



SAĞLIKTA YÖNETİCİLİĞİN DÖNÜŞÜMÜ

BİR SAĞLIK SOSYOLOJİSİ DENEMESİ

BAYRAM DEMİR

Sağlıkta Yöneticiliğin Dönüşümü

Bir Sağlık Sosyolojisi Denemesi

Bayram Demir

Çizgi Kitabevi Yayınları (e-kitap)

©Çizgi Kitabevi
Mart 2023

ISBN: 978-625-396-003-2
Yayıncı Sertifika No: 52493

KÜTÜPHANE BİLGİ KARTI
- Cataloging in Publication Data (CIP) -

DEMİR, Bayram
Sağlıkta Yöneticiliğin Dönüşümü
Bir Sağlık Sosyolojisi Denemesi

Yayına Hazırlık: Çizgi Kitabevi Yayınları
Tel: 0332 353 62 65- 66

ÇİZGİ KİTABEVİ

Sahibiata Mah.	Alemdar Mah.
M. Muzaffer Cad. No:41/1	Çatalçeşme Sk. No:42/2
Meram/ Konya	Cağaloğlu/ İstanbul
(0332) 353 62 65 - 66	(0212) 514 82 93

www.cizgikitabevi.com
📞📧 / cizgikitabevi

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	9
GİRİŞ.....	11
Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış	25
Sağlık Kavramı	25
Sağlık Hizmetinin Özellikleri.....	26
Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	27
Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	27
Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	28
Rehabilitasyon Hizmetleri	30
Sağlık Hizmetlerinde Finansman	31
Kamusal Finansman Esaslı Sağlık Sigortaları	35
Vergiye Dayalı Sağlık Hizmeti Finansmanı	36
Prime Dayalı veya Sosyal Sağlık Sigortası	36
Özel Sağlık Sigortası	37
Cepten Ödemeler	38
Karma Finansman Modeli.....	39
Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı	39
Türkiye Sağlık Sistemi Sağlık Harcamaları Finansman Kaynakları ve İşleyişi.....	41
Sağlık Sistemi Kavramı ve Modelleri	46
Sağlık Sistemi Tanımı.....	46
Sağlık Sistemi Modelleri.....	50
Avrupa Kıtası Sağlık Sistemleri	54
Türkiye Sağlık Sistemi Modellemesi.....	55
Sağlık Hizmetlerinin ve Sağlık Politikasının Tarihsel Gelişimi	58
Cumhuriyet Döneminde Sağlık.....	59
Birinci Dönem (1920-1923) Sağlık Politikaları.....	59

İkinci Dönem (1923-1938) Sağlık Politikaları	59
Üçüncü Dönem (1938-1960) Sağlık Politikaları	60
Dördüncü Dönem (1960-1980) Sağlık Politikaları	62
Beşinci Dönem (1980-2002) Sağlık Politikaları.....	64
Altıncı Dönem (2002 ve sonrası) Sağlık Politikaları.....	71
Sağlık Reformu Projeleri.....	72
Türkiye İçin Tasarımlanan Sağlık Reformları (1938-2002).....	77

I. BÖLÜM | DEĞERLENDİRME 81

Türkiye Sağlık Sektöründe Reform Çalışmaları (2002 ve Sonrası)	81
Kamu Sağlık Sektöründe Reform.....	82
<i>Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)</i>	83
<i>58. ve 59. Hükümet Programlarında Sağlık ve Acil Eylem Planı</i>	85
Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	87
<i>Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları</i>	89
<i>Programın İlkeleri</i>	89
<i>Programın Bileşenleri</i>	90
Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Uluslararası Kuruluşlar	96
Yasal Boyutuyla Sağlıkta Reformun Temel Çalışmaları	100
Sağlık Bakanlığı Personel ve Yönetici İstihdam Rejimi.....	105
Sağlık Bakanlığı ve SSK(Sosyal Sigortalar Kurumu) Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Uygulaması	107
Kamuya Ait Sağlık Tesislerinin Tek Çatı Altında Birleştirilmesi.....	108
Sağlık Bakanlığı Kurum ve Kuruluşlarında Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması.....	110
Sağlık Bakanlığı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kurumsal Performans Uygulaması ve Kalite Geliştirme Uygulamaları	115
Aile Hekimliği Uygulaması	117
Sosyal Güvenlik Reformu	118
Kamu Hastane Birlikleri ve Sözleşmeli Yöneticilik Dönemi.....	122
Kamu Hastane Birlikleri Sonrası Yeni Yapı	131
Şehir Hastaneleri Modeli ve Sözleşmeli Yöneticilik	134
Türk Sağlık Sisteminin Geleceği	138

II. BÖLÜM 145

Ampirik Araştırma Bulguları	145
Açık Kodlama	145
<i>Sağlık Sistemi Reformu</i>	146
<i>Sağlık Sisteminin Sorunları</i>	149
<i>İnsan Kaynakları Politikası / Sağlık Personelinin Sayısal Yetersizliği</i>	151

<i>Teşkilat Yapısının Sık Değişimi</i>	154
<i>Kalifiye Olmayan Yöneticiler</i>	157
<i>Performans Sistemi (Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi)</i>	160
<i>Kamu Hastane Birlikleri Uygulaması</i>	173
<i>Kamu Hastaneleri Birlik Modelinde Yöneticilerin Sorumluluk ve Karar Alma Gücü</i>	179
<i>Kamu Hastane Birlikleri Uygulamasında Yöneticiler İçin Belirsizlik</i>	186
<i>Sözleşmeli Yöneticilik ve Verimlilik Karnesi</i>	192
<i>Sözleşmeli Yöneticiliğe Alınma</i>	192
<i>Göreve Devam veya Görevden Alınma</i>	200
<i>Yönetimde Dışsal Etkiler</i>	205
<i>Sağlık Bakanlığı'nın Yeni Rolü</i>	209
<i>Eksenel Kodlama</i>	213
<i>Seçici Kodlama</i>	221

SONUÇ ve ÖNERİLER	226
--------------------------------	-----

KAYNAKÇA	241
-----------------------	-----

ÖNSÖZ

Türkiye’de sağlık hizmetleri alanını iyileştirme yönündeki çabaların sistematik olarak 100 yıldır devam ettiğini söylemek mümkündür. 1940’ların ikinci yarısında ise planlı bir iyileştirme faaliyeti olarak bir reform çalışması- na niyetlenildiğini söylemek mümkündür. Daha sonrasında da sağlık sektö- ründe önemli değişimler meydana gelmiştir. Buna karşılık 1980’lerden sonra reform çalışmalarının hızlanmaya başladığı görülmektedir. Uzun erimli ve süreklilik arz eden en son reform çalışması ise 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı olmuştur. Bu reform programının uy- gulamadaki son halkasının kamuya ait hastanelerin özertleştirilmesi olarak belirlenmesine karşın henüz bunun gerçekleştirilmediği ve fakat özertleştir- menin bir parçası olarak Sağlık Bakanlığına bağlı kurumların yöneticileri- nin sözleşmeli statüde çalıştırılmaya başlandığı görülmektedir. Bu uygulama sağlık refomları açısından bir dönüm noktası olarak değerlendirilmektedir.

Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim dalı’n- da tamamlanmış olan “Kamu Sağlık Kurumlarında Sözleşmeli Yöneticiliğin Sosyolojik Analizi” başlıklı doktora tezinin gözden geçirilmiş halini içeren bu çalışmada sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinin finansman modelleri, Türkiye sağlık sisteminin tarihsel gelişimi ve Türkiye kamu bürokrasisi açı- sından bir ilk olan sözleşmeli yöneticilik uygulaması ve bu kapsamdaki yö- neticiler için ürettiği belirsizlikler incelenmiştir.

Çalışmamda beni sürekli destekleyen, her zaman motive eden, değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. M. Aytül KASAPOĞLU’na en içten duygularıyla teşekkür ederim. Çalışmam boyun- ca beni motive eden eşim ve çocuklarıma desteklerinden dolayı sonsuz te- şekkür ederim.

Bu çalışmada Türkiye sağlık sistemindeki değişimler tarihsel olarak de- ğerlendirilmiştir. Ancak eksik kalan yönlerin bulunmadığı anlamına gelme- mektedir. Çalışmanın yeni araştırmalara esin oluşturmamasını temenni ederim.

Bayram DEMİR

Mart 2023

KISALTMALAR

AB:	Avrupa Birliği
AİK:	Aktör İlişkiği Kuramı
BUT:	Bütçe Uygulama Talimatı
ÇKYS:	Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
IMF:	International Monetary Fund
MHRS:	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
MSB:	Milli Savunma Bakanlığı
OECD:	Organisation for Economic Co-operation and Development
PDEÖS:	Performansa dayalı Ek Ödeme Sistemi
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT:	Sağlık Uygulama Tebliği
TKY:	Toplam Kalite Yönetimi
TSİM:	Temel Sağlık İstatistik Modülü
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
WB:	World Bank
WHO:	World Health Organization

GİRİŞ

Küresel ölçekte ülkelerin sağlık düzeyleri önemli farklılıklar göstermektedir. Özellikle, doğumdaki yaşam süresi ve bebek ölüm oranlarında dünyanın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Örneğin, AB üyesi ülkelerde 80 ve üzeri iken Türkiye’de 78’dir (TÜİK, 2016). Ancak, Moritanya, Nijer, Nijerya, Çad ve Orta Afrika Cumhuriyet gibi ülkelerde 50-60 arasında olmaktadır (WHO, 2016). Hiç kuşkusuz aradaki çeyrek yüzyıllık fark ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyinden ve genel manada eşitsizliklerden kaynaklanmaktadır. Ekonomik gelişmişliğin farklılık yarattığı alanlar ise, kişi başı milli gelirin yüksekliği, temel besin maddelerine erişim, temel sağlık ve tedavi hizmetlerine erişim ve temiz su, sağlıklı çevre gibi alt yapı olanaklarıdır (Schrecker ve Bambra, 2015).

Küresel ölçekteki bu farklılıkların kaynağı, sağlık yaşam konusundaki sağlıksız davranışlar (sigara, alkol, egzersiz yapılmayışı, yeterli ve dengeli beslenmeme) olabileceği gibi o ülkedeki sağlık hizmetine erişim ve kaliteli sağlık hizmetinin varlığı olabilir. Buna mukabil, gelişmiş ülkelerin sağlık düzeyleri arasındaki farkların açıklanmasında ise sağlık hizmetine erişim ve sağlık hizmetinin kalitesi ve klinik kalitesi tartışmalara konu edilmektedir. Ancak, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki durum ise kaynakların küresel ölçekte eşitsiz dağılımından söz edilebilecek bir boyuttur. Çünkü ülke kaynaklarının sağlık teknolojisi ve yatırımlarına ayıramayacak denli zayıf olması küresel anlamda kaynak transferi, ticaret ve ekonomik politikalardan bağımsız düşünülemez.

1978 yılına gelindiğinde Dünya Sağlık Örgütü 30. Genel Kurulunda “2000 yılında herkese sağlık” şiarıyla Alma-Ata Deklarasyonunu yayınladıktan sonra dikkatler sağlığın sağlık alanı dışındaki belirleyicilerine de odaklanmaya başladı. Alma-Ata deklarasyonu adını koymasa bile sağlığın sosyal belirleyicilerine vurgu yapmıştır. Bu çerçevede, eşitsizliklerin sağlık düzeyinde azaltılmasının yollarından birisi herkese erişilebilir sağlık hizmetinin sunulmasından geçmektedir (WHO, 2008; Gwatkin, 2000;7).

Alma-Ata deklarasyonunun bütün ilkeleri önemli olmakla birlikte sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanan ilkelerine aşağıda yer verilmiştir (WHO, 1978):

- Sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ve bunu en yüksek düzeye çıkarmanın sadece sağlık sektörünün değil ekonomik ve sosyal sektörlerinin tümünün çabasını gerektirdiği,
- Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin insanların arasındaki ve dahi ülkelerin kendi içinde sağlık düzeyinin eşitsizliği yüksek dereceye ulaşmış olup politik, ekonomik ve sosyal açıdan kabul edilebilir değildir.
- Devletler kendi halkının sağlığından sorumludur. Devletlerin, uluslararası kuruluşların ve bütün dünyanın temel sosyal hedefi herkese 2000 yılından önce sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam imkanının sağlanması olmalıdır. Sosyal adalet anlayışındaki gelişmenin bir parçası olarak da “temel sağlık hizmeti”, bu hedefe ulaşabilmenin en önemli anahtarı olarak görülmektedir.
- Temel sağlık hizmeti, sunulması zorunlu bir sağlık hizmetidir. O, sağlık sisteminin özü ve aynı zamanda toplumun tüm sosyal ve ekonomik gelişmesinin ayrılmaz bir parçasıdır. Toplumun yaşadığı alanlara olanaklar ölçüsünde yakın sunulan sağlık hizmeti süreçlerinin ilk basamağı, toplumun, ailelerin ve bireylerin ulusal sağlık sistemi ile karşılaştıkları ilk noktadır.
- Temel sağlık hizmeti; sağlık hizmetlerine yönelik araştırmaların ve halk sağlığı uygulamalarının sonuçlarına dayanır ve ülkenin sosyo-kültürel, ekonomik ve politik koşullarını yansıtır.
- Temel sağlık hizmetleri, temel gıdaların sağlanması ve yeterli beslenmenin desteklenmesi, çevre sağlığı ve temiz su sağlanması; ana ve çocuk sağlığı; bağışıklama hizmetlerini içerir.
- Bütün devletler, temel sağlık hizmetlerini, diğer bütün sektörlerle koordinasyon içinde ve ulusal sağlık sisteminin bir parçası olarak kurmak ve sürdürmek için ulusal politikalarını ve neler yapacaklarını belirlemelidir.

Tekingündüz ve Diğerleri’ne (2016) göre, sağlığın sosyal belirleyicileri (social determinants of health) sosyo-ekonomik olarak yani yapısal belirleyiciler tarafından şekillenen gündelik yaşam koşulları tarafından oluşturulur. Küresel ve ulusal ölçekteki sağlık eşitsizliklerinin büyük bölümünü de sağlığın sosyal belirleyicileri oluşturmaktadır. Kavramsal olarak ele alındığında ise, “sağlık eşitsizlikleri” doğumda yaşam beklentisi, ölümler veya

hastalık ile ölçülen ve bireyler veya gruplar arasındaki sağlık durumundan kaynaklanan farkları gösterir. Öte yandan sosyal ekonomik ve çevresel değişkenler ise sağlıktaki eşitsizliği ortaya çıkarır. Sağlıkta eşitsizlik ise, temel olarak gelir, sınıf, coğrafya şartları, etnik köken, yoksulluk gibi sosyal belirleyicilerden ve ayrıca, kişinin işgücü piyasasında tutunabilme durumu, sosyal entegrasyon gibi belirleyicilerden de etkilenmektedir. Öte yandan, ihtiyacı olana kişilerin sağlık hizmetine erişiminde sorun yaşanması da sağlığı sosyal belirleyicisi olarak görülmektedir.

Savaş'a (2018) göre Alma-Ata deklarasyonu neoliberal görüşün sağlık alanında başlangıcı oluşturmaktadır. Öte yandan Navarro'ya (2008;153) göre ise, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası örgütlerin çalışmaları dünyadaki güç dağılımına göre şekilleniyor olmasına karşın Alma-Ata deklarasyonunun bir istisna ve o dönemde atılmış doğru atılmış bir adımdır. Ancak, yaşadığımız dünya, deklarasyonun yayınlandığından beri oldukça değişmiştir. Bunun sonucunda Dünya Sağlık Örgütü de hakim görüş neoliberalizm'in yeniden üretildiği küresel merkezi bir aktör haline gelmiştir. Dolayısıyla, Alma-Ata deklarasyonu dikkatle incelendiğinde Savaş'a (2018) katılmak mümkün görünmemektedir.

Navarro'ya (2008:153) göre, neoliberal görüş, temel olarak; devletin, çözümden çok sorunun bir parçası olduğu için küçültülmesinin gerektiği, 2) emek ve finans piyasalarının kuralsızlaştırılması, 3) emek, sermaye, mal ve hizmetlerin önündeki engellerin kaldırılarak tamamıyla serbest dolaşımı sağlanarak ticaret ve yatırımın canlandırılmasını öngörmektedir. Bunun sağlık sektörüne uyarlanması ise şöyle gerçekleşmektedir; 1) kamu sağlık harcamalarında artış, 2) sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, 3) kamu halk sağlığı alt yapıları mevcutken yoksullaştırma, 4) Sağlık profesyonellerinin hareketliliği, özellikle gelişmiş ülkelere, 5) tıbbi cihaz ve ilaçların hareket serbestliği, yine gelişmiş ülkelere, özellikle halkın korunması için bu ürünlere kontrol ve düzenleme getirilmemesi 6) biyolojik ve davranış merkezli tıbbın geri dönüşü, bununla, biyoteknoloji endüstrisi dünyanın yeni finansal umudu olmuştur. Sağlık politikası alanında yeni terminoloji olarak öne çıkmaktadır. Hasta, müşteri olmuş ve planlama kavramı piyasalar ve rekabet kavramıyla ikame edilmeye başlanmıştır.

Alma-Ata deklarasyonu iki noktaya daha dikkat çekmektedir. Birincisi, sosyo-ekonomik durumla ilişkili olarak ortaya çıkan sağlık sonuçları ve dolayısıyla sağlık düzeyinde görülen eşitsizlikler, mevcut sosyal eşitsizlik örün-

tüleriyle ilişkilidir. İkincisi, sağlıkta eşitlik kavramı, sağlık hakkı açısından adaletsiz görülen eşitsizliğin olmaması veya önlenmesi anlamında ele alınmalıdır (Schrecker ve Bambra, 2015).

Alma-Ata Deklarasyonundan sonra dünya, sağlık politikalarına farklı bir seyrinde yaklaşacaktır. Ayrıca, Türkiye’de 224 sayılı yasanın 20 yılı geride bırakıyor olmasına karşın istenilen amaçları gerçekleştiremediği ve ekonomik gelişmelerin de etkisiyle sağlık sektöründe reform arayışlarının başladığı bir dönem yaşanacaktır. Dünya Sağlık Örgütü’de zaman içinde Alma-Ata’da dile getirdiği görüşünü diğer bir başka yaklaşımı öne çıkararak değişime uğratmış gözükmektedir. Alma Ata’nın revizyonu olarak da değerlendirilecek bir şekilde 1998 yılında “21. yüzyılda herkes için sağlık” politikasıyla 21 hedef belirterek üyelerini oluşturan ülkeleri harekete geçirmek ve kaynak dağıtımında öncelikleri saptamak için teşvik etmiştir (Aksakoğlu, 2002).

21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Politikası, 2020 yılına kadar herkes için erişilebilir ve en iyi sağlık hizmetini arz etmek gibi temel bir hedefe sahiptir. Bu hedefin iki amacı bulunmaktadır. Birincisi, İnsanların tüm hayatı boyunca sağlıklarının korunarak geliştirilmesidir. İkincisi, rahatsızlığa ve sakatlığa neden olan temel hastalıkların görülme sıklığının azaltılması. Üç temel etik ilkeyi işaret eder. Sağlık halen temel bir insani hak olarak görülmektedir. Sağlık açısından ülkeler arası ve ülkelerin içinde sosyal kesimler ve cinsiyetler arasında eşitlik; ve sağlığın geliştirilmesi çok sektörlü paydaşların işbirliğinin gerekli olduğudur (Hıfzıssıhha Mektebi, 2007;1).

• Sağlık ve Sosyoloji

1948 yılından bu yana herkesçe kabul görmüş sağlık tanımı Dünya Sağlık örgütü tarafından yapılmıştır. Buna göre, sağlık, yalnızca hastalığın olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir. Sosyolojinin diğer alanlarında olduğu gibi alt disiplin olarak sağlık sosyolojisi de ihtiyaçlar sonucunda ortaya çıkmıştır (Adak, 2002). Sağlık 100 yıldır sosyolojinin ilgi alanı olmasına karşın yaklaşık 50 yıldır bir alt disiplin olarak sağlıktaki eşitsizlikler, sağlık meslekleri, sağlık organizasyonları, sağlık planlaması ve sağlık sistemleri dahil sağlık sosyolojisi tarafından incelenmektedir.

Nettleton’a (1995:11) göre 20 yıl öncesinde sağlık ve hastalığın sosyolojisinin ve tıbbın ilgi alanı bugünkünden oldukça farklıydı. Tıp alanında ve sağlık teknolojileri alanında çok önemli gelişmeler yaşandığı çağımızda sağlık ve hastalığın sosyolojisi alanında da buna paralel önemli gelişmeler yaşanmıştır. Günümüzde ise, tıbbın ve sosyolojinin daha fazla ortak yönü

olduğu kabul edilmektedir. Tıp alanındaki değişimler sosyal bilimlerin meydana okumalarından kaynaklandığı gibi toplumun hastalığın ve sağlığın değişen doğasına verdiği tepkilerden de kaynaklanmaktadır.

Günümüzde demografik açıdan ortalama ömrün uzaması, hastalıkların akut hastalıklar yerine kanser, kalp ve şeker hastalıkları ve kronik hastalıklara doğru değişmesinin de sonuçları olmuştur. Buna göre, yaşanan çağdaş dönüşümler sonucunda hastalık yerine sağlık, sağlık kurumunda tedavi yerine topluluk içinde bakım, tedavi yerine koruma ve müdahale yerine gözetim ve de hasta yerine kişi kavramları kullanılmaya başlanmıştır (Kasapoğlu, 2008). Bulduğumuz dönem itibarıyla kronik hastalıklar yaşanan nüfusta daha yaygın olarak görülmekte ve mevcut hastalıkların yükü değişerek büyük çoğunluğun önlenabilir olduğu anlaşılmıştır. Yaşam tarzı, sigara, egzersiz ve stres bireysel düzeyde; gelir durumu, konut durumu, işsizlik ve yoksulluk ise yapısal düzeyde sağlığın belirleyicileri olarak görülmektedir. Böylece, tıp ve sosyoloji sadece hastalık ve rahatsızlığa değil sağlığa odaklanmaya başlamışlardır (Nettleton, 1995:11).

Bu çalışmanın odak noktasını Türk sağlık sisteminde 2003 yılından bu yana yapılan reformlar ve sonuçları ve de sağlık sisteminde hastanelerde yönetici olan kişilerin üzerindeki etkisi oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri, sadece organizasyon yapısından veya daha geniş ölçekte ve politik düzlemde etkilerinden ibaret değildir, milyonlarca insanın doğrudan temasta olduğu bir sistem söz konusudur. Dolayısıyla, sağlık sisteminden hizmet alan toplumun sağlık sektörüyle etkileşimi ve genel olarak sağlığın sosyolojik olarak ele alınması kaçınılmaz olmaktadır (Sheaff, 2005).

Türk sağlık sistemi ile etkileşimde olan nüfusu dikkate alıp 2016 yılı faaliyetlerine kısaca göz atacak olursak (Sağlık Bakanlığı, 2016);

- Zorunlu sevk sistemi olmadığı halde hafta içi her gün ortalama 820 bin kişi Aile Hekimlerine muayene olmaya gitmektedir.
- Yine yaklaşık olarak hafta içi günde 2 milyon insan hastanelerden ayakta poliklinik hizmeti almaktadır.
- Hafta içi günlük 175 bin kişi ağız ve diş sağlığı hizmeti almaktadır.
- Aylık olarak ise yaklaşık 1,1 milyon kişi yatarak sağlık hizmeti almaktadır.

Birçok insan hastalığından ötürü sağlık hizmeti almak üzere sağlık kuruluşuna başvurduğu gibi bir kısmı da zihinsel ve duygusal rahatsızlığından ötürü, engelli olduğu için, gebelik nedeniyle veya aşı yaptırmak için sağlık sisteminden yararlanmaktadır. Bu nedenle sosyolojik olarak sağlık, hastalık ve hasta kavramının değerlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

Tıbbi pratiklerin bilimsel ölçüde yerine getirilmeye başlandığı Rönesans döneminden bu yana sağlık ve hastalık konusunda tıp alanında hakim olan yaklaşımın “biyomedikal model” olduğu belirtilmektedir (Kasapoğlu, 2008). Erbaydar’a (2001:50) göre bu model tıp araştırmalarında en yaygın kullanılan ve tıp uygulamaları açısından halen geçerli olan modeldir. Hastalığın iç (mikrobik ve genetik) ve dış etkenleri (fiziksel ve kimyasal) sağlıklı yapının normal işleyişini bozar. Doktor bu bozulmanın sonuçlarına bakarak gerekli müdahaleyi yaparak yapıyı tamir eder. Buna göre vücudun sağlıklı olma hali hastalık bulunmaması durumudur. Daha gelişmiş bir versiyonu ise sağlık durumunu sadece fiziksel sağlıktan ibaret görmeyip birey ruhsal sağlığını da dikkate alır.

Weitz’e (2005:127-129) göre ise, biyomedikal model bütün doktorlar tarafından kabul edilmediği gibi bütün sosyologlar tarafından da reddedilmez. Hastalığın sosyolojik modelinin ve biyomedikal modele yönelik olarak cevapları olduğunu ve eleştirel yaklaşımın odak noktasını oluşturduğunu belirtmektedir. Bu sosyolojik model, sosyologların dünyanın ideal olarak nasıl çalışacağını değil, nasıl işlediğine dair görüşünü yansıtmaktadır. Medikal model, hastalığın normal biyolojik işleyişten sapan her şeye verilen objektif bir etiket olduğu varsayımıyla başlar (Wainwright, 2008:77). Hastalığın sosyolojik modeli ise, hastalığın, bilimsel sonuç çıkartır gibi normal olanla ilgili olarak; kişisel ve sosyal fikirleri yansıtan öznel bir etiket olduğu ifadeyle başlar. Böylece, normallik hakkındaki düşüncelerin hem bireyler hem de sosyal gruplar arasında çok farklı olduğuna dikkat çekmektedirler. Tıbbi model, hastalığın bilimsel ve objektif bir kategori olduğu sayılına sahip olup; aynı zamanda bir hastalık veya davranışın hastalık olarak etiketlenmesinde hiçbir moral unsur olmadığını varsayar. Hastalığın sosyolojik modeli ise, hastalığın tabii olarak moral/ahlaki bir kategori olduğunu ve hastalığın neliğine karar vermek için aynı zamanda neyin iyi ya da kötü olduğuna karar vermek anlamına da geldiğini öne sürerler. Örneğin, doktorlar menapozu “hormonal yetersizlik hastalığı” normalden sapma olarak etiketlediler. Buna karşılık, birçok kadın menapozu hem normal hem de arzu edilebilir (gebelik korkusunu aştığı için) olarak görebilir. Medikal model, hastalık halini apolitik bir etiket olarak görürken sosyolojik model ise hastalığın politik bir etiket olduğunu ve bazı grupların diğerlerine göre, hastalığa ve hasta olana karar vermek için diğerlerinden daha fazla güce sahip olduğunu belirtir. Medikal model hastalığı, bilgili tüm gözlemcilerin üzerinde anlaştığı somut, değişmeyen bir gerçek olarak görürken Sosyolojik model hastalık sosyal bir inşaa olduğu ve her kültür grubunun, zamanın her anında, biyolojik ve problemlili

gördüğü her şeyi hastalık etiketinin altına atabilir. Medikal model, her hastalığa benzersiz biyolojik nedenlerin/faktörlerin yol açtığını belirtirken sosyolojik model, sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin bileşiminin hastalığa yol açtığını belirtir.

Dolayısıyla, Weitz'e (2005:131) göre, sosyolojik perspektiften ele alındığında, hastalık bir sosyal inşadır çünkü dünyada var olan bir durum olmadığı halde onu biz öyle tanımladığımız için var olmuştur. Böyle olduğu halde, bu durum kızamığa yol açan virüsün mevcut olmadığı anlamına gelmez. Bununla birlikte, hastalık olarak kızamıktan söz ettiğimizde, virüs ve ateş hakkındaki düşüncelerimizi muhtemel yollarından yalnızca birinde düzenlediğimiz anlamına gelebileceği ifade edilmektedir.

Bununla birlikte, bunların birbirinden bağımsız modeller olmadığı ve biyomedikal modelin karşısında konumlandırılan "*hastalığın sosyolojik modeli*" olarak ifade edilen modellemenin aslında *biyomedikal* model olduğu ve evrim geçirerek *biyopsikososyal* modele dönüştüğü de ifade edilmektedir (Kasapoğlu, 2008:17). Öte yandan sağlık, sağlık hizmeti ve diğer birçok alandaki problemler sosyolojik olarak açıklanmaktadır.

• Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı (New Public Management) ve Sağlık Sektörü

Türkiye'de sağlık politikaları açısından reformların gündeme gelmesinin başlangıcı 1940'lı yıllara gitse de günümüz manasındaki sağlık reformları 1980'li yıllar ile başlamaktadır. Bu sağlık reformlarının başlangıcı dünyadaki yeni kamu yönetimi (new public management) anlayışı ile de paralel bir seyir göstermektedir. Kamu politikalarının değişimi, dünyada kamunun politika üretme ve onu gerçekleştirme rolünün de sorgulanmasına yol açarak devletlerin ekonomik, sosyal ve sağlık politikalarını değiştirmiştir.

1980'lerden sonra siyasal hayatta çok önemli değişimler yaşanmıştır ve hiç kuşkusuz bunların başında kamusal politikalar gelmektedir. Geçmiş dönemlerde devlet, toplumu yönlendirmede başat aktör idi. Seçilmişler, bürokratlar ve siyasi danışmanlar ise iktidar/hükümet tarafından oluşturulmuş kamu politikasını hayata geçirmekteydiler. Zaman içerisinde devletin başat rolü değişti ve politika oluşturulmasında izleyiciler de bizzat sürecin içine dâhil oldular. Toplumu yönlendirme mekanizması yeniden formüle edilerek ve günümüzde kamu politikalarının oluşturulması ve uygulanma süreçleri de dâhil olmak üzere bütün süreçlere çok sayıda grup veya paydaş katılır oldu (Genç, 2010; Denhardt ve Denhardt, 2001).

Klasik Kamu Yönetimi, temel olarak Weber ve Taylor gibi düşünürlerden özellikle Weber'in bürokrasi teorisinden etkilenmiştir (Ayhan ve Önder, 2017). Ancak, etkili olmasından itibaren de sürekli olarak gerek etkinliği açısından ve gerekse teorik açıdan eleştiriye uğramıştır. 1980'lerden sonra devletler klasik kamu yönetimi yerine piyasa temelli kamu yönetimi anlayışına meydan vermeye başlamıştır. Ayrıca, bu değişim sadece devletin kendi içindeki işletme ve yönetim anlayışında olmayıp aynı zamanda devletin toplumu yönlendirme rolünde ve devlet-vatandaş ilişkisinde de kapsamlı bir değişime yol açmıştır (Dobuzinskis, 1997).

Bilgiç'e (2003) göre, klasik kamu yönetimindeki bürokratik örgütlenme modeli, 1980'lere kadar etkili bir şekilde uygulanmasına karşın yerini gidecek daha esnek ve pazar ekonomisine dayalı kamu yönetimine bırakmaya başlamıştır. Bu durum, devlet ve vatandaş ilişkisini de önemli bir şekilde değiştirmeye başlamıştır. Bu anlayışta, devletin veya bürokratik yapıların doğrudan hizmet sunması ve süreklilik arz etmesi gibi eskiye ait temel özellikleri terk edilmeye başlanmıştır. Mal ve hizmetlerin devlet tarafından temini veya sunulmasına alternatifler öne çıkarılmış ve devletin kamu hizmetlerinin doğrudan sunulması yerine hizmetlerin sunulmasında yol göstermek veya düzenlemek gibi dolaylı bir rol alması beklenir olmuştur. Devletin bu şekilde yapılandırılmasına ilişkin sorunlar olmasına rağmen bu doğrultuda önlemler alınması veya devletin bu anlayışa göre dönüştürülmesi gelişmekte olan ülkeler için yeni bir aşamayı göstermektedir.

Klasik devlet bürokratik örgütlenmesi anlayışı şu ilkelere dayanır:

- Hizmette verimlilik ve etkinliğin sağlanması için yönetimde tarafsızlığı esas alan katı bir hiyerarşi ve merkeziyetçi yönetim,
- Devletin kamusal hizmet ve malların üretimini doğrudan kendisinin kurduğu yapılanmalar aracılığıyla gerçekleştirmesi. Böylece devlet, sosyal ve ekonomik alanda ağırlıklı yer edinmiştir.
- Politikaların belirlenmesi siyasi karar, uygulama ise kamu bürokrasisinin görevidir. Böylelikle bürokrasi denetlenmekte ve siyasi iradeye karşı sorumlu kılınmış olmaktadır.
- Esnekliğe yer vermeyen sürekli istihdam modeli ile profesyonel bürokrasi oluşturulması ve böylece tarafsız işleyen bir bürokratik mekanizma.

Yeni kamu yönetimi (new public management) ise, devletin rolünün belli şartlar altından gözden geçirilmesini ve de küçülmesi (sağlık, eğitim, vb. alanlarda) gerektiğini belirten neoliberal görüşler doğrultusunda şekillenmiştir (White, 2002:57). Gerekçelerini ise; kamu bürokrasisinin vatandaş talepleri-

ni karşılamada yetersiz kalması ve kamu hizmetlerine yönelik şikâyetlerin artması; İngiltere ve ABD gibi ülkelerde neoliberal görüş uyarınca devletin küçültülmesi; vatandaş nezdinde bürokrasi ve hantal olan devletin karşıtı söylemlerin yaygınlaştırılması ve benimsetilmesi; OECD, Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi yapıların neoliberal ideolojinin yaygınlaştırılmasındaki önemli rolü; Bilgi sistemleri ve teknolojilerinin yaygınlık kazanması; küreselleşme ile birlikte gelişen demokratik eğilimlerin etkisiyle devlet politikalarını şekillendirme de paydaşların artması gibi sebepler oluşturmaktadır (Genç, 2010:147).

Denhardt ve Denhardt'a (2001) göre, devletin yeniden icadı olarak da görülebilecek bir biçimde pratikte, 1970'lerde başlayan dünya ekonomik krizinin 1980'lerde devletin daha az maliyetle daha iyi çalıştırılması gayretleri şeklinde cereyan etmiştir. Bu şekilde, devletin işleyişi kapsamındaki sorunlar ekonomik çerçeveye hapsedilmiştir. Sonuç olarak ekonomik tasarruf tedbirleri, devletin daha verimli ve üretken çalışması; taşeron sözleşmeleri, özelleştirmeler ve özerkleştirmeler, desantralizasyon gibi alternatif hizmet sunum modellerinin denenmesi devletin ekonomik sorunlarına çözüm bulmak için ekonomik rasyonalizm temelli finansal çözümler olarak görülmüştür.

Peyton'a (2009) göre, yeni kamu yönetimi anlayışının gündeme getirdiği başlıca hususlar desantralizasyon, kamu kuruluşlarının rekabet gücünün artırılması ve performans için hesap verebilirliktir. Bunları takip edebilmek için performans ölçütlerine odaklanmış piyasa modelleri benimsenmiştir. Bunun da nedeni, kamu personeli yönetim işlemlerindeki mali performanslarından dolayı sorumlu tutabilmektir. Siyasal reformların sonucunda oluşan yeni kamu örgütleri ve kamu muhasebe sistemleri ise bu anlayışın geliştirilmesine katkı sağlamıştır. Kurumsal karne (Balance Score Card) ve performans ölçütlerine odaklanan farklı yönetim araç ve teknikleri de bu şekilde kamu yönetimi içinde kendine yer bulmuştur. Öte yandan, bazı durumlarda bu performans ölçülerinin kendisi ekonomik ayrıca teşvik aracı olarak da sistemde yer bulabilmektedir.

Wright'a (1994) göre, kamu yönetiminde reform arayışları temel olarak birkaç başlıkta ilerlemektedir. Bunlar, ulusal kamu sektörünü küçültme esasına dayanan, devletin karar alma kapasitesinin azaltılması, kaynakların azaltılması, özelleştirme veya desantralizasyon. Kamu sektörünün bütçe, planlama ve performans değerlendirme süreçlerini yeniden düzenleyerek idarenin izleme kapasitesinin iyileştirilmesi için, ekonomik süreçlerde, etkinlik ve verimlilik ve teknolojik reformlar. Devlet memurları için sürekli istih-

dam, belirsiz görev süresi, tam zamanlı çalışma, eşit işe eşit ücret ve kamuya dayalı geleneksel yasal çerçevenin kaldırılması. Kamu sektörünü demokratikleştirerek daha kullanıcı dostu hale getirmektir. Kamu örgütlerini yeniden düzenlemek ve kamu sektörünün kültürünü dönüştürmek (Akt. Ateş, 1999). Bu anlayışa göre, hesap verebilir bir kamu yönetimi için örgütlerin küçültülmesi gerektiği, çünkü faaliyet kapsamı küçük birimlerin daha verimli olacağı, hedeflerini daha iyi belirleyebilecekleri ve başarıya daha hızlı ulaşacakları belirtilmektedir. Bunu gerçekleştirmek içinse sürekli istihdamı öngörülen bir yönetici memur/bürokrat değil hesap verebilecek bir memur olmayan/dış atama yapılması gerekir.

Bu çerçevedeki ilk adımlar 2003 yılında gündeme gelen Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ile atılmıştır. Tasarı ile amaçlanan, kamuda sözleşmeli personel ve yönetici istihdamında yaygınlaşma, bazı hizmetlerin (güvenlik, yemek, temizlik gibi) özel sektöre sözleşme karşılığı gördürülmesi gibi yaklaşım yeni kamu yönetiminin izlerini taşır. Söz konusu tasarı kanunlaşmadı ama sağlık sektöründe tasarının öngördüğü düzenlemeler hayata geçirildi. Bu tür değişimler, sağlık hizmetlerinin finansmanı, personel ve teşkilat yapısı üzerinde de önemli etkilere yol açmıştır.

• Sağlık Sistemlerinin McDonalddlaştırılması

Ekonomik, siyasal ve kültürel bir süreç olan küreselleşmenin (Asker, 2011) etkilerini sağlık sistemleri de önemli ölçüde yaşamaktadırlar. Kapitalist sistemin yeni bir türü, yeni bir ekonomi, yeni bir küresel düzen ve uluslararası ekonomik organizasyonların durumu ve sonuçları da küreselleşme kavramı içinde yer almaktadır (Connell, 2007:52). Küreselleşme bildiğimiz bütün sistemleri dönüşüme uğratmaktadır. Hedley'e (2005:375-385) göre, küreselleşmenin kesin bir tanımı olmayıp; kimin tartıştığına ve hangi bağlamda ele alındığına göre birçok farklı anlamlara sahiptir. Ancak, küreselleşmenin ne anlama geldiğine dair ortak fikir mevcuttur. "Küreselleşme", göreceli olarak yeni ve hala gelişmekte olan dünya çapındaki süreçleri içerdiğini ima eder. Bu süreçler, dünya çapında ve sosyal hayatın farklı alanlarında eşit olmayan şekilde yaşanıyor. Bu nedenle, küreselleşme, dünya çapında idari ve teknolojik olarak entegre edilmiş teknik, ekonomik, politik ve sosyo-kültürel ürün ve hizmetlerin, *üretimi, dağıtımı ve ortak tüketimini içeren insan güçlerinin karmaşık bir kümesidir*. Tanım, küreselleşmenin teknolojik, ekonomik, askeri/politik ve sosyo-kültürel boyutları içerdiğini vurgulamaktadır. Bu birbiriyle ilişkili boyutlar birlikte, küreselleşmenin güçlerini ortaya koymaktadır.

Küreselleşmenin güçleri ise, *teknolojik güçler* (taşımacılık, iletişim ve bilgi süreçleri), *örgütsel/organizasyonel güçler* (uluslararası şirketler, ulusüstü kuruluşlar ve çevreci hareketler), *bireysel güçler* (Fiziki göç, elektronik göç), olarak belirlenebilir.

Küresel aktörlerin sağlık sistemlerinin reorganizasyonundaki rolleri ve Yeni Kamu Yönetimi anlayışının devlet aygıtının işleyişi için öngördüğü ilkeler, küresel ölçekte aynı önerilerle yapılandırılması düşünülen münhasıran ülke sağlık sistemlerine yönelik olarak büyük ölçüde kamu ve kısmen de özel için geçerli sağlık reformlarının bir tür McDonaldlaşma süreci yaşattığı öne sürülebilir. Ritzer'e (1998:33) göre McDonalds fastfood zinciri olan restoranların işletmecilik anlayışının yayılarak toplumun tüm alanlarının McDonaldlaşma sürecinden geçtiğini ifade etmiştir. Öte yandan, bütün ülkelerin bir şekilde McDonaldlaşma sürecinden nasibini aldığı yadsınamaz.

Esasen kamu sağlık sektörünün verimli olarak çalışması herkesçe arzu edilen bir durumdur. Gelişmekte olan ülkelere sunulan sağlık sistemi reform paketleri de yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesindeki verimlilik ve etkililik prensipleriyle oluşturulmaktadır. Bir örnek reform programları ülkeden ülkeye çok az değişiklikler öngörmekte ama bunların tamamlanma süreleri farklılık arz edebilmektedir. Böylece, sağlık sistemleri açısından McDonaldizasyon reform paketleri aracılığıyla gerçekleşmektedir. Ritzer'e (1998:34-37; Dorsey ve Ritzer, 2015) göre McDonaldlaştırmanın verimlilik, hesaplanabilirlik, öngörülebilirlik ve kontrol/denetim şeklinde dört boyutu bulunmaktadır. Öte yandan, reform projelerinin bir örnek değil ülke sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı dikkate alınarak tasarlanması daha doğru sonuçlar üretecektir. Türkiye de genel itibarıyla Sağlıkta Dönüşüm Programıyla McDonaldizasyon süreçleri izlenmiş olup ülke özellikleri dikkate alınarak reform stratejilerinde değişiklikler yapılmıştır.

• Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye sağlık sisteminin tümüyle yeniden organize etmeyi öngören Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 yılının başında yayınlanan Acil Eylem Planı ile başlayarak günümüze değin sürmektedir. Program 2003 yılı Aralık ayında kamuoyuna açıklanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı bileşen ve ilkeleriyle ve sağlık sistemi için öngördüğü hedefleriyle Yeni Kamu Yönetimi anlayışının tip projesi olarak değerlendirilmektedir (Sevinç ve Özer, 2016; Lamba ve Diğerleri, 2014).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, 2003 yılından bu yana Türkiye sağlık sistemi sağlık hizmet sunumu, sağlığın finansmanı, kamu örgütlenmesini ve sağlık sektöründeki aktör sayısını artırma ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi açılarından oldukça iyileşmeler sağlanmış ve sistem oldukça büyük değişime uğramıştır. Ayrıca, program ilkeleri itibarıyla yeni olmamasına karşın uygulama imkânı bulabilmesi açısından büyük önem kazanmıştır. Bu ilkeler; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılım-cılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet gibi toplam 9 başlıkta programda yer bulmuştur. Bunlar Wright (1994) ve Hood(1991) tarafından belirtilen yeni kamu yönetimi anlayışıyla önemli benzerlikler taşımaktadır.

Türkiye sağlık sistemi özellikle son yıllarda merkezi yönetsel yapısından kaynakların yerelden düzenlendiği, yerel merkezli ve özel sektörü de içine alan bir modele doğru dönüşmektedir. Diğer OECD ülkelerinde yetkinin yerele devri Türkiye’de de reform sürecinin bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Sen, 2003). Halen özel ve kamu sağlık kuruluşlarının açılması ve kapatılmasını düzenleyici işlemler merkezden düzenleniyor olsa bile ileride bu işlemlerin tamamıyla yerele devredilmesi öngörülmektedir. Sağlık sektöründe yaşanan bu değişim beraberinde, sağlık yöneticilerinin, sağlık meslekleri üyelerinin mesleki pratiklerine ve tabii olarak sağlık mesleğinin üzerinde tasarrufta bulunulan öznesi konumunda olan kişilerin/hastaların kamu sağlık hizmetleri içindeki yerini de değiştirmektedir. Gelişmiş Batı ülkelerinde de benzer süreçler yaşanmıştır (Bury, 2008).

Öte yandan, programın uygulandığı süre boyunca (2003-2017) geline aşamada, Türkiye sağlık sisteminin a)Sağlık tesislerinin mülkiyet değişimi, b) personel istihdam rejimi, c) yönetici atama rejimi tümüyle (her ne kadar program öncesinde başlamış olsa da, büyük ölçüde bu dönemde tamamlanmıştır) ve önemli ölçüde değişmiştir.

a) Tesislerin Mülkiyet Değişimi: Sağlık tesislerinin sahipliğindeki tabloyu ve değişim durumunu tanımlamak için kullanılmaktadır. Buna göre, 2002 yılında sağlık tesislerinin mülkiyet durumu açısından Sağlık Bakanlığı’na ait hastane sayısı 794 (2005 yılında SSK ve diğer kamu dâhil), özel hastanelerin sayısı 270 ve Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri 42 ve üniversite hastaneleri ise 50 adettir. Zaman içinde kaynakların verimli kullanılması adına kamu hastane binaları üniversite hastaneleri tarafından ortak kullanılmaya başlamıştır. Oldukça karmaşık bir yapıya sahip olan bu düzenlemede fiziki yapı Sağlık Bakanlığı’na ait ancak, hastane içinde üniver-

site ve Bakanlık personelleri ortak sağlık hizmeti üretmektedir. Bu durum mevcut sağlık kuruluşlarını ve buradaki hizmetlerin rehabilitasyonu sonucunu sağlamamıştır. Bunun yanında, vakıf üniversiteleri de özel hastaneler ile afilyasyon yaparak özel hastanelerin de üniversite hastanesi statüsünde hizmet vermesini sağlamaktadır. Aynı şekilde Kamu Özel İşbirliği projeleri yine mülkiyet durumunu uzun bir süre için belirsiz kılmaktadır. 2016 yılına gelindiğinde, hastane mülkiyetleri açısından durum, Sağlık Bakanlığı 876 (Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri dahil), üniversite hastaneleri 69 (Devlet ve Vakıf dahil), Özel hastaneler ise 565 sayısına ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017). Öte yandan, ilerleyen yıllarda kamu hastanelerinin franchising (kullanım hakkının devri şeklinde işletilmesi) yoluyla başka aktörlere devri söz konusu olabilecektir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'na bağlı üçüncü basamak sağlık tesisleri aynı şekilde Sağlık Bilimleri Üniversitesi hastaneleri de olarak da değerlendirilmektedir. Bu ve benzeri durumlar hastanelerin mülkiyet ve hukuki durumu hakkında kolaylıkla karar verememe haline yol açmaktadır.

b) Personel İstihdam Rejimi: Halen 11 farklı şekilde devam eden sağlık personeli ve diğer personelin istihdam usulleri ilk etapta esnek olmayan ve sürekli istihdamı öngören modelde seyrederken çeşitli kanunlarla esnek istihdam modeli yerleşik hale getirilmeye başlanmıştır. Döner sermaye kaynaklarıyla istihdam edilen sağlık personelleri, vekil ebe hemşire uygulaması ve en son özel sektörden hizmet alımı yoluyla çalıştırılan taşeron işçilerin önemli bir kısmının devlet işçisi statüsüne geçirilmesi ile birlikte taşeron uygulamasında farklı bir evreye geçilmiştir. Gerek özlük hakları ve gerekse de mali durum açısından eşit işe eşit ücret söz konusu değildir. Öte yandan bazı hizmetlerde yer alan taşeron işçileri kadroya geçirilirken bazıları uygulama dışında bırakılmıştır. Ayrıca, taşeron işçilerin bir kısım ödemeleri için hastane döner sermaye kaynakları kullanılmaktadır. Bu durumun ilerleyen dönemlerde hastane gelirleri üzerinde büyük baskı oluşturacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla, genel bütçe desteğine ihtiyaç duyulabilecektir. Hekimler arasında farklı kanunlara tabi olarak kamuda yer alma söz konusudur. Aile hekimliği kanunu ve 4924 sayılı kanun sözleşmeli statüde istihdamı öngörmektedir.

c) Yönetici Atama Rejimi: 2011 yılı itibariyle yürürlüğe konulan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ve teşkilat yapısında önemli düzenlemeler yapılmıştır. Teşkilat yapısının değiştirildiği bu kanunla Türk kamu bürokrasisinde mevcut kariyer sistemine dayalı yöneticilik anlayışı ilk olarak Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler için sonlandırılarak sözleşmeli yöneticilik uygulamasına geçilmiştir. Daha sonra 2017 yılında aynı

kanunda yapılan değişiklikle Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının tümü (sağlık müdürlüğü ve bağlı idareci kadroları dâhil) sözleşmeli statüde yöneticilik uygulaması kapsamına alınmıştır. Kanun gereği ve Yeni Kamu Yönetimi anlayışıyla uyumlu olduğu düşünölen performans yönetimi esaslı yönetime geçilmiştir. Sözleşmelerin devamı veya sonlandırılması işlemi daha önce uygulamaya konan ve sonradan kaldırılan Kamu Hastane Birlikleri Modelinde olduğu üzere Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme mevzuatı kapsamında gerçekleştirilmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık sisteminde büyük değişimler yaşanmıştır. Sağlık hizmetlerinden memnuniyeti artırmıştır. Örneğin, 2002 yılında %39 olan vatandaş memnuniyet oranı 2017 yılında %73 olmuştur. Daha önce %77 memnuniyet oranı yakalanmıştır (TÜİK, 2018). Aynı şekilde, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı da artmıştır. Ayrıca, Anne ve Bebek ölüm oranları açısından çok önemli aşamalar kaydedilmiş olup, bebek ölüm hızı 2003 yılında binde 28,5 iken bu oran halen Avrupa ortalamasının altında olmasına karşın çok büyük oranda azalma göstererek binde 10,2'ye düşmüştür.

Öte yandan, bazı çalışmalarda sağlık çalışanları açısından durumun aynı şekilde işlemediği belirtilmektedir. Çakıroğlu ve Seren'in (2016) derleme çalışmasına göre sağlık sisteminde, özellikle kamudaki sağlık çalışanlarınca; esnek istihdam, taşeronlaşma, sözleşmeli çalışma, performansla dayalı ödeme ve bunun sonucundaki uygulamalar sağlık çalışanları açısından olumsuzluk üreten alanlar olarak görölmektedir. Sağlık çalışanı memnuniyeti artmamış, genel sağlık sigortası ve hastanelerin özertleştirilmesi ve benzer diğer program uygulamalarını sağlık çalışanları olumlu bulmamaktadırlar (Bostan ve Çiftçi, 2016).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte kamu sağlık sistemi içine sözleşmeli istihdam modeli girmiştir. 2000 yılından önce özlük hakları hastane döner sermayesinden karşılanmak üzere sağlık personeli istihdamına gidilmesine karşın programın uygulanmasından sonra personel temininde zorlanılan yerlerde kalıcı istihdam modeli kapsamında sözleşmelilik uygulamasına gidildi. Ancak 2012 yılı itibarıyla performans ve verimlilik esaslı sözleşmeli yöneticilik uygulaması sağlık sisteminde yeni bir dönüm noktası olmuştur. Bu durum Türk kamu yönetimi açısından da önemli bir dönüm noktası olarak değerlendirilmelidir. 2018 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının tümü bu uygulama kapsamına alınarak sözleşmeli yöneticilik daha da yaygınlaştırılmıştır. Böylelikle, Türk kamu yöneticilik yapısının değişeceği ve devletin diğer bürokratik yapılarına da sirayet edeceği düşünölmektedir.

Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış

“Türkiye sağlık sisteminin Cumhuriyet döneminin başlangıcından bugüne izlediği gelişim seyri nasıl olmuştur ve ne yönde değişmeye devam etmektedir?” sorusuna yanıt aranmak üzere doküman analizi yapılarak Norbert Elias’ın (1987) süreç temelli sosyolojik analizi esas alınmıştır. Bu çerçevede, Türkiye sağlık sisteminin anlaşılabilmesi için sağlık alanına ait temel kavramlar ve diğer hususlara aşağıda yer verilmiştir.

Sağlık Kavramı

40 yıl önce ve halen kısmen de olsa sağlık ve hastalık durumundan anlaşılan şey muhtemelen ve çoğunlukla hastane, doktor, hemşire, acil servis, ilaçlar ve ilk yardım gibi düşünceleri içermektedir. Bugün için hiç kuşkusuz daha geniş bir çerçevede ele alınıp aynı zamanda sağlık beslenme ve sağlıklı yaşam gibi kavramlarla yaşanan kültürün bir parçası olmuştur (Nettleton, 1995; Kasapoğlu, 2001; Taylor and Field, 2007).

Kişilere göre, hasta olmama hali genel itibarıyla “sağlık” olarak tanımlanır. Ancak, hekimler açısından ise kişilerin normal denge durumundaki hali ne muhalif bedensel veya ruhsal şikâyetler bile hastalık durumu olarak görülebilmesi söz konusu iken kişiler gündelik faaliyetlerini etkilemediği sürece yakınmalarını/şikâyetlerini hasta olma şeklinde algılamazlar. Dolayısıyla, kavramın tanımlanmasındaki görelilik değişik tanımların varlığını ortaya koymaktadır. Genel olarak kabul gören sağlık kavramının tanımı, WHO’nun kuruluşunda ortaya konmuştur, WHO’nun (1948) tanımıyla “sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik durumudur” denilmektedir.

Hayran’a (1988) göre geçtiğimiz son yüzyıldaki tıp ve teknolojiye gelişmeler sayesinde hastalıklara dair muazzam bir bilgi birikimi sağlanmıştır. Bu birikim doğrultusunda örgütlenen ve sunulan sağlık hizmetlerinin ne derece sağlıkla ilgili olduğu üzerinde durulması gereken bir husustur. Esasen, hizmetler büyük çoğunlukla hastalıkların, hastaların sağaltımı ve nedenleri çok uzun zamandır bilinen bazı rahatsızlıkları/hastalıkları önleme çabası ile sınırlı olmaktadır.

Tıp ve sağlık teknolojisindeki gelişmeler bazı hastalık etkenleri ve de sebeplerini açıklayıp tedavisinde sonuç alıyor olsa bile bunların yerine başka hastalıklar çıkmaktadır. Dünyanın gelişmiş ülkelerindeki ölümler, bulaşıcı hastalıklardan olmayıp kanser, kalp hastalıkları, diyabet gibi kronik has-

talıklar, sosyal alışkanlıklar ve yaşam biçimlerinden kaynaklı sorunlardan yetersiz beslenme gibi yoksulluk kökenli durumlardan yaşanmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetlerinin yeni bir perspektifle ve kavram olarak gözden geçirilmesi ihtiyacı kaçınılmaz olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde ve politikalarında yeni bir yaklaşım geliştirilmesi ihtiyacı sonucunda Dünya Sağlık Örgütü, 1978 yılında Alma Ata bildirgesiyle 2000 yılında “herkese sağlık” temasıyla ülkeler için ihtiyaç duyulan hedef ve stratejileri belirlemiştir. En belirgin özelliği “sağlığın geliştirilmesi” vurgusu olmuştur. İnsanlar için hastalıkların nedenlerini bulmak ve onları tedavi etmek yerine sağlıklı kalmak için yollar bulmak ve sağlıklı kalmayı temin etmek olduğu vurgulanmıştır.

Öte yandan, diğer kavramlarda dâhil olmak üzere sağlık ve hastalık nesnel ve öznel boyutlara sahiptir. Geniş anlamda sağlık hakkındaki yargılar o toplumda geçerli sağlık ve hastalık kavramlaştırmasına bağlıdır. Sağlık ve hastalık durumları her kültürde olmasına karşın farklı anlam ve içeriklere sahiptir.

Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, temel olarak insanların bireysel veya toplumsal olarak sağlık ihtiyaçlarını karşılaması için kurdukları organizasyonlardan yararlanmasını içerir. Bu nedenle, alım satımına konu bir hizmet olmasına karşın diğer hizmet sektörlerinden farklı olarak sağlık hizmetlerinin bir takım ayırıcı özelliklere sahip olduğu belirtilir. Kornai ve Eggleston’a (2001:47-61) göre bunlar;

- Temel insan hakkı olarak tüm toplumu ilgilendirir.
- Sağlık hizmetinin tüketimi çoğunlukla ertelenemez olduğu gibi belirli bir plan dâhilinde olmayıp çoğu zaman tesadüfen ortaya çıkmaktadır.
- Sağlık hizmeti bir başka hizmetle ikame edilememektedir.
- Sağlık hizmeti sunumunda bilgi asimetrisi söz konusudur. Hizmetin sunumunda arz tarafı (hastane ve hekim) talep tarafından (hasta ve geri ödeme kurumu) daha fazla bilgiye sahiptir.
- Uluslararası özelliği bulunmaktadır. Küresel salgınlar dikkate alındığında bu durum dikkat çekmektedir.
- Sağlık hizmetinin kapsam ve boyutu hekim tarafından belirlenmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, DSÖ tanımı çerçevesinde yapılacak bir sınıflandırmaya tabi tutulacak olursa, bireyleri hastalıktan korumak, hasta olanları tedavi etmek, bir kaza veya hastalık sonucu sakat kalanları ve özürhükümleri rehabilite etmektir. Sağlık hizmetinin fonksiyonlarına göre ise, farklı hizmet sunum süreçlerine konu olacaktır. Çok çeşitli sayıda aktörün yer aldığı bu süreçte, kamu, özel ve hükümet dışı kuruluşların sağlık kuruluşu işletme yatırımlarıyla yürütülen sektörel bir hizmet söz konusudur. Kendi içinde koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üçe ayrılır. Son zamanlarda “sağlığın geliştirilmesi” de bir boyut olarak ele alınmasına karşın koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak değerlendirilmesi gerektir.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Temel sağlık hizmetleri olarak da adlandırılan ve kişinin sağlık durumunda yaşanabilecek olası bozulmaları veya hastalık hallerini önlemek üzere alınan tedbirleri kapsayan sağlık hizmetleridir. Bu tedbirler, insana olduğu kadar çevreye yönelik olarak da alınmaktadır. Amacı, hastalık yapıcı etkenleri toplumdan uzak tutmak ve hastalıkların etkenlerinin ortadan kaldırılmasıdır. Bu hizmetler, sadece onu tüketenler için değil toplumun tüm üyeleri için fayda üretmektedir. Dolayısıyla, koruyucu sağlık hizmetlerinin sosyal fayda yönünün bireysel faydadan daha yüksek bir sağlık hizmeti olduğu ifade edilebilir.

1978 yılında Kazakistan’ın başkenti Alma Ata’da toplanan Dünya Sağlık Asamblesinde ortaya konan Alma Ata Bildirgesi temel sağlık hizmetlerinde yeni bir anlayışı getirmekteydi. Bu anlayış “2000 yılında herkese sağlık” amacını ortaya koymuş ve bunun için temel sağlık hizmetlerinin tanımlanması söz konusu olmuştur. Bundan kasıt, toplumun tamamını kapsayan asgari sağlık hizmetlerinin sunulmasıydı. Türkiye’de 224 sayılı sosyalleştirme kanunuyla bunun fikri temellerini neredeyse 20 yıl önce ortaya konmuştu. Bu çerçevede, koruyucu veya temel sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin en önemli parçası olarak görülmektedir. Temel sağlık hizmetlerini topluma sunmak veya sağlamak devletin temel görevi olarak ele alınmıştır (Aktan ve Işık, 2018 erişim).

Koruyucu hizmetler iki yönlü olup; birincisi toplum ve bireye, ikincisi ise çevreye yönelik olanlardır. Bu hizmetler yalnızca sağlık otoritesinin sorumluluğunda olmayıp kamudaki diğer otoritelerin (belediye ve diğer bakanlıklar) işbirliği ile birlikte yürütülmektedir (Akdur, 1999).

Türkiye’de temel sağlık hizmetlerinde 2005 yılından itibaren aşamalı olarak Aile Hekimliği Modeline geçilmiştir. 2011 yılında ise ülke çapında aile hekimliği modeli yaygınlaştırılmıştır. Sağlık ocaklarının yerine “aile sağlığı merkezleri” uygulamasına geçilmiş ve topluma yönelik sağlık ocağı görevlerinin önemli bir kısmı Toplum Sağlığı Merkezleri sorumluluğu altında yürütülmeye başlanmıştır.

a) Çevreye yönelik koruyucu hizmetler: Sağlık personelinin doğrudan hizmeti alanlar ile buluşmadığı ancak danışmanlık ve denetim yapmak yoluyla katkıda bulunduğu hizmetlerdir. Bu hizmetlerin bir kısmı aşağıdaki gibidir:

- Su kaynaklarının denetimi ve topluma temiz su verilmesinin sağlanması
- Atıkların denetimi ve bertarafı
- Zoonitik ve vektörel kaynaklarla mücadele
- Sağlıklı besin temini
- Hava kirliliği denetimi
- Gürültü kirliliği denetimi
- Radyolojik kaynakların denetimi
- Tütün ve ürünleriyle mücadele

b) Bireye ve topluma yönelik koruyucu hizmetler: Bizatihi sağlık personelinin hizmet arzında bulunduğu ve temel olarak sağlık otoritesinin sorumluluğunda bulunan sağlık hizmetleridir.

- Bireylere sağlık eğitimi verilmesi
- Aşı ve bağışıklama hizmetleri
- Aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetleri
- Sağlıklı yaşam eğitimi
- Kanseri için erken tanı ve tedavi
- Sıtma, Tüberküloz ve Menenjit gibi hastalıklar için ilaçla koruma
- Ağız ve diş sağlığı tarama hizmetleri
- Göz sağlığı tarama hizmetleri

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık durumu bozulan kişilerin, hastalanması veya hastalığa ait belirtilerin ortaya çıkmasıyla başlayan tanılama, teşhis ve tedavi sürecini kapsayan sağlık hizmetidir. Kişilerin hastalık durumu öncesi sağlık seviyesine ulaştırıl-

ması ana hedeftir. Bireylere yönelik tedavi edici hizmetleri; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında ayaktan veya yatarak verilir. Ayrıca, son yıllarda yaygın olarak hastaneye getirilme imkânı bulunmayan hastalar için evde tedavi hizmetleri de verilmeye başlanmıştır. Evde hemodiyaliz hizmetleri de yine kronik böbrek hastaları için bir seçenek olarak Türkiye’de uygulanmaya başlamıştır.

Türkiye’de ayaktan sağlık hizmetleri çoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu poliklinikler ve aile hekimliklerinde sunulmaktadır. Yatarak sağlık hizmetleri ise, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri verilen kamu ve özel sektöre ait hastanelerde verilmektedir. Hastaneler aynı zamanda ayaktan sağlık hizmetlerinin de verilebildiği sağlık kuruluşlarıdır. Öte yandan, gelişen tıp teknolojisi ve uygulamaları ile birlikte daha önceleri hastanın yatarak tedavi görmesini gerektiren tıbbi girişimsel işlemler ve özellikle kozmetik cerrahi işlemleri artık gününbirlik ayaktan tedavilerle yürütülmektedir. Ayrıca, Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetleri sadece birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlarda olmayıp yasal mevzuatla hastanelere de bu sorumluluk yüklenmesine rağmen günümüzde oldukça ihmal edilir boyutlarda olduğu belirtilebilir.

Ayakta verilen tedavi hizmetleri düşük maliyetli ve kolaylık sunulan bir sağlık hizmetidir. Bu uygulamada henüz ilerlememiş hastalıklar ilaç tedavisi ile önlenmeye çalışılmaktadır. Hastanın hastaneye yatırılması ile devam eden tedavi hizmetleri ise diğer hizmet türlerine göre oldukça maliyetli olabilmektedir.

Her ne kadar tedavi edici sağlık hizmetleri açısından bu hizmetin sunulduğu tesisler kendi içinde basamaklandırılmış olsa da hastaneler açısından ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları açısından verilen hizmet seviyesi açısından ve dolayısıyla tedavi fonksiyonları açısından pratikte arada fark bulunmadığını söylemek yanlış olmayacaktır. Üçüncü basamak kuruluşlarda verildiği halde ikinci basamak kuruluşlarda verilemeyecek sağlık hizmeti neredeyse kalmamış gibidir. Bugün için Türkiye’de basamaklandırma sistematığı altında sunulan sağlık hizmetlerinde kısıtlamalar söz konusudur. Bu kısıtlama, ekonomik veya özellikli sağlık hizmeti planlaması gerekçeleriyle yapılmaktadır. Geri ödeme kuruluşları bazı hastalıklarda, işlemlerde ve tedavi yöntemlerinde sadece üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına ödeme yaptığı için ikinci basamak kuruluşları bu alanda hizmet vermemektedir. Dolayısıyla, mevzuat yaklaşımı ile halen devam ediyor olsa bile kent merkezlerinde yer alan tam teşekküllü hastaneler açısından ikinci ve

üçüncü basamak sağlık kurumlarında hizmetlere göre basamaklandırma işlevsel değildir.

Bununla birlikte, genel hizmet hastaneleri ve bir kısım dal hastaneleri ikinci basamak sağlık kuruluşu olarak tanımlanmakta iken üçüncü basamak sağlık kuruluşları ise, genel olarak tıp fakültesi sonrası uzmanlık eğitimi veren eğitim ve araştırma hastaneleri ve tıp fakültelerine bağlı uygulama ve araştırma merkezi hastaneleridir. Eğitim ve araştırma hastanelerinin genel hastaneler olarak sağlık hizmeti vermelerinin yanı sıra yasal mevzuatla kendilerine verilen uzmanlık eğitimi ve diğer görevleri bulunmaktadır.

Türkiye’de üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlar, kamu özel üniversite hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı’na ait eğitim ve araştırma hastaneleridir. İkinci basamak tedavi hizmetleri ise kamu ve özel hizmet ve dal hastanelerinde sunulmaktadır.

Tablo 2: Türlerine Göre Türkiye’deki Hastane Sayıları (2016-2020)

Kurumlar	Hastane Sayısı (2016)	Hastane Sayısı (2020)
Üniversite Hastaneleri	69	68
Sağlık Bakanlığı Devlet Hastaneleri	876	900
Özel Sektöre Ait Hastaneler	565	566
Toplam	1510	1534

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2020)

Tablo 2’de yer alan üniversite hastaneleri sayısı kamu ve vakıf üniversitesi ayırt edilmeksizin toplam olarak verilmiştir. Sektörel bazda özel sağlık kuruluşlarının sayısı tedavi edici sağlık hizmetleri açısından sektördeki sağlık kuruluşların %50’sine denk gelmektedir.

Rehabilitasyon Hizmetleri

Bedensel ve zihinsel becerilerin doğuştan eksikliği, yokluğu veya bunların kaybına yol açan kaza veya hastalık sonrası bu becerilerin yeniden kazandırılması veya bedensel engellerin kaldırılması, olumsuz etkisinin en aza indirilmesine yönelik olarak kişiyi yaşamına devam etmesi için verilen hizmetlere rehabilite edici sağlık hizmetleri denilmektedir. Kişiyi sosyal hayata adapte edebilmek ve eski çalışma hayatındaki üretkenliğini de kazandırmak dahil olmak üzere rahat ettirmeyi sağlamak rehabilitasyon hizmetlerinin amaçlarıdır. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak iki ayrılabilir. Tıbbi rehabilitasyonda, bedensel bütünlüğün bozulması neticesinde ortaya çıkan kayıpların protezler ile telafisi yoluna gidilmesi, sorunların hafifletilmesi sağlanabilir. Ruh sağlığı ve Sinir Hastalıkları ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Hastaneleri bu hizmetlerin verildiği hastanelerdir. Sosyal rehabilitasyonda ise, hastalık sonrası eski durumuna dönmekte zorlanan kişilere yeni beceriler kazandırılması ve sosyal hayata adaptasyonu için eğitim verilmesini içerir.

Türkiye’de rehabilitasyon hizmeti veren çok sayıda kuruluş olmasına rağmen halkın sağlık ihtiyaçlarına cevap verebilme açısından yeterli değildir. Öte yandan, rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunan kişilere ücretsiz verilmesine karşın bu hizmetlerin hastalara ulaştırılmasında süre ve uygulamalara mevzuatla bir takım kısıtlar getirilmiştir. Bu durum bazı kimselerin hastalık durumundan tam olarak kurtulması için yeterli sürede tedavi görmesine engel olabilmektedir.

Rehabilitasyon hizmetleri ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının bünyesinde verildiği gibi dal hastanesi olarak başlıca hizmet alanı bu şekilde belirlenen kuruluşlar da ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak sınıflandırılabilir.

Sağlık Hizmetlerinde Finansman

Sağlık sisteminin yapısı ve işleyişi sağlıktaki harcamaları ve ülkenin sağlık konusundaki çıktıları ve de sonuçlarını belirleyen en önemli etkenlerdir. Hükümetler, ülke sağlık sonuçlarını istenilen düzeye çıkartılması için farklı sağlık sistemlerini benimseyebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu için finansman tercihleri kamuya veya özel sektöre dayalı olarak çözümlenmesine karşın karma modeller de büyük ölçüde uygulanmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmeti sunumuna dair finansman sistemleri karmaşık bir yapıya sahip olabilmektedir. Bu nedenle, ülkede kişi başına düşen sağlık harcaması ve sağlık harcamasının GSYİH (Gayri Safi Yurt İçi Hasıla) içindeki payı neticesi dahil olmak üzere harcamaların devlet ve özel sektöre dağılımı da ülke sağlık göstergelerinde farklılık oluşturmaktadır (Tatar, 2012; Daştan ve Çetinkaya, 2015).

Neredeyse bütün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerindeki maliyet artışı süreklilik kazanmıştır. Ülkelerin genel ekonomik düzeyine göre politik karar vericilerin sağlık hizmetlerine bakışı değiştiği gibi sağlık sektörüne ayrılacak kaynaklar da değişim göstermektedir. Genel itibarıyla, az gelişmiş ülkelerde sağlık sektörüne kaynak tahsisi gelişmiş ülkelere nazaran daha az olmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin özelliklerinden ötürü genel sağlık harcamalarında öteden beri en temel sorun alanı sağlık hizmetinin finansmanı olmaktadır (Çelik, 2011).

Ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyi, sağlık politikasındaki yönelim, tıp ve genel olarak sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımının artışı ve sağlıkta sunulan hizmetlere talep artışı sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Bir diğer harcama artırıcı sebep ise, ülke demografik yapısı olmaktadır. Yaşlı nüfusun artışı sağlık harcamalarının bir başka artış nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetinin sürdürülmesinde temel öneme sahiptir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin de bir parçası olarak görülen sağlık yaşam hakkının sağlanması için sağlık hizmetleri etkili, adaletli ve verimli bir şekilde finanse ediliyor olmalıdır. Sağlığın finansmanı diğer ülkelerde de benzer şekilde kaygılarla ele alınmaktadır. Sağlık harcamalarının ölçeği dikkate alındığında hane halkı ekonomik düzeyinden başlayarak ülke makro-ekonomik düzeyini de etkileyebilmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010).

Sağlıkta finansman, paranın sektör içindeki faaliyetlerinin karşılanması ve nasıl kullanılacağını göstermektedir. Sağlık sisteminin amaçlarını gerçekleştirmede en önemli araç, ekonomik destek yani finansmandır (Roemer, 1991; Çelik, 2011). Sürdürülebilir finansman bakış açısıyla, tüm toplumun nitelikli ve etkili sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için yeterli kaynak sağlamak, bunları adaletli kullanmak ve kaynak üretimi sürecinde halkın yoksullaşmasının engellenmesi gerekmektedir. Bazı durumlarda, sağlık hizmetinden yararlanma sürecinde hane halkı için katastrofik sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşma kaçınılmaz olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilebilmesi için fon ihtiyacı kaçınılmazdır. Belek (2009:106)'e göre sağlık sisteminin finansman boyutu kendi içinde dörde ayrılabilir. Birincisi parasal kaynağın toplumun tüm kesimlerinden ne şekilde ve hangi ölçüde toplanacağına karar vermek; ikincisi paranın hangi metotlarla toplanacağı; üçüncüsü kaynakların tahsisi ve dördüncüsü kaynakların tahsisinde seçilecek ödeme metotları. Türkiye'de sağlık sisteminin reformunun önemli bir parametresini de sağlık finansmanı oluşturmaktadır. Bu nedenle çalışmada sağlık finansmanı teknikleri ve ana yöntemlerine yer verilmiştir.

Çelik (2011;171-174) ve Belek'e (2009;106-108) göre sağlık finansmanının üç temel fonksiyonu bulunmaktadır. Bunlar; gelirin toplanması, sağlık hizmeti sunucularına ödemeler ve sigorta işlevidir.

a) Gelirin Toplanması: Sağlık sistemi için para toplama yöntemlerinin belirlendiği kaynak geliştirme sürecidir. Vergiler, sağlık sigortası primleri,

cepten ödemeler ve özel sağlık sigortası primleri gibi usuller gelir toplama metotları içinde yer alır. Tüm kaynak dolaylı veya doğrudan olarak ülkenin vatandaşlarından toplanmaktadır. Sağlık hizmetinin kullanımı öncesinde bu kaynakları kamu, özel veya kar amacı gütmeyen kuruluşlar toplayabilmektedir. Toplanan vergilerin regresif veya progresif nitelikte olması gelir dağılımı üzerinde etkiye bulunabilmektedir.

b) Sigorta İşlevi: Sağlık hizmetleri için yapılacak ödemelerdeki risklerin kaynaklara katkıda bulunan herkesçe paylaşılmasına dayanan gelir biriktirme usulüdür. Amaç, gelecekte oluşabilecek sağlık hizmeti talebinin finansal risklerinin katkıda bulunanlarca paylaşılmasıdır. Finansmanda adalet kavramı bu yöntem ile ilişkilidir. Çünkü sağlıktaki finansman mekanizmaları gelir dağılımı üzerinde olumlu veya olumsuz bir şekilde etkili olabilmektedir. Düşük gelirli risk gruplarının desteklenmesi kapsamında risk paylaşımı metotları değişik şekillerde uygulanabilmektedir.

c) Sağlık Hizmeti Sunucularına Yapılan Ödemeler: Toplanan kaynakların sağlık hizmeti kullanımı neticesinde sağlık hizmeti sunucularına aktarılmasıdır. Bu durum, sağlık hizmetinin yeniden üretimi olarak da değerlendirilebilir. Sağlık hizmet sunucularına yapılan ödemeler farklı yöntemlere göre olmaktadır.

Hizmet başına ödeme: Hastaya sunulan her bir kalem hizmet için yapılan ödemedir. İhtiyaca yönelik her hizmetin verilmesinin sağlanması ve hizmette kaliteyi artırması nedeniyle tercih edilirken hizmet sunucuları tarafından yapılabilecek suiistimaller nedeniyle kaçınılmaktadır. Ayrıca, bu ödeme yönteminde hizmetlerin fatura üzerinden denetimi de etkili değildir. Yerinde yapılacak denetimler de sistemin yönetimine dair maliyeti artırmaktadır. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu’nca sağlık hizmet sunucularına Sağlık Uygulama Tebliği’nin belirli bölümleri ve belirlenmiş sağlık hizmet sunucularında kısmi bazda uygulanmaktadır.

Gün başına ödeme: Sağlık hizmet sunucusuna yapılacak ödemelerde hastanın sağlık kurumunda yatarak geçirdiği günler esas alınmaktadır. Türkiye’de uygulanmamaktadır.

Vaka Başı Ödeme: Ayaktan veya yatarak tedavi görmek için başvuruda bulunan hastalar için teşhis bazlı yapılan ödeme türüdür. DRG (Diagnosis Related Groups) veya TİG (Tanı/teşhis ilişkili Gruplar) de denilen ve sabit bir fiyat üzerinden ilgili teşhis doğrultusunda hastaya verilen tüm hizmetlerin kapsadığı paket ödeme denebilir. Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı direktifiyle tüm hastaneler DRG doğrultusunda ikincil bir hasta ödeme dosyası kaydı tutmasına karşın fiiliyatta uygulanmayan bir sistemdir.

Bütçe ödemesi: Global bütçe uygulaması da denilen bu ödeme metodu; sağlık hizmetleri üretiminden kaynaklanan maliyetleri kontrol etmek üzere sağlık hizmet sunucularına sabit ödeme yapılmasıdır. Yetersiz olması halinde sağlık hizmet sunucularında hizmetlerin aksaması kaçınılmaz olmaktadır. Türkiye’de birinci basamak hizmetlerinde Aile Hekimliği uygulamasında ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde global bütçe uygulamasına geçilmiştir. Gerek personel maaşları ve diğer bazı giderler genel bütçe’den karşılandığı için yaşanan sorunlar merkezi düzeyde çözülebilmektedir. Üniversite hastanelerinden mali durumu bozulan bir kısmı global bütçeye geçmiş iken mali durumu kısmen iyi olan üniversite hastaneleri geçmemiştir. Sınırlı sayıda üniversite hastanesi bu ödeme sistemine göre Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşma yapmıştır. Özel sektör sağlık kuruluşları ise global bütçe uygulamasını tercih etmemiştir.

Sağlık hizmetleri, hem devletler hem de o devletlerin uyruğu altında yaşayan vatandaşlar için politik bir alandır. Tamamıyla kişilere, gönüllü kuruluşlara veya da özel girişimlere bırakılabilecek bir alan olmadığından hemen her yerde sağlık hizmetleri ülke yönetimlerinin temel uğraşı sektörü olmaktadır. Zira halkın doğrudan ve hemen olumlu veya olumsuz etkilendiği bir alandır. Gelişmiş ülkelerin birçoğunda sistemin düzenlenmesi, sağlık hizmetine erişim, sağlığın finansmanı ve bazen de hizmetin doğrudan sunumu devlet eliyle olmaktadır. Örneğin, İngiltere ve Küba gibi iki farklı ülke, ekonomik gelişmişlik seviyesi ve ideolojik devlet aygıtı formasyonuna sahip olsalar da tercihleri sağlık hizmetinin tamamen devlet eliyle sunulması çerçevesinde gerçekleşmektedir.

Sağlık politikası kavramı da devletin veya hükümetin sağlık alanı ile ilgili almış olduğu kararları içerir. Bu noktada, Taylor ve Field’e (2007) göre, “sağlık hizmeti politikası” ve “sağlık politikası” kavramları arasında bir ayırım yapmak gerekir. Sağlık hizmeti politikası, kişinin bakım ve tedavisi ve hizmetin sunumu ile ilgilidir. Ancak, sağlık politikası ise sosyal olduğu kadar tıbbi faktörleri de içerdiğinden nüfusun sağlığı üzerinde sağlık hizmeti politikasından daha büyük etkiye sahiptir. Ancak, sağlık hizmeti politikalarının halk üzerinde daha etkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle, siyasi partiler, koruyucu sağlık hizmetlerine kaynak ayırmanın daha iyi olduğunu bilmelerine rağmen siyaseten tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, bekleme sürelerini azaltmak, gelişmiş sağlık teknolojilerine kolay erişim imkânı için kaynakları harcamaktadırlar. Seçim sonuçlarına kısa ve rahat bir şekilde yansıtacak olan bir yol olarak sağlık hizmetleri politikası etkili hizmet yolu olarak görülmektedir.

Sağlık politikası açısından sağlık hizmetlerinin halka sunulmasında iki yaklaşım belirgin olmaktadır. Birincisi, sağlığın bir hak olarak görüldüğü ve sağlık hizmetlerinin toplumsal bir görev olarak görüldüğü yaklaşımdır. Bu şekilde, sağlık hizmetlerinde toplumsal dayanışma ve geliri yeniden dağıtıcı etkinin öne çıkarılması ve hizmetlerden yararlanmada adalet öngörülmektedir. Diğeri ise, sağlığın bir hak olarak görülmediği, bireysel düzlemde ele alındığı ve hizmetlerden yararlanmanın piyasa şartlarına bağlandığı ve sağlık hizmetini kar edinecek bir alan olarak gören yaklaşımdır (Belek, 2009; Çelik, 2011).

Sağlık hizmetlerinde finansman ve bunun harcama metotları farklılaşmakla birlikte, bir ülkede sağlık hizmetlerinden yararlanan kişiler ve sağlık politikası üretenler açısından en önemli sorun alanı, insanların ihtiyaç duyduğu anda sağlık hizmetine erişiminin nasıl olacağı ve hizmetin sonucu oluşabilecek finansal risklerden nasıl korunulacağıdır (Atasever, 2014).

Dünyada yaşanan ekonomik krizler nedeniyle ülkeler, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinde bir takım düzenlemelere giderek tasarruf sağlamak amacıyla sağlık harcamalarında teminat paketleri ve ödeme programlarında değişiklik yapmışlardır. Bununla beraber, sağlık finansmanında devletler ilk olarak, sağlık harcamalarının tamamını karşılayıp onları kullananlardan pay almama yoluna gidebilir veya ikinci olarak sağlık sigortası yoluyla gelirlerden yapılan kesintiler aracılığıyla prim toplanır ve sağlık harcamaları buradan karşılanır. Üçüncü olarak da vatandaşlar kendi cebinden ödeyerek sağlık hizmeti alır ve bu durumda sağlık hizmeti sunum ücretleri arz-talep durumuna göre değişkenlik gösterir.

Devletlerin sağlık harcamalarında tercih ettikleri usule göre sağlık finansmanı yöntemleri temel itibarıyla 4'e ayrılmaktadır. a) kamusal finansman modeli, b) özel finansman modeli, c) karma finansman modeli ve e) cepten harcama modelidir (Atasever, 2014; Normand ve Weber, 2009; Belek, 2009; Çelik, 2011; Çakır, 2016).

Kamusal Finansman Esaslı Sağlık Sigortaları

Sağlık hizmetlerinde finansman hiç kuşkusuz sosyal güvenlik sisteminin kurgusu ile yakından ilişkilidir. Ayrıca, sağlığın finansmanı, sosyal güvenliğin bir parçası olarak görüldüğünden sosyal güvenlik politikalarından ayrı düşünülemez. Bununla birlikte, kamusal kaynaklı finansman modelleri temel olarak vergi ve prim esaslıdır. Ülkede sunulan sağlık hizmeti toplanan çeşitli vergiler yoluyla ya da toplanan primler yoluyla sağlanır. Ayrıca, her iki modelin de kullanıldığı örnekler bulunmaktadır (Atasever, 2014).

Vergiye Dayalı Sağlık Hizmeti Finansmanı

Vergiye dayalı sağlık hizmeti finansmanı, Dünya Sağlık Örgütü üyesi ülkeler dikkate alındığında yaygın bir yöntem olarak kullanılmaktadır ve ülke sağlık harcamalarının önemli bir kısmının kaynağıdır. Kamu gelirleri büyük ölçüde vergilerden oluştuğu için vergiye dayalı finansman veya Beveridge raporu ile anıldığı için “Beveridge Modeli” olarak da anılmaktadır. Bu metot ile kamu gelirlerinin belirli bir payı genel bütçe aracılığı ile sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Böylelikle sağlık hizmetleri için gerekli finansman yükü riski bütün topluma yayılır. Bu sistemde en önemli özellik ise sağlığın bir hak olarak görülmesi ve sağlık hizmetine erişimde gelir düzeyi ve sağlık statüsü gibi hususların etkili olmamasıdır.

Sağlık hizmetlerinin vergi ile finanse edilmesi, sigorta finansmanına göre eşitlikçi ve verimli kabul edilmektedir. Sağlık finansmanının vergi sistemi ile yapılması, gelirlerin servet üzerinden alınma olanağına sahip olunması nedeniyle, sigortaya kıyasla daha eşitlikçidir. Sigortaya dayalı sistem, hastanecilik hizmetlerinin yoğun kullanımına yol açması nedeniyle kaynak tahsisatında verimlilik problemlerine yol açmaktadır (Belek, 2009).

Prime Dayalı veya Sosyal Sağlık Sigortası

Devlet kontrolündeki sosyal güvenlik ve sağlık sigorta sistemine önceden belirlenmiş kişilerin prim ödeme yoluyla sigorta kapsamına alınmasıdır. Genel itibarıyla çalışan ve işveren primleriyle finanse edilmesine karşın devlet katkıları da olmaktadır İlk uygulaması Almanya’da Otto Von Bismarck tarafından yapıldığı için model onun adıyla anılmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010; İstanbulluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010; Tatar, 2011). Bu sistemin özellikleri şunlardır

- Toplumda gelir ve refahın yeniden dağıtımına katkıda bulunur.
- Kapsamındaki kişiler için zorunludur. Tüm nüfusu kapsamı zorunlu değildir.
- Tüm nüfusu kapsamı halinde Genel Sağlık Sigortası adını almaktadır. 5510 sayılı kanunla Türkiye’de uygulanmaktadır.
- Prim oranları, kişilerin taşıdığı risklerden bağımsız olarak belirlenmiştir.
- Temel teminat paketi herkese eşit uygulanır.
- Sigortanın iş ve işlemlerinin takibi için sorumlu kurum veya kurumlar bulunur. Kurum sayısının birden fazla olması durumunda temel teminat paketinde gruplara göre farklılıklar olabilecektir.

Özel Sağlık Sigortası

Özel sigorta, kişinin bir sosyal güvenlik sigortası kapsamında olmasından bağımsız olarak herhangi bir durumda hastalık nedeniyle ortaya çıkabilecek harcamalarını karşılayan bir sigorta türüdür. Kimi ülkeler için “tamamlayıcı sağlık sigortası” olarak da adlandırılır. Özel sağlık sigortası kişinin ilgili şirketle yaptığı sözleşme gereğince sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Sigortanın kapsamı çoğunlukla poliçe içeriğine göre belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin otelcilik hizmetleri kısmında konfor sağlaması mümkündür (Mosialos ve Dixon, 2002). Prim kapsamında ve prim ödendiği sürece yararlanılabilen bir sağlık hizmeti sunmaktadır. Dolayısıyla, özel sağlık sigortası tarihsel olarak gönüllü, ticari ve kâr amaçlı olarak değerlendirilen bir sigorta türüdür. Dünya ölçeğinde ise özel ve kamu sigortacılığı arasındaki ayrımın içerdiği düzenlemeler nedeniyle bazı ülkelerde belirsizleştiği de belirtilmektedir (Sekhri ve Savedoff, 2004).

Devletler sağlık sisteminin harcamalarında yaşanan sorunların üstesinden gelmek için özel sağlık sigortası seçeneğini gündeme getirebilmektedirler. Özel sağlık sigortası OECD ülkelerinde sağlık finansmanının çok küçük bir kısmını karşılamasına rağmen üye ülkelerin üçte birinde uygulanan sistem bazı üyelere toplam nüfusun %30'unu kapsayabilmektedir (OECD, 2004). Avrupa Birliği ülkelerinde ise, özel sağlık sigortasının sağlık harcamaları içindeki oranı %10'dan azdır (Belek, 2009;126).

Öte yandan, özel sağlık sigortasına genel dünya panoraması açısından bakıldığında, düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlık sistemlerinde halen marjinal bir rol oynayan özel sağlık sigortaları giderek önem kazanmaktadır. Herhangi bir ülkede özel sağlık sigortasının finansmanda bir rol alabilmesi için: a) ülkenin ekonomik gelişmişlik düzeyi, b) etkili bir düzenleyici sistem kurabilmek için kurumsal kapasite sahibi olma, c) o ülke toplumunun sağlıktaki eşitsizlikleri kabullenme derecesi ve d) ülkede mevcut sağlık sigortası veya sosyal güvenlik şemsiyesinin etkililiği gibi hususların dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir (Drechsler ve Jütting, 2007).

Belek'e (2009) ve Çelik'e (2011) göre özel sağlık sigortası finansman olarak belirlendiği hallerde şu özellikler taşıması beklenir;

- Kâr amaçlıdır.
- Özel sektörde yer alan sigorta şirketi primi toplar.
- Prim düzeyinin belirlenmesinde, yaş, cinsiyet, hastalık riski ve sağlık hizmetini kullanma sıklığı belirleyicidir.

- Gelir düzeyi etkili değildir.
- Kişilerin özel durumlarına göre hastalık riski yüksekse prim de o oranda yüksek olur.
- Kronik hastalıklar açısından hastaların sigortalanmaması söz konusu olabilmektedir.
- Sosyal güvenlik sisteminin eksik kaldığı alanları tamamlar.

Cepten Ödemeler

Kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için doğrudan yaptıkları ödeme olup hastalıklar için herhangi bir finansal koruma içermeyen ödeme türüdür. Sosyal güvenlik sisteminin yetersiz kaldığı veya yeterli düzenlemeye sahip olmadığı gelişmekte olan ülkelerde cepten yapılan sağlık ödemeleri sağlık sisteminin baskın özellikleri arasında yer alır. Sağlık sigortasının yetersiz olduğu hallerde kişinin hastalığı nedeniyle cepten yapılan harcama hane halkı üzerinde yıkıcı etkiye sahip olabilir.

WHO'ya (2000) göre hane halkının sağlıkta adalet anlayışı gereği “katastrofik sağlık harcamaları”na karşı korunması gerekmektedir. Hane halkının hastalık halinde tedavi için yaptığı harcamanın toplam hane geliri veya kişinin toplam gelirine göre yüksek olması durumu katastrofik sağlık harcaması olarak tanımlanmaktadır (Xu, K., ve Diğerleri, 2005; Atasever ve Diğerleri, 2018).

Cepten yapılan sağlık harcamaları kendi içinde farklılaşabilmektedir. Bunlar, doğrudan ödeme ve katkı/kullanıcı payı ve enformel ödeme şeklinde olabilir (Çelik, 2011; Belek, 2009).

a) Doğrudan ödeme: Kişilerin sosyal güvenlik şemsiyesi altında olmayışı veya sosyal güvenlik şemsiyesi altında olduğu halde temel teminat paketi dışında kalan bir sağlık hizmeti talebinde bulunması veya hizmet arzında sorun yaşanması veya uzun bekleme sürelerinden dolayı yapılan ödemelerdir. Özel hastaneler, eczanelerden alınan bir kısım kapsam dışı ilaçlar veya özel laboratuvarlarda yapılan harcamalar bu türdendir. Kişinin sağlık kuruluşundan aldığı sağlık hizmetinin bedelinin tamamını ödemesi de bu kapsamdadır (Mosialos ve Dixon, 2002).

b) Katkı /kullanıcı payı: 1978 yılı Alma Ata konferansında temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması anlayışı sonrası ek kaynak arayışları çerçevesinde gündeme geldiği belirtilen bu uygulama için Dünya Bankası tarafından “kullanıcı katkısı” olarak ek kaynak önerisi getirilmiştir. Katkı payı,

sağlık harcamalarının düşük olduğu ülkelerde sağlık hizmetinde imkanları artırmak adına kaynak geliştirmek için kullanılabildiği, sağlık harcamalarının yüksek olduğu ülkelerde ise talebi azaltmak, hizmetlerde verimlilik artışı ve maliyet kısıtlaması için kullanıldığı belirtilmektedir.

c) Enformel Ödeme: Sağlık personeline yapılan kayıt dışı ödemelerdir. Sağlık sistemi finansal kaynağının yetersiz olması, sağlık hizmetlerinin istenen düzeyde olmayışı ve hizmeti sunan kişilere yönelik kültürel alışkanlıklar enformel ödemelerin sebepleri arasında yer almaktadır. Türkiye’de “bıçak parası” olarak adlandırılan bu uygulama kanun önünde suç teşkil etmektedir.

Kullanıcı payları yoksul ve dar gelirli kesimler için birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanımı engelleyebilmektedir (Belek, 2009;125). Ayrıca, “katkı payları” özelleştirme uygulamalarının bir başka şekli olarak da değerlendirilmektedir (Çoban, 2009). Cepten sağlık harcamalarının sıklıkla yaşandığı durumlar ise temel teminat paketinin kapsayıcılığı ile ilgili olmaktadır. Böylesi durumlarda tamamlayıcı sağlık sigortası desteğine başvurulmakta veya her halükarda cepten harcama yapıldığından her halükarda hane halkı veya kişilerin sağlık harcamasından kaynaklı risklerden korunmasında eksiklik meydana gelmektedir.

Karma Finansman Modeli

Ülke sağlık hizmetlerinin finansmanında birden fazla finansman modelinin bir arada kullanıldığı modellerdir. Sağlık hizmeti finansmanı için vergiler, primler, özel sağlık sigortaları ve cepten ödemeler gibi finansman yöntemlerinin bir veya birkaçının bir arada bulunabileceği gibi tümünün bir arada bulunması da mümkün olmaktadır. Sağlık finansmanı için sağlık sigortası kurumları kamu ve özel sektör hizmet sunucuları arasında ayırım gözetmeksizin sağlık harcamasını finanse edilebilmektedir. Bu çerçevede, Türkiye, sağlık finansmanı açısından karma model kapsamında yer almaktadır.

Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı

Dünyanın neredeyse her ülkesinde, bütün finansman modelleri sağlık sistemi içinde ve bir arada kendisine yer bulabilmektedir. Sadece bir metodun geçerli olduğu yerler neredeyse yok gibidir. Türkiye, sağlık sisteminin işleyişinde karma finansman modeline sahip ülkeler arasındadır (Atasever, 2014; Belek,2009).

Türkiye sağlık sisteminin bugünkü finansman yapısı oldukça karmaşık bir tarihsel süreçten geçerek günümüze gelmiştir. Tarihsel olarak Türkiye’de ilk kurulan sosyal güvenlik kuruluşu 1921 yılında 151 sayılı kanunla kurulan Amele Birliği’dir. 1936 yılında 3008 sayılı iş kanunu ile sosyal sigorta açısından ilkeler ortaya konmuştur. 1938 yılına kadar ise çeşitli kanunlarla sekiz adet yardım sandıkları kurulmuştur. 1945 yılında iş kazaları, meslek hastalıkları ve analık sigortasını içeren kanunla ertesinde İşçi Sigortaları Kurumu kanunu da çıkarılmıştır. Bundan sonra ise birçok sandık bu kurum altında birleştirilmiştir. 1950 yılında emekli sandığı kurulmuş ve yine birçok sandık kaldırılarak buna dâhil edilmiştir. 1960 sonrası kabul edilen anayasa ile birlikte iş yasalarına tabi bütün kurumlar gözden geçirilmiş olup 1965 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu altında birleştirilmiştir. 1971 yılında ise BAĞ-KUR (Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu) yasayla kurulmuştur. 1983 yılında ise BAĞ-KUR kapsamı genişletilerek kendi hesabına çalışanlar ve tarım sektöründe çalışanlar da bu çatı altında yer bulabilmişlerdir. Böylece prim ödeyerek Sosyal Sigortalar Kurumuna ait sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti almaya başlamışlardır. 1992 yılında ise kendi sağlık primini ödeyemeyecek ve muhtaç durumda olan kimselere sağlık yardımı verilebilmesi için “yeşil kart” uygulamasına geçildi. Bu uygulama genel sağlık sigortası sistemine geçilinceye kadar devam etmiştir. Yeşil kart başvurularında muhtaçlık değerlendirmesine göre kart verilmesine karar verilmekteydi. Yeşil kart sahibi kişilerin sağlık harcamaları için Sağlık Bakanlığı bütçesine her sene merkezi bütçeden belirli bir miktar ödenek konulmaktaydı. Yeşil kart sahibi hastalar belirli şartlar hariç olmak üzere sadece devlet hastanelerinden hizmet almaktaydılar (Yaşar, 2007; Bostancı, 2008; Tatar, 2011; Atasever, 2014) .

Emekli Sandığı, devlet memurluğundan emekli olmuş kişilerin sağlık harcamalarını finanse ediyordu. Aktif devlet memurlarının tedavi ve ilaç harcamaları ise kendi kurumunun bütçesinden yani genel bütçeden/devlet bütçesinden karşılanıyordu. Memurlar, devlet hastanelerinden yararlanmaları halinde tedavi giderleri için ayrıca bir ücret ödememekteydi. Hastalık halinde sevk zincirine uyarak üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından da aynı şekilde hizmet almaktaydılar. İlaç giderlerinde katkı payı ödeniyordu. Bu durum 2003 yılına kadar bu şekilde devam etmiştir.

Sosyal Sigortalar Kurumu çatısı altında bulunanlar ve onların yakınları sadece bu kuruma ait sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden yararlanıyordu. Sağlık hizmetlerini SSK hastanelerinden ve ilaçlarını da yine bu kuruma

ait hastane eczanelerinden alabilmekteydiler. İlaçlar için aynı şekilde katkı payı alınmaktaydı. SSK bazı özel sağlık hizmet sunucularıyla sözleşme yaparak artan sağlık talebini karşılama yolunda adım atmasına karşın talebi karşılayamamaktaydı.

BAĞ-KUR sigortalıları kamu ve özel sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alabiliyordu. İlaçta yine katkı payı söz konusu idi. Yeşil Kartlı kişiler ise hastalık durumunda sadece Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hizmet almaktaydı. Yeşil Kartlı hastalar yakın döneme kadar başka sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alamadıkları gibi ilaç yardımından da faydalanamamışlardır.

2003 yılına kadar sosyal güvenlik kuruluşlarının üyeleri için sunduğu temel teminat paketleri farklılık arz etmekteydi. Emekli Sandığı ise, teminat paketi açısından en kapsamlı sağlık hizmetini sunmuştur (Atasever, 2014).

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu ve 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası kanunu yürürlüğe girinceye kadar bu parçalı yapı devam etmiştir. Bu kanunlarla Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve Sosyal Sigortalar Kurumu kapatılarak Sosyal Güvenlik Kurumu açılmıştır. İki kanunun yürürlüğe girmesi de sağlık finansmanında yaşanan sorunları halen çözememiştir. Öte yandan, bu kanunların sağlığa genel bütçeden daha az kaynak ayırmak için ve de ülkenin ihtiyaçlarından ziyade uluslararası kuruluşlarca önerilen programların gereği olduğu yolunda görüşler dile getirilmiştir (Bostancı, 2007).

Türkiye Sağlık Sistemi Sağlık Harcamaları Finansman Kaynakları ve İşleyişi

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Türkiye de sağlık hizmetinin finansmanı ve sunumunda aşamalı olarak ilerleme göstermiştir. Kurumsal yapılanmalar gerçekleştikçe kapsama alınan nüfus da artmıştır. 2002 yılında nüfusun yaklaşık %85'nin sağlık sigortası kapsamında olduğu saptanmıştır (Atasever, 2014).

2003 yılından önce kamu ve Sosyal Sigortalar Kurumu açısından sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanı büyük ölçüde birbirinden ayrılmış olmadığından ötürü sağlık harcamaları parçalı bir yapıya sahiptir. Bu dönemde, sağlık hizmetinin finansmanında cepten ödemeler ve özel sağlık sigortaları hariç olmak üzere temel olarak Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, BAĞ-KUR, Yeşil Kart ve kamuda çalışan memurların sağlık harcamalarının finansmanının doğrudan genel bütçeden karşılanması gibi ayırım bulunmaktaydı. SSK sağlık giderleri açısından en fazla ödemeyi yapan kurumdu ve yaklaşık olarak 37 milyon insanın sağlık finansmanı ve hizmet sunumu

bu kuruma bağlı yüzlerce sağlık kurumunca karşılanıyordu (Sülkü, 2011). Temel teminat paketi farklılıklarından ötürü de her bir sigorta kuruluşunun kişi başı sağlık harcaması da farklı olmaktaydı. Ulusal sağlık hesapları araştırması sonucu da bunu göstermektedir.

Tablo 3: 2000 Yılı Kişi Başı Sağlık Harcaması (ABD Doları)

SSK	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	Aktif Devlet Memurları	Yeşil Kart	Kişi Başı Ortalama Sağlık Harcaması
106	143	276	190	47	127

Kaynak: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, (2004:26)'dan yararlanılarak geliştirilmiştir.

Tablo 3'ten anlaşıldığı üzere anılan dönemde yeşil kart ve SSK mensubu kişiler için Türkiye ortalamasının altında sağlık harcaması yapılmaktadır. En yüksek harcama ise Emekli Sandığı sağlık yardımından yararlananlar için yapılmıştır.

Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumu kanunu yürürlüğe girdiği 2008 yılına kadar söz konusu sağlık harcamalarının finansmanı, sağlık hizmetleri açısından kurumlara göre aşağıdaki şekilde yapılmaktaydı:

a) SSK'nın finansmanını karşıladığı sağlık hizmetleri:

- SSK'nın kısa vadeli sigorta kolu olan sağlık hizmetleri; iş kazalarını, meslek ve doğum/analık hastalıklarını kapsamaktadır.
- Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri ödeme kapsamında değildir. Birinci basamak sağlık hizmeti için de SSK'ya ait sağlık kuruluşlarının kullanılması öngörülmektedir.
- Hekim muayenesi, laboratuvar hizmetleri ve gerekli hallerde yatarak verilen tedavi hizmetleri karşılanmaktadır.
- Tedavi boyunca gerekli ilaç, ortez ve protezler sağlanmaktadır.
- Ayaktan tedavilerde SSK'nın kendi eczanelerinden katkı payı ödenerek ilaç alınmaktadır.

a) Yeşil Kart'ın finansmanını karşıladığı sağlık hizmetleri:

- Yeşil Kart sahipleri 2004 yılına kadar sadece Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerden hizmet alırken bu yıldan sonra SSK'ya bağlı hastanelerden de hizmet almaya başlamıştır.
- Yatarak verilen sağlık hizmetlerinde tüm harcamalar karşılanmasına karşın ayaktan hizmetlerde reçete edilen ilaçlar karşılanmamaktadır.

c) Emekli Sandığı'nın ve aktif devlet memurlarının sağlık harcamaları finansmanı:

- Emekli Sandığı sağlık yardımlarından yararlanan kişiler ve aktif devlet memurları aynı mevzuata göre sağlık yardımlarından yararlandırılmaktadır.
- Temel teminat paketi Maliye Bakanlığı'ınca yayınlanan Bütçe Uygulama Tebliği'ne göre belirlenmektedir.
- Anlaşmalı eczanelerden katkı payı ödenerek ilaç alınmaktadır.

d) Bağ-Kur'un finansmanını sağladığı sağlık harcamaları:

- Hekim muayenesi, laboratuvar hizmetleri ve gerekli hallerde yatarak verilen tedavi hizmetlerini kapsamaktadır.
- Tedavi boyunca gerekli ilaç, ortez ve protezleri sağlanmaktadır.
- Anlaşmalı eczanelerden katkı payı ödenerek ilaç alınmaktadır.
- Bütün hastanelerden hizmet alınabilmesine karşın önce hizmetin karşılığı hastaneye ödenir ve daha sonra bu ödemeler Bağ-Kur'dan tahsil edilmektedir.

Türkiye'de insanların bir kısmı aynı anda iki sağlık sigortası sistemine kayıtlı olabilmekte idi. Bilgi sistemlerin yetersiz oluşu ve yasal mevzuatın bu konuda detaylı düzenlemeler içermiyor oluşu bu sonuca yol açıyordu. Ayrıca sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu nüfus kesin olarak bilinmemekteydi.

Sosyal güvenlik fonu hesaplarında standart birliğini sağlamak için 2006 yılında 5502 sayılı kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuş olup; SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı aynı çatı altında birleştirilmiştir. Kısa (sağlık) ve uzun vadeli (emeklilik) sigorta kollarına ilişkin ayrımların yapılabilmesi 5510 sayılı genel sağlık sigortası kanunu 2008 yılında yürürlüğe kondu.

Bir sağlık sisteminin değerlendirilmesinde birkaç temel parametre bulunmaktadır. Buna göre, sağlık sigortasının kapsayıcılığı, sağlık sistemine erişim, temel teminat paketinin genişliği ve derinliği, finansal etkililiği, kullanıcıya seçim hakkı tanınması ve kullanıcıların memnuniyetini önceleme parametreleri önem kazanmaktadır (Weitz, 2007).

Genel Sağlık Sigortasının yürürlüğe girdiği tarihe kadar her finansman kuruluşu toplanan vergiler, primler ve doğrudan bütçe desteği ile sağlık hizmetini finanse ediyordu. Bu dönemde yapılan sağlık harcamalarının sektörel dağılımı ise büyük ölçüde kamu ağırlıklı olmaktaydı.

Tablo 4: Finansman Kaynağına Göre Sağlık Harcamaları Yüzdelik Dağılımı (2002)

Finansman Kaynağı	%
SGK (Bağ-Kur, SSK, Emekli Sandığı)	40,6
Yeşil Kart	2,9
Sağlık Bakanlığı	13
Üniversiteler	1
Kamu Görevlileri	11,3
Yerel Yönetimler	1,9
Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları	19,8
Özel Sektör	9,5

Kaynak: Atasever (2014;51)'den yararlanılarak düzenlenmiştir.

Tablo 4'ten anlaşıldığı üzere sağlık harcamalarının %70'i kamu kaynaklarından karşılanırken cepten harcamalar sağlık harcamalarının yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. OECD ülkelerine göre yüksek bir orana sahip olduğu anlaşılmaktadır (Hıfzısıhha Mektebi, 2004).

Hizmet sunucuları açısından bakıldığında ise, 2002 yılı sağlık harcamalarının %37'si serbest eczanelere aitken bu oranı %25,4 ile Sağlık Bakanlığı'na ait hastaneler ve sonrasında ise %17,1 ile özel sektör sağlık kuruluşlarına aittir. Üniversite hastaneleri ise %8,4 ile diğerini takip etmiştir (Atasever, 2014;53).

Özel hastane hizmeti 1980'li yıllardan önce çok az hatta yok denecek düzeyde olmasına karşın daha sonrasında hükümetlerin özel sektörü teşvik politikası sonucunda 2002 yılında Türkiye'deki özel hastane sayısı 271'i bulacaktı. Daha önceki özel sağlık tesisleri hekim poliklinikleri ve küçük yataklı klinikler şeklinde hizmet verdiğinden günümüzdeki ölçekli sağlık tesisleri anlaşılmamalıdır. 2002 yılında ise Ülke toplam sağlık harcamalarının %17,1 özel sağlık tesislerinde yapılır olacaktı.

Halk sağlığı harcamaları ise 2002 yılında %4,7 olarak tespit edilmiştir. Bu durumda sağlık harcamalarının büyük ölçüde hastanecilik hizmetlerine kaydırılmış olduğu anlaşılmaktadır. Aşağıdaki tablo 5'te de görüldüğü üzere 1960 yılı Sağlık Hizmetleri açısından devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığı için geçmiş ve sonraki dönemlere nazaran oldukça anlamlı bir pay ayrılmıştır.

Tablo 5: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı (%)

YIL	BAK.BÜT.DEV.BÜT. ORANI(%)
1923	2,21
1935	2,54
1945	3,12
1955	5,18
1960	5,27
1970	3,08
1980	4,21
1985	2,54
1990	4,12
1992	4,71
1995	3,70
1997	3,22
1999	2,81
2000	2,26
2001	2,66
2002	2,40

Kaynak: Sağlık İstatistikleri 2001, s.22, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2002.

Tablo 6: Yıllara Göre Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (1980-2002)

	1980	1985	1990	1995	2000	2002
Türkiye	2,4	1,6	2,7	2,5	4,9	5,4
OECD Ortalaması	6,6	6,7	6,9	7,5	7,8	8,3

Kaynak: Atasever, (2014;81) ve Yalçın ve Çakmak (2016)'dan yararlanılarak geliştirilmiştir.

Sağlık harcaması ve sağlık harcamalarının GSYİH'deki payı sağlık sektörünün yeterliliğine dair temel ve önemli göstergelerden biri olduğundan bu tablo 6'da yer alan verilerden yola çıkarak genel olarak OECD ortalamalarının altında seyreden bir sağlık harcaması söz konusu olmasına karşın 1995 sonrası artış gösterdiğini söylemek mümkündür.

Burada belirtilmesi gereken husus, sağlık harcamalarının o ülkede uygulanan sağlık politikalarından bağımsız olmadığıdır. Sağlık politikası karar vericileri sektörü kendi anlayışları doğrultusundan biçimlendirmek için sektörün bütün bileşenlerine (finansman, harcama ve insan gücü istihdamı dâhil) müdahale etmektedir. Benimsenen yaklaşıma göre, piyasacı veya karma modeller de uygulanabilmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetleri tüketiminin artırılmasına karşın sağlıklı yaşamın tek belirleyicisi harcamaların artması değil eğitim, yoksulluk, beslenme ve gelişmenin başka unsurlarıyla da ilişkilidir (Akdur, 2018; Çelik, 2011b).

2002 yılı sonrasında sağlık hizmetlerinde kökten değişimlerin ve dönüşümlerin yaşandığı dönem başlamıştır. Bu dönem sağlık harcamaları ve finansman yöntemlerine Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yapılan reformlar kısmında yer verilecektir.

Sağlık Sistemi Kavramı ve Modelleri

Türkiye sağlık sisteminin anlaşılabilmesi için aşağıda sağlık sistemi kavramından ne anlaşıldığına yer verilmiştir.

Sağlık Sistemi Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlık sistemlerinin amacı halkı sağlık düzeyinin yükseltilmesi, halkın sağlık ihtiyaçlarına cevap verilmesi ve finansmanda adalet olarak belirlenmiştir. Yani sağlık hizmetinin verilmesi için gerekli kaynağın adaletli bir biçimde toplanması ve yükün hane halklarına adaletli dağıtılmasıdır (WHO,2000).

Sağlık sistemleri, o ülkenin sosyal ve politik yapısının bir parçası olarak kabul edilmekte ve içinde şekillendiği ülkenin sosyo-kültürel yapısı, ekonomik kalkınma modelleri, ideolojik ve politik ortamın etkileri ve de nüfusun yapısından etkilenerek şekillenmektedir. Ülke sağlık sistemleri, büyük ölçüde ilgili ülkenin kamu sağlık otoriteleri ve sağlık sektörü aktörlerince oluşturulan ve de zamanla gelişen politikalarla biçimlenmektedir (Klecskowski ve diğerleri, 1984).

Gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemleri ileri derecede örgütlenmiş, göreceli oturmuş ekonomiye sahip, verimli vergilendirme sistemi bulunan, makul bir sosyal değişim hızı gösteren ve kurumları yetkin kişilerce yönetilen sistemler olmaktadır. Bu şartlar ise birçok düşük ve orta gelirli ülkede bulunmamaktadır. Bu nedenle, sağlık sistemlerinin etkilendiği bir diğer husus ise uluslararası aktörler ve finansal örgütlerdir. Bu çerçevede, sağlıktaki reform salgınları sonrası özellikle gelişmekte olan ülke sağlık sistemlerinin birbirine daha çok benzemeye başladığını söylemek yanlış olmayacaktır (Ağartan, 2007; David and Bhattacharyya, 2007; Yıldırım ve Yıldırım, 2011)

Sağlık sisteminin çok sayıda tanımı bulunmaktadır. Field'e (1973) göre; sağlık hizmetleri dâhilinde ülke kaynaklarının belirli sonuçlar elde etmek için kullanıldığı bir sosyal mekanizmadır. Bununla birlikte, sağlık sisteminin tam olarak ne olduğu nerede başladığı ve bittiğini söylemek oldukça güç olmasına karşın sağlık sisteminin "temel amacı sağlığı teşvik etmek, iyileştir-

mek veya sürdürmek olan tüm aktiviteler” olarak tanımlanabileceğini belirtmektedir (WHO, 2000:5).

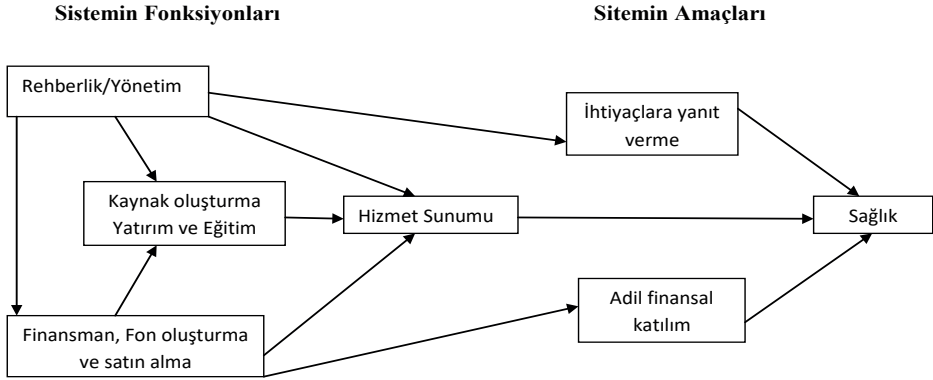
Bir başka şekilde ise, “sağlık sistemi; birincil amacı doğrudan sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan bir sistem olarak tanımlanabilir”. Ekonomik bakışı içeren tanımlardan birine göre ise; “amacı doğrudan sağlığı geliştirmek olan her türlü hizmeti bünyesinde barındıran girdi, süreç, çıktı ve sonuç unsurlarından oluşan bir bütündür”. Bununla beraber, sağlık sisteminden anlaşılan şeyin çoğunlukla, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar olduğuna vurgu yapılmaktadır. Oysa sağlık sistemi, doğrudan bireye veya topluma olsun koruyucu, tedavi edici ve hatta palyatif sağlık müdahalelerini de içermektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:367; WHO, 2000; Uğurluoğlu ve Çelik, 2005).

Sağlık sistemini kavram olarak tanımlamak önemlidir. Çünkü böyle bir tanımlama bir bütün olarak uygulanan sağlık politikalarının ülkeler düzeyinde sınıflandırılabilmesi ve küresel ölçekte de karşılaştırılabilir olmasını mümkün kılar. Böylelikle, uygulamada ülkelerin sağlık sistemi pratiklerinden dersler çıkarılabilecektir. Buna mukabil, sağlık sistemlerinin küresel ölçekte benzeşmesi ancak temel sistematikler açısından karşılaştırmayı mümkün kılacaktır. Zira sağlık sistemi sadece hizmet sunan ya da finans kurumlarında oluşmaz, ilaç endüstrisi, tıp teknolojileri/makine endüstrisi ve sağlık hizmetinden yararlanan bireylerden oluşmaktadır. Roemer (1991) buna denk düşecek şekilde, sağlık sistemini, sağlık hizmetlerinin topluma sunulmasıyla sonuçlanan kaynakların, kurum ve organizasyonların, finansmanın ve yönetimin bileşkesi olarak tanımlamıştır.

Sağlık sistemi genellikle, toplumsal ölçekte, birinci basamak sağlık hizmeti olarak bilinen en dışsal birimden başlayıp, orta düzeydeki (ilçe, il, bölge hastaneleri) ilerleyerek merkezi seviyede (ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti) organizasyonları kapsayan yapılanmalardır. Orta ve merkezi seviyedeki sağlık hizmetlerinde daha karmaşık ve ileri seviyede uzmanlaşmış hizmetler verilmektedir. Sağlık sistemi altyapısı, sunulan hizmetleri, kurum/kuruluşları ve sağlık programlarının yürütülmesini içerir. Bunlar ise, bireyle, ailelere ve topluluklara koruyucu, tedavi edici ve önleyici sağlık hizmetlerini sunarlar. Aynı şekilde, bakanlıkları, bunların ilişkili kuruluşlarını, ulusal sağlık programlarını, sosyal güvenlik ve teminat paketlerini, sağlık hizmeti veren özel kesimi ve hükümet dışı grupları da içermektedir.

Sağlık sistemini taşıdığı özelliklere veya sahip olması gereken özelliklere uygun tanımlamak daha doğru bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir,

Bu nedenle, bir sağlık sisteminin a) ülkedeki bireylerin, ailelerin ve diğer toplulukların sağlık durumunun iyileştirilmesi, b) nüfusun sağlığını tehdit eden durumlara karşı korunması, c) insanları sağlıksızlık durumunun finansal sonuçlarından korumak, d) sağlık hizmetine adil erişim sağlamak ve insanların sağlık sistemini ve kendi sağlık durumlarını etkileyen kararlara katılımını sağlamak gibi özelliklere sahip olması beklenir (WHO, 2010; Donev, Kovacic and Laaser 2013).



Kaynak : WHO World Report (2000:25)

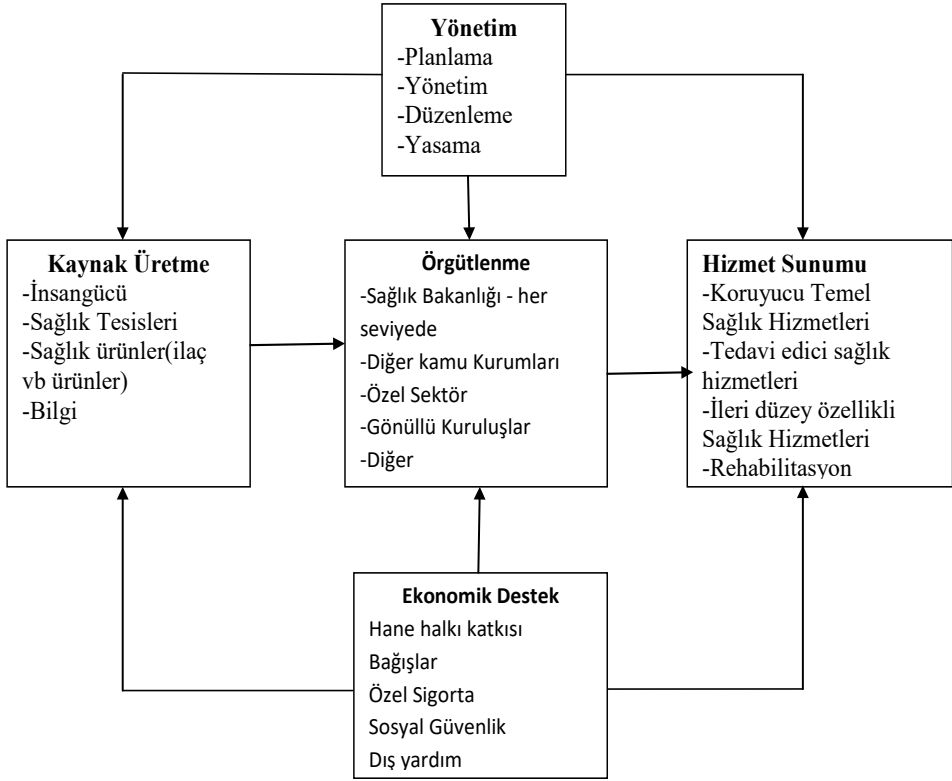
Şekil 1: Sağlık Sisteminin Özellikleri ve Amaçları

Bununla birlikte, sağlık sistemi sadece sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan ibaret değildir. Şekil 1’de görüldüğü üzere sağlık sisteminin işleyişinde temel fonksiyon hizmet sunumu olmasına karşın kaynak oluşturma, yatırım, eğitim ve de rehberlik/yönetim hususları da yer almaktadır. Dolayısıyla, esas sorun bunlardan hangisinin daha önemli olduğuna karar verilmesidir. Pratikte ise, sağlık sistemleri hizmet sunumu ve finansman açısından sorunlara verdikleri tepkiler ve uygulamada nasıl eyledikleri sistemin tasarımına bağlı olmaktadır.

Yaygın kabule göre, mükemmel bir sağlık sistemi yoktur ve de reform paketlerinde önerilen sistemler hariç olmak üzere en iyi ve herkesçe önerilen bir model de bulunmamaktadır. Dünyadaki sağlık sistemleri arasında amaç, yapı, örgütlenme, finansman ve diğer özellikler açısından büyük farklılıklar söz konusudur. Bu farklılıklar, tarihsel geçmiş, sosyo-kültürel yapı, ekonomi ve siyasal faktörlerden ötürü ortaya çıkmaktadır. Ancak, günümüzde çok sayıda ülkenin sağlık sistemleri benzer özellikleri göstermeye başlamışlardır (Donev, Kovacic, and Laaser 2013).

Dünyada aynı anda farklı ülkelerde uygulanagelen çok sayıda sağlık sistemi modeli bulunmaktadır. Bunlar, sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanı gibi halkın ihtiyaçlarına yanıt verme boyutuyla da farklılaşabilmektedir. Buna mukabil, gelişmekte olan ülkeler ve gelişmiş ülkelerde uygulanan sağlık sistemleri önemli ayrımlara işaret etmektedir (Belek,2009).

Sağlık sisteminden umulan faydalar neredeyse bütün sistemlerde benzer olup yukarıdaki şekil 1’de gösterildiği üzere amaçlarını yerine tam olarak getirmesi beklenir. Bu kapsamda, sağlık sisteminin amaçları ile fonksiyonları birbiriyle uyumlu olmalıdır.



Şekil 2: Sağlık Sisteminin Yapısı, İlişkileri ve Fonksiyonu

Kaynak: Roemer (1991)'den yararlanılarak geliştirilmiştir.

Şekil 2’den anlaşılacağı üzere sağlık hizmeti, kaynaklar için diğer sosyal kurumlara bağımlıdır. Sistemin işlemesi için insangücü; sağlık sisteminin işleyişinde rol alan sağlık personeli ve gerekse de sağlık meslek erbabı olmayan ama sistemde yer alan insan kaynağı sistemin en önemli girdileridir. Sağlık sisteminin performansı en nihayetinde sağlık hizmetini sunmakla sorumlu bu insanların bilgisi, becerileri ve motivasyonlarına bağlıdır (WHO: 2000). Aynı şekilde, sağlık hizmetleri ekonomik desteğin kaynağına bağlı olarak işlemektedir. Hizmetin sunumunu belirleyen en temel hususlardan- dır. Finansman biçimi aynı zamanda bütün altyapı faktörlerini de etkilemek- tedir. Sağlık hizmet sunumu açısından, koruyucu ve tedavi edici hizmetler olarak ayrılabilirdiği gibi bireye yönelik ve topluma yönelik hizmetler olarak da ayrılabilir. Çevre ilaçlaması ve halkın sağlık eğitimi topluma yönelik ko- ruyucu hizmet olarak değerlendirilebilir. Sağlık hizmetleri örgütlenmesi ül- kenin genel ekonomik düzeyinden bağımsız değildir; sağlık sisteminin yapı- sal unsurlarının oluşturulması anlamında her düzeyde, gerek finansman ve gerekse de hizmet sunumunda farklı aktörlerin yer aldığı yapıyı ifade eder (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Sağlık sistemleri en dar kapsamıyla bile olsa ekonominin en büyük sek- törlerinden birisi haline gelmiştir. Ülkelerin Gayri Safi Yurt İçi Hasılasının % 3-10 arasındaki kısmı sağlık harcamalarına gitmektedir. 1990’lı yılların so- nunda ise, bu rakam dünyadaki toplam gelirim %8’i olarak hesaplanmıştır (ESSS, 2006). İnsan gücü olarak da Türkiye’de 2016 yılında 871.334 ve 2020 yılı sonu itibarıyla toplam 1.142.469 sağlık personeli bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Ayrıca, bu sayıların her geçen gün arttığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Sağlık sistemleri arasında karşılaştırma yapmak mevcut işleyen sağlık sistemlerinin anlamının en iyi yollarından biridir. Bu türden bir çalışma ise sistemlerin tanımlanması ve bunların kategorik olarak karşılaştırılmasıyla mümkündür. Politik karar vericiler ülkenin hangi sağlık sistem modeli için- de yer alacağına genel ekonomik ve siyasal düzey dâhil ve dışsal faktörlerin de etkisiyle karar vermektedirler. Verili durumlar ise dönüşümleri anlamak için analitik bir çerçeve sunmaktadır.

Sağlık Sistemi Modelleri

Sağlık sistemi modelleri, analiz edilen sağlık sistemi hakkında bir bakış açısı kazandırmaktadır. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında çok sayıda metot bulunmasına karşın bunların neredeyse tamamı tanımlayıcı düzeyde

kalmıştır. Dolayısıyla, henüz herkesçe kabul edilen bir sınıflandırma yapılmamıştır (Mechanic and Rohefort, 1996).

Sınıflandırmalarda ortak bir tipoloji geliştirilememesinin başlıca nedeni çalışma nesnesi olan sağlık sistemlerinin karşılaştırma yapmaya el verecek ortak özelliklerinin yakalanmasının güçlüklerinden ileri gelmektedir. Bunlar şöyle ifade edilebilir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:378);

- 1- Karşılaştırma sonuçları yanıltıcı olabilmektedir.
- 2- Karşılaştırma için kullanılan göstergeler için standartlar belirlenmemiştir.
- 3- Ülkeler için sosyo-ekonomik parametreler belirlemek güçlük arz etmektedir.
- 4- Ülkelerin sağlık sistemi tarihi, coğrafyası ve kültürel yapısına göre şekillenmektedir.

Bazı sağlık sistemi sınıflama modelleri, ülkelerin yer aldığı coğrafi bölgelerle sınırlı olarak da anılmaktadır. Örneğin, Beveridge ve Bismarck modelleri gibi sadece Avrupa bölgesi ülkeleri sağlık sistemlerinin finansal bakış açısıyla sınıflandırmasında kullanılır. Ancak tarihsel sıralama açısından öne çıkan sınıflandırma modelleri Terris (1978), Field (1980) ve Reoemer'in (1993) geliştirdikleri modellerdir.

Bu alanda ilk sınıflandırma Terris(1978) tarafından yapılmış olup üç farklı temel sistem tanımlanmıştır. Çalışmasında, bu sistemler altında yer alan nüfus ve ülkeleri de saymasına karşın bugün için aynı istatistiklerin geçerli olduğunu söylemek mümkün olmadığından örnek verilen ülkelere yer verilmemiştir.

a) Kamusal yardım sistemi: Sistem, vergiyle desteklenen kamuya ait sağlık tesisleri ile toplumun tüm kesimlerine sağlık hizmeti sunulmasını içerir. Sistem ve kurumlar, genel olarak düşük finansman, yetersiz arz nedeniyle ihtiyaca cevap verememe ve yetersiz işgücü gibi özelliklere sahiptir.

b) Sağlık sigortası sistemi: Hizmet başı ödeme yönteminin geçerli olduğu ve kamu ve özel veya üçüncü taraf sigortalarıyla sağlık hizmetlerinin finanse edilmesini içerir.

c) Ulusal Sağlık Sigortası: Toplumun bütün kesimlerine kamuya ait sağlık kuruluşlarında yine kamu çalışanları eliyle sağlık hizmetinin verildiği sistemdir.

Kuramsal açıdan daha gelişmiş ve detaylı kategorilerle sağlık sistemi sınıflandırmasının yapıldığı bir diğer tipoloji Field'in (1980) yaptığı çalışmada ortaya konmaktadır. Serbest piyasa yönelimi ve kamu ağırlıklı sağlık sistem-

leri şeklinde iki ana kategoriye ayırdığı sağlık sistemi tiplerini mesleki kuruluşlar, hekimlerin pozisyonu ve sağlık tesislerinin mülkiyeti gibi değişkenlerle tanımlamıştır. Ayrıca, bunu ideal tipler olarak kavramsallaştırmıştır.

Tablo 7: Field'in Sağlık Sistemi İdeal Tipleri

	Tip 1	Tip 2	Tip 3	Tip 4	Tip 5
Sağlık Sistemi	Düzensiz/ Az gelişmiş Ülke	Çoğulcu/Serbest Piyasacı	Sigorta/Sosyal Güvenlik	Ulusal Sağlık Hizmeti	Sosyalleştirilmiş
Genel Tanım	Sağlık, kişisel tüketim maddesi	Sağlık, ağırlıklı olarak tüketim malı veya hizmeti	Sağlık, sigorta kapsamında tüketim malı veya hizmeti	Sağlık, devlet destekli tüketim malı veya hizmeti	Sağlık, devlet destekli kamu hizmeti
Hekimlerin Pozisyonu	Bağımsız girişimci	Bağımsız girişimci ve çeşitli organizasyonların parçası	Bağımsız girişimci ve sağlık kuruluşu üyeleri	Bağımsız girişimci ve sağlık kuruluşu üyeleri	Kamu çalışanı ve sağlık kuruluşu üyeleri
Mesleki Kuruluşların Rolü	Güçlü	Çok güçlü	Güçlü	Oldukça güçlü	Zayıf veya yok
Tesislerin Mülkiyet Türü	Özel	Kamu ve Özel	Kamu ve Özel	Çoğunlukla Kamu	Tamamen kamu
Finansal transferler	Doğrudan	Doğrudan ve dolaylı	Çoğunlukla dolaylı	Dolaylı	Tamamen Dolaylı
Kamunun Rolü	Minimal	Desantralize/ Dolaylı	Merkezi/Dolaylı	Merkezi/Doğrudan	Toptan

Kaynak: Matcha'dan (2000:369) uyarlanmıştır.

Field'in (1980) sağlık sistemleri için geliştirdiği ideal tipler sınıflamada kolaylık sağlamasına karşın bu ideal tiplerin örtüştüğü sağlık sistemleri mevcudiyeti tartışmalıdır.

Bir diğer önemli çalışma ise Roemer (1993) tarafından yapılmış olup sağlık hizmetlerinde devletin piyasaya müdahalesi ve devletin üstlendiği sorumluluk esas alınarak sınıflandırmaya gidilmiştir. Çalışmasında, ilgili dönemde ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre devlet müdahalesinin hangi sağlık sistemi politikasına uygun düştüğü ayrıca belirtmiştir (1993:326). Buna göre;

a) Serbest piyasa tipi sağlık sistemi: Sağlık, liberal ekonomik sistemde serbest piyasa koşullarında özel sektörün ağırlıkta olduğu bir görünüme sahiptir. Girişimci sağlık sistemi olarak da görülen bu sistemde finansman, kişisel ödemeler veya isteye bağlı sigorta planları yoluyla sağlanmaktadır. Gelişmişlik düzeyi fark etmeksizin uygulanan bir sağlık sistemi olarak görülmektedir (Belek, 2009; Yıldırım ve Yıldırım, 2011; Çelebi ve Cura, 2013).

b) Refah yönelimli sağlık sistemi: Sağlık harcamalarının büyük kısmının devletçe sigorta fonlarından karşılandığı sağlık sistemidir. Kamu ve özel sektör sağlık hizmet sunucuları bir arada bulunmalarına karşın özel sektörün kamuya nazaran daha az payı bulunmaktadır (Belek, 2009; Yıldırım ve Yıldırım, 2011; Çelebi ve Cura, 2013).

c) Kapsayıcı/bütüncül tip sağlık sistemi: Sağlık hizmetlerinde finansman ve sunum ayrılmamıştır. Sağlık hizmetlerinin vergilerden karşılandığı ve bütün vatandaşların sosyal güvenlik şemsiyesi altında oldukları bir sağlık sistemidir. Sağlıkla ilgili bütün faaliyetlerin devlet tarafından yönetildiği söylenebilir. En belirgin örneğinin İngiltere’deki Ulusal Sağlık Sistemi olduğu söylenebilir (Belek, 2009; Yıldırım ve Yıldırım, 2011; Çelebi ve Cura, 2013).

d) Sosyalist tip sağlık sistemleri: Sağlık kurumlarının mülkiyetinin devlete ait ve sağlık çalışanlarının devlet görevlisi olduğu ücretsiz sağlık hizmeti sunulan sağlık sistemidir. Sağlık finansmanı merkezi bütçeden ayrılan payla yapılmaktadır. Sağlık sisteminin denetimi tamamıyla devletin elindedir. Halen yaşayan örneği olarak Küba Devleti sosyalist tip sağlık sistemine sahiptir. Daha önceleri Sovyetler Birliği’de bu kapsamda değerlendirilmekteydi (Belek, 2009).

Ülke sağlık sistemleri açısından sınıfların kesin bir biçimde birbirinden ayrılması her zaman mümkün olmamaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler için ara formların söz konusu olabileceği dikkate alındığında, Roemer’in (1993) modelinin bütün ara form sağlık sistemlerini kapsamadığı görülmektedir. Buna mukabil, kullanışlı bir analiz çerçevesi sunmaktadır.

Tablo 8: Refah ve Kontrol Düzeylerine Göre Sağlık Sistemleri
Hükümet Kontrolünün Derecesi

	Desantralize	←	→	Merkezileştirilmiş	
Ülkelerin Ekonomik Düzeyi	Desantralize, Özel Sigorta ve Özel Sektör	Ulusal Sigorta, Özel Sektör ve Düzenlenmiş Hizmetler	Ulusal Sigorta, Kamu, Özel Sektör ve Düzenlenmiş Hizmetler	Ulusal Sigorta, Kamu ve Düzenlenmiş Hizmetler	Ulusal Sigorta ve Sağlık Hizmeti Kamu Eliyle Verilmekte
Varlıklı	ABD	Almanya Kanada	_____	İngiltere ve Norveç	Eski Doğu Almanya
Zengin ama Gelişmiş	_____	Libya (savaş öncesi)	İspanya	Kuveyt	_____
Orta Düzey Mütevazı ama Gelişmiş	Tayland	Brezilya	Türkiye	İsrail	Küba
Yoksul	Gana	Hindistan	-----	Tanzanya	Çin

Kaynak: Roemer (1993:326) ve Light(2001)’den yararlanılarak geliştirilmiştir.

Tablo 8’ de merkezi otoritenin (Devletin veya Hükümetin) kontrol derecesi ve devletin üstlendiği sorumluk bağlamında sınıflandırma yapılmıştır. Her bir sınıflandırma ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre karşılık bulmaktadır. Ancak Türkiye ve İspanya sağlık sistemi modeli eklediğimiz bir başka kategoride kendisine yer bulabilmiştir. Burada yer verilmeyen ülke sağlık sistemleri de ara formlarla kendisine bu tablonun bir başka satırında yer bulabilecektir.

Avrupa Kıtası Sağlık Sistemleri

Bütün sağlık sistemleri finansman açısından değerlendirilebilir olmasına karşın model olarak Avrupa Birliği üye ve aday ülkeler sağlık finansmanı açısından diğerlerinden ayrı bir şekilde ele alınmaktadır. Avrupa ülkeleri sağlık modelleri Beveridge (vergilerle finanse edilen sağlık sistemi-Ulusal Sağlık Sistemi) ve Bismarck (toplanan primlerle finanse edilen sağlık sistemi) gibi finansman kaynağı açısından sağlık sistemlerini iki uçta toplamaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011; Belek, 2009; Öztürk ve Karakaş, 2015).

a) Bismarck Modeli (Sosyal Güvenlik Sistemi)

Bismarckçı sağlık sistemi ilk kez Almanya’da 1883 yılında kurulmuştur. Bismarck zorunlu sosyal sigortayı kurumsallaştırmıştır. Sosyal Güvenlik Sistemi modeli olarak da adlandırılan bu modele göre kapsam açısından çalışanlar dikkate alınıyor olup nüfusun aktif olmayan kısmı ise çalışanların ödedikleri primler vasıtasıyla sağlık sisteminden yararlanmış olmaktadır.

- Finansman, işveren ve çalışan primleri yanı sıra kısıtlı da olsa devlet katkısından meydana gelmektedir.
- Sağlık hizmetleri sunumunda farklı (kamu ve özel) sunucular bulunmaktadır.
- Sağlık hizmetleri, sigorta kuruluşları ve hizmet sunucular arasında yapılan sözleşme ve sigorta planlarına göre verilmektedir.
- Birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetleri için sevk uygulaması bulunmaktadır.
- Sisteme yapılan genel bütçe katkıları eğitim, araştırma ve halk sağlığı hizmetleri için yapılmaktadır.

b) Beveridge Modeli (Ulusal Sağlık Hizmetleri)

2. Dünya savaşı ertesinde İngiltere ulusal sağlık sistemi tasarımı yapılmıştır. Modelin kuruluşu William Beveridge tarafından yapılmış olup sağlık hizmetinin vergiye dayalı finanse edilerek halka sunulmasını içermektedir.

Evrensel model olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri, güvenlik, yol ve köprü gibi bir kamu hizmeti olarak değerlendirilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011; Yurdadoğ, 2006; Daştan ve Çetinkaya, 2015; Öztürk ve Karakaş, 2015).

- Bütün vatandaşlar sistem kapsamında olup başkaca bir şart aranmamaktadır.
- Sağlık hizmet sunumu kamu tesisleri ağırlıklıdır. Sağlık kuruluşlarının büyük çoğunluğu devlete aittir.
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda yönetim biçimi olarak desantralizasyon tercih edilmiştir.
- Sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır.
- Sağlık hizmetlerinde temel teminat paketi oldukça geniştir.
- Hastalar, bazı tedaviler için katkı payı ödemektedirler.
- Aile hekimliği sistemi vasıtasıyla sevk sistemi uygulanmaktadır.

Tablo 9: Beveridge ve Bismarck Modelleri

Beveridge	Bismarck
Genel vergiler finanse edilmekte	Alınan ücretle bağlantılı primler
Genel kapsamlı	Sağlık sigortasına göre veya özel durumlara göre
Kamu alt yapısı	Kamu ve Özel
Hekimler maaşlı çalışmaktadır	Bağımsız hekimler ve hizmet başı ödeme
Devlet müdahalesi yaygın	Devlet organize eder ancak işletmez
Merkezi planlama söz konusudur ve hükümet tarafından yapılır	Kompleks bir yapı olup çok sayıda paydaş bulunur

Kaynak: Yıldırım ve Yıldırım, (2011:383)

Türkiye Sağlık Sistemi Modellemesi

Bir ülkenin sağlık modelinin hangisi olacağı o ülkenin tarihi geçmişi, sosyo-ekonomik düzeyi ve sosyo-politik yapısından bağımsız değildir. Dolayısıyla, Türkiye'ye ilişkin yapılacak değerlendirme geçiş aşamasında bir sağlık sistemi olduğu ve reform süreci henüz tamamlanmadığından her halükarda eksik bir analiz olacaktır. Bu nedenle, şimdiye kadar yer verilen modeller açısından Türkiye'nin bulunduğu durum analiz edilmiştir.

Cumhuriyet dönemi Türkiye'sinin 1980'li yıllara kadar olan kısmında genel olarak finansman ve hizmet sunumunda kamu sektörü esas alınmaya çalışılmıştır. Bununla birlikte, bütün dönemlerde özel muayenehanecilik ve kısmen özel hastane yapıları bulunmaktadır. Ancak, bu yapılar

hiçbir zaman kamudan daha fazla olacak şekilde sistemde yer kaplamamıştır (Dalda, 1994).

Günümüz Türkiye’inde sağlığın finansmanı açısından karma bir sistem uygulanmaktadır. Bugün için kaynaklar açısından mevcut durum; vergilerle, yani merkezi bütçenin katkılarıyla sağlanan finansal fonlamanın yanı sıra toplanan primlerden/sosyal güvenlik kurumu kaynakları, cepten yapılan harcamalar ve özel sağlık sigortası kurumlarınca aktarılan kaynaklar olmak üzere birkaç kaynak söz konusudur. Ancak gerek birinci basamak ve gerekse ikinci-üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde “ikili finansman sistemi” (Böhlke ve Diğerleri, 2011) türünden bir mekanizma söz konusudur. Buna göre, operasyonel giderlerin kaynağı Genel Sağlık Sigortası-SGK ve diğer devlet memuru personelin ücretleri ve genel yatırımlar gibi giderlerin kaynağı ise merkezi yönetim bütçesi olmaktadır.

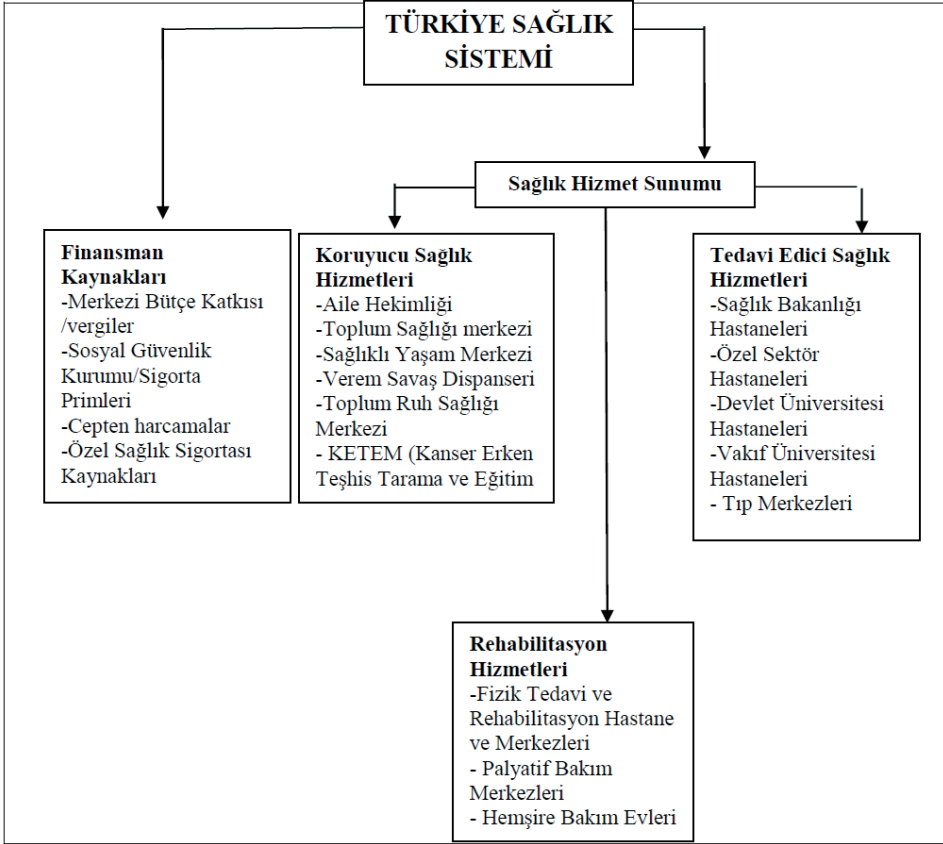
Sağlık hizmetlerinin sunumu açısından karma bir sistem uygulanmaktadır. Birinci basamakta, kamu ağırlıklı olmak üzere aile hekimliği esaslı koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir. Buna göre, ülke genelinde aile hekimliğine geçilen 2010 yılı öncesine kadar sosyalleştirme kanunu çerçevesinde yine ücretsiz temel sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu sağlık hizmetleri verilmekteydi. Birinci basamak sağlık hizmetleri genel itibarıyla ücretsiz olarak verilmiştir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri sektörü açısından durum benzer özellikler taşımaktadır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastaneleri, kamu ve vakıf üniversitelerine bağlı tıp fakültesi araştırma ve uygulama merkezi hastaneleri, özel hastaneler ve tıp merkezleri olmak üzere karma bir sağlık hizmet sunumu söz konusudur.

Tablo 10: Karşılaştırmalı Sistemler Açısından Türkiye Sağlık Sistemi

Değişkenler	Terris Modellemesi	Field Modellemesi	Roemer Modellemesi	Finansman Modellemesi
Sağlığın Finansmanı	Sağlık Sigortası Modeli	Sigorta/ Sosyal Güvenlik	Kapsayıcı tip S.S.	Bismarck
Koruyucu Sağlık Hizmetleri Sunumu	Ulusal Sağlık Sistemi	Sigorta/ Sosyal Güvenlik	Refah Yönelimli S.S.	Beveridge
Hastanecilik Hizmetleri/ Hastaneler	Sağlık Sigortası Sistemi	Sigorta/ Sosyal Güvenlik	Refah Yönelimli S.S.	Beveridge-Bismarck
Hekimler	Sağlık Sigortası Sistemi	Ulusal Sağlık Hizmeti	Refah Yönelimli S.S.	Beveridge-Bismarck
Ana hizmet Sunucuları	Sağlık Sigortası Sistemi	Ulusal Sağlık Hizmeti	Refah yönelimli S.S	Bismarck
Sağlık Hizmetlerinin Kapsayıcılığı	Ulusal Sağlık Sistemi	Sigorta/ Sosyal Güvenlik	Refah yönelimli S.S	Bismarck
Sağlık Tesislerinin Mülkiyeti	Sağlık Sigortası Sistemi	Sigorta/ Sosyal Güvenlik	Refah yönelimli S.S	Bismarck
Sağlık Hizmeti Sunumunda Kamunun rolü	Sağlık Sigortası Sistemi	Sigorta/ Sosyal Güvenlik	Refah yönelimli S.S	Beveridge-Bismarck

Tablo 10'dan anlaşıldığı üzere Türkiye geçiş döneminde olup birçok modelin özelliklerini uhdesinde taşımaktadır. Birçok modelin değişkenleri aynı tabloda bir araya getirilerek Türkiye üzerinden modellerin çıkışan yönleri bulunmaya çalışılmıştır. Ancak, karşılaştırmalı sağlık sistemleri açısından bir ülkenin hangi modele oturtulacağı her zaman için güçlük arz etmektedir. Konu ile ilgili literatürde sağlık sistemi modellerinin her birinin ideal tipler olduğunu ve dolayısıyla birebir uyumun beklenmemesi gerektiği belirtilmektedir (Belek,2009; Yıldırım ve Yıldırım, 2011).



Şekil 3: Türk Sağlık Sistemi Finansal ve Hizmet Sunum Modeli

Sağlık Hizmetlerinin ve Sağlık Politikasının Tarihsel Gelişimi

Modern bilimsel tıbbın geçmişi iki yüzyıldan daha azdır. Tıp tarihinde en anlamlı ilk gelişme ise, 1798 yılında çiçek aşısının bulunmasıdır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme evrimi incelendiğinde ise hizmetlerin türü ve gelişiminin, bireylerin talepleri, kurumsallaşma, kültür ve ekonomik özellikler gibi pek çok etken tarafından belirlenmiş olduğu ve her toplumda farklı bir şekilde yandığı görülmektedir (Sur, 1998). Dolayısıyla, sağlık hizmetleri örgütlenmesinde standart ve her yerde görülebilen türde bir model olmamakta ancak benzer yönler bulunabilmektedir. Bu da bürokratik örgütlenmelerin tabiatından kaynaklanan benzerlikler olmaktadır. Sanayi devriminin gerçekleştiği 1850-1920 yılları arasında sağlık hizmetleri büyük ölçüde kentleşme, sanayileşme ve nüfus hareketlerinden etkilenmiştir. Bu dönemde hastalık ve bilim konusundaki yargıların değişmesi, sağlık alanında işbölümü ve uzmanlaşmanın artması, sigortacılığın ortaya çıkması gibi etkenler her ülkenin özgün sağlık sistemi sahipliğiyle sonuçlanmıştır.

Yeni ilaçların bulunması, anestezi maddelerin kullanımı ile cerrahinin gelişimi ve görüntülemeye röntgen kullanımı ve kısmen laboratuvar imkânlarının oluşması ile sağlık hizmeti veren örgütlerin gerekliliği artmıştır. Tedavi edici hizmetlerde yaşanan gelişmelerin yanı sıra, toplumdaki alt yapı hizmetleri ve belediyeçilik anlayışı içinde yer bulan su sanitasyonu, çöp toplama ve atıkların uzaklaştırılması gibi gelişmeler yanında toplum sağlığı açısından hastalıkların aşı ile önlenmesi gibi çalışmalar koruyucu sağlık hizmetlerinin de örgütlenmesine farklı bir boyut getirmiştir. Diğer alanlarda gelişen yönetim usulleri ve bilgi birikimi sağlık hizmetlerinin yönetiminde de kullanılmaya başlanmıştır. Böylelikle sağlık alanındaki hizmet sunumu ve burada rol alan meslek gruplarının eğitimleri kurala bağlanmaya başlamıştır. Türkiye’de ise, 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile sağlıkla ilgili mesleklerin şartları ve kuralları belirlenmiştir.

Tarihsel olarak Türkiye’de sağlık hizmetlerinin modern manada örgütlenmesi 1920’de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kurulmasıyla başlamış olduğu kabul edilebilir. Ancak öncesinde, sağlık hizmetlerini tarihsel olarak Osmanlı ve Cumhuriyet dönemi şeklinde ayırmak örgütlü olması, bilimsel temellere dayanması ve lisanslı hekimlerce hizmet verilmesi gibi yapısal farkların açısından önem arz eder (Kasapoğlu, 2016).

Osmanlı döneminde, merkezde hekimbaşılar, taşranın bir kısmında ise Darüşşifa denilen hastaneler bulunmaktadır. Hekimbaşı, bugünkü Sağlık

Bakanı gibi görev yapmaktaydı. Hekimbaşılık bazı kayıtlara göre Fatih döneminde (1432-1481) kurulmuştur. Yaklaşık 380 yıl sürmüş olup, bu süre içinde 46 hekimbaşı görev yapmıştır. 1849'da hekimbaşılik kaldırılarak Mektebi Tıbbiye Nezareti (Tıp okulu Bakanlığı) kurulmuştur.

Sağlık hizmetlerini yürütme görevi 1914 yılında ilk olarak Dahiliye Nezaretine (İçişleri Bakanlığı) bağlı bir genel müdürlük (Sıhhiye Müdüriyeti Umumiye) düzeyinde iken TBMM hükümeti kurulduktan sonra 3 Mayıs 1920'de Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuştur.

Cumhuriyet Döneminde Sağlık

Tanzimat sonrası batılılaşma çabaları neticesinde sağlık hizmetleri sunumunda gelişme kaydedilmiş ve geniş halk kesimlerine sağlık hizmeti verilmeye çalışılmıştır. Bu çalışmaların devamında 1920 yılında kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Osmanlı bakiyesi olmasına karşın TBMM hükümetince kurulduğundan Cumhuriyet dönemi içinde ele alınmaktadır. Nitekim Sağlık Bakanlığı web sitesinde benzer şekilde 1920-1923 tarihleri arası sağlık politikaları dönemi tanımlanmıştır. Bu çalışmada, sağlık politikaları dönemlere göre sınırlandırılmıştır.

Birinci Dönem (1920-1923) Sağlık Politikaları

TBMM'nin ilk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar'ın atandığı bu bakanlıkta henüz eskiden kalmış mevzuat dışında çağın ihtiyaçlarını karşılayacak ve merkez ve taşra örgütlenmesini düzenleyecek ve de mesleklerin icrasını düzenleyecek yasal mevzuatın bulunmayışı nedeniyle daha çok mevzuat geliştirmeye uğraşmıştır. Ayrıca, bu dönemde sağlık hizmetlerinin durumuyla ilgili düzenli kayıt tutma fırsatı imkânı bulunamamıştır. Bu dönemde savaştan çıkan ülkenin yaralarının sarılması ve mevzuatın oluşturulması temel hedef olarak görülmüştür.

İkinci Dönem (1923-1938) Sağlık Politikaları

Bu dönemin ilk Bakanı olan Dr. Refik Saydam döneminde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ile ilgili adımlar atılmıştır. 1923 yılında, Türkiye sağlık hizmetleri, 86 adet hastane, 6.437 yatak, 554 tabip, 4 hemşire, 560 sağlık memuru, 136 ebe ve 69 eczacı ile veriliyordu. Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiş olup kaynakların önemli bir kısmı sık görülen

ve mortalitesi (ölüm oranı) yüksek hastalıkların kontrolü için harcanmıştır. Sağlık hizmetlerinde örgütlenme anlayışına yeni bir boyut kazandırılmıştır. İl düzeyinde sağlık müdürlükleri ve ilçe düzeyinde hükümet tabiplikleri şeklinde örgütlenmeye gidilmiş ve ayrıca belli başlı sağlık sorunları (frenji, trahom, sıtma savaşı gibi) için farklı örgütler kurulmuştur. Tedavi edici hizmetler konusu ise yerel yönetimlere bırakılmıştır ancak, öncülük ve örnek teşkil etmesi için 5 ilde Numune Hastanesi açılması sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Refik Saydam dönemi, sağlık politikaları açısından koruyucu sağlık hizmetleri alanında önemli atılımların yaşandığı yıllar olmuştur. Çalışanların iyi ücret almak istemesi halinde koruyucu hizmetlere yönelmesi sağlanmış ve sağlık personelinin özlük haklarının iyileştirildiği bir dönem olmuştur. Var olan tek tıp fakültesinin cazibesinin artırılması amacıyla öğrencilerin neredeyse bütün giderleri karşılanmış olup 554 olan tabip sayısının 1930'da 1182'ye ve 1940'ta ise 2387'ye çıkmasını sağlamıştır. Koruyucu hizmetlerde yer alan ebe ve hemşire sayısının azlığı yanı sıra o koşullarda görev alacak kadınların sahadaki çalışma koşullarının zorluğu nedeniyle erkek personel olarak sağlık memuru yetiştirilmesi öncelenmiştir (Sur, 1998).

Bugünkü Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının temelleri, 1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ve 1936 yılında kanunlaşan 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu ile atılmıştır. 1928 yılındaki 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve 1933 tarihli 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu gibi halen yürürlükte olan kanunlar bulunmaktadır. Refik Saydam döneminde ayrıca bilimsel çalışmalar yapmak üzere Hıfzısıhha Mektebi (1935) açılmıştır. Bulaşıcı hastalıklarla (trahom, frenji, sıtma, verem, vb) mücadele başlatması ve tedavi edici hizmetlerin yerel yönetimlerce yapılması gibi temel yaklaşımları bu dönemin temel özelliği olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin öne çıkarılması sonucunu doğurmuştur. Tedavi edici hizmetlerin hükümetler eliyle yürütülmesi konusu çoğunlukla kapsam dışı tutulmuştur (Kasapoğlu 2016; Sur, 1998; Akdur,1999; Otçu, 2001). Bu dönemin ayırıcı özelliği olarak, sağlık hizmeti, devletin asli görevi olarak kabul edilerek ülke genelinde denetimi de Sağlık Bakanlığı uhdesine alınmıştır.

Üçüncü Dönem (1938-1960) Sağlık Politikaları

Önceden temelleri atılmış olan sağlık hizmetlerinin geliştirildiği ve yeni sağlık politikalarının geliştirildiği bir dönem olmuştur. Ayrıca, aynı dönemde dünyada da benzer şekilde düzenlemelerin hayata geçirilmesi söz ko-

nusudur (Özsarı, 1998). Bu dönemde gelişmelerin başında 1945 yılında İş Sigortaları Kurumunun kurulması ve bu kurumu 1952 yılında kendine bağlı hastane ve diğer sağlık kuruluşlarını çalıştırmaya başlaması ve işçilere sağlık hizmeti vermesi gelmektedir. Bu dönemin sağlık alanında önemli yansımaları olmuştur. Refik Saydam'ın başlattığı sağlık hizmetinin ve personelinin istihdamı dâhil tek elden yürütülmesi ilkesinin de dışına çıkıldığı bir dönem olmuştur. 1953 yılında da Emekli Sandığı'nın kurulmasıyla birlikte memurlar da devlet sigortası altında sağlık hizmeti almaya başlamışlardır. Bu çerçevede, Türkiye'nin birçok yerinde 5 ila 25 yataklı sağlık tesisi kurulmasına geçilmiştir (Kasapoğlu, 2016; Sargutan, 2018).

Bu dönemin belirgin özelliklerinden birisi olarak, hastanecilik hizmetlerine ağırlık verilmiş ve koruyucu hizmetler tedavi edici hizmetlere göre ikinci planda kalmıştır. Örneğin, sağlık insan gücü yetiştirilmesi ve özellikle hekim dışı sağlık personeli açısından yeterli adımlar atılmamıştır.

Tablo 11: Türkiye Nüfusu ve Mevcut Sağlık Personeli Sayısı

Yıllar	Ülke Nüfusu(Milyon)	Hekim	Hemşire	Ebe
1935	16.158	1243	325	451
1940	17.821	1500	405	616
1945	18.790	1945	409	806
1950	20.947	3020	721	1285
1955	24.065	7077	1525	2001
1960	27.755	8214	1658	3219

Kaynak: DİE İstatistik göstergeler 1923-1995, Ankara 1996

Sağlık Bakanı olarak görev yapan Behçet Uz, 1946 yılında kendi bakanlığı sırasında ilk defa planlı sağlık hizmetleri döneminde geçmeyi hedeflemiş olup "Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı" adı altında koruyucu hekimlik örgütü kurulması, köylerde sağlık teşkilatı kurulması, ihtiyaca göre sağlık personelinin yetiştirilmesi, hastaneler ve sağlık kuruluşlarını modernize etmek ve ülke genelinde yeni sağlık tesisleri açmak gibi hedefler belirlenmiştir. Bu işlerin finansmanı için ise, Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları kurulması öngörülmekteydi. Türkiye sağlık bölgelerine ayrılacak ve bölgesel bazda sağlık yatırımları planlanacaktı. Kamuya ait tüm sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı uhdesine alınması ile kaynak kullanımı noktasında verimlilik sağlanması hedeflenmişti. Ancak, Behçet Uz Bakanlık görevinden ayrılınca bu plan hayata geçirilmemiştir.

1950'li yıllarda, Demokrat Parti döneminde muayene ve tedavi evleri uygulaması altında sağlık merkezleri kurulmaya başlanmıştır. 1960 yılına

gelindiğinde sağlık merkezlerinin sayısı ülke genelinde 300'e yaklaşmıştır. İkinci dünya savaşı sonrası koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri bu merkezlerde bütünleşik biçimde verilmeye başlanmıştır. Hastanelerde yürütülen hizmetler ve sağlık personelinin hizmet içindeki yerinin önemine binaen ülke genelinde sağlık teşkilatındaki yönetsel ayrıklığın giderilmesi amacıyla (bazı büyükşehirler hariç olmak üzere) hastaneler yerel yönetimlerden (belediyeler ve il özel idareleri) alınmıştır (Özsarı, 1998). Belediyeden alındıktan sonra buradaki sağlık harcamaları genel bütçeden karşılanmaya başlanmıştır. Bununla birlikte, SSK hastanelerinin kendi sigortalılarına hizmet vermek üzere sağlık kuruluşu ve hastane açması devam etmiştir (Bu durum 2005 yılına kadar devam edecektir). Gerek ücret düzeylerinin yüksek oluşu ve gerekse şehirlerin sağlık çalışanlarına cazip gelmesi sonucu sağlık personelinin hastanelerde çalışmayı tercih etmesi sonucu koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli sorunlar yaşanmaya başlamıştır. Bu dönem politikaları sonucunda özel sektörün sağlık kuruluşları açması teşvik edilmiş olduğundan mevcut dönemde kamu kaynaklı sağlık hizmetlerindeki belirsizliklerin arttığı belirtilmiştir (Kasapoğlu, 2016).

Bu dönemde, UNİCEF ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşlardan destek ve danışmanlık alınmıştır. Böylece Ana ve Çocuk Sağlığı Teşkilatı kurulmuş ve ülke genelinde örgütlenmesi sağlanmıştır. Türk Tabipler Birliği Kanunu (1953), Hemşirelik (1954) kanunları gibi önemli kanunlar çıkarılmış ancak Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilememiştir.

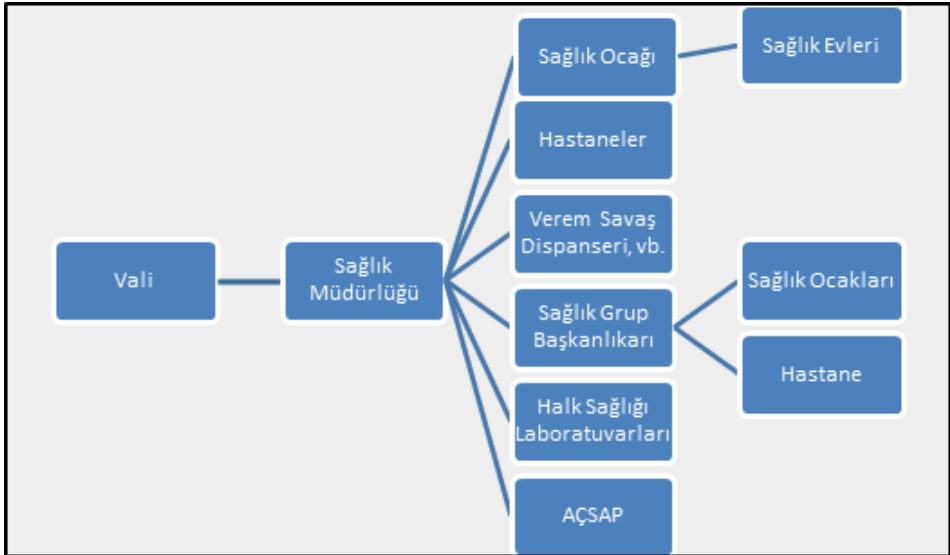
Dördüncü Dönem (1960-1980) Sağlık Politikaları

27 Mayıs 1960 tarihinden sonra kurulan ihtilal hükümeti öncelikleri arasına sağlık hizmetlerini almıştı. Bu çerçevede, 1961 Anayasası'nda 48. ve 49. Maddeler ile sağlık hizmetleri devletin vatandaşlarına karşı bir yükümlülüğü haline getirilmiştir. Ayrıca, bu kanuni düzenleme ile sağlık hizmetlerinde kamu kurumlarının güçlendirildiği ve özel girişimlerin sektöre hâkim kılınmasının da kısmen önüne geçildiği belirtilmektedir (Akdur, 2018). Anayasanın ilgili maddeleriyle ülkenin vatandaşlarına sosyal güvenlik ve sağlık hakkını tanınmış olmaktaydı. Ayrıca, sağlık hakkına Dünya Sağlık Örgütü tanımıyla uyumlu olacak şekilde vurgu yaparak devletin yükümlülüklerini belirlemiştir.

Bu dönem, Türkiye'nin planlı kalkınma dönemi olup henüz kurulmuş bulunan Devlet Planlama Teşkilatı eliyle beş yıllık kalkınma planı hazırlanmıştır. Bu planda Refik Saydam dönemine benzer şekilde halk sağlığı hizmet-

leri önem kazanmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçası olarak değerlendirilerek yüksek maliyetli olarak değerlendirilen hastane kurulmasının yerine sağlık ocağı örgütlenmesine gidilmiş böylelikle sağlık hizmetinin tabana yayılması amaçlanmıştır. 1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile hükümet tabiplikleri yerine sağlık ocaklarının kurulması resmileştir. Sağlık ocaklarının yaygınlaştırılmasında ve kurulmasında nüfus esas alınmıştır. Öte yandan, 1970’li yıllarda dünyada ekonomik açıdan neoliberal akımlar etkili olmuş ve bunun Türkiye’ye yansımaları da gecikmemiştir. Bu görüşlerin geçerlilik ve hız kazanmasıyla da sosyalleştirme politikasından farklı uygulamalar da boy göstermiştir. Bununla birlikte, organizasyonel olarak yasada sosyalleştirme çalışmaları için son tarih olarak görülen 1992 yılından önce örgütlenme çalışmaları sonlanmıştır. Bu çerçevede, Muş ilinde başlayan uygulama 1979 yılında 45 ile yaygınlaşmış ve 1982 yılında 53 ile yayılmış ve 1983 yılındaki son düzenlemelerle tüm ülkede hayata geçirilmiştir (Sur, 1998; Akdur, 2018; Kasapoğlu, 2016).

Bu dönemde, sağlık personelinin il emrine ataması yapılarak yerinden yönetim ilkesi uygulanmaya çalışılmıştır. Oldukça anlaşılır bir yönetim modeli öngörülmüştür. İl idareleri ilde ihtiyaç duydukları sağlık kuruluşunda sağlık personelinin istihdamına karar verebileceklerdi. 224 sayılı yasanın taşıraya yansıyan örgütlenme modeli aşağıdaki şekil 4’te gösterilmektedir.



Şekil 4: 224 Sayılı Yasanın Yerel Hiyerarşik Örgütlenme Şeması

Kaynak: 224 sayılı kanundan yararlanarak geliştirilmiştir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi kanunu; eşit ve sürekli hizmet, kademeli ve ekip hizmeti, Nüfusa göre uygun hizmet ve katılımlı ve öncelikli hizmet gibi bir dizi hizmet ilkelerini içinde barındırmaktadır. Ayrıca, bu kanunla sağlık teşkilatı ve halk arasında doğrudan fikir alışverişinde bulunulacak şekilde sağlıkla ilgili çeşitli kararların hayata geçirilebileceğini içeren hükümler getirilmiştir. Bu da kendi dönemine göre oldukça yenilikçi bir yaklaşım olarak görülmektedir. Sağlık örgütlenmesinde nüfus esaslı örgütlenmeye gidilmiş ve her sağlık ocağı bölgesine 5 ila 10 bin arası nüfus tanımlanmıştır. Ayrıca, her sağlık ocağına en az bir hekim ve yeteri kadar sağlık personeli verilmesi öngörülmüştür. Sağlık Ocağı kendi bölgesindeki nüfusun bağışıklama, su sanitasyonu ve koruyucu ve tedavi edici diğer sağlık hizmetlerinden sorumlu olacaktı. Ayrıca, bağlı köy nüfusu için gezici sağlık hizmeti ve tüm bağlı nüfusa yönelik hane halkı tespit fişleri düzenlenmekteydi. Böylelikle sağlık personeli ve halkın doğrudan iletişim kurması söz konusu olmaktadır.

Ancak Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi çalışmaları devletin hizmet sunumunun büyük bir kısmından çekilmesi gerektiği anlayışını benimseyen neoliberal yaklaşımların tesiri, ülkemizde sisteme yeteri kadar sahip çıkılmaması ve personel ihtiyacının tam olarak karşılanamaması gibi nedenler yanında çalışan personelin özlük haklarının iyileştirilmesinin sonucu hekimlere özel muayenehane açılması hakkı verilmesiyle birlikte sistemin yürütülmesinde zorlanıldığı görülmüştür. Özellikle finansman desteği açısından sorunların yaşanmasıyla birlikte sistemde tökezlemeler başlamıştır. 29.06.1978 tarihinde kabul edilen 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile sistemde iyileşme gözlendiyse bile bu yasa 1980 ihtilali sonrasında kaldırılmıştır. Kâğıt üzerinde tamamlanan sosyalleştirme çalışmalarının arzu edilen seviyeye ulaşamamış olduğu belirtilmektedir (Akdur, 2018; Sur, 1998; Kasapoğlu, 2016).

Beşinci Dönem (1980-2002) Sağlık Politikaları

Bu dönemde, kamu, özel, vakıf ve üniversiteler gibi birçok kurumca sağlık hizmeti sunulduğu ve örgütlenme modelinin karmaşık olmasına rağmen merkeziyetçiliğin devam ettiği görülmektedir. Öte yandan, 224 sayılı sosyalleştirme kanunu yürürlükte olduğu halde aynı alanı düzenleyen farklı mevzuatların varlığı yasanın uygulanabilirliğini akamete uğratmıştır. İlk yasal çalışmalardan biri teşkilat yasasının çıkarılması olmuştur. 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" yerine teşkilatın adı "Sağlık Bakanlığı" olarak değişmiştir (Kasapoğlu, 2016).

Kanuna göre Bakanlığın amacı; ülkede yaşayan herkesin yaşamının sağlık içinde devam etmesini sağlamak, ülkedeki genel sağlık koşullarını düzeltmek, toplum sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerle mücadele etmek ve ülkede yaşayan halka sağlık hizmetini ulaştırmak, sağlık sektöründe planlamanın tek elden yapılarak hizmet sunulmasını sağlamak olarak belirtilmiştir. Bunun için merkez ve taşra örgütlenmesine gidilmektedir.

1980 sonrası dünyada yaygınlaşan neoliberal akımlar ve değişen makro-ekonomik politikalar ve sağlık alanına özgü sorunlar neredeyse birçok ülkeyi özelleştirme uygulamalarına veya devletin küçültülmesi seçeneğiyle başa bırakmıştır (Ağartan, 2007). Böylece ülkelerin kamu sektörleri için yeniden yapılanma veya reform arayışları boy göstermiştir. Sağlıkta reform arayışı da bu süreç ertesinde kendine yer bulmaya başlamıştır. Türkiye’deki sağlık reformunun başlangıcı ise, 1986 yılında Dünya Bankası’nın yaptırdığı “Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması”dır. Bunun yanında, sağlık alanında 2000’lerin başına kadar neoliberal kuralların geçerli olduğu, kamu sağlık kuruluşları için gider bütçesi ve yatırım bütçesinde azaltmaya gidildiği ve bu nedenle kamu hizmetlerinde olumsuzluklar yaşandığı ancak özel sektör için teşvik ve kolaylıkların sağlandığı belirtilmektedir (Etiler, 2015).

Dünyada 1970’li ve ülkemizde 1980’li yıllardan itibaren ekonomik sorunlar yaşamın her alanında belirginleşmiştir. Sorunların çözümü için IMF veya Dünya Bankası vasıtasıyla gelecek kredilere başvurulmuştur. Krediler, ülkelere yapısal uyum programları/standby anlaşmaları çerçevesinde verilmektedir. Bu anlaşmalar, ülkelere belirli şartlar altında kredinin verileceğini bağtlar; örneğin, sosyal güvenlik harcamalarının azaltılması, kamuya ait kurumların özelleştirilmesi, kamuda çalışanların maaşlarının azaltılması gibi şartların yerine getirilmesi beklenir. Türkiye ilk kez 1961 yılında IMF ile anlaşma imzalamasına karşın, 1981 yılında da yine yapısal uyum programına katılarak IMF ve Dünya Bankasından kredi almıştır (Erdoğan, 2007).

Bu dönemin bir diğer ayırt edici yönlerinden birisi de Devletin sağlık ve sosyal güvenlik hakkına bakışındaki değişim olmuştur. İhtilal hükümeti ile birlikte 1982 anayasası sağlık hakkı ve sosyal güvenlik hakkı konusunda vatandaşa da sorumluluklar yüklemiştir. Sağlık devletin bizatihi sorumluluğunda olmaktan çıkarılmıştır (Kasapoğlu, 2016; İleri ve diğerleri., 2016). Öte yandan, 1983 yılında Anavatan Partisi hükümetince 1986 yılından itibaren Sosyal yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu kapsamında sigortasız ve de yoksul kimselerin devlet hastanelerindeki sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaları yönünde düzenleme yapıldı.

Ekonomik paketler ve kamunun sağlık hizmetleri sunumundaki yerini küçültmesi veya özel sektöre daha fazla alan açması anlamına da gelecek reform çalışmaları bu dönemde belirgin hale gelmiştir. Bu amaçla, 1990 yılında “Sağlık Sektörü Master Plan Etüd Çalışması” Behçet Uz döneminden sonra en kapsamlı sağlık reformlarının paket halindeki başlangıcını oluşturmuştur.

1990 yılındaki Reform çalışması, Devlet Planlama teşkilatı ve iki danışmanlık şirketi arasında yapılan bir anlaşmayla gerçekleştirilmiştir. Master Plan Etüdünün raporunun başlıca özellikleri:

- 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu göz önünde bulundurularak sektörün gelişmesi ile ilgili hükümetin tercihlerini belirlemek,
- Koruyucu sağlık hizmetlerini temin eden etkili yaygın eşit ve ulaşılabilir ve mali yönden yaşayabilir bir sistem oluşturmak,
- Sektörün faaliyet önceliklerini belirlemek,
- Sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması,
- Sağlık kuruluşlarının mülkiyetinin yerel idareler devredilmesi veya bağımsız birer işletmeye dönüştürülmesi. Ancak, personel konusunun nasıl çözüleceği hakkında net bir öneri bulunmamaktadır.
- Yöneticiler için performansa göre ödeme yapılması gerektiği,
- Sağlık idaresinin yerele devri

gibi kısmen sorunları tam çözüme kavuşturmayan-palyatif tedbirleri önerdiği görülmekle birlikte en önemli önerisi hastanelerin birer işletmeye dönüştürülmesi olmuştur.

1990’lı yıllarda ulusal sağlık kongreleri düzenlenmiş olup sağlık reformları için temeller atılmıştır. Bunun yanında, 18.06.1992 yılında 3816 sayılı yasa ile sosyal güvencesi olmayıp ayrıca prim ödeyebilecek durumda olmayan düşük gelir düzeyine sahip vatandaşlar için genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar vatandaşın sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması uygulamasına geçilmiştir. Bu amaçla vatandaşa yeşil kart sağlık karnesi verilmekteydi. Böylece, ekonomik anlamda güçlü olmayan vatandaşların sınırlı da olsa sağlık hizmetlerinden yararlanması yolu açılmıştı. Her ne kadar reform önerilerinde sağlığın finansmanı ve hizmet sunumu birbirinden ayrılması vurgulanmış ise de kanun gereği yeşil kartlı vatandaşlara verilecek hizmetin finansmanı için Sağlık Bakanlığı bütçesine kaynak aktarılmaktaydı.

1987 yılında yayınlanan 3359 sayılı kanunun 5. maddesi hükümleri uyarınca idareye kamu sağlık tesislerinin birer işletmeye dönüştürülmesi imkânı sağlanmaktaydı. Bu çerçevede, 1995 yılında ilk özerk sağlık işletmeleri uy-

gulamasına geçildi. İlk olarak İstanbul ve Ankara illerinde bulunan Sağlık Bakanlığı'na ait hastaneler işletmeye dönüştürüldü. Kanun öncesinde, aslında kamuya ait hastaneler yönetimi Bakanlığa ait olan özerk birer sağlık işletmesidirler ancak kamu tüzel kişilikleri bulunmamaktadır. Bu kanunla birlikte kapsama alınmış olan hastaneler kamu tüzel kişiliğine haiz işletmeye dönüştürülmüş oldular. Böylece, şirket gibi varlık gösterme imkânı buldular. Personel istihdamı ve sözleşmeli eleman çalıştırma hususları hariç olmak üzere diğer sağlık kuruluşlarından pek bir farklı olmayan bu hastaneler mevzu bahis uygulamayla özerkleştirilmişlerdir.

1993 yılında yayınlanan “Ulusal Sağlık Politikası” dokümanında hastaneler başlığı altında yer alan “stratejiler” kısmında 1990 yılındaki master plan etüdü doğrultusunda hastanelerin özerkleştirileceğine yer verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1993). Yine bu süreçte kanun tasarı taslakları hazırlanmıştır. Bunlar; sağlık kanun tasarısı, Sağlık Bakanlığı teşkilat yasası, bölge sağlık idareleri kanun tasarısı, genel sağlık sigortası gibi tasarılarından oluşmaktadır. Bu kanun tasarıları sağlıkta ve sosyal güvende birçok değişikliği beraberinde getirecek olan tasarılardır. Sosyalleştirme kanunu kaldırılması, umumi hıfzıssıhha kanunu kaldırılması, aile hekimliği sisteminin başlatılması ve bölge sağlık idarelerinin kurulması gibi birçok konuda düzenleme öngörmesine rağmen yasalaşmamıştır.

2000 yılı kalkınma programında hastanelerin idari ve mali açıdan özerkleştirilmesi, birinci basamak sevk sisteminin güçlendirilmesi (bugüne kadar uygulanamadı) ve özel sağlık yatırımlarının teşvik edilmesi hususları programın amaçları arasında yer almaktadır. Böylelikle, 1980 sonrası başlayan sağlık reformu çalışmalarının kapsamlı ve serbest piyasa amillerine göre düzenlendiği bir aşamaya geçilmiştir.

Reform önerilerinde Sağlık Bakanlığının merkez teşkilat yapısında değişikliğe gidilmesi tavsiye edilmekle beraber yetkilerin büyük kısmın yerele devrinin yapılması ve Bakanlığa rehber görevini üstlenmesi gerektiği belirtilmektedir. Bununla birlikte aşağıdaki tabloda yer aldığı üzere mevcut dönemdeki nüfus yapısı ve personel yapısı dikkate alındığında bile hantal bir bürokrasiden söz etmek pek gerçekçi görünmemektedir.

Tablo 12: 1980-2002 arası Türkiye Nüfusu ve Sağlık Personeli Sayısı

Yıllar	Ülke Nüfusu(Milyon)	Hekim	Hemşire	Ebe
1980	44.737	27241	14806	12975
1985	50.664	36427	30854	17987
1990	56473	50639	44984	30415
1995	61.444	69349	64243	39551
2001	68.610	90757	75879	41158

Kaynak: DİE İstatistik göstergeler 1923-1995, Ankara 1996; Sağlık İstatistikleri 2001, Sağlık Bakanlığı Yayınları, s:29.

Sağlık sektörü, öznesi insan olan bir sektör olup en önemli girdisi yine insandır. Bir ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve toplum sağlığının geliştirilmesi de yine sağlık insan gücünün merkezde olduğu bir süreci içerir. Bu nedenle, etkili ve de verimli bir sağlık hizmeti için yeterli insan gücünün bilgiyle donanık bir şekilde doğru zamanda ve doğru bir şekilde istihdamı gerekir. Tablo 12’ de, sağlık insan gücü açısından 1980 ve 2001 arası döneme yer verilmiştir. 1980 yılında Türkiye’de yüzbin kişiye 60 hekim düşerken aynı dönemde bu rakam Sovyetler Birliği için 347 ve İtalya için 267, İngiltere için 152’dir.

Tablo 13: 1980 yılı Türkiye’deki Hastane Sayısı

Kuruluş Adı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak Sayısı Dağılım Oranı
Sağlık Bakanlığı	608	57681	53
Milli Savunma Bakanlığı	44	15100	14
Sosyal Sigortalar Kurumu	72	17938	16.5
Diğer Kamu Krlş.	5	742	0.7
Tıp Fakülteleri	19	12846	12
Özel	75	4137	3.8
TOPLAM	823	108.444	100

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları 1980 Yılı Bülteni

Tablo 13’te dikkat çeken hususların başında sağlık sektörünün çoklu aktör yapısı ve özel sektöre ait sağlık tesislerinin sayısının diğer kamu kurumlarına göre sektörde oldukça az bir yer tutmasıdır.

Tablo 14: Türkiye'deki Hastane Sayısı (1993 yılı)

Kuruluş Adı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak Sayısı Dağılım Oranı
Sağlık Bakanlığı	654	76063	51.5
Milli Savunma Bakanlığı	42	15900	10.7
Sosyal Sigortalar Kurumu	110	25041	16.9
Diğer Kamu Krlş.	20	4037	2.8
Tıp Fakülteleri	27	19009	12.8
Özel	150	7724	5.3
TOPLAM	1004	147.774	100

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı(1993, s:14)

Tablo 14'te dikkat çeken en önemli unsur özel sektöre ait sağlık tesislerindeki büyüme rakamlarıdır.

Tablo 15: 2002 yılı Türkiye'deki Hastane Sayısı

Kuruluş Adı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak Sayısı Dağılım Oranı
Sağlık Bakanlığı	654	72988	45.6
Milli Savunma Bakanlığı	42	15900	9.9
Sosyal sigortalar Kurumu	120	29706	18.5
Diğer Kamu Krlş.	20	2477	1.6
Tıp Fakülteleri	50	26341	16,4
Özel	270	12364	8
TOPLAM	1168	159.776	100

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (2002, s:14)

Yukarıda yer alan 13-14 ve 15 no'lu tablolardaki mevcut istatistikler incelendiğinde, dönem boyunca uygulanan ekonomik ve sağlık politikalarının özel sektörü desteklemek yönünde olduğuna dair göstergeler sunmaktadır. 1980-1993-2002 yılları arasında en anlamlı yatak ve kurum artışı özel sektör yatırımlarında yaşanmıştır. Böylece genel ekonomi politikalarının etkisini ve ilgili dönem sağlık politikalarının buna cevabını anlayabilmek mümkün olmaktadır.

Tablo 16: Yıllara Göre Yataksız Sağlık Kurumları Sayıları

Yıllar	Sağlık Oc.	Sağlık Evi	Dispanser	AÇSAP M	Kamu S.M
1930	-----	-----	2	-----	-----
1945	-----	-----	5	-----	-----
1955	-----	-----	86	-----	-----
1963	19	37	106	-----	-----
1965	416	970	133	-----	-----
1970	851	2231	216	-----	-----
1975	995	3243	231	-----	-----
1980	1467	5776	250	-----	-----
1985	2887	8564	250	197	-----
1990	3454	11075	252	220	-----
1993	4226	11630	436	263	41
1995	4927	11878	447	268	50
1997	5366	11905	457	280	49
1998	5538	11881	461	283	35
1999	5614	11766	473	288	52
2000	6276	11747	468(*)	291	53
2001	5773	11737	468	295	53

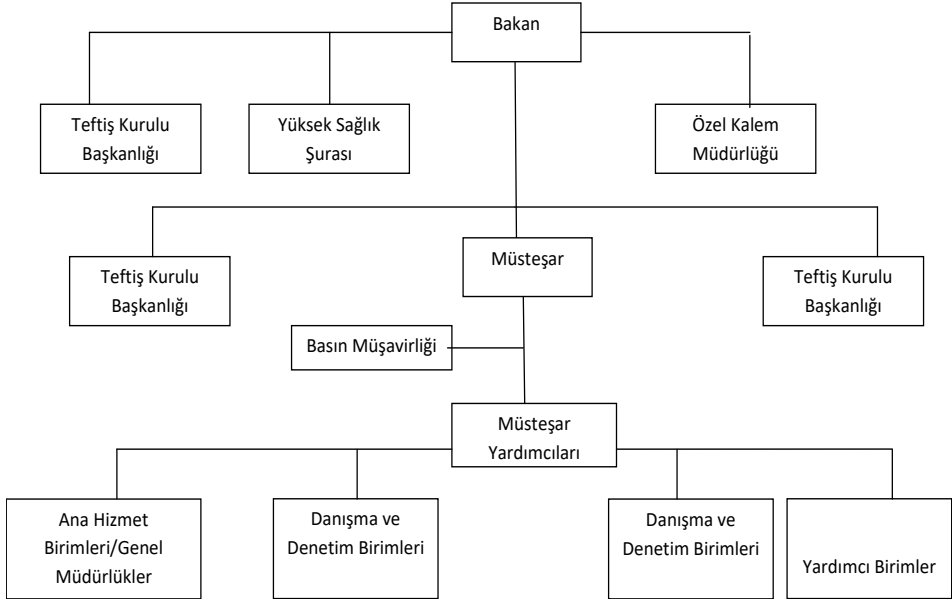
(*) 2000 yılı Dispanser sayıları verem savaş, ruh sağlığı, deri ve tenasül hastalıkları SSK dispanserlerini kapsamaktadır.

Kaynak: DİE Türkiye İstatistik Yıllığı, 2001; Sağlık İstatistikleri, s.63, SAĞLIK BAKANLIĞI, Ankara, 2001; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık Bakanlığı Yayınları, s.128, Ankara, 1973.

Yukarıdaki tablo 16’da görüldüğü üzere yataksız sağlık kuruluşları olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde ise 1990 ve 2000 yılları arasında sayısal açıdan anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmektedir. Öte yandan, bazı dönemlere ait verilere incelenen kayıtlarda rastlanmamıştır.

1983 yılından 2011 yılına kadar Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı organizasyon yapısında herhangi bir değişiklik yaşanmamıştır. 2011 yılı 663 sayılı kanun hükmünde kararname yayımı öncesinde kadar Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı aşağıdaki şekilde gibidir.

Merkez Teşkilat



Kaynak: 181 sayılı KHK'dan yararlanılarak oluşturulmuştur.

Şekil 5: 2011 Yılına Kadar Geçerli Olan Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması

Altıncı Dönem (2002 ve sonrası) Sağlık Politikaları

2002 yılı Kasım ayında yapılan genel seçimler sonrasında 58. Hükümet kurulmuş olup 16 Kasım 2002 tarihinde “Acil Eylem Planı” açıklanmıştır. Bu planda sağlık sektörü için aşağıdaki başlıklara yer verilmiştir:

- Kamuya ait hastaneler arasındaki ayırımın kaldırılmasına yönelik çalışmalar başlatılacak,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk kurumlar haline getirilecektir,
- Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir.
- Sosyal Güvenlik Kurumları tek çatı altında toplanacak.

Acil eylem planında yer verilen ilkeler dikkate alındığında sağlık reformlarının yapılabilmesi için uygun siyasal ortamın ve siyasi iradenin ortaya çıktığı ifade edilebilir. 2002 yılı itibarıyla Türkiye sağlık sektörünün son derece derinlik kazanmış bir yapıda olduğu ve bir o kadar da çok sayıda

probleminin mevcut olduğu anlaşılmaktadır. Cumhuriyet dönemi boyunca sağlık problemlerinin çözülebilmesi adına ortaya konan çalışmalar sağlıkta reform anlamına gelse de Türkiye sağlık sistemi için sistemin tümüne dair genel kapsamlı reform programlarının benzer alanlara eğildiği anlaşılmaktadır. Uzun süre uygulamada kalan reform paketlerinin birincisi 1960 yılında uygulamaya konan sosyalleştirme çalışmaları ve 2003 yılından günümüze uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programıdır.

Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana sağlık sektöründe en önemli hedeflerin başında sağlık insan gücü kapasitesinin artırılması gelmektedir. Sağlık insan gücünün artırılması yaşanan sorunların çözümü için olmazsa olmaz bir ön adım olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 17: Sağlık İnsan Gücünün Kurumlara Göre Dağılımı (2001)

Unvan	Sağlık Bakanlığı	SSK	Üniversite	Diğer kamu	Özel	Toplam
Uzman H.	13837	4801	8586	2175	8665	38064
Pratisyen	28983	3311	8760	3129	2870	47053
Diş H.	2423	583	863	741	11392	16002
Eczacı	793	864	621	240	20748	23266
Sağlık M.	33708	3059	3347	2880	3534	46528
Hemşire	43694	8489	10399	4543	4487	71612
Ebe	38674	1524	110	156	1126	41590

Kaynak: Sağlık İstatistikleri 2001, Sağlık Bakanlığı yayınları,s.30, Ankara,2002.

Yukarıdaki tablo 17’de görüldüğü üzere sağlık insan gücü açısından en önemli kaynak Sağlık Bakanlığı kadrolarında bulunmaktadır ancak özel sektör ve üniversite hastanelerinin de uzman hekim işgücü açısından yaklaşık sayılara sahip olması anlamlı görülmektedir. Diş hekimleri ve eczacı istihdamı ise mutad olduğu üzere özel sektörün en fazla işgücüne sahip olduğu sağlık alanıdır. Diş hekimleri ve eczacılar kendi namına çalışma pratiklerinin en yoğun olduğu sağlık meslekleridir.

Bu çalışmanın temel problemine uygun olarak, 2002 yılı sonrası Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları ve hayata geçirilen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” detaylı olarak ele alınacaktır.

Sağlık Reformu Projeleri

Sağlık ve sosyal güvenlik sektöründe reform, sağlık politikalarında ve sosyal güvenlik sistemine ait kurumsal düzenlemelerde sürekli ve radikal bir değişim anlamına gelmektedir. Ülkeler ekonomik olarak veya hizmetin

yönünün belirlenmesinde sorun yaşadıklarında kapsamlı reform paketlerine ihtiyaç duyarlar. Reform ihtiyacının sıklıkla ortaya çıkış halleri ise ülkenin genel ekonomik sisteminden kaynaklanmaktadır.

Blas'a (2005:51) göre geçtiğimiz yüzyılda sağlık sektöründe üç önemli reform dalgası yaşandı. Birinci reform dalgasında, 1940 ve 1950 yılları arasında önce gelişmiş ülkelerde ve daha sonra da yoksul ülkelerde ulusal sağlık sistemleri kuruldu. Ulusal sağlık sistemlerinde 1960'lı yıllara gelindiğinde ise sektördeki hastane hizmet hacminin artışı nedeniyle maliyetlerde yükselme yaşanmış olup sistemi zorlamaya başlamıştır. Ayrıca, toplumun tümünü etkileyen, çiçek hastalığı, sıtma ve tüberküloz gibi hastalıklar için hemen her ülkede programlar yürütülmekteydi. İkinci reform dalgası ise, temel sağlık hizmetleri açısından herkesi kapsama alacak evrensel bir yaklaşım şeklinde ortaya çıkmıştır. Keza Türkiye'de sosyalleştirme yasası benzer bir yaklaşımın sonucu olarak değerlendirilebilir. Temel sağlık hizmetlerinde talebe yeterli yanıt verilememesi yanında mevcut temel sağlık hizmetlerinin tıbbi hastane sistemiyle karşı karşıya bırakılması ve tedavi hizmetleri sunan hastane sisteminin alternatifi olarak görülmesinden kaynaklanan sorunlar boy vermiştir. Dolayısıyla, gelişmekte olan ülkelerdeki ekonomik düzey sağlıkta bu yönlü reformların yürütülmesini güçleştirmiştir. Sağlıktaki üçüncü reform dalgası ise diğer iki reform sürecinin aksine sağlık hizmetinin talep tarafına odaklanmıştır. 1970 ve 1980 yıllarından itibaren gelişmiş ülkelerde ve 1990'lar sonrasında ise gelişmekte olan ülkelerde taraftar bulmaya başlamıştır. Bu dönemde piyasa ve yarı piyasa mekanizmaları işletilmeye başlanmıştır.

Sağlık sistemlerinde geçtiğimiz yüzyıla damgasını vuran reform dalgaları yanında, gelişmekte olan ülkelerde birkaç faktörün reform baskısını ortaya çıkardığı belirtilmektedir. Bunlar genel itibarıyla, toplam sağlık harcamalarının artmasına ilişkin endişeler, sağlık harcamalarında devletin artan payına ilişkin endişeler, sağlık hizmetine erişim ve rasyonel kullanım konusu, birçok hizmetin maliyet etkili sunulmuyor olması ve hizmetlerde verimlilik olarak ele alınabilir. Ayrıca, bu içsel ve dışsal etkenler nedeniyle gelişmekte olan birçok ülkede ulusal sağlık sisteminden genel sağlık sigortasına geçiş yönünde bir eğilim gözlenmiştir (Flood, 2000; Fox ve Reich, 2015).

Sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinde hükümetler tarafından yönetilen reform süreci, çoğunlukla sağlık sisteminin ihtiyacı olan, yönetim, finansman, hizmet sunumu ve kaynak geliştirilmesi gibi önemli işlevleri kapsayan politika önlemlerini içerir. Nihai amaç ise, sağlık sektörünün verimliliği ve işlevlerinin artırılması yoluyla nüfusun sağlık seviyesini yükseltmek olarak

belirlenmektedir (WHO, 2000). Küreselleşmenin etkisiyle 1980 sonrasında sağlık politikaları dâhil her alanda reform girişimleri meydana çıkmıştır. Sağlık sektörü de emek yoğun, teknolojik ve fiziksel yatırım gerektiren hizmet alanı olduğundan reformlar, harcamaların kontrolü ve verimlilik artışına odaklanmıştır.

1980 sonrası neoliberal politikaların etkisiyle Dünya Bankası ve IMF gibi kuruluşlar OECD ülkeleri de başta olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde sağlık ve sosyal güvenlik reformu çalışmalarını verdikleri kredi ve danışmanlık hizmetleriyle desteklemiştir. Küreselleşme olgusunun başat aktörlerinden olan bu kuruluşlar gelişmekte olan ülkelerin yürüttükleri ekonomik ve sosyal politikalara kısıtlama getirebildikleri gibi sağlık politikalarını da belirleme noktasında etkili olmaktadır. Uygulamada, sağlık politikalarını doğrudan belirleme şeklinde olmasa bile kredilerin kullanılacağı alan ve kullanma şekli nedeniyle etkilemektedirler. 1980 sonrası yıllarda gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektöründeki temel konuları sağlık reformu olmuştur. Her dönemde reformların içeriği farklılık göstermiştir. Örneğin, 1980 öncesinde reformdan anlaşılan şey, sağlık hizmetine erişim için organizasyonel düzenleme ve kurumların yapılandırılmasıydı. Sonrasında ise, daha çok finansman ve hizmet sunumunun niteliğinin değiştirilmesine odaklanan reformlar söz konusu olmuştur. Dolayısıyla, bu dönemde yaşanan reform çalışmalarının temelinde uluslararası kuruluşlarca desteklenmesinin söz konusu olduğu belirtilmektedir (Topkaya, 2016).

Reformların çerçevesi genel itibarıyla, sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik, verimlilik, kalite, finansman ve hizmetlerde sürdürülebilirlik ve insan gücü kapasitesinin artırılması konuları yanında politikaları belirleyen ve politikaların uygulandığı kurumların yani Bakanlık, hastane ve diğer sağlık hizmeti sunan sağlık ve sosyal güvenlik kuruluşlarının yeniden yapılandırılmasını ele almaktadır. Uluslararası kuruluşlar, kredi anlaşması yaptıkları ülkelerin sağlık politikalarına bazı şartlarla sınırlama getirmesi ve sağlık yatırımlarını ve de harcamalarını azaltma yönünde kuralları nedeniyle tenkit edilmektedirler. Bunun yanı sıra, kuruluşların önerdikleri sağlık ve sosyal güvenlik sektörü reformu projeleri dört ana başlık altında ele alınmaktadır: a) sağlık hizmetinin finansmanı için reform, b) sağlık hizmeti sunumunda reform, c) kaynak geliştirme ve d) yönetim reformu (WHO, 2000).

Uluslararası kuruluşlar kredilendirme yaptıkları ülkelerin kredi karşılığında bir dizi reform paketlerini hayata geçirmelerini talep etmektedirler. Bunlar yapısal uyum programlarının birer parçası olarak görülmektedir.

Yapısal uyum programları ise, ekonomik büyüme ve gelişme üzerindeki enflasyon, cari açık vb. negatif etkilerin azaltılması amacıyla alınacak tedbirleri içeren ekonomik programlardır. Temel özellikleri itibarıyla; kamu harcamalarının kısılması, kur ayarlaması, özelleştirme, maliyetlerin tabana yayılması için kullanıcı katkıları, sektöre yeni aktörlerin katılımının yani özel sektör teşvikleri olmak üzere birkaç başlıktan oluşmaktadır. Ancak, yapısal uyum programlarının sağlık üzerine etkileri doğrudan veya dolaylı bir şekilde olumsuz yansıyabilmektedir (Yıldırım, 2000; Nuruzzaman, 2007).

Reformlar, sonuçları açısından sağlık hizmetinden kaynaklanan harcamaların finansmanının seyrini değiştirme yönünde izlemektedir. Uygulamada, hizmetlerden yararlananların katkı payı ve diğer adlar altında yükü paylaşması ve hizmeti sunanlar açısından ise sektörel paylarının değişmesi gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda devlet ve özel sektör payları dikkate alındığında ise, özel sağlık sektörünün hizmet sunumundaki payının hızlı ve sürekli olarak artışını sağlamıştır. Genel olarak sağlık ve sosyal güvenlik reformları hizmet sunumunda piyasa dinamiklerine hız kazandırmakta ve özel sektör aktörlerine bu alanda etkili bir pozisyon vermektedir (Sen ve Koivusalo, 1998; Soyer, 2003; Topkaya, 2016).

Reformların, hemen her ülkede benzer şekilde uygulanma gayretine karşın birbirinden farklı sonuçlar ürettiği de görülmektedir. Bunun başlıca sebepleri ise birinci olarak; mevcut ülkelerin sosyal ve ekonomik gelişmişlik düzeyi, yoksulluk durumu ve nüfusun genel sağlığı; ikincisi reform paketinin tasarımı, sağlık hizmeti açısından arz ve talep düzenine müdahale politikası; üçüncüsü ise, sağlık hizmeti temel teminat paketinin kapsam tasarımı ve de sosyal güvenlik sisteminin sağlık hizmetine talebi düzenleyen yaklaşımı olmaktadır (Han, 2012).

Küresel aktörlerin katılımı veya desteği ile ortaya konan reformlara ilişkin genel yaklaşım, yukarıda belirtilen ana hatlara sahiptir. Uygulandığı ülkenin şartlarına bağlı olmakla beraber uzun vadede beklendik sonuçlar üreteceğini söylemek mümkündür. Öte yandan, küresel aktörlerin desteğiyle ortaya konan reform programları genel ekonomik düzey ve ekonomik programlardan bağımsız ele alınamaz (Agartan, 2007). Sen ve Koivusalo'ya (1998) göre reform programları a) tarihsel bağlam, b) Politik bağlam, c) ideolojik bağlam, dikkate alınarak tamamlanmaya çalışılır. Bu yaklaşıma bir başka değişken d) "teknokratik uyum" bağlamı da eklenebilir.

a) Tarihsel bağlam: Program önerilen ülkelerin homojen bir tarihsel geçmişe sahip blok olarak ele alınmaması gerektiği anlaşılmalıdır. O ülkenin

sağlık hizmetinde tarihsel olarak devletin ve özel sektörün rolünün ne olduğu ve devletin halkın sağlık sorunlarına hukuksal düzeyde geçmişten bu yana nasıl yaklaştığı önem kazanmaktadır.

b) Politik bağlam: 1980 sonrası gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sektörü reformları genel kamu sektöründeki reformlarının ve yapısal uyum programlarının bir parçası olmuştur. Beyan edilen, performansın artırılması ve kapasitenin artırılması gerekçeleri sağlık sektörünü yapısal uyum programının içeriğiyle uyumlu hale getirmeyi öngörür. Yapısal uyum programlarının borç verme ve kullandırma sistematığı değişse de ana prensipler benzer kalmaktadır. Bunlar; kamu hizmet sunumunda özel sektöre göre devletin yani kamunun rolünü azaltmak, doğru fiyatlandırma ve piyasayı geliştirmek.

c) İdeolojik bağlam: Yapısal uyum programlarının amaçları sürekli olarak verimlilik, etkinlik ve eşitlik olarak dile getirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sektörü reformları yapısal uyum programları şemsiyesi altında yapılmaktadır. Böylece, sağlık sektörü için belirlendiği şekilde hizmet sunumunda kamunun rolünün azaltılması ve vatandaşların ödeme gücüne göre sağlık hizmeti alması rasyonel çerçeveye oturtulmaktadır. Böylelikle, ulaşılmak istenen hedeflerin ölçüsü olarak neoliberal ekonomi politikalarına meyledilmesidir. Küresel aktörlerin reform mantığına yönelik eleştirilerin odak noktası da bu şekildeki ideolojik reçetelendirme olmaktadır.

d) Teknokratik uyum: Politikaları uygulayacak teknokrat ekibin yapısal uyum programlarının ikinci safhası için hazırlayacağı ulusal mevzuatlar ve bu sistemle birlikte gelecek kavramlara adapte olarak uygun teknik destek sağlanmasına yönelik hızlı ve etkili adımlar atmasıdır. Bu durum, politika yapma sürecinin teknokratikleşmesi olarak da görüldüğünden alkışlandığı gibi eleştiriye de uğramaktadır. Teknokratlarca rasyonel kararlar alındığı için alkışlanırken politik karar vericiler yerine geçtikleri için demokrasiyi zayıflattıkları eleştirisi yapılmaktadır (Fox ve Reich, 2015).

Sosyal güvenlik ve sağlık sektöründe reformların alt bileşenleri de dâhil olmak üzere, politika tasarlanırken dünyada veya bölgelerinde o anda popüler olan görüşler başka ülkelerde yaygın olarak uygulandıkları için uzmanlarca kendini kanıtlamış olarak görülebilirler. Ancak, objektif görünümlüne rağmen bunlar ideolojik ve politik kararlar olarak değerlendirilmektedir. Ülkelerin tarihlerinde yabancı kaynaklarla şekillendirilmemiş reform tasarımları da bulunmaktadır. Ancak, yapısal uyum programlarıyla bir arada ele alınan programlar genel ekonomik kararların bir parçası olarak görülmektedirler.

Sağlık ve sosyal güvenlik reform paketleri hayata geçirilirken tasarımılandığı gibi yürürlüğe konduğu söylenemez. Çünkü sektörde birden fazla paydaş bulunmaktadır ve bunlardan bir veya birkaçının muhalefet etmesi durumunda mevzuat veya yasaların tasarımılandığı gibi geçmesi nerdeyse çok zordur. Sosyolojik olarak sağlık reformlarının değerlendirilmesi ise sonuçları üzerinden yapılmaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik reformları tarihçesi ve uygulamalar açısından reform dinamikleri yukarıda yer verilen çerçevede içinde hayat geçirilmektedir.

Küresel ölçekte, özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde reform tasarımlarının sistematığı sorun alanlarını dikkate alarak değil köktenci bir yaklaşımla yapılmaktadır. Dolayısıyla, sağlık ve sosyal güvenlik sistemi de yüksek harcama düzeyleriyle, genel ekonomik sistemin bir parçası olarak ele alınıp bu doğrultuda öneri paketlerine konu olmaktadır. Sağlık sektörüne münhasıran reform paketlerinin ortak özelliklerine aşağıda yer verilmiştir.

- Sağlık finansmanı ve hizmet sunumu birbirinden ayrıştırılarak Ulusal Sağlık Sistemi (arz yanlı model) yaklaşımı yerine Genel Sağlık Sigortası (talep yanlı model) yaklaşımı konulması,
- Koruyucu sağlık hizmetleri modelinin sözleşme esaslı aile hekimliği/genel pratisyenlik/koruyucu hekimliği olarak dizaynı veya da genel sağlık sigortası açısından “eşik bekçisi” uygulamasının oluşturulması,
- Kamunun sağlık hizmet sunumundan çekilmesi veya sektördeki payının azaltılması. Ayrıca, kamuya ait hastanelerin yönetiminin merkezi otoriteden alınarak yerele devri veya özerk işletmeler haline getirilmesi veya hut da nihai olarak özelleştirilmesi,
- Merkezi sağlık otoritesinin hizmet sunan değil denetleyici ve yol gösterici olmasının sağlanması,
- Sağlık insan gücünün istihdam ve çalışmasına ilişkin verimlilik esaslı program geliştirilmesi.

Türkiye İçin Tasarımlanan Sağlık Reformları (1938-2002)

Cumhuriyetin kuruluş yılları ve sonrasında sağlık hizmetleri için yapılan her çalışmanın reform niteliğinde olduğu ifade edilebilir. Halkın sağlık sorunları dikkate alınarak çözümler geliştirilmeye çalışılmış ve sağlık hizmet sunumunda en öncelikli sorun olarak “sağlık hizmetine erişim” görülmüştür. Bu amaçla, Türkiye sağlık sisteminde köklü değişiklik öngören programlar değerlendirmeye alınmıştır.

a) Milli Sağlık Planı

Sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlara çözümler için reform paketleri anlayışı Cumhuriyetin üçüncü Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz döneminde başlamıştır. Bu çerçevede, “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” hazırlanmış olup yüksek sağlık şurasınca onaylamıştır. Plan şu alt başlıklara sahiptir (Demirel, 2008):

- Bütünleşik sağlık hizmetlerinin sunulması,
- Köylerde sağlık teşkilatlarının kurulması,
- Her ilde hastaneler kurmak, bölgesel hastaneler kurmak ve mevcut hastanelerin modernize edilmesi,
- Sağlık insan gücü yetiştirilmesi,
- Koruyucu hekimliğin kurulması,
- Milli sağlık bankası ve sağlık sandıkları kurulması (Genel Sağlık Sigortacılığı anlayışının bir başka ifadesi olarak da görülebilir),
- Her il merkezine Verem Savaş Dispanserleri kurulması.

Plana göre; sunulan sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu kapsamına alınmıştır. Ayrıca, ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her kendi kendine yeten bir sistem olacaktır. Her 40 köye bir küçük hastane kurulacaktır. Bu plan, Dr. Behçet Uz görevden alındıktan sonra uygulamaya geçirilememiştir.

b) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu 1961’de yasalaşmasına karşın 1963 yılında uygulamaya geçilmiştir. 1960’lı yıllarda Türkiye’de, Dünya Sağlık Örgütü’nün kuruluş yasası çerçevesinde, insanların sağlıklı kalmasını sağlamanın bir kamu görevi olduğundan hareketle sağlık hakkına Anayasal bir yön kazandırılmıştır. 224 sayılı yasa 1961 anayasasının sağlık hakkına ilişkin anlayışı yansıtmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumunda yatay örgütlenme modeline kademeli bir geçiş yapılması öngörülmüştür. Her ilde bütünleşik bir yapı tasarımılanmış ve sağlık evleri, sağlık ocakları ve hastaneler şeklinde örgütlenmeye gidilmiştir. Hastaneler hem il düzeyinde hem de ilçede bulunacaktır. 224 sayılı yasa “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadiyle” cümlesiyle kanunun genel amacını özlü bir şekilde iletmektedir. Aile hekimliği kanununun yayınlandığı 24.11.2004 tarihinden 11.10.2011 tarihine kadar uygulamada kalmaya devam etmiş olup 2010 yılı

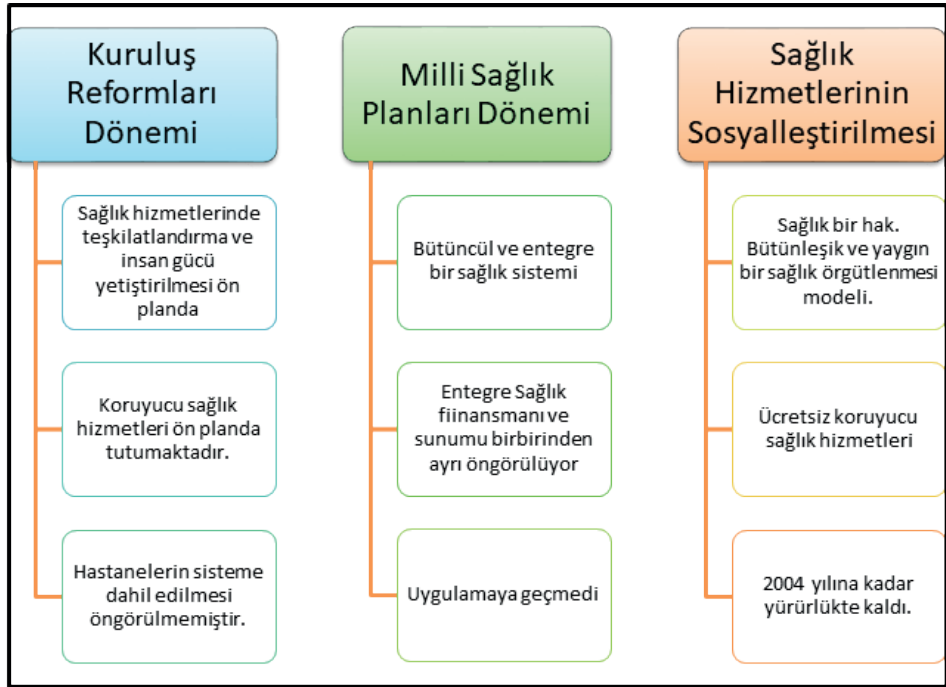
sonu itibarıyla da fiilen uygulanmayan kanunlar arasında yerini almıştır. 224 sayılı kanun bu haliyle ilga edilmediği halde uygulanmayan bir kanun olarak varlığını devam ettirmektedir.

c) Ulusal Sağlık Politikası Dönemi

1993 yılında kamuoyuna açıklanan ancak 1982 anayasasıyla başla bu süreç öncesinde başkaca çalışmalar yapılmıştır. Öncelikle 1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu o günde değin yürütülen sağlık politikalarından farklı düzenlemeler öngörmekteydi. Daha sonrasında Anayasa mahkemesince iptal edilmesine karşın kamuya ait hastanelerin özerk işletme olarak tüzel kişiliğe kavuşturulabileceği hükme bağlanmış idi. Bu yasa çerçevesinde Türkiye’de sadece iki hastane 2011 yılı sonuna kadar özerk işletme olarak kalmıştır. Ayrıca, aynı yıllarda Genel Sağlık Sigortasına ilişkin çalışmalar başlatıldıysa da sonuç alınamamıştır (Sargutan, 2018; Kol, 2105).

Bu dönemde en önemli çalışmalar 1992-1993 yıllarında düzenlenen Ulusal Sağlık Kongreleridir. Bu kongrelerden çıkarılan sonuçlar Ulusal Sağlık Politikası adı altında kitaplaştırılarak Türkiye Cumhuriyeti sağlık sektörü reform paketi olarak görülmüştür. Esasen bu çalışma ve sonrasında yapılan bütün çalışmalar 1989 yılında başlayan ve 1990 yılında sonuçlanan DPT tarafından yaptırılan Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü raporunda birinci basamak sağlık hizmetleri ve kamuya ait hastaneler için dile getirilen birçok görüşün yeniden ele alındığı bir reform paketi dokümanları olmuştur. Reformların tamamlanması ve arzulanın sonuçların elde edilmesi siyasal iktidarlarının devamlılığından bağımsız olarak ele alınmaz. Dolayısıyla, anılan dönemde uzun süre bu projeleri takip edecek siyasal ve teknik kadroların devamı mümkün olmamıştır. Buna karşın, nüanslarla da olsa 2002 yılına kadar aynı istikamette ilerleyen reform paketleri uygulamaya konmaya çalışılmasına rağmen birinci veya ikinci yılında uygulamadan kaldırılmışlardır. Ulusal Sağlık Politikası Belgesi’nde yer alan politikaların uygulamaya geçirilmesi için de taslaklar hazırlanmış, ancak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının açıklanmasına kadar ki dönemde siyasal ve ekonomik istikrar-sızlık taslakların yasa haline getirilmesine imkân vermemiştir.

Her ne kadar yayınlandığı dönemde uygulama imkânı bulunmamış olsa da bu dokümanlarda dile getirilen önerilerin arada geçen zaman içinde bir şekilde hayata geçirilmiş olduğu görülecektir (Kasapoğlu, 2016). 2002 yılı sonrasında ortaya konan sağlık reformu uygulamaları daha önce dile getirilen sağlık politikaları bağlamında ele alındığında zamanın ruhuna göre geçmiş dönemlerde dile getirilen reform önerileriyle benzerlikler taşımaktadır.



Şekil 6: Sosyal Güvenlik ve Sağlıkta Reform Dönemlerinin özellikleri

I. BÖLÜM

DEĞERLENDİRME

Türkiye Sağlık Sektöründe Reform Çalışmaları (2002 ve Sonrası)

Türkiye’deki sağlık reformu çalışmalarının ulaşılmak istenen hedef ve sonuçları farklı olsa da Osmanlı’da tanzimat döneminden başlayarak devam ettiği söylenebilir. Cumhuriyet’in kuruluşu ile birlikte sağlık reformları öncelikle, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını hedeflemiş ve 1960’lara kadar arayışlar devam etmiştir. Bu dönemde her ne kadar sağlık sisteminin tümüne yönelik iyileştirme arayışları olsa da sonuçlandırmak mümkün olmamıştır. Behçet Uz dönemi sağlık politikaları buna örnek teşkil eder. 1960 ertesinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu sonrası “sürekli reform” dönemi olduğu ifade edilebilir. Türkiye sağlık sistemi için sosyalleştirme kanunu önemli bir dönüm noktasıdır.

1980 sonrası uygulamaya konan ekonomik politikalar ve sağlıkta reform çalışmaları ve yasal düzenlemeler ise bir başka dönüm noktasını işaret etmektedir. Türkiye sağlık sisteminin hedefleri sosyalleştirme sonrası ortaya konan hedeflerden farklı olarak inşa edilmeye başlandı. 1980 sonrası farklılaşarak 1990’larda sağlıkta reform programları ortaya konmaya başlandı. Bu durum kuşkusuz küresel anlamdaki reform hareketleriyle de yakından ilgilidir. Küresel reform hareketleri, sağlık sistemini etkileyen makroekonomik, ideolojik unsurlardan ortaya çıktığı gibi ülke sağlık sisteminin kendine özgü sorunlarının çözümü amacıyla da ortaya çıkmaktadır (Ağartan, 2007).

Sağlık sisteminin kendine özgü sorunları, ülkenin hastalık profili, demografik durum, sağlık hizmetleri harcamaları, kişi başı sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerine erişim, koruyucu sağlık hizmetleri sunumu düzeyi ve daha birçok parametrenin bileşiminden oluşmaktadır. Öte yandan, sağlık alanı sağlık hizmetlerinin kullanımı açısından toplumu etkileyen ve toplumun sosyo-kültürel yapısından etkilenmektedir. Keza, “sağlık ve has-

talık büyük ölçüde insanların içinde yaşadıkları toplumun sosyal, kültürel, ekonomik özellikleri ve toplum içindeki kendi yerleri tarafından belirlenir” (Kasapoğlu, 1992:52).

1990’larda sistematik olarak yapısal uyum programlarının parçası haline getirilen sağlık reformu paketlerinde öncelikle, harcamaların kontrol altına alınması, hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılması, sağlık sektörünün sadece kamuya bırakılmaması, özel sektörün katılımının teşvik edilmesini ve sağlık yönetiminde desantralizasyonuna yer verilmiştir. 1990 yılında “Sağlık Sektörü Master Plan Etüd Çalışması ve 1992 yılında yapılan 1. ve 1993 yılında yapılan 2. Ulusal Sağlık Kongreleri sonrası açıklanan “Ulusal Sağlık Politikası” dokümanları yukarıda yer verilen ilkelere benzer içeriğe sahiptir. Esasen, Ulusal Sağlık Politikası 1990 yılında hazırlanan ilk raporun detaylandırılmış bir başka hali olarak değerlendirilebilir. Bu durumu teyiden, Sağlıkta Dönüşüm Programı kitapçığında hastanelerin özerkleşmesi ve özelleşmesi çalışmalarından sonuç alınamadığı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003;10). Bu çerçevede, 1995 yılında desantralizasyon prensibi gereği ilk defa iki kamu hastanesi sağlık işletmesi olarak mevzuat kapsamına alınmış olup bu durum 2012 yılı Kasım ayına kadar 663 sayılı KHK’nın hastaneler için yürürlüğe girdiği tarihe kadar devam etmiştir. Öte yandan, kamu hastanelerinin işletme olarak kullanımının sonuçları hakkında detaylı bir kamu dokümanı yayınlanmamıştır.

Sağlık politikası karar vericilerinin Türkiye sağlık sistemi için öngörükleri yapısal sistem değişikliklerinin uygulanabilmesi için gerekli siyasal süreklilik 2002 yılına kadar sağlanamadığı için sağlık sistemi için öngörülen değişikliklerin/reformların hayata geçirilmesi zaman almıştır. Ancak, bu reformların aradan geçen zaman içinde 2002 yılına kadar kısmen gerçekleştirildiği de görülmektedir (Kasapoğlu, 2016).

Kamu Sağlık Sektöründe Reform

Türkiye sağlık sistemi 1990’lı yıllara kadar ve halen kamu ağırlıklı olarak hizmet vermektedir. Bu durum, 1990 sonrası yıllarda reform programlarının etkisiyle sağlık hizmetlerinde finansman ve hizmet sunumunun ayrışması gerektiği yolundaki yaklaşımların ivme kazanmasıyla beraber değişim göstermeye başlamıştır. Bu çerçevede, kamu sağlık sektöründe reform çalışmaları kamusal kurumların örgütlenme, işletme ve istihdam yapısından başlayarak mülkiyet değişimini içermektedir.

Hizmet sunumunda makro ölçekte değişiklikler veya iyileştirmeler içermeyen değişimlerin dirençle karşılaştığı veya uygulanamadan raflara kaldırılan mevzuatların veya programların çokça olduğu yadsınamaz. Bütün sağlık reformları kamu sağlık sektörünün yeniden yapılanmasına ve rollerin yeniden dağıtılmasına endekslenmiştir. Zira, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda bir değişiklik yapılacak ise, öncelikle kamu kuruluşlarının finansmanı ve hizmet sunumunda bir değişiklik gerekmektedir. Bu çerçevede, 2002 sonrası sağlık reformlarının öncekilerin ardılı olarak değerlendirilebilir.

Sağlık hizmetlerinde reform neredeyse bütün hükümetlerin programında yer bulmasına karşın devamlılık arz etmeyen siyasal iktidarlar nedeniyle hayata geçirilmesi zaman almıştır. Kalkınma programlarında yer alan sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması da yine reform programlarının bir parçasıdır.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Türkiye’de ekonomik gelişmelerin sağlanması ve karma ekonomik sistemin gereği olarak ekonomik planlama faaliyetleri başlamıştır. 1934’te başlayan ilk planlı kalkınma dönemi sonrası uzunca bir süre kalkınma planlarına ara verilmiş olsa da 1960 yılındaki askeri müdahale sonrası oluşturulan Anayasa’da ekonomik ve sosyal planlama bir anayasa hükmü olarak kendisine yer bulmuştur. Sonrasında Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuş olup planlar bu kurum tarafından oluşturulup takip edilmeye başlanmıştır (Alacahan, 2008).

Kamu kesimi için bütün sektörlerle ait hedefler ve beklentiler kalkınma planları kapsamında belirlenir ve hükümetlerce takip edilir. Bu çerçevede, 2001-2005 yıllarını kapsayan 8. Beş Yıllık Kalkınma Planındaki reform veya sağlık sektörü içeriği aşağıdaki gibidir (DPT, 2002; 199-203):

a) Temel Sağlık Hizmetleri

- Bebek ölüm hızı: 2000 yılı binde 39,7 - 2001 yılı binde 38,7 düştüğü,
- Akılcı ilaç kullanımına yönelik olarak birinci basamak tedavi hizmetleri için tanı ve tedavi rehberi geliştirilmesi,
- Koruyucu sağlık ve temel sağlık hizmetlerinin etkili, yaygın ve sürekli sunulması ihtiyacının devam ettiği,
- Daha güçlü birinci basamak sağlık hizmeti için Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi gerektiği,
- Çevre sağlığı hizmetlerinin yetersiz olduğu,

- Tüberküloz hastalığı için doğrudan gözetim ve tedavi programına devam edilmekte olduğu,
- Gebe, Anne, bebek ve çocuk sağlığının takibinde yetersizlik olduğu,
- Yetersiz ve dengesiz beslenmeden kaynaklı sağlık sorunlarının devam ettiği,

b) Tedavi Hizmetleri

- Hizmet basamakları arasında sevk zinciri kurulamadığı ve sağlık güvencesi bulunan kişilere henüz hastane ve hekim seçme hakkı getirilemediği,
- Sağlık personelinin verimliliğini artırmak ve hastanelerde kaynak artırımı için hastane döner sermaye kaynaklarından sağlık personeline pay verilmeye başlandığı.

c) Organizasyonel Hedefler

- Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu ve finansmanın ayrılmasına, insan gücü ve yönetime yönelik reform çalışmalarının başlatıldığı,
- Yurt içinde bölgelerarası sağlık insangücünün dengesiz dağılımının söz konusu olduğu,
- Sağlık yatırımları için planlama anlayışının geliştirilmesi,
- Eğitim ve araştırma hastanelerinde yarı zamanlı çalışmanın kapasite kullanımı ve tıp eğitimini olumsuz etkilediği,
- Hastanelerin idari ve mali özerkliğe sahip birer işletmeye dönüştürülme ihtiyacının devam ettiği,
- Bağ-Kur sigortalılarının SSK hastanelerinden yararlandırılmaya başlanmış olduğu,
- Özel sektörün yatırım yapması teşvik edilemeye devam etmekte ve toplam yatak sayısı içindeki oranı %6,9' a çıkarılmıştır. Özel sektörün ayakta sağlık hizmetlerine odaklandığı vurgulanmıştır.

8. Beş Yıllık Kalkınma Planı sektör hedef ve icraatlar dikkate alındığında; makro ölçekte mevcut durumun tespiti, varılmak istenen nokta ve yapılanların devamına tavsiye gibi temel yaklaşımlarla bir sektörel kalkınma planı öngörülmüştür. Kalkınma planı öncelikleri daha önceki reform programlarında dile getirilen sağlık hizmeti ve finansmanının ayrılması, sağlık kuruluşlarının özerkleştirilmesi ve sağlık insangücünün yönetiminde farklı metotların geliştirilmesi gibi hususları bünyesinde barındırmaktadır.

58. ve 59. Hükümet Programlarında Sağlık ve Acil Eylem Planı

Sağlık politikalarının yönü, ülkede sağlık hizmet anlayışının nasıl şekillendirildiğiyle yakından alakalıdır. Bu konuda genel olarak birkaç seçenek bulunmaktadır. Birincisi, sağlıklı bir hak olarak gören ve devletin bunun gereğini yerine getirecek bir aygıt olarak konumlandırıran anlayıştır. İkincisi ise, bunun insan hakkı olduğunu reddetmese de devletin sorumluluğunda görmeyip gereğini piyasa şartlarına bırakan yaklaşımdır (Akdur,1998). Üçüncüsü ise, ikisinin bir arada olduğu kısmi bir yaklaşım sergileyen devlettir. Geçiş döneminde tam olarak netleşmeyen ayrımlar bütün kurallar ve sektör aktörleri şekillendiğinde kendisini göstermektedir. Öte yandan, üçüncü seçeneğin ise, temel sağlık hizmetlerini devletin sorumluluğunda gördüğü düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerine ilişkin anlayışlar sağlık hizmeti politikalarını sistem örgüsü içinde alt bileşenlerini de belirlemektedirler. Örneğin, sağlık hizmetleri finansmanının kamu eliyle yapılıp sağlık kuruluşlarının da kamuya ait olduğu sistemler; özel sigorta, cepten ödeme ve özel sağlık kuruluşlarının tercih edildiği sistemler. Ayrıca, hem kamu hem de piyasaya mahsus uygulamaların yer aldığı sağlık sistemlerinin varlığı söz konusudur. Akdur (1998)'a göre ise, bu sistemlerin çeşitliliğinin ülkelerin sosyo-kültürel yapısına göre farklılık gösterebilmektedir.

Navarro ve Shi'ye (2001:490) göre, sağlık politikaları açısından siyasal değişkenlerin birkaç etkisi bulunmaktadır. Birincisi uzun süre boyunca iktidarda kalan siyasal parti veya partilerin ülkenin gelir düzeyi, sosyal eşitsizlikler ve bebek ölümü gibi sağlık göstergelerine etkisi önemlidir. İkincisi politik güçler, gelirlerin yeniden dağıtım politikasında farklı çıkarı bulunan sosyal sınıfların ve de diğer sosyal güçlerin çıkarını temsil eder.

Sağlık politikası karar vericileri ülke sağlık sisteminin yapısı ve yönünü genel ekonomik ve siyasal düzenden bağımsız ele almazlar. 19.11.2002 - 12.03.2003 tarihleri arasından görev yapan 58. Hükümetin programı ve Acil Eylem Planı ve 14.03.2003-29.08.2007 tarihleri arasında görev yapan 59. hükümet programı sağlık hizmetleri konusunda genel itibarıyla şu hususları içermektedir (58. Hükümet Programı, 2002; Acil Eylem Planı, 2003; 59. Hükümet Programı, 2003):

- Herkesçe ulaşılabilir nitelikli ve etkin bir sağlık sistemi kurulacaktır.
- Nüfusun %81'i sağlık sigortasına sahip olup kalan %19'u için çözüm geliştirilmelidir. Genel Sağlık Sigortası kurulacaktır.

- Sağlık hizmetlerinde özel sektörün gelişimi için teşvikler verilerek özel sektöre rol verilecektir.
- Sağlık finansmanı sağlayan kurumların hizmet sunum alanından (SSK hastaneleri örneği) çıkarılması sağlanacaktır.
- Kamuya ait bütün hastaneler tek çatı altında birleştirilerek aynı statüye kavuşturulacak olup idari ve mali yönden özerkleştirilecektir. Bu yolla sağlık sektörüne rekabet getirilecektir.
- Sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılacak, genel sağlık sigortası kurulacaktır. Ayrıca, prim ödeyemeyecek durumda olanların primleri karşılanacaktır. Yeşil Kart kaldırılacaktır.
- Kısa vadeli ve uzun vadeli sigorta kolları birbirinden ayrılacaktır.
- Aile hekimliği sistemi kurulacak ve sevk zinciri getirilecektir.
- Hasta hakları yönetmeliği yenilenecektir.
- Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için etkili sağlık bilgi sistemleri kurulacaktır.

58. Hükümet programında sağlık sisteminin sorunları ve çözüm önerileri konusunda daha önce yer verilen reform paketlerine benzer tespit ve çözüm önerilerine yer verilmiştir. 59. Hükümet programı açıklandığında ise sağlık politikaları konusunda detaylı hedeflere yer verilmemiştir. Ancak, hükümetler hukuken farklı olsa da aynı politikaların devam ettirileceği vurgulanmıştır. Bu nedenle, bu tarihte sağlıkta dönüşüm programı henüz ilan edilmemiş bile olsa öncülleri hükümet programında yer almıştır.

Bununla birlikte, sadece 58. ve 59. Hükümet programlarında değil, 1990 sonrası geçmiş hükümetlerin programlarında da sağlık sistemi ile ilgili benzer hedefler konmuştur. Örneğin, 1995 tarihli 50. Hükümet programında;

- Devletin kendine ait sağlık tesislerine olan sübvansiyonunun kademeli olarak sonlandırılması,
- Genel sağlık sigortasına geçilmesi ve sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sağlık sigortalarının geliştirilmesi,
- Sağlık sektörüne yönelik özel sektör girişimlerinin özendirilmesi ve bu kapsamda kamu kaynaklarından arsa tahsisatı yapılması,

54. Hükümet Programında;

- Sağlık sisteminde, sağlığın finansmanı, kurumların yönetimi, insangücü ve sağlık hizmetinin sunumu açısından yeniden gözden düzenleme yapılacaktır.

- Sağlık sigortasının yaygınlaştırılması sonucunda hastaneler özelleştirilecektir.
- Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri ücretsiz olarak verilmeye devam edilecektir.

57. Hükümet programında;

- Genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası gerçekleştirilmesi,
- Aile hekimliği sisteminin oluşturulması,

Bu itibarla, sağlık sisteminin kendine özgü sorunlarına çözüm önerilerine ilişkin geliştirilen reçeteler aradan geçen zamanda neredeyse çok az değişmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde 2003 yılı Mart ayında Dünya Bankası tarafından, “Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu” adıyla bir reform dokümanı yayınlanmıştır (Dünya Bankası, 2003). Öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Programındaki hususlara benzer içerik taşıyan bu dokümana değinecek olursak; mevcut sağlık sisteminin durumu ve reform için önerilere yer verilmiştir. Bu çerçevede ilgili rapor genel itibarıyla şu tespitleri içermektedir:

- a) Türkiye’de nüfusun sağlık durumu aynı gelir düzeyine sahip başka ülkelere nazaran kötü olup, ana ve çocuk ölümleri yüksektir.
- b) Bölgelere göre sağlık göstergeleri arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır.
- c) Herkes hastalandığında gerekli tedaviyi görememektedir.
- d) Sağlık sigortası olmayanlar ve maddi güvencesi yetersiz olanlar hastalandığında tedavi kurumlarına daha az başvurmaktadır.
- e) Temel sağlık hizmetleri yeterli değildir ve insanlar sevk zincirine uymadan hastanelere başvurmaktadır.
- f) Temel sağlık hizmetlerinde insangücü yetersiz olup Doğu ve Güneydoğu’da durum daha kötüdür.
- g) Türkiye’deki kamu hastaneleri verimsiz işletilmektedir.
- h) Sağlık Bakanlığı’na bağlı küçük hastaneler verimsiz ve yatak doluluk oranları çok düşüktür.
- i) Sağlık insangücü dağılımında (özellikle hekim personel) sorunlar mevcut ve büyük ölçüde büyükşehirlerde yığılma yaşanmaktadır.

- j) Sağlık hizmetinin finansman ve sunumundan sorumlu Bakanlıklar (Sağlık ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı) arasında koordinasyon bulunmamaktadır.
- k) Koruyucu sağlık hizmetleri ve ana ve çocuk sağlığına yatırım ve bütçe tahsisatı çok düşüktür.
- l) Nüfusun büyük bölümünün sağlık güvencesi veya Yeşil Kartı yoktur.

Bu tespitler neticesinde raporda reform stratejileri önerilmektedir (Dünya Bankası, 2003;iii); Buna göre, 1) kaynak seferberliği ve bütçenin iyileştirilmesi, 2) sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, 3) hizmete talebin artırılması ve hizmetlerin daha çok kullandırılması, 4) sağlık hizmetlerinde verimlilik artışı, 5) Sağlık hizmetlerinde klinik etkinliğin iyileştirilmesi. Dolayısıyla, bu stratejiler şu unsurları içermektedir.

- **Zorunlu Genel Sağlık Sigortası ve Tamamlayıcı Özel Sigorta:**

Bu kapsamda bütün sağlık sigortası kuruluşlarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart ve Aktif Memurlar) tek çatı altında birleştirilmeli ve bu şekilde oluşacak çatı kuruluş özerk olmalıdır. Ayrıca, temel teminat paketi tanımlanmalı ve acil servisin acil olmayan hallerde kullanımı, tek odada kalma veya oda paylaşma, uzun vadeli rehabilitasyon ve evde bakım, tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamına alınmalı.

- **Devlet Hastanelerinde Reorganizasyon ve Özerkleştirme:** Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı hastaneler ayrı ayrı bağımsız kurumlara bağlanarak özerkleştirilmelidir. Her iki kurumun kendine ait yönetim sistemi olmalı ve ilk etapta çalışan devlet memuru statüsünü korumalıdır. İkinci aşamada ise, her sağlık tesisi özerkleştirilmeli ve mevcut personeller kendi sağlık tesisinde ucu açık süreli sözleşmeli olarak çalıştırılmalıdır.

- **Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Rollerinin Tanımlanması:** Sağlık Bakanlığı düzenleyici ve denetleyici olmalıdır. Ayrıca, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi ve kurumların akreditasyonu çalışmaları, halk sağlığı sisteminin yönetimi, uzmanların lisanslanması ve salgın hastalıkların izlenmesine odaklanmalıdır. Hizmet sunumu rolünü terk etmelidir. Çalışma Bakanlığı ise, Genel Sağlık Sigortası sisteminin yönetimine odaklanmalıdır. Genel Sağlık Sigortasının yönetimi için Bakanlığın izlemesi önerilmektedir.

- **Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi:** Aile hekimliği sisteme geçilmesi önerilmektedir. İki aşamalı bir geçiş önerilmiş olup toplamda 6-10 arasına yayılan bir süreçte geçişin tamamlanması öngörülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları

Programın adının “reform” olarak belirlenmemesinde; bugüne kadar “reform” olarak adlandırılmış hiçbir çalışmanın tam olarak uygulama alanı bulamadığı ve daha önce çok sayıda benzer projenin de reform adıyla kamuoyuna açıklandığından ve çalışmalara olan güvenin sarsıldığından bahisle “reform” değil dönüşüm kavramının tercih edildiği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003;24).

Programın amacı, “sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilme, finansmanının sağlanması ve sunulması” olarak belirlenmiştir. Etkililik ile epidemiyolojik göstergelerde iyileştirme, anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artırılmasıyla halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Verimlilik ile mevcut sağlık sistemi kaynaklarıyla daha çok hizmet üretme amaçlanmıştır. Hakkaniyet ile de, ülkede genel sağlık göstergeleri arasındaki eşitsizliği ortadan kaldırmak ve herkese sağlık hizmetlerine ihtiyaçları oranında erişimin sağlanması ve maddi gücü nisbetinde finansmana katkıda bulunmaları amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003;25).

Sağlık hizmetlerinde etkililik ve verimlilik kavramları sağlık hizmetlerinin kendisine özgü bir verimlilik yaklaşımını içeriyor ancak ekonomik durum olarak piyasa kavramlarına işaret etmektedir.

Programın İlkeleri

Sağlıkta Dönüşüm programı ilkeleri 9 ana başlık altında toplanabilir. Bunlar kısaca aşağıdaki şekilde program kitabında yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003; 25):

İnsan merkezlilik: Sağlık Sisteminin merkezine birey oturtulmakta hizmetin sunumunda bireyin talep ve beklentileri dikkate alınmaktadır. Ayrıca, birey “aile sağlığı” konsepti içinde değerlendirilmektedir.

Sürdürülebilirlik: Sistemin kendi öz kaynaklarıyla devam ettirilebilmesini içermektedir.

Sürekli kalite gelişimi: Mevcut sistemde elde edilen hizmet ve bunun sonuçlarını yeterli görmeyip sürekli daha iyi sonuçlar elde edilmesi için etkili geri bildirim sistemi kurulmasını ifade etmektedir.

Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesinde sektörün tüm paydaşlarının görüşlerinin alınarak sağlık politikasının uygulanmasıdır. Ayrıca, sektörün bütün bileşenleri kapsama alınarak kaynak birliği sağlanması hedeflenmektedir.

Uzlaşmacılık: Sektörün farklı paydaşları arasında ortak çıkarların gözetilmesiyle demokratik işbirliği geliştirme arayışıdır. Yöntem, standart ve denetim mekanizmalarında birliktelik sağlayarak uyum sağlanması hedeflenmektedir.

Gönüllülük: Sistemin tüm bileşenlerinin, birey veya kurum fark etmeksizin, belirlenmiş amaçlar doğrultusunda çalışmasının sağlanmasıdır. Sistemde yer alanların zoraki değil gönüllü bir şekilde teşvik mekanizmalarıyla yer almaları esastır.

Güçler ayrılığı: Sağlık hizmetlerinde, finansman, hizmet sunumu ve denetimi erklerinin ayrışmasıdır. Böylelikle, verimli ve kaliteli hizmet sunumu sağlanacak olup çıkar çatışması da yaşanmayacaktır.

Desantralizasyon: Bağlı kurumların merkezi hantal bürokratik yönetimden kurtarılarak yerinden yönetim ilkesi uyarınca yeniden yapılandırılmasıdır. Böylece, idari ve mali açıdan özerkleştirilen kurumlar hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve mevcut kaynakları verimli kullanacaklardır.

Hizmette rekabet: Sağlık sektöründe hizmet sunumunda farklı paydaşların yer alması sağlanacak olup kalite artırımı ve maliyetin azaltılması için rekabet ortamı oluşturulacaktır.

Programın Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programında Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sektörünün tümünü içerecek bir anlayışla bir takım bileşenlere yer verdiği ve bu doğrultuda adımlar atacağı belirlenmiştir (2003: 26-36).

• Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunan rolünden denetleyici, düzenleyici ve rehberlik yapan bir yapıya kavuşturulması amaçlanan bu süreçte, kamu veya özel fark etmeksizin bütün kaynakların etkili ve verimli kullanılması için yönlendirme yapması beklenmektedir. Bakanlığın bağlı kuruluşları yerinden yönetim ilkesi gereğince yeniden yapılandırılacaktır. Bakanlık kalite kontrol, akreditasyon ve uzmanların lisanslaması hizmetlerine ağırlık verecektir. Bu çerçevede, teşkilat yapısı değiştirilecektir.

Bu ilke gereği, 2011 yılında çıkarılan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında değişikliğe gidilmiş olup yerinden yönetim ilkeleri uyarınca Kamu Hastane Birlikleri modeli uygulamasına geçilmiştir. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında, 4 bağlı kuruluş (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) oluşturulmuş ve illerde taşra teşkilatı olarak üç ayrı yapılanmaya gidilmiştir. Bu yapılanma, İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği şeklinde gerçekleşmiştir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve illerdeki örgütlenmesi olan Kamu Hastaneleri Birlikleri Genel Sekreterliği modeli diğerlerinden farklı olarak ilk defa kamuda sözleşmeli yöneticilik uygulamasını getirmiştir. Kamu hastane birliklerine bağlı hastanelerde kurum içinden veya dışından ve de gerekirse memur olmayan üçüncü şahıslar arasından gerekli şartları taşıyan kişilerle yönetici olarak sözleşme imzalanabileceği hükme bağlanmıştır. Mevzuata göre sözleşmeli yöneticilerin sözleşme bitiminde görevden alınması ve görevine devamı görevi için belirlenmiş performans ve verimlilik karnesine göre olacaktır. Dönem verimlilik karne değerlendirmelerine göre ayrıca değerlendirme yapılacak olup sözleşme bitimi beklenmeden de sözleşme sonlandırılabilir. Bugüne kadar ki uygulamalarda ise verimlilik karne sonuçlarına göre görevden alınma olgusuna sık rastlanılmamıştır. Ancak kanunun uygulandığı bugüne kadar yönetici devir hızı oldukça yüksek gerçekleşmiştir.

Bu yasada kamu hastane birliklerinin yönetimi açısından diğer taşra yapılanmasından farklı olarak ilin mülki idaresi ile doğrudan ilişkilendirilmesi özerk işletmeler olarak yapılandırıldığını göstermektedir.

• Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

1982 Anayasası 56. maddesiyle genel sağlık sigortasının kurulabileceğini hükme bağlamıştır. Anayasada her ne kadar hizmetin nasıl sunulacağına değinilmemiş olsa da sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Vatandaşların ödeme gücüyle orantılı olarak ödeme yapacakları ve hizmetleri de ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sağlık sigortası modeli öngörülmüştür. Sağlık sigortacılığı ve uzun vadeli sigorta kollarının bir arada sunulduğu farklı kurumların tek çatı altında birleştirilmesi hedef olarak belirlenmiştir. Aynı şekilde, bu bileşende tamamlayıcı sağlık sigortalarının da sistemde yer almasının sağlanması hedef olarak belirlenmiştir.

Bu konuda zaman içinde çeşitli düzenlemeler gerçekleştirilmiş olup en son 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu kanunu ile bu sigorta kurumları (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK ve Yeşil Kart uygulaması) tek kurum altında birleştirilmiştir. Ayrıca aynı yıl 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı kanunla Genel Sağlık Sigortası Kanunu mecliste kabul edildi. Genel Sağlık Sigortası yasası 2008 yılında yürürlüğe girdi. Böylece farklı teminat paket-

lerinden kaynaklanan sağlık uygulamaları dönemi de sonlandırılmıştır. Öte yandan, henüz sistemde tamamlayıcı sağlık sigortalarının yeri tanımlanmamıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortalarının yaygınlaşarak derinleşmesinin temel teminat paketlerinde daralmaya yol açacağı eleştirileri mevcuttur (TTB, 2012).

- **Yaygın, Erişimi Kolay Ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi**

Zamanı açısından oldukça modern bir anlayışa sahip olan 224 sayılı yasanın artık çağın ihtiyaçlarına cevap vermediği ve 1960'lı yılların sistematizmini çağa uyarlamak ve güçlendirmek maksadıyla sektörde farklı aktörlere de yer vermek gerektiği belirtilmiştir. Kamu, özel ve vakıf girişimlerinin de bu hizmet alanında yer alması gerektiği ifade edilmiştir. Sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için bütün paydaşların rekabet halinde olması ve yatırımların artırılması hedeflenmiştir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere sağlık hizmeti sunumunda özel girişimlerin teşviki söz konusudur.

- **Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği**

Temel sağlık hizmetleri alanında 224 sayılı yasayla kurulu bulunan sağlık ocağı esaslı sağlık sistemi iyi tasarlanmamış ve performans esaslı olmadığı belirtilmiştir. Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk gereği bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici birinci basamak sağlık hizmetlerini kişinin kendi seçeceği hekimden alması en doğru yaklaşım olacaktır prensibine dayanmaktadır. Bu nedenle Aile Hekimliği sistemi kurulması hedeflenmiştir.

Bu hedefe, 24.11.2004 tarihinde 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında kanun ile ulaşılmıştır. Pilot uygulama başlatılmadan ikincil mevzuatlar çıkarılmıştır. Pilot uygulama ise, 15.09.2005 tarihinde Düzce ilinde başlatılmıştır. Pilot uygulamanın Düzce ilinde başlatılmasından önce, ilde bilgi işlem için donanım alt yapısı tamamlanmıştır. Sonrasında, ildeki sağlık ocağı ve sağlık evleri nüfusuna kayıtlı bütün hane halkı bilgileri elektronik ortama aktarılmıştır. Akabinde pilot uygulama başlatılmıştır.

- **Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri**

Etkili bir sevk zincirinin kurulması için ön şartın hastanın kendi hekimini seçmesi ve dolayısıyla aile hekimliği sisteminin kurularak birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini içermektedir. Etkili bir aile hekimliği sisteminin ikinci basamak sağlık hizmetlerine aşırı talebi azaltacağı ve dolayısıyla tedavi hizmetleri sunan hastanelere olan hizmet yükünün hafifletilebileceği varsayılmıştır. Öte yandan hastaların sevk zincirine girmeye zorlanamayacağı da belirtilmiştir. Ayrıca sevk zincirine girmek istemeyen hasta-

ların ek katılım paylarıyla karşılaşmasının hasta haklarına aykırı olmayacağı da ifade edilmiştir.

Bununla birlikte, hastaların birinci basamak aile hekimliklerine başvuru sayıları ve hastanelerden yararlanma oranları dikkate alınarak hastanın bizi kendisinin sevk zincirini işlettiği ve bunu rasyonel tercihlerle oluşturduğu öne sürülebilir. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça basamaklar arası sevk tercihlerinin de değişime uğrayacağı ifade edilebilir.

- **İdari ve Mali Özerkliğe Kavuşturulmuş Sağlık İşletmeleri**

Sigorta Kurumu ülkedeki tüm hastanelerle hizmet sözleşmesi imzalayabilecek olup kamu özel ayırımına gidilmeyecektir. Sağlık hizmetinin finansmanında kurumlar değil bireylerin desteklenmesi sağlanacaktır. Hizmeti sunan kurumlar ürettikleri hizmet oranında ödeme alabileceklerdir. Bu amaçla kamuya ait sağlık hizmeti sunan kurumlar idari ve mali olarak özerkleştirilerek Sağlık Bakanlığı denetimine tabi olacaklardır. Kamu sağlık kuruluşlarının bütün yönleriyle kendilerinin finanse etmeleri sağlanacaktır. Sağlık kuruluşları doğrudan devlete bağlı olmak zorunda değildir. Bu nedenle, belediyeler, özel şirketler, vakıflar ve üniversiteler hastane kurabilecektir. Ancak, daha sonra 2005 yılında çıkarılan kanunla belediye hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

Atanmış statik yöneticilikten performans yönetimine geçilecektir. Performansa bağlı ödeme sistemlerine geçilecektir. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile özerk hastane uygulaması için adım atılmış ve performansa bağlı sözleşmeli yöneticilik uygulaması 2012 yılından itibaren hastaneler için hayata geçirilmiştir. 2018 yılı sonrasında ise kamu sağlık sektörünün tüm yöneticileri için sözleşmeli yöneticilik uygulamasına geçilmiştir.

Özürlülere yönelik hizmetler ve tedavi hizmetleri sonrası rehabilitasyon hizmetleri için özel yatırımlar teşvik edilecektir. Bu yönde uygulamalar halen devam etmektedir.

- **Bilgi ve Beceriyle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü**

Sağlık sektöründeki dönüşümlerin başarısı ve Avrupa Birliği'ne uyum süreçleri dolayısıyla, sağlık personelinin görev yetki ve sorumlulukları tanımlanacaktır. Sağlık personelinin görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmış olmasına karşın sağlık hizmetinin doğası gereği zamanla bu yetkiler ve sınırlar belirsiz hale gelip farklılaşmaktadır. Bu çerçevede, hemşirelik eğitiminin üniversite seviyesine çıkartılması hedeflenmiş ve bu konuda adım-

lar atılmış olup lise mezunu hemşirelere lisans tamamlama hakları verilmiş ve ayrıca lise mezunu düzeyinde hemşirelik yerini hemşire yardımcılığına bırakmıştır.

Sağlıkta Dönüşümün istenilen seviyede gerçekleşmesi için etkili bir yönetici kadrosunun oluşturulması gerektiği belirtilerek; hem insan kaynağına yapılan yatırımın boşa gitmemesi hem de sağlık kurumlarını profesyonel yöneticilere teslim etmek için hekimlerden yönetici yapılmaması gerektiği belirtilmiştir. Hekimler için zorunlu hizmetin kaldırılacağına yer verilmiştir. Ancak, uygulamada halen yöneticilerin büyük bir çoğunluğu hekimlerden seçilmektedir. Ayrıca, devlet hizmet yükümlüsü olarak zorunlu hizmet bazen kesintiye uğrasa da yeniden yürürlüğe konmuştur.

- **Sistemi Destekleyici Eğitim ve Bilim Kurumları**

Tıp fakülteleri ile iletişimin artırılması yoluyla tıp eğitiminin Sağlıkta Dönüşüm Programı amaçları doğrultusunda hizmet etmek için hekimleri bilgiyle donatmak hedeflenmiştir. Eğitim hastanelerin tıpta uzmanlık eğitimi gözden geçirilmelidir. Bunu gerçekleştirmek için bir yapı kurulmalıdır. 663 sayılı KHK'nin 22. maddesi ile Tıpta Uzmanlık Kurulu oluşturuldu.

Hıfzısıhha Mektebini tekrar açarak faaliyete geçirmek amaçlanmaktadır. Hıfzısıhha Mektebi açıldı ancak daha sonra bakanlık teşkilat yapısının değiştirilmesiyle kapandı. Onun yerini alması beklenen Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü de açıldıktan bir süre sonra 2014 yılında kanunla kapatıldı. Kapatılan genel müdürlüğün görevleri ise Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne devredildi.

- **Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon**

Sağlıkta kalite ve akreditasyon kavramlarının bugüne değin ihmal edildiği ve artık hem finansmanı sağlayan kurumlarca hem de hizmet sunucularının ajandasında yer bulduğu belirtilmiştir. Bu amaçla "Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu" kurulması hedeflenmiştir. Sağlık hizmet sunucularının performansının ölçülmesi için standartlar ve performans ölçütleri geliştirmesi beklenmiştir.

Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu şimdiye kadar kurulmadı ancak bu amaçla ilk önce bakanlık bünyesinde "Kalite Koordinatörlüğü" kuruldu ve daha sonra 2007 yılında müstakil bir daire olarak genel müdürlük düzeyinde iş görme ehliyetine ve yetkisine sahip "Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı" kuruldu. Bu birim, ilk çalışmaya başladığı dönemde Bakanlığa bağlı hastanelerde uygulanan kalite çalışmalarına

özel ve üniversiteler başta olmak üzere sektörün bütün kuruluşlarını dâhil etti. Böylece ülke genelindeki bütün hastanelerde kalite çalışmalarını yürüttü ve belirli sağlık göstergeleri açısından hastaneleri takip etti. 2010 yılındaki yeniden yapılanma çalışmaları çerçevesinde Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında çalışmalarına Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı olarak devam etti. 2014 yılında ise Bakanlığın geliştirdiği akreditasyon sistemini yaygınlaştırmak ve takip etmek üzere 6569 sayılı kanunla kurulan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'na bağlı olarak "Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü" kuruldu. Böylece, sağlıkta kalite çalışmaları Bakanlık merkez bünyesinde devam ettirilecek ve hastanelerin kalite standartlarına uygunluğu rutin denetimler yoluyla takip edilecekti. Akreditasyon çalışmaları ise, Kalite ve Akreditasyon Enstitüsüne bırakılmıştır.

• Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

Sağlık sistemi içinde sağlık harcamalarının en yüksek olduğu alanlar hiç kuşkusuz ilaç ve tıbbi teknolojilerdir. Sosyal güvenlik kuruluşlarının ilaç temin politikaları nedeniyle kullanıcıların ilaç fiyatlarına duyarsız olduğu belirtilmiştir. Bu ve benzer nedenler ile gerek akılcı ilaç kullanımı ve gerekse ilaçların fiyatlandırılması ve ilaçların ruhsatlandırılması, üretilmesi, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi için "Ulusal İlaç Kurumu" kurulması amaçlanmıştır. Ayrıca, tıbbi cihazlar ve sarf malzemelerin uluslararası standartlara uygunluğunun sağlanması, yerli teknoloji üretilmesinin sağlanması ve ülkedeki tıbbi cihaz piyasasının kontrolü ve takibinin sağlanması için "Tıbbi Cihaz Kurumu" kurulması planlanmıştır.

İlaç fiyatlarının düzenlenmesinde bütün paydaşların mutabık kalacağı bir metot geliştirileceğine yer verilmiş olup bu amaçla 2004 yılında "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar" ile ilaç fiyatlandırılmasına yeni düzenleme getirilmiş ve fiyatlar kontrol altına alınmıştır. Bu çerçevede yakın döneme kadar ilaç fiyatlarında anlamlı düşüşler sağlanmıştır.

Türkiye sağlık sisteminde ilaç ve tıbbi cihaz politikalarının üretilmesi ve sektörün yönlendirilmesi amacıyla 02.11.2011 tarihli 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı çatısı altında özel bütçeli "Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu" kurulması hükme bağlanmış olup kurulmuştur.

• Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm programının uygulanmasında destek olmak üzere etkili karar destek sistemi kurulması öngörülmüş olup uygulamada standart birliğin sağlanabilmesi adına farklı zamanlarda çok sayıda web tabanlı bilgi sistemleri oluşturulmuştur. Sağlık hizmet sunucularından randevu alma

dâhil olmak üzere, çok sayıda karar destek sistemi uygulaması geliştirilmiştir. Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarının malzeme takip ve yönetim sistemler, personel görevlendirme, özlük ve atama işlemleri için sistem ve daha birçok sistem Sağlık Net uygulamaları altında Ulusal Sağlık Bilgi Sistemlerinin bir bileşeni olarak oluşturulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Uluslararası Kuruluşlar

Sağlıkta reform konusunda farklı çerçeveler mevcut olmakla beraber sosyolojik bakış açısıyla temel olarak bunlar hegemonik sistemler ve ulusal sağlık sistemleri olarak ikiye ayrılır. Twaddle'e (1996) göre herbiri kendi içinde birçok alt boyutlara sahip olsalar da hegemonik sistemleri uluslararası örgütler oluşturmaktadır. Bu yapılar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki ulusal kalkınmayı sınırlar ve kontrol ederler. Hegemonik sistemlerin bileşenlerini Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu, Dünya Ticaret Örgütü, Yardım Programları ve Hükümet Dışı Kuruluşlar gibi küresel ölçekte faaliyet gösteren yapılar oluşturmaktadır. Kalkınma fonlarının büyük bir kısmı bu yapılardan sağlanmakta olup kendi politik ajandalarını takip edecek programları yürüterek alternatifleri zayıflatmaktadırlar. Ancak, hegemonik sistemlerin tüm unsurları da aynı derecede güç ve etkiye sahip değildirler. Ülkelere önerdikleri program etkililik ölçütüne göre cevap bulmasına karşın sağlık sistemlerinde önemli gelişmelerin yaşanmasını sağlamaktadırlar. Ulusal sağlık sistemleri, hegemonik sistemlerden farklı olarak politik hareket alanı ve iç sınırlarını kendi belirlemesine karşın diğerlerinden, yani hegemonik sistemlerden tamamen bağımsız hareket edemez.

Sağlık hizmetlerinde reform yaklaşımları temel olarak iki yaklaşım içerisinde dile getirilmektedir. Birincisi desteğini Dünya Bankası veya Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi kuruluşlardan desteğini alan piyasa yönelimli reform modelleri ve diğeri ise doğrudan reform paketi olarak sunulmasa bile sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi için yapılması gerekenleri önermeyi görev olarak üstelenmiş Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF gibi kuruluşların destek sunduğu sosyal reform modelleridir. Piyasa yönelimli reform modelinin ayırt edici özellikleri: a) Hastalık yükü hesaplamaları, b) maliyet etkililik, c) hizmet sunumu ve finansmanının ayrılması, d) Özel sektör hizmet sunumu ve e) kullanıcı ödemeleridir. Sonuç göstergeleri ise, sağlık hizmetinin maliyetleri, mali tasarruf, özel sektör ortaklığıdır. Sosyal reform modelinin ayırt edici özellikleri; a) ihtiyaç temelli yaklaşım, b) tıbbi hizmetleri geliştirme, c) kamunun hizmet sunumu, d) Devlet finansmanı, e) birinci basamak sağlık

hizmetleridir. Sonuç göstergeleri ise, sağlık hizmetine erişim, faydalanma, sağlık durumuna ait göstergelerdir (Günaydın, 2011).

Bununla beraber, günümüzde sağlık sektöründe reform nosyonunu geliştirmekte olan ülkelerin gündemine büyük ölçüde aldırın veyahut da öne- ren hegemonik sistemin bileşenlerinden biri olan Dünya Bankası olmuştur. Önerdiği reformlar sağlık hizmet sunumu politikalarında değişimi öngören ve hizmet sunumunun organizasyonu dâhil, hizmet alanların finansman sü- recine aktif katılımı ve çoğunlukla kamunun kontrolünde olan hizmet su- num alanlarını özel sektör girişimlerine ve hükümet dışı kuruluşlara açmak şeklinde olmuştur (Sen ve Koivusalo, 1998).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, deklare edildiği 2003 yılından itibaren sağlıkta başlayan reform çalışmalarının ana eksenini oluşturmaktadır. Bu program büyük ölçüde tamamlanmaya başlamıştır. Ancak kamu hastane- lerinin özerkleştirilmesi gibi halen tamamlanamayan yaklaşık olarak 5 yıl içinde sonlandırılması beklenen finansal ve politik bir sektör reformu destek projesidir. Program bazı yönleriyle halen devam etmektedir, çünkü kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi gibi en temel reform alanında yöneticilerin sözleşmeli istihdamı dışında süreç sonlandırılmamıştır.

Program önerisinde bulunan Dünya Bankası, geliştirdiği fonları veya kredileri geliştirmekte olan ülkelere sadece yatırım projeleri için değil ekonomik ve sosyal programlar için de verebilmektedir. Bununla birlikte, Banka'nın kredileri temel olarak 3'e ayrılır. Bunlar:

a) Proje kredileri: ekonomik kalkınmayı hedefleyen krediler olup alt yapı yatırımlarından, sağlık hizmetlerindeki yatırımlar da dâhil olmak üzere birçok alanda verilebilir.

b) Uyarlanabilir (yapısal ve sektörel) program kredileri: Yatırım amaç- lı olmayıp politika ve hizmet sunum değişimi öngörülen alanlarda verilen kredilerdir.

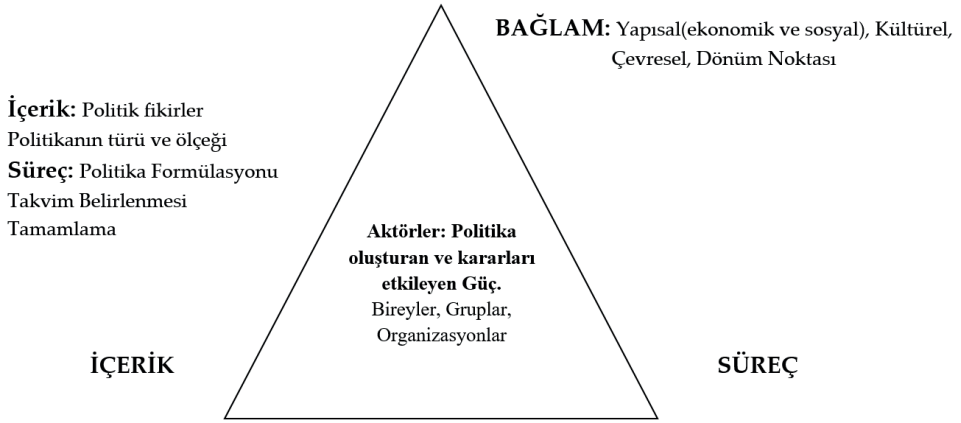
c) Karma krediler: Sektörel uyarlanma ve yapısal ve sektörel uyarlama uyarlama kredilerinin özelliklerine sahip kredilerdir.

Kredilerin kullandırılmasından önce ilgili ülke ve Dünya Bankası ara- sında "İkraz Anlaşması" (Loan Agreement) yapılır. Anlaşma, borç sözleş- mesi olup mutabakat sağlanan konudaki mali ve hukuki koşulları düzenler (Savaş, 2018). Anlaşma sonrası kredi kullanımına geçilmektedir.

Türkiye örneğinde sağlık sistemi için ilk çalışma "Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü" ile başlamıştır. Dünya Bankası ile sırasıyla 1991 yılın-

da, 1994 yılında ve 2003 yılında anlaşmalar imzalanır. Son kredi anlaşması ise, “uyarlanabilir program kredisi” olup 2003 yılından bu yana sağlık sektöründe reformlar ve bunların uygulamasını destekleyerek Sağlıkta Dönüşüm Programı’na (HTP) katkı sağlamıştır (Dünya Bankası, 2018). Genellikle, gelişmekte olan ülkelere kullandırılan ve IMF’nin Stand-by anlaşmalarına benzeyen bu kredi türü onu kullanan ülkenin yatırımları için çoğunlukla, bir finansman öngörmeyip uyarlanması istenilen sağlık sistemi modeline adaptasyonunu gerçekleştirecek şekilde dönüşümü öngörmektedir (Kaya, 2003).

Sağlık politikasının yapımında çok sayıda aktör yer alabilmektedir. Ayrıca, politika içeriği, politika yapım süreci ve sağlık politikasının oluşturulmasında güç kullanımı önem kazanmaktadır. Devletin rolü ve politika yapımında yer alan uluslararası aktörlerin, küresel ve yerel sivil toplumun etkileşimi neticesinde ortaya çıkan sağlık politikasını kavrayabilmek için “sağlık politikası üçgeni” anlamlı bir çerçeve sunmaktadır. Oldukça basitleştirilmiş bu yaklaşım, farklı aktörlerin politika üretme sürecinde birbiriyle etkileşimini ortaya koymaktadır. Aktörler (birey, grup veya organizasyon) yaşadıkları veya çalıştıkları ortamdan etkilenir. Bağlam ise, ideoloji, kararsızlık, tarih ve kültürden etkilenir; politika oluşturma süreci ise, aktörlerin, güç ilişkileri, beklentileri ve değerlerinden etkilenir. Ayrıca, politika içeriği bu boyutların bir kısmı veya tamamını yansıtabilir.



Kaynak: Walt and Gilson, 1994 (akt. Kent, 2006:8)’den yararlanılarak geliştirilmiştir.

Şekil 7: Sağlık Politikası Analiz Üçgeni

Sağlık politikası analiz üçgenine göre Sağlıkta Dönüşüm programı çerçevesinde açıklama yapacak olursak; Bu üçgende, Türkiye sağlık sisteminin reformunda aktörler, 2003 ve sonrası Sağlık Bakanlığı ve 1990'dan bu yana ise Dünya Bankası olarak tanımlanabilir. Bağlam açısından, 2001 yılı sonrası yapısal ve ekonomik krizler, sağlık hizmetine erişimin önündeki yasal ve kültürel engeller ve de 2002 yılı genel seçimleri dönüm noktasını oluşturmaktadır. Süreç ise, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Hükümet programları ile şekillendirilmiştir. Tamamlama aşaması ise henüz gerçekleşmemiş olup sağlık sisteminin temel karakteristiklerinin gelecekte ne olacağı noktasında belirsizlikler devam etmektedir. İçerik ise, Dünya Bankası reform stratejilerinden ve ülke düzeyinde kültürel olarak sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerin dikkate alınmasıyla oluşturulmaktadır. Politikanın türü hizmet sunumunda temel olarak serbest piyasa ekonomik modelini öngörmesine rağmen henüz tam olarak gerçekleşmemiştir.

Dünya Bankası tarafından gelişmekte olan ülkeler için öngörülen reform pratikleri ülkelerin uygulama kabiliyetine göre hız kazanmakta veya yavaş ilerlemektedir. Bu nedenle, program doğrultusunda önerilerin hızlıca uyarlanması için yöneticilerin eğitimi temel öneme sahiptir. Dünya Bankası anlaşmalarının şartları kredi kullanımında bu benzeri hususları da içermektedir (Kaya, 2003). Bu durum "teknokratik uyum" kavramı çerçevesinde değerlendirilebilir.

2003 yılı öncesinde Dünya Bankası ile imzalanan diğer kredi anlaşmalarına göre uygulamaya konacak yapısal uyum programı için mevzuatlar ve örgütsel dönüşüm anılan dönemlerdeki siyasal iradenin uzun ömürlü olması nedeniyle hayata geçirilememiştir. 2003 yılından sonra ise, öncekilerden farklı olarak aynı siyasal irade tarafından takip edilip öngörülen reformlar büyük ölçüde sonlandırılmıştır. Bu anlamda 2002 yılı genel seçimleri bir dönüm noktası oluşturmaktadır.

Bunun yanında, Dünya Bankası'na desteklenen bu projeler/süreçler neredeyse her ülkede benzer çözümler öngördüğü için "reform pandemisi" olarak da değerlendirilmektedir (Hamzaoglu, 2011).

Yasal Boyutuyla Sağlıkta Reformun Temel Çalışmaları

Sağlıkta Dönüşüm Programı uyarınca reform çalışmaları başlatılmadan önce ülke sağlık sisteminin genel olarak yapısal sorunlarına odaklanılmıştır. Sorun alanlarına yönelik çalışmalar ise temel sağlık göstergeleri esas alınarak başlatılmıştır. Sorunların varlığı benzerlik gösteriyor olsa diğer ülkelere de önerilmiş bir örnek reform programları mutlak çözüm üretmeyebilmektedir. Gelişmiş ülkeler, farklı sağlık modellerine sahip olup vatandaşlarının üzerinde sağlık hizmet talebinden kaynaklanabilecek finansal riskleri en aza indirdikleri gibi çalışanları da aynı sağlık sisteminin hizmet sunum tarafında konumlandırabilmişlerdir. Gerek finansman olsun ve gerekse de hizmet sunumunda ulusal sağlık hizmeti modelini tercih eden ülkeler bu yaklaşımı korumuşlardır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri reform alanları için ana çerçeve çizmektedir. Bunun yanında, temel sağlık göstergeleri açısından Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile mevcut kapasite ve artırımı, insanların sağlığı ve iyileştirilmesi, sağlık hizmetinden yararlanma, sağlık hizmetinin temini, Sağlık sektöründe insan kaynakları, organizasyon ve yönetim, sağlığın finansmanı ilaç tüketimi ve üretimi gibi konu başlıklarındaki gelişmeler önem arz etmektedir.

• Temel Sağlık Göstergeleri

Bir ülkenin sağlık sistemindeki iyileşmeler hiç kuşkusuz o ülkenin vatandaşlarının genel sağlık düzeyinde iyileşmeler sağlamaktadır. Genel sağlık düzeyinin yükselmesi ise sadece sağlık hizmet sunumunda yaşanan iyileşmelere bağlı değildir. Ülkedeki sosyal ve ekonomik gelişmeler de ayrıca önemli bir yere sahiptir. Önemli temel sağlık göstergelerinin başında Doğumda Beklenen Yaşam Süresi gelmektedir. Buna göre, 1990 yılı için kadın ve erkek toplam beklenen ortalama yaşam süresi 65 iken bu rakam 2000 yılında 70, 2009 yılında 75 ve 2011 yılında 76 ve 2016 yılında 78 olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesi oranlarına yaklaşık oranlar elde edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012; TÜİK; 2018).

Temel sağlık göstergelerinde bir diğer önemli parametre anne ölümleridir. Ayrıca, istatistikî olarak uluslararası karşılaştırmaya da imkân veren bir parametre olup sağlık sisteminin ihtiyaçlara cevap verebilme ve ülkenin sağlık düzeyini gösterir mahiyettedir. Ancak, Anne ve Bebek ölüm istatistikleri 2005 yılından sonra düzenli bir şekilde toplanmaya başlanmıştır. Daha öncesinde sistematik olarak toplanan istatistikler bulunmamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014:27). Avrupa Birliği üye ülkelerin ortalamalarının üzerinde bir

oran ancak dünyanın geri kalan birçok ülkesinden daha düşük oranda Anne Ölüm Oranı söz konusudur(WHO, 2018).

Tablo 18: Yıllara Göre Anne Ölüm Oranı (Yüzbin Canlı Doğumda)

1998	2003	2006	2012	2015	AB 2015 ort.
70	42	28,5	15,4	16	6

Kaynak: WHO Health Statistics (2018: 23); Sağlık istatistikleri (2012:22)'nden yararlanılarak hesaplanmıştır.

Yukarıdaki tablo 18'e göre Anne Ölüm Oranı açısından çok önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Öte yandan, Avrupa Birliği üye ülkelerinin ortalamalarının üzerinde bir oran söz konusudur.

Bebek Ölüm Hızı bir başka önemli temel sağlık göstergesi olup Türkiye'de bu oran son yıllarda çok önemli ölçüde düşmeye başlamıştır.

Tablo 19: Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı (Her Bin Doğumda)

1998	2003	2006	2012	2015	AB 2015 ort.
42,7	28,5	22,3	11,6	10,2	3,23

Kaynak: WHO Health Statistics (2018: 25); Sağlık Bakanlığı (2014); Sağlık istatistikleri (2012:22) ve TÜİK, (2018)'den yararlanılarak hesaplanmıştır.

Tablo 19'dan anlaşıldığı Bebek Ölüm oranlarında önemli mesafeler kat edilmiştir. Ancak halen Avrupa Birliği üye ülkeleri ortalamasının üstünde bir orana sahip olduğumuz görülmektedir. Bebek ölüm oranlarının alt kırılımları (yenidoğan, prematüre vb) bulunmakta ve ölüm sebepleri çok sayıda olmasına karşın bölgesel farklılıklar öne çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Ülkelerin sağlık harcamaları için ayırdıkları pay gelişmişlik seviyelerine bağlı olmaktadır. Ülke ne kadar gelişmiş ise Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'dan sağlığa ayrılan pay da aynı oranda artmaktadır. OECD ülkeleri için bu durum rakamsal olarak GSYİH'nin %8,5 seviyelerinde seyretmektedir (SASAM, 2017).

Tablo 20: Yıllara Göre Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamaları ve GSYİH’ya Oranı

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon USD)	GSYİH Oranı (%)	Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı
2002	12.467	5,36	1,57
2003	16.261	5.34	1,5
2004	21.107	5.37	1,54
2005	26.372	5.45	1,75
2006	30793	5.81	1,84
2007	39.112	5.8	1,94
2008	44.659	5.8	1,64
2009	37.434	5.8	1,16
2010	41.108	5.3	1,1
2013	44.385	5.3	1,16
2014	43.328	5.4	1,22
2015	38.444	5.3	1,15

Kaynak: SASAM Enstitüsü (2017); Sağlık Bakanlığı (2016)’dan yararlanılarak geliştirilmiştir.

Tablo 20’ye göre, 2002 ve 2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2006 ve 2009 yılları arasında anlamlı bir artış göstermiştir. Diğer yıllarda benzer bir seyir izlemiştir. Öte yandan GSYİH içinde kamu harcamalarının oranı artmıştır. Kişi Başı Sağlık Harcamaları da aynı şekilde 2002 yılında 189 USD iken 2015 yılında 496 USD olarak gerçekleşmiştir. Bu harcamaların içindeki özel sağlık harcamaları payı da aynı oranda artış göstermiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017; SASAM, 2017). Belirtilmesi gereken bir diğer husus ise, yüksek sağlık harcamalarının her zaman için iyi sağlık göstergeleri üreteceği beklenmeyeceğidir.

Bununla birlikte, koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe 2002 yılı rakamlarına nazaran 2016 yılında reel olarak 4,6 kat daha fazla büyüdüğü belirtilmektedir. Katatstrofik, yani yıkıcı sağlık harcamaları 2002 yılında onbinde 81 iken bu oran 2014 yılında onbinde 31’ düşmüştür (Akdağ, 2017;13). Öte yandan, Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik sistemindeki bu artışların sosyal refah devleti yaklaşımlarından değil yapısal sorunlardan kaynaklandığı da ifade edilmektedir (Arpa ve Kolçak, 2017).

Sağlık hizmetleri politikası ve sağlık hizmetlerinin sunumunda bir diğer önemli husus sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki nüfus oranıdır. 2002 yılına kadar kişilere farklı adlar altında sağlık hizmeti finansmanı sağlanmaktaydı. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Aktif Devlet Memurları, Yeşil Kart, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı’nın yardımları ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun uyarınca yapılan sağlık yardımları başlıca fi-

nansman kaynaklarıydı. 2002 yılında nüfusun yaklaşık %85'i (1,5 milyon yeşil kartlı da dâhil) bir biçimde sağlık sigortası kapsamındaydı. Bunun, %46,3'lük kısmını SSK mensupları, %22,3'ü Bağ-Kur ve %15,4'ü ise Emekli Sandığı mensuplarıdır (Atasever, 2014). Anılan tarihlerdeki veriler, bilgi sistemlerinin yetersizliğinden ötürü tam olarak bilinmemektedir. 2008 yılından sonra ise 5510 sayılı genel Sağlık Sigortası kanunu ile bütün vatandaşlar zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınmışlardır.

• Sağlık Kuruluşları ve Sağlık İnsan Gücü

Türkiye'de sağlık hizmetleri halen gerek devlet ve gerekse de özel sağlık hizmet sunucularına ait çok sayıda kuruluş tarafından verilmektedir. 2002 yılında en önemli hizmet sağlayıcıları Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, SSK hastaneleri ve Üniversite hastaneleridir. 2002 yılı itibarıyla halen yürürlükte bulunana 224 sayılı yasa gereği koruyucu sağlık hizmetleri ise sadece Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaktaydı. Her ne kadar Yataklı Tedavi Kuruları İşletme Yönetmeliği (1983) bütün hastanelere koruyucu sağlık hizmetleri konusunda rol vermişse de uygulamada buna rastlamak mümkün görünmemektedir.

Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri 2002 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığına bağlı faal olarak çalışan 5.840 adet sağlık ocağında yürütülmekteydi. 2005 yılından sonra Aile Hekimliği uygulamasına geçilmeye başlanmış olup bundan sonra birinci basamak sağlık hizmetleri Aile Hekimliklerinde ve koruyucu sağlık hizmetleri de hem aile hekimlikleri ve de İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Toplum Sağlığı Merkezleri, KETEM, AÇSAP, Sağlıklı Yaşam Merkezleri gibi birimlerde yürütülmektedir.

Bu dönemde en dikkat çekici istatistikler, sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık tesislerinin, hastanelerin sayısındaki artış ve sağlık personelinin durumu olmaktadır.

Tablo 21: Yıllara ve Hizmet Basamağına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayıları (2002-2016)

Yıllar	Birinci Basamak	2. ve 3. Basamak	Toplam
2002	1,1	2	3.1
2012	3,1	5,1	8.2
2016	2,7	5,9	8.6

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2017).

Tablo 21'de görüldüğü üzere 2002 yılları ve 2016 yılları arasında hekime müracaat açısından yaklaşık 3 kat artış sağlanmıştır. Gerek sağlık finansmanındaki değişiklikler ve gerekse de sağlık hizmetine erişim için fiziksel kapasitenin kullanımının artırılması, performansa göre ek ödeme gibi teşviklerle

daha fazla hasta muayene edilmesinin özendirilmesi neticesinde kişi başı sağlık hizmeti kullanımında oldukça yüksek bir artış gerçekleşmiştir.

2002 yılından sonran yeni sağlık tesislerinin kurulmasında özel sektör girişimlerine de elverişli bir ortam sağlanmıştır. Böylece sağlık hizmet sunumunda kamunu ağırlıklı yerinin özel sektöre bırakılması yönünde belirli adımlar atılmıştır. Buna göre, sağlık tesislerinin sayısında 2002 yılı ve 2016 yılları arasındaki değişim aşağıdaki gibidir.

Tablo 22: Yıllara ve Sektöre Göre Hastane Sayısı (2002-2016)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer Kamu	Toplam
2002	774	50	271	61	1156
2012	832	65	541	45	1483
2013	854	69	550	44	1517
2016	876	69	565		1510

Kaynak: Sağlık Bakanlığı(2017:101)

Tablo 22’den anlaşıldığı üzere, 2002 ve 2016 yılları arasında sayısal olarak en anlamlı artış gösteren sektör özel hastane sektörü olmuştur. Diğer kamu kurumlarına ait hastaneler ise Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı iken 2016 yılından sonra Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Aynı şekilde, 2005 yılında SSK’ya bağlı hastaneler de Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Toplam hastane sayısı içindeki dal hastanelerinin sayısı ise 125’tir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında en önemli girdi insan kaynaklarıdır. Sağlık hizmetlerinde sağlık personelinin 2002 ve 2016 yılları arasındaki sayısal gelişimi aşağıdaki gibidir.

Tablo 23: Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı

Unvanlar	2002	2012	2016
Uzman hekim	45.457	70.103	78.620
Pratisyen	30.900	38.877	43.058
Asistan	15.592	20.792	23.149
Toplam	91.949	129.772	144.827
Diş Hekimi	16.371	21.404	26.674
Ebe	41.479	53.466	52.456
Hemşire	72.393	134.906	152.952
Eczacı	22.289	26.571	27.864
Diğer Sağlık p.	50.106	122.663	144.609
Diğer p. ve Taşeron işçi	83.964	273.616	321.952
TOPLAM	378.551	762.398	871.334

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2017:205).

Tablo 23'te görüldüğü üzere, Türkiye sağlık sisteminde yer alan bütün personelin %64'ü Sağlık Bakanlığı, %15,52'i ise Üniversite hastanelerinde istihdam edilmektedir. Geriye kalan sağlık personeli özel sektör tarafından istihdam edilmektedir. Türkiye, yüzbin kişiye düşen hekim sayısı ile Avrupa Birliği üyesi ülkelerin gerisinde bir hekim sayısına sahiptir. Ayrıca, bu tabloda yer verilen taşeron işçi sayısı yemek ve görüntüleme hizmetleri hariç olmak üzere tamamı 24 Aralık 2017 tarihinde çıkarılan 696 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 2018 yılı içinde kadrolu devlet işçisi sınıfında istihdam edilmeye başlanmışlardır. Son rakamlar bilinmemekle beraber taşeron işçi sayısında belirgin bir azalma yaşanmıştır. Gerek yeni açılan ve açılacak şehir hastaneleri ve gerekse yeni açılacak devlet hastanelerinde bu hizmetlerin nasıl gördürüleceği konusunda yasal olarak henüz bir düzenleme yapılmış değildir. Ancak, ilerleyen dönemlerde kamu personel rejiminde değişiklik yapılarak postfordist esnek istihdam modeline geçileceği ve dolayısıyla kadrolu işçi memur ayrımının kaldırılacağı düşünülmektedir.

Sağlık Bakanlığı Personel ve Yönetici İstihdam Rejimi

Kamu personel rejimi, devletin sistematik olarak dönüşümünden payını alan en önemli örgütlenme alanıdır. Sistemin bütün ilkeleri ve işleyişi mekanizmaları da değişime uğramaktadır. Günümüz kamu yönetiminde “yeni kamu yönetimi” neoliberal ekonomik anlayışın kamudaki tezahürü olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı açısından bakıldığında ise minimal devlet ilkesiyle uyumlu bir istihdam politikasının aşamalı olarak hayata geçirildiği gözlenmektedir. Bakanlığın düzenleyici ve denetleyici rolü oturdukça ve hizmetin sunum kısmından çekilmesiyle beraber istihdam ettiği personelin sayısının da azalması beklenmektedir (Etiler, 2011; Sayan ve Küçük, 2012).

Sağlıkta Dönüşüm Programı genel olarak sağlık sisteminin tamamında bir değişim öngörse de personel rejiminde de oldukça büyük değişimler meydana gelmiştir. Öncelikle çok sayıda istihdam modeli mevcut olup bunların yanında sözleşmeli memur statüsü getirilmiştir. Ayrıca, 663 sayılı KHK sonrası Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yöneticiler için süreli sözleşmeli yöneticilik modeline geçilmiştir. Akabinde 694 sayılı KHK ile yapılan değişiklik sonucu merkez teşkilatı yöneticileri hariç olmak üzere bütün sağlık teşkilatı yöneticileri süreli sözleşmeli istihdam modeli kapsamına alınmıştır. Yaygınlaşan taşeron uygulamaları ise 2017 yılında yayınlanan 696 sayılı KHK kapsamında büyük ölçüde azaltılmıştır. Ancak, çok sayıdaki istihdam modeli uygulaması devam etmektedir. Buna göre;

- 657 sayılı yasa kapsamında 4/A'ya göre memur,
- 657 sayılı yasa kapsamında 4/B'ye göre sözleşmeli memur,
- 4924 sayılı yasa kapsamında sözleşmeli memur,
- Vekil ebe ve hemşire statüsü,
- Aile hekimliği sözleşmeli memur.
- 663 sayılı KHK kapsamında sözleşmeli yönetici,
- Taşeron işçi (Yemek ve Görüntüleme),
- Devlet İşçisi (daha önceden, güvenlik, temizlik, danışma ve yönlendirme, veri kayıt elemanı vb.).
- Kamu personeli olmayan Aile Sağlığı Elemanı (5258 sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kanunu kapsamında).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı temel itibarıyla dokuz farklı istihdam modeli söz konusudur. Bunlar arasındaki temel fark, ücretlerinin genel bütçeden veya kurumun kendi gelirlerinden karşılanması arasında olmaktadır. Öte yandan, aynı işi yapan kişiler arasında alınan ücretlerde farklılık olduğu gibi hekimler açısından bölgelere göre ve kuruma göre özlük hakları açısından önemli farklar bulunmaktadır. Taşeron işçi uygulamasında 2002 yılında 11.000 (onbirbin) olan sayı 2017 yılı itibarıyla 148.000 (yüz kırksekizbin) olmuştur. Bunların neredeyse tamamı devlet kadrosuna geçirilmiştir. Yukarıda yer verilen istihdam modelleri açısından da dönem dönem 657 sayılı yasanın 4/A maddesi kapsamına geçişler sağlansa da istihdam statüleri devam etmektedir.

Sağlık personeli istihdamında da farklı usuller tercih edilmiştir. Devlet kurumlarında işgören memurların ve diğer çalışanların statüleri oldukça karışık bir görünüm arz etmektedir. 2011 yılından önce Sağlık Bakanlığı'nda sağlık kurum ve kuruluşlarına yönetici görevlendirmelerinde ise, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu uyarınca atama, vekâleten ve tedviren görevlendirme yapılmakta idi. Ancak, 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK ile sözleşmeli yöneticilik uygulaması Sağlık Bakanlığı teşkilatı içinde yer almaya başlamıştır. Kamu hizmetlerinin devlet memuru eliyle gördürülmesi gerektiği yolundaki zorunluluğun bu noktada nasıl ele alındığı ayrı bir sorun alanı olarak görülmektedir. Sözleşmeli yöneticilik uygulaması ile birlikte, memur istihdam statülerinde farklı bir evreye geçildiği ve bir sonraki aşamanın tüm kamu çalışanları için süreli veya süresiz sözleşmeli çalışma statüsü olduğu düşünülmektedir. Tüm bu gelişmeler dikkate alındığında postfordist istihdam ve esnek istihdam türü çalışma yeni kamu yönetimi anlayışının Türk kamu yönetiminde kendine yer bulduğu ilk sektör kamu sağlık sektörü olmuştur (Aytuğ, 2011; Sayan ve Küçük, 2012).

Sağlık Bakanlığı ve SSK(Sosyal Sigortalar Kurumu) Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Uygulaması

Sağlık politikasını oluşturan kişilerin sağlık sistemi tasarımıyla karşılaşılabilecekleri en önemli sorunların başında, insanların sağlık durumunda bozulma yaşanmadan önce sağlık hizmetlerine erişimlerine imkân tanınması ve koruyucu - temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi gelmektedir. Bu sorunun çözümü kolay olmadığı gibi sonuçlarının da önemli olabileceği kuşku götürmez bir gerçektir.

2002 yılında Türkiye’deki sağlık hizmetleri kamu ve özel olmak üzere çok sayıdaki sağlık kuruluşunca verilmektedir. Sağlık hizmet sunumunda Sağlık Bakanlığı Sosyal Sigortalar Kurumu ve Üniversite Hastaneleri ağırlıklı role sahiptir. Sağlık Bakanlığı 224 sayılı yasa uyarınca ülke çapında kısmen de olsa yaygın bir örgütlenme ağına sahip olarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları eliyle sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Öte yandan Sosyal Sigortalar Kurumu ise ikinci basamak sağlık hizmetlerini ve az sayıdaki dispanser ile ayakta tedavi hizmetlerini sunmaktadır. Üniversite hastaneleri de üçüncü basamak ayaktan ve yatan hasta hizmetlerini sunmasına karşın sevk zincirine tabi bir sağlık hizmeti vermektedir.

Ülke nüfusunun %46’sını kapsayan (bazı kaynaklarda bu oran %51 olarak gösterilmektedir (Sülkü,2011). Sosyal Sigortalar Kurumu üyesi kişiler Sağlık Bakanlığı’na ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinden acil haller dışında yararlanamamakta ve Sağlık Bakanlığı’nın sunduğu birinci basamak sağlık tesislerinin tedavi hizmetlerinden de yararlanamamaktadır (Dünya Bankası, 2003). SSK, ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerini ödeme kapsamına almamaktadır. SSK’lı kişilerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık yatırımlarına pay ayrılmamış olması nedeniyle yeni sağlık tesisleri kurulamadığından 2002 öncesinde sağlık ihtiyaçlarının bir kısmı için özel sağlık tesislerinden hizmet alımı yoluna gidilmiştir. Toplumun yaklaşık yarısına ülkedeki toplam hastane yatak sayısının %18’i ile hizmet verilme-ye çalışılmıştır. Bu dönemde sorunların aşılabilmesi için Sağlıkta Dönüşüm Programının hayata geçirilmesinden önceki hükümet döneminde, 04.07.2002 tarihinde “Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Hizmetleri Protokolü” uygulamaya konmuştur. Böylece SSK mensuplarının belli şartlar altında Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinden yararlandırılmasına imkân tanınmıştır. Buna göre, Aktif sigortalılar hariç, bütün hastalar birinci basamak tedavi hizmetinden yararlanabilecek ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden de sevk zinciri içinde yararlanabileceklerdir. Bu protokolü sonrakilerden ayıran yönü, sa-

dece SSK mensuplarının Sağlık Bakanlığı tesislerinden yararlanabilecekleri esas alınarak hazırlanmış olmasıdır.

Sağlık hizmetleri sunumunda verimlilik ve kaynak tasarrufu sağlamak amacıyla 01 Temmuz 2003 tarihinden itibaren *Sağlık Bakanlığı İle SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımına Dair Protokol* yürürlüğe konmuş olup öncelikle bazı (altı il) illerde pilot olarak uygulanmasına karar verilmiştir. Bu protokol ile devlet memurları, emekli sandığı üyeleri ve yeşil kart sahiplerinin SSK hastanelerinden yararlanabilecekleri ve SSK sağlık yardımından yararlanan kişilerin de Sağlık Bakanlığı hastanelerinden yararlanabilmesi yolu açılmıştır (İstanbul Sağlık Müdürlüğü, 2018). 01.01.2004 tarihinden itibaren ise protokol güncellenmiş olup bütün illerde bu uygulamaya geçilmiştir. Ortak kullanımda Yeşil Kart'lı hastalar için farklı bir uygulamaya gidilerek sevkli haller dışında SSK hastanelerinden yararlanmalarına kısıtlama getirilmiştir.

Böylelikle, ortak kullanım protokolü, öncelikle reform uygulamaları açısından ve genel sağlık sigortası stratejisinin bir parçası olarak finansman ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılması ve de sağlık hizmetlerine olan talebin ve hizmetlerden yararlanma oranının artırılmasında önemli bir rol oynamıştır. Ayrıca, SSK sağlık yardımından yararlanan kişilerin ülkenin neredeyse her noktasında örgütlenmiş sağlık hizmetinden yararlanma imkânı bulması sağlık hakkı açısından dikkat çekicidir. Sağlık hizmetine erişim konusunda önemli bir uygulama gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, SSK'nın hizmet sunumundan çekilmesi yönün de bir kilometre taşı olarak görülmelidir.

Kamuya Ait Sağlık Tesislerinin Tek Çatı Altında Birleştirilmesi

Cumhuriyetin kuruluşunda, Refik Saydam döneminde sağlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluğunda olması gerektiğine dair yaklaşım benimsenmiş olup daha sonraki dönemlerde tedavi edici hizmetler de devletin katkı sunması ve sorumluluk almasının gerektiği bir alan olarak yapılandırılmıştır. Bu amaçla koordineli olmamasına karşın sigorta kuruluşları, belediyeler ve diğer kamu kuruluşları hastaneler açmıştır.

1961 Anayasasında bir hak olarak tanımlanan sağlık, 1982 Anayasasının 56. maddesi ile sağlık hizmetlerinin tek elden planlanmasını öngörmektedir. Öte yandan, sağlık hizmeti ve finansmanının birbirinden ayrılması yolundaki yaklaşımlar küresel sağlık sistemi içinde 1980 yılından bu yana güçlü bir şekilde kendine yer bulmuştur (Lee ve Goodman, 2002). 2002 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programından önce Sağlık Bakanlığı ve SSK sağlık tesislerinin or-

tak kullanımı protokolü ile başlayan süreç en nihayetinde 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile sonlanmış oldu. Bu kanuna göre, Türk Silahlı Kuvvetlerine, üniversitelere ve mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri hariç olmak üzere bütün kamu kurumlarının sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı’na devri gerçekleşmiştir. Bu kanunun öngördüğü düzenlemeler esasen SSK’ya ait 146 hastane, 11 ağız ve diş sağlığı merkezi, 217 dispanser ve 176 sağlık istasyonunun geçişini sağlamayı amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004:15; Kırılmaz, 2005).

Gelişmekte olan ülkelerin büyük bir çoğunluğunda hastaneler bütçeden finanse edilir ve yönetimleri kamu örgütlerine aittir. Ayrıca, düşük performansla malul olarak görülen hastanelerde performans artırıcı önlemlerin idari düzenlemelerle artırılması mümkün olamamaktadır (Gauri ve diğerleri, 2004). Aynı şekilde SSK hastanelerinin de Sağlık Bakanlığı sistemi içine dâhil edilerek, sağlık kurumları arasındaki farklılıkların azaltılması, sağlık hizmet sunumunun iyileştirilmesi, hizmet sunumunun iyileştirilmesi, halkın sağlık hizmetine erişiminin kolaylaştırılması, insan gücü ve yatırımlar açısından merkezi düzeyde planlamanın yapılabilmesi, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin kontrol altına alınması da belirlenen amaçlar arasında yer almaktadır.

Sağlık sektöründeki harcamaları kontrol altına almak ve hizmet sunumu ve finansmanının ayrıştırılması için öngörülen yaklaşım öncelikle, Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin ayrı ayrı özertleştirilmesi önerildiği halde 2005 yılında her iki kurumun hastaneleri Sağlık Bakanlığı çatısı altında birleştirilmiştir (Dünya Bankası, 2003). Aslında öteden beri dünyada benzer şekilde kamu bütçesi üzerinde yük oluşturan sağlık harcamalarını kontrol arayışları farklı şekilde ortaya çıkmaktadır (Mechanic and Rochefort, 1996: 253). Kamunun hizmet sunumundan çekilerek finansmanı sağlaması sağlık harcamalarının kontrolü için bir strateji iken geçiş dönemlerinde bu durumun kamunun farklı kuruluşlarınca yapılması da bir seçenek olarak ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla, Sağlık Bakanlığı toplumun büyük bir kısmına hizmeti sunan durumunda iken bir başka kısmı için aynı zamanda finansmanı da sağlayan kurum olmuştur.

SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ile finansman ve hizmet sunumu büyük ölçüde birbirinden ayrılır hale gelmiştir. SSK hastanelerinin eczaneleri kapatılmış ve SSK’lıların bütün eczanelerden ilaç alabilmesinin yolu açılmıştır. Genel sağlık sigortası uygulaması öncesinde sorunlar büyük ölçüde bertaraf edilmiştir. Ancak, aradan geçen zaman içinde hastanelerin devri ile beklenen sağlık harcamalarının azalması gerçekleşmemiştir.

Genel Sağlık Sigortası sonrasında, devletin sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi veya desantralizasyon olarak öngörülen süreç bütün gelişmekte olan ülkelerin reform programları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmet sunumunda “devleti küçültmek özel sektörü büyütmek” olarak formüle edilen süreç Türkiye için henüz tam olarak gerçekleşmemiştir. Ancak finansman ve sunumun ayrılması yolundaki çalışmalar ekseninde bu yönde bir ilerleme göstermektedir. Diğer yönden ise, hastalar açısından hizmet aldıkları kurumun çalışanlarının aylık ödemelerinin kimin tarafından karşılandığı önemli olmamakla birlikte hizmetin kalitesi ve güvenliği önemlidir ve devletin aktif rolü bu güven ilişkisini tesis edebilecek kapasiteye sahiptir (Keyder, 2007;31). Öte yandan, hastanın korunması bir ilke olarak ele alınacak olursa hizmet sunumunda devletin rolünün önemli olduğu da yadsınamaz.

Hastanelerin devri konusunda anılan dönemde, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (2006)’na göre SSK sağlık kuruluşlarının düşük maliyetle hizmet verdiği ancak Bakanlığa devri ile birlikte maliyetlerin artacağı ve SSK’ya ayrıca mali yük getireceği belirtilmiştir. TÜRK-İŞ hazırladığı raporda SSK hastanelerinin devrinin maliyetleri ve sorunları artırdığına vurgu yapmıştır. SSK’nın sağlık harcamalarını artırdığını hastaların cebinden çıkan sağlık harcamalarını da olumsuz etkilediğini belirtmiştir (TÜRK İŞ, 2006).

Bununla birlikte, 15 Temmuz 2016 yılı darbe girişiminden sonra Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı bütün sağlık tesisleri de Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplandı. Böylece kamunun hizmet sunumundaki yeri daha da büyüdü.

Sağlık Bakanlığı Kurum ve Kuruluşlarında Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması

Küreselleşmenin etkisiyle birlikte sadece sağlık sektöründe değil bütün sektörlerde çalışanın ele geçen ücretinin performansı ile ilişkilendirildiği performansa dayalı ödeme modelleri gündeme gelmeye başlamıştır. Performansa dayalı ödeme sistemlerinin kurumlara dinamizm, verimlilik ve yeni hedefler kazandırdığı öne sürülmektedir (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016). Aynı şekilde, dünyadaki bütün kamu yönetimi anlayışını değiştiren Yeni Kamu Yönetimi anlayışı da performans esaslı ücretlendirmeyi öngörmektedir. Dolayısıyla, gerek yönetim ve gerekse de istihdam ve ödeme politikaları da yeni kamu yönetimi (new public management) anlayışı ile değişime uğramıştır (Kalimullah ve diğerleri, 2012).

1980 sonrası dönemde dünyada kamu sektörünün yeniden yapılandırılması, kamu politikalarında devletin düzenleyici, denetleyici ve yol gösterici rol üstlenmesi ve piyasa modelinin kamu sektöründe de kullanılması ön plana çıkmıştır. Bu dönüşüm çeşitli reformlarla birlikte 1990 sonrası dönemde etkisini daha da arttırmıştır. Geleneksel yönetim anlayışının yerine yeni yönetim anlayışına vurgu yapan reformlar “Yeni Kamu Yönetimi”, “Yönetişim”, “Toplam Kalite Yönetimi”, “Performans Yönetimi”, “Değişim Yönetimi” gibi farklı yönetim yaklaşımları adı altında farklı sektörlerde uygulamaya konmuştur (Kırılmaz, 2016;230-231).

Sağlık sektöründe yaşanan değişimin etkinlik, verimlilik, kalite, vatandaş odaklılık, serbest piyasa mekanizmasının kullanımı ve performans yönetimi vurgusu çerçevesinde ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Balcı, 2005: 6). Nitekim 1980 sonrası dünyada serbestleşme, özelleştirme, deregülasyon ve işletmecilik uygulamalarının etkisiyle “piyasa” odaklı değerlere vurgunun ön plana çıktığı söz konusu küresel dönüşüm Türkiye’de de kamu hizmetlerini, kamusal değer ve normları etkilemiştir (Ömürgönülşen ve Öktem, 2009: 153). Yeni Kamu Yönetimi anlayışının performans hedeflerine, çıktılara, hizmetlerde niteliğe, etkinliğe, verimliliğe, vatandaş odaklı hizmet anlayışına, vatandaşa karşı hesap verebilirlik ilkesine ve piyasa sisteminin önemine vurgu yaptığı göz önünde bulundurulduğunda (Eryılmaz, 2016;56-57); Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında performansla dayalı ek ödeme uygulamasının Yeni Kamu Yönetimi anlayışının yansıması olduğunu söylemek mümkündür. Diğer bir ifadeyle Sağlıkta Dönüşüm Programının, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda, finansmanında ve sunumunda performans kriterlerini esas aldığı görülmektedir.

Sağlık sisteminde verimliliği ve etkinliği artırmak için farklı ödeme mekanizmaları öncelenmiş olmasına karşın öncelikle lokomotif meslek gruplarına yönelik ekonomik politikalar geliştirilmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı da bu yolu tercih etmiştir. Çünkü hekimlere yapılacak ödeme mekanizmaları onların davranışlarına önemli etkiye bulunmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti arzında yaşanan sorunların çözümü ve sağlığa erişimi artırmak amacıyla kaynakların verimli kullanılmasını, kamu sektöründeki sağlık personelinin çalışma motivasyonunu artırmak için teşvik mekanizması olarak performans odaklı ödeme sistemine yönelik çalışma başlatılmıştır.

Bu kapsamda 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun esas alınarak öncelikle 2003 yılının son yarısında 1 İl sağlık müdürlüğü ve 10 kamu hastanesinde pilot olarak performans dayalı ek ödeme uygulaması başlatılmış ve 2004 yılı itibarıyla de “Sağlık Bakanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermayeden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge” ile “Sağlık Bakanlığına Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermayeden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge”lerin çıkarılması ile de Sağlık Bakanlığına bağlı tüm 1., 2., ve 3. Basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında hayata geçirilmiştir.

Yönergeler ile yapılan bu düzenlemeler, daha sonra 12/05/2006 tarihli ve 26166 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile devam edilmiştir.

Bu sistem; Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin; unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, yapılan muayeneler, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir (Aydın ve diğerleri, 2007).

Sistemde personelin kuruma sağladığı fiili katkı ile bu katkıya dayalı performans esaslı ödeme getirilmiştir. Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen “başarı ölçütlerine” göre personeli maddi olarak ödüllendirmeyi de öngörmektedir. Ödüllendirme, personelin toplam gelirden eline geçecek tutarın bir kısmı şeklinde oranlanarak yapılmaktadır.

Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak olmak üzere 3 farklı şekilde tasarlanmış ve her biri kendi içinde hizmet alanı dikkate alınarak farklı ölçütler esas alınarak tasarlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Personeline Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik (2014)’e göre sisteme Bakanlığın merkez teşkilatı ve bazı bağlı kuruluşları hariç olmak üzere bütün kurumlar dâhildir.

Birinci basamak uygulamasında, koruyucu sağlık hizmetleri ve aşılama hizmetleri gibi unsurlara önem kazanırken ve bunlara yer verilirken, üçüncü

basamak uygulamasında ise eğitim faaliyetleri ve bilimsel çalışmalara da yer verilmiştir.

Sistem hekim odaklı olup elde edilen puanlar ile ilgili yapılan tüm hesaplamalar hekimlerin yapmış olduğu tıbbi hizmet puanları dikkate alınarak yapılmaktadır. Bu kapsamda sistemin genel işleyişinde aşağıdaki hususlar dikkat çekmektedir:

- Hekim, kendi performans puanı ve buna karşılık gelen kurum performans puanı dikkate alınarak saptanan tutarda ödeme ek almaktadır.
- Sağlık kurumunda yapılan her hizmetin bir puanı bulunmaktadır.
- Her hekim kendi işlemler sonucu kendine ait bir puan toplamına sahip olur. Bu puanlar aylık olarak toplanmaktadır.
- Hekimler, bizzat zihinsel ve bedensel mesleki katkı ile sonuçlandırdıkları işlemler (örneğin, muayene ve ameliyat gibi) neticesinde puan elde etmektedir.
- Hekimlerce üretilen puanlar Sağlık Uygulama Tebliği'ne, mesleki etik kuralları, hata ve uygunluk açısından hastanede kurulan etik kurul tarafından incelenmektedir.
- Sistemin oto kontrolü, "döner sermaye komisyonu", "inceleme heyeti" gibi mekanizmalarla sağlanmaktadır.

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin (PDEÖS) birinci basamak sağlık kuruluşlarında; tabip muayene ve girişimsel işlemlerin yapılıp yapılmadığının takibi ile bu konudaki gerekli düzenlemelerin yapılmasından İl Sağlık Müdürü sorumludur.

Bunların yanında, 2010 yılına kadar hekimin yarı zamanlı çalışması da alacağı ek ödeme tutarını önemli ölçüde etkilemekteydi. Ayrıca, kişinin ilgili ay içinde resmi izinli veya sağlık raporu ile izinli olması da alacağı ek ödeme tutarını etkilemektedir.

Sistemin uygulanabilmesi için hastanelerde ve sağlık ocaklarında her hekime bir muayene odası açılması teşvik edilmiştir. Sistem uygulanmadan önce sağlık ocağı veya hastanedeki her hekim için bir muayene odası bulunmadığından hastalar hizmet alabilmek için daha fazla beklemekteydi. Hastalara yeterli zaman ayrılamadığı için ameliyatlara uzun bekleme randevuları vardı. Sistem sonrasında ise bu bekleme sürelerinde önemli ölçüde azalma yaşanmıştır. Hekimler açısından kamuda yarı zamanlı çalışma oranları tam gün yasası çıkmadan önce bile sifıra yaklaşmıştır. Dolayısıyla, performansa dayalı ek ödeme sistemi ile her hekime bir muayene odası verilme-

si, hekimlerin tam zamanlı çalışma oranlarının %95'lere kadar çıkması, kayıt sistemlerinin daha iyi hale gelmesi gibi hususlar sistemin önemli çıktıları olarak değerlendirilebilir. Hastaların sağlık hizmetinden yararlanma oranı birinci basamakta 3 kat artarken ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri açısından da 3 kat artmıştır. Sistem, çalışanlar arasında rekabeti artırmıştır. Öte yandan performansa dayalı ek ödeme sistemi tüm ülkede aile hekimliği sistemine geçildikten sonra ise birinci basamak sağlık tesislerinde uygulama imkânı kalmadığından mevzuat olarak mevcut olup pratikte yürürlükte değildir.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık sisteminin hizmet arzı kısmında birçok sorunu çözmesi yanında önemli eleştiriler almaktadır. TTB'ne (2009) göre, çalışma düzenine etkisi açısından, etik olmayan uygulamalarda artış yaşanmış ve hasta başına ayrılan zaman azalmıştır. Bu nedenle kötü uygulama (malpraktis) artmıştır. Eğitim ve araştırma hastanelerinde performans baskısı nedeniyle, asistan eğitimine ayrılan zaman azalmıştır. Aynı şekilde, hekimler arasında ücret eşitsizliğine yol açtığı, sağlığı metalaştırdığı ve tanı ve uygulamalarda tıbbi endikasyonu genişlettiği yolunda eleştiriler öne çıkmaktadır. Bu tür bir ödeme sisteminin hekim - hasta ilişkisini zedelediği ve hastanın sağlıklı olmasını engellediği öne sürülmüştür (2009:54-57).

Küçük ve diğerlerine (2012) göre, Performansa dayalı ek ödeme sisteminde kullanılan puanlamanın yapılan işi tam olarak yansıtmadığı ve sistemin hastanelerde büyük bir huzursuzluk kaynağı olduğu belirtilmektedir.

Özlü'nün (2018) çalışmasında performansa dayalı ödeme sisteminde hastanelerin işletme olarak kurgulanması, hekimlerin işçileştiği ve yarı zamanlı çalışmanın kaldırılmasının en nihayetinde sağlık hizmeti sunumunda asli aktör olacak özel sektörün işini kolaylaştırmak için bir hazırlık olduğu öngörüsünün hekimlerce paylaşıldığı belirtilmektedir.

Kasapoğlu'na (2016) göre ise, performans sisteminin çalışanlar arasında yeni bir denetim mekanizması oluşturduğunu ve bu yönüyle güç çatışma ilişkilerinin hekimler açısından yeniden üretildiğini ve çalışma barışını etkilediği belirtilmektedir. Klinik şeflerinin daha fazla puan üretmesi için hekimlere baskı yapması buna örnek teşkil etmektedir.

Ateş ve Kırılmaz'a (2015) göre, sağlık personelinin performans sistemi hakkında genel olarak olumsuz görüşe sahip olduğu ve sadece performansa dayalı ödeme modeli ile hakkaniyetli, verimli ve vatandaşların taleplerine duyarlı bir sağlık sistemi oluşturulamayacağı belirtilmektedir.

Çakır ve Sakaoğlu'na (2014) göre, hekimler ve diğer sağlık çalışanları arasında ücret dağılımı açısından adaletsizliğe yol açtığı ve hekim odaklı bir sistem olması nedeniyle diğer çalışanları psikolojik olarak sistemin dışına itmesi söz konusudur.

Çakıroğlu ve Seran'e (2016) göre, performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlıktaki sorunların belirsizleşmesi ve sağlığın piyasalaşmasına yol açmıştır. Çalışanlar arasındaki ek ödeme farklılıkları iş barışını bozmuştur. Sağlık bir insan hakkı olmaktan çıkmış ve sağlıkta özelleştirme uygulamalarının temelini atıldığı belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kurumsal Performans Uygulaması ve Kalite Geliştirme Uygulamaları

Tıbbi bakım ve tedavinin sonucu, iyileşme, vücudun bozuk işlevinin restorasyonu ve hayatta kalma gibi parametreler tıbbi bakım kalitesinin bir göstergesi olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetinin çıktıları, hizmetin etkililiği ve kalitesinin nihai doğrulayıcı parametreleri olmaktadır (Donabedian, 2005). Kaldı ki, yakın dönemde sağlık hizmetinin kalitesine yönelik çalışmaların odağında hizmetin kalitesinin ölçümü, karşılaştırma, kamuoyunu aydınlatılması, teşvikler ve cezalandırma gibi hususlar yer almaktadır.

Öte yandan ülkelerin kalite uygulamaları, sağlık sisteminin yapısı, sağlık reformu pratikleri ve geçmişi, kültürel değerleri ve kalite politikalarına göre farklılık gösterebilmektedir (Kaya, 2003). Aynı zamanda ISO-9001 Kalite Yönetim Sistemi uygulamaları örneğinde olduğu gibi bazı uygulamalar uluslararası aktörler eliyle de yaygınlaştırılabilmektedir.

Türkiye'de kamu sağlık kuruluşlarında kalite çalışmaları, hizmet sunumunda yaşanan sorunların çözümü için başvurulmuş bir yöntem olmuştur. Kamuya ait sağlık kuruluşlarında kalite çalışmaları ilk defa yaygın olarak Sosyal Sigortalar Kurumuna ait hastanelerde başlatılmıştır. SSK hastanelerinde ISO-9001 Kalite Yönetim Sistemi ve Toplam Kalite uygulamaları 1990'lı yılların ikinci yarısında yaygınlık kazanmıştır. O dönem hastanelerde yaşanan hizmet sunum sorunlarının çözümü için kalite uygulamaları bir arayış olarak öne çıkmıştır. Oysaki SSK hastanelerindeki temel sorun, hizmetlerin standardizasyonundan değil hizmet arzının kısıtlı olmasından kaynaklanmaktaydı. Hastane kuyrukları ve uzun bekleme süreleri gibi sorunların çözümü için ISO-9001 uygulamaları yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır. 2001 yılı itibarıyla ISO-9001 belgelendirme çalışmaları başlatan SSK hastanesi sayısı

75 olmuştur. Burada bir metaforla anlatmak gerekirse; teşhis doğru ama tedavi yanlış seçilmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ise merkezi düzeyde kalite çalışmalarına 2001 yılında başlamıştır. Daha öncesinde hastaneler münferiden kalite çalışmaları yürütmekteydiler. Sağlık Bakanlığı 2001 yılında “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” adıyla ikincil mevzuat yayınlarak bütün hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi anlayışının geliştirilmesi için çalışmalar başlatmıştır. Hastaneler ISO-9001 belgelendirme çalışmalarına başlayabilmek için izin veya onay almaktaydı. Sağlık Bakanlığı, merkez teşkilatında oluşturulan bir komisyon marifetiyle talepte bulunan hastanede yönerge ekinde mevcut standartlara göre yaptığı değerlendirme sonucuna göre hastanenin belgelendirme çalışmalarına başlaması için “red” veya “onay” vermektedir. SSK hastanelerinden farklı olarak Bakanlık hastaneleri açısından ISO-9001 belgelendirmesine başvurmak için belirli şartları taşımak gerektiği yolunda bir tasarım mevcuttur.

2003 yılına gelindiğinde Sağlıkta Dönüşüm programı ilan edilmiş olup temel bileşenlerinden birisi” Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” olarak belirlenmiştir. Böylelikle yeni dönemde kalite çalışmaları ulusal sağlık reformunun bir parçası olarak görülmüştür. Bu amaçla, 2004 yılında iç onayla Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğü kurulmuştur. Koordinatörlük tarafından Türkiye Sağlık sistemi için kapasite geliştirme, standart oluşturma ve kalite çalışmalarını yaygınlaştırmak için Amerika Birleşik Devletlerinde yerleşik ancak uluslararası faaliyet gösteren Joint Commission International (JCI) adlı şirketle işbirliği anlaşması yapılmıştır (Yetginlioğlu, 2009).

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin yürürlüğe girmesinden sonra sağlık hizmetleri sunumunda işlerin artan niceliğine rağmen herhangi bir standardizasyon ve nitelik ölçümü yapılmadığından 01.01.2005 tarihinde “Sağlık Bakanlığına Bağlı Yataklı Tedavi Kurumlarında Kaliteyi Geliştirme Ve Performans Değerlendirme Yönergesi” yayınlanmış olup sadece Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak yataklı tedavi kurumlarında uygulanmıştır.

Kalite geliştirme çalışmaları yanında akreditasyon ile ilgili 2004 yılında başlatılan çalışmalar 2012- 2014 arasında hız kazanmış olup sonucunda Türkiye’nin ilk akreditasyon standart seti olan “Sağlıkta Akreditasyon Standartları” hazırlanmıştır. Genel anlamda akreditasyon, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini kontrol etmek ve standardize etmek için bir dizi

farklı yaklaşımdan oluşan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Akreditasyon kavramı, aynı zamanda sağlık hizmeti sunmakla görevli kuruluşların üçüncü taraf değerlendirmesi sürecine katılımını tanımlamak için kullanılır. Bu süreçte, sağlık kuruluşunun tüm hizmetleri önceden belirlenmiş yazılı standartlar çerçevesinde değerlendirilmektedir (Scrivens, 2002). Yani sağlık kuruluşunun hizmet performansının değerlendirilmesi olarak da görülebilir.

Aile Hekimliği Uygulaması

Aile hekimliği, bireylere ve ailelere kapsamlı sağlık hizmeti ve bakımı sağlamanın yanı sıra biyomedikal, davranışsal ve sosyal bilimlere de içeren tıp uzmanlığı olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde 1960'larda bireysel sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç sonucu gelişen ve nispeten yeni sayılabilecek uzmanlık alanıdır. Tüm ailenin sağlığına yönelik hümanist yaklaşımı esas alan ve hastalığın kendisine odaklanmaktan ziyade kişinin genel sağlığının ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi gayreti bu uzmanlık alanının odak noktasını oluşturmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır (WHO, 2003).

Temel sağlık göstergeleri açısından gerek anne ve çocuk sağlık ve gerekse de sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizlikleri azaltmak ve genel sağlık düzeyini yükseltmek aile hekimliğinin sağladığı faydalar arasında gösterilmektedir (Candib and Gelberg, 2001). Örneğin, aile hekimliği uygulamasıyla Türkiye'de aşılama oranları %90'larda seyretmektedir. Bebek izlem ve gebe izlem oranları da aynı şekilde yükselmiştir (Akdağ, 2008).

Öte yandan, Aile Hekimliği sistemine sağlık sektörünün paydaşları ve diğer kesimlerce önemli eleştiriler getirilmektedir.

Akman'a (2014) göre, aile hekimliğinde multidisipliner işbirliğini içeren uygulamaların sınırlı olduğu ve bireye ve topluma sunulan sağlık hizmetleri ayrıldığından hizmetlerde etkililik sağlanamamaktadır. Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı merkezlerinin ayrışması sağlık hizmetini güçlendirmeyip kuruluşlar arasında çatışmaya yol açmıştır. Ayrıca, aile hekimlerinin acil servislere çalışmaya zorunlu kılınmaları bir başka olumsuzluk kaynağıdır.

OECD'ye (2014) göre, birinci basamakta, hizmetler, neredeyse sadece binanın fiziksel yapısı ve klinik donanım ve acil durum ilaçlarının kullanılabilirliğine odaklanan standartlarla değerlendirilmekte ve verilen sağlık hiz-

metnin sonuçlarına dair herhangi bir değerlendirme bulunmamaktadır. Bu durum şimdi değilse bile ileride sorunlara yol açacaktır.

TTB'ne (2003;2107) göre aile hekimliği uygulaması ekip hizmetini dışlamakta ve kar amaçlı olup sadece tedaviye odaklı bir hizmet anlayışıdır. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetinin parçalandığı, hekimlerin performans baskısı nedeniyle hasta baskısı ve şiddetine maruz kaldığı ve toplum sağlığı hizmetlerinin tamamen ihmal edilmesi söz konusudur.

İlgün ve Şahin'e (2016) göre, aile hekimlerinin performanslarının değerlendirilmesinde nicel göstergeler yanında hizmetin klinik kalitesi ölçülmelidir. Aile hekimliği sisteminde multidisipliner yaklaşım geliştirilmelidir.

Çakıroğlu ve Seren'e (2016) göre, aile hekimliği sistemi ile aile sağlığı elemanı olan ebe ve hemşireler birer sözleşmeli işçi haline gelmişlerdir.

Kasapoğlu'na (2016) göre, aile hekimliği uygulaması sağlığın alınıp satılabilen bir hizmet olmasına yol açmış ve sözleşmeli çalışma ile temel sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin önü açılmıştır. Sistemdeki iş yükünün fazlalığı hizmetin kalitesinde ciddi sorunlara yol açmaktadır.

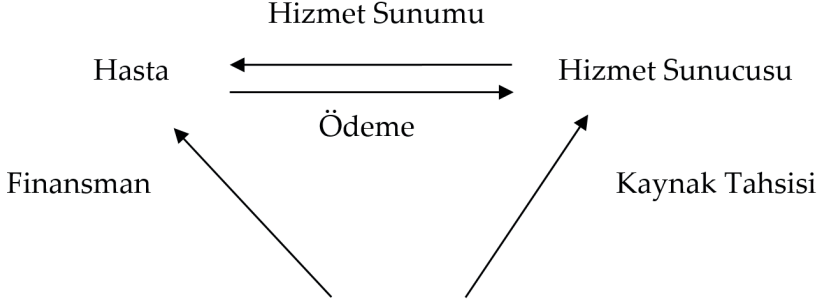
Elbek ve Adaş'a (2009) göre, bazı illerde (Samsun ve Eskişehir) aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra Tüberküloz tedavisi için geçerli uygulamalarda belirgin aksaklıklar ve tedavi oranlarında önemli ölçüde düşüşler yaşanmıştır.

Sosyal Güvenlik Reformu

Sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması ve sağlık hizmetinin finansmanını sağlayan kurumların birleştirilmesi sosyal güvenlik sisteminin reformu için en önemli bileşen olarak Dünya Bankası'na (2003) önerilmiş olup Sağlıkta Dönüşüm programı içinde de tek çatı altında genel sağlık sigortası ile kendine yer bulmuştur. Ancak, genel sağlık sigortasına yönelik yaklaşımlar Dünya Bankası menşeli Türkiye'de sağlık sistemi reform önerilerinden çok önce de sağlık sisteminin gündeminde yer bulmuştur.

Atun ve Diğerleri'ne (2013) göre genel sağlık sigortası, etkili sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, hastalık sırasında yaşanan mali sorunları azaltmak ve sağlık çıktılarını iyileştirmek için önemli bir metottur. Ancak sadece böyle olması yeterli değildir ve gerekli sağlık hizmetlerine erişimi mümkün kılan mevzuata ek olarak, genel sağlık sigortasının yüksek kaliteli, uygun fiyatlı, erişilebilir ve etkili hizmet sunmasının yanı sıra iyi işleyen bir sağlık sisteminde desteklenmesi gerekir.

Sağlığın finansmanı, sağlık hizmetini sunanlar ve finanse edenler arasında kaynak aktarım sistemi olarak da ifade edilebilir (Güvercin ve Diğerleri, 2016). Literatürde bu durumu açıklamak üzere “sağlık hizmetleri üçgeni” diyagramı kullanılmaktadır.



Üçüncü Taraf Ödeyici

Şekil 8: Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Kaynak: Mossialos ve Dixon (2002:3) ve Tatar (2011:106)’dan yararlanılarak geliştirilmiştir.

Şekil 8’de yer verilen süreç işleyişi; hizmet sunucuları, kendisine başvuruda bulunan hastaya sağlık hizmeti verir. Hasta veya finansman kuruluşu sağlık hizmet sunucusuna hizmetin karşılığı bir ödeme yapar. Cepten ödeme yapıldığı durumlar halinde kaynak akışı doğrudan hasta ve sağlık hizmet sunucusu arasında gerçekleşir.

Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girmezden önce Türkiye sağlık sisteminden hizmet alan sağlık güvencesi sahibi kişiler genel itibarıyla istihdam pozisyonlarına göre sağlık sigortası kuruluşunun kapsamındaydılar. Günümüzde ise, Türkiye vatandaşı herkes genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Çocuklar ve belirli bir yaşa kadar öğrenciler primsiz bir şekilde sağlık hizmetinden yararlanmaktadırlar. Primler çalışan ve işveren hissesi olarak iki kaynaktan kesilmekte ve primsiz sağlık hizmetinden yararlananların finansman kaynağı ise vergilerden karşılanmaktadır. Prim toplamı prime esas kazancın %12,5’i olup bunun %5’i çalışan ve %7,5’i işverenden kesilmektedir (Sülkü, 2011). Aktif devlet memurlarının sisteme katılımı 2010 yılında gerçekleşmiş olup Yeşil Kart sahibi kimselerin sisteme dâhil olması ise 2012 yılı itibarıyla gerçekleşmiştir (Atun ve Diğerleri, 2013). Prim borcu olan kişiler ise sağlık hizmetinden (Acil halleri hariç) ücretsiz bir şekilde yararlanamamaktadır. Ancak, dönem dönem prim borcu olan kişilerin belirli süreler dâhilinde sağlık hizmeti alabilmesine yönelik düzenlemeler de yapıl-

maktadır. Bunlar istisnai durumlar olmaktadır. Öte yandan, prim ödeyeme halinde kişilerin sağlık hizmetini başka yollardan temine çalışması “tıbbi yoksulluk” kavramını da gündeme getirmektedir (Pala, 2007).

Bununla birlikte, Koç’a (2017) göre Genel Sağlık Sigortası primlerinin sağlık harcamalarını karşılama oranı 2017 yılı itibarıyla yeterlidir. Bu haliyle 2037 yılına kadar prim ve sağlık harcamaları birbirini tam olarak %100 karşılayabileceği öngörülmektedir.

Tablo 24: Sektörel Bazlı Hastane Müracaat Sayıları (2002-2020)

	2002	2012	2014	2016	2019	2020
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	260.974.401	292.100.331	340.080.539	387.622.848	239.981.820
Üniversite	8.823.361	27.080.436	32.143.930	36.420.413	46.211.148	31.725.506
Özel	5.697.170	66.582.098	72.333.383	71.147.878	72.669.168	60.906.243
Toplam	124.313.659	354.636.935	396.577.644	447.648.830	506.503.164	332.613.569

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2017:149; 2020:149).

Tablo 24’e göre, sektörel bazlı hasta müracaatları açısından en fazla müracaat Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılmıştır. Öte yandan 2002 sonrası özel sektör hastanelerinin sayısındaki artış bu sektöre yapılan hasta başvuru sayısını da artırmıştır. Üniversite hastane sayısının artmasına rağmen bu hastanelere başvuruda ise diğer sektörlere nazaran belirgin bir artış yaşanmamıştır. 2020 yılında Covid-19 hastalığının ortaya çıkmış olması nedeniyle hastane başvurularında belirgin bir azalma yaşandığı gözlenmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu, çatısı altında bulunan kişilerin sağlık harcamalarını Sağlık Uygulama Tebliği çerçevesinde yapmaktadır. SGK ile sözleşme imzalamış sağlık kuruluşları hizmet detaylarını Medikal Ulak (MEDULA) denen elektronik sistem üzerinden SGK’ya iletmektedir. Hastanenin SGK için ürettiği tüm işlem faturaları otomatik olarak hazırlanmakta ve SGK sisteminde işlenmektedir. Hastaların yaptırdığı bütün işlemler ve kendisine yapılan tedaviler ve reçete edilen ilaçlar buradan izlenebilmektedir. Ayrıca, diğer hizmet sunucu olan eczane ve optikçiler de aynı şekilde Medula üzerinden SGK ile irtibat halindedirler (Atasever, 2014; Güvercin ve Diğerleri, 2016).

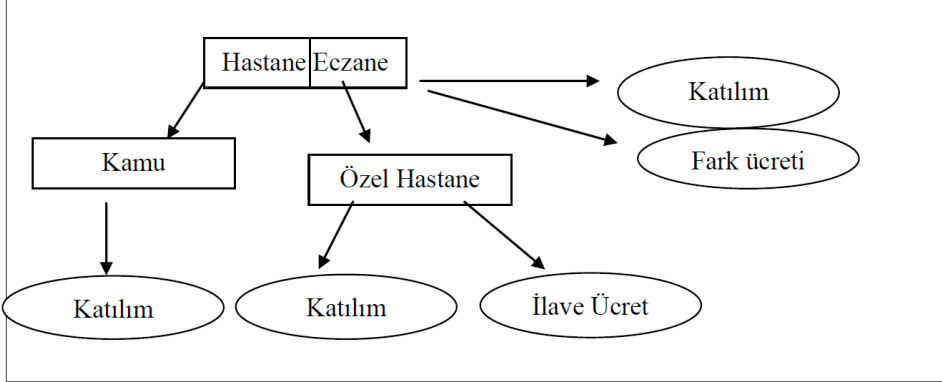
SGK’nın özel hastanelerle olan ödeme ilişkisi ise her bir hastane ile yapılacak sözleşme uyarınca teminat paketinde yer alan hizmetler esas alınarak bir kısım tedavide hizmet başı ödeme tercih edilirken bazı sağlık hizmetlerinde ise tanıya dayalı paket uygulaması hayata geçirilmektedir.

Tablo 25: SGK ve Sağlık Hizmeti Sunucularına Ödeme Usulleri

Sektör	Hizmet Sunucusu Faturalandırma Yöntemi			SGK Ödeme Metodu
	Ayaktan Hasta	Yatan Hasta		
		Dahili	Cerrahi	
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	Vaka Başı + Bir kısım işlem için Hizmet Başına Ödeme	Hizmet Başı Ödeme	Paket Ödeme	Global Bütçeleme
*Üniversite Hastaneleri	Vaka Başı + Bir kısım işlem için Hizmet Başına Ödeme	Hizmet Başı Ödeme	Paket Ödeme	Global Bütçeleme + Fatura Karşılığı
Özel Sektör Hastaneleri	Vaka Başı + Bir kısım işlem için Hizmet Başına Ödeme	Hizmet Başı Ödeme	Paket Ödeme	Hizmet sunucu tarafından kesilen fatura karşılığı
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Aile Hekimliği)	2007 yılından bu yana global bütçe uygulaması yürürlükte olup ücretsiz sunulmaktadır.			
*Hastanelerin bir kısmı global bütçe uygulamasında yer almasına karşın bir kısmı fatura karşılığı ödeme sistemini tercih etmektedir.				

Kaynak: Koç (2017:71)'tan yararlanılarak geliştirilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası, uygulamasında bir diğer önemli husus katılım payının kurumsallaşmasıdır. İlk olarak ilaçta katılım payı uygulanırken sonrasında her başvuruda katılım payı alınmaya başlandı. Sağlık hizmetine olan talebi azaltma ve finansman yükünün hafifletilmesi için getirilen katkı payı uygulamasının gelecekte ne şekilde evrileceği belirsizdir.

**Şekil 9:** Cepten Ödemeler Diyagramı

Kaynak: ÇSGB(2018)'den yararlanılarak geliştirilmiştir.

GSS kapsamındaki bir hastadan birden fazla yerde sigorta kapsamı dışında bırakılan cepten ödeme yaptırılmaktadır. 2008 yılından bu yana aktif olarak yürürlükte olan Genel Sağlık Sigortası uygulaması bu ve benzeri nedenlerle önemli eleştiriler almaktadır.

Bakırcı'ya (2018) göre, hasta hakları açısından değerlendirildiğinde genel sağlık sigortası yaklaşımı bireyi müşteri olarak gördüğü sağlıklı olmayı temel bir insan hakkı düzeyinde ele almamaktadır.

Erol ve Özdemir'e (2014) göre, uygulamalar sağlık hizmet alanını kar elde edilen bir sektör haline getirmiştir.

TTB'ne (2018) göre, genel sağlık sigortası uygulaması ile tedavi ve ilaç harcamalarındaki artış sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizlikleri azaltmamıştır. Önlenebilir bebek ölümleri 2016 yılında artmıştır. Katkı payı ve benzeri adlar altında hane halkının cebinden çıkan para artmıştır.

Kasapoğlu'na (2016) göre, başlangıç hedeflerinden uzakta ve özel sigortacılık mantığıyla inşa edilmiş bir sistem üzerine oturtulmuş genel sağlık sigortası cepten sağlık harcamalarını artırmıştır.

Kamu Hastane Birlikleri ve Sözleşmeli Yöneticilik Dönemi

Hood'a (1991:3-4) göre, 1980'lerden sonra ortaya çıkan Yeni Kamu Yönetimi (new public management) anlayışı kamu sektöründe önemli bir eğilim olarak gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri önemli ölçüde etkilemiştir. Yeni Kamu Yönetimi temel olarak devletin büyümesinin yavaşlatılması veya devletin küçültülmesi yanında harcamalarda şeffaflığı öne çıkarma; ikincisi devletin hizmet sektörüne ait kurumlarının özelleştirilmesi ya da kamu-özel ortaklığı gibi seçeneklerin geliştirilmesi yanında hizmet sunumunda somut devlet kurumları yerine vekil kuruluşlar oluşturma; üçüncüsü kamu hizmetlerinin üretimi ve dağıtılmasında ve de takibinde otomasyon ve bilgi sistemlerinin gelişmesi; dördüncüsü kamu yönetiminde uluslararası gelişmelerin yeni politika karar verme süreçleri oluşturmaları gibi ilkelere dayanmaktadır. Teorik bileşenlerini ise, 1) kamu yönetiminde profesyonel yöneticiliğin mevcudiyeti, 2) performans ölçümü için açık ve net standartların oluşturulması, 3) verimlilik ölçümüne verilen önemin artması, 4) kamu sektöründe desant-ralizasyon, 5) Kamu sektöründe rekabet, 6) kamu sektöründe özel sektör tarzı yöneticilik yapılması için baskı, 7) kaynak kullanımında aşırı disiplin ve tutumluluk baskısı oluşturmaktadır. Lamba ve Diğerleri'ne (2014) göre, kamu hastane birlikleri modelinin zihinsel temelleri yeni kamu yönetimi anlayışı içinde kendine yer bulmaktadır.

Kamu Hastane Birlikleri Modeli, Yeni Kamu Yönetimi anlayışıyla dünyadakine benzer şekilde hastaneleri hedefleyen 2. dalga reform süreci içinde organizasyon düzeyinde merkezileşme yerine yönetimde esneklik ve otonomi- yi artırmak üzere kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinde desan- tralizasyon uygulamasının bir örneğini oluşturmaktadır. Böylelikle, merkezden yönetimin güçleştiği durumlarda kurumların daha yönetilebileceği, performansının artırırlacağı ve hesap verebilirlik düzeyinin de artırılacağı öngörülmektedir (Casasnovas ve Diğerleri, 2009; Levaggi ve Smith, 2003).

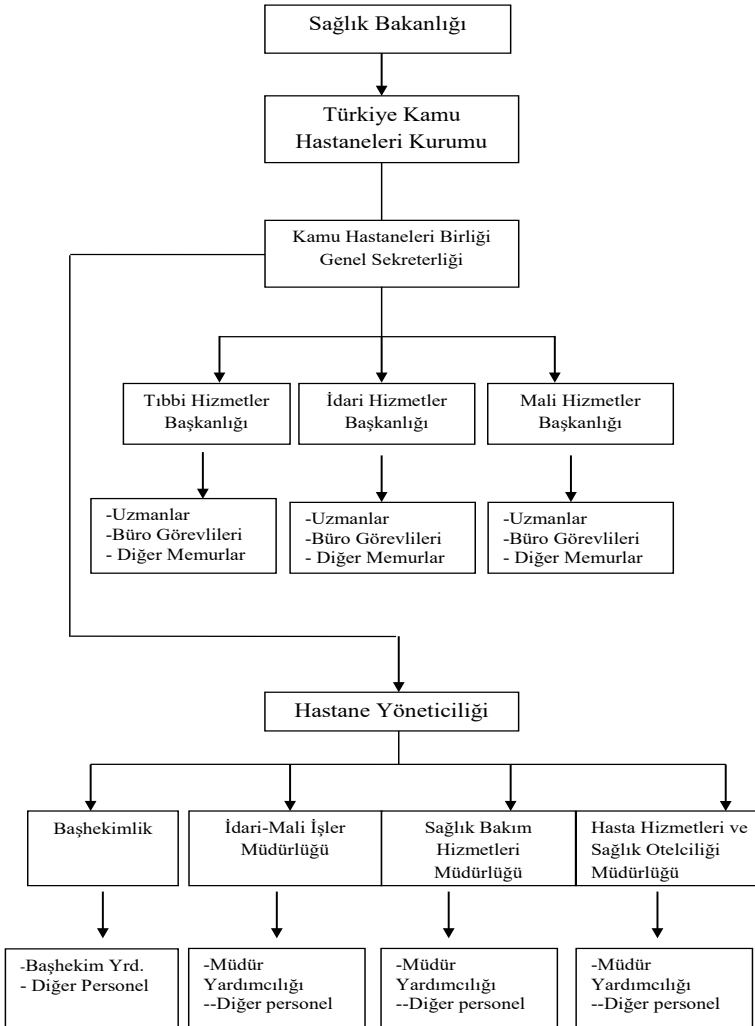
Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonu tanımlamak güçlük arz etse de uygulama sorumluluğunun merkezi otoriteden yerel kurumlara devrinin sağlanması olarak tanımlanabilir. Desantralizasyon kendi içinde dört şekilde ele alınmaktadır: a) Delegasyon, sorumlulukların daha alt düzeyde organizasyonlara ve sivil topluma devrini içerir, b) Dekonsantrasyon ise, merkezi örgütlerden taşra örgütüne yetki devrini, c) Devolusyon (devolution) ise merkezi yönetimden yerel yönetimlere (belediye vb.) devrini, d) Özelleştirme (privatization) ise, merkezi olsun, taşra olsun ve yerel yönetim dâhil bütün yetkilerin, yerli veya yabancı sermayeye devrini içerir. Bu durum, bilinen anlamıyla özelleştirme olmaktadır (Levaggi ve Smith, 2003). Kamu Hastane Birlikleri desantralizasyon kavramları içinde dekonsantrasyon uygulamalarına denk gelmektedir. Ayrıca, sınıflama içeriği olarak da politik, yönetsel ve ekonomik desantralizasyon (Byrkjeflot ve Neby, 2008; Saltman, 2007:10) açısından yönetsel desantralizasyon mahiyetindedir.

Her dönem sağlıkta reform arayışlarının en önemli parçası, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılarak desantralizasyon metodu ile rekabetçi özerk kamu sağlık işletmelerinin kurulması olmuştur. 1980 tarihinden bu yana göreve gelmiş Türkiye Cumhuriyeti hükümetlerinin önemli bir kısmı bir şekilde hastanelerin özerkleştirilmesini programına almıştır. Kamu Hastane Birlikleri yönetim modeli ise, Sağlıkta Dönüşüm Programının 9. yılında hayata geçirilmeye çalışılan ve reform programının en önemli bileşeni olarak idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin uygulamaya geçirilmesi olarak görülmelidir. Reform programı ile sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve organizasyonu kapsamında gerçekleştirilen kurumsal yapılandırma çalışmalarının en son ve en önemli adımlarından biri ise 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısının yeniden düzenlenmesidir. Söz konusu düzenleme ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde politika belirleyen ve hizmet sunan birimler birbirinden ayrılmıştır.

Hastaneler hakkındaki son düzenlemeler ve sonrasında atılacak adımlarla birlikte 02 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 663 sayılı KHK, Sağlıkta Dönüşüm Programının son düzenlemesi olarak görülmektedir. Öncelikle kanunun ilk haliyle sistemi açıklamak ihtiyacı bulunmaktadır.

2011 yılında çıkarılan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan bütün hastanelerin illerde kurulan Kamu Hastane Birlikleri tüzel kişiliğinin çatısı altında toplanması hükme bağlanmıştır. Ancak, bu uygulama kanunda öngörülen geçiş süresi beklenerek 2012

yılı Kasım ayında hayata geçirilmiştir. KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın bağlı kuruluşu olarak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuş ve "kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir" denilerek Kamu Hastane Birlikleri Genel Sekreterlikleri bu kurumun illerdeki taşra teşkilatı olarak kuruldu. Bu şekilde, hastanelerin birleştirilmesi yoluyla ölçek ekonomisinden yararlanmak hedeflenmiştir. Hastanelerin, satın alma, personel görevlendirmeleri ve diğer kaynakların tahsisatı ve planlaması birlik yönetimince yapılmaya başlanacaktır.



Kaynak: 663 sayılı KHK'dan (2011) yararlanılarak geliştirilmiştir.

Şekil 10: Kamu Hastane Birlikleri Modeli Örgütlenmesi

Anılan kanunla (663 sayılı KHK) kamu sağlık sektöründe ilk defa sözleşmeli yöneticilik statüsü getirilmiştir. Böylece birlik bünyesinde her düzeyde yöneticilikler sözleşmeli olacak ve ayrıca genel sekreterliklerde sözleşmeli uzman personel ve sözleşmeli büro görevlileri istihdamı başlatılmıştır. 10.300 sözleşmeli kadro pozisyonu ihdas edilen bu düzenleme ile ilk defa kamu personeli olmayan ancak 657 sayılı Devlet Memurları kanununda devlet memuru olabilmek için gerekli şartları taşıyan kişilerin birliklerde her düzeyde görev alabilmelerinin önü açılmıştır. Genel sekreter olabilmek için kamu veya özel sektörde 8 yıl, başkan, hastane Yöneticisi veya müdür olabilmek için kamu veya özel sektörde 5 yıl, uzman veya müdür yardımcısı olabilmek için ise kamu veya özel sektörde 3 yıl iş tecrübesine sahip olmak yeterli görülmüştür. Kanunda bu iş tecrübesinin sağlık alanında kazanılmış olma şartı getirilmemiştir. Sözleşmeler en çok 4 yıl ve en az 2 yıl süreli olabilecektir. Uygulamamanın başlangıcı ve sonrasında açıktan alınan yönetici veya uzman sayısına ilişkin herhangi bir veriye rastlanmamıştır.

Kamu Hastane Birlikleri ve hastanelerde sözleşmeli çalıştırılacak kişilerde iş tecrübesi yanında eğitim şartları da bulunmaktadır. Buna göre, 02 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 663 sayılı KHK'nın 32. maddesinde, genel sekreter, idari ve mali hizmetler başkanlığı, hastane yöneticiliği, müdür ve müdür yardımcısı olmak için 4 yıllık üniversite eğitimi almış olmak yeterli görülmüştür.

Kanun Hükmünde Kararname kamu ve özel sağlık sektörü için önemli değişiklikler içermektedir. Kamu Hastane Birlikleri için sözleşmeli yönetici olarak istihdam edilecek kişilerde aranan şartların yanı sıra dikkat çeken bir diğer husus ise sağlık kurumlarının yöneticilerinin hekim personelden seçimine ilişkin genel ve hukuki yaklaşımın sonlandırılmış olmasıdır. Sağlık işletmelerinde profesyonel yöneticilik için yeni bir kapı açılmış bulunmaktadır. Tıbbi Hizmetler Başkanı ve Başhekim dışında sistemdeki hiç kimsenin tabip olma zorunluluğu bulunmamaktadır. Birliğin en üst yöneticisi Genel Sekreter'dir. Genel Sekreter ve diğer üst yöneticiler hekim olmayan kişiler arasından seçilebilmektedir. Kamu Hastane Birlikleri üst yönetici ve hastane üst yöneticisi bir başka meslek mensupları arasından seçilebilmektedir. Bu durum 2017 yılında yapılan ama 2018 yılında yürürlüğe konulan kanun değişikliğine kadar böyle devam etmiştir. Sistemin işlediği süre boyunca sadece beş ilde kamu hastane birlikleri genel sekreteri hekim olmayan kişiler arasından seçilmiştir. Böylece, Nettleton'a (1995) göre yaşanan paradigma değişikliğinin bir parçası olan ve "hekimlerin yöneticilerin astı haline gelme-

si" saptamasıyla başhekimlerin yöneticilerin astı haline gelmesi önemli bir paradigma değişikliğinin göstergesidir.

Kamu Hastane Birlikleri Modeli ile getirilen bir diğer önemli başlık ise, birlik ve hastanede görevli yöneticilerin sözleşme süresi boyunca göreve devam edeceği; sözleşme sonunda yeniden sözleşme yapılabileceği veya sözleşmesinin uzatılmayacağına ilişkin haller kanun ile hüküm altına alınmıştır. Buna göre, Türk kamu yönetiminde ilk defa ve çok önemli bir değişikliğin yer aldığı kanunun 32. ve 34. maddelerinde aşağıdaki hususlara yer verilmiştir:

- Sözleşmeli çalıştırılacak yöneticilerle yapılan sözleşmede kurumsal hedefler ve performans değerlendirme kriterleri de dikkate alınarak bireysel performans göstergeleri saptanır. Sözleşmede yer alan performans hedeflerinin gerçekleşme durumuna göre sözleşme, süresinden önce de sonlandırılabilir.
- Kurum Başkanı, genel sekreterle doğrudan; başkanlar, hastane yöneticileri, başhekim ve müdürlerle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar. Uzmanlar ve diğer büro görevlileri genel sekreter ile sözleşme imzalar.
- Başhekim yardımcısıyla başhekimin, müdür yardımcısıyla ilgili müdürün teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılır.
- Başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticilerinin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Hastane Yöneticisinin değişmesi halinde hastanedeki diğer bütün yöneticilerin de görevi sona erer.
- Hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usûl ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir.
- Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin; Grup düşürülmesi, (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması, (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması, bünyesindeki hastanelerden birinin art arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi, (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir

üst gruba çıkarılamaması, hallerinde Kurumca genel sekreterin görevine son verilir. Yukarıda yer verilen hallerin hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise Genel Sekreter tarafından ilgili hastane yöneticisinin sözleşmesi sonlandırılır.

Yukarıda yer verilen hükümler doğrultusunda gerekli performans ve verimlilik ölçümlerine esas olacak şekilde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunca 05.10.2012 tarihinde “Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge” ve ekleri yayınlanmıştır. Anılan yönerge 2014 yılında yeniden değiştirilmiştir. Bu mevzuat 10.12. 2014 tarih ve 29201 sayılı Resmi gazete yayınlanan son haliyle “Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği” (TKHK, 2014) olarak değiştirilmiştir.

Kamu Hastane Birlikleri ve bunlara bağlı hastanelerin değerlendirilmesi; verimlilik karne uygulaması ve karnenin oluşmasında bir parametreye olan sağlık tesislerinin verimliliğinin yerinde değerlendirilmesinden ibarettir. “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge” verimlilik karnesinin oluşmasındaki diğer kriterin belirlenmesine yönelik olarak çıkarılmıştır. Verimlilik karnesi ilk etapta kanunun 34. maddesinde belirtildiği üzere tıbbî, malî, kalite hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde oluşturulmaktaydı. Kaynak kullanımı, hizmette verimlilik, yöneticilerin performansının değerlendirilmesi ve sağlık yönetiminde etkililiği sağlamak karne uygulamasının amaçları arasında yer almaktadır. Daha sonra bu kriterler genel sekreterliklerin örgütlenme modeli esas alınarak “birlik hedefleri, sağlık hizmetler yönetimi, mali hizmetler yönetimi, idari hizmetler yönetimi ve yerinde değerlendirme” başlıkları altında yeniden değiştirilmiştir.

663 sayılı KHK’nın öngördüğü verimlilik çalışmaları çok boyutlu bir performans değerlendirmelerinin bir çeşidi olup literatürde “Balanced Scorecard” modeline benzer “verimlilik karnesi” uygulaması geliştirilmiştir (Uçkun ve Şahin, 2016). Uygulamada her bir yönetim alanı için göstergeler geliştirilmiştir.

Tablo 26: Sağlık Hizmetleri Yönetimi Göstergeleri

Boyut	Bölüm	Gösterge Kodu	Gösterge Adı	Gösterge Puanı
I. SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ (SHY)	ACİL SERVİS HİZMETLERİ (ASH)	SHY-ASH-01	Acil servis müracaat yoğunluğu	60
		SHY-ASH-02	Acilden sevk edilen hasta oranı	50
		SHY-ASH-03	Acilden yatışı verilen hasta bekleme süresi	60
		SHY-ASH-04	Acil etkinlik skoru	60
		SHY-ASH-05	Acil servis vaka karması	60
		SHY-ASH-06	Acil servisin aldığı olduğu sevk oranı	+60
		SHY-ASH-07	Acil servis mortalite hızı	-50
		SHY-ASH-08	Acil servis hasta memnuniyet oranı	60
		SHY-ASH-09	Acil servise 24 saat içinde tekrar başvuran hasta oranı	50
	POLİKLİNİK HİZMETLERİ (PH)	SHY-PH-01	Merkezi hastane randevu sistemi (MHRS) kullanımı	30
		SHY-PH-02	Poliklinik etkinlik skoru	40
		SHY-PH-03	Klinisyen Hekim başına düşen günlük hasta sayısı	50
		SHY-PH-04	Hasta yatışları	50
		SHY-PH-05	Ayaktan hasta memnuniyet oranı	40
		SHY-PH-06	Hastaların ortalama muayene bekleme süresi	40
	YATAKLI SERVİS HİZMETLERİ (YSH)	SHY-YSH-01	Acilden Yatan Hasta Oranı	60
		SHY-YSH-02	Yatak kullanımı	70
		SHY-YSH-03	Yataklı servis Vaka Karması	70
		SHY-YSH-04	Yataklı servis mortalite hızı	-50
		SHY-YSH-05	Diz ve kalça protezinde re-operasyon hızı	60
		SHY-YSH-06	Yataklı servis etkinlik skoru	70
		SHY-YSH-07	Yatan hasta memnuniyet oranı	70
	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ (YBH)	SHY-YBH-01	Beyin Ölümü Bildirim Oranı	+60
		SHY-YBH-02	Yoğun bakım yatak kullanımı	90
		SHY-YBH-03	Yoğun bakım enfeksiyon puanı	90
		SHY-YBH-04	Yoğun bakım etkinlik Skoru	90
		SHY-YBH-05	Yoğun bakım mortalite hızı	-50
		SHY-YBH-06	Yoğun bakım vaka karması	80
	AMELİYATHANE VE DOĞUM HİZMETLERİ (ADH)	SHY-ADH-01	Ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı	75
		SHY-ADH-02	Ameliyat etkinlik skoru	75
		SHY-ADH-03	Sezaryen Oranı	75
		SHY-ADH-04	Ameliyat sonrası ortalama kalış gün sayısı	75
		SHY-ADH-05	Anne ölüm sayısı	-
		SHY-ADH-06	Bebek ölüm sayısı	-
	LABORATUVAR VE GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ (LGH)	SHY-LGH-01	Laboratuvar sonuç verme süresi puanı	65
		SHY-LGH-02	Görüntüleme bekleme ve sonuç verme süreleri	70
		SHY-LGH-03	Görüntüleme tetkiki istem oranı	65

Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2016:6)

Yukarıda tablo 26’da bir örneği verilen ve beş başlık altında oluşturulan gösterge kartlarına ait veriler, büyük kısmı Bakanlık tarafından oluşturulan bilgi sistemleri olduğu gibi başka kurumlarca oluşturulmuş ve Bakanlığın erişim yetkisine sahip olduğu bilgi sistemlerinden edinilmektedir. Sağlık Net, Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM), TÜİK, Tanı İlişkili Gruplar (TİG), Merkezi Hastane Randevu Sistemi(MHRS), Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS), Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi (MKYS), Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sistemi (UHESA), Tek Düzen Muhasebe Sistemi

(TDMS), Girişimsel İşlemler Listesi, Medikal ulak (MEDULA), Teletıp ve Teleradyoloji Sistemi, Sağlık Bakanlığı'nın diğer birimleri ve kurumun kendi kaynaklarından oluşmaktadır. Göstergeler ile ilgili ortalama değerler ve kurumların verilerinin elde edilmesinde birden fazla veri kaynağı kullanılabilir. Ancak, en çok yararlanılan veri kaynakları Sağlık Net ve TSİM olmaktadır. Toplam 5000 puan üzerinden bir değerlendirme yapılarak ve karne sonucunda dâhil olunan başarı grubu için puan aralıkları belirlenmektedir. Puan dağılımında sağlık hizmetleri yönetimi %40'ını oluşturmaktadır. Birlikler için oluşturulmuş verimlilik karneleri 6 aylık periyodlar halinde Kamu Hastane Birlikleri Genel Sekreterliklerine iletilmektedirler. Her bir hastanenin sistem içinde ve birlik düzeyinde bulunduğu yeri gösteren veriler hastanenin bulunduğu gruba da yer vermektedir. Sistem genel olarak, teknik düzeyde yukarıda yer verilen şekilde işlemektedir. Buna mukabil, sistemin işleyişi, onu yürütenlerin politik ve teknik angajmanlarından etkilenmektedir. Bu nedenle, sisteme yönelik önemli eleştiriler gündeme gelmiştir.

Kırılmaz'a (2016;262) göre, Kamu Hastane Birlikleri modelinde esnek istihdam modeli esas alınarak yöneticilerle performansla dayalı sözleşmeler imzalanmıştır. Kariyer sistemi terk edilerek yönetici atamalarında özel sektörden yönetici istihdamının önü açılmıştır.

Sayım ve Temir'in (2014) yaptığı araştırmaya göre, araştırmaya katılanlar objektif kriterlerin bulunmayışından ötürü yönetici atamalarında liyakat sorununun yaşanabileceği ve hastanelerin serbest piyasa dinamiklerine göre rekabet açısından beklenen faydaların elde edilemeyeceğini vurgulamıştır.

Songur ve Diğerleri'nin (2016) yaptığı araştırmaya göre, kanunun yürürlükte olduğu sürece kamu hastane birliklerinin faaliyet gideri yüksekliği nedeniyle genel olarak mali yılları zararla kapattığı ancak meydana gelen ekonomik zararların kısmen de yapısal değişiklikler ve iyileştirmelerle azaltılması da gerçekleşmiştir. Ayrıca, finansal analiz konusunda Sağlık Bakanlığına ait hastanelerin tümünü içeren finansal analizlerin yapılmadığı vurgulanmıştır.

Küçük ve Şahin'in (2015) yaptığı araştırmaya göre, hemşire yöneticilerin uygulamanın çalışan memnuniyetsizliğini artıracağı, kaynakların kullanımında israf oluşacağı, hastanelerin serbest piyasa mantığıyla işletmeye dönüşeceği ve toplumun sağlığına olumsuz etkide bulunacağını ve özelleştirmeye zemin hazırlayacağını belirtmişlerdir.

Öztürk ve Yıldız'a (2016) göre, hastane verimlilik karne uygulamasında hastane düzeyinde bazı hesaplama tekniklerinin (örneğin, stokastik sınır analizi) kullanımında dikkatli olunmalı, hastaneler arasında karşılaştırmalar

yapmak yeterli olmalıdır. Ülke düzeyinde analizler hastanelerin performanslarının değerlendirilmesinde yanlış sonuçlar verebileceği dikkate alınmalıdır.

Sağlık Sen'in (2015) yaptığı araştırmada ise, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun üst yöneticilerinin sıklıkla değişmesinin sistemin verimliliğini düşürdüğünü; birlik ve hastanelerde görevlendirilen kişilerin yeterli tecrübeye sahip olmaması ve bu durumun sorunlara yol açtığı; bürokrasinin arttığı ve yetki karmaşası yaşandığı; kamu hastane birliklerinin kurulmasının gereksiz olduğu, çünkü sağlık sisteminde hedeflere ulaşıldığını; çalışanların iş yükünü artırdığını, mobbing ve çalışanlara yönelik şiddeti artırdığını, çalışanın memnuniyetini ve saygınlığını azalttığını, alışanlarda iş güvencesine yönelik endişenin arttığı ve profesyonellerin ise otonomilerini kaybedeceği endişesi taşıdığı; eğitim düzeyi düşük olanların bu sistemi olumlu bulduğu; sözleşmeli yöneticiliğin verimliliği düşürdüğü yönünde tespitlere yer verilmiştir.

Genel bir değerlendirme yapılacak olursa; öncelikle, Kamu Hastane Birlikleri Modeli ile getirilmek istenen verimlilik karne uygulaması ve performans değerlendirme sistemi, ölçüm metodunun karmaşıklığı ve sonuçların nasıl oluştuğunun tam olarak bilinmemesi ve takip edilmesinin güçlüğü nedeniyle istenen faydayı sağlamamaktadır. Verimlilik karnesini oluşturan göstergelerin puanlarının belirlenmesinde sadece hesaplamayı yapan merkezin bildiği puanlama sistematığı gibi bir durum söz konusudur. Esasen kamu sektöründe de verimlilik ölçümünün hayata geçirilmesi gerekmektedir. Ancak, verimlilik ölçümünde herkesçe anlaşılabilir ve takip edilebilecek bir metot ve kaynakların etkili kullanımı sağlanmalıdır.

Sağlık Bakanlığınca, 663 sayılı KHK ve ikincil mevzuatları, birlik modelinin işleyişi ve yürütülmesi ile ilgili olarak çok sayıda işlem gerçekleştirilmiştir. Ancak, kamu hastanelerinin bu süreçte en çok etkilendikleri konu birlik ve hastane yönetimi düzeyinde *yönetici devir hızının* çok yüksek oluşu gelmiştir. Bunun yanında, kamu hastane birliklerinin bağlı olduğu Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun üst yönetiminde beş yılda altı yönetici değişimi gerçekleşmiştir. Bu durum, kamu hastanelerinin verimli çalışmasını sekteye uğratmış gözükmektedir. Ayrıca, yöneticilerin sözleşmelerinin sonlandırılmasında kanunda belirtilen karne ölçütlerinin uygulandığına dair herhangi bir bilgiye de rastlanmamıştır.

Kamu hastane birlikleri modeline yapılacak bir diğer önemli eleştiri hiç kuşkusuz yönetici sayısının artışı olmuştur. Daha önce hastanelerde başhekim son yetkili iken birlik modelinde hastane yöneticisi son yetkili olarak yer

almıştır. Hastane işleyişinde daha önce tek müdürlük bulunmasına karşın birlik modelinde dört müdürlük birimi bulunmaktadır. Bu durum hastanelerin hizmetlerinin yürütülmesinde sorunlara yol açmıştır.

Kamu Hastane Birlikleri Modeli uygulaması beklendiği gibi işleyemeyecek veya 2017 yılında bir başka KHK ile sistemde revizyona gidilerek gerek 2018 yılında Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve gerekse de taşra teşkilatı tekrardan büyük bir değişime uğramıştır.

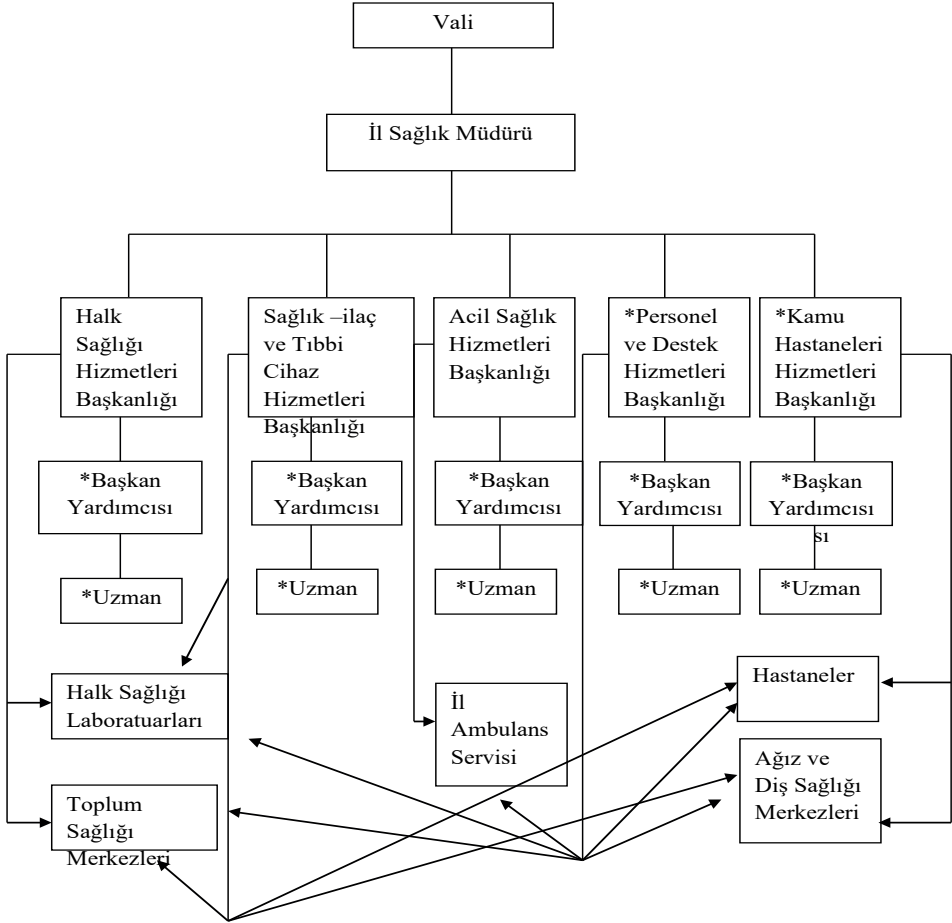
Yaklaşık beş yıllık uygulamadan sonra sistemde çok başlılığa ve kaynakların verimsiz kullanımına yol açtığı için 25.08.2017 tarihli 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname kapsamında Kamu Hastane Birlikleri lağvedilmiştir. Kanun 2018 yılının ikinci çeyreğinde uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık sisteminde yeniden İl Sağlık Müdürlüklerinin çatı kuruluş olarak belirlendiği ve Kamu Hastane Birlikleri ile birlikte Halk Sağlığı Müdürlükleri de kapatılmıştır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı da önemli ölçüde değişikliğe uğramıştır. Sistemin verimsiz ve çok başlı olduğu yolundaki tespitle beraber kapatılan Kamu Hastane Birlikleri yaklaşımının İl Sağlık Müdürlüklerine de intikal etmesi beraberinde yeni sorunları getirmektedir. Sözleşmeli yöneticilik tüm sağlık teşkilatı yöneticilikleri için yaygınlaştırılmıştır. Öte yandan, İl Sağlık Müdürlüklerindeki hiyerarşik yapılanmada değişiklik yapılarak önceki sisteme göre yönetici kademeleri ve sayısı artırılmıştır. Önümüzdeki dönemde İl Sağlık Müdürlükleri yönetim sistemine de verimlilik yolunda eleştiriler geleceği düşünülmektedir.

Kamu Hastane Birlikleri Sonrası Yeni Yapı

15.08.2017 tarihinde 694 sayılı kanun Hükmünde Kararname ile 663 sayılı KHK'da değişikliğe gidilerek, merkezde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kapatılmıştır. Bunların yanında, taşra teşkilatında İl Halk Sağlığı Müdürlükleri ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikleri de kapatılmıştır. Kanun 3 ila 5 ay arasında bir geçiş süreci öngörmüş olmasına karşın istenen sürede geçilememiştir.

Kanunun, getirdiği değişikliklerle Sağlık Bakanlığı, taşra teşkilatının yeniden yapılandırılmasında teknik olarak kamu hastane birlikleri kapatılmış olsa da uygulama pratikleri ve ikincil mevzuatlar açısından yine kamu hastane birlikleri döneminden önemli izler taşımaya devam etmiştir. Kanun, daha önce sadece hastane yöneticilikleri için sözleşmeli statü öngörürken değişiklik sonrası ise, her kademedeki yöneticiler için sözleşmeli çalışma durumuna geçilmiştir. Taşra teşkilatında Kamu Hastane Birliklerinin kapatılması ve İl

Halk Sağlığı Müdürlüklerinin kapatılması neticesinde kamu sağlık sisteminin tüm taşra teşkilatı yönetim kademesinin sözleşmeli statüye geçirilmesi yeni bir durumu göstermektedir. Bu durum, Türk kamu yönetimi sisteminin yeniden yapılandırılması anlamında ele alınmalıdır. Kamu sağlık teşkilatının taşra birimleri yeniden Şekil 11’de gösterildiği üzere düzenlenmiştir.



Kaynak: 663 sayılı KHK’den yararlanılarak geliştirilmiştir.

*Bu birimlerin sayısı ve atanacak kişilerin sayısı birden fazla olabilir.

Şekil 11: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Örgütlenmesi ve İlişkiler Diyagramı

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının yeniden örgütlenmesinde getirilen sözleşmeli yöneticilik uygulaması için kanunda ve ikincil mevzuatlarda yer alan düzenlemeler aşağıdaki gibidir (663 Sayılı KHK, 2017):

- Sözleşmeli personelin sözleşmeleri Bakan tarafından imzalanır. Gerekli hallerde bu yetki merkez ve taşra yöneticilerine devredilebilir. Kanunda

daha önce bu yetkinin büyük bir kısmını doğrudan taşraya(Genel Sekretere) devredilmiş idi.

- Sözleşmeli çalışacak yöneticilerden beklenen iş tecrübesi sınırı üst yöneticiler için asgari 5 yıl ve 3 yıl olarak belirlenmiştir. Kanunda daha önce üst yöneticiler için iş tecrübesi sınırını asgari 8 yıl olarak belirlemiştir.
- Sözleşmeli çalıştırılacak yöneticilerle yapılan sözleşmede kurumsal hedefler ve performans değerlendirme kriterleri de dikkate alınarak bireysel performans göstergeleri saptanır. Sözleşmede yer alan performans hedeflerinin gerçekleşme durumuna göre sözleşme, süresinden önce de sonlandırılabilir.
- Başarısızlık sebebiyle sağlık müdürünün değişmesi halinde başarısızlığa sebebiyet veren başkan ve başkan yardımcılarının, başhekimlerin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Başarısızlık sebebiyle başhekimlerin sözleşmesinin sonlandırılması halinde hastanedeki diğer bütün yöneticilerin de görevi sona erdirilir.
- Hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri dâhilinde tespit edilecek usûl ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Hastanelerin ağırlıklı ortalaması sonucu il düzeyinde grubu belirlenir.
- Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre il düzeyinde hastanelerin; Grup düşürülmesi, (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması, (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması, bünyesindeki hastanelerden birinin art arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi, (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir üst gruba çıkarılamaması, hallerinde Bakanlıkça İl Müdürünün görevine son verilir. Yukarıda yer verilen hallerin hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise ilgili hastane başhekiminin görevi sonlandırılır.
- Yöneticiler için performans puanı belirlenmesinde başkan yardımcıları, başhekim yardımcılar ve müdür yardımcılar için Yetkinlik Bazlı Performans Değerlendirmesi öngörülmektedir. Buna göre, her bir yöneticinin iki üst amiri tarafından değerlendirme yapılacaktır. Bu değerlendirmenin yapılabilmesi için kişilerin en az üç ay birlikte çalışması zorunluluğu bulunmaktadır. Bu düzeydeki yöneticiler için gösterge puanları yanı sıra bu değerlendirmeden alınan puan da alacağı toplam puanı etkileyecektir.

Yukarıda yer verilen hükümler doğrultusunda gerekli performans ve verimlilik ölçümlerine esas olacak şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından 2018 yılı içinde “Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi” ve ekleri yayınlanmıştır. Yönerge ile birlikte daha önceden var olan “yerinde değerlendirme” ve “verimlilik gözlemcisi” gibi uygulamaların varlığı korunmakla birlikte etkililiği azaltılmıştır. Yönergenin takip ve sekreteryaya işlemleri Bakanlığın destek hizmetleri ve insan kaynakları çalışmalarını düzenleyen Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce yürütülmektedir.

Taşra teşkilatının yapılması ve sözleşmeli yöneticiliğin henüz yaygınlaşmış olması ve uygulamadaki sorunların tespiti için yeterli zaman geçmediğinden geçmişte yaşanan durumlar dikkate alınarak doğabilecek sorunlar için öngörülebilir.

- Yeni yönergede/mevzuatta performans değerlendirme sisteminin yürütülmesi asli görevi sağlık hizmetini düzenlemek olmayan bir yapıya verildiği için uygulamada sağlık hizmetlerinde etkinliğin ölçülmesinde sorunlar yaşanabileceği düşünülmektedir. Yönerge/mevzuat içeriği göstergelerin takibinde ve göstergelerin kurum bazındaki sonuçları açısından yapılması gereken işlemler ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için yol gösterilmesi gerçekleştirilebilir.
- Gösterge sayısı fazla olup ölçüm metodlarının karmaşıklığı beklenen sonuçları vermeyebilir. Göstergelerin karmaşıklığı ve sistemin takibindeki belirsizlikler sözleşmeli yöneticilerde tedirginlik artırıcı olabilir.
- Bakanlık yönergesi eki olan “yetkinlik bazlı değerlendirme formu” nun içerdiği kriterler objektif değildir. Bu haliyle orta kademe yöneticilerinin üst amirden farklı olarak özgün fikirler geliştirmesine ve farklı görüş beyan etmesine engel olacağı düşünülmektedir. Ast ve üst arasında mutlak mutabakatı (Sarıaltın, 2017) öngören bu sistem yönetici verimliliğinde düşüş oluşturmaktadır.
- Sözleşmeli yöneticilikteki devir hızının yüksekliği taşra teşkilatında genel sağlık hizmetlerinin düzeyinde geriye gidiş yaşanmasına yol açabilir.

Şehir Hastaneleri Modeli ve Sözleşmeli Yöneticilik

Dünyadaki neoliberal ekonomi politikaları ve kamusal hizmetlerde Yeni Kamu Yönetiminin (new public management) etkisi ile devletlerin kamusal nitelikli sayılabilecek hizmetlerdeki payının azaltılmasına paralel olarak sağlık sektörü içinde özel girişimlerin payının artırılmasına bir başka alternatif

hizmet modeli olarak kamu özel ortaklığı/işbirliğinin geliştiği görülmektedir. Ayrıca, devletlerin finansman sıkıntısı yaşadığı veya kaynak tahsisatı konusunda farklı tercihlerde bulunması nedeniyle de bu tür girişimler kamu ajandasında yer bulmaya başlamıştır (McKee ve diğerleri, 2006). Şehir hastaneleri de kamu özel işbirliği ekonomik seçeneğinin bir sonucu olarak sağlık sistemlerine girmiştir.

En basit ifadesiyle, kamu özel ortaklığı, kamu hizmetlerinin karşılanmasında özel ve kamu sektörünün işbirliğidir. Kamu özel ortaklığı yeni bir uygulama değildir ve kamusal hizmetlerde özel sektör katkısının yer alması eskilere dayanmaktadır. Ayrıca, kamusal nitelikteki hizmetlerin sağlanmasında özel ve kamu tercihlerinin arasından üçüncü bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır (Rakiç ve Radenoviç, 2011).

Sağlık teknolojisinin geldiği nokta, değişen demografik yapı ve yaşlanan nüfus, hastalıkların tedavisinde artan maliyetler gibi sebeplerle sağlık harcamalarında artış yaşanmakta ve devletler bu harcamaları kontrol altına almayı istemektedirler. Bu nedenle, kamu özel işbirliği uygulaması kamu yatırımlarının inşası, finansmanı ve işletilmesinde yaygın olarak kullanılabilir (Tekin ve Çelik, 2012).

Kamu özel işbirliği (public private partnership) deneyimi Türkiye için 1980'li yıllardan sonra temizlik, mutfak, güvenlik ve bilgisayar bakım onarım hizmetleriyle gündeme gelmeye başlamış olup diğer sağlık hizmeti sayılmayacak alanlar ile devam etmiştir. Bir finansman modeli olarak ise Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık tesislerinin yeniden modernize edilmesi açısından ele alınmıştır (Tekin ve Çelik, 2012). Kamu özel işbirliği olarak bilinen uygulama 09.03.2013 tarihinde yayınlanan Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un çıkarılmasıyla Türkiye sağlık sistemi içinde farklı bir hizmet sunucusu modeli geliştirilmesi için yasal zemin oluşmuştur.

Şehir hastaneleri döneminin başlangıcı yılı ise hastanelerin hizmete açıldığı 2017 yıl olarak belirlenebilir. Şehir hastaneleri modelinin işletilebilmesi içi hizmet sunumundan finansmana kadar birçok yasal mevzuatın değişmesi gereken bir dönemin başlangıcı da sayılabilir. Sağlık Bakanlığı mevzuatının da kamu hastaneleri, özel hastaneler ve şehir hastaneleri için ayrıca yapılandırılması söz konusu olabilecektir.

Rakiç ve Radenoviç'e (2011:209) göre kamu özel işbirliğinin özellikleri aşağıdaki gibidir:

- Kamu kesimi ve özel sektör arasında süresi 25 ila 30 yıl arasında değişen bir sözleşme yapılır.
- Sözleşme, geçerli olduğu süre boyunca, kredi, yatırım ve sorumluluklar gibi bütün aşamaların entegrasyonunu içerir.
- Kamu kesimi, bu yatırımdan beklentilerini, işin teknik sürdürülebilirliğini ve hizmet kalite standartlarını belirler.
- Kamu kesimi, özel sektöre yapının inşası ve sözleşmede öngörölmüş hizmetler için ödeme (kira) yapar. Yüklenici ise diğer ticari alanlardan gelir elde eder ve bir kısım hizmet alımları yükleniciye verilebilir.
- Sözleşme bitimi inşa edilmiş yapı kamu mülkiyetine geçer.

Kamu özel işbirliği projelerinde İngiltere en başta gelen ölkeler arasında yer almaktadır. Ancak, Almanya, İspanya gibi diğer Avrupa ölkelerinde de kamu özel işbirliği projeleri uygulanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi sağlık sektöründe bugünkü manada kamu özel işbirliği projesi gerçekleştirilmemiştir. Bugün ise Türkiye 32 adet şehir hastanesinin bu finansman metodu ile yapılması planlanmıştır. Kamu özel işbirliği projesinde tıbbi hizmetler dışındaki tüm hizmetler özel sektör tarafından verilebilmektedir. Bununla birlikte, geleneksel olarak tasarlanmış hastanelerin dönüşüm ve değişim yaşadığına dair her türlü belirtiler mevcuttur. Günümüz sağlık sistemlerinin odağında hastaneler bulunmaktadır ve hastanelerde yaşanan sorunlar da sağlık sisteminde kriz yaşandığına dair imajı uyandırma açısından önemli durumlara kaynaklık etmektedir. Yatış oranlarının düşmesi hastanelerin kapanması ve sağlık hizmet sunumunda sorunların her biri kriz habercisi işlevi sunmaktadır (Annandale, 2002).

Gerbaud (1992) tarafından, değişen ve de gelişen sağlık teknolojileri ile birlikte maliyetlerin azaltılması ve verimlilikle birlikte karlılığın da artırılması gayretlerinin neticesinde yatak kullanımının azaltılmasının büyük hastanelere olan ihtiyacı azaltacağı ve devasa sağlık kompleksleri yerine otel kalitesinde içinde farklı alışveriş imkânları ve hatta sinemanın yer aldığı 300-400 yataklı hastanelerin vucüt bulacağı dile getirilmiş (akt. Annandale, 2002) ise de, ölçek açısından olmasa bile diğer nitelikler açısından şehir hastaneleri bu öngörüyü haklı çıkarmıştır.

Şehir hastanelerinin yöneticileri Sağlık Bakanlığı'na bağlı diğer hastanelerde olduğu gibi hastane yöneticilerinin atanma usullerine tabi olup burada sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı için de farklı bir yöntem öngörölmemiştir. Ayrıca, bu hastanelerdeki sağlık personelinin istihdamı da Bakanlığın diğer hastanelerindeki gibi olmaktadır. Bunun yanında, şehir

hastaneleri modeli sağlık sisteminde mülkiyet rejiminin bir farklı türünü oluşturmaktadır. İşletmeciliğini kamunun üstlendiği bir tesisin mülkiyeti sözleşme sonuna kadar ve eğer daha öncesinde bir değişiklik olmaz ise, onu inşa eden firma veya şirket grubunda kalacaktır. Dünyada benzer uygulamalar bulunduğu gibi kamunun franchising yaptığı örnekler de bulunmaktadır. Örneğin, İngiltere’de sonuçları verimli olmamış ise de devlet kendi mülkiyeti altındaki bir kamu hastanesini özel bir sağlık şirketine işletmesi amacıyla kiralamıştır. Bir süre sonra karlılık oranlarının düşmesi sebebiyle şirket işletmeciliği bırakarak hastaneyi borçlarıyla birlikte Ulusal Sağlık Sistemi’ne devretmiştir (Lethbridge, 2015).

Şehir hastaneleri modelinin uygulanmasında eleştiriler söz konusu olmaktadır. Bu eleştiriler aşağıdaki başlıklarda toplanmaktadır (Saadet Partisi, 2017):

- Hastanelerin %70 doluluk oranında çalıştırılacağı garantisi verilmiştir. Söz konusu oran gerçekleşmediğinde yüklenici firmanın tıbbi olmayan hizmetler/ticari alanlardan %70’lik hasta durumuna göre elde edilebilecek gelir için aradaki farkı kamudan tahsil edecektir.
- Ölçek büyümesinden kaynaklanan sorunlar arasında sağlık sektöründeki bir kısım özel hizmet sunucusunun ve özellikle küçük olanlarının sistem dışında kalması gündeme gelebilecektir.
- Devlet tarafından yürütülen hizmetlerin özel sektöre devri ile devletteki bu kapasitenin kaybolmasına yol açacaktır.
- Kamu hizmet ve yatırım sektörlerinin piyasalaştırılması, uzun vadede örgütlü işgücünün yerini örgütsüz ve ucuz emek gücüne bırakacağı anlamına gelmektedir.
- Kamu görevlileri için istihdam güvencesinin kaldırılacağı ve görevlilerin kamu çalışanı olma niteliğini kaybedeceği kaygıları mevcuttur.

Türk Tabipler Birliği’ne (2011) göre kamu sağlık hizmetlerinde piyasalaşmayı artıran bir örgütlenme modeli olup ekonomik ve iş örgütlenmesi tarzı açısından ve personel istihdam rejimi açısından esnekliği esas alan piyasa dostu bir modeldir. Ayrıca, taşeronlaştırma neticesinde kamu sağlık tesisleri içinde özel sağlık hizmeti sunulmasının da yolu açılmaktadır.

Saadet Partisi (2017) ve TTB (2011) farklı tarihlerde benzer eleştirileri dile getirmişlerdir. Öte yandan, bir diğer önemli husus, hastanelerin giderlerinin sağlık hizmetinden elde ettikleri gelirle yani geri ödeme kuruluşlarının finanse edecekleri sağlık hizmetiyle sağlanamaması durumunda sağlık hiz-

metinde aksamalara yol açabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanında genel bütçe desteğinin gerekliliği ve devamlılığı esas olmalıdır.

Sözer (2013), hastanelerin kurulması planlanan her ilde şehir hastanelerine ihdas edilen yatak sayısı kadar indirim yapılmasının kararlaştırılmış olduğunu aktarmaktadır. Buna göre, toplamda yatak sayısı artmamış olacak ve karşılığında hastaneler kapatılacaktır.

Türk Sağlık Sisteminin Geleceği

Cumhuriyetin kuruluşundan beri Türkiye’de sağlık politikaları, önemli bir yere sahip olmuş ve hemen her dönemde gerek ülke sağlık düzeyinin iyileştirilmesi açısından gündemde olmuştur. Ayrıca, sağlık hizmetleri, devletin asli görevleri arasında kabul edilerek planlanması ve idaresinin tek merkezden sürdürülmesi hedeflenmiştir. Nitekim hazırlanan anayasalara da bu yönde hükümler konmuştur. Planlı döneme geçilmesiyle birlikte halk sağlığı hizmetleri önem kazanmış ve tedavi edici hizmetler de yaygınlaştırılarak koruyucu sağlık hizmetlerini tamamlayıcı bir nitelik kazanmıştır. İlk kapsamlı sağlık hizmeti atılımı 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunla ifadesini bulmuştur.

1970’lerin sonlarında küresel ölçekte yaşanan ekonomik krizlerin neden olduğu ekonomik sorunlar ulus devletleri, kamu eliyle verdiği pek çok sosyal devlet uygulamasından vazgeçme ya da sorumluluklarını azaltma yönünde reformlar yapmaya zorlamıştır. Özellikle uluslararası kuruluşların etkisiyle hükümetlerin sosyal devlet uygulamalarında piyasa dinamiklerini kullanma yönünde düzenlemeler geliştirdiği görülmektedir (Günaydın, 2011).

Reform dinamikleri açısından devletin yeniden yapılandırılması ve rolünün yeniden tanımlanması sürecinin ana gündemi kamu örgütlerinin yeniden düzenlenmesi olarak hedeflenmiştir. Devletin, düzenleyici, denetleyici ve yol gösterici bir yapıya dönüştürülmesi hedeflenmiş, hizmet sunumundan çekilmesi sağlanmış ve piyasa modeli kamu sektörüne yerleştirilmeye çalışılmıştır (Filc, 2005).

Küresel boyuttaki kamu yönetimi reform sürecinden sağlık sistemleri de etkilenmiş ve bu süreçte sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün payını arttıran, rekabetçiliği geliştiren, devletin hizmet sunumundan çekilmiş düzenleyici rolünü ön plana çıkaran, finansal sürdürülebilirliği sağlayan, etkinsizlik, verimsizlik ve kalitesizlik gibi sorunların çözülmesine yönelik düzenlemeler gerçekleştirilmeye çalışılmıştır (Björkman, 2018).

Türkiye sağlık sisteminde yapılan majör değişikliklerin henüz sonuçlandırılmadığı dikkate alındığında bu durumun gerek hizmet alanlar ve gerekse de hizmet verenler açısından ve de sistemin geleceği açısından bir belirsizlik oluşturduğu düşünülmektedir. Bu çerçevede, henüz sonuçlandırılmamış süreçler olarak, kamuya ait hastanelerin idari ve mali olarak özerkleştirilmesi/desentralize edilmesi ve sağlık yöneticilerinin sözleşmeli olarak istihdamı gibi uygulamalar sağlık sisteminin halen değişim aşamasında yer alan reform unsurları olduğu değerlendirilmektedir. Değişimlerin önemi, halkı dolaylı ve sağlık çalışanlarını doğrudan etkilemesinden gelmektedir. Dahası, sağlık sistemindeki değişimler tüm sosyal kesimleri etkilemektedir.

Aile Hekimliği 2005 yılından itibaren 5258 sayılı aile hekimliği kanunu ile pilot uygulamaya geçilmiş olup 2011 yılı itibarıyla tüm ülke çapında işlerlik kazandırılmıştır. Ancak, hizmet sunumu ve sağlığın finansmanı birbirinden net olarak ayrılmamıştır. Aile hekimlikleri tarafından verilen sağlık hizmetleri genel Sağlık Sigortası kapsamında ücretsiz olarak sunulmaktadır. Öte yandan, Aile hekimi ve aile sağlığı elamanı olarak tanımlanan hemşire, ebe ve sağlık memuru gibi çalışanlar sözleşme kapsamında çalışıyor olmalarına rağmen özlük hakları ve ödemeleri genel bütçe kaynaklarından karşılanmaktadır. İstihdam ve çalışma ilişkileri açısından sistem kurgusu, Aile Hekimliği birimlerinin Genel Sağlık Sigortası kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapmalarını öngörmesine rağmen mevcut uygulamanın bir geçiş aşaması olarak yürütüldüğü düşünülmektedir. Gerek istihdam ve sözleşme uygulamaları ve gerekse de sistemdeki diğer bürokratik yapılanmalar açısından birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin gelecekte ne yöne evrileceği belirsizlik göstermektedir.

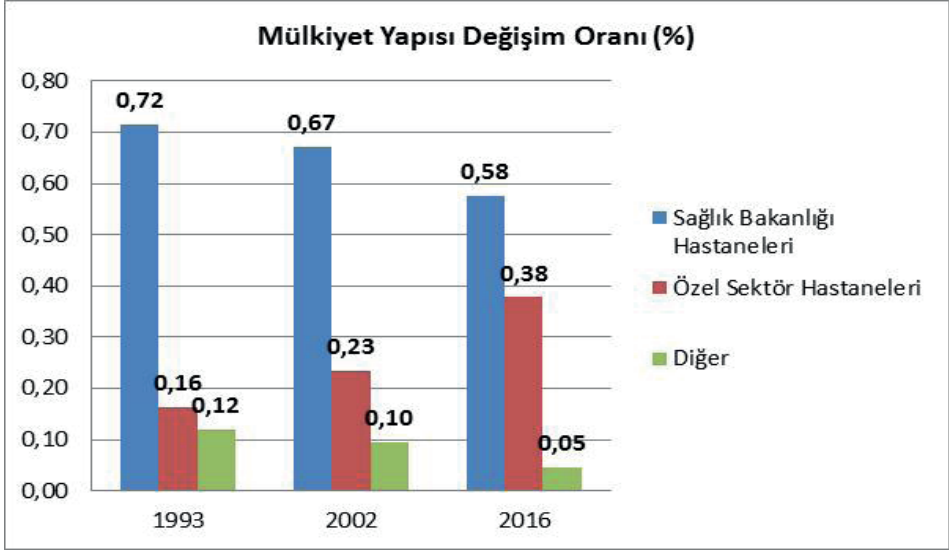
2003 yılı itibarıyla uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, Türkiye’de demografik özellikler itibarıyla sağlık göstergelerinde iyileşmeler görülmüş ve OECD ülkelerine yakın sonuçlar elde edilmiştir. Sosyal güvenlik kapsamında yer alan nüfus oranının artması ve güvence kapsamının genişlemesine karşın sağlık hizmet sunucularına olan erişim büyük ölçüde kolaylaşmıştır (Bahçe ve Diğerleri, 2017).

Sağlıkta Dönüşüm Programı uyarınca kamuya ait hastanelerin desantralizasyonu ile birlikte dönüşüm sürecinin 2013 yılı itibarıyla sonuçlanması hedeflenmiştir. Program uyarınca istihdam modeli değişikliğine gidilmiş olup hastane yöneticileri için sözleşmeli yöneticilik pozisyonları oluşturulmuştur. Yeni Kamu Yönetimi anlayışı doğrultusunda esnek istihdamı öngören sözleşmeli yöneticilik Türk kamu yönetimi açısından bir dönüm noktası olarak

değerlendirilmektedir. Ayrıca, şehir hastanelerinin varlığı kamu hastanelerinin geleceği kapsamında yeni bir tartışmayı aralamaktadır. Bu çerçevede, Bakanlığa ait hastanelerin geleceği şehir hastanelerinin geleceğinden bağımsız düşünülemez.

Kamu Hastaneleri Birliği modeli terk edilmiş olmasına karşın sözleşmeli yöneticilik ve performans değerlendirmesi (başarı karnesi) esaslı sözleşme uygulamaları devam etmektedir. Kamu hastane birlikleri modelini diğer uygulamalardan ayıran belirgin yönü de sözleşmeli yöneticilik uygulamasıdır. Sözleşmeli yöneticilik uygulamasında atama usulleri zaman içinde ve sıklıkla değişime uğramaktadır. Sözleşmeli yöneticilik ve performans esaslı değerlendirme (başarı karnesi) devamlı değişiklik ve eklemelerle devam etmektedir. Yeni eklenen hususlar başarı değerlendirmesinde yeni subjektif unsurlar eklemektedir.

Türkiye sağlık sisteminin değişim geçirdiği alanların içinde mülkiyet rejimi de yer almaktadır. Mülkiyet ve kullanım açısından hastanelerin ve de sağlık kuruluşlarının çok çeşitlilik gösterdiği müşahade edilmektedir. Tedavi edici hizmetler açısından bakıldığında vakıf üniversiteleri ve özel sektör hastaneleri işbirliği, kamuya ait hastanelerin üniversiteler tarafından ortak kullanımı gibi uygulamalar neticesinde net ayrımlardan bahsetmenin zorlaştığı bir sağlık sektörü oluşmuştur. Kamunun kullanımında olan hastanelerin mülkiyet yapısı karma bir niteliğe kavuşmuş ve de sağlık sisteminin mülkiyet yapısı da değişmiştir. 1990'lı yıllardan itibaren tümüyle hayata geçirilememiş sağlık sektörü reformu programları sağlık sistemine etkide bulunmuştur. Bu çerçevede, 1993-2002-2016 yılları reform çabasının sonuçları ve gelineen durum değerlendirilecektir.



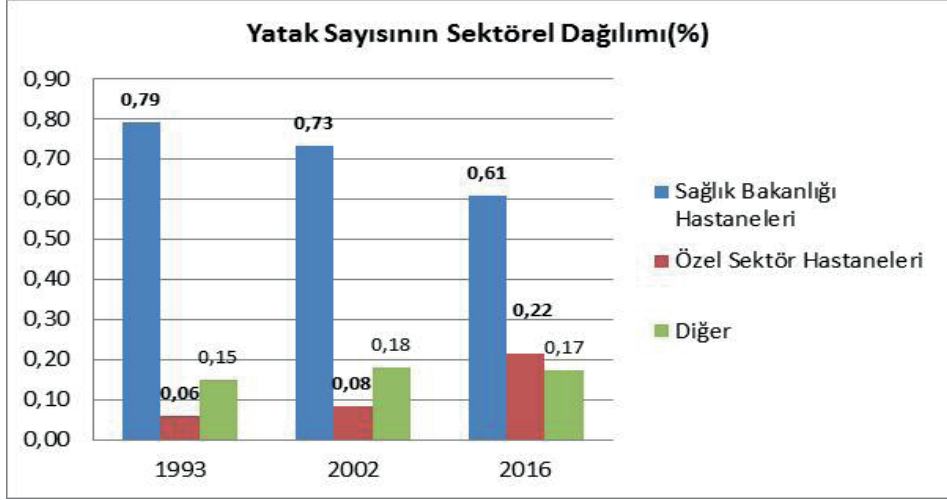
Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı(1993, s:14); Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (2002, s:14); Sağlık İstatistikleri Yıllığı, (2016:101) yararlanılarak geliştirilmiştir.

Şekil 12: Türkiye’de Hastanelerin Sahiplik Yapısının yıllara Göre Karşılaştırılması (% Yüzde)

Şekil 12’de görüldüğü üzere sağlık sisteminde hastane sahiplik oranları sektör dağılımı oldukça değişiklik göstermiştir. Buna göre en anlamlı artış özel sektöre ait hastane sayısında yaşanmıştır. 2002 yılında sektör içindeki oranı %23 iken bu oran 2016 yılında %38’e çıkmıştır. Sağlık bakanlığı’na ait hastanelerin sektör içindeki oranı giderek azalmıştır. 2002’de %67 olan oran 2016 yılında %58’e düşmüştür. Öte yandan, Sağlık Bakanlığı hastanelerine 2005 yılında SSK’dan alınan hastaneler ve yine 2016 yılında Milli Savunma Bakanlığı’ndan devralınan hastaneleri de dâhil edilmiştir. Aynı şekilde, Diğer başlığı altında üniversite hastanelerine yer verilmiştir. Üniversite hastaneleri kategorisine özel vakıf hastaneleri dâhil edilmiştir.

Sağlık kurumlarının sektör içindeki mülkiyet değişim oranları özel sektör lehinde oldukça yüksek bir artış göstermiştir. Bu durum dikkate alındığında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin gerek hizmet üretiminde ve gerekse hastane sayısı açısından başat bir konumda olmasına rağmen yıllara göre devletin sağlık sektörü içindeki tesis dağılımından devletin hizmet üretiminden tedrici olarak çekildiği ve özel sektöre daha fazla alan açıldığı sonucuna ulaşılabilmektedir. Doğrudan olmasa bile yatırım hızının sektördeki oranını koruma yönünde olmaması nedeniyle sağlık sektörde ağırlığın özel sektör aktörlerine devri süreci yaşandığı da ifade edilebilir. Bu durum Yeni Kamu Yönetimi anlayışının devlet kurumları için öngördüğü model ile de örtüşmektedir.

Kamuya ait sağlık tesislerine ait yatak sayıları ve özel sektöre ait yatak sayıları dikkate alındığında yine benzer bir durum olduğu ve yıllar içinde tesis sayısı artmasına rağmen kamunun yatak sayısı açısından sektör içindeki payının azaldığı görülmektedir. Ayrıca, yatarak alınan sağlık hizmetine erişim açısından sağlık sistemini etkilemektedir.



Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı(1993, s:14); Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (2002, s:14); Sağlık İstatistikleri Yıllığı, (2016:101) yararlanılarak geliştirilmiştir.

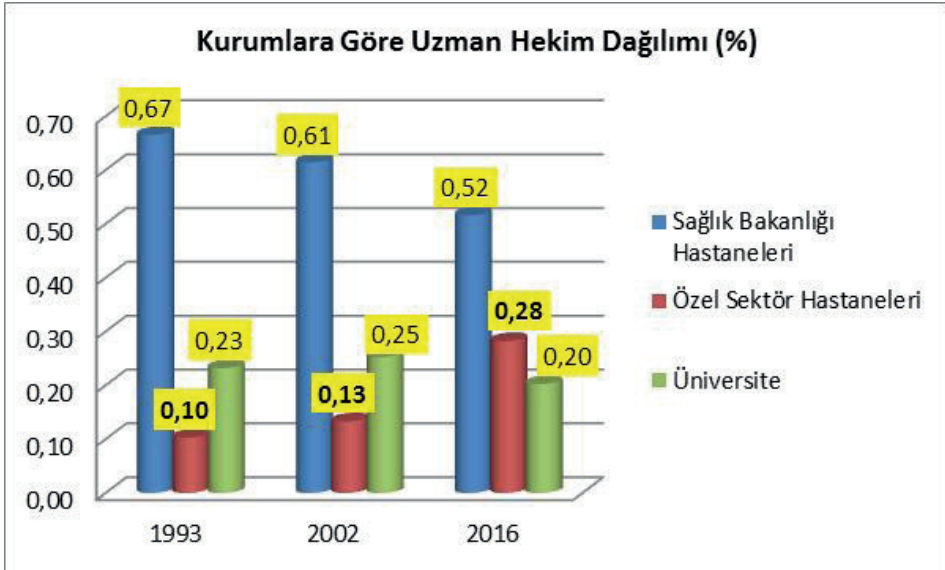
Şekil 13: Yatak Sayısının Yıllar İtibarıyla Kurumlara Göre Dağılımı (% Yüzde)

Şekil 13'te görüldüğü üzere sağlık sisteminin hastane yatak sayıları dağılımı oldukça değişiklik göstermiştir. Buna göre, özel sektörün 2002 yılında %8 olan yatak oranı 2016 yılında %22'ye yükselmiştir. Böylece en anlamlı artış özel sektöre ait hastane yatak sayısı oranında yaşanmıştır. Sağlık Bakanlığı'na ait hastanelerin sektör içindeki oranı ise giderek azalmıştır. 2002'de %73 olan oran 2016'da %61'e düşmüştür. Öte yandan, Sağlık Bakanlığı yatak sayılarına 2005 yılında SSK'dan devir alınan hastanelerin ve yine 2016 yılında Milli Savunma Bakanlığı'ndan devir alınan hastanelerin yatakları da dâhil edilmiştir. Aynı şekilde, Diğer başlığı altında üniversite hastanelerine yer verilmiştir. Üniversite hastaneleri kategorisine Özel vakıflar dâhil edilmiştir.

Türkiye sağlık sistemi, yatak sayıları açısından Avrupa Birliği üye ülkelerinin ortalamasının altında bir yatak kapasitesine sahiptir. Buna göre 10.000 kişiye düşen yatak sayısı AB'de 51.4 iken bu oran Türkiye'de 27,3'tür. Yatak sayısının artışında özel sektör anlamlı bir ivme yakalamıştır. Türkiye için yeni bir dönüm noktası sayılabilecek şehir hastanelerinin de yatak sayısına anlamlı bir katkı yapmayacağı düşünülmektedir. Çünkü şehir hastanesinin

açıldığı illerde personel yetersizliği nedeniyle diğer hastaneler fonksiyonel olarak kullanılmamaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli husus, ayaktan tedavisi mümkün olmayan veya ileri tetkik ve tanısal işlemin gerektirdiği rahatsızlıkların uzman hekimler eliyle görürülmesidir. Uzman hekimlerden sağlık hizmeti alma talebi halkın sağlık hizmetlerini kullanım kültüründen ve geri ödeme mekanizmaları ile birlikte hizmet arz usulünün talep artırıcı etkisinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca, uzman hekimlerin sektör içindeki dağılımı sağlık sektöründeki sağlık harcamalarının yönünü göstermesi açısından anlamlı bir parametredir.



Şekil 14: Uzman Hekimlerin Yıllara Göre Sektörel Dağılımı (%)

Şekil 14’de görüldüğü üzere, Sağlık Bakanlığı uzman hekim sayılarının sektörel dağılımı yıllara göre azalma göstermiştir. Buna karşın, özel sektörde yer alan uzman hekim oranının sağlık sistemi içindeki payı 2002 yılında % 13 iken bu oran 2016 yılında % 28’e çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın sektör içindeki payı 2002 yılında % 61 iken 2016 yılında % 52’ye düşmüştür. Öte yandan, Devlet Hizmet Yükümlülüğüne dair kanun Sağlık Bakanlığı’nın halen sektör içindeki payının yüksek oluşundaki bir başka etkidir.

Türkiye’de sağlık hizmet sunumunda ve personel istihdamında kamu halen en büyük paydaş durumundadır. Ancak yıllar içerisinde sektörde payının azaldığı ve büyüme hızının sektörün özel paydaşlarına nazaran daha yavaş olduğu da anlaşılmaktadır. Sağlık sistemi büyümeyle devam edecektir

çünkü halkın sağlık ihtiyaçları ve demografik etkenler sağlık sistemlerinin her zaman büyüme eğilimi içinde olmasına yol açmaktadır.

Sağlık sistemine 2017 yılında dahil olan şehir hastaneleri olgusu sağlık sisteminin niteliğini tümünden değiştirecek bir uygulama olarak değerlendirilmektedir. Şehir hastaneleri ilk etapta Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olmamasına karşın sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu kapsamında değerlendirilebilir. Zira desantralizasyon kendi içinde bir kısım özelleştirme pratiklerini de içermektedir. Dolayısıyla, şehir hastaneleri işleyiş itibarıyla (sağlık hizmeti dışındaki hizmetlerin taşere edilmesi nedeniyle) “fonksiyonel özelleştirme” (Böhlke, 2011) pratikleri içinde ele alınabilir. Bu nedenle, sağlık sisteminin geleceğinde bir diğer belirsizlik kaynağını şehir hastaneleri oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, gerek Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenlerinin hayata geçirilmesi sonucunda sistemin karakterinin nasıl şekillendirileceği yolunda bir netlik sağlanamamış olması ve de reformların halen devam ediyor olmasından dolayı Türkiye sağlık sisteminin gelecek tasarımı (büyük ölçüde çalışanlar ve hizmet sunumunda vatandaşlar açısından) belirsizdir. Bu kapsamda, nihai olarak sağlık hizmet sunumunda devletin rolü “nasıl yaşamak istiyoruz” (Beck,1992) sorusuna verilecek cevaba kaynaklık edecektir.

II. BÖLÜM

Ampirik Araştırma Bulguları

Çalışmanın bulgular bölümünde, grounded teori teknik olarak kullanılmış olup derinlemesine mülakatlar yapılmıştır. Grounded teori tekniği ile sağlanan verilerin analizlerinin sonuçları, çalışmanın problemi ve ilgili literatür bağlamında tartışılmıştır.

Aktör İlişkiler ağı Kuramından yararlanılarak, sağlıkta dönüşüm projesi ile kamu sağlık kurumları yöneticilerinin görevlerini yürütme görevden alınma ve devamında nasıl bir yol izlediğinin ve bu alandaki yasal düzenlemelerden/reformlardan nasıl etkilendiklerini ortaya koymak çalışmanın amaçları arasında yer almaktadır. Bu amaçlar çerçevesinde ilk olarak açık kodlama yapılmıştır. Bu aşamada elde edilen veriler kategoriler haline getirilmiştir.

İkinci aşamada ise eksenel kodlama yapılarak kategoriler arasında bağlantılar kurulmuş ve yeni kategoriler oluşturulmuştur.

Son olarak, seçici kodlama aşamasında ise eksenel kodlamada elde edilen kategorilerle bir öykü inşa edilerek çekirdek kavrama/kavramlara ulaşılmıştır.

Açık Kodlama

Bu bölümde, Başhekim/Hastane Yöneticisi, Başhekim Yardımcısı, İdari Mali Hizmetler Müdürü/Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Müdür Yardımcıları olmak üzere dört farklı yönetici grubu ile görüşme yapılmıştır. Elde edilen veriler hekim meslek grubuna dâhil yöneticiler ve hekim olmayan yöneticiler olarak kategorileştirilmiştir. Çalışmada, sağlık sistemindeki reformların ve kapsamlı değişimlerin mahiyetinin anlaşılabilmesi için bizzati reformların yerel düzeyde uygulayıcısı ve mikro planda/kurum ölçeğinde uygulama planlarını hayata geçirecek konumdaki kişiler olarak hastane yöneticilerinin görüşleri sağlık sisteminin geneline ve özelde hastane organizasyonlarının yeni dönemde yönetici pratikleri açısından işleyişi ile ilgili

kategoriler oluşturulmuştur. Yönetici gruplarına benzer sorular yöneltilmiştir. Açık kodlama aşamasında her iki yönetici grubu için ayrı kodlamalar yapılmıştır.

Sağlık Sistemi Reformu

Sağlık sektörü, diğer birçok ülkede ve Türkiye’de, ekonomik sistemin çok önemli bir parçasını oluşturmaktadır. 2003 yılından bu yana sağlık sistemini baştan aşağı dönüştürecek yasa ve ikincil mevzuat düzenlemeleri yapılmaktadır. Bunlar sağlık hizmetlerinin sunumunu, halkın sağlık hizmetine erişimi ve de sağlık personelinin önemli ölçüde etkilemiştir. Yöneticilerin sağlık reformuna yaklaşımı kısmen farklılık gösterebilmektedir. Hekim yöneticiler **son dönem (663 sayılı KHK sonrası) uygulamaları hariç olmak üzere sağlık reformlarının sağlık sistemini ileri taşıdığı** ve oldukça önemli iyileştirmeler içerdiğini belirtmektedirler. Sağlık sistemi reformu uyarınca yapılanların **adeta devrim niteliğinde olduğu** öne sürülmektedir. **Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye sağlık sisteminin küresel sağlık sistemine entegre olduğunu** ifade etmişlerdir.

K1-B: *Yani sağlık sisteminin sorunları 12-13 yıl öncesine göre çok çok daha iyi... Bunu bütün sağlık parametrelerinden anlıyoruz. Fakat son zamanlarda tekrar eskiye döndük gibi bir şey oldu.*

K2-B: *... her alanda devrim niteliğinde sağlıkta ciddi atılımlar yapılmıştır bakanlığımız tarafından... ama ben özellikle 663 sayılı kanun hükmünde kararname sonrası açısından çok olumlu bulmuyorum.*

K3-B: *... Ya şöyle söyleyeyim, sağlıkta dönüşüm sonrasını analiz ettiğimizde geçmiş yıllarda pozitif adımlar atıldı, bunu gerek il sağlık müdürlükleri, gerek halk sağlığı gerek kamu hastaneleri hastanelerde gözle görülür iyileşmeler gördük... sağlıkta ciddi bir reformlar yapıldı, gerek tıbbi cihaz donanım binalarının yenilmesi, yoğun bakım ünitelerimizin yenilenmesi ve yeni hastanelerin yapılmasıyla beraber ciddi bir kazanım oluştu...*

K5-BY: *...Sağlık Bakanlığının son yıllarda yaptıkları gerçekten çok önemli... Halkın sağlığına çok ciddi katkılar sağlanmıştır.*

K8-BY: *... Ülkemizin sağlık sorunları eskiden daha çoktu ama birazcık daha bu rayına girdi ve sadece bazı projelerin gerçekleşmesi lazım ya da nihai aşamaya gelmesi lazım... Sağlıktaki dönüşümle beraber belki Dünyadaki sağlık sistemlerine adaptasyon konusunda ciddi adımlar atıldı. Bu da Türkiye’nin kalkınmasına ya da sağlık anlamında gelişmesine sebep oldu.*

Sağlıkta Dönüşüm Programı diğer reform programlarından farklı olarak uzun yıllar boyunca uygulama kabiliyeti bulmuştur. Böylelikle, teşhis edilen sorunlara müdahale imkânı da o nispette artmış ve iyi tasarlanmış müdahalelerle etkili sonuçlar almak mümkün olmuştur. Bu itibarla, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisinin hazırlamış olduğu sağlık sistemi performans değerlendirmesi raporunda (DSÖ Avrupa Bölgesi, 2012:18) "... sağlık sonuçlarına yönelik büyük ilerleme kaydedildiğini ortaya koymuştur. Beklenen yaşam süresi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, anne ve çocuk ölüm hızları; önemli ölçüde iyileşmiştir. Ayrıca başta koruyucu hizmetler olmak üzere kapsam konusunda önemli iyileşmeler olmuştur." ve SDP ile birlikte sağlık hizmetinin kapsamının büyük oranda arttığı, halkın kamu sağlık hizmetinden yararlanma konusunda güveninin arttığı gibi tespitlerde bulunarak 2012 yılına kadar olan durum noktasında katılımcılarla yapmış olduğumuz görüşme bulgularını destekleyici sonuçlar bulunmaktadır. Bu anlamda, 2012 yılındaki 663 sayılı KHK ve sonrası sürecin Sağlıkta Dönüşüm Programı için bir önemli bir dönüm noktası olduğu ifade edilebilir.

Hekim dışı yönetici grubu da sağlık sisteminin 2003 yılı sonrasında olumlu gelişmelere tanık olduğunu ve halkın bundan yararlandığı ve böylece menuniyetin arttığını belirtmiştir. Bir katılımcı ise, iyileşmenin küresel ölçekte olduğu ve Türkiye'nin de bundan payını aldığını dile getirmiştir.

K9-M: ... 2002 tarihi itibariyle Sağlık Bakanlığının genel olarak politik anlamda iyi değişiklikler yaptığını belirtmek isterim... 663 ile beraber hastanelerin işleyişinde sıkıntılar başladı ama ileride düzeler herhalde...

K11-İM: Geçmiş yıllara bakılırsa gittikçe sağlık sistemindeki sorunlar minimize edilmeye başlandı sistem şu anda geçmiş dönemlere göre altın çağını yaşamaktadır... Gittikçe sağlık sistemi, her gün biraz daha iyileştirmeye gidiyor, hastalarımız her zaman, her gün bir önceki günden daha kaliteli hizmet almaya başlıyor, ancak bunu yaparken bu gelecekte sağlık sisteminin insanların bilerek şu an ki mesela diyelim ki evde otururken 182'yi arayarak bir hasta kendi randevu mhırs'den randevulu, randevusunu alıp istediği doktoru seçebilme hakkında sahip, ileride inşallah belki, semt poliklinikleri ile şu anda olduğu gibi, aile hekimliği gibi, her bir bireyin branşlarda da bir hekiminin olacağını inanıyorum ve ciddi manada sağlık sisteminde iyileştirmelerin gittikçe arttığını inanıyorum.

K12-MY: 2003 sonrası sağlık çok büyük değişimlere uğradı, bu vatandaşlar tarafından da olumlu karşılandı, çünkü sağlık sektöründeki değişiklik insanların hayatlarını çok etkiliyor...

K13-MY: Küresel ekonomi ve küresel olarak sağlık sistemine baktığımız zaman Türkiye'nin gelişim göstermesi kaçınılmaz. Dünyada yaşanan olaylar ve olgular ve de sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmelerin Türkiye'ye yansımaları olacak. Tabi ki 2002 yılından önce yaşanan sıkıntılar mevcut hükümetin sağlıkta dönüşüm programıyla sona erdirildi.

K14-MY: sağlıkta dönüşüm programıyla mümkün olduğunca hastaların ihtiyaçlarının giderilmesine çalışılmaktadır.

Bütün yöneticiler Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte yapılan reformların genel itibarıyla halkın sağlık düzeyini yükselttiğini ve sağlık sisteminde genel bir iyileşme olduğunu belirtmektedirler. Ancak, 2012 sonrası yapılan düzenlemelerle birlikte farklı bir durumun olduğu belirtilmiştir. Sağlık kurumlarının yönetim yapısının kanunla değiştirilmesi sonrası sağlık sisteminin kamu boyutunda sorunların cereyan ettiği dile getirilmiştir. Ayrıca, bir katılımcı, dünyadaki sistemlerde de bir değişim yaşandığını ve bunun Türkiye'ye yansımalarının kaçınılmaz olduğu ve ülkenin bu değişimlerden aldığı payının gelişmelere etkisi olduğunu öne sürmüştür.

Bazı yaklaşımlarda, sağlık sisteminin, vatandaşların sağlık harcamaları ve sağlık personeline yapılan ödemeler nedeniyle adeta bir sünger gibi ulusal kaynakların büyük bir kısmını emdiği ifade edilirken; bazı yaklaşımlarda ise teknolojik üretim, ilaç üretimi ve biyomedikal teknolojilerin üretildiği bir sektör ve de ekonomik olarak üretken sağlıklı bir nüfusun teminatı olarak ekonominin başat aktörü addedilmektedir (Kent, 2006). Türkiye açısından her iki yaklaşımın da birebir karşılığa sahip olduğunu söylemek güçtür. Ancak, reform politikaları açısından personel harcamalarının kamu yükü olarak azaltılması noktasında, sözleşmeli istihdam ve verimli işgücü hedefi gibi hususlar birinci yaklaşım içinde değerlendirilebilir. Öte yandan, ülkede yaşayan insanların çok büyük bir kısmı gerek hasta veya hasta yakını olarak veya da sağlık sisteminde doktor, hemşire, eczacı veya yönetici olarak sağlık sektörünün herhangi bir bileşeni ile bir şekilde etkileşime geçmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sunumu doğrudan hayat hakkı ile ilişkilendirilen bir alan olduğundan diğer sosyal sorunlara göre özel bir öneme sahiptir. Sağlık, doğrudan kendisi ile ilgili olmasa bile alınan birçok karardan etkilenmektedir. Örneğin, yoksulluk ve kötü hayat şartları, su kirliliği ve ekonomi politikaları insanların sağlığını etkilemektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası sağlık sisteminin geçmişten devralınan sorunlarının halk açısından azaldığı, memnuniyet düzeyinin de arttığı bilinmektedir. Ayrıca, cari olarak personelin gelirlerinde bir artışa gidilmesi

nedeniyle artan sağlık talebini karşılamada başta hekimler olmak üzere personelin teşviki sağlanmaya çalışılmıştır. Ancak 2012 yılından sonra yapılan düzenlemelerle yöneticilik icrasının ve de organizasyon yapısının değiştirilmesi yöneticiler açısından 2012 yılı 663 sayılı KHK'yı işlerin değişmeye başladığı bir dönüm noktası olarak görmelerine yol açmıştır.

Sağlık Sisteminin Sorunları

Sağlık reformu çalışmalarının yoğun olarak başladığı tarihten günümüze birçok sağlık sorunu geride kalmıştır ancak değişimin doğası gereği yeni sorunların veya geçmişteki sorunların farklı şekilde devam ediyor olması kaçınılmaz olmaktadır. Sağlık yöneticilerinin, sağlık sisteminin sağlığına dair tespit ettiği sorun alanları ayrıca öneme sahiptir. Sağlık sisteminin sorunları bir kategori olarak belirlenmiş olup görüşme yapılan katılımcıların mutabık olduğu sorun alanlarının bir kısmı ise araştırmanın problemi kapsamında konunun doğru ve yeterli şekilde değerlendirilebilmesi için alt kategoriler olarak ele alınmıştır.



Şekil 15: Yöneticilerin Mutabık Olduğu Sorunlar

Politika veya özel olarak sağlık politikası birçok düzeyde yürütülebilir; merkezi hükümet düzeyinde, yerel sağlık otoritesi düzeyinde veya hastane düzeyinde gerçekleştirilebilir. Kurumsal düzeyde karar verici kişilerin yani yöneticilerin “Yönetmel elitler” (Policy elites) olarak da değerdendirilmeleri söz konusudur. Çünkü kendi kurumlarında karar alma ve uygulamaya yetkisine sahip olmaları yanında benzer organizasyonlardaki kişilere veya diğder karar vericilerle etkileşime geçmeleri de mümkündür (Kent, 2006:5). Bu nedenle, sağlık sektöründeki sorunların anlaşılması ve ele alınmasında yeni yaklaşımlar geliştirebilmenin yolu sağlık politikası ve sağlık arasındaki ilişkinin organizasyon ölçeğindeki yönetmel elitlerin bakış açılarının da önemli olduğu düşünölmektedir.

Bu çalışmanın odak noktasında kamuya ait hastaneler yer almaktadır. Kompleks yapılar olarak hastaneleri doğru bir şekilde dönüştürmek, öncelikle işleyebilecek stratejileri bulmaktan geçmektedir. Bu organizasyonlarda yer alan nitelikli meslek grupları ve yöneticiler kendi politik ve teknik angajmanlarına sahip kişiler olarak reformları farklı yorumlayabilmektedirler (Flood ve Fennel,1995). Ayrıca, çalışma bağlamında sağlık sisteminin sorunlarının yöneticiler tarafından nasıl değerdendirildiğı önemli görölmektedir. Çünkü organizasyon düzeyinde karar verici kişiler olarak sorun algılamaları hastanelerde sunulan hizmetin yönünü ve biçimini etkilemektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yürürlüğe konan program ve mevzuatların sağlık hizmet sunumunda mevcut sorunları aradan geçen zamanda büyük ölçüde azaltmış olmasına karşı bazı sorunların halen devam ettiğı ve bazılarının ise bu dönemde ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Yöneticilerin dile getirmiş olduğu hususlar Sağlıkta Dönüşüm Programının gerçekleştirmeyi hedeflediğı ilkeleri, “Bilgi ve Beceriyle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği, Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri, Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi” noktasında hala eksikleri olduğunu göstermektedir. Hekim ve hekim dışı yöneticilerin dile getirdiğı benzer hususlar ise aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 27: Sağlık Sisteminin Sorunları

SAĞLIK SİSTEMİNİN SORUNLARI	
Hekim yöneticiler	Diğer Yöneticiler
-Fiziki ve insan gücü kapasite yetersizliği -Sağlık hizmetinin ticarileşmesi -Hizmet arzının personel eksikliği nedeniyle kısıtlanması -Yandal uzmanı eksikliği -Sağlık personeli sayısal yetersizliği ve dağılımındaki düzensizlik -Kalifiye olmayan yöneticiler -Sözleşmeli yöneticilik ve göreve devamda belirsizlik -Kamu hastane birlikleri modelinin hastane ölçeğinde idarecilerin etkililiğini azaltmış olması -Tıp ve sağlık eğitiminin yetersizliği -Halkın sağlık hizmeti sunucularından rasyonel olmayan beklentileri ve bunun sonuçları -Koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli önemin verilmeyişi -Etkili bir sevk zincirinin olmayışı, -Performans sistemi nedeniyle hastalara yeterli zaman ayrılmayışı ve bunun neticesinde tanı ve tedavide yanlışlar yaşanması -Gereksiz cerrahi girişimlerin sayısının artması -Ücretlerin zaman içinde reel olarak düşüşü -Nitelikli insan gücünün azlığı -Sağlıkta Hizmet kalitesinin yetersizliği -Kurumlardaki alt yapı ve donanım eksikliği -Sağlık teşkilatında hiyerarşik basamakların artırılması	-Sağlık teşkilatında hiyerarşik basamakların artırılması -Gereğinden fazla idari kurum ve yapıların oluşturulması, -İdari yapılanmanın sık değişimi -Döner sermaye/ek ödeme dağıtımının adil olmayışı -Sözleşmeli yöneticilik süresinin kısa tutulması -Çok sık yönetici değişimi/kalifiye olmayan yöneticiler -Sevk zincirinin işletilmemesi nedeniyle sağlık hizmeti maliyetlerinin artması. -Sağlığın taşra teşkilatının bölünmesi -İdarecilerin Sözleşmeli statüye geçirilmesi -Sağlığa Gayri Safi Milli Hasıladan yeterli pay ayrılmaması -Performans uygulamasının iş barışını ve iş güvenliğini etkilemesi -Performans Sisteminin halkın sağlık personeline bakışını olumsuz etkilemesi, -Özel sağlık sektöründe denetim eksikliği -Üniversite hastanelerinin borçluluk durumunun artması -Meslek gruplarının birbiri hakkında olumsuz kanaatleri -Hiyerarşik karmaşa -Sağlık personelinin sayısal yetersizliği

İnsan Kaynakları Politikası / Sağlık Personelinin Sayısal Yetersizliği

Sağlıkta Dönüşüm Programında 2003 yılı sonrası yapılan yasal düzenlemelerle ve de sağlık hizmetine erişim kapasitesinin artırılması yolundaki uygulamalar neticesinde sağlık hizmetinin kullanımı artmıştır. Bu nedenle, sağlık personelinin artan hizmet talebini karşılamasında sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Hekim yönetici grubu, sağlık hizmet sunumunda görevli personeli personel sayısının yetersiz olduğu ve dağılımının da etkili bir şekilde yapıldığını belirtmişlerdir. Uzman hekim sayısının ve yandal uzmanlık branşlarında sorunların olduğunu ifade etmişlerdir. Devlet hizmet yükümlüsü uygulamasının ortaya çıkardığı engeller nedeniyle insan kaynaklarının doğru dağıtılmadığı öne sürülmektedir. Tıp fakültesi sayısının artırılmasının sorunu çözmeye yetmeyeceği belirtilmektedir.

K1-B: ...hekim sayısının azlığı, yani uzman hekim yönlendirilmemesi, yeteri kadar uzmanlık alanının olmaması, mesela yan dallardaki yetersizlik, yan dallarda mesela tek hekimin çalışması kapıda yığılmaya ve tek hekimin hiç birine yetişememesine sebep oluyor, yani bu çok çok ciddi sorun...

K4-BY: Yoğun iş temposu, norm kadroların planlanmasının iş yükü ile uyumlu olmaması, hizmet sunucusu olarak talepleri istediğiniz verimle karşılayamama gibi bir sorunla sizi karşı karşıya bırakıyor. Haliyle bu da sağlık çalışanlarının motivasyonunu ve iş doyumlarını azaltmakta.

K5-BY: Sağlık sisteminin en büyük sorunu yeterli personel olmaması... Hasta yükü ve yoğunluğu gibi şeyler sayılabilir.

K6-BY: Personel dağılımının ülke içerisinde adaletsiz olması, mecburi hizmet durumu, mecburi hizmetin yaratmış olduğu handikaplar, insan kaynaklarının çok iyi planlanmadığı izlenimini yaratıyor bende.

K8-BY: ... İnsan gücü sorunları, özellikle hani artan sağlık hizmetine yetişme konusunda, nitelikli insan, personel yetiştirme konusunda, branşlaşma konusunda, yani özellikle işte Uzman Doktor ya da nitelikli dal uzmanlığı ya da nitelikli hastalık gruplarına özgü sağlık, insan gücü yetiştirme si ve bir de yardımcı sağlık personelinin bu dallara doğru yetiştirilmesi, daha nitelikli hale getirilmesi. Türkiye’de bunlar birazcık daha yavaş gidiyor. Ne kadarda okul açsak, ne kadar da bu konuda yapılanmaya gidilse bile şu anda ihtiyaca tam cevap verebilecek nitelikte yok.

Hekim dışı yönetici grubu insan sağlık personelinin **sayısal yetersizliği ni daha çok artan hizmet talebiyle ilişkilendirmektedir. OECD ortalamalarına göre sağlık personelinin sayısal olarak yetersiz olduğu** ifade edilmektedir. **Sağlık tesislerinin sayısının personel sayısı ile doğru bir oranlamaya sahip olmadığı** belirtilmektedir.

K13-MY: Tarihsel gelişime bakıldığında Türkiye’nin kişi başına düşen doktor sayısında ve diğer istatistiklerde Türkiye’nin önceki dönemlerine göre artışlar gözlenmiş ama yine **dünya ortalamasına baktığımız zaman veya OECD raporlarına baktığımız zaman sağlık insan gücü açısından daha ilerlememiz gereken çok yol olduğunu düşünüyorum. Hemşire ve hekim sayısı, ortalamaların beşte biri oranında. Dünya ortalamalarına doğru iyileştirmeler yapılması lazım. Sağlık insan gücünün etkili hale getirilmesi ve geliştirilmesi lazım. Sağlık insan gücü eksikliklerinin tamamlanması lazım.**

K14-MY: Hizmetlerin hizmet alıcılarına ulaştırılmasında bir takım sıkıntılar çıkabiliyor. Bu, insan kaynakları ile ilgili olabilir ya da sağlık personelinin yetersizli-

ğinden kaynaklanabiliyor. Ülke nüfus yoğunluğuyla, verilecek sağlık hizmet yoğunluğuyla, sağlık tesislerinin veya sağlık personel sayısının orantılı olmamasından kaynaklanıyor.

Hastanelerde üretilen hizmetlerin yetersizliği veya sağlık personelinin iyi yetişmemiş olması nedeniyle sağlık hizmetinde aksamalar meydana gelebilmektedir. Yöneticiler açısından bulundukları hastanenin grubu ve kendisine yüklenmiş bulunan hastane rolleri nedeniyle Sağlık Bakanlığı'nın ve de il düzeyinde Genel Sekreterliklerin insan kaynakları politikasından olumsuz etkilenmektedirler. Hastanenin insan kaynakları politikasından ve personel yetersizliğinden etkilenmesi birkaç şekilde gerçekleşmektedir.

- Hastanenin vermiş olduğu sağlık hizmetinden ve de gerekse hastanenin kendisine ilişkin hasta memnuniyet oranları düşük olabilecektir.
- Hastane, bulunduğu hizmet sınıfı ve ait olduğu hastane rolünü yerine getirmekte zorlanacaktır.
- Hastanenin sağlık hizmeti üretmesinde ve gelirlerini artırmada sorun yaşanacak ve böylece mali performans kriterleri açısından olumsuz bir verimlilik karnesi ortaya çıkacaktır.
- Hizmetin üretimine doğrudan katkısı olmayan personelin sayısal olarak fazlalığı ve ayrıca hastaneye gelir kazandıracak hekim ve sağlık personelinin sayısal azlığı reel olarak ele geçen döner sermaye kaynaklı ek ödeme oranını düşürecektir.
- Sağlık personeli sayısının yetersizliği, hastanede hasta başına düşen sağlık personeli sayısını azaltacağından klinik kalitede düşüşler yaşanacaktır.

Bu çerçevede, sağlık hizmeti üretim kapasitesini etkileyen en önemli faktör olması sebebi ile sağlık sisteminin hedeflerine ulaşabilmesi için etkili bir insan kaynakları politikası geliştirilmesi zorunludur. Öte yandan, sağlık personelinin yetersizliği veya dengesiz dağılımı birçok ülkenin sorunudur. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye'de sağlık insan kaynakları açısından iyileşme sağlamasına rağmen, halen Avrupa Birliği ortalamalarının gerisinde yer almaktadır (Genel ve Kaçmaz, 2016). Türkiye'de 2007 yılında 100.000 kişi başına düşen hekim sayısı 155 iken, bu oran 2012 yılında 173'e ve 2014 yılında 175'e yükselmiştir. Ancak, Türkiye kişi başına düşen hekim sayısı bakımından 2012 yılı AB ortalama değeri olan 321'in oldukça gerisindedir. 2000-2013 yılları arasında 1.000 kişi başına düşen hemşire sayılarına bakıldığında OECD ortalamasının yaklaşık 8 hemşireden, 9 hemşireye yükselmiştir.

Türkiye, Brezilya, Hindistan, Güney Afrika, Endonezya ve Kolombiya gibi ülkelerde ise 1.000 kişi başına 2'den az hemşire düşmektedir. Aynı şekilde 100.000 kişiye düşen Diş hekimi ve fizyoterapist sayıları açısından da AB ülkelerinin en gerisinde yer almaktadır (TKHK, 2015:6-15).

Teşkilat Yapısının Sık Değişimi

Hizmet sunumu veya bürokratik sistemlerde istikrarlı bir yönetimin sağlanabilmesi için değişimlerin zamanında ve ihtiyaçlara göre yapılması gerektiği genel kabul görmüş bir yaklaşımdır. Sağlık Bakanlığına ait kurumlarda teşkilat yapısındaki ölçekli değişimler kanun, yönetmelik, yönergeler veya genelgelerle yapılabilmektedir. Bakanlık teşkilatında merkezi düzeyde yeni bürokratik kurumlar oluşturmak ve çalışanların özlük haklarını etkileyecek büyük ölçekli düzenlemeler kanunla gerçekleştirilmek zorundadır. Öte yandan, diğer iç teşkilat değişikliklerinin ikincil düzenlemelerle yapıldığı vakidir.



Şekil 16: Teşkilat Değişiminin Hekim Yöneticilere Etkisi

Hekim yönetici grubu **yeni teşkilat yapısının hastanelere şirketleşme mantığını getirdiğini** ve **bunun da yöneticilerin faaliyetlerini kısıtladığını** ifade etmişlerdir. Yönetmelik ve diğer düzenlemelerin maksadının tam olarak anlaşılamadığı öne sürülmüştür. **Hastanelerin statüsünde çok sık değişikliğe gidildiği** belirtilmektedir. Teşkilatta **değişikliğin bürokrasiyi artırdığı** ifade edilmiştir. 663 sayılı kanunla kurulan **yeni kurumların kendi başına ve diğerleriyle koordinasyonsuz çalıştığı** dile getirilmiştir.

K1-B: Yönetim yetersiz, yönetimde birde şirketleşme var şu anda yani bu şirketleşme ciddi anlamda hizmeti aksatıyor. 2012'den sonra ilk başta umutluyduk yani 2012'den sonra getirilen düzenlemeden umutluyduk fakat daha sonra biz bunun aslında bir şirket sistemi olduğunu ve orada yöneticileri baskı altında tuttuğunu, yöneticileri kısıtladığını gördük.

K2-B: Yani çıkarılan, mesela bu yönetmeliklerle, mevzuat değişiklikleri konusunda bazı tereddütlerim var, özellikle bizim öncelikle 657, 663'ten önce bu işin daha iyi yapıldığı kanaatindeyim, bu sağlık müdürlüğü ile daha iyi yapıldığı kanaatindeyim.

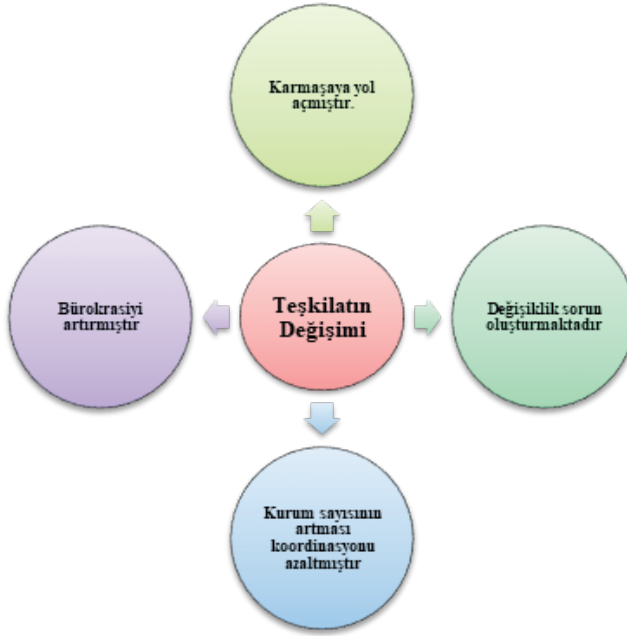
K3-B: , 2011 yasası çıktığı zaman, kanun hükmünde kararnamede, 663 sayılı kanunda, idareci olarak biz Ankara'ya çağrıldığımızda bize şöyle söylediler, sizler artık sağlık bakanlığının bürokratlarısınız, sizler bizim, sağlık idarecilerimiz olacaksınız diye söylenmişti, ancak görünen o ki o sistemin devamındaki pozitif anlayış bugün şahsen kaybolmuş durumdadır, örneğin genel sekreterliğin idari ve mali özellikleri bağımsız olacağı söyleniyordu ama en son, yine en son gelen genelgeyle beraber tekrar il sağlık müdürlüğü şube müdürlüğü düzeyine getirilmişti, yani eski duruma dönmüştü, kaliteli bir hizmet verildiğini ve şu anda ulaştığı noktayı pek içime sindiremiyorum ve pek verimli olduğu kanaatinde değilim.

K4-BY: Sorumlu olduğunuz üst yönetim sayısı arttı. Eskiden İl Sağlık Müdürlüğüne bilgi vermek yeterli iken şu an Kamu Hastaneler Genel Sekreterliğine, Halk Sağlığı Müdürlüğüne ve İl Sağlık Müdürlüğüne bilgi vermek gerekiyor.

K5-BY: Sağlık bizatihi bir ekip işidir ve bu ekip işinin devamlı suretle oynanarak bozulması.

K6-BY: ... 663 sayılı kanun hükmünde kararnamenin yeni kurumlar ortaya çıkarması ve kurumlara ciddi anlamda yetki vermesiyle her ne kadar bakanlık organizatör gibi görünse de halk sağlığı kurumu, kamu hastaneleri kurumu, tıbbi cihaz, ilaç ve tıbbi cihaz kurumu gibi kurumlar kendi içlerinde bir baş olmuş ve bence bir kurumsal irtibatsızlık ortaya çıkarmış ve bunun da taşrada ciddi bir yansıması olduğunu düşünüyorum, 663'ün.

Hekim dışı yönetici grubu ise Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısının değişmesinin maddi yük oluşturduğu, taşradaki bölünmenin ise gereksiz bir düzenleme olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca, teşkilat sisteminin sık değişmesinin kendisi bizatihi sorun oluşturduğu öne sürülmektedir. Teşkilat yapısı değişiminin taşrada bir karmaşaya yol açtığı belirtilmektedir.



Şekil 17: Teşkilat Değişiminin Hekim Dışı Yöneticilere Etkisi

*K9-M: Bakanlığımızın 663 KHK ile Kamu Hastanelerin kurulması ile Hastaneler işleyiş anlamda sıkıntı yaşasalar bile zamanla bunun iyi olduğu, ancak **1.basamak olan İl Sağlık Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün kurulmasının gereksiz yapıldığını kanaatindeyim.** Çünkü her ikisi de koruyucu sağlık olduğundan ayrı olması ayrı bir maddi bir külfet olduğunu düşünüyorum.*

K10-SM: Teşkilat sistemlerinin çok sık değişmesi önemli bir sorundur...

K11-İM: ... Sağlık Bakanlığındaki bölünmeler, sağlık kurumları yöneticileri arasında bir kopukluk meydana getirdi. Bölünmeden kastım, sağlık sisteminde eskiden tek çatıydı, bir sağlık müdürlüğü vardı, her ilde, taşrada, sağlık müdürlüğü, sağlık müdürünün başkanlığında halk sağlığı şubesi ve hastanelerin şubesi, bu şekilde bir sistem vardı, protokole karşı gerek bakanlığa karşı tek sorumlu kişi sağlık müdürüydü, ilde, taşrada sağlık bakanlığına karşı hastaneleri temsilen kamu hastaneler birliği genel sekreteri, sağlık, aile sağlığı müdürlüğüne, aile sağlığının merkezlerinin başındaki halk sağlığı genel sekreteri ve halk sağlığı müdürü ve 112 den ve diğer birkaç şubeden oluşan sağlık müdürlüğünün başında da sağlık müdürümüz ayrı bir şekilde bakanlığa karşı sorumlu, bu ilde büyük bir karmaşaya neden oluyor...

Yeni Kamu Yönetimi anlayışı çerçevesinde organizasyonel değişimlerin gerçekleştirilmesi ve kurumların hızlı ve etkili karar alabilme kapasitesinin

geliştirilmesi için küçük ama etkin kurumsal yapıların gerekliliği gibi düşünceler ön plana çıkmıştır (Altın, 2013). Böylelikle, devletin küçültülmesi ilkesinden hareketle en son hizmet birimlerinin de küçültülmesi yoluna gidilmektedir. Tek merkezde toplanmış bütünleşik hizmetlerin daha fonksiyonel küçük birimlere bölünmesi amacıyla 663 sayılı KHK kapsamında Bakanlık ve taşra teşkilat yapısı küçük parçalara ayrılmıştır. Ancak bu durumun, uygulamada bürokrasiyi artırdığı ve sağlık sisteminin yönetiminde karmaşaya yol açtığı belirtilmektedir. Nitekim benzer gerekçelerle 2018 yılı içinde il düzeyindeki teşkilatlanmada yeniden tek çatı altında örgütlenme anlayışına geçilmiş olup bu kurumlar İl Sağlık Müdürlüğü dışında kalan yapılar kanunen kapatılmıştır. Teşkilat yapısının sık değişimi yöneticilerin gelecekte hangi çatı altında yer alacağı konusunda bir belirsizlik oluşturmaktadır. Ayrıca, yöneticiler sözleşme süreci boyunca asıl kadrolarının dışında bir kurumda görevlendirilmiş olabilirler ve yönetici olarak aldıkları her karar onları kendi kadrolarının bulunduğu kurumla da karşı karşıya getirebilecektir. Dolayısıyla, kendi asıl kurumuyla ilgili kararlarda sağlıklı bir süreç işletilemeyeceği düşünülmektedir.

Bununla birlikte, teşkilat yapısının sıklıkla değişime uğraması yöneticiler için bir risk ve belirsizlik kaynağı olmaktadır. Çünkü gelecekte hangi yapı ve ad altında hizmet sunulmasında rol ve görev alacaklarını bilememektedirler. 2012 yılı öncesinde hastanelerde Valilik onayıyla bile yöneticilik yapılabilirken bu tarihten sonra valilik görevlendirilmeleri sona ermiştir. O dönemde yöneticilik yapanların görev onayları sona ermiş ve yeniden atanmayı beklemişlerdir. Bir kısmı göreve devam edemeyip bir kısmı ile de sözleşme imzalanmıştır. Dolayısıyla, teşkilat değişimleri önemli bir etkiye sahiptir. Teşkilat yapısının değişmesi veya kurum adlarının değişmesi bile ayrı bir karar alınmadıysa yöneticilik görevlerinin sonlanmasına neden olmaktadır. Ayrıca, 2018 yılı içinde yapılan yeni bir teşkilat değişikliği önceki görevlerin tümünün sonlanması sonucunu doğurmuştur. Sonrasında birkez daha atama sisteminde değişiklik yaşanmıştır. Cumhurbaşkanlığı sistemine geçişle beraber yeniden görevlerin sonlanması söz konusu olmuştur. Bu nedenle, teşkilat yapısında meydana gelen köklü değişimlerin kendisi yöneticiler için bir gelecek belirsizliği oluşturmaktadır.

Kalifiye Olmayan Yöneticiler

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı ve hizmet üretim süreçlerinin 663 sayılı KHK'yla değiştirildiği 2011 yılından ve ondan sonra 2012 yılında yürürlüğe konulan Kamu Hastane Birlikleri modeliyle birlikte hastanede yöneticilik ve

genel sekreterliklerde yöneticilik istihdam pratiklerinde oldukça kökü değişiklikler yaşanmıştır. Buna göre, hastanelerde yönetici kadrolarına ve Genel Sekreterliklerde başkan, uzman ve büro görevlisi kadrolarına atanmak için gerekli kurallar oldukça esnek ve herkese uygulanabilir görülmektedir. Bu değişiklikler, görüşme yapılan yönetici grubu açısından “kalifiye olmayan yöneticiler” döneminin başlangıcı ve de sağlıkta yaşanan sorunlardan birisi gibi algılanmaktadır.

Hekim yönetici grubu Kamu Hastane Birlikleri uygulamasının başlangıcı ile birlikte tecrübesiz kimselerin yönetici olarak atandığını ve bu **tecrübesiz kişilerin yanlış işler yaptığını** ifade etmektedirler. 663 sayılı KHK ile birlikte yönetici atamalarında **devlet memuru bile olmayan kişilerin atandığı** ve **ciddiyetten uzaklaşmış** bir görevlendirme anlayışının geliştiğini öne sürmektedirler.

K1-B: Şimdi ister hekim olsun, ister olmasın bir kere tecrübe çok önemlidir. Sağlık alanında şu anda istihdamlara baktığımız zaman sağlık alanında **tecrübesiz birçok insanın yönetici olarak atandığını**, bunların adının hekim veya bir şey olması önemli değil. Hekim de olmasın ama tecrübeli bir yönetici olsun. Tecrübe çok önemlidir. Şu anda sağlık alanında hali hazırda bilhassa kamu hastaneleri birliği ile birlikte yani onun gelmesi ile birlikte, sağlıkta yani ben amiyane tabirle söyleyeceğim, görgüsüz yöneticiler var... Çünkü bilmiyor ki, ne mevzuattan haberi var, ne daha önce hiç bir şey yapmamış.

K2-B: Benim kanaatim, her zaman dillendirdiğim, liyakat ve ehliyet ve sağlık idaresine atamalardan önce belli bir eğitimin verilmesinden yanayım, bunların olmadığı sahaya, saha çalışmasına, özellikle hekimlerin veya işte idari personelin idari görev alacak kişilerin sürülmesi ben doğru bulmuyorum, bu durumu problem olarak görüyorum... **Fakat idarecilik yönünden ben özellikle 663 sayılı kanun hükmünde kararnamede, yani bağlayıcı hükümlerini idareci açısından çok olumlu bulmuyorum.**

K5-BY: Çok açık bir şekilde ne liyakate, ne emeğe ve ne de bilgiye değer verildiğini düşünmüyorum. Sen ben bizim oğlancılık hesabı yapıyor...

K6-BY: Liyakatı olmayan, hiç bir mesleki ya da yöneticilik deneyimi olmayan insanların hızlı bir şekilde tepeden inme sözleşmelerle yönetici olarak atandığını ve devlet memuru olmayan kimselerde buna dâhil gördüm, olabilir, devlet memuru değildir ama layıktır, ancak maalesef hiç liyakatı olmayan insanların da yönetici olduğunu rahatlıkla söyleyebilirim.

Hekim dışı yönetici grubu ise yönetici hastanelere yapılan atamalarda hekim grubu katılımcıların da belirttiği üzere liyakatı olmayan ve de tecrübe-

siz kişilerin atanabildiğini ifade etmektedirler. Sadece çalışma yılı açısından şartları tutan kişilerin yönetsel kademelerin tümüne atanabilmesinin yönetsel süreçlerde bocalamaya ve sorunlara yol açtığı ifade edilmektedir.

K10-SM: Engin bilgilere sahip ve tecrübeli yöneticilerimiz şu an yöneticilik yapmıyorlar mesela...

K12-MY: Yani tecrübesiz yöneticilerin atandığına şahit oluyoruz, yani ben bunları doğru bulmuyorum, son dönemlerde atanan, diploması olup belli bir tecrübesi olmadan direk yönetici olarak atanmayı hem sağlık sektörü açısından hem vatandaşlarımızı açısından doğru görmüyorum, hangi tecrübeye geldikten sonra hem hastane müdürü hem sağlık müdürü hem sağlık müdür yardımcısı, hastanedeki başhekimlerin hepsinin belli bir tecrübelerden geçtikten sonra atanması ülkemiz için daha faydalı olacağına inanıyorum.

K11-İM: 663'ten önceki yönetim şekli ile şu an ki yönetim şekli arasında epey bir fark var, ama şöyle bir sıkıntı var, bir idareci atanırken o idarecinin biraz kalifiye bir eleman olması, liyakat sahibi olması gerektiğine bakılması lazım, şimdi adam birinci veya beşinci yılı acil serviste çalışan beşinci yılını dolduran hemşireyi direk getirip hastane bakım yönetim hizmetleri müdürü yapmak, bir bakıyorsunuz hiçbir yöneticiliği olmayan birisi tepeden direkt en tabandan en tavana götürüyorsunuz, bu manada biraz bocalama işi oluyor...

K13-MY: ... Bu konuda çok daha liyakata uygun veyahut da adil bir atamanın yapıldığını düşünmüyorum.

Kişiyeye verilen işin başarı ile yerine getirilmesi gücüne atıfla kullanılan liyakat kelimesi kamuya veya herhangi bir organizasyona yönetici düzeyinde yapılacak bir görevlendirme dikkate alınacak bir temel prensibe de işaret eder. Liyakat sistemi aynı zamanda, kamu hizmetlerinde ve kamu kuruluşlarında görev alacak personele; göreve alınmada yükselmelerde, yer değiştirmelerde, görevden çıkarmalarda, tüm şartlarda ehliyetin esas tutulması prensibidir. Aynı zamanda bürokrasinin kalitesinin artırılmasını da sağlayacak bir mekanizmadır liyakat sistemi (Yıldız, 2016). Liyakatin zıttı olan kayırma ise liyakatin göz önüne alınmayıp ehil olmayanın üst kademelere yerleşebileceği durumunu ifade etmektedir.

663 sayılı KHK ile yönetici pozisyonlarına yapılan atamalarda kariyer sisteminin yerine, özel sektör istihdam anlayışının benimsendiği ve özel sektörden profesyonel yönetici (devlet memuru olmayanların da) atamasının yolunun açıldığı görülmektedir. Kariyer sisteminin özellikleri arasında yer alan a) kişinin belli bir iş kolunda ilerlemesi ve uzmanlaşması, b) birbirine bağlı iş veya hizmetler temelinde yükselmesi, gibi ilkeler dikkate alındığında Sağlık

Bakanlığı taşra teşkilatında özellikle hastanelerde yöneticilik pozisyonlarına atanmada kariyer sisteminin terk edildiğini göstermektedir. Ayrıca, yöneticiliğe atanmada inisiyatifin yerel düzeyden şekillenmesi büyük ölçüde bu durumu yeniden üretmektedir. Öte yandan, sözleşmeli yöneticiliğe atanmada 8 ila 5 yıl arasında çalışma tecrübesine sahip olma şartı 2018 yılı içinde 663 sayılı KHK'da yürürlüğe giren değişiklik ile kaldırılmıştır.

Hastaneler açısından yöneticiler arasında diğerlerine nazaran tecrübesiz veya liyakatli olmayan kişilerin varlığı hiç kuşkusuz hastanenin başarı durumunu etkileyecektir. 663 sayılı KHK ile getirilen hastane ve kurum yönetimi anlayışı genel itibarıyla ekip olarak başarı veya başarısızlık halinin tespitini öngören bir verimlilik karnesi uygulaması getirmiştir. Dolayısıyla, yönetim çarkının her bir dişlisinin uyum ve başarı üretecek şekilde kurgulanmış olması gerekmektedir. Liyakatsiz yöneticiler sadece kendileri için değil kurumdaki diğer yöneticilerin başarı durumuna olumsuz etki edebileceklerdir. Tecrübesiz bir üst yönetici almış olduğu kararlar ile kurumdaki diğer yöneticilerin karnesinin başarı hanelerini oldukça etkileyebilecektir. Kalifiye olmayan yöneticilerin varlığı kurumun toptan başarısını olumsuz etkileyeceği için ayrıca bir belirsizlik kaynağı olmaktadır. Çünkü verimlilik ve karne sonuçları değerlendirmesi neticesinde başarısız bulunan yöneticiler ve beraberindekilerin görevi sonlandırılabilir. Her yönetici bir diğerinin aldığı kararlardan olumlu veya olumsuz etkilenebilmektedir.

Performans Sistemi (Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi)

1970'li yıllardan başlayarak 1980'lerde hız kazanan ve halen devam eden Yeni Kamu Yönetimi (new public management) yaklaşımı, kamu kurumlarında yerinden yönetim/özerklik, yalın yönetim, performans yönetimi ve uzmanlaşma esasına dayalı takım çalışması gibi alanlar ile Weberyan bürokratik örgütlenme yapısına sahip organizasyonlardan farklılaşmaktadırlar (Saran, 2004). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile devam eden ve Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılında hayata geçirdiği Kamu Hastane Birlikleri modeli ve 2004 yılında başlayan performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖS) ise bu yaklaşımın ilkeleriyle örtüşmektedir.

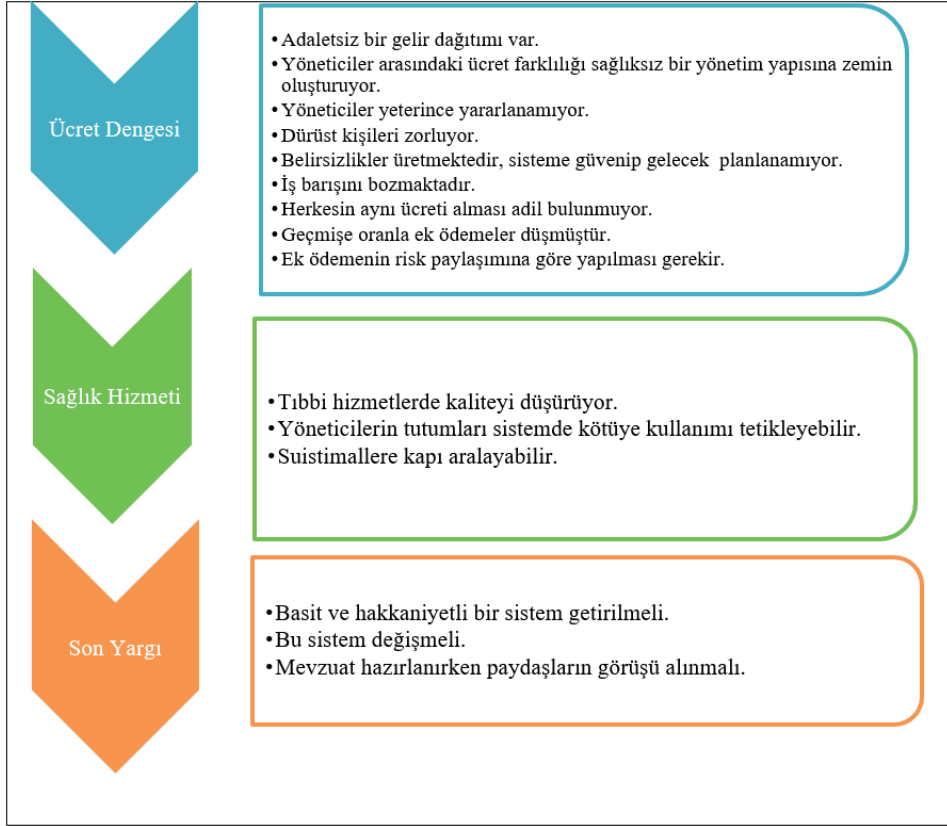
Performans yönetimi veya performans sistemleri, devletin küçültülmesi, kamu kurumlarının idari ve mali açıdan özerkleştirilmesi gibi 1980 sonrası yaygınlaşan uygulamalar 2000'li yıllar sonrasında Türk kamu yönetiminde de karşılık bulmaya başlamıştır. Temel prensip olarak verimlilik ve etkiliği artırmayı öngören performans yönetimi, bireysel düzeyden başlayarak

makro ölçekte hükümetlerin başarı veya iş üretmedeki düzeylerini ölçmeye değin kullanılabilecek elverişli bir kavramdır. Performans yönetimi, mikro düzeyde, herhangi bir yapı altında faaliyet gösteren kişilerin o yapının üretimine sağladıkları katkı oranında ödüllendirilmesini öngörmektedir (Saran,2004). Bu şekilde yapılan performans yönetimi ise literatürde “değerlendirici performans yönetimi” olarak tanımlanmaktadır (Chubb ve Diğerleri, 2011). 2004 yılından başlayarak Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde (Aile Hekimliğine geçilinceye kadar) uygulanan performans yönetimi uygulamasının “değerlendirici performans yönetimi” olduğu ifade edilebilir.

Çalışmamızın performans sistemi başlıklı kategorisinde öncelikle zaman içerisinde son derece karmaşık hale gelen ve kurgusu bu şekilde devam eden performans sistemi hakkında bilgi verilerek görüşme yapılan yönetici gruplarının performans sistemi hakkında görüşlerine yer verilecektir. Bu kapsamda, sağlık sistemi içinde uygulamanın yeri, çalışma ilişkilerine etkisi, yönetici grupları arasındaki farklılıklar tartışılacaktır.

Görüşmelerde hekim yönetici grubu kendilerinin **ek ödemedeki yeterli ölçüde yararlandırılmadığını, ele geçen ücretin hekimlere göre az olabileceğini** ifade etmektedirler. Ayrıca, hastane gelirlerinin artırılması noktasında **hekimlere kayıtların daha sağlıklı tutulması ve çok çalışılması yönünde telkinlerde bulunulduğundan hekimin alacağı ücreti düşündüğü ve dolaşısıyla sistemde kötüye kullanımların bu şekilde de ortaya çıkabileceğini** belirtmektedirler. **Hekim ve hekim olmayan kişilerin ve de yöneticilerin ek ödeme oranları arasında da adaletsiz bir dağılım olduğu** ifade edilmektedir. Ek ödeme ücretlendirme sisteminin aynı işi yapan kişiler arasında da üstlendiği risklere göre hazırlanmadığı belirtilmektedir. Yöneticilerin görevi riskli ve bu **risklere göre ek ödeme yapılmaması sorun** oluşturmaktadır. Ek ödemede **adaletsizlik olgusunun suiistimallere kapı araladığına** vurgu yapılmaktadır. Bazı katılımcılar **performans sistemine karşı olduğunu** ve gerekirse herkese en üst seviyeden dağıtılması gerektiğini belirtmektedirler. Performans sisteminin yapılan işlerde kaliteyi düşürdüğünü vurgulamaktadırlar. Çünkü birim zamanda yapılan iş miktarının daha çok artırılması temel hedef olunca yapılan işlerde kalite düşmektedir. Ek ödemede hekim branşları arası farklılıkların cerrahi branşlar lehine düzeltilmesi gerektiği ifade edilmektedir. **Hekim ve hekim olmayan yöneticiler arasındaki ek ödeme farklılıklarının sağlıksız bir yapı ürettiği** ifade edilmektedir. Ayrıca huzur ve istikrar için bu sistemin değişmesi gerektiği vurgulanmaktadır. **Karmaşık**

hesaplama modeli öngören performans sisteminin basitleştirilerek hakkaniyetli olmasının sağlanması belirtilmektedir.



Şekil 18: Hekim Yönetici Grubunun Performans Sistemine Dair Görüşleri

K1-B: Ek ödemededen hekimler fazlasıyla faydalanıyor, bu konuda biz mağdur durumdayız... Bir hekim. 40 Bin - 50 bin arası puan yaptığını düşünelim. Hekimin geliri 25 Bin TL'ye çıkıyor. Yani bu çok ciddi anlamda bir sıkıntı... . Şimdi biz ne kadar söylersek söyleyelim yani hekime hastane gelirinin yetersiz olduğunu, daha çok çalışması gerektiğini, hekim kendi alacağı paraya bakıyor ve dolayısıyla mesele geliri az olsa bile, bu konuda yanlış işlere itiyoruz biz hekimi aslında. Geliri az olsa bile yapılmayan işlemleri giriyor, yani bunu fark etsek bile ispat edemiyoruz... Yöneticilerin bu konuda ek ödemededen yararlanma düzeyleri çok az bence, yeterli değil. Hekim olmayanların çok daha kötü zaten. Yani bunu ayırmamak lazım. Çünkü yöneticilik bir risk işidir... Risk Faktörünü de göz önünde bulundurarak, yani bu arkadaşlar yarın öbür gün sehven dahi olsa yanlış bir şeye imza attıkları zaman haklarında soruşturma açılıyor, bir sürü sıkıntı. Bunların hepsi psikolojik sorunlar olarak geri dönüyor. Ayrıca, hekimler arasında bile adaletsizlik başladı. Bu konuda ben bunu çok tasvip etmiyorum.

K2-B: Yani ek ödeme sistemine bireysel olarak samimi olarak söylersem karşıyım... Herkese yaptığı iş karşılığında dağıtıldığı kanaatinde değilim... Hekim olmayan yöneticilerin durumu daha kötü, hiç olmazsa hekimlerin biraz performans kat sayıları ve hastane ortalamasına alacakları miktar daha iyi...

K3-B: Özellikle cerrahi branşların, dâhili branşlar ve laboratuvar branşlarına karşı bir dezavantajı maalesef bir söz konusu ek ödemelerde bunun bir giderilmesi gerektiğini düşünüyorum... çoğu zaman hekimin aldığı ek ödeme ile hekim dışı olan kişinin aldığı, ek aynı şey yapmasına rağmen, ek ödemesi düşük olduğu da bir vakkadır, ek performans yönetmeliğinde ve kamu hastaneleri birliğinde de bu maalesef dikkatten kaçılmış, ben şahsen idareci olduktan sonra bu başhekim hastane yönetici, hastane müdürü yada farklı bir başhemşirelik makamında olsa yapılan görev anlamında hekim ve hekim dışındaki kişilerin arasındaki bu ek ödeme uçurumunun da giderilmesi gerekiyor.

2004 yılına kadar Türk kamu yönetiminde, kamu çatısı altında çalışan kişiler için geçerli ücret rejimi, kollektif niteliğe sahip ve standart ücret esaslı olarak yürütülmekteydi. Bu tür bir çalışan ücretlendirme modeli Fordist ve Weberci bürokratik modelin ücretlendirme yaklaşımına tekabül etmektedir. Temel olarak ücret farklılaşması sadece sınıf, statü, unvan ve kıdem yılı ayrımına göre gerçekleşmiştir. Ancak, performans dayalı ek ödeme sistemi kendi içinde ücret farklılaştırmasını öngörmektedir. Hesaplamalarda ise kıdem yılı çok sınırlı bir etkiye sahiptir.

Kamuoyunda “performans sistemi” olarak bilinen ve 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yürütülmeye başlanan “performansa dayalı ek ödeme sistemi” (PDEÖS) bireysel düzlemde performans göre ücretlendirmeyi öngören bir uygulamadır.

PDEÖS ile mevcut insan kaynağının verimli ve etkili kullanılmasının yanı sıra sağlık hizmetine erişimin artırılması, ameliyat ve diğer sağlık hizmetleri için bekleme sürelerinin azaltılması, memnuniyetin artırılması, alt yapı ve cihaz kapasitesinin geliştirilmesi, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının da farklı statüde çalışmasının sonlandırılması da hedefler arasında yer almaktaydı (Aydın ve Diğerleri, 2007). Ancak farklı statüde çalışma ve ele geçen ücrette farklılaşma devam etmiştir. Ayrıca, niyetlenenden farklı sonuçlar ürettiği de anlaşılmaktadır.

Yapılan görüşmelerde sağlık kurumlarının katılımcı ikinci kademe hekim yönetici grubunun düşünceleri tepe yöneticilerinkinden kısmen farklılık göstermektedir. Bu nedenle ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir. Performans sisteminin belirsizlikler ürettiğini ve sisteme güvenilerek ha-

reket edilemeyeceğini ifade etmektedirler. Sistemin adaletsiz olması nedeniyle mevcut koşullarda dürüst kişileri zorladığını ve **düzeltilmediği haliyle iş barışını bozmaya devam edeceği** belirtmektedirler. **Yöneticiler düzeyinde ek ödeme dağıtımının risk paylaşımına göre yapılması gerektiği** ve bu haliyle doğru olmadığı ifade edilmektedir. Ek ödemeye ilgili mevzuatların hazırlanmasında paydaşların görüşünün alınması gerektiği ve geçmişe oranla ek ödeme oranlarının düştüğü vurgulanmaktadır. Ayrıca, **bir katılımcı herkesin eşit ücret almasının adil olmayacağını zira bir doçent veya profesör unvanlı hekimin diğer hekimlerle aynı ücreti almaması gerektiğini** ancak düzenleme yapılmasının zorunlu olduğu ifade etmiştir.

K5-BY: ...Ek ödeme mevzusu maalesef hiç de memnun olmadığım bir sistem. Ek ödeme adı üstünde ek bir katkıdır. Ancak mevcut durum insanların geçimiyle direk bağlantılı olduğu anda yıkım gerçekleştiren bir sistem. Ne özlüğe tam yansıyor ne yatıp yatmayacağı belli ve ne de miktarı belli. Bakın dört beş farklı ilde klinikte çalıştım, hemen hemen hepsinde aynı puan ve hasta bakmama rağmen her yerde aldığım ek ödeme farklıydı. Birinde 750 aldığım oldu birinde 3000 TL. Böyle adalet olur mu.

K6-BY : Ben ek ödemelerin performansa dayalı ücretlendirme ile ilgili süreçleri söylemem gerekirse, en başından beri buna karşı olan bir hekimdim ve bir idareciyim. Performans sisteminin adaletsiz olduğunu ve ek ödemelerinde adaletsiz bir şekilde dağıtıldığına inanıyorum, bu da aslında bilinen bir gerçek... Yönetici ise herkes eşit düzeyde yararlanmalıdır, hekim ya da hekim dışı olması da çok bakılmaksızın, çünkü bir risk paylaşımı söz konusudur, hekim olunca risk yükselmez ve riskin paylaşılması ile ilgili bir maddi karşılığın olması lazım, örneğin işletme mezunu bir müdür yardımcısı elbette ki riski alacaktır ama bir başhekim yardımcısından daha farklı bir maaş ve ek ödeme almasının çok insani ve adil olmadığına da inanıyorum.

K7-BY: Ek ödemelerde dağıtım hekim lehine ancak, bu konu ile ilgili STK'ların (sendika vb.) görüşü alınarak hazırlanmalı.

K8-BY: Bir haksızlık var gibi gözüküyor... Yani bir hekim ya da bir doçentin, bir profesörün bunca okuduktan sonra nitelikli hale geldikten sonra ya da bu konuda bir emek sarf ettikten sonra diğeriyle aynı kefeye konulması da doğru değil ama bunun çok uçlara gitmemesi gerekiyor... Ana maaşlar, ana ödemeler düşük olunca, böyle bir yol seçilmiş ama tam adil olduğu da söylenemez... Döner sermaye dağıtımında ister istemez bu uçurum olabiliyor, zaman zaman bu meslek grupları arasında sıkıntıya sebep oluyor, tartışmaya sebep oluyor.

Hekim yönetici grubuna dâhil katılımcıların bir kısmı performans sistemi hakkında sürdürülebilir bir sistem olarak devamı için gözden geçirilmesine ihtiyaç duyulduğu konusunda görüş belirtmişlerdir. Adalet ve hakkani-

yetin gözetildiği bir sistem inşaatı için elde edilen ücret açısından çalışanlar arasındaki makasın çok açık olmadığı bir tasarıma gidilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Öte yandan, postfordist yaklaşım çerçevesinden yasal zorunluluk getirilmeden sağlık sistemi içinde en güçlü meslek grubuna ilk müdahalenin performans uygulamasıyla başlatıldığını söylemek yanlış olmayacaktır. PDEÖS ile Sağlık Bakanlığı, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarını zorunluluk içermeyen halde yarı ve tam zamanlı çalışma konusunda bir nevi seçim yapmaya mecbur kılmıştır. Ancak kanunla tam zamanlı çalışmaya geçilmezden önce oldukça uzun bir süre bu konuda esneklik sağlanmıştır. Postfordist dönemin özelliği olan istihdam esnekliğinin gizli bir iktidar sistemi ürettiğini ve onun unsurlarından olan kurumların kökten dönüşümü de bürokratik rutini hedef almaktadır (Sennett, 2005). Bu yönüyle, performans sistemi öncesi bürokratik bir rutin olan yarı zamanlı çalışma hedefe alınmış olup sağlık sisteminde geridöndürülemez değişimleri sağlamıştır.

Daha sonra hekimlerin yarı zamanlı çalışması konusu gündeme alınarak “tam zamanlı çalışma”ya geçilmesinde yasal düzenleme yapılması söz konusu olmuştur. Bu konudaki ilk yasal düzenleme 2010 yılında getirilmiş ise de Anayasa Mahkemesince iptal edilmiştir. Ancak, iptal gerekçesi dikkate alınarak 2014 yılında yeni bir kanuni düzenlemeye gidilmiştir. 18 Ocak 2014 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 6514 sayılı kanunun ilgili maddesiyle 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 28 inci maddesi yeniden düzenlenmiştir. Buna göre, “Memurlar, mesleki faaliyette veya serbest meslek icrasında bulunmak üzere ofis, büro, muayenehane ve benzeri yerler açamaz; gerçek kişilere, özel hukuk tüzel kişilerine veya kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına ait herhangi bir iş yerinde veya vakıf yükseköğretim kurumlarında çalışamaz.” hükmü getirilmiştir. Buna göre, daha önce imtiyazlı bir pozisyonda bulunan hekimler Bakanlığa bağlı sağlık tesislerinde çalıştıkları sürece muayenehane açamayacaklardır. Üniversitelerde Doçent ve Profesör unvanıyla çalışan hekimler ise, bu kanuni düzenlemeden muaf tutulmuşlardır. Böylece, performans sistemi süresince gönüllü olarak tam zamanlı çalışma durumuna geçen hekimlerin bir daha eski pozisyonuna dönmesine izin verilmemiştir.

Bununla birlikte, PDEÖS konusunda bütün sağlık personeli ve hekimlerin memnuniyetsiz oldukları ve çalışma barışını bozduğu yolunda çok sayıda araştırma bulgularına rastlanmaktadır (Kolaylı ve Lorcu, 2017; Öztunç ve Cural; 2017; Çakır ve Sakaoğlu, 2014).

Sistem incelendiğinde, ödemede eşitsizlik ve farklı uygulamaların ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Sistem uygulamasının yöneticiler için neden gelecek belirsizliğini bir faktör olarak etkilediği de işleyiştten anlaşılabilmektedir. Zira hastanedeki mevcut insan kaynağı ve teknik imkânlardan oluşan girdilerle üretilen hizmetin ekonomik büyüklüğü kurumun önemli bir başarı göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, hastanedeki teknik ve insangücü kaynağının verimliliğini ölçme konusundaki göstergelerin büyük bir çoğunluğu performans uygulamasıyla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle sistem, basitleştirilerek anlatılacak olursa temel olarak şöyle işlemektedir:

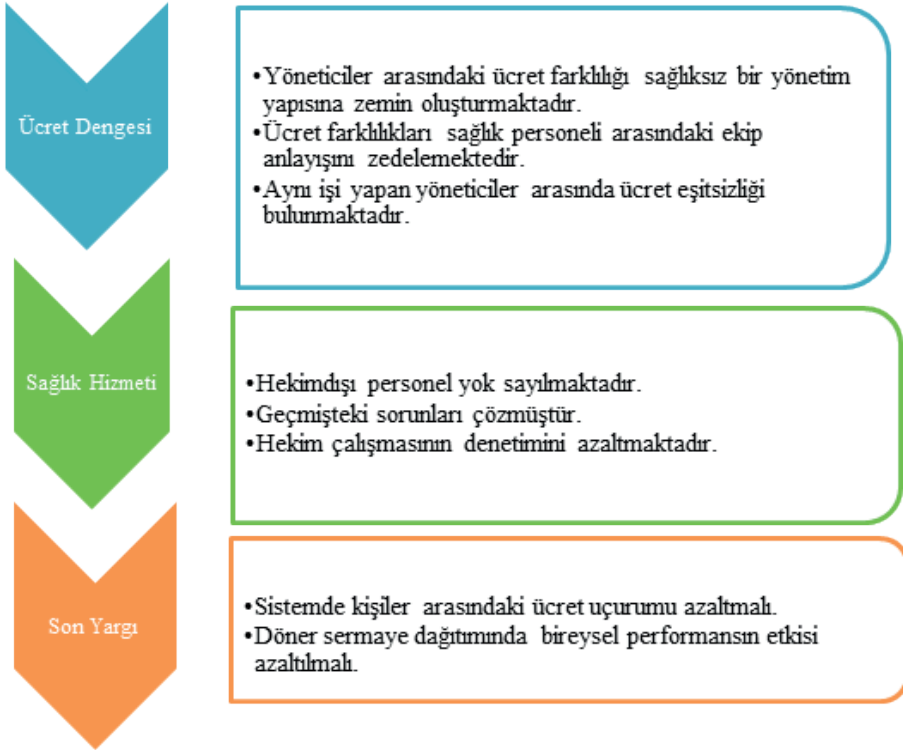
- En temel düzeyde, hekimler tarafından birebir yapıp, sonuçlandırılan girişimsel (ameliyatlar, cerrahi dikişler, küçük tanısal invazif girişimler dâhil) ve de tanısal işlemlerin (görüntüleme ve ultrasound gibi işlemlerin raporlandırılarak yapılması) puanlandırılmasıyla işlemektedir.
- Sistemin işleyişi hekimler üzerinden öngörüldüğü ve düzenlendiği için kadro unvan katsayıları ve tavan ek ödeme tutarları sağlık çalışanları arasında ücret farklılığına yol açmaktadır.
- Hekimlerce yapılmayan, tahlil ve raporlandırılmayan görüntüleme işlemleri puanlamaya dâhil edilmemektedir.
- Hekim dışı sağlık personeli performansa göre ek ödeme/döner sermaye almamaktadır. Hekim dışı sağlık personellerince yapılan işlemler puanlamaya dâhil edilmemektedir. Ancak hastaya yapılan bütün işlemler, tetkik, ilaç ve tahliller hasta bazlı işlem faturasına yansıtılmaktadır.
- Ayrıca, sistemde, önceleri hastanede üretilen bütün gelirlerin ek ödeme hesaplamalarında kullanılması esas iken daha sonrasında hastanede kullanılan sarf malzemelerden ve ilaçlardan elde edilen gelirlerin önemli bir kısmı ek ödeme hesaplamasına dâhil edilmemeye başlanmıştır. Bu koşul hastanede emeğe dayalı sağlık hizmetinin ölçeğini daha da artırmak anlamına gelmektedir.
- Sistem oldukça karmaşık bir algortimaya sahip olup zaman içinde değişimlere uğramaktadır ve otomasyon sistemleri olmaksızın tüm personel için hesaplama yapılması neredeyse mümkün değildir.
- Her ay yapılan hesaplamalar neticesinde hastane bünyesinde oluşturulmuş Döner Sermaye Komisyonu toplanarak hastanenin gelir gider durumunu dikkate alıp toplamda dağıtılacak ek ödeme miktarına karar vermektedir. Personele dağıtılan ek ödeme tutarı ve dağıtım süresi yöneticilerin başarı durumunu etkileyen bir gösterge olarak kullanılmaktadır.

- Hekim dışı personeller, hekim puanlarının belli bir formülasyonu çerçevesinde belirlenen hastane puan ortalaması üzerinden ve her meslek grubu da çalıştığı bölüm için belirlenen katsayı esas alınarak ek ödeme almaktadır.
- Hekimler, hastanede veya sağlık kuruluşunda ürettikleri puana karşılık bir katsayı sonucu elde edilen tutarda ek ödeme almaktadırlar. Bu durumda, bir hekim alabileceği tutarlar açısından puan olarak doyum noktasına ulaştığında hastanedeki hizmet üretim sürecine daha az katkı sağlama yaklaşımına girebilmektedir.
- 2012 yılına kadar bu hesaplamada kurumsal performans/kalite katsayısına yer verilirken bu yıldan sonra ilgili mevzuat yürürlüğe konmadığı/devre dışı bırakıldığı için personele dağıtılan ek ödemeler kurumsal performans ve kalite katsayısı etkisinden arındırılmıştır.
- Sistemde bulunmasına karşın klinisyen olarak tanı ve tedavi işlemlerinde yer almayan hekimler ek ödemelerini hastane ortalamasından almaktaydılar. 2010 yılından sonra ise bir başka kanuni düzenlemeye gidilerek hekimlere kurumda üretilen klinik bazlı sağlık hizmetlerine herhangi bir katkısı olmasa bile sabit bir ek döner sermaye verilmesi imkânı sağlanmıştır. Daha sonrasında hekim dışı personele de sabit döner sermaye verilmeye başlanmıştır. Ancak bu sabit döner sermayeden hastaneye ödenen kısmı kadar mahsuplaşmaya gidilmektedir. Bu sistemin diğer ödeme modellerinden ayırıcı bir diğer yönü de personelin eline geçen ücrette emekliliğe yansımıyor olsa bile cari olarak artışlar yaşanmasıdır.

Hekim dışı yöneticiler, PDEÖS'ün sağlık sisteminin önceki yıllarda **kısmi çözümler ürettiğini** ifade etmektedirler. **Hekim dışı sağlık personellerine verilen ek ödemelerin yetersiz olduğunu ve takım çalışmasını etkilediği** belirtilmektedir. **Aynı işi yapan yöneticiler arasında ücret eşitsizliğinin mevcudiyeti** ifade edilmektedir. Sistemin ödeme mekanizmaları hekim dışı personelin iş doyumunu azalttığı belirtilmektedir. Hastanenin elde ettiği gelirler daha çok hekim emeği üzerinden üretilen ilk işlem üzerine fatura edildiğinden diğer personelin katkısının olmadığı gibi bir algının mevcudiyeti belirtilerek, **sistemde hekim dışı personel yok sayılmaktadır** ifadesine yer verilmektedir. **Hekim meslek grubuna üye kişiler arasında da branş ve üretilen puan nedeniyle çok farklı ücretler elde edildiği ve ücret farklılığının hizmetlerde aksamaya yol açtığı** belirtilmektedir. Hekimlerin hastane ortalamasına göre yüksek bir ek ödeme alabileceği puanı topladıktan sonra resmen değilse bile fiili olarak iş yavaşlatma eylemi yaptığı ileri sürülmekte-

dir. Çünkü belirli bir noktadan sonra yapacağı diğer hizmetlerin alacağı ek ödemeyi artırmayacağını bilmektedirler. Aynı şekilde, yöneticiler arasında da aynı işi yapan hekim ve hekim olmayan yöneticilerin eline geçen ücretler açısından adaletsizlik olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca performans sisteminin kurumun ölçeğini dikkate almadan ödeme anlayışı getirdiğini ve bunun da haksızlık olduğu ileri sürülmektedir.

Bir diğer katılımcı, performans sisteminden elde edilen gelirlerin sağlık hizmetinin iyileştirilmesine aktarılması gerektiğini ancak bu durumda da personel motivasyonun azalacağı endişesi söz konusu olduğundan yapılmadığını belirtmektedir. Ek ödemelerde sabit artı %30-%50 arası rakamlarda bir performans esaslı ödeme olmasının daha adil olabileceği belirtildiği gibi bu sistemin bu yönüyle ufak revizyonlarla sürdürülmesi gerektiği ifade edilmektedir. Ancak, çalışanların ele geçen ücretler açısından uçurumun en aza indirilmesi gerektiği öne sürülmektedir.



Şekil 19: Hekim dışı Yönetici Grubunun Performans Sistemine Dair Görüşleri

K10-SM: Hastane ek ödemeleri, biraz nasıl diyeyim, aslında hassas bir konu, çok doğru mu fikren tartışılabilir bir konudur, performans ödemelerinin hekim, ba-

kılan hasta sayısı, hastaya uygulanan işlemler üzerinden olması, hem avantajlı, hem dezavantajlı... ben şöyle düşünüyorum, hekim dışı sağlık personellerinin de döner sermaye kaynaklarından verilecek olan ücretin oranının daha da iyi olabileceği, yani yüksek olabileceği, performans dayalı ek ödeme sadece hekime değil de sağlık personellerinin de doyurucu bir miktar alması gerektiğini düşünüyorum... miktarın daha iyi daha düzeltilebilir bir noktaya gelinmesi gerektiğini düşünüyorum ve bu miktarı yönetici olarak az buluyorum... idari mali müdürleri ile başhekim yardımcıları ve başhekimlerinin de performansları ya da almış olduğu ücretlere birebir yaklaştırılabilir, çünkü gerçekten aynı işi yapıyoruz ve aynı noktada inisiyatif alıyoruz, çoğu zaman müdür, müdür yardımcıları ve bakım müdürleri olarak daha çok sahadayız, daha çok inisiyatif alıyoruz ve daha çok risk alıyoruz, buna rağmen aldığımız ücret dediğim gibi yeterli bulamıyorum... Hekim dışı sağlık personeli yöneticiler ile hekim yöneticilerin arasındaki o farkın minimize edilmesi gerektiğine inanıyorum.

K11-İM: Döner sermaye, sadece belli bir branşta çalışan insanların kazanmış olduğu bir para değil, bir takım olarak, tüm personel olarak, herkesin, hizmetinin olduğu bir işletmenin elde edilen geliridir, bu elde edilen gelirden belli bir kısmını personele dağıtılması demektir, bu personele dağıtılırken bazen ciddi manada bir adaletsiz dağılım, performansa dayalı dağılım olunca bu sefer bu işi yapan gerçekten de doktorlar, bazen ciddi manada iyi bir döner sermaye aldıklarına, bazen de hak edipte alamayan doktorlar da şahit oluyoruz... Hekim olan yöneticilerin, devamlı hekim olmayan yöneticilerden çok daha fazla ek ödeme aldığına şahit oluyoruz, aynı riski almalarına da ben ve ciddi mana da riskleri paylaşmalarına rağmen, sonuçta yönetici hekim olmayan yönetici değil, yüksek lisans mezunu, doktor da işte, ne bileyim, gerek pratisyen hekim, gerekse uzman doktorlarımız, buna da ciddi manada bir adil olmadığına inanıyorum, döner sermaye paylaşımında adil bir şekilde dağıtılmadığına inanıyorum.

K12-MY: Yani idari hizmetlerdeki sınıfların ek ödemelerini düşük buluyorum... Yöneticilerin aynı işi yaptıktan sonra hekim veya hekim olmasının, yani farklı olmasının ben doğru görmüyorum...

K13-MY: Sağlık Bakanlığının performansa dayalı ek ödeme yapması çalışanlar açısından tabi ki belirli ölçüde olumlu yansımaları olmaktadır. ... Çalışanlar arasındaki adaletsizliği artırmasından dolayı sorunlar yaşanıyor. Bunun dışında, performanstan dolayı kazanılan gelirlerden sağlık hizmetlerine ayrılanların yetersiz olduğunu düşünmekteyim... Elbette, biz bu kaynakları hastane giderlerine yönelttiğimiz zaman hastane çalışanlarının ek ödemelerinde sıkıntılar doğacak. Bu da çalışanların motivasyonunu olumsuz bir şekilde etkileyecek. Benim düşüncem, Sağlık Bakanlığı'nın ek ödemeyle ilgili yeni bir reforma gitmesi ve ek ödeme yükünün hasta-

nelerin üzerinden kaldırılması gerekiyor. Personele verilecek ek ödemeler ile hastaneye yapılacak harcamaların, medikal olsun, diğer giderler ve hizmet alımları olsun ve personele yapılacak giderlerin ayrıştırılması gerekiyor... ek ödemelerin hekim de olsa 3 bin lira ile 10 bin lira arasında uçurum kadar bir fark oluşması iş barışını bozan bir süreç ve bu sürecin tamamen ortadan kalkması gerekiyor... Personel maaşlarının iyileştirilip ek ödemenin maaşlar üzerindeki etkisinin azaltılması iş barışını ve çalışan motivasyonunu artıracığını düşünüyorum.

Yani dağıtımın şu anki sistemde ufak tefek düzenlemelere gitmesinde fayda olduğunu düşünüyorum ama genel anlamında çok kötü olduğu söylenemez... bana göre bu performansa dayalı ek ödemenin bir gözden geçirilip bunlara standart bir standardizasyon bir şekilde, doktorların ek ödeme alması gerektiğine ve ara personel ve hizmetlilerin de çalışmaya dayalı değil de ayda yapmış olduğu hizmete göre bir, bir ay içerisinde yapmış olduğu hizmete göre veyahutta günlük yapmış olduğu hizmete göre, bir ek ödeme, döner sermaye verilmesi gerektiğine inanıyorum.

PDEÖS, çalışanların eline geçen total ücreti artırarak verimlilik ve motivasyon artışını sağlamayı hedefler. Sistem, kısmi olarak personel ve hasta memnuniyetini artırması nedeniyle olumlu etkiler üretmesi yanında çok sayıda işlem nedeniyle hizmet kalitesinin düşüşü de olumsuz etkileri olarak görülmektedir. Kurum içi çalışma barışını bozması ve gelir adaletsizliğine yol açması da diğer bir olumsuzluk olarak ifade edilmektedir.



Şekil 20: Performans Sisteminin Özellikleri

PDEÖS kamu sağlık hizmetlerinin sunumunda birçok sorunu çözdüğü gibi mevcut durumda sorunlara kaynaklık teşkil etmeye başlamıştır. Çünkü hastanenin gelirlerinden hizmetlerin iyileştirilmesine ayrılacak kaynakları azalttığı gibi sağlık sisteminin tamamıyla hastanelere endekslenmesine de yol açmaktadır. Kamu hastanelerindeki hizmet volumünün artmış olması finansman olarak ayrılan kaynakların artışına da yol açmaktadır.

Sağlık sisteminin öteden beri devam eden sorunlarına önemli bir çözüm enstrümanı olan performans sistemi hastaların sağlık hizmetine erişimini artırmış olmasına karşın birçok yerde personel ve vatandaşın karşı karşıya gelmesine zemin oluşturmaktadır.

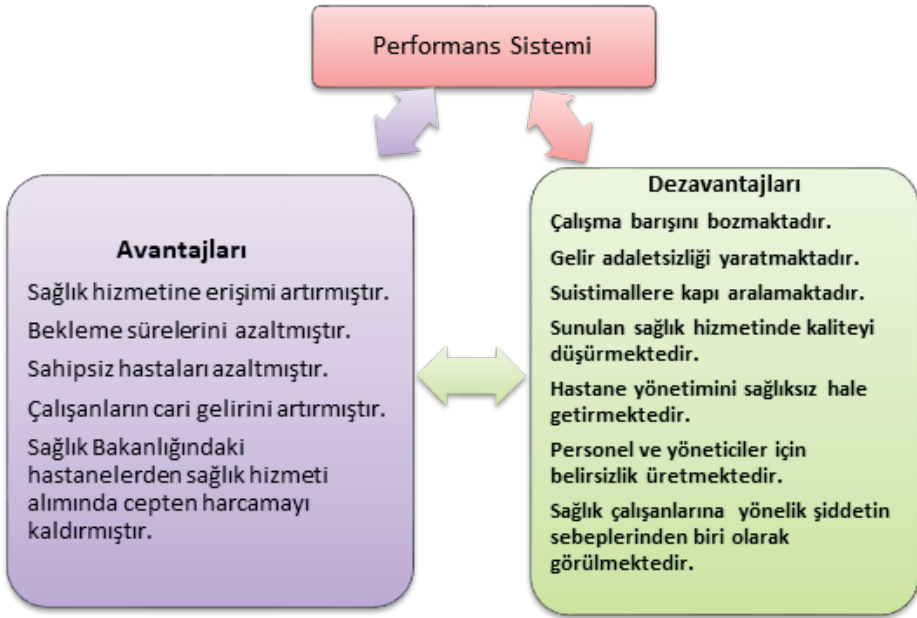
Halen bu sistem yerine ikame edilebilecek diğer yaklaşımlar konusunda arayışlar sürmektedir. Öte yandan, yerine getirilecek sistemlerin yeni açmazlar üretmesinin söz konusu olabileceği de düşünülmektedir. Erol ve Özdemir (2014)'in çalışmasında da belirtildiği üzere *performans sistemi, sağlık çalışanları arasında hem en çok itiraz edilen hem de en çok uyum gösterilen uygulama olarak sağlık hizmeti üretim sürecinde yerini almıştır.*

Bununla birlikte, PDEÖS ile ilk etapta Bakanlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerin tam zamanlı çalışmasının teşvik edilmesi amaçlanmıştır. Böylece, bütün hekimler çalıştığı kurumda kendisine muayene odası verilmesini talep edecekti. Bu çerçevede, gerçekten de önemli gelişmeler kaydedilmiş olup 2002 yılında kamuda tam zamanlı çalışan uzman hekim oranı %11 iken bu rakam, 2007 yılında %62 ve 2012 yılına gelindiğinde %100 olmuştur. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde toplam 14225 uzman hekimden sadece 6643 kişinin Muayene Odası bulunurken bu sayı 2012 yılında 24232 uzman hekim için %100 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı Bütçe Sunumu, 2013). Bu durum hiç kuşkusuz siyasal olarak teşvik unsuru içermeyle birlikte en büyük etkenin PDEÖS olduğu anlaşılmaktadır.

PDEÖS sağlık kurumlarını etkili bilgi ve otomasyon sistemleri kurmaya zorlamıştır. Hastanede verilen sağlık hizmetlerinin kayıt altına alınması ve buna göre karar destek sistemleri oluşturulması amacıyla hastaneler bilgi yönetim sistemleri kurmaya başlamıştır. 2002 yılında hastane bilgi yönetim sistemi/otomasyon sistemi kullanan hastanelerin oranı %20 iken bu oran 2008 yılında %100'e çıkmıştır.

2012 yılı itibarıyla Kamu Hastane Birlikleri Modeline geçmeden önce hastane idarecileri de hastanede üretilen hizmetlerden elde edilen gelirler doğrultusunda ek ödeme almaktaydılar ancak 663 sayılı KHK sonrası sözleşmeli yöneticilik döneminde sözleşmeli hastane yöneticileri aldıkları ek

ödemeyi hastanede üretilen gelirlerden bağımsız bir şekilde belirlenmiş sözleşme rakamları üzerinden almışlardır. Burada yöneticilerin klinik işlemler yönünden ve üretilen sağlık hizmeti yönüyle bireysel performansla (bireysel olarak ele geçen ücret açısından) bağı koparılmıştır. Ancak, bir sistem olarak hastanenin herhangi bir parçasının diğerinden bağımsız düşünülmeyeceği ve de yöneticilerin başarı durumunu belirleyen en önemli parametrelerin performans sisteminin ikincil sonuçları olduğu ve hastane personelinin eline geçen ücretlerin doğrudan hastane hizmetlerini etkilediği dikkate alındığında kaçınılmaz olarak performans sistemi temel ilgi alanı içinde yer almaktadır. 2018 yılından itibaren ise, hastane yöneticilerinin aldığı ek ödemeler yeniden hastanenin ürettiği hizmetle ilişkilendirilmiştir.



Şekil 21: Performans Sisteminin Avantaj ve Dezavantajları

Artan sağlık hizmeti talebini karşılama ve sağlık sisteminin sorunlarını çözme açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında da sorunların varlığı devam etmektedir. Esasen, sağlık hizmetinin örgütlenme ve sunum modeli de sorunları besleyen birer kaynak olarak ele alınabilir. Hekim meslek grubu yöneticilerin sağlık sisteminin sorunları hakkında öne sürdükleri görüşler temel olarak, sağlık hizmetinin arzı ve hizmet için gerekli kaynaklarda yaşanan sorunları içermekte ve sözleşmeli yöneticilik modelinin sağlık kurumlarının hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. PDEÖS'ün sağlık sistemi için uzun vadede majör sorunlar ürettiği belirtilmiştir.

Kamu Hastane Birlikleri Uygulaması

Kamu Hastane Birlikleri modeli mantıksal ifadesini ilk olarak 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda bulmuştur. Bu kanunda hastanelerin birer sağlık işletmesine olarak dönüştürülebileceğine yer verilmekteydi. Kanun çerçevesinde sadece iki hastane sağlık işletmesine dönüştürülmüştür. Daha sonra, neredeyse bütün hükümetlerin programında yer almasına karşın hastanelerin özerk sağlık işletmesine dönüştürülmesine ilişkin herhangi bir uygulamaya gidilmemiştir. İlerleyen zamanlarda sağlık sistemine yönelik yapılandırma tartışmalarında ağırlıklı olarak küreselleşme süreci ve neoliberal politikalarca karakterize sağlık reform rüzgârlarının etkisiyle bu husus yeniden gündeme gelmiştir.

Devlete/kamuya ait hastaneler genel itibarıyla gelişmekte olan ülkelerin neredeyse tamamında sağlık hizmetleri sunumunun büyük bir kısmını üstlenmektedirler. Bu nedenle, diğer kamuya ait organizasyonları için dile getirilen verimsizlik ve aşırı bürokrasi endişeleri hastaneler için de dile getirilir. Yetersiz bütçe veya kaynakların varlığına çoğunlukla kötü sağlık hizmeti de eşlik eder. Bu yönüyle, desantralizasyon verimsizliğin giderilmesi, yerinden ve etkili yönetimin sağlanması, yerel ihtiyaçlara esnek biçimde yanıt verilmesi ve yönetimde hesap verilebilirliğin artırılması şeklinde gerekçelerle rasyonelleştirilmektedir. Ayrıca, güçlü bir fikir olarak, küçük ve iyi organize edilmiş yapıların büyük merkezi yapılardan daha hızlı ve kolay hareket edebileceği üzerine temellendirilmiştir (Saltman, 2007). Kanunun 2012 yılı Kasım ayında hayata geçirilmesiyle birlikte Türkiye’de 85 adet Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliği kurulmuştur. Modelin uygulamaya geçişinin sağlık yöneticilerince hangi gerekçelerle algılandığı, kendilerinin de sistem aktörlerinden olması nedeniyle önem arz etmektedir.



Şekil 22: Kamu Hastane Birlikleri Değerlendirme Tablosu

Hekim grubu yöneticiler, kamu hastane birliklerinin kuruluşu hakkında; **hastanelerin özelleştirilmesi süreci için bir ön adım** olarak veya **yöneticilerin görevden alınabilmesinde kolaylık sağlaması** amacıyla bu uygulamanın getirildiğini belirtmektedirler. Hastanelerde görevlendirilen yöneticilerin istihdamında esneklik sağlamak amacıyla **garantili yöneticiliğin bitirilmesi** anlamında kurulduğu dile getirilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin hastane boyutuyla **sorunların yerelde çözülmesini sağlamak** ve **işlemlerin hızlandırılmasını gerçekleştirmek** olduğu ifade edilmektedir. **Kaynak kullanımında tasarrufa gidebilmek için** kurumların yerelde tek çatı altında birleştirilmesi ve **ekonomik kaynakların en iyi kişi/kişiler tarafından yönetilmesi** gerekçesiyle kurulduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.



Şekil 23: Hekim Yöneticilerin Kamu Hastane Birlikleri Hakkındaki Görüşleri

K1-B: Özelleştirme kapsamında, belki de yani özelleştirmeye gidilecekti. Bir ara sağlıkta bu tarz şeyler vardı. Yani bu tarz çalışmalar girişimler vardı. O anlamda kurulmuş olabilir. Belki özelleştirmenin bir ilk adımı olarak kurulmuş olabilir. Belki hani eskisi gibi, eskiden yöneticiler çok kolay görevden alınamıyordu. Hani mahkeme kanalıyla tekrar geliyordu. Biraz daha yöneticilerin, hani siz garanti değilsiniz, yeriniz garanti değil, daha dikkatli davranın, daha iyi çalışın maksadıyla kuruldu... İyi niyetle kuruldu. Fakat aynı şekilde devam etmiyor gibi geliyor bana.

Desantralizasyon uygulaması olarak Kamu Hastaneleri Birliği, merkezi yönetimin kendi yetkilerinin bir kısmını yerele devretmesi suretiyle hastanelerin hizmet üretimine etkisini olumlu yönde artırmayı hedeflemiştir. Ancak dünya örnekleri, yöneticilerin bu konudaki görüşleriyle uyum göstermektedir. Hastaneler önce yerele devredilmekte ve daha sonra özelleştirme kapsamına dâhil edilebilmektedir. Ayrıca, özelleştirme desantralizasyon uygulamasının bir çeşidi olarak değerlendirilmektedir. Yöneticiler bu uygulamanın yöneticiler üzerinde bir baskı unsuru olarak kendilerini risk altında hissetmeleri ve geleceğe dair bir belirsizlik yaşamalarının yönetsel alt yapısı olduğu düşüncesinde olduklarını belirtmektedirler.

K2-B: Yani gibi bence hantal bir yapı vardı, ben kanaatimi aktarayım, hantal bir yapı vardı, özellikle bazı idarecilerin işte, uzun yıllar idarecilik yapmış başhekimlerin, yardımcı, başhekim yardımcıları ve idari kadro, müdürlerin müdür yardımcılarının hukuki olarak tekrar tekrar teftiş geçirmelerine rağmen geri döndüğünü ve bu yapıdaki alınan kararların, oradaki kurum bazındaki bakanlığın çalışmalarını olum-

suz etkilediğini düşünüyorum, bundan dolayı özellikle bu hantal yapıyı değiştirmek ve biraz daha bu sağlıkta reformize edilmiş işleri daha hızlandırmak için yapılan bir kanun... fakat yani ilk baştaki alt yapısı çok iyi hazırlanmadığı, hazırlanamadığından, bunun çok başarılı olmadığı kanaatindeyim.

K3-B: Kamu hastaneler birliğinin amacı şahsen şöyle düşünüyorum, mali kaynakları daha verimli kullanmak, mevcut tıbbi cihaz ve ekipmanların israfını engellemek, personel dağılımında daha önceki seneden gelen yığılmaları tabana ve daha verimli yere kaydırmak, örneğin ilde çok fazla şişmiştir personel ama ilçede sıkıntılar var ama onları oraya kaydırmak gibi, bir iyi niyetle ve çokta profesyonel düşünülmüş bir yapı olduğunu düşünüyorum, ancak geldiği noktada, geldiği noktada hastane yöneticiliğinin yapısından çok genel sekreterliklere bir sağlık müdürü unvanı gibi çalıştı ve hastane yöneticisi iç işlerine dahi karışabilecek şekilde nüfus irade etti ve görüyoruz işte bu doğru bir yaklaşım değildi... Örneğin benim hastanem karlı bir hastane, her sene diyelim ki her ay bir milyon TL, atıyorum artıda, ama farklı bir hastane ekside benden alıp ona verme, sürekli oraya takviye etmek, personelimizin moral ve motivasyonunu azaltır...

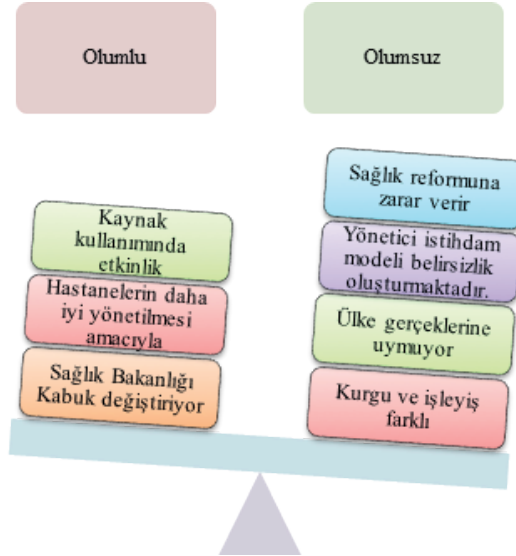
Kamu Hastaneleri Birlikleri kuruldukları yerlerde Sağlık Bakanlığı'nın ildeki 3 biriminden biri olarak faaliyet sürdürmeye başlamıştır. Temel ilgi alanı bünyesindeki hastanelerin faaliyetlerinin kolaylaştırmak, hastanelerin sadece tıbbi hizmet üretmekle uğraşması ve diğer satın alma gibi mali konularda iş yükünü hastanelerin üstünden almak, insan kaynakları planlamasını yerelden yapmak ve de hastanelerin kaynaklarının ortak kullanımını sağlamak şeklinde amaçları belirlenmiştir. Bu durum ise, yöneticilere göre bazı hastanelerin kaynaklarının efektif çalışmadığı düşünülen bir başka kuruma aktarılması personelin moral motivasyonunu bozabilmektedir.

K4-BY: Profesyonel hastane yöneticileri ile kurumların yönetilmesi için kurulduğunu düşünüyorum.

K6-BY: Sağlıkta dönüşüm projesinin son ayaklarından bir tanesi olarak yorumlandığını biliyorum. Reformun bir parçası, ancak reformun bir parçası iyi niyetle konulan bir parçası olmasına rağmen iyi organize edilemediği ve iyi yönetilemediği düşüncesine sahip olduğum için reformun zarar vereceği bir parçası olabilir.

K8-BY: Kamu Hastaneler Birlikleri özellikle ili ilde yönetme, paranın ve insan gücünün, tek elde tutularak, oradaki sorunu en iyi bilen kişi tarafından ya da kişiler tarafından yönetilmesi için kuruldu. Ama bu amaç çokta fazla gerçekleşmiş değil. Kısmen bu toparlanmış gibi gözükse de, kuruluş amaçlarına beklenen hedeflerde değil.

Öte yandan, hekim dışı yönetici grubu dikkate alındığında kuruluş gerekçesi yanında işleyişe dair düşünceler önem kazanmaktadır. Yöneticiler, kamu hastane birlikleriyle getirilen sözleşmeli yönetici istihdam modelinin yöneticiler açısından görev süresince bir **tür belirsizlik içinde çalışmalarına yol açtığını** ifade etmektedirler. Sistemin **alt yapısının iyi kurulmadığı** nedeniyle başarılı olmadığını öne sürmektedirler. **Sağlık reformuna zarar verebilecek bir uygulama** olduğu ifade edilmektedir. Gerek vatandaşlar ve gerekse de çalışanlar için başarılı olup olmadığı belirsiz bir uygulama olduğuna dair düşünce serdetmişlerdir. Ayrıca, **uygulanabilirliği tartışmalı ve ülkemiz gerçeklerine uymadığı** ifade edilmiştir.



Şekil 24: Hekim Dışı Yöneticilerin Kamu Hastane Birlikleri Hakkındaki Görüşleri

K10-SM: Kamu hastaneler birliği dediğim gibi sağlık bakanlığının politikaları arasında daha iyi hastaneler nasıl yönetilir, yöneticiler nasıl efektif çalıştırılır, kaynaklar nasıl daha güzel kullanılır, bu noktadan çıkış yapılmıştır diye düşünüyorum, şöyle, sağlık il müdürlüğünü bir noktada toplamak, sağlık müdürlüğünün görevlerini bir noktada toplamak, hastaneler ve hastanelerin işleyişini bir noktada toplamak, hastaneleri bir taraftan denetletmek, işte 112'ler, evde bakım dediğimiz ve halk sağlığı, sağlık müdürlüğünde daha çok birinci basamaklar o taraftan, ikinci basamak ve üçüncü basamak, kamu hastaneler birliğinde bu şekilde hem işleyişi rahatlatmak, kolaylaştırmak, kontrolü ve denetimi düzgün yapmak, bir tabana oturtmak diyeyim, bu çerçevede düşünülmüşlerdir diye kamu hastane birliği kurulmuştur... tabi kendi istedikleri gibi mi yürüyor, bu denetleme mekanizmaları ile ortaya çıkacak, yeteri kadar denetleme mekanizması doğru yapıldı mı yapılmadı mı, bununla ilgili kontrol

etmeleri gerekiyor, yani var olan bir sistem devam edecek, ya da doğrudur diye bir şey yok, düşünürsün, ama düşündüğün gibi olmayabilir, tabi sonrasında düzeltmeler yapılabilir diye düşünüyorum...

K12-MY: Sağlık sektörünü daha iyi bir yere getirmek için tek elden yönetmek için. Sadece hastaneleri ama ne kadar faydalı oldu bu konu ile ilgili bir araştırma yapmakta fayda var, faydalı mıdır, değil midir... bunun vatandaşlarımızın veya çalışanlar için faydalı olacağı inancıyla kurulmuş olduğuna inanıyorum ama faydalı mıdır, değil midir, o konu belirsiz...

K13-MY: Genel olarak dediğim gibi Sağlık Bakanlığı artık hizmet sunucu rolünden veyahut da merkezi ilçe rolünden, veyahut da merkez ilçe yönetiminden ayrılp, taşrada hizmetlerin sunumunda, sağlık hizmetlerin sunumunda, hani onu temsil edecek ilgili birim yetki ve sorumlulukların verileceği birimler oluşturmak istedi.

Kamu Hastaneleri Birliği uygulamasında hizmetlerin yerelden görürülmesi noktasında daha etkili olduğu alanlar söz konusudur. Hastaneler arası insan kaynakları politikası ve görevlendirmeleri çatı kuruluş olan Genel Sekreterliklerce yürütülmektedir. Ancak bu kurumun personel istihdam etme yetkisi bulunmadığından yine Bakanlığın göndereceği insan işgücü ile faaliyetlerini yürütmesi esastır. Bunun yanında, hastanelerinde ne kadar personel çalıştırabileceği de yine Bakanlığın daha önceden düzenlemiş olduğu Personel Dağılım Cetvelleri mevzuatıyla düzenlenmiştir. Öte yandan, harcamalar konusunda hastanelerin yetkisi ellerinden alınmış olup tüm satın alma işlemleri genel sekreterliklerce yürütölür olmuştur. Bu durum hastanelerin hareket kabiliyetini yavaşlattığı gibi Genel Sekreterlikleri satın alma süreçlerini daha ekonomik yürüttüğüne dair bir veri de bulunmamaktadır.

K14-MY: Bir model değişikliğine belki ihtiyaç duyulmuştur sağlık hizmetlerinin planlanmasında... Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği altında hem yeni üst yöneticilerin, hem hastane içinde farklı pozisyonlarda yeni idareciler meydana geldi, oluştu. Bunlar tabi bürokrasiyi azaltır düşüncesiyle belki hazırlanmıştır ama bürokrasiyi oldukça arttırdı. Hizmetin verilmesi veya yetki anlamında da daha fazla karmaşaya yol açtığını düşünüyorum. E tabi bu sistemi kuranlara sorduğumuzda da mutlaka faydalı olduğunu söyleyeceklerdir ama bu modelin ülkemiz şartlarında uygulanabilirliği tartışmalıdır bence. Sadece Kamu Hastaneleri Birliği değil, aile hekimliği sistemi de aynı şekilde, sorunlu bir şekilde devam etmektedir. İşin temel noktasına indiğinizde ülkenin gerçekleriyle mevcut sistemin işleyişi arasında çok farklı tablolar ortaya çıkmaktadır... Bu sistemde, insanların bir pozisyon alma talebi gittikçe arttı. Yani maddi olarak çok cazip olmasa da bir insanlar arasında bir ünvan, bir yere gelme mücadelesi arttı. Tabi bu gelirirken de

sistemin çok dayanıklı olmaması, sistemin çok basit gerekçelerle insanların görevden alınabilmesinden kaynaklı olarak, insanlar buna benzer mücadeleler içine daha fazla girmeye başladılar.

Bu model, uygulandığı ülkelerden belirli modifikasyonlarla ülkemizde hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Yöneticiler açısından bu modelin ülkemize uygulanabilirliği tartışmalı olmuştur. Ülke gerçekleriyle birebir uyumlu olmayan bir yapılanma yönetici istihdam modeli nedeniyle kurumların verimsiz çalıştığı, çünkü niyetlenen küçük ve etkin yönetim yerini her ilde hastaneleri yönetmek üzere kurulmuş yeni bir bürokratik yapılanmaya bırakmıştır. Yöneticiler açısından bu durum bürokrasiyi artırıcı olarak görülmüştür. Sistem öncesi İl Sağlık Müdürlükleriyle çok gevşek olan idari bağlar Kamu Hastaneleri Birlikleri modelinde yerini sıkı bir şekilde Genel Sekreterlikler altında karar alma kapasitesi elinden alınmış hastane yönetimlerine bırakmıştır. Burada en önemli husus, ithal yöntemleri doğrudan alıp uygulamak değil de, bağlamın oluşmasını sağlayan sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler göz önünde bulundurularak, ülkemizin yönetim ve yönetici mantığını ortaya çıkaracak yönetim modellerine ve yönetici süreçlerine katkı yapacak sistemler üretilmesi olmalıdır (Kırılmaz ve Diğerleri, 2015).

Neticede beş yıllık bir uygulama sonrası Kamu Hastaneleri Birliği uygulaması 2018 yılı içinde 694 sayılı KHK'yla şeklen sonlandırıldı. Ancak getirmiş olduğu sözleşmeli yöneticilik uygulaması devam ettirildi. Bunun yanında, tüm sağlık teşkilatında sözleşmeli yöneticilik uygulamasında geçilmiş oldu. Yeni Kamu Yönetimi anlayışının ve de Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda tüm sistemin yönetici istihdam modeli esnek istihdama evrilmiş oldu.

Kamu Hastaneleri Birlik Modelinde Yöneticilerin Sorumluluk ve Karar Alma Gücü

Kamu Hastane Birlikleri uygulaması, desantralizasyon düşüncesiyle uygulamaya konmuş olup yöneticilerin ve sağlık kurumlarının hareket kabiliyetini artırmak, halkın sağlık ihtiyaçları ve kurumun işleyişini ileriye taşıyacak iş ve işlemlerde yöneticilerin karar alma kapasitelerini artırmak için yerinden yönetimi hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı Bütçe Sunumu, 2013).

Kamu Hastaneleri Birlikleri modelinin yani, sağlıkta Genel Sekreterlik uygulamasının hastane yöneticilerinin sorumluluk ve karar alma sürecine etkileri konusunda ise, uygulamayla hastane düzeyindeki yöneticiler **mali hizmetlerle ilgili sorumluluklarını azaldığı** ifade edilmiştir. Ancak, Genel Sekreterliklerdeki **satın alma süreçlerinin uzamasının sağlık hizmetlerini**

de aksattığı ve daha önceki sistemde bu şekilde işlemediği belirtilmektedir. **Evrak işi ve bürokrasinin arttığı ama verimliliğin azaldığı** öne sürülmektedir. Yöneticilikten ötürü olmasa bile **Bakanlığın getirmiş olduğu şartlardan ötürü iş yükünün arttığı** belirtilmektedir. **Hiyerarşik basamak sayısının artması nedeniyle hastane düzeyinde yöneticilerin personel üzerindeki etkisinin azaldığı** ifade edilmiştir. Bu çerçevede **bu sistemde yönetici sayısının çokluğu ayrı bir sorun** olarak dile getirilmiştir.

K1-B: Yöneticilerin sorumlulukları bir anlamda azaldı... Tabi bir anlamda azaldı, mesela en azından alım satım işi çok fazla yöneticinin şeyinde değil ama.. Genel Sekreterliklere alındı. Yani bu daha çok doğrudan teminlerin yetkileri de. ...Fakat bir de şunu düşünmek lazım, işler bu sefer aksamaya başladı yani, yani alım satım hususunda bir aksama var. Mesela nedir? Eskiden biz yapıyorduk ve ihtiyaçları biz belirliyorduk, ihtiyaçlarımızı biliyorduk. Şu anda toplu olarak yapıldığı için. Mesela iki ayda erişebileceğimiz bir malzemeye 4 ayda 5 ayda erişebiliyoruz. Hani sorumluluğun azalması hizmetin de aksamasına sebebiyet verdi yani.

K3-B: Bence evrak işi çok arttı ama etkinlik ve verimlilik azaldı, ama angarya işler, evrak işleri çoğaldı, başhekimlerin, hastane yöneticilerinin, hekimler üzerinde ağırlığı azaldı diyebilirim, çünkü biz bir sürü sıkıntı yaşadığımızda hekim arkadaşlar ile başhekim çözemesi biz genel sektöre gideriz il müdürüne işi hallederiz gibi cevaplar ile karşılaşırız. Dolayısıyla ikili üçlü başlılık oluştu, ve bunun da iş barışını zorladığını düşünüyorum.

K4-BY: Daha önce İl Sağlık Müdürü ve yardımcıları tarafından yürütülen görevler şimdi daha fazla üst yönetici ile sürdürülmekte izlenimi doğurmakta. Var olan işler ile farklı unvanlarda farklı yöneticiler çalışmakta, görevleri ve sorumlulukları arttı mı, bence var olan görev ve sorumlulukları üstlenen kişi sayısı arttı.

K5-BY: Bu işte, maalesef davul sırtında tokmak başkasında durumu var.

K6-BY: ... 663 ile birlikte başhekim yardımcılarının bu anlamda görev alanları azaldı, idari mali işler müdürlüğünün görev alanları arttı diyebilirim.

K8-BY: İş yükü arttı. Çünkü bu sadece Kamu Hastane Birliklerinin kurulunca değil, sistemin getirdiği yüklerden dolayı da. Yani Bakanlık diyelim ki politikalarında eskiden üç şey istiyorsa şimdi bunu onbeş'e çıkardı, yirmiye çıkardı, otuza çıkarınca ister istemez görev yükü aşırı bir şekilde arttı. Çünkü yapılan işlem sayılı, görev sayısı, iş yükü sayısı ya da tamamen kontrol altında tutma meselesi, sistemselsel bir yönetim gelince de ister istemez arttı.

Kurumsal düzeyde karar verici kişiler olan "Yönetsel elitler" (Policy elites) kendi kurumlarının geleceği ve de kendilerinin göreve devam etme sü-

releri bireysel ve kurumsal olarak başarı için belirlenmiş göstergelere göre sonuç alıcı iş ve işlemleri yürütmeleri gerekmektedir. Ancak, Kamu Hastane Birlikleri uygulaması, yöneticilerin kendi kurumları hakkında karar verme veya geleceğe dair planlarını yapmalarını engelleyici olmaktadır. Bürokratik kademelerin artması yine yöneticilerin karar alma kapasitesini olumsuz etkileyen bir unsur olmuştur.

Hekim dışı yöneticiler açısından Kamu Hastane Birlikleri modeli üretilen hizmetlerin takibini yaptığı için sorumlulukların artması söz konusudur. Sorumluluğun azaldığı alan olarak mali hususlar öne çıkmaktadır. Ayrıca, gelecek sözleşme döneminde göreve devam etme kaygısıyla işlerine daha çok önem gösterdikleri de belirtilmektedir.

Yöneticilere göre, yeni uygulama **göreve devam edebilme kaygısını artırmıştır**. Ayrıca, **Kamu Hastane Birlikleri modeli** bürokrasiyi artırmıştır. Aynı zamanda yapılan işlerin takibi arttığı için hastane yöneticilerinin sorumlulukları artmıştır.

K10-SM: Oldukça arttı, sorumlulukları arttı çünkü hesap verebilecek şey var bir üst kurum var, bu kurum dediğim gibi gerçekten görevini ifa ettiğin zaman bu bir bağlayıcıdır, ne kadar ameliyat yapıldı, ne kadar hasta bakıldı, hastalara ne kadar nasıl bakıldı, memnuniyet durumu nasıl, çalışan bunlar yapılan çeşitli bantlarla işte karne notlarının analizi ile falan bunlar şey yapılabilir yapılıyor da iyi yani.

K11-İM: Hastane yöneticilerinin sorumlulukları bana göre arttı, şimdi bir defa sözleşme imzalıyorsunuz, kendi görev yerinizde ücretsiz izin alarak sözleşme imzalıyorsunuz ve gelecekte bir sözleşme daha imzalayabilirim kaygısı ile hizmet ediyorsunuz, bunu yaparken çalışmalarınıza daha bir önceki atanma yoluyla gelmiş olduğunuz idarecilikle şimdi sözleşme imzaladığınız yöneticilik anlayışınız arasında ciddi manada bir farklılık oldu, şimdi daha fazla dikkat ediyorsunuz, daha fazla.

K13-MY: Hastanelerdeki hastane yöneticilerin genel olarak aslında idarecilerin yetki ve sorumlulukları birazcık daha hafiflemiş oldu. Genel Sekreterlikten, işte merkezi satın almalar, çerçeve ihaleleri ile birlikte hastanelerdeki bazı sorumlulukları genel almaya çalışmıştır. Ama onun dışında hastanenin iç işleyişi anlamında yine yetki görev ve sorumluluklarda bir azalma olduğunu düşünüyorum... Ayrıca yöneticilerin sayısının daha fazla arttığını düşünüyorum. Dediğim gibi Kamu Hastaneleri Birliğindeki Başkanlıklar, Uzmanlıklar, artı bir de hastane zaten her Müdür için yapılan Müdür Yardımcıları atamaları, bunlar sayıları arttırdı.

K14-MY: Bir kısmının sorumluluğu arttı. Bir kısmının azaldı... Hastane yöneticilerinde yetki devri ile özellikle mali konularda, görevlerindeki yükü azalttığını

düşünüyorum. Çünkü birçok satın alma işi ve süreci Genel Sekreterlikler tarafından toplu olarak yapılmaktadır.

Sorumlulukların azalması ve bürokrasinin artması alt kademe yöneticilere doğru gidildikçe sorun teşkil etmemeye başlamaktadır. Daha önceki pozisyonlarında karar alma süreçlerinin sonunda oldukları için verilen talimatların yerine getirilmesi açısından herhangi bir değişiklik yaşanmamıştır. Alt kademe yöneticinin kendi başarısından veya başarısızlığından ötürü görevden alınmasını gerektiren bir kanuni düzenleme bulunmamaktadır. Alt kademe yönetici birlikte çalıştığı üst kademe yöneticinin kararlarından etkilenmektedir. Dolayısıyla, alt kademe hastane yöneticilerinin sorumluluk algılarında belirgin bir farklılık oluşması beklenmemektedir.

Kamu Hastane Birlikleri modelinde başarı veya başarısızlık durumu birçok faktörün yanı sıra hastane yöneticilerinin becerilerinin sınıdığı durumları gösteren karar alma kapasitesinin unsuru olmaktadır. Etkili bir karar alma kapasitesinin olmayışı görevde kalma durumunu da riske eden ve gelecek açısından da belirsizlik ortaya çıkaran bir faktör olmaktadır. Genel Sekreterlik modeli kendi içinde karar alma süreçlerini hep bir üste taşımayı ve orada sonlandırılmasını teşvik eden bir yönetsel hiyerarşiye sahip bir yapılanma durumunda olmuştur.

Kamu Hastane Birliklerinin kuruluşunun yöneticilerin karar alma süreçlerine etkisi dikkate alındığında; Yöneticilerin karar alma kapasitesinin geliştirilmesi bir yana **yerel düzeyde merkezileşme yaşandığını** ifade etmişlerdir. Hastaneler Genel Sekreterliklerden bağımsız hareket edememektedirler. **Hastane üst yöneticilerinin bile karar alma yetkisinin azaldığı** belirtilmiştir. **Genel Sekreterlik üst yönetimi ile ilişkilerin iyi olmaması durumunda mobbinge bile uğrandığı** öne sürülmektedir. Hekim yönetici grubundan bir katılımcı **Genel Sekreterlik uygulaması sonrasında hastanelerdeki yöneticilerin kaale alınmadıkları** ifade edilmektedir. **Eski sistemde hastanelerin daha hızlı hareket edebildikleri ama şimdi durumun kötüye gittiği** belirtilmektedir. **Hastane başhekimliklerinin kadük hale geldiği** belirtilmektedir.

K1-B: ...tabi Başhekimlerin karar alma yetkisi biraz azaldı. Bu konuda daha çok istişare sistemi geldi. Yani daha çok istişare ediyorsunuz. Eskiden Başhekimler bu konuda biraz daha söz sahibiydi. Kamu Hastaneler Birliği bu konuda daha çok karar verici mercii, yani biz hani imza atsak bile bütçeye, şuna buna imza atsak bile, sonuç itibariyle onlar karar veriyorlar, neticede oradaki mali hizmetler karar veriyor, Genel Sekreter karar veriyor. Bizim kapasitemizi azaltıyor tabi ki de... Ya bazen şöyle bir şey oluyor. Mesela çok önemli bir konu oluyor. Finansal açıdan desteğe ihtiyacınız

oluyor. Yani bu konuda o desteği alamıyorsunuz. Yani o desteği alamadığınız zaman dolayısıyla hizmette üretemiyorsunuz yani, anlatabiliyor muyum yani burada ne demek istediği mi? ... hele de yani atamalardaki ahbap-çavuş ilişkisi içerisinde siz yoksunuz. Siz bir anlamda mobbinge de uğruyorsunuz zaten bu konuda yani. Yani bu konuda size mobbing de uygulanıyor hizmet üretmeniz noktasında.

K2-B: Hastane yöneticilerinin alınan kararlara çok büyük katkısı kanaatimce yok, bence azaldığı fikrindeyim... nihai karar vericiler birlik yönetimi... yani bunu yerel bazda bu yetkilerin dağıtılarak bazı hizmetlerin standardizeden çıkarılması daha doğru olur. Bu durum, karar alma süreçlerimizi olumsuz etkiliyor, yani çok merkezîyetçi ve merkezi yönetimlerin sağlıkta doğru olduğu kanaatinde değilim.

K3-B: karar alma gücümüz düştü bence. Daha önce il müdürüne bağlıyken hastane başhekim yöneticileri kendi yataklı tedavi kurumları mevzuatına göre daha etkin ve verimliydiler, ancak genel sekreterlik sonrası çok fazla kale aldıklarını da düşünüyorum, yani genel sekreterlikler daha baskın durumdalar, hastane yöneticilerinin daha pasifize edildiğini diye düşünüyorum, tabi hastane yöneticileri pasifize olunca hastane bakım hizmetleri müdürü ve mali hizmetleri müdürüne ne olduğu belli...

Üst ve orta kademe yöneticilerde kendi görev alanlarında karar verme noktasında ikna etmeleri gereken merci arttıkça karar alma kapasitesinin düştüğü anlaşılmaktadır. Hastane müdür yardımcısı düzeyinde görev yapan idareciler her zaman için kararları uygulamakla sorumlu kişiler olmuştur. Ancak müdür ve başhekim unvanlı kişiler karar alma ve sonlandırma yetkisine sahip olmuşlardır. Genel Sekreterlik uygulamasıyla birlikte harcama konusundaki yetkilerinin azalması ve de personele işlerin daha iyi gördürülmesi noktasında talimatlarının yerine getirilmesi sorunlu bir hal almaya başlamıştır. Modelin yasal ve de yönetim felsefesi açısından kurgusu, merkezin hantal bürokrasisinden kurtulmuş küçük ve etkin birimler öngördüğü halde durum bu şekilde gerçekleşmemiştir.

K6-BY: ... Hastaneler genel sekreterliklere bağımlı hale geldiler, önceden il sağlık müdürlüğü bünyesinde olan hastaneler daha çok bağımsız karar verebilme ve daha çok organizasyon yeteneklerine sahiptiler, genel sekreterlik kavramı ile birlikte neredeyse yapılacak her türlü iş ve işlemde bırakın genel sekreteri, genel sekreterlik bünyesinde çalışan, vafı konusunda şüpheli olduğumuz uzman çalışanlara hesap verebilecek pozisyona geldiler, başhekimlikler itibarsızlaştı bu süreçte birlikte. Dolayısıyla karar alma kapasitemizi çok olumsuz yönde etkiliyor, yöneticiler iş yapamaz hale geliyorlar, mali kaynakların aktarımı da bu şekilde sıkıntılı, örneği hastane başhekimliğinin bir miktar talebi var, bu talebi a projesinde kullanacak diyelim, a projesi için sağlık bakanlığı kaynak ayırıyor ancak genel sekreterlik bunu b projesi

için, kendi düşündüğü b projesi için kullanabiliyor, hastane başhekimlikleri burada kadük kalıyor ve karar veremiyorlar. Gereksiz çok başlılık oluştu, hastaneler Türkiye kamu hastaneleri kurumuna, genel sekreterlikler aracılığıyla bağlıyken aynı zamanda il sağlık müdürlükleri ve onları bağlı bulunduğu bakanlığın ilgili birimlerin koordinasyonsuz çalıştığını gördük, bu yöneticileri iki arada bir derede bıraktı, çünkü çift başlı bir yönetimin her türlü etkisini görmeye başladık biz, o nedenle bir olumsuzluk oluştuğunu söyleyebilirim. ... Genel sekreterliği başkanlarına bağlı çalışan kurum içi yöneticiler, her başkanın kendi pratik yaşantısı ile pratik mesleki yaşantısı ile ilgili söylemlerini uygulamaya başlayınca bu kez üç başkanlık bir genel sekreterlik dört başlılık varsa hastanelerde de dört başlılık ortaya çıkmış olabilir diye inanıyorum, düşünüyorum.

K8-BY: Olumsuz etkiliyor. Yani daha çok gördüğüm o. Olumsuz etkiliyor. Her ne kadar Genel Sekreterlikler tüm ki yöneten, aslında o amaçla gelmiş insanlar olsa da ya da o amaçla çalışıyor gibi gözükseler de pratikte bu mümkün olmadı. Birçok hastane Satın Alma sorunları yüzünden ya da harcama kalemlerinin yapılması konusunda ya da bunun başarılması konusunda, Genel Sekreterlerin tüm iyi bir çatı altında toplama ihtiyacının karşılama yönetimini, Mali yönetimini doğru yapması konusunda pek başarılı olduğu söylenemez. Olan yerlerde de nitelik bozuldu. Sağlığın nitelik hizmetini birazcık bozdu. Hızlı hareket etmesi, manevra kabiliyetini, sağlık hizmetinin o acil kavramında, bunların birazcık problem çıkardığını düşünüyorum...

Hekim dışı yönetici grubu, siyasi referansla gelen yönetici kişilerin bürokratik işleyişi bozduğunu belirtmiştir. Bu nedenlerden dolayı, hastanelerde ast üst ilişkisinin bozulduğu da öne sürülmektedir. Yetki karmaşası ve çok başlılık olduğu ifade edilmektedir. Hastane yöneticilerinin **hastaneyle ilgili kararlarda etkinliğinin azaldığı** ifade edilmektedir.

K11-İM: 663'ten önce kararlar daha çabuk alınabiliyordu, şu anda sanki bir çift taraflı ayrı bir görüş ortaya çıktı, devlet hastanesinin yöneticileri ile bazen kamu hastaneleri birliği genel sekreterliğindeki yöneticiler, şeyi bilemiyor olabilirler, genel sekreterliğinin istediği şeyler, alınan kararlarda hastane yönetici ile aynı karar olamayabiliyor, bana göre bu çok başlılıkta bazı sıkıntılarda...

... Bilmiyorum yani ama biraz bu konuda 663'ten sonra çok fazla yönetici oldu, ciddi manada yönetici sayısı arttı ve artan yöneticiler de hep seçilen kişiler, siyasiler tarafından referanslı gelen kişiler olduğu için fazla ast üst ilişkisi yaşanmıyor diyebilirim, bir yetki karmaşası oldu, yetki karmaşasında hastane yöneticilerinin bence bir aidiyet duyguları bozuldu...

K14-MY: Kamu hastaneleri birliğinin üst yöneticilerinin yetkileri arttı ama hastane yöneticilerinin, Başhekimlerin yetkileri ve etkinliği azaldı bu yeni sistemle. Dediğim gibi daha önceki sistemde sağlık müdürlüğüne bağlıyken, özellikle mali konularda, ihtiyaçların temininde yetki tamamen Başhekim ve hastane müdüründeyken, şimdi o yetki Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Genel Sekreter ve Mali Başkanda toplanmakta. Hastane Başhekimini ve Hastane Müdürü birçok konuda kendisinin iradesi dışında hareket edebilmektedir veya karar alma gücünün azaldığını düşünüyorum.

Kamu Hastane Birlikleri uygulamasının yöneticilerin karar alma kapasitesini zayıflattığı, süreçlere aktif katılımı azalttığı ve en nihayetinde gidererek yönetsel süreçlere yabancılaşma olgusunu da ortaya çıkartma olasılığını üretmiş görünmektedir. Bu durum hiç kuşkusuz belirsizlik ve riskler oluşturmaktadır. Hastanelerde karar alma süreçlerinde etkinliği azalan yöneticiler kendilerini başarılı kılacak herhangi bir proje veya ölçekli işleme girişemeyeceklerdir. Türkiye siyaset sahnesinde hastane başhekimliği görevinde gösterdiği başarılar nedeniyle Sağlık Bakanlığı görevine kadar yükselmiş yöneticiler bulunduğu dikkate alındığında yöneticilerin karar alma kapasitelerinin zayıflatılmasının ne denli önemli olduğu daha iyi anlaşılabilir. Hastane yönetimlerinin bulundukları çevreyi etkileme ve hizmet verdikleri sosyal kesimlere daha iyi imkânlar sunma becerisini gösterebilmeleri müstakilen karar alma otonomisine bağlıdır. Göreve devam konusunda sosyal çevrenin desteğinin alınması fark yaratacak hizmetler için inisiyatif almalarına bağlı olduğundan bu yapıyla gelecek belirsizliği yaşamaları kaçınılmaz olmaktadır.

Kurum yöneticilerinin karar alma otonomisinin artışı çok önemli sağlık hizmeti sonuçları alınmasına da yol açmaktadır (Kırılmaz ve Diğerleri,2015). Aksi durum sağlık hizmetlerinde gerilemeye yol açabilmektedir. Türkiye’de Kamu Hastane Birlikleri modelinin işleyiş etkinliği ve faydaları konusunda herhangi bir kapsamlı çalışma bulunmamaktadır. Ancak, yapılan gözlemlerden hastanelerin, hizmet sunumunda ve işlerin yürütülmesinde proaktif pozisyonunu terk ettiği ve Genel Sekreterliklerden gelecek kararlara göre hareket etmeyi beklediği anlaşılmaktadır. Böylece, hastane yönetimleri politik etkilere de daha fazla açık hale gelmektedirler.

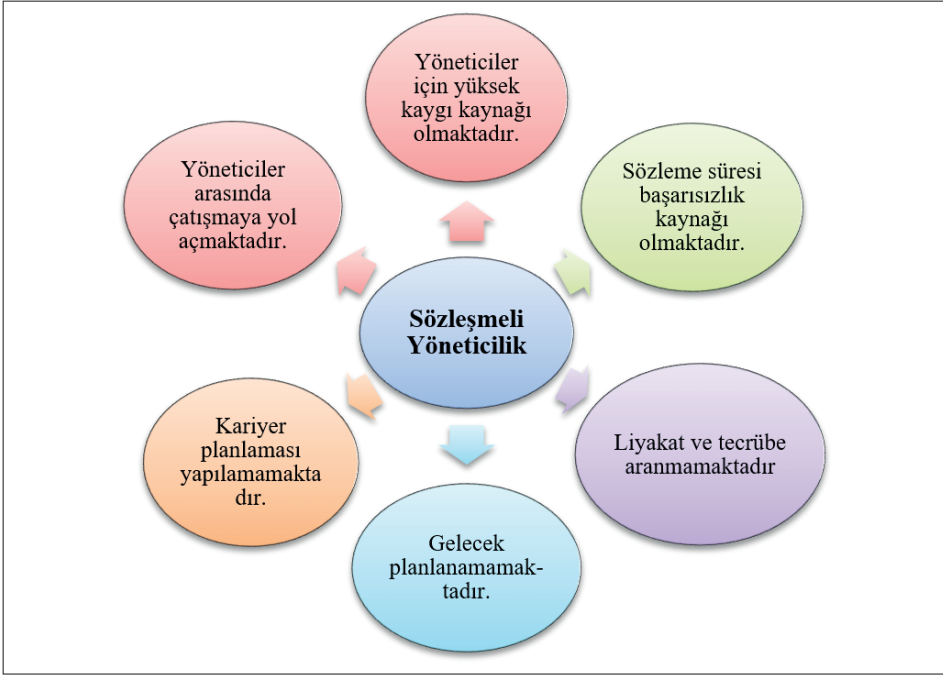
Desantralizasyon deneyimlerinin yaşandığı ülkelerden olan İskandinavya, Danimarka ve Norveç’te benzer sorunlar yaşanmıştır. Uzun süreli bir deneyimden sonra Norveç’te yerel düzeyde karar alma kapasitesinin etkinliğinde azalma ve yerel politik faktörlerin sisteme olan olumsuz

etkisi ve de hastanelerde klinik kalite çıktılarının bozulması nedeniyle de-santralizasyon uygulamasından vazgeçilmiştir (HORN, 2004; Tjerbo, 2009; Byrkjeflot ve Neby, 2008).

Kamu Hastane Birlikleri Uygulamasında Yöneticiler İçin Belirsizlik

Devletin yeniden yapılanması, sağlık sisteminin değişmesi, çevresel veya ekonomik faktörler nedeniyle organizasyonların değişim veya dönüşümü kaçınılmaz hale geldiğinde organizasyonun dönüşümü sürecinde belirsizlikler ve bunun sonucunda kişilerin karşılaşılabileceği riskler ortaya çıkmaktadır. Burns'e (2000) göre büyük ölçekteki değişimlerin zorluğuna rağmen birçok örgüt bu süreçte mücadeleyi bırakmaz ama bu girişimlerin %40 ila %70 arasında bir başarısızlık durumu ortaya çıkabilmektedir (akt. Allen, 2007). Organizasyonun değişim sürecinde bireylerin belirsizlik ve onun getireceği risklerle karşılaşma durumu değişime adaptasyonunu önemli şekilde etkilemektedir. Belirsizlik kavramı, "bireyin bir şeyi doğru şekilde tahmin edememesi" olarak tanımlanmaktadır (Allen, 2007; Herzig ve Jimmieson, 2006). Gelecek durumunun doğru şekilde tahmin edilememesi anlamında yöneticilerin belirsizlik durumu içinde bırakılması kamu hastanelerinin getirmiş olduğu sözleşmeli yöneticilik kavramıyla vücut bulmuştur.

Yeni Kamu Yönetimi (new public management) yaklaşımı, kamu yönetiminde ilk etapta verimlilik ve etkililiği önceleyerek, devletin küçültülmesi, bütçe kontrolü ve kamu harcamalarının kısıtlanmasını öngörürken bu konudaki ikinci nesil anlayış ise ulusal ölçekteki kurumların yerine yerel ölçekte kurumların yapılandırılması ve insan kaynakları yöneliminde yeniden düzenlemeyi gündemine almıştır. Bu çerçevede, işe alım, eğitim, performans yönetimi ve esnek istihdam gibi metotlar öne çıkmaktadır (Björkman, 2018). Kamu Hastane Birliklerinde sözleşmeli yöneticilik uygulaması da bir esnek istihdam modeli olup görev süresince göreve devam konusunda yöneticileri belirsizlik durumu içine itmektedir.



Şekil 25: Sözleşmeli Yöneticilik ve Gelecek Belirsizliği

Görüşme yapılan yöneticiler, **sözleşmeli yöneticilik olgusunun bizatihi kendisinin bir belirsizlik kaynağı** olduğunu öne sürmektedirler. Sürekli olarak bir tedirginlik hali yaşadıklarını ifade etmektedirler. **Gelecek planlaması yapamadıkları** ve kendi durumları için **bir öngöründe bulunamadıklarını** belirtmektedirler. Yöneticiler için göreve devam noktasında yüksek kaygı yaşatıldığı söz konusu edilmektedir. Sözleşmeli yöneticilikte getirilmiş olan **sözleşmelilik süresinin kendisinin başarısızlık kaynağı** haline geldiği ifade edilmektedir. **Sözleşmeli yöneticilik uygulamasının yöneticiler arasında çatışmaya** yol açtığı ifade edilmektedir. Ayrıca, **yöneticilikte liyakat ve tecrübenin artık aranmadığı** ifade edilmektedir. Katılımcılar, **bu sistemde kariyer planlaması yapılamayacağını** da belirtilmektedir.

K1-B: *Yani şu anda ben açık söylemek gerekirse iki yıllık bir sözleşme imzaladığım zaman veya 3 yıllık bir sözleşme imzaladığım zaman önümü göremiyorum. Yani bir yıl çalışıyorsunuz, bir yıl, bir buçuk yıl çalışıyorsunuz, sonra altı ayda bir kere tedirginlik başlıyor sizde, anlatabiliyor muyum, yani hani nedir? Altı ay sonra akibetinizin ne olacağını bilmiyorsunuz, bir şeyler yaparken sürekli huzursuzluk içerisindesiniz, bunu çok fazla yaşıyoruz. Sayılı gün çabuk geçer... Bu şekilde devam ederse tüm sistem çöker.*

K2-B: ... Ben yasal güvence olarak 657'nin koruyuculuğunu, Bakanlık onayının koruyuculuğu olması yanında bir yöneticiyim... Yani bu sözleşmenin idareciler açısından özellikle bu 663'ün çok iyi şeyler getirmediği kanaatindeyim, yani bu genel sekretere bağlı, onun keyfiyetiyle, veya işte kamu hastane birliğine giden bilgilerin yanlış aksedilmesi, keyfiyetiyle birçok arkadaşlarımızın görevden alındıklarını duyuyorum... Bu kamu hastaneler birliği sürecinden sonra idarecilerin çok bir geleceğe yönelik bir hedeflerinin çok olmadığı kanaatindeyim, fakat bir hekim olarak kendi işimize dönüp, kendi işimizi yapabileceğimizin farkındayız.

Yöneticiliği bırakmak zorunda kalırsam, hekimlik yaparım, benim tek mesleğim var inanarak ve özellikle tercih ettiğim bir meslek, hekimlik, tekrar döndüğüm zaman asıl mesleğim olan hekimlik yaparım.

K6-BY: ... Allah'ta biliyor ya, her an hekimliğe geri dönme noktasında istekliyim de, ayrılısam ya da görevden alınsam, en kötü ihtimali söylüyorum, yaptığım birçok başka iş var... Ama yöneticilik açısından hiç kimsenin yarının garanti olmadığını biliyorum.

K7-BY: 58- Sözleşme süresi çok kısa bu nedenle ileriye yönelik hiçbir planlama yapamıyorum.

Yöneticiler için en büyük sorun gelecek planlaması yapamamalarıdır. Yöneticiler için getirilmiş bulunan maksimum sözleşme süresi hiç kimse için henüz uygulanmamaktadır. Aksine, görev süreleri çoğunlukla 2-2,5 yıl arasında bir süreli sözleşme ile belirlenmektedir. Yöneticiler, o göreve gelmek için belirli bir gayret sarf etmekte ve ardından görevden ayrılmamak için çaba göstermektedirler. Ayrıca, karne dönemlerinden ve de sözleşme sürelerinin bitiminden önce yöneticilerin görevden alındığı görülmektedir. Bu örnekler hastane yöneticilerini ve özellikle de üst yöneticileri başarı gayretinden uzaklaştırabilmektedir. Sözleşme süresinin kısa tutulmasıyla yöneticilerin kısa sürede çok daha hızlı ve etkili performans göstermelerini sağlamak amacıyla belirlenmiş olsa da sonuçları açısından ne olduğu takip edilmemiştir.

K8-BY: ... Yani 2,5 yıl- 2 yıl yönetici olunmaz. Eğer bir hekim mesleğini bırakıp tamamen ben yönetici olurum diyorsa, bu konuda da okul okuyorsa, yeteneğini geliştiriyorsa, kurs görüyorsa, para harcıyorsa, emek harcıyorsa, yeteneğini ortaya çıkarıyorsa ve bu konuda da iki yıl bir tecrübe kazanıyorsa ya da başarılı oluyorsa, onun devam etmesi taraftarıyım. Onun daha da ileri, yani bir iki yıl bekleyen bir hekim ya da hekim dışı da olabilir, bir yönetici 2 yıl sonrasına ne olacak bana diye göreve başlıyor, iki yıl boyunca hizmetten ziyade, 2 yıl sonrasını, kendi sonunu düşünmeye başlıyor ister istemez. Bu refleks kendi menfaati etrafında dolaşınca da, hizmette tam kendini vermiyor. Başarı çıkmıyor, nitelik çıkmıyor. İkincisi adalette olmayınca ben

ne yaparsam yapayım da başarı çıkmayacaktır. Başarım ödüllenenmeyecektir. Ben bu işi yürütmek için şu kriterleri, şu yolları izlersem, başarı kriterlerini izlersem gelmeyecektir felsefesi, düşüncesi hâkim oluyor.

Hekimliğe dönme düşüncesi çok sıcak olmuyor... hemen hekimliğe dönülmesi, hemen kolay değildir ama zorda değildir yani neticede eğer çok zorda kalırsa hekimliğe de dönebilir... **bir belirsizlik var şu anda Türkiye’de.** Yani yöneticilikle ilgili eskide kurulan bir hayal, bir gelecek adaletli bir sistem, kariyer basamakları belli olan, o kariyer basamaklarından şu şekilde geçeceğim şunu şunu şey yapacağım, şu okulu bitireceğim, şöyle yapacağım böyle yapacağım, sıçrama tahtalarını şöyle seçeceğim diye bir şey yapıyordun şimdi yapamıyorsun, çünkü **tamamen bunlar şu anda dağılmış durumda...** bu durum özellikle son 2-3 yıldır bozuldu. **Hani 663 ile beraber bu gelen ama profesyonel bir adım atılmadığı gibi, daha sonraki gelen bütün adımlarda da hiç kimse önünün göremiyor, hiç kimse önünü göremediğinde bir kariyer planlaması ya da motivatör bulunamıyor...** Çünkü atanan adam acaba kaç gün sonra acaba buradan alınacağım korkusu daha çok yaşıyor...

Hekim dışı yöneticilere göre **sözleşme süresinin kısalığı çok önemli bir problem** kaynağıdır. Ayrıca, **görevden ayrılmanın zamanı ve görevde kalmanın resmi olmayan kriterleri belli olmadığı** için hep bir **belirsizlik ve yüksek kaygı düzeyi içinde çalıştıklarını** ileri sürmektedirler.

K11-İM: ...şimdi ben 23 – 24 yıllık bir hastane çalışmışlığım var, sağlık sektöründe çalışmışlığım var, bunun 15 yılını idareci olarak çalıştım, bu saatten sonra daha halen bana kendi kadrom esas diyelim ki hemşire, ben bu hemşire kadrosundan yarın öbür gün sözleşmem feshedildikten sonra benim, kendi kadromda çalışabilmem biraz zor, bununla ilgili bana göre bir statü getirilmesi lazım, yani 15 yıldan sonra tekrar gidip serviste hemşirelik yapmanın çok ağır geleceğine inanıyorum... **Gelecek planı yapamıyoruz her an bir stres, bir kaygı içerisinde çalışıyoruz.**

K12-MY: **Gelecekle ilgili hiç bir öngörüle bulanamıyorum.** Belirsizlik yaşıyoruz, yarının ne getireceğini bilemiyoruz, sağlık sektöründe, 663’ü buna engel görüyorum.

K13-MY: Önceden şöyle, hani yine oluyordu aslında, ama şu vardı, hani bir atama vardı, veyahutta bir görevlendirme vardı. Sözleşme diye bir kavram yoktu. Görevinizden hemen alınma gibi bir süreç yoktu. Fakat şu anda göreve geldiğiniz 1 yıl sonra bile görevden alınma gibi bir durumunuz olduğu için, size hazır sözleşmeler, imzalar imzalatıldığı için, istifa sözleşmeleri imzalatıldığı için bunlar burada, bu koltuklarda aşırı sirkülasyonları, birlik kurulduğundan beridir zaten biz bunu görebilmekteyiz. Sirkülasyonun çok daha hızlı olduğunu görebiliyoruz, o yüzden bizim başarısız olmamızı isteyen bireylerin daha fazla arttığını ve bu koltuklara olan talebin

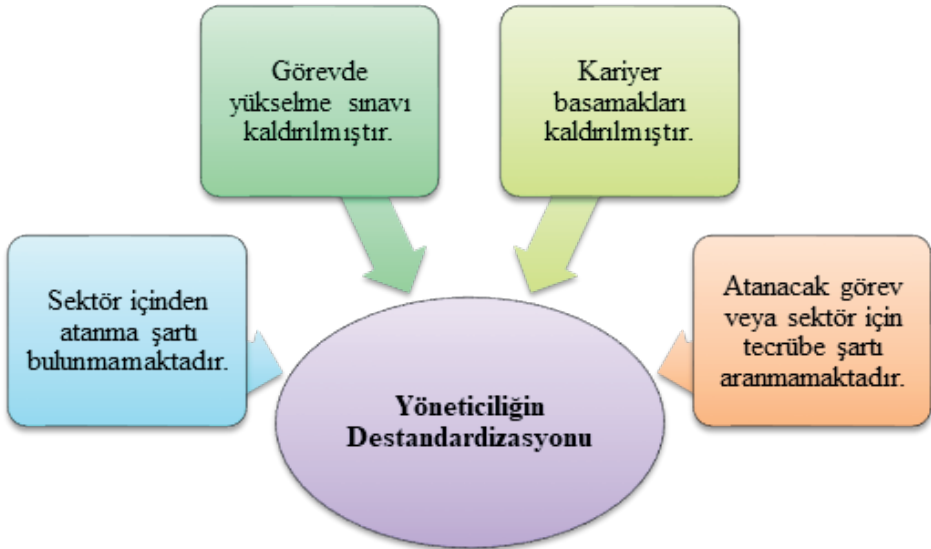
arttığını görebiliyoruz. Bugün görevden ayrılacak olursam sağlıkçı kökenliyim, mesleğime devam ederim.

K14-MY: 2 yıllık sözleşmeye dayalı olduğu için yöneticiler arasında her zaman bir çekişme, bir rekabet, bir belirsizlik olduğu için, ekip ruhunu bozduğunu düşünüyorum. ... Kaygılarımız var, geleceğimizin nasıl olacağı ile ilgili bir belirsizlik var. Sağlık sisteminde, özellikle yönetim ile ilgili kısmında çok sık değişiklikler olması bizim geleceğimizi de etkilemektedir. Zaten 663 sayılı Kanun Hükmünde kararname ile yöneticiler çoğunlukla 2 yıllık sözleşme ile göreve alınmakta. 2 yılın bitmesinden önce bile, birçok yönetici görevden alınmakta ya da görevi değiştirilmektedir. Bu yüzden yönetici olarak yarının ne olacağını pek öngöremiyoruz.

Yönetici grupları açısından ele alındığında, sözleşme süresinin kısıltığı bütün meslek grupları için önemli bir sorun ve belirsizlik kaynağı olarak görülmektedir. Öte yandan, yöneticilik sonrası görevden ayrılma halinde hangi işin yapılacağı konusunda yönetici grupları arasında mesleki farklılıklar tespit edilmiştir. Buna göre, hekim meslek grubuna dâhil yöneticiler görevden ayrılmaları halinde ilk etapta zorlanabilecekleri (uzun süredir mesleklerini icra etmemelerinden ötürü) ama mesleklerine rahatlıkla devam edebileceklerini belirtmektedirler. Her iki yönetici grubunda da *ontolojik güvenlik kaygısı* (Mitzen, 2006) yaşanıyor olmasına karşın hekim dışı meslek grubu yöneticilerinde ontolojik güvenlik kaygısının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu grupta kimlik kaygısının (mesleki ve statüsel) daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Çünkü öteden beri hekimlik mesleği otonomisi yüksek olduğu için sağlık sektöründe en saygın meslek grubu olarak görülmektedir. Bu nedenle mesleğe geri dönüşlerde sadece meslekten uzaklaşmış olmanın verdiği bir alışma süresi rahatsızlığı yaşandığı düşünülmektedir. Ancak diğer meslek grupları açısından otonomisinin yüksek olmadığı ve genel idari hizmetler sınıfına dâhil bir kişinin yöneticilik dışında bir meslek icra etmiyor oluşu mevcut kaygıyı daha da artırmaktadır. Ayrıca, sözleşmeli yöneticilik uygulaması, getirdiği belirsizlik ve yüksek kaygı düzeyi ile yöneticilerde geleceğe olan güven duygusunu aşındırdığı düşünülmektedir.

Bireyler için belirsizlik ortaya çıktığında birey geçici bir süre için de olsa, hareket yeteneğini yitirmektedir. Endişeyi üzerinden atmadan, yeniden risk alma ve belirsizliğin içine girmek mümkün olmamaktadır. Belirsizlik ve risk kavramlarının, içerik itibarıyla birbirinden farklı olması, risk ya da belirsizlik ile karşılaşıldığında verilen tepki ya da geliştirilen eylemi de farklılaştırmaktadır. Belirsizlik karşısında bireyin ilk tepkisi şaşkınlık ve kararların ertelenmesi olurken; risk karşısında ise birey belli bir bedeli göze alarak bu faktörü

karşılamaştır. Bu çerçevede, risk karşısında kişi ya da kurumlar riskten kaçınma ya da riskle yüzleşme seçeneğini tercih etmektedirler (Yalçınkaya ve Özsoy, 2003; Çuhacı, 2007). Sözleşmeli yöneticilik döneminde yöneticilerin kendilerini hep bir belirsizlik içinde hissettikleri ve karar alma süreçlerinde zayıflama olduğu katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu yönüyle, yöneticiler riskle karşı karşıya ve her sözleşme gözden geçirme döneminde riskle yüzleşmektedirler. Bu durumun yöneticilik olgusu üzerinde de aşındırıcı bir etkisinin olduğunu düşündüren kanıtlar mevcuttur. 1) Yöneticilik görevine atanmak için görevde yükselme sınavı kaldırılmış durumda, 2) Yöneticiliğe atanmak için kariyer basamakları kaldırılmış, 3) atanacak görevde ve sektörde tecrübe kazanmış olma şartı bulunmamaktadır, 4) sektör içinden atanma şartı bulunmamaktadır. Bu durum, yöneticiliğe atanma ve yöneticiliğe devam etme veyahut da yöneticilikten ayrılma konularını neredeyse kuralsız hale getirdiği için bu kapsamdaki sözleşmeli *yöneticilik destandardize* edilmiştir (Beck, 1992). Böylece bir başka belirsizlik kaynağı için kapı aralanmış olmaktadır. Ayrıca, 2018 yılında yapılan yeni düzenlemeyle birlikte Bakanlıkça ek bir şart getirilmeyecekse kanuni düzenlemelerde sözleşmeli pozisyonlara yönetici olarak atanacak kişilerde daha önceki düzenlemelerde aranan 3-5-8 yıl iş tecrübesi aranma şartı kaldırılmıştır.



Şekil 26: Sözleşmeli Yöneticiliğin Destandardizasyonu

Sözleşmeli Yöneticilik ve Verimlilik Karnesi

Bu kategori altında, hastanelerde sözleşmeli yönetici olarak görev yapan kişilerin sözleşmeli statüde Kamu Hastane Birlikleri Genel Sekreterliklerinde yönetici olarak görevlendirilmeleri, yöneticilik görevini sürdürürken hangi kaynaklardan yararlandığı, görevde kalma, verimlilik karnesi ilanı ve görevden alınma sürecinin işleyişi gibi süreçler Aktör İlişkiği Kuramının (AİK) bazı kavramlarıyla incelenmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda, “tercüme/çeviri” süreçlerinin nasıl gerçekleştiği ve bu konu ile ilgili olarak katılımcı görüşleri analiz edilmeye çalışılmıştır. Bu analiz yapılırken Sağlık Bakanlığının mevzuatları ve katılımcılarla yapılan derinlemesine mülakatlarından elde edilen verilerden yararlanılmıştır.

Dünya Bankası (2003:V) raporunda hastanelerin özerkleştirilmesi için öngörülen yaklaşım Sağlık Bakanlığı ve SSK’ya ait hastanelerin Bakanlıklardan ayrı özerk örgütlenmeye gitmesi önerilmiş olmasına karşın Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hek iki kuruma ait hastaneler önce tek çatı altında birleştirilip daha sonra 663 sayılı KHK ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurularak Sağlık Bakanlığının ilgili kuruluşu haline getirilmiştir. Birinci aşamadan sonra her sağlık tesisine ayrı ayrı özerklik tanınması ve sağlık tesisinde bulunana tüm personelin de sözleşmeli statüye geçirilmesi önerilmiştir. Bu önerinin her sağlık tesisine özerklik tanıma bölümü Sağlıkta Dönüşüm Programında (2003: 31) aynen yer bulmuştur. Ancak, burada da sözleşmeli statüde istihdam sadece yönetici grubu için uygulanmıştır. 2018 yılında yapılan kanuni düzenleme ile sözleşmeli yöneticilik istihdamı Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının tümüne yaygınlaştırılmıştır.

Sözleşmeli Yöneticiliğe Alınma

Cresswell ve Diğerleri’ne (2010) göre Aktör İlişkiği Kuramında merkezi önemdeki temel fikir, ilişki ağlarının nasıl oluştuğu, hangi birlikteliklerin var olduğu, nasıl hareket ettikleri, aktörlerin ilişkiğine nasıl dâhil oldukları/kayıt oldukları ve ağın bir kısmının bütün ağı nasıl şekillendirdiği yanında veya ağların geçici istikrarının nasıl sağlandığının izlenmesi ve açıklamasının oluşturulmasıdır. Burada amaç, güç gibi sosyal etkilerin ortaya çıkışı ve kullanımı hakkında detaylı bilgi edinmektir. AİK’in temel ilgi alanını güç oluşturmamakla birlikte ilişki ağının oluşumunda güç merkezi rol almaktadır. Zira ilişki ağının oluşmasında “güç” bir nevi başlangıç noktası işlevine sahiptir.

Kamu Hastane Birliklerinde sözleşmeli yönetici olarak görevlendirilme süreci AİK'in kavramlarından olan "tercüme" süreci ile tartışılabilir. AİK'te Tercüme, belirli bir amacı olan baş aktörün kendi hedefleri doğrultusunda ilişkiyağına kendi belirlediği aktör ya da aktantları dâhil etmesi sürecini tanımlamaktadır. AİK'e göre, aktörler ağa kaydolurlar, çünkü çıkarlarının ağın içindeki diğerleriyle uyumlu olduğunu algırlarlar, böylece herkesin hedeflerine ulaşabilmesi için ağın eylemlerini kontrol etmek ve koordine etmek için baş aktöre iktidarı devrederler (Latour, 1987). Burada, sözleşmeli yöneticilik ilişki ağı oluşturulmaktadır. Kişilerin hastanede yönetici olarak göreve başlaması siyasi, bürokratik, hukuki ve teknik bir takım süreçlerin takip edilmesini gerektirir. Sözleşmeli yöneticilik ilişki ağına dâhil olmazdan önceki ilişki ağları bu çalışma kapsamında değerlendirilmemiştir. Dolayısıyla, süreç bürokratik düzlemde başlayarak ele alınmıştır. Çalışanlar yönetici olarak sözleşme imzalamadan önce dâhil oldukları ilişki ağlarıyla ve bunun ürettiği güç ilişkileriyle sözleşmeli yöneticilik ilişkiyağına dâhil olma aşamasına gelmektedirler. Araştırmamızdaki yöneticiler, ilişkiyağına dâhil olmuş aktörlerdir.

Hekim yöneticiler sözleşmeli yöneticilik görevine tecrübesiz kişilerin atandığını belirtmektedirler. Özellikle idari ve mali hizmet grubu yöneticilerin atamasında sorun yaşandığını da ifade etmektedirler. 663 sayılı KHK'nın atamalarda liyakat ve tecrübe konusunda olumsuz manada bir dönüm noktası olduğunu öne sürmektedirler.

K1-B: ... Hayatlarında hiç yöneticilik yapmamış insanların, yönetici koltuklarında oturduğu ve yanlış işler yaptıklarını görüyorsunuz... Bu alanda tecrübesiz daha önce iş tecrübesi olmamış insanların istihdam edilmemesi gerektiğini düşünüyorum...

... Valla bu yöneticiler ahbap çavuş ilişkisiyle atanıyor gibi geliyor bana. Çokta böyle tecrübeler dikkate alınmıyor, bu arkadaşın tecrübesi vardır, şu vardır, bu vardır diyerekten atanmıyor yani. Bilhassa hem idari işler müdürü, hem hastane yöneticileri, Başhekimler bugün incelenecek olursa onların atamasında sorunlar yaşanıyor. Bence son derece tecrübesiz yöneticiler atanıyor.

Araştırmamız kapsamında katılımcı olarak yer alan yöneticiler hastane yöneticilerinin sözleşmeli yöneticilik ilişkiyağına dahil/kayıt olma sürecinde, önceki dönemde yöneticilik görevlerinde bulunmuş olduklarından avantajlı konumda bulunmaktadır. Sözleşmeli yöneticilik ilişki ağına alınan her bir aktör mikro ölçekteki ilişki ağının yapısını değiştirmektedir. Ülke düzeyinde sözleşmeli yönetici ilişki ağının oluşma aşaması olarak Tercüme süreci, "baş aktör" olarak Sağlık Bakanlığı'nın otoritesi altında yürütülmektedir.

İlişki ağının başlangıcında güç olgusunun gerekliliği söz konusudur. Bu çerçevede, French ve Raven(1959) tarafından tanımlanan beş güç çeşidi bulunmaktadır. Zorlayıcı güç, yasal güç, ödüllendirici güç, uzmanlık gücü ve bilgi gücü. Baş aktör, bu güçlerin bir veya birkaçını veya tamamını kendinde taşıyabilir. Sağlık Bakanlığı neredeyse bütün güç türlerini uhdesinde bulundurmaktadır. Süreci başlatma hakkını kendinde bulundurması açısından yasal güç ve aktörleri ilişki ağına dâhil etmesi açısından da ödüllendirici gücünü kullanmakta ve yine aktörleri ilişki ağından çıkarması noktasında da cezalandırıcı güç kullanılmış olmaktadır.

Kamu Hastaneleri Birliklerinin kuruluş amacı, hastanelerin yönetiminde desantralizasyon ve statik yöneticilikten performans esaslı yöneticiliğe geçmek olarak tanımlandı. Baş aktör tarafından, **kamu hastanelerinin değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için şu andaki merkeze bağımlı yapısından kurtulması gerektiği ifade edilerek ve ayrıca statik yöneticiliğin hastanelerde verimli bir yöneticilik faaliyetini sağlamadığı ve dolayısıyla hastanelerin verimsiz çalışması bir problem olarak saptanmıştır.** Çözülmesi gereken sorun, verimsiz hastanelerin hantal yapısından kurtarılması ve sorunlara hızlı çözümler üretebilen dinamik kurumlar/hastaneler oluşturulmasıdır. Bunun için, Sağlık Bakanlığı'nca insan olmayan bir aktant olarak 663 sayılı KHK'nın belirli maddeleri sözleşmeli yöneticilik ilişki ağına dâhil olma açısından kurallar getirmektedir. Bu kurallar;

- Tıbbi Hizmetler Başkanlığı ve Başhekim ve başhekim yardımcılığı (Sağlık lisansiyeri de olabilir) için hekim olmak ön şartı ile 5-8 yıl arası iş tecrübesine sahip olmak.
- Diğer bütün görevler için ise lisans mezunu olma ve 5-8 yıl arası iş tecrübesine sahip olmaktır.
- İş tecrübesinin sağlıkla ilgili olma zorunluluğu bulunamamaktadır.
- Sözleşmeli yöneticilik görevine gelmek için yukarıdaki özellikleri taşımak kaydıyla devlet memuru olma şartı da bulunmamaktadır.

K2-B: Ben kesinlikle atamalarda sorun olduğunu, yaşandığını düşünüyorum, çünkü bazı etkenlerin bu atamalara kesinlikle müdahale ettikleri ve kendinden olan insanları ve atanmalarını istedikleri kanaatindeyim, yani bu bir siyasi görüşte olabilir, bir sendikal görüşte olabilir veya bir grubun camianın görüşü de olabilir, bunların etkisi olduğu kanaatindeyim, fakat bunun, bunların tamamen sıyrılmış, tamamen liyakat'a dayalı bir atama olmasını tavsiye ediyorum, yani umuyorum.

K3-B: ... Şu andaki yapıda herhangi bir sınavla atanma söz konusu değil sağlık bakanlığında... Atamalarda sorun yaşanmaktadır, neden yaşanmaktadır, bir tanesi siyasetin politikanın ağırlığını hissettiriyoruz, ikincisi sendikaların bir kısım ağırlığını hissedebiliyoruz bazı atamalarda, mevcut siyasetin kendine yakın insanları atadığını görebiliyoruz, bu tür şekilde içine sinmeyen kişiler atanabiliyor...

K5-BY: ...Bütün yönetici atamalarında maalesef ilk kriter, "bize ne kadar yakm", "sözümüzü dinler mi". Bu arada bu "biz" de kimdir, ve ne sıklıkla değişir o da belli değil.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık teşkilatının ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde hastanelerde görev yapan yöneticilerin yadsınamaz etkisi olduğu değerlendirilmektedir. Ancak, sözleşmeli yöneticilik uygulamasında gerek kişilere verilen ücretler ve gerekse de yöneticiliğe atanmak için konulmuş kuralların görelî olarak bazal düzeyde tutulmuş olması ehil olsun veya olmasın birçok kişinin bu görevlere gelme isteğini artırmıştır. Ayrıca, yapılan işin karmaşıklığı veya güçlüğü bir yana, alınacak kararlar veya yapılması planlanan projelerin sonuçları hakkında geçmiş bir tecrübenin bulunmayışı kurumları başarı anlamında geriye götürebilmektedir. Katılımcıların belirtmiş olduğu görüşlerden ve yapılan gözlemlerden anlaşıldığı kadarıyla atamalarda kanunda öngörüldüğü şekliyle sözleşmeli yöneticilik ilişkiğine dâhil edilen aktörlerin ehliyet ve liyakatı hususu, aktörlerin bütünlük algısını bozacak bir durum olarak değerlendirilmektedir.

K6-BY: 663 kanun hükmünde kararname ile yönetici atamalarında sorun yaşadığını düşünüyorum... Bazı atamalarda sorun yaşıyor. İdari ve mali işler müdürlüğü ayağı en fazla, müdür yardımcıları pozisyonunda, özellikle idari mali işleri müdürlüğü ve müdür yardımcıları üzerinde, ayağında sorun olabileceğine inanıyorum.

K7-BY: Hastaneye yönetici atamalarında daha çok siyaset ön planda oluyor. Bakanlığın bununla ilgili yapmış olduğu karne çalışması dahil çalışmalar mevcut. Ancak, bunlar oldukça yetersiz uygulanıyor.

Atamalarda liyakat ve vefa oldukça eksik. Bu nedenle, atamanın sorunlu olduğunu düşünüyorum. Ve bence en çok idari-mali işlerle ilgili yönetici atamalarında sıkıntı var. Daha önce idari ve mali işler ile bilgisi olmayan kişiler direkt atanabiliyor.

Hekim Yönetici grubuna dâhil katılımcıların görüşlerinden ilk başta sisteme inandıkları ancak zaman içinde yapılan atamalar görüldükçe yönetici atamaları açısından bütünlük algısının bozulmaya başladığı anlaşılmaktadır. Çünkü problemleştirme aşamasında ve aktörlerin ikna edilmesi sürecinde baş aktör tarafından yöneticilerin ehil kişiler arasından seçileceği ve bu süreçte liyakatın gözetileceği ifade edilmiştir.

K8-BY: Bütün yönetici atamasında sorun var, hepsinde de sıkıntı olabiliyor. Bugün birçok yönetici profiline baktığımızda o işin niteliğini yapamayacak durumdayken bir bakıyorsunuz ki rahatlıkla o pozisyona getirilmiş durumda. Ya da niteliği ön plana çıkmıyor. Belki de 663'e hızlı geçildi ya da planlarken çok da iyi stratejik bir geçiş ya da daha profesyonel bir geçiş olabilir de ve konulan kurallarda daha normlaşabilirdi, daha oturaklı herkesin kabul ettiği, herkesin inandığı bir şey olabilirdi.

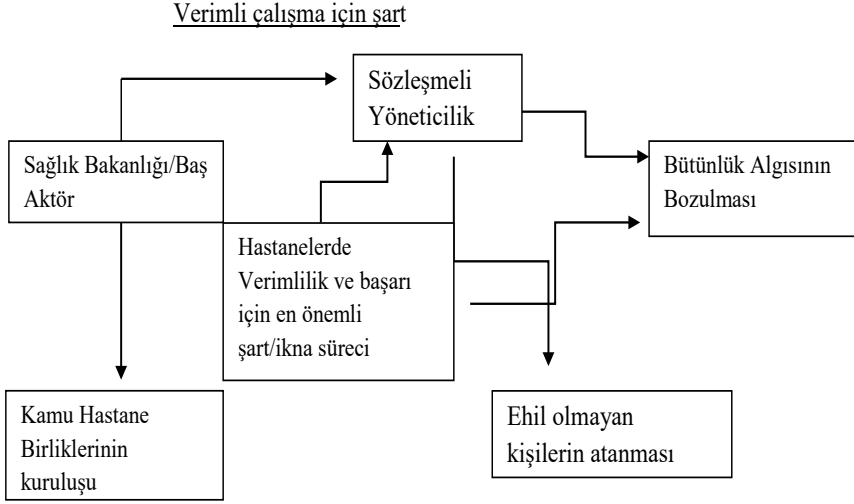
663 sayılı KHK'yla gelen bir ilke olarak bütün yönetim grubunun görevden alınması ihtimali ve imkânı yönetim gurubunda yer alan aktörlerin her birinin en üst düzeyde niteliklere sahip olma sorumluluğunu yüklemektedir. Aksi halde sözleşmelilik büyük bir risk ve belirsizlik kaynağı olarak kendisini çok daha fazla hissettirecektir. Zira tecrübesiz yöneticilerin sorumluluğunda olan göstergeler genel başarı durumunu etkileyecektir. Hastanenin grup düşmesi veya başka nedenlerle başarısız kılınması halinde bu başarısızlıkta doğrudan payı olmayan kişilerin de etkilenmesi söz konusu olmaktadır.

Baş aktör olarak tespit edilen Bakanlık tarafından, ödüllendirme gücü ve bilgi gücü kullanılarak hastaneleri daha verimli çalıştırabileceği düşünülen aktörler *ikna edilerek* ilişki ağına dâhil edilmektedir.

İkna edilen aktörlerle yönetici sözleşmesi karşılıklı olarak imzalandıktan sonra *kayıt kabul süreci/dâhil olma* başlamış olmaktadır. Bu sözleşme, bir aktant olarak diğer insan olmayan aktör/aktant olan bilgi sistemlerine ki bu sözleşme sürecinde, ÇKYS (çekirdek kaynak yönetim sistemi)'ne işlendikten sonra *kayıt olma/dâhil olma* süreci tamamlanmış olur.

Baş aktör olarak Sağlık Bakanlığı'nın bütün sözleşmeli yöneticileri görev ve başlatma işlemi de *müttefiklerin mobilizasyonu* olarak değerlendirilmektedir. Baş aktör bunu yasal ve zorlayıcı gücünden almaktadır. 2012 yılı Kasım ayı onbin müttefikin yeni kimlikleriyle (yönetici olarak) aynı anda mobilize edildiği bir dönem olmuştur.

Kayıt kabul ve ikna süreçlerinde Yöneticiler tarafından önemli sorunlar olduğu ifade edilmektedir. Örneğin, baş aktör tarafından tanımlanan problemin çözümü için **doğru aktörlerin seçilmediği** ifade edilmiştir. Bu çerçevede, aktörler tarafından ise, sağlık alanında yönetim **tecrübesi bulunmayan birçok kişinin yönetici olarak atandığı** öne sürülmüştür. Şartların objektif olmadığı öne sürülmektedir. Yönetici atamalarında siyaset ve sendikanın etkili olduğu dile getirilmiştir. Bu haliyle sözleşmeli yöneticilik açısından hastane yöneticiliğine atanma, bir şekilde kural dışılaştırılma yolunda ilerlemektedir.



Şekil 27: Sözleşmeli Yöneticilik İlişkisi Oluşumu

Hekimdışı yönetici grubunda da benzer şekilde, yönetici atamalarının içeriği neticesinde probleme dair *bütünlük algısında bozulma* yaşanmıştır. Yönetici atamalarının adil yapılmadığı öne sürülmektedir. Sağlık sisteminin içinde yer almayan kişilerin sağlıkta yönetici olmasını kabullenemediklerini belirtmektedirler. **Atamaların sınavla yapılmadığı için sorunlu olduğu** ifade edilmektedir. Ayrıca, **hastaneleri bilmeyen kişilerin yönetici yapılmasının başlı başına sorun kaynağı haline geldiği** görüşünü de dile getirmektedirler.

K10-SM: Atamada sorun yaşandığını düşünüyorum, çünkü yönetici atamalarının çoğu zaman yani hep şu anda olduğu gibi adil bir şekilde yapıldığını düşünmüyorum. Aslında iyi mi kötü mü, yani yapılan sözleşmeli atamalarında yöneticilerin seçilmesi, bazen diyoruz ki işte 2 yıl geçse de işte şu yöneticimiz, ya da şu işi iyi yapmayan yöneticimiz, yönetici arkadaşımızın yerine daha işin ehli olan biri gelse dediğimizde ferahlıyoruz, ama bu süreç değiştiği zaman da gerçekten işini çok iyi yapan yöneticilerimiz de bir şekilde kendini ifade edemediğinde bir dahaki dönem, bir sonraki dönem görevinde olamayabiliyor, bu yüzden karışık bir sistem diyeyim, yani bunun bir standardı bence olmalı, bir yönetici seçilirken sözleşmeye göre değil de 2 yıllık sözleşme sonucunda işte her talip olanın gücüne bağlı olarak değil de yani kendini oraya getirebilme kaynaklara bağlı olarak değil de o kişiyi işin ehli olması, işini güzel yapması, doğru yapması, hastaneye, çalışanlarına, kendine faydalı olması, olan kişilerden seçilmesi bunun bir kritere göre yapması gerekiyor, herkes yönetici, yani her isteyen yönetici olmamalı, bir standardı olmalı.

Bütün yöneticilerin atamasında başhekim, başhekim yardımcı, müdür, müdür yardımcısı, idari mali hepsinde sorun yaşanıyor.

K11-İM: Geçmişten bugüne, bugün dünden çok çok daha iyi, bugün bana göre hastane yöneticisi atanırken birazda eğitim durumuna artık bakılmaya başlandı, en az bir lisans mezunu olması gerektiğine inanıldı... Şu anda bütün atamalar genel anlamda her, sağlık yöneticileri biraz daha özene bezene bu işin kalifiye eleman olduğuna bakılardan, eskiden göreve başlarken belli bir kriteri yoktu, mesela diyelim ki 5 yıllık hizmet, hizmetinin olup olmadığına bakılmıyordu, şu anda hastane yöneticisi atanırken, 8 yıl, diyelim ki başhekim için...

Bana göre yönetici atamalarında sorun elbette yaşanmakta, ben sağlık sisteminde, sağlık sistemini bilmeyen birinin gelip sağlık teşkilatının içerisinde yönetici olmasını kabullenemiyorum, diyelim ki eskiden bir, ben branş söylemeyeceğim, sağlıkla ilgili hiç bir alakası olmayan bir kurumda veri hazırlama memuru iken, bir sınava girip kendi kurumunda şube müdürü oluyor ve o şube müdüründen bizim hastane ve hastanede, hastanenin h'sinden anlamayan, anlamayan belki biraz abartı olur ancak hastane hizmetlerinin nasıl yürütüldüğünü bilmeyen bir kişinin hastanenin yönetilmesinde elbette ciddi manada sıkıntıları yaşanmakta, buna özellikle yukarıdaki yöneticilerimiz, gerek siyasilerden gelen taleplerin, talepleri minimize edebilecek bazı kriterleri getirerekten siyasileri de frenleyebilirler, bu manada bana göre sağlık sistemini bilmeyen bir kişinin veya başka kurumda gelen bir kişinin kurum içerisinde yönetici olması, kurumda ciddi manada zarar vermekte. Özellikle hastane müdürü, müdür yardımcısı atamalarında bu oluyor...

Aktörler baş aktör/Sağlık Bakanlığı tarafından ilişkiğine ikna edilerek dâhil edilmelerine rağmen zaman içinde aktörlerin **bütünlük algısı bozulmaya** başlamıştır. Bu durum, hiç kuşkusuz atama için öngörülen şartların belirli niteliğe haiz kişilerin atanmasını sağlamadığı ve çalıştıkça sözleşmeli yöneticilik uygulamasının başarıdan çok belirsizlik ürettiği için yaşanmaktadır. Böylece, ilişkiği kururlurken yapılan problemleştirme kendiyle çelişik görülmeye başlamaktadır. Bunun sonucunda, sistemin meşruluğu sorgulanmaya başlamaktadırlar. Nitekim atama örnekleri ve bunun sonuçları katılımcılar açısından ciddi şüphelere yol açmıştır. Ancak, her atama döneminde aktörlerin yeniden ilişki ağına dâhil olma ihtiyacı, ikna sürecinde baş aktörün yani Sağlık Bakanlığı'nın ödüllendirme mekanizması olarak kullandığı gücün aktant olarak ilişki ağını yeniden biçimlendirmesinden ileri gelmektedir. Bu ilişki ağına dâhil olma noktasında aktörlerin baş aktör tarafından ikna süreci her iki tarafın karşılıklı rızasıyla yürümektedir. İlişkiğinde kalma yani sözleşmeli statüde yönetici olarak devam etme noktasında baş aktö-

rün aktörleri sürekli ikna çabası bulunmamaktadır. Ödüllendirici güce sahip olması sürekli ikna sürecinin en önemli parçasıdır.

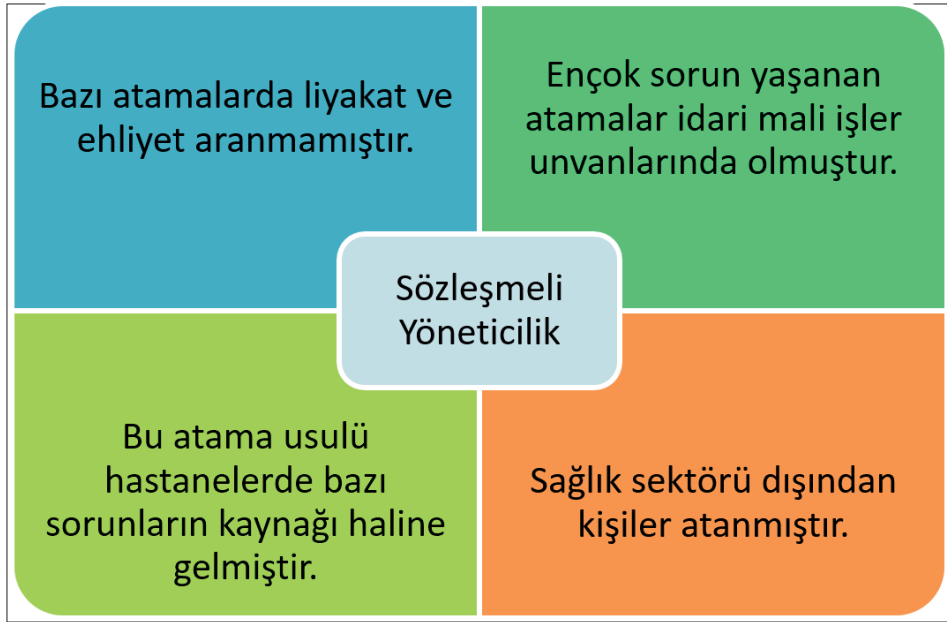
K12-MY: Yani ben hem hastane yönetiminde de hem diğer yöneticiliklerde de belli bir evreden geçmeden, belli bir çalışmadan geçmeden direk yönetici olmayı kendi şahsım adına doğru bulmuyorum... Yani, hani insan çekirdekten yetişince daha iyi kavriyor her şeyi, yavaş yavaş, dolu dolu geçirerek gelmek bir makama gelmek, o makamın hakkını vermek için daha faydalı olduğuna inanıyorum. Yani olduğu oluyor tabi ki, belli bir tecrübeye sahip olmadan atanmasının bazı sıkıntılarını yaşadığımız çok oldu, oluyor yani.

K13-MY: Tabi şu anda hastane yöneticilerinin atamalarında her ne kadar belli bir eğitim şartı ve liyakat şartı aransa da bu kişiler arasındaki tercihler daha çok aslında hani hastane yöneticisinden ziyade mevcut bölgenin siyasi dengeleri artı birde sendikal olarak dengelere göre hareket edilmektedir.

Atamalarda sorun var çünkü sonuçta sınav kuralı yok. Sadece Lisans mezunu olma veyahutta Yüksek Lisans mezunu olma veyahutta işte belli bir hizmet süresine tabi tutulma gibi genel ortak kavramlar yer aldığı için, gerçek anlamda bu işi yapabilecek etkin bireylerin görev alması kısmında engelleme oluyor. Daha çok dediğim gibi siyasi ve sendikal baskılar bu sürecin bu şekilde ilerlemesine sebep olunabiliyor.

Atama sorunları zaten daha çok hastanedeki, daha doğrusu bütün süreçlerde yaşanmaktadır. Başhemşirelik bu konuda çok daha esnek bir yapıya sahip, çok fazla talep olmadığı için aslında Başhemşirelikte onunla ilgili çok fazla sıkıntı yaşanmamakta fakat Müdür, Müdür Yardımcılıkları ve Başkanlıklar konusunda talepler fazla olduğu için, burada siyasi ve sendikal kaygılar maalesef kişilerin gerekli bilgi-beceri tecrübelerinin önüne geçmektedir. Liyakatın önüne geçmektedir.

Yönetici olarak atanma süreci, baş aktör tarafından sözleşmeli ilişki ağına dâhil edilme sürecinde kişilerin içinde bulunduğu diğer ilişki ağları (sendika, siyaset vb) birer aktant olarak bu ilişki ağında yer alabilmesi için etkili olabilmektedir. Sözleşmeli yöneticilik ilişkiağından çıkmak genellikle aktörlerin/yöneticilerin istemediği bir husus olmaktadır. Ayrıca, bütünlük algısının bozulmuş olması da aktörlerin ayrılmasını etkileyici bir faktör olmamaktadır.



Şekil 28: Sözleşmeli Yöneticilik ve Atama

Göreve Devam veya Görevden Alınma

663 sayılı KHK uyarınca yöneticilerin göreve getirilmesi genellikle sözleşmeyle başlamaktadır. Kanun uyarınca Sağlık Bakanlığınca sözleşmeli yönetici olarak atanan kişilerin göreve devamı ve görevden alınmasında verimlilik esaslı yapılacak performans değerlendirmesi neticesinde görevine devam veya görev sonlandırması yapılmaktadır.

Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge 2012 yılı Kasım ayında sözleşmeli yöneticilerin başarı durumlarını ölçmek üzere yürürlüğe konmuştur. 663 sayılı KHK uyarınca bu yönergeye göre kişiler ve görev yaptıkları hastanenin başarı durumunun değerlendirilmesi neticesinde yöneticilerin göreve devamı veya görevinin sonlandırılması yönünde karar verilmektedir. Dolayısıyla, bu yönerge sözleşmeli yöneticilik ilişki ağı içinde **değişmez hareketliler** kapsamında bir **aktant** olarak değerlendirilmektedir.

Bu yönerge doğrultusunda hastaneler için bir başlangıç karnesi düzenlenecek olup ardından belirli periyodlarla başarı durumu takip edilecektir. Yönergenin işleyişi aşağıdaki prensipler doğrultusunda gerçekleşmektedir:

- Kişilerin ve de kurumun başarısının takibi amacıyla karne uygulaması yürütülmektedir.

- Karneler genel sekreterlikler ve hastaneleri için ayrı ayrı düzenlenmektedir.
- Karne oluşumu için çok sayıda gösterge belirlenmiştir. Gösterge türleri kendi içinde Tıbbi, idari, mali, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyet, izlem ve kanıta dayalı gözlem kriterlerini içermektedir.
- Karne verileri Bakanlığın veri tabanlarından aylık olarak temin edilmektedir.
- Karne puanları uyarınca Birlik ve Sağlık tesisleri için ve de birlik yöneticileri için A, B, C, D ve E şeklinde başarı grupları belirlenir. Karne puanına göre grup düşürülmesi halinde ve de Birliğin D ve E gruplarından üst gruplara çıkamaması halinde Genel Sekreterin görevine son verileceği belirtilmektedir.
- Hastane ölçeğinde ise, benzer şekilde iyileşme sağlanamaması halinde yöneticilerin görevine son verilmektedir.

Verimlilik yönergesi uyarınca görevden almalarda üst yöneticiyle birlikte bütün alt kademe yöneticilerin de görevine son verilebileceği hükmüne yer verilmiştir. Ayrıca, verimlilik yönergesi yanında kalite ve yerinde gözlem için de ayrıca mevzuat hazırlanmış bulunmaktadır. Bunlar da verimlilik yönergesinin bir parçasını oluşturmaktadırlar. Aynı zamanda bu verimlilik değerlendirmeleri, ilişki ağı içindeki sözleşmeli yöneticiler için **aktant** ve de **zorunlu geçiş noktalarıdır**. Sağlık Bakanlığı/Baş aktör verimlilik yönergesi ve karne uygulamalarıyla yöneticilerin görevden alınmasıyla ilgili amaçlarını meşrulaştırmış olmaktadır. Amaçlarının meşruiyet kaynağı ise, başarı ve başarısızlık durumunun önceden belirlenmiş objektif kriterlere göre yapılmasıdır.

Hekim grubu yöneticilere göre sözleşmeli ilişki ağında kalınması noktasında başarı karnesi veya verimlilik yönergesi gibi aktantların etkili olmadığı ifade edilmektedir.

K1-B: Yani bunu birçok yönetici de yaşıyor, yani çünkü şu anda kriterlerin ne olduğu da belli değil. Mesela ilk başta kamu hastaneler birliğinde ben karne verilerinin çok önemli olduğunu düşünüyordum, fakat şu an da gördüğüm zaman karne verilerini hiç bir şekilde önemli olmadığını, bunun sadece formalite olduğunu, hatta belki de bir başhekimin veyahutta bir başka yöneticinin ipini çekmek için bahane olduğunu düşünüyorum...

Mesela hani daha iyi çalışmak, daha verimliliği arttırmak, yöneticideki verimliliği, hani bu karnedir. Şudur budur, bu faktörlere dikkat ederek bunları işte, bu senin devam etmen için kriterin olarak başladı. Fakat şu aşamada orada değiliz tabi yani.

Yönetici ne kadar iyi olursa olsun, karne kriterlerini ne kadar yüksek tutarsa tutsun, fark etmiyor. Sonuç itibariyle isterse görevden alınabiliyor yani. Bu bir şey değil, yani amacından saptı, maksadı aştı yani şu anda geldiğimiz noktada. Bu amaçla kurulsu bile.

Yönetici grubundan bazı katılımcılar hastanelerde yapılan başarı ölçümü ve karne uygulamaları **konusunda sistemin nasıl çalıştığıyla ilgili olarak derinlemesine bilgi sahibi olunmadığı** ifade edilmektedir. Yine bazı katılımcılar **kriterlere göre değerlendirme yapılmadığı ve başarınız çok yüksek olsa bile her an görevden alınma** durumunun söz konusu olabileceği öne sürülmektedir.

*K1-B.: Başarı ve başarısızlık ölçümü... karne verileri var, yani verimlilik karne-si kriterleri vardı ona göre yapılıyordu. Fakat son geldiğimiz noktada bu kriterlerin hiç bir önem taşımadığını görüyorum. Yani şu anda hani ben size desem ki işte neydi; idari kriterler vardı, mali kriterler vardı, işte tıbbi kriterler vardı. bu kriterlere göre işte siz a, b, c, d olarak şey yapıyorsunuz. Mesela a, b, c, d olarak puanlıyorsunuz. Bir üst aşamaya geçirmek zorundasınız. **Fakat geldiğimiz noktada şunu gördük. Siz hastanenizi bir üst noktaya, hatta üç üst noktaya dahi atlatmış olsanız, yani e den a ya dahi almış, şey yapmış olsanız, bu sizin için bir başarı kriteri değildir. Kriterlerinin ne olduğu belli değil. Çok rahat bir şekilde görevden alınabiliyorsunuz. Kriterlerinizi yükseltmiş olsanız bile. O yüzden bence belirsiz kriterler. Yani ben karne verilerinin çok anlam ifade etmediğini düşünüyorum.**Dolayısıyla başarının nasıl ele alındığını bilemiyorum yani, neye göre değerlendirildiğinden haberim yok yani şu anda... Ayrıca bunun için hazırlanan otomasyon sistemlerinin de nasıl çalıştığını bilmiyorum...*

Aktörler, baş aktör tarafından problemleştirme aşamasında ifade edilen amacın meşruiyeti devam etmese bile aktörün dâhil olmak istediği tercüme süreci, baş aktör tarafından (ödüllendirici gücün sahibi olması nedeniyle) her defasında yeniden üretilmektedir. Aktörlerin (yönetici) ilişki ağı içinde kalma gayreti içinde bulunduğu diğer ilişki ağları ve baş aktör tarafından kurulmuş sözleşmeli yöneticilik ilişki ağındaki diğer (verimlilik yönergesi, performans sistemi, vb gibi) aktantlarla etkileşimden bağımsız değildir. Sözleşmeli yöneticilik ilişki ağı yöneticiler için istikrarsız bir ortam oluşturduğu için belirsizlik üretmektedir. Öte yandan ilişki ağının içinde kalmak için gerekli olan diğer aktantın (başarı karnesi) eyleminin sonuçlarının nasıl ortaya çıktığını taşıdığı belirsizlik aktör için bir risk oluşturmaktadır.

K2-B: Yani bizim, bir verimlilik karnesi içerisinde bir idareci değerlendirme ölçütü olduğunu biliyorum, bu kurumumuzdaki bu abcd hastane rolü açısından a,b,c,d

hastane rolü olarak yapılan işlemlerin, işte girilen işlemlerin ve saha çalışmalarının bu idarecimizdeki puanlara dönüştüğünü ve devam edip etmeyeceğimizi hakkında bir kanaat bildirmiş oluyor... **Yani normalde böyle karneye göre görevden alma ya da kalma yapıldığı mevzuatta söyleniyor, öyle karar verildiği söyleniyor, fakat bunlardan dolayı sözleşmesi feshedilip anılan bir idareci daha ben duymadım.**

K4-BY: Kriterleri her geçen gün daha da artan verimlilik kriterlerinin karnesi ile ölçüm yapılmakta. Yönetici olarak benimde başarı durumun bu karne sonucu olmakta... Ülke genelinden alınan veriler (TSİM,ÇKYS,MKYS,Sağlık-Net vb.) üzerinden işlediğini düşünüyorum.

K5-BY: **Güya bir karne var ama buna kimsenin baktığı yok o çok net. Ölçütler ve kıstaslar konulmasına rağmen yaptırımların bunlar dikkate alınarak yapıldığını göremedik. O yüzden yazılı kriterlerden farklı birşeyler var galiba...**

K6-BY: Verimlilik gösterge kartlarının hastanelere takip edildiğini ve hastane yöneticilerinin ve dolayısıyla genel sekreterliklerin verimlilik gösterge kartlarına göre performansın oluştu, ölçüldüğünü, burada tıbbi idari mali kriterlerin olduğunu ve başarı ve başarısızlık ölçütlerini buna göre hesaplandığını biliyorum.

Sonuçların nasıl elde edildiğini biliyorum, şöyle ki, yüzlerce başlık altında hazırlanmış formüller var, bu formüller aylık işte otomasyon sistemine gönderilen çkys, mkys gibi kavramlara gönderilen ve formüllenen bir tablo olarak düşünüyorum, kendimiz hatta verileri çekip uygun formüllere koyup hastanelerimiz biz de bu şekilde takip edebiliyoruz.

Verimlilik gösterge kartlarıyla yılda bir ara karne, bir ana karne ve verimlilik karnesini etkileyen verimlilik yerinde değerlendirmelerle, hastane yöneticilerinin performansı ölçülüyor, mevzuatta bu konu net.

K7-BY: Başarı açısından verimlilik karne kriterleri mevcut. Hastane olarak değerlendiriliyor. Hastane başhekimini veya hastane yöneticisi karnesi var. Bizler hastane yöneticisi/başhekimini başarı ve başarısızlık durumuna göre değerlendiriliyoruz. Sistemden sonuçların nasıl çıktığıyla alakalı detay bilgim yok.

Sistemin nasıl işlediğini bilmiyorum ama karneyi oluşturan verimlilik kriterlerini biliyorum.

K10-SM: Karnede bazı kriterler var ve o kriterlere göre tabi ki, nasıl ortaya çıkıyor, mesela kişinin bir veri tabanı var, ya da işte hbys, hastanelerin girmiş olduğu veriler var ve o veriler biz giriyoruz verileri ve bu verileri çekmek, kamu hastaneler birliğine ulaşıyor, dediğim gibi bu verilerle ne şekilde oraya gidiyor, o konuda, yani çok şey söyleyemem,

K12-MY: Başarı durumumuzun nasıl ölçüldüğüyle alakalı bir fikrim yok yani bununla ilgili... Aylık verimlilik toplantıları yapılıyor, bakanlığın çıkarmış olduğu verimlilik toplantıları, veya artı a grubu, b grubu, c grubu arasında genel sekreterlikte bunların artı eksileri değerlendiriliyor mali açıdan, ticari açıdan, ona göre genel sekreterlikteki yöneticilerin veya hastanenin başarı ölçüleri ona göre ayarlanıyor, ona göre belirleniyor. Ama özel olarak sonuçların nasıl çıktığını bilmiyorum...

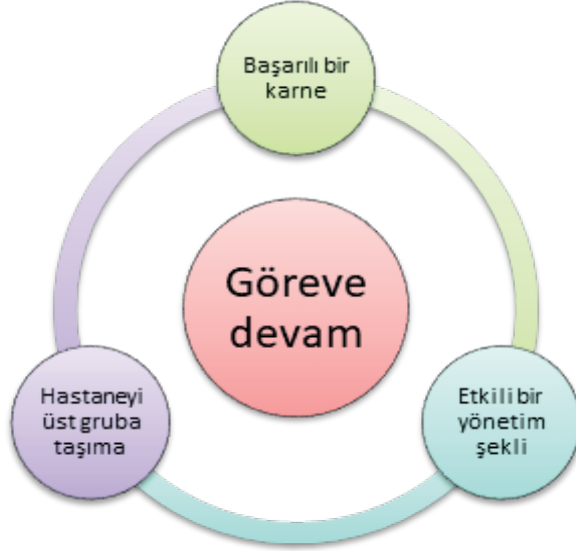
K13-MY: Önceden sözleşme diye bir kavram yoktu. Görevinizden hemen alınma gibi bir süreç yoktu. Fakat şu anda göreve geldiğiniz 1 yıl sonra bile görevden alınma gibi bir durumunuz olduğu için, size hazır sözleşmeler, imzalar imzalatıldığı için, istifa sözleşmeleri imzalatıldığı için bunlar burada, bu koltuklarda aşırı sirkülasyonları, birlikler kurulduğundan beridir zaten biz bunu görebilmekteyiz. Sirkülasyonun çok daha hızlı olduğunu görebiliyoruz...

K14-MY: 2 yıllık sözleşmeye dayalı olduğu için yöneticiler yöneticiler gelecekle-rini çok fazla görememekte. Görevini bundan dolayı çok rahat yapamamaktadır. İcra edememektedir. Ayrıca, sağlık idarecisinin belirlenmesi kriterlerinin ya da gücünün net olmaması, kimde olduğu belli olmaması. Yani bunun dışında çok fazla bir liyakatı-ya tecrübe aranmaması, yöneticiler üzerinde bir korku ve belirsizlik oluşturmaktadır.

Aktörlerin sözleşmeli yönetici ilişkisi içinde yer alma isteği esas olduğundan bütünlük algısı bozulmuş olsa bile ilişkisiğinden ayrılma yönünde bir tutum sergilenmemektedir. Ayrıca otomasyon sistemleri (aktantlar) ve diğer ek değerlendirmeler sonucu ortaya konan karne süreci (aktant) ve algoritması **kara kutu** olarak değerlendirilmektedir. Karne sonucuna göre bugüne değin herhangi bir işlem-görevden alma insiyatifine gidilmediğinden baş aktör olan Sağlık Bakanlığı'nın hedefi doğrultusunda işleyen bir ilişkisiği bulunmaktadır. Böylece kara kutu oluşmaktadır. Ayrıca, karnenin açıklanması süreci de kara kutu olarak olarak değerlendirilebilir. Çünkü karne açıklandığında değişiklik yapılamaz ve *tersine dönmezlik* gerçekleşir. Sistemden çıkarılan sözleşmeli yönetici/aktör için sözleşmeli yöneticilik ilişkisiği görünmez hale gelir.

Her ne kadar verimlilik karne değerlendirmesinin görevden alma veya göreve devam noktasında kullanılacağı ifade edilmiş olsa da bugüne değin kullanılmadığı için verimlilik karnesi uygulaması da sözleşmeli yöneticilik sürecinde bir belirsizlik kaynağı olarak görülmüştür. Yöneticiler verimlilik değerlendirme ve başarı karnesinin oluşturulması sürecinde dolaylı olarak pasif bir role sahiptirler. Bu çerçevede, hastaneyi elde edilen başarıya göre bir üst gruba taşıma, başarılı bir yönetici karnesine sahip olma veya etkili bir yönetim şekli sergilemiş olma durumlarından hangisinin görevine devam

etmesini sağlayacağını; nelerin yöneticiyi başarılı kılarak göreve devam etmesini sağlayacağı noktasında yöneticiler açısından genel olarak net olarak bilinen bir hususun bulunmadığı anlaşılmaktadır.



Şekil 29: Yöneticiliğe Devam Konusundaki Belirsizlik Algoritması

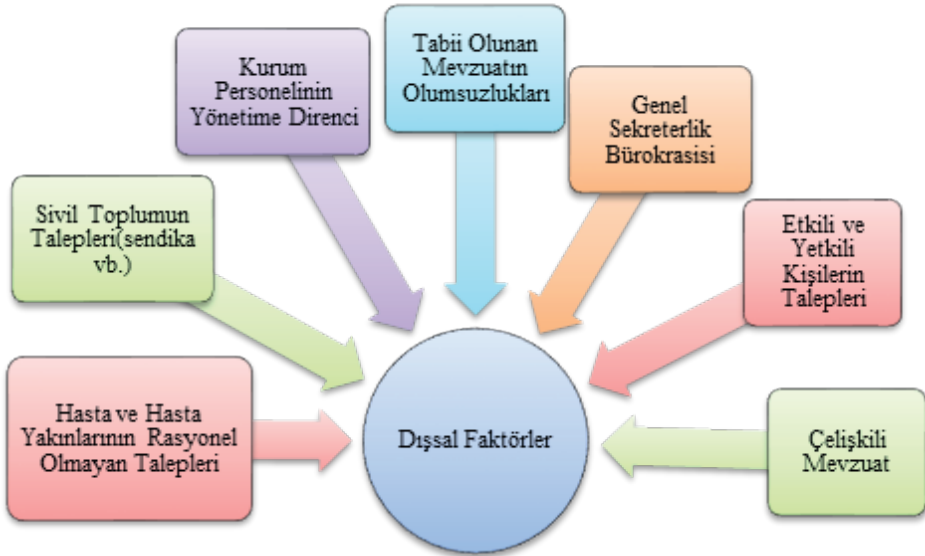
2018 yılı itibarıyla kamu hastaneleri modeli yürürlükten kaldırılmıştır. Ancak sözleşmeli yöneticilik modeli Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının tümünde hayata geçirilmiştir. Bir yanda sonlanan ilişkiyi başka şekilde aynı baş aktörün denetiminde yeniden kurulmaktadır. Verimlilik değerlendirmesi uygulamaları da Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının tümü için uygulanmaya başlamaktadır.

Yönetimde Dışsal Etkiler

Yeni Kamu Yönetimi anlayışı çerçevesinde kamu kurumlarının yeniden yapılandırılması süreçlerin demokratikleşmesi olarak görülmektedir. Öte yandan sağlık sistemi gibi hizmet yoğun sektörlerde yazılı kuralların görece olarak bütün hususları kapsamadığı ve hastane gibi kurumlardan gerek vatandaş ve gerekse diğer paydaşların beklenti ve istekleri dikkate alındığında yöneticilerin dış faktörlerden etkilenmesi söz konusu olmaktadır.

Yönetici karar alma ve diğer faaliyetleri sürecinde hiç kuşkusuz en önemli kavram olarak güç olgusu karşımıza çıkmaktadır. Yöneticilerin karar alma süreçlerini anlamak için sadece yöneticilerin organizasyon içindeki yaklaşımlarının incelenmesinin yeterli olamayacağı ve dolayısıyla dış etki

ve baskıların da organizasyonun yönetiminde önemli bir yer tuttuğunu belirten örgüt kuramı olan Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı (Pfeffer ve Salancik, 2003; Hillman ve diğerleri, 2009) önem arz etmektedir. Bu yaklaşıma göre, açık sistemler olan organizasyonlar sadece kendi amaçları ve yöneticilerinin belirlediği şartlara değil çevrenin baskılarına da bağlıdır. Dolayısıyla, organizasyon, çevre ile ilişkilerini kendi çıkarları doğrultusunda yönlendirmeye çalışır. Ayrıca, güç olgusu, organizasyonun çevresi ile ilişkisi ile sınırlı olmadığı gibi organizasyon içinde de önemli bir role sahiptir. Bu nedenle, örgütsel karar alma süreçlerinin politik bir nitelik taşıdığı ifade edilebilir (Hilman, 2009). Politik mahiyetinin örgütlerde çeşitli riskler ve karar alma süreçlerinde belirsizlikler üretmesi de kaçınılmaz olmaktadır.



Şekil 30: Yöneticilerin Maruz Kaldığı Dışsal Faktörler

Hastane yöneticilerinin toplumun neredeyse bütün kesimleriyle etkileşimde olması sözleşmeli statüde yöneticilik uygulaması yöneticilik sürecini çeşitli risklere açık hale getirmektedir. Yöneticiler hiç kimseyle açık bir şekilde karşı karşıya kalmak, çatışma yaşamak istememektedirler. Ayrıca, gerek hastalardan ve de gerekse çalışanlardan gelen talepler olsun bunların karşılanmasında izlenilen stratejiler yöneticilerin kendini koruma çabasına işaret etmektedir.

Çalışmada görüşme yapılan yöneticiler dış etkilerle baş etme noktasında farklı stratejiler geliştirmektedirler. Üst yönetici görevini yürütenler dış etkilerle doğrudan karşı karşıya kaldıklarından baş etme stratejileri diğer yö-

neticilere göre farklılık göstermektedir. Görüşme yapılan üst yöneticiler dış çevreyle uyumlu bir yol izlediklerini belirtmelerine karşın bundan memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. İkinci kademe yöneticiler ise, dışsal etkileri mevzuata dayanarak aşmaya çalıştıklarını belirtmektedir. Üçüncü kademe yöneticiler ise, özellikle zorlukları aşmada mevzuata başvurduklarını belirtmişlerdir. Ancak, her zaman için kanun ve mevzuatlara %100'lük bir uyum sağlamakta zorlandıklarını belirtmişlerdir. Dışarıdan gelen baskılara karşı yöneticilerin tepkileri ait olunan meslek grubuna göre değil yönetimdeki pozisyonuna göre farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Ayrıca, yöneticiler tarafından görev icrası esnasında maruz kalınan dışsal faktörlerin tamamen olumsuz olarak değerlendirilmediği anlaşılmaktadır.

K1-B: ...öncelikle dışarıdan etkiler çok fazla oluyor. Müdahaleler çok fazla oluyor, yani birazcık bu konuda sağlık alanı ile ilgisi olmayan insanların bizim hizmet alanında yaptığımız şeylere müdahale etmesi, karışması çok ciddi anlamda bizi sekteye uğrattıyor. Mesela bir konuda karar veriyor oluyorsunuz, yani ciddi anlamda bir konuda kendi kurumunuzla alakalı yönetici olarak karar veriyorsunuz, fakat bir bakıyorsunuz dışarıdan bir telefon geliyor ve etkili ve yetkili bir insan oluyor, -etkili-yetkili derken sağlık alanında etkili ve yetkili değil- arıyor ve bunun böyle olması gerektiğine ikna etmeye çalışıyorsunuz. İkna ederken zaten yıpranıyorsunuz, yani o aşamada yıpranıyorsunuz. ...insanların sizi sevmemesi, sevmiyor olması, yani dışarıdan da bir baskıya sebep oluyor size, sevilmiyor olmak. Yani bu çok enteresan bir şeydir. Çünkü yöneticiler zaten sevilmezler, yani bu dediğim gibi işin doğasına aykırıdır. Çünkü yöneticisiniz ve bazen maslahata binaen personelin hoşlanmayacağı kararlar da vermek zorundasınız, çünkü kurum menfaati ön plandadır. Yani personeli evet yönetiyorsunuz, idarecisiniz aynı zamanda, fakat idarecilik dışında yöneticilik vasfınız vardır. Yöneticilik vasfı da insanı bazen hoşlanmayacağı kararlar vermeye iter.

K5-BY: En büyük sıkıntı mevzuatı tam olarak uygulamaya kalktığınızda yaşamış olduğumuz baskı ve diğer mevzuatlarla olan çakışma. Size bir olay anlatayım, başbakanlık genelgesi doğrultusunda fatura edemeyeceğimiz hiçbir işlemi almamakla ilgili bir genelge mevcut. İkinci basamak sağlık hizmeti sunuyoruz. Hastanın GSS (Genel Sağlık Sigortası) kapsamında olmadığı anlaşıldığında bunun ücretini talep edince yediğimiz baskı ve hastaya bakmak zorunda kaldığımız gibi defalarca yaşadığımız olaylar var. Bizzat bakanlıktan aranarak hem de. Şimdi mevzuata uymak mı lazım yoksa baskıya mı siz söyleyin...

Çelişkili mevzuat, siyasi baskı ve devamlı surette kurumun gelir dengesini korumaya çalışmak. Bir hekim olarak devamlı suretle ücret dengesini düşünerek hareket etmek yaşadığım en büyük sıkıntılardan biri.

K7-BY: Beni etkileyen en önemli unsur, adalet ve eşitlik unsurunun bozulmaması. Herkese eşit ve adil olarak davranılmalı. Mevzuat herkese eşit olarak uygulanmalı.

K8-BY: Yani beni etkileyen konular tabi ki özellikle iş yükü konusunda bir sistemin ayakta durması için yeni olduğu için, bazen bunun anlaşılma durumu ya da tıkanma durumları ya da özelliklerde bizi en çok etkileyenden bir tanesi hasta ile çalışan arasında kalmak ya da Bakanlık ile taşra arasında kalmak. Bunlar bizi etkileyen şeyler. Çünkü neticede siz bir tampon görevi görüyorsunuz ve her iki taraftan da bir şekilde ortak noktaya da buluşturup ortak noktada bir sistem idare etmek zorunda kalıyorsunuz. Bu da zaman zaman sizi olumlu olumsuz şekilde etkileyebiliyor.

Hekim dışı yönetici grubu görevini icra ederken dışsal faktörlerden kendisi dışında gelişen ve görevini etkileyen hususlar olarak, bağımsız hareket etme imkânının olmayışı ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve sayeti altında yürütüldüğünü belirtmektedir. Ayrıca, taleplere ilişkin yanıtlarda kendilerinin mevzuata uyma yükümlülüğünün bulunduğu talepte bulunanlara hatırlatılması da dikkat çekici bir husus olmaktadır. Hekim meslek grubuna göre dışsal etkenlerin daha fazla tolere edildiği belirtilmektedir.

K9-M: Kamu Hastaneleri Birliği mevzuatı gereği bütün alacağımız karar ve harcamaların genel sekreterlik bilgisi dışında yapamadığımızdan etkilenmekteyiz.

K10-SM: ... Hayır diyebilmek çok önemli, hayır diyebilmek, dışarıdan gelen isteklere adil bir şekilde davrandığını, şu gerekçelerle olamayacağını ifade ederse bir yönetici çok bir dış faktörlerle karşılaşmıyorsunuz yöneticilik yaparken, kendi profilinizi oturttuğunuz zaman sizi nasıl bir yönetici olarak algılama noktasında kafada bir şekilde oluşuyor ve dış etmenlere çok fazla maruz kalmıyoruz, işini sürekli doğru, sürekli yönetmelik, sürekli mevzuat çerçevesinde doğru adil bir şekilde yapan yönetici dış etkenlere maruz kalmıyor,

K12-MY: Yani görevimi yaparken öncelikle 657 sayılı devlet memurları kanuna tabi olmak kaydıyla yani insanları sıkmadan ama işimizi düzgün bir şekilde ifade edecek şekilde yapmaya gayret gösteririm. Önceliğim budur yani, işleri zorlaştırmadan, karşıdaki insanları sıkmadan...

K13-MY: ...bizi etkilen hususlar daha çok mevzuat ve idarenin istemiş olduğu taleplerdir. İdarenin istemiş olduğu bazı talepler bizi zor duruma sokabiliyor. Bizim de mevzuatlar ve yönetmelikler çerçevesinde yapacağımız işleri sıkıntıya sokabiliyor.

K14-MY: ... İdareci tipleri farklı olabiliyor, idealist idareciler, prensipli idareci-ler gibi... bir çok örneği olabilir. Kendi bulunduğumuz coğrafi yapıdan kaynaklanan etkiler var, çevresel veya diğer unsurların baskısı sonucu etkilenmeler var. Ben görevimi tamamen dört dörtlük kanun, mevzuat çerçevesinde yapıyorum, bunun dışında

çıkıyorum demek de çok doğru olmaz. Mutlaka dış etkenlerden etkilenme oluyor. Şimdi içinde bulunduğunuz sağlık sisteminde üst idareciler oluyor, etkisi oluyor. Diğer yerel etkiler var. Bakanlığın bürokratik etkileri var. Çevre, eş, dost, ahabap etkileri var, sivil toplum örgütlerinin etkileri var...

Kaynak Bağlılığı Yaklaşımı dikkate alındığında, Kamu Hastane Birlikleri uygulaması sonrası hastane yönetimindeki sözleşmeli yöneticilik deneyimi ile güç ilişkileri açısından kurum yöneticilerinin dışsal risk ve belirsizliklere daha açık olduğu değerlendirilebilir.

Sağlık Bakanlığı'nın Yeni Rolü

Devletin yeniden yapılandırılmasını temel araç olarak belirleyen reform yönelimi “Yeni Kamu Yönetimi” anlayışı veya “ikinci kuşak yapısal reformlar” olarak da adlandırılmaktadır. Ancak uygulamada ekonomik olarak neoliberal yaklaşımın tezahürü olarak değerlendirilmesi yanlış olmayacaktır. Devletin rolüne ilişkin olarak 1980’lerden bu yana devletin minimize edilmesi hedeflenmiş olmasına karşın retorik olarak “düzenleyici devlet” rolü öne çıkarılmıştır (Björkman,2018; Doğan, 2016; Denhardt ve Denhardt, 2000).

Bununla birlikte, her ne kadar Sağlık Bakanlığı birinci basamak/koruyucu sağlık hizmetleri sunumundan doğrudan çekilmiş görünse de teknik olarak halen bu hizmetleri sürdürmeye devam etmektedir. Aile hekimliği yasasına tabi olarak çalışan bütün personel halen Sağlık Bakanlığı ile sözleşme imzalamaktadır. Genel aşılama hizmetleri halen Bakanlığa toplum sağlığı merkezlerince verilmeye devam etmektedir. Esasen burada melez yapılar oluştuğundan söz edilebilir.

Katılımcılar, Sağlık Bakanlığı’nın düzenleyici ve denetleyici rolü konusunda, 663 sayılı KHK’nın beklentileri karşılamadığı ve Kamu Hastane Birlikleri uygulaması ile hizmet sunumunun yerele devredilmesi sonucu düzenleyici ve denetleyici rolünü yerine getireceği düşünülmesine karşın başarılmadığını vurgulamaktadırlar. 663 sayılı KHK’nın **yeni ve öncekinden farklı riskler ürettiğine** dair algıya sahip oldukları anlaşılmaktadır.



Şekil 31: Sağlık Bakanlığı'nın Yeni Rolü

K1-B: ... Hani ilk başta çok güzel bir şekilde ekip çalışması olacağını düşündük fakat bir gruplaşma oldu, bu gruplaşma sonucunda yöneticiler kendilerini hep diken üstünde hissetti, diken üstünde hissedince yeteri kadar hizmet üretemediler, ne oldu hizmet üretimi tek ele bağlı oldu, tekelleşti yani.

Kamu Hastane Birlikleri modeli uygulamanın başarılı olması halinde hastanelerin yerele devredilerek özerkleştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın böylece hizmet sunumundan çekilmesini öngörmekteydi. Ayrıca, madalyo-nun bir diğer yüzü olarak sağlık hizmetinin finansmanı noktasında Genel Sağlık Sigortası vatandaşların sağlık hizmetlerine ücretsiz erişimini tamamen sağlamış değildir. Özel hastanelerden veya vakıf hastanelerinden alınan sağ-lık hizmetlerinde katastrofik sağlık harcamalarının vatandaş üzerinde halen etkisi bulunmaktadır. Her ne kadar Sosyal Güvenlik Kurumu birçok alanda önlem almaya çalışsa da bu tür cepten ek ödemeler yapılması kaçınılmaz olmaktadır. Ataay ve Acar (2008) çalışmasında, genel sağlık sigortası ile va-tandaşların özel sağlık sigortacılığına yönlendirilmesinin önünün açıldığını belirtmektedir.

K2-B: ... Yani şu anda biraz sahanın denetleyiciliğinin daha az olduğunu ve geri dönüşlerin sadece verimlilik kapsamında, karne kapsamında olduğunu, yani bi-rey kapsamında, bireyin çalışma niteliği açısından eksik olduğu kanaatindeyim...

Hekim yönetici katılımcının Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denet-leyici rolünün reform kapsamında tam olarak ne anlama geldiğini bilmediği

düşünülmektedir. Yeni Kamu Yönetimi anlayışında devletin düzenleyici ve denetleyici olması hizmet sunumundan çekilerek piyasayı düzenleme rolünü üstlenmesidir. Türkiye’de sağlık reformuyla, sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur) tek çatı altında birleştirilmesi, Aile Hekimliği Modelinin uygulamaya geçirilmesi, kamuya ait hastanelerin (üniversiteler hariç) tek çatı altında birleştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumundan çekilerek sağlık piyasasının düzenleme ve denetiminden sorumlu olması gibi temel faaliyetler gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu faaliyetlerin ilk üçü gerçekleştirilmiş olmasına karşın Sağlık Bakanlığı’nın hizmet sunumundan çekilmesi henüz gerçekleşmemiştir. Hizmet sunumunda çekilmesi halinde kamuya ait hastanelerin akıbetinin ne olacağı belirsizlik arz etmektedir. Bu konuda nasıl bir desantralizasyon yolunun izleneceği beyan edilmemiştir. Hastanelerin akıbeti konusunda Sağlık Bakanlığı’nın ve dolayısıyla devletin hizmet sunumu noktasında kendisini nerede konumlandıracağını bilinemeyişi belirsizlik oluşturmaktadır.

K8-BY: Modern Devletlerde, ya da gelişmiş toplumlarda Devlet daha çok denetleyicidir, düzenleyicidir... Evet, hizmet sunan yönü vardır ama çok ön planda değildir, daha az orandadır. Ülkemizde de şimdiye kadar Devlet olarak bir düzenleyici rolü var ama daha çok o hizmeti kendisi sanki vazife edinmiş gibi yürütmeye çalışıyordu ama bu son zamanlarda bu denetim gücü de etkinleştirildi ve daha ön plana konuldu. Tüm Türkiye’deki, sağlıktaki olan bütün olayların kontrol altına alınması bir standarda bağlanması, onun sürekli kontrol edilerek, hataya daha az meyilli bir hale getirilmesi rolü bu Sağlık Bakanlığında daha çok gelişmeye başladı. Bu da tabii niteliğin ya da sağlık sisteminin gelişmesini daha çok tetikledi diye düşünüyorum ve buna göre de daha iyi oldu diye düşünüyorum bu denetleme rolü.

Hekim olmayan yöneticiler Sağlık Bakanlığı’nın Kamu hastane birlikleri ile geçmeyi düşündüğü düzenleyici ve denetleyici rolünü henüz tam olarak yerine getirmediği halen hizmet sunumuna doğrudan müdahale ettiğini ve özel sağlık sektörünün de denetimini etkinleştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar. Dolayısıyla, 663 sayılı KHK yeni bir düzen getirmiş olmayıp **belirsizlikleri artırmış** gibi algılanmaktadır. Katılımcılar açısından Bakanlığın yeni rolünün tam olarak anlaşılmadığı görülmektedir.

K11-İM: ... 2012’den bu yana yapmış olduğu düzenleyici ve denetleyici rolünde, personel üzerinde ve yöneticiler üzerinde ciddi manada bir etkileşim oldu, direkt personele dokundu, direkt yöneticiye dokundu, eskiden bir sağlık yöneticisinin veri tabanına dayalı çalışma sistemi yoktu, ama 2012 den bu yana gerek verimlilik karneleri, gerek işte yerinde değerlendirmeler, gerek kalite çalışmalarından dolayı, yö-

neticide ve çalışan biraz daha özgüven, çalışma sisteminde daha fazla özen gösterme gereği duydu...

K13-MY: Sağlık Bakanlığı reform planının son aşamalarından biri de kamu hastaneleri birliklerinin kuruluşuyla da beraber hizmet sunan değil denetçi ve düzenleyici olmasını öngörüyordu. Sonuçta, bu doğru bir olgu ama günümüzde sadece denetleme değil hastanelerin işleyişlerine de müdahalenin devam ettiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın aslında yapması gereken şudur: finansal ve denetim rolünü üstlenip, hizmet boyutunu kamu hastanelerine (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu) devredip özel sektörün de desteğiyle sistemi işletip denetçi rolünü devam ettirmeli.

K14-MY: Düzenleyici ve denetleyici rolü var ve önemli... Tabi bunun da kapsamı oldukça geniş. Örneğin bir sağlık tesisinin kuruluşundan, yatırım planlamasından hizmete açılmasına kadar, kamu olsun, özel olsun. Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünde olması düzenleyici ve denetleyici rolüne örnektir. Bunun yanında özel sağlık kurumlarının denetimi, sağlıktaki verilen hizmetin kalitesinin Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmesi, kontrolü, bu kapsama girecek konular arasındadır... Bunun yanında yurtdışından gelen cihazların kontrolü... ilaçların ruhsatlandırılması gibi çok önemli görevler olarak görüyorum.

Katılımcılar arasında Sağlık Bakanlığı'nın yeni rolünün **belirsizlikler** ürettiğini düşündüren görüşler ifade edilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Bakanlığın reform sonrası rolünün ifade edilmiş olmasına karşın hizmet sunumundan çekilişinin tam olarak nasıl gerçekleşeceği belirsiz bırakılmıştır. Dolayısıyla, katılımcılar bu noktada Bakanlığın yapmak istedikleri veya yaptıkları noktasında istikrarlı bir görüntü vermediğini düşünmektedirler. Kamu yönetiminde yaşanan sorunların çözülmesi amacıyla ortaya çıkan Yeni Kamu Yönetimi anlayışı, uluslararası kuruluşların da desteği ile hızla dünyanın farklı ülkelerine yayılmıştır. Dolayısıyla, Yeni Kamu Yönetimi anlayışı veyahut da ekonomik neoliberal yaklaşımlar, devletin rolünü hizmet sunumundan çekilme şeklinde öngören ve de küçük ve etkin devlet modelini benimsemektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan unsurlar ve işleyiş felsefesi de yeni kamu yönetimi anlayışıyla örtüşmektedir (Lamba ve Diğerleri, 2014). Bu çerçevede, Sağlık Bakanlığının hizmet sunan, düzenleyen ve denetleyen melez rolünün devamı hakkındaki kararsızlık yöneticilerin kariyer planlaması açısından da gelecek kestiriminde bulunmasını zorlaştırmaktadır.

Eksenel Kodlama

Çalışmanın eksenel kodlama bölümünde, açık kodlama aşamasında ile elde edilen veriler yeniden ve farklı bir biçimde tekrar ele alınmaktadır. Analiz aşamasında açık kodlamada elde edilen kategorilerden ortak özelliklere sahip olan kategoriler bir üst kategoride yeni kategorilerle kodlanmaktadır. Eksenel kodlama oluşturulurken çalışmanın ana problemi olan hastane yöneticilerinin mesleki durum açısından gelecek belirsizliği bağlamında kategoriler değerlendirilmektedir.

Aşağıda yer verilen tablolarda özetlendiği şekliyle açık kodlamada analiz edilmiş olan içerik hekim ve hekim olmayan yöneticilerin verdikleri yanıtlar birbirinden ayrılmış ve böylece farklılık ve benzerlikler tespit edilmiştir. Verilerin bu şekilde yeniden ayrıştırılması konunun anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Verilerin analizinde tespit edilen bir diğer önemli husus Kamu Hastane Birlikleri bünyesinde sözleşmeli yönetici olarak çalışan hekim ve hekim dışı gruplar arasında belirsizlik ve risk algısı konusunda anlamlı bir fark görülmemiştir. Ancak, görevden ayrılma ve eski mesleğini icra etme açısından bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre hekim grubu yöneticilerin yöneticilikten ayrılma noktasında hekim olmayanlara göre daha düşük ontolojik kaygılar taşıdığı anlaşılmaktadır. Hekim meslek grubu sağlık sektörünün lokomotifleri olarak görülmekte ve bu durumda yöneticilikten ayrılıp yeniden mesleğe başlama noktasında yeniden alışma evresi aşıldıktan sonra adaptasyon sorunu yaşamaları beklenmemektedir. Hekim olmayan yöneticilerin ise, yeniden mesleğe dönüş konusunda yüksek ontolojik kaygıya sahip oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 28: Eksenel kodlama: Yönetici Grupları Özelinde Sağlık Sisteminin Sorunları İçeriğinin Özetlenmesi

Kategori	Alt Kategoriler	İçerik	
		Hekim Grubu Yöneticiler	Hekim Dışı Yönetici Grubu
Sağlık Sisteminin Sorunları	Personel Sayısının Yetersizliği	• Uzman hekim sayısı yetersizdir. • Hizmet rolü gereği talepleri karşılayamamaktadır. • Personel dağılımı adaletsizdir.	• Hekim ve hemşire yetersizliği mevcuttur. • Personel dağılımı adaletsizdir.
	Teşkilat Yapısının Sık Değişmesi	• Hastanelere şirket mantığını getirmiştir. • Bürokrasiyi artırmıştır. • Kurumlar arası koordinasyonu azaltmıştır. • Yöneticilerin faaliyetlerini kısıtlamıştır.	• Taşra teşkilatında karmaşaya yol açmıştır. • Bürokrasiyi artırmıştır. • Kurumlar arası koordinasyon azaltmıştır. • Gereksiz kurumlar oluşturulmuştur.
	Kalifiye Olmayan Yöneticiler	• Tecrübesiz kişiler yönetici yapılmaktadır. • Atamada liyakat göz ardı edilmiştir. • Devlet memuru olmayanların atanması doğru değildir.	• Tecrübesiz kişilerin yönetici yapılmaktadır. • Atamada liyakat göz ardı edilmiştir. • Yönetici atamasında sendika ve siyasetin etkisi vardır.
	Performans Sistemi	• Adaletsiz bir gelir dağıtımı var. • Yöneticiler arasındaki ücret farklılığı sağlıklı bir yönetim yapısına zemin oluşturuyor. • Yöneticiler yeterince yararlanamıyor. • Dürüst kişileri zorluyor. • Belirsizlikler üretmektedir, sisteme güvenip gelecek planlanamıyor. • İş barışını bozmaktadır. • Herkesin aynı ücreti alması adil bulunmuyor. • Geçmişe oranla ek ödemeler düşmüştür. • Ek ödemenin risk paylaşımına göre yapılması gerekir. • Tıbbi hizmetlerde kaliteyi düşürüyor. • Yöneticilerin tutumları sistemde kötüye kullanımı tetikleyebilir. • Suistimallere kapı aralayabilir. • Başarı durumunu etkiliyor.	• Yöneticiler arasındaki ücret farklılığı sağlıklı bir yönetim yapısına zemin oluşturuyor. • Ücret farklılıkları sağlık personeli arasındaki ekip anlayışını zedelemektedir. • Aynı işi yapan yöneticiler arasında ücret eşitsizliği vardır. • Hekim dışı personel yok sayılmaktadır. • Geçmişteki sorunları çözmüştür. • Hekim çalışmasının denetimini azaltmaktadır • Sistemde kişiler arasındaki ücret uçurumu azaltılmalıdır. • Döner sermaye dağıtımında bireysel performansın etkisi azaltılmalıdır.

Tablo 29: Eksenel kodlama: Yönetici Grupları Özelinde
Kamu Hastane Birlikleri Uygulaması İçeriğinin Özetlenmesi

Kategori	Alt Kategoriler	İçerik	
		Hekim Grubu Yöneticiler	Hekim Dışı Yönetici Grubu
Kamu Hastane Birlikleri Uygulaması	Kamu Hastane Birlikleri	• Özelleştirme süreci için bir ön adımdır. • Yönetici görevden almada kolaylık getirilmiştir. • Kariyer yöneticiliğinin bitirilmesidir. • Sorunların yerelde çözülmesini sağlamaktır. • İşlemlerin hızlandırılmasını gerçekleştirmektedir. • Kaynak kullanımında tasarrufa gidebilmektedir.	• Yönetici istihdam modeli belirsizlik oluşturmaktadır. • Sağlık reformuna zarar vermektedir. • Uygulanabilirliği tartışmalı ve ülke gerçeklerine uymamaktadır. • Hastanelerin daha iyi yönetilmesi amacıyla getirilmiştir. • Sağlık Bakanlığı kabul değiştirmektedir. • Kurgu ve işleyiş farklılığı söz konusudur. • Kaynak kullanımında etkinlik yoktur.
	Yöneticilerin Sorumluluk ve Karar Alma Gücü	• Personele iş yaptırabilme gücünü azaltmıştır. • Yönetici sayısının artışı verimi düşürmüştür. • Yöneticiler etkisizleşmişlerdir. • Sorumluluk azalmıştır. • Nihai karar verici değillerdir.	• Yöneticiler kendisini etkisiz ve yetkisiz hissetmektedirler. • Sorumluluk azalmıştır. • Nihai karar verici değillerdir. • Bürokratik işleyiş bozulmuştur.
	Yöneticiler İçin Belirsizlik	• Gelecek planlaması yapılamıyor • Sözleşmelilik süresi başarısızlık kaynağı • Hedef odaklı çalışma yok	• Görevde kalabilme kaygısını artırmıştır • Kariyer planlamasına yer yoktur. • Yöneticiler arasında çatışmaya yol açmaktadır.

Tablo 30: Eksenel kodlama: Yönetici Grupları Özelinde Sözleşmeli Yöneticilik ve Verimlilik İçeriğinin Özetlenmesi

Kategori	Alt Kategoriler	İçerik	
		Hekim Grubu Yöneticiler	Hekim Dışı Yönetici Grubu
Sözleşmeli Yöneticilik ve Verimlilik Karnesi	Sözleşmeli Yöneticiliğe Alınma	• Atandamada tecrübe aranmıyor. • Atamalar liyakat esaslı değildir. • Atanmada sosyal sermaye etkilidir. • Tepeden inme bir durum var.	• Yönetici olmanın bir kuralı yok. • 663 sayılı KHK atama sistemini bozmuştur. • Atamalar adil değildir. • Hastanecilikten anlamayanlar atanmaktadır.
	Göreve Devam veya Görevden Alınma	• Başarı karnesi dikkate alınmıyor. • Sistemin işleyişi bilinmiyor. • Yönetici değerlendirmesi kriterlere göre yapılmıyor • Başarılı olmak görevde kalmayı garantilemiyor • Başarı değerlendirme sistemine inanılmıyor • Mevzuat ve uygulama birbirini tutmuyor. • Yazılı olmayan kriterler işliyor.	• Başarı durumunun nasıl ölçüldüğü bilinmiyor. • Atamalarda devir hızı yüksek • Her an görevden alınma olayı yaşanabilir • Sağlık idarecisi güçsüz ve belirsizlik içindedir.

Üst kategoriler ise Sağlık Sisteminin Sorunları, Kamu Hastane Birlikleri Uygulaması ve Sözleşmeli Yöneticilik ve Verimlilik Karnesi şeklinde belirlenmektedir.

**Şekil 32:** Üst Kategoriler

Görüşme yapılan tüm yöneticiler için yöneticilik açısından gelecek belirsizliğinin temelinde sağlık sisteminin sorunları, kamu hastane birlikleri uygulaması, sözleşmeli yöneticilik ve verimlilik karnesi ve Sağlık Bakanlığı'nın yeni rolü bulunmaktadır. Yer verilen bütün kategoriler Sağlıkta Dönüşüm Programı uyarınca sağlık kuruluşlarının işleyişinde etkili olmaktadır.

Dünya üzerinde ideal bir sağlık sistemi yaklaşımına dair hemfikir olunmuş değildir. Ayrıca, sağlık sistemlerinin sorunları ülkenin ulaştığı gelişmişlik seviyesiyle yakından alakalıdır. Yetişmiş insangücü kaynağı sağlık sistemlerinin en büyük problemlerinin başında gelmektedir. Öte yandan etkili bir planlama olmaksızın ve önlem alınmadığı takdirde bütün dünyanın büyük problemlerle karşılaşacağı belirtilmektedir (WHO,2018; Lopes ve Diğerleri, 2015). Etkili bir insan gücü planlaması ise, coğrafi, kurumsal ve mesleki dağılımın doğru zamanlaması ile gerçekleştirilebilir. Görüşme yapılan sağlık yöneticilerince etkili bir insan kaynakları politikasının bulunmadığı, uzman hekim, yandal uzmanı ve yeterli hemşire bulunmadığı ve dolayısıyla hastane sistemleri olarak kendisinden beklenen hastane sınıfı rollerinin yerine getirilmesinde önemli sorunlar olduğu belirtilmektedir. Hastane rolünün yerine getirilememesi, hasta başına ayrılan zamanın azalması gibi sorunların hasta memnuniyetini etkilemesi, hastane gelirinin düşmesi ve de yatırımlara ayrılacak tutarın azalması gibi bütün problemler sağlık insan gücünün yetersizliğiyle ilgilidir. Bu durum, yöneticilerin kurumun sağlık hizmetlerini ve dolayısıyla başarı düzeyini etkilediğinden insan kaynaklarından ötürü kurum yöneticilerinin başarı durumu ile ilgili bir belirsizlik oluşturmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (2018) web sayfasından edinilen bilgilere göre halen 62 ülkede sağlık sistemi dönüşümleri/reformaları sürmektedir. Küresel ölçekte yaygınlaşan sağlık reform süreçleri sağlık otoritelerinin ajandasında değişim yapılacak alanları oldukça artırmaktadır. Böylelikle, gerek uygulama ve gerekse de kurumsal dönüşümler kaçınılmaz olmaktadır. 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı Aile hekimliği, kamuya ait hastanelerin Sağlık Bakanlığı çatısı altında birleştirilmesi, Kamu Hastane Birliklerinin kurulması ve yine 2016 yılının son çeyreğinde Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında da büyük değişiklikler yaşanmıştır. Bu durum, karar vericiler tarafından reform süreçlerinin bir parçası olarak doğal görülse bile değişikliklerden etkilenenler için riskler ve belirsizlikler oluşturmaktadır. 663 sayılı KHK kapsamında kamu hastaneleri birliği kuruluşu ve akabinde yöneticilerin görevden alınarak yerine sözleşmeli yö-

neticilerin atanması süreci yöneticiler tarafından bir şirketleşme olarak değerlendirilmekte ve yönetimde etkinlik yerine olumsuz manada bürokrasi ürettiğini ifade etmektedirler. Yeni Kamu Yönetimi anlayışı doğrultusundan merkezden yönetim yerine etkin ve küçük kurumlar oluşturulması saikinden hareketle yapılan düzenlemeler Sağlık Bakanlığı özelinde taşradaki kurumlar arası koordinasyonu azaltmıştır. Nitekim Sağlık Bakanlığı kendisine bağlı taşra örgütlerinin işbirliği ve koordinasyonunu artırmak amacıyla çok sayıda mekanizma kurmaya çalışmıştır. Aynı zamanda teşkilat yapısının sık değişimi hastane yöneticilerinin hareket kabiliyetinin azalmasına yol açmıştır. Değişikliklerin bürokrasiyi artırması, yöneticilerin kendi sorumlu olduğu kurumları hakkında karar verme yetkisinin azalmasına yol açmıştır. Sonuçta, yöneticilerin kurumunun başarı veya başarısızlığını belirleyecek kararlarda etkinliği azalmış olmaktadır.

Yönetim organlarında görevlendirilecek kişilerin yetkinliği esastır. Ancak, katılımcı hastane yöneticileri 663 sayılı KHK sonrası tecrübesiz ve liyakat sahibi olmayan yönetici sayısının arttığını belirtmektedirler. Yönetici atamasında kişilerin geçmiş tecrübe ve başarısı yerine kişinin sosyal sermayesinin (sendika, siyaset vb.) etkili olduğunu belirtmişlerdir. 663 sayılı KHK ile birlikte Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yöneticilik faaliyeti önceki dönemden farklı olarak, başarısız olarak değerlendirilen üst yönetimin ve onunla birlikte bütün yöneticilerin de görevden alınması yönünde hükümleriyle hizmet üretiminde ekip çalışmasının öne çıkarılmasını hedeflemiştir. Bununla birlikte, hastane yöneticileri tecrübesiz ve de liyakatsiz yönetici sayısının varlığını kurumları için bir risk kaynağı olarak görmektedirler. Onların yapacağı yanlış iş veya sonuçları açısından olumsuz kararlarının kendilerinin durumunu riskli bir pozisyona sokacağını ve dolayısıyla ehliyetsiz kişilerle çalışmanın belirsizlik ürettiği düşünülmektedir.

Türkiye sağlık sistemine döner sermayeden çalışanlara ek ödeme/ücret dağıtılması 1961 yılında çıkarılan 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun ile başlamıştır. Bu kanunun ilk hali sadece mesai saatleri dışında hastanede sağlık hizmetlerini yürütecek kişilere saatlik ücret ödemeyi öngörmüştür. Zaman içinde döner sermaye gelirlerinden çalışanlara dağıtılan ek ödeme artmıştır. 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan tüm personele hastane gelirlerinden aylık ek ödeme dağıtılmaya başlanmıştır. Bu tarihten itibaren performansla dayalı ek ödeme başlatılmış olup hekim emeğinin ürettiği hizmetler esas alınarak bir sistem

kurgusu yapılmıştır. Sağlık sisteminde kamu hastanelerinde ve birinci basamak hizmetlerinde birçok sorunun çözümünde rol oynayan performans sistemi aynı zamanda sorunların kaynağı olarak da görülmeye başlanmıştır. Hastane yöneticileri performans ödemelerinden doğrudan yararlanmamaktadırlar. Ancak, hastane gelir ve gider durumu neredeyse ve tamamen performans sistemi üzerinden işlemektedir. Çalışanlar arasında iş barışını bozduğu, hekim dışı personelin yok sayıldığı ve hasta sayısının fazlalığı ve puan üretme baskısının hasta başına düşen zamanı azaltması nedeniyle tıbbi hizmetlerde klinik kaliteyi düşürdüğü belirtilmektedir. Yöneticilerin tutumlarının sistemde kötüye kullanımı tetikleyebileceği ve dolayısıyla hekimlere daha fazla hizmet üretmeleri yönünde telkinlerin olumsuz sonuçları olabileceğini ifade etmektedirler. Ele geçen ücretler açısından yöneticiler arasındaki farklılıkların performans sistemi esas alınarak belirlenmesi performansın ürettiği eşitsizlikleri yöneticiler arasına da taşımıştır. Böylelikle, aynı işi yapan kişiler arasında ücret adaletsizliğinden kaynaklı sağlıksız bir yönetim yapısına zemin hazırlamaktadır. Hekimlerin ürettiği hizmetlerin performans dolayımıyla yöneticilerin başarı durumunu etkilemesi yöneticiler için bir başka belirsizlik ve risk kaynağıdır. Çünkü gerek başlangıç ve gerekse de sonuçlarını kendisinin belirleyemediği bir kriterden sorumlu tutulmaktadır. Henüz yerine ikame bir sistem konmayan performans sistemi şikâyet edilen ama içselleştirilen bir uygulama olarak yürürlükte kalmaya devam etmektedir. Yöneticiler hiçbir şekilde performanstan elde edilecek gelirler dikkate alınarak gelecek planlaması yapılamayacağını da belirtmişlerdir. Hastanedeki çalışan memnuniyeti de başarı kriterlerinin bir parçası olması nedeniyle gelir adaletsizliğini yeniden üreten performans sistemi çalışan memnuniyetini olumsuz etkilemektedir.

2012 yılı Kasım ayında hastaneler için başlayan süreç Türk kamu yönetimi açısından da önemli bir dönüm noktası olmuştur. Yöneticilik icrası değişmiştir ve buna göre artık yöneticiliğe atanmada esnek istihdam modeline geçilmiş olup hastane yöneticileri 2 ila 4 yıl süresince sözleşmeli olarak yöneticilik icra edeceklerdir. Hastane yöneticileri açısından özelleştirmenin bir ön adımı olarak değerlendirilen bu uygulama aynı zamanda kurum yöneticilerinin görevden alınabilmesinde kolaylık olarak da değerlendirilmiştir. Öte yandan bu yöneticilik modeli getirdiği ilkeler yanında zaman içinde yönetici devir hızının yüksekliği nedeniyle istikrar algısı yerine yöneticiler için belirsizlik oluşturmaktadır. Aynı zamanda, sağlık reformunun kendisine zarar verebileceği de ifade edilmiştir. Desantralizasyon uygulamasının bir örneği olan bu uygulama aynı zamanda sağlıkta reform sürecinin son basamakları arasında yer almıştır.

Kamu Hastane Birlikleri uygulaması bürokrasiyi artırması ve yerelde hastaneleri denetleyecek ayrı bir mekanizma olması nedeniyle hastane yöneticilerinin inisiyatif almaları noktasında sorumluluk ve karar alma kapasitelerini zayıflatmıştır. Hastaneler üzerinde bir vesayet kurumu olarak işlev gören Genel Sekreterlikler hastane yöneticilerinin yetkilerini azalttığından kurum yöneticilerinin kısmen işlevsizleşmesine yol açmıştır. Nihai karar verici olmadıkları kurumlarının başarı düzeyinden sorumlu tutulmaları yöneticiler için bir risk oluşturmaktadır. Hastane yönetim bürokrasisinin bozulduğu ifade edilmektedir. Hastaneler en küçük harcama kalemleri için vasi kurumdan izin almaktadırlar bu durum yöneticileri işlevsiz kılabilmektedir.

Kamu Hastane Birlikleri yöneticilik icrası birçok açıdan belirsizliği uhdesinde taşımaktadır. Kariyer planlaması yapılamadığından gelecek planlaması da yapılmamaktadır. Sözleşmelilik süresinin kendisi bir başarısızlık nedeni olarak görülmektedir. Uzun süreli hiçbir proje geliştirilmemektedir. Bu durumun uzun vadede sağlık hizmetlerini olumsuz etkileme ihtimali söz konusudur. Yöneticilik modeli, uygulama ve içerik itibarıyla sürekli biçimde görevde kalabilme kaygısını ürettiğinden yöneticiler için gelecek belirsizliği üretmektedir. Ayrıca, hastane işletmeciliği eğitimi bulunmayan kişilerin atanması nedeniyle 663 sayılı KHK'nın atama sistemini bozduğu katılımcılarca belirtilmektedir. Sözleşme süresi sonunda yeniden devam etmeyi sağlayacak temayüllerin bile bulunmaması nedeniyle belirsizlik olduğu ifade edilmektedir.

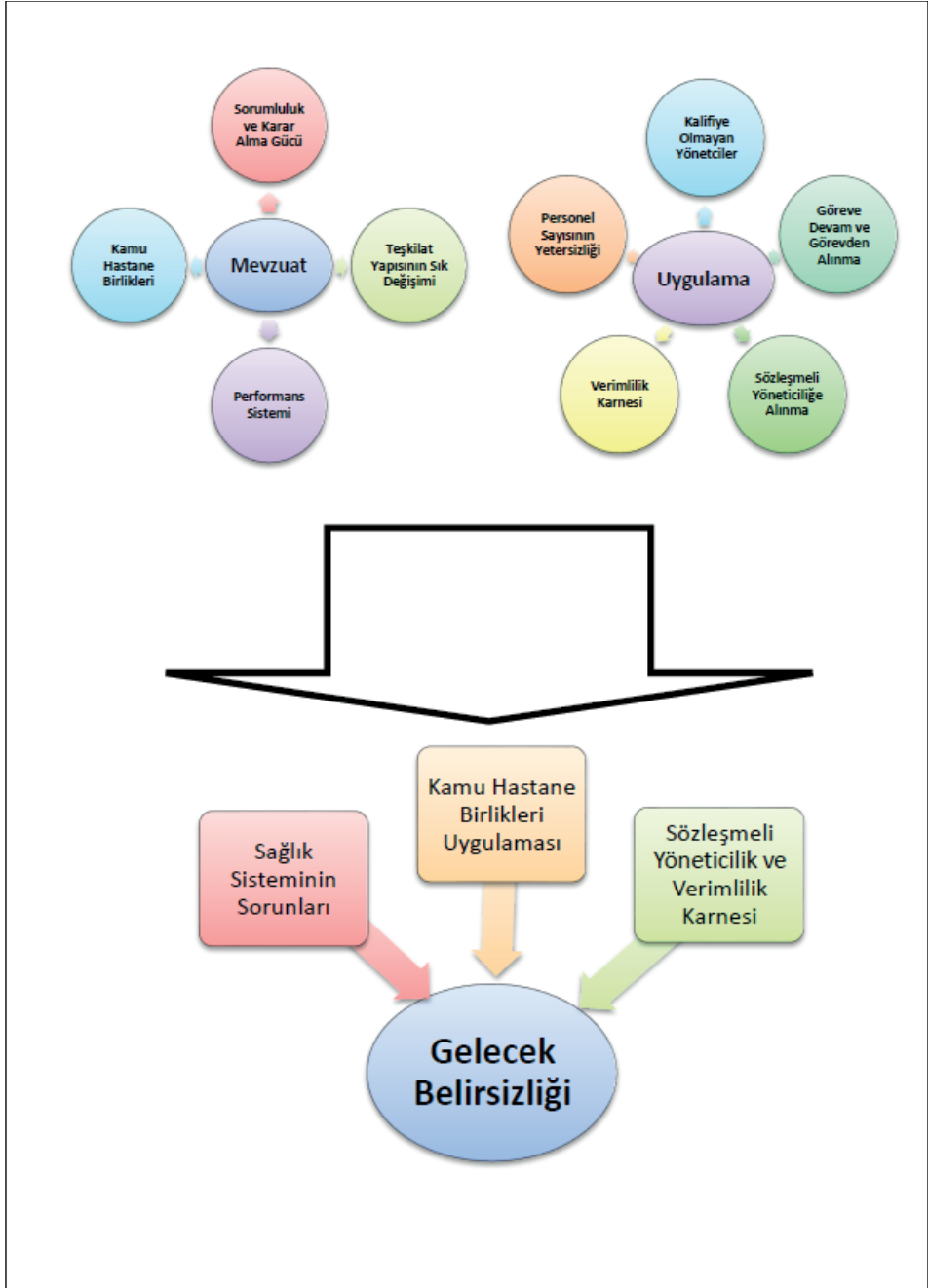
Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yöneticiliğe atandıktan sonra sözleşme ve konu ile ilgili yasal mevzuat uyarınca periyodik olarak (yılda bir) başarı karnesi değerlendirmesi yapılmaktadır. Bunun yanında bir başka mekanizma ile yerinde gözlem yapılmaktadır. Bu uygulama ise, başarı karnesinin (balance score card) puan olarak bir başka bileşenidir. Çok sayıda, denetim ve değerlendirme mekanizması kurulmuş olmasına karşın yöneticiler bunların geçelri olmadığı fikrini taşımaktadırlar.

Sözleşmeli pozisyonda hastanede yöneticilik yapmanın yazılı kuralları şekil şartını yerine getirmek üzere tesis edilmiş olmasına karşın sözleşme içeriği ve sözleşme feshi pratikleri açısından bakıldığında görüşme yapılan yöneticiler başarı karnesinin görevden alınmada kullanılabileceğini ancak göreve devam noktasında garanti sağlamadığını ifade etmektedirler. Yöneticilerin görevde kalması için başarı durumu etkili olmadığından her an görevden alınma kaygısı idarecileri güçsüz ve de dolayısıyla belirsizlik içinde bırakmaktadır.

Sonuç olarak, risk ve belirsizlik kaynağı olarak Sağlık Sisteminin Sorunları, Kamu Hastane Birlikleri Uygulaması, Sözleşmeli Yöneticilik ve Verimlilik Karnesi uygulamaları yöneticilerin bilerek isteyerek dâhil oldukları bir sürecin parçasıdır. Yasaların ve ikincil mevzuatların gösterdiği şekilde görevlerini icra etmeye devam etmektedirler. Hekim ve hekim olmayan yöneticilerin çalışma süresince tanımladıkları birçok problemin temelinde çalışmanın ana problemi olan yöneticilerin risk ve gelecek belirsizliğinin temelinde yasal alt yapıya sahip Sağlık Sisteminin Sorunları, Kamu Hastane Birlikleri Uygulaması, Sözleşmeli Yöneticilik ve Verimlilik Karnesi uygulamaları bulunmaktadır.

Seçici Kodlama

Temellendirilmiş kurumun son aşaması seçici kodlama (selective coding) olarak tanımlanmaktadır. Seçici kodlamada araştırmacı, eksenel kodlamada ortaya konan kategorileri de kapsayan betimleyici bir hikâye oluşturur (Strauss ve Corbin,1990). Ayrıca yine bu aşamada, eksenel kodlamada sunulan kategorileri kapsayacak temel kategori seçilerek çekirdek kavrama ulaşılmaya çalışılmaktadır. Çekirdek kategori daha önceden tanımlanmış kategoriler arasından belirlenebileceği gibi temel problemin açıklanması için daha soyut bir terime de ihtiyaç duyulabilmektedir.



Şekil 33: Seçici Kodlama

Çalışmanın temel problemlerinden olan Sağlık Bakanlığı hastanelerinde sözleşmeli statüde istihdam edilen yöneticilerin melseki ve gelecek durumları hakkındaki belirsizlikler, yöneticilerin sözleşmeli statüde istihdam

modelini kabul ederek sözleşme sürecine girmiş olmalarıyla başlamaktadır. Yöneticiler rıza göstererek ve de isteyerek bu süreçte yer almaktadırlar. Sağlıkta Dönüşüm Programı uyarınca sağlık sisteminde kamu boyutuyla reformun son aşaması olması planlanan Kamu Hastane Birlikleri ve sözleşmeli statüde yönetici istihdam modeli yöneticiler için yöneticilik mesleği açısından ve statü kaybı açısından gelecek belirsizliği üretmektedir. Dolayısıyla, belirsizliğe yol açan etkenler mevzuattan ve uygulamadan kaynaklanan olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tüm kategorilerin ortak kodu ve çekirdek kavramı yöneticilerin görevde kalmasını sağlayacak enstrümanın ne olduğunun bilinmezliğine işaret eden “gelecek belirsizliği” kavramı olmuştur.

Çalışmada yapılan görüşmelerden ve de katılımcıların görevden alınmaları için çokça sebep bulunabilmesi ve birçok etkenin görevden alınabilmelerine olanak tanınması nedeniyle sözleşmeli yöneticilik sistemi için metafor olarak “futbol takımı” ve “günah keçisi” metaforları seçilmiştir. Kulüp yönetimi, takımı altında bulunan bütün kişileri temsil etmektedir. Dolayısıyla, kulüp yönetimi futbolcu transferi konusundaki, mevzuat ve uygulama kurallarını yürüten merkezi üst kurumdur. Genel Sekreterlik ise kulüp yönetimine karşı sorumlu olan teknik direktörlüğü temsil etmektedir. Takım kaptanı ise hastane yöneticisini/başhekimini temsil etmektedir. Futbolcular ise geri kalan yöneticileri (başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı) temsil etmektedir.

Kulüp yönetimi, takımı veya takımları yönetecek teknik direktör ile bir (1) veya birden fazla dönem sözleşme imzalar ama bu sözleşmeler teknik direktörün başarısına göre belli dönemlerde gözden geçirilmektedir. Bakanlık alt kurumu Genel Sekreterlikler ile sözleşme imzalamaktadır. Futbolcular gerek menajerleri vasıtasıyla ve gerekse de kendi girişimleriyle kulüp veya teknik direktöre ulaşarak takımda yer almak istemektedirler. Formal bir yönetici seçim sistemi bulunmadığı için yönetici adayları sosyal sermayelerini kullanarak sözleşme imzalamak amacıyla ilgililere ulaşmaya çalışmaktadırlar. Futbolcularda takıma seçim, kulübün beğenmesi veya menajerlerin kulübe futbolcuyu tavsiye etmesiyle başlamaktadır. Futbolcularla sözleşmeyi teknik direktörün tavsiyesiyle veya doğrudan kulüp yönetimi kararıyla kulüp yönetimi yapmaktadır. Hastane yöneticisi/başhekim ve diğer yöneticiler, Genel Sekreterliklerle sözleşmeyi yapabilmektedirler ama Bakanlık alt kurumu kendisi de yetki devri yoluyla sözleşme yapabilmektedir. Sırasıyla, futbolcunun yol açacağı başarısızlıklar veya kendi başarısızlığından ötürü verilecek cezayı (disiplin veya sözleşme sonlandırılması) kaptan veya duruma göre

teknik direktör de çekebilmektedir. Kaptanın yol açtığı başarısızlıklar ise tüm takıma mal olabilmektedir. Hastanede her bir yöneticinin başarı veya başarısızlığa yol açan faaliyetleri hastane başhekiminin başarı durumunu etkilemektedir. Futbolcular oynadıkları pozisyona göre farklı sözleşme ücretine imza atabilmektedirler. Futbolcuların tamamı takımın başarısı için çalıştıkları ve biri olmadan takımın başarı kazanması çok düşük ihtimalli olmasına rağmen transfer ücretleri arasında büyük farklar bulunmaktadır. Hastanede çalışan yönetici grupları arasında belirgin ücret farkları bulunmaktadır. Aynı işi yapan hekim ve hekim olmayan yöneticiler arasında belirgin ücret farkı bulunmaktadır.

Sözleşmeler imzalanıp lig başladıktan sonra futbolcular lig boyunca antrenmanlara, kondüsyon idmanlarında ve hazırlık kapılarında elinden gelen performansı sergilemeye çalışırlar. Hastane yöneticileri göreve başlamalarına ilişkin sözleşmeyi imzaladıktan sonra hastanede verimlilik karnesi doğrultusunda kendi bireysel ve kurumsal başarıları için çalışmaya başlamaktadır. Takıma ait bütün kararları veren kişi olarak teknik direktör, idman ve antrenmanlarda takımın nasıl oynayacağını öğretmektedir. Teknik direktör maçlar için bütün oyun stratejilerini belirleyip takım oyuncularından bu stratejileri hayata geçirmesini istemektedir. Hastanede yapılacak rutin hasta tedavileri hariç olmak üzere bütün iş ve işlemler, projeler için Genel Sekreterliklerin belirlediği şekilde işlemektedir. Takım kaptanı ise, maç başladıktan sonra oyundaki arkadaşlarını teknik direktör yerine sahada yöneten kişidir. Hastanenin günlük operasyonel kararlarını vermek ise başhekim tarafından yerine getirilmektedir. Futbol takımının temel amacı sırasıyla şampiyon olmak, kupa almak, ligde tutunabilmek veya küme düşmemektir. Hastanenin ise, bulunduğu hastane başarı grubunda tutunması, bir üst başarı grubuna geçmeye çalışmak veya hastanenin bulunduğu gruptan düşmesini önlemek için çalışmak. Futbolcuların amacı ise teknik direktör tarafından kendileri için belirlenen oyun stratejisini kuralına göre sahada başarı kazanacak şekilde yerine getirmektir. Teknik direktör, kaptan ve futbolcular için ödüllendirici faktör, kazandıkları maç başına prim alabilmek ve sözleşme sonunda sözleşmenin yenilenmesidir. Ayrıca daha yüksek ücretle bir başka takıma geçmek de bir başarı olarak değerlendirilmektedir. Hastane yöneticilerinin tamamı için ise, sözleşme yenilenmesi veya göreve devam etmek için elinden geleni yapmaya çalışmaktadır. Futbolcuların sözleşmesinin yenilenmemesi veya lig devam ederken kadro dışı bırakılmak her zaman bir risk ve belirsizlik kaynağı olarak mevcuttur. Ayrıca, futbolcular son dakikaya kadar oyun kadrosunda yer alacak gibi hazırlık yapmakta ama kadroya alınmayabilmektedirler. Hastane

yöneticileri, yasal şartları taşımalarına ve başarısız olarak tescil edilmemiş olmalarına rağmen görevden alınabilmektedirler. Futbolcular takım ligde kalmasına ve kupa kazanmasına rağmen aynı kadroda veya takımda kendine yer bulmayabilmektedir. Futbolcular, sezon sonunda takımda kendine yer bulma garantisine sahip değildirler. Futbolcuların takımdan gitmesine veya kalmasına yönelik karar teknik direktör veya kulüp yönetimince verilebilmektedir. Hastanenin başarı durumu yüksek olması halinde bile yöneticiler arasından bazıları çeşitli sebeplerle zamanında önce görevden alınabilmekte veya sözleşme sonunda yöneticilikten gönderilebilmektedir.

Futbolcu, birinci aşama olarak sözleşme imzalayıp takım kadrosunda yer almayı başarmıştır. İkinci aşama olarak, bütün idman ve kamplara katılıp ve maçı kazanmak için üzerine düşen bütün performansını sergilemiştir. Buna karşın, teknik direktör her maç öncesi yeni bir takım stratejileri ürettiğinden futbolcular bu yeni stratejiye adaptasyonda sorunlar yaşayabilmektedirler. Üçüncüsü takımdaki diğer arkadaşlarından düşük sözleşme bedeline imza attığı için her ödeme döneminde moral bozukluğu yaşamaktadır. Bu durumdaki futbolcu, ücret veya primler performansını olumsuz etkilediği için bazı maçlarda veya sezon boyunca beklenen performansı göstermeyebilmektedir. Dördüncüsü takım oyuncularının tamamı aynı oyunculuk niteliklerine sahip olmadığından, takım olarak maçlardan başarılı çıkmayabilmektedirler. Bunun sonucunda kulüp yönetimi veya teknik direktör günah keçisi aramaya başlamaktadır. Oyuncuların biri, bir kısmı veya tamamı dönem sonunda “günah keçisi” ilan edilerek takımdan gönderilebilmektedir.

Futbolcular gibi hastane yöneticileri de kendilerini sürekli bir biçimde sözleşmeli statüde tutabilecek unsurların neler olduğunu bilememektedirler. Futbol kulüplerinde takımla sözleşme imzalayan futbolcular sezon sonu veya ortası denmeksizin her an takım dışı kalabilmekte ve sözleşmeleri fesh edilebilmektedirler. “Futbol takımı” metaforu kamu hastanelerinde sözleşmeli statüde istihdam modelinin yöneticilerin görevde kalmasının kurallarını belirsiz ve uygulanamaz hale getirdiği için kullanılmıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sosyal politikanın vazgeçilmez aracı olan sağlık hizmetlerinin politik mizanpajı veya sağlık reformları, modern sağlık sistemlerinin temel dinamiklerinden bağımsız olarak anlaşılamaz. Bu temel dinamikler sağlık sistemlerinde gücün yer aldığı temel alanları da göstermektedir. Bu dinamikler sağlık sisteminin önündeki engeller olarak da ele alınabilir. Bu dinamikler; a) sağlık sistemleri ve unsurları sürekli büyümek isterler ve bu durum kazanılmış hak gibi görülür; b) Yüksek sağlık harcamaları her zaman için daha toplumun bireylerine iyi sağlık statüsü kazandırmaz; c) Sağlık hizmetlerinde genel erişimin sağlanması toplumsal ölçekte iyi bir sağlık durumunu garantilemez; d) Kaynak tahsisatı yarışında birçok etken nedeniyle çoğu durumda sağlık kazanır (Hunter, 2003;67).

Geleneksel kamu politikasında temel yaklaşım, ulusal ölçekte devletin ve de hükümetin kamu çıkarları doğrultusunda aldıkları kararların niteliğine odaklanmaktır. Sağlık politikası için de geçerli olan bu durum tüm dünyada 1980'lerden sonra farklılaşmıştır. Sağlık politikalarının analizi iki şekilde değişmiştir. Birincisi, niteliksel ve niceliksel anlamda sayıları artmış olan sağlık politikasını etkilemek isteyen aktörler; ikincisi, küresel mahiyete sahip hükümet dışı organizasyonlardır. Hükümet dışı organizasyonlar sağlık politikasını etkileme yönünden diğer aktörlerden farklı bir statü ve etkiye sahiptirler (White, 2013).

Son 30 yıl içinde ekonomik gelişmişlik seviyeleri farklı olan birçok ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda ciddi arayışlar başlamıştır. Bu yönlü bir arayış, kaynakların sınırlı olması ve artan sağlık hizmeti maliyetleri nedeniyle alternatifler veya tamamlayıcı önlemler alınması yönünde seyretmiştir. Aynı zamanda, bu yöndeki politika tercihleri ve arayışları devletin sağlık hizmeti sunumundaki rolü ve finans sorumluluğu gibi konularda farklı yaklaşımların gündemde yer bulmasına yol açmıştır (Lee ve Goodman, 2002). Bu çerçevede kaynak transferi ve kaynak tahsisatı gibi konular da politik ajandaya girmiştir.

Politik karar verme süreçlerine etkisi bakımından sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık sisteminin düzenlenmesi konuları uluslararası kuruluşların/aktörlerin çabasıyla ve ulusal hükümetlerle yapılan anlaşmalar neticesinde yapısal uyum programı olarak kendine yer bulmuştur. Yapısal uyum programlarının sağlık üzerine doğrudan ve dolaylı etkileri olmaktadır. a) Doğrudan etkileri, sağlık hizmeti finansman yapısının değiştirilmesidir. Bu durumda kamu sağlık harcamaları azaltılabilir, kullanıcı payı uygulamasına geçilebilir veya payları artırılabilir. b) Tasarruf politikası çerçevesinde, sağlık personeli istihdamı azaltılabilir veya ücretlerin kesintisi veya dondurulması gündeme gelebilir. c) Yapısal uyum programlarının gelir artırıcı ve maliyet düşürücü unsurları sağlık sigortasının teminat paketi kapsamını etkileyebilir. En genel uygulama ise, sağlık hizmetlerinde ve ilaçlarda katılım payının getirilmesi veya artırılmasıdır. d) Merkezi otoritenin finansal ve operasyonel sorumluluklarını yerel idareye devretmesi. e) Son olarak, devletin sağlık hizmetleri sunumundaki rolünü azaltması veya sağlık hizmetlerinden çekilmesiyle yerini özel sektöre bırakmasıdır (Kentikelenis, 2017).

Türkiye’de sağlık sistemine yönelik planlama, reform faaliyetleri ve sağlık hizmetlerine erişim konuları yeni olmayıp 1960’lardan itibaren süregelen bir süreçtir. Örneğin, planlı dönemde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Alma-Ata konferansından (1978) önce temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak atılmış önemli bir adımdır. Kanun, 1980’li yıllara kadar aktif bir şekilde uygulanmasına karşın hastanecilik hizmetlerini geliştirme yönünden etkili olamamıştır (Kurt ve Şaşmaz, 2012). Söz konusu kanun, 2005 yılında 5258 sayılı kanunla başlatılan Aile Hekimliği modelinin ülke genelinde yaygınlaştırılmasının tamamlandığı 2010 yılının sonuna kadar fiilen uygulanmıştır. 2011 yılından itibaren ise yürürlükte ama uygulanmayan bir kanun haline gelmiştir.

1980’li yıllara gelindiğinde ise Yeni Kamu Yönetimi anlayışı- neoliberal ekonomik yönelimle küresel reform dalgasının etkileri Türkiye’de devletin sağlık hizmetlerinde hizmet sunumundan çekilerek rolünün azaltılması ve kamu uhdesinde bulunan sağlık işletmelerinin desantralizasyon yoluyla idari ve mali açıdan özerkleştirilmesi tartışmaları şeklinde görülmeye başlanmıştır. 1987 yılında 3359 sayılı kanunla özerk sağlık işletmeleri kurulması amacıyla bir düzenleme yapılmış olup daha sonra bu kanuna dayanarak iki hastane idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmesi haline dönüştürülmüştür. Bu çerçevede, 1990 yılında DPT tarafından Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü hazırlatılarak kamu sağlık sektörü için ilk resmi reform arayışları başlatılmış oldu.

1990'lı yıllarda 1990 yılında birinci Sağlık Projesi, 1994 yılında ikinci Sağlık Projesi ile sağlık sisteminin reforme edilmesi süreci başlatılmış olmasına karşın 1995 yılında pilot olarak uygulanan iki hastane örneği dışında sistemi dönüştürecek kapsamlı çalışma yapılamamıştır. Bunun başlıca sebepleri arasında istikrarlı siyasi ortamın bulunmayışı gelmektedir. 2003 yılına gelindiğinde Sağlıkta Dönüşüm Programı ilan edilerek Türkiye sağlık sisteminde yeni bir dönem başlamıştır.

Dünya Bankası (2003) tarafından "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu" raporunu hazırlamıştır. Bu rapordaki öneriler büyük ölçüde Sağlıkta Dönüşüm Programında yer bulmuştur. Ayrıca, bu öneriler 1990 yılında DPT tarafından ve 1992-93 yıllarında hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası dokümanında yer verilen hususları büyük ölçüde içermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde öncelikle sorun alanları tanımlanmış olup bunların çözümü için adımlar atılmaya çalışılmıştır. Halkın sağlık hizmetine-muayeneye erişiminin artırılması için düzenlemeler yapılmıştır. Her hekime bir muayene odası verilmesi için bütün sağlık kurumlarında düzenlemeye gidilmiştir. Bu kapsamda, ilk olarak performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖS) uygulamasına geçilerek başta hekimlerin olmak üzere tüm sağlık personelinin cari gelirlerinde artış sağlanmaya çalışılmıştır.

PDEÖS ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak ve tedavi edici sağlık hizmetleri kuruluşlarında tedavi edici hizmetleri sunmak üzere hekimlerin hizmet vermesi sağlanmış ve hekimlerin ve çok az da olsa diğer sağlık çalışanlarının kamuda tam zamanlı çalışması teşvik edilmiştir. Eş zamanlı olarak bütün geri ödeme kuruluşlarıyla (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) anlaşma yapılarak tüm sağlık tesislerinin ortak kullanımı sağlanmıştır.

2005 yılında Aile hekimliği modeli Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılmış ve aynı yıl kamuya ait sağlık tesislerinin tek çatı altında birleştirilmesi için kanun çıkarılmıştır. Böylece, SSK ve diğer kurumlara ait sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu adım sonucunda, sağlık reformlarının en önemli parametresi olan sağlık hizmetinin finansmanı ve sunumu büyük ölçüde birbirinden ayrılmıştır.

SSK'nın sağlık hizmet sunucusu ve finasör kuruluş olarak, hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devri sonrasında getirilen düzenleme ile farklı sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunan kişilerin temel teminat paketlerinden kaynaklanan farklılıklar da ortadan kaldırılmıştır; böylece SSK ve Bağ-Kur üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başlamışlardır. Sağlık hizmetinden yararlanma noktasındaki eşitsizlikleri azaltıcı bir uygulama olarak

görülmektedir. Ancak, sağlık hizmetlerinden eşit bir biçimde yararlanmayı sağlamak, sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir ve kapsayıcı hale getirmek, eşitsizlikleri azaltmada bir yol olarak değerlendirilse bile eşitsizlikleri tümüyle ortadan kaldırmaz (Şimşek ve Kılıç, 2012).

Sağlık hizmeti kullanımı göstergelerinden olan, “sağlık hizmetine erişim” açısından reform çalışmalarının başladığı yıl ile gelinen nokta arasında önemli iyileşmeler gerçekleşmiştir. 2002 yılında sağlık hizmeti başvurusu 3,1 iken, 2012 yılında bu oran 8,2’ye ulaşmıştır; aynı tarihlerde OECD ülkeleri ortalamasının ise 6,9 olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti kullanımında gelişmiş ülkelerin oranları yakalandığı halde insan gücü (Hekim, hemşire, vb) ortalamaları açısından AB ve OECD ortalamaları yakalanamamıştır (Sağlık İstatistikleri, 2016).

Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği uygulamasını 2011 yılı itibarıyla tüm ülkede yaygınlaştırmıştır. Aile hekimlikleri görev tanımında koruyucu ve tedavi edici hizmetler bir arada yer almaktadır. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak üzere Toplum Sağlığı merkezleri, Ana çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Kanseri Erken Tarama ve Teşhis Merkezleri, Toplum Ruh Sağlığı merkezleri ve Sağlıklı yaşam Merkezleri gibi destekleyici kurumsal yapılanmalar oluşturulmuştur.

Aile Hekimliği modeli, sistemli olarak oluşturulduğu ülkelerde sağlık sigortasından finanse edilir ve aile hekimliği bünyesinde yer alan çalışanlar sözleşmeli olarak hizmet vermektedir. Ancak aile hekimliği modelinin ürettiği sağlık hizmeti sunumu bir ekip hizmetinden ziyade muayenehanecilik mantığının tekrarı gibi değerlendirilmektedir (Aksakoğlu ve Diğerleri, 2003). Öte yandan, Türkiye’de birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ölçümü yapılamadığından sonuçları hakkında eleştiriler yükselmektedir. Ayrıca, aile hekimliği sisteminde yer alan kişilerin özlük haklarının halen genel bütçe kaynaklarıyla karşılanıyor oluşu ve Genel Sağlık Sigortasıyla ilişkilendirilmemiş olmaları sistemin sonuçları açısından henüz bir değerlendirme yapılmasını güçleştirmektedir. Çünkü çalışanlar bir çeşit sözleşmeli devlet memuru olarak sistemde yer almaktadırlar. Sistem kurgusu olarak çalışanların da nihayetinde geri ödeme kuruluşları ile ilişkilendirilmesini öngörüldüğünden bu haliyle sağlık sistemi içinde aile hekimliği modelinin geleceği toplum ve çalışanlar açısından belirsizlik ve riskler taşımaktadır.

1980’lerde sonra neoliberal ekonomi politikalarının kamu yönetimine yansması devletin rolü ve örgütlerin yönetiminin yeni ilkeler doğrultusunda

gözden geçirilmesi durumunu gündeme getirmiştir (Eryılmaz, 2016;56-57). Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında performansa dayalı ek ödeme uygulamasının Yeni Kamu Yönetimi anlayışının yansıması olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca, Sağlıkta Dönüşüm Programının, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda, finansmanında ve sunumunda performans kriterlerini esas aldığı görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı hastaneleri 2004 yılından ve 2005 yılı itibarıyla SSK'dan devralınan hastane çalışanlarının hastanede sağlık hizmetlerinden elde edilen gelirlerden yararlandırılmasında performans esaslı ödeme modeli ile hizmet üretmektedirler. Bu ödeme modeli, hekim emeği üzerinden üretilen hizmetler esas alınarak hastalara verilen hizmetlerin geri ödeme kuruluşlarına fatura edilmesiyle kendini yeniden üreten bir sistemdir. Sağlık Bakanlığı, bu sistemi performansa dayalı ek ödeme (PDEÖS) olarak adlandırılmaktadır. Sistem, artan hasta talebinin karşılama personeli motive eden en önemli unsur olmuştur (Zaim, 2017). Öte yandan, klinisyen hekimlerin daha fazla ve çeşitli hizmet sunmak istemeleri nedeniyle sağlık kurumlarının alt yapı ve teknik imkânlar açısından gelişim göstermesini sağlamıştır.

Ödeme sisteminde her meslek grubu farklı ödeme rejimi içinde yer almaktadır. Hatta meslek grupları da kendi içine farklılaşmaktadır. Hekim meslek grubu, uzmanlık düzeylerine göre farklı ödeme düzeylerine sahiptir. Diğer sağlık çalışanları da çalıştıkları birime göre farklı ek ödeme düzeylerine sahiptir. Sistem, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini sağladığı gibi zaman içinde hizmet miktarının artırılması çabası eşliğinde kurumda verilen sağlık hizmetinin klinik kalitesinin düşüşüne yol açtığı eleştirilerine uğramıştır. Yüzden (2013) tarafından yapılan araştırmada, araştırmaya katılan hekimlerin %75'nin sistemin çalışanlar arasında özlük hakları farklılıkları nedeniyle sistemin adil bir ek ödeme dağıtımına sahip olmadığı ve %69'u suistimallerin/etik olmayan olayların arttığı bulgusuna ulaştığına yer verilmektedir. Erşahan ve Diğerleri (2011) tarafından yapılan çalışmada ise, hekimler performansa göre ücretlendirmenin meslek dayanışmasını azalttığı ve hekimlerin zaman kaybı nedeniyle daha az puan elde etmesine yol açacağı için riskli ve zahmetli hastaların sorumluluğunu üstlenmek istemedikleri ve sistemin hizmetlerde nitelik yerine niceliği ön plana çıkardığı bulgularına ulaşılmıştır.

Çakır ve Sakaoğlu (2014) tarafından yapılan çalışmada ise, performans göre ödemenin aynı kurumdaki sağlık çalışanları arasında çatışmaya yol açtığı bulgusuna ulaşılmıştır. Ayrıca, performans sistemi, ikincil sonuçları nedeniyle hasta ve sağlık çalışanları arasında çatışmaya yol açtığından sağ-

lık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının da nedenlerinden birisi haline gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını artırmasına karşın sağlık çalışanlarının özlük hakkının bir parçası olması ve hastanelerin gelir düzeyini artırmada en önemli değişken olması performans sistemini vazgeçilmez hale getirmiştir. Ancak, sistemin bu noktada sürdürülemez hale gelmesi ve hastanelerde sağlık hizmetinin üretilmesinde destekleyici faktör olarak yerine hangi sistemin getirileceği belirsizliğini korumaktadır. Bu noktadaki belirsizlik, sadece sistemin sürdürülmesiyle sınırlı olmayıp sonuçları açısından hastanelerin geleceğinin nasıl şekillendirileceğiyle de ilgili olmaktadır.

Türkiye sağlık sisteminin mülkiyet rejimi dikkate alındığında 1993 yılından günümüze genel ekonomik yapısal durumla ilişkili olarak tesis sayısı açısından devletin sağlık hizmet sunumundaki artış hızının özel sektöre nazaran tedrici olarak azaldığı görülmektedir. Aynı şey yatak sayıları ve uzman hekim istihdamında da söz konusu olmaktadır. Devletin ve özel sektörün sektör içindeki payları ters orantılı (devletin payı azalmakta, özel sektörün payı artmaktadır) olarak ilerlemektedir.

2017 yılında Türkiye sağlık sisteminde yeni bir hastane türü ortaya çıkmıştır. Bu hastaneler şehir hastanesidir. Kamu özel işbirliği ile yapılan bu hastanelerde 25 yıla kadar kamu kiracı, yüklenici ise işletmeci olarak pozisyon almıştır. 2017 yılı itibarıyla yapımı planlanan hastane sayısı 32 adettir. Toplam yatak kapasitesinin ise 42.000 adet olması planlanmaktadır. Şu anda yaklaşık 5.700 yatak kapasitesi kullanıma açılmıştır (SASAM, 2018). Böylece, sağlık hizmetlerinde bir diğer desantralizasyon örneği diyebileceğimiz yeni bir olgu sağlık sisteminde yer almıştır. Şehir hastanelerinde bütün hizmetler, teknik ve fiziki yapıların işletilmesi yüklenici firmanın üstleneceği ve karşılığını alacağı hizmetler olarak saptanmıştır. Dolayısıyla, sağlık sisteminin yapı ve işleyiş olarak ileride ne yöne evrileceği noktasında bir diğer belirsizlik kaynağı şehir hastaneleridir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı son olarak 2011 yılında 663 sayılı KHK ile sağlık teşkilatının ve de reform sürecini tamamlamayı hedeflemiştir. Bu düzenleme ile getirilen en önemli hususlar, hastanelerin özertleştirilmesi ve sağlık tesisi yöneticilerinin sözleşmeli statüde istihdamının önünün açılması olmuştur. Dolayısıyla bu durum, kamu hizmetlerinde çalışma ilişkilerinin özel sektör mantığıyla yeniden tanımlanması olarak değerlendirilebilir.

Kamu Hastane Birlikleri uygulamasında yönetici olarak görev yapacak personel sözleşmeli statüde istihdam edilmektedir. Bu uygulama ile sözleş-

meli statüde istihdamın yaygınlaştırılması, esnek çalışma, performansa dayalı ücret ve başarı değerlendirmesi kamu istihdam rejimini özel sektör rejimine çok yaklaştırmıştır. Böylelikle, kamu hizmetlerinin devlet memurları eliyle gördürülmesi ilkesi de ortadan kaldırılmış olmaktadır. Kamu hastanelerinde sözleşmeli statüde istihdam postfordist esnek istihdam modelinin uygulaması olup yöneticiler için güvencesiz ve belirsiz gelecek tasarımı ortaya çıkarmıştır. Yöneticiler kendilerini güvende hissetmedikleri gibi hangi şartlarda görevden alınabileceklerini bilmemektedir (SASAM, 2016). Kamu sağlık teşkilatındaki bu düzenlemenin sonraki dönemlerde Türkiye'deki diğer kamu yapılarına da taşınacağı düşünülmektedir.

Kamu Hastane Birlikleri sözleşmeli statüde yönetici istihdam modeli 2018 yılı içinde Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının tümüne yaygınlaştırılmıştır. Yasal düzenlemeler ve uygulama boyutuyla sağlık teşkilatında yöneticiliğe alınmada kariyer ilkesinin terk edilmesi ve şartların alabildiğine esnetilmesi yöneticiliğin destandardizasyonu olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmada, sağlık yöneticilerinin göreve atandıktan sonraki süreç boyunca yaşadıkları gelecek belirsizliğinin kaynakları ortaya konulurken özellikle sözleşmeli yöneticilik süreci Aktör İlişkiği Kuramının temel kavramlarından yararlanılmış ve temellendirilmiş kuram teknik olarak kullanılarak çekirdek kavrama ulaşılmaya çalışılmıştır.

Çalışmada sağlık kurumlarında yönetici konumunda olan hekim ve diğer meslek grubu katılımcıları ile görüşülerek ve görüşme yapılan yöneticiler arasında karşılaştırmalar yapılarak çalışmanın amaçlarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu çerçevede, sağlık kurumu yöneticilerinin sözleşmeli statüde çalışmanın kendileri için ortaya çıkardığı mesleki ve gelecek belirsizliğinin kaynaklarının nasıl oluştuğunu gösterebilmek için öncelikle sağlık sisteminin sorunlarından yola çıkılmıştır. Her iki yönetici grubu açısından sağlık sisteminin sorunlarının kendileri için oluşturduğu belirsizlikler benzerlik göstermektedir.

Bu aşamada, kendileri için belirsizlik kaynağı yaratan sorunlar uygulama ve mevzuattan kaynaklanan kategoriler şeklinde ayrılabilirse de temel olarak; a) Sağlık Sisteminden Kaynaklanan Sorunlar; Personel sayısı ve dağılımının yetersizliği, teşkilat yapısının sık değişmesi, kalifiye olmayan yöneticiler ve performans sistemi; b) Kamu Hastane Birlikleri Uygulaması; Yöneticilerin sorumluk ve karar alma kapasitesinin zayıflaması; c) Sözleşmeli Yöneticilik ve Verimlilik Karnesi: Sözleşmeli yöneticiliğe alınma ve göreve devam veya görevden alınma.

Türkiye sağlık insangücü açısından (özellikle hekim ve hemşire) AB ortalamalarının altında bir sayıya sahiptir. İnsan gücü sayısının eksikliği sağlık kurumlarını her şekilde etkilemektedir. Çalışma kapsamında, sağlık sisteminin insan kaynağı sorunu, ürettiği sonuçları bağlamında yöneticiler için gelecek belirsizliği oluşturan etkenler arasında yer almaktadır. Kurumların hizmet üretme kapasitesine doğrudan etkide bulunan ve hemen hemen her işletme için temel problem alanı çalışan sayısının yetersizliği olmuştur. Sağlık insangücü yetersizliği yöneticiler için kurum verimliliğinin, gelirinin artırılmasında ve üretilen hizmetlerle kalitenin geliştirilmesinde büyük öneme sahiptir. Sağlık kurumlarının başarısının değerlendirilmesinde önemli bir etken, hastanenin Bakanlıkça tanımlanmış rolüne uygun hizmet üretmesidir. İnsan kaynaklarındaki sürekli hareketliliğin yanında uzman hekim (özellikle yandal uzmanlığı) ve hemşire sayısındaki yetersizlikler kurum/hastane rolünün yerine getirilmesini zorlaştırır. Ayrıca, üretilen sağlık hizmetlerinde kalite düşüşüne yol açabilir ve bu durum hasta memnuniyetine olumsuz etkide bulunabilir. Bunun yanında, hastane gelir üretimi sürecini de olumsuz etkileyebilecektir. Bu faktörler dikkate alındığında, kurum başarısı ve doğrudan yöneticinin başarı/başarısızlık durumu insan kaynakları yetersizliğinden bağımsız değerlendirilememektedir. Hekim ve hekim olmayan yöneticiler aynı şekilde insan kaynağının yetersizliğini önemli bir sorun ve belirsizlik etkeni olarak değerlendirmektedir.

Klasik bürokratik örgütlenmenin öğelerinden birisi de yapıyı ileriye taşımaya imkân veren istikrarlı yönetim ve organizasyon yapısıdır. Katılımcılar, sağlık teşkilatında değişim sıklığının sağlık sisteminin işleyişinde sorunlara yol açtığını belirtmektedir. Bu çerçevede, Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısını toptan değiştiren 2011 yılı 663 sayılı KHK'sı merkez ve taşra teşkilatında önemli değişikliğe gitmiştir. Katılımcılar, değişikliklerin yasalaştırılması evvelinde niyetlenmiş sonuçları üretmediğini; sağlık teşkilatındaki kurumlar arasında koordinasyon eksikliğini artırdığını, kamu harcamalarında gereksiz artışa yol açtığı ve verimsiz bir yapı oluşturduğunu belirtmişlerdir. Yönetim yapısı içinde hiyerarşide yönetim kademelerini artırdığı ve bunun da yönetimde etkinliği azalttığını ifade etmişlerdir. Öte yandan, idari yapının değişimi yöneticilerin kariyerinde duraksamalara yol açmaktadır. Her idari yapı değişimi görevi sonlandırmakta ve yeniden atama yapılmaması halinde görev sonlanmaktadır. Dolayısıyla, bu yöndeki değişimlerin halka, kurumlara ve onun ayrılmaz parçası yöneticilere olumsuz etkisi olabilmektedir. Yöneticiler için gelecek belirsizliği oluşturmaları bir diğer sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Klasik kamu yönetiminde yönetici olarak atanmanın esasını kariyer, kıdem ve ömürboyu istihdam gibi prensipler oluşturmaktadır. Yeni Kamu Yönetimi anlayışı ise, buna istihdam esnekliği boyutunu ekleyerek kamu-da postfordist çalışma örüntülerine imkan vermiştir. 663 sayılı KHK sonrası kamu hastanelerinde yönetici olmak için belirli süre sigortalı olarak çalışmış olmak şartı getirilmiştir. Katılımcılar, Kamu Hastane Birlikleri uygulamasına geçildiğinde sağlık alanında daha önce yöneticilik yapmamış tecrübesiz kişilerin yönetici olarak atandığını belirtmişlerdir. Bu atamaların sağlık hizmetinin bir ekip işi olması nedeniyle yönetimde ekip anlayışını bozduğunu ve kurumu genel başarı düzeyini etkilediğini belirtmişlerdir. Sağlık alanında yeterli tecrübeye sahip olmayan kişilerin atanması (örneğin, başhekim veya sağlık sektöründen gelmeyen bir hastane yöneticisi ve idari mali hizmetler müdürü) kurumun ve de kişilerin başarısını olumsuz etkileyeceğinden yöneticiliğe devam noktasında kendi gelecek durumlarını da risklere maruz kılmaktadır.

Performans yönetimi, performans değerlendirme veya sistem performansı kavramları ve devletin küçültülmesi, adem-i merkeziyetçilik/desant-ralizasyon gibi 1980 sonrası yaygınlaşan uygulamalar devletin yeniden yapılandırılması açısından 2000’li yıllara gelindiğinde ciddi bir biçimde Türk kamu yönetiminde fikri olarak karşılık bulmaya başlamıştır. Bunun yanında, hizmetlerde verimlilik ve etkililiği artırmayı öngören performans yönetimi her düzeyde kullanılmaya elverişli bir yönetim enstrumanıdır. Mikro ölçek-te, herhangi bir yapı altında faaliyet gösteren kişilerin o yapının üretimine sağladıkları katkı oranında ödüllendirilmesini sağlamada kullanılabilecek bir uygulamaya dönüşmektedir. Sağlık Bakanlığı 2003 yılında ilan ettiği Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık alanında hizmetlere erişimi kolaylaştırma olmak üzere birçok sorunun çözümünde performans uygulamasından yararlanmıştır (Aydın ve Diğerleri, 2007). Zaman içinde hedefler büyük ölçüde gerçekleşmiştir. Sağlık hizmeti kullanımı artmıştır; 2002’de 3,1 ike bu oran 2012’de 8,2’ye çıkmıştır. Halkın sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılında %39,5 iken 2016 yılında %75 olmuştur. Kamuda hekim-lerim tam zamanlı olarak çalışma oranlarını kısa zamanda önemli ölçüde yükseltmiştir. Kanuni düzenleme yapılması ile birlikte yarı zamanlı çalışma sonlandırılmıştır.

Öte yandan, performans sistemi uygulaması pekçok kurum içi sorunu da beraberinde üretmiştir. Katılımcılarca ifade edildiği üzere, PDEÖS ön-gördüğü ödeme şekli ve ortaya çıkardığı sonuçlar ile kamu hastanelerinde

çalışanlar arasında ücret adaletsizliği doğurmuştur. Çalışanlar arasındaki çatışmayı artırmış ve ödeme farklılıkları nedeniyle aynı işi yapan hekim ve hekim olmayan yöneticiler arasında memnuniyetsizlik doğuran unsurların başında gelmiştir. Sözleşmeli statüde yöneticilik sonrası ek ödeme sisteminin dışına çıkarılmış olsalar bile yöneticilerin alacağı ödeme oranları mesleki statüleri dikkate alınarak düzenlenmiş olması nedeniyle performans sistemi devam ediyor gibi değerlendirilmektedir. Bu durumun yönetsel yapıyı sağlıklı hale getirdiği belirtilmiştir. Ayrıca, uzman hekimlerin açısından branşlar arasındaki ek ödeme farklılıkları da bir diğer sistem sorunu olarak değerlendirilmektedir. Yöneticilerin hekimlerden daha fazla çalışmalarını istemeleri durumunda bunun suistimallere yol açabileceği endişesi belirtilmiştir. Bunun yanında, çalışanların bu sisteme güvenerek gelecek planlaması yapamayacağı belirtilmiştir. Katılımcılar sistemin çalışma barışını bozduğu ve dolayısıyla rehabilite edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Katılımcılar sistemin bu haliyle sürdürülelemeyeceğini ancak yerine adaleti daha az zedeleyecek bir sistemin ikame edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Hastanelerde niceliği artırmaya endeksli bir hizmet üretim sisteminin yönetimi ve çalışanları zorlaması nedeniyle kurumsal işleyişe olumsuz etki de bulunmaya başlayan sistem risk ve belirsizlikler üretmektedir.

Devletin hizmet üreten kuruluşlarının yerele devri veya desantralizasyonu 663 sayılı KHK ile 2012 yılında yürürlüğe konan Kamu Hastane Birlikleri hakkında ilk yasa taslakları kamuya ait hastanelerin yerele devrini öngörmektedir. Ancak, kanun sonrasında farklı bir desantralizasyon uygulamasına geçildi. Dekonsantrasyon adı verilen uygulama merkezi yetkilerin taşıraya devri Kamu Hastane Birliklerinde kısmen uygulanmıştır. Yöneticilerin önemli bir kısmının atanması veya atanmasına esas işlemler Birliklerce yapılmıştır. Daha sonra bu konuda da değişiklikler yapılmıştır. Katılımcılar, Kamu Hastane Birlikleri modelinin yönetim yapısı itibarıyla ve sağlık hizmetinin ertelenemez doğası nedeniyle hızlı kararların alınması gereken hastanecilik süreçlerini gerektiği gibi işletilmesini sağlamadığını belirtmişlerdir. Daha önce kendi başına alabildikleri kararları artık alamadıklarını ve birçok yetkilerinin ellerinden alınmış olması sebebiyle Genel Sekreterliklerin hastane yöneticilerinin karar alma kapasitesini zayıflatmış olduğuna yer verilmektedir. Ayrıca, uygulamanın yönetsel sorumlulukları azaltmış olmasına karşın üretilen hizmetlerin sonuçlarından sorumlu tutulmaktan kurtarmadığını belirtmişlerdir. Uygulamanın getiriliş amaçlarından birisinin de yöneticileri kolaylıkla görevden alabilmek olduğu belirtilen bu uygulamanın sonuçları

açısından bugüne değin getirilen sağlık reformuna zarar verebileceği de belirtilmiştir. Sistemin, yöneticilerin kariyer planlamasına imkân tanımadığı ve sonuçları açısından yöneticiliği destandardize ettiği düşünülmektedir.

Kamu hastanelerinde sözleşmeli yönetici olarak görev yapan kişilerin sözleşmeli statüde Kamu Hastane Birlikleri Genel Sekreterliklerinde yönetici olarak atanmaları, görevde kalma, verimlilik karnesi ilanı ve görevden alınma sürecinin işleyişi gibi süreçler Aktör İlişkilağı Kuramının (AİK) bazı kavramlarıyla irdelenmiştir. Bu kapsamda tercüme/çeviri süreçlerinin nasıl işlediği katılımcıların görüşerinden çıkarılmıştır. Aktör İlişkilağı Kuramı doğa-kültür ve yapı-birey gibi dikotomileri reddetmektedir. AİK bütün ilişki ağlarının oluşumunu bütün ayrımları redderek ilişkişel olarak ele almaktadır. Tercüme süreçleri: *problemleştirme*; ilişki ağının oluşumuna dair rasyonelin belirlenmesidir. Bu çerçevede sözleşmeli yöneticiliğin statik yöneticiliğe avantajları ve bunun yapılması halinde kurum ve kurumun sunacağı hizmeti geliştirilmesi ile halka faydaları, ilişki ağının rasyonelidir. *Baş aktörün çıkışı veya ikna süreci*: Diğer ilişki ağlarından tevarüs etmiş gücü ve aktant olarak kanunların ve mevzuatın verdiği yasal güç ile baş aktör/sağlık otoritesi ilişki ağlarına dâhil edilecek kişileri ikna etmeye çalışmamaktadır. Zira, çalışanlar yönetici olarak sözleşme imzalamadan önce içinde bulundukları ilişki ağlarıyla veya sosyal sermayeleriyle ve bunun ürettiği güç ilişkileriyle sözleşmeli yöneticilik ilişkişına dâhil olmaya çalışmaktadır. Baş aktörün ödüllendirici gücünden yararlanmaya çalışmaktadırlar. *Kayıt Kabul/Dâhil olma*: Yöneticiler ilişki ağına dâhil olmuş aktörler olarak ilişki ağının problemi üstlenirler. Yani sağlık hizmetinin sorunlarını sözleşmeli statüde daha iyi çözebileceklerine dair problemi kabul ederler. Aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemine (ÇKYS/otomasyon sistemi-aygıt) kayıt edilmedikleri sürece yönetici olarak atanmış sayılmazlar. Bu noktada, ÇKYS, ilişki ağının oluşumunda rol alan *insan olmayan* bir aktant olarak süreci şekillendirir. Yönetici aktörler böylece ilişki ağındaki rolünü kabul eder. *Müttefiklerin mobilizasyonu*: ilişki ağına dâhil olmuş aktörler/sözleşmeli sağlık yöneticileri olarak göreve başladıkları anda harekete geçme talimatını, doğrudan baş aktör veya diğer insan olmayan aktantlar (imzaladığı sözleşme, tebellüğ ettiği genelge veya diğer resmi yazı) almış olmaktadır.

Aktörler çalışmaya başladığında tüm sağlık bürokrasisinin ilişki ağına dâhil olmaktadır. Bu durum aktör-aktant ilişkişığı olarak görülmektedir. Sözleşmeli yöneticilik ilişki ağı da aktör ve aktantlardan oluşmaktadır. Mevzuat ve genelgeler aynı zamanda “değişmez hareketliler” olarak da adlandırılabilirler.

AİK'in sözleşmeli yöneticilik ilişki ağı içindeki önemli kavramları ise Kara kutu (black box) ve Bütünlük Algısı (Punctualisation) olarak öne çıkarmaktadır. Bu çerçevede, hekim ve hekim olmayan yönetici grubuna dâhil katılımcıların görüşlerinden ilk başta sisteme inandıkları ancak zaman içinde yapılan atamalar görüldükçe yönetici atamaları açısından *bütünlük algısının bozulmaya* başladığı anlaşılmaktadır. Çünkü baş aktörün problemleştirme rasyoneli hilafına atamalar ve sistem işleyişindeki sonuçlar bütünlük algısını bozmaktadır. Ancak, aktörler, bütünlük algısı bozulsa bile ilişki ağından çıkmak istemeyip ve ilişki ağındaki kalış sürelerini uzatmaya çalışmaktadırlar.

Teknik bir kavram olarak da değerlendirilebilecek kara kutu (black box), birkaç biçimde oluşmaktadır. Yönetici/aktör için sözleşmeli ilişki ağında sözleşmeli statüye son verilmesi ya da verimlilik değerlendirme sistemi hesaplamaları sonucu aktörün başarısız bulunarak görevine son verilmesi olarak da değerlendirilebilir. Sözleşmesine son verildiğinde karar kutu açılmış olur. Öte yandan, verimlilik değerlendirme sistemi de karmaşık sosyo-teknik ilişkileri nedeniyle de kara kutu olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, ilişki ağının kendisi de kara kutu olabilir. Aktör'ün (sözleşmeli yönetici statüsü) sözleşmesi sonlandığında ilişki ağından çıkmakta ve ağ kendisi için görünmez hale gelmektedir.

Kamu hastanelerindeki sözleşmeli statüde yöneticilik ilişki ağında kişi göreve devam ettiği sürece *bütünlük algısında bozulma* olsa bile baş aktörün ödüllendirici gücü nedeniyle, ilişki ağında kalmaya devam etmekte ve ilişki ağını oluşturan *değişmez hareketliler* onu bu ilişki ağında tutan diğer aktantlar olarak ağda işleve sahiptirler.

AİK çerçevesinde aktörlerin sözleşmeli yöneticilik ilişki ağına dâhil olabilmesi baş aktörün tasarladığı ve diğer insan ve insan olmayan aktantlarla birlikte tasarladığı zorunlu geçiş noktaları ile olmaktadır. Aktörler problemleştirmeye ilişkin inançları azalmış olsa bile ödüllendirme sistematığı nedeniyle ilişki ağının dışına çıkmak istememektedirler. Ancak baş aktör, ilişki ağındaki diğer insan olmayan aktantlar sayesinde bazı aktörleri ilişki ağı dışına atabilmektedir. Bu çerçevede, sözleşmeli statüde yöneticilik, yönetici grupları için gelecek belirsizliği içeren risk kaynağı olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastane Birlikleri ve sözleşmeli statüde yönetici istihdam modeliyle kullandığı yerinden ve etkin yönetim, "verimli sağlık işletmeleri", "sözleşmeli yöneticilik verimlilik sağlar" gibi hâkim kodlar dikate alındığında yöneticilerin görüşlerinden sistemin uygulama sonuçlarının bunları doğruladığına dair bulgulara rastlanılmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı sözleşmeli statüde yönetici istihdam modeli, bir benzetme ile açıklanacak olursa yöneticilerden çalışma hayatında “*protestan ahlakı*” beklenmektedir. Zira yöneticilerin görevde kalabilmesini ve pozisyonunu korumasına imkân tanıyacak tanımlanmış herhangi bir yasal veya uygulama pratiği bulunmamaktadır. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde KHB’ler sonrası dönemde yaşanan yöneticiler açısından yüksek devir hızını açıklayacak bir husus bulunmamaktadır. Sağlık alanı da diğer alanlar gibi kendi kurallarına, bu kuralların getirdiği düzenliliğe ve bir teşkilat yapısına sahiptir. Teşkilat yapısını üreten Sağlık Bakanlığı egemenliğini korumak ve yeniden üretmek için faaliyet göstermektedir.

Görüşme yapılan yöneticiler açısından neredeyse bütün değerlendirmeler benzerlik gösterirken ontolojik güvenlik kaygısı açısından hekim yöneticilerin ontolojik güvenlik kaygısının daha düşük olduğunu düşündüren bulgular saptanmıştır. Bu durumun, sağlık meslekleri içinde hekimliğin pozisyonu ve mesleki otonomisiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Temellendirilmiş kuramın son aşaması olan seçici kodlama kısmında ek-senel kodlamada ortaya konulan kategoriler birleştirilerek bir öykü üretilir. Sözleşmeli statüde yöneticilik olgusunu irdelediğimizde ise, çekirdek kavram olarak karşımıza “belirsizlik” çıkmaktadır. Metafor olarak ise “futbol takımı” ve bununla beraber “günah keçisi” kavramları kullanılmıştır. Futbol takımı metaforu, ekip çalışmasını vurgulaması açısından dikkat çeken kavramlardan biridir. Bununla birlikte, sözleşmeli statüde yönetici istihdam modelinin işleyişinde ve futbol takımının oyuncu değişikliklerinde ilkesel olarak “başarı unsurunun” belirleyici kılınmış olması sürekli biçimde oyuncu/yönetici değişikliğini meşru göstermeye yaramaktadır. Ancak, gerek yönetici ve gerekse oyuncu için mevcut durumu korumada belirleyici hususlar bilmemekte ve belirsizlikler söz konusu olmaktadır.

Görüşme yapılan yöneticiler sağlık sistemine ilişkin aşağıda yer verilen önerilerde bulumuşlardır.

Sağlık kurumlarının işletilmesinde önemli bir yere sahip olan performans sistemi rehabilite edilerek olumsuz yanları azaltılmalıdır.

- Yönetici grupları arasındaki ücret farklılıkları azaltılmalıdır.
- Ek ödemede branşlar arası farklılıklar azaltılmalıdır.
- Sözleşmeli yöneticilik uygulaması gözden geçirilmelidir.
- Sağlık kurumlarına başvuruda sevk sisteminin getirilmesi yeniden düşünülmelidir.

- Yöneticiliğe atanmada objektif kurallar getirilmelidir.
- Sağlık alanında tecrübe edinmemiş yönetici atanması gözden geçirilmelidir.

Bu çerçevede, gerek Türkiye sağlık sisteminin geleceği ve gerekse sağlık sisteminin bürokratik yapılanmasına ilişkin sırasıyla bir takım önerilere yer verilecektir.

- Hastaneler açısından desantralizasyon uygulamasını 30 yıl önce başlatmış bulunan Norveç ve diğer iskandiyav ülkeleri yeniden sağlık kurumlarını merkezi otorite altında toplamaya başlamışlardır Bu nedenle, sağlık sisteminde desantralizasyon uygulamaları yerine mevcut hastane işletim ve yönetim sistemi rehabilite edilmelidir.
- Reform paketlerinin her ülkede farklı sonuçları olmaktadır. Bu nedenle sağlık alanında yeni uygulamaları hayata geçiren ülkelerin yaptıklarının Türkiye'ye taşınması için sonuçları beklenmelidir.
- Kamuya ait sağlık kurumlarının olmadığı durumlarda kişilerin ve de hane halkının katastrofik sağlık harcamaları ile karşılaşması kaçınılmazdır. Bu nedenle, sağlık sisteminde kamu sağlık kurumları özel sektörle rekabet edecek şekilde güçlü kılınmalıdır.
- Kamu sağlık yatırımları ve özel sektör sağlık yatırımları dengesi gözetilmelidir.
- Kamu sağlık sisteminin organizasyon yapısında 6 yıl içinde 3 kez kapsamlı değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikler yapılacak araştırma ve etki analizleri sonuçlarına göre yapılmalıdır. Bu çerçevede, teşkilat yapısında öngörülen değişiklikler öncelikle pilot uygulamaya tabi tutulmalıdır.
- Aile hekimliği sistemi gözden geçirilmelidir. Bu çerçevede, aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde yürütmeleri sağlanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sadece aile hekimlerinin sorumluluğuna bırakılmamalıdır.
- Sağlık hizmet sunumunda nicelik artırılmasına dayalı finansmanın yerini klinik çıktılarına göre finansman almalıdır.
- Sağlık insan gücü planlaması ülke ihtiyaçları dikkate alınarak yapılmalı ve personel dağılımında yerel ve bölgesel adalet tesis edilmelidir.
- Personel istihdam rejimi değiştirilerek sadeleştirilmelidir.
- Sağlık kurumlarının hizmet kapasitesinin artırılması için yatırım bütçesi artırılmalıdır.

- Şehir hastanelerinin yagınlaştırılmasına mevcut açık bulunan hastanelerin uygulama sonuçları değerdendirildikten sonra karar verilmelidir.
- PDEÖS kaldırılmalı veya adil sonuçlar üretecek şekilde değıştirilmelidir. Uygulama, meslek grupları için adaletli hale getirilmelidir.
- PDEÖS sonuçları açısından, kendi içinde adaletli olmadığı gibi sağlık kurumları arasında da önemli farklar bulunmaktadır. Bu farklılıkları giderecek önlemler alınmalıdır.
- PDEÖS, hekimlikte uzmanlık branş tercihlerini etkileyecek denli önemli hale geldiğı ve sonuçları açısından sağlık sistemini ve de vatandaş olumsuz etkileyebileceğı için branşlar arası ek ödeme farklılıkları azaltılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmayacağı bir çalışma ortamının oluşturulması için gerekli yasal ve de uygulama önlemleri alınmalıdır.
- Sağlık yöneticileri için kariyer sistemine geçilmelidir.
- Sözleşmeli statüde yönetici istihdamı hastanelerde yönetsel verimliliğı azalttığından bu uygulamanın akıbeti için objektif bir değerlendirme yapılmalıdır.
- Sözleşmeli yöneticilik uygulamasının yönetim görevlerinde yarattığı karmaşayı ortadan kaldıracak yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
- Yöneticilik için liyakati esas alan objektif atama kriterleri oluşturulmalıdır. Yöneticilerin göreve getirilme ve görevden alınmalarında net standartlar oluşturulmalıdır.
- Yöneticilerin başarı ölçümünde karmaşık performans modellemelerinin yerini bütün yöneticiler tarafından takip edilerek kurumda ve hizmet verilen bölgede sağlık hizmetlerini ileriye taşıyacak kurumsal hedef belirleme yönetimine geçilmelidir. Böylece, yöneticilerin sağlık hizmetinin geliştirilmesinde pasif değil aktif rol almaları sağlanmalıdır.

Sağlık alanı ve sağlık sorunlarının karmaşık doğası ve sağlık örgütlenmesinde çok sık değışiklikler yaşıyor olması, ürettiğı problemler nedeniyle multidisipliner yaklaşımla ele alınmasını gerektirmektedir. Dolayısıyla, bu öneriler farklı alandan uzmanların yapacakları çalışma ve araştırmalardan çıkarılacak sonuçlara göre yeniden değerdendirilmelidir.

KAYNAKÇA

- 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011), ERIŞİM: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2827,663pdf.pdf?0>
- Ağartan, T., (2007), Sağlıkta Reform Salgını, Keyder, Ç., Üstündağ, N. Ağartan, T. Yoltar, Ç (Der) Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları-Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar (s:37-54), İstanbul: İletişim Yayınları.
- Akçakanat, T., Çarıkçı, İ., (2016), *Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Üzerine Bir Araştırma*. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. C.21, S.3, s.865-892.
- Akdağ, R., (2008), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdağ, R., (2018), *2017 Yılı Bütçe Sunumu*, ERIŞİM: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1337,sb-2017-yili-butce-sunumu-plan-butcepdf-1pdf.pdf?0>
- Akdur, R., (1998), *Türkiye’de Sağlık Politikaları*, Halk Sağlığı, s:21-28, Ankara: Antıp Yayınları.
- Akdur, R., (2018) Cumhuriyetten günümüze Türkiye’de Sağlık. Erişim www.recepakdur.com
- Akdur, R., (2018), *Sağlık Harcamaları*, Erişim: http://www.recepakdur.com/upload/Utopya_sa%C4%9Fl%C4%B1k_harcamaları%C4%B1_RA.pdf
- Akman, M., (2014), *Türkiye’de birinci basamağın gücü*, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 18 (2): 70-78.
- Aksakoğlu, G., (2002), *Herkes İçin Sağlık’tan Hedef21’e: Dünya Sağlık Örgütü Değişiyor*, Toplum ve Hekim, 17:2:91-100.
- Aksakoğlu, G., Kılıç, B., Uçku, R., (2003), *Aile Hekimliği Modeli / Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir*, Toplum ve Hekim, 18: 251-7.
- Aksoy, A., (2006), *Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme: Muğla Devlet Hastaneleri Çalışanları Örneği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Muğla: Muğla Üniversitesi.
- Aksoy, B., (2007), *Bir Meslek Örgütünün Kurumsal Değişimdeki Yeri: Türkiye Sağlık Alanı Örneği*. (Yayınlanmış Doktora Tezi), Başkent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aktel, M., ve diğerleri, (2013), *Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığının Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir analiz*, Afyon Kocatepe University Journal of Social Sciences . Dec2013, Vol. 15 Issue 2, p33-62. 30p.
- Alacadağlı, E.,(2016), *Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma Ve Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik*, Journal of Emerging Economies and Policy Vol.1.

- Alacahan, N. D., (2008), *1980 Sonrası Türkiye’de Kalkınma Planlarındaki Ekonomik Hedeflerin Gerçekleşme Düzeyi*, Sosyal Bilimler Dergisi, 1, s:19-31.
- Algın, K., Şahin, İ., Top, M., (2004), *Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3.
- Allen, J., ve diğerleri, (2007), *Uncertainty during Organizational Change: Managing Perceptions Through Communication*, Journal of Change Management, Vol. 7, No. 2, 187 –210.
- Altın, A., (2013), *Kamu Hizmeti Anlayışında Değişim*, Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:1 Sayı:2.
- Annandale, E., (2002), *The Sociology of Health and Medicine-A Critical Introduction*, USA: Polity.
- Arık, Ö., İleri, Y.Y., (2016), *Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri ve Global Bütçe*, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi:5(4):78-92.
- Arpa, A., T., Kolçak, M.,(2017), *Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Harcamaları*, Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:5, Sayı:3.
- Asker, A., (2011), *Küresel – Yerel Etkileşimi: Yerelin Dönüşümü Olarak Simit Sarayı Örneğinde Simidin “Fast – Food”laşması*, Erciyes İletişim Dergisi “akademia” , Cilt : 2, Sayı: 1, (88-104).
- Ataay, F., Acar, E., (2008), *Devletin Yeniden Yapılandırılması ve Yerelleşme*, **İktisat**, Sayı: 500.
- Atasever M., ve diğerleri, (2018), *Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı ile İlişkisi*, Ankara Medical Journal, Vol. 18, Num. 1.
- Ateş, H., (1999), *An Exploration Of The Theory And Practice Of The New Public Management A Case Study Of Turkey, With Particular Reference To The Turkish Health Sector*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), University of Liverpool/Institute of Public Administration and Management, Liverpool.
- Ateş, H., Kırılmaz, H., (2015), *Sağlık Personelinin Performans Yönetimine İlişkin Görüşleri Üzerinde Kişisel Faktörlerin Etkileri*. Amme İdaresi Dergisi, Cilt:48, Sayı 4, s:97-128.
- Aydın, E., (2002), *Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri*, Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, Sayı: 31 (3), sayfa: 183-192,2002.
- Ayhan, E., Önder, M., (2017), *Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı: Yönetişime Açılan Bir Kapı*, Gazi İktisat ve İşletme Dergisi, 3(2): 19-48.
- Aytuğ, H. K., (2011), *Küresel Rekabetin İşletmelerin Üretim ve İstihdam Yapısı Üzerindeki Etkileri*, Akademik Yaklaşımlar Dergisi, Cilt:2 Sayı:2
- Bahç, S., Altuğ, M.K., Deniz, A., (2017), *Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı*, ERIŞİM: <https://www.avekon.org/papers/718.pdf>

- Bakırcı, M. K., (2018), *Hasta Hakları Açısından Genel Sağlık Sigortası Değerlendirmesi*, ERIŞİM: <http://www.muhamrembalci.com/hukukdunyasi/makaleler/birikimlerIII/141.pdf>
- Balcı A., Kırılmaz, H., (2005), "Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği: Sağlık Bakanlığı'nda Döner Sermaye Gelirlerinden Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi", Ahmet Nohutçu, Asım Balcı, (ed.), *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması*, İstanbul: Beta Yayınları.
- Balcı, A., (2005), *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti sunumunun Yeniden Yapılandırılması*, Ankara: Nobel.
- Belek İ., (2009), *Sağlığın Politik Ekonomisi - Sosyal Devletin Çöküşü*, İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Bhattacharjee, A. (2012), *Social Science Research: Principles, Methods, And Practices*, USA: Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike.
- Bilgiç, V., (2003), "Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı", Balcı, A., ve diğerleri(Ed.), *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları*, ss. 25-38, Ankara: Seçkin Yayınları.
- Björkman, J., W., (2018), *Health Sector Reform –Measures, Muddles, And Mires*, ERIŞİM: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/NISPAcee/UNPAN015011.pdf>
- Blass, E., (2005), *1990 - 2000: A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries*, Göteborg: Intellecta Docsys AB.
- Bostan, S., Çiftçi, F., (2016), *Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri*, SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt 7 / Sayı 2.
- Bostancı, Y., (2007), *Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Selçuk üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Böhlke, N., Greer, I., Schulten, T., (2011), *World Champions in Hospital Privatisation: The Effects of Neoliberal Reform on German Employees and Patients*, ERIŞİM: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/articles/1047>
- Bryant, A., (2017) *Grounded Theory And Grounded Theorizing - Pragmatism In Research Practice*, USA: Oxford University Pres.
- Burgess, A. (2008), "Health Scares and Risk Awareness", David Wainwright (ed.) *A Sociology of Health içinde*, Los Angeles: Sage Publications.
- Burrows, R., Gilbert, N., Pollert, A., (1992), *Fordism and Flexibility: Division and Change*, Honk Kong: Macmillan.
- Bury, M. (2008), "New Dimensions of Health Care Organization" David Wainwright (ed.) *A Sociology of Health içinde*, Los Angeles: Sage Publications.

- Byrkjeflot, H., Neby, S., (2008) *The End Of The Decentralised Model Of Healthcare Governance? Comparing Developments In The Scandinavian Hospital Sectors*, Journal of Health Organization and Management, Vol. 22 No. 4, pp. 331-349.
- Calhoun, C., ve diğerleri, (2005), *Contemporary Sociological Theory*, Australia: Blackwell Publishing.
- Callon, M., (1993) *Society in the Making: The Study of Technology as a Tool for Sociological Analysis*, (Ed. Bijker, W. E. ve Diğerleri), The Social Construction of Technological Systems New Directions in the Sociology and History of Technology, London: The MIT Press.
- Candib, L. M., Gelberg, L., (2001), *How Will Family Physicians Care for the Patient in the Context of Family and Community?* Family Medicine, Vol. 33, No. 4, p:298-310.
- Casasnovas, G., L., McDaid, D., Font, J. C., (2009), *Decentralization and Management Autonomy? Evidence From The Catalanian Hospital Sector In a Decentralized Spain*. International Public Management Review, Volume:10, Issue:2.
- Charmaz, K., (2006), *Constructing Grounded Theory - A Practical Guide Through Qualitative Analysis*, London: Sage Publications.
- Chubb, C., Reilly, P., Brown, D., (2011), *Performance Management- Literature Review*, Institute for Employment Studies, United Kingdom.
- Colombo, F., Tapay, N., (2004), *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, France: OECD Publications.
- Connell, R., (2007), *Southern Theory- The Global Dynamics of Knowledge In Social Science*, Australia: Allen&Unwin.
- Cressman, D., (2009), *A Brief Overview of Actor-Network Theory: Punctualization, Heterogeneous Engineering & Translation*. Erişim: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.869.2972&rep=rep1&type=pdf>
- Cresswell, K. M., Worth, A., Sheikh, A., (2010), *Actor-Network Theory And Its Role In Understanding The Implementation Of Information Technology Developments In Healthcare*, BMC Medical Informatics and Decision Making, 10:67.
- Çakır, Ö. D., (2016), *Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Uygulanan Sağlık Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi/sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çakır, Ö., Sakaoglu, H.H., (2014), Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Çalışma İlişkileri Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, Sayfa: 1-21.**
- Çakıroğlu, O. Ç., Seren, AK.K.H., (2016), *Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri*. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. Sayı:1, Cilt:3, sayfa:37-43.
- Çavmak, Ş., Çavmak, D., (2017), *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Sağlık Yönetimi Dergisi, sayı:1, cilt:2, sayfa:48-57.

- Çelebi, A.K., Cura, S., (2013), *Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz*, Maliye Dergisi: Sayı-164.
- Çelik, Y., (2011), *Sağlık Ekonomisi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelik, Y., (2011b), Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi**, Sosyal Güvenlik Dergisi: 1, s:62-81.
- Çelikay, F., Gümüş, E., (2010), *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı*, Eskişehir, Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (11-1).
- Çelikay, F., Gümüş, E., (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), 177-216.
- Çelikel, S. B., (2013), *Endüstriyel Tasarımda Paradigma Kaymaları: Bruno Latour’a Özel Bir İlgiyle* (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Teknik Üniversitesi/Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çoban, H., (2009), *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Çoban, S., (2007), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi: İstanbul.
- ÇSGB (2018), *Genel Sağlık Sigortası Sistemi*, Erişim: <https://www.csgeb.gov.tr/media/6777/gss.pdf>
- Çuhacı, A., (2007), *Ulrich Beck’in Risk Toplumu Kuramı*, Sosyoloji Dergisi / 3. Dizi, Sayı:14.
- Dalda, N. H., (1994), *Ankara’da Çeşitli Kamu Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Genel Sağlık Sigortası Sorunları Hakkındaki Bilgileri ve Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Gazi Üniversitesi/Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Daniels, N., Et al., (2005), *An Evidence-Based Approach To Benchmarking The Fairness Of Health-Sector Reform İn Developing Countries*, Bulletin of the World Health Organization, 83 (7).
- Daştan, İ., Çetinkaya, V., (2015), *OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırmaları*, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, Sayfa 104-134.
- Demirel, H., (2008), *1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama*, İstanbul: Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları.
- Dobuzinskis, L., (1997), *Historical And Epistemological Trends İn Public Administration*, Journal of Management History 3(4):298-316.
- Doğan, K. C., (2016), Küreselleşme ve Neo-Liberal Kuşaklar Çerçevesinde Devleti Konumlandırma Sorunsalı: “Minimal Devlet’ten Düzenleyici Devlet’e, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 43.

- Donabedian, A., (2005), *Evaluating the Quality of Medical Care*, The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, pp. 691-729.
- Donev, D., Kovacic, L., Laaser. U.,(2013), *The Role and Organization Of Health Systems, within Health-Lifestyle-Policies A Handbook for Teachers*, Germany: Researchers and Health Professionals.
- Dorsey, E.R., Ritzer, G., (2015), *The McDonaldization of Medicine*, Journal of American Medical Association of Neurology, November 16.
- Drechsler, D., Jütting, J. (2007), *Different Countries, Different Needs: The Role of Private Health Insurance in Developing Countries*, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 32, No. 3.
- Dünya Bankası (2015), Dünya Bankası Basın Açıklaması, Erişim: <http://www.worldbank.org/tr/news/press-release/2015/09/21/world-bank-continues-to-support-health-sector-development-in-turkey>
- Elbek, O., Adaş, E. B., (2009), *Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme*, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni | Cilt 12, Sayı 1.
- Er, Ü., (2011), *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erbaydar, T., (2001), *Sağlık; Kimin İçin?*, Toplumbilim Dergisi, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, Sayı:13, s:49-58.
- Erdinç, Z., (2007), *Uluslararası Para Fonu -Türkiye İlişkilerinin Gelişimi ve 19. Stand-By Anlaşması*, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:18.
- Erdoğan Hükümeti Programı (2003), Hükümet Programı Erişim: <https://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP59.htm>
- Erol, H., Özdemir, A., (2014), *Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi*, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 4, Sayı 1, Sayfa 9-34.
- Erşahan, B., Bakan, İ., Eyitmiş, M. A., (2011), *Performansa Göre Ücretlendirme’nin Doktorlar Tarafından Algılanan Negatif Yönleri*, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 25.
- Eryılmaz, Bilal (2016), *Kamu Yönetimi: Düşünceler-Yapılar-Fonksiyonlar-Politikalar*, Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Esgin, A., (2013), İmal Edilmiş Belirsizlikler Çağının Sosyolojik Yönelimi: Ulrich Beck ve Anthony Giddens Kaynaklı “Risk Toplumu” Tartışmaları. Gaziantep University Journal of Social Sciences, 12(3):683-696.
- Etiler, N., (2011), *Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri*, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Cilt:11 Sayı:42.
- Fenwick, T., Edwards, R. (2012), *Researching Education Through Actor-Network Theory*, London: Wiley &Blackwell.
- Filc., D., (2005), *The Health Business Under Neo-Liberalism: The Israeli Case*, Critical Social Policy, Vol. 25(2): 180-197.

- Fitzpatrick, R., Boulton, M.,(2004), *Qualitative Methods For Assessing Health Care*, The Sociology of Health and Illness, Editor: Bury M., and Gabe J., New York: Routledge.
- Flew, A. (1995), *Thinking About Social Thinking*, New York: Prometheus Books.
- Flood, A., B., Fennel, M., L., (1995), *Through the Lenses of Organizational Sociology: The Role of Organizational Theory and Research in Conceptualizing and Examining Our Health Care System*, Journal of Health and Social Behavior, (Extra Issue):154-169.
- Flood, M., C., (2000) *International Health Care Reform - A Legal, Economic And Political Analysis*, London: Routledge.
- Fox, A., M., Reich, R. M., (2015), *The Politics of Universal Health Coverage in Low - and Middle - Income Countries: A Framework For Evaluation and Action*, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 40, No. 5.
- Gauri, V., Cercone, J., Briceño R. (2004), *Separating financing from provision: evidence from 10 years of partnership with health cooperatives in Costa Rica*, Health Policy and Planning; 19(5): 292–301.
- Genel, G., Kaçmaz, M., (2016), *Türkiye’deki 2000-2013 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısındaki Mekânsal Dağılım ve Değişim*, Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi, Cilt II, Sayı/ 4, ss. 197-211
- Giddens, A. (1984), *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*, Los Angeles: University of California Press.
- Giddens, A. (1999), *Toplumun Kuruluşu*, (Çev. Özel H.), Ankara: Bilim ve Sanat.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (2006), *The Discovery Of Grounded Theory: Strategies For Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Gonzales, G., R., (2013), *The Use Of Actor-Network Theory And A Practice- Based Approach To Understand Online Community Participation*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) The University of Sheffield.
- Gökçay, İ., (1992), *Ulusal Sağlık reformu ve Sağlık Kongresi*, Toplum ve Hekim, Mayıs, s:2-3.
- Green, J.,(2002), “Accidents and the Risk Society: Some Problems with Prevention”, S. Nettleton, U. Gustafsson (ed.) *The Sociology of Health and Illness Reader* içinde, Cambridge: Polity Press.
- Gül Hükümeti Programı (2002), Hükümet Programı, Erişim: <https://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP58.htm>
- Güler, B., A., (2005), *Devlette Reform Yazıları*, Ankara: Paragraf Yayınevi.
- Günaydın, D., (2011), *Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları*, Sosyal Siyaset Konferansları, Sayı: 60, s. 323–365.
- Güvercin, A., Mil, H. İ., Tarım, B., (2016), *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)*, Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt: 7 Sayı: 13.

- Gwatkin, D. R., (2000), *Health Inequalities and The Health Of The Poor: What Do We Know? What Can We Do?* Bulletin of World Health Organization, 78 (1).
- Hall, D., Hall, I.,(1996), *Practical Social Research*, Malaysia:Macmillan Press.
- Hamzaoğlu, O., (2011), *Sağlık Reformu Pandemisi: Neden ve Nasıl? Sağlıkın Ekonomi Politikası, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık*. Uluslararası Sağlık Politikaları Birimi XVI. Konferansı . Ankara.
- Han, W., (2012), *Health Care System Reforms In Developing Countries*, Journal of Public Health Research, Volume 1:e31.
- Hancock, L., (1999), "Health, Public Sector Restructuring and Market State", Linda Hancock (ed.), *Health Policy in The Market State*, Australia: Allen and Unwin.
- Hardey, M., (1999), *The Social Context of Health*, Philadelphia: Open University Press.
- Hardy, C., Phillips, N., Clegg, S., (2001), *Reflexivity In Organization And Management Theory: A Study Of The Production Of The Research 'Subject'*, Human Relations , Volume 54(5): 531–560.
- Hayran, O., Sur, H., (1998), *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul: Yüce Yayım.
- Hedley, A.R. (2005), *Running Out of Control: Understanding Globalization*, (Ed. Hier, S.P.) *Contemporary Sociological Thoughts- Themes and Theories*. Canada: Marquis Book Printing.
- Herzig, S., E., Jimmieson, N., L., (2006), *Middle Managers' Uncertainty Management During Organizational Change*, Leadership & Organization Development Journal Vol. 27 No. 8, pp. 628-645.
- Hıfzısıhha Mektebi (2007), *21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, (2004), *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara: Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Hillman, A., J., Withers, M. C., Collins, J. B., (2009), *Resource Dependence Theory: A Review*, Journal of Management, 35(6) 1404–142.
- Holman, D., Borgstrom, E. (2015), *Applying Social Theory to Understand Health-Related Behaviours*. Medical Humanities; 42(2):143-5.
- Hood, C., (1991), *A Public Managment For All Seasons?* Public Administration, Vol. 69 Spring, (3-19).
- Hunter, D., J., (2003), *Public Health Policy*, USA: Polity Press.
- İlgar, M.Z., İlgar, S.C., (2013), *Nitel Bir Araştırma Deseni Olarak Gömülü Teori (Temellendirilmiş Kuram)*, İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 197-247.
- İlgün, G., Şahin, B., (2016), *Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2):115-130.

- İnce, T., (2012), *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Analizi ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- İstanbul Sağlık Müdürlüğü, (2018), Erişim:** http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_gen/tedavi_hiz/saglik_bakanligi_ssk_saglik_tesislerinin_ortak_kullanimi.pdf
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R. (2010)., *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri*. Dirim Tıp Gazetesi, 85(2), 86-99.
- Julia, C., (2002), *A New Kind Of Symmetry: Actor-Network Theories And The New Literacy Studies*, Studies in the Education of Adults. Vol. 34 Issue 2, p107-123.
- Kalimullah, N. A., Alam, K.M.A., Nour, M.M.A, (2012), *New Public Management: Emergence and Principles*, Bup Journal, Volume 1, Issue 1.
- Karafazlı, D. (2013), *Türkiye Sağlık Sektöründe Neo-Liberal Dönüşüm*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kadir Has Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kasapoğlu, A., (1992), *Tıp- Sosyoloji İlişkisi*, Toplum ve Hekim, Mart.
- Kasapoğlu, A., (2001), “Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık”, *Toplumbilim* No: 13, s.23-37.
- Kasapoğlu, A., (2005), “Başlarken” Aytül Kasapoğlu (ed.), *Değişen Toplumsal Yapıda Karakter*, Ankara: Ütopya Yayınevi.
- Kasapoğlu, A., (2008), “Giriş”, Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık içinde, Aytül Kasapoğlu (ed.), Ankara: Phonenix Yayınevi.
- Kasapoğlu, A., (2016), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü*, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* Cilt: 19 Sayı 2 : (131-174).
- Kaspersen, B. L., Mulvad, M. A., (2017), *Towards a Figurational History of Leicester Sociology, 1954–1982*, *Sociology*, Vol. 51(6) 1186–1204.
- Kaya, S., (2003), *Dünya Bankası ve Dünya Bankası Kredilerinin Denetimi*, Ankara: Sayıştay Yayınları.
- Kaya, S., (2003), *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bakış*, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:6, Sayı:2.
- Kent, B., Mays, N., Walt., G., (2006), *Making Health Policy*, England: Open University Press.
- Kentikelenis, A., E., (2017), *Structural Adjustment And Health: A Conceptual Framework And Evidence On Pathways*, *Social Science & Medicine* 187, 296-305
- Keyder, Ç., (2007), *Giriş*. Keyder, Ç., Üstündağ, N. Ağartan, T. Yoltar, Ç (Der) Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları-Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar, İstanbul: İletişim Yayınları.
- Kırılmaz ve Diğerleri (2015), *Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*, *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, Cilt 11, Sayı 25

- Kırılmaz, H., (2005), *Sağlık Sektöründe Yeniden Yapılanma ve Bir Uygulama Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı*, (yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kocaeli Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Kırılmaz, H., (2016), “Public Administration Reform: Autonomy and Privatization of Health Services”, *New Public Management in Turkey*, (Ed. Yüksel Demirkaya), Routledge, ISBN: 978-1-498-74215-3, New York, pp. 230-266.
- Kleczkowski, M., B., Roemer I. M., Werff, A. V. D., (1984), *National Health System and Their Reorientation For Towards Health For All*, Geneva: WHO Publications.
- Koç, O., (2017), *Sağlık Sisteminde Ödeme Mekanizmaları*, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı: 42:70-74.
- Koç, O., (2017), *Sürdürülebilir Sağlık Sisteminde Kronik Hastalıkların Yükü*, Kronik Hastalıkların Yönetimi Sempozyumunda sunulmuştur, Ankara.
- Kol, E., (2015), *Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi*, Sosyal Güvenlik Dergisi, Ocak 2015, Cilt 5, Sayı 1, Sayfa 135-164.
- Kolaylı, G., Lorcü, F., (2017), *Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Hekimlerin Motivasyon Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Araştırmaları Dergisi, Cilt:3, Sayı:3.
- Kornai, J., Eggleston, K., (2001), *Welfare, Choice, and Solidarity in Transition, Reforming the Health Sector in Eastern Europe*, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Köktaş, M. A., (2014), *Türkiye’de Sağlık Reformu ve Hanehalkı Refahı Üzerindeki Etkileri*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kristiina, A., (2012), *Translators in Production Networks Reflections on Agency, Quality and Ethics*, Joensuu: Publications of the University of Eastern Finland.
- Kurt, A., Ö., Şaşmaz, T., (2012), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003*, Lokman Hekim Journal, 2 (1): 21-30.
- Kuş, E., (2003), *Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri*, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Küçük, A., ve Diğerleri (2012), *Performansa Göre Ek Ücret Ödenmesinin Anestezi Uygulamalarına Etkileri*, Turk J. Anesth Reanim, 40(5): 262-8.
- Küçük, Y.S., Şahin, B., (2015), *Kamu Hastane Birlikleri Uygulamasına İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 18(2): 103-121.
- Lamba, M., ve diğerleri, (2014), *Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme*, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 47, Sayı 1, s. 53-78.
- Latour B., (2005), *Reassembling the Social: An introduction to Actor-Network-Theory*, New York: Oxford University Press.
- Law, J., Hassard, J., (1999), *Actor Network Theory and After*, USA: Blackwell Publishing.

- Lee, K., Fustukian, S., Kent, B. (2002), “*An introduction to global health policy*” K.Lee, S. Fustukian, B. Kent(ed.), Health Policy in a Globalising World içinde, Cambridge: Cambridge University Press. K.Lee, S. Fustukian, B. Kent(ed.), Health Policy in a Globalising World içinde, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lee, K., Goodman, H., (2002), *Global Policy Networks: The Propagation Of Health care Financing Reform Since 1980s*,
- Lethbridge, J., (2015), *Circle and Hinchingbrooke Hospital*, ERIŞİM: www.psiru.org.
- Levaggi, R., Smith, P., (2003), *Decentralization İn Health Care: Lessons From Public Economics*, ERIŞİM: <https://www.york.ac.uk/che/pdf/levaggi.pdf>.
- Light, D., W.,(2001), “*Comparative Models of Health Care Systems*”, Peter Conrad(ed.), Sociology of Health and Illness critical Perspectives, USA: Worth Publishers.
- Lopes, M.,A., (2015), Handling healthcare workforce planning with care: where do we stand? Human Resources for Health,
- Matcha, A., D, (2000), *Medical Sociology*, London: Allyn and Bacon.
- McKee, M., ve diğerleri, (2006), *Public–Private Partnerships For Hospitals*, Bulletin of the World Health Organization 84:890-896.
- Mechanic, D., Rochefort, D. A., (1996), *Comparative Medical Systems*, Annual Review Of Sociology. 22:239–70.
- Mendras, H. (2009), *Sosyolojinin İlkeleri*. Buket Yılmaz(Çev.), İstanbul: İletişim Yayınları.
- Mitzen, J., (2006), *Ontological Security in World Politics: State Identity and the Security Dilemma*, European Journal of International Relations, Vol. 12(3): 341–370.
- Mol, A., (2010), Actor-Network Theory: Sensitive Terms And Enduring Tensions. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft, 50, 253-269.
- Mossialos, E., Dixon A., (2002), *Funding Health Care: An Introduction*. Mossialos E. ve diğerleri (Ed.) *Funding Health Care: Options for Europe*, s:1-30, Philadelphia: Open University Press.
- Nalçacı, E. Hamzaoglu, O. Özalp, E. (Ed). (2006). Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü, İstanbul: Dünya Yayıncılık.
- Navarro, V., (2008), “*Neoliberalism and Its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata*”, Global Social Policy, Cilt. 8, 2: s: 152-155.
- Nettleton, S., (1995), *The Sociology of Health and Illness*, London: Polity.
- Neuman, W. L., (1994), *Social Research Methods- Qualitative and Quantitative Aprproaches*, London: Allyn and Bacon.
- Neuman, W. L., (2013), *Social Research Methods- Qualitative and Quantitative Aprproaches*, USA: Pearson.
- Norbert, G., Schremer, M., (2002), *The Use Of Actor Network Theory To Analyze The Impact Of Organic Marketing Initiatives On Regional Development* Erişim: <http://>

- [www.vub.ac.be/SOCO/tesa/RENCOM/Norbert%20&%20Schermer%20\(2003\)%20ANT%20and%20regional%20development.pdf](http://www.vub.ac.be/SOCO/tesa/RENCOM/Norbert%20&%20Schermer%20(2003)%20ANT%20and%20regional%20development.pdf)
- Normand, C., Weber, A., (2009), *Social Health Insurance A Guidebook For Planning*, Geneva: WHO Publications.
- Nuruzzaman, M., (2007), *The World Bank, Health Policy Reforms and Poor*, Journal of Contemporary Asia, Vol. 37, No. 1. February 2007, pp. 59- 72.
- Odabaş, Y.,(2008), “Aktör İlişkileri Kuramı ve Ankara’da Su Kesintileri”, Atatürk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, No: 41, s.333-349.
- OECD, (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality- Turkey: Raising Standart*. OECD Publishing.
- Okursoy, A., (2010), *Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi*.(Yayınlanmamış Doktora Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Orhan, Ö., (2006), *Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi: İzmir.
- Otçu, Ş., (2001), *Türkiye’deki Sağlık Sisteminin Aksaklıkları ve Sağlık Reformu*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Muğla Üniversitesi/Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Muğla.
- Ömürgönülşen, U., Öktem, M. K., (2009), “Is There Any Change in the Public Service Values of Different Generaitons of Public Administrators? The Case of Turkish Governors and District Governors”, Journal of Business Ethics, Vol. 88, No. 1, ss. 137-156.
- Özlü, T., (2018),** *Sağlık Çalışanlarına Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması: Eleştiriler ve Çözüm Önerileri*, Erişim: <http://www.asyod.org/dokuman/13102016122545.pdf>
- Özmen, Z., (2017), *Avrupa’da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme*. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi: 7 (2), 600-620.
- Özsarı, H., (1998), *Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma, Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı*, Ankara.
- Öztunç, İ., Cural, M., (2017), *Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti Üzerine Etkileri*, Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, Özel Sayı.
- Öztürk, Z., Karakaş, E. T., (2015), *Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda Ve İngiltere Örnekleri*, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi; Cilt:1- Sayı:2.
- Öztürk, Z., Yıldız, M. S., (2016), *Hastane Etkinliklerinin Tahmininde Stokastik Sınır Analizi; Tarihi ve Ampirik Uygulamaları*. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, Cilt:1, Sayı:3.

- Pala, K., (2007), *Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu*, ERIŞİM: https://www.researchgate.net/publication/280230044_Turkiye_icin_nasil_bir_saglik_reformu
- Peyton, M. M., (2009), *New Public Management İn Health Care İts Effects And İmplications*, Denmark. Erişim: https://www.researchgate.net/publication/237773251_New_Public_Management_in_Health_Care?enrichId=rgreq-7683da79d0c422d66070c1b58dc7faae-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzIzNzc3MzI1MTtBUzoyMDUzODQ2MDczNzUzNjJAMTQyNtk3ODkxNDE5MQ%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf
- Pfeffer, J., Salancik, G.R., (2003), *The External Control of Organization: A Resource Dependence Perspective*, Stanford Business Book, California.
- Punch, K., F., (1998), *Introduction to Social Research: Quantitative and Qualitative Approaches*, Sage Publications, London.
- Rakić, B., Rađenović, T., (2011), *Public-Private Partnerships As An Instrument Of New Public Management*. Economics and Organization Vol. 8, No 2, pp. 207 – 220.
- Ritzer, G., (1998), Toplumun McDonaldlaştırılması: Çağdaş Toplum Yaşamının Değişen Karakteri Üzerine Bir İnceleme, (Çev. Kaya, Ş.S.), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Roemer, M., I., (1993), *National Health Systems of The World Wolume Two – Issues*. New York: Oxford University Press.
- Saadet Partisi-ESAM, (2017), *Sağlık Politikaları ve Şehir Hastaneleri Çalıştay Sonuç Bildirgesi*, Erişim: http://www.saadet.org.tr/dosyalar/sehir_hastaneleri.pdf
- Sağlık Bakanlığı Tarihçesi, (2017), Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>
- Sağlık Bakanlığı, (2003), *“Sağlıkta Dönüşüm Programı”*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı, (2004), *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı, (2012), *Sağlık İstatistikleri*, Erişim: http://ailehekimligi.gov.tr/images/stories/istatistik/saglik_istatistikleri_yilligi_2012.pdf
- Sağlık Bakanlığı, (2014), *2007-2012 Anne ve Bebek Ölümlerinin Değerlendirilmesi Raporu*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Sağlık Bakanlığı, (2016), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları
- Sağlık Bakanlığı, (2017), *Sağlık istatistikleri Yıllığı*. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları
- Sağlık Bakanlığı, (2020), *Sağlık istatistikleri Yıllığı*. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (2015), *Kamu Hastane Birlikleri Saha Araştırması*, SASAM Enstitüsü, Ankara.

- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası, (2006), Basın Bülteni, Erişim: <https://ses.org.tr/2006/08/akp-n-saik-alaninda-kardi-ve-hazirladi-yasalarla-g-sendamizca-hazirlanan-rapor/>
- Saksena, P., ve diğerleri, (2010), *Health services utilization and out-of-pocket expenditure at public and private facilities in low-income countries*, Geneva: WHO Publications.
- Saltman, R., B., Bankauskaite, V., Vrangbaek, K., (2007), *Decentralization in Health Care Strategies and Outcomes*, England: Open University press
- Sarıaltın, H., (2017), *Performans Yönetiminde Performans Değerlendirme ve Öneri Sistemlerinin Sürdürülebilir Verimliliğe Etkisinin İncelenmesi: Bir Örnek Olay Çalışması*, İşletme Bilimi Dergisi (JOBS), 5(1): 117-141.
- SASAM Enstitüsü, (2017), *Türkiye Sağlık Harcamaları Analizi*, SASM Yayınları: Ankara.
- Savaş, N. (2018), *Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Dünya Bankasının Ulusal Sağlık Mevzuatımıza Etkisi*, Erişim: https://www.researchgate.net/profile/Nazan_Savas/publication/234102447_DUNYA_BANKASI_VE_TURKIYE'DE_SAGLIKTA_DONUSUM-Kongre_Sunum_Metni/links/0912f50f1ed8a75293000000/DUeNYA-BANKASI-VE-TUeRKIYEDE-SAGLIKTA-DOeNUeSUEM-Kongre-Sunum-Metni
- Sayan, İ.Ö., Küçük, A., (2012) *Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği*, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 67, No. 1, s. 171-203.
- Sayım, F., Temir, Y., (2014), *Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi ve Yeni Kamu Hastaneleri Birlikleri İle İlgili Düzenlemelerin Yöneticiler Arasında Algılanışı*, 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi.
- Schrecker, T., Bambra, C, (2015), *How Politics Make Us Sick: Neoliberal Epidemics*, New York: Palgrave Macmillan.
- Scrivens, E., (2002), *“Accreditation and The Regulation Of Quality İn Health Services”*, Saltman, B., Busse, R., Mossialos, E, (ed.), *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, Buckingham, Open University Press.
- Sen, K., Koivusalo, M., (1998), *Health Care Reforms And Developing Countries - A Critical Overview*, International Journal Of Health Planning And Management 13, 199-215.
- Sen, K., (2003), *“Introduction: Restructuring Health Services-Public Subsidy of Private Provision”*, Kasturi Sen(ed.), *Restructuring Health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives içinde*, London: Zed Books.
- Sennett, R., (2005), *Karakter Aşınması- Yeni kapitalizmde İşin kişilik Üzerindeki Etkileri*, (Çev. Yıldırım, B.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Sevim, İ., (2006), *1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi: İstanbul.

- Sevinç, İ., Özer, K., (2016), *Yeni Kamu Yönetimi Bağlamında Sağlık Bakanlığı Yeniden Yapılandırma Çalışmaları*, International Journal of Social Sciences and Education Research, Volume: 2(4).
- Sheaff, M., (2005), *Sociology&Health Care: An Introduction for Nurses, Midwives and Allied Health Professionals*, London: Open University Press.
- Songur, C., (2016), *Türkiye Kamu Hastane Birlikleri Hastanelerinin Finansal Performanslarının Değerlendirilmesi: Finansal Tablo Analizleri*, Sayıştay Dergisi, Sayı:100.
- Soyer, A., (2003), 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. Praksis, 9:301-319.
- Sözer, N. İ., (2013), *Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastahaneleri*, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Cilt: 15, Özel S., s.215-253.
- Strauss, A., Corbin, J. M. (1990), *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, California: Sage Publications.
- Sülkü, S. N., (2011), *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Ankara: Hermes Matbaacılık.
- Şimşek, H., Kılıç, B., (2012), Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar**, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 10(2).
- Tatar, M. (2011). *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi*. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1).
- Tatar, M., (2011), *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi*. Sosyal Güvenlik Dergisi / 1:103-133.
- Taylor, S., Field, D., (2007), *Sociology Of Health and Health Care*, Singapore: Blackwell Publishing.
- Tekin, P.Ş, Çelik, Y., (2012), *Türkiye'de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi*. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(3), 81-98.
- Tekingündüz, S., ve diğerleri, (2016), *Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik*. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8 (4).32-43.
- Topkaya, Ö. (2016), *Sosyal Politika Bağlamında Dünyada Sağlık politikalarının Gelişimi*, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi v e İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y.2016, C.21, S.2, s.707-722.
- Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, (2015), Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm>
- TTB, (2012), ERIŞİM: https://ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=66e-7586a-9232-11e7-b66d-1540034f819c&1534-D83A_1933715A=38a62549ff4f7170132d758aef837e662267b512
- Turner, B.S., (1990), *Medical Power and Social Knowledge*, London: Sage Publications.

- TÜİK, (2016), *Basın Bülteni*, Erişim: http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2016_108_20161018.pdf
- TÜİK, (2016), *Doğumda Beklenen Yaşam Süresi*, TÜİK İstatistikleri, Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24640>
- TÜİK, (2017), *Yaşam Memnuniyet Araştırması*, Erişim: www.turkstat.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=936
- TÜİK, (2018), *Bebek Ölüm Hızları*, Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15848>
- TÜRK İŞ, (2006), *SSK Hastaneleri Gerçeği-Parası Olana Sağlık Hizmeti*, Erişim: <http://www.turkis.org.tr/dosya/M926xsjsigKQ.pdf>
- Türk Tabipler Birliği, (2003), *Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka ve Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor?*, Ankara: TTB Yayını.
- Türk Tabipler Birliği, (2009), *Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Değerlendirme*, Ankara: TTB Yayını.
- Türk Tabipler Birliği, (2011), *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu*, Ankara.
- Türk Tabipler Birliği, (2018), *Sağlıkta Dönüşüm Programı Çöktü - Genel Sağlık Sigortası: Ne Dediler, Ne Oldu?* Erişim: <http://www.ttb.org.tr/userfiles/files/14Mart2018GSS.pdf>
- Türkiye Cumhuriyeti Devlet Planlama Teşkilatı, (1990), *Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü Nihai Rapor*. Ankara: DPT Yayını.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, (2014), *Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği*, Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/12/20141210-1.htm>
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, (2015), *OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye*, TKHK yayını.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, (2016), *Verimlilik Karne Uygulaması Gösterge Kartları*, Erişim: <https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/85175d11b6f54eba92838199ce61ba55.pdf>
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, (2017), *Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberi*, Erişim: <https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/e84102660cad4a0bbd8a-9607aaec306d.pdf>
- Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (2018), Erişim: <http://tuseb.gov.tr/tuska/yuklemeler/tuska-yapilanma-faaliyetlerin-yurutulmesi2.pdf>
- Twaddle, A.C., (1996), *Health System Reforms--Toward A Framework For International Comparisons*, Social Science and Medicine, Vol. 43, No. 5, pp. 637-654.
- Uçkun, N., Şahin, Ü., (2016), *Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesinde Verimlilik Karnesi Uygulaması*, International Journal of Social Sciences and Education Research, Volume: 2(1).
- Uğurluoğlu, Ö., Çelik, Y., (2005), *Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1.

- Ulutaş, Ç. Ü., (2011), *Türkiye’de Sağlık Hizmeti Üretiminin Dönüşümü* (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Wainwright, D., (2008), *Illness Behaviour and the Discourse of Health*, (Ed, Wainwright, D.) A Sociology of Health, London: Sage Publications.
- Wallace, R.A. ve Wolf, A. (2004), *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, Çev.L.Elburuz, M.R.Ayas, İzmir: Punto Yayınları.
- Walsham, G.,(1997), *Actor-Network Theory and IS Research: Current Status and Future Prospects*, Information Systems and Qualitative Research.
- Weitz, R., (2007), *The Sociology of Health, Illness, and Health Care- A Critical Approach*, Australia: Thomson/Wadsworth Print.
- White, J., (2013), *Budget-Makers and Health Care Systems*, Health Policy 112, pp: 163–171 .
- White, K., (2002), *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, London: Sage Publications.
- WHO (2016), Life Expentancy Report, Erişim: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/
- WHO Regional Office for Europe, (2012), Turkey Health System Performance Assessment 2011, WHO Publications.
- WHO, (1978), *Declaration of Alma-Ata*, Erişim: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- WHO, (2008), *Closing The Gap In A Generation Health Equity Through Action On The Social Determinants Of Health*. Geneva: WHO Publications.
- Wickramasinghe, N., Bali, R. K., (2009), “Ethical ethnography as an appropriate research methodology for ANT”, Int. J. Networking and Virtual Organisations, Vol. 6, No. 1, 2009.
- Williams, J. S., Nightingale, O. E., Filner, B., (1983), *The Physician’s Role In A Changing Health Care System*. Medical Education and Societal Needs: A Planning Report for the Health Professions. Washington (DC): National Academies Press.
- World Bank, (1997), Population, Health and Nutrition. Sector Strategy. Washington DC: World Bank Publications.
- World Health Organization, (2003), *Family Medicine-Report of a Regional Scientific Working Group Meeting on Core Curriculum*, New Delhi: WHO Publications.
- World Health Organization, (2003), World Health Report “Shaping The Future”, Geneva: WHO Publications.
- World Health Organization, (2018), *World Health Statistics 2018: Monitoring Health For The Sdgs, Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO Publications.
- Xu, K., Et al., (2005), *Designing Health Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure*, Geneva: WHO publications.

- Yalçın, A. Z., Çakmak, F., (2016), *Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi*, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 30, Sayı: 4.
- Yalçın, D. N., (2014), *Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yaşar, G., (2007), *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye için Sağlık Finansman Model Önerisi*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yerli, M., T.,(2006), *Vatandaşların Sağlık Hizmetlerinden, Sağlık Reformu ve Genel Sağlık Sigortasından Beklentileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Yetginlioğlu, Ö., (2009), *Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Selçuk üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Yıldırım, E., (1999), *Anthony Giddens’ın Yapılanma Teorisi*, Bilgi, 1999/1: 25-44.
- Yıldırım, H., Yıldırım T., (2011), *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*, Ankara: Sağlık Sen Yayınları.
- Yıldız, G., (2016), *Türk Kamu Yönetiminde Liyakat İlkesi*, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Özel Sayı Aralık.
- Yurdadoğ, V., (2006), *Sağlık Karma Malının tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformu*(Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü: Ankara.
- Yüzden, G. E., (2013), *Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Hekim Görüşlerinin Değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Zaim, H., (2017), *Performansa Dayalı Ücret Uygulamasının Doktor Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri*, ERIŞİM: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/9289>