite artışı sağladığını düşünen yönetici ve hekimler oranı ise %82,5 şeklinde hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %82,1'i, Sağlık Bakanlığı-Sosyal Güvenlik Kurumu işbirliği ile hasta-hastane-eczane arasındaki bağı güçlendirildiği ve geliştirildiğine dair düşüncelerini ifade ederlerken; Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde iyi işleyen bir Sosyal Güvenlik Bilgi Sisteminin oluşturulduğunu belirtenlerin oranı ise %75,4 olarak gerçekleşmiştir. Yönetici ve hekimlerin %60,7'si ise Sosyal Güvenlik Kurumu'nun teknik ve personel yapısının, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile daha da geliştirildiğini ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %63,2'si, kamu hastanelerinde çalışan hekimlere "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"la getirilen özel muayene yasağının, sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumları olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulamasını (hastanelerde ve ilaçtan alınan), yerinde ve olması gereken bir uygulama olarak gören yönetici ve hekimlerin oranı ise %63 olarak hesaplanmıştır. Hastaların bu konu hakkındaki görüş ve düşünceleri ile yönetici ve hekimlerin düşünceleri arasında bir uyumluluk olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleştirilen kurumsal-yönetimsel yapıdaki değişiklikler konusunda verdiği yanıtların ortalaması ise %75,4 olarak ortaya çıkmıştır.

Yönetici ve hekimlere, SDP sonrası Türk sağlık hizmetleri konusunda 19 adet soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları Tablo 32'de verilmektedir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin tamamına yakını (%94,4), yatan hastaların her türlü ilaç ve tıbbi hizmet ihtiyacının hastane tarafından karşılanmasını faydalı ve olumlu bir değişiklik olarak gördüklerini beyan etmişlerdir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimler büyük bir bölümü (%89,4), kamu sağlık sigortalı-SGK'lı- (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gidebilmelerinin sağlık hizmeti sunumunda olumlu bir değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 32.Yönetici ve Hekimlerin SDP Sonrası Sağlık Hizmetlerine Yönelik Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	Ortalama	Standart Sapma	Frekans (%)
1.	Kamu (Devlet-SSK) hastanelerinin birleştirilmesi, kamu hastanelerindeki hasta sayısını artırmıştır.	3,75	1,027	73,3
2.	Aile hekimliği uygulaması ile hastanelere müracaat eden hasta sayısında azalma gerçekleşmiştir.	2,48	1,121	26,7
3.	Aile hekiminden sevk alarak hastaneye başvuran hasta sayısı artmıştır.	2,51	1,039	24,5
4.	Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde önemli bir artış sağlanmıştır.	4,03	0,797	87,4
5.	Sağlık çalışanlarının iş yüklerinde bir artış gerçekleşmiştir.	3,83	0,962	78,5
6.	Hastanelerin hizmet sunma süreçlerinde iyileşme gerçekleşmiştir.	3,94	0,885	85
7.	Hastanelerin verimlilik düzeylerinde bir artış gerçekleşmiştir.	3,91	0,890	82,6
8.	Hastalar, hastanede sunulan hizmetlerden memnundur.	3,75	0,797	72,6
9.	Kamu hastanelerinin performansa dayalı sisteme geçmeleri, hizmet sunumunda olumlu bir etki yaratmıştır.	3,46	1,135	68,6
10.	Sağlık hizmetlerindeki bürokratik işlemlerde azalma meydana gelmiştir.	3,50	1,095	65,9
11.	Eczaneler, işleyiş ve verimlilik açısından daha iyi bir duruma ulaşmıştır.	3,84	0,804	80,2
12.	Kamu sağlık sigortalı-SGK'lı- (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gidebilmeleri sağlık hizmeti sunumunda olumlu bir değişikliktir.	4,17	0,843	89,4
13.	Hastalara tanınan hekim seçme uygulaması, hizmet sunumu açısından faydalı bir değişikliktir.	4,00	0,820	89,2
14.	Hastalar, ilaç temin etmekte sorun yaşamamaktadır.	4,17	0,873	86,7
15.	Kamu hastanelerinde çalışan hekimlere “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”la getirilen özel muayene yasağı, sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumları olumlu yönde etkilemiştir.	3,47	1,387	63,7
16.	Hastanelerde hasta hakları biriminin kurulması, hizmet sunumu sürecinde kalite artışını sağlamıştır.	3,83	0,887	82,5
17.	Yatan hastaların her türlü ilaç ve tıbbi hizmet ihtiyacının hastane tarafından karşılanması faydalı ve olumlu bir değişikliktir.	4,25	0,643	94,4
18.	Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmıştır.	2,79	1,193	34,4
19.	Sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulaması (hastanelerde ve ilaçtan alınan), yerinde ve olması gereken bir uygulamadır.	3,40	1,196	63
	GENEL ORTALAMA			70,9

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerden %87,4'ü, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde önemli bir artış sağlandığını belirtmişler. Bu duruma paralel olarak sağlık hizmetlerindeki bürokratik işlemlerde azalma meydana geldiğini düşünen yönetici ve hekimlerin oranı ise %65,9 olarak gerçekleşmiştir.

Hastaların, ilaç temin etmekte sorun yaşamadıklarını ifade eden yönetici ve hekimlerin oranı ise %86,7 olarak hesaplanmıştır.

Hastanelerin hizmet sunma süreçlerinde iyileşme gerçekleştiğini düşünen yönetici ve hekimlerin oranı %85 şeklinde gerçekleşirken; hastanelerin verimlilik düzeylerinde bir artış gerçekleştiğini düşünenlerin oranı ise %82,6 olarak hesaplanmıştır. Bu bilgilerden hareketle araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, genel olarak SDP uygulamaları ile birlikte hastane şartlarının iyileştiğini düşündüğü söylenilebilir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %82,5'i, hastanelerde hasta hakları biriminin kurulmasının, hizmet sunumu sürecinde kalite artışı sağladığını düşünmektedir. Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %89,2'si, hastalara tanınan hekim seçme uygulamasının, hizmet sunumu açısından faydalı bir değişiklik olduğu yönünde fikir beyan etmişlerdir. Bu bilgilerden hareketle, araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, SDP kapsamında hasta haklarındaki gelişmelere olumlu yaklaştığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %80,2'si, eczanelerin, işleyiş ve verimlilik açısından daha iyi bir duruma ulaştığı yönünde fikir beyan etmişlerdir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin önemli bir bölümü (%78,5), SDP ile birlikte sağlık çalışanlarının iş yüklerinde bir artış gerçekleştiğini düşünmektedir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerden %73,3'ü, kamu (Devlet-SSK) hastanelerinin birleştirilmesinin, kamu hastanelerindeki hasta sayısını arttırdığını ifade etmişlerdir. Hastaların, hastanede sunulan hizmetlerden memnun olduğunu düşünen yönetici ve hekimlerin oranı ise %72,6 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %68,6'sı, kamu hastanelerinin performansa dayalı sisteme geçmelerinin, hizmet sunumunda olumlu bir etki yarattığını ifade etmişlerdir.

Yönetici ve hekimlerin %63'ü, sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulamasını (hastanelerde ve ilaçtan alınan), yerinde ve olması gereken bir uygulama olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Sağlık hizmetlerindeki kamu hastanelerinde çalışan hekimlere özel muayene yasağı olarak da isimlendirilen düzenlemeyi, araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin

%63,7'si bu durumun sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumları olumlu yönde etkilediğini ifade etmişlerdir.

Yönetici ve hekimlerin çok büyük bir bölümü (%73,3), aile hekimliği uygulaması ile hastanelere müracaat eden hasta sayısında azalma gerçekleştiği düşüncesine katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu duruma paralel olarak aile hekiminden sevk alarak hastaneye başvuran hasta sayısının arttığını düşünen yönetici ve hekimlerin oranı ise %24,5 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %34,4'ü, Sağlıkta Dönüşüm Programının, sağlık hizmetlerinin maliyetini azalttığını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Dolayısıyla araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın, sağlık hizmetlerinde maliyetleri azaltmadığını düşündükleri görülmüştür. Diğer bir deyişle yönetici ve hekimlerin büyük bir bölümü, bu konuda maliyetlerin yükseldiği noktasında fikir beyan etmişlerdir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, SDP sonrası Türk sağlık hizmetleri konulu sorulara verdikleri yanıtların ortalaması ise %70,9 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 33.Yönetici ve Hekimlerin SDP Görüşlerine Ait Frekans Dağılımları

NO	SORULAR	Ortalama	Standart Sapma	Frekans (%)
1.	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını tanıtmak amacıyla halkı bilinçlendirme ve iletişim çalışmaları gerçekleştirilmiştir.	3,63	0,905	72,8
2.	Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen pilot uygulamalar faydalı olmuştur.	3,57	0,873	65,7
3.	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını olumlu buluyorum ve destekliyorum.	3,95	0,948	82,4
4.	Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sektöründe yaşanan sorunlar, yeni uygulamalarla giderilmiştir.	3,70	1,085	71,8
5.	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları sonrasında Türk sağlık sektöründe ortaya çıkan yeni sorunlar var mıdır?			
	Evet: % 78,8			Hayır: % 21,2
6.	Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki sağlık hizmetlerindeki gelişmeleri, gelişmiş ülkelerin sağlık kriterlerine göre değerlendiriniz.			
	Yeterli: %49,8			Yetersiz: %50,2

Yönetici ve hekimlere, Sağlıkta Dönüşüm Programı konusunda 6 tane soru yöneltilmiştir. Anket verilerinden elde edilen frekans dağılımları Tablo 33'te verilmektedir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin %72,8'i, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını tanıtmak amacıyla halkı bilinçlendirme ve iletişim çalışmalarının gerçekleştirildiği yönünde fikir beyan etmişlerdir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen pilot uygulamaların faydalı olduğunu düşünen yönetici ve hekimlerin oranı ise %65,7'dir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin önemli bir bölümü (%82,4), Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını olumlu bulduğunu ve desteklediğini belirtmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sektöründe yaşanan sorunların, yeni uygulamalarla giderildiğini düşünen yönetici ve hekimlerin oranı %71,8 olarak gerçekleşmiştir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları sonrasında Türk sağlık sektöründe ortaya çıkan yeni sorunlar var mıdır?” sorusuna yönetici ve hekimlerin büyük bir bölümü (%78,8) evet yanıtını vermişlerdir. Bu sonuç doğrultusunda araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, SDP ile birlikte yeni sorunlar ortaya çıktığını düşündükleri tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin yaklaşık olarak yarısı (%50,2), Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki gerçekleşen gelişmelerin, gelişmiş ülkelerin sağlık kriterlerine göre yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durum kavramsal çerçevede ortaya konulan istatistiklere paralel bir sonuca işaret etmektedir.

8.3.Demografik Faktörlere Göre Gruplar Arası Karşılaştırmalar

Demografik faktörler bakımından hastalar ile yönetici ve hekimlere yönelik yapılan yönelik H testi sonuçları aşağıdaki gibidir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları arasında anket sorularına verilen yanıtlar bakımından anlamlı bir farklılık olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları ile yaşa bağlı bir eğilim olup olmadığının (trend analizi) tespit edilebilmesi için yapılan Jonckheere-Terpstra (J-T) Testinin⁸⁴⁴ yer aldığı Tablo 34'te gruplar arasında anlamlı farklılıklar olmadığı görülmüştür.

⁸⁴⁴ A. Field, *Discovering Statistics Using SPSS*, Secon Edition, Sage Publication, London, 2005, p. 553.

Tablo 34.Hastaların SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Yaş Yönünden Karşılaştırılması

	Yaş	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	Asymp. Sig. ⁸⁴⁵	Jonckheere-Terpstra Test
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	18-25 arası	112	379,82	6,406	0,171	0,062
	26-35 arası	250	378,78			
	36-45 arası	256	415,79			
	46-55 arası	103	432,85			
	56 ve üzeri	76	391,35			

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenleri bakımından yaş grupları arasında anlamlı farklılıklar oluşmamıştır. Hastaların yaşlarının artışı, Sağlıkta Dönüşüm Programı algısını kısmen yükseltirken, bu durum hem J-T testi sonucunun $p=0,062$ hem de Asymp.Sig değerinin $p=0,171$ olması dolayısıyla istatistiksel açıdan anlamlı bir sonucu oluşturmamıştır. Dolayısıyla “araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir” şeklindeki Hipotez 13, reddedilmiştir.

Tablo 35.Hastaların SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Eğitim Yönünden Karşılaştırılması

	Eğitim	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	Asymp. Sig.	Jonckheere-Terpstra Test
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	İlköğretim	51	485,28	21,466	0,001	0,189
	Lise	437	407,89			
	Önlisans	175	395,23			
	Lisans	106	321,76			
	Yüksek Lisans	21	370,17			
	Doktora	3	260,17			

Araştırmaya katılan hastaların eğitim seviyesi grupları ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerine yönelik algı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 35). Hastaların, SDP temel bileşenlerine yönelik düşünceleri eğitim düzeylerine göre değişebileceği söylenilebilir. Bundan dolayı “araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir” şeklindeki Hipotez 10 kabul edilmiştir. Ancak ortalamalar göz önüne alındığında ortaya çıkan anlamlı farklılığın trend oluşturacak düzeyde gerçekleşmediği görülmektedir.

⁸⁴⁵ Asymp. Sig değeri p değerini ifade etmektedir.

Tablo 36.Hastaların SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Meslek Yönünden Karşılaştırılması

	Meslek	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	Asymp. Sig.	Jonckheere-Terpstra Test
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	Memur	164	417,57	15,218	0,033	0,053
	Esnaf	116	386,56			
	İşçi	284	426,89			
	Emekli	121	411,64			
	Serbest	38	348,21			
	Ev Hanımı	34	353,22			
	Öğrenci	47	324,32			
	Çiftçi	2	185,25			

Araştırmaya katılan hastaların meslek grupları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerine yönelik algı kapsamında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 36). Bundan dolayı “araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, meslek gruplarına göre farklılık gösterir” şeklindeki Hipotez 12 kabul edilmiştir. Hastaların meslek grupları, SDP algısının farklılaştığını göstermektedir. Tablo 36 incelendiğinde meslek grupları içerisinde işçilerin, memurların ve emeklilerin SDP algısının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 37.Hastaların SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Gelir Grupları Yönünden Karşılaştırılması

	Gelir(TL)	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	Asymp. Sig.
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	0-1000	234	329,99	14,329	0,002
	1001-3000	439	394,48		
	3001-5000	65	382,15		
	5001 ve üzeri	6	317,83		

Araştırmaya katılan hastaların gelir grupları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerine yönelik algı kapsamında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 37). Bundan dolayı “araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, gelir düzeyine göre farklılık gösterir” şeklindeki Hipotez 11 kabul edilmiştir. Hastaların gelir grupları, SDP algısının farklılaştığını göstermektedir. Tablo 37 incelendiğinde gelir grupları içerisinde 1001-3000 ve 3001-5000 aralığında gelire sahip olan hastaların, SDP algısının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Gelir grupları açısından en düşük SDP algısı, 5001 ve üzeri gelire sahip olanlarda ortaya çıkmıştır.

Ancak gelir grupları yönünden bahsedilen anlamlı farklılığın, trend oluşturacak şekilde oluşmadığı görülmektedir.

Tablo 38.Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Eğitim Yönünden Karşılaştırılması

	Eğitim	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	Asymp. Sig.
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	Lise	7	130,57	8,676	0,070
	Önlisans	25	168,92		
	Lisans	154	204,92		
	Yüksek Lisans	125	208,41		
	Doktora	81	176,32		

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin eğitim seviyesi grupları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerine yönelik algı kapsamında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Bkz. Tablo 38). Bundan dolayı "araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir" şeklindeki Hipotez 26 kabul edilmemiştir. Yönetici ve hekimlerin eğitim düzeyi bakımından en yüksek SDP algısı, Lisans ve Yüksek Lisans mezunlarına aittir. En düşük SDP algısının ise Lise ve Önlisans mezunlarına ait olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 39.Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Yaş Yönünden Karşılaştırılması

	Yaş	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	Asymp. Sig.	Jonckheere-Terpstra Test
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	18-25 arası	3	145,67	6,482	0,166	0,878
	26-35 arası	45	171,60			
	36-45 arası	168	198,16			
	46-55 arası	143	193,64			
	56 ve üzeri	20	143,45			

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin yaş grupları arasında anket sorularına verilen yanıtlar bakımından anlamlı bir farklılık olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları ile yaşa bağlı bir eğilim olup olmadığının (trend analizi) tespit edilebilmesi için yapılan Jonckheere-Terpstra (J-T) Testinin yer aldığı Tablo 39'da gruplar arasında anlamlı farklılıklar olmadığı görülmüştür. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenleri bakımından yaş grupları arasında anlamlı

farklılıklar oluşmamıştır. Yönetici ve hekimlerin yaşlarının artışı, Sağlıkta Dönüşüm Programı algısını kısmen yükseltirken, bu durum hem J-T testi sonucunun $p=0,878$, hem de Asymp.Sig değerinin $P=0,166$ olması dolayısıyla istatistiksel açıdan anlamlı bir sonucu oluşturmamıştır. Bu sonuçlardan hareketle “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir” şeklindeki Hipotez 27, reddedilmiştir.

Tablo 40.Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Meslek Yönünden Karşılaştırılması

	Meslek	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	Asymp. Sig.
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	Hekim	153	178,90	35,405	0,000
	Yönetici	193	202,89		
	Diğer	22	62,14		

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin meslek grupları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programının temel bileşenlerine yönelik algı kapsamında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 40). Bundan dolayı “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, mesleğe göre farklılık gösterir” şeklindeki Hipotez 29 kabul edilmiştir. Yönetici ve hekimlerin meslek grupları arasında, SDP algısının farklılaştığı görülmektedir. Tablo 40 incelendiğinde meslek grupları içerisinde yöneticilerin SDP algısının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 41.Yönetici ve Hekimlerin SDP Temel Bileşenlerine Yönelik Görüşlerinin Görev Yönünden Karşılaştırılması

	Görev	Sayı	Ortalama Rank	Kruskal-Wallis H	Asymp. Sig.	Jonckheere-Terpstra Test
SDP TEMEL BİLEŞENLERİ	Müdür	71	167,99	43,324	0,000	0,020
	Müdür Yard.	123	185,83			
	Başhekim	44	166,64			
	Başhekim Yardımcısı	78	182,98			
	Tabip Odası Başkanı	4	28,25			
	Eczacı Odası Başkanı	4	57,88			
	Sendika Şube Başkanı	14	39,89			

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin görev grupları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programının temel bileşenlerine yönelik algı kapsamında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 41). Bundan dolayı “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, göreve göre farklılık gösterir” şeklindeki Hipotez 28 kabul edilmiştir.

Yönetici ve hekimlerin görev grupları, SDP algısının farklılaştığını göstermektedir. Tablo 41 incelendiğinde görev grupları içerisinde SDP algısının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu kişiler, Başhekim Yardımcıları, Müdür Yardımcıları, Müdür ve Başhekim şeklinde hesaplanmıştır. Bu noktada en düşük algı, Tabip Odası Başkanları, Sendika Şube Başkanları ve Eczacı Odası Başkanlarına aittir. Diğer bir ifadeyle sivil toplum kuruluşu yöneticileri dışındaki paydaşların sağlık sektöründeki reformlara yönelik algılarının nispeten daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Ayrıca bu sonuç, kavramsal çerçeve içerisinde ulusal örgütlerden TTB, TEB ve Sendikaların SDP ve uygulamaları hakkındaki eleştirel görüşlerini destekler nitelik arz etmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların SDP öncesinde sağlık sektöründe yaşanan sorun/sorun alanlarının, SDP kapsamındaki uygulamalar sonrasında ne derece giderildiğine yönelik yanıtlarına ilişkin çapraz test uygulaması yapılmıştır (Bkz. Tablo 42).

Tablo 42.Hastaların SDP Sonrası Sorunların Giderilmesine Yönelik Yanıtlarına İlişkin Çapraz Test Sonuçları

		Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde yaşanan sorunlar, yeni uygulamalarla giderilmiştir.					Toplam
		1	2	3	4	5	
Hizmete ulaşım	Sayı	9	25	29	290	123	476
	%	1,9%	5,3%	6,1%	60,9%	25,8%	100,0%
Hizmet kalitesi	Sayı	19	39	53	335	144	590
	%	3,2%	6,6%	9,0%	56,8%	24,4%	100,0%
İlaç temini	Sayı	6	22	22	341	140	531
	%	1,1%	4,1%	4,1%	64,2%	26,4%	100,0%
Hekim	Sayı	8	21	35	347	135	546
	%	1,5%	3,8%	6,4%	63,6%	24,7%	100,0%
Maliyet yüksekliği	Sayı	6	23	27	272	127	455
	%	1,3%	5,1%	5,9%	59,8%	27,9%	100,0%
Hastane personeli	Sayı	10	24	28	244	93	399
	%	2,5%	6,0%	7,0%	61,2%	23,3%	100,0%
Hasta hakları	Sayı	11	27	47	351	146	582
	%	1,9%	4,6%	8,1%	60,3%	25,1%	100,0%
Sigorta işlemleri	Sayı	7	30	37	331	123	528
	%	1,3%	5,7%	7,0%	62,7%	23,3%	100,0%
Diğer	Sayı	3	2	1	32	25	63
	%	4,8%	3,2%	1,6%	50,8%	39,7%	100,0%

Hastalardan SDP öncesinde hizmete ulaşım konusunda sorun var diyenlerin %86,7'si, hizmet kalitesi konusunda sorun var diyenlerin %81,2'si, ilaç temini konusunda sorun var diyenlerin %90,6'sı, hekim konusunda sorun var diyenlerin %88,3'ü, maliyet yüksekliği konusunda sorun var diyenlerin %87,7'si, hastane personeli konusunda sorun var diyenlerin %84,5'i, hasta hakları konusunda sorun var diyenlerin %85,6'sı, sigorta işlemleri konusunda sorun var diyenlerin %86'sı ve son olarak diğer konularda sorun var diyenlerin %90,5'i SDP uygulamaları ile birlikte SDP öncesinde yaşanan sorunların giderildiğini düşünmektedir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, SDP öncesinde sağlık sektöründe yaşanan sorun/sorun alanlarının, SDP kapsamındaki uygulamalar sonrasında ne derece giderildiğine yönelik yanıtlarına ilişkin çapraz test uygulaması yapılmıştır (Bkz. Tablo 43).

Tablo 43.Yönetici ve Hekimlerin SDP Sonrası Sorunların Giderilmesine Yönelik Yanıtlarına İlişkin Çapraz Test Sonuçları

		Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde yaşanan sorunlar, yeni uygulamalarla giderilmiştir.					Toplam
		1	2	3	4	5	
Yönetim ve Örgütlenme	Sayı	10	19	29	137	48	243
	%	4,1%	7,8%	11,9%	56,4%	19,8%	100,0%
Mali (Finansman)	Sayı	11	21	22	138	70	262
	%	4,2%	8,0%	8,4%	52,7%	26,7%	100,0%
Personel (insan Kaynakları)	Sayı	12	18	26	86	56	198
	%	6,1%	9,1%	13,1%	43,4%	28,3%	100,0%
Strateji, Politika ve Planlama	Sayı	11	24	24	112	65	236
	%	4,7%	10,2%	10,2%	47,5%	27,5%	100,0%
Hizmete Ulaşılabilirlik	Sayı	13	25	25	111	41	215
	%	6,0%	11,6%	11,6%	51,6%	19,1%	100,0%
Hizmet Kalitesi	Sayı	14	29	37	137	39	256
	%	5,5%	11,3%	14,5%	53,5%	15,2%	100,0%
Teknik Altyapı	Sayı	14	23	32	116	64	249
	%	5,6%	9,2%	12,9%	46,6%	25,7%	100,0%
Mevzuat	Sayı	10	19	19	99	35	182
	%	5,5%	10,4%	10,4%	54,4%	19,2%	100,0%
Kaynak Kullanımı	Sayı	8	22	19	80	39	168
	%	4,8%	13,1%	11,3%	47,6%	23,2%	100,0%
Diğer	Sayı	2	2	1	4	1	10
	%	20,0%	20,0%	10,0%	40,0%	10,0%	100,0%

Yönetici ve hekimler, SDP öncesinde yönetim ve örgütlenme konusunda sorun var diyenlerin %76,2'si, mali (finansman) konusunda sorun var diyenlerin %79,4'ü, personel (insan kaynakları) konusunda sorun var diyenlerin %71,7'si, strateji, politika ve planlama konusunda sorun var diyenlerin %75'i, hizmete ulaşılabilirlik konusunda sorun var diyenlerin %70,7'i, hizmet kalitesi konusunda sorun var diyenlerin %68,7'si, teknik altyapı konusunda sorun var diyenlerin %72,3'ü, mevzuat konusunda sorun var diyenlerin %73,6'sı, kaynak kullanımı konusunda sorun var diyenlerin %70,8'i ve son olarak diğer konularda sorun var diyenlerin %50'si SDP uygulamaları ile birlikte SDP öncesinde yaşanan sorunların giderildiğini düşünmektedir.

8.4. Gruplar Arası Karşılaştırma Testleri

Araştırma kapsamında hasta, yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili yanıtlarının karşılaştırılmasına yönelik analizler yapılmıştır. İlk karşılaştırma, Sağlıkta Dönüşüm Programı temel bileşenlerine yöneliktir (Bkz. Tablo 44).

Tablo 44.Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Bileşenleri Yönünden Hastalar ile Yönetici ve Hekimlerin Görüşlerinin Karşılaştırılması

Grup	Sayı	Ortalama Rank	Mann Whitney U	Asymp. Sig.
Hastalar	784	598,76	154247,500	0,505
Yönetici ve Hekimler	403	584,75		

Hastalar ile yönetici ve hekimlerin görüşleri, SPD temel bileşenleri yönünden karşılaştırılmıştır (Bkz. Tablo 44). Mann Whitney U testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyi ($p=0,505$) olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre hastalar ile yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerine yönelik görüşleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Bu nedenle “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP temel bileşenleri hakkındaki görüşleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 31 reddedilmiştir.

Tablo 45.Değişim İhtiyacı Yönünden Hastalar ile Yönetici ve Hekimlerin Görüşlerinin Karşılaştırılması

Grup	Sayı	Ortalama Rank	Mann Whitney U	Asymp. Sig.
Hastalar	817	617,82	166816,000	0,250
Yönetici ve Hekimler	413	610,91		

Hastalar ile yönetici ve hekimlerin görüşleri, Türk sağlık sektöründeki değişim ihtiyacı yönünden karşılaştırılmıştır (Bkz. Tablo 45). Mann Whitney U testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyi ($p=0,250$) olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre hastalar ile yönetici ve hekimlerin Türk sağlık sektörünün değişim ihtiyacına yönelik görüşleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Dolayısıyla

“araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, Türk sağlık sektöründeki değişim ihtiyacı yönünden görüşleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 40 kabul edilmiştir.

Tablo 46.Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamaları Yönünden Hastalar ile Yönetici ve Hekimlerin Yanıtlarının Karşılaştırılması

Soru	Gruplar	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	Asymp. Sig.
Aile Hekimliği	Hekim-Yönetici	408	527,87	131936,00	0,000
	Hasta	829	663,85		
	Toplam	1237			
Genel Sağlık Sigortası	Hekim-Yönetici	407	584,58	1,549	0,003
	Hasta	830	635,88		
	Toplam	1237			
Sağlık Bilgi Sistemi	Hekim-Yönetici	401	576,23	1,505	0,004
	Hasta	827	633,06		
	Toplam	1228			
Hekim Seçme Özgürlüğü	Hekim-Yönetici	406	526,82	1,313	0,000
	Hasta	828	661,96		
	Toplam	1234			
Hasta Hakları	Hekim-Yönetici	405	541,92	1,373	0,000
	Hasta	828	653,72		
	Toplam	1233			
Kamu Sağlık Kurumlarının Birleştirilmesi	Hekim-Yönetici	409	550,59	141345,00	0,000
	Hasta	829	653,50		
	Toplam	1238			
Hizmet Sunumunda Kamu Özel Ayrımının Giderilmesi	Hekim-Yönetici	410	559,31	145062,50	0,000
	Hasta	829	650,02		
	Toplam	1239			
Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, hizmet sunumu kapsamında olumlu bir uygulamadır.	Hekim-Yönetici	416	642,59	1,639	0,119
	Hasta	828	612,41		
	Toplam	1244			
Aile hekimliği uygulaması, birinci basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterliliktedir.	Hekim-Yönetici	414	481,30	1,134	0,000
	Hasta	832	694,26		
	Toplam	1246			
Etkili ve kademeli sevk zinciri, olumlu ve faydalı bir uygulama olacaktır.	Hekim-Yönetici	413	645,60	1,616	0,074
	Hasta	830	610,25		
	Toplam	1243			
Kamu (Devlet-SSK) hastanelerin birleştirilmesi, sağlık hizmet sunumunu kolaylaştırmıştır.	Hekim-Yönetici	416	664,66	1,547	0,001
	Hasta	828	601,32		
	Toplam	1244			
Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilerek bu görevi Kamu Hastane Birliklerine devretmesi olumlu bir değişikliktir.	Hekim-Yönetici	413	624,69	1,703	0,842
	Hasta	830	620,66		
	Toplam	1243			

Kamu sağlık sigortalarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı), Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilmesi, sağlık sektörü açısından faydalı olmuştur.	Hekim-Yönetici	413	681,40	1,477	0,000
	Hasta	832	594,01		
	Toplam	1245			
Sağlık Bakanlığı-Sosyal Güvenlik Kurumu işbirliği ile hasta-hastane-eczane arasındaki bağ güçlendirilmiş ve geliştirilmiştir.	Hekim-Yönetici	413	549,30	1,414	0,000
	Hasta	830	658,17		
	Toplam	1243			
Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını tanıtmak amacıyla halkı bilinçlendirme ve iletişim çalışmaları gerçekleştirilmiştir.	Hekim-Yönetici	413	600,76	1,626	0,110
	Hasta	829	631,83		
	Toplam	1242			
Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde önemli bir artış sağlanmıştır.	Hekim-Yönetici	412	610,54	1,665	0,359
	Hasta	831	627,68		
	Toplam	1243			
Hastalar, hastanede sunulan hizmetlerden memnundur.	Hekim-Yönetici	410	550,27	1,414	0,000
	Hasta	829	654,49		
	Toplam	1239			
Kamu hastanelerinin performans dayalı sisteme geçmeleri, hizmet sunumunda olumlu bir etki yaratmıştır.	Hekim-Yönetici	412	695,79	1,408	0,000
	Hasta	831	585,41		
	Toplam	1243			
Kamu sağlık sigortalı-SGK'lı- (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gidebilmeleri sağlık hizmeti sunumunda olumlu bir değişikliktir.	Hekim-Yönetici	413	608,76	1,659	0,306
	Hasta	830	628,59		
	Toplam	1243			
Hastalara tanınan hekim seçme uygulaması, hizmet sunumu açısından faydalı bir değişikliktir.	Hekim-Yönetici	415	553,94	1,436	0,000
	Hasta	830	657,53		
	Toplam	1245			
Hastalar, ilaç temin etmekte sorun yaşamamaktadır.	Hekim-Yönetici	412	662,83	1,531	0,001
	Hasta	828	599,44		
	Toplam	1240			
Kamu hastanelerinde çalışan hekimlere "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"la getirilen özel muayene yasağı, sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumları olumlu yönde etkilemiştir.	Hekim-Yönetici	412	605,13	1,642	0,209
	Hasta	832	631,10		
	Toplam	1244			
Hastanelerde hasta hakları biriminin kurulması, hizmet sunumu sürecinde kalite artışını sağlamıştır.	Hekim-Yönetici	415	578,11	1,536	0,000
	Hasta	829	644,72		
	Toplam	1244			
Yatan hastaların her türlü ilaç ve tıbbi hizmet ihtiyacının hastane tarafından karşılanması faydalı ve olumlu bir değişikliktir.	Hekim-Yönetici	412	617,47	1,693	0,753
	Hasta	830	623,50		
	Toplam	1242			
Sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulaması (hastanelerde ve ilaçtan alınan), yerinde ve olması gereken bir uygulamadır.	Hekim-Yönetici	414	760,62	1,150	0,000
	Hasta	831	554,44		
	Toplam	1245			
Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını olumlu buluyorum ve destekliyorum.	Hekim-Yönetici	414	577,07	1,530	0,000
	Hasta	830	645,16		
	Toplam	1244			

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sektöründe yaşanan sorunlar, yeni uygulamalarla giderilmiştir.	Hekim-Yönetici	413	584,76	1,560	0,004
	Hasta	831	641,26		
	Toplam	1244			
Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları sonrasında Türk sağlık sektöründe ortaya çıkan yeni sorunlar var mıdır?	Hekim-Yönetici	404	461,87	1,048	0,000
	Hasta	783	662,17		
	Toplam	1187			
Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türk sağlık sektöründe değişim ihtiyacı var mıydı?	Hekim-Yönetici	413	610,91	166816,00	0,250
	Hasta	817	617,82		
	Toplam	1230			

Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları yönünden hastalar ile yönetici ve hekimlerin yanıtlarının karşılaştırılması yapılmıştır (Bkz. Tablo 46). Bu sonuçlar incelendiğinde, hastalar ile yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına yönelik görüşleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklara rastlanmıştır.

Tablo 46'ya göre aile hekimliği, genel sağlık sigortası, sağlık bilgi sistemi, hekim seçme özgürlüğü, hasta hakları, kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi ve hizmet sunumunda kamu özel ayrımının giderilmesi başta olmak üzere birçok uygulama hakkında hastalar ile yönetici ve hekimlerin görüşleri arasında farklılıklar tespit edilmiştir.

Hastalar ile yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları yönündeki görüşleri bağlamında farklılıklardan birisi, aile hekimliği ile ilgilidir. Aile hekimliği uygulaması ile ilgili soruya verilen yanıtların anlamlılık düzeyi ($p=0,000$) olarak gerçekleşmiştir. Diğer bir ifadeyle hastalar ile yönetici ve hekimler aile hekimliği uygulaması noktasında farklı görüşlere sahiptirler. Hastaların aile hekimliğine ilişkin algılarının yönetici ve hekimlere nazaran daha yüksek olduğu görülmektedir. “Aile hekimliği uygulaması, birinci basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterliliktedir” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, anlamlılık düzeyinin $p=0,000$ olduğu sonucuna ulaşılmakta ve hastalar, aile hekimliği uygulaması konusunda yönetici ve hekimlere oranla daha olumlu bakmaktadır. Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, aile hekimliği uygulamasının birinci basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek düzeyde olmasına yönelik görüşleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 33, kabul edilmiştir.

Hastalar ile yönetici ve hekimlerin, etkili ve kademeli sevk zincirinin olumlu ve faydalı bir uygulama olacağına yönelik soruya ilişkin yanıtları arasında istatistiksel

açından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p=0,074$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sevk zinciri uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 16, kabul edilmektedir.

Hastalar ile yönetici ve hekimlerin Sağlık Bakanlığı’nın hizmet sunumundan çekilerek bu görevi Kamu Hastane Birliklerine devretmesine ilişkin görüşleri arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,842$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, Sağlık Bakanlığı’nın hizmet sunumunu Kamu Hastane Birliklerine devretmesine yönelik görüşleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 18, reddedilmiştir.

Hastalar ile yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları yönündeki görüşleri bağlamında farklılıklardan birisi, Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile ilgilidir. Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile ilgili soruya verilen yanıtların anlamlılık düzeyi ($p=0,003$) olarak gerçekleşmiştir. Diğer bir ifadeyle hastalar ile yönetici ve hekimler GSS uygulaması noktasında benzer görüşlere sahiptirler. Bununla birlikte GSS ile ilgili hastaların algılarının yönetici ve hekimlere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin GSS ile ilgili düşünceleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 36, kabul edilmiştir. Bu konuyla ilgili “herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, hizmet sunumu kapsamında olumlu bir uygulamadır” sorusunun analiz sonuçları incelendiğinde ise anlamlılık düzeyi ($p=0,119$) olarak gerçekleşmiştir. Diğer bir ifadeyle hastalar ile yönetici ve hekimlerin GSS’nin olumlu bir uygulama olması bağlamında düşünceleri arasında istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanmamıştır.

Hastalar ile yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları yönündeki görüşleri bağlamında farklılıklardan birisi, sağlık bilgi sistemi ile ilgilidir. Sağlık Bilgi Sistemi uygulaması ile ilgili soruya verilen yanıtların anlamlılık düzeyi ($p=0,004$) olarak gerçekleşmiştir. Diğer bir ifadeyle hastalar ile yönetici ve hekimler sağlık bilgi sistemi uygulaması noktasında farklı görüşlere sahiptirler. Sağlık bilgi sistemi ile ilgili olarak hastaların algılarının, yönetici ve hekimlere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bilgiler ışığı altında “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sağlık bilgi sistemi uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 15, kabul edilmektedir.

Hastalar ile yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları yönündeki görüşleri bağlamında farklılıklardan birisi, hekim seçme özgürlüğü ile ilgilidir. Hekim seçme özgürlüğü uygulaması ile ilgili soruya verilen yanıtların anlamlılık düzeyi ($p=0,000$) olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla bu sonuca göre “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, hekim seçme özgürlüğü uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 14 kabul edilmektedir. Diğer bir ifadeyle hastalar ile yönetici ve hekimler, hekim seçme uygulaması noktasında farklı görüşlere sahiptirler. Hekim seçme uygulaması ile ilgili olarak hastaların algılarının, yönetici ve hekimlere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı durumun hasta hakları için de geçerli olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Bkz. Tablo 46). Hasta hakları konusunda hastaların algısının, yönetici ve hekimlere oranla daha yüksek düzeyde gerçekleştiği görülmektedir. Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, hasta hakları uygulamalarının sağlık hizmetlerinde kalite düzeyini arttırdığına yönelik düşünceleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 7 kabul edilmektedir ($p=0,000$).

Hastalar ile yönetici ve hekimlerin, kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi ($p=0,000$) ile hizmet sunumunda kamu özel ayrımının giderilmesi uygulamalarının analiz sonuçları da, iki grubun görüşleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar oluştuğunu ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 17, kabul edilmektedir. Hem kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi hem de hizmet sunumunda kamu özel ayrımının giderilmesi, hastaların yönetici ve hekimlere oranla algı düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda hastalara ve yönetici ve hekimlere yöneltilen “Kamu (Devlet-SSK) hastanelerin birleştirilmesi, sağlık hizmet sunumunu kolaylaştırmıştır” sorusunun yanıtları açısından da gruplar arasında anlamlılık düzeyi ($p=0,001$) olarak gerçekleşmiştir. Bu bağlamda iki sorunun cevaplarının aynı sonucu vermesi, çalışmanın kendi içerisinde birbirini test edebilmesi açısından da önem arz etmektedir.

İstatistiksel olarak anlamlı farklılıkların tespit edildiği konulardan birisi, hastaların hastane hizmetlerine olan memnuniyet düzeyidir. Buna göre $p=0,000$ olarak gerçekleştiği için hastaların hastane hizmetlerine olan memnuniyet düzeyi ile yönetici

ve hekimlerin bu yöndeki görüşleri açısından anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların bu konudaki algısının, yönetici ve hekimlere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını olumlu bulma ve destekleme ile ilgili görüş, yönetici ve hekimlerle hastaların arasındaki farklılık arz eden durumlardan birisidir. Tablo 46'daki veriler incelendiğinde anlamlılık düzeyinin $p=0,000$ olarak hesaplandığı, hastaların ortalamalarının yönetici ve hekimlere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Yani diğer bir ifadeyle yönetici ve hekimlere oranla hastalar, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını daha yüksek oranda olumlu bulmakta ve desteklemektedir. Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP ve uygulamalarına yönelik olumlu bulma ve destekleme düşünceleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 4, reddedilmiştir.

Hastalar ile yönetici ve hekimlere yöneltilen hastaların hastane hizmetlerine olan memnuniyet düzeyi ile ilgili sonuçlar incelendiğinde, istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,000$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, hastane hizmetlerine olan memnuniyet düzeyinin arttığına yönelik düşünceleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 5, kabul edilmektedir. Bu konudaki algının hekim ve yöneticilere nazaran hastalarda çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer taraftan hasta, yönetici ve hekimlerin SDP ile birlikte ilaç temininde sorun yaşanıp yaşanmadığına ilişkin görüşleri arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP uygulamaları ile birlikte ilaç temininde sorun yaşanmadığına ilişkin düşünceleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 8, reddedilmiştir.

Hasta, yönetici ve hekimlerin görüşleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklardan bir diğeri, SB-SGK işbirliği ile hasta-hastane-eczane arasındaki bağın güçlendirildiği ve geliştirildiği önermesine yönelik olarak ortaya çıkmıştır ($p=0,000$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, Sağlık Bakanlığı-SGK işbirliği ile hasta-hastane-eczane arasındaki bağın güçlendirildiği ve geliştirildiğine yönelik düşünceleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 38, kabul edilmiştir.

SDP ile birlikte kamuoyunda sıklıkla tartışılan konulardan birisi, kamu hastanelerinde çalışan hekimlere özel muayene yasağına yönelik düzenlemelerdir. Bu

bağlamda hasta, yönetici ve hekimlerin bu konu hakkındaki görüş ve düşünceleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,209$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamuda çalışan hekimlere özel muayene yasağı uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 19, reddedilmiştir.

Hastalar ile yönetici ve hekimler arasında anlamlı farklılıklardan ($p=0,000$) bir diğeri ise, katılım payları ile ilgilidir. Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 20, reddedilmiştir. Hastalar, hastanelerde ve ilaçtan alınan katılım paylarına yönetici ve hekimlere oranla daha olumsuz yaklaşmaktadır. Bu durum hastaların, sosyal refah devletinin genel bir özelliği olarak kavramsal çerçevede dile getirilen sosyal güvenlik alanındaki katılım payı uygulamasının olmadığı hizmet sunumunu arzu ettiklerini göstermektedir.

Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimler, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde önemli bir artış sağlandığını düşünmektedir (Bkz. Tablo 46). Bu konuya ilişkin sorunun analiz sonuçları incelendiğinde ($p=0,359$) hasta, yönetici ve hekimlerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde önemli bir artış sağlandığına yönelik düşünceleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde artış olduğuna yönelik görüşleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 30, doğrulanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP kapsamında gerçekleştirilen uygulamalardan birisi olan, kamu sağlık sigortalıların doğrudan özel hastanelere gidebilmelerine yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa ulaşamamıştır ($p=0,306$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamu sağlık sigortalıların özel hastanelere gidebilmelerine yönelik görüşleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 35, doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlere Sosyal Güvenlik Kurumu ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Kamu sağlık sigortalılarının Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmesi, hasta, yönetici ve hekimler tarafından olumlu karşılanmıştır (Bkz. Tablo 23 ve Tablo 31). Ancak hasta, yönetici ve hekimlerin, kamu sağlık sigortalılarının Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmesine yönelik düşünceleri arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,000$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin Sosyal Güvenlik Kurumu’nun oluşumuna yönelik düşünceleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 37, doğrulanmamıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde yönetici ve hekimlerin, SGK oluşumu ile ilgili algılarının hastalara oranla daha fazla olduğu gözlemlenmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bir başka önemli husus, tanıtım ve bilinçlendirme çalışmaları olarak ifade edilmektedir. Konuyla ilgili hasta, yönetici ve hekimlerin görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p=0.110$). Bu nedenle “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP ve uygulamaları hakkında halkın yeterince bilgilendirildiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 3, kabul edilmiştir. Tanıtım ve bilinçlendirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi konusunda hastaların algılarının yönetici ve hekimlere oranla daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Hasta, yönetici ve hekimlerin SDP öncesindeki sağlık sektöründe yaşanan sorunların yeni uygulamalarla giderilip giderilmediğine ilişkin görüşleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,004$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP öncesinde yaşanan sorunların yeni uygulamalarla giderildiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 6, reddedilmiştir. Bu duruma paralel olarak hasta, yönetici ve hekimlerin SDP uygulamaları sonrasında Türk sağlık sektöründe yeni sorunların ortaya çıkıp çıkmadığına yönelik görüşleri arasında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,000$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP ile birlikte yeni sorunlar ortaya çıktığına yönelik düşünceleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 9, reddedilmiştir.

Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamu hastanelerinin performansa dayalı sisteme geçmesine yönelik düşünceleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,000$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamu hastanelerinin performansa dayalı sisteme geçmelerine yönelik düşünceleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 39, kabul edilmektedir. Yönetici ve hekimlerin konu ile ilgili algılarının hastalara oranla daha yüksek olduğu, hastaların bu konuda çok istekli olmadıkları görülmektedir.

Tablo 47.Sağlıkta Dönüşüm Programı İle Birlikte Kurumsal-Yönetsel Yapıdaki Değişikliklerin Yönetici ve Hekimlerin Görevlerine Göre Analizi

SORU	GÖREV	N	Mean Rank	Kruskal Wallis H	Asymp. Sig.
Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türk sağlık sektöründe değişim ihtiyacı var mıydı?	Müdür	73	170,00	11,031	0,087
	Müdür Yrd.	124	170,00		
	Başhekim	46	177,52		
	Başhekim Yrd.	79	178,76		
	Tabip Odası Başk.	5	170,00		
	Eczacı Odası Başk.	5	170,00		
	Sendika Şube Başk.	14	182,36		
	Toplam	346			
Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bu değişim ihtiyacını yeterince karşıladığını düşünüyor musunuz?	Müdür	71	160,33	12,307	0,055
	Müdür Yrd.	122	158,14		
	Başhekim	45	181,23		
	Başhekim Yrd.	77	179,86		
	Tabip Odası Başk.	5	173,70		
	Eczacı Odası Başk.	5	173,70		
	Sendika Şube Başk.	14	229,39		
	Toplam	339			
Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında herhangi bir eğitim (hizmet içi, toplantı, seminer vb.) aldınız mı?	Müdür	74	171,26	35,543	0,000
	Müdür Yrd.	123	199,99		
	Başhekim	46	140,75		
	Başhekim Yrd.	79	148,77		
	Tabip Odası Başk.	5	230,00		
	Eczacı Odası Başk.	5	264,50		
	Sendika Şube Başk.	13	131,81		
	Toplam	345			
Aile hekimliği	Müdür	73	176,98	16,001	0,014
	Müdür Yrd.	122	183,61		
	Başhekim	46	164,89		
	Başhekim Yrd.	78	172,72		
	Tabip Odası Başk.	5	55,20		
	Eczacı Odası Başk.	5	140,00		
	Sendika Şube Başk.	14	117,32		
	Toplam	343			
Genel Sağlık Sigortası	Müdür	73	185,13	22,498	0,001
	Müdür Yrd.	122	161,36		
	Başhekim	46	185,47		
	Başhekim Yrd.	78	186,78		
	Tabip Odası Başk.	5	142,80		
	Eczacı Odası Başk.	5	119,80		
	Sendika Şube Başk.	14	98,71		
	Toplam	343			

Sağlık Bilgi Sistemi	Müdür	72	195,82	27,927	0,000
	Müdür Yrd.	119	165,70		
	Başhekim	46	157,91		
	Başhekim Yrd.	78	179,65		
	Tabip Odası Başk.	5	69,10		
	Eczacı Odası Başk.	5	79,10		
	Sendika Şube Başk.	12	93,17		
	Toplam	337			
Hekim Seçme Özgürlüğü	Müdür	73	191,69	24,957	0,000
	Müdür Yrd.	121	186,80		
	Başhekim	46	165,90		
	Başhekim Yrd.	77	142,12		
	Tabip Odası Başk.	5	70,60		
	Eczacı Odası Başk.	5	111,30		
	Sendika Şube Başk.	13	145,35		
	Toplam	340			
Hasta Haklarına Yönelik Düzenlemeler	Müdür	74	183,40	18,702	0,005
	Müdür Yrd.	120	183,24		
	Başhekim	46	159,78		
	Başhekim Yrd.	77	163,47		
	Tabip Odası Başk.	5	134,30		
	Eczacı Odası Başk.	5	43,40		
	Sendika Şube Başk.	13	121,85		
	Toplam	340			
Kamu Sağlık Kurumlarının Birleştirilmesi	Müdür	72	185,74	11,684	0,069
	Müdür Yrd.	123	182,00		
	Başhekim	46	162,04		
	Başhekim Yrd.	79	165,30		
	Tabip Odası Başk.	5	117,80		
	Eczacı Odası Başk.	5	94,20		
	Sendika Şube Başk.	13	128,00		
	Toplam	343			
Hizmet Sunumunda Kamu Özel Ayrımının Giderilmesi	Müdür	74	189,92	15,841	0,015
	Müdür Yrd.	122	187,57		
	Başhekim	46	148,45		
	Başhekim Yrd.	78	155,53		
	Tabip Odası Başk.	5	118,80		
	Eczacı Odası Başk.	5	107,40		
	Sendika Şube Başk.	13	151,35		
	Toplam	343			
Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan vazgeçerek, sağlık hizmetini planlayan, düzenleyen, koordine eden ve denetleyen bir yapıya geçişi, sağlık sektöründe olumlu bir değişiklik olacaktır.	Müdür	74	170,81	29,338	0,000
	Müdür Yrd.	125	184,36		
	Başhekim	46	168,83		
	Başhekim Yrd.	79	192,90		
	Tabip Odası Başk.	5	82,00		
	Eczacı Odası Başk.	5	142,80		
	Sendika Şube Başk.	14	65,18		
	Toplam	348			

Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, hizmet sunumu kapsamında olumlu bir uygulamadır.	Müdür	74	170,16	14,932	0,021
	Müdür Yrd.	125	170,70		
	Başhekim	46	183,11		
	Başhekim Yrd.	79	196,26		
	Tabip Odası Başk.	5	122,70		
	Eczacı Odası Başk.	5	141,50		
	Sendika Şube Başk.	14	110,57		
	Toplam	348			
Aile hekimliği uygulaması, birinci basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterliliktedir.	Müdür	74	181,75	15,836	0,015
	Müdür Yrd.	125	178,40		
	Başhekim	46	177,71		
	Başhekim Yrd.	79	181,15		
	Tabip Odası Başk.	5	92,20		
	Eczacı Odası Başk.	5	124,30		
	Sendika Şube Başk.	14	100,64		
	Toplam	348			
Etkili ve kademeli sevk zinciri, olumlu ve faydalı bir uygulama olacaktır.	Müdür	74	167,51	5,597	0,470
	Müdür Yrd.	124	174,09		
	Başhekim	46	176,21		
	Başhekim Yrd.	79	174,37		
	Tabip Odası Başk.	5	255,00		
	Eczacı Odası Başk.	5	147,70		
	Sendika Şube Başk.	14	178,61		
	Toplam	347			
Kamu hastaneleri idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüşmektedir.	Müdür	74	171,94	8,090	0,232
	Müdür Yrd.	125	190,33		
	Başhekim	46	154,61		
	Başhekim Yrd.	79	167,84		
	Tabip Odası Başk.	5	127,40		
	Eczacı Odası Başk.	5	176,30		
	Sendika Şube Başk.	14	165,86		
	Toplam	348			
Kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliklerinin artırılması, sağlık sektörünü yönetsel ve mali açıdan olumlu etkilemektedir.	Müdür	74	185,91	17,329	0,008
	Müdür Yrd.	124	183,99		
	Başhekim	45	169,91		
	Başhekim Yrd.	79	167,82		
	Tabip Odası Başk.	5	75,60		
	Eczacı Odası Başk.	5	117,20		
	Sendika Şube Başk.	14	113,64		
	Toplam	346			
Sağlık sektöründe bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü ortaya çıkarılmıştır.	Müdür	73	188,77	20,434	0,002
	Müdür Yrd.	125	190,79		
	Başhekim	46	157,96		
	Başhekim Yrd.	79	162,99		
	Tabip Odası Başk.	5	94,90		
	Eczacı Odası Başk.	5	89,30		
	Sendika Şube Başk.	14	120,46		
	Toplam	347			

Türk sağlık sektörünü destekleyen yeni eğitim ve bilim kurumları oluşturulmuş ve var olanlar geliştirilmiştir.	Müdür	74	176,98	33,165	0,000
	Müdür Yrd.	125	174,33		
	Başhekim	46	188,80		
	Başhekim Yrd.	79	193,47		
	Tabip Odası Başk.	5	39,30		
	Eczacı Odası Başk.	5	82,30		
	Sendika Şube Başk.	14	90,11		
	Toplam	348			
Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon çalışmalarının başlatılması, Türk sağlık sektöründeki hizmet kalitesini artırmıştır.	Müdür	73	186,08	34,527	0,000
	Müdür Yrd.	125	178,24		
	Başhekim	45	171,53		
	Başhekim Yrd.	79	183,73		
	Tabip Odası Başk.	5	51,70		
	Eczacı Odası Başk.	5	80,90		
	Sendika Şube Başk.	14	90,75		
	Toplam	346			
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulması, Türk sağlık sektöründeki ilaç ve cihaz piyasası açısından faydalı bir gelişmedir.	Müdür	74	188,15	41,555	0,000
	Müdür Yrd.	125	175,17		
	Başhekim	46	168,46		
	Başhekim Yrd.	79	195,16		
	Tabip Odası Başk.	5	68,10		
	Eczacı Odası Başk.	5	126,40		
	Sendika Şube Başk.	14	54,86		
	Toplam	348			
Sağlıkta e-dönüşüm kapsamında hasta-hekim-hastane ilişkisini kayıt altına alan sağlık bilgi sistemi kurulmuştur.	Müdür	74	194,62	32,765	0,000
	Müdür Yrd.	125	180,77		
	Başhekim	46	175,80		
	Başhekim Yrd.	79	168,81		
	Tabip Odası Başk.	5	133,90		
	Eczacı Odası Başk.	5	109,90		
	Sendika Şube Başk.	14	77,57		
	Toplam	348			
Kamu (Devlet-SSK) hastanelerin birleştirilmesi, sağlık hizmet sunumunu kolaylaştırmıştır.	Müdür	74	172,61	5,777	0,449
	Müdür Yrd.	125	182,84		
	Başhekim	46	156,52		
	Başhekim Yrd.	79	180,08		
	Tabip Odası Başk.	5	160,00		
	Eczacı Odası Başk.	5	182,70		
	Sendika Şube Başk.	14	139,89		
	Toplam	348			
Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kurumları arasında tesislerin ortak kullanımı için yapılan protokol, sağlık sektörü açısından olumlu bir gelişmedir.	Müdür	74	162,55	23,049	0,001
	Müdür Yrd.	125	188,69		
	Başhekim	45	149,90		
	Başhekim Yrd.	79	192,86		
	Tabip Odası Başk.	5	76,80		
	Eczacı Odası Başk.	5	111,20		
	Sendika Şube Başk.	14	131,54		
	Toplam	347			

Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilerek bu görevi Kamu Hastane Birliklerine devretmesi olumlu bir değişikliktir.	Müdür	74	163,99	43,579	0,000
	Müdür Yrd.	125	190,75		
	Başhekim	44	185,58		
	Başhekim Yrd.	79	182,93		
	Tabip Odası Başk.	5	68,50		
	Eczacı Odası Başk.	5	84,30		
	Sendika Şube Başk.	14	47,89		
	Toplam	346			
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, sağlık sektöründe hizmet sunumu sürecini olumlu yönde değiştirecektir.	Müdür	74	172,01	43,736	0,000
	Müdür Yrd.	125	190,37		
	Başhekim	44	179,24		
	Başhekim Yrd.	79	179,54		
	Tabip Odası Başk.	5	66,70		
	Eczacı Odası Başk.	5	79,40		
	Sendika Şube Başk.	14	50,39		
	Toplam	346			
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile her ilde Halk Sağlığı Müdürlükleri'nin oluşturulması, faydalı bir kurumsal değişikliktir.	Müdür	74	175,47	29,305	0,000
	Müdür Yrd.	125	182,30		
	Başhekim	44	195,45		
	Başhekim Yrd.	79	172,04		
	Tabip Odası Başk.	5	93,50		
	Eczacı Odası Başk.	5	134,00		
	Sendika Şube Başk.	14	66,50		
	Toplam	346			
Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile birlikte yapılan Entegre Sağlık Kampüsleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinlik ve verimliliği sağlayacak bir projedir.	Müdür	73	176,34	31,229	0,000
	Müdür Yrd.	125	187,82		
	Başhekim	44	172,43		
	Başhekim Yrd.	79	174,24		
	Tabip Odası Başk.	5	86,40		
	Eczacı Odası Başk.	5	125,00		
	Sendika Şube Başk.	14	66,14		
	Toplam	345			
Kamu sağlık sigortalarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı), Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilmesi, sağlık sektörü açısından faydalı olmuştur.	Müdür	74	184,35	17,180	0,009
	Müdür Yrd.	125	180,84		
	Başhekim	44	157,52		
	Başhekim Yrd.	79	180,17		
	Tabip Odası Başk.	5	116,10		
	Eczacı Odası Başk.	5	135,30		
	Sendika Şube Başk.	14	97,32		
	Toplam	346			
Sosyal Güvenlik Kurumu'nun teknik ve personel yapısı, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile daha da geliştirilmiştir.	Müdür	74	187,18	17,251	0,008
	Müdür Yrd.	125	186,94		
	Başhekim	44	177,14		
	Başhekim Yrd.	79	149,15		
	Tabip Odası Başk.	5	168,10		
	Eczacı Odası Başk.	5	177,10		
	Sendika Şube Başk.	14	107,86		
	Toplam	346			

Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde iyi işleyen bir Sosyal Güvenlik Bilgi Sistemi oluşturulmuştur.	Müdür	74	173,40	26,918	0,000
	Müdür Yrd.	125	168,80		
	Başhekim	44	197,70		
	Başhekim Yrd.	79	189,52		
	Tabip Odası Başk.	5	136,40		
	Eczacı Odası Başk.	5	170,70		
	Sendika Şube Başk.	14	63,79		
	Toplam	346			
Sağlık Bakanlığı-Sosyal Güvenlik Kurumu işbirliği ile hasta-hastane-eczane arasındaki bağ güçlendirilmiş ve geliştirilmiştir.	Müdür	74	184,50	23,410	0,001
	Müdür Yrd.	125	185,89		
	Başhekim	44	152,18		
	Başhekim Yrd.	79	174,99		
	Tabip Odası Başk.	5	109,80		
	Eczacı Odası Başk.	5	82,80		
	Sendika Şube Başk.	14	118,46		
	Toplam	346			
Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını tanıtmak amacıyla halkı bilinçlendirme ve iletişim çalışmaları gerçekleştirilmiştir.	Müdür	74	185,94	29,795	0,000
	Müdür Yrd.	125	182,66		
	Başhekim	44	165,65		
	Başhekim Yrd.	79	177,92		
	Tabip Odası Başk.	5	113,40		
	Eczacı Odası Başk.	5	65,40		
	Sendika Şube Başk.	14	85,75		
	Toplam	346			
Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen pilot uygulamalar faydalı olmuştur.	Müdür	73	195,50	28,286	0,000
	Müdür Yrd.	125	178,84		
	Başhekim	44	174,97		
	Başhekim Yrd.	79	164,46		
	Tabip Odası Başk.	5	85,10		
	Eczacı Odası Başk.	5	173,80		
	Sendika Şube Başk.	14	76,71		
	Toplam	345			

Araştırma kapsamında gruplar arasında gerçekleştirilen analizlerden birisi, yönetici ve hekimlerin görev gruplarına göre Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların karşılaştırılmasına dayanmaktadır (Bkz. Tablo 47). Araştırma kapsamında oluşturulan yönetici ve hekimlere ilişkin anketin B ve C bölümlerindeki sorulara verilen yanıtlarda, yönetici ve hekimlerin görev alanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. Aile hekimliği, Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Bilgi Sistemi, Hekim Seçme Özgürlüğü, Hasta Haklarına Yönelik Düzenlemeler ve Hizmet Sunumunda Kamu Özel Ayrımının Giderilmesi başta olmak üzere birçok konuda yönetici ve hekimlerin görev gruplarına göre farklılıklar tespit edilmiştir.

Yönetici ve hekimlerin görev grupları arasındaki anlamlı farklılıklardan birisi, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerinden birisi olan Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı düşüncesinde ortaya çıkmıştır. Araştırma kapsamında yönetici ve hekimlere yöneltilen “Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan vazgeçerek, sağlık hizmetini planlayan, düzenleyen, koordine eden ve denetleyen bir yapıya geçişi, sağlık sektöründe olumlu bir değişiklik olacaktır” sorusuna, en yüksek desteğin Başhekim Yardımcıları, Müdür Yardımcıları, Müdür ve Başhekimlerden geldiği görülmektedir. En düşük desteğin ise Sendika Şube Başkanları, Tabip Odası Başkanları ve Eczacı Odası Başkanlarından olduğu hesaplanmıştır. Sivil toplum kuruluşu yöneticilerinin, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan vazgeçerek, daha çok planlayıcı, düzenleyici, koordine edici ve denetleyici bir yapıya geçişi konusunda kamu ve özel sektör yönetici ve hekimlerine nazaran daha olumsuz bir bakış açısına sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Ayrıca aynı paralelde yöneltilen “Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilerek bu görevi Kamu Hastane Birliklerine devretmesi olumlu bir değişikliktir” sorusuna verilen yanıtların, benzer doğrultuda ortaya çıktığı görülmektedir. Yani bir başka ifadeyle genel olarak Tabip Odası, Eczacı Odası ve Sendikaların yöneticilerinin, kamu ve özel sektörde yer alan yönetici ve hekimlere kıyasla Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilmesini pek istemedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar, çalışmanın kavramsal çerçevesi içerisinde SDP ve uygulamalarına yönelik görüş ve değerlendirmeleri test eden bir niteliğe sahiptir. Yani kısaca, özellikle TTB, TEB ve Sendikaların, dönüşüm programı uygulamalarına eleştirel bir bakış açısına sahip oldukları, alan araştırmasının bu kapsamdaki sonuçları ile paralellik arz etmektedir.

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatındaki değişikliklerden birisi olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve bu Kurumun taşra teşkilatı konumunda yer alan Kamu Hastane Birlikleri'ne ilişkin yanıtlar incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi ($p=0,000$) bağlamında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Buna göre Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na yönelik en olumsuz bakış açısının Sendikalara, Eczacı Odalarına ve Tabip Odalarına ait olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatlanmasındaki yeni kurumlardan bir diğeri Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'dur. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na ve taşra teşkilatına yönelik Tabip Odası, Eczacılar Odası ve Sendikaların olumsuz bakış açısının, hem Türkiye İlaç

ve Tıbbi Cihaz Kurumu hem de bir diğer yeni Kurum olan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve bu Kurumun taşra teşkilatı olarak oluşturulan Halk Sağlığı Müdürlükleri için de geçerli olduğu görülmektedir.

SDP kapsamındaki en somut dönüşümün yaşandığı alanlardan birisi olan sosyal güvenlik alanında, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun teknik ve personel yapısının geliştirildiğine yönelik düşünce, yönetici ve hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık arz eden durumlardan birisidir. Dolayısıyla “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun teknik ve personel yapısının, SDP ile birlikte daha da geliştirildiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 24 reddedilmiştir.

Yönetici ve hekimlerin görev grupları bağlamında tespit edilen anlamlı farklılıklardan bir diğeri, Sağlık Bakanlığı'nın son dönemde ortaya koyduğu Entegre Sağlık Kampüsleri projesi ile ilgilidir. Araştırma kapsamında yönetilen “Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile birlikte yapılan Entegre Sağlık Kampüsleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinlik ve verimliliği sağlayacak bir projedir” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, özellikle Sendikaların, Tabip Odalarının ve Eczacı Odalarının diğer paydaşlara oranla Entegre Sağlık Kampüslerine daha olumsuz baktığı sonucuna ulaşılmaktadır. Dolayısıyla “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin kamu özel ortaklığı modeli doğrultusunda gerçekleştirilen Entegre Sağlık Kampüslerine yönelik düşünceleri ile görev grupları arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 34, kabul edilmektedir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, SDP kapsamında hedeflenen sağlık insan gücüne ilişkin görüş ve düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,002$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, sağlık sektöründe bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücünün oluştuğuna yönelik düşünceleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 22 kabul edilmiştir.

SDP temel bileşenlerinden birisi olan Türk sağlık sektörünü destekleyen yeni eğitim ve bilim kurumlarının oluşturulması ve var olanların geliştirilmesine yönelik yanıtların analiz sonucuna bakıldığında, yönetici ve hekimlerin bu konu hakkındaki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa ulaşılmıştır. Dolayısıyla “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, Türk sağlık sektörünü destekleyen yeni

eğitim ve bilim kurumlarının oluşturulduğu ve var olanların geliştirildiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 23, reddedilmiştir. Özellikle Tabip Odası, Eczacı Odası ve Sendika Şube Başkanlarının diğerlerine nazaran konu hakkındaki düşüncelerinin olumsuz bir eğilime sahip olduğu söylenilebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı bağlamında hedeflenen uygulamalardan birisi, kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliklerinin artırılmasıdır. Bu noktadan hareketle araştırma kapsamında yönetici ve hekimlere yöneltilen “Kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliklerinin artırılması, sağlık sektörünü yönetsel ve mali açıdan olumlu etkilemektedir” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, yine sivil toplum kuruluşu niteliğindeki Tabip Odası, Sendika Şube ve Eczacı Odası Başkanlarının diğer yönetici ve hekimlere oranla olumsuz bir bakış açısına sahip oldukları görülmektedir.

Yönetici ve hekimlerin görev gruplarına göre ortaya çıkan anlamlı farklılıklardan ($p=0,000$) bir diğeri, sağlık sektöründeki e-dönüşüm doğrultusunda oluşturulan hasta-hekim-hastane ilişkisinin kayıt altına alındığı sağlık bilgi sisteminin kurulması ile ilgilidir. Buna göre Sendikaların, Eczacı Odalarının ve Tabip Odalarının konuyla ilgili görüşlerinin, kamu ve özel sektördeki yönetici ve hekimlere oranla daha olumsuz olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Yönetici ve hekimlerin görev gruplarına göre ortaya çıkan anlamlı farklılıklardan birisi de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen pilot uygulamalarla ilgilidir. Araştırma kapsamında yönetici ve hekimlere yöneltilen “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen pilot uygulamalar faydalı olmuştur” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde en olumsuz bakış açısının Sendikalara ve Tabip Odalarına ait olduğu görülmektedir.

Yönetici ve hekimlerin görev gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilemeyen hususlar da söz konusu olmuştur. Örneğin yönetici ve hekimlerin “kamu hastaneleri idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüşmektedir” iddiasına verdikleri yanıtlar incelendiğinde istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı farklılığın oluşmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,232$). Dolayısıyla “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 21, kabul edilmiştir.

Tablo 47’deki sonuçlar incelendiğinde, SDP temel bileşenlerinden aile hekimliği, genel sağlık sigortası, sağlık bilgi sistemi, hekim seçme özgürlüğü, hasta haklarına yönelik düzenlemeler, kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi, hizmet sunumunda kamu özel ayrımının giderilmesi, planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, sağlık insan gücü, yeni eğitim ve bilim kurumları, kalite ve akreditasyon, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Kamu Hastaneleri Birliği, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu yapılanmaları konularında yönetici ve hekimlerin görüşleri ile görev alanlarına yönelik istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Dolayısıyla “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP temel bileşenleri hakkındaki görüşleri, görev gruplarına göre farklılık gösterir” şeklindeki Hipotez 32, doğrulanmıştır.

Tablo 48.Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Hizmet Sunma Süreci İle İlgili Değişikliklerin Yönetici ve Hekimlerin Görevlerine Göre Analizi

SORU	GÖREV	N	Mean Rank	Kruskal Wallis H	Asymp. Sig.
Kamu (Devlet-SSK) hastanelerinin birleştirilmesi, kamu hastanelerindeki hasta sayısını arttırmıştır.	Müdür	74	176,14	2,864	0,826
	Müdür Yrd.	125	170,68		
	Başhekim	45	174,74		
	Başhekim Yrd.	79	182,78		
	Tabip Odası Başk.	5	157,00		
	Eczacı Odası Başk.	5	121,40		
	Sendika Şube Başk.	14	165,21		
	Toplam	347			
Aile hekimliği uygulaması ile hastanelere müracaat eden hasta sayısında azalma gerçekleşmiştir.	Müdür	74	194,65	40,556	0,000
	Müdür Yrd.	125	204,19		
	Başhekim	45	151,28		
	Başhekim Yrd.	79	130,73		
	Tabip Odası Başk.	5	125,00		
	Eczacı Odası Başk.	5	177,70		
	Sendika Şube Başk.	14	128,71		
	Toplam	347			
Aile hekiminden sevk alarak hastaneye başvuran hasta sayısı artmıştır.	Müdür	73	192,67	20,370	0,002
	Müdür Yrd.	125	189,42		
	Başhekim	45	173,53		
	Başhekim Yrd.	79	144,95		
	Tabip Odası Başk.	5	140,40		
	Eczacı Odası Başk.	5	119,00		
	Sendika Şube Başk.	14	123,71		
	Toplam	346			

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde önemli bir artış sağlanmıştır.	Müdür	73	168,92	13,434	0,037
	Müdür Yrd.	125	172,26		
	Başhekim	45	180,16		
	Başhekim Yrd.	79	190,16		
	Tabip Odası Başk.	5	120,30		
	Eczacı Odası Başk.	5	180,00		
	Sendika Şube Başk.	14	109,79		
	Toplam	346			
Sağlık çalışanlarının iş yüklerinde bir artış gerçekleşmiştir.	Müdür	73	170,11	4,506	0,608
	Müdür Yrd.	124	165,05		
	Başhekim	45	169,40		
	Başhekim Yrd.	79	185,93		
	Tabip Odası Başk.	5	194,50		
	Eczacı Odası Başk.	5	149,90		
	Sendika Şube Başk.	14	197,64		
	Toplam	345			
Hastanelerin hizmet sunma süreçlerinde iyileşme gerçekleşmiştir.	Müdür	74	180,80	35,386	0,000
	Müdür Yrd.	125	177,25		
	Başhekim	45	182,13		
	Başhekim Yrd.	79	186,53		
	Tabip Odası Başk.	5	39,10		
	Eczacı Odası Başk.	5	45,50		
	Sendika Şube Başk.	14	106,29		
	Toplam	347			
Hastanelerin verimlilik düzeylerinde bir artış gerçekleşmiştir.	Müdür	74	181,24	29,353	0,000
	Müdür Yrd.	123	169,32		
	Başhekim	45	186,14		
	Başhekim Yrd.	79	189,70		
	Tabip Odası Başk.	5	71,40		
	Eczacı Odası Başk.	5	71,40		
	Sendika Şube Başk.	14	97,93		
	Toplam	345			
Hastalar, hastanede sunulan hizmetlerden memnundur.	Müdür	74	184,42	7,222	0,301
	Müdür Yrd.	125	175,28		
	Başhekim	43	175,27		
	Başhekim Yrd.	79	169,26		
	Tabip Odası Başk.	5	163,40		
	Eczacı Odası Başk.	5	125,80		
	Sendika Şube Başk.	14	126,68		
	Toplam	345			
Kamu hastanelerinin performans dayalı sisteme geçmeleri, hizmet sunumunda olumlu bir etki yaratmıştır.	Müdür	74	189,78	27,805	0,000
	Müdür Yrd.	124	186,76		
	Başhekim	45	166,76		
	Başhekim Yrd.	79	164,56		
	Tabip Odası Başk.	5	159,90		
	Eczacı Odası Başk.	5	88,60		
	Sendika Şube Başk.	14	77,32		
	Toplam	346			

Sağlık hizmetlerindeki bürokratik işlemlerde azalma meydana gelmiştir.	Müdür	74	162,36	12,385	0,054
	Müdür Yrd.	124	185,72		
	Başhekim	45	178,56		
	Başhekim Yrd.	79	177,25		
	Tabip Odası Başk.	5	142,70		
	Eczacı Odası Başk.	5	152,50		
	Sendika Şube Başk.	14	105,25		
	Toplam	346			
Eczaneler, işleyiş ve verimlilik açısından daha iyi bir duruma ulaşmıştır.	Müdür	74	174,48	32,544	0,000
	Müdür Yrd.	124	179,94		
	Başhekim	45	174,31		
	Başhekim Yrd.	79	183,58		
	Tabip Odası Başk.	5	141,40		
	Eczacı Odası Başk.	4	8,88		
	Sendika Şube Başk.	14	98,00		
	Toplam	345			
Kamu sağlık sigortalı-SGK'lı- (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gidebilmeleri sağlık hizmeti sunumunda olumlu bir değişikliktir.	Müdür	74	168,72	24,324	0,000
	Müdür Yrd.	125	180,65		
	Başhekim	45	176,34		
	Başhekim Yrd.	79	191,32		
	Tabip Odası Başk.	5	131,60		
	Eczacı Odası Başk.	5	74,20		
	Sendika Şube Başk.	14	88,00		
	Toplam	347			
Hastalara tanınan hekim seçme uygulaması, hizmet sunumu açısından faydalı bir değişikliktir.	Müdür	74	171,98	10,594	0,102
	Müdür Yrd.	125	188,15		
	Başhekim	46	168,47		
	Başhekim Yrd.	79	169,13		
	Tabip Odası Başk.	5	149,00		
	Eczacı Odası Başk.	5	181,20		
	Sendika Şube Başk.	14	122,79		
	Toplam	348			
Hastalar, ilaç temin etmekte sorun yaşamamaktadır.	Müdür	74	181,41	17,770	0,007
	Müdür Yrd.	123	176,57		
	Başhekim	46	162,96		
	Başhekim Yrd.	79	186,61		
	Tabip Odası Başk.	5	59,30		
	Eczacı Odası Başk.	5	161,20		
	Sendika Şube Başk.	14	110,61		
	Toplam	346			
Kamu hastanelerinde çalışan hekimlere "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"la getirilen özel muayene yasağı, sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumları olumlu yönde etkilemiştir.	Müdür	73	185,41	27,587	0,000
	Müdür Yrd.	124	197,01		
	Başhekim	45	172,80		
	Başhekim Yrd.	79	143,78		
	Tabip Odası Başk.	5	100,00		
	Eczacı Odası Başk.	5	122,80		
	Sendika Şube Başk.	14	105,14		
	Toplam	345			

Hastanelerde hasta hakları biriminin kurulması, hizmet sunumu sürecinde kalite artışı sağlanmıştır.	Müdür	74	180,53	25,577	0,000
	Müdür Yrd.	125	186,50		
	Başhekim	46	170,57		
	Başhekim Yrd.	79	172,71		
	Tabip Odası Başk.	5	110,70		
	Eczacı Odası Başk.	5	175,30		
	Sendika Şube Başk.	14	81,07		
	Toplam	348			
Yatan hastaların her türlü ilaç ve tıbbi hizmet ihtiyacının hastane tarafından karşılanması faydalı ve olumlu bir değişikliktir.	Müdür	72	180,25	16,940	0,010
	Müdür Yrd.	124	182,30		
	Başhekim	46	154,33		
	Başhekim Yrd.	79	180,84		
	Tabip Odası Başk.	5	126,50		
	Eczacı Odası Başk.	5	93,20		
	Sendika Şube Başk.	14	115,57		
	Toplam	345			
Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmıştır.	Müdür	72	182,33	33,111	0,000
	Müdür Yrd.	123	204,18		
	Başhekim	45	138,47		
	Başhekim Yrd.	79	137,85		
	Tabip Odası Başk.	5	161,10		
	Eczacı Odası Başk.	5	156,90		
	Sendika Şube Başk.	13	130,73		
	Toplam	342			
Sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulaması (hastanelerde ve ilaçtan alınan), yerinde ve olması gereken bir uygulamadır.	Müdür	74	187,16	38,542	0,000
	Müdür Yrd.	124	170,62		
	Başhekim	46	201,27		
	Başhekim Yrd.	79	182,97		
	Tabip Odası Başk.	5	114,50		
	Eczacı Odası Başk.	5	44,80		
	Sendika Şube Başk.	14	61,57		
	Toplam	347			
Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını olumlu buluyorum ve destekliyorum.	Müdür	74	171,50	40,209	0,000
	Müdür Yrd.	124	192,14		
	Başhekim	46	161,04		
	Başhekim Yrd.	79	186,73		
	Tabip Odası Başk.	5	69,80		
	Eczacı Odası Başk.	5	92,40		
	Sendika Şube Başk.	14	63,64		
	Toplam	347			
Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sektöründe yaşanan sorunlar, yeni uygulamalarla giderilmiştir.	Müdür	74	176,49	25,541	0,000
	Müdür Yrd.	125	174,31		
	Başhekim	46	170,39		
	Başhekim Yrd.	78	198,79		
	Tabip Odası Başk.	5	86,10		
	Eczacı Odası Başk.	5	69,20		
	Sendika Şube Başk.	14	100,61		
	Toplam	347			

Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları sonrasında Türk sağlık sektöründe ortaya çıkan yeni sorunlar var mıdır?	Müdür	72	178,38	13,079	0,042
	Müdür Yrd.	123	185,54		
	Başhekim	46	160,30		
	Başhekim Yrd.	78	159,92		
	Tabip Odası Başk.	5	138,00		
	Eczacı Odası Başk.	5	138,00		
	Sendika Şube Başk.	14	150,21		
	Toplam	343			

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Hizmet Sunma Sürecine yönelik yanıtlarının görev gruplarına göre karşılaştırmasında Tabip Odası, Eczacılar Odası ve Sendikaların temsil edildiği Sivil Toplum Kuruluşu temsilcileri ile kamu ve özel sektör temsilcilerinin verdikleri yanıtlar kapsamında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerden, Tabip Odası, Eczacı Odası ve Sendika Şube Başkanları “hastanelerin hizmet sunma süreçlerinde iyileşme gerçekleşmiştir” sorusuna, Müdür-Müdür Yardımcıları, Başhekim ve Başhekim Yardımcılarına oranla daha olumsuz yaklaşmakta, istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p=0,000$ olarak hesaplandığı için anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Aynı durumun “hastanelerin verimlilik düzeylerinde bir artış gerçekleşmiştir” sorusu için de geçerli olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 48). Dolayısıyla “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, hastanelerin verimlilik düzeylerinde bir artış gerçekleştiğine yönelik görüşleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 2, reddedilmiştir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin görev gruplarına göre ortaya çıkan farklılıklardan bir diğeri, eczanelerin durumu ile ilgilidir. Araştırma kapsamında “eczaneler, işleyiş ve verimlilik açısından daha iyi bir duruma ulaşmıştır” sorusu yöneltilmiş, istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p=0,000$ olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, eczanelerin işleyiş ve verimlilik açısından daha iyi bir duruma ulaştığına yönelik düşünceleri arasında fark vardır” şeklindeki Hipotez 1, kabul edilmiştir. Özellikle Eczacı Odası Başkanlarının bu duruma önemli düzeyde olumsuz yaklaştığı görülmüştür. Çalışmanın ikinci bölümünün son kısmında yer alan Türk Eczacıları Birliği’nin SDP ve uygulamalarının eczacıları olumsuz etkilediğine yönelik düşüncelerinin alan araştırmasının bu yöndeki sonuçları ile uyumluluk gösterdiği belirtilebilir.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin görev gruplarına göre verdiği yanıtlar bakımından ortaya çıkan farklılıklardan bir diğeri, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının olumlu bulunması ve desteklenmesiyle ilgilidir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını olumlu buluyorum ve destekliyorum” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde, sivil toplum kuruluşlarının (özellikle Tabip Odası, Eczacı Odası ve Sendikaların) görüşünün diğer görev gruplarına nazaran daha olumsuz olduğu görülmektedir. Aynı paralelde “Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sektörü yaşanan sorunlar, yeni uygulamalarla giderilmiştir” sorusuna verilen yanıtlar için de istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinin $p=0,000$ olarak gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla sivil toplum kuruluşu yöneticilerinin diğer görev gruplarına oranla bu konuda daha olumsuz bir bakış açısına sahip olduğu ifade edilmektedir. Çalışmanın ikinci bölümünün son kısmında Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği ve bazı sendikaların SDP ve uygulamalarını sağlık hizmetlerini piyasalaştırdığı, ticarileştirdiği ve özelleştirdiği gerekçesiyle desteklemedikleri ve bu dönüşüm sürecine eleştirel yaklaştıkları belirtilmişti. Alan araştırmasının bu doğrultudaki sonuçlarının, çalışmanın ikinci bölümünde yer alan sivil toplum kuruluşlarının görüş ve düşünceleri ile paralellik arz ettiği ve kavramsal çerçevedeki bilgileri ve önermeleri destekler nitelikte olduğu söylenilebilir.

Araştırma kapsamında yönetici ve hekimlere yöneltilen bir diğer soru, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sağlık hizmetlerindeki maliyetleri azaltması ile ilgilidir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmıştır” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde istatistiksel olarak görev grupları arasında anlamlılık düzeyi $p=0,000$ olarak gerçekleşmiştir. Buna göre görev grupları içerisinde, Sendika Şube Başkanları, Başhekim Yardımcıları, Başhekimler, Eczacı Odası Başkanları ve Tabip Odası Başkanları, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azalttığı görüşüne en olumsuz bakan gruplar olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, sağlık çalışanlarının iş yüklerinin arttığına yönelik analiz sonucu incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır. Dolayısıyla “araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, sağlık çalışanlarının iş yüklerinde bir artış gerçekleştiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur” şeklindeki Hipotez 25, kabul edilmiştir.

Yönetici ve hekimlerin görev gruplarına göre ortaya çıkan farklılıklardan ($p=0,000$) bir diğeri, sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payları ile ilgilidir. Eczacı Odası Başkanları, Sendika Şube Başkanları ve Tabip Odası Başkanlarının bu konudaki görüşlerinin diğer görev gruplarına nazaran daha olumsuz olduğu görülmektedir.

Kamu hastanelerinin performansa dayalı sisteme geçişi, araştırma kapsamında yönetici ve hekimlere sorulmuş ve görev grupları arasında anlamlı farklılıklar ($p=0,000$) tespit edilmiştir. Tablo 48'deki bilgilere göre kamu hastanelerinin performansa dayalı sisteme geçişi konusunda en olumsuz bakış açısının Sendikalara, Eczacı Odalarına ev Tabip Odalarına ait olduğu tespit edilmiştir. Uygulama süreci içerisinde yer alan Müdür, Müdür Yardımcıları, Başhekim ve Başhekim Yardımcılarının ise bu konudaki görüşlerinin sivil toplum kuruluşları yöneticilerine göre daha olumlu olduğu görülmüştür.

8.5.Araştırmanın Açık Uçlu Sorularına Verilen Yanıtların Analizi

Araştırma kapsamında hazırlanan anket soruları içerisinde hastaların, yöneticilerin ve hekimlerin görüşlerini daha açık ve geniş bir şekilde tespit edebilmek ve yapılan tespitlerin üzerinden değerlendirmeler yapabilmek için açık uçlu sorular yöneltilmiştir.

Araştırma kapsamındaki ilk açık uçlu soru, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunların tespiti amaçlıdır. İkinci soru ise sağlık sektöründeki uygulamalara ek olarak araştırmaya katılan kişilerin gerçekleştirilmesini öngördüğü ek düzenlemelere ilişkin önerilerini dikkate almayı hedeflemiştir.

8.5.1.Hastaların Açık Uçlu Sorulara İlişkin Görüşlerinin Analizi

Araştırma kapsamında hazırlanan anket soru formunda hastalara yöneltilen ilk açık uçlu soru, "Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir" şeklinde ortaya konulmuştur. İkinci açık uçlu soru ise "Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?" şeklinde yöneltilmiştir. Araştırma 8 il merkezinde gerçekleştirildiği için tüm illerden

alınan cevaplar ayrı ayrı sıralandıktan sonra en çok öne çıkan sorunlar konusunda bir değerlendirme yapılacaktır.

8.5.1.1.Antalya

Antalya il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Aile hekimliklerindeki tıbbi donanım yetersizliği, nöbetçi eczanelerin azlığı, hasta hakları, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın tam olarak uygulanmaması, halkın program konusunda bilgilendirilmesinde yetersizlik.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Evde hasta bakımı uygulamasının tam olarak işletilmemesi, ilaç temininde güçlük (muadil ilaç uygulamasının çok sık kullanılması), sağlık hizmeti alımında çok zaman harcanması, hekim-hasta ilişkisinde adam kayırmacılığa prim verilmesi, sağlık personelinin hastalara karşı ilgisizliği, hastaların müşteri hastanelerin ticarethane olarak görülmesi, dar gelirli insanların kaliteli sağlık hizmeti almasının imkansız hale gelmesi, ilaç alımındaki sorunlar, hekimlerin hastaları kapsamlı muayene etmemesi.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Katkı payları, ilaç fiyat farkları, raporlu hastaların katkı payı ödemesi, sağlık sigortası primlerinin yüksek olması, özel hastanelerdeki muayene ve tetkik ücretlerinin yüksek olması, özel hastane sevklerinde alınan farklar, özel ve kamu hastaneleri fiyatları arasındaki farklar.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Sağlık personelinin hastalara karşı davranışları, iletişim, sağlık personelinin teşhis ve tedavi sürecindeki bilgisizliği, hekimlerin yetkinlikleri, aile hekiminin yeterli donanıma sahip olmaması.

Antalya il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Sağlık hizmetleri sunumunda özel hastanelerin yerine kamu hastanelerinin sayıca arttırılması, program konusunda tüm kesimlerin ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmesi, tüm işlemlerin tek

noktadan yapılabilmesi, semt hastaneleri uygulamasının getirilmesi, hasta haklarının iyileştirilmesi ve kuralların işletilmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Bazı hastalıkların tedavi engellerinin kaldırılması, hastanelerdeki bekleme sürelerinin azaltılması, ilaç teminindeki sorunların giderilmesi, aile hekimliklerindeki tıbbi donanım yetersizliğinin giderilmesi, evde tedavi işlemlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi, daha hızlı ve erken randevu alınabilmesi, hizmet kalitesinin artırılması, muayene sırasında beklerken hekimlerin başka hastaların raporlarını kontrol etmemesi, aile hekiminin yeterli donanıma sahip kılınması, kamu hastanelerinin daha hızlı çalışması.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Muayene katılım paylarının kaldırılması, raporlu ilaçlardan ücret alınmaması, hastane katılım paylarının eczanelerden tahsil edilmemesi, özel hastanelerin katılım paylarının kamu hastanelerinin fiyatlarına çekilmesi, sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması, özel sağlık kuruluşlarında katkı paylarının olmaması, özel hastanelerin fiyat politikalarının yeniden düzenlenmesi.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hastalara sağlık personeli tarafından özel ilgi gösterilmesi, hasta sayısına orantılı sağlık personelinin temin edilmesi.

8.5.1.2.Bursa

Bursa il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Hastaların sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirilmemesi ve bilinçlendirilmemesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Muayene saatlerindeki aksaklıklar, doktorların unvanına göre muayene ücreti alınması, randevu sisteminde saatlere özen gösterilmemesi.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Özel hastanelerde bazı tetkik ve filmlerden alınan ücretlerin çok fazla olması.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Hekimlerle yardımcı sağlık personel ilişkisindeki sorunlar.

Bursa il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 3 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Çalışma şekli ve iş kurallarının iyileştirilmesi, hastaların çok daha fazla bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, hasta haklarının daha ön planda tutulması.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Devlet hastanelerinde temizlik konusunda daha çok dikkat edilmesi, hastanelerde sıra bekleme sorununun ortadan kaldırılması.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Özel hastanelerdeki tetkik ve filmlerden alınan ücretlerin azaltılması, ilaçtan alınan muayene katılım paylarının alınmaması.

8.5.1.3.Denizli

Denizli il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Altyapı eksikliği, hekimlerin muayene açma özgürlüğünün kısıtlanması, dönüşüm programının halk tarafından yeterince bilinmemesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Temizlik, hizmet kalitesi, ilaç temininde güçlük yaşanması, muadil ilaç kullanımının yaygınlaşması, tedavi sürecindeki yetersizlik, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, sevk sorunları, özel hastanelerde hastalara maddi bir anlayışla bakılması ve buna bağlı olarak hekim-hasta ilişkisinin bozulması, özel hastanelerde gereksiz tahlil ve tetkik uygulamaları, hizmete ulaşım, hasta tetkik ve tahlil sonuçlarının çok gecikmesi.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Hekimlerin performans sistemine göre çalışması, muayene katılım payları, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin yüksek olması, özel hastanelerdeki katılım paylarındaki farklılıklar, hastaların medikal malzemeleri alırken ilk önce parasını ödemek zorunda olması ve sonra hastanın banka hesabına kısmen geri ödenmesi, sigorta işlemleri.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Çalışanların bilgi düzeyindeki yetersizlik, personel yetersizliği (Hekim, hemşire vb.), aile hekimliğinde personel yetersizliği, hekimlerin çalışma sürelerinin fazla olması.

Diğer sorunlar: Toplum sağlığının bozulması, sigortasız çalışan işçilerin sayısındaki fazlalık, sağlık sektöründe kazanç amacının ön plana çıkması nedeniyle insani duyguların körelmesi, medikal malzemelerin ilaç alır gibi verilmesi.

Denizli il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Randevu sisteminin daha işlevsel hale getirilmesi, dönüşüm programı uygulamaları hakkında medya aracılığıyla halkın bilinçlendirilmesi, çalışma şartlarının düzeltilmesi-iyileştirilmesi, motivasyon ve morale yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesi, hastane personeli alımlarının arttırılması, aile hekimliği uygulamasının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hastanelerdeki temizlik işlerinin daha titiz yapılması, daha kaliteli hizmet sunumu, her insanın ücretsiz muayene ve tedavi olabilmesi, ilgi ve hassasiyet düzeyinin arttırılması, ilaç teminin çoğaltılması, muadil ilaç verilmemesi, ameliyat-bıçak parasının alınmaması ve kaldırılması, denetlenmesi.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Muayene katılım paylarının kaldırılması, ilaçların maliyetlerinin azaltılması, özel hastanelerde yatan hastadan yatak ücretinin alınmaması, hekimlerin yazdığı medikal malzemelerden ücret alınmaması.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler; Sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin arttırılması, sağlık çalışanlarının daha anlayışlı olmaları, nitelikli ve deneyimli sağlık personelinin sağlanması, hizmet veren personel sayısının arttırılması, sağlık personeli haklarının gözden geçirilmesi, hekimlerin uzmanlık derecesi ile ilgili çalışmaların yapılması.

8.5.1.4.Erzurum

Erzurum il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Çalışan personelin yeni süreçte unutulması.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Sağlık Ocakları ve Aile Hekimliğinin gelişi güzel teşhis yapması ve ilaç yazması, döner sermaye nedeniyle hekimlerin diğer bölümlerden konsültasyon istemesi ve gereksiz tetkik ve tahlillerin oluşması, Ultrason ve MR çekimlerinde ileriye tarih verilmesi ve hizmetin geç kalması, hastanelerdeki yoğunluklar, eczanelerdeki sistemlerin verimli çalışmaması, provizyonların geç verilmesi, hastanelerde sıra bekleme ve oluşan kuyruklar.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Sağlık giderlerinin artması, ilaçlardan alınan ek ücretler.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Taşeron firmalarda çalışan personelin maaşlarının diğer kadrolu personele göre düşük olması, kamu personeli ile işçiler arasındaki uygulama farkları.

Erzurum il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Sağlık Ocakları ve aile hekimliğinin iyileştirilmesi, sağlık sisteminde herkese eşit hakların tanınmasına yönelik çalışmaların yapılması, hasta haklarının iyileştirilmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Ultrason ve Emar (MR) çekimlerinin daha hızlı neticelendirilmesi için gerekli çalışmaların yapılması (cihaz sayısının artırılması vb.), eczane sistemlerinin iyileştirilmesi.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Döner sermaye ile ilgili paylara yönelik bir çözüm geliştirilmesi, ilaçlardan alınan ek ücretlerin kaldırılması.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Taşeron firmalarda çalışan personel maaşlarının artırılması, sağlık personelinin haklarının korunması ve iyileştirilmesi.

8.5.1.5.Isparta

Isparta il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Ucuz ilaç politikası nedeniyle piyasada bulunamayan ilaçlar (ilaca ulaşmada güçlük), sevk zinciri sisteminin sorun teşkil etmesi ve suiistimal edilmesi, aile hekimliği uygulamasının yetersizliği, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık sektöründeki hizmet sunumu görevini devretmeyi planlaması, sağlık personeli istihdamında eğitim düzeyine dikkat edilmemesi yani üniversite mezunlarının istihdam oranının yeterli olmaması.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Hekimlerin hasta başına ücret almaları yüzünden çok hasta kabul etmesi, emar (MR) çekimleri gibi işlemlerde ilerleyen tarihlere randevu verilmesi, bıçak parası alınması, hizmet niteliği, randevu alınmasına rağmen sıra beklenmesi, performans dayalı sistemin özensizliği beraberinde getirmesi, uzman hekimlerin kendi muayenehanelerini açarak hastanelerden ayrılması, e-reçete uygulamasında hastanın hekimin yazdığı ilaçları görememesi.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Katılım payları, muayene ücretleri, sağlık hizmetlerinin pahalı olması.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Uzman hekimlerin hastalara karşı isteksiz davranışları, ilçe hastanelerindeki uzman hekim yetersizliği, sağlık personelinin ihmal edilmesi, sağlık personeline karşı şiddet fiillerinin önlenememesi, acilde çalışan hekim sayısının yetersizliği, Aile hekimlerinin uzman olmaması.

Isparta il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hastane birlikleri sisteminin kaldırılması, hastalardan bıçak parası alan ve şikayet edilen hekimlerin haklarında işlem yapılması, hastanelere daha çok önem verilmesi, hastalara yönelik düzenlemeler ve uygulamalar hakkında daha iyi bilinçlendirme çalışmalarının yapılması, denetimlerin sık sık yapılması, sağlık hizmeti sunan hastanelerin binalarının yenilenmesi, kamu hastanelerinin sayısının çoğaltılması, sevk zincirinin olmaması, hastanelere standardizasyon ile sınıflama yapılması (kamu ve özel), Tam Gün Yasası ile

getirilen düzenlemelerin uygulanması, her okula bir Sağlık Birimi'nin kurulması, Tam Gün Yasası hakkında herkesin bilgilendirilmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hasta için gerekli olan tıbbi malzemelerin hizmet veren tüm sağlık kuruluşlarında bulundurulması, kalite düzeyinin arttırılması için çalışma yapılması, hastaların hekim seçme yanında diğer sağlık personeli de seçebilmesi, her hastaya aynı zamanın ayrılması (randevu saatlerine özen gösterilmesi), hastalara daha fazla ilgi gösterilmesi, tedavi sürecinin açık ve etkili bir dille anlaşılır bir şekilde hastalara anlatılması, tedavi sürecinin hekimler ve diğer sağlık personeli tarafından takip edilmesi, hastalara yönelik sağlık eğitimlerinin verilmesi, sağlık hizmetlerinde yaşlılara öncelik tanınması ve daha fazla ilgi gösterilmesi, ilaç temininin kolaylaştırılması, sevk zinciri sisteminde hastaların istediği sağlık kuruluşuna sevkini isteyebilmesi, hastanelerde 24 saat uzman hekimlerin görevlendirilmesi, gereğinden fazla ilaç yazılmaması ve evde kalan ilaçların toplanması.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Muayene katılım paylarının diğer bir ifadeyle hastane katkı paylarının kaldırılması, GSS kapsamında olanlardan tekrardan katkı payı alınmaması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerin azaltılması, SGK'nın ödemediği ilaç kategorisinin olmaması, özel hastanelerdeki fiyat düzeylerinin düzenlenmesi ve standartlaştırılması, muayene katılım paylarının en aza indirilmesi, (örneğin %10), özel hastanelerde alınan katkı paylarının kaldırılması, devlet tarafından ödenmeyen ilaçlar hakkında bir düzenleme yapılması ve sistem dışında ödenmeyen ilaç bırakılmaması (Kanser hastaları vb.), Tarım Bağ-Kur'lularının SGK'ya ödedikleri primlerin miktarlarının azaltılması.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Çalışan haklarının iyileştirilmesi, ilçe hastanelerine daha fazla uzman hekimin gönderilmesi, acilde çalışan hekim sayısının arttırılması, aile hekimlerinin uzman hekim statüsünde olması, hastane personelinin sık sık hasta psikolojisi hakkında eğitime tabi tutulması.

8.5.1.6.Konya

Konya il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Aile hekimliği ile ilgili sorunlar, hekim (pratisyen), diğer sağlık personeli ve fiziksel donanım yetersizliği.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Hastanelerdeki hasta sayısının sürekli artması, hastanelerde sıra bekleme kuyruklarının bitmemesi, branşında uzman hekimlere ulaşmada güçlük.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Sistemin paralı olması, muayene katılım payları, hekimlerin hasta başına para alması, döner sermaye payları, emekli maaşlarından ilaç ve reçete parası kesilmesi, özel hastanelerde film ve diğer tetkiklerden ücret alınması.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Sağlık personeli ile ilgili yaşanan sorunlar, ilaç ücretlerinin raporlu hastalardan alınması, hekimlerin hastalarla çok fazla ilgilenmemesi.

Konya il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Sağlık personelinin çalışma şartlarının tekrar düzenlenmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Öğrencilere yönelik ücretsiz sağlık hizmeti sunumunun sağlanması, hastane personelinin hastalara karşı daha iyi davranması.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: İlaç ücretlerinin raporlu hastalardan alınmaması.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin daha donanımlı ve hastane ile daha fazla ilgili olması, hasta ve hastane personeli arasındaki iletişim düzeyinin artırılması, hizmet içi eğitimlerin hazırlanması.

8.5.1.7.Samsun

Samsun il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Otomasyon sisteminin yavaş olması, randevu sisteminin işlememesi ve problemler yaşanması.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Randevu saatlerine uyum gösterilmemesi, ultrason gibi filmlerin ileri tarihlere atılması, hamilelere, yaşlılara ve özürllülere tetkik ve

filmlerde öncelik tanınmaması, yaşlı ve özürllülere karşı sağlık personeli tarafından gösterilen ilgi ve özenin yeterli olmaması, özel hastanelerde hastalara gösterilen ilginin maddi sebeplere dayanması, sağlık sistemindeki cihaz yetersizliği.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasındaki muayene katılım payları arasındaki farklar, muayene katkı ve katılım payları.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Hekim ve sağlık personeli eksikliği ve yetersizliği.

Samsun il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Dönüşüm programı uygulamaları hakkında medya aracılığıyla halkın bilinçlendirilmesi, aile hekimliği uygulamasının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Daha kaliteli hizmet sunumu, ilgi ve hassasiyet düzeyinin artırılması, muadil ilaç verilmemesi.

Finansman ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Muayene katılım paylarının kaldırılması, ilaçların maliyetlerinin azaltılması.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin artırılması, nitelikli ve deneyimli sağlık personelinin işe alınması.

8.5.1.8.Şanlıurfa

Şanlıurfa il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Hasta hakları, randevu sisteminin işleyişindeki aksaklıklar, Tam Gün yasası kapsamında uzman doktorların devlet ve üniversite hastanelerini bırakması, sağlık sektöründeki yolsuzluklar, sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: İlgisizlik, hizmet kalitesi, hastanedeki kuyruklar, özel hastanelerin kazanç için hastaları kullanması, hasta yönlendirme yetersizliği, hizmete ulaşım.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Performans sistemi, sağlık hizmetlerinin ücretli olması, katkı payları, emeklilik yaşının geç ve emeklilik işlemlerinin uzun olması.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Hekim ve hemşirelerin hastalara karşı kötü davranışları.

Şanlıurfa il merkezinde görüşülen hastalar tarafından “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Randevu sisteminin iyileştirilmesi ve önem verilmesi, sağlık hizmetlerinin tamamen ücretsiz olması ve herkese eşit bir şekilde sunulması, eczanelerdeki sistemin iyileştirilmesi, aile hekimliği uygulamasının altyapı ve ekipman imkanlarının geliştirilmesi, hastanelerdeki poliklinik sayısının artırılması, özel hastanelerin sayısının arttırılmaması, sağlık kuruluşlarında doktorların ve sağlık hizmetlerinin denetiminin sıklaştırılması, hastaların sağlık hizmetleri ve tedavi yöntemleri konusunda daha çok bilinçlendirilmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hizmet kalitesinin artırılması, hastanelerin her türlü ihtiyaca cevap verebilecek düzeye getirilmesi, her ilde tam donanımlı hastanelerin oluşturulması, acil müdahale ekip sayısının artırılması ve iyileştirilmesi, hastanelerin temizliğine önem verilmesi.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Muayene katılım payının kaldırılması, maliyetlerin düşürülmesi, devlet hastanelerinin ücretsiz olması, hasta üzerindeki maddi yükün azaltılması, ilaç fiyatlarının azaltılması.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hastanelerde doktorların işine daha fazla özen göstermesi, sağlık personelinin profesyonelleştirilmesi ve hastaya karşı davranışlarını iyileştirmesi.

8.5.2.Yönetici ve Hekimlerin Açık Uçlu Sorulara İlişkin Görüşlerinin Analizi

Araştırma kapsamında hazırlanan anket soru formunda yönetici ve hekimlere yöneltilen ilk açık uçlu soru, “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir” şeklinde ortaya konulmuştur. İkinci açık uçlu soru ise “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?” şeklinde yöneltilmiştir. Araştırma 8 il merkezinde gerçekleştirildiği için tüm

illerden alınan cevaplar ayrı ayrı sıralandıktan sonra en çok öne çıkan sorunlar konusunda bir değerlendirme yapılacaktır.

8.5.2.1.Antalya

Antalya il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Performans uygulamaları, halk sağlığı ve sağlık müdürlüğünün ayrılması, sağlık sektöründe ticari kaygıların öne çıkması yani ticarileştirme eğilimi, vatandaşın sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirilmemesi ve sorumluluğunun olmaması, hekimler için yoğun bir çalışma programının uygulanması, SDP’nin hazırlıksız bir oluşum olması ve her kesimle istişare yapılmadan uygulamaya konulması, bilinçli ilaç kullanımının olmaması.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Hekim başına düşen hasta sayısının artması, hasta sayısındaki artış.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Sağlık giderlerindeki artış, sağlık sigortasının yetersiz olması.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Çalışanlarda motivasyon eksikliği ve kaybı, sağlık çalışanlarının mağduriyetleri, sağlık personeline yönelik uygulamaların motivasyon ve iş verimini azaltması, çalışanların güvenliğinin olmaması, sağlıkta şiddet olaylarının artışı, hekim sağlığının göz ardı edilmesi, isteksiz çalışma ortamı.

Antalya il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Merkezi idarenin yetkilerinin azaltılması, performans sisteminin gözden geçirilmesi, insan kaynaklarının iyi bir şekilde planlanması, bazı hastalıkların tedavisinde bürokratik engellerin kaldırılması, çalışanların güvenliği konusunda yeni önlemlerin alınması, sağlıkta şiddet olaylarının önlenmesi için gerekli tedbirlerin acilen yürürlüğe konulması (yasa çıkartılması, caydırıcı cezaların verilmesi), hastaların illegal istekleri olmaması için spotlar hazırlanarak bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, eczanelerde reçetesiz ilaç

satışının yapılmaması, sağlık sektöründeki hastanelerin özelleştirilmemesi, aile hekimi ile diğer hekimler arasındaki çalışma ortamı ve ücret farklılıklarının göz önüne alınarak hakkaniyetli düzenlemelerin ortaya konulması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın vatandaşlara daha çok anlatılması, medyanın SDP uygulamalarının duyurulması konusunda daha iyi kullanılması.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Diyaliz ve talasemi gibi günlük yatış yapan hastalara SGK tarafından yemek parası ödenmesi.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Genel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan payın artırılması, muayene paralarının herkesle aynı olması, ilaçlardan ve hastanelerden alınan muayene katılım payı uygulamasının her hastanede eşit bir şekilde uygulanması, fazla mesai ücretlerinin verilmesi.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Yardımcı sağlık personelinin yetkinliklerinin artırılması, 50 yaş üzerinde yardımcı sağlık personelinin çalıştırılmaması, sağlık çalışanlarının özlük haklarının iyileştirilmesi, çalışma saatlerinin sınırlandırılması.

8.5.2.2.Bursa

Bursa il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Halkın sağlık hizmetleri ve sağlık sistemi konularında bilgisiz olması, sağlıkta dönüşüm sürecinin bir özelleştirme süreci olması ve hastaların maddi güçleri oranında sağlık hizmeti alabilmeleri, aile hekimliği uygulamasının tüm ülkede henüz amacına hizmet eder şekilde çalıştırılmaması, denetim sürecinin işlememesi ve suiistimallerin oluşması, uygulanan programların yetersizliği, vatandaşlara yeterli bilgi aktarımının sağlanamaması.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Hastaların randevu sistemine uyumlu davranmamaları, hasta hakları konusundaki yanlış uygulamalarla sağlık personelinin psikolojisinin bozulması ve yanlış yönlendirmeler ve uygulamalarla hastaların sağlık çalışanları üzerine yönlendirilmesi.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Uygulanan yanlış mali politikalar, cepten sağlık harcamalarının artması, gelir testlerinin sağlam ve doğru sonuca götürebilecek kriterler içermemesi.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Uzman hekimlerin özel hastanelere geçmesi, kamudan nitelikli eleman kaçışının olması, çalışan personelin ağır mesai ve ağır iş yükü, farklı statülerde personel çalıştırılması.

Diğer sorunlar: Medikal malzemelerde olumsuz ve gereksiz kullanımlar, cihaz ve alet yetersizliği, ihale sürecinde yaşanan sorunlar.

Bursa il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: 5510 sayılı Kanun’un 60/c kapsamında olanların özel hastanelere gidebilmelerinin sağlanması, yurtdışından getirtilen tıbbi malzemelerin (ilaç ve medikal) ülke içinde imalatının sağlanması, önemli hastalıkların tedavisinde kullanılan yüksek fiyatlı malzemelerin serbest fiyatla verilmesinin önlenmesi, kamusal bir sağlık sistemi getirilmesi, nüfus cüzdanı olan herkesin sağlık hizmetlerine ücretsiz ve eşit şekilde ulaşabilmesi sağlanmalı, öncelikle birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturulmalı veya mevcut kurumlar amacına uygun şekilde çalıştırılmalı, acillerin tamamının sadece ve sadece acil hizmeti vermek için programlanması, köylere sağlık hizmetinin götürülmesinin iyileştirilmesi ve etkin bir hale getirilmesi, akıllı kart uygulamasına bir an önce geçilmesi, halkın sağlık hizmetleri ile ilgili tedavi, ücretler ve diğer konularda bilgilendirilmesine yönelik broşürler oluşturulması, özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da lokal istasyonların kurulması, sağlık hizmetlerine tek telefonla kolay ulaşımın sağlanması.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Muayene ücretlerinin alınmaması, sevk zinciri oluşturulması ve buna aciller dışında herhangi bir istisna da verilmemesi, evde bakım hizmetinin arttırılması, iyileştirilmesi ve kolay erişilebilirliğin sağlanması, acil hastalara kamu hastanelerinde yer yok uygulamasının ortadan kaldırılması, yapılan ameliyatların artış nedenlerinin araştırılması ve tespit edilmesi, hastaların hizmet sunumu sürecinde hekim ve sağlık personeline karşı daha duyarlı ve titiz davranmaları.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Sağlık uygulamalarında uygulanan katkı payları ve ilaç yüzdelerinin alınmaması veya çok cüzi bir hale getirilmesi.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hastanelerdeki uzman hekim sayısının arttırılması.

8.5.2.3.Denizli

Denizli il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Bilinçsiz, etkisiz ve kâtip aile hekimleri, performans uygulaması, sevk zinciri, özelleştirme, hizmet verilen alanların genişliği, sağlık sektöründe harcanan paranın verilen hizmetle orantısız olarak artması, yetki karmaşıklığı, çok başlılık ve kargaşa, aile hekimliği uygulamasında istenilen hedefe ulaşılamaması, koruyucu hekimlik hizmetlerinin aksaması, maliyetlerin artışı ile birlikte ortaya çıkan sürdürülebilirlik sorunu, dönüşüm programı uygulamalarının yeterince iyi bir şekilde anlatılmaması, sistem içerisinde entegre olamama sorunu ve sistemin halen oturmamış olması.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Hasta sayısının çokluğu, hizmet kalitesi, ilaç temini sıkıntısı, üniversite hastanelerinde ücretsiz hale getirildikten sonra muayene için hocalara ulaşılamaması, gereksiz ameliyatlara çoğalması, tamamen hasta memnuniyetine dayalı bir performans sisteminin olması.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Ücret dağıtımında doktorlar arasındaki adaletsizlik, ilaç fiyatlarının yüksek olması ve sağlık giderlerindeki artış.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Hekimlerin öneminin azalması ve itibarlarını kaybetmeleri, mobbing, çalışan memnuniyetsizliği, çalışma ortamındaki huzursuzluklar, personel yetersizliği-sorunları, sağlık personelinin maaş sorunu yaşaması (hekimler), tıp fakültelerinde öğretim üyesi eksiklikleri, çalışanların iş yüklerindeki artış, sağlıkta şiddet eylemlerinin artışı, çalışanların döner sermaye paylarının yetersizliği.

Diğer sorunlar: Dışardan hizmet alımı, hastanelerin ticarethane, hastaların müşteri gibi görülmesinin verilen hizmetin özüne ters düşmesi, mevzuat değişikliklerinin tamamlanmamış olması, bilgi güvenliği sorunu.

Denizli il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Personel düzenlemelerinin yeniden yapılandırılması, koruyucu hekimlik hizmetlerinin aksatılmaması (örneğin aşılama v.b.), sahadaki hekimlerin yaşamış olduğu problemlerin, sağlık sektöründeki bürokratlar ve politika yapıcılar tarafından dikkate alınması, Sağlık-Net veri tabanının kullanışlı hale getirilmesi, Kamu Hastaneleri Birliği’ndeki verimlilik kriterlerine dair daha işlevsel uygulamaların oluşturulması ve kriterlere açıklık getirilmesi, kurumların ve personelin idari ve mali sınırlarının belirlenmesi, yönetici sayısının artırılması, personel konusunda işletme mantığıyla hareket edebilme yetkisi ve verimsiz personelle ilgili tasarrufta bulunabilme yetkisinin tanınması, performans sisteminin kaldırılması, hizmet içi eğitim sayılarının artırılması ve konu bakımından çok kapsayıcı olması.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Aile hekimlerinin hastalarının sağlık bilgi rakamlarını oluşturması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Sabit ek ödemelerin diğer sağlık personelleri gibi döner sermaye ek ödemesinin %80 oranında sabit olarak ödenmesi (Hâlihazırda hekimlerin %15 sabit ek ödemesi var), hasta katılım paylarının kaldırılması.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Sağlık personelinin özlük haklarının iyileştirilmesi, saygınlıklarının artırılması, güvenliklerinin artırılması, sistemden doğan aksaklıklardan dolayı hastalarla karşı karşıya getirilmemesi, hekim sayısının artırılması, uzmanlaşmış personel sayısının artırılması, sağlık çalışanlarının sorunlarını sadece maddi olarak görmeyip çalışma ortamı, yöneticilerle ilişkiler ve toplum nezdindeki saygınlığı ve itibarı ile ilgili çalışmalar başlatılması, çalışan memnuniyetinin artırılması ve iş yükünün azaltılması, hekimlerin emekliliklerine yönelik yeni düzenlemelerin yapılması, sağlık çalışanlarının görevlendirmelerinde liyakat ilkesinin göz önünde bulundurulması, sağlık çalışanlarının dış etkenlere karşı bağımsızlıklarının korunması.

Diğer Konular ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hasta haklarına ilaveten hasta yükümlülüklerinin de getirilmesi ve düzenleme yapılması, hekimlere de hasta seçme özgürlüğünün verilmesi, ihale mevzuatının (özellikle alım protokolleri) uygunlaştırılması, sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik katı ve caydırıcı tedbirlerin alınması, mevzuat değişikliklerinin tamamlanması.

8.5.2.4.Erzurum

Erzurum il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Kamuda çalışan hekimlerin özel muayenehanelerinin kapatılması ve hekimlerin hastanelerden ayrılması, performans uygulamasının niceliğe sahip olması ve niteliği olumsuz yönde etkilemesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sadece hasta memnuniyetini öne çıkarması.

Finansman ile ilgili sorunlar: Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yükselmesi (vaka başı), sağlık hizmetlerinde kar-zarar anlayışının ön plana çıkması, SGK aracılığıyla özel hastanelere ödenen ücretlerin artışı, hastaların ceplerinden ödemelerin artışı.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Hekimlere karşı uygulamalar, saygısızlık ve ilgisizlik, çalışanların memnuniyetsizliği, sağlık çalışanlarına verilen önemin azalması.

Diğer sorunlar: Hekim hasta arasındaki para ilişkisinin öne çıkarılması.

Erzurum il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 4 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Sağlık sektöründeki maliyetlerin ve fatura ödeme işlemlerinin SGK’dan alınması ve Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi, SGK’nın sadece GSS primlerinin toplanması işlemini gerçekleştirmesi, sağlık sektöründe tıbbi malzeme, vaka başı, hizmet sunumu ve Medula sisteminin tekrar gözden geçirilmesi, sorunların tespit edilmesi ve çözüm önerilerinin oluşturulması, Tıp eğitiminin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: İlaçların bulunabilirlik düzeyinin artırılması.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: İdari birimlerdeki memur yetersizliği sorununun giderilmesi, donanımlı ve kaliteli eleman-personel yetiştirilmesi ve personele yönelik eğitim sayısının artırılması.

8.5.2.5.Isparta

Isparta il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Tıp Fakültesi hastanelerinin konumu ve geleceği konusunda tedbir ve düzenleme yetersizliği, Tam Gün Yasası ile ilgili düzenlemelerin oldukça karmaşık bir hal alması, performans düzenlemesinin yarattığı sorunlar.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Hastaya yeterli zaman ayrılmaması, nitelsiz sağlık hizmeti, sağlık çalışanları arasındaki rekabet ortamı, gereksiz reçetelerin düzenlenmesi, performans sisteminin sağlık hizmetinin kalite düzeyini bozması, hekim-hasta ilişkisinde kaliteden çok sayısal verilerin ön plana çıkması.

Finansman ile ilgili sorunlar: Mali yüklerin artışı, Genel Sağlık Sigortası sisteminde adaletsizlik olması.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Sağlık personelinin sorunlarının daha az önemsenmesi, hekimlere ve sağlık personeline yönelik olumsuz davranışlar, şiddet ve özlük hakları konusunda yaşanan sorunlar, bilinçli ve eğitimli personel azlığı, sağlık çalışanlarına karşı şiddet eylemlerinin artması, sağlık çalışanlarının düşük ücretle çalıştırılması.

Diğer sorunlar: Daha çok hasta memnuniyetinin düşünülmesi, hasta merkezli popülist uygulamaların ortaya konulması, sağlığın ticarileştirilmesi, hastaların sağlık çalışanlarına karşı aşırı şımarık davranışları, hekimlerde hasta ve yönetim baskısı.

Isparta il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Tam Gün Yasası ile ilgili açık, net ve anlaşılır düzenlemelerin yapılması, Kamu Hastane Birliklerinin siyasi etkilerden uzak tutulması ve siyasi baskı altında kalmadan eleman alınması, aile hekimliklerinin alt yapı eksikliklerinin giderilmesi, aile hekimliğinin 24 saat görev yapabilecek şekilde düzenlenmesi, sağlık personeli alımlarının hastane idarelerine bırakılması, idareye psikolojik baskı yapılarak personel alımının engellenmesi, Hasta Muayene Kartı uygulamasının başlatılması (Kişisel bilgilerin yüklü olduğu, muayene sürecinde kullanılabilen), özel hastanelerin desteklenmesi ve çalışanlarına daha iyi bir ücret verebilir konuma gelmesi için gerekli çalışmaların yapılması.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Tahlil sonuçlarının internet ya da SMS’le bildirilmesi, hekim hasta ilişkisinde kalite düzeyinin yükseltilmesi.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Performans sistemi düzenlemesinin yeniden planlanması, sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Sağlık çalışanlarının haklarına yönelik yeni düzenlemelerin getirilmesi, aile hekimliğinde görevlendirilen hekimlere mezuniyetleri sonrasında hastanelerde 1-2 yıl eğitim verilmesi, sağlık çalışanlarının mutsuzluklarının giderilmesi (memnuniyet), çalışan haklarına samimi bir şekilde daha fazla önem verilmesi, sağlık çalışanlarının ek ödemesinin emekli sandığı keseneklerine yansıtılması, personel sayısının artırılması, personelin eğitim düzeyinin yükseltilmesi, Aile hekimliğinde çalışan hekimlere verildiği gibi hastanelerin acil bölümlerinde çalışan pratisyen hekimlere de acil uzmanı statüsünün verilmesi.

Diğer Konular ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Sağlık sisteminde ticarileşmenin önüne geçilmesi, sağlık sistemindeki politikaların ilgili STK’larla istişare sonrasında belirlenmesi ve uygulamaya konulması (sürdürülebilirlik ve işleyiş açısından çok önemli), muayene katılım paylarının nereden geldiğinin ayrıntılı bir şekilde hastaya bildirilmesi, çalışma ortamındaki şartlarının iyileştirilmesi, sağlık çalışanlarının yitirmiş oldukları güven, saygınlık ve itibarlarının yeniden kazandırılması için düzenlemeler yapılması, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin durdurulması ve son bulmasına yönelik cezai hükümlerin ortaya konulması.

8.5.2.6.Konya

Konya il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Dönüşüm programının tamamlanmamasından kaynaklanan sorunlar, sistemde tam otomasyonun kurulamaması, aile hekimlerinin işleyişindeki sorunlar (sadece ilaç yazan bir istasyon olarak görülmesi), Kamu Hastane Birliği’nin çok başlı yapısının hastanelerdeki hizmet sürecini aksatması, aile hekimliğinin sağlık ocaklarından farkının olmaması, üniversite hastanelerinin devlet hastanesi statüsüne indirgenmesi, meslek örgütlerinin yetkilerinin azaltılması, dönüşüm sürecinde fikirlerinin alınmaması, sağlık sistemini hekim odaklı olmaktan çıkarılarak işletme odaklı hale getirilmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Performansa dayalı hizmette kişilere bağlı sorunlar, yanlış sonuçlar doğurması, dezavantajları, personel sayısının artırılmasının hizmet kalitesi sorununu çözmemesi, hekim başına düşen günlük hasta sayısının artışı, kamudaki uzman hekimlerin özel hastanelere geçmesi.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Sağlık hizmetlerinde maliyet artışı, GSS ile ilgili sürecin yeniden gözden geçirilmesi, bedavacılığın devam etmesi, sağlık hizmetlerinin paralı hale gelmesi, sağlık giderlerinin azaltılamaması, dönüşüm programının mali açıdan desteğinin az olması, ülkeye yüklenen aşırı ek maliyet, bütçe yükü, döner sermaye katılım paylarından hekimlere verilen payın diğer sağlık personeline de tanınması, ilaç giderlerinin artması, sağlık personelinin ücretlerinin azalması.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Sağlıkta şiddet, personel istihdamının yeterli düzeyde olmaması, çalışan personelin iş yükünün fazla olması, çalışan hakları ile ilgili sorunlar, personelin adaptasyon sorunları, kamu hastanelerinde personelin sözleşmeli hale getirilmesi, personelin özlük hakları, insan kaynakları planlaması, etkin yönetici eksikliği, sağlıkta dönüşümün yeterli personel sayısı ile paralel gerçekleştirilmemesi ve bundan kaynaklanan sorunlar, hekim dışı personelin tam anlamıyla performansa dayalı ücret sistemine geçirilememesi, sağlık çalışanların mutsuzluğu, bedenen ve ruhen yorgunlukları, gelecek kaygıları, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin itibarsızlaştırılması, hekim ve sağlık çalışanlarının haklarının yok sayılması, personele ilişkin şikayetlerin kendilerine taciz şeklinde uygulamaları beraberinde getirmesi.

Diğer sorunlar: Çok hızlı bir geçiş olduğu için ortaya çıkan sorunlar, hastaların tatminsizliği, hastaların hekimlere karşı davranışları, 663 sayılı KHK'nın oluşturduğu sorunlar, çalışan haklarının hasta haklarına nispeten daha az korunması, kamu otomasyonlarındaki entegrasyon sorunu, siyasi iktidarın kadrolaşma isteğiyle değiştirilen teşkilat kanunları, köklü olmayan değişken yapılı sistemlerin uygulanmasının sürdürülebilirlik sorununu ortaya çıkarması, sağlık çalışanlarını koruyan yasal düzenleme eksikliği.

Konya il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hastane yönetimlerinin profesyonel olması, hekim hakimiyetinden ve ayrımcılığından kurtulması ve siyasi etkiden arındırılmalı, aile hekimliğinde sevk zinciri şartının uygulanması, performans uygulamasının değiştirilmesi ve iyileştirilmesi, yönetici ve idarecilerin atamalarında belli standartların ve kuralların getirilmesi ile profesyonelleşme sağlanması, yurtdışına bağımlı olunan ilaçların üretilmesi konusunda adımlar atılması, ilaç üretme kapasitesinin oluşturulması, Sağlık Uygulama Tebliği'nde üniversite hastanelerinin tedavi hizmetlerinin fiyatlandırılmasının revize edilmesi ve iyileştirilmesi, üniversite hastanelerinin Kamu Hastaneler Birliği çatısı altına alınması, merkezi ve standart sağlık hizmeti sunumunun sağlanması, dönüşüm programının personel ve mali açıdan daha fazla desteklenmesi, üniversite hastanelerinin sadece işletme mantığı düşüncesinden çıkartılıp AR-GE konusunda desteklenmesi, mali sorumluluk sahibi yönetici ve çalışanlara, taşıdıkları yük konusunda değerlendirme yapılarak ücretlendirmenin gözden geçirilmesi, üniversite hastanelerinin ekonomik olarak desteklenmesi, sağlık idarecilerinin hekimlere oranla daha fazla yönetim sürecinde görevlendirilmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Aile hekimliği sisteminin pratisyen hekimlerce devam ettirilmesi, sevk zincirinin işletilmesi ve hastanelere doğrudan erişimin kısıtlanması, aile hekimliği uygulamasının 24 saat hizmet verebilir hale getirilmesi ve etkili bir danışmanlık hizmeti sağlanması.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Özel hastane fark ücreti uygulamalarının gözden geçirilmesi, sağlık hizmetinin ücretsiz sunulması, sağlık

hizmetlerine genel bütçeden daha fazla kaynak aktarılması, hekimler dışındaki diğer sağlık personeline de performans sisteminden ek ücret verilmesi, bütçe kaynaklarının etkili kullanılabilmesi, sağlık sektöründe herşey bedava sisteminden vazgeçilmesi, performansa dayalı ödemelerde daha adil düzenlemeler yapılması.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Çalışan memnuniyetinin artırılması, her alanda ve yan dallarda daha çok uzman hekimin yetiştirilmesi, aile hekimlerinin ihtisas süreleri ve içeriğinin yeniden planlanması, hekimlerin özlük haklarının iyileştirilmesi, donanımlı personel temini, çalışan haklarına yönelik düzenleme, tüm personelin sözleşmeli hale getirilmesi, yardımcı sağlık personelinin özlük haklarının iyileştirilmesi, iş yüklerinin azaltılması, döner sermaye paylarının emeklilik sistemine yansıtılması.

Diğer Konular ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hastaların sağlık hizmetleri sürecinde daha bilinçlendirilmesi, hekim ve yardımcı sağlık personelinin eğitiminin daha kaliteli hale getirilmesi, hastaların her istedikleri anda muayene ve reçete elde etme haklarının kendileri için çok da iyi bir şey olmadığını bilmesi, özellikle pratisyen ve aile hekimlerine sağlık giderlerinin nasıl azaltılabileceğinin anlatılması, hasta yakınlarının hekimleri yönlendirmelerinin engellenmesi, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin eğitim sürecinde faydasız bilgilerin temizlenmesi ve bu süreçte daha faydalı bilgilerin aktarılması (Tıp Fakültesi ve Milli Eğitim), hastanelerdeki işlerin tamamının otomasyona dökülmesi, geçmiş kayıtların yüklenmesi, Devlet Personel Başkanlığı'na Sağlık Yöneticiliği'nin bir unvan olarak kabul edilmesi, Bakanlığın siyaset üstü düşünerek hasta ile hekimi karşı karşıya getirmemesine yönelik düzenlemeler geliştirmesi, mecburi hizmetin kaldırılması.

8.5.2.7.Samsun

Samsun il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Sağlık hizmetlerinde teknik donanım ve altyapı yetersizliği, hastanelerin işlemeyen ve sorun yaratan organizasyon yapısı,

hastanelerde yetki ve sorumluluk kargaşası, sağlık hizmetlerinin fazla özerkleşmesi, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: sağlık hizmetleri sunumu sürecinde ortaya çıkan personel çatışmaları, performans sisteminin hastaları para olarak göstermesi, gereksiz tetkik ve tahlilleri arttırması.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Hastaların cebinden çıkan paraların artması, hastaların eczanelerde ödediği reçete katılım payı ile muayene katılım payları.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Yardımcı sağlık personelinin nicelik ve nitelik açısından yetersiz olması, sağlıkta şiddet, hekimlerin haklarının sistem içerisinde gözetilmemesi, sağlık personelinin mutsuzluğu, çalışan personelin değersizleştirilmesi.

Diğer sorunlar: İletişim kopuklukları, hastaların hizmet alımı konusunda bilinçsiz olması, görsel memnuniyetin ön plana çıkarılıp, insani değerlerin unutulması, hasta ve hekim haklarının yetersizliği.

Samsun il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Modern hastane yönetimi organizasyonuna geçilmesi, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmemesi, personel nakillerinin daha kolay bir hale getirilmesi, performans sisteminin kaldırılması, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların haklarının korunması ve geliştirilmesi, birinci basamak çalışanlarının görev tanımlaması dışında angarya iş yüklerinin engellenmesi, sistem üzerinden kurumu ve devleti suiistimal edenlerin tespit edilmesi ve ağır yaptırımların uygulanması.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Tıbbi hizmetler ile diğer hizmetlerin birbirinden ayrılması, gereksiz ilaç yazımı ve kullanımının engellenmesi.

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Tıbbi eğitim hizmetine ayrılan bütçenin arttırılması, daha kaliteli eğitim sürecinin sağlanması.

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hekim haklarının iyileştirilmesine yönelik yeni düzenlemeler, sağlık sistemindeki eski bürokratların değiştirilmesi, hekimlerin maaşlarının iyileştirilmesi (%75 sabit gelir %25 döner

sermaye), hekimlerin memur sınıfından çıkarılması, çalışma saatlerinde iyileştirme yapılması.

Diğer konular ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler; Sağlık sektöründe hasta, hekim ve sağlık personelinin kültür düzeyinin artırılması, güvenlik tedbirlerinin alınması, hekimlerin mesleklerini icra ederken hasta beni şikayet eder mi dava eder mi korkusundan kurtarılması, hekime şiddete ağır yaptırımların getirilmesi.

8.5.2.8.Şanlıurfa

Şanlıurfa il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toplanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili sorunlar: Performans düzenlemesi, görev ve yetki dağılımı, denetim yetersizliği, sağlıkta özelleştirme faaliyetlerinin başlaması, sağlık hizmetlerinde bürokrasinin artması.

Hizmet Sunumu ile ilgili sorunlar: Aile hekimliği sistemine geçilmesi ile birlikte hastane acil servislerinde görev yapan pratisyen hekimlerin sayısının azalması, kalite ve memnuniyet düzeyi, sağlık hizmetlerinde kaliteden çok sayısal verilerin ön plana çıkarılması, gereksiz sevklerin artışı, müdahaleli tedavilere kota getirilmesi ve bu durumun gereksiz ameliyatlara neden olması.

Finansman (mali) ile ilgili sorunlar: Sağlık harcamalarının hızlı artışı, üçüncü basamak hastanelere uygulanan paket program ile hastanelerin giderlerinin artması ve gelirlerin düşmesi, gereksiz tetkik ve işlemlerin sağlık harcamalarını arttırması, hastalardan alınan katkı ve katılım payları ile cepten ödemelerin arttırılması, döner sermaye ödemelerindeki adaletsizlik.

İnsan Kaynakları ile ilgili sorunlar: Hasta-hekim arasındaki ilişkinin bozulması ve bu yöndeki Bakanlık uygulamalarının yetersiz kalması, hekimlerin kendilerine olan güvenin sarsılması, hekim güvenliği, acil servislerde çalıştırılan hekimlerin niteliği (Örneğin Kroner yoğun Bakım, diyaliz, AÇSAP gibi özel alanlarda çalışanların eğitim ve kurs verilmeden acil servislere aktarılması), memur yetersizliği, sağlık çalışanlarının iş yüklerindeki artış ve iş güvencesinin kaldırılması, sağlık çalışanlarına karşı şiddet

eylemlerinin artması, sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğunun unutulması (hekimlerin dışındaki diğer sağlık personelin hakları).

Diğer sorunlar; Yaşlı nüfusun artışı, kronik hastalıkların artışı, hekime olan güven sorunu, hekimlik mesleğinin sıradanlaştırılması.

Şanlıurfa il merkezinde görüşülen yönetici ve hekimler tarafından “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?*” sorusuna verilen yanıtlardan öne çıkanlar aşağıda 5 genel başlık altında toparlanmıştır.

Yönetim ve Örgütlenme ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Performans düzenlemesinin kaldırılması ya da sistemin daha adil bir şekilde yeniden düzenlenmesi (sabit maaşın arttırılması ve performans miktarının azaltılması), denetimlerin arttırılması, performans sisteminin üniversiteler için ayrı bir düzenleme kapsamına alınması.

Hizmet Sunumu ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hasta-hekim arasındaki para ilişkisinin ortadan kaldırılması, avuç içi damar okuma sisteminin işleyişinin oturtulması, elektronik iş ve işlemlerin kullanılması (e-randevunun yaygınlaştırılması, e-tahlil ve e-ultrason gibi işlemlerin başlatılması).

Finansman (mali) ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Ödeme gücü bulunmayan hastaların primlerinin kısmen ya da tamamen kamu kaynakları tarafından karşılanması, sağlık harcamalarının optimal eşit, herkes için uygun derecede ve tüm nüfus için maksimum tatmin sağlanacak şekilde ayarlanması, GSS’nin yeşil kartlı hastalara da daha hakkaniyetli uygulanması, yeni bir döner sermaye ödeme düzenlemesi yapılması (hekimlerin yanında diğer sağlık personelinin göz önünde bulundurulması).

İnsan Kaynakları ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Hasta hakları kadar hekim hakları ve güvenlik problemlerinin yeniden gözden geçirilmesi, hekimlerin emeklilik maaşlarının düzeltilmesi, sağlık çalışanlarının tamamının yıpranma tazminatları kapsamına alınması ve emeklilik yaşlarının düşürülmesi, kamudaki dış hekimlerine yönelik iş yükü açısından bir çalışma başlatılması (performans sistemine göre çok çalıştırılması ve bunun karşılığında diğer hekimlere oranla daha az ücret alması sorununun giderilmesi).

Diğer Konular ile ilgili talep edilen ek düzenlemeler: Toplumun tamamının zorunlu sağlık sigorta sistemi içine alınması, Genel İdare Hizmetleri sınıfındaki memurların

eğitim düzeyinin yükseltilmesi, Tıp fakültelerine iletişim derslerinin konulması, akademisyenliğin cazip hale getirilmesi, hasta-hekim ilişkisini olumlu yönde etkileyecek spotların hazırlanması.

Alan araştırması sonucunda hasta, yönetici ve hekimlerin açık uçlu sorulara verdiği yanıtlar, yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, finansman, insan kaynakları ve diğer başlığı altında kategorize edilerek Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları sonrası mevcut durumun sorun/sorun alanları ve çözüm önerilerine yönelik objektif bir tablo ortaya konulmaya çalışılmıştır. Hastalar, yöneticiler ve hekimler tarafından ifade edilen sorunların ve çözüm önerilerinin çeşitlilik gösterdiği görülmekte, sektördeki dönüşüm sürecinin geleceğine ilişkin paydaşların beklentileri bağlamında bir perspektif çizilmektedir.

Gelişmiş ve herkesin mutlu olacağı bir sağlık hizmet sektörüne ulaşabilmenin en önemli anahtarı, hiç kuşkusuz sektördeki paydaşların taleplerinin politika belirleyiciler tarafından politika belirleme sürecinde dikkate alınmasından geçmektedir.

Tablo 49. Araştırma Hipotezlerinin Test Sonuçları

NO	HİPOTEZLER	SONUÇLAR
1.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, eczanelerin işleyiş ve verimlilik açısından daha iyi bir duruma ulaştığına yönelik düşünceleri arasında fark vardır.	Kabul
2.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, hastanelerin verimlilik düzeylerinde bir artış gerçekleştiğine yönelik görüşleri arasında fark yoktur.	Ret
3.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin SDP ve uygulamaları hakkında halkın yeterince bilgilendirildiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.	Kabul
4.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP uygulamalarına yönelik olumlu bulma ve destekleme düşünceleri arasında fark yoktur.	Ret
5.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, hastane hizmetlerine olan memnuniyet düzeyinin arttığına yönelik düşünceleri arasında fark vardır.	Kabul
6.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP öncesinde yaşanan sorunların yeni uygulamalarla giderildiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.	Ret
7.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, hasta hakları uygulamalarının sağlık hizmetlerinde kalite düzeyini arttırdığına yönelik düşünceleri arasında fark vardır.	Kabul
8.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP uygulamaları ile birlikte ilaç temininde sorun yaşanmadığına ilişkin düşünceleri arasında fark yoktur.	Ret
9.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP ile birlikte yeni sorunlar ortaya çıktığına yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.	Ret
10.	Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.	Kabul
11.	Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, gelir düzeyine göre farklılık gösterir.	Kabul
12.	Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, meslek gruplarına göre farklılık gösterir.	Kabul
13.	Araştırmaya katılan hastaların SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir.	Ret
14.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, hekim seçme özgürlüğü uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark vardır.	Kabul
15.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sağlık bilgi sistemi uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark vardır.	Kabul
16.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sevk zinciri uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark yoktur.	Kabul
17.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark vardır.	Kabul
18.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumunu Kamu Hastane Birliklerine devretmesine yönelik düşünceleri arasında fark vardır.	Ret
19.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamuda çalışan hekimlere özel muayene yasağı uygulamasına yönelik görüşleri arasında fark vardır.	Ret
20.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulamasına ilişkin görüşleri arasında fark yoktur.	Ret
21.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.	Kabul
22.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, sağlık sektöründe bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücünün oluştuğuna yönelik düşünceleri arasında fark vardır.	Kabul

23.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, Türk sağlık sektörünü destekleyen yeni eğitim ve bilim kurumlarının oluşturulduğu ve var olanların geliştirildiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.	Ret
24.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun teknik ve personel yapısının, SDP ile daha da geliştirildiğine yönelik görüşleri arasında fark yoktur.	Ret
25.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin, sağlık çalışanlarının iş yüklerinde bir artış gerçekleştiğine yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.	Kabul
26.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.	Ret
27.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, yaşa göre farklılık gösterir.	Ret
28.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, göreve göre farklılık gösterir.	Kabul
29.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP algısı, mesleğe göre farklılık gösterir.	Kabul
30.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde artış olduğuna yönelik görüşleri arasında fark yoktur.	Kabul
31.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, SDP temel bileşenleri hakkındaki görüşleri arasında fark vardır.	Ret
32.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin SDP temel bileşenleri hakkındaki görüşleri, görev gruplarına göre farklılık gösterir.	Kabul
33.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, aile hekimliği uygulamasının birinci basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek düzeyde olmasına yönelik görüşleri arasında fark vardır.	Kabul
34.	Araştırmaya katılan yönetici ve hekimlerin kamu özel ortaklığı modeli doğrultusunda gerçekleştirilen Entegre Sağlık Kampüslerine yönelik düşünceleri ile görev grupları arasında fark vardır.	Kabul
35.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamu sağlık sigortalıların özel hastanelere gidebilmelerine yönelik görüşleri arasında fark yoktur.	Kabul
36.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin GSS ile ilgili düşünceleri arasında fark vardır.	Kabul
37.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin Sosyal Güvenlik Kurumu'nun oluşumuna yönelik düşünceleri arasında fark yoktur.	Ret
38.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, Sağlık Bakanlığı-SGK işbirliği ile hasta-hastane-eczane arasındaki bağın güçlendirildiği ve geliştirildiğine yönelik düşünceleri arasında fark vardır.	Kabul
39.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, kamu hastanelerinin performansa dayalı sisteme geçmelerine yönelik düşünceleri arasında fark vardır.	Kabul
40.	Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin, Türk sağlık sektöründeki değişim ihtiyacı yönünden görüşleri arasında fark yoktur.	Kabul

Tablo 49, alan araştırması sonucunda elde edilen verilerden hareketle, araştırma başlangıcında ortaya konulan hipotezlerin kabul ya da ret sonuçlarını göstermekte, diğer bir ifade ile Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına yönelik hasta, yönetici ve hekimlerin görüşlerinin ölçümlerini ve analiz sonuçlarını özetlemektedir.

Alan araştırması sonuçları incelendiğinde hem hastaların hem de yönetici ve hekimlerin Türk sağlık sektöründe ciddi bir dönüşüm ihtiyacına vurgu yaptıkları görülmüştür (Bkz. Tablo 22, Tablo 27, Hipotez 40). Bu duruma paralel olarak hasta, yönetici ve hekimlerin Türk sağlık sektöründe problemler olduğunu da ifade ettiği

belirlenmiştir (Bkz. Tablo 22 ve Tablo 27). Tezin kavramsal çerçevesi içerisinde değinilen Türk sağlık sektörünün SDP öncesindeki sorunları, ortaya çıkan bu eğilimi destekler niteliktedir.

SDP ile birlikte hedeflenen temel bileşenlerden birisi, neoliberal devlet anlayışının yapısal öngörülerini ile bağdaşan planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı modeli olmuştur. Bu bileşene ve bu bileşen doğrultusundaki kurumsal yeniden yapılanma ile ilgili değişikliklere yönelik sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde, yönetici ve hekimlerin hastalara nazaran bu duruma daha çekimser yaklaştıkları ve teknik olarak Bakanlık yapısının desantralizasyon odaklı dönüşüm süreciyle ilgili farkındalıklarının hastalara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 23, Tablo 30, Hipotez 18). Yönetici ve hekimler içerisinde de Türk Tabipleri Odası, Türk Eczacılar Odası ve Sendika Şube Başkanlarının, diğer yönetici ve hekimlere nazaran daha olumsuz bir görüşe sahip olduklarının altının çizilmesi gerekmektedir. Özellikle açık uçlu soruların cevapları da dikkatle irdelendiğinde, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilmesini diğer bir deyişle taşradaki sağlık hizmetlerinin özleştirilmesi ya da nihai olarak özleştirilmesi çekincelerinin dile getirildiği görülmüştür. Bu durum, doğrudan sosyal refah devleti anlayışından neoliberal devlet anlayışına geçiş söyleminin hissedildiğini ve bu yönde bir farkındalık oluştuğunu göstermekte ve çalışmanın genel kurgusu ile doğrudan ilişkilendirilebilmektedir.

Alan araştırması ile ilgili hipotezlerin yöneldiği konulardan birisi, sağlık hizmetlerinde kalite, ulaşılabilirlik (erişim) düzeyi ve hastane koşullarıdır. Teorik çerçevede SDP ile birlikte hastane koşulları, hizmet kalitesi ve ulaşılabilirlik düzeyinin artırılmasına yönelik kalite ve akreditasyon ve hasta hakları konusundaki uygulamalara ve bu yöndeki olumlu sonuçlara paralel olarak alan araştırmasında hasta, yönetici ve hekimlerin sağlık hizmetlerinde hastane koşullarının, hizmet kalitesi ve ulaşılabilirlik düzeyinin arttığını düşündükleri görülmüştür (Bkz. Tablo 25, Tablo 32, Hipotez 5, Hipotez 7, Hipotez 30). Hastanelerle ilgili öne çıkan bir başka husus, entegre sağlık kampüsleri uygulamasıdır. Bu uygulama kamu kaynakları yerine özel sektörün mali kaynaklarının kullanılması yoluyla nitelikli hastane ve yatak sayısını artırırken, diğer taraftan devletin bu alandaki idare etme sorumluluğunu belli sürelerle özel sektör ağırlıklı yapılara devretmek istediğini ortaya koymuştur. Sağlık hizmetlerindeki kalite,

ulaşılabilirlik düzeyi ve hastane koşullarının iyileştirilmesi, etkinlik, verimlilik ve rekabet ilkelerini bünyesinde barındıran yeni kamu yönetimi anlayışı ve neoliberal devlet karakteriştiği ile doğrudan ilişkili olarak değerlendirilebilir.

Alan araştırmasında anket uygulanan kişilerin görüşlerinin analiz edildiği konulardan bir diğeri aile hekimliği uygulamasıdır. Aile hekimliği uygulamasının birinci basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilme kapasitesine yönelik ölçümlerde hastaların, yönetici ve hekimlere oranla konuya daha olumlu baktıkları görölmüştür (Bkz. Tablo 46, Hipotez 33). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği uygulaması esasına dayandırılması, kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürölme arzusu, sektörde devletin sorumluluğunun azaltılmaya çalışıldığı diğer bir ifade ile sağlık hizmet sektöründe devletin yapısal olarak küçöltilmesi amacını göz önüne getirmektedir.

Genel Sağlık Sigortasının hizmet sunumu ağıısından olumlu bir uygulama olmasına yönelik analiz sonuçları incelendiğinde, hastalar ile yönetici ve hekimlerin konuya çok olumlu yaklaştıkları ve uygulama hakkında aynı paralelde düşündükleri ancak görüşleri ağıısından anlamlı farklılıklar tespit edildiği görölmüştür (Bkz. Tablo 46, Hipotez 36). Türk sağlık sektöründe uzun yıllardan beri uygulanmasına yönelik çalışmalar gerçekteştirilen Genel Sağlık Sigortası sistemi, tezin kavramsal çerçevesi içerisinde de değinildiği üzere sosyal güvenlik alanındaki en önemli dönüşüm uygulamalarından birisidir. Toplumun tamamını zorunlu bir şekilde sağlık sigortalısı yapma hedefine sahip olan sistem, OECD, Avrupa Birliği ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlarca sağlık reformu konusundaki başarılı uygulama örnekleri arasında kabul görmektedir. GSS, sosyal güvenlik alanındaki bütçe açıklarının azaltılması, etkin ve verimli işleyen bir modelin yerleştirilmesi bağlamında doğrudan neoliberal devletle ilişkili bir uygulama olarak değerlendirilebilir. Diğer taraftan Genel Sağlık Sigortası kapsamının daraltılması, tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortalarının gündeme getirilmesi ve de katılım payları uygulamasının sürdürölmesi gibi hususlar, Türk sağlık sektöründe sosyal refah devleti anlayışının aşınmasına ve neoliberal devlet odaklı bir sürece geçişe işaret etmektedir.

Alan araştırması sonuçları ile ilgili bir başka husus, kamu hastanelerinde uygulamaya konulan performans sistemidir. Tezin kavramsal çerçevesinde sağlık insan gücünün verimliliğinin arttırılması ve bu doğrultuda hasta memnuniyetinin sağlanması

gibi amaçlara sahip olduğu ifade edilen performans sistemi hakkında yönetici ve hekimlerin konuya hastalara oranla daha olumlu yaklaştıkları tespit edilmiştir. Bu sonuç, performans sisteminin desteklendiğini ortaya çıkarmaktadır (Bkz. Tablo 46, Hipotez 39). Yeni kamu yönetimi anlayışının performans ve sonuç odaklı bir çerçeveye sahip olduğundan hareketle, kamu sağlık kuruluşlarındaki performans uygulamalarının sosyal refah devleti anlayışına uzak bir konu olduğu söylenebilir.

Son olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına yönelik görüşlerin genel olarak olumlu ya da olumsuzluğu, bir başka deyişle SDP uygulamalarının desteklenip desteklenmediği ile ilgilidir. Literatürde hem ulusal hem de uluslararası kuruluşlar tarafından destekleme noktasında farklılıklar arz eden SDP, alan araştırmasına katılan hasta, yönetici ve hekimler tarafından da desteklenmekte ancak aralarında düşünce açısından farklılıkların olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 26, Tablo 33, Hipotez 4). Bu durum, tezin kavramsal çerçevesindeki SDP hakkındaki olumlu görüşlerin ve değerlendirmelerin destekleyicisi niteliğindedir.

SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Devletin tarihsel süreç içerisindeki işlevleri, dönemin iktidarları tarafından benimsenen siyasal ve ekonomik politikalara göre değişebilmektedir. Kapitalizmin gelişimi ile de ilişkilendirilen devlet formları içerisinde, liberal-refah-neoliberal sıralaması sıklıkla dile getirilmektedir. Liberal devlet formu, devletin toplum içerisindeki hizmet üretimi ve sunumu kapasitesini asgari düzeye indirip piyasa mekanizmasını ön plana çıkarırken; sosyal refah devletinde ise bu durum tam tersine gerçekleşmiştir. Sosyal refah devletinde hizmet üretme ve sunumunda ortaya çıkan müdahaleci devlet ağırlıklı yapı, kamu harcamalarının artmasına ve zamanla çok büyük ve geniş bir yapının oluşmasına neden olmuştur.

Dünyada yaşanan ekonomik krizler sonrasında gözler sosyal refah devleti yapılanmasına çevrilmiş ve sosyal refah devleti kamu sektörünün yapısı, devletin faaliyet alanı ve kamuda iş görme yöntemleri başta olmak üzere çeşitli eleştirilere maruz kalmıştır. Bu eleştiriler doğrultusunda devletin toplumsal alana müdahalesinin liberal devlet formunda olduğu gibi yeniden ekonomik ve sosyal açıdan sınırlandırılması, kamu harcamalarının azaltılması, hizmet üretimi ve sunumu konusunda özel sektörün ön plana çıkarılması gibi belli başlı çözüm önerileri ortaya konulmuştur. Bu çözüm önerilerinin İngiltere ve ABD başta olmak üzere dünyada uygulanmaya başlanması ile sosyal refah devletinden neoliberal devlet formuna doğru bir geçiş sürecine geçilmiştir.

Neoliberal devlet, devletin hizmet ürettiği ve sunduğu geniş bir yapıdan daha ziyade hizmet üretimi ve sunumunun özel sektöre bırakıldığı, düzenleyici ve denetleyici yönünün ön plana çıktığı ve küçülen bir yapıya dönüşümünü simgelemektedir. Bu dönüşümde, Dünya Bankası, IMF, OECD, BM gibi uluslararası kuruluşların etkisi, önemli bir ağırlığa sahip olmuştur. Diğer bir ifade ile küreselleşme süreci ile birlikte uluslararası kuruluşlar tarafından oluşturulan küresel politikalar, ulusal düzeyde siyasal ve ekonomik politikaları da değişime uğratmıştır.

Devletin genel formundaki neoliberal dönüşüm, kamu yönetiminde geleneksel kamu yönetimi anlayışından yeni kamu yönetimi/yeni kamu işletmeciliği anlayışına doğru bir geçişi beraberinde getirmiştir. Yeni kamu yönetimi anlayışı, devletin hizmet sunumundaki rolünü piyasa mekanizmasına yani diğer bir deyişle özel sektöre bırakarak daha çok düzenleyici ve denetleyici bir role bürünmesini içermektedir. Bu durum,

kamunun hizmet sunduğu tüm sektörleri de doğrudan etkilemiştir. Bu sektörlerden birisi de sağlıktır.

Uluslararası düzlemdeki siyasal ve ekonomik koşullara bağlı olarak Türkiye’de de devletin genel politikalarının süreç içerisinde farklılaştığı, özellikle 1980 yılı sonrasında devletin yapısal ve işlevsel açıdan neoliberal politikalar ekseninde değişim sürecini yaşadığı belirtilebilir. Devletin, geniş ve büyüme odaklı yapısal ve işlevsel çerçevesinin, özelleştirme ve deregülasyon gibi yöntemlerle daha çok küçülme odaklı, düzenleme ve denetleme amaçlı bir yapıya doğru dönüşüm sürecinde olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık hizmetleri, sahip olduğu özellikler nedeni ile sunumunda en çok özen gösterilmesi ve en çok dikkat edilmesi gereken alanlardan birisidir. Aslında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan raporlar ve diğer dokümanlardan yola çıkarak gelişmiş ülkeler dahil dünyada tamamen sorunsuz bir sağlık sistemine sahip olan bir ülkenin olmadığı söylenilebilir. Bununla birlikte sağlık sektöründeki niceliksel ve niteliksel veriler, ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde önemli bir kriter olarak da kullanılmaktadır.

Sağlıklı bir toplumun oluşabilmesi için devletlerin benimsemiş olduğu sağlık politikaları önem taşımaktadır. Sosyal refah devletindeki hem hizmet sunumu hem de finansman alanındaki kamu sektörü ağırlıklı sağlık sektörü anlayışının, devletin yapısal ve işlevsel özelliklerindeki değişime ve dönüşüme bağlı olarak farklılaştığı gerçeği söz konusudur.

1980 sonrasında sağlık reformu başlığı altında İngiltere, ABD ve diğer ülkelerde olduğu gibi DB, DSÖ, OECD ve IMF gibi küresel örgütlerin de etkisiyle Türkiye’de sağlık sektöründe çeşitli projeler gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Bu projelerin en kapsamlısı ve en son örneği Sağlıkta Dönüşüm Programı’dır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Dünya Bankası ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan anlaşmalara dayandırılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, birincisi 2003-2009 yılları arasında *Sağlıkta Dönüşüm Projesi* başlığı altında; ikincisi ise 2009-2014 yılları arasında *Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi* başlığı altında hedeflenen uygulamalar olmak üzere iki temel fazdan (aşama) oluşturulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, küresel ölçekteki sağlık politikalarına paralel olarak sağlık hizmetlerinin *etkili, verimli ve hakkaniyete uygun* bir şekilde organize

edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını amaçlayan bir kapsama sahiptir. Bu bağlamda yeni kamu yönetimi anlayışından hareketle, sağlık sektöründe devletin hizmet sunumundaki rolünün dolaylı olarak azaltılması ile daha çok sektörü düzenleyen, denetleyen ve politika üreten bir Sağlık Bakanlığı modeli hedeflenmiştir. Aynı doğrultuda sağlık hizmeti sunan kamu hastanelerinin de idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesi istenilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilk fazı tamamlanmış, ikinci fazının ise 2014 yılında tamamlanması öngörülmüştür. SDP kapsamında başlangıçta ortaya konulan temel bileşenlerin ve bu yöndeki uygulamaların önemli bir bölümü hayata geçirilmiştir. Bu noktadan hareketle Türk sağlık sektöründeki dönüşüm, hem yapısal hem de işlevsel açıdan pek çok değişikliği beraberinde getirmiştir.

Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, OECD ve Avrupa Birliği gibi uluslararası kuruluşlar ile Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği ve Sağlık Sendikaları gibi ulusal kurum ve kuruluşların, SDP ve uygulamaları ile ilgili raporlar yayımladığı, yeni süreçle ilgili tespit ve değerlendirmelerde bulunduğu görülmüştür. Hem ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından yayımlanan raporlar hem de literatürde yer alan diğer çalışmalar incelenmiş, özellikle çalışmanın ikinci bölümünde SDP ve uygulamalarının neoliberal devlet ve yeni kamu yönetimi anlayışı ile ilgili bağlantılarının olduğu ifade edilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte gerçekleştirilen ve öne çıkan faaliyetler ve değerlendirmeler şu şekilde özetlenebilir.

a)Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaç, hedef ve temel bileşenleri doğrultusunda yeniden yapılandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı bünyesinde Bağlı Kuruluşlar yapılanmasının yaygınlaştırıldığı görülmüştür. Sağlık hizmetleri sunumu sorumluluğu, Bakanlık merkez teşkilatında Bağlı Kuruluş statüsünde kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na ve bu Kurumun taşra teşkilatı olarak örgütlenen Kamu Hastaneleri Birlikleri'ne aktarılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nda yeni yapılanma sonrası oluşturulan Kamu Hastane Birliği mekanizması, kamu hastanelerinin hizmet sunumunda en önemli birimdir. Kamu Hastane Birliği ile ilgili oluşum süreci dikkatle incelendiğinde, başlangıçta arzu edilen Birlik yapısının taşrada tamamen özerk, Bakanlıkla ilişkili kuruluş statüsünde olan ve

yapısal olarak yönetim kurulu eksenli bir işletme formatına sahip olduğu görülmektedir. İlk Birlik yapısı, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumu sorumluluğunu belediye, il özel idaresi, sivil toplum kuruluşu, özel kişi ve kuruluş gibi yerel kökenli yapılara devretmesine dayanmaktadır. Bu amaç, özelde planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı modeli ile genelde ise neoliberal devlet anlayışı ile uyuşmaktadır. Bu amacı destekleyen bir başka bileşen, kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesidir. Ancak Birliklerle ilgili kabul edilen hukuksal düzenleme, ilk yapıdan çok farklı bir formatı beraberinde getirmiştir. Sağlık Bakanlığı'nı yeniden yapılandıran 663 sayılı KHK ile merkez teşkilatına Bağlı Kuruluşlardan birisi olarak oluşturulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşra teşkilatı olarak idari yapıda yerini alan Kamu Hastane Birliği, yönetim kurulu yerine genel sekreter odaklı bir çerçeveye sahip kılınmıştır. Gerçekleşen yapıda, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumu sorumluluğunu Bağlı Kuruluşlar aracılığıyla yerine getirdiği diğer bir ifadeyle doğrudan olmasa da dolaylı olarak bir sorumluluğa sahip olduğu bir tablo ortaya çıkmıştır. Bu sonuca paralel olarak idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine geçiş süreci, başlangıçta istenildiği ölçüde gerçekleşmemiştir.

b)Kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliklerinin oluşturulmasına yönelik adımlar atılmıştır. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın dayandığı ilkelere birisi olan desantralizasyon düşüncesi ile kavramın idare hukuku kapsamındaki boyutu arasında teknik bir farklılık olduğu anlaşılmıştır.

c)Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir büyüklüğe sahip olan kamu hastanelerinde kalite ve rekabet odaklı işletmecilik mantığı ile hareket edebilecek bir yapı ve hizmet anlayışı benimsenmiştir. Son yıllarda kamu hastanelerinin yapım sürecinde kamu özel ortaklığı yönteminin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Belirtilen hususlardan yola çıkarak neoliberal politikalar ve yeni kamu yönetimi düşüncesi ile uyumlu bir durumun olduğu rahatlıkla söylenilebilir.

d)Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilmiştir. Yıllardan beri uygulanması düşünülen GSS sistemi, toplumun tamamının sigortalı olmasını, herkesin gelirine göre prim ödeyerek sağlık sigortasından faydalanmasını ve sosyal güvenlik alanındaki finansman sorununun bertaraf edilmesine yönelik olumlu bir adım olarak değerlendirilebilirken; aynı zamanda kullanıcı katkılarının artması ve temel

teminat paketi uygulaması gibi nedenlerle sosyal refah devletinin aşınmasına eşlik edebileceği yönünde eleştirel değerlendirmelere konu olmuştur.

e) Kamu hastaneleri birleştirilerek, kaynakların daha etkili ve verimli kullanılmasına yönelik bir adım gerçekleştirilmiştir. Etkin ve verimli bir hizmet sunumunun sağlanabilmesi, kaynakların rasyonel kullanılmasına bağlı görülmüştür. Bu bağlamda özellikle yeni kamu yönetimi anlayışının söz konusu uygulama ile doğrudan ilişkili olduğu söylenilebilir.

f) İlaç ve eczacılık alanında Türkiye Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu yapılanması oluşturulmuştur. İlaç sektöründe referans fiyat sistemine geçilmesi ile ilaç fiyatlarında düşüş yaşanmıştır. Referans fiyat uygulaması, ilaç odaklı sağlık harcamalarının azaltılması ve kontrol altına alınması, piyasada rekabet eksenli bir pazarın oluşması gibi amaçları beraberinde getirmiş bir düzenleme olarak değerlendirilebilir. Bu noktada referans fiyat uygulaması, ilaç kullanıcılarına avantaj sağlayan bir durum olarak Sağlık Bakanlığı'nın ilaç piyasasına doğrudan bir müdahalesi olarak görülebilir. Ancak referans fiyat uygulaması ile gerçekleşen ilaç fiyatlarındaki düşüş, piyasada bazı sorunların doğmasına yol açmıştır. Örneğin bazı yabancı ilaç firmalarının ürünlerinin fiyat politikası yüzünden Türkiye'ye ithal edilmemesi hastaları ve tedavi süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca ilaç piyasasındaki bazı düzenlemelerin, eczacılar tarafından pek olumlu karşılanmadığı tespit edilmiştir.

g) Kamu sağlık sigortalı hastaların, istediği özel hastaneye ve eczaneye gidebilmesine yönelik düzenlemeler yapılmıştır.

h) Sağlık hizmetlerinde sağlık bilgi sistemi kapsamındaki uygulamalar ile hasta-doktor-eczane-SGK arasındaki işlemler hızlandırıldığı, bürokratik aşamalarda kolaylıkların sağlandığı ve sağlık verilerinin daha rasyonel bir şekilde depolanmaya başlandığı ifade edilmiştir.

Çalışmanın ilk iki bölümündeki verilerden hareketle, hem dönüşüm sürecindeki uygulamaların sağlık sektöründeki paydaşlar tarafından nasıl algılandığının hem de literatürdeki değerlendirmelere paralel olarak dönüşüm uygulamalarının sektördeki sonuçlarının tespit edilmesine yönelik bir alan araştırması gerçekleştirilmiştir. Diğer bir ifadeyle ilk iki bölümdeki veriler, alan araştırması ile güçlendirilmiş ve test edilmiştir.

Çalışmanın alan araştırması bölümünde Türk sağlık sektöründe gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının, sektördeki paydaşlar tarafından

değerlendirilmesine yönelik faaliyetler ve analizler gerçekleştirilmiştir. Türkiye genelini temsilen her coğrafi bölgeden bir il merkezi (Antalya, Bursa, Denizli, Erzurum, Konya, Samsun, Şanlıurfa) ve ek olarak çalışmanın yapıldığı yer olması dolayısıyla Isparta içerisinde bulunan paydaşlara alan araştırması kapsamında anket uygulanmıştır. Anket soru formunda yer alan sorular, Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi Türk sağlık sektörü, Sağlıkta Dönüşüm Programı temel bileşenleri ve uygulamaları ve de Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası Türk Sağlık hizmetleri olmak üzere üç ana kategoriden oluşmuştur.

Çalışmada sağlık sektöründeki paydaşlardan kamu ve özel hastanelerde hizmet sunumu sürecinde aktif rol alan Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Hekimler, Müdürler ve Müdür Yardımcıları, Sosyal Güvenlik Kurumu İl Müdürleri ve Müdür Yardımcıları, sağlık sektöründe sivil toplum kuruluşu olarak rol oynayan Tabip Odası Başkanları, Eczacılar Odası Başkanları ve Sendika Şube Başkanları ve hastalarla görüşülmüştür.

Çalışma kapsamında 832'si hasta ve 418'i yönetici ve hekim olmak üzere toplamda 1250 kişi ile görüşülmüştür. Devletteki dönüşümün sağlık sektörüne yansımaları olarak görülen Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarının değerlendirildiği bu çalışmada, araştırma kapsamında yer alan hasta, yönetici ve hekimlerin SDP ve uygulamalarına yönelik görüşleri kayıt altına alınmış ve analiz edilmiştir.

Alan araştırması sonucunda ortaya çıkan sonuçlardan bazıları şu şekilde ifade edilerek değerlendirilebilir:

a) Araştırmaya katılan hastaların, Sağlıkta Dönüşüm Programı temel bileşenleri hakkında yönetici ve hekimlere oranla daha olumlu bir bakış açısına sahip oldukları tespit edilmiştir. Hizmet sunumu sürecinde etkinliği ve verimliliği artıran hekim seçme özgürlüğü, Genel Sağlık Sigortası, sağlık bilgi sistemi, hasta hakları birimi uygulaması, kamu hastanelerinin birleştirilmesi gibi uygulamalara yönelik desteğin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer taraftan sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payları ve kamu hastanelerindeki performansa dayalı sistem, hastalar tarafından eleştirilen uygulamalar olarak belirlenmiştir. Hizmet sunumu sürecinde hastalar tarafından desteklenen uygulamaların, yeni kamu yönetimi anlayışının etkin, verimli, kalite ve sonuç odaklı ve vatandaş merkezli hizmet algısı ile doğrudan ilişkili olduğu söylenilebilir. Aynı zamanda hastalar tarafından daha eleştirel bir gözle bakılan katkı payları ve performans sistemi gibi uygulamalar da kamusal harcamaların azaltılmasını hedefleyen neoliberal devletin karakteristiğini çağrıştırmaktadır.

Yönetici ve hekimlerin Genel Sağlık Sigortası, sağlık bilgi sistemi, ilaç sektöründeki yapılanma, kalite ve akreditasyon, sevk zinciri gibi bileşenlere daha fazla olumlu yaklaşıtları görülmüştür. Bu duruma karşıt olarak bilgi ve beceri ile donanmış ve yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, aile hekimliği uygulamasının ilk basamak tedavi ihtiyaçlarına yönelik yeterlilik durumu, muayene katılım payları, Tam Gün Kanunu kapsamındaki özel muayene yasağı gibi uygulamalara yönetici ve hekimlerin daha eleştirel yaklaşıtları belirlenmiştir. Sağlık personeline ve çalışma şartlarına yönelik uygulamalarına yönelik yapılan eleştiriler, çalışanların memnuniyet düzeyinin istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir. Bu noktada sözleşmelilik ve performans uygulamalarının kapsamının sağlık personeli tarafından eleştirildiğı de söylenilebilir.

Uzun yıllardan beri uygulanması amacıyla çeşitli adımlar atılan genel sağlık sigortası uygulamasının hem hastalarda hem de yönetici ve hekimlerde en yüksek önem derecesine sahip olan bir değışiklik olduğı, bu durumun sağlık sektöründeki tüm kesimler tarafından desteklendiğı söylenilebilir.

Bir başka değerlendirmeye göre, kamuda çalışan hekimlere özel muayenehane yasağını getiren düzenlemeye, hem hastaların hem de yönetici ve hekimlerin diğer uygulamalara nazaran daha olumsuz yaklaşıtları görülmüştür. Hastalar, bu düzenleme ile bir yandan hizmet sunumunda iyileşme olduğunu belirtirken diğer yandan da hekimlere ulaşım konusunda güçlük çektiklerini ifade etmişlerdir. Diğer taraftan yönetici ve hekimlerin bu düzenlemeye olumlu yaklaşmamalarının temel sebebi ise özel muayenehanelerin kapatılması sonucunda maddi olarak kayba uğramaları olarak tespit edilmiştir.

Hizmet sunumu sürecinde etkinlik ve verimlilik hedefli uygulamalar olarak ortaya konulan sağlık bilgi sistemi, sevk zinciri, kalite ve akreditasyon gibi uygulamaların, nitelikleri itibariyle yeni kamu yönetiminin genel ilkeleriyle örtüşen bir yörüngeye sahip olduğı ifade edilebilir.

b) Hastaların Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bilgi düzeylerinin çok yüksek olmadığı ve bu oranın neredeyse hastaların yarısına yakın bir kesimi oluşturduğı tespit edilirken; bu durumun yönetici ve hekimlerde de hastalardan pek de farklı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bir başka değerlendirme, yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili farkındalıklarının hastalara oranla daha yüksek düzeyde

olduğuna yöneliktir. Özellikle yönetici ve hekimlerin, sağlık sektöründeki bazı uygulamaları sosyal refah devletinden neoliberal devlete doğru dönüşüm sürecinin yansımaları olarak gördükleri tespit edilmiştir. Detaylı bir inceleme yapıldığında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın projelendirilmesi sürecinde, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların hissedilebilir düzeyde etkisi olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bu durum Türk sağlık sektörünün gelecek projeksiyonunun küresel düzeydeki sağlık politikalarına entegre edilmek istendiğini göstermektedir.

c)Hastalar ile yönetici ve hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarına yönelik düşüncelerinde farklılıklar olduğu karşılaştırmalı analizler sonucunda tespit edilmiştir. Örneğin hastaların aile hekimliğine ilişkin algılarının yönetici ve hekimlere nazaran daha yüksek olduğu görölmektedir. Yönetici ve hekimler, aile hekimliği uygulamasının birinci basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterlilikte olmadığını düşünmektedir. Bu durum literatürde aile hekimliği uygulamasının kapasitesinin geliştirilmesine yönelik düşünceleri destekler niteliktedir.

Araştırma kapsamında yönetici ve hekimlerin görev gruplarına göre Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların karşılaştırılmasına dayanan analiz sonuçlarına göre Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Müdür, Müdür Yardımcıları, Tabip Odası Başkanları, Eczacı Odası Başkanları ve Sendika Şube Başkanlarının görüşleri arasında birçok konuda farklılıklar tespit edilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan vazgeçerek, sağlık hizmetini planlayan, düzenleyen, koordine eden ve denetleyen bir yapıya geçişini hedeflenmiştir. Ancak araştırma kapsamında görüşülen yönetici ve hekimler, Sağlık Bakanlığı'nın SDP kapsamındaki hedeflenen yapıya geçişi hakkında farklı düşüncelere sahiptir. Bu konuda en olumlu görüş sahipleri Başhekim Yardımcıları, Müdür Yardımcıları, Müdür ve Başhekimler olarak tespit edilmiştir. En olumsuz görüş ise Sendika Şube Başkanları, Tabip Odası Başkanları ve Eczacı Odası Başkanlarına ait olarak ortaya çıkmıştır. Sivil toplum kuruluşu yöneticilerinin, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan vazgeçerek, daha çok planlayıcı, düzenleyici, koordine edici ve denetleyici bir yapıya geçişi konusunda kamu ve özel sektör yönetici ve hekimlerine nazaran daha olumsuz bir bakış açısına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Kamu Hastane Birlikleri yapılanması hakkındaki düşüncenin, benzer doğrultuda ortaya çıktığı görölmüştür. Tezin kavramsal çerçevesinde ifade

edildiği üzere Türk Tabipler Birliği, Türk Eczacılar Birliği ve Sendikaların genel görüşlerinin alan araştırması sonuçları ile aynı paralelde gerçekleştiği tespit edilmiştir.

Genel hatlarıyla ifade edilecek olursa, Tabip Odası Başkanı, Eczacı Odası Başkanı ve Sendika Şube Başkanlarının, kamu ve özel sektörde yer alan yönetici ve hekimlere oranla Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilmesi başta olmak üzere birçok bileşen ve uygulama hakkındaki görüş ve düşüncelerinin olumsuz olduğu sonucu tespit edilmiştir. Bu durum tezin ikinci bölümünün son kısmındaki ulusal örgütlerin değerlendirmelerinin test edilmesini sağlamış ve aynı paralelde bir sonuca ulaşılmıştır. Diğer bir ifadeyle sağlık sektöründeki sivil toplum kuruluşlarının genelinin SDP ve uygulamalarının, sosyal refah devletinden neoliberal devlete doğru bir sürecini beraberinde getirdiği, sağlık hizmetlerinde piyasalaşma, ticarileşme ve özelleşme eğiliminin amaçlandığına yönelik bir yaklaşıma sahip oldukları belirlenmiştir.

d) Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimlerin SDP öncesinde yaşanan sorunların yeni uygulamalarla giderildiğini düşündükleri anlaşılmıştır. Bunun yanında hem yönetici ve hekimler hem de hastalar, SDP sonrasında Türk sağlık sektöründe yeni sorunların çıktığını düşünmektedir. Bu durum özellikle SDP uygulamaları ile birlikte yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, insan kaynakları ve finansman alanında yeni sorunların varlığına işaret eden görüşleri destekler niteliktedir. Bu duruma paralel olarak yönetici ve hekimlerin yarısına yakın bir kesiminin SDP kapsamındaki gelişmelerin, gelişmiş ülkelerin sağlık kriterleri ile karşılaştırıldığında yetersiz olduğu yönünde bir düşünceye sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların önemli bir bölümünün, SDP öncesinde hizmete ulaşım, hizmet kalitesi, ilaç temini, hekim, maliyet yüksekliği, hastane personeli, hasta hakları, sigorta işlemleri ve son olarak diğer konulardaki sorunlarının SDP uygulamaları ile birlikte giderildiğini düşündüğü tespit edilmiştir.

Yönetici ve hekimlerde ise bu durum hastalara aynı paralelde gerçekleşmekle birlikte ortalamalar yönünden hastalara göre daha düşük oranların ortaya çıktığı görülmüştür. Yönetici ve hekimler içerisinde belli kesimler, SDP öncesinde yönetim ve örgütlenme, mali (finansman), personel (insan kaynakları), strateji, politika ve planlama, hizmete ulaşılabilirlik, hizmet kalitesi, teknik altyapı, mevzuat konusunda, kaynak kullanımı ve diğer konularda yaşadıkları sorunlarının, SDP uygulamaları ile birlikte giderildiğini düşünmektedir.

Alan araştırması ile birlikte elde edilen bir başka veri seti, SDP uygulamaları ile birlikte ortaya çıkan sorunlarla ilgilidir (Bkz. Tablo 50).

Tablo 50. Hasta, Yönetici ve Hekimlere Göre SDP Sonrası Türk Sağlık Sektöründe Ortaya Çıkan Sorunlar

Sorun Alanları	Sorunlar
Yönetim ve Örgütlenme	-Aile hekimliği uygulamasının altyapı ve personel eksikliği, -Tam Gün Yasası ve performans düzenlemesi ile ilgili sorunlar, -Sağlık Bakanlığı'nın yeni yapılanması, -Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi eğilimi ve özelleştirilmesi düşüncesi, -Sağlık hizmetleri ile ilgili politika ve uygulamalar konusunda halkın yeterli düzeyde bilinçlendirilmemesi ve bilgilendirilmemesi, -Sevk zincirinin işletilmemesi, -Sağlık hizmetlerinde teknik donanım ve altyapı yetersizliği.
Hizmet Sunumu	-Sağlık hizmeti sunum sürecinde bekleme süreleri, uzun sıra ve kuyruklar, ileri tarihe verilen randevu ve tetkik işlemleri, -Sağlık personelinin davranışları, muayene sürecinin sağlıklı ve iyi işlememesi, randevu saatlerine özensizlik, -Özel hastanelerde gereksiz tahlil ve tetkik işlemlerinin artması, -Hasta-hekim ilişkisinin maddi kaygılar nedeniyle sorunlu hale gelmesi, - Hekim başına düşen günlük hasta sayısının artışı, -İlaç temininde yaşanan sorunlar (ilaça ulaşım ve muadil ilaç kullanımı), -Sağlık çalışanları arasındaki rekabet ortamı.
Finansman	-Muayene katılım payları (hastane ve ilaçtan alınan), -Hekimlerin performans sistemine göre çalışması, -Maliyetlerin ve cepten yapılan ödemelerin artması, -Emekli maaşlarından ilaç ve reçete parası kesilmesi, -Genel Sağlık Sigortası ile ilgili gelir testi uygulaması.
İnsan Kaynakları	-Sağlık personelinin teşhis ve tedavi sürecindeki yetkinliği, -Aile hekiminin yeterli donanıma sahip olmaması, -Personel yetersizliği, -Hekimlerin çalışma sürelerinin fazla olması, -Sağlıkta şiddet fiil ve eylemlerinin önemli düzeylerde artışı, -Acilde çalışan hekim sayısının yetersizliği -Personelin adaptasyon sorunları, -Personelin özlük hakları, -Etkin yönetici eksikliği, -Sağlık personeline karşı ilgisizlik ve özensizlik.

SDP uygulamaları ile birlikte Türk sağlık sektöründe ortaya çıkan sorunlar, paydaşların görüşlerinden hareketle yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, finansman, insan kaynakları olmak üzere dört alanda toplanmıştır. Bu doğrultuda hasta, yönetici ve hekimlere göre en fazla öne çıkan ve anket sonuçlarında tekrar gösteren sorunlar kategorize edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yeni teşkilat yapısı başta olmak üzere birinci basamaktaki örgütlenme modeli olan aile hekimliği uygulamasının işlevselliği, sağlık politikalarının belirlenme süreci, sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi ve

özelleştirilmesi, performans düzenlemesi gibi hususlar yönetim ve örgütlenme alanındaki sorunlardan bazılarıdır. Bu noktada özellikle Bakanlık teşkilat yapısındaki değişimin, sektörde özel sektörün hizmet sunum kapasitesinin geliştirilmesi ve kamu hastanelerinin yerel otoritelere devredilmesi gibi düşünceleri çağrıştıran bir sürecin başlangıcını oluşturduğu ifade edilmektedir.

Hizmet sunumu alanındaki sorunlar incelendiğinde, muayene sürecinin etkinliği ve verimliliği ile ilgili soru işaretleri ortaya çıkmaktadır. Bu durumun hasta sayısı ile hekim ve diğer sağlık personeli sayısı arasındaki orantısızlık nedeniyle olduğu söylenebilir. Hekim ve diğer sağlık personeli başına düşen hasta sayısının OECD tarafından yayımlanan göstergelerde de görüldüğü üzere diğer gelişmiş ülkelere nazaran çok yüksek olduğu görülmektedir.

Özel hastanelerinin sayılarının artışı, sağlık hizmet sektöründe hiç şüphesiz kar-zarar hesaplarının yapılmasına yönelik bir sonucu doğurmuştur. Bu nedenle hastalar, katılım payları da dahil olmak üzere diğer tetkik ve işlem ücretlerini sorgular hale gelmiştir. Bu durum sağlık hizmet sektörünün ticarileşme kaygılarını arttırmış, kamu hastanelerinin özelleştirilmesi düşüncesini ortaya çıkarmıştır. Ayrıca referans fiyat uygulamasının olumsuz yanlarından birisi olarak daha önce ifade edilen bazı yabancı ilaç firmaların ilaçlarının Türk sağlık sektörüne girmemesi, eczacıların muadil ilaç uygulamaları da sıklıkla sorun olarak ifade edilmiştir. Hizmet sunumu alanında yeni kamu yönetimi anlayışının bir yansıması olan rekabet odaklı hizmet anlayışının da hem hastalar hem de yönetici ve hekimler tarafından sorun olarak görüldüğü söylenilebilir.

Finansman alanında sosyal refah devleti anlayışından neoliberal devlet anlayışına geçişin esintileri söz konusudur. Hasta, yönetici ve hekimler tarafından dile getirilen sorunlar bu durumu destekler niteliktedir. Muayene katılım payları ve cepten ödemelerin artışı, Genel Sağlık Sigortasında gelir testi uygulaması ve sosyal güvenlik alanındaki kamusal harcamaların azaltılmasına yönelik sorunlar ön plana çıkmıştır.

İnsan kaynakları alanında ise sağlık personelinin çalışma koşulları ve özlük hakları gibi konularda yaşanan sorunlar sıklıkla tekrar göstermiştir. Bu bağlamda özellikle sağlık personelinde performans uygulaması, sözleşmelilik statüsü gibi yeni kamu yönetimi anlayışı odaklı uygulamalar, Türk sağlık sektöründeki neoliberal politikaların yansıması olarak görülmektedir.

Alan araştırması kapsamında hasta, yönetici ve hekimler tarafından dile getirilen sorunlara paralel olarak hangi çözümlerin önerildiği de tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 51). Araştırmaya katılan hasta, yönetici ve hekimler tarafından ifade edilen çözüm önerileri de yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, finansman, insan kaynakları olmak üzere dört alanda toplanmıştır.

Tablo 51.Hasta, Yönetici ve Hekimlerin SDP Sonrası Türk Sağlık Sektörünün İyileştirilmesine Yönelik Önerileri

Öneri Alanları	Öneriler
Yönetim ve Örgütlenme	-Program konusunda tüm kesimlerin ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmesi (medya aracılığıyla spotlar hazırlanması), -Tüm işlemlerin tek noktadan yapılabilmesine yönelik sistem oluşturulması, -Hasta haklarının iyileştirilmesi ve bu yöndeki kuralların işletilmesi, -Randevu sisteminin daha işlevsel hale getirilmesi, -Aile hekimliği uygulamasının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, -Merkezi idarenin yetkilerinin azaltılması, -Performans sisteminin gözden geçirilmesi, -Sağlıkta şiddet olaylarının önlenmesi için gerekli tedbirlerin acilen yürürlüğe konulması (yasa çıkartılması, caydırıcı cezaların verilmesi), -Köylere sağlık hizmetinin götürülmesinin iyileştirilmesi ve etkin bir hale getirilmesi, -Sağlık-Net veri tabanının kullanışlı hale getirilmesi, -Kamu Hastaneleri Birliği'ndeki verimlilik kriterlerine dair daha işlevsel uygulamaların oluşturulması ve kriterlere açıklık getirilmesi.
Hizmet Sunumu	-Hastanelerdeki bekleme sürelerinin azaltılması, -İlaç teminindeki sorunların giderilmesi, -Aile hekimliklerindeki tıbbi donanım yetersizliğinin giderilmesi, -Evde tedavi işlemlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi, -Tedavi sürecinin açık ve etkili bir dille anlaşılır bir şekilde hastalara anlatılması ve sağlık personeli tarafından takip edilmesi, -Hastanelerde 24 saat uzman hekimlerin görevlendirilmesi, -Sevk zincirinin işletilmesi ve hastanelere doğrudan erişimin kısıtlanması, -Aile hekimliği uygulamasının 24 saat hizmet verebilir hale getirilmesi ve etkili bir danışmanlık hizmeti sağlanması.
Finansman	-Muayene katılım paylarının kaldırılması ya da çok alt düzeylere çekilmesi (örneğin %10), -Özel hastanelerin katılım paylarının kamu hastanelerinin fiyatlarına çekilmesi, -GSS kapsamında olanlardan tekrardan katkı payı alınmaması ve hasta üzerindeki maddi yükün azaltılması -Performans sistemi düzenlemesinin yeniden planlanması, -Sağlık hizmetlerine genel bütçeden daha fazla kaynak aktarılması.
İnsan Kaynakları	-Nitelikli ve deneyimli sağlık personelinin sağlanması, -Hizmet veren sağlık personeli sayısının artırılması, -Sağlık personelinin özlük haklarının iyileştirilmesi, -İlçe hastanelerine daha fazla uzman hekimin gönderilmesi, -Çalışma saatlerinin sınırlandırılması, -Çalışan memnuniyetinin artırılması, hekimlerin emekliliklerine yönelik yeni düzenlemelerin yapılması, -Sağlık çalışanlarının ek ödemesinin emekli sandığı keseneklerine yansıtılması.

Yönetim ve örgütlenme alanındaki çözüm önerileri arasında merkezi idarenin yetkilerinin azaltılması ve taşradaki birimlere daha fazla yetki verilmesi, SDP uygulamaları hakkında halkın ve sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik faaliyetlerin gerçekleştirilmesi, performans sisteminin gözden geçirilerek puan ölçümünün işlevsel hale getirilmesi, birinci basamak sağlık hizmet sisteminde aile hekimliği uygulamasının personel ve fiziksel altyapısının geliştirilmesi gibi hususlar yer almıştır.

Hizmet sunumu sürecinin iyileştirilmesine yönelik öneriler arasında, evde tedavi işlemlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi, tedavi sürecinin açık ve etkili bir dille anlaşılır bir şekilde hastalara anlatılması ve sağlık personeli tarafından takip edilmesi, hastanelerde 24 saat uzman hekimlerin görevlendirilmesi, sevk zincirinin işletilmesi ve hastanelere doğrudan erişimin kısıtlanması gibi sağlık hizmetlerinde etkinliği ve verimliliği arttıracak hususlar dile getirilmiştir.

Finansman alanında ortaya konulan önerilerin, sosyal refah devleti anlayışını çağrıştırdığı görülmektedir. Muayene katılım paylarının kaldırılması ya da çok alt düzeylere çekilmesi, özel hastanelerin katılım paylarının kamu hastanelerinin fiyatlarına çekilmesi, GSS kapsamında olanlardan tekrardan katkı payı alınmaması ve hasta üzerindeki maddi yükün azaltılması, performans sistemi düzenlemesinin yeniden planlanması, sağlık hizmetlerine genel bütçeden daha fazla kaynak aktarılması gibi öneriler, neoliberal devletin bu yöndeki genel ilkeleriyle çok uyuşmamaktadır.

İnsan kaynakları ile ilgili öneriler daha çok sağlık personelinin özlük haklarının ve çalışma şartlarının iyileştirilmesine odaklanmıştır.

Yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, finansman ve insan kaynakları alanlarında ortaya konulan sorunların ortadan kaldırılmasına yönelik çözüm önerileri, Türk sağlık sektöründeki politika belirleyiciler tarafından dikkate alınması ve bu doğrultuda uygulamaların gerçekleştirilmesi durumunda daha nitelikli, etkili, verimli ve herkesin üzerinde uzlaştığı ve mutlu olduğu bir sağlık hizmet yapısına ulaşılacağı söylenilebilir. GSS odaklı sosyal güvenlik koruma mekanizması ve sağlık örgütlenmesi gerçekleri, Türk sağlık sektörünün mevcut koşullar itibarıyla sosyal refah devleti ile neoliberal devletin ilkeleri arasında bir konumda yer aldığını göstermektedir. Diğer bir

ifadeyle Türk sağlık sektöründe SDP uygulamaları sonrasında oluşan model, karma bir modele işaret etmektedir.

Türk sağlık sektöründe SDP uygulamaları ile geline bu durumun gelecek yıllarda, siyasi iktidarların süreçle ilgili politikalarına da bağlı olmak kaydıyla değişebileceği, aksine SDP ile arzulanan sürecin devam etmesi durumunda ise devletin sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki sorumluluğunun ve işlevinin en aza ineceği, özel sigortacılığın ve özel sağlık hizmeti anlayışının etkisinin her geçen gün yüksek oranlara ulaşacağı özel sektör ağırlıklı bir sağlık örgütlenme ve finansman modeline geçileceği öngörülebilir. SDP kapsamında *Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatındaki Bağlı Kuruluşlar odaklı yeniden yapılanma, kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine doğru geçişine yönelik adımlar, personel rejimi açısından yaşanan sözleşmelilik statüsüne dayalı süreç, performans sisteminin uygulamaya konulması, sağlıkta bölge planlamasına geçilmesi, kalite ve standardizasyon çalışmalarının gerçekleştirilmesi, rekabet odaklı bir sağlık hizmet sunumu anlayışının ön plana çıkarılması, hastanelerin rollerinin belirlenmesi ve sınıflandırılması, sosyal güvenlik alanında temel teminat paketi ve katılım payı gibi uygulamaları bünyesinde barındıran Genel Sağlık Sigortası sisteminin oluşturulması, sağlık alanındaki yatırımlarda kamu özel ortaklığı yönteminin kullanılması, özel sağlık kuruluşlarının niceliksel yönden artışı* başta olmak üzere çok sayıda uygulama, bu öngörünün önemli göstergeleri olarak kabul edilebilir.

Bu bilgilere ek olarak, sağlık ve sosyal güvenlikle ilgili uluslararası sözleşme hükümlerine ve Anayasal ilkelere paralel hareket edilmesi ve de kamuoyunun (özellikle de sivil toplum kuruluşlarının) bu yöndeki taleplerinin de dikkate alınması, ilerleyen süreç içerisindeki reform uygulamaları bağlamında daha gelişmiş, uzlaşmacı ve katılımcı bir Türk sağlık sektörü için politika belirleyiciler tarafından dikkat edilmesi gereken hususlar arasında gösterilebilir. Diğer bir deyişle, neoliberal politikalar ve yeni kamu yönetimi anlayışı bağlamında üzerine sıkça değinilen yönetim sürecinde, sağlık sektöründeki paydaşların görüş ve değerlendirmelerinin dikkate alınması, sektördeki sorunların minimize edilmesi açısından özel önem taşımaktadır.

Çalışma içerisinde ifade edilen, incelenen ve analizi yapılan veriler, Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı başlıklı bu çalışmayla, Türk sağlık sektöründe yaşanan dönüşümün

genel bir fotoğrafının çekildiğini göstermektedir. Türk sağlık sektöründeki dönüşüm ile ilgili teorik tartışmalar, incelenen belgeler, sektördeki paydaşların SDP ile ilgili görüş ve önerileri, neoliberal devletin genel ilkelerinin Türk sağlık sektörüne SDP uygulamaları ile birlikte yansımalarının yaşandığı düşüncesini doğrular niteliktedir.

Sonuç olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hayata geçirilen uygulamalar, Türk sağlık sektörünü önemli ölçüde değiştirmiş, neoliberal devlet ve yeni kamu yönetimi anlayışının karakteristiğine uygun bir şekilde dönüştürmüştür. Bir diğer deyişle, Türk sağlık sektöründe sosyal refah devleti anlayışından neoliberal devlet anlayışına doğru bir dönüşüm süreci yaşanmaktadır. Ancak 2003 yılında kamuoyu ile paylaşılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve temel bileşenlerinin, başlangıçta hedeflendiği düzeyde gerçekleşmediğini, ortaya çıkan modelin sui generis bir karakteristiğe sahip olduğunu ve sağlık sektöründeki yeniden yapılanma konusunda ucu açık bir sürecin gelecek yıllarda da devam edebileceğini belirtmek gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Abramovitz, Mimi, “Theorising the Neoliberal Welfare State for Social Work”, Mel Gray, James Midgley, Stephen A. Webb, *The SAGE Handbook of Social Work*, London, SAGE Publications Ltd, 2012.
- Ağartan, Tuba, “Sağlıkta Reform Salgını”, Çağlar Keyder vd., *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, İstanbul, İletişim Yayınları, 2011.
- Akbulut, Örsan Ö., *Siyaset ve Yönetim İlişkisi*, 2. Baskı, Ankara, Turhan Kitabevi, 2009.
- Akdur, Recep, *Halk Sağlığı*, Ankara, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, No:26, 1998.
- Akdur, Recep, *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2003.
- Aksoy, A. Şinasi, “Türkiye’de Özelleştirme Genel Bir Bakış”, *Dünya’da ve Türkiye’de Özelleştirme*, Ankara, ODTÜ Kamu Yönetimi Bölümü Yayını, 1990.
- Aksoy, A. Şinasi, “Yeni Sağ ve Kamu Yönetimi”, *Kamu Yönetimi Sempozyum Bildirileri*, 2. Cilt, Ankara, TODAİE, 1995.
- Aksoy, A. Şinasi, “Yeni Sağ ve Devletin Değişimi”, Der. Burhan Aykaç, Şenol Durgun, Hüseyin Yayman, *Türkiye’de Kamu Yönetimi*, Ankara, Yargı Yayınevi, 2003.
- Aktan, C. Can, *Gerçek Liberalizm Nedir*, İzmir, T Yayınları, 1994.
- Aktel, Mehmet, *Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi*, Ankara, Asil Yayın Dağıtım, 2003.
- Al, Hamza, *Yeni Kamu Yönetimi*, İstanbul, Değişim Yayınları, 2008.
- Albert, Michel, *Kapitalizme Karsı Kapitalizm*, Çev. Cemil Oktay - Hüsnü Dilli, İstanbul, AFA Yayıncılık, 1991.
- Aslan, O. Ender, *Kamu Personel Rejimi*, 1. Baskı, Ankara, TODAİE Yayın No: 326, 2005.
- Ataay, Faruk, *Neoliberalizm ve Devletin Yeninden Yapılandırılması*, 1. Baskı, Ankara, De Ki Basım Yayım, 2007.
- Atabey, Selin E., *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Ankara, Gazi Kitabevi, 2012.
- Ateş, H.- Kırılmaz, H., “Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği”, Ed. Aydın A.H. vd., *Küreselleşme Karşısında Kamu Yönetimi ve Hizmeti*, Kahramanmaraş, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Yayınları, 2010.
- Ateş, Metin, *Sağlık Sistemleri*, 1. Baskı, İstanbul, Gerekli Kitap, 2011.
- Avery, Nicholas, *Public-Private Partnerships: A Practical Analysis*, Second Edition, Globe Law and Business, United Kingdom, 2010.
- Aydın, Erdem, *Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi*, 1. Baskı, Ankara, Natürel Kitap Yayıncılık, 2004.

- Aydın, M. Kemal, “Türkiye Ekonomisinin Dönüşümü: İthal İkamecilikten Dışa Açık Birikim Modeline Savruluş”, Ed. Davut Dursun, Burhanettin Duran, Hamza Al, *Dönüşüm Sürecindeki Türkiye*, İstanbul, Alfa Basım Yayım Dağıtım, 2007.
- Balcı, Asım, “E-Devlet: Kamu Yönetiminde Yeni Perspektifler, Fırsatlar ve Zorluklar”, Ed. Asım Balcı vd., *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 2003.
- Balcı, A.- Kırılmaz, H., “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”, Ed. Coşkun Can Aktan - Ulvi Saran, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Ankara, Sağlıkta Umut Vakfı Yayını, 2007.
- Balı, A. Şafak, *Çok Kültürlülük ve Sosyal Adalet*, Konya, Çizgi Kitabevi Yayınları, 2001.
- Balseven, H.- Önder, İ., “Türkiye’de Kamu Kesiminde Neoliberal Dönüşüm”, Der. Nergis Mütevellioğlu - Sinan Sönmez, *Küreselleşme, Kriz ve Türkiye’de Neoliberal Dönüşüm*, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2009.
- Barrow, Clyde W., *Critical Theories of the State: Marxist, Neo-Marxist, Post-Marxist*, London, The University of Wisconsin Press, 1993.
- Barzelay, Michael, *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue*, University of California Press, England, 2001.
- Başkaya, Fikret, *Devletçilikten 24 Ocak Kararlarına*, Ankara, Maki Basın Yayın, 2004.
- Bauman, Zygmunt, *Küreselleşme: Toplumsal Sonuçları*, Çev. Abdullah Yılmaz, İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 1999.
- Baylis, J.- Smith, S.- Owens, P., *The Globalization of World Politics*, New York, Oxford University Press, 2011.
- Bayramoğlu, Sonay, *Yönetişim Zihniyeti*, İstanbul, İletişim Yayınları, 2005.
- Bedir, Eyüp vd., *Sosyal Politika*, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2628, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1596, 2012.
- Belek, İlker, *Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü*, İstanbul, Yazılama Yayınevi, 2009.
- Bell, Erica, *Research for Health Policy*, New York, Oxford University Press, 2009.
- Bell, Lea Ann, “Theoretical Foundations for Social Justice Education”, Ed. Maurianne Adams, Lea Ann Bell, Pat Griffin, *Teaching for Diversity and Social Justice*, New York, Routledge, Chapman & Hall, Incorporated, 1997.
- Boratav, Korkut, “Devletçilik ve Kemalist İktisat Politikaları”, Der. Nevin Coşar, *Türkiye’de Devletçilik*, İstanbul, Bağlam Yayıncılık, 1995.
- Boratav, Korkut, *Türkiye İktisat Tarihi: 1908-1985*, 6. Baskı, İstanbul, Gerçek Yayınları, 1998.
- Boratav, Korkut, *Türkiye’de Devletçilik*, 2. Baskı, Ankara, İmge Kitabevi, 2006.
- Bozkurt, Ö.- Ergun, T.- Sezen, S., *Kamu Yönetimi Sözlüğü*, Ankara, TODAİE Yayınları, 1998.

- Bryant, Toba, *An Introduction to Health Policy*, Canada, Canadian Scholars' Press, 2009.
- Bulut, Nihat, *Feodaliten Küreselleşmeye Ekonomik İktidar Siyasal İktidar İlişkisi*, Ankara, Seçkin Yayınları, 2003.
- Castles, Francis G. vd., *The Oxford Handbook of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, 2010.
- Civan, Abdulkadir, "Sağlık Sektöründe Devletin Rolü", (Ed.) Ali Coşkun, Ahmet Akın, *Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2009.
- Clarke, Simon, "Neoliberal Toplum Kuramı", Ed. Alfredo Saad-Filho ve Deborah Jonston, *Neoliberalizm*, İstanbul, Yordam Kitap, 2007.
- Clarke, John, "Reconstructing Nation, State and Welfare: The Transformation of Welfare States", Ed. Martin Seeleib-Kaiser, *Welfare State Transformations*, First published, New York, Palgrave Macmillan, 2008.
- Coşkun, İsmail, *Modern Devletin Doğuşu*, İstanbul, Der Yayınları, Yayın No:19, 1997.
- Coşkun, B.- Nohutçu, A., "Türkiye'de Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Kuramsal-Tarihsel Perspektif, Genel Değerlendirme ve Saptamalar", Ed. Ahmet Nohutçu - Asım Balcı, *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-I*, İstanbul, Beta Basım Yayım, 2005.
- Coşkun, Vahap, *Ulus-Devletin Dönüşümü ve Meşruluk Sorunu*, Ankara, Liberte Yayınları, 2009.
- Cousins, Mel, *European Welfare States*, UK, SAGE, 2005.
- Çavdar, Tefvik, *Türkiye'de Liberalizm (1860-1990)*, Ankara, İmge Kitabevi, 1992.
- Çelik, Hüseyin vd., *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*, İstanbul, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu, 2003.
- Çelik, Yusuf, *Sağlık Ekonomisi*, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2011.
- Çelik, Yusuf, "Sağlık Kurumları ve Değişen Çevresi", Ed. Mehtap Tatar, *Sağlık Kurumları Yönetimi-1*, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayını No 2631, 2012.
- Çevik, H. Hüseyin, *Kamu Yönetimi*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 2010.
- Daldal, Şule, *Kısaç Altında Neoliberalizm*, Yeni Toplum Yeni Siyaset, İstanbul, Kalkedon/SODEV, 2008.
- Daldal, Şule Necef, "Bütünsel Bir Sanayileşme Modeli: Makro Reform ve Mikro Reform İlişkisi", A. Konukman - M. Sönmez - Ş. D. Necef, *Alternatif Sanayileşme Önerileri*, İstanbul, Kalkedon Yayıncılık, 2009.
- Dardot, P.- Laval, C., *Dünyanın Yeni Akli Neoliberal Toplum Üzerine Deneme*, Çev. Işık Ergüden, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2012.
- David M.- Nicola, J. S.- Nicola, H., "Globalization and the State", Ed. Colin Hay - Michael Lister - David Marsh, *The State: Theories and Issues*, New York, Palgrave Macmillan, 2006.
- Demirbilek, Sevda, *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri*, İzmir, İlkem Ofset, 1999.

- Denhardt, J. V.- Denhardt, R. B., *The New Public Service*, New York, M. E. Sharpe, 2011.
- Denis, Henry, *Ekonomik Doktrinler Tarihi*, Çev. Atilla Tokatlı, Cilt 1, İstanbul, Sosyal Yayınları, 1973.
- Denkhaus, I.- Schneider, V., “The Privatization of Infrastructures in Germany”, Ed. Jan-Erik Lane, *Public Sector Reform Rationale, Trends and Problems*, England, Sage Publications, 1997.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *I. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)*, Ankara, 1963.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *II. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)*, Ankara, 1967.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *III. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)*, Ankara, 1973.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)*, Ankara, 1978.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *V. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)*, Ankara, DPT Yayını, Yayın No: 1974, 1985.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)*, Ankara, DPT Yayın No:2174, 1989.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü, Nihai Rapor*, Ankara, 1990.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara, DPT Yayını, Yay. No: 2274, 1991.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)*, Ankara, 1995.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Ankara, DPT Yayını, 2000.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)*, Ankara, 2000.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı: Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara, 2000.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara, DPT Yayını, 2001.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), *Kamuda İyi Yönetişim Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara, DPT Yayın No. 2721 ÖİK: 674, 2007.
- Dirican, Rahmi, *Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-1: Sağlık Yönetimi*, 1. Cilt, İstanbul, Türk Tabipleri Birliği Yayını, 1997.

- Dişbudak, Cem, “Türkiye’de Makroekonomik Politikaların Dönüşümü”, Der. Ramazan Günlü, *Devlet ve Sermayenin Yeni Biçimleri*, 1. Baskı, Ankara, Dipnot Yayınları, 2008.
- Douwes Dekker, “The Concept of Corporatism From An Industrial Relations Perspective”, Ed. Jack Barbash - Kate Barbash, *Therioes And Concepts In Compative Industrial Relations*, First Edition, Columbia, University of South Caroline Press, 1989.
- Eisner, M. Allen, *From Warfare State to Welfare State*, USA, Penn State Press, 2000.
- Eker, Aytaç, *Kamu Maliyesi*, İzmir, Anadolu Matbaacılık, 1999.
- Ekin, Nusret, *Endüstri İlişkileri*, 6. Bası, İstanbul, Beta Basım Dağıtım, 1994.
- Ellison, Nick, “Neo-Liberalism”, Pete Alcook vd., *The Student’s Companion To Social Policy*, Blackwell Publishing, Third Edition, USA, Blackwell Publishing, 2008.
- Erdem, Tevfik, “Kapitalizm”, Ed. Tevfik Erdem, *Feodaliteden Küreselleşmeye*, Ankara, Lotus Yayınevi, 2009.
- Erdilek, Neşe, “Hükümetler ve Programları”, *Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi*, Cilt 4, İletişim Yayınları, 1995.
- Erdoğan, Mustafa, *Liberal Toplum Liberal Siyaset*, Ankara, Siyasal Kitabevi, 1998.
- Ergör, G.- Öztekin, Z., “The Development of National Health Policy in Turkey”, Ed. Anna Ritsatakis vd., , *Exploring Health Policy Development in Europe*, Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series, No 86, 2000.
- Ergun, T.- Polatoğlu, A., *Kamu Yönetimine Giriş*, Ankara, TODAİE, 1992.
- Eroğlu, Cem, *Devlet Nedir?*, 1. Baskı, Ankara, İmge Kitabevi Yayınları, 1990.
- Eryılmaz, Bilal, *Kamu Yönetimi*, 2.Baskı, Ankara, Okutman Yayıncılık, 2009.
- Esping-Andersen, Gosta, *Welfare States in Transition*, London, Sage Publications, 1996.
- Ferlie, Ewan, *The New Public Management in Action*, New York, Oxford University Press, 1996.
- Field, A., *Discovering Statistics Using SPSS*, Secon Edition, London, Sage Publication, 2005.
- Fişek, Nusret, *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, 1985.
- Flood, Colleen, *International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis*, USA, Taylor & Francis, 2002.
- Forman, Lillian E., *Health Care Reform*, USA, ABDO, 2009.
- Fukuyama, Francis, *Devlet İnşası: 21.Yüzyılda Dünya Düzeni ve Yönetişim*, Çev. Devrim Çetinkasap, 4. Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi, 2008.
- Geddes, Michael, *Making Public Private Partnerships Work: Building Relationships and Understanding Cultures*, England, Gower Publishing Ltd., 2005.

- Gevgilili, Ali, *Türkiye’de Kapitalizmin Gelişmesi ve Sosyal Sınıflar*, İstanbul, Bağlam Yayıncılık, 1989.
- Giaimo, Susan, *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*, USA, University of Michigan Press, 2002.
- Giddens, Anthony, *Modernliğin Sonuçları*, Çev. Ersin Kuşdil, İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 1994.
- Giddens, Anthony, *Üçüncü Yol: Sosyal Demokrasinin Yeniden Dirilişi*, Çev. Mehmet Özyay, İstanbul, Birey Yayıncılık, 2000.
- Giddens, Anthony, *Modernitenin Küreselleşmesi*, Çev. Kudret Bülbül, Küreselleşme Okumaları, Ed. Kudret Bülbül, Ankara, Kadim Yayınları, 2006.
- Gilbert, Neil, *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*, New York, Oxford University Press, 2002.
- Goodin, Robert E., *Reasons for Welfare: The Political Theory of the Welfare State*, USA, Princeton University Press, 1988.
- Göze, Ayferi, *Sosyal Devlet Sistemi*, İstanbul, İÜHF Yayınları, 1976.
- Göze, Ayferi, *Liberal, Marksist, Faşist ve Sosyal Devlet Sistemleri*, İstanbul, İÜHF Yayınları, 1977.
- Göze, Ayferi, *Siyasal Düşünceler ve Yönetimler*, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım, 2007.
- Gözler, Kemal, *Türk Anayasa Hukuku*, Bursa, Ekin Kitabevi Yayınları, 2000.
- Grant, Ruth W., *John Locke's Liberalism*, London, University of Chicago Press, 2010.
- Gülalp, Haldun, *Kapitalizm, Sınıflar ve Devlet*, Çev. Osman Akınhay - Abdullah Yılmaz, 1. Baskı, İstanbul, Belge Yayınları, 1993.
- Güler, B. Ayman, *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi*, Ankara, TODAİE, 1996.
- Güler, B. Ayman, *Devlette Reform Yazıları*, Ankara, Paragraf Yayınevi, 2005.
- Gümüş, A. Tarık, *Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi ve Dönüşümü*, 1. Baskı, İstanbul, On İki Levha Yayıncılık, 2010.
- Güzel, A.- Okur, A. R.- Caniklioğlu, N., *Sosyal Güvenlik Hukuku*, 12. Basım, İstanbul, Beta Basım Yayım, 2009.
- Güzelsarı, Selime, “Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları”, Ed. M. Kemal Öktem, Uğur Ömürgönülşen, *Kamu Yönetimi Gelişimi ve Güncel Sorunlar*, Ankara, İmaj Yayınevi, 2004.
- Güzelsarı, Selime, *Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü*, 1. Basım, İstanbul, Sosyal Araştırmalar Vakfı, 2008.
- Ham, Christopher, *Health care reform: learning from international experience*, United Kingdom, Open University Press, 1997.
- Hamitoğulları, Beşir, *Çağdaş İktisadi Sistemler: Strüktürel ve Doktrinal Bir Yaklaşım*, 3.Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları No: 508, 1982.

- Hardin, Russell, *Liberalism, Constitutionalism, and Democracy*, New York, Oxford University Press, 2003.
- Harrington, Charlene, *Health Policy: Crisis and Reform*, USA, Jones & Bartlett Publishers, 2011.
- Hay, Colin, Marsh, David, *Demystifying Globalization*, Great Britain, Macmillan Press Ltd, 2000.
- Hayran, Osman, “Sağlık Hizmetleri”, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul, Yüce Yayım, 1998.
- Held, David vd., “Küresel Dönüşümler, Siyaset, Ekonomi ve Kültür”, Çev. İsmail Aktar, *Küreselleşme Okumaları*, Ed. Kudret Bülbül, Ankara, Kadim Yayınları, 2006.
- Heywood, Andrew, *Siyaset*, Çev. Berat Özipek vd., Ankara, Liberte Yayınları, 2006.
- Heywood, Andrew, *Siyaset*, Ed. Buğra Kalkan, Ankara, Adres Yayınları, 2007.
- Hodge, G. A.- Greve, C.- Boardman, A. E., *International Handbook On Public-Private Partnerships*, UK, Edward Elgar Publishing, 2010.
- International Monetary Fund (IMF), *Public-Private Partnerships, Government Guarantees, and Fiscal Risk*, Washington, International Monetary Fund Publication Services, 2006.
- Jessop, Bob, *Good Governance and the Urban Question: On Managing the Contradictions of Neoliberalism*, Lancaster, Department of Sociology, Lancaster University, 2000.
- Jessop, Bob, *Kapitalist Devletin Geleceği*, Çev. Ahmet Özcan, Ankara, Epos Yayınları, 2009.
- Kaboğlu, İbrahim Özden, *Kolektif Özgürlükler*, Diyarbakır, Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, 1989.
- Kara, Uğur, *Sosyal Devletin Yükselişi ve Düşüşü*, Ankara, Maki Basın Yayın, 2004.
- Kavuncubaşı, Ş.- Yıldırım, S., *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2000.
- Kazgan, Gülten, *Küreselleşme ve Ulus Devlet: Yeni Ekonomik Düzen*, 3.Baskı, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları 5, 2002.
- Kelly, Paul, *Liberalism*, UK, Polity, 2005.
- Kerman, Uysal, *Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık*, Ankara, Ankara Tabip Odası Yayını, 2004.
- Keyder, Çağlar, *Türkiye’de Devlet ve Sınıflar*, 6.Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları, 2000.
- Kongar, Emre, *21.Yüzyılda Türkiye*, 32.Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi, 2003.
- Koray, Meryem, *Endüstri İlişkileri*, İzmir, 1987.
- Koray, Meryem, Topçuoğlu, Alper, *Sosyal Politika*, Bursa, Ezgi Kitabevi, 1995.
- Koray, Meryem, *Sosyal Politika*, 3.Baskı, Ankara, İmge Yayınevi, 2008.

- Köse, H. Ömer, “Küreselleşmenin Devlet ve Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri ve Türk Kamu Yönetimine Yansımaları”, Ed. Ahmet Nohutçu - Asım Balcı, *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-II*, İstanbul, Beta Basım Yayım, 2007.
- Kurtulmuş, Sevgi, *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998.
- Lane, Jan Erik, “Public Sector Reform: Only Deregulation, Privatization and Marketization”, Ed. Jan-Erik Lane, *Public Sector Reform: Rationale, Trends, and Problems*, England, Sage Publications, 1997.
- Lee, K.- Jeff, C., *Global Change and Health*, England, McGraw-Hill International, 2005.
- Lister, John, *Health Policy Reform*, United Kingdom, Central Books Limited, 2005.
- Lowe, Rodney, *Welfare State in Britain since 1945*, Second Edition, London, The Macmillan Press, 1994.
- Mihçioğlu, Cemal, “Kamu Yönetiminde Reform”, Ed. Burhan Aykaç - Şenol Durgun - Hüseyin Yayman, *Türkiye’de Kamu Yönetimi*, 2.Basım, Ankara, Nobel Yayın, 2012.
- Mises, Ludwig von, *Liberalism*, New York, Ludwig von Mises Institute, 2002.
- Morris, Christopher W., *An Essay on the Modern State*, United Kingdom, Cambridge University Press, 2002.
- Naralan, Abdullah, *E-Devlet ve Algılanışı Üzerine Bir Araştırma*, Ankara, İmaj Yayınevi, 2008.
- Odabaş, Hüseyin, *E-Devlet: E-Devlet Sürecinde Elektronik Belge Yönetimi*, İstanbul, Türk Kütüphaneciler Derneği, 2009.
- OECD, *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis Of OECD Countries*, Paris, 1987.
- OECD, *Türkiye’de Düzenleyici Reformlar*, Ankara, Başbakanlık Yayını, 2002.
- OECD ve Dünya Bankası, *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, Paris, OECD ve IBRD/Dünya Bankası Yayını, 2008.
- OECD, *Making Reform Happen Lessons from OECD Countries*, OECD Publishing, 2010.
- OECD, *Health at a Glance 2013 OECD Indicators*, OECD, OECD Publishing, 2013.
- Okma, K. G. H.- Crivelli, L., *Six countries, six reform models--the healthcare reform experience of Israel, the Netherlands, New Zealand, Singapore, Switzerland, and Taiwan*, Singapore, World Scientific, 2009.
- O'Meara, P.-Mehlinger, H. D.- Krain, M., *Globalization and the Challenges of a New Century*, USA, Indiana University Press, 2000.
- Oppenheimer, Franz, *Devlet*, Çev. Alaeddin Şenel - Yavuz Sabuncu, Birinci Baskı, Kaynak Yayınları, 1984.

- Osborne, D.- Gaebler, T., *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*, USA, Penguin Books, 1992.
- Ökçün, A. Gündüz, *Türkiye İktisat Kongresi*, Ankara, A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, No: 262, 1968.
- Ökçün, Gündüz A., *Osmanlı Sanayii, 1913-1915 Yılları Sanayi İstatistiki*, Ankara, Ankara Siyasal Bilgiler Fakültesi, S.IX-XI, 1970.
- Özbay, Hüseyin vd., “Sağlık Sektörü Finansmanı”, T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını, 2007.
- Özbudun, Ergun, *Türk Anayasa Hukuku*, Ankara, Yetkin Yayınları, 1995.
- Özdemir, Süleyman, *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*, İstanbul, İstanbul Ticaret Odası, Yayın No 2007-57, 2007.
- Özel, Mehmet, “Devletin İşlevsel Dönüşümü ve Genel Kamu Yönetimi Üzerine Etkileri”, Ed. Mehmet Özel ve Veysel Eren, *Devletin Dönüşümü ve Yeni Dönem Kamu Yönetimi*, Konya, Çizgi Kitabevi, 2008.
- Özel, Mehmet, “Küreselleşme Sürecinde Türk Kamu Yönetimi ve Yeniden Yapılanma”, Ed. Mehmet Özel ve Veysel Eren, *Devletin Dönüşümü ve Yeni Dönem Kamu Yönetimi*, Konya, Çizgi Kitabevi, 2008.
- Özer, M. Akif, *Yeni Kamu Yönetimi*, Ankara, Platin Yayınları, 2005.
- Palley, Thomas I., *Keynesçilikten Neoliberalizme: İktisat Biliminde Paradigma Kayması*, Alfredo Saad-Filho - Deborah Jonston, *Neoliberalizm*, İstanbul, Yordam Kitap, 2007.
- Palmer, Tom G., *After the Welfare State*, USA, Students For Liberty & Atlas Network/Jameson Books, Inc, 2012.
- Parasız, İlker, *İkinci Kuşak Kalkınma Politikaları ve Reformlar*, Bursa, Ezgi Kitabevi, 2003.
- Parlak, B.- Sobacı, Z., *Kuram ve Uygulamada Kamu Yönetimi: Ulusal ve Küresel Perspektifler*, 3.Baskı, Bursa, Alfa Aktüel Yayınları, 2010.
- Pehlivan, Osman, *Kamu Maliyesi*, Trabzon, Derya Kitabevi, 2007.
- Peters, David H., *Improving Health Service Delivery in Developing Countries*, Washington DC, World Bank Publications, 2009.
- Plant, Raymond, *The Neo-liberal State*, New York, Oxford University Press, 2010.
- Poggi, Gianfranco, *The Development of the Modern State*, USA, Stanford University Press, 1978.
- Poggi, Gianfranco, *The State: Its Nature, Development, and Prospects*, USA, Stanford University Press, 1990.
- Pollitt, C.- Bouckaert, G., *Public Management Reform*, Third Published, New York, Oxford University Press, 2011.
- Powell, Martin A., *Modernising the Welfare State*, The Policy Press, Great Britain, 2008.

- Przeworski, Adam, *Demokrasi ve Piyasa*, Çev. İlder Turan, Ankara, TDV Yayını, 2004.
- Raffel, Marshall, *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, USA, Penn State Press, 2007.
- Rand, Ayn, *Kapitalizm Bilinmeyen İdeal*, Çev. Nejdet Kandemir, İstanbul, Plato Film Yayınları, 2004.
- Ritzer, George, *Globalization*, United Kingdom, Wiley & Blackwell, 2010.
- Robertson, Roland, *Küreselleşme, Toplum Kuramı ve Küresel Kültür*, İstanbul, Bilim Sanat Yayınları, 1999.
- Rosanvallon, Pierre, *Refah Devletinin Krizi*, Çev. Burcu Şahinli, Ankara, Dost Kitabevi Yayınları, 2004.
- Ruhi, M. Emin, *1982 Anayasası Çerçevesinde Sosyal Devlet ve Özelleştirme*, Ankara, Nobel Yayınları, 2003.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, *Dr.Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40.Yılı Anısına*, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, 1982.
- Saran, Ulvi, “Türk Kamu Yönetiminde Değişimin Genel Çizgisi: Reform Arayışlarının Karşısındaki Beklentiler ve Güçlükler”, Ed. Ahmet Nohutçu - Asım Balcı, *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-I*, İstanbul, Beta Basım Yayım, 2005.
- Sargutan, Erdal, *Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi*, Ankara, Türk-İş Yayınları, 1993.
- Savaş, B. S.- Karahan, Ö.- Saka, R. Ö., *Health Care Systems in Transition*, Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2002.
- Sayım, Ferhat, “Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Piyasa Yapısı”, Ed. Ali Coşkun - Ahmet Akın, *Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2009.
- Seeleib-Kaiser, Martin, “Welfare State Transformations in Comparative Perspective: Shifting Boundaries of ‘Public’ and ‘Private’ Social Policy?”, Ed. Martin Seeleib-Kaiser, *Welfare State Transformations*, First published, New York, Palgrave Macmillan, 2008.
- Sen, Kasturi, *Restructuring Health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives*, United Kingdom, Zed Books, 2003.
- Smith, Adam, *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, Oxford, Oxford University Press, 1776.
- Sobacı, M. Z.- Yıldız, M., *E-Devlet Kamu Yönetimi ve Teknoloji İlişkisinde Güncel Gelişmeler*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2012.
- Sönmez, Sinan, “Türkiye Ekonomisinde Neoliberal Dönüşüm Politikaları ve Etkileri”, Der. Nergis Mütevellioğlu - Sinan Sönmez, *Küreselleşme, Kriz ve Türkiye’de Neoliberal Dönüşüm*, 1.Baskı, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2009.
- Spicker, Paul, *The Welfare State*, London, Sage Publications, 2000.

- Sur, Haydar, “Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Hizmetleri”, Ed. Osman Hayran - Haydar Sur, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul, Yüce Yayın, 1998.
- Sülkü, S. Nur, *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, Ankara, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 2011/414, 2011.
- Şahin, Yusuf, *Yönetim Bilimi ve Türk Kamu Yönetimi*, Trabzon, Murathan Yayınevi, 2011.
- Şakar, Ayşe Y., *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, İstanbul, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını, Yayın No: 22, 1999.
- Şaylan, Gencay, *Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi*, 2.Baskı, Ankara, İmge Kitabevi, 2003.
- Şaylan, Gencay, *Temsili Demokrasinin Önlenemez Krizi*, 1.Baskı, Ankara, İmge Kitabevi, 2008.
- Şener, Orhan, *Kamu Ekonomisi*, 10.Baskı, İstanbul, Beta Basım Yayın, 2008.
- Şenkal, Abdülkadir, *Küreselleşme Çağında Sosyal Politika*, İstanbul, Alfa Yayınları, 2005.
- T.C. Başbakanlık, *Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim*, Ankara, Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: 1, 2003.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, Ankara, 1993.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Herkese Sağlık: Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri*, Ankara, 2001.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl: Mayıs 1999-Mayıs 2002*, Ankara, 2002.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2002”, <http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2002/elektronikkitap/grafik1.htm>, (25.12.2013), <http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2002/elektronikkitap/grafik2.htm>, (25.12.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara, 2003.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı, *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, Ankara, 2004a.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*, Ankara, 2004b.
- T.C. Sağlık Bakanlığı-Avrupa Komisyonu, *Türkiye Üreme Sağlığı Programı Hizmet Çerçevesi Raporu*, Ankara, 2004c.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, Ed. Recep Akdağ, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, 2008a.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, Ankara, Yayın No:770, 2008b.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*, Ankara, 2011a.

- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi*, Ed. Recep Akdağ, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2011b.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)*, Ed. Recep Akdağ, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2011c.
- T.C. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, *Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011*, Ankara, 2012.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Stratejik Plan 2010-2014*, <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/spflash/flashbrosur/files/stratejikplan.pdf>, (25.10.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Stratejik Plan 2010-2014*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Stratejik Plan 2013-2017*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2012.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*, Sağlık Bakanlığı Yayın No:917, Ankara, 2013.
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, *2011 Yılı Faaliyet Raporu*, Ankara, Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2011.
- Talas, Cahit, *Toplumsal Politika*, 4.Baskı, Ankara, İmge Kitabevi Yayınları, 1995.
- Talas, Cahit, *Ekonomik Sistemler*, Ankara, İmge Yayınevi, 1997.
- Talas, Cahit, *Ekonomik Sistemler*, 5.Baskı, Ankara, İmge Yayınevi, 1999.
- Tanör, Bülent, *Anayasa Hukukunda Sosyal Haklar*, İstanbul, May Yayınları, 1978.
- Tatar, M.- Tatar, F., *Yerel Yönetimler ve Sağlık*, Ankara, Türk Belediyecilik Derneği, 1998.
- Tatar, Mehtap, “Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teorik ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış”, Ed. C. Can Aktan - Ulvi Saran, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, İstanbul, Aura Kitapları, 2007.
- Tayanç, Tunç, *Sanayileşme Sürecinde 50 Yıl*, İstanbul, Milliyet Yayınları, 1973.
- TCMB, *Yıllık Rapor 1982*, Ankara 1983.
- TCMB, *Yıllık Rapor 1983*, Ankara, 1984.
- Tekeli, İ.- İlkin, S., 1929 Dünya Buhranında Türkiye'nin İktisadi Politika Arayışları, 1.Basım, İstanbul, Bilge Kültür Sanat Yayınları, 2009.
- Tengilimoğlu, D.- Işık, O.- Akbolat, M., *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2009.
- Tengilimoğlu, D.- Işık, O.- Akbolat, M., *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara, Nobel Yayın, 5. Basım, 2012.
- TESEV, *Devlet Reformu: Devletin Düzenleyici Rolü*, İstanbul, TESEV Yayınları, 2000.
- Tezel, Yahya S., *Cumhuriyet Döneminin İktisadi Tarihi*, İstanbul, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, 2000.
- Timur, Taner, *Küreselleşme ve Demokrasi Krizi*, Ankara, İmge Kitabevi, 2000.

- TODAİE, *Kamu Yönetimi Araştırması (KAYA)*, <http://www.todaie.gov.tr/dosya/kaya.pdf>, (15.09.2013).
- TODAİE, *Merkezî Hükümet Teşkilâtı Araştırma Projesi (MEHTAP)*, <http://www.todaie.gov.tr/dosya/mehtap.pdf>, (15.09.2013).
- Tokol, Aysen, *Sosyal Politika*, Bursa, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı, Yayın No:20, 1997.
- Toksöz, Fikret, *İyi Yönetişim El Kitabı*, İstanbul, TESEV Yayınları, 2008.
- Topak, Oğuz, *Refah Devleti ve Kapitalizm*, 1.Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları, 2012.
- Tortop, N.- Isbir, E. G.- Aykaç, B., *Yönetim Bilimi*, Ankara, 1993.
- Tortop, Nuri vd., *Yönetim Bilimi*, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2007.
- Turner, Bryan S.- Khondker, H. H., *Globalization East and West*, London, SAGE, 2010.
- Türe, Fatih, “Devlet: Liberalizmin Bir Serüveni”, Der. Ramazan Günlü, *Devlet ve Sermayenin Yeni Biçimleri*, 1.Baskı, Ankara, Dipnot Yayınları, 2008.
- Türk Demokrasi Vakfı, *Türkiye’de Özelleştirme Araştırma Raporu*, Yetkin Yayınları, 1994.
- Türk Tabipleri Birliği, *Genel Sağlık Sigortası*, İkinci Baskı, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2005.
- Türk Tabipleri Birliği, *Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP*, Birinci Baskı, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007.
- Türk Tabipleri Birliği, *T. C. Sağlık Bakanlığı’ndan “Sağlık Holding”e, Devlet Hastaneleri’nden “Şirket Hastaneleri”ne*, Birinci Baskı, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2011.
- Türk, H. Bahadır, “İdeoloji”, Ed. Mümtaz’er Türköne, *Siyaset*, Ankara, Lotus Yayınevi, 2008.
- TÜSİAD, *Optimal Devlet*, İstanbul, Yayın No: TÜSİAD-T/95, 2-174, 1995.
- TÜSİAD, *Bağımsız Düzenleyici Kurumlar ve Türkiye Uygulaması*, İstanbul, TÜSİAD-T/2002-12/349, 2002.
- Twaddle, Andrew C., *Health Care Reform Around the World*, First Published, USA, Greenwood Publishing Group, 2002.
- Uçkan, Özgür, *E-Devlet, E-Demokrasi ve Türkiye, Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılanması İçin Strateji ve Politikalar-I*, İstanbul, Literatür Yayıncılık, 2003.
- Uluatam, Özhan, *Kamu Maliyesi*, 5.Basım, Ankara, İmaj Yayıncılık, 1997.
- Uz, Hulki, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri”, Ed. Osman Hayran ve Haydar Sur, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul, Yüce Yayın, 1998.
- Uz, M. H., *An Approach to Develop A Health Care Policy for Turkmenistan*, Ankara, Unpublished, 1995.

- Ünal, E.- Ateş, M., *Sağlık ve Piyasa*, İstanbul, M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi Yayını, Yayın No: 2, 2002.
- Ünay, Sadık, *Neoliberal Globalization and Institutional Reform: The Political Economy of Development and Planning in Turkey*, New York, Nova Publishers, 2006.
- Wahl, Asbjørn, *The Rise and Fall of the Welfare State*, United Kingdom, Pluto Press, 2011.
- Wallerstein, Immanuel, *Tarihsel Kapitalizm*, Çev. Necmiye Alpay, Dördüncü Basım, İstanbul, Metis Yayınları, 2006.
- Walt, Gill, "Policy Analysis, An Approach", Ed. Katja Janovsky, *Health Policy and Systems Development*, Geneva, World Health Organization, 1996.
- Weber, Max, *Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu*, Çev. Zeynep Gürata, Ankara, Ayraç Yayınevi, 1999.
- Wilensky, Harold L., *The Welfare State and Equality*, University of California Press, England, 1975.
- World Bank, *Sub-Saharan Africa: From Crisis To Sustainable Development*, Washington D.C., 1989.
- World Bank, *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, Volume 1: Main Report, Mukesh Chawla vd., Document of the World Bank, Report No. 24358-TU, 2003.
- Yakut, Kemal, "Kapitalizm, Sosyalizm ve Milliyetçiliğin Ortaya Çıkması", *Çağdaş Dünya Tarihi, Ünite 5*, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1999.
- Yalman, Galip L., *Transition to Neoliberalism: The Case Of Turkey In The 1980s*, İstanbul, İstanbul Bilgi University Press, 2009.
- Yayla, Atilla, *Liberalizm*, 2.Baskı, Ankara, Liberte Yayınları, 1998.
- Yıldızoğlu, Ergin, *Globalleşme: Teşekkür Ederim İstemem*, Ankara, TMMOB Yayını, 1995.
- Yılmaz, Ahmet, *Kapitalist Devleti Anlamak*, İstanbul, Aykırı Yayıncılık, 2002.
- Z. Ernur Demir Abaan, *Para: Para Hukuku ve Kaynakları*, Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Araştırma Genel Müdürlüğü Tebliği No:4/5, 2004.
- Zürcher, Eric J., *Modernleşen Türkiye'nin Tarihi*, Çev. Yasemin Saner Gönen, 7.Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları, 2000.

Makaleler

- Aksoy, A. Şinasi, "Yeni Sağ, Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetim: Eleştirel Bir Yaklaşım", *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 1998, Cilt 7 Sayı 1, (ss. 3-13).
- Aktan, C. Can, "Klasik Liberalizm, Neo-Liberalizm ve Libertarianizm", *Amme İdaresi Dergisi*, 1995, Cilt 28, Sayı 1, (ss. 3-32).

- Aktan, C. Can, "Demokrasi ve İyi Yönetişim", *Yerel Siyaset*, 2008, <http://www.yerelsiyaset.com/pdf/mart2008/2.pdf>, (10.04.2012).
- Aktel, Mehmet vd., "Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı'nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz", *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2013, Cilt 15, Sayı 2, Doi No: 10.5578/JSS.6834, (ss. 37-66).
- Akyürek, Ç. Erkan, "Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Yıl 2012, Sayı 2, (ss. 124-153).
- Alp, Salih, "Refah Devleti Düşüncesinin Gelişimi ve Bir Liberal Alternatif Olarak Üçüncü Sektör", *Maliye Dergisi*, 2009, Sayı 156, (ss. 265-279).
- Altay, Asuman, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, 2007, Sayı:64, (ss. 33-58).
- Ataay, Faruk, "İkinci Kuşak Yapısal Reformlarda Program Arayışları", *Memleket Siyaset Yönetim*, 2008, Cilt: 3, Sayı: 6, (ss. 22-38).
- Ataay, Faruk, "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları", *Amme İdaresi Dergisi*, 2008, Cilt 41, Sayı 3, (ss. 169-184).
- Atun, Rıfat A., "Kamu ve Sağlık Sektöründe Değişim", *Yeni Türkiye*, Sağlık-II, 2001, Sayı 40, (ss. 1148-1162).
- Aydemir, İ.- Işıkhani, V., "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Aralık 2012, 13(2), (ss. 67-86).
- Aydın, B.- Gelal, A., "Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü", *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012, Cilt 26, Sayı 1, (ss. 57-63).
- Bakırtaş, İbrahim, "Dışsallıklar Sorununun İçselleştirilmesinde Düzenleyici Vergiler ve Sübvansiyonların Etkinliği: Analitik Bir Yaklaşım", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2002, Sayı 7, (ss. 57-72).
- Baran, Doğan, "Sağlık Reformu", *Yeni Türkiye*, Sağlık-II, 2001, Sayı 40, (ss. 1145-1147).
- Bauman, Zygmunt, "The Ethical Challenge of Globalization", *NPQ*, 2001, (ss. 4-9).
- Bayramoğlu, Sonay, "'Düzenleyici Devlet' Düzenlenirken: OECD Türkiye Raporu Üzerine Eleştirel Bir Çözümleme", *Praksis*, 2003, (ss. 143-162).
- Bergqvist, C. (Uppsala)- Lindbom, A., "The Swedish Welfare State: Neo-liberal Challenge and Welfare State Resilience", *ÖZP*, 2003, Volume 32/4, (ss. 389-401).
- Bulut, Nihat, "Küreselleşme: Sosyal Devletin Sonu Mu?", *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2003, Cilt 52, Sayı 2, (ss. 173-197).
- Çakır, Yafes, "Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması ve Bu Uygulamanın Sosyal Devlet İlkesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı Bakımından İncelenmesi", *Sayıştay Dergisi*, 2011, Sayı:80, (ss. 85-105).
- Çapar, Selim, "1980 Sonrası Türk Kamu Yönetiminin Değişim ve Dönüşümü", *İdarecinin Sesi Dergisi*, 2011, Sayı:143, (ss. 36-40).

- Çelebi, A. K.- Yalçın, Z., “Kamusal Mallar Teorisinin Değişimi: Bölgesel Kamusal Mallar”, *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 2008, Cilt 15, Sayı 2, (ss. 1-18).
- Dayanıklı, B. Fırat, “Sağlık Harcamaları ve Bütçesi”, *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı*, 2001, Sayı: 40, (ss. 1667-1675).
- Demirel, Demokaan, “Küresel Eksende Devletin Yeni Kimliği: “Etkin Devlet””, *Sayıştay Dergisi*, 2006, Sayı: 60, (ss. 105-128)
- Demirel, Demokaan, “E-Devlet ve Dünya Örnekleri”, *Sayıştay Dergisi*, 2006, Sayı: 61, (ss. 83-118).
- Düren, Erol, “Türk Tıbbının Geçmişte ve Bugün, Batı ile Doğu Arasında Köprü Görevi”, *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 1980, Cilt 43, Sayı 3.
- Ersoy, Tolga, “Parti Programlarında Sağlık Konusu-1 (1908-1923)”, *Toplum ve Hekim*, 1995, Sayı 68.
- Erol, H.- Özdemir, A., “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2014, Cilt 4, Sayı 1, (ss. 9-34).
- Etiler, Nilay, “Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri”, *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2011, Ekim-Kasım-Aralık, (ss. 2-11).
- Gaudin, Jean-Pierre, “Modern Governance, Yesterday and Today: Some Clarifications To Be Gained From French Government Policies”, *International Social Science Journal*, 1998, Volume 50, Issue 155, (ss. 47-56).
- Genç, F. Neval, “Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı”, *Türk İdare Dergisi*, 2010, Sayı 466, (ss. 145-159).
- Gökçe, O.- Erol, T., “Kamu Yönetiminin Dönüşümü ve Dönüşümün Temel Unsurları”, *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2008, http://www.iibf.selcuk.edu.tr/iibf_dergi/dosyalar/681348063431.pdf, (14.09.2013), (ss. 175-200).
- Güler, B. Ayman, “Sosyal Devlet ve Yerelleşme”, *Memleket Siyaset Yönetim*, 2006, Sayı 2, (ss. 29-42).
- Günaydın, Davuthan, “Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları”, *Sosyal Siyaset Konferansları*, 2011, Sayı: 60, (ss. 323–365).
- Güney, Atilla, “Bob Jessop’ta Yönetişim Kavramı: Stratejik İlişkisel Devlet Biçiminden Yönetişim Biçimine”, *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, 2006, Sayı 1, (ss. 153-171).
- Güriz, Adnan, “Kapitalizm ve Hukuk”, *Anayasa Yargısı Dergisi*, 1993, Cilt 10, (ss. 191-222).
- Güzelsarı, Selime, “Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 2012, Cilt 45, Sayı 3, (ss. 29-57).
- Haque, M. Shamsul, “The Fate of Sustainable Development Under the Neoliberal Regimes in Developing Countries”, *International Political Science Review*, 1999, Volume 20 (2), (ss. 199–222).

- Haqae, M. Shamsul, "Global Rise Of Neoliberal State And Its Impact On Citizenship: Experiences In Developing Nations" , *Asian Journal of Social Science*, 2008, Volume 36, (ss. 11–34).
- Hilgers, Mathieu, "The Historicity of the Neoliberal State", *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*, 2012, 20, 1, (ss. 80–94).
- Işık, N.- Duman, E., "1929 Ekonomik Buhranı ve 2008 Küresel Krizi'nin Türkiye Ekonomisi Üzerindeki Etkileri", *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2012, Cilt: 2, Sayı: 1, (ss. 73-101).
- İlkar, Ekrem, "Sağlıkta Yeniden Yapılanma Çalışmaları Çerçevesinde Hastane Birlikleri", *Bütçe Dünyası Dergisi*, 2009, Cilt 3 Sayı 31, (ss. 60-66).
- Kalağan, Gökhan, "Cumhuriyet Dönemi Türk Kamu Bürokrasisinde Yeniden Yapılanma ve Yönetimsel Reform Çalışmaları", *SDÜ Vizyoner E-Dergisi*, 2010, C.2, S.1, (ss. 65-84).
- Karakaş, Mehmet, "Devletin Düzenleyici Rolü ve Türkiye'de Bağımsız İdari Otoriteler", *Maliye Dergisi*, 2008, Sayı 154, (ss. 99-120).
- Kartal, Filiz, "Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye'de Sağlık Politikalarında Dönüşüm", *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 42 Sayı 2, 2009, (ss. 23-43).
- Kerman, Uysal vd., "Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2012, C.17, S.3, (ss. 1-23).
- Kırılmaz, Harun, "Sağlık Sisteminin Sorunları ve Bilgi Teknolojileri", 2. *Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi*, 2005, (ss. 90-92).
- Kim, Young Yun, Bhawuk, Dharm P.S, "Globalization and Diversity: Contributions from Intercultural Research", *International Journal of Intercultural Relations*, 2008, Volume 32, Issue 4, (ss. 301–304).
- Koçak, O.- Tirayki, D., "Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği", *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2011, Yıl: 10, Sayı:19, (ss. 51-84).
- Kutbay, Ekrem, "Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye", *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, 2002, Yıl:3 Sayı:11-12, (ss. 33-35).
- Küçük, Aziz, "Sağlık Hizmetlerinde Reform: "Kamu Hastane Birlikleri" Modeli Üzerine", *Kamu Yönetimi Çalışmaları Kamu Yönetimi ve Reform*, 2010, Sayı: 09, Ankara, (ss. 198-228)
- Majone, Giandomenico, "The Rise of Regulatory State in Europe", *West European Politics*, 1994, Volume 17(3), (ss. 77-101).
- Okşar, Mustafa, "Sosyal Adaletin Onuncu Köye Sürgünü", *Ankara Barosu Dergisi*, 2009, Yıl:67 Sayı: 2, (106-122).
- Özdemir, Yusuf Ekrem, "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları - Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları", *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık-I*, 2001, Sayı: 39, (ss. 257-275).

- Özdemir, Yusuf Ekrem, “Sağlık Reformları -1980 ve 90’lı Yılların Sağlık Politikaları”, *Yeni Türkiye, Sağlık-1*, 2001, Cilt 39, (ss. 276-293).
- Öztürk, N. Kemal, “Yeni Yönetim Paradigması”, *Amme İdaresi Dergisi*, 1993, Sayı: 26, 4, (ss. 45-58).
- Rhodes, R.A.W. “The New Governance: Governing Without Government”, *Political Studies*, 1996, XLIV, (ss. 652-667).
- Saran, Ulvi, “Küresel Değişim Dinamiklerinin Kamu Yönetimi Alanındaki Etkileri”, *Türk İdare Dergisi*, 2001, Sayı 433, (ss. 37-51).
- Sargutan, A. Erdal, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2005, Cilt:8, Sayı:3, (ss. 400-428).
- Sarısoy, Sinan, “Düzenleyici Devlet ve Regülasyon Uygulamalarının Etkinliği Üzerine Tartışmalar”, *Maliye Dergisi*, 2010, Sayı 159, (ss. 278-298).
- Sarp, N.- Esatoğlu, A. E., Akbulut, Yasemin, “Globalleşmenin Türk Sağlık Sektörüne Etkileri”, *Yeni Türkiye, Sağlık-II*, 2001, Sayı 40, (ss. 1116-1123).
- Sıvacı, Celalettin, “Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”, *Bütçe Dünyası Dergisi*, 2007, Sayı 24, (ss. 32-40).
- Silcock, Rachel, “What is e-Government?, Hansard Society for Parliamentary Government”, *Parliamentary Affairs*, 2001, Volume 54, (ss. 88-101).
- Sobacı, M. Zahid, “Politika Transferi Bağlamında Kamu Yönetiminde Neo-Liberal Reformların Yayılması: Açık Toplum Enstitüsünün Rolü”, *SosyoEkonomi*, 2011, Sayı 2, (ss. 191-210).
- Soyer, Ata, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: 1980–1995”, *Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi*, 1995, Cilt 4, (ss. 1114-1132).
- Soyer, Ata, “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, *Praksis*, 2003, Sayı: 9, (ss. 301-319).
- Soyer, Ata, “Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Sağlık Çalışanları”, *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2011, Ekim-Kasım-Aralık, (ss. 12-14).
- Stoker, Gerry, “Governance As Theory: Five Propositions”, *International Social Science Journal*, 1998, Volume 50, Issue 155, (ss. 17-28).
- Sur, H.- Atlı, H., “Türkiye’de Sağlık Reformu Çalışmalarına Bir Bakış”, *Yeni Türkiye Sağlık-II*, 2001, Sayı: 40, (ss. 1163-1167).
- Şenkal, A.- Sariipek, D. B., “Avrupa Birliği’nin Karşılaştırmalı Refah Modelleri ve Sosyal Politikada Devletin Değişen Rolü”, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2007, Sayı 14, (ss. 146-175).
- Şenses, Fikret, “An Assessment of Turkey's Liberalization Attempts since 1980 Against the Background of Her Stabilization Program”, *ODTÜ Gelişme Dergisi*, 1983, Sayı 10 (2), (ss. 271-321).
- Tatar, Fahreddin, “Özelleştirme ve Sağlık Hizmetleri: Teori ve Uygulama”, *Amme İdaresi Dergisi*, 1997, Cilt 30 Sayı:2, (ss. 73-89).

- Tatar, Ayşe P., “Dünya Bankası: Kalkınmacılıktan "iyi yönetim" söylemine”, *Toplum ve Bilim, Birikim Yayınları*, 1996, No:63, (ss. 6-62).
- Tatar, Mehtap, “Genel Sağlık Sigortası: Türkiye Uygulamalarının Teoride ve Uluslararası Uygulamalardaki Yeri”, *Makro Bakış*, 2006, Sayı 2.
- Tatar, Mehtap, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2011 / 1, (ss. 103-133).
- Tekin, Fazıl, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 1987, Cilt 5, Sayı:1, (ss. 56-85).
- Thorhallsson, B.- Kattel, R., “Neo-Liberal Small States and Economic Crisis: Lessons For Democratic Corporatism”, *Journal of Baltic Studies*, 2013, Volume: 44, No: 1, (ss. 83-103).
- Uğurlu, Mehmet vd., “Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları-2”, *Ankara Medical Journal*, 2012, Cilt 12, Sayı 1, (ss. 4-10).
- Ülgen, Gülten, “Merkantilizm’den Liberalizm’e Geçiş ve Piyasa Ekonomisi”, *Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, 2000-2001, Sayı 40, (ss. 85-99).
- Ünsal, Ayla vd, “Poliklinik Hizmeti Alan Hastaların Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeyleri”, <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltaltisayionyed/FSHD27-40.pdf>, (25.12.2013).
- Üstünbaş, H. Basri, “Türkiye’de Sağlık Sorunları ve Çözüm Yolları”, *Yeni Türkiye*, 2001, Cilt 39, (ss. 194-198).
- Viner, Jacop, “Mercantilist Thought”, *International Encyclopaedia of the Social Sciences*, 1968, Volume 4.
- Xu K. et al., “Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis”, *The Lancet*, Vol 362, 2003, (ss. 111–117).
- Yıldırım, H. Hüseyin, Yıldırım Türkan, Erdem Ramazan, “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 44, Sayı 2, Haziran 2011, (ss. 71-98).
- Yıldırım, Savaş, “Değişimin Getirdiği Reform İhtiyacı”, *Yeni Türkiye Sağlık-II*, 2001, Sayı: 40, (ss. 1140-1144).

Tezler

- Bostan, Sedat, “Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi)”, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Trabzon, 2009.
- Dervişoğlu, Ahmet, “Küreselleşme Sürecinde Yeni Kamu Yönetimi Çerçevesinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması”, Karabük Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Karabük, 2013.
- Ersöz, Deniz, “Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Balıkesir Üniversitesi

- Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Balıkesir, 2010.
- Kanra, Birand Uygur, “Sağlık Bakanlığı’nda Yönetim Geliştirilmesi Kapsamında Gerçekleştirilebilecek Yapısal Müdahaleler ve Sağlık Bakanlığı’nın Örgüt Kültürü Üzerine Bir Araştırma”, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 1998.
- Karafazlı, Dilek, “Türkiye Sağlık Sektöründe Neo-Liberal Dönüşüm”, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2013.
- Kerman, Uysal, “Türkiye’de Devletin Küçültülmesi Sorunu”, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2006.
- Kırılmaz, Harun, “Sağlık Sektöründe Yeniden Yapılanma ve Bir Uygulama Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı”, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kocaeli, 2005.
- Küçük, Y. Selim, “Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Kuruluşu Yöneticileri İle Sağlık Meslek Örgütlerinin Kamu Hastaneleri Birliklerine İlişkin Görüş ve Önerileri”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2012.
- Memişoğlu, Dilek, “Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm Ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Isparta, 2011.
- Önder, Burçak, “Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi”, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Aydın, 2013.
- Sevim, İbrahim, “1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2006.
- Temizel, Handan, “Neo-Liberal Politikalar Doğrultusunda Türkiye’de Devletin Yeniden Yapılanması, Küresel Sistemle Bütünleşme Sorunları”, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Konya, 2007.
- Topak, Oğuz, “2000’li Yıllarda Türkiye’de Refah Devleti”, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, 2007.

İnternet Kaynakları

55. Hükümet Programı, <http://www.mysiyaset.com/TBMM/55-hukumet.asp>, (06.04.2011).
57. Hükümet Programı, <http://www.mysiyaset.com/TBMM/57-hukumet.asp?wpg=kabine&did=basbakanlik.123512>, (06.04.2011).

58. Hükümet Acil Eylem Planı, 3 Ocak 2003, www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2224/aep.pdf, (10.04.2013).
58. Hükümet Programı, <http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/189287.asp>, (06.04.2011).
- Akdur, Recep, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması”, www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslama.pdf, (25.10.2011).
- Aktan, C. Can, “Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>, (11.06.2013).
- Aktan, C. C.- Özkıvrak, Ö., “Sosyal Refah Devleti”, <http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/kavram.htm>, (10.06.2013).
- Andaç, Faruk, “Sosyal Devlet Anlayışı İçinde Girişimcilik”, International Conference On Eurasian Economies 2012, <http://www.eecon.info/papers/386.pdf>, (10.06.2013).
- Ankara Sağlık Müdürlüğü, “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi”, http://www.asm.gov.tr/subehaberler/HastaHaklar%C4%B1_5328.dnz, (02.09.2013).
- Antalya İl Kültür ve Kültür Turizm Müdürlüğü, “Antalya”, <http://www.antalyakulturturizm.gov.tr/TR,66213/antalya.html>, (25.10.2013).
- Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, http://www.aifd.org.tr/PDF/2023_Rapor/2023_strat.pdf, (25.12.2013).
- Avrupa Birliği Avrupa Komisyonu, “Türkiye 2012 Yılı İlerleme Raporu”, http://www.abgs.gov.tr/files/strateji/2012_ilerleme_raporu.pdf, (30.12.2013).
- Backus, Michiel, “E-Governance and Developing Countries”, Research Report No.3, April 2001, <http://www.ftpiicd.org/files/research/reports/report3.pdf>, (11.09.2013).
- Bağımsız Sosyal Bilimciler, “2005 Başında Türkiye’nin Ekonomik ve Siyasal Yaşamı Üzerine Değerlendirmeler”, http://www.tmmob.org.tr/resimler/ekler/dfcd5e558dfa04a_ek.pdf, (10.04.2013).
- BBC History, “William Beveridge (1879-1963)”, http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/beveridge_william.shtml, (23.02.2013).
- BM, “What Is Good Governance?”, <http://www.unescap.org/huset/gg/governance.htm>, (12.06.2010).
- Bordo, Michael D., “The Bretton Woods International Monetary System: A Historical Overview”, <http://www.nber.org/chapters/c6867.pdf>, (8.6.2013).
- Bursa İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, “Bursa İli Genel Bilgiler”, <http://www.bursakulturturizm.gov.tr/TR,70228/bursa-ili-genel-bilgiler.html>, (25.10.2013).

- Çelen, F. K.- Çelik, A.- Seferoğlu, S. S., “Türkiye’deki e-Devlet Uygulamalarının Değerlendirilmesi”, http://yunus.hacettepe.edu.tr/~sadi/yayin/AB11_Celen-Celik_Seferoglu_Turkiyede-e-Devlet.pdf, (02.01.2014).
- Denizli Valiliği, “Ekonomi”, <http://www.denizli.gov.tr/index.php/denizli/genel-bilgiler/ekonomi>, (25.10.2013).
- Dünya Bankası, “Birlikte Büyümek – Ekonomik Büyüme Türkiye’nin Sağlık Sektöründe Sosyal Kapsayıcılık ile Birleştirmek (2013)”, <http://www.worldbank.org/tr/news/feature/2013/12/18/growing-together-coupling-economic-growth-with-social-inclusion-in-turkey-health-care-sector>, (30.12.2013).
- Dünya Bankası, “Sağlık Dönüşüm Projesi”, <http://www.worldbank.org/projects/P074053/health-transition-project?lang=en>, (10.08.2013).
- e-Devlet, “Hakkımızda”, <https://www.turkiye.gov.tr/bilgilendirme?konu=siteHakkinda>, (18.02.2013).
- e-Devlet, <https://www.turkiye.gov.tr/>, (18.02.2013).
- Erdoğan, Mustafa, “Liberalizme Yeniden Bakış: Tarihi ve Felsefi Temelleri”, <http://www.liberal.org.tr/incele.php?kategori=MTg=&id=NTEy>, (04.03.2013).
- Erzurum İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, “Genel Bilgiler”, <http://www.erkulturturizm.gov.tr/TR,56044/genel-bilgiler.html>, (25.10.2013).
- Eskiocak, Muzaffer, “Türkiye’de Bağışıklama Hizmetleri”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, http://www.ttb.org.tr/th/22012/index_dosyalar/Page471.htm, (02.09.2013).
- European Union, “A White Paper: European Governance”, http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2001/com2001_0428en01.pdf, (14.02.2013).
- Farmaskop, “Global bütçe uygulamasına bakış”, <http://www.farmaskop.com.tr/yazar/mehtap-tatar/global-butce-uygulamasina-bakis/>, (25.12.2013).
- Feyzibeyoğlu, İhsan, “Sosyal Güvenlik Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı”, <http://www.bilayvakfi.org.tr/raporlar/donusum.pdf>, (02.01.2014).
- Fişek, Nusret, “T.C. Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html, (15.09.2013).
- Güzelgöz, Osman, “Sağlık Reformu ve Seçimler”, <http://www.sdplatform.com/Dergi/472/Saglik-reformu-ve-secimler.aspx>, (02.09.2013).
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu”, 2007, <http://www.hayad.org.tr/content/view/206/2/>, (25.12.2013).
- HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu, “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi”, <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/?SID=ContentBlogger&ID=145&PID=Calisanl>

araYonelik&TID=G%C3%BCncel%20Konular%20%C2%BB%20%C3%87al%
C4%B1%C5%9Fanlara%20y%C3%B6nelik, (23.12.2013).

Isparta İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, “Isparta Hakkında”,
<http://www.ispartakulturturizm.gov.tr/TR,71016/ispata-hakkinda.html>,
(15.1.2014).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 10 Aralık 1948,
http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/h_rigths_turkce.pdf, (15.01.2010).

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, <http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/mudurlugumuz>,
(03.04.2013).

Konya Valiliği, “SosyoEkonomik Göstergeler”,
http://www.konya.gov.tr/dosyalar/Konya_Sosyo-Ekonomik_Gostergeler.pdf,
(15.1.2014).

Koray, Meryem, “Sosyal Devlet-Refah Toplumu”,
http://www.sodev.org.tr/Okullar/SDO/ders_notlari/sosyal_devlet.html,
(02.01.2014).

Medi Haber, “Vatandaş Merkezi Hastane Randevu Sistemi’ni benimsedi”,
www.medihaber.net/2013/06/11/vatandas-merkezi-hastane-randevu-sistemini-benimsedi/, (04.09.2013).

Memiş, Selin A., “Son Dönemdeki Sağlık Harcamalarının Analizi”, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı Değerlendirme Notu,
http://www.tepav.org.tr/upload/files/1354282721-9.Son_Donemdeki_Saglik_Harcamalarinin_Analizi.pdf, (25.12.2013).

OECD, “Health at a Glance 2011”, <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>, (27.12.2013).

Örengül, Osman, “Hastane Bilgi Sistemleri”,
http://www.sabiyap.org/makaleler.php?mak_id=6, (10.09.2013).

Öztek, Zafer, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sorunlar ve Çözümler Raporu”,
http://www.ebto.org.tr/index.php?Itemid=78&id=158&option=com_content&task=view, (10.09.2013).

Sağlık Sen, “Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti De Hastalar Gibi Artmalı”,
<http://www.sagliksen.org.tr/haber-detay-memis-saglik-calisanlarinin-memnuniyeti-de-hastalar-gibi-artmali-120.html>, (02.01.2014).

Sağlık Sen, “Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Açıklama”,
<http://www.sagliksen.org.tr/index.php?func=BranchesOldNewsDetails&ID=3460>, (02.01.2014).

Samsun İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, “Genel Bilgiler”,
<http://www.samsunkulturveturizm.gov.tr/TR,59616/genel-bilgiler.html>,
(15.1.2014).

Saran, Ulvi, “Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri”,
<http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=203336>, (23.12.2013).

SES, “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, <http://www.sesantalya.org/basnda-ubemiz/138-salkta-doenuueu-program.html>, (02.01.2014).

- Şanlıurfa Valiliği, “Sosyo Ekonomik Raporu”, http://www.sanliurfa.gov.tr/ortak_icerik/sanliurfa/SOSYO%20EKONOM%C4%B0K%20RAPORU%20EN%20SON.pdf, (15.1.2014).
- Şentop, Mustafa, “Anayasa ve Sosyal Devlet”, <http://www.sosyalpolitikalar.org/makaleler/sosyal-devlet/140-anayasa-ve-sosyal-devlet>, (14.04.2013).
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, “Sosyal Güvenlik Reformu”, <http://www.akparti.org.tr/tbmm/tbmmgrup/sosyal%20g%C3%BCvenlik%20reformu.pdf>, (23.10.2012).
- T.C. Sağlık Bakanlığı “İlaç Takip Sistemi”, <http://itsportal.saglik.gov.tr/index.php?run=content&get=14&mp=3,10>, (10.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı “İlaç Takip Sistemi”, <http://itsportal.saglik.gov.tr/index.php?run=content&get=19&mp=3,22>, (10.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Bakanlık ve Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi içindeki görevleri”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=196&sayfa>, (25.08.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Kurumsal Tarihçe”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=164&sayfa=Tarih%C3%A7e>, (10.03.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Kurumsal-Tarihçe”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=164&sayfa=Tarih%C3%A7e%20Tarih%C3%A7e>, (10.08.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Yürütülen Projeler - SDP (I. Faz)”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=178&sayfa=SDP>, (10.02.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (10.03.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Yürütülen Projeler - SDSGRP (II. Faz)”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=176&sayfa=SDSGRP>, (25.1.2014).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, “Kurumsal-Misyonumuz”, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/default.aspx?menuTnm=163&sayfa=Misyonumuz%20Misyonumuz>, (10.08.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, “Aile Hekimliği Bilgi Sistemi”, <http://www.saglik.gov.tr/SBSGM/belge/1-15410/aile-hekimligi-bilgi-sistemi-ahbs.html>, (10.09.2013).

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, “Sağlık-Net”, <http://www.e-saglik.gov.tr/SaglikNet/SaglikNetHakkinda.aspx>, (10.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi”, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=290>, (23.12.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, “Girişimsel İşlemler Listesi”, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/5_ekim_2011/0510girisimliste.pdf, (23.12.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, “Sağlık Hizmet Kalite Standartları-Hastane Seti”, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/07_subat_2012/ek1shksw.pdf, (23.12.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, “Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları”, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/ozel_hastane_hks.pdf, (23.12.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, “Dairemiz Tarihçesi ve Tanıtım Sunumu”, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14>, (23.12.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, “Bürokrasinin Azaltılması ve İdari Basitleştirme çalışmaları konulu Genelge”, Sayı 2011/37 Tarih: 30.05.2011, http://sgb.saglik.gov.tr/content/files/genelgeler/2011/genelge_2011_37.pdf (25.12.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Müdürlüğü, “Hastane Roller”, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/1069,hastane-rolleri-tanim.pdf?0>, (24.10.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, “Neden Aile Hekimliği?”, http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=52&Itemid=211, (02.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, “Toplum Sağlığı Merkezleri”, http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=315:toplum-sal-merkezleri, (02.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, “Türkiye'de Aile Hekimliği”, http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213, (02.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Hasta Hakları”, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/hekimsemebilgi.htm>, (02.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Hastane Randevu Merkezi”, <http://www.hastanerandevu.gov.tr/Vatandas/contentVatandas.jsp?Islem=Haber&Id=xNe5qnFuntMBJVoBK6CaMg%3D%3D>, (04.09.2013).

- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Hastane Randevu Merkezi”, <http://www.hastanerandevu.gov.tr/Vatandas/contentVatandas.jsp?Islem=IcerikGoster&Id=JqEJKuZ9s9qkoXKqQnGfRg%3D%3D>, (04.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “İlaç Takip Sistemi”, <http://itsportal.saglik.gov.tr/index.php?run=document&category=1&mp=5>, (10.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Randevu Sistemi”, <http://www.hastanerandevu.gov.tr/Vatandas/>, (04.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Sağlık Bakanlığını Yeniden Yapılandırdık!”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15334/saglik-bakanligini-yeniden-yapilandirdik.html>, (10.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Tarihçemiz”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3855/tarihcemiz.html>, (02.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Temel Amaç ve Hedefimiz”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3842/temel-amac-ve-hedefimiz.html>, (10.02.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu” <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75573/h/turkhalksagligigm.pdf>, (03.04.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu-Görevimiz”, <http://www.ieg.gov.tr/Detail.aspx?mode=1&pages=/PortalAdmin/Uploads/Titck/Menus/Menu-61a8caf96287.html>, (25.12.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Yeşil Kart Bilgi Sistemi”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-14669/yesil-kart-bilgi-sistemi-ykbs-hakkinda-onemli-duyuru.html>, (10.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Hastane Randevu Merkezi, <http://www.hastanerandevu.gov.tr/Vatandas/contentVatandas.jsp?Islem=IcerikGoster&Id=R%2Bgt8TMLg1mC%2Bqg8RZPZTA%3D%3D>, (04.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, “Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Sık Sorulan Sorular ve Cevaplar”, http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=599, (10.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, “Neden Akılcı İlaç Kullanımı”, http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81, (10.09.2013).
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, “Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler”, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/genel_saglik_sigortasi/saglik_hizmetleri/katilim_payi_alinmayacak_haller_saglik_hizmetleri_ve_kisiler, (10.04.2013).
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, “Kurumsal”, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce>, (10.04.2013).
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, “Muayene Katılım Payı”, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/genel_saglik_sigortasi/saglik_hizmetleri/muayene_katilim_payi/, (10.04.2013).

- TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu, “Avrupa Sosyal Şartı”, http://abmuzakere.bilgi.edu.tr/docs/avrupa_sosyal_sarti_metni.pdf (17.10.2013)
- TBMM, “49.Hükümet Programı”, <http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP49.htm>, (29.03.2011).
- TBMM, “54. Hükümet Koalisyon Protokolü (28.06.1996-30.06.1997)” <http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/KP54.htm>, (04.04.2011).
- Tezel, Ali, “Sosyal Güvenlik Reformu Veto mu Yiyecek?”, <http://www.alitezeli.com/index.php?sid=yazi&id=1933>, (10.09.2013).
- Trenard, Louis, “Gournay Vincent De (1712-1759)”, <http://www.universalis.fr/encyclopedie/vincent-de-gournay/>, (6.6.2013).
- TUBİTAK, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Durumu, SWOT Analizi”, http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf, (10.8.2013)
- TUİK, “Sağlık Harcamaları”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (25.12.2013).
- TUİK, “Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları Sayısı” ve “Kamu Ve Özel Yataklı Sağlık Kurumlarının Yatak Sayısı”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, (25.12.2013).
- Türk Eczacıları Birliği, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Uygulaması Hakkında Değerlendirme Raporu”, 05.05.2009, <http://www.teb.org.tr/images/upld2/rapor/cqg20090505151835SSGSSRapor.pdf>, (02.01.2014).
- Türk Eczacıları Birliği, “Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamalarına ve Serbest Eczacılar Yansımalarına İlişkin Rapor”, 04.06.2009, <http://www.teb.org.tr/images/upld2/rapor/N4820090604104935AILEHEKIMLI GIRAPORU.pdf>, (02.01.2014).
- Türk Sağlık Sen, “1960’da Bütçeden Sağlığa Ayrılan Pay 47 Yıl Sonra Bile Geçilemedi”, <http://eski.turksagliksen.org.tr/content/view/4802/85/> (02.01.2014).
- Türk Sağlık Sen, “Sağlıkta Dönüşüm Özelleştirmenin Temeli”, <http://eski.turksagliksen.org.tr/content/view/6606/361/>, (02.01.2014).
- Türk Sağlık Sen, “Sağlıkta Dönüşümde Son Nokta Teşkilat Kanunu”, <http://www.turksagliksen.org.tr/haberler/genel-haberler/9866-saglikta-donusumde-son-nokta-teskilat-kanunu-.html>, (02.01.2014).
- Türk Tabipleri Birliği, “Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Taslağı Genel Gerekeçesi”, <http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.php>, (12.04.2013).
- Uğurlu, Murat, “Kamu Sağlık Harcamalarında 2012 Yılı Değerlendirmesi ve 2013’den Beklentiler”, <http://www.medimagazin.com.tr/authors/murat-ugurlu/tr-kamu-saglik-harcamalarinda-2012-yili-degerlendirmesi-ve-2013den-beklentiler-72-109-3357.html>, (23.12.2013).

World Health Organization, “Constitution Of The World Health Organization”, www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, (10.03.2011).

YASED, “Türkiye Sağlık Sektörü Raporu”, http://www.ahd.org.tr/Upload/Document/document_YASED_Saglik_Sektoru_Raporu_2013_02_18_15_02_07.pdf, (26.12.2013).

Yasal Düzenlemeler

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, R.G. Tarihi: 04.04.1928 Sayısı:863.
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Kabul Tarihi: 24.04.1930, R.G. Tarihi: 06.05.1930 Sayısı:1489.
- 1961 Anayasası, <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>, (15.09.2013).
- 1982 Anayasası, www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1113.html, (25 Şubat 2011).
- 2009/15631 sayılı Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Kararda Değişiklik Yapılması Hakkında Karar, R.G. Tarih: 3.12.2009 Sayı: 27421 Mükerrer.
- 2010/21 (Yürürlüğü Durdurma) Karar Sayılı Anayasa Mahkemesi Kararı, Resmi Gazete Tarih: 22.07.2010 Sayı: 27649.
- 2162 Sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Kabul Tarihi: 29.6.1978 R.G. Tarihi: 9.7.1978 Sayı: 16341.
- 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kabul Tarihi: 5.1.1961, R.G. Tarihi:12.01.1961 Sayı:10705.
- 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, R.G. Tarihi:31.12.1980 Sayı:17207.
- 2514 Sayılı Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Getiren Kanun, R.G. Tarihi: 25.8.1981 Sayı: 17439.
- 2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu, R.G. Tarih: 20.04.1982 Sayı: 17670.
- 2709 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Kanunu, Kabul Tarihi: 18/10/1982, R.G. Tarihi: 9/11/1982 Sayı:17863 (Mükerrer).
- 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, R. G. Tarih: 27.5.1983 Sayı: 18059.
- 2955 Sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yasası, R.G. Tarih: 19.11.1983 Sayı: 18226.
- 3017 Sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu, Kabul Tarihi: 9/6/1936, R.G. Tarih: 23.06.1936 Sayı: 3337.
- 3046 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında 174 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 13/12/1983 gün ve 174 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Bazı Maddelerinin Kaldırılması ve Bazı Maddelerinin Değiştirilmesi Hakkında 202

- Sayı Kanun Hükümünde Kararnamenin Değıştirilerek Kabulü Hakkında Kanun, Resmi Gazete Tarih: 9/10/1984 Sayı: 18540, 1984
- 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu, R.G. Tarihi: 14.6.1986 Sayısı:19134.
- 334 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Kanunu, Kabul Tarihi: 9/7/1961 R.G. Tarih: 20/7/1961 Sayı: 10859.
- 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/19461.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/19461.pdf> (15.09.2013).
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kabul Tarihi: 7/5/1987, R.G. Tarihi: 15/5/1987 Sayı: 19461.
- 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/849,3816-sayili-odeme-gucu-olmayan-vatandaslarin-tedavi-gid-.pdf?0> (10.04.2013).
- 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, Kabul Tarihi: 18.6.1992, R.G. Tarihi: 3.7.1992 Sayı: 21273.
- 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları ve Toplu Sözleşme Kanunu, Kabul Tarihi: 25.6.2001, R.G. Tarih: 12.7.2001 Sayı: 24460.
- 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükümünde Kararnamelerde Değışiklik Yapılması Hakkında Kanun, Resmi Gazete Tarih: 24.7.2003 Sayı: 25178.
- 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu, R. G. Tarihi:24.10.2003 Sayısı:25269.
- 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, R.G.Tarihi: 24.12.2003 Sayısı: 25326.
- 5176 sayılı Kamu Görevlileri Etik Kurulu Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değışiklik Yapılması Hakkında Kanunu, R.G. Tarihi: 8/6/2004 Sayısı:25486.
- 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, Kabul Tarihi: 10/7/2004, R.G. Tarih: 23/7/2004 Sayı:25531.
- 5222 Sayılı Kanun Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değışiklik Yapılmasına Dair Kanun, R.G. Tarihi: 21.07.2004 Sayı: 25529.
- 5227 Sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı, Geçici Madde 1, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5227.html> (25.12.2013).
- 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, Kabul Tarihi: 24.11.2004 R.G. Tarihi: 9/12/2004 Sayı:25665, 2004.

- 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun, R.G. Tarih: 19.01.2005 Sayı:25705 Mükerrer.
- 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, Kabul Tarihi: 22/2/2005, R.G. Tarih: 4/3/2005 Sayı: 25745.
- 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu, R.G. Tarihi: 11.6.2005 Sayısı: 25842.
- 5393 sayılı Belediye Kanunu, Kabul Tarihi: 3/7/2005, R.G. Tarih: 13/7/2005 Sayı: 25874.
- 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, R.G.Tarihi:20.05.2006 Sayı:26173.
- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kabul Tarihi: 31.05.2006, R.G. Tarih: 16/6/2006 Sayı: 26200.
- 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmi Gazete Tarih: 30.01.2010 Sayı: 27478
- 6134 sayılı Özel İdare Hastanelerinin Muvazenei Umumiyyeye Devri Ve 4862 Sayılı Kanuna Bağlı (1) Ve (2) Sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, R.G. Tarihi: 15.07.1953 Sayı: 8458.
- 6514 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmi Gazete Tarih: 18.01.2014 Sayı: 28886.
- 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, R.G. Tarihi: 2/11/2011 Sayı: 28103 (Mükerrer).
- 8 Haziran 2011 Tarihli ve 27958 Sayılı Resmî Gazete (Mükerrer).
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarih: 06.07.2005 Sayı: 25867.
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarih: 12.08.2005 Sayı: 25904.
- Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarih: 30.12.2010 Sayı: 27801.
- Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, R.G. Tarih: 29.12.2007 Sayı: 26741.
- Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, R.G. Tarih: 22.09.2007 Sayı: 26651.
- Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, R.G. Tarih: 24.01.2009 Sayı:27120.
- Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, R.G. Tarih: 11. 06.2010 Sayı: 27608.

- Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, R.G. Tarih: 14.04.2012 Sayı: 28264.
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar, Karar Sayısı: 2004/6781, R.G. Tarih: 14.02.2004 Sayı: 25373.
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ, R.G. Tarih: 03.03.2004 Sayı: 25391.
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarih: 10.03.2005 Sayı: 25751.
- Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 26/04/2005 Tarih ve 3077 Sayılı Makam Oluru.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, R.G. Tarih: 01.08.1998 Sayı: 23420.
- Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Uyulacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik, R.G. Tarih: 31.07.2009 Sayı: 27305.
- Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarih: 11/1/1995 Sayı: 22168.
- Merkezi Hastane Randevu Sistemi Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge, http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/mevzuat/MHRS/MHRS_YONERGESI.pdf (04.09.2013)
- Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 16.04.2012, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/b8bcb38a-c4a4-4f4a-b85e-4bde9cf98191/yonerge_odeme_komisyonu_02.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b8bcb38a-c4a4-4f4a-b85e-4bde9cf98191&CSRT=9392572659537053821, (10.09.2013)
- Resmi Gazete Tarihi: 25.01.1980 Sayısı: 16680 1.Mükerrer.
- Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği, 11/12/2009 tarih ve B.10.0.SEG.0.72.00.03-010.03/15296 sayılı Bakanlık Makam Onayı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-54293/h/hieyonetmelik.pdf> (10.04.2013)
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 26.03.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28599.
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, R.G. Tarih:12.05.2006 Sayı: 26166.
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri Ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı Ve İşbirliği Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarih: 18.02.2011 Sayı: 27850.
- Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete Tarih: 14.12.1983 Sayı: 18251.
- Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge, 2007.
- Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği, R.G. Tarihi:02.09.2003 Sayı: 25217.

- T.C. Başbakanlık, “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı”, www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf, (10.04.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih:21.08.2010 Sayı: 27679.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Hastane Rollerini Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler”, 2009, <http://www.saglik.gov.tr/EN/dosya/1-71022/h/020-hastane-yatak-ve-rolleri-tescil-kriterleri.doc>, (04.09.2013)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişine İlişkin 2013/3 sayılı Genelge, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82908/h/genelge.pdf>, (10.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkında Tebliğ, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/878,bulasici-hastaliklarin-ihbari-ve-bildirim-sistemi-hakki-.pdf?0>, (02.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2009/17), Sayı: B100TSH0110005 Tarih: 13.03.2009/7941.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&Itemid=34, (15.09.2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması, Personel, Taşınır ve Taşınmazların Tahsisi ve Devri Konulu Tebliği, Ankara, 2012, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-14973/bakanlik-tasra-teskilatinin-yeniden-yapilandirilmesi-ge-.html>, (04.01.2013).
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, R.G. Tarih: 24.03.2013 Sayı: 28597.
- TBMM, “3 Sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun”, http://www.tbmm.gov.tr/kultursanat/yayinlar/yayin001/001_00_008.pdf, (15.09.2013).
- TBMM, “5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı”, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5227.html>, (10.04.2013).
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ, R.G. Tarih: 16 Ekim 2009 Sayı: 27378.

EKLER

Ek-1. Hastalara Uygulanan Anket Formu

Bu araştırmanın amacı, 2003 yılından itibaren Türk sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma kapsamında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık sektörü içerisinde hizmet alan kişiler tarafından değerlendirilmesidir. Çalışmamıza katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Öğr. Gör. Erdal EKE
Araştırmacı

Doç. Dr. Uysal KERMAN
Danışman-Proje Yürütücüsü

A. Kişisel Bilgiler

- 1.Cinsiyetiniz ☐ Erkek ☐ Kadın
 2.Mesleğiniz ☐ Memur ☐ Esnaf ☐ İşçi ☐ Emekli
☐ Diğer.....
 3.Eğitim Durumu ☐ İlkokul ☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Y.Lisans
☐ Doktora
 4.Yaş ☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 55 ve üzeri
 5.Gelir Durumu ☐ 0-1000 ☐ 1001-3000 ☐ 3001-5000 ☐ 5001 ve üstü

B. Türk Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Genel Sorular

1.Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003 yılı) öncesinde Türk sağlık sektöründe bir değişim ihtiyacı var mıydı?

- ☐ Evet, değişim ihtiyacı vardı. ☐ Hayır, değişim ihtiyacı yoktu.

2.Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003 yılı) öncesinde sağlık sektöründe aşağıdakilerden hangisi/hangilerinde sorun yaşamaktaydınız?

- ☐ Hizmete ulaşım ☐ Hizmet kalitesi ☐ İlaç temini
☐ Hekim ☐ Maliyet yüksekliği ☐ Hastane personeli
☐ Hasta hakları ☐ Sigorta işlemleri ☐ Diğer.....

3.2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve uygulamaları hakkında bilginiz var mı?

- ☐ Evet, var. ☐ Hayır, yok.

4.Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hayatımıza giren uygulamaları 1(az önemli) ile 5(çok önemli) arasında puan vererek yanındaki kutucuğu işaretleyiniz.

- a)Aile hekimliği ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 b)Genel sağlık sigortası ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 c)Sağlık bilgi sistemi ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 d)Hekim seçme özgürlüğü ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 e)Hasta haklarına yönelik düzenlemeler ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 f)Kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 g)Hizmet sunumunda kamu/özel ayrımının giderilmesi ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

	B. Türk Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Sorular	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Aile hekimliği uygulamasının, Sağlık Ocağı sisteminden farklı olduğunu düşünüyorum.					
2	Aile hekimliği uygulaması, ilk basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterliliktedir.					
3	Uygulanması düşünülen sevk zinciri sistemi, faydalı bir uygulama olacaktır.					
4	Kamu (Devlet-SSK) hastanelerin birleştirilmesi, sağlık hizmet alımını (muayene olmak, doktora ulaşmak vb.) kolaylaştırmıştır.					
5	Genel Sağlık Sigortası, toplumun tamamının sigortalı olması açısından olumlu ve faydalı bir uygulamadır.					
6	Kamu sağlık sigortalı-SGK'lı-(SSK, Bağ-KUR, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gidebilmeleri olumlu bir değişikliktir.					
7	Kamu hastanelerinde çalışan hekimlere Tam Gün Yasası ile getirilen özel muayene yasağı, hizmet alımını olumlu yönde etkilemiştir.					
8	Hastanelerde hasta hakları biriminin kurulması, sağlık hizmetlerinde kalite artışını sağlamıştır.					
9	Yatan hastaların her türlü ilaç ve tıbbi hizmet ihtiyacının hastane tarafından karşılanması faydalı ve olumlu bir değişikliktir.					
10	Hastalara tanınan hekim seçme uygulaması faydalı bir değişikliktir.					
11	Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde önemli bir artış sağlanmıştır.					
12	Hastaların hastane hizmetlerine olan memnuniyet düzeyi artmıştır.					
13	Kamu sağlık sigortalarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı), Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilmesi olumlu ve faydalı bir uygulamadır.					
14	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını tanıtmak amacıyla halkı bilinçlendirme ve iletişim çalışmaları gerçekleştirilmiştir.					
15	Kamu hastanelerinin performansa dayalı sisteme geçmeleri (hekimlerin baktıkları hasta başına döner sermayeden pay almaları), olumlu bir değişikliktir.					
16	Hasta-hekim-eczane arasındaki işlemler kolaylaştırılmış ve hızlandırılmıştır.					
17	Hastalar, ilaç temin etmekte sorun yaşamamaktadır.					
18	Sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulaması (hastanelerde ve ilaçtan alınan), yerinde ve olması gereken bir uygulamadır.					
19	Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilerek bu görevi Kamu Hastane Birliklerine devretmesi olumlu bir değişikliktir.					
20	Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde yaşanan sorunlar, yeni uygulamalarla giderilmiştir.					
21	Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin kalite düzeyini arttırmıştır.					
22	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını olumlu buluyorum ve					

	destekliyorum.					

23.Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları sonrasında Türk sağlık sektöründe ortaya çıkan yeni sorunlar var mıdır? ☐Evet ☐Hayır

24.Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?

.....

25.Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?

.....

Ek-2. Sağlık Yöneticilerine ve Hekimlere Uygulanan Anket Formu

Bu araştırmanın amacı, 2003 yılından itibaren Türk sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma kapsamında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık sektörü içerisinde yöneticiler, hekimler ve hizmet alan kişiler tarafından değerlendirilmesidir. Çalışmamıza katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Öğr. Gör. Erdal EKE
Araştırmacı

Doç. Dr. Uysal KERMAN
Danışman-Proje Yürütücüsü

A. Kişisel Bilgiler

- 1.Cinsiyetiniz ☐ Erkek ☐ Kadın
- 2.Mesleğiniz ☐ Hekim ☐ Yönetici Diğer.....
- 3.Göreviniz ☐ Müdür ☐ Müdür Yard.
☐ Başhekim ☐ Başhekim Yard.
☐ Tabip Odası Başk. ☐ Eczacılar Odası Başk.
☐ Sendika Başkanı
- 4.Eğitim Durumu ☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Y.Lisans ☐ Doktora
- 5.Yaş ☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 55 ve üzeri

B. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Türk Sağlık Sektörü İle İlgili Genel Sorular

1.Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türk sağlık sektöründe değişim ihtiyacı var mıydı?

- ☐ Evet, değişim ihtiyacı vardı. ☐ Hayır, değişim ihtiyacı yoktu.

2.Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bu değişim ihtiyacını yeterince karşıladığını düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet, yeterince karşılamıştır. ☐ Hayır, yeterince karşılamamıştır.

3.Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türk sağlık sektöründe aşağıdaki sorunlardan hangileri yaşanmaktaydı?

- ☐ Yönetim ve Örgütlenme ☐ Mali(Finansman) ☐ Personel(İnsan Kaynakları)
☐ Strateji, Politika ve Planlama ☐ Hizmete Ulaşılabilirlik ☐ Hizmet Kalitesi
☐ Teknik Altyapı(Bilgi-Veri) ☐ Mevzuat ☐ Kaynak Kullanımı
☐ Diğer.....

4.Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde kendisini en fazla hissettiren üç ilke hangisidir?

- ☐ İnsan Merkezlilik ☐ Sürdürülebilirlik ☐ Sürekli Kalite Gelişimi
☐ Katılımcılık ☐ Uzlaşmacılık ☐ Gönüllülük
☐ Güçler Ayrılığı ☐ Desantralizasyon ☐ Hizmette Rekabet

5.Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık sektöründeki unsurlardan hangisi ya da hangilerinde sayısal bir artış olduğunu düşünüyorsunuz?

- ☐ Hekim ☐ Personel ☐ Cihaz ☐ Fiziksel Donanım(Yatak, Oda, Hastane v.b.) ☐ Diğer.....

6.Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında herhangi bir eğitim (hizmet içi, toplantı, seminer vb.) aldınız mı?

☐ Evet, aldım. ☐ Hayır, almadım.

7.Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bilgi aldığınız kaynaklar nelerdir?

☐ Bakanlık ☐ Sağlık Müdürlüğü ☐ Sosyal Güvenlik Kurumu ☐ Medya ☐ Diğer.....

8.Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hayatımıza giren uygulamaları 1(az önemli) ile 5(çok önemli) arasında puan vererek yanındaki kutucuğu işaretleyiniz.

- a)Aile hekimliği ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- b)Genel sağlık sigortası ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- c)Sağlık bilgi sistemi ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- d)Hekim seçme özgürlüğü ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- e)Hasta haklarına yönelik düzenlemeler ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- f)Kamu sağlık kurumlarının birleştirilmesi ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- g)Hizmet sunumunda kamu/özel ayrımının giderilmesi ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

	C. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Kurumsal-Yönetmel Yapıdaki Değişiklikler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan vazgeçerek, sağlık hizmetini planlayan, düzenleyen, koordine eden ve denetleyen bir yapıya geçişi, sağlık sektöründe olumlu bir değişiklik olacaktır.					
2	Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası , hizmet sunumu kapsamında olumlu bir uygulamadır.					
3	Aile hekimliği uygulaması, birinci basamak tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterliliktedir.					
4	Etkili ve kademeli sevk zinciri , olumlu ve faydalı bir uygulama olacaktır.					
5	Kamu hastaneleri idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüşmektedir.					
6	Kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliklerinin artırılması, sağlık sektörünü yönetsel ve mali açıdan olumlu etkilemektedir.					
7	Sağlık sektöründe bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü ortaya çıkarılmıştır.					
8	Türk sağlık sektörünü destekleyen yeni eğitim ve bilim kurumları oluşturulmuş ve var olanlar geliştirilmiştir.					
9	Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon çalışmalarının başlatılması, Türk sağlık sektöründeki hizmet kalitesini arttırmıştır.					
10	Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu 'nun kurulması, Türk sağlık sektöründeki ilaç ve cihaz piyasası açısından faydalı bir gelişmedir.					
11	Sağlıkta e-dönüşüm kapsamında hasta-hekim-hastane					

	ilişkinini kayıt altına alan sağlık bilgi sistemi kurulmuştur.					
12	Kamu (Devlet-SSK) hastanelerin birleştirilmesi, sağlık hizmet sunumunu kolaylaştırmıştır.					
13	Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kurumları arasında tesislerin ortak kullanımı için yapılan protokol, sağlık sektörü açısından olumlu bir gelişmedir.					
14	Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilerek bu görevi Kamu Hastane Birliklerine devretmesi olumlu bir değişikliktir.					
15	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu , sağlık sektöründe hizmet sunumu sürecini olumlu yönde değiştirecektir.					
16	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile her ilde Halk Sağlığı Müdürlükleri 'nin oluşturulması, faydalı bir kurumsal değişikliktir.					
17	Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile birlikte yapılan Entegre Sağlık Kampüsleri , sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinlik ve verimliliği sağlayacak bir projedir.					
18	Kamu sağlık sigortalarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı), Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilmesi, sağlık sektörü açısından faydalı olmuştur.					
19	Sosyal Güvenlik Kurumu'nun teknik ve personel yapısı, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile daha da geliştirilmiştir.					
20	Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde iyi işleyen bir Sosyal Güvenlik Bilgi Sistemi oluşturulmuştur.					
21	Sağlık Bakanlığı-Sosyal Güvenlik Kurumu işbirliği ile hasta-hastane-eczane arasındaki bağ güçlendirilmiş ve geliştirilmiştir.					
22	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını tanıtmak amacıyla halkı bilinçlendirme ve iletişim çalışmaları gerçekleştirilmiştir.					
23	Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen pilot uygulamalar faydalı olmuştur.					

	D. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Hizmet Sunma Süreci İle İlgili Değişiklikler	Kesimlere Katılmıyor	Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor	Kesinlikle Katılıyor
1	Kamu (Devlet-SSK) hastanelerinin birleştirilmesi, kamu hastanelerindeki hasta sayısını artırmıştır.					
2	Aile hekimliği uygulaması ile hastanelere müracaat eden hasta sayısında azalma gerçekleşmiştir.					
3	Aile hekiminden sevk alarak hastaneye başvuran hasta sayısı artmıştır.					
4	Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyinde önemli bir artış sağlanmıştır.					
5	Sağlık çalışanlarının iş yüklerinde bir artış gerçekleşmiştir.					
6	Hastanelerin hizmet sunma süreçlerinde iyileşme gerçekleşmiştir.					
7	Hastanelerin verimlilik düzeylerinde bir artış gerçekleşmiştir.					

8	Hastalar, hastanede sunulan hizmetlerden memnundur.					
9	Kamu hastanelerinin performansa dayalı sisteme geçmeleri, hizmet sunumunda olumlu bir etki yaratmıştır.					
10	Sağlık hizmetlerindeki bürokratik işlemlerde azalma meydana gelmiştir.					
11	Eczaneler, işleyiş ve verimlilik açısından daha iyi bir duruma ulaşmıştır.					
12	Kamu sağlık sigortalı-SGK'lı- (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) hastaların, doğrudan özel hastanelere gidebilmeleri sağlık hizmeti sunumunda olumlu bir değişikliktir.					
13	Hastalara tanınan hekim seçme uygulaması, hizmet sunumu açısından faydalı bir değişikliktir.					
14	Hastalar, ilaç temin etmekte sorun yaşamamaktadır.					
15	Kamu hastanelerinde çalışan hekimlere “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”la getirilen özel muayene yasağı, sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumları olumlu yönde etkilemiştir.					
16	Hastanelerde hasta hakları biriminin kurulması, hizmet sunumu sürecinde kalite artışını sağlamıştır.					
17	Yatan hastaların her türlü ilaç ve tıbbi hizmet ihtiyacının hastane tarafından karşılanması faydalı ve olumlu bir değişikliktir.					
18	Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmıştır.					
19	Sosyal güvenlik sistemi içerisindeki muayene katılım payı uygulaması (hastanelerde ve ilaçtan alınan), yerinde ve olması gereken bir uygulamadır.					
20	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını olumlu buluyorum ve destekliyorum.					
21	Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sağlık sektöründe yaşanan sorunlar, yeni uygulamalarla giderilmiştir.					

22.Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, gelişmiş ülkelerin sağlık kriterlerine bakıldığında ☐ yeterli/ ☐ yetersiz düzeydedir.

23.Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları sonrasında Türk sağlık sektöründe ortaya çıkan yeni sorunlar var mıdır?

☐Evet ☐Hayır

24.Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkan sorunlar hangileridir?

.....

25.Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, ek olarak yapılmasını istediğiniz düzenlemeler nelerdir?

.....

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Adı Soyadı : ERDAL EKE
Doğum Yeri ve Yılı : Afyonkarahisar - 1983
Medeni Hali : Evli

Eğitim Durumu :

Lisans : Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü (2006)
Yüksek Lisans : Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı (2008)

Yabancı Diller ve Düzeyi :

İngilizce
Seviye (YDS-IELTS): 60

İş Deneyimi :

Öğretim Görevlisi : Süleyman Demirel Üniversitesi Senirkent Meslek Yüksekokulu (2008-)

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar :

A. Hakemli dergilerde yayımlanan teknik not, editöre mektup, tartışma, vaka takdimi ve özet türünden yayınlar dışındaki makale

1. EKE E., "Türk Telekomünikasyon Sektöründe Serbestleşme", (2010), SDÜ Vizyoner E-Dergisi, Cilt:2, Sayı:1, ss.85-106.

B. SCI, SSCI ve AHCI dışındaki indeks ve özler tarafından taranan dergilerde yayımlanan teknik not, editöre mektup, tartışma, vaka takdimi ve özet türünden yayınlar dışındaki makale

1. EKE E., (KERMAN U., ALTAN Y., AKTEL M.) (2012), "Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması", SDÜ İİBF Dergisi, S. 3, s.1-23.
2. EKE E.,(BALTACI C, AVCI M.), (2012), "Türkiye-Avrupa Birliği İlişkilerinin Türk Anayasal Demokrasisi Üzerine Etkisi", C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 13, Sayı 2, ss.133-149.
3. EKE E., (BALTACI C.), (2012), "Siyasal Propaganda Araçlarının Seçmen Davranışı Üzerindeki Etkisine Yönelik Seçmen Algısı: Isparta Örnek Olayı",

Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi, ISSN:1309-1522, Cilt 4 - Sayı 1, s.115-126.

4. EKE, E. (AKTEL, M., KERMAN, U., ALTAN, Y.), (2013),"Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz", AKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 2013, Cilt 15, Sayı 2, Doi No: 10.5578/JSS.6834, (37-66).

5. EKE, E. (ALTAN, Y., KERMAN, U., AKTEL, M.,METİN, Y.),(2013), "Yerel Yönetimlerde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması: Büyükkabaca Belediyesi Örneği", Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi, C:5, S:3, ss. 9-17.

G. Ulusal kuruluşlarca desteklenen projede görev alma (BAP ve diğer kuruluşlar)

1. “Siyasal Propaganda Araçlarının Seçmen Davranışı Üzerindeki Etkisi: Isparta Örnek Olayı”, Süleyman Demirel Üniversitesi, BAP, Proje Yardımcısı (2007-2008).

2. “Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı”, S.D.Ü. BAP Araştırmacı, (2013-2014).

H. İdari Görev ve Toplumsal Katkıları

1. Süleyman Demirel Üniversitesi Senirkent Meslek Yüksekokulu Müdür Yardımcılığı (2011-)

2. Süleyman Demirel Üniversitesi Senirkent Meslek Yüksekokulu Yönetim ve Organizasyon Bölüm Başkanı V. (2009-)

3. Senirkent Kent Konseyi Yürütme Kurulu Üyeliği (2012-).

4. Senirkent Kaymakamlığı İlçe İnsan Hakları Komisyonu Üyesi (2011-).