

160721

T. C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YENİDEN YAPILANMA
VE BİR UYGULAMA
SAĞLIK BAKANLIĞI – SSK SAĞLIK TESİSLERİNİN
ORTAK KULLANIMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HARUN KIRILMAZ

**ANABİLİM DALI: SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ
PROGRAMI :YÖNETİM BİLİMLERİ**

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. HAMZA ATEŞ

KOCAELİ, 2005

T. C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YENİDEN YAPILANMA
VE BİR UYGULAMA
SAĞLIK BAKANLIĞI – SSK SAĞLIK TESİSLERİNİN
ORTAK KULLANIMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan: HARUN KIRILMAZ

Tezin Kabul Edildiği Enstitü Yönetim Kurulu Tarih ve No: 12/09/2005-2005/18



Doç.Dr. Hamza Ateş



Yrd.Doç.Dr. Muhazrem Es



Yrd.Doç.Dr. Ahmet Nohutçu

KOCAELİ, 2005

SUNUŞ

İnsan hayatının temel ve vazgeçilmez yapı taşı olan sağlık konusunda karşılaşılan sorunlar, geçmişten günümüze ülkelerin gündeminde olagelmıştır. İç ve dış nedenler, ekonomik krizler, ihtiyaçların ve beklentilerin artması ve farklılaşması gibi nedenlerle ortaya çıkan bu sorunlar karşısında, çözüm bulmak amacıyla gerek kısmi düzenlemelere gidilmiş, gerekse de kapsamlı ve köklü düzenlemeler yapılmıştır.

Günümüzde sağlık reformlarının kamu yönetiminde paradigma değişiminden etkilendiğini ve bu anlayış doğrultusunda ortaya çıktığını iddia etmek mümkündür. Bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerinin çok boyutlu olarak yeniden yapılandırılması sürecinde, kamu yönetiminde yaşanan gelişmelerin ve ortaya çıkan yeni yönetim anlayışının sağlık sektörüne yansımaları göz ardı edilemez.

Söz konusu gerekçelerden hareketle Türkiye’de sağlık sektörünün yeniden yapılanmasının ele alındığı bu araştırmada, dünyada ve Türkiye’de sağlık sektörünün sorunları ve bu sorunlar karşısında üretilen çözümler ele alınmaktadır. Yönetim anlayışındaki değişimin sağlık sektörüne yansıması olarak ifade edebileceğimiz “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın hedefleri incelemeye değerdir. Sağlık hizmetlerinin standardizasyonu ve koordinasyonunu amaçlayan Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık tesislerinin ortak kullanımı uygulaması; etkin, verimli ve hakkaniyetli bir sağlık hizmeti sunumuna destek olması bakımından önem taşımaktadır.

Kuşkusuz, bu araştırmanın sağlık sektöründe yaşanan sorunlar ve gerçekleştirilen reformların değerlendirilmesiyle ilgili eksiklikleri giderdiği söylenemez. Bununla birlikte bu araştırma, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesinin ön adımı olan SB

– SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı konusunda fikir verebildiği ölçüde başarılı sayılabilir.

Araştırma kapsamında çeşitli bilgi, yayın, eleştiri boyutlarında katkılar sunan ve her türlü kolaylığı gösteren Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı sayın Prof. Dr. Sabahattin Aydın'a ve Yrd. Doç. Dr. Asım Balcı'ya, motivasyon konusunda destek olan aileme ve "kamu yönetimi"ne bakış açımı değiştiren, yüksek lisans öğrenimi ve tez araştırması süresince elinden gelen tüm gayreti gösteren ve desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Doç. Dr. Hamza Ateş'e teşekkürü bir borç bilirim.

Ankara, Eylül 2005

Harun KIRILMAZ



İÇİNDEKİLER

<u>SUNUŞ</u>	i
<u>İÇİNDEKİLER</u>	iii
<u>ÖZET</u>	vii
<u>ABSTRACT</u>	ix
<u>KISALTMALAR</u>	xii
<u>ŞEKİLLER</u>	xiii
<u>TABLolar</u>	xiv
<u>GİRİŞ</u>	1
<u>1. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE METODOLOJİSİ</u>	5
<u>1.1. ARAŞTIRMA KONUSUNUN TANIMI</u>	5
<u>1.2. ARAŞTIRMA KONUSUNUN SEÇİMİ</u>	6
<u>1.3. ARAŞTIRMA KONUSUNU SINIRLAMA</u>	7
<u>1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ</u>	7
<u>1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI</u>	8
<u>1.6. HİPOTEZLER</u>	9
<u>1.7. ARAŞTIRMA KONUSUNUN GEÇMİŞİ VE GELİŞİMİ</u>	12
<u>1.8. METOT VE TEKNİKLER</u>	15
<u>1.8.1. Araştırmanın Kapsamı</u>	15
<u>1.8.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem</u>	15
<u>1.8.3. Bilgi Toplama Yöntemi</u>	16
<u>2. SAĞLIĞA GENEL BİR BAKIŞ: MEVCUT DURUM ve YAŞANAN</u>	
<u>SORUNLAR</u>	20
<u>2.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN DURUMU</u>	22
<u>2.2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN MEVCUT</u>	
<u>DURUMU</u>	25
<u>2.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN SORUNLARI</u>	28

<u>2.3.1. Politika Geliştirilmesi İle İlgili Sorunlar</u>	28
<u>2.3.2. Hizmet Sunumu İle İlgili Sorunlar</u>	31
<u>2.3.3. Finansman İle İlgili Sorunlar</u>	33
<u>2.3.4. Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Sorunlar</u>	38
<u>2.3.5. İnsan Kaynakları İle İlgili Sorunlar</u>	40
<u>2.3.6. Yönetim İle İlgili Sorunlar</u>	47
<u>2.3.7. Mevzuat İle İlgili Sorunlar</u>	52
<u>2.3.8. Bilgi ve Bilgi Teknolojileri İle İlgili Sorunlar</u>	55
<u>3. AVRUPA SAĞLIK SİSTEMLERİ, PROBLEMLER ve REFORMLAR</u>	59
<u>3.1. SAĞLIKTA VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YAŞANAN SORUNLAR</u>	60
<u>3.2. SAĞLIKTA PARADİGMA DÖNÜŞÜMÜ</u>	63
<u>3.3. AVRUPA SAĞLIK POLİTİKALARINA TARİHİ YAKLAŞIM</u>	66
<u>3.4. REFORMLARIN ORTAYA KOYDUĞU TEMEL ÖNERİLER</u>	69
<u>3.5. AVRUPA SAĞLIK REFORMU</u>	72
<u>3.5.1. Sağlık Reformlarına Genel Bakış</u>	73
<u>3.5.2. Sağlık Reformu Örnekleri</u>	78
<u>3.5.2.1. İngiltere</u>	79
<u>3.5.2.1.1. Sağlık Sistemi ve Mevcut Sorunlar</u>	80
<u>3.5.2.1.2. Reform Uygulamaları</u>	82
<u>3.5.2.2. Finlandiya</u>	84
<u>3.5.2.2.1. Sağlık Sistemi ve Mevcut Sorunlar</u>	84
<u>3.5.2.2.2. Reform Uygulamaları</u>	86
<u>3.5.2.3. Almanya</u>	87
<u>3.5.2.3.1. Sağlık Sistemi ve Mevcut Sorunlar</u>	88
<u>3.5.2.3.2. Reform Uygulamaları</u>	90
<u>3.5.2.4. İsveç</u>	91
<u>3.5.2.5. İspanya</u>	93
<u>3.5.2.6. İtalya</u>	95
<u>4. KAMU YÖNETİMİNDE DÖNÜŞÜM ve SAĞLIK SEKTÖRÜNE YANSIMALARI</u>	97
<u>4.1. KAMU YÖNETİMİNİ DEĞİŞİME ZORLAYAN FAKTÖRLER</u>	100

<u>4.1.1. Değişim Dinamikleri ve Devletin Yeni Rolü</u>	101
<u>4.1.2. Kamu Yönetiminin Başlıca Sorun Alanları</u>	106
<u>4.1.2.1. Güven Bunalımı</u>	110
<u>4.1.2.2. Yönetimin İşlevsel Bozuklukları</u>	111
<u>4.1.2.3. Yozlaşma ve Yolsuzluk</u>	113
<u>4.1.2.4. Gizlilik ve Dışa Kapalılık</u>	115
<u>4.2. YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI</u>	116
<u>4.2.1. Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi</u>	116
<u>4.2.2. Yeni Kamu Yönetimi Modelleri</u>	119
<u>4.2.2.1 Yeni Kamu İşletmeciliği (New Public Management)</u>	121
<u>4.2.2.2. Yönetişim (Governance)</u>	123
<u>4.3. KAMU YÖNETİMİ REFORMU</u>	125
<u>4.3.1. Reformun Kuramsal Çerçevesi</u>	126
<u>4.3.2. Reformun Temel Araçları</u>	128
<u>4.3.2.1. Güven Açığının Kapatılması</u>	129
<u>4.3.2.2. İşlevsel Sorunların Giderilmesi</u>	130
<u>4.3.2.3. Biçimsel Sorunların Çözülmesi</u>	132
<u>4.3.2.4. Algısal Sorunların Düzeltilmesi</u>	133
<u>4.3.3. Türkiye'de Kamu Yönetimi Reformu Çalışmaları</u>	133
<u>4.3.4. Kamu Yönetimi Temel Kanunu</u>	134
<u>4.3.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı</u>	137
<u>4.3.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı</u>	138
<u>4.3.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri</u>	141
<u>4.3.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Ana Unsurları</u>	142
<u>4.3.5.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Merkezi Yönetim</u>	143
<u>4.3.5.3.2. Genel Sağlık Sigortası</u>	144
<u>4.3.5.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması</u>	144
<u>4.3.5.3.3.1. Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi</u>	145
<u>4.3.5.3.3.2. Sevk Zinciri Sisteminin Uygulanması</u>	145
<u>4.3.5.3.3.3. Sağlık Kuruluşlarının Özerk Statüye Kavuşturulması</u>	145
<u>4.3.5.3.4. İnsan Kaynakları</u>	146
<u>4.3.5.3.5. Eğitim ve Bilim Kurulları</u>	146
<u>4.3.5.3.6. Kalite ve Akreditasyon</u>	147

<u>4.3.5.3.7. İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma</u>	148
<u>4.3.5.3.7.1. Ulusal İlaç Kurumu</u>	148
<u>4.3.5.3.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu</u>	148
<u>4.3.5.3.8. Sağlık Bilgi Sistemi</u>	149
<u>5. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YAPISAL DÖNÜŞÜM</u>	150
<u>5.1. SOSYAL SİGORTALAR KURUMU ve SSK HASTANELERİ</u>	152
<u>5.2. SAĞLIK BAKANLIĞI – SOSYAL SİGORTALAR KURUMU SAĞLIK</u> <u>TESİSLERİNİN ORTAK KULLANIMI</u>	158
<u>5.2.1. Başvuru Süreci</u>	164
<u>5.2.2. Uygulama</u>	167
<u>5.2.3. İlaçların Temini</u>	171
<u>5.2.4. Malzemelerin Temini</u>	172
<u>5.2.5. Ücret Tarifesi</u>	173
<u>5.2.6. Faturlandırma İşlemleri</u>	173
<u>5.2.7. Ödeme Modeli</u>	174
<u>5.3. SAĞLIK TESİSLERİNDE ORTAK KULLANIMIN HEDEFLERİ</u>	175
<u>5.4. UYGULAMADA KARŞILAŞILAN SORUNLAR</u>	177
<u>5.5. YAZILI BASINDA SAĞLIK TESİSLERİNİN ORTAK KULLANIMI</u>	183
<u>5.6. SAĞLIK TESİSLERİNİN ORTAK KULLANIMINDA DİNAMİK SÜREÇ:</u> <u>SSK SAĞLIK TESİSLERİNİN SAĞLIK BAKANLIĞI'NA DEVRİ</u>	188
<u>5.6.1 Devir Öncesi Hazırlık Çalışmaları</u>	190
<u>5.6.2. SSK Sağlık Tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na Devrinin Yasal Boyutu</u> <u>ve Gerekçeleri</u>	193
<u>5.6.3. Sağlık Bakanlığı'na Devredilen SSK Hastaneleri Hakkında Genel</u> <u>Değerlendirme</u>	196
<u>GENEL DEĞERLENDİRME ve SONUÇ</u>	199
<u>YARARLANILAN YAYINLAR</u>	209
<u>ÖZGEÇMİŞ</u>	

ÖZET

Sağlık Sektöründe Yeniden Yapılanma ve Bir Uygulama: Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı

Günümüzde alabildiğine hızlı gelişen teknoloji, geçmişte sorun teşkil eden birçok konuyu insanlığın gündeminden çıkarmasına karşılık; hızlı değişim sürecine paralel olarak yeni sorunları da beraberinde getirmiştir. Çağımızda hemen her alanda insanların beklenti düzeyi yükselmiştir. Vatandaş memnuniyeti olgusu, beklentilerin farklılaşmasına ve artmasına yol açmıştır. Ancak ortaya çıkan beklenti düzeyini karşılayabilecek kaynaklar ise, ters orantılı bir şekilde azalmıştır. Nüfusun çoğalması ve yaşlanması noktasında, sürdürülebilir kalkınma anlayışı yeterince uygulanamamıştır. Bu tablo karşısında ülkeler ve sistemler, yeni arayışlar içine girmişlerdir. Esasen reformların ortaya çıkış mantığı, kıt ekonomik kaynaklarla daha etkili ve verimli hizmet çabası şeklinde değerlendirilebilir.

İhtiyaç ve beklentilerin hızla farklılaştığı alanların başında sağlık hizmetleri gelmektedir. Hizmet sunumunda ve hizmete erişimde yetersizlik, kötü ve / veya eksik yönetim, sağlığa ayrılan kaynakların yetersizliği gibi geniş bir alanda ortaya çıkan sağlık sorunlarını iki noktada toplamak mümkündür. Günümüzde hastalık örüntülerinin değişimi sağlık hizmetlerinin mikro ve makro düzeyde yeniden yapılandırılmasını gerektiren unsurlardan biridir. İkinci olarak ise, yaşlanan nüfus ve kronik hastalıklardaki artışın, sağlık hizmetlerinin uzun dönemde finansmanını güçleştirmesi gelmektedir. Sağlık hizmetleri alanında da, kaynak kıtlığına yönelik çözümler, kaynakların etkili bir şekilde tahsisi ve hizmetlerin verimli sunumu konularında ortaya konan çabalar, sağlık reformlarının dayanağını oluşturmaktadır.

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de son dönemde genel olarak kamu yönetimi alanında, özelde ise sağlık hizmetleri alanında bir değişim yaşandığı görülmektedir. Kuşkusuz, sağlık hizmetleri alanında

yaşanan değişim olgusunu, genelin bir parçası olarak kamu yönetim alanında yaşanan paradigma değişiminden bağımsız düşünmek doğru değildir. Türkiye’de sağlık alanında yaşanan sorunları çözmek amacıyla her dönemde ortaya konan çalışma ve projeler “reform” olarak lanse edilmiştir. Ancak, 1990’lı yıllarda çözüm bekleyen sağlık sorunları 2000’li yıllarda da varlığını korumayı başarmıştır.

Son dönemde bu kısır döngüyü yenme amacıyla, kamu yönetimindeki paradigma dönüşümünün de pozitif etkisiyle sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetli sunulması amacıyla yola çıkılarak hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” uygulamaya koyulmuştur. Türkiye’de kamu yönetimi anlayışındaki değişimin sağlık politika, strateji ve uygulamalarına yansımaları olarak özetleyebileceğimiz Sağlıkta Dönüşüm Programı birçok alanda çözüm hedefiyle hazırlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın unsurlarından biridir. Kaynakların etkili ve verimli kullanılması ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanması amacıyla, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Bu araştırmada sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufunu, hizmette etkinliği ve verimliliği sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık tesislerinin ortak kullanımı konusu ele alınmıştır. Bu amaçla Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde inceleme yapılmış, karşılaşılan sorunlar ve uygulamanın sonuçları gözlemlenmiştir. Ayrıca konu ile ilgili Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile yüzyüze görüşmede bulunulmuş, uygulama ve sonuçları hakkında bilgi alınmıştır. Sonuç olarak, sağlık tesislerinin ortak kullanımının, sağlık sektöründe yapısal değişimin sonucu olarak kaynakların etkili, verimli ve ekonomik kullanımı, etkili hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerinin tek merkezden koordinasyonu hedef ve amacıyla olduğu sonucuna varılmıştır. Nitekim 1,5 yıl süreyle uygulanan sağlık tesislerinin ortak kullanımı süreci, Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı’na devriyle sonuçlanmıştır.

ABSTRACT

Restructuring in Health Sector and A Practice: Joint Use of Facilities of Ministry of Health - Social Insurance Organization

Although the technology excluded several issues which posed problems in past, it brought about new problems along with the very fast development. Today expectations of the human beings are high in every aspect of the life. The phenomenon of the citizens' satisfaction resulted in diversification and increase of their expectation. However the funds which are capable of meeting such expectations decreased in inverse proportion of the expectations. Given the increased and grown old population, sustainable development approaches could be implemented adequately. Regarding this, many countries and systems sought new approaches. In principle the main source of the reforms can be assessed as an attempt to provide more effective and efficient services with scarce economic resources.

The first item which is included in the fields wherein the requirements and expectations diversify is health sector. It is possible to categorize the problems arising out of inadequacies in rendering of and access to health services, maladministration and / or under - administration, inadequacy of the funds allocated to the health services, etc. under two categories. The first is the fact that disease patterns have changed nowadays is one of the factors that necessitated restructuring of health services in micro and macro levels. The second is the grown old population and their increased disease incidence makes the financing of health services difficult in the long run. The solution proposed for inadequate funds and efforts made for effective allotment of the resources and efficient rendering of the services, constitute the very foundations of the health reforms.

It is observed that a change is experienced generally in public management system and in particular in health services in Turkey, in line

with the developments in the world. No doubt it is wrong to comprehend the changes experienced in health services independently apart from the paradigmatic changes experienced in the public management as a part of the general change. Every works and activities from time to time brought about for the purpose of solving the problems experienced in the health sector in Turkey have been publicized as reforms. However those problems which are pending solutions still persist to exist in 2000s.

Recently "Transformation in Health Programme" has been launched with the intention to render health services in an effective, efficient and fair manner also thanks to positive effect of paradigmatic conversion in public sector for the sole purpose of overcoming this vicious circle. The Transformation in Health Programme which we may summarize as reflections of the change in public management sector to the health policies, strategies and practices in Turkey.

Restructuring of the health services is an element of Transformation in Health Programme. For the purpose of attaining effective and efficient use of the sources and ensuring fairness in accessing to the health services, health services must be restructured. In this paper joint use of health facilities of the Ministry of Health and Social Insurance Organization for the purpose of ensuring saving of the resources in the health services, effectiveness and efficiency in service rendering, has been discussed. For this purpose, researches have been carried in the hospitals of the Ministry of Health throughout Turkey and problems experienced as well as results of the practices, have been observed. In addition personal interviews have been made with the authorized officers of the Ministry of Health regarding the issue and information has been obtained from them about the practice and the results obtained. As a result, it is concluded that joint use of health facilities has been intended for effective, efficient and economic use of the resources, effective rendering of the services and coordination of the health services from a single center. Nevertheless joint use of the health facilities which has

been implemented for a period of 1.5 years resulted in transfer of the health facilities of Social Insurance Institution to the Ministry of Health.



KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
A.g.e.	: Adı geen eser
A.g.k.	: Adı geen kaynak
A.g.m.	: Adı geen makale
APK	: Araştırma Planlama ve Koordinasyon
Bkz.	: Bakınız
ÇSGB	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık rgt
E.S.	: Emekli Sandığı
IMF	: International Monetary Fund
KAYA	: Kamu Yönetimi Araştırması
KYTKT	: Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı
MEHTAP	: Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi
N.H.S.	: National Health Service (İngiltere Ulusal Sağlık Servisi)
N.P.M.	: New Public Management (Yeni Kamu İşletmeciliği)
OECD	: Organization for Economic Co-operation and Development
O.K.P.	: Ortak Kullanım Protokolü
SB	: Sağlık Bakanlığı
S.D.P.	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SPGK	: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TESEV	: Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı
TODAİE	: Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi
WHO	: World Health Organization
WB	: World Bank

ŞEKİLLER

Şekil 1.	Türkiye'de Kamu Sağlık Sektörünün Yapısı	24
Şekil 2.	Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü	27
Şekil 3.	Sağlıkta Paradigma Dönüşümü	64
Şekil 4.	Sağlık Reformunun Ana Öğeleri	71
Şekil 5.	Kamu Sektörü Hakkında Temel Doktrinler	77
Şekil 6.	Yönetişimin Temel Özellikleri ve Başlıca Unsurları	124
Şekil 7.	Kamu Yönetimi Reformunun Temel Araçları	129
Şekil 8.	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Dayanakları	143
Şekil 9.	SB Hastanelerinde SSK'lı Hasta Muayene Süreci	166

TABLOLAR

Tablo 1.	Sincan Devlet Hastanesi Hekim ve Poliklinik Oda Sayıları	32
Tablo 2.	Sağlık Harcamalarının Dağılımı	35
Tablo 3.	Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları	36
Tablo 4.	1999–2000 Yılı Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları	36
Tablo 5.	Türkiye Sağlık Personeli	41
Tablo 6.	1999 Yılı Mevcut Sağlık Personeli Sayısı ve VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Hedefleri	42
Tablo 7.	Sağlık Alanında Personel Arzı ve İhtiyacı Projeksiyonu	42
Tablo 8.	Sağlık Personelinin Coğrafi Bölgelere Göre Dağılımı	43
Tablo 9.	Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus	45
Tablo 10.	Bazı AB Üyesi Ülkelerde Hekim Başına Düşen Nüfus	46
Tablo 11.	Desantralizasyon Çeşitleri	75
Tablo 12.	Desantralizasyonun Olumlu ve Olumsuz Yönleri	76
Tablo 13.	İngiltere Sağlık Sisteminde Reform Çalışmaları	79
Tablo 14.	Geleneksel Kamu Yönetimi İle Yeni Kamu Yönetiminin Karşılaştırılması	118
Tablo 15.	Statülerine Göre SSK Hastanelerinin Dağılımı	153
Tablo 16.	Sosyal Sigorta Kurumunun Sağlık Hizmetleri Bakımından Kapsadığı Nüfus (1965–2002)	154
Tablo 17.	SSK Sağlık Tesislerinde Muayene Edilen SSK'lı Hasta Sayısı (1990–2004)	155
Tablo 18.	SSK Sağlık Giderleri (1995–2005)	156
Tablo 19.	SSK İlaç Giderleri (1995–2005)	157
Tablo 20.	Ortak Kullanım Uygulaması Hazırlık Çalışmaları	159
Tablo 21.	Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımında SSK'lı Hasta Sayıları	162

Tablo 22.	Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımında Sosyal Güvenlik Kurumlarına Göre Hasta Sayıları	163
Tablo 23.	2004 Yılı Sağlık Bakanlığı I. Basamak Hasta Sayıları	169
Tablo 24.	2004 Yılı Sağlık Bakanlığı II. Basamak Hasta Sayıları	170
Tablo 25.	Sağlık Bakanlığı II. Basamak Hasta Sayıları	171
Tablo 26.	Ortak Kullanım Uygulaması İle İlgili Haber Çıkan Gazeteler	184
Tablo 27.	Uygulama Türü Açısından Ortak Kullanım Haberleri	185
Tablo 28.	Haber Kaynağı Açısından Ortak Kullanım Haberleri	185
Tablo 29.	Haber İçeriği Açısından Ortak Kullanım Haberleri	186
Tablo 30.	Uygulamanın Amacı Açısından Ortak Kullanım Haberleri	186
Tablo 31.	Uygulamanın Sonuçları Açısından Ortak Kullanım Haberleri	187



GİRİŞ

Sağlık politika ve stratejilerinin uygulamaları, kamu hizmeti niteliği taşıması sebebiyle toplumun genelini ilgilendirmektedir. Ekonomik faktörler ve kamu harcamalarının en az düzeye indirilmesi doğrultusunda devletin üstlendiği fonksiyonlar zaman içinde değişime uğrasa da, özellikle kamu sağlığının korunması ve geliştirilmesi hiçbir dönem vazgeçilemeyen ve devletin yerine getirmek zorunda olduğu “kamu hizmetleri” arasında yerini almaktadır.¹ Her ne kadar kamu hizmetleri içinde sağlık hizmetlerinin yeri, dışa taşan etkilerin yüksek olduğu mallar üretimi arasında yer alsın ve özel mülkiyetin üretiminde yerine getirilebilse de,² Türkiye’de sağlık hizmetlerinde devletin rolü ve fonksiyonu her zaman için önemini korumuştur. Bu görüşü destekler mahiyette, Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluş ile birlikte oluşturulan bakanlıklardan birisi de o tarihteki adıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmuştur. Hatta Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın tarihi, İlk Ankara Hükümeti günlerine kadar gitmektedir.³

Sağlık hizmetlerinde devletin, dolayısıyla kamunun payı büyük olmakla birlikte, kamu harcamaları içinde temel olarak Sağlık Bakanlığı ve sağlıkla ilgili diğer kurum ve kuruluşların harcamalarından oluşan “sağlık harcamaları”nın bütçe harcamaları içindeki payı, diğer ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Aslında konsolide bütçeden ödenen tedavi giderleri ile kuruluş bütçelerine konulan tedavi ödenekleri gibi kalemler de dikkate alındığında, sağlık harcamalarının genel bütçedeki payı daha da artmaktadır.⁴

Diğer ülkelerle kıyaslandığında kamunun sağlığa ayırdığı kaynak az olmakla birlikte, Türkiye’de kamu sektörü sağlık hizmetlerinde hâlihazırda

¹ Abdurrahman Akdoğan, *Kamu Maliyesi*, 6.b., Ankara: Gazi Kitabevi, Kasım 1997, s. 29.

² Onur Karahanoğulları, *Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)*, 1.b., Ankara: Turhan Kitabevi, Şubat 2002, s. 16.

³ Bernard Lewis, *Modern Türkiye'nin Doğuşu*, çev. Metin Kıratlı, 7.b., Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları, 1998, s. 370.

⁴ S. Rıdvan Karluk, *Türkiye Ekonomisi: Tarihsel Gelişim, Yapısal ve Siyasal Değişim*, 6.b., İstanbul: Beta Yayınları, Nisan 1999, s. 114.

başrol oynamaktadır. Devletin üstlendiği görev ve fonksiyonların farklılaşması ve kamu yönetimi anlayışındaki değişime paralel olarak, Türkiye’de de devletin üstlendiği görev ve fonksiyonlar yeniden şekillenmektedir. Bu noktada sağlık sektörü örneğinde, özel sektörün üstlenebileceği ve yerine getirebileceği alanlardan kamunun çekilmesi konuları tartışılmaktadır.⁵

Bu tez çalışmasının konusunu, dünyada ve Türkiye’de sağlık reformları kapsamında, sağlık sektöründe yönetimden kaynaklanan sorunlar ve bu sorunlara karşı üretilen çözümler, kamu yönetimindeki paradigma değişimine uygun olarak sağlık sektöründe refah devleti (welfare state) uygulamalarının asgari düzeye indirilmesi, liberalleşme ve yönetim (administration) anlayışı yerine işletme (management) anlayışının yerleşmesi oluşturmaktadır.

Tezin amacı; Türkiye’de kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması çerçevesinde sağlık sektöründe yaşanan gelişmeleri tahlil etmek, kamu yönetimi anlayışındaki değişimin sağlık politika ve stratejilerine yansımalarını ortaya koyabilmek, hizmet sunumu noktasında sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması çalışmalarını incelemek ve değerlendirmektir.

Yöntem açısından konunun ele alınışı, birinci bölümde ayrıntılı olarak işlenmiştir. Birinci bölümde araştırma konusunun tanımı ve seçimi, araştırmanın önemi ve amacı üzerinde durulmakta, kullanılan metot ve tekniklerden bahsedilmektedir.

İkinci bölümde Türkiye’de sağlık sektörünün mevcut durumu ve yaşanan sorunlar ele alınmaktadır. İkinci bölümün birinci kısmında sağlık sektörünün yapısı incelenmekte, ikinci kısımda ise Sağlık Bakanlığı’nın sağlık sektörü içindeki mevcut durumuna açıklık getirilmektedir. Birinci bölümün üçüncü kısmında Türkiye’de sağlık sektörünün karşı karşıya olduğu sorunlara değinilmektedir.

⁵ İpek Özkal, "Sağlık Sektörü Örneğinde Türkiye’de Devletin Küçültülmesi ve Etkenleştirilmesi", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000)

Üçüncü bölümde sağlık sistemlerinde paradigma dönüşümden bahsedilmekte ve bu dönüşümün Avrupa ülkelerine etkileri ele alınmaktadır. Üçüncü bölümün birinci kısmında Avrupa ülkelerinde sağlıkta ve sağlık sektöründe yaşanan sorunlara değinilmekte, ikinci kısımda ise bu sorunları aşmak için ortaya konan reformların şekillendirdiği yeni paradigmadan söz edilmektedir. Daha sonra mevcut sorunlara çözüm bulabilmek amacıyla uygulanan reformların ortaya koyduğu temel öneriler ele alınmaktadır. Son olarak, belli başlı Batı Avrupa ülkelerinin sağlık sistemleri, mevcut yapıları ve sağlık reformları hakkında bilgi verilmektedir.

Araştırmanın dördüncü bölümünde kamu yönetiminde yeniden yapılanma çalışmaları ve sağlık sektörüne yansımaları incelenmektedir. Dördüncü bölümün birinci kısmında kamu yönetiminin başlıca sorun alanlarına ve değişime zorlayan faktörler karşısında devletin yeni rolü konusu ele alınmaktadır. Ardından kamu yönetimini değişime zorlayan başlıca sorun alanlarına değinilerek yeni yönetim anlayışına geçiş yapılmaktadır. Dördüncü bölümün ikinci kısmında kamu yönetiminde paradigma değişimi konusu üzerinde durulmakta; kamu yönetiminde değişim ve dönüşüm süreci doğrultusunda ortaya çıkan yeni yönetim modelleri incelenmektedir. Dördüncü bölümün üçüncü kısmında ise kamu yönetimi reformunun kuramsal çerçevesi çizildikten sonra, kısaca reformun temel araçları ele alınmaktadır. Daha sonra Türkiye’de kamu yönetimi alanında yapılan reform çalışmaları hakkında bilgi verilerek gündemdeki “*Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı*”nın genel değerlendirmesi yapılmaktadır. Dördüncü bölümün son kısmında Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında uygulamaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı, programın amacı, temel ilkeleri ve unsurları incelenmektedir.

Beşinci bölümde ise, sağlık sektöründe yapısal dönüşüme örnek olarak 2003 yılında 11 ilde ve 2004 yılında tüm Türkiye’de uygulanan SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı ve 2005 yılında SSK ve kamuya ait bazı sağlık tesislerinin SB’na devri ele alınmaktadır. Burada ilk olarak SSK

sağlık birimlerinin SB'na devrinden önceki durum kısaca özetlendikten sonra sağlık tesislerinin ortak kullanım uygulaması hakkında bilgi verilmektedir. Beşinci bölümün üçüncü kısmında sağlık tesislerinin ortak kullanımında hedefler üzerinde durulmakta, dördüncü kısımda ise 1,5 yıllık süre zarfında uygulamada karşılaşılan sorunlar aktarılmaktadır. Beşinci bölümün beşinci kısmında yazılı basında konu ile ilgili çıkan haberler ve uygulamanın sonuçları değerlendirilmektedir. Araştırmanın başlangıcında SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı konusu üzerinde çalışılırken, 2005 yılı başında SSK ve kamuya ait bazı sağlık tesislerinin SB'na devri gerçekleşmiştir. Son olarak, araştırma konusunun bütünlüğü çerçevesinde SSK sağlık tesislerinin SB'na devri ele alınmaktadır.



BİRİNCİ BÖLÜM

1. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE METODOLOJİSİ

1.1. ARAŞTIRMA KONUSUNUN TANIMI

Bu araştırmada öncelikle dünyada ve Türkiye’de sağlık reformları kapsamında, sağlık sektöründe yönetimden kaynaklanan sorunlar ve bu sorunlara karşı üretilen çözümlere değinilecektir. Kamu yönetimindeki paradigma değişimine uygun olarak sağlık sektöründe refah devleti (welfare state) uygulamalarının asgari düzeye indirilmesi, liberalleşme ve yönetim (administration) anlayışı yerine işletme (management) anlayışının yerleşmesi konuları üzerinde durulacaktır.

Teorik çerçevenin ardından 3 Kasım 2002 genel seçimleri sonucunda kamu yönetiminde ve münferit olarak sağlık alanında 58. Cumhuriyet Hükümeti ile başlatılan ve 59. Cumhuriyet Hükümeti ile devam eden uygulamalardan söz edilecektir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hedefleri ortaya konulduktan sonra ise, bu hedefler sonucunda sağlık sektörünün nereye gittiği sorusuna cevap aranacaktır.

Bu bilgiler ışığında sağlık hizmetlerinin standardizasyonunda ve tek merkezden koordinasyonunda önemli bir basamak olan Sağlık Bakanlığı ile SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı uygulaması detaylarıyla incelenecektir. Sağlık tesislerinin ortak kullanımında karşılaşılan sorunlar, üretilen çözümler ve uygulamanın sonuçlarından söz edilecektir. Daha sonra sağlık tesislerinin ortak kullanımı uygulamasıyla amaçlanan hedefler değerlendirilecektir.

1.2. ARAŞTIRMA KONUSUNUN SEÇİMİ

Bilimsel bir araştırma konusunun nasıl ve neden seçildiği bir grup faktöre bağlıdır. Bu faktörlerin en önemlileri;

İlk olarak, araştırmacının bir konu hakkındaki bilgi ve tecrübesi araştırma konusunun seçiminde önemli bir rol oynamaktadır. Seçilen araştırma konusu alanında araştırmacının temel bilgisinin olması gereklidir.

İkinci olarak, kişisel değerler ve tercihler, araştırmak için konu seçiminde önemli bir rol oynamaktadır. Kişisel değerler ve tercihler, sadece araştırma konusunun seçimini değil, araştırmanın tamamını ve sonuçlarını da etkileme eğilimi gösterir.

Bir diğer faktör, sosyal durumların ve ortak değerlerin araştırma konusunun seçiminde önemi göz ardı edilemez. Güncel olaylar, toplumu ilgilendiren sorunlar araştırma konusunun seçimini etkilemektedir.

Bu araştırma konusunun seçiminde, yazarın Sağlık Bakanlığı'nda görev yapıyor olması ve Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında hastanelerin ortak kullanımına yönelik imzalanan Ortak Kullanım Protokolü çerçevesinde verilen hizmetlerin denetlenmesi ve aksaklıklara yerinde müdahale edilebilmesi amacıyla oluşturulan denetim ekibinde görev alması etkili olmuştur. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde; başta kurumsal performans değerlendirme çalışmaları kapsamında hastanelerde performans değerlendirmesine esas standart ve ölçüt çalışmaları olmak üzere birçok alanda stratejik ve operasyonel düzeyde rol almış olmasının payı büyüktür. Ayrıca Sağlık Bakanlığı ile SSK sağlık tesislerinin ortak kullanıma açılması ve sonrasında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinin sonuçları itibariyle toplumu ilgilendirmesi, kamuoyunda geniş yankı bulması da araştırma konusunun seçiminde önemli bir faktördür.

1.3. ARAŞTIRMA KONUSUNU SINIRLAMA

Devlet aygıtının ve kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması, burada ele alınamayacak kadar çok kapsamlı bir konu olmakla birlikte, çalışmanın çıkış noktasını oluŐturması bakımından oldukça önemlidir. Bununla beraber sağlık reformu kavramı; hizmet sunumundan finansmana, insan kaynaklarından enformasyon sistemine, ilaç konusundan teknoloji konusuna kadar geniş bir alanı kapsamaktadır. Konuyu anlaşılır kılmak ve detaylardan arındırmak için sınırlandırmaya gidilmesi kaçınılmazdır.

Bu alıŐma sağlık alanında dünyada ve Türkiye’de gerçekleştirilen reform uygulamalarına ilişkin genel bilgiler ve Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin tek merkezden koordine edilmesi için yürütülen çalıŐmalarla sınırlandırılmıŐtır. Bu amaçla 01 Temmuz 2003 tarihinde pilot illerde uygulamaya başlanan ve 01 Ocak 2004 tarihinde tüm Türkiye’de uygulamaya geçilen Sağlık Bakanlığı ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımını konusu ele alınacak; sağlık sektöründe reform çalışmalarının çıkış noktalarından birisi olan sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi ilkesinin gerçekleŐebilirliđi, elde edilecek veriler ışığında tartıŐmaya açılacaktır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Türkiye’de sağlık hizmetleri sektörü karmaşık ve çok başlı bir yapıya sahiptir. Koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından sunulurken; tedavi edici sağlık hizmeti sunumunda birçok aktör rol almaktadır. Sağlık Bakanlığı, SSK, niversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel sektöre ait hastaneler arasında bir norm ve standart birliği bulunmadığı gibi, etkili bir koordinasyon da sağlanamamaktadır. Bu sebeplerle hizmet ve yatırım planlamaları, toplumsal ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak yapılamamaktadır.

Sağlık hizmet sunumunda altyapı, kaynak ve insangücünün tamamına yakın kısmı Sağlık Bakanlığı ve SSK'ya aittir. Ancak altyapı, kaynak ve insangücü ile bu hizmetlerden faydalanan nüfus arasında aşırı dengesizlik bulunmaktadır. Başka bir deyişle sağlık hizmetlerine erişimde, SSK'nın sağlık yardımından yararlanan nüfus aleyhine bir dengesizlik söz konusudur. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği gidermek, sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufu, hizmette etkinliği ve verimliliği sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı ve SSK'ya ait sağlık tesislerinden Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensubu, aktif devlet memuru, Yeşil Kart Sahibi hastalar ve SSK'nın sağlık yardımından yararlanan hastaların sağlık hizmeti alabilmesi için Sağlık Bakanlığı ile SSK sağlık tesisleri ortak kullanıma açılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanıma açılmasıyla, dünden bugüne sağlık reform çalışmalarının önemli bir ayağını oluşturan sağlık hizmet sunumunda standardizasyonun ve sağlık hizmetlerinin tek merkezden koordinasyonunun ilk adımı atılmıştır.

Söz konusu uygulamanın incelendiği bu çalışma ile sağlık hizmetlerinin tek merkezden koordine edilmesi, sağlık hizmet sunumunda norm ve standart birliği sağlanması konularına kuramsal olarak açıklık getirilmesi hedeflenmektedir. Sağlık Bakanlığı ile SSK'ya ait sağlık tesislerinin ortak kullanımında uygulama, süreç, karşılaşılan sorunlar ve üretilen çözümlere değinilerek bu çalışmanın pratik yararlarının olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmanın, SSK'ya bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devri sürecine de ışık tutacağı ve bu süreçte karşılaşılan sorunlara çözüm üretilmesi konusunda yararlı olacağı düşünülmektedir.

1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması sürecinde kamu yönetimi anlayışında yaşanan paradigma dönüşümünün

etkilerini ortaya çıkarmaktır. Ana düşünce, 2003 yılında uygulamaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık sektörünün yeniden yapılandırılmasını hedeflediği yönündedir.

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, dolayısıyla sağlık reformları konusunda literatürde çok sayıda araştırmaya rastlanmaktadır. Daha çok mevcut durum ve sağlık sorunlarını ele alan araştırmalarda, Türkiye'de uygulanan sağlık reformları incelendiği gibi, diğer ülke örnekleri ile kıyaslamalara da başvurulmaktadır.

Bu araştırmada sağlık sektörünü yeniden yapılandırma hedefi ile hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın unsurlarından biri olan, sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması noktasında Sağlık Bakanlığı ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımını incelenmiştir.

1.6. HİPOTEZLER

Ekonomik faktörler, küreselleşme olgusu gibi nedenler yapısal ve işlevsel dönüşümleri zorunlu kılmaktadır. Bütçe açıkları, beklentilerin artması, uluslararası gelişmeler ve kuramsal alanda yaşanan gelişmeler, ülkeleri değişime ve yeni arayışlara zorlamaktadır. Bu süreçte ortaya çıkan sorunlara çözüm getirmek amacıyla, genel olarak kamu yönetiminde reform arayışları gündeme gelmektedir. Kamu yönetiminin işleyişindeki bozukluklar ve yetersizlikler karşısında kısmi çözüm modelleri ile kademeli bir kurumsal iyileştirme modeli uygulanabileceği gibi, kamu yönetiminin toptan yeniden yapılandırılmasını benimseyecek kapsamlı bir sürecin hayata geçirilmesi de tercih edilebilmektedir. Dolayısıyla, her iki durumda da kurumsal çözümleri içinde bulunduğu "kamu yönetimi"nden bağımsız düşünmek olanaksızdır. Bu konu Türkiye açısından ele alındığında, son dönemde kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması çalışmalarının bir parçası olarak, sağlık sektöründe de yeniden yapılanma çalışmalarının yürütüldüğü düşünülmektedir.

Bu noktadan hareketle, araştırmanın temel hipotezi;

H1: "Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması hedeflenmektedir ve bu süreçte kamu yönetimindeki paradigma dönüşümünün etkisi bulunmaktadır."

Araştırmanın alt hipotezlerini ise Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedefleri ve uygulama sonuçları ile sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması amacıyla uygulanan SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımının amaç ve sonuçları oluşturmaktadır.

Bu bağlamda şu hipotezler üretilmiştir:

H2: "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, geçmişte ortaya konan kamu yönetimi reformlarından farklıdır."

H3: "Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üye olması ile kamu yönetimi reformunun yeniden gündeme oturması arasında ilişki vardır."

H4: "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ile kamu sektöründe çağdaş yönetim modelleri hayata geçirilmeye çalışılmaktadır."

H5: "Kamu yönetimi anlayışındaki değişim, Sağlık Bakanlığı'nın misyon ve vizyonunu etkilemektedir."

H6: "Kamu yönetimi anlayışındaki değişim, sağlık politikalarına yansımaktadır."

H7: "Sağlıkta Dönüşüm Programı, kamu yönetimi anlayışındaki değişimden etkilenmiştir."

H8: "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda kısa vadeli hedeflere ulaşılmıştır."

H9: "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ortaya koyduğu hedefler ulaşılabilir." "

H10: "Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin desantralize edilmesini istemektedir."

H11: "Sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu sonrası farklı bir denetim modeli tasarlanmaktadır."

H12: "Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde gerçekleştirilen reformlara karşı, sağlık bürokrasisi engelleyici tutum geliştirmiştir."

H13: "Sağlıkta Dönüşüm Programı, yeni bir oluşum ortaya koymaktadır."

H14: "Sağlıkta Dönüşüm Programı geçmiş dönemlerde yürütülen sağlık reformlarından farklıdır."

H15: "SB-SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı uygulamasının tek amacı, SB hastanelerinin SSK mensubu hastaların hizmetine açılmasıdır."

H16: "Sağlık tesislerinin ortak kullanımında ortaya çıkan aksaklıkları gidermek için çözüm üretilmiştir."

H17: "Sağlık tesislerinin ortak kullanımı, sağlık sektörünün tek merkezden koordinasyonunun ilk adımıdır."

1.7. ARAŞTIRMA KONUSUNUN GEÇMİŞİ VE GELİŞİMİ

Kamu yönetiminde reform konusu, hemen hemen bütün ülkelerde çeşitli konularda ve değişik zamanlarda gündeme gelmiş ve bu sebeple kamu yönetimi disiplini altında inceleme ve araştırma alanı bulmuş önemli konulardan birisidir. Eğitim, sağlık, sosyal güvenlik vb. birçok alanda zaman zaman uygulamadan kaynaklanan sorunlar hissedilmiş ve reform ihtiyacı doğmuştur. Sağlık sektörü de uygulamadan kaynaklanan sorunların sıklıkla yaşandığı ve bu sebeple reform ihtiyacının hissedildiği alanların başında gelmektedir. Dünyada birçok ülkede ve Türkiye’de sağlık sektöründe reform konusu güncelliğini her zaman için korumuştur.

Küresel deneyimler göz önünde bulundurulduğunda, kamu yönetimi reformlarında ihtiyatlı, aşamalı ve ancak bütüncül bir yaklaşım izlendiği görülmektedir. Belirlenen bu reformların hayata geçirilmesinde iki temel yol bulunmaktadır:

- Ülke kamu yönetiminin toptan yeniden yapılandırılmasını benimseyecek kapsamlı bir sürece geçilmesi,
- Münferit olarak kurumsal iyileşme yaklaşımını benimseyen “ada” çözümlerle yola çıkılması ve bu kurumların zaman içinde sayılarının artışının sağlanması.

Sağlık reformlarının hayata geçirilmesinde de kamu yönetiminin toptan yeniden yapılandırılması sürecinin temel alındığı gibi, münferit olarak sağlık sektörünü kapsayan iyileşme yaklaşımları şeklinde de ele alınmaktadır. Bu noktada Sağlıkta Dönüşüm Programı ile reformların hayata geçirilmesinde birinci yolun izlendiği sonucuna varılabilir.

Genel olarak kamu sektöründe reform çalışmalarına gereksinim duyulmasının altında birçok neden yatmakla birlikte, bunlardan belki de en önemlileri “üç açık (three deficits)” olarak nitelendirilen bütçe açığı,

performans açığı ve güven açığıdır. Beklenti ve ihtiyaçların farklılaşması, artış göstermesi devletin ekonomi içindeki payını ister istemez artırmakta ve bunun sonucu olarak da kamu mali dengesi bozulmaktadır. Daha az kaynakla daha çok görevin devlet tarafından yerine getirilmeye çalışıldığı durumda ise hizmetlerde aksamalar meydana gelmekte, vatandaşlara etkin ve verimli bir hizmet sunulamamaktadır. Bunun sonucunda ise kamu sektörünün performansı düşmektedir. Kamu kurumlarının sunduğu hizmetten memnun kalmayan vatandaşların ise genel olarak devlete olan güvenleri sarsılmaktadır. Muhatap oldukları kurumlara hizmet almak için başvurduklarında sürekli şüpheli bir yaklaşım izlemekte ve işlerini informel çözüm yollarından halletmek şeklinde bir teamül neredeyse yaygın hale gelmektedir.

Çağın gereklerine uygun olarak görevlerini tam olarak yerine getirebilen bir devlet ve buna paralel olarak daha etkin ve verimli bir kamu yönetimi için gerek dünya ülkelerinde, gerekse Türkiye’de zaman zaman reformlar hazırlanmış ve yürütülmüştür. Yürütülen bu reformlar, politika belirlemeden finansmana kadar uzanan geniş bir yelpazede ele alınmıştır. Reform çalışmaları genel bir ifadeyle, “reorganizasyon” yani devlet aygıtının ve/veya kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması olarak ifade edilebilir.

Konuya sağlık sektörü açısından baktığımızda, genel olarak kamu yönetimi alanında gerçekleştirilen reform çalışmalarından çok da farklı olmayan bir tabloyla karşılaşmaktayız. Sağlık politikaları ve uygulamaları alanında örnek gösterilen ülkelerde bile, zaman zaman sağlık sektöründe reform konuları gündeme gelmektedir. Türkiye’de de Cumhuriyet döneminde, özellikle siyasal iktidar değişikliklerinde sağlık alanında reform çalışmaları gündeme gelmiştir.

Kamu hizmetleri arasında önemli bir yere sahip olan sağlık hizmetleri, her ülkede kamusal hizmetlerin performansının ölçülmesinde ve değerlendirilmesinde temel belirleyici olmaktadır. Bu sebeple sağlık politikalarına ve uygulamalarını her dönemde ayrı bir önem verilmektedir.

Ülke vatandaşlarının hemen hemen tamamının hayatlarının her döneminde birebir muhatap oldukları ve uygulamalarından dolayı memnun oldukları, ya da Türkiye örneğinde olduğu gibi çoğunlukla yüksek oranda memnuniyetsizliklerini içselleştirdikleri kamusal hizmet alanı, sağlık hizmetleridir.

Aynı zamanda iktisadi açıdan devletin finansörlüğünü üstelendiği veya sübvansede ettiği alanların başında sağlık sektörü gelmektedir. Ülke nüfusunun tamamının sağlık güvencesinde olmadığı Türkiye’de, her geçen yıl genel bütçeden sağlığa ayrılan pay küçülmekte; buna karşılık sağlık harcamalarını finanse eden sosyal güvenlik kurumlarının açıkları katlanarak büyümektedir. Bu olumsuz tablo, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de devletin rolünün yeniden sorgulanmasını beraberinde getirmekte; genel olarak kamu yönetimi alanında ve münferit olarak sağlık sektöründe reformlara olan gereksinimi ortaya çıkarmaktadır.

Türkiye’de sağlığın korunmasının ve geliştirilmesinin devletin görevi olduğu, bunun sosyal devlet anlayışının vazgeçilemez bir sonucu olduğu, anayasal teminat altına alınmıştır. Cumhuriyet döneminde sağlık konusuna ayrı bir önem verilmiş, bu konuda çok sayıda reform çalışması hayata geçirilmiştir. Ancak bu reformların çoğu amacına ulaşamamış, siyasal iktidar değişiklikleriyle kümülatif bir reform uygulamasını benimsemek yerine sil baştan yeni reform çalışmalarına girişilmiştir. Bunun sonucu olarak, sağlık hizmetlerinde yaşanan sıkıntılar ve sorunlar hiçbir zaman için tam anlamıyla giderilememiştir. Sağlık alanında değişik dönemlerde gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmeye çalışılan reform uygulamaları incelendiğinde, aslında birbirlerinden çok da farklı olmadıkları anlaşılmaktadır. Genel sağlık sigortası, aile hekimliği gibi konular yıllardır bütün sağlık reform uygulamalarında dile getirilen, ancak her nedense bir türlü uygulama alanı bulamayan konulardan sadece ikisidir.

Özetlemek gerekirse sağlık alanında toplumun beklentileri zaman içinde farklılaşmakta ve artmaktadır. Nüfusun yaşlanması, yeni hastalıkların

ortaya çıkması sağlık politikalarında ve uygulamalarında farklılaşmayı gerektirmektedir. Buna paralel olarak bu beklentilerin karşılanabilmesi için kaynak sıkıntısı yaşanmaktadır. Bu nedenlerden ötürü sağlık sektöründe reform uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

1.8. METOT VE TEKNİKLER

1.8.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırmanın kapsamının genel çerçevesini kamu yönetiminde meydana gelen paradigma değişimine paralel olarak 58. ve 59. Cumhuriyet Hükümetleri tarafından bu alanda gerçekleştirilen reform çalışmaları oluşturmaktadır. Bu noktada gündemdeki “Kamu Yönetimi Reformu” çalışmaları kısaca ele alındıktan sonra, Sağlık Bakanlığı’nca uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” incelenecek ve bu Program’ın bir alt bileşeni olan “Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Uygulaması” ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Özetle bu araştırmada gündemdeki “Kamu Yönetimi Reformu” konuya giriş yapmak açısından dar bir çerçevede ele alındıktan sonra, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” genel olarak incelemek ve “Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Uygulaması” detaylı olarak araştırmaya tabi tutulacaktır.

1.8.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini “Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Uygulaması”nın tarafları olan Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın bakanları ve üst düzey bürokratları

oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı cephesinde; Sağlık Bakanı, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve “Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Uygulaması”ndan sorumlu Müsteşar Yardımcısı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü bulunmaktadır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı cephesinde ise; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanı ve Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık İşleri Genel Müdürü bulunmaktadır.

Araştırmaya evrenin tamamının örnekleme alınması amaçlanmasına rağmen Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nda Bakan ve üst düzey bürokratlara ulaşılamamıştır. Aynı şekilde uygun zaman bulunamaması nedeniyle Sağlık Bakanı’na da ulaşılamamıştır.

Araştırmada yapılandırılmamış mülakat tekniği kullanarak “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve “Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Uygulaması”ndan sorumlu Müsteşar Yardımcısı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yetkilileriyle görüşülmüştür.

1.8.3. Bilgi Toplama Yöntemi

Araştırmanın konusunu sağlık alanında gerçekleştirilen reformlar çerçevesinde, yönetimden kaynaklanan sorunlar ve bu sorunlara karşı üretilen çözümler oluşturmaktadır. Bu noktada “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında, sağlık sektöründe orta ölçekli bir değişim - dönüşüm projesi ortaya konmuştur. Söz konusu değişim - dönüşüm projesinin dinamiklerini anlayabilmek için projenin aktörlerinin bakış açısının tespit edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle aktörlerin içinde bulunduğu sektörün değişiminde hangi etmenlerin rol aldığını anlayabilmek amacıyla, bu araştırmada nitel araştırma geleneği içinde yer alan amaçlı örnekleme metodu tercih edilmiştir. Amaçlı örnekleme, zengin bilgiye sahip olduğu düşünülen durumların

derinlemesine çalışılmasına olanak vermektedir.⁶ Bu anlamda, amaçlı örnekleme yöntemleri pek çok durumda, olgu ve olayların keşfedilmesinde yararlı olmaktadır.⁷

Amaçlı örnekleme yöntemi içinde araştırmanın amacına hizmet edecek şekilde, "kolay ulaşılabilir durum örnekleme tekniği" kullanılmıştır. Nitel araştırma çalışmaları kapsamında, bu tekniğin seçilmesinde birçok faktör etkili olmaktadır. İlk olarak, bu tekniğin seçilmesi araştırmanın hızlanmasını sağlamaktadır. Araştırmacı yakın ve kolay ulaşılabilir grubu seçerek daha derinlemesine ve hızlı çalışma olanağı bulmaktadır. Bu tekniğin seçilmesindeki bir diğer neden ise, araştırmanın daha az maliyetle yürütülebilmesidir.

Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden biri olan standartlaştırılmamış açık uçlu görüşme yöntemi⁸ kullanılmıştır. Bu yöntem uygun olarak, sağlık sektöründe yeniden yapılanma ve sağlık tesislerinin ortak kullanımı konusuna yoğunlaşma sağlanmıştır. Böylece konunun evrenini oluşturan, sınırlarını çizen ve daha önceden belirlenen odak noktası, amaca uygun olarak ortaya çıkarılmıştır. Dolayısıyla bu nitel yöntemin en önemli özelliklerinden biri olan, sonuçların etkin olarak kullanılabilmesi kurumsal ve örgütsel gelişme konusundaki olumlu etkisinden⁹ faydalanılmaya çalışılmıştır.

Araştırmada bilgi toplama yöntemi olarak yapılandırılmamış mülakat tekniği kullanılmıştır. Bu görüşme tekniğinde belirli bir soru ve yanıt cetveli bulunmamaktadır. Görüşmeci tarafından hazırlanan sorular duruma göre yeniden formüle edilmektedir. Bu görüşmenin başlıca yararı ise, sondajlama yapılabilecek başkaca alanların tespitini mümkün kılmasıdır.¹⁰ Bu amaçla

⁶ Keith F. Punch, *Introduction to Social Research: Quantitative and Qualitative Approaches*, London: Sage Publications, 1998.

⁷ A. Yıldırım ve H. Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2000.

⁸ A. Yıldırım ve H. Şimşek, a.g.e., s. 96.

⁹ A. Yıldırım ve H. Şimşek, a.g.e., s. 215.

¹⁰ Philipp Mayring, *Nitel Sosyal Araştırmaya Giriş*, çev. Adnan Gümüş ve M. Sezai Durgun, Adana: Baki Kitabevi, 2000.

Sağlık Bakanlığı üst düzey bürokratları ile görüşmeler yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Uygulaması'ndan sorumlu Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı ile 2 (iki) gün süreyle toplamda 1 saat 45 dakika görüşme yapılmıştır. Görüşme sırasında ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşmede tutulan kayıtların deşifresi yaklaşık olarak 15 (on beş) saat sürmüştür. Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı ile ilgili olarak, Sağlık Bakanlığı'nda üst düzey yöneticilerle de muhtelif zamanlarda görüşmeler yapılmış ve konu hakkında bilgi alınmıştır.

Performans değerlendirmesi, SSK – Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinin ortak kullanımı ve SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile ilgili olarak inceleme yapılan hastanelerde de direkt gözlem metodu kullanılmış; sağlık tesislerinin ortak kullanımı uygulamasının avantajları, dezavantajları, aksayan yönleri ve karşılaşılan sorunlar tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla direkt gözlem metodu kullanılarak inceleme yapılan hastaneler şunlardır:

- SB Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesi (Ankara),
- SB Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ankara),
- SB Sincan Devlet Hastanesi (Ankara),
- SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ankara),
- SB Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ankara),
- SB Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (İstanbul),
- SB Av. Cengiz Gökçek Gaziantep Devlet Hastanesi (Gaziantep),
- SB Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi (Düzce),
- SSK Ulus Hastanesi (Ankara),
- SSK Ankara Eğitim Hastanesi (Ankara).

Bunun yanında araştırmada kullanılan bir başka bilgi toplama yöntemi ise doküman incelemesidir. Sağlık sektöründe gerçekleşen değişimde,

tarafları bağlayıcı olan kaynaklar yazılı metinlerdir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı ve SSK Başkanlığı arasında imzalanan protokoller, ilgili taraflarca düzenlenen resmi yazılar ve uygulamayı yönlendiren diğer yazılı kaynaklar taranmıştır. Söz konusu dokümanlara yeri geldikçe değinilecektir.

Ayrıca, 01 Temmuz 2003 tarihinde pilot illerde uygulamaya başlanan ve 01 Ocak 2004 tarihinde tüm Türkiye’de uygulamaya geçilen Sağlık Bakanlığı ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı konusunda ulusal ve yerel gazetelerde çıkan haberler değerlendirilmiştir. Bu haberler, sağlık tesislerinin ortak kullanımı ile ilgili genel bir analize tabi tutulacaktır. Ulusal ve yerel gazetelerde sağlık tesislerinin ortak kullanımı hakkında çıkan bu haberler uygulamanın türü, haberin kaynağı, haberin türü, uygulamanın amacı ve uygulamanın sonuçları hakkında sınıflandırıldıktan sonra genel bir değerlendirme yapılacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIĞA GENEL BİR BAKIŞ: MEVCUT DURUM ve YAŞANAN SORUNLAR

Ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirlemede ve ülkeler arasında kıyas yapmada kullanılan temel göstergelerden birisi de sağlıktır. Sağlık hizmetlerinde arz, talep ve finansman arasında dengesizlik, yönetim ve organizasyon, insan kaynakları gibi noktalarda ortaya çıkan sorunlar nedeniyle, dünya sıralamasında kimi ülkelerin gelişmiş düzeyi düşük kalmaktadır. Türkiye’de de uygunsuz ya da yetersiz strateji ve politikalar, etkili biçimde oluşturulamayan ya da iyi koordine edilemeyen planlar, sağlık hizmet sunumunda hedeflere ve kaynaklara uygun olmayan yapısal ve organizasyonel özellikler, sorun üreten ve bu sorunları çözemeyen yönetim, etkin kullanılmayan kaynaklar, uygun formasyona sahip olmayan ya da yanlış istihdam edilen personel ve yetersiz teknolojik altyapı nedenleriyle sağlık alanında sorunlar ortaya çıkmaktadır.

90’lı yıllarda sağlık hizmetlerinde yönetimden kaynaklanan sorunlar¹¹, 2000’li yıllarda da karşımıza çıkmaktadır. 1990’larda sağlık hizmetlerindeki çok başlılık, yetkilerin merkezde toplandığı bir yapı ve konunun tarafları arasında koordinasyon eksikliğinden kaynaklanan sorunlara yenileri eklenmiş ve 2000’li yıllarda stratejik yönetim eksikliği, etkili, verimli ve kaliteli sunulamayan sağlık hizmetleri sorunlarıyla karşı karşıya kalınmıştır.¹²

Ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirlemede kullanılan sağlık alanında karşılaşılan sorunlar, Türkiye’ye özgü olmadığı gibi gelişmişlik düzeyi ile de sınırlı değildir. Nitekim Birleşik Devletler, Kanada ve Birleşik Krallık gibi gelişmiş ülkelerde de sağlık hizmetlerinde kalite beklentisinden finansman sorununa, kronik hastalıklardan farklılaşan tedavi ve bakım süreçlerine kadar

¹¹ Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara: Mart 1993, s. 47.

¹² Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara: Haziran 2003, ss. 16-17.

birçok alanda sorun ortaya çıkmaktadır.¹³ Buradan hareketle sağlık sektöründe yaşanan sorunlar ile ülkelerin gelişmişlik düzeyi arasında doğrusal bir orantının bulunduğu tezine karşılık; gelişmiş ülkelerin de sağlık alanında sorunlarla karşı karşıya olduğu ve bu sorunları düzeltmek için çeşitli reformlar ortaya koyduğu bir gerçektir.¹⁴

Kısacası her ülke, gelişmiş düzeri ne olursa olsun, sağlık sorunları ile karşı karşıyadır ve bu sorunlara çözüm bulmak için çaba sarf etmektedir. Kimi ülkelerde yetersiz ve dengesiz beslenmenin neden olduğu hastalıklarla mücadele edilirken, kimi ülkelerde ise obeziteden kaynaklanan hastalıklarla mücadele edilmeye çalışılmaktadır. Günümüzde yaşanan dünya nüfusu, beraberinde kronik hastalıklarla mücadele yükünü de getirmektedir. Ancak her durumda, sağlık alanında yaşanan farklı sorunlar karşısında benzer çözümler uygulanmakta ve bu noktada benzer sorunlar görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yönetimi, yukarıda söz edilen benzer sorunların belirgin görüldüğü alanların başında gelmektedir. Örneğin Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yönetim yapısından kaynaklanan sorunları tanımlarken, Sağlık Bakanlığı’nın yönetiminde profesyonel sağlık yöneticilerine pek rastlanılmadığı ifade edilmektedir.¹⁵ Sağlık sektöründeki yönetim sorunu, bu alanda verilen hizmetlerin etkinliğini, verimliliğini ve kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bazı istisnalar dışında, sağlık kurumlarında uygulanmakta olan “modeller”, yönetimin unsurlarının yerine getirilmesine engel teşkil etmekte, bu durum ise hizmet kalitesinin düşmesine, kaynak ve insangücü israfına neden olmaktadır. Mevcut kaynakları modern yönetim tekniklerine uygun, etkin ve verimli bir şekilde yönetmek için gerekli bilgi, beceri ve teknik konusunda formel eğitime sahip yöneticilerin bulunmamasını, yaşanan problemin temel kaynaklarından biri olarak göstermek mümkündür.¹⁶

¹³ Elizabeth A. McGlayn, "There is no Perfect Health System", **Health Affairs**, Vol.23, Issue 3, May/June 2004.

¹⁴ Jonathan Oberlander, "The US Health Care System: On a road to nowhere?", **Canadian Medical Association Journal**, Vol.167, Issue 2, 2002, ss. 163-168.

¹⁵ Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, s. 47.

¹⁶ Selçuk Irgit ve H. H. Yıldırım, "Türkiye’de Sağlık Yönetimi Sorunu ve Çözüm Önerileri", **Hastane Dergisi**, Sayı: 18, Eylül-Ekim 2002.

Sağlık alanında Türkiye’de bu sorunlar yaşanırken, diğer ülkelerde de benzer sorunlarla mücadele edilmektedir. Örneğin Yeni Zelanda’da daha etkili, verimli ve ekonomik sağlık hizmeti sunumu için değişimin gerekliliğinden ve sağlık politikalarından başlayarak sağlık sektörünün yeniden yapılandırılmasından söz edilmektedir.¹⁷ Yine benzer şekilde, gelişmekte olan bir özel sektör gücüne sahip olmasına karşın, temel olarak 1948 yılında hizmet vermeye başlayan ve “sosyal” yönü ağır basan “Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service)” tarafından sağlık hizmeti sunan İngiltere’de¹⁸, günümüzde hastanelerin yönetiminde ve finansmanında kötü gidişattan kaynaklanan sorunlar bulunmaktadır.¹⁹

Sonuçta, gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun her ülkede sağlık alanında bazı sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye’de sağlık sektörünün durumunu ve yaşanan sorunları ortaya koyabilmek için konuyu daha kapsamlı olarak ele almakta fayda vardır.

2.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN DURUMU

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda birden fazla aktör rol almaktadır. Sağlık hizmetleri çok başlı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir. Bu alanda en önemli aktör olan Sağlık Bakanlığı, sağlıkla ilgili diğer kurumların sağlıkla ilgili karar ve uygulamaları üzerinde de etkili değildir.²⁰ Bu konuda yeni düzenlemeler yapılsa da hâlihazırda mevcut durum varlığını sürdürmektedir.²¹

¹⁷ Alan Lowe, "Reform of the New Zeland Health System: Problematization, Mobilization and Change", *Policy Studies*, Vol.22, Issue 3/4, 2001, ss. 233-247.

¹⁸ John Mohan, *A National Health Service*, London: St. Martin’s Press Ltd. 1995.

¹⁹ Malcolm Dean, "UK Health Reforms Get Off to a Shaky Start", *The Lancet*, Vol.363, Issue 9419, May 2004.

²⁰ Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, s. 47.

²¹ Kamu Yönetimi Reformu olarak bilinen “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun” ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının belirli bir takvim çerçevesinde yerel yönetimlere devri öngörülmektedir. Ayrıca

Gerek 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"²², gerekse 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"²³ Milli Savunma Bakanlığı hariç, kamu sektörünün sunacağı sağlık hizmetlerinin ilgili Bakanlıklarca hazırlanacak müştereken hazırlanacak tüzükte gösterilen esaslar çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nca yürütüleceği; sağlık kurum ve kuruluşlarının ülke genelinde eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde planlanmasından ve koordinasyonundan yine ilgili Bakanlıkların görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı'nca yürütüleceği hüküm altına alınmıştır. Mevcut yasalarda ülke genelinde sağlık hizmetlerinin planlanmasından ve koordinasyonundan Sağlık Bakanlığı yetkili ve sorumlu olmasına ve sağlık sektörünün yönetim ve organizasyon yapısı içinde merkezi bir konumda bulunmasına karşın,²⁴ sağlık hizmeti sunumunda birçok taraf bulunmaktadır. Bu taraflar arasında koordinasyonun olmadığı ve bu durumun plansız yatırımlara, kaynak israfına ve hizmete erişimde sorunlara yol açtığı da bilinen bir gerçektir. Bu girift tablo içerisinde, Türkiye'de kamu sağlık sektörünün yapısını daha iyi anlamak açısından aşağıdaki şekil faydalı olacaktır:

Burada da açıkça görüldüğü gibi sağlık hizmetleri sunumunda birçok aktör rol almakta ve bu durum kaynak israfına neden olmaktadır. Ayrıca bunlara ilave olarak, hizmet sunumunda belediyeler, kamu iktisadi teşekkülleri, bazı bakanlıklar ve özel sektör de yer almaktadır.²⁵ Tüm bunlar göz önüne alınırsa, kamunun sağlık alanında ne kadar önemli bir yer tuttuğu ve bu alanda birden fazla tarafın bulunduğu anlaşılabilir. Şüphesiz bu durum sağlık alanında yaşanan sorunların da kaynağını oluşturmaktadır.

"Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun" ile de söz konusu olumsuzlukların giderilmesi amaçlanmaktadır.

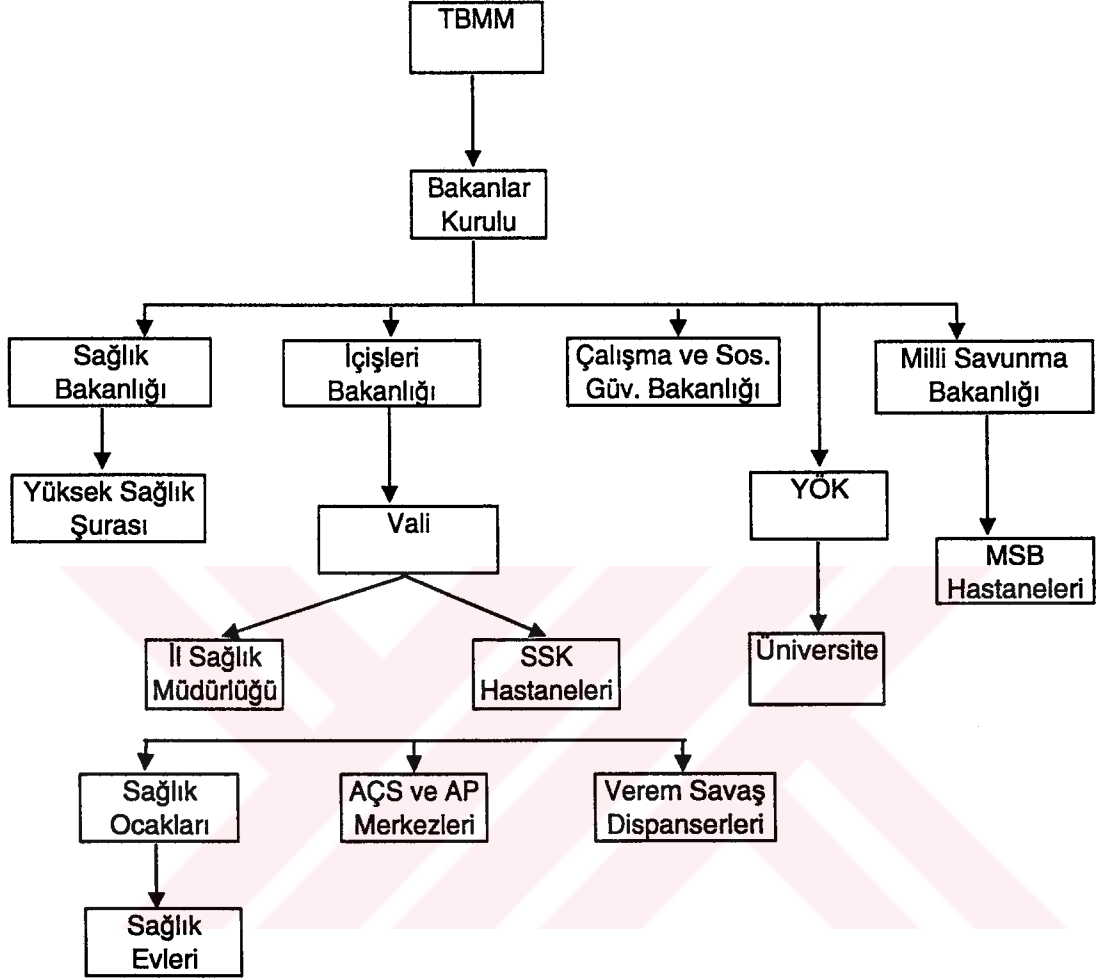
²² Mustafa Güler, **Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat**, 3.b., Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayını, Ekim 2001, ss.39-46.

²³ Mustafa Güler, a.g.e., ss. 60.65.

²⁴ Mümin Güney, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998), ss. 68-70.

²⁵ N. Çilingiroğlu, "The need for change: Health reforms in Turkey", **Controlling Costs: Strategic Issues in Health Care Management**, Eds. Davies, H.T.O., Tavakoli, M., Malek, M. and Neilson, A. Ashogate, USA, ss.15-32.

Şekil 1. Türkiye'de Kamu Sağlık Sektörünün Yapısı



Kaynak: B. Serdar SavaŖ et.al., **Health Care Systems in Transition: Turkey**, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, Vol.4, No.4, 2002.

AraŖtırmanın konusu ve kapsamı itibariyle sağlık hizmet sunumunun taraflarından sadece Sağlık Bakanlığı ele alındığı ićin, kısaca sağlık sektöründe Sağlık Bakanlığı'nın mevcut durumunu incelemekte fayda bulunduğu dŖnlmektedir.

2.2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN MEVCUT DURUMU

Sağlık Bakanlığı, sağlık ocağı ve sağlık evleri ile dikey örgütlenme yoluyla koruyucu sağlık hizmeti ve birinci basamak sağlık hizmeti vermekte, hastaneler aracılığıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmakta, halk sağlığı laboratuvarları ve hıfzısıhha enstitüleri ile de yine kamu sağlığını desteklemektedir.

Bu hizmetlerinin sunumunun yanında, gerek örgütlenmesinde ve gerekse sağlık politikalarının belirlenmesinde siyasi, toplumsal ve ekonomik iç dinamiklerin yanı sıra; dış dinamikler ve dünya konjonktüründe meydana gelen değişimler de etkili olmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumu noktasında önemli bir yere sahip olan Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunumunda diğer sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlara göre yaygın bir örgüte ve personel kaynağına sahiptir.²⁶ Bu konuda ayrıntılı bilgi ve istatistiklere daha sonra değinilecektir.

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmet sunumunda önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetleri organizasyon yapısı, kaynağını "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"dan almaktadır. Bu kanuna göre Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerini üç aşamada sunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamını ve ayakta teşhis ve tedavi hizmetlerinin bir kısmını sunmaktadır.²⁷ Bu hizmetler sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve verem savaş dispanserleri aracılığıyla sunulmaktadır. İkinci basamakta ise Sağlık Bakanlığı'nın yataklı tedavi kurumları olan hastaneler bulunmaktadır. Üçüncü basamak sağlık

²⁶ Şükrü Otçu, "Türkiye'de Sağlık Sisteminin Aksaklıkları ve Sağlık Reformu", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001), s. 21.

²⁷ TBMM'nde kabul edilen kanun ile pilot il seçilen Düzce'de 2005 yılında "aile hekimliği uygulaması"na geçilecektir. Aile hekimliği modelinin, birinci basamak sağlık hizmetleri anlayışı ve sunumuna yeni bir boyut getireceği düşünülmektedir.

hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde yürütülmektedir.²⁸

Sağlık Bakanlığı merkez örgütü, Şekil 2'de de görüldüğü gibi, ana hizmet birimleri²⁹, destek birimler³⁰ ile danışma ve denetim birimleri³¹ olmak üzere üç ana grup altında toplanan altı genel müdürlük, altı bağımsız daire başkanlığı ve iki kurul başkanlığından oluşmaktadır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet vermekte olan iki de kuruluş³² mevcuttur.³³

Sağlık Bakanlığı sağlık sistemi içerisinde belirlenmiş sorumluluklarını yerine getirmek üzere kurum ve kuruluşlar oluşturmuş, ülke genelinde yaygın bir örgütlenme gerçekleştirmiştir. Söz konusu örgütlerin her türlü planlama, koordinasyon, denetim ve yönetim faaliyetleri yürütmekle Sağlık Bakanlığı görevlidir.³⁴ Başka bir ifadeyle, ülke genelinde sağlık hizmet sunumunda birçok taraf bulunmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin planlanmasında, koordinasyonunda, denetiminde ve yönetiminde tek yetkili ve sorumlu Sağlık Bakanlığı'dır.

Sağlık Bakanlığı, bünyesinde çok sayıda personel çalışmaktadır ve buna uygun olarak "dikey örgütlenme" biçiminde örgütlenmiştir.³⁵ Sağlık Bakanlığı'nın merkez örgütü şeması aşağıdaki şekilde görülmektedir:

²⁸ Mümin Güney, a.g.k., s.77.

²⁹ Ana hizmet birimleri: Temel Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı, Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi.

³⁰ Destek birimler: Personel Genel Müdürlüğü, Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı, İdari Mali İşler Dairesi Başkanlığı, Savunma Sekreterliği.

³¹ Danışma ve denetim birimleri: Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği, Basın ve Halkla ilişkiler Müşavirliği, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Bakanlık Müşavirleri.

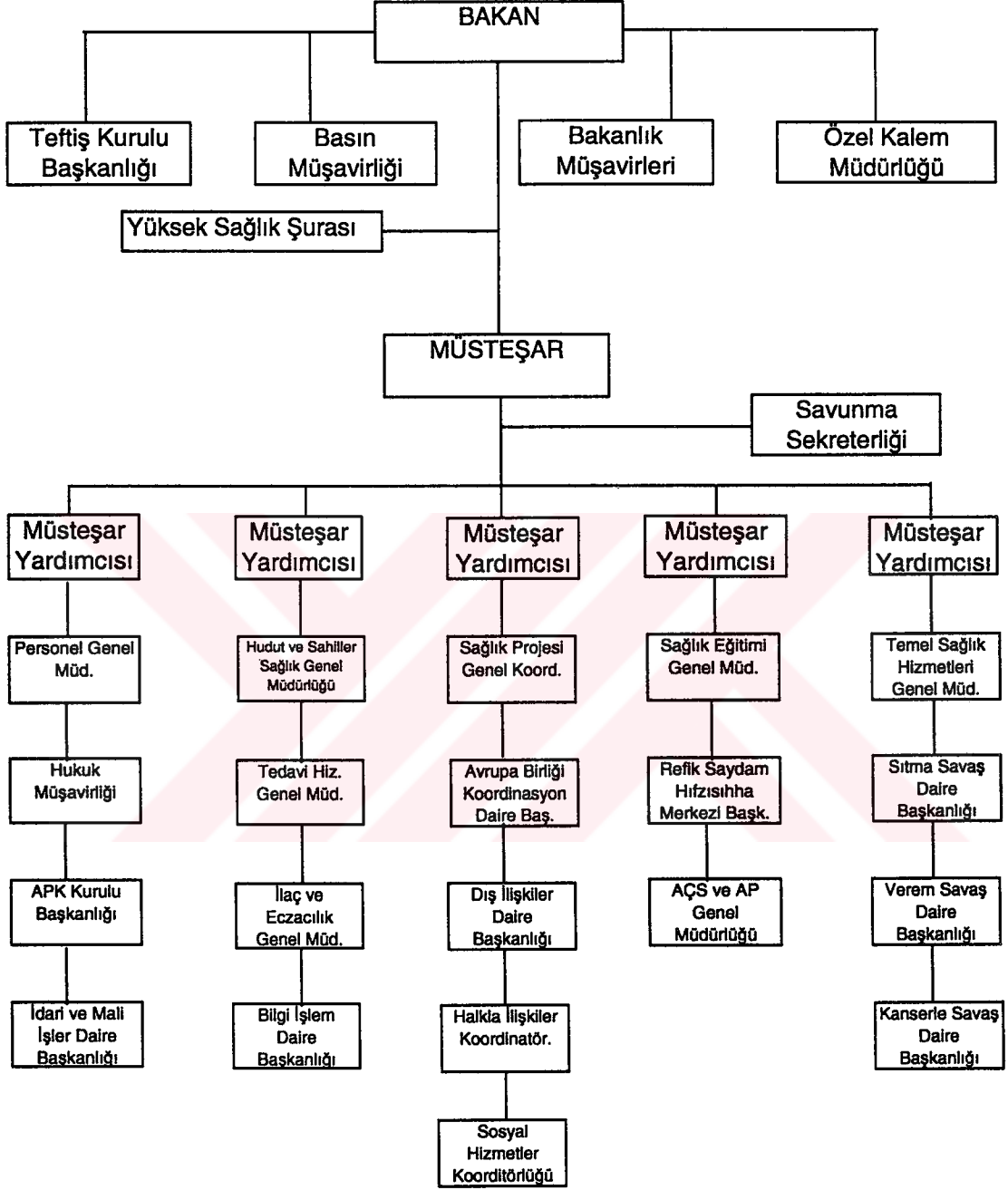
³² Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı.

³³ Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl: Mayıs 1999-Mayıs 2002**, [t.y], s.5.

³⁴ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Haziran 2003, s. 24.

³⁵ Nuri Tortop, Eyüp G. İsbir ve Burhan Aykaç, **Yönetim Bilimi**, Ankara: Yargı Yayınları, 1993, s. 75.

Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü



Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sektörü içindeki mevcut durumuna açıklık getirdikten sonra, Türkiye'de sağlık sektörünün ne tür sorunlarla karşı karşıya olduğu hususuna değinmekte fayda vardır.

2.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN SORUNLARI

Dünya genelinde, sağlık harcamalarının getirdiği yüksek mali yükler, yaşlı nüfusun artışı ile demografik yapının değişmesi, farklılaşan sağlık hizmeti talebi sonucunda sağlık sistemlerinde sorunlar ortaya çıkmaktadır ve bu sorunlar karşısında ülkeler daha etkin sağlık hizmeti verebilmek için gayret sarf etmektedirler. Yukarıda açıklamaya çalışılan Türk sağlık sektöründe de benzer sorunlar yaşanmaktadır.

Türkiye'de sağlık sektörünün sorunlarını aşağıdaki sekiz başlık altında ele almak ve incelemek mümkündür:³⁶

- Politika geliştirilmesi ile ilgili sorunlar;
- Yönetim ile ilgili sorunlar;
- Hizmetlerin sunumu ile ilgili sorunlar;
- Finansman ile ilgili sorunlar;
- Genel sağlık sigortası ile ilgili sorunlar;
- İnsan kaynakları ile ilgili sorunlar;
- Mevzuat ile ilgili sorunlar;
- Bilgi / veri ile ilgili sorunlar.

Türkiye'de sağlık sektörünün sorunlarını sekiz ana başlık altında topladıktan sonra, bu sorunlar tek tek gözden geçirildiğinde, neden sağlık sektöründe yeniden yapılanma gereksinimi duyulduğu sorusunun cevabına ulaşılabilir.

2.3.1. Politika Geliştirilmesi İle İlgili Sorunlar

Kamu politikalarının oluşturulması noktasında toplumsal hafıza; tecrübelerin gelecek için itici güç haline dönüşmesinde, kendi içinde tutarlı bir

³⁶ Hüseyin Çelik ve diğerleri, **Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**, İstanbul: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu, 2003, 18-19.

tavır ve davranış tarzı geliştirebilmesi açısından oldukça önemlidir.³⁷ Diğer bir deyişle, uzun vadeli politika oluşturma ve hayata geçirme noktasında toplumsal hafızaya gereksinim vardır. Ancak bu şekilde uzun vadeli, uyumlu ve istikrarlı politikalar hayata geçirilebilir.

Kamu politikaları uzun bir süreçte, hükümetler ve kamu kuruluşları tarafından geliştirilen ve uygulanan hareketler sonucunda ortaya çıkmaktadır.³⁸ Dolayısıyla kamu politikalarının oluşturulabilmesi için toplumsal hafızaya ve zamana ihtiyaç vardır.

Türkiye’de diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da, uzun vadede politika geliştirme konusunda sorun yaşanmaktadır. Uzun vadeli, uyumlu ve istikrarlı bir sağlık politikası oluşturulamamıştır. Özellikle reform çalışmaları birbirini takip edememekte, herhangi bir hükümet tarafından hazırlıkları yapılan veya uygulamaya konulan reform çalışmaları, bir sonraki dönemde yarıda kesilmekte ve yerine bir başka “reform” uygulaması konulmaya çalışılmakta veya uygulanmaktadır.

Sağlık sektöründe politika geliştirilmesi ile ilgili olarak yukarıda söz edilen soruna ilave olarak; sağlık politikaları hakkında çok sayıda tarafın söz sahibi olması ve bu taraflar arasında koordinasyon eksikliğinin bulunması ifade edilebilir. Gerçekten de sağlık hizmet sunumuna paralel olarak, ülke genelinde sağlık politikaları hakkında söz sahibi olan çok sayıda kurum bulunmakta ve bu kurumlar arasında etkin bir koordinasyon sağlanamamaktadır.

Bununla birlikte, küresel düzeyde sağlık politikaları ile ilgili gelişmeleri takip edip bu alandaki uluslararası tecrübeleri Türkiye’ye aktaracak, siyasilere ve bürokratların bu konudaki çalışmalarına ışık tutacak, sağlık

³⁷ Nevzat Saygılıoğlu ve Selçuk Arı, **Etkin Devlet: Kurumsal Bir Tasarı ve Politika Önerisi**, İstanbul: Sabancı Üniversitesi Yayınları, 2002, s.121.

³⁸ Hasan Hüseyin Çevik, “Modern Devlette Kamu Politikası Oluşturma: Kavramlar, Aktörler, Karar Verme, Kamu Politikası Süreci ve Türkiye Analizi”, Ed. Asım Balcı ve diğerleri, **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları**, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003, s. 138.

politikaları için bilimsel kurumsallaşma görev ve sorumluluğunu yerine getirecek bir yapının eksikliği de, sağlık politikaları alanında yaşanan sorunlardan birisidir.³⁹

Politika geliştirme sorununun yanında “stratejik planlama eksikliği” de, sağlık sektöründe bu alanda eksikliği hissedilen diğer bir husustur. Stratejik planlama, bir örgütün bulunduğu nokta ile ulaşmayı hedeflediği durum arasındaki yoldur. Örgütün amaçlarını, hedeflerini ve bunlara ulaşmayı mümkün kılacak yöntemleri belirlemesini gerektirir. Uzun vadeli ve geleceğe dönük bir bakış açısı taşır.⁴⁰ Bu açıdan stratejik planlama, kamu politikalarıyla benzerlik arz etmektedir. Diğer bir ifadeyle, hükümetler ve kamu kuruluşları tarafından geliştirilen ve uygulanan hareketler serisinden oluşan kamu politikalarının uzun vadede hayata geçirilmesi için, stratejik planlamaya ihtiyaç duyulmaktadır.⁴¹

Günümüzün karmaşık ve çok yönlü yapısı içinde sağlıklı ve doğru kararlar almak ve bunları etkili biçimde uygulamak için tek başına sezgi gücü ve deneyim artık yeterli gelmemektedir. Bu durum, günümüzde planlama olayının neden bu kadar önemli hale geldiğini açıklayan nedenlerden yalnızca bir tanesidir. Kararların alınmasında daha rasyonel ve gerçeğe dayalı yöntemlerin kullanılması suretiyle planlama, yönetimde risk ve belirsizliği en alt düzeye indirmede en etkili araç olmaktadır.

Bu denli önemli olmasına rağmen, stratejik planlama Türkiye’de kamu sektöründe uygulanmadığı gibi, sağlık sektöründe de göz ardı edilmektedir. Bu durumun en önemli sebepleri de; kamu örgütlerinin çoğunlukla kendileri hakkında bilgi edinme ve çevre analizi yapma ihtiyacı duymamaları ve mevcut kaynakları doğru alanlara ve gerçek/stratejik önceliklere tahsis etme konusunda yeterli özeni göstermemeleridir.⁴²

³⁹ Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, s. 13.

⁴⁰ Devlet Planlama Teşkilatı, **Kamu Kuruluşları İçin Stratejik Planlama Kılavuzu**, Ankara: DPT Yayını, 2003, s. 7.

⁴¹ Hasan Hüseyin Çevik, a.g.m., s. 138.

⁴² Hüseyin Özgür, “Kamu Örgütlerinde Stratejik Yönetim”, (Ed.) Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt II, Ankara: Nobel Yayınları, 2004, s. 242.

2.3.2. Hizmet Sunumu İle İlgili Sorunlar

Türkiye’de sağlık sektörünün sorun alanlarından bir diğeri de, hizmet sunumudur. Yeniden yapılanmayı gerekli kılan alanların başında, sağlık sisteminde hizmet sunumunun tıkanması gelmektedir.⁴³ Gerçekten de hizmet sunumu noktasında, sağlık sektöründe ciddi sorunlar bulunmaktadır. Çok sık dile getirilmekle birlikte, çözümlü konusunda radikal adımlar atılamayan birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmediği görülmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin hastane ağırlıklı olmasına yol açmaktadır. Bunun yanı sıra hastaneler atıl kapasite ile verimsiz yönetilmektedir.⁴⁴

Sağlık sisteminin nerdeyse bütün yükünü sırtında taşıyan hastanelerin yönetimi konusunda da bir takım sorunlar bulunmaktadır. Hastane yönetimi, tıbbi tanı ve tedavi hizmetlerinin dışında, tıbbi bakım ve genel bakım hizmetleri ve otelcilik hizmetlerini de içeren çok yönlü bir yönetim faaliyetidir. Türk sağlık sisteminin yapısından kaynaklanan sebeplerle il düzeyinde sağlık yönetiminde karmaşa ortaya çıkmakta ve tablo içerisinde hastane yönetimi konusunda profesyonel olmayan yöneticiler, söz konusu çok yönlü yönetim faaliyetini yerine getirirken sıkıntı yaşamaktadırlar.⁴⁵

Yine hastanelerin ülke genelinde dağılımında eşitsizlikler bulunduğu gibi, hastaneler arasında da insangücü, altyapı ve tıbbi teknoloji açısından da dengesizlikler bulunmaktadır. Performans değerlendirme çalışmaları kapsamında incelemede bulunan hastaneler dikkate alındığında, burada söz edilen sorunların yaşandığına şahit olunmuştur. Örnek vermek gerekirse;

⁴³ Cengiz Karadağ, "Sağlık Sistemlerinde Yeniden Yapılanma", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1999), s. 169.

⁴⁴ Birand Uygur Kanra, "Sağlık Bakanlığı'nda Yönetimin Geliştirilmesi Kapsamında Gerçekleştirilebilecek Yapısal Müdahaleler ve Sağlık Bakanlığı'nın Örgüt Kültürü Üzerine Bir Araştırma", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998), s. 23.

⁴⁵ Sabahattin Aydın, "Hastane "yönet-me" sistemi ve süper başhekimler", **SB Diyalog**, Sayı: 4, Temmuz 2004.

hasta kapasitesi, yatak ve poliklinik oda sayıları ile orantısız insangücü istihdam edilmesi sıkça rastlanılan bir durumdur. Aşağıdaki tabloda performans değerlendirme çalışmaları kapsamında, Ocak 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı Sincan Devlet Hastanesi'ne ait hekim sayıları ve poliklinik oda sayıları görülmektedir.

Tablo 1. Sincan Devlet Hastanesi Hekim ve Poliklinik Oda Sayıları

BRANŞLAR	HEKİM SAYISI	POLİKLİNİK ODA SAYISI
Genel Cerrahi	13	1
Çocuk Hastalıkları	5	2
İntaniye	2	1
Kardiyoloji	2	1
Diş	8	2
Kadın Doğum Hastalıkları	9	1
Göz Hastalıkları	9	2
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	4	1
Cildiye	2	1
Üroloji	5	1
Nöroloji	2	1
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	6	1
İç Hastalıkları	7	2
Aile Hekimliği	2	1
Ortopedi	6	1
TOPLAM	78	19

Yukarıdaki tabloda da açıkça görüldüğü gibi hekim sayısı, poliklinik oda sayısından fazladır. Bu durum hastanenin fiziki kapasitesinin yetersizliğinden kaynaklanmakta olup; servislerde yatan hastası olmadığı takdirde poliklinikte muayene yapmayan hekimlerin, herhangi bir sağlık hizmeti vermediği hastane yönetimi tarafından da ifade edilmiştir.

Ankara, İstanbul, İzmir gibi büyük şehirlerde ve kent merkezlerindeki hastanelerde yukarıdaki tabloya benzer durumlar yaşanmasına karşılık, özellikle ekonomik gelişmişlik düzeyinin düşük olduğu ilçelerdeki hastanelerde uzman hekim sıkıntısı yaşanmaktadır. Bu durumun en çarpıcı örneği olarak; Ekim 2003 tarihinde sözleşmeli sağlık personeli uygulaması ile

ilgili olarak incelemelerde bulunulan 10 (on) ilçenin devlet hastanesinde, toplam 7 (yedi) uzman hekimin görev yaptığı tespit edilmiştir.⁴⁶

Yukarıdaki iki örnekte görüldüğü üzere gerek insangücü, gerekse çeşitli imkânlar açısından hastaneler arasında dengesizlik bulunmaktadır. Bu durum hizmet kalitesinde eşitsizliğe yol açtığı gibi, hizmete erişimde de eşitsizliğe neden olmaktadır.

Sonuçta hizmet sunumu noktasında birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, hastaneler açısından da sağlık sektöründe sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunlar yönetimden kaynaklandığı gibi; kaynak yetersizliği ve kaynak dağılımındaki dengesizliğin de sağlıkta yaşanan sorunlarda payı büyüktür.

2.3.3. Finansman İle İlgili Sorunlar

Sağlık hizmetlerinin sunumu ile dolaylı olarak ilgisi bulunan sağlık hizmetlerinin finansmanı konusu, başlı başına ele alınması gerekecek kadar kapsamlı olmakla birlikte sınırlama itibariyle bu araştırmanın dışında kalan bir konudur. Bununla birlikte, sağlık sektörünün sorunlarını daha net ortaya koyabilmek maksadıyla, finansman ile ilgili sorunlara da kısaca değinmekte fayda olacağı düşünülmektedir.

Yukarıda da belirtildiği gibi, sağlık hizmetlerinin finansmanı başlı başına ele alınması gereken kapsamlı bir konudur. Finansman yöntemlerinden, kamunun sistem içindeki rolü ve görevine kadar ülkeden ülkeye değişen birçok finansman modeli bulunmaktadır.⁴⁷ Sağlık sistemleri

⁴⁶ Söz konusu hastaneler şunlardır: Trabzon ilinde Köprübaşı ve Tonya Devlet Hastaneleri; Artvin ilinde Yusufeli ve Şavşat Devlet Hastaneleri; Kars ilinde Digor, Selim, Sarıkamış ve Kağızman Devlet Hastaneleri; Ardahan ilinde Göle ve Posof Devlet Hastaneleri.

⁴⁷ Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. Hayriye Işık, "Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001).

ve yapılanması üzerinde etkisi göz ardı edilemeyen sağlık hizmetlerinin finansmanı, ülkelere göre değişiklik göstermekte, hatta tek bir ülkede farklı finansman kaynakları kullanılabildiği görülmektedir. Bir ülkede uygulanan sağlık sisteminin yapısını ve niteliğini genel olarak o ülkenin ekonomi politikası ve özelde ise sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri belirlemektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri aynı zamanda gelirin yeniden dağılımı, kaynakların dağılımı ve ekonomik büyüme üzerinde de etkili olmaktadır.⁴⁸

Genel olarak bakıldığında, sağlık hizmetlerinin finansmanında geçerli olan iki temel model bulunmaktadır. Bu modellerden birincisi, sağlık hizmetlerinin finansmanının tamamen kamunun kaynaklarıyla karşılanmasıdır. Diğer finansman modeli ise, hizmeti talep eden bireyler tarafından sağlık hizmetinin finanse edilmesidir. Türkiye’de uygulanan finansman modeli, bu iki nokta arasında karma bir model olarak tarif edilebilir. Türkiye’de sağlık harcamalarının üç temel kaynağı bulunmaktadır. Bunlar; genel bütçe, sosyal güvenlik kurumları ve son olarak “cepten ödemeler” olarak ifade edebileceğimiz bireylerin kişisel harcamalarıdır.⁴⁹

Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusuna kısaca açıklık getirdikten sonra, bu bilgiler ışığında finansman ile ilgili sorunlara geçilebilir. Öncelikle Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili olarak önemli oranda veri ve bilgi eksikliği bulunmaktadır. Mevcut sigortalı sayısı ve cepten yapılan sağlık harcamaları tam olarak bilinmemektedir. Bu durum ileriye dönük projeksiyon yapma ve planlama imkanını ortadan kaldırmaktadır.⁵⁰ Sağlık harcamalarının finansman kaynakları hakkında sistematik bir veri olmamakla birlikte, konu hakkında fikir vermesi açısından 1988–2000 yılları arasında sağlık harcamalarının finansmanını gösteren tablolar verilmiştir. Söz konusu dönemde finansman kaynakları hakkında farklı türden veriler olduğu için,

⁴⁸ OECD, *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*, Paris: 1987, s. 25.

⁴⁹ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Haziran 2003, s. 18.

⁵⁰ Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, s. 57.

sayısal bilgilerin üç ayrı tabloda gösterilmesinin daha doğru olacağı düşünülmüştür.

Aşağıdaki tabloda 1988 ve 1991 yılları arasında sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili olarak, toplam sağlık harcamalarında kamu ve özel sektör harcamalarının oranı görülmektedir. Buna göre sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu sağlık harcamalarının payı 1988 yılından 1991 yılına kadar düzenli olarak yükselmiş; özellikle 1989 yılında bir önceki yıla göre % 6,8 oranında artış göstermiştir. Buna paralel olarak da sağlık hizmetlerinin finansmanında, özel sağlık harcamalarının payı sürekli olarak azalmıştır.

Tablo 2. Sağlık Harcamalarının Dağılımı

FİNANSMAN KAYNAĞI	(%) YILLAR			
	1988	1989	1990	1991
Kamu Sağlık Harcamaları	51,2	58	60,9	62,9
Özel Sağlık Harcamaları	48,8	42	39,2	37,1
TOPLAM	100	100	100	100

Kaynak: Mehmet Tokat, **Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Nisan 1993, s. 42.

Aşağıdaki tabloda ise 1992–1998 yılları arasında sağlık harcamalarının finansmanın hangi oranda vergi + fonlar, sigorta primleri ve cepten ödemelerden oluştuğu görülmektedir. Sağlık harcamalarının finansmanında vergiler + fonlar ve cepten ödeme oranlarının söz konusu yıllar içinde önemli ölçüde değişmediği gözlenirken, sigorta primleri oranındaki artışlar dikkati çekmektedir. Nitekim sigorta primlerinin sağlık harcamalarının finansmanındaki payı, 1998 yılında en yüksek düzeyine (% 31) ulaşmıştır.

Tablo 3. Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları

FİNANSMAN KAYNAĞI	(%) YILLAR						
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Vergiler + Fonlar	46	47	46	43	43	43	41
Sigorta Primleri	23	22	24	27	25	28	31
Cepten Ödemeler	31	31	30	30	32	29	28
TOPLAM	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996**, Ankara: SPGK Yayını, s. 63.

Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997**, Ankara: SPGK Yayını, Ocak 2001, s. 42.

Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998**, Ankara: SPGK Yayını, Ocak 2001, s. 47.

Aşağıdaki tabloda da 2000 yılında sağlık harcamalarının finansmanında kamu ve özel sağlık harcamalarının oranıyla ilgili ayrıntılı bilgiler görülmektedir. 1990 yılı ile kıyaslandığında, 2000 yılında da sağlık harcamalarının finansmanında kamu ve özel sağlık harcamalarının payının değişmediği görülmektedir. 1990 yılında kamu sağlık harcamaları % 60,9 ve özel sağlık harcamaları % 39,2 iken, 2000 yılında bu oranlar neredeyse hiç değişmemiştir. 2000 yılında sağlık harcamalarının finansmanında kamu harcamaları % 61,67 ve özel harcamalar % 38,33 oranında gerçekleşmiştir.

Tablo 4. 1999–2000 Yılı Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları

FİNANSMAN KAYNAKLARI		(%) 1999	(%) 2000
KAMU HARCAMALARI	Devlet	24,98	21,77
	Belediye ve İl Özel İdareleri	2,31	4,15
	Sosyal Güvenlik Kurumları	32,71	35,75
	Toplam	60,00	61,67
ÖZEL HARCAMALAR	Özel sigorta şirketleri	3,56	3,72
	Özel sosyal sigorta	0,76	0,77
	Cepten harcama	29,95	28,60
	İşverenlerce doğrudan harcama	3,70	3,75
	Diğer	2,03	1,49
	Toplam	40,00	38,33
GENEL TOPLAM		100,00	100,00

Kaynak: Mehtap Kartal ve Salih Mollahaliloğlu (ed.), **Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999–2000**, Ankara: SB, RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: SB-HM-2004 / 08, 2004, ss. 21-22.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları hakkında mevcut bilgiler son derece sınırlı olup, yukarıda da belirtildiği gibi sağlık sektöründe ileriye dönük kestirim yapma ve planlama imkânı bulunmamaktadır. Bununla birlikte, nüfusun tamamının genel sağlık sigortası kapsamına alınmamış olması hizmetin finansmanı, hizmetin arzı ve talebinde farklı uygulamalara neden olmaktadır. Sağlık hizmet sunumunda birden çok taraf olması, etkin olmayan ve verimsiz kaynak kullanımına neden olmaktadır. Koruyucu hizmetlerden çok, tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmesi maliyetlerin artmasına yol açmıştır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir yer tutan sigorta primlerinin tahsilâtında güçlüklerle karşılaşılmaktadır. Bunun yanında, sağlık hizmeti sunan kuruluşların tahakkuk eden alacaklarının tahsilinde de benzer şekilde sorunlar yaşanmaktadır.⁵¹ Özellikle “Ortak Kullanım Uygulaması” ile birlikte, SSK’lı hastaların Sağlık Bakanlığı hastanelerinde teşhis ve tedavileri sonucunda tahakkuk eden alacaklarının tahsili, çeşitli nedenlerden dolayı gecikmekte ve bu konuda sorun yaşanmaktadır. Araştırmanın son bölümünde “SSK – Sağlık Bakanlığı Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı” konusu üzerinde durulacak ve yukarıda bahsedilen tahsilât sorununa detaylı olarak değinilecektir.

Bu bilgiler doğrultusunda sağlık sektöründe finansman ile ilgili sorunları özetlemek gerekirse; sağlığa ayrılan finansman kaynakları düşük olmakla birlikte, bu kaynaklar da verimsiz kullanılmaktadır. Ayrıca sağlık harcamalarının yaklaşık üçte biri doğrudan cepten ödemelerdir ve bu ödemeler özel muayenehane sistemine ve ilaçlara yapılan harcamalardır. Koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetler için yeterince kaynak ayrılmamaktadır. Özellikle SSK örneğinde olduğu gibi, kamu sektöründe hizmet sunan ve bu hizmeti finanse eden taraf aynıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanına ayrılan kaynakların etkili ve verimli kullanımı için bir yaptırım bulunmamaktadır. Genel sağlık politikalarında olduğu gibi finansman

⁵¹ Ramazan Dağıstan, "Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001), ss. 123-124.

konusunda da, sağlık sektöründe uyum ve koordinasyon sorunu yaşanmaktadır.⁵²

Son olarak, nüfusun tamamının sağlık sigortası kapsamında bulunmaması da önemli bir sorun teşkil etmektedir. Finansman konusu içinde "genel sağlık sigortası"ndan da ayrı bir başlık altında bahsetmekte fayda olacağı düşünölmektedir.

2.3.4. Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Sorunlar

Genel olarak, Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin içinde bulunduğu durumu ve yaşadığı sorunları üç başlık altında toplamak mümkündür:

- a) Sosyal güvenlik sistemi tüm nüfusu kapsamamaktadır,
- b) Sistemin önemli bir ayağını oluşturan SSK açısından konu ele alındığında, sigortasız işçi istihdamının yaygındır,
- c) Son olarak, sosyal güvenlik kuruluşlarının malî dengesi bozulmuş durumdadır.

Yukarıda da belirtildiği gibi nüfusun tamamını kapsayan bir sağlık sigortası bulunmamaktadır ve bu durum sağlık alanındaki en önemli sorunlardan birisidir. Bu amaçla Türkiye'de genel sağlık sigortasını uygulamaya koymak için değişik tarihlerde çalışmalar yapılmış olmakla birlikte, hâlihazırda tüm nüfusu kapsayan bir genel sağlık sigortası bulunmamaktadır. Ekonomide planlı döneme geçişle birlikte, genel sağlık sigortasının kurulabilmesi için gerekli çalışmalara başlanacağı ifade edilse de, daha da öncesinde Demokrat Parti Hükümetleri dönemi itibariyle genel

⁵² Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. Çetin Değer, "Üst Düzey Sağlık Yöneticilerinin Hastane ve Finansman Reformuna İlişkin Bilgi ve Tutum Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma", (Basılmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998).

sağlık sigortası çalışmaları başlamıştır.⁵³ Ancak aradan geçen 50 yılı aşkın süredir genel sağlık sigortası modeli hayata geçirilememiştir.

1963–2005 yıllarını kapsayan Beş Yıllık Kalkınma Planları'nda genel sağlık sigortası sisteminin hayata geçirilmesi ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Ayrıca 1968 yılında sağlık harcamalarının finansmanı için kaynak olarak genel sağlık sigortasının kurulmasına kademeli olarak başlanması için Türkiye'de genel sağlık sigortası konusunda ilk ciddi çalışma yapılmış ve "Genel Sağlık Sigortası Raporu" hazırlanmıştır. Daha sonra 1974 yılında, bu Rapor'un içerdiği prensipler "Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı" haline getirilmiştir. 1996 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından hazırlanan "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası Reform Projesi" esas alınarak, 1997'de "Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı" düzenlemiştir. Bu kanun tasarısı 1998 yılında "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı" adıyla yeniden hazırlanarak TBMM'ne sunulmuştur.⁵⁴

Yaklaşık 40 yıldır Türkiye'nin gündeminde bulunmakla birlikte, henüz uygulamaya geçilememiş olan genel sağlık sigortası sistemi, "sosyal güvenlik reformu" kapsamında yeniden ülkenin gündeminde bulunmaktadır. Tüm nüfusu kapsamaması ve kişileri sağlık harcamaları ve sağlık riskleri yönünden güvence altına alması amaçlanan genel sağlık sigortasının, kuruluş ve işleyişi ile ilgili yasal düzenlemeler üzerinde konunun taraflarınca çalışmalar yürütülmektedir.

Sağlık alanında olduğu gibi sosyal güvenlik alanında da bir takım sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar karşısında sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması tezi öne sürüldüğü gibi⁵⁵, bu sistemde önemli bir yer tutan ve eleştirilerin ana hedefi olan SSK'nın "sosyal sorumluluğu" yerine

⁵³ İlhan Serin, "Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001), s.171.

⁵⁴ E. Özlem Özçatal, "Genel Sağlık Sigortası: Türkiye'de Uygulanabilirliği", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1999), ss. 77-89.

⁵⁵ Oğuz Topak, "Restructuring of Social Security Systems: The Turkish Case", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1999).

getirdiği ve tüm engellemeler ve kötü yönetime rağmen etkili ve verimli bir biçimde hizmet verdiği tezi de savunulmaktadır. Ancak ilginçtir ki, *“yatırım harcamalarının dondurulduğu, personel gereksinimlerinin görmezden gelindiği, toplanan primlerin sıfır faize kadar düşebilen oranlarda kamu bankalarına aktararak rasyonel bir biçimde değerlendirilmesinin engellendiği, hastanelerde yığılmayı önleyecek olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde düzenlenmediği ve sevk zincirinin kurulmadığı”* SSK'nın nasıl etkili ve verimli hizmet verdiği konusu düşündürücüdür.⁵⁶

Sonuçta genel sağlık sigortasının avantajlı yönleri olduğu gibi, dezavantajları yönleri de bulunmaktadır ve maliyet ve finansman boyutları detaylı olarak hesaplanmadan sistemin hayata geçirilmesi durumunda, sosyal güvenlik alanında daha derin sorunların ortaya çıkacağı şüphesizdir.⁵⁷

2.3.5. İnsan Kaynakları İle İlgili Sorunlar

Türkiye'de sağlık sektöründe insan kaynaklarının nicelik olarak yetersizliği üzerinde hemfikir olunmakla birlikte, buna ilave olarak sağlık insan kaynaklarının niteliğinin, sağlık hizmetlerinin yeterli, etkin ve verimli sunulmasında, teknolojinin doğru kullanımında, hizmetten yararlananların çok yönlü güvence ve memnuniyetinde başlıca etken olduğu ve mevcut insan kaynaklarının niteliği hususunda da sorun bulunmaktadır.⁵⁸ Ayrıca ülkenin sağlık gereksinimleri doğrultusunda eğitim verilmemesi, ücret ve özlük haklarının yetersizliği, rasyonel bir insan kaynakları planlaması yapılamaması ve istihdam politikası uygulanamaması, ülke genelinde dengesiz dağılım, bazı mesleklerin görev, yetki ve sorumlulukları ile ilgili hiçbir hukuki düzenleme bulunmaması, olanların ise günümüz koşullarıyla uyumsuzluk

⁵⁶ Ali Rıza Üçer ve Cihat Oğan, "SSK Gerçeği ve Sosyal Güvenlik Reformunun Perde Arkası", *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, Yıl:1, Sayı:3-4, Kasım 2000.

⁵⁷ İlhan Serin, a.g.k., ss. 219-230.

⁵⁸ Devlet Planlama Teşkilatı, *Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara: 2001, s. 152.

göstermesi gibi sorunlar da yaşanmaktadır.⁵⁹ DPT'nin "Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu"nda da sağlık sektöründe insan kaynaklarıyla ilgili olarak öncelikle ele alınması gereken konunun, insan kaynaklarının Türkiye'nin şartlarına ve hedeflenen sağlık sistemine uygun olarak eğitilmesi ve bunların ülke genelinde dengeli dağılımı olduğu hususu vurgulanmaktadır.⁶⁰

Aşağıdaki tabloda 1995 yılından 2001 yılına kadar sağlık sektöründe insan kaynaklarının niceliksel olarak gelişimi görülmektedir. Yıllar itibariyle sağlık personeli sayısında ortalama % 5'lik bir artış olmakla birlikte Tablo 6'da da görüleceği üzere, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı hedeflerine ulaşmak mümkün olmamıştır.

Tablo 5. Türkiye Sağlık Personeli

PERSONELİN UNVANI	YILLAR						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Hekim	69.349	70.947	73.659	77.344	81.988	85.117	90.757
Uzman	29.846	31.126	32.511	34.189	36.854	38.064	41.907
Pratisyen	39.503	39.821	41.148	43.155	45.134	47.053	48.850
Diş Hekimi	11.717	12.406	12.737	13.421	14.226	16.002	15.866
Eczacı	19.090	19.681	20.557	21.441	22.065	23.266	22.922
Sağlık Memuru	39.342	39.165	39.658	41.461	43.032	46.528	45.560
Hemşire	64.243	64.526	67.265	69.146	70.270	71.600	75.879
Ebe	39.551	38.945	40.230	41.059	41.271	41.590	41.158

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2002, Ankara: APK Kurulu Başkanlığı Yayını, Kasım 2003, s. 29.

Yukarıda da söz edildiği gibi, sağlık personeli sayısında artış görülmekle birlikte, hedeflere ulaşıldığını söylemek mümkün değildir. Nitekim Tablo 6'da da görüldüğü gibi, 1999 yılı itibariyle mevcut sağlık personeli sayısı ile hedeflenen sağlık personeli sayısı arasında ortalama % 18 oranında bir açık bulunmaktadır. Bu açık, hemşire sayısında ise % 32'lere kadar artmaktadır.

⁵⁹ Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, s. 53.

⁶⁰ Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, s. 13.

Tablo 6. 1999 Yılı Mevcut Sağlık Personeli Sayısı ve VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Hedefleri

SAĞLIK PERSONELİ	1999	VII. PLAN HEDEFİ	AÇIK %
Hekim	77.969	93.500	17
Diş Hekimi	13.757	16.800	18
Eczacı	20.105	21.000	4
Hemşire	70.287	104.000	32,5

Kaynak: Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara: 2001, s. 149.

Sağlık sektöründe bilgi ile ilgili sorunlara başka bir başlık altında değinilecektir. Ancak yeri gelmişken kısaca bu konuya açıklık getirmekte fayda vardır. Yukarıdaki tablolarda dikkati çeken başka bir husus da, genel anlamda bilgi eksikliği ve toplanan bilgilerin güvenilirliği ve doğruluğunun şüpheli olmasıdır. Nitekim aynı yıla ait sağlık personeli sayılarına ait net bir bilgi bulunmamaktadır. Bu durum verilerin güvenilirliğine ve doğruluğuna gölge düşürmektedir.

Sağlık sektöründe insan kaynakları arzı ve ihtiyacının projeksiyonu ile ilgili olarak DPT tarafından VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda tahmini olarak ortaya konan sayılar, istihdam konusundaki sorunu daha net bir şekilde ortaya koyması açısından aşağıdaki tabloda verilmiştir. Bu tabloda da mevcut sağlık personeli sayısı ile hedeflenen sağlık personeli sayısı arasında açık bulunduğu görülmektedir.

Tablo 7. Sağlık Alanında Personel Arzı ve İhtiyacı Projeksiyonu

SAĞLIK PERSONELİ	2000		2005	
	Arz	İhtiyaç	Arz	İhtiyaç
Hekim	80.900	97.600	89.000	121.700
Diş Hekimi	14.200	21.500	16.000	28.300
Eczacı	21.800	21.600	21.300	26.200
Hemşire	71.000	172.800	77.100	212.800

Kaynak: Devlet Planlama Teşkilatı, Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005, Ankara: 2000, s. 90.

Sağlık sektöründe insan kaynakları alanında yaşanan diğer bir sorun da, mevcut kaynakların ülke genelinde dengeli dağılımı sorunudur. 21.08.1981 tarihinde yürürlüğe giren 2514 sayılı “Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun” ile, özellikle hekimlerin ülke genelinde dengeli dağılımı zorunlu hizmet uygulaması ile sağlanmaya çalışılmıştır. Bu uygulama ile bölgeler, iller ve kurumlar arasındaki nicelik farklılıkları kaldırılmaya çalışılmışsa da, aradan geçen 20 yıllık süre zarfında bu uygulamanın başarıya ulaşmadığı görülmüştür.⁶¹

Aşağıdaki tabloda coğrafi bölge düzeyinde sağlık personelinin dağılımına ilişkin veriler bulunmaktadır. Nüfus, sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, kültürel yapı, sağlık gereksinimleri ve öncelikleri gibi değişkenler göz ardı edilerek sadece sağlık personeli sayısının coğrafi bölgelere göre dağılımını gösteren tablo; sağlık alanında insan kaynaklarının ülke genelinde dengeli dağılımı konusunda sağlıklı bilgi verme ve buna ilişkin yorum yapma imkânı sunmasa da, konu hakkında genel bir fikir vermesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Tablo 8. Sağlık Personelinin Coğrafi Bölgelere Göre Dağılımı

BÖLGELER	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
MARMARA	14.101	12.776	6.435	7.655	8.168	18.351	8.692
EGE	5.964	7.511	2.525	3.816	5.668	11.521	6.947
AKDENİZ	3.927	5.247	1.537	2.676	5.527	8.793	6.546
İÇ ANADOLU	10.433	11.302	3.303	4.557	11.316	15.735	7.308
KARADENİZ	3.186	5.112	1.017	2.027	6.842	10.376	5.845
DOĞU ANADOLU	1.565	3.245	362	772	3.378	5.244	3.420
GÜNEYDOĞU ANADOLU	1.332	2.521	378	1.256	2.411	3.919	2.322
TOPLAM	41.907	48.850	15.866	22.922	45.560	75.879	41.158

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2002, Ankara: APK Kurulu Başkanlığı Yayını, Kasım 2003, s. 38.

Sağlık alanında insan kaynaklarının ülke düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak için 10.07.2003 tarihinde yürürlüğe giren 4924 sayılı “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli

⁶¹ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Haziran 2003, s. 19.

Çalıştırılması Hakkında Kanun" ile hekimlere mecburi hizmet uygulamasını düzenleyen 2514 sayılı Kanun yürürlükten kaldırılmış ve sözleşmeli çalışma sistemi getirilmiştir.⁶² Ancak, bu sistem sayesinde sağlık personeli istihdam edilemeyen yerlerde sağlık hizmet sunumunun yolu açılmakla birlikte, kur'a yoluyla ataması yapılan sözleşmeli uzman ve pratisyen hekim, diş ve hekimi ve eczacı sayısının düşük olması da dikkati çekmektedir.⁶³

Sonuçta, sözleşmeli sağlık personeli sistemi ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde "gönüllülük" esasına dayalı olarak personel istihdamı amaçlanmışsa da; uygulamada hekim dışı sağlık personeli dışında beklenen ilginin görülmediği, özellikle uzman hekimlerin "sözleşmeli" çalışmak istemediği sonucu ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde, Türkiye'deki sağlık insangücü planlamasında yararlanmak üzere 1993–94 yıllarında 27 ilde, merkez ve çevre sağlık kuruluşlarında görev yapan 7255 sağlık personeli üzerinde uygulanan bir araştırmanın sözleşmeli çalışma sistemi ile ilgili sonuçları şu şekilde çıkmıştır: Uzman hekimlerin % 32,8'i, pratisyen hekimlerin % 37,1'i, diş hekimlerinin % 42'si, eczacıların % 28,9'u, sağlık memurlarının % 29,8'i, hemşirelerin % 27,9'u ve ebelerin % 26,3'ü sözleşmeli olarak çalışmayı isteyeceklerini belirtmişlerdir.⁶⁴

Söz konusu araştırmada hekimlerin sağlık memuru, hemşire ve ebelerden daha yüksek bir oranda sözleşmeli çalışmayı isteyecekleri sonucunun çıkmasının nedeni olarak kamudaki işlerine ek olarak, özel muayenehanelerinin bulunması veya özel polikliniklerde çalışmaları ve iş güvencelerinin bulunması gösterilebilir. 2004 yılı başında uygulamaya geçilen sözleşmeli çalışma sisteminde, hekim dışı sağlık personelinin ilan edilen kadroların neredeyse tamamına talepte bulunmalarına karşın, özellikle uzman hekimlerin talebi ise neredeyse yok denecek kadar azdır ve ilan edilen kadrolar boş kalmaktadır.

⁶² Sabahattin Aydın, Hüseyin Demirel ve Sinan Korukluoğlu, **Sağlık 2003**, Ankara: SB APK Kurulu Başkanlığı Yayını, 2004, 39.

⁶³ Harun Kırılmaz, "Modernizmden Postmodernizme Geçiş: Kamu Personel Reformu ve Sözleşmeli Personel Sistemi", **SB Diyalog**, Sayı:7, Kasım 2004, ss. 22-23.

⁶⁴ Canan Ergin, "Sağlık Personelinin Sağlık Alanındaki Uygulamalarla İlgili Tutumları", **Sağlıkta Strateji**, Ankara: SPGK Yayını, Eylül 1994.

Sağlık sektöründe insan kaynaklarının niceliğinde öncelikle ve sadece nüfusu ölçüt almak ve bunu gelişmiş ülkelerle kıyaslamak son derece yanlıştır. Türkiye'deki verileri diğer ülkelerle karşılaştırırken özellikle gelişmiş ülkelerin sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasal yapılarının, merkezi ve yerel yönetim koşullarının dikkate alınması şarttır. Ülkeler arasında karşılaştırmalar bir bütünlük içinde değerlendirildiğinde daha doğru sonuca ulaşılabileceği şüphesizdir.⁶⁵ Bu hususları göz ardı etmemek koşuluyla, hekim başına düşen nüfus açısından Türkiye ve bazı AB üyesi ülkelerin durumunu görmek açısından aşağıdaki tabloların faydalı olacağı düşünülmektedir. Tablo 10'da 1995, 2000 ve 2005 yılları için hekim, diğ hekim ve hemşire sayıları ile bu sağlık personeli başına düşen nüfusa ilişkin veri, tahmin ve hedefler yer almaktadır. 2000 yılına ait veriler tahmini olup, 2005 yılına ait veriler ise hedeflerdir.

Tablo 9. Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus

	YILLAR		
	1995	2000 *	2005 **
Hekim Sayısı	69.349	80.900	89.000
Hekim Başına Düşen Nüfus	872	807	789
Diğ Hekimi Sayısı	11.717	14.200	16.000
Diğ Hekimi Başına Düşen Nüfus	5.163	4.599	4.389
Hemşire Sayısı	64.243	71.000	77.100
Hemşire Başına Düşen Nüfus	942	919	910

* Tahmin

** Hedef

Kaynak: Devlet Planlama Teşkilatı, **Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**, Ankara: 2000, s. 88.

Aşağıdaki tabloda ise bazı AB üyesi ülkelerde 1997 yılı itibariyle bir hekime düşen kişi sayısı görülmektedir. Yukarıda da bahsedildiği gibi sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasal yapıları, merkezi ve yerel yönetim koşullarını dikkate almadan ülkeler arasında değerlendirme yapmanın doğru olmadığı gözden kaçırılmamalıdır.

⁶⁵ Devlet Planlama Teşkilatı, **Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s. 150.

Tablo 10. Bazı AB Üyesi Ülkelerde Hekim Başına Düşen Nüfus

ÜLKELER	Bir Hekime Düşen Kişi Sayısı (1997)
Belçika	263
Danimarka	357
Almanya	294
Fransa	270
İtalya	588
İrlanda	476
Hollanda	400
İngiltere	666
Yunanistan	256
İspanya	244

Kaynak: Devlet Planlama Teşkilatı, **Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s. 194.

Sağlık sektöründe insan kaynakları ile ilgili sorunlardan bir diğeri ise, sağlık personelinin iş, çalışma şartları, ücret, yönetimle ilişkiler vb. noktasında memnuniyet düzeylerinin düşük olmasıdır. Sağlık personelinin memnuniyet düzeyi ve bunu etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla Nisan 2003 tarihinde Bolu ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli üzerinde yapılan araştırma sonuçlarına göre, memnuniyet düzeyinin en düşük olduğu alanlar ücretler ve yönetim-çalışan ilişkileridir.⁶⁶

Gerçekten de ücretler, çalışanlar açısından önemli bir motivasyon aracı olduğu gibi, memnuniyet düzeyini etkileyen faktörlerin de başında gelmektedir. Nitekim, performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile, çalışanların çalışma isteklerini ve çabalarını artırıcı bir motivasyon artışı sağlanarak ulaşılabilecek hizmet üretim ve verimlilik artışından hakça bir pay almaları amaçlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı da kurumsal performansı

⁶⁶ Hamza Ateş ve Nihat Erdoğan, **Çalışan ve Hasta Memnuniyeti Araştırması**, (Basılmamış Rapor, Sağlık Bakanlığı, Nisan 2003), s. 23.

artırmak amacıyla uyguladığı “performansa dayalı ek ödeme sistemi” ile çalışan memnuniyetini de yükseltmeyi hedeflemektedir.⁶⁷

Bu bilgiler ışığında sağlık sektöründe insan kaynakları ile ilgili sorunları aşağıdaki başlıklar altında toplamak mümkündür:⁶⁸

- a) Sağlık göstergeleri ve hizmet kullanımına dayalı rasyonel bir insan kaynakları planlaması yoktur.
- b) Sağlık personelinin ülke genelinde ve il düzeyinde dağılımı dengesizdir.
- c) Sağlık personelinin temel eğitimi yetersiz olmakla birlikte, mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programları da yetersizdir.
- d) Sağlık personelinin istihdam, ücret ve haklar gibi konularda çeşitli sorunları vardır, performansı artırmak için etkili bir teşvik sistemi kurulamamıştır.
- e) Ücret ve terfiler performansla ilişkilendirilememiş olup, özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde çalışmayı özendirerek önlemler sonuç vermemiştir.
- f) Sağlık mesleklerinin görev ve sorumluluklarını tanımlayan mevzuat günümüzün ihtiyaçlarına cevap verememektedir ve bazı mevcut meslekler bu mevzuatta bulunmamaktadır.

2.3.6. Yönetim İle İlgili Sorunlar

Bu başlık altında sağlık sektöründe yönetimle ilgili sorunlara değinilecektir. Sektörde en büyük sahip olan Sağlık Bakanlığı'nda, bu alanda sıklıkla sorunlar yaşanmakta olup, bu sorunların başında da aşırı

⁶⁷ Harun Kırılmaz, "Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Sağlık Bakanlığı'nda Bir Uygulama: Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Sistemi", **SB Diyalog**, Sayı:4, Temmuz 2004, s. 39.

⁶⁸ Birand Uygur Kanra, a.g.k., ss. 24-25.

merkeziyetçiliğin geldiği görülmektedir.⁶⁹ Gerçekten de 1990'lı yıllarda DPT tarafından sağlık sektörünün sorunlarını ve bu sorunların çözüm yollarını belirlemek için "Master Plan Etüt Raporu" hazırlanması aşamasında da sağlık sektöründe en önemli sorunun yönetim alanında yaşandığı ve bir örgütte bulunması gereken organizasyon şeması gibi temel bilgilerin, bu süreçte oluşturulduğu görülmektedir.⁷⁰

Daha açık bir ifadeyle, Türkiye'de sağlık hizmetleri çok başlı bir yapıya sahip olmasının yanında, yetkilerin üst düzeylerde toplandığı, aşırı derecede merkeziyetçi ve katı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir. Sağlık hizmet sunumunda birden fazla taraf olmasına karşın, bu taraflar arasında etkili bir koordinasyon da mevcut değildir. Sağlık Bakanlığı, söz konusu taraflar üzerinde etkin olmadığı gibi, mevzuatlarla kendisine yüklenen görev ve sorumlulukları da tam olarak kullanamamaktadır.⁷¹

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı hizmet, yaş grubu ve belirli hastalıklar temelinde karmaşık ve dikey bir organizasyon yapısına sahiptir. Bu durum, söz konusu birimler arasında koordinasyon sorunlarına yol açmaktadır. Örneğin Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında Verem Savaş Dairesi Başkanlığı, Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı ve Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı şeklinde sadece belirli bir hastalık çerçevesinde örgütlenmiş yapılar bulunmaktadır. Buna ilave olarak başka bir örnek vermek gerekirse; pilot il seçilen Düzce'de uygulanacak "aile hekimliği sistemi" ile ilgili olarak, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında ilgili birimler arasında etkin bir koordinasyon ve işbirliğinden söz etmek mümkün değildir.

Sağlık yönetimi alanında yetişmiş nitelikli insangücü sayısının yetersiz olması, mevcut olanların *mevzuat ve teamül* gereği istihdam edilememeleri de sağlık sektöründe yönetimle ilgili sorunlardan birisidir. Bütçeleri, yatırım ve istihdam olanakları ile orta ölçekli işletmelerden daha büyük bütçeler sahip

⁶⁹ Sağlık Bakanlığı, **Herkese Sağlık: Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri**, Ankara: Aralık 2001, s. 44.

⁷⁰ Cengiz Karadağ, a.g.k., s. 171.

⁷¹ Mümin Güney, a.g.k., s. 99.

olan hastaneler yönetim, işletme ve ekonomi bilgisine sahip olmayan yöneticiler tarafından *idare* edilmektedir.

Genel olarak kamu sektöründe modern yönetim tekniklerinin uygulanmasının birçok nedeni olmakla birlikte, ilk başta gelen gerekçelerden birisi “değişimin gerekliliği”dir.⁷² Yine bu görüşü destekler şekilde, kamu sektöründe “daha az maliyetle daha çok iş yapma”, “devleti özel sektör gibi yönetme”, kamuda mükemmellik odakları oluşturma” gibi yaklaşımlar esas alınarak bürokratik uygulamaların terk edildiği ve *insan unsuruna vurgu, katılımcı liderlik, yenilikçi çalışma stilleri ve müşteriye yönelik değerler* olarak nitelendirilebilecek postbürokratik ilkelere geçiş yapıldığı görülmektedir.⁷³

Yukarıda da söz edildiği gibi özel sektöre kıyasla kamu sektöründe modern yönetim teknikleri yeni yeni uygulanmaya başlansa da, bu konuda yapılan araştırmalar yönetimin yeniden yapılandırılmasının getireceği olumlu değişime belirgin olarak ihtiyaç duyulduğunu ve bu çerçevede yönetim sisteminin yeniden yapılandırılması gerektiğini açıkça göstermektedir.⁷⁴ Bununla birlikte yönetimin yeniden yapılandırılması, çağdaş yönetim tekniklerinin kamu sektöründe uygulanması noktalarında atılan adımlar olmakla birlikte; hâlihazırda bu adımların münferit olmaktan öteye gidemediği de bir gerçektir.

Kamu yönetimi paradigmasında değişime uygun olarak ortaya çıkan bir diğer uygulama da özelleştirmedir. Sınırlı devlet anlayışı ve serbest piyasa koşulları, bu yeni dönemin temel özellikleri olup; yönetim anlayışındaki değişimin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Özellikle 1980 sonrası dönemde devletin asli işlevi olarak kabul edilen savunma, diplomasi, güvenlik ve yargı hizmetleri ile aktif olarak ilgilenmesi; bunların dışında kalan alanları

⁷² Asım Balcı, “Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Yönetimi”, (Ed.) Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt I, Ankara: Nobel Yayınları, Ekim 2003, s.332.

⁷³ Hamza Ateş, “Postbürokratik Kamu Yönetimi”, (Ed.) Asım Balcı ve diğerleri, **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları**, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003, ss. 71-72.

⁷⁴ Kemal Macit Hisar, “Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Personelinin Genel Müdürlük Yönetim Sistemi Hakkında Görüş ve Düşünceleri”, **Temel Sağlık**, Yıl: 1, Sayı: 2, Nisan-Haziran 2004, s. 40.

özel kesime bırakarak, gözetici-denetleyici-kural koyucu konumda bulunması gerektiği benimsenmiştir.⁷⁵

Sağlık sektöründe özelleştirme tartışmaları, 1990'lı yıllarda sağlık reformları ile Türkiye'nin gündemine girmiş olmakla birlikte bu konuda herhangi bir adım atılmamıştır.⁷⁶ Kamu tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile ilgili somut adımlar bulunmamaktadır. Ancak sağlık alanında gerçekleştirilen kimi reformlar, bazı çevrelerce sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin ön adımı olarak algılanmaktadır. Örneğin devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin teşhis ve tedavi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşlarından yararlanmalarını sağlayan yasal düzenleme ile Emekli Sandığı'na mensup emekli, bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet almalarını sağlayan yasal düzenlemenin, özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasını özendirecek düzenlemeler olduğu iddia edilmektedir.⁷⁷

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine karşı daha "iyi" yönetilmesi tezini savunan görüşler olduğu gibi,⁷⁸ özelleştirme uygulamalarının karşılaştığı potansiyel güçlükleri ortaya koyan ve olumsuz tutumları gidermeye yönelik öneriler getiren tezler de mevcuttur.⁷⁹ Ancak sonuç olarak, yukarıda da söz edildiği gibi sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi konusunda somut bir uygulama olmamakla beraber, sağlık alanında gerçekleştirilen reformlar sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin ön adımı olarak algılanmakta ve bu şekilde özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirildiği öne sürülmektedir.

⁷⁵ Recep Bozlağan, "Kamu Yönetimi Paradigmasında Değişim ve Özelleştirme Yaklaşımı", (Ed.) Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt I, Ankara: Nobel Yayınları, Ekim 2003, ss. 290-294.

⁷⁶ Erdal Zorlu, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılanmasında Özelleştirmenin Yeri", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1996), s. 67.

⁷⁷ Uysal Kerman, **Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık**, Ankara: Ankara Tabip Odası Yayını, Haziran 2004, ss. 42-45.

⁷⁸ Ahmet Kemiksizoğlu, "Devlet Hastanelerinin Özelleştirilmesine Karşı İyileştirme Önerileri", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998).

⁷⁹ Hakan Gürsel, "Kamu Sağlık Sektöründe Çalışanların Özelleştirmeye Geçiş Sürecinde Tutumlarını Belirlenmeye ve Olumsuz Tutumları Gidermeye Yönelik Öneriler Getiren Bir Çalışma", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1997), s. 52.

Sağlık sektöründe yönetimle ilgili bir diğer sorun ise etkin, verimli ve ekonomik bir sağlık hizmeti sunulup sunulmadığının değerlendirilmesini yapacak yapı ve sistemin gelişmemiş olmasıdır. Gerçekten de “kötü yönetim” (maladministration) olarak ifade edilebilecek yönetsel yapılanmaların bozuklukları, verimsizlikleri, idarenin korumacı tavrı ve yetersizlikleri noktasında etkin yönetim yaklaşımının ortaya çıkması ve benimsenmesi kaçınılmaz olmaktadır.⁸⁰

Yukarıda da bahsedildiği gibi yönetimin yeniden yapılandırılması, kamu sektöründe modern yönetim tekniklerinin benimsenmesi ve uygulanması noktasında yaşanan sorunlar, etkin, verimli ve ekonomik hizmet sunumu noktasında da ortaya çıkmaktadır. Bu noktada kamu yönetiminde yeni bir yönetim aracı olarak ortaya çıkan “performans yönetimi” anlayışı, Türkiye’de yaşanan etkinlik ve verimlilik darboğazı sonucunda yeni yeni kimlik bulmaya çalışmakta ve etkinlik ve verimliliği artırıcı bir araç olarak görülmektedir.⁸¹

Genel olarak kamu yönetiminde etkinlik ve verimlilik alanında yaşanan sorunlara paralel, sağlık sektöründe de etkin, verimli, ekonomik ve kaliteli hizmet sunumu noktalarında sorunların yaşandığı bir gerçektir. Bu noktada çözüm olarak, Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında Ocak 2004 tarihinde “performansa dayalı ek ödeme sistemi” ile performans yönetimi uygulamasına geçilmiş olsa da, bu sistemde yalnızca, mevcut insan gücünün sağlık hizmet sunumunda hizmete yaptığı katkıyı belirlemek ve bu oranda döner sermaye gelirlerinden ek ödeme almasını sağlamak hedeflenmiştir.⁸²

Dolayısıyla, sağlık sektöründe etkinlik ve verimlilik alanında yaşanan sorunlar karşısında, etkin, verimli, ekonomik ve kaliteli hizmet sunumu için

⁸⁰ Nevzat Saygılıoğlu ve Selçuk Arı, a.g.e., s. 57.

⁸¹ Hamza Ateş ve Dilek Çetin, “Kamuda Performans Yönetimi ve Performansa Dayalı Bütçe”, (Ed.) Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt II, Ankara: Nobel Yayınları, 2004, s. 260.

⁸² Mehmet Demir, “Sağlıkta Performans Yönetimi”, **SB Diyalog**, Sayı:2, Mayıs 2004, s. 17

adım atılmakla birlikte hâlihazırda, tam anlamıyla performans yönetiminin uygulanabildiğini söylemek güçtür. Bununla birlikte, Ocak 2005 tarihinde yine Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uygulamaya konulan "kurumsal performans sistemi"nin hizmet sunumunda kaliteyi artıracığı, memnuniyet düzeyini yükselteceği ve sonuçta sağlık hizmetlerinde performansı artıracığı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, sağlık sektöründe yönetimle ilgili sorunlar başlığı altında değinilen konuları aşağıdaki başlıklar altında toplamak mümkündür:

- a) Kamu sağlık sektörü çok başlı, yetkilerin üst düzeylerde toplandığı, aşırı derecede merkeziyetçi ve katı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir.
- b) Sağlık sektöründe birden fazla taraf vardır ve bu taraflar arasında koordinasyon sorunu bulunmaktadır.
- c) Kamu sağlık sektöründe önemli bir yeri olan Sağlık Bakanlığı'nın merkez teşkilatı karmaşık ve dikey organizasyon yapısına sahiptir.
- d) Sağlık yönetimi alanında yetişmiş nitelikli insangücü sayısı yetersizdir.
- e) Günümüzün gereklerine uygun olarak modern yönetim teknikleri, kamu sağlık sektöründe yeterince uygulanamamaktadır.

2.3.7. Mevzuat İle İlgili Sorunlar

Sağlık sektöründe çok başlı yönetim ve örgüt yapısına ilave olarak, sağlık mevzuatı değişen ihtiyaçlara ve gelişmelere cevap veremeyecek kadar ayrıntılıdır. Buna ilave olarak, mevcut yasal düzenlemeler arasında çelişkiler bulunduğu gibi aynı konular farklı yerlerde benzer veya değişik şekillerde de düzenlenmiştir. Bu durum başlı başına mevzuattan kaynaklanan sorun olarak karşımıza çıkabildiği gibi, dolaylı olarak politika geliştirilmesi, hizmet sunumu, finansmanı, insan kaynakları ve yönetim gibi alanlarda ortaya çıkan sorunlara da kaynaklık edebilmektedir.

2000'li yıllar için Türkiye'nin sağlık politikasını oluşturmak amacıyla 23–27 Mart 1992 tarihlerinde düzenlenen I. Ulusal Sağlık Kongresi sonucunda hazırlanan "Ulusal Sağlık Politikası"na göre Türkiye'de sağlığın hukuki yapısına yönelik bir yapılanmanın olmadığı ve bu konuda mevzuat ötesinde bir kavramın akla gelmediği ifade edilmiştir.⁸³ Bununla birlikte, mevcut mevzuatın büyük bir bölümünün günümüzün ihtiyaçlarına cevap vermekten uzak olduğu, dağınık ve düzensiz bir yapı arz ettiği gerçeğine de işaret edilmiştir. Ayrıca bazı konularda birden fazla düzenleme bulunduğu, bazı konularda ise yasal boşluk bulunduğu ortaya konmuştur.

Sağlık hizmetleriyle ilgili bazı konularda yasal boşluk olduğu gibi, mevcut yasal düzenlemeler arasında da kimi çelişkiler vardır. Örnek vermek gerekirse, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu arasında birbiriyle çelişen hükümler mevcuttur.⁸⁴ Bu konuda örnekleri çoğaltmak mümkündür.

Söz konusu soruna kamu yönetimi açısından bakıldığında da, sağlık alanındaki tablodan farklı bir durumla karşı karşıya kalınmadığı görülmektedir. Saygılıoğlu ve Arı'nın "etkin yönetim" olgusunu ele aldıkları ve kamu yönetiminin temel sorunlarına ve çözüm yollarına işaret ettikleri çalışmalarında, kamu yönetiminde mevzuatla ilgili temel sorunlara da dikkat çekilmektedir. Buna göre hâlihazırda bir mevzuat ve kural mezarlığı görünümünde olan, geleneksel bürokratik değerlerin egemen olduğu Türkiye'de, kamu yönetiminin çerçevesini ve kamu sektöründe oyunun kurallarını belirleyen mevzuatın içinden çıkılmaz bir hal almasının belli başlı nedenleri şunlardır.⁸⁵

- Gereksiz ve karmaşık mevzuat ya da işlemlerin nasıl yürütüleceği konusunda bir-örnek ve tutarlı usullerin geliştirilmemiş olması,
- Birden fazla birimin sorumluluğundaki işlerde, yetki çatışması ve görevsizlik beyanları,

⁸³ Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, s. 17.

⁸⁴ Birand Uygur Kanra, a.g.k., s. 31.

⁸⁵ Nevzat Saygılıoğlu ve Selçuk Arı, a.g.e., s. 136.

- Konjonktürel olarak ortaya çıkan belli koşulların, mevzuatta bazı yeni kurallar getirmesi; ama konjonktürün etkisinin geçmesiyle uygulama geçerliliklerini yitiren bu kuralların hukuken etkisini sürdürmeye devam etmesi.

Bu tespitten hareketle, genel olarak kamu sektöründe ve özelde sağlık sektöründe mevzuatla ilgili sorunlar benzerlik arz etmektedir. Bu sorunlar, dolaylı olarak diğer sorun alanlarına da yansımakta ve bu durum çözümü güçleştirmektedir.

DPT tarafından Sekizinci Beş yıllık Kalkınma Planı çerçevesinde hazırlanan “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu”nda da, sağlık alanında mevzuatla ilgili sorunlara dikkat çekilmiştir. Söz konusu raporda, Türkiye’de sağlık hizmet sunumunun yasal çerçevesini belirleyen Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun gibi sağlıkla ilgili temel yasaların günümüz koşulları çerçevesinde çok sektörlü bir çalışma ile tekrar incelenmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.⁸⁶ Buna ilave olarak, Sağlık Bakanlığı Kuruluş Kanununun, Yataklı Tedavi Kurumları Yönetimi Kanununun hazırlanması ve Standart Kadro Yönetmeliğinin ve Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nün de güncelleştirilmesinin gerekliliğine işaret edilmiştir.⁸⁷

Sağlık alanındaki mevzuat incelendiğinde genel olarak, mevcut kanunların birçoğunun son derece ayrıntılı hazırlanmış olması ve bunun sonucunda uygulayıcılara hareket alanı tanınmamasının; çerçeve niteliğindeki yasaların uygulanmasında günün şartları doğrultusunda yönetmeliklerin düzenlenme imkânı bulunmamasının yol açtığı sorunların varlığı tespit edilmektedir.

⁸⁶ Devlet Planlama Teşkilatı, **Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s. 59.

⁸⁷ Devlet Planlama Teşkilatı, **Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s. 61.

Türkiye’de sağlık sektörünün belli başlı sorunlarının ele alındığı bu bölümde, son olarak bilgi ve bilgi teknolojileri ile ilgili sorunlara değinilecektir. Gerçekten de bilgi ve bilgi teknolojileri, her geçen gün giderek daha fazla benimsenmekte ve ülkelerin geleceklerinin şekillenmesinde söz sahibi olmaktadır. Sağlık sektöründe de bilgi ve bilgi teknolojilerinin yeri ve önemi kamu yönetimi alanındaki konjonktüre uygun olarak olumlu yönde değişim göstermekle birlikte, hâlihazırda bu konu ile ilgili sorunların mevcudiyetini koruduğu da kabul edilen bir gerçektir.

2.3.8. Bilgi ve Bilgi Teknolojileri İle İlgili Sorunlar

Bireysel bir tüketim unsuru olarak sağlık hizmetleri ele alındığında, algılanan sağlık düzeyi önem taşımaktadır. Kişi sağlık statüsü hakkında bir sıkıntı hissettiği zaman, öncelikle durumunu kendisi değerlendirmekte ve bu değerlendirmenin sonucuna göre bir sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Bu değerlendirme sürecinde, kişinin mevcut sağlık bilgisi birikimi yanında ulaşabildiği ortamlardaki bilgi de önem taşımaktadır. Bilgiye erişim imkânının artması ve bilgi teknolojilerinin kullanımının yaygınlaşması, ekonomik bir sektör olarak sağlık hizmetlerine olan talebin artışını da beraberinde getirmektedir. Bunun sonucunda ise ekonomik ve sosyal kalkınma sağlanmakta, toplumun refah düzeyinin yükselmesi gerçekleşmektedir.⁸⁸

Gerçekten de bilgiye erişim imkânlarının artması ve bilgi teknolojilerinin kullanımının yaygınlaşması, toplumun sağlık düzeyini yükseltmektedir. Sağlık düzeyinin yükselmesiyle birlikte toplumun eğitim düzeyi de yükselmekte ve bunun sonucunda kalkınmada nitelikli insan gücü ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan demografik göstergelerin iyileştirilmesiyle optimum nüfus sağlanmakta ve kalkınmayı engelleyen nüfus baskısı ortadan

⁸⁸ İsmail Mazgit, "Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılması", (Basılmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998), s. 109.

kalkmaktadır. Sonuç olarak sağlık düzeyinin yükselmesi eğitim ve nüfusa dolaylı olarak yansımakta, ekonomik ve sosyal kalkınmayı sağlamaktadır.

Bilgi ve iletişim teknolojileri sadece sağlık hizmetleri alanına değil, giderek gündelik hayatın her alanına nüfuz etmekte ve birçok alanda etkisini göstermektedir. Kamu bilgi ve hizmetlerinin bilgi ve iletişim teknolojileri yardımıyla sağlanması anlamında “dijital devlet”, “elektronik devlet” ya da “e-devlet” kavramlarıyla kamu yönetimi literatüründe ve pratikte merkezi yönetimde bazı projelerde yerini alan uygulamalar, bir takım sorunları da beraberinde getirmiştir.⁸⁹ Bilgi ve iletişim teknolojilerine olan talebin düşük olması ve erişimin sınırlı olması, finansmanın kim tarafından ve nasıl sağlanacağı, devlet-vatandaş ilişkisinde yaşanan güven sorununun varlığını sürdürmesi, kişisel bilgilerin gizliliği ve ulusal bilgi güvenliği gibi konularda yaşanan sorunlar, bilgi ve iletişim teknolojilerinin olumsuz yönlerini oluşturmaktadır. Elektronik devlet yapılanması, yalnızca teknoloji ve altyapıdan oluşmamakta, aynı zamanda yenilikçi yönetim yaklaşımını da gerekli kılmaktadır. Yani e-devlet uygulamalarının sadece teknik yönü bulunmamakta, belli bir kültür ve yapısal değişim ihtiyacını da barındırmaktadır.⁹⁰

Genel olarak kamu hizmetlerinin sunumunda e-devlet uygulamalarının maliyetleri düşürme, verimliliği artırma, şeffaflık sağlama, hesap verebilirliği artırma gibi bir takım avantajları olmakla birlikte konuyu sadece teknik bir yaklaşım olarak ele alıp sosyal, kültürel ve ekonomik boyutları gözden kaçırılırsa arzu edilen sonuçlar yerine yeni sorunlarla karşı karşıya kalınabilir.⁹¹ Sağlık hizmeti sunumunun sonuçlarının özellikle nitelik açısından objektif ölçütlere tabi olmaması, bilgi teknolojilerinin kullanımının yaygınlaşması örneğinde de görülmektedir. Gerçekten de sağlığa ayrılan

⁸⁹ Mete Yıldız, “Elektronik (E)-Devlet Kuram ve Uygulamasına Genel Bir Bakış ve Değerlendirme”, (Ed.) Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt I, Ankara: Nobel Yayınları, Ekim 2003, ss. 314-318.

⁹⁰ Nevzat Saygılıoğlu ve Selçuk Arı, a.g.e., s. 160.

⁹¹ Asım Balcı, “E-Devlet: Kamu Yönetiminde Yeni Perspektifler, Fırsatlar ve Zorluklar”, (Ed.) Asım Balcı ve diğerleri, **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları**, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003, s. 278.

kaynakların, teknolojik yatırım ve uygulamaların çeşitli ülkelerde son yıllarda artmasına rağmen, sağlık hizmetlerinin hedeflenen düzeyde ve kalitede sunulmaktan uzakta olduğu bir gerçektir.⁹² Bu durum, e-devlet uygulamasının sadece teknolojik altyapıdan ibaret olmadığını; daha da önemlisi sosyal, kültürel ve yapısal değişimi zorunlu kıldığını daha net olarak ortaya koymaktadır.

Günümüzde sağlık sektöründe bilgi teknolojilerinin kullanımı konusunda önemli adımlar atılmakla birlikte, kamu yönetimi alanında e-devlet uygulamaları ve karşılaşılan sorunlara paralel olarak hastane kayıt sistemlerinden veri toplanması ve analizine kadar birçok alanda sorunlar varlığını sürdürmektedir.⁹³

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin hastaları sağlığına kavuşturmak ve sağlık hizmetlerine erişim olanaklarını arttırmak için kullanılması olarak tanımlanabilen e-sağlık kavramı⁹⁴, Türkiye'nin de gündemindedir. Devlet Planlama Teşkilatı koordinatörlüğünde başlatılan "**e-Dönüşüm Türkiye Projesi**" kapsamında sağlık hizmetleri ile ilgili 15 eylem planı da yer almaktadır.⁹⁵ Bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık sektöründe kullanımı yaygınlaşmakla birlikte; yukarıda da değinildiği gibi bilgiye dayalı bir yönetim anlayışının olmayışı, sağlık politikalarının oluşturulabilmesi için gerekli verilerin önemli bölümüne ulaşılamaması, sağlık sektörünün tarafları arasında bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımında eşgüdümün sağlanamaması, sağlık kurumlarında etkin bir bilgi sisteminin olmaması gibi sorunlar da mevcuttur.⁹⁶

Sağlık alanında mevcut durum ve yaşanan sorunların ele alındığı bu bölümde öncelikle Türkiye'de sağlık sektörünün yapısı incelendikten sonra,

⁹² Seyit Köse, "The Role Of Technological Innovation In Rising Health Care Costs", **Uludağ Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt XXI, Sayı 2, 2002, ss. 204-205.

⁹³ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Haziran 2003, s. 21.

⁹⁴ Nihat Yurt, "e-Sağlık", **SB Diyalog**, Sayı: 1, Nisan 2004, s. 58.

⁹⁵ Nihat Akpınar, "e-Dönüşüm Türkiye Projesinde e-Sağlık", **SB Diyalog**, Sayı: 7, Kasım 2004, ss. 40-43.

⁹⁶ Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı**, Ankara: Bilgi İşlem Daire Başkanlığı Yayını, Ocak 2004, ss. 42-43.

Sağlık Bakanlığı'nın bu yapı içindeki durumu ortaya konulmaya çalışılmıştır. Son olarak da sekiz başlık altında sağlık sektörünün sorunlarından bahsedilmiştir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. AVRUPA SAĞLIK SİSTEMLERİ, PROBLEMLER ve REFORMLAR

Son yıllarda Avrupa'da sağlık politikalarının ilgi alanını, giderek artan sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Yaşlanan nüfus, ileri derecede kronik hastalıklar ve sakatlıklar, yeni tedavi yöntemlerinin ve teknolojilerinin varlığı ve buna paralel olarak artan beklenti düzeyi, sağlık harcamalarının artışı zorunlu kılmaktadır.

Birçok Avrupa ülkesi bu zorunluluk sonucunda bir dizi önleme başvurmuştur. Hakkaniyet, erişilebilirlik ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için yapılan örgütsel düzenlemeler, etkili maliyet sınırlaması kaygısıyla karşı karşıya kalmıştır. Yaşanan bu çatışma, Avrupa'da sağlık politikalarının tartışılmasına ve gözden geçirilmesine yol açmıştır.

Sağlık politikalarındaki reform tartışmalarının etkisi tüm Avrupa'da görülmektedir. Birçok Batı Avrupa ülkesi, hizmetlerin finansmanının ve sunumunun daha verimli ve hakkaniyetli olması amacıyla alternatif stratejiler bulmak için kendi sağlık sistemlerini gözden geçirmişlerdir.

Yukarıda söz edilen hususlar doğrultusunda bu bölümde genel olarak sağlık sistemlerinde paradigma dönüşümünden bahsedilecek ve söz konusu dönüşümün Avrupa sağlık sistemlerine etkisine değinilecektir. Ayrıca belli başlı Batı Avrupa ülkelerinin sağlık sistemleri, mevcut yapıları ve sağlık reformları hakkında bilgi verilecektir.

3.1. SAĞLIKTA VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YAŞANAN SORUNLAR

Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da reformların yapılmasına gerekçe olarak, karşılaşılan engeller ve mevcut sorunlar gösterilmektedir. Bu durum kendine özgü koşullar barındırmakla birlikte, her ülke için geçerlidir. Türkiye’de sağlık alanında yaşanan sorunlar ve bunlara çözüm olarak başlatılan reformlar olduğu gibi, Avrupa ülkelerinde de benzer sorunlar ve çözüm amaçlı reformlara rastlamak mümkündür.

Başka bir ifadeyle, sağlık reformlarının hayata geçirilmesini sağlayan faktörler ülkeden ülkeye farklılık gösterse de, sağlık sistemlerinin altında yatan sorunlar birbirine benzer bir yapı sergilemektedir.

Avrupa ülkelerinin sağlıkta karşılaştıkları engelleri iki noktada toplamak mümkündür.⁹⁷ Hastalık yapılarının değişmesi, -örneğin kronik ve uzun süreli, hatta ömür boyu tedavi gerektiren hastalıkların akut hastalıkların yerini alması- sağlık hizmetlerinin mikro ve makro düzeyde planlanmasında değişiklikler yapılmasını gerektiren unsurlardan birisidir. İkinci engel ise, yaşlanan nüfus ve kronik hastalıklardaki artışa paralel olarak, sağlık hizmetlerinin uzun dönemli finansmanının nasıl sağlanacağıdır.

Yukarıda da değinildiği gibi, sağlık harcamalarındaki artış ve hizmetin finanse edilmesinde yaşanan güçlüklerle uygulamaya konulan reformlar arasında sebep-sonuç ilişkisi bulunmaktadır. Nitekim bu yargıyı destekler şekilde, kitle hareketlerinde ortak olan bazı özellikleri incelediği “Kesin İnançlılar (The True Believer)” isimli eserinde Eric HOFFER, yoksulluğun inanç değiştirmede önemli bir faktör olduğuna değinmiş, yoksulluk ile kitle hareketleri ve reformlar arasında bağ kurmuştur.⁹⁸ Dünya Bankası’nın kalkınma raporlarından biri de, sağlığa yatırım konusu ile ilgilidir ve ekonomik kalkınma ile sağlık düzeyinin yükselmesi, dolayısıyla sağlığa yatırım

⁹⁷ Richard B. Saltman and Joseph Figueras, **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**, Ankara: SB SPGK Yayını, 1998, ss. 13-14.

⁹⁸ Eric Hoffer, **Kesin İnançlılar**, 6.b., çev. Erkil Günür, İstanbul: İm Yayınları, 1995, ss. 56-80.

yapılması ile ilişki kurmaktadır.⁹⁹ Birleşmiş Milletler 1999 Dünya Sağlık Raporu da sağlıktaki gelişmelerin, sosyal ve ekonomik gelişmenin teşvikine katkıda bulunduğunu belirtmiş ve sağlığa yapılan yatırımların, yoksulluğun azaltılmasına olumlu yönde etki ettiğini ifade etmiştir.¹⁰⁰ Kuşkusuz hizmetlerinin finansmanında karşılaşılan engeller ve düşük gelir düzeyine sahip vatandaşların hizmete erişimde yaşadığı sorunlar, sağlık alanında yapılan reformların temel gerekçelerindedir. Birleşmiş Milletler'in 1995 yılındaki Dünya Sağlık Raporu'nda da yoksulluktan söz edilmiş ve ilerleyen yıllarda sağlığın gelişimini olumsuz yönde etkileyen en büyük faktör olmaya devam edeceği hususuna dikkat çekilmiştir.¹⁰¹

Benzer şekilde 1996 Dünya Sağlık Raporu'nda global nüfus artışındaki sürekliliğin ve hızlı kentleşmenin, sağlık hizmetlerinin başarıya erişiminde önemli bir engel oluşturduğu;¹⁰² 1997 Dünya Sağlık Raporu'nda ise yaşam beklentisindeki artışların, yaşam biçimlerindeki köklü değişikliklerle birleştiğinde önümüzdeki yirmi yıl içinde, global kanser epidemisi ve diğer kronik hastalıklara yol açacağı ifade edilmiştir.¹⁰³

Avrupa ülkelerinin sağlık alanındaki sorunlarını iki ana başlık altında topladıktan sonra, sağlık sektörünün karşılaştığı engellere kısaca değinmekte fayda vardır. Genel anlamda sağlık, sağlık sektörü ve sağlık harcamaları üzerindeki baskıların ötesinde, Avrupa ülkelerinin sağlık hizmetlerini nasıl finanse edeceği ve sunacağı hususları açısından bazı yapısal ve örgütsel engeller bulunmaktadır. Buradan hareketle sağlık sektörünün karşı karşıya olduğu engelleri aşağıdaki başlıklar altında ele almak mümkündür:¹⁰⁴

- a) Sağlık kazanımına yönelik sınırlamalar,
- b) Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan hakkaniyetsizlikler,

⁹⁹ World Bank, **World Development Report: Investing in Health**, Oxford: Oxford University Press, 1993.

¹⁰⁰ Dünya Sağlık Raporu 1999, <http://www.un.org.tr/who/yayinlar/saglik99.html>

¹⁰¹ Dünya Sağlık Raporu 1995, <http://www.un.org.tr/who/yayinlar/dso95.htm>

¹⁰² Dünya Sağlık Raporu 1996, <http://www.un.org.tr/who/yayinlar/dso96.htm>

¹⁰³ Dünya Sağlık Raporu 1997, <http://www.un.org.tr/who/yayinlar/dso97.htm>

¹⁰⁴ Richard B. Saltman and Joseph Figueras, a.g.e., ss. 36-38.

- c) Yetersiz etkinlik,
- d) Sağlık sisteminin düşük performansı,
- e) Hizmet kalitesi,
- f) Seçim ve sorumluluk.

Söz konusu engellere kısaca değinmek gerekirse öncelikle sağlığa ayrılan kaynakların, paradigma dönüşümüne uygun olarak tedavi edici hizmetlerden koruyucu hizmetlere doğru kayması gerektiği inancı hâkim olsa da, sistemdeki kaynak ve güç dengesi henüz bunu gerçekleştirmediği düşünülebilir. İkinci olarak, birçok Avrupa ülkesine sağlık hizmetlerinde bulunan mevcut hakkaniyetsizliklere dair endişeler, maliyet sınırlamasında sağlıkla ilgili önceliklerin başında gelmektedir. Ayrıca hizmetlerin etkinlik düzeyi üzerinde ciddi soru işaretleri bulunmaktadır. Gittikçe artan sayıda araştırma, çeşitli klinik prosedürlerin etkinliğini ve/veya uygunluğunu sorgulamaktadır.¹⁰⁵

Avrupa ülkelerinde sağlık sektörünün karşı karşıya olduğu bir diğer engel de, sağlık hizmetlerindeki verimsizlik sorunudur. Hizmet sunucular ile diğer sektörler arasındaki yetersiz koordinasyon, hizmetlerin maliyeti ve kalitesi hakkında bilgi eksikliği, kaynakların yetersiz ve/veya uygun olmayan biçimde kullanılması, hizmet sunuculara ödenen ücretlerin verimli çalışmayı teşvik edecek düzeyde olmaması gibi sorunlar sağlık hizmetlerinde verimsizliğe yol açmaktadır.

Kalite, hem ekonomik açıdan bir ölçüt, hem de hastaneler arasında rekabetin arttığı Avrupa ülkelerinde stratejik bir araç olarak artan bir öneme sahip olmaya başlamıştır. Günümüzde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları'nda kalite önemli bir yere sahiptir. Bu noktada hizmet kalitesinin düşük olması, sağlık sektörünün çözmek zorunda olduğu sorunlar arasında bulunmaktadır.

¹⁰⁵ Rob Flynn, "Clinical Governance and Governmentality", **Health, Risk & Society**, Vol.4, No.2, 2002, ss. 160-162.; Peter W. Van Etten, "Governance Of Teaching Hospitals", **Health Affairs**, Vol.23, Issue 3, May/June 2004.

Son olarak, artık hastaların beklenti düzeyi yükselmiştir ve hizmet sunumunda pasif durumdan aktif duruma geçme talepleri yavaş yavaş yer etmektedir. Hastaların hizmet sunumunda aktif bir pozisyona sahip olmasının birkaç boyutu bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, sağlık hizmetleriyle ilgili hasta haklarıdır. Hastanın seçim ve tercihi ise ikinci bir boyuttur. Sağlık sistemleri üzerindeki diğer bir baskı, hastaların klinik-karar aşamasına katılımlarıdır. Sağlık politikaları üzerinde söz sahibi olan aktörler üzerindeki dördüncü baskı ise, özel sektörün giderek artan bir biçimde sistemde yer edinmesidir.

3.2. SAĞLIKTA PARADİGMA DÖNÜŞÜMÜ

Değişimi ve yeniden yapılanmayı zorunlu kılan birçok faktör olduğu gibi genel olarak sistemler ve ülkelerin büyümesi de, reorganizasyonu gerektiren ya da ortaya çıkaran durumlardan sadece bir tanesidir. Bazı sektörlerde, özellikle teknoloji ağırlıklı sektörlerde değişim kaçınılmazdır. Bu sektörlerdeki yöneticilerin formasyonu değiştiği gibi, mevcut işgücü yapısı da değişime uğramaktadır. Dolayısıyla tüketicilerin talepleri de değişmektedir.¹⁰⁶

Sağlık sektörü de, teknoloji ağırlıklı sektörlerin başında gelmektedir. Beklentilerin farklılaşması ve artışına paralel olarak sorunların da artış göstermesi, sağlık sistemlerinde değişimin belli başlı gerekçesini oluşturmaktadır. Yaşanan değişimin birden fazla gerekçesi olduğu gibi, değişimin gerçekleştiği alan da sadece belirli bir alanla sınırlı değildir. Sağlık politikalarından yönetim ve organizasyon yapılarına, istihdam politikalarından finansman modellerine kadar birçok alanda değişim yaşandığı bir gerçektir.

Konuyu daha somut bir biçimde ifade etmek gerekirse, daha önce sağlık ve hastalık denildiğinde akla gelen hastane, doktor, hemşire, ilaç, ilk

¹⁰⁶ Richard Freeman, *The Politics of Health in Europe*, Manchester: Manchester University Press, 2000, s. 83.

yardım çantasının yerini günümüzde alternatif tıp gibi değişik kavram ve teknikler almıştır. Eskiden daha sık görülen akut, yaşamı tehdit eden, bulaşıcı hastalıklardan kanser, şeker, tansiyon gibi fazlaca yaşamı tehdit etmeyen hastalıklara doğru bir gidiş olmuştur. Ayrıca, doğumda yaşam beklenti düzeyi yükselmekte, buna paralel olarak yaşanan nüfusun kronik hastalıkları artmaktadır.¹⁰⁷

Sağlık alanındaki bu dönüşüme değinen Nettleton'a göre günümüzde hastalığın yerine sağlık; hastane yerine topluluk içinde bakım; akut yerine kronik; tedavi yerine koruma; müdahale yerine gözetim; tedavi yerine bakım ve hasta yerine kişi kavramları bilinçli tercih olarak kullanılmaktadır.¹⁰⁸ Aşağıdaki şekilde de sağlıktaki paradigma değişimi göz önüne serilmeye çalışmıştır.

Şekil 3. Sağıkta Paradigma Dönüşümü

HASTALIK	SAĞLIK
HASTANE	TOPLULUK
AKUT	KRONİK
BAKIM	KORUMA
MÜDAHALE	GÖZETİM
TEDAVİ	BAKIM
HASTA	KİŞİ

Kaynak: Sarah Nettleton, *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Polity Press, 1995, s. 12.

Sağlıkta dönüşümle birlikte değişen kavramlara ek olarak, kamu yönetimi anlayışındaki değişim doğrultusunda literatüre giren kavramlar da sağlık alanında yerini almıştır. Desantralizasyon, performans, yönetim

¹⁰⁷ M. Aytül Kasapoğlu, *Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar*, 1. b., Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları VI, 1999, ss. 4-5.

¹⁰⁸ Sarah Nettleton, *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Polity Press, 1995, s. 12.

(governance), kamu işletmeciliği (managerialism), yeni kamu yönetimi (new public management), postmodernizm, postbürokrasi, postfordizm gibi kavramlar ve yaklaşımlar sıklıkla kullanılmaktadır. Sağlıkta paradigma dönüşümünün söz konusu çağdaş yaklaşımlarla birlikte değerlendirilmesi, konuya netlik kazandırması açısından önemlidir.

Gerçekten de dünya genelinde sağlık sistemleri içinde İngiltere'de National Health System'de (NHS) meydana gelen kimi değişimleri, postfordist sağlık hizmetleri modeli ile açıklamak mümkündür.¹⁰⁹ Benzer şekilde Nettleton da sağlık hizmetlerinde postfordizm yaklaşımının¹¹⁰ ve kamu işletmeciliği yaklaşımının yerine ve önemine işaret etmiştir.¹¹¹ Avrupa sağlık sistemi dışında Türkiye'de de sağlıkta sektöründe dönüşümün ve çağdaş yaklaşımların incelendiği araştırmalar mevcuttur. Örneğin Ateş, 1999 yılında Türkiye'de sağlık sektörü alanında yeni kamu yönetimi (new public management) anlayışı üzerine pratik bir çalışma yapmıştır.¹¹²

Sonuç olarak sağlıkta bir dönüşüm yaşandığı, dolayısıyla yeni bir paradigmaya geçildiğini iddia etmek mümkündür. Avrupa sağlık sistemlerinde yaşanan gelişmeler söz konusu dönüşümü desteklediği gibi, Türkiye'de de sağlık hizmetleri alanındaki güncel gelişmeler dönüşümün varlığına işaret etmektedir.

¹⁰⁹ Sylvia Walby et al., **Medicine and Nursing: Professions in a Changing Health Service**, London: Sage Publications Ltd., 1994.

¹¹⁰ Nettleton, a.g.e., ss. 216-217.

¹¹¹ Nettleton, a.g.e., ss. 217-222.

¹¹² Hamza Ateş, "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" (The University of Liverpool, unpublished PhD thesis, 1999)

3.3. AVRUPA SAĞLIK POLİTİKALARINA TARİHİ YAKLAŞIM¹¹³

Çoğu Avrupa ülkesinde sağlık politikalarının gelişiminde bariz bir takım benzerlikler olmuştur. Nüfus sağlığında ilerleme sürecine tarihsel açıdan bakıldığında, nüfusta yaşlanmanın modern çağın en göze çarpan eğilimlerinden biri olduğunu görmek zor olmayacaktır. Son yüzyıl içerisinde sanayileşmiş ülkeler 20. yüzyılın başlarında 40'tan 50'ye, daha yakın zaman dilimi içerisinde ise 70'ten 80'e olmak üzere ortalama ömür uzunluğunda çok ciddi bir artışa şahit olmuştur. Ortalama ömür uzunluğundaki artış daha iyi beslenme şartları, tıptaki gelişmeler, savaş ve kaza gibi tehlikelerin azalmasıyla daha da artmış ve sanayileşmiş ülkelerde doğan her iki çocuktan birinde ortalama 100'e ulaşmıştır. Almanya'da faaliyet gösteren Max Plank Enstitüsü'nün yaptığı araştırmalara göre son 160 yıldır ortalama insan ömrü, doğrusal bir şekilde artmaktadır ve yakın bir gelecekte bu rakam 130'a ulaşacaktır.¹¹⁴ Kuşkusuz bu gelişmeler sağlık alanında yeni sorunların da habercisidir.

Sanayi devrimi ve artan şehirleşmeyle birlikte, kötü iskân, iş şartları ve beslenmeyle ilintili hastalıkların önlenmesine yönelik politikalar geliştirilmeye başlanmıştır. 19. yüzyılın ikinci yarısında, aşılama, antiseptik tedaviler, antibiyotikler ve tanı cihazları gibi önemli buluşlar sağlık hizmeti sistemlerinin ilerlemesine katkıda bulunmuştur.

Günümüzde, yaşlanan nüfusla ilgilenmesi gereken merci hükümetlerdir. Bir yandan düşüş gösteren ölüm oranlarının etkileri, diğer yandan artan doğum oranları birbirini takviye ederek, kronik hastalık ve sakatlıklara maruz kalan yaşlı insan sayısında artış sonucunu doğurmuştur. Bu durum, hükümetler açısından çift taraflı sonuçlara neden olmuştur. Öncelikle, politika kapsamındaki amaç yalnızca yaşama yıl katma hedefinden, ayrıca bir de yıllara yaşam katma hedefine yönelmiştir. İkinci

¹¹³ Loes M. van Herten and Louise J. Gunning-Schepers; "European Health Politics in Historical Approach", Marshall Marinker (ed.), **Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise**, London: BMJ Books, Mart 2002.

¹¹⁴ **Hürriyet**, 26 Nisan 2005, s.5.

olarak, artan yaşlı sayısı, sonuç olarak sağlık hizmetlerinde bekleme listelerinin ciddi oranda uzamasına yol açmıştır.

Sağlık hedefleri sayesinde, yapılması gereken seçimlerin akılcı bir zemine oturtulması kolaylaştırılabilir. Zira sağlık hedefleri, tüm zamansal ve parasal yatırımların nihai olarak aslında nüfusun sağlık durumunu korumada veya iyileştirmede sundukları katkı itibarıyla meşruluk kazandığı gerçeğine işaret eder. Sağlık politikasında sağlık hedeflerinden yararlanılması fikri, iş dünyasında kullanılan Amaçlarla Yönetim anlayışından ilham almıştır. 1980'li yılların başında McGinnis Amerika Birleşik Devletlerinde 'Ulus için Amaçlar' anlayışının uygulanışına rehberlik ederken Amaçlarla Yönetim ilkesini kullanmıştır. DSÖ' nün *Herkes İçin Sağlık* hedeflerinin başlatılmasıyla başka ülkeler ardından gelmiştir. Avrupa genelinde sağlık hedeflerinin uygulanışı her ne kadar farklılıklar göstermişse de, *Herkes İçin Sağlık* girişimin halk sağlığı yönelimli politikalar üzerinde büyük etkileri olmuştur.

Ancak bu etkileşimde sağlık hizmetleri politikalarıyla olan bağlantı genellikle hep göz ardı edilmiştir. Çoğu ülke sağlık hedeflerini siyasi birer araç olarak kullanmıştır. Yalnızca Birleşik Krallık ve bazı İspanyol bölgelerinde olduğu üzere, çok az sayıda örnekte sağlık hedeflerinin politikadan uygulamaya geçtiği vaki olmuştur. Bu ülkelerin deneyimlerinden bazı dersler çıkartılabilir:

- Sağlık hedeflendirme yaklaşımının yol alabilmesi için birkaç yıl gereklidir.
- Yatırımların geri dönüşünü görebilmek için genellikle uzun vadeli çabalar gereklidir.
- Sağlık hedeflerinin, hükümetin ötesinde mesleki gruplar ve halk dâhilinde kuvvetli dayanakların olduğu geniş bir sosyal zemine oturtulması faydalı olacaktır.
- Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte, sağlık hedeflerine hem halk sağlığı hem de sağlık hizmetleri birlikte dâhil edilmelidir.

1998 Dünya Sağlık Raporu'nda sağlığı etkileyen üç temel global trend bulunduğu (nüfus, ekonomik ve sosyal trendler) belirtildikten sonra, 21. yüzyılın *Herkes İçin Sağlık* hedeflerinde daha iyi bir bakış açısı sunduğu ifade edilmiştir. Burada kastedilen sadece uzun bir ömür değil, daha kaliteli bir yaşam, daha az sakatlık ve hastalıktır.¹¹⁵

Avrupa ülkelerinin yaşadığı hızlı değişiklikler; insanların yaşamlarında ve sağlıklarında derin etkilere yol açmaktadır. Bu durum, sağlık politikalarının ve stratejilerinin hem mevcut şartlara, hem de aciliyet gerektiren eğilimlere cevap verecek şekilde geliştirilmesi ihtiyacı olduğu anlamına gelmektedir. Buradan hareketle halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmak, sağlığı geliştirmek, sağlığın bozulmasını ve hastalıkları önlemek, sağlık için tehlike arz eden sorunları çözüme kavuşturmak amacıyla 2000 yılında Avrupa Birliği üye ülkelerini kapsayan sağlık stratejisi belirlenmiştir.¹¹⁶

Buna göre ilk olarak, vatandaşların, sağlık çalışanlarının, sağlık kuruluşlarının hedef alındığı, kapsamlı bir sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi hedeflenmiştir. İkinci olarak, sağlık sistemlerinin çözmesi gereken sorunları, gözetim, erken uyarı ve hızlı reaksiyon mekanizmalarının kapasitelerini ve aralarındaki iletişimi güçlendirerek ve geliştirerek, hızlı cevap verme ve koordinasyon kapasitesini geliştirmek hedeflenmiştir. Son olarak yeni sağlık stratejisi ile yaygın sağlık teşvik faaliyetlerini geliştirmek ve desteklemek, hastalık önleme faaliyetleri, özel risk azaltma ve yok etme araçları ve sağlığın geliştirilmesi ve hastalığın önlenmesi yoluyla sağlığı etkileyen faktörlerin üstesinden gelinmesi hedeflenmiştir.

Sağlığı geliştirmek için öncelikle ve en önemlisi, özellikle yoksulların muzdarip olduğu yüksek oranda hastalık ve ölüm oranlarının büyük ölçüde azaltılmasına gereksinim duyulmaktadır. İkincisi, insan sağlığını potansiyel olarak tehdit eden sigara, içki, uyuşturucu gibi zararlı maddelerle mücadele

¹¹⁵ Dünya Sağlık Raporu 1998, <http://www.un.org.tr/who/yayinlar/AEK5.htm>

¹¹⁶ European Commission, **The Economic and Social Committee and The Committee of The Regions on The Health Strategy of The European Community**, Brussels: Communication from The Commission to The Council, The European Parliament, com (2000) 285 final, 16/05/2000.

edilmelidir. Üçüncüsü, daha etkin sağlık sistemleri geliştirilmelidir. Bu amaçla da sağlık statüsünü iyileştirecek, sağlık eşitsizliklerini mümkün olduğunca ortadan kaldıracak, etkinliği artıracak, kişileri, aileleri ve toplumları mali kayıplardan koruyacak, sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanında hakkaniyeti güçlendirecek sağlık sistemleri oluşturulmalıdır.¹¹⁷

3.4. REFORMLARIN ORTAYA KOYDUĞU TEMEL ÖNERİLER

Avrupa ülkelerinde sağlık sektörünün karşılaştığı engelleri aşmak üzere ihtiyaç duyulan reformlar, yaşanan paradigma dönüşümü çerçevesinde şekillenmiştir. Bu doğrultuda uygulanan reformların ortaya koyduğu temel önerilere değinmekte fayda vardır.

1970'lerin başı, Avrupa'daki sağlık sistemlerinde reformların yaygın olarak görüldüğü yıllardır. Bu dönemde Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetleri alanındaki reformlar, yoğun ve yaygın olarak hayata geçirilmiştir. Bu nedenle söz konusu dönemi "reformların epidemisi" tanımıyla nitelendirmek mümkündür.¹¹⁸ Bu tanımdan hareketle, 58. ve 59. Cumhuriyet Hükümetleri döneminde Türkiye'de sağlık alanında hayata geçirilen değişim-dönüşüm çabaları ile 1970'lerin başında başlayıp mütemadiyen süregelen Avrupa sağlık sistemlerindeki reform çalışmaları arasında bağ kurulabilir.

Dünya Bankası'nın 1994 yılında hazırladığı bir raporda sağlık reformlarında ortaya koyduğu temel önerileri dört ana başlık altında toplamak mümkündür.¹¹⁹

- 1) Bireyler, yardım kuruluşları, özel sektör sağlık hizmetlerinden sorumlu olmalıdır.

¹¹⁷ Dünya Sağlık Raporu 1999, <http://www.un.org.tr/who/yayinlar/saglik99.html>

¹¹⁸ Richard Freeman, a.g.e., s. 66.

¹¹⁹ World Bank, **Staff Appraisal Report: District Health Services Pilot and Demonstration Project**, Washington, DC: 1994.

- 2) Sağlık hizmetlerinde kamu desteği; sağlığın desteklenmesi ve hastalıklardan koruma ile sınırlandırılmalıdır.
- 3) Merkezi hükümetin rolü politika belirleme ve teknik rehberlikle sınırlandırılarak, hizmetlerin sunumu yerel yönetime ve özel sektöre bırakılmalıdır.
- 4) Özel sektör ve sivil toplum kuruluşları sağlık hizmetlerinin sunumunda temel sağlayıcı olmaları konusunda desteklenmelidir.

Dünya Bankası'nın sağlık reformlarında ortaya koyduğu temel öneriler incelendiğinde, sağlıkta paradigma dönüşümü daha net bir biçimde görülmektedir. Artık günümüzde sağlık hizmetleri kamunun tekelden çıkmakta, bireyler ve "üçüncü sektör" olarak da nitelendirilen sivil toplum kuruluşları sorumlu taraf konumuna sahip olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kamunun rolü yeniden tanımlanmakta, sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu hizmetlerin daha etkin olarak yerine getirilmesi görevi kamu sektörüne verilmektedir. Her alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da desantralizasyonun etkisiyle hizmet sunumu yerel yönetimlere devredilmekte, merkezi yönetimin rolü politika belirleme, planlama, koordinasyon ve denetimle sınırlandırılmaktadır. Sivil toplum kuruluşlarının ve özel sektörün sağlık hizmet sunumunda temel rolü üstlenmeleri konusunda özendirici faktörler devreye sokulmakta ve yeterli destek sağlanmaktadır.

Son on yıl içerisinde Avrupa ülkelerinde politika belirleyicilerin karşılaştıkları sağlık ve sağlık sektörüne yönelik sorunların incelendiği ve temel reform stratejilerinin gözden geçirildiği "European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies" adlı çalışmada reform, hükümetlerin öncülüğünde yürütülen, sürdürülebilir ve yoğun kurumsal ve yapısal değişiklikleri içeren bir dizi açık politika hedeflerine erişmek için geçen süreç olarak tanımlanmıştır.¹²⁰ Bu tanımdan hareketle, sağlık reformlarının ana öğelerini aşağıdaki şekilde süreç ve içerik açısından ele almak mümkündür.

¹²⁰ Richard B. Saltman and Joseph Figueras, a.g.e., s. 3.

Şekil 4. Sağlık Reformunun Ana Öğeleri

→		
S Ü R E Ç	Küçük çaplı veya evrimsel değişim	Yapısal değişim
	Hedeflerin yeniden tanımlanması	Politika hedeflerinde değişim
	Rasgele değişim	Planlı değişim
	Bir kereye mahsus değişim	Sürdürülebilir, uzun dönemli değişim
	Merkezi yönetim önderliğinde değişim	Merkezi ve yerel yönetimin katılımıyla değişim
İ Ç E R İ K	Benimsenen tedbirlerde çeşitlilik	
	Sağlık sistemlerindeki özelliklerin ülkeye has bir biçimde belirlenmesi	

Avrupa ülkelerinde uygulamaya koyulan sağlık reformlarının ana öğelerinin tarifsel bir çerçevesinin verildiği yukarıdaki şekilde de görüleceği üzere sağlıkta paradigma dönüşümüne uygun olarak gerçekleştirilen reformlar, küçük çaplı veya evrimsel değişimden ziyade yapısal olmaktadır. Sağlık reformlarının bir başka ana ögesi de, hedeflerin tek başına yeniden tanımlanması yerine, kurumsal değişimi takiben politika hedeflerindeki değişimdir. Diğer bir öge, tasarlanmamış bir değişimden ziyade planlanmış bir değişimin öngörülmüş olmasıdır. Bir sefere mahsus yapılan bir değişimden ziyade, sürdürülebilir, uzun vadeli bir değişim ise sağlık reformlarının bir diğer ana ögesidir. Son olarak, merkezi ve yerel yönetimlerin önderliğinde yukarıdan aşağıya doğru gelişen politik bir süreç, merkeziyetçiliğin yerini almıştır.

Avrupa sağlık sistemleri içinde önemli bir yere sahip olan İngiltere'deki ulusal sağlık sistemi vergilerle finanse edilen, kamu tarafından yönetilen, aşırı derecede merkezi otoriteyle yerel sorumluluğun bir arada olduğu diğer ulusal

sağlık sistemleri için örnek teşkil etmektedir.¹²¹ 1980 yılından günümüze sağlık alanında çeşitli reform çalışmalarının uygulamada olduğu İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi'nin (NHS) ortaya koyduğu reform stratejilerini güncel olarak aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:¹²²

- a) Altyapının modernizasyonu,
- b) Eğitim ve gelişimin desteklenmesi,
- c) Ulusal standart ve hedeflerin belirlenmesi,
- d) Denetleme ve düzenleme,
- e) Performans bilgilerinin yayınlanması,
- f) Etkin hizmet satın alma,
- g) Hastane ödemelerinin düzenlenmesi,
- h) Personelin artan ihtiyaçlarının karşılanması,
- i) Hasta tercihi,
- j) Yerel demokratik hesap verebilirlik.

3.5. AVRUPA SAĞLIK REFORMU

Avrupa ülkelerinde sağlıkta ve sağlık sektöründe yaşanan sorunlara değindikten sonra, bu sorunlara çözüm bulabilmek amacıyla uygulanan reformların ortaya koyduğu temel önerilere bir önceki başlıkta değinilmiştir. Söz konusu bilgiler ışığında bu bölümde Avrupa sağlık reformları genel olarak değerlendirilecek; daha sonra özet olarak İngiltere, Finlandiya, Almanya, İsveç, İspanya ve İtalya ülke örnekleri ele alınacaktır.

¹²¹ Richard Freeman, a.g.e., s. 36.

¹²² Simon Stevens, "Reform Strategies for the English NHS", **Health Affairs**, Vol.23, Issue 3, May/June 2004.

3.5.1. Sağlık Reformlarına Genel Bakış

Avrupa ülkelerinde sağlık politikalarına yön veren temel olgu, özellikle son yirmi yılda sağlık hizmetlerinin giderek artan talebe yanıt veremez duruma gelmiş olmasıdır. Yüksek sayılara ulaşan kronik hastalıklar ve özürli sayısı, teknolojik gelişme ve yeni geliştirilmiş tedavi yöntemlerine rağmen azalmamıştır. Bir yandan sağlık sisteminde klasik anlamda devlet kontrolündeki sağlık hizmeti sunumuna devam kararı alınırken, diğer yandan sağlık harcamalarının ciddi oranda kısıtlanması anlayışının getirilmek istenmesi, yeterli olmayan sağlık sektörü kaynaklarının "hizmet" gibi kavramlarla etkisinin artıp artmayacağı sorusunu karşımıza çıkarmaktadır.

Genel olarak Avrupa ülkeleri, organizasyonel değişimlerin geniş çaptaki uygulamalarına karşılık "desantralizasyon" kavramını kullanmışlardır. Oysa aynı anda gerek Avrupa gerekse Sovyetler Birliği'nin dağılması oluşan yeni cumhuriyetler, daha açık ya da cesaretli bir ifade biçimi olarak "özelleştirme" kavramını kullandılar. 1990'lı yıllar eski Sovyetler Birliği ve Doğu Avrupa ülkelerinde, ekonomi alanında olduğu gibi sağlık alanında köklü değişimlerin yaşandığı bir dönem olarak göze çarpmaktadır.¹²³ Her ne kadar bir Avrupa ülkesi olmasa da aynı dönemlerde Çin'de de sağlık sektörünün içine düştüğü finansal krizler, sağlık alanında özelleştirmenin ve piyasa koşullarının yerleşmesine neden olmuştur.¹²⁴

Doğu ve Batı Avrupa'nın bakış açılarının sadece terminoloji noktasında farklı olduğunu söylemek bu kargaşayı çözmek için yeterli değildir. Benzer şekilde "reform" sözcüğünün kullanımı da söz konusu kargaşanın bir diğer örneğidir. Reform tüm dünyada kullanılan bir kavramdır; ancak sağlık sistemi reformunu oluşturan global bir anlayış, hatta tanımlama biçimi yok gibi görünmektedir.

¹²³ Christopher Davis, "Reforms and performance of the medical systems in the transition States of the former Soviet Union and eastern Europe", **International Social Security Review**, Vol: 54, Issue 2/3, April-September 2001, ss. 11-12.

¹²⁴ Edward Gu, "Market Transition and the Transformation of the Health Care System in Urban China", **Policy Studies**, Vol. 22, No. 3/4, 2001, s. 197.

Sağlık alanında Avrupa ülkelerindeki sorunlar, çözüm çabaları, değişim ve dönüşüm süreçlerinin benzerlerine diğer kıta ülkelerinde de rastlamak mümkündür. 1990'lı yılların başı Yeni Zelanda'da sağlık reformları alanında birçok konunun tartışıldığı ve analiz edildiği bir dönemin başlangıcı olmuştur. Nitekim 1993 ve 1996 yıllarında sağlık alanında köklü reformlar hayata geçirilmiş ve sonrasında Sağlık Bakanlığı'nın rolünde değişim başta olmak üzere, sağlık hizmetlerinin finansman yapısında değişim yaşanmış, görev tanımlarının gözden geçirilmesi ve basitleştirilmesi gündeme gelmiş, hizmetlerin dağılımında farklılaşmaya gidilmiş, hizmetlere erişim ve öncelikler konusu dikkate alınmıştır.¹²⁵

Sağlık politikaların oluşumu ve bu doğrultuda sağlık reformlarının hayata geçirilmesi konusunda diğer bir ülke örneği de Birleşik Devletlerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ulusal sağlık politikası ile ilgili çalışmalar 20. yüzyılın başlarına kadar gitmektedir ve günümüzde sağlık hizmetleri alanında gelinen noktada, 20. yüzyılın başında atılan ilk adımların payı olduğu iddia edilmektedir.¹²⁶ Bu görüşü de destekleyen şekilde Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık reformlarının 20. yüzyılda başlayıp devam ettiğini ve başlangıçta daha çok toplumun belli bir kısmını ilgilendirdiği, haklarını savunduğu; ancak günümüzde sosyal hareketliliğin de etkisiyle sağlık reformlarının şekil ve içerik itibarıyla değişime uğradığı göze çarpmaktadır.¹²⁷

Amerika kıtasında sağlık reformları uygulamalarına bir örnek de Brezilya'dır. Özellikle Birleşik Devletler sağlık sistem analistleri ve karar vericilerince Avrupa perspektifinde yönelen tipik sağlık politikalarının karşılaştırılmasına ilgi duyulduğu bir ortamda Brezilya sağlık sistemi farklı özelliği ile dikkati çekmektedir.¹²⁸ Yerel aktörlerin bir hayli zayıf kalmasına

¹²⁵ Robin Gauld, "Beyond New Zealand's Dual Health Reforms", **Social Policy & Administration**, Vol.33, No.5, December 1999, ss. 568-581.

¹²⁶ Anne Birn et al., "Struggles for National Health Reform in the United States", **American Journal of Public Health**, Vol.93, Issue 1, January 2003.

¹²⁷ Beatrix Hoffman, "Health Care Reform and Social Movements in the United States", **American Journal of Public Health**, Vol.93, No.1, January 2003, ss. 75-83.

¹²⁸ Paulo Eduardo M. Elias and Amelia Cohn, "Health Reform in Brazil", **American Journal of Public Health**, Vol.93, No.1, January 2003, ss. 44-48.

rağmen, sağlık giderlerinin azaltılması ve teknolojik yatırımlara ağırlık verilmesi, Birleşik Devletler sağlık politikası bağlamında dikkat çeken bir örnek teşkil etmektedir.

Konunun başında da belirtildiği gibi birçok Avrupa ülkesinde sağlık sisteminin yeniden organize edilmesinde “desantralizasyon” kavramı kullanılmış ve bu doğrultuda birtakım uygulamalara gidilmiştir. Desantralizasyon, birçok Avrupa ülkesinde sağlık reformlarının ana konusu olup, hizmet sunumunda gelişmeleri teşvik etmek, kaynakların etkili ve verimli kullanılmasını sağlamak, toplumun sağlıkta önceliklerle ilgili kararlara katılımını sağlamak ve sağlık hizmetlerin erişimde hakkaniyetsizliği azaltmak için etkili bir araç olarak görülmektedir.¹²⁹

Merkezi yönetimin elindeki planlama, karar verme gibi idari yetkilerin bir kısmının yerel yönetimlere, yarı-özerk kamu kurumlarına, meslek kuruluşlarına, üçüncü sektör olarak nitelendirilen sivil toplum kuruluşlarına aktarılması olan desantralizasyonun farklı biçimlerde tanımlanması mümkündür.¹³⁰ Aşağıdaki tabloda desantralizasyon çeşitlerinin bir özeti yer almaktadır.

Tablo 11. Desantralizasyon Çeşitleri

Dekonsantrasyon	Kararlar ve idari mekanizmaları alt yönetimlere devredilir.
Devolüsyon	Kararlar ve idari mekanizmaların oluşturulması, alt politik yapılara devredilir.
Delegasyon	Görev sorumlulukları uygulayıcılara devredilir.
Özelleştirme	Görevler özel sektöre devredilir.

Yukarıdaki tabloda da özetlendiği şekilde, *idari desantralizasyon* olarak da tanımlanabilecek *dekonsantrasyonda* karar alma daha düşük bir idari seviyeye transfer edilmektedir. *Politik desantralizasyon* olarak da

¹²⁹ Richard B. Saltman and Joseph Figueras, a.g.e., s. 43.

¹³⁰ Bilal Eryılmaz, *Kamu Yönetimi*, İstanbul: Erkam Matbaası, 2002, s. 77.

nitelendirilen *devolüsyon* sürecinde ise, karar alma daha düşük bir politik seviyeye transfer edilmektedir. *Delegasyonda* görevler, daha düşük idari seviyedeki aktörlere tahsis edilmektedir. Son olarak *özelleştirme* sürecinde görevler, kamu sektöründen özel sektöre transfer edilmektedir.¹³¹

Anglo-Sakson ülkelerinde ve Kara Avrupası ülkelerinde 1980'lerden, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde ise 1990'lardan başlayarak idari, siyasi ve ekonomik alanlarda gözlenen desantralizasyonun faydaları olduğu gibi sakıncalarının da bulunduğu ortadadır.¹³² Aşağıdaki tabloda desantralizasyonun olumlu ve olumsuz yönleri özetlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 12. Desantralizasyonun Olumlu ve Olumsuz Yönleri

	Olumlu Yönler	Olumsuz Yönler
Dekonsantrasyon	Merkezi harcamalar azalma	Uygulamada kabul edilemez olaylar
Devolüsyon	Daha fazla toplum katılımı	Politik denetimin yitirilmesi
Delegasyon	Daha hızlı uygulama	Kalite ve etkide standart düşüklüğü
Özelleştirme	Politik yapılardan uzaklaşma	Özel sektörde tekelleşme ve pazar başarısızlığı

Yukarıdaki tabloda (Tablo 11. Desantralizasyon Çeşitleri) dört çeşit olarak ele alınan desantralizasyonun olumlu ve olumsuz yönlerini, bu dört çeşit altında tek tek ele almakta fayda vardır. Buna göre merkezden yönetim birimlerine duyulan gereksinimin azalması ve yerel yenilik uygulamaları gibi yararları bulunmasına karşın dekonsantrasyonun uygulamada istenmeyen sonuçlar doğurabileceği de muhtemeldir.

¹³¹ E. Borgenhammer, *At varda liv: organisation, etik, kvalitet (Looking after life: organization, ethics, quality)*, Stockholm, SNS Förlag, 1993'den Richard B. Saltman and Joseph Figueras, *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*, Ankara: SB SPKG Yayını, 1998, s. 45.

¹³² Hüseyin Gül ve Hüseyin Özgür; "Ademi Merkeziyetçilik ve Merkezi Yönetim – Yerel Yönetim İlişkileri", Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür (ed.), *Çağdaş Kamu Yönetimi*, Cilt II, Ankara: Nobel Yayınları, 2004, s. 175.

İkinci olarak devölüsyonun yerel karar alma gücünün artması, daha fazla etkinlik kazanılması ve daha az merkezi güç gibi olumlu yönlerine karşılık, politik kontrol yetersizliği gibi riskleri de bulunmaktadır. Bir diğer nokta daha hızlı uygulama imkânı bulunan delegasyonun, daha az profesyonellik, örgütlerin parçalanması ve bölünmesi durumunda kaliteyi ve verimliliği sağlamada zorluk benzeri olumsuzlukları bulunmaktadır. Son olarak karar alma mekanizmalarını etkin kılan özelleştirmenin, güçlerini kötüye kullanabilecek özel sektör tekellerinin doğmasına zemin hazırlayabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Kamu sektörüne yönelik reformların şekillenmesinde kamu-özel sektör ayrımı kesin olmadığı gibi, tamamen özel sektöre has girişim teknikleri de bulunmamaktadır. Ülkeler arasında veya tarihsel süreç içerisinde düşünce, kültür ve ideoloji farklılıkları, kamu sektörüne yönelik reformlardaki farklılıkların temelini oluşturmaktadır.¹³³ Aşağıdaki şekilde kamu sektörüne ait temel doktrinler özet olarak sunulmaktadır. Buna göre kamu sektörü geleneksel bürokratik düşünce ve organizasyon yapısından, mesleki değer ve standartların hâkim olduğu profesyonelize doğru değişim yaşamaktadır.

Şekil 5. Kamu Sektörü Hakkında Temel Doktrinler

Kamu Sektörü	Geleneksel Bürokrasi	Yeni Kamu Yönetimi	'Japon' Organizasyon Modeli	Profesyonizm
Temel Motivasyon Noktası	Görev	Kişisel yarar	Örgüt ruhu	Mesleki değerler
Temel Denetleyici Araç	Denetim ve otorite	Sözleşme ve mükâfatlar	Örgütle özdeşlik hissinin çekiciliği	Mesleki standartlar

¹³³ Mick Moore, **Public Sector Reform: Downsizing, Restructuring, Improving Performance**, Geneva: WHO Division of Analysis, Research and Assessment, 1996, s. 2.

Dünya Sağlık Örgütü çalışmalarında “Avrupa Sağlık Reformu” sistematik yapısal bir değişimle sonuçlanabilecek dinamik bir atılım olarak tanımlanmıştır. Sağlık politikalarında yapılan reformların sonucu olarak Batı Avrupa için ne gibi yenilikler getirdiği incelendiğinde, öncelikle daha etkin ve daha hakkaniyetli bir sağlık hizmeti sağlayabilecek finans desteğine alternatif stratejiler oluşturdukları görülmektedir.

Gerçekten de etkin ve hakkaniyetli bir sağlık hizmeti sunumu noktasında, sağlık sistemlerinin performansının iyileştirilmesinde özel sektörün potansiyel gücünün bulunduğu; fakat bunun gerçekleşmesi için kamu sektörünün uygun teşvik ve yeterli bilgi fonksiyonlarını yerine getirmeleri gerektiği hususuna dikkat çekilmektedir.¹³⁴

Bir ülkenin sağlık sisteminin performansının sorumluluğu siyasi iktidarda bulunmaktadır. Özel sektör, sağlık sistemi performansını iyileştirmede olumlu rol oynama potansiyeline sahiptir. Fakat bunun gerçekleşmesi için kamu sektörünün de üzerine düşen görevleri yerine getirmesi zorunludur.

3.5.2. Sağlık Reformu Örnekleri

Günümüzde gerek gelişmiş ülkelerde, gerekse de az gelişmiş ülkelerde olsun sağlık sistemlerinde büyük değişimler yaşanmaktadır. Sağlık kavramının son derece önem kazandığı bu dönemde sağlık sistemleri daha fazla sorgulanmakta; ülkeler kendi yapılarına uygun sistem arayışına gitmektedirler.

Sağlık ve sağlık sektöründeki sorunlara genel tepki olarak her ülke, sağlık sisteminin farklı seviyelerinde politik tercihleri hayata geçirmek için geniş çapta stratejiler geliştirmiştir. Reformların ortaya çıkışında ve

¹³⁴ Dünya Sağlık Raporu 2000, <http://www.un.org.tr/who/yayinlar/DSO2000.html>

uygulanmasında ülkelerin yapısal, toplumsal ve kültürel özellikleri de kuşkusuz etkili olmaktadır. Tüm bunları göz önünde bulundurarak bu başlık altında Avrupa sağlık reformları kapsamında, İngiltere, Finlandiya, Almanya, İsveç, İspanya ve İtalya ülke örnekleri özet olarak ele alınacaktır.

3.5.2.1. İngiltere

İngiltere ulusal sağlık sistemi vergilerle finanse edilen, kamu tarafından yönetilen, aşırı derecede merkezi otoriteyle yerel sorumluluğun bir arada olduğu diğer ulusal sağlık sistemleri için bir örnek teşkil etmektedir. 1980 yılından günümüze sağlık hizmetleri alanında gelinen nokta ve uygulamaya koyulan sağlık reformları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.¹³⁵

Tablo 13. İngiltere Sağlık Sisteminde Reform Çalışmaları

1980	Sağlık Hizmetleri Kanunu <ul style="list-style-type: none"> • Sağlık otoritesinin nakit ödemelerinde sınırlama yapması sağlanmıştır. • Sağlık Hizmetleri İdaresi ve Bakanlığın kontrolünün kaldırılmasıyla özel sektörün gelişmesine engel olan düzenlemeler hafifletilmiştir.
1981	• Devlet tarafından özel sağlık sigortasında işçilere prim indirimi yapılmıştır.
1982	• Rayner NHS'in etkililiğini incelediği raporunu açıkladı.
1983	• Sağlık yöneticileri için performans kriterleri tespit edildi. • Yardımcı hizmetler için zorunlu performans dayalı ödeme sistemine geçildi.
1986	• Kaynak yönetimi inisiyatifi hastanelere verildi. Bütçe sorumluluğu klinik yönetimlerine geçti.
1988	Sağlık ve Tıp Kanunu <ul style="list-style-type: none"> • Göz testi ve diş kontrolü hizmetleri ücretlendirildi.
1990	NHS ve Topluluk Bakımı Kanunu <ul style="list-style-type: none"> • Yönetimsel anlamda otonomiye sahip hastanelerin oluşturulmasıyla sağlık hizmetlerinde ödemeyi yapan ve hizmeti sunan kurum ayrımı gerçekleştirilmiştir.
1997	Modernising Government White Paper The New NHS <ul style="list-style-type: none"> • Sağlık otoriteleri, yerel sağlık ihtiyaçları ve sağlık hizmetlerinin stratejik planlarını da içerecek şekilde sağlığın geliştirilmesi programlarından sorumlu tutulmuşlardır. • Birinci basamak sağlık hizmetleri grupları aile hekimleri ve hemşirelerden oluşmaktadır. Bunlar NHS ile uzun dönemli anlaşmalar yaparak, kademeli olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda doğrudan rol almışlardır.

¹³⁵ Richard Freeman, a.g.e., ss. 69-70.

3.5.2.1.1. Sağlık Sistemi ve Mevcut Sorunlar¹³⁶

İngiltere’de uzman hekimlere ulaşmayı kontrol altın alan ve 24 saat boyunca ücretsiz olarak pratisyen hekimlere ulaşılabilen sağlık hizmeti sistemi vardır. Genel olarak pratisyen hekimlerin hasta uzman hekime ulaşmadan yaptıkları bu geçiş kapısı fonksiyonu (gatekeeper) NHS’nin nispeten düşük olan giderlerine büyük oranda katkıda bulunmuştur. İngiltere’de nüfusun yaklaşık %97’si bir pratisyen hekime bağlıdır.

1990’ların başında uygulanan reformlar NHS içinde otoriteyi merkezci olmaktan çıkarıp, işletmede etkinliği artırmak ve hasta ihtiyacını karşılamada artışı hedefliyordu. Buna karşın bu reformlar eleştiriler de aldı. Örneğin Pollack NHS vakıf hastanelerinin yöneticilerini bekleyen iki sorundan söz etmiştir:

- 1- Kronik fon eksikliği,
- 2- Net bir strateji olmadan uygulanan sıkı devlet kontrolleri.

İkinci sorun, yerel düzeyde koruyucu tedavi ile üçüncü basamak bakım arasında uyumsuzlıklara neden olmuştur. Buna ek ve belki de daha önemli olarak, özel sağlık sektörünün büyümesi NHS’nin “hastanın özel hastanelere ulaşılabilirliği ve ödeme gücüne göre değişik standartlarda hizmet vermeyi” içeren çoklu bir sistem yaratmış olmasıdır. Ham ise, buna karşın daha dengeli bir bakış açısı gözetmiştir. Ham’a göre ilk bakıma önem veren ve pratisyen-uzman hekim işbirliğine dayalı bir sistem, sağlık hizmetinin kalitesini arttıramazdı. Güç dengesinin hastanelerden sağlık otoriteleri ve pratisyen hekimler arasındaki ittifaka kaydığını savundu. Buna karşın NHS’ye ayrılan fonun azaltılmasının ciddi sonuçlar yaratabileceğini öne sürmüş ve

¹³⁶ European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, **Health Care System in Transition: United Kingdom**, Copenhagen: 1999.

fonların kısıtlanmasının ortaya çıkardığı olumsuz tablo yeni bir dinamizm ortaya çıkarmıştır. Bu dinamizm, hastane işletmelerinin yılın geri kalan dörtte birinde kontratlarını doldurmaları ve pratisyen hekimlerin hastalarına sunamadıkları hizmetler nedeniyle acil önlemler konusunda sağlık otoritelerine yaptıkları baskılardır.

İktidardaki İşçi Partisi, NHS'de kontrollü rekabetle ilgili olarak yeniden düşünülmesi gereken yönlerle karşı karşıya kalmıştır. 1997 Aralığında Başbakan Tony Blair'in hazırlattığı White Paper, NHS'de ilk olarak kanıta dayalı bir hizmet çerçevesi geliştirmeyi, kaliteli hizmet sunumu ve maliyet azaltan klinik mükemmelliği yakalayacak bir ulusal kurum oluşturmayı öngörmüştür. Tüm hastane ve sağlık hizmetleri için fon sağlama ve genel uygulamaların altyapısı "Alt Bölge Sağlık Yönetimi" ve ilk düzey sağlık hizmet sunucuları düzeyinde tek kanatta toplanacaktır.¹³⁷

Hükümet NHS dâhilinde kişi başına tedavi giderlerini arttırmayacak bir ulusal program geliştirmeyi planlamıştır. Performansı artırıcı ödüllendirme, uygulamadaki başarısızlıklara belirli yaptırımlar getirilmesi ve etkinlik standartları da planlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ve yüksek kalitesi öncelikli konular olmuştur.¹³⁸

İngiltere'de 1980'lerde başlayan uygulamaların üstü kapalı bir özelleştirme olduğu sıklıkla iddia edilmektedir. 1979 yılında İngiltere'de nüfusun %5'i özel sağlık sigortalarına prim öderken, bu sayı 1987 yılına gelindiğinde %10'a yükselmiştir. 1989 yılında ise bu oran %13'e ulaşmıştır. 1980'lere gelinene dek İngiltere'de özel hastanelerin sistem içindeki yeri çok sınırlıydı ve genel uygulama özel sağlık sigortalı vatandaşlar ikinci basamak sağlık hizmetini daha dar bir çevreden almaktaydı.

¹³⁷ Department of Health, **The NHS Plan: A plan for investment, A plan for reform**, London: Department of Health, July 2000.

¹³⁸ Wilson Firth, "Tasking The Dinosaur: Managerialism in the National Health Service", **Critical Quarterly**, Vol.44, Issue 4, Winter 2002.

1981 yılında başlatılan özelleştirme sürecine paralel olarak sağlık hizmetlerinde de 1992 yılındaki değişiklikleri izleyen dönemde özellikle taşıma, yemek, temizlik vb. alanlarda belirgin bir özelleştirme dönemi başlamıştır. 1993 yılında yürürlüğe giren ve İngiltere'nin de imzaladığı Avrupa Birliği Hizmetler Yönergesine göre ihaleye açılan kamu hizmetleri tüm Avrupa Birliği ülkelerine duyurulmak zorundadır. 1996 yılından itibaren de söz konusu yönerge, sağlık hizmetleri alanında kısmen uygulanmaya başlamıştır. Bu doğrultuda NPM (New Public Management / Yeni Kamu Yönetimi) anlayışının sağlık hizmetlerine yansımalarına yönelik daha kapsamlı analizler sonucu, söz konusu hizmetlerin daha ciddi bir şekilde sorgulanmasının yolu açılmıştır.¹³⁹

1998 yılından itibaren NHS tröstlerinin çalışma alanları sınırlandırılmış, yeni tröstlerin oluşmayacağı bildirilmiş ve bütçe sahibi "genel pratisyenlik" uygulamasının sonlandırılmasına karar verilmiştir. Bu yeni uygulamanın anlamı, NHS'de gizli özelleştirme olarak nitelendirilen uygulamalara son verilmesi olarak ifade edilebilir.

3.5.2.1.2. Reform Uygulamaları¹⁴⁰

Hedeflerle meşgul olma süreci, İngiltere'de son on yıl gibi bir süredir sağlık alanı da dâhil olmak üzere, kamu politikalarının önemli bir parçası haline gelmiştir. Hedefleri de içine alan ilk İngiliz sağlık stratejisi 1997 yılında ortaya çıkmıştır. Oluşturduğu etki önemsiz sayılabilecek ölçüdedir ve belirlenen hedeflerin çok azına ulaşılmıştır. Daha yakın zamanda oluşturulmuş olan sağlık stratejisinin etkisini değerlendirme imkânı bulunmamakla henüz birlikte, temel olarak hasta tabanlı bir model çizmesi

¹³⁹ Paul Cairney, "New public management and Thatcher healthcare legacy: enough of the theory, what about the implementation?", *British Journal of International Relations*, Vol.4, No.3, October 2002.

¹⁴⁰ David J. Hunter; "England", Marshall Marinker (ed.), *Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise*, London: BMJ Books, Mart 2002, ss. 66-76.

bakımından eleştirilere hedef olmuştur. Ayrıca, Şubat 2001'de, iki ulusal sağlık eşitsizlikleri hedefi ilan edilmiştir.

Sağlık hedeflerinin etkileri Birleşik Krallık'ta çok da geniş araştırmalara konu olmamıştır. İlk sağlık stratejisi ve hedeflerine dair yapılan bir değerlendirme sonucunda, bunların her ne kadar öncelik ve odak noktası belirleme adına faydaları olabilecekse dahi, eğer sembolik değer ötesine çıkmaları isteniyorsa, bazı konuların ele alınması gerektiği ortaya çıkmıştır.

Hükümetin, hedeflere olan ilgisinin mekanik denilebilecek işletim tarzı ve performans yönetimine dair sıkı anlayışıyla birleştirmiş olması hakkında çokça eleştiri yapılmıştır. Eğer bir hükümet hedefleri, sağlık hizmetlerini mikro düzeyde yönetmek maksatlı olarak kullanırsa, yöneticiler rollerini karıştırır ve yapmaları gereken asıl işten uzaklaşmalarına neden olur. Bunun yerine, zaman ve çabalarını merkezden empoze edilmiş hedefleri karşılamada sarf ederler. Bunun da, yerel düzeyde yenilikleri ve yaratıcılığı söndürmek gibi bir etkisi olabilir.

Sağlık politikası yapımcılarının karşılaşılabilecek oldukları zorluklardan biri de, kolay veya basit çözümleri olmayan karmaşık konularla baş etmek için gerekli yaratıcılığa set vurmaksızın veya bunu başka şekillerde yönlendirmeksizin hedeflere olan ihtiyacı ne şekilde dengeleyebilecekleri hususudur. İngiltere'de optimal dengenin sağlanması adına daha kat edilecek uzun bir mesafe vardır. Nitekim sağlık politikalarında önemli değişimler getirmek için, mümkün olduğunca olanakların artırılmasının faydalı olacağına dair bakış açısı önerileri dikkati çekmektedir.¹⁴¹

¹⁴¹ Nancy Harding and Mark Learmonth, "Thinking Critically: The Case of Health Policy Research", *Technology Analysis & Strategic Management*, Vol.12, No.3, 2000.

3.5.2.2. Finlandiya

Finlandiya'da eğitim ve sağlık gibi temel hizmetler, yerel yönetimler tarafından planlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin planlanmasını ve düzenlenmesini içeren kararlar belediye hükümeti, belediye meclisi ve sağlık kurulu tarafından alınır. 1991 yılında ülke geneli 21 hastane bölgesine ayrılmıştır. Her hastane kendi bölgesinde hastane hizmetlerini sağlamakla sorumludur. Belediyeler bir hastane bölgesinin üyesi olmak zorundadır. Genellikle belediyeler bağlı oldukları hastane bölgesindeki hastanelerden hizmet satın alırlar.

Finlandiya sağlık sistemi merkeziyetçilikten uzak bir yapıdadır. Seçimle göreve gelen belediyeler sağlık hizmetlerinin planlanmasından sorumludurlar ve bu görevi yerine getirirken de büyük oranda merkezi yönetimin baskısından uzaktırlar.

Bu başlık altında öncelikle genel çerçevesi çizilmeye çalışılan Finlandiya sağlık sistemi ve mevcut sağlık sorunlarına değinilecek, daha sonra bu problemler karşısında uygulamaya koyulan reform uygulamaları özet olarak ele alınacaktır.

3.5.2.2.1. Sağlık Sistemi ve Mevcut Sorunlar¹⁴²

Avrupa içerisindeki en büyük ülkelerden biri olan Finlandiya'nın hali hazırda nüfusu 5,2 milyon civarında olup; 15 yaşının altındaki çocuklar toplam nüfusunun %18'ini, 65 yaşın üzerindeki ise %15'ini teşkil etmektedir. Sosyal refah hizmetlerinin ve koruyucu hekimlik ortamının teşkilatlandırılması ve finanse edilmesi Finlandiya'da çoktandır bir kamu sorumluluğu olarak kabul edilmiştir.

¹⁴² Seppo V. Koskinen and Tapani A. Melkas; "Finland", Marshall Marinker (ed.), **Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise**, London: BMJ Books, Mart 2002, ss. 82-92.

Nüfus sağlığı son on yıllar içerisinde ciddi oranda ilerleme kaydetmiştir. Tek istisna olan intiharlar hariç olmak üzere, son 30 yıl içerisinde anne karnında ölümlerde ciddi anlamda düşüş yaşanmıştır. Bebek ölümleri dünyada en düşük oranlarda seyrederken, doğumda ortalama yaşam süresi rakamları hızlı bir şekilde artış göstermiştir.

İyiye giden bu tablo ulusal yaşamdaki birçok değişikliğin sonucu olmuş olsa da, sağlıkta sosyo-demografik farklılıklar halen önemli bir endişe konusu olup, şimdiye kadar sağlık politikası alanında yapılan çalışmalara karşı bir direnç göstermiştir.

Finlandiya sağlık sistemi 1980'li yılların ortalarına kadar büyük ölçüde merkezi bir yapıdaydı. Devlet ödenekleri yalnızca ulusal programda belirtilen projelere ayrılıyordu. Belediyelerin her ne kadar diğer politikaları kendi bütçelerince karşılama imkânı olsa dahi bu durum nadiren gerçekleşmiştir.

1980'li yılların sonları ve 1990'lı yılların başlarında, Finlandiya halk sağlığı sektörünü şekillendiren etken, merkezilikten giderek uzaklaşılması olmuştur. Planlama ve yönetim sistemlerindeki değişiklikler, hedeflerin sağlık politikasında birer araç olarak kullanılması üzerinde durulmasına neden olmuştur. Artık hedeflerde keskin bir hiyerarşi söz konusu değildi ve bunlara ulaşmada kullanılacak araçlar durum neyi gerektiriyorsa o şekilde sıralanacaktı. Daha çok, konu üzerinde geniş yayımlı bir bağlılık ve mutabakat ortamı oluşturma üzerinde duruluyordu.

Finlandiya sağlık politikasında, kesin olarak tanımlanmış sağlık hedeflerinin nispeten daha ufak bir rolü olmuştur. Zira kesin sonuçlara yönelik olarak belirlenmiş hedeflerde yaşanan tecrübeler hiç de bunu teşvik edici nitelikte değildi. Çoğuna ulaşılamamış ve bazı durumlarda da elde edilen sonuçlar, aslında başta amaçlanan sonuçlar olmamıştı. Hakkında hemfikir olunan kilit çıkarım ise, hedeflerin istenilen sonuçlara ulaşması için, hedef belirleme sürecinin etkili eylem programlarıyla takviye edilmesi gerektiği idi.

DSÖ Avrupa Ofisi tarafından önerilen 38 hedefin çoğu, aslında Finlandiya için çok da gereçli değildi. Dolayısıyla bunlar yerine, politikaların yönünün belirlenmesi üzerinde yoğunlaşılması ve bunlara olan bağlılığın temin edilmesi gerektiği kararı alınmıştı. Uluslararası bir inceleme grubunun, sayıya dökülmüş sonuç hedeflerinin değerine vurgu yapan tavsiyesine rağmen, Finlandiya İcra Kurulu, "hedefleri rakamlara değil eylemlere odaklama kararı almıştır".

Yine de, haklarındaki bazı çekincelere rağmen, bazı sayısal sonuç hedeflerine, yeni ulusal halk sağlığı programı olan, Fin HFA 2000 kapsamında merkezi bir rol verilmiştir. Bu strateji belgesinde dört genel amaç belirtilmiştir:

- Ömre yıl katmak
- Ömre sağlık katmak
- Yıllara ömür katmak,
- Nüfus grupları arasında sağlık farklarını azaltmak.

3.5.2.2.2. Reform Uygulamaları¹⁴³

Finlandiya'da sağlık hizmetleri alanında temel bir reform olmasa da, belirli problemleri çözmek için birçok değişiklik yapılmıştır. Örneğin, bekleme süresini azaltmak için birtakım girişimlerde bulunulmuştur. Hastane ve yatak sayısı diğer birçok ülkeden fazla olan Finlandiya'da sağlık reformlarının bir amacı da, hastanelerin ve diğer kurumsal hizmet çeşitlerinin sayısını azaltmak, ayakta ve evde bakım hizmetlerini geliştirmek olmuştur.

¹⁴³ Ana Rico and Teresa Cetani (ed.), **Health Care Systems in Transition: Finland**, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen: 2002.

Genel olarak yakın geçmişte bütün ülkede kurumsal hizmetlerde bir düşüş gözlenmiştir. Bu durum temelde gezici sağlık hizmetlerinin etkili olarak kullanılması sonucu ortaya çıkmıştır. Kurumsal sağlık hizmetlerinden gezici sağlık hizmetlerine geçiş sürecinde altyapı ve evde bakım hizmetlerinin hazır olması, geçiş sürecini olumlu yönde etkilemiştir.

Ülkenin tümünü kapsayan Ulusal Sağlık Programı (HFA) 1986 yılında yayımlanmıştır. Programın özü, daha sağlıklı hayat standardının sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerindeki sorunlarda azalma ve uygun sağlık hizmeti sisteminin geliştirilmesiydi. Yayımlandığı günden bugüne Ulusal Sağlık Programı, Finlandiya sağlık politikalarının temelini oluşturmuştur.

DSÖ Avrupa Bölgesi Bürosu, Finlandiya Ulusal Sağlık Programı hakkında bir değerlendirme yapmış ve 1991 yılında bir rapor yayımlamıştır. Bu raporda Finlandiya sağlık sisteminin güçlü yönleri ve başarısız olduğu konulara işaret ediliyordu. Söz konusu Program DSÖ'nün önerileri doğrultusunda yeniden gözden geçirilmiş ve ülkenin sağlık politikasının gelişmesinde temel olarak 1992 yılında onaylanarak uygulamaya koyulmuştur.

3.5.2.3. Almanya

Alman sağlık sistemi 1883 yılında Parlamento tarafından ülke genelinde uygulanmak üzere hazırlanan zorunlu sağlık sigortasının çıkışına dayanır. Almanya, ulusal bir sosyal güvenlik sistemini kabul edip uygulayan ilk ülke olma özelliğini taşımaktadır. Zorunlu sigorta esasına dayalı sağlık sisteminin ana öğeleri 1990'lara kadar yaklaşık 100 yıl süresince çok az değişikliğe uğrayarak, Federal Almanya'nın pek çok bölgesinde uygulanmıştır.

Doğu Almanya'da ise 2. Dünya Savaşı'nı müteakiben kamu destekli sağlık yapılanmaları ağırlık kazanmıştır. 1991 yılında Doğu ve Batı Almanya'nın birleşmesiyle birlikte, bölgeler arasındaki farklılıkların kaldırılmasına yönelik köklü değişikliklere gidilmiştir.

Kısa bir girişin ardından bu başlık altında Almanya sağlık sistemi hakkında genel çerçeve çizilmeye çalışılacaktır. Daha sonra sağlık ve sağlık sektörünün karşı karşıya kaldığı sorunlara değinildikten sonra, uygulanan reform çalışmaları hakkında özet bilgi verilmeye çalışılacaktır.

3.5.2.3.1. Sağlık Sistemi ve Mevcut Sorunlar¹⁴⁴

Almanya'da sağlık politikası kapsamındaki sorumlulukların, kendi güç ve etkilerini muhafaza etme konusunda hırslı olan farklı aktörlerce paylaşılmış olması nedeniyle, farklı tüm siyasi düzeylerde sağlık hedeflemesinin bir politika aracı olarak gereği ve değeri hakkında belli bir uzlaşma sağlanması konusunda ciddi zorluklar yaşanmış ve halen yaşanmaktadır. Almanya'da sağlık sistemlerinde dikkat edilmesi gereken ana unsurlar şunlardır:

- Federal Hükümet ile 16 ülke arasında güç ve yetki paylaşımı;
- Yasal sağlık sigortacıları ve satın alıcı tarafında sağlık fonları gibi hükümet dışı müstakil kurumlara yetki vekâleti;
- Halk sağlığı hizmetleri ile sağlık hizmetleri arasında açık bir kurumsal ayırım.

Almanya'daki gibi çoklu bir sistemde işbirliği aracı olarak öncelikli bir takım sağlık hedeflerinde ihtiyaç olduğu artık kabul edilen bir gerçektir. Bunun yanında, sağlık hedeflerinin bir de, sağlık hizmetleri sisteminde uzun

¹⁴⁴ Hans Stein; "Germany", Marshall Marinker (ed.), **Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise**, London: BMJ Books, Mart 2002.

müddet baskın olmuş olan salt mali ve iktisadi göstergelere karşı mukabelede bulunmak gibi bir potansiyelinin olduğu da düşünülmektedir.

Almanya'da sağlık hedefleri geliştirmeye yönelik ilk adım 1983 ile 1993 yılları arasında merkezi hükümet tarafından atılmıştır. Bu girişim oldukça kapsamlı ve sistematik bir şekilde gerçekleştirilmiş olmasında rağmen, başarısız olmuştur. Bu başarısızlığın sebepleri şunlardır:

- Siyasi öncelik olan birleştirme politikasının daha baskın olması;
- Siyasi cenahtan yetersiz ilgi;
- Sürecin aşırı olarak yukarıdan aşağıya doğru işlemiş olması;
- Neredeyse ilgili tüm konuların, öncelikler belirlenmeksizin işlenmeye çalışılmış olması;
- Tüm aktörler ve paydaşlar tarafından yeterli tam katılımın sağlanamayışı;
- Hedeflere açık bir ortamın olmayışı.

1997 yılında çok daha geniş tabanlı yeni bir girişimde bulunulmuştur. Bunun arka planında, sonuç-bağlantılı sağlık hedeflerinde giderek artan bir mutabakat yer almaktadır. Bu süreç daha çok bilimsel yayımlar ve ülke düzeyinde sağlık hedeflemesi faaliyetlerinden etkilenmiştir.

Gerçekçi sağlık hedeflerini içeren belli bir sıralamaya dayanarak oluşturulan uygulama stratejisi şu anda hazırlık aşamasındadır. Her ne kadar daha çözülecek sorunlar varsa dahi, Almanya'nın sağlık hedeflerinin gerçekleşeceğine dair ümit vardır.

Dünyanın en pahalı sağlık sistemlerinden birine sahip olan Almanya'da sağlık sektöründe birden fazla aktör söz sahibidir. Devletin düzenleyici ve denetleyici rolünün şekillendirdiği sağlık sisteminde hizmet sunumu kamu sektörü, özel sektör ve üçüncü sektör olarak nitelendirilen sivil

toplum kuruluşlarınca yürütülmektedir. Vatandaşlar ve sağlık sigorta kuruluşları da, sağlık sisteminin belirleyici unsurları olarak öne çıkmaktadır.¹⁴⁵

3.5.2.3.2. Reform Uygulamaları¹⁴⁶

Birleşmeden sonra Almanya'nın sağlık alanında karşı karşıya kaldığı problemlerden biri de eski Doğu Almanya'daki sağlık hizmetlerinin sisteme entegrasyonu ve finansmanını sağlamak olmuştur. 1991 yılında başlatılan sağlık reformlarında Batı Almanya'nın desantralize sağlık hizmetleri sistemi örnek alınmıştır. Bu modele göre nüfusun %60'ı zorunlu sağlık sigortası kapsamındaydı ve bu nüfusa yerel hastalık fonları tarafından hizmet veriliyordu.

Almanya'nın sağlık alanında karşılaştığı diğer bir sorun yaşanan nüfustur. Nüfusun yaşlanıyor olması "çalışırken ödeme" yöntemi ile işleyen sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin finansmanını sıkıntıya sokmaktadır.

Hastanelerde kalış süresi ortalaması yüksek olmasını, hastane ve yatak kapasitesini ve yatırımları planlamakla yükümlü eyalet hükümetlerinin finansmandan sorumlu olmamaları ile birlikte ayakta tedavi ile hastanede yatarak tedavi arasında kalite ve memnuniyet açısından farklılık bulunması şeklinde yorumlamak mümkündür. Gerçekten de bakım evleri ve vatandaşların uzun süreli evde bakım hizmetlerini sağlamada problemlerle karşı karşıya bulunmaktadır.

Sağlık harcamalarının ve sağlığa bütçeden ayrılan payın giderek artması sebebiyle 1992 yılında sağlık hizmetlerinde yapısal bir reform yapılmıştır. Hastanelerin sunduğu hizmetin maliyetini düşürmeye yönelik ilk

¹⁴⁵ Martin Pfaff and Dietmar Wassenger, "Germany", *Journal of Health Politics, Policy & Law*, Vol. 25, Issue 5, October 2000, ss. 907-913.

¹⁴⁶ European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, *Health Care System in Transition: Germany*, Copenhagen: 2000.

ciddi adım olan bu reform, son 20 yıl süresince kullanılan hastane finansman sisteminin unsurlarında değişiklik getirmiştir. Örneğin hastane işletme maliyetlerinde tüm tutarın ödenmesi kaldırılmış ve Federal Sağlık Bakanlığı tarafından her hastane için 1993-1995 yılları arasında bütçe belirlenmesi gerekli kılınmıştır.

1997 yılında sağlık sigortası alanında yeniden yapılanmayı öngören kanun kabul edilerek yürürlüğe konmuştur. Bu düzenleme ile tedavi ve bakım süresi standartları uygulamadan kaldırılmıştır, böylelikle sağlık hizmetleri alanında daha fazla işgücüne ihtiyaç duyulmuştur.

Artan sağlık harcamalarının bütçeye getirdiği yükün olumsuzlukları karşısında, 2004 yılı başında uygulamaya koyulan sağlık reformları ile devlet harcamalarında yılda 142 milyar € tasarruf hedeflenmiştir. Sağlık fonlarına ayrılan tutarda ise 2007 yılına kadar yıllık 23 milyar € kesintiye gidileceği belirtilmiştir. Doğu ve Batı Almanya'nın 1990 yılında birleşmesinden beri gerçekleştirilen en büyük sosyal güvenlik ve sağlık reformu sonucunda sağlık sektöründe verimliliğin artacağı, harcamaların azalacağı ifade edilmiştir.¹⁴⁷

3.5.2.4. İsveç

Bu başlıkta özet olarak İsveç sağlık sistemi, mevcut sağlık sorunları ve reform uygulamaları hakkında bilgi verilmeye çalışılacaktır.¹⁴⁸

İsveç her ne kadar, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin 38 hedefe yönelik fikirlerini heyecanla kucaklamış olsa dahi, sağlık hedeflerinin ulusal politikadaki rolü esasında çok da büyük olmamıştır. Ulus-altı düzeyde bir takım çabalara imza atılmış olunmasıyla birlikte, yerel -yani İsveç için temel-

¹⁴⁷ Almanya'da Sağlık Sistemine Reform, **Avrupa Birliği Mektubu**, IBS Research & Consultancy, Sayı:11/03, 25 Temmuz 2003, <http://www.ibs.eu.com>, [yazar yok.]

¹⁴⁸ Claes Örtendahl; "Sweden", Marshall Marinker (ed.), **Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise**, London: BMJ Books, Mart 2002.

düzeyle hedefleme yapmanın rolü 38 hedef hakkında yapılan tartışmada çekimsel bir tavrda ele alınmıştır. İşte bu durum, İsveç'te DSÖ hedef belirlemesinin nispeten kısıtlı denebilecek etkisini açıklayabilir.

İsveç'te hedef belirlemenin rolünü 'zımnî' diye nitelendirmek mümkündür. Sağlık verileri kapsamlı bir tablo ortaya koyduktan sonra artık, bunlar hakkındaki tartışma da, hedeflerin yasallaşmadan önce belirlenmiş olması sonucunu doğurur. Dikkatler, temelde yatan sorunlara yani işlevsel olmayan sistemler ve kaynak yetersizliğine çekilir.

Benzer şekilde, sağlık reformları da, başarıya ulaşma veya ulaşamama bakımından yakın bir izleme altına alınmıştır. Hükümetin yaklaşımı "Reform yaptığımıza göre artık her şey yolunda gidecektir" demekten ziyade "Bir değişim süreci başlatmış bulunmaktayız. Tüm sorulara hemen baştan cevap veremeyebiliriz ancak yolumuzda ilerledikçe ders çıkartıp düzeltici önlemler benimseyeceğiz" tavrıdır.

2000 yılında bir tahkikat kurulu, muhtemel siyasi adımlar için değerlendirilmekte olan bir dizi hedef sunmuştur. DSÖ' nün yaklaşımının tam aksine, bu hedefler oldukça geniş kapsamlı ve neredeyse tamamı sağlık sonuçlarından ziyade sağlık belirleyicilerine odaklıdır. Hedefler altı ana başlık altında gruplandırılmıştır:

- Sosyal sermayenin güçlendirilmesi,
- Çocuk yaşamında iyi bir başlangıç,
- Gelişmiş çalışma şartları,
- Sağlıkta fiziki çevre,
- Sağlığı koruyan yaşam biçimleri,
- Sağlık çalışmaları için iyi bir altyapı.

Bu politik sürecinin neticesi halen belirsizdir. Sağlık sonuçları ile sağlık hizmetleri kaynakları yerine sağlık belirleyicileri üzerinde yoğunlaşılması her ne kadar halk sağlığı uzmanları açısından cazip olsa dahi, siyasi

tartışmaların çoğu, seçmeli ameliyatlarda bekleme listeleri ve nitelikli sağlık çalışan yetersizliği gibi konulara odaklanmış durumdadır. Başka yerlerde de olduğu üzere İsveç'te siyasetçiler, genel önlemlerden elde edilecek muhtemel sağlık yararlarına yönelik verilerden ziyade sağlık hizmetlerinde reforma yönelik baskılara karşılık vermeye daha meyillidirler.

Özetlenecek olursa, sağlık politikasının devamlı surette değerlendirmeye tabi tutulduğu bir süreç içerisinde zımni hedeflerin daha önce olmadığı bir biçimde kullanıldığı İsveç yaklaşımı başarısız olarak yargılanamaz. Aksine, oldukça etkili olduğu görünmektedir.

3.5.2.5. İspanya

Bu başlık altında ise İspanya sağlık sistemi hakkında özet olarak bilgi verilmeye çalışıldıktan sonra, mevcut sağlık sorunları ve reform uygulamaları kısaca ele alınacaktır.¹⁴⁹

1970'li yılların sonlarında, DSÖ'nün *Herkes İçin Sağlık* bildirisine karşılık olarak, Avrupa'da ve diğer yerlerde sağlık hedefleri kavramı irdelenmeye başlanmıştır. Bu zaman zarfında İspanya, kapsamlı siyasi değişikliklerle sonuçlanacak olan bir demokratik geçiş süresi geçiriyordu. Ülke 40 yıl sürmüş olan diktatörlükten modern bir demokrasiye geçiş yapıyordu. Ayrıca, merkezi bir ulus olmaktan çıkıp, idarenin 17 özerk topluluğa devredildiği daha dağınık bir hal almıştı.

Böylelikle İspanya, uluslararası tecrit ortamından sıyrılıp, Avrupa Birliğine ve diğer ulus aşırı kuruluşlara tam üye olma konumuna çıkmıştır. Bu önemli hareketlerin, sosyal ve dolayısıyla sağlık hizmetleri ve halk sağlığı

¹⁴⁹ Carlos Alvarez-Dardet; "Spain", Marshall Marinker (ed.), **Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise**, London: BMJ Books, Mart 2002.

politikaları dâhil olmak üzere İspanyol toplumunun birçok alanında etkisi olmuştur.

Bu demokratik geçiş ve beraberindeki siyasi yetki devri, ülkenin siyasi enerjisinin çoğunu tüketmiştir. Bir bütün olarak İspanya Krallığı sağlık politikasını oluşturmada sağlık hedeflerini henüz hiç kullanmamış olmanın yanında, ulusal bir sağlık stratejisi de oluşturmuş değildir. Tabii bu durum, İspanyol hükümetinin 1984'te DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ile yaptığı anlaşmalar, üye ülke olarak giriş yapmış olması ve 1986'ta kabul edilen İspanya Genel Sağlık Kanunu ile tezat teşkil etmektedir. Bu anlamda bir ulusal boyutun olmayışına rağmen, 17 özerk İspanyol topluluğunun büyük çoğunluğu sağlık hedeflemesinde siyasi bir katma değer görmüş ve bu yaklaşım, çeşitli süreçler dâhilinde kullanılmış ve çeşitli neticeler doğurmuştur.

İspanya örneğine bakıldığında, siyasi ve sosyal bağlamların, sağlık hedeflemesi yoluyla oluşturulmuş imkânları nasıl şekillendirip siyasilerin, meslek mensuplarının ve halkın kabulüne sunulduğu görülür. Avrupa'da ve diğer yerlerde geçiş sürecinde olan diğer ülkeler kendi tecrübeleri ile burada anlatılan bazı durumlar arasında benzerlikler görebilir.

Sosyal tarihi ve siyasi bağlamı nedeniyle İspanya'da sağlık hedeflerinin getirilmesi gecikmiş ve merkezilik özelliğine sahip olmamıştır. Ayrıca, siyasi söylem, politika yapımı ve bizzat uygulama arasında sınırların aşılmasına yönelik ciddi anlamda herhangi bir girişim olmamıştır. *Herkes İçin Sağlık* ve sağlık hedefleri fikri, sağlığın geliştirilmesine yönelik olarak tasarlanmış birçok deneysel projeyi şekillendirmede gayri resmi yoldan da olsa katkı sağlamıştır.

3.5.2.6. İtalya

Bu bölümde son olarak İtalya sağlık sistemi hakkında özet bilgi verildikten sonra, sağlık sisteminin sorunları ve reform uygulamalarına kısaca değinilecektir.¹⁵⁰

İtalya sağlık hedeflerini ilk 1998 yılında benimsemiştir. 1999 yılında getirilen sağlık reformu mevzuatı, nüfus sağlığı ve sektörlerarası özelliği üzerinde yoğunlaşmıştır. 1998-2000 Ulusal Sağlık Planında, risk faktörleri, yaşam biçimleri, hastalık grupları ve sosyal gruplar üzerinde vurgu yapan beş kilit eylem alanı seçilmiştir. Bunların her biri için de toplam 100'e tekabül eden ulusal hedefler belirlenmiştir. Plan'ın alt başlığı şuydu: *Sağlık İçin Münferit Anlaşma (A Solitary Pact for Health)*. Vatandaşlarla, sağlık sektörü işletimcileriyle, diğer politika sektörleriyle, kamu kuruluşlarıyla, gönüllüler sektörüyle ve toplu medyayla münferit anlaşmalar düzenlenecekti. 2001-2003 Ulusal Sağlık Planı da yine sağlık hedefleri merkezli olup, ele alınan sağlık durumları hakkında daha fazla bilgiyle takviye edilmiştir.

Yetki ve sorumluluk dağılımını; yürütme organı, Parlamento ve yargı arasında yatay olarak ve merkezi hükümet ile bölgeler arasında dikey olarak belirleyen veya etkileyen anayasal düzenlemeler, sağlık politikasını tasarlama ve uygulamada Sağlık Bakanlığını teknik olarak kısıtlamaktadır. Sağlık politikası ayrıca, kamu giderlerini sınırlamaya daha baskın bir öncelik tanınmış olmasından da etkilenmiştir.

Oysa sağlık hedef stratejisi, kendi için belirlenmiş olan orta ve uzun vadeli zaman çerçevesi dâhilinde ve birkaç yıl boyunca politikada devamlılık nedeniyle "istisnai" olmuştur. Sıradan olmamasının bir diğer neden ise, özellikle de merkezi hükümetin münferit bölgelerin sağlık hedeflerini hesaba katma çabası içinde bulunmuş olması bakımından uygulanış biçimidir. Son olarak, sağlık hedefleri aslında giderlerin sınırlandırılmasına yönelik bir diğer

¹⁵⁰ George France; "Italy", Marshall Marinker (ed.), *Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise*, London: BMJ Books, Mart 2002.

araç olarak görülmemiştir. Belki de bu ayrıcalığın arkasında yatan anahtar etkenler, ilk olarak hedeflerin kabulünden sorumlu sağlık bakanının görev süresinin uzun olması (dört yılı aşkın) ve kendisinin en yakınında bulunan danışmanlar halkasının üst düzey teknik uzmanlardan oluşmasıdır.

Aynı şekilde, sağlık hedeflemesi stratejisi, genel sağlık politikası kültüründen etkilenmiş ve onu yansıtmıştır. Önemli hususlardan biri de, stratejinin çerçevesi esnasında, üzerinde durulan noktanın, hastalık belirleyicilerinden uzaklaşarak hastalık kategorilerine ve anahtar ilgi alanlarına yönelmesi olmuştur. Bu konuda baskı, temelde Sağlık Bakanlığı içindeki münferit birimlerden gelmiştir. Ayrıca sağlık mesleği mensuplarının ve hasta derneklerinin de etkisi olmuştur. Tabii bu etkiler, hedeflerin belirlenmesinden daha çok, bunlara ulaşmada atılacak adımları tanımlama yönünde olmuştur. Bir diğer problem ise, diğer bakanlıkların, orijinal anlamda sektörlerarası stratejiler geliştirmede Sağlık Bakanlığı ile işbirliği konusunda sergilemiş olduğu çekimser tavidir. Son olarak görev/yetki konusundaki hükümetlerarası kronik çatışma, bölgelerin, alt merkezi sağlık hedeflemesi politikalarının tasarlanması ve yürütülmesi noktasında çok kısıtlı bir katkıda bulunmaları anlamına geliyordu. İtalya oldukça hızlı bir şekilde federal tipte bir sisteme doğru yol almaktadır. Bu noktada karşılaşılabilecek zorluklar arasında, merkezi hükümetin sağlık hedefleri politikalarını benimsetme konusunda ne şekilde bir ikna yoluna başvuracağı ve bu anlamda bölgeler arası farklılıkların sınırlar içerisinde kalmasının ne şekilde temin edileceği hususlarıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. KAMU YÖNETİMİNDE DÖNÜŞÜM ve SAĞLIK SEKTÖRÜNE YANSIMALARI

Bütün ülkelerde ve her dönemde yaşanan sorunlar karşısında, kamu yönetimi eleştirilerin hedefi olmuştur. Bunun eleştirilerin temelinde, kamu yönetiminin işleyiş bozuklukları ve yetersizlikleri yatmaktadır. Pek çok organizasyon sürekli değişim geçirmekte ve değişim süreçleri arasındaki zaman dilimi ya da geçiş süreci günümüz konjonktüründe gittikçe anlamsızlaşmaktadır. Dış çevrede gerçekleşen sürekli ve köklü değişiklikler, organizasyonlarda değişimi gerekli kılmaktadır. Bu gereksinim, organizasyonların içyapılarında sürekli ve köklü iç değişiklikler yapılması anlamını taşımaktadır. Bu çerçevede, geniş bir bürokratik organizasyon olan kamu yönetimini hızlı değişime zorlayan birtakım faktörler ortaya çıkmaktadır.

Genel olarak kamu sektöründe reform çalışmalarına gereksinim duyulmasının altında birçok neden yatmakla birlikte, bunlardan belki de en önemlileri “üç açık (three deficits)” olarak nitelendirilen bütçe açığı, performans açığı ve güven açığıdır.¹⁵¹ Beklenti ve ihtiyaçların farklılaşması, artış göstermesi devletin ekonomi içindeki payını ister istemez artırmakta ve bunun sonucu olarak da kamu mali dengesi bozulmaktadır. Daha az kaynakla daha çok görevin devlet tarafından yerine getirilmeye çalışıldığı durumda ise hizmetlerde aksamalar meydana gelmekte, vatandaşlara etkin ve verimli bir hizmet sunulamamaktadır. Bunun sonucunda ise kamu sektörünün performansı düşmektedir. Kamu kurumlarının sunduğu hizmetten memnun kalmayan vatandaşların ise genel olarak devlet aygıtına olan güvenleri sarsılmaktadır. Muhatap oldukları kurumlara hizmet almak için başvurduklarında sürekli şüpheli bir yaklaşım izlemekte ve işlerini illegal

¹⁵¹ Nevzat Saygılıoğlu ve Selçuk Arı, a.g.e., s. 96.

çözüm yollarından halletmek şeklinde bir teamül neredeyse yaygınlaşmaktadır.

Çağın gereklerine uygun olarak görevlerini tam olarak yerine getirebilen bir devlet ve buna paralel olarak daha etkin ve verimli bir kamu yönetimi için gerek dünya ülkelerinde, gerekse Türkiye’de zaman zaman reformlar hazırlanmış ve yürütülmüştür. Yürütülen bu reformlar, politika belirlemeden finansmana kadar uzanan geniş bir yelpazede ele alınmıştır. Reform çalışmaları genel bir ifadeyle, “reorganizasyon” yani devlet aygıtının ve/veya kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması olarak ifade edilebilir.

Kamu yönetiminde yeniden yapılanma kavramı, son yıllarda, toplam kalite yönetiminden sonra en çok sözü edilen kavram olmuştur. Kavram olarak; kamu kurumlarının iç ve dış çevresel koşullara uyabilmeleri ve vatandaşlara daha iyi, daha kaliteli, daha çabuk ve daha ucuz kamu hizmeti sunabilmeleri için, bünyelerindeki iş yapma usul ve esasları ile süreçlerin köklü bir şekilde gözden geçirilmesi ve yeniden yapılandırılmalarını ifade etmektedir.

Yapılanma, kavram olarak bir oluşumun biçimini göstermekte, bütünün bağlantıları arasındaki ilişkileri ortaya koymaktadır. Yeniden yapılanma ise, herhangi bir bütünün değil, parçaların ahenkli, dengeli ve kuvvetli bir şekilde bir araya geldiği, sağlam bünyeli yeni bir oluşumu belirtmektedir. Yeniden yapılanmanın söz konusu olabilmesi için, öze dönük, ciddi, en küçük birimden en büyüğe, merkezden en küçük birime kadar, dikey ve yatay bir yenilenme olması gerekmektedir. Yeniden yapılanmada, belirli amaçlarla planlı ve bilinçli bir şekilde yapılan değiştirme hareketleri söz konusudur. Daha çok, yönetimde görev alanların değişme yönündeki eğilimlerine karşı, onların direncine rağmen yapılan değişikliklerdir.

Yeniden yapılanmanın en önemli unsurunun “süreç” kavramı olmasına karşılık, pratikte kamusal faaliyetlerde en büyük sorunlara yol açan da yine bu unsurun kendisidir. Çünkü kamu kurumlarının çoğu “süreç odaklı” olmayı

başaramazlar ve genellikle görev, iş, personel, yapı gibi kamu kurumlarının aşına oldukları kavramlar üzerinde yoğunlaşırlar.

Peki, kamusal faaliyetlerde iş süreci nedir? İş süreci, bir veya birkaç çeşit girdinin alınıp, bunlardan paydaşlar için değer oluşturacak bir çıktının yaratıldığı faaliyetlerin toplamı olarak tanımlanabilir. Burada paydaş kelimesi, kamu kurumlarının etkileşime geçtiği vatandaş, diğer kamu kurumları, özel sektör gibi, toplam kalite yönetiminde iç ve dış müşteri olarak tanımlanan kimselerdir. Bu yönüyle süreç denildiğinde anlaşılması gereken, paydaşlar için bir değer ve anlam taşıyan bir kamusal çıktının yaratılması için gereken bir ya da birden fazla girdiden yararlanılan etkinlikler dizisidir. Etkinlikler yapısal ve performansları ölçülebilir olmalıdır. Her sürecin bir zaman ve mekân boyutu vardır. Dolayısıyla, süreçlerin bir başlangıcı, bir sonu, açıkça tanımlanmış girdi ve çıktıları ve bir eylem yapıları bulunur.

Yeniden yapılandırmada amaç, kamu kurumlarındaki stratejik ve artı değer yaratan süreçlerin yeniden tasarlanmasıdır. Kuşkusuz stratejik ve artı değer sağlayan süreçlerin yanı sıra, bu süreçleri destekleyen sistemler (yönetim-bilgi sistemleri, sosyo-kültürel sistemler vb.), politikalar (kamu kurumlarındaki kamusal faaliyetlerin yapılmasını düzenleyen yazılı kural ve yönetmelikler) ve organizasyon yapıları (ana hizmet birimleri, yardımcı ve danışma birimleri, birimler içindeki şubeler vb.) da incelenmelidir.

Yeniden yapılanma, yönetim sisteminin ötesinde mevcut siyasal yapıyı da kapsayan bir değişiklik yaklaşımını gerekli kılmaktadır. Bu nedenle, siyasal ve idari kurumların görev ve fonksiyonlarında, hizmet etme amaçlarında ve örgütsel yapılarında önemli değişikliklerin yapılmasını teklif etmektedir.

Dolayısıyla, yeniden yapılanma çalışmalarında; farklı kurumsallaşmış alt yapıların, örgütsel yapıların, politik süreçlerin ve bürokratik olmayan değerler taşıyan kültürel özelliklerin de dikkate alınması, bunları öğrenmek

için çabalar harcanması, bu değerlerin söz konusu uygulamalarda dikkate alınması, başarının sağlanmasında oldukça önemli bir yere sahiptir.

Söz konusu bilgiler doğrultusunda, araştırmanın dördüncü bölümünde ilk olarak kamu yönetiminin başlıca sorun alanlarına ve değişime zorlayan faktörlere değinilecektir. Ardından yeni kamu yönetimi anlayışını ortaya koyabilmek için yönetimde paradigma değişimi konusu ele alınacak ve bu doğrultuda yeni yönetim modellerinden bahsedilecektir. Daha sonra kamu yönetiminin sorunlarının ve değişime zorlayan faktörlerin ortaya çıkardığı; yönetimde paradigma değişiminin ve çağdaş yönetim modellerinin şekillendirdiği kamu yönetimi reformu genel çerçevede ele alınacaktır. Bu noktada kurumsal çerçevenin üzerine reformun temel araçları konusu işlendikten sonra, Türkiye’de kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasına ilişkin belli başlı çalışmalara değinilecektir.

Kuşkusuz bu bölümde, kamu yönetiminin kuruluş ve işleyişine yeni bir yaklaşım getirmesi amaçlanan ve kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasına yönelik ortaya konulan Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı’nın genel bir değerlendirilmesi de yapılacaktır. Son olarak ise, kamu yönetiminde yaşanan dönüşüm ve yeni yönetim anlayışının sağlık sektörüne yansımaları konusu değerlendirilecektir. Bu noktada Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında uygulamaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bilgi verilecektir.

4.1. KAMU YÖNETİMİNİ DEĞİŞİME ZORLAYAN FAKTÖRLER

İnsanoğlunun yeni gereksinimleri karşısında refah devleti anlayışının karşı karşıya kaldığı kriz ortamı, değişim dinamikleriyle birlikte devletin tanımının ve rolünün değişimini zorunlu kılmıştır. Kamu harcamalarının devlet bütçesindeki payının giderek artması ve karşılanamaz duruma gelmesi, devletin yapısal ve işlevsel dönüşümüne yol açmıştır. Yeniden yapılandırma

ve organizasyonel küçülme yaklaşımları, yeni dönemde devletin tanımını ve rolünü şekillendirmektedir.

Şüphesiz bu değişim sürecinde ülkelerarası etkileşim payı da büyüktür. Küreselleşme olgusunun etkilerinden birisi de, kamu yönetimi uygulamaları alanında ortaya çıkmaktadır. Kamu yönetiminin işleyişine olduğu gibi, yapısal ve işlevsel dönüşüm noktasında da küreselleşmenin yansımaları göze çarpmaktadır.

Araştırmanın bu bölümünde öncelikle, yukarıda kısaca söz edilen değişim dinamikleri karşısında devletin yeni rolü konusu ele alınacaktır. Ardından kamu yönetimini değişime zorlayan başlıca sorun alanlarına değinilerek yeni yönetim anlayışına geçiş yapılacaktır.

4.1.1. Değişim Dinamikleri ve Devletin Yeni Rolü

Özellikle 1980'li yılların başından itibaren geleneksel devlet anlayışının yerini yavaş yavaş yeni devlet anlayışına terk ettiği görülmektedir. Bu süreçte geleneksel devlet anlayışına hâkim olan değerler ve ilkeler eleştirilmeye ve sorgulanmaya başlanmıştır.¹⁵² Konuyla doğrudan ilgili olmasa da, geleneksel devlet anlayışının yerini yeni devlet anlayışına bırakmasının nedenlerini anlayabilmenin; kamu yönetiminde dönüşümün gerekliliğini kavrayabilmek açısından önem arz ettiği düşünülmektedir.

Geleneksel devlet anlayışının yerini yeni devlet anlayışına bırakmasının altında birçok neden bulunmaktadır. *Thomas Hobbes*'un devletlerin zayıflamasına ve çökmesine yol açan faktörlerden de söz ettiği çalışması *Leviathan*'da, devletlerin çöküşünün kusurlu yapılardan kaynaklandığı tespiti yapılmaktadır.¹⁵³ Hobbes'un bu tespitini açmak

¹⁵² Coşkun Can Aktan, *Değişim Çağında Devlet*, Konya: Çizgi Kitabevi, 2003, s. 114.

¹⁵³ Thomas Hobbes, *Leviathan*, çev. Semih Lim, 4.b., İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, Şubat 2004, ss. 225-226.

gerekirse; dış faktörlerden bağımsız olarak devletin fonksiyonel ve yapısal sorunları, devletlerin zayıflamasına ve çökmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla, fonksiyonel ve yapısal sorunlar karşısında devletin varlığını sürdürülebilmesi için yeni açılımlara gidilmesi zorunlu hale gelmektedir. Başka bir ifadeyle, yapısal ve fonksiyonel sorunlar karşısında devletin rolü yeniden tanımlanmaktadır.

“Refah Devleti” anlayışının kökeni daha eskilere dayansa da, İngilizce welfare state (refah devleti) deyimini 1940’lı yıllarda ortaya atılmış olup; daha çok sosyal güvenlik alanında devletin rolü hakkında yeni bir anlayış üzerine kurulmuştur.¹⁵⁴ İngiltere sosyal güvenlik sisteminin kurulması hakkında 1942 yılında hazırlanan rapor, “Beveridge Tasarısı” olarak tarihe geçmiştir. Söz konusu raporda öngörülen sosyal güvenlik rejimi, sosyal risk ve devletin rolü hakkında yeni bir anlayış üzerine kurulmuştur. Nüfusun tamamını kapsayan, geniş bir risk kapsamı olan, farklı kesimler için sabit güvence sistemi getiren ve merkezi bir yapıda olan sosyal güvenlik rejimi; aile ödenekleriyle ailelere yardım, National Health Service vasıtasıyla kamu sağlığının iyileştirilmesi ve istihdamın düzenlenmesi amaçlarını içeren sosyal devlet politikası önermiştir.¹⁵⁵

Yukarıda kısaca ortaya çıkış sebeplerinin anlatıldığı refah devleti anlayışı, 1970’li yıllarla birlikte yaşanan ekonomik darboğazlar sonucu kamu harcamalarının sürdürülebilir olmaktan çıkışı ile birlikte yavaş yavaş terk edilmeye başlanmıştır. Geleneksel devlet anlayışının yerini yeni devlet anlayışına bırakmasıyla birlikte, devletin yeniden yapılandırılması ve organizasyonel olarak küçültülmesi konuları da gündeme gelmiştir.

Devletin neden yeniden yapılandırılması ve organizasyonel olarak küçültülmesi gerektiği sorularına verilecek cevaplar, değişim dinamikleri karşısında devletin yeni rolünün tanımlanmasına aracılık edecektir. Devletin

¹⁵⁴ Pierre Rosanvallon, **Refah Devletinin Krizi**, çev. Burcu Şahinli, Ankara: Dost Kitabevi Yayını, Şubat 2004, ss. 119-124.

¹⁵⁵ Pierre Rosanvallon, a.g.e., s. 124.

yeniden yapılandırılması ve organizasyonel olarak küçültülmesinin gerekçelerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:¹⁵⁶

- Devlet aşırı merkezîyetçi ve bürokratik yapıda olduğu için yeniden yapılandırılmalıdır.
- Devletin görev ve fonksiyonlarının bir sınırı olmadığı için devlet yeniden yapılandırılmalı ve küçültülmelidir.
- Devletin sahip olduğu “ekonomik-siyasal” güç ve yetkilerin sınırı olmadığı için devlet yeniden yapılandırılmalı ve sınırlandırılmalıdır.
- Devlet özel sektörün daha etkin ve verimli bir şekilde sunabileceği mal ve hizmetleri üretmeye çalışan politik bir müteşebbis olduğu için yeniden yapılandırılmalı ve küçültülmelidir.
- Devletin kısa vadede özel sektöre devredilemeyecek ya da özel sektöre devredilmesi zaman alacak faaliyetlerinde “kalite” sağlanması için devlet yeniden yapılandırılmalıdır.

Geleneksel devlet anlayışından vazgeçilip yeni devlet anlayışını benimsemenin objektif gerekçelerine karşın, devletin yeniden yapılandırılmasının önünde birtakım engeller de bulunmaktadır. Yönetimde reformun gerçekleşmesinin önündeki engeller şunlardır:¹⁵⁷

- **Statüko:** Mevcut kurulu düzen değişime engel olmaktadır.
- **Siyasal istikrarsızlık:** Bir ülkedeki siyasal istikrarsızlık ortamı da değişimlerin gerçekleşmesini engellemektedir.
- **Çıkar ve baskı grupları:** Çıkar ve baskı grupları en az statüko kadar değişime direnme eğilimindedir.
- **Anenformasyon:** Eğitim ve medeniyet seviyesinin düşük olduğu bir toplumda değişimin gerçekleşmesi kolay değildir.

¹⁵⁶ Coşkun Can Aktan, "Devlet Niçin Yeniden Yapılandırılmalıdır?", *Doğu Batı Dergisi*, Devlet Özel Sayısı, Yıl:1, Sayı:1, Kasım-Aralık-Ocak 1997.

¹⁵⁷ Coşkun Can Aktan, *Değişim Çağında Devlet*, ss. 150-158.

- **Muhafazakârlık:** Toplumda gelenek ve görenekler genellikle değişime şüphe ile bakılması ve hatta aktif olarak değişime karşı çıkılması sonucunu doğurabilir.
- **Aşırı milliyetçilik ve şovenizm:** Aşırı milliyetçilik ve şovenizmin değişimin önündeki aktif tepki gruplarından birisi olduğu söylenebilir.
- **Sosyalist ideoloji:** Özellikle piyasa ekonomisi yönündeki değişim ve yeniden yapılanma önerilerini reddetmekte ve buna karşı olmayı sürdürmektedir.
- **Devletçi anlayış:** Dünyadaki değişim trendine karşı olmayı sürdüren kesimlerden biri diğeri, geleneksel devletçilik anlayışını muhafaza eden kesimlerdir.
- **Ordu:** Statükoda gücü elinde tutan önemli bir kesim de ordudur. Dünyadaki değişim, savunma politikalarında ve askeri insangücü tedarikinde radikal reformlar yapılmasını kaçınılmaz kılarken; ordu hala birçok ülkede eleştirilemeyen bir “tabu” konumunu ve dokunulamayan “güç” pozisyonunu sürdürmektedir.
- **Değişime kayıtsızlık:** Toplumsal olaylara karşı kayıtsız kalan, tarafsız kalmayı tercih eden, değişimi yararsız ve önemsiz görme eğiliminde olan toplumsal gruplar da yönetimde reformun gerçekleşmesinin önündeki engellerdendir.

Yeri gelmişken, Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üyeliği yolunda karşılaştığı engeller ve yukarıda devletin yeniden yapılandırılmasının önündeki engeller arasında büyük oranda benzerlikler olduğu iddia edilebilir. Avrupa Birliği'ne uyum çerçevesinde özellikle son yıllarda Türkiye'de ekonomik, siyasal, yönetsel ve toplumsal alanlarda ciddi değişimler yaşanmış ve bu değişimlerin etkisi, 1964 yılında başlayan, Türkiye-Avrupa Birliği ilişkilerine de yansımıştır. Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üyeliği yolunda atılan adımlar, kuşkusuz devlet anlayışındaki dönüşüm ve yeniden yapılanma ile açıklanabilir.¹⁵⁸

¹⁵⁸ Bu konuda daha geniş bilgi için bkz. Turgay Uzun ve Serap Uzun, **Avrupa Birliği Sürecinde Türkiye: Siyasal, Ekonomik ve Toplumsal Dönüşüm, Sorunlar Tartışmalar**, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2004 ve A. Nur Nalinci, **Avrupa Birliği'ne Tam Üyelik Yolunda Başarının Anahtarı: Yeniden Yapılanma**, Ankara: Ümit Yayıncılık, 2000.

Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üyeliğinin devletin yeniden yapılanmasında oynadığı role paralel olarak "küreselleşme" kavramının da devlet anlayışına, devletin yapısal ve işlevsel dönüşümüne etkide bulunduğu görüşü kabul edilmektedir. Nitekim küreselleşme olgusu ile birlikte devletin egemenlik anlayışından, demokratikleşme ve yerelleşme kavramlarına kadar bir dizi değişim yaşandığı gözlenmektedir. Ayrıca kamu yönetiminde küresel eğilimlerin, yeniden yapılandırma politikalarını şekillendirdiği; bu noktada devletin küçültülmesi ve etkinleştirilmesi, siyaset-yönetim dengesinin yeniden kurulması, şeffaf ve dürüst yönetim anlayışının yerleşmesi ve merkezîyetçilikten uzaklaşma eğilimini benimsenmesi hususlarının ön plana çıktığı görülmektedir.¹⁵⁹

Küreselleşmenin devlet yönetimine etkilerini destekler şekilde, küreselleşme sürecinde devletin yapısal ve işlevsel olarak dönüştüğü tespitini yapmak mümkündür. Bu hususta kamunun yönetim anlayışında değişme, postmodern kamu yönetimi anlayışı, kamu yönetiminde daralma ve deregülasyon, kamu yönetiminin demokratikleşmesi ve şeffaf hale gelmesi noktalarına vurguda bulunmaktadır.¹⁶⁰ Kısaca özetlemek gerekirse, küreselleşme sürecinin devlet anlayışına ve kamu yönetimine birtakım etkileri olmuştur ve bu süreçte ister istemez devletin yapısal ve işlevsel dönüşümü gerçekleşmiştir.

Devletin yeniden yapılandırılmasının önündeki engellere kısaca değindikten sonra, devletin rolünün yeniden tanımlanmasına ilişkin çalışmalara ve yeni devlet tanımı konusuna geçilebilir. Devletin rolünün yeniden tanımlanmasına ilişkin çalışmaların genel olarak kamunun bir takım faaliyetlerden tamamen çekilmesi, bir kısmında ise sorumluluklarını yerine getirme biçiminde farklı yaklaşımların ortaya konulması şeklinde gerçekleştiği

¹⁵⁹ Mürteza Hasanoğlu, "Küreselleşmenin Devlet Yönetimine Etkileri", **Sayıştay Dergisi**, Sayı:43, Ekim-Aralık 2001, ss. 75-80.

¹⁶⁰ H. Ömer Köse, "Küreselleşme Sürecinde Devletin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü", **Sayıştay Dergisi**, Sayı:49, Nisan-Haziran 2003, ss. 30-36.

görülmektedir.¹⁶¹ Buna göre devletin rolünün yeniden tanımlanması konusunda yapılan çalışmalarda dört farklı bakış açısı göze çarpmaktadır. Söz konusu yaklaşımlar; kısmi-geçici düzenlemeler, aşamalı değişim, kapsamlı ve köklü düzenlemeler ve süreklilik taşıyan reformlardır.

Geleneksel devlet anlayışında, devletin görev ve fonksiyonlarında yaşanan değişim karşısında devletin üstlendiği rollerde de bunun yansımaları ortaya çıkmaktadır. Değişim dinamikleri incelendiğinde ilk olarak devletten bireye doğru bir "güç kayması" olgusunun gerçekleştiği görülmektedir. En geniş anlamda devletin görev ve fonksiyonlarının özel sektöre devredilmesi ise, bir diğer değişim dinamiği olarak nitelendirilebilir. Ayrıca devletin bir kısım görev ve fonksiyonlarını kâr amacı gütmeyen özel sektöre (sivil toplum kuruluşları) devredilmesi de diğer bir değişim dinamiğidir.¹⁶²

Bu bilgilerin ışığında yeni devlet tanımını; kamusal hizmeti en iyi, en ucuz, en kaliteli, en etkin, en hızlı, en güvenli ve en verimli şekilde üretme ve en hakkaniyetli biçimde sunma anlayışının hâkim olduğu devlet anlayışı olarak yapmak mümkündür.¹⁶³ Şüphesiz yeni devlet tanımı yapılırken devletin işlevlerinin tümü için öneriler getirilebilir; devlet-birey ilişkisinin yeni tarifi, tüm taraflar ve karşılıklı etkileşimleri, yeni karar alma süreci, kamu ve kamusal alan, merkezi ve yerel yönetimlerin tanımları ile toplam kamu tarifi yapılabilir.

4.1.2. Kamu Yönetiminin Başlıca Sorun Alanları

Devletin yeniden yapılandırılması ve devletin değişen rolünün tanımlanmasının ardından bu başlıkta özellikle Türkiye'de kamu yönetiminin

¹⁶¹ Osman Yılmaz, **Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler ve Ülke Deneyimleri**, Ankara: DPT Yayını, 2001, s. 9.

¹⁶² Coşkun Can Aktan, "Yeni Değişim Dinamikleri ve Devletin Yeni Rolü", **Türkiye Günü**, Sayı:56, Yaz 1999, ss. 78-88.

¹⁶³ Can Fuat Gürlesel ve diğerleri, **Devlet Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması**, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayını, 2002, s. 80.

başlıca sorun alanları ele alınacak ve bu şekilde kamu yönetimini değişime zorlayan faktörler konusuna açıklı getirilmeye çalışılacaktır. Bu amaçla öncelikle kamu yönetiminde yeniden yapılanmayı zorunlu kılan faktörler ele alınacak ve ardından bürokratik bir yapı olan kamu yönetiminin sorunlarına değinilecektir.

Kuruluş aşamasında ideal olarak tasarlanan her türlü organizasyon, zamanla yeni gelişmelere cevap verme yeteneğinden yoksun duruma düşmektedir. Değişim dinamikleri karşısında bu organizasyonların yeniden düzenlenmesi kaçınılmaz bir hal almaktadır.¹⁶⁴ Diğer bir ifadeyle, değişen ve gelişen dünyada her türlü organizasyonun yapısı, fonksiyonu ve üstlendiği roller de bu değişim ve gelişim sürecine paralel bir yol izlemektedir.

Kamu yönetiminde yeniden yapılanmayı zorunlu kılan faktörler, bir bakıma da kamu yönetiminin başlıca sorun alanlarına işaret etmektedir. Diğer bir ifadeyle, kamu yönetiminin başlıca sorunları yeniden yapılanmayı da zorunlu kılmaktadır. Buradan hareketle kamu yönetiminde yeni arayışlara yol açan nedenleri sekiz başlık altında toplamak mümkündür.¹⁶⁵

- **Üç açık:** "Üç Açık" olarak anılan bütçe açığı, devlete güvenin azalması ve kamu kurum ve kuruluşlarının yetersiz performans düzeyleri kamu yönetiminde reform arayışlarına yol açmaktadır. Buna ilave olarak kamu yönetiminde değişimi anlama, yorumlama ve çözüm üretme sürecinde sıkça stratejik planlama uygulaması¹⁶⁶ yeterince önemsenmemekte; kamu yönetiminde yeniden yapılanmayı gerekli kılan diğer bir açık oluşmaktadır. Bu nedenle kamu yönetiminde yeniden yapılanmayı gerekli kılan bütçe açığı, performans açığı ve güven açığına stratejik açığı da ilave etmek anlamlı olacaktır.¹⁶⁷
- **Kriz:** Çeşitli boyutlardaki ekonomik krizler de yönetimde yeni arayışların

¹⁶⁴ Nuri Tortop, Eyüp G. İsbir ve Burhan Aykaç, a.g.e., ss. 196-197.

¹⁶⁵ Milli Prodüktivite Merkezi, **Verimlilik Raporu 2003**, Ankara: MPM Yayını, 2003, s. 178.

¹⁶⁶ Kutluhan Yılmaz, "Kamu Kuruluşları İçin Stratejik Planlama Uygulaması", **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 50-51, Temmuz-Aralık 2003, s. 67.

¹⁶⁷ Ömer Dinçer ve Cevdet Yılmaz, **Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim**, Ankara: T.C. Başbakanlık Yayını, Ekim 2003, ss. 65-47.

diğer bir nedenidir.

- **Beklentilerin artması:** Vatandaşların kamudan beklentilerinin artması, reform arayışlarını tetikleyen faktör olmaktadır.
- **Uluslararası gelişmeler:** Uluslararası alanda yaşanan gelişmeler ve küreselleşme olgusu da kamu yönetiminde yeni arayışları destekler niteliktedir.
- **Sosyal göstergelerdeki değişimler:** Özellikle gelişmiş ülkelerin sosyal göstergelerinde meydana gelen değişim (nüfus dengesinin bozulması vb.) reform arayışlarının bir başka nedenidir.
- **Kuramsal alanda yaşanan gelişmeler:** Kuramsal ve akademik alanda yaşanan gelişmeler ve yapılan çalışmalar da yeni arayışlara katkıda bulunan önemli bir unsurdur.
- **Ürün farklılaştırma gereksinimi:** Kamusal hizmetlerde Beklenti düzeyinin artması ve çeşitlenmesi, kamu yönetiminin bu talepleri dikkate alması sonucunu doğurmaktadır.
- **Deneyim:** Başarısız deneyimlerden alınan dersler ve yeni gereksinimlerin belirlenmesi reform çabalarına önemli katkılarda bulunmaktadır.

Yukarıda bahsedilen kamu yönetiminde yeni arayışlara yol açan nedenlere ilave olarak; kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde değişim ve esnekliği engelleyen uygulamalar, yöneticiye inisiyatif tanımayan katı bürokratik hükümler yönetimi yeniden yapılandırılma talepleri ile karşı karşıya bırakmaktadır. Ayrıca bürokrasi kültürü ve bürokratik yönetim anlayışı¹⁶⁸ da kamu yönetiminde yeniden yapılanmayı zorunlu kılmaktadır.¹⁶⁹

Kamu yönetimi, aynı zamanda son derece büyük bir bürokratik organizasyondur ve sırf bu nedenle bile birtakım sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Otorite hiyerarşisinin katılığı, yetkilerin üst basamaklarda toplanması, gizlilik, idari güçle uzmanlık gücü arasındaki çatışma, kuraların yoğunluğu, takdir yetkisinin daraltılması, rekabetin yokluğu, kendi kendini

¹⁶⁸ Bürokratik yönetim anlayışı hakkında ayrıntılı bilgi için bkz: Metin Heper, **Bürokratik Yönetim Geleneği**, Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi İdari İlimler Fakültesi Yayını, 1974.

¹⁶⁹ Nevzat Saygılıoğlu ve Selçuk Arı, a.g.e., ss. 93-94.

yenileyememe ve verimsizlik kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasını gerekli kılan bürokrasinin yapısal sorunlarından¹⁷⁰

Genel olarak kamu yönetiminde yeni arayışlara yol açan nedenleri açıkladıktan sonra Türkiye’de kamu yönetiminin güncel belli başlı sorunlarını ele almakta fayda vardır. Türkiye’de kamu yönetiminin işleyişinde başlı sorun alanlarını dört ana başlıkta toplamak mümkündür.¹⁷¹

- a) Güven bunalımı,
- b) Yönetimin işleyişindeki bozukluklar,
- c) Yozlaşma ve yolsuzluk,
- d) Gizlilik ve dışa kapalılık.

Günümüzde kamu yönetimi alanında Türkiye’de hızlı bir dönüşüm yaşanmakla birlikte, yönetsel yapı bürokratik yönetim geleneğinin ana hatlarının geliştiği Tanzimat Dönemi’nden gelen özelliklerini de hala korumaktadır.¹⁷² Değişim dinamikleri ve yönetsel gereksinimler ışığında bürokratik yapılanma çoğunlukla kırtasiyecilik, yabancılaşma, verimsizlik, doyumsuzluk gibi olumsuzlukların kaynağı olarak değerlendirilip, eleştirilmekte; kamu bürokrasisinin merkezîyetçi ve statükocu niteliği, kırtasiyecilik, örgütsel büyüme ve hantallaşma, kuralcılık ve sorumluluktan kaçma Türk kamu yönetiminin güncel sorunları olarak gösterilmektedir.¹⁷³

Yukarıda kısaca giriş yapılan Türkiye’de kamu yönetiminin işleyişindeki başlıca sorun alanlarını alt başlıklar halinde tek tek ele alıp incelemenin faydalı olacağı düşünülmektedir.

¹⁷⁰ Bilal Eryılmaz, *Bürokrasi ve Siyaset: Bürokratik Devletten Etkin Yönetime*, İstanbul: Alfa Yayınları, Haziran 2002, s. 215.

¹⁷¹ Cahit Emre, *Yönetim Bilimi Yazıları*, Ankara: İmaj Yayıncılık, 2003, ss. 217-227.

¹⁷² Metin Heper, a.g.e., s. 73.

¹⁷³ M. Akif Çukurçayır ve Esra B. Sipahi, "Yönetişim Yaklaşımı ve Kamu Yönetiminde Kalite", *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 50-51, Temmuz-Aralık 2003, ss. 36-40.

4.1.2.1. Güven Bunalımı

Günümüzün popüler kavramlarından biri de, güvendir. Sosyal sermaye olarak adlandırılan ve gerek ekonomik kalkınmada, gerek demokratik değerlerin gelişip yerleşmesinde büyük rolü olduğu ileri sürülen değerlerin de başında gelmektedir.

Genel olarak kamu yönetimi alanında yeniden yapılanmayı gerektiren faktörlerin başında vatandaşların yönetime karşı duydukları güvensizlik gelmektedir. Güven ve güvensizlik kavramları toplumsal bir sorun olduğu gibi, vatandaş-yönetim iletişimde de yönetsel bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır.

Soruna toplumsal açıdan bakıldığında, toplulukların güvene dayandığı ve kültür tarafından şekillendiği için, farklı şekillerde kendiliğinde ortaya çıkacağı söylenebilir. Başka bir ifadeyle, büyük organizasyonların varlığı, toplumlarda sosyal sermayenin ve güvenin hangi ölçüde var olduğuna bağlıdır.¹⁷⁴ Dolayısıyla güven düzeyi düşük toplumların gelişmişlik düzeyinin de düşük olduğu, iktisadi alanda güçlü ve büyük organizasyonlar yerine daha çok dışa kapalı küçük şirketlerin var olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Vatandaşların yönetime karşı güven bunalımının temelinde “karşılıklı olarak vatandaşların ve kamu görevlilerinin yolsuzluk yapma, suç işleme, devleti baltalama” eğilimi içinde görülmesi yatmaktadır.¹⁷⁵ Literatüre göre kişilerarası güven, sonuçları itibarıyla kurumlara duyulan veya duyulmayan güvenden daha önemlidir. Gelişmiş ülkelerde, kurumlara duyulan güven düzeyi düşükken; kişilerarası güven için bunun tam tersi bir durum söz konusu olmaktadır. Francis Fukuyama, meşhur eseri “*Güven: Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması*”nda da bu tespiti yapmaktadır.

¹⁷⁴ Francis Fukuyama, *Güven: Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması*, çev. Ahmet Buğdaycı, 2.b., İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Mart 2000, s. 41.

¹⁷⁵ Cahit Emre, a.g.e., s. 218.

Türkiye’de devlet ve kamu kurumlarına güven konusunda, kurumların birbiriyle karşılaştırmalı olarak ne derece güvenle karşılandıkları konusunda yapılan araştırmalar, vatandaşların kamu kurumlarına oldukça düşük güven duyduğunu göstermektedir.¹⁷⁶ Aralık 2000-Ocak 2001 tarihlerinde yapılan *Türkiye Değerler Araştırması’nın* ortaya koyduğu sonuçlar, vatandaşların kamu kurumlarına duyduğu güvensizliği net bir biçimde sergilemektedir. Söz konusu araştırmanın sonuçları ile 1997 yılında yapılan araştırma sonuçları karşılaştırıldığında genel olarak güvensizliğin arttığı görülmektedir.¹⁷⁷

Kısaca özetlemek gerekirse, Türkiye’de vatandaşların kamu kurumlarına duyduğu güven düzeyi her geçen düşmekte ve bu durum kamu yönetiminin işleyişinde başlıca sorun olarak ortaya çıkmaktadır.

4.1.2.2. Yönetimin İşlevsel Bozuklukları

Türk kamu yönetiminin işleyişinde diğer bir sorun alanı da yönetimin işleyişindeki bozukluklardır. Kamu yönetiminin görevlerini etkili ve verimli bir biçimde yerine getirememesinin nedenleri olarak; yönetimin yapısal bozuklukları ve insan kaynakları alanında yaşanan sorunların giderilememesi, yönetimin işleyişinde hız ve etkinlik sağlayacak yöntem ve araçların kullanımında yeterli düzeyde ilerleme sağlanamaması gösterilmektedir.¹⁷⁸

Gerçekten de her yönetim sisteminin etkin ve verimli bir biçimde işlemesi için, yönetimin temel işlevlerinin çağın gereklerine ve değişim dinamiklerine uyumlu bir biçimde gerçekleşmesi gerekirken; Türk kamu yönetimine genel olarak bakıldığında temel yönetsel işlevler ve yönetsel

¹⁷⁶ Hamza Ateş, “Kamu Yönetiminde Güven Problemi ve Halkın Devlete Güveni”, Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür (ed.), *Çağdaş Kamu Yönetimi*, Cilt II, Ankara: Nobel Yayınları, 2004, s. 366.

¹⁷⁷ Yılmaz Esmer, *Hürriyet*, 19 Mayıs 2002.

¹⁷⁸ Cahit Emre, a.g.e., s. 220.

altyapının buna uygun düzenlemediği gerçeğiyle karşı karşıya kalınmaktadır.¹⁷⁹

Devletin özellikle iktisadi alanda yürüttüğü faaliyetler sonucunda verimlilik ve etkinlik sorunu ortaya çıkmaktadır. Devletin kamusal hizmetler açısından temel işlevinin hizmetleri üretmek değil, yönetmek olması gerekirken bu hizmetleri üretme girişimleri büyük oranda verimsizlikle sonuçlanmaktadır.¹⁸⁰

Kamu kurumlarının verimsizliği, daha doğrusu verimliliğinin ölçülememesi konusunda Ludwig Von Mises'in "kamu hizmetlerinin geliri ve gideri arasında bir denge bulunmaması; bir piyasa fiyatı bulunmayan kamu hizmetlerinin verimliliğinin de kolayca ölçülemediği" tespiti konuya açıklık getirmesi bakımından önemlidir.¹⁸¹

Sonuç olarak kamu yönetiminin etkili ve verimli bir biçimde işlemesinin önünde, birbiriyle yakından ilişkili üç ana sorun bulunmaktadır:¹⁸²

- 1) Kamu yönetiminin işleyişine egemen olan değerlerden kaynaklanan sorunlar,
- 2) Yeni yöntemlerin ve teknolojilerin kamu hizmetinde kullanılmasındaki sınırlılıklar ve yetersizlikler,
- 3) Yeni yönetim tekniklerinden etkili bir biçimde yararlanılamaması.

¹⁷⁹ Devlet Planlama Teşkilatı, **Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara: 2000, s. 37.

¹⁸⁰ Bilal Eryılmaz, **Bürokrasi ve Siyaset: Bürokratik Devletten Etkin Yönetime**, s. 221.

¹⁸¹ Ludwig Von Mises, **Bürokrasi**, çev. Feridun Engin, İstanbul: Cumhuriyet Matbaası, 1947, ss. 42-44'den Bilal Eryılmaz, **Bürokrasi ve Siyaset: Bürokratik Devletten Etkin Yönetime**, s. 10.

¹⁸² Cahit Emre, a.g.e., s. 221.

4.1.2.3. Yozlaşma ve Yolsuzluk

Kamu bürokrasileri, nitelikleri gereği yozlaşma eğilimi ya da potansiyeli içeren mekanizmalardır. Kamu görevlilerine verilen takdir yetkisinin kullanımı esnasında, hiyerarşik yapı nedeniyle otoritenin üstte toplanması sonucu, bürokratların kural ve tekniklere sığınarak sorumluluktan kaçmaları, gizlilik ve resmi sır kavramı, bürokratik örgütlenmede nesnelliğin hayata geçirilememesi gibi nedenlerle yozlaşma ortaya çıkmaktadır. Yönetimde yozlaşma olgusu; siyasallaşma, kabilecilik, aracı kullanımının ve rüşvet uygulamasının yaygınlığı şeklinde sınıflandırılmaktadır.¹⁸³

Çağdaş kamu personel yönetimine egemen olan ilkelerden biri de liyakat ilkesi olup, kamu görevlilerin işe alınmalarında uygulanan iki sistemden biridir. Bu sisteme göre, kim hizmet için gerekli yetenek, değer ve bilgiye sahipse, o kişinin siyasal partilere ve iş başındaki kamu görevlilerine yakınlığına bakılmadan işe alınmasıdır.¹⁸⁴ Kamu personel rejimi içinde önemli bir yere sahip olana liyakat ilkesinin çökmesi de, kamu yönetiminin başlıca sorunlarından birisidir. Liyakatin çöküşünün ve buna paralel olarak yolsuzluk kültürünün egemen olmasının, yönetim reformunu acil gereksinim haline getirdiği tezi sıkça işlenmektedir.¹⁸⁵

TESEV'in 2000 yılında yaptığı "*Türkiye'de Yolsuzluğun Nedenleri ve Önlenmesine İlişkin Öneriler*" isimli araştırma, kamu kurumlarına duyulan güven, kamusal hizmetlerden memnuniyet düzeyi ve yolsuzluklar hakkında son derece önemli hususlar tespit etmiştir. Söz konusu araştırmanın sonuçları vatandaşların gözünde yolsuzluk ve rüşvetin sorun olarak taşıdığı önemin son derece arttığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, vatandaşların kamu kurumlarına duyduğu güven son derece zayıf, kamu kurumların verdiği hizmetlerden duyduğu memnuniyet de son derece düşük bulunmuştur.

¹⁸³ M. Akif Çukurçayır ve Esra B. Sipahi, a.g.m., s. 38.

¹⁸⁴ Tayfun Akgüner, *Kamu Personel Yönetimi*, 3. b., İstanbul: Der Yayınları, 1998, s. 22.

¹⁸⁵ Gencay Şaylan, "Liyakatin Çöküşü, Merkeziyetçilik ve Yolsuzluk", *Görüş Dergisi*, Kasım 2002, ss. 38-39.

TESEV'in araştırmasının sonuçlarını sağlık sektörü ve sağlık çalışanları açısından değerlendirmek gerekirse; meslek mensuplarının dürüstlüğü, kurumların hizmetlerinden memnuniyet, kurumlarda rüşvet ve yolsuzluğun yaygınlığı noktalarında ortaya çıkan sonuçlar özetle şu şekildedir:

- Meslek mensuplarının dürüstlüğüne ilişkin yapılan tespit sonucunda doktorlar 5,8 ortalama dürüstlük puanı ile ğretmen, subay, yargıç ve niversite ğretim yesi meslek gruplarından sonra beşinci sırada yer almışlardır.¹⁸⁶
- Kurumların hizmetlerinden memnuniyet düzeyine ilişkin yapılan tespit sonucunda, devlet hastaneleri 4,2 ortalama memnuniyet puanı ile memnuniyet düzeyi ölçülen on kamu kurumu arasında sondan dördüncü sırada yer almıştır.¹⁸⁷
- Kurumlarda rüşvet ve yolsuzluğun yaygınlığına ilişkin yapılan tespit sonucunda ise, devlet hastaneleri 5,6 ortalama yaygınlık puanı ile kamu kurumları arasında yedinci sırada yer almıştır.¹⁸⁸

Sonuç olarak; vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi oldukça düşük olmakla birlikte, sağlık çalışanlarının görevlerini dürüst bir şekilde yerine getirdiği ve diğer kurumlara oranla devlet hastanelerinde rüşvet ve yolsuzluğun daha az yaygın olduğu inancı hâkimdir. TESEV'in yaptığı bir diğer araştırma (*Türkiye'de Yerel ve Merkezi Yönetimlerde Hizmetlerden Tatmin, Patronaj İlişkileri ve Reform*) da vatandaşların sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyetsizliği gözler önüne sermektedir. Söz konusu araştırmanın sonuçlarına göre, kamu kurumlarına duyulan güven ve sunulan hizmetlerden duyulan memnuniyetle ilgili olarak, özellikle sağlık

¹⁸⁶ Fikret Adaman, Ali arkoğlu ve Burhan şenatalar, **Hanehalkı Gözünden Türkiye'de Yolsuzluğun Nedenleri ve nlenmesine İlişkin neriler**, İstanbul: TESEV Yayınları, 2001, s. 47.

¹⁸⁷ Fikret Adaman, Ali arkoğlu ve Burhan şenatalar, a.g.e., s. 51.

¹⁸⁸ Fikret Adaman, Ali arkoğlu ve Burhan şenatalar, a.g.e., s. 62.

hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyinin son derece düşük olduğu ortaya çıkmıştır.¹⁸⁹

4.1.2.4. Gizlilik ve Dışa Kapalılık

Türkiye’de kamu yönetimi, “gizlilik” ve vatandaşa karşı “kapalılık” felsefesine göre örgütlenmiştir. Kanunlar, gizlilik ve devlet sırrı kavramlarının nasıl anlaşılması gerektiği konusunda yöneticilere geniş bir takdir yetkisi tanımaktadır. Bu durum, kamu kurumlarında yolsuzluk ve istismarlara ortam hazırlamakta ve vatandaşı bürokrasi karşısında güçsüz duruma düşürmektedir.¹⁹⁰

Gizlilik ve dışa kapalılık ilkesi ile amaçlanandan bağımsız bir şekilde, kötü niyetliler açısından engel oluşturmazken, dürüst vatandaşlar ve kamu görevlilerinin haklarının korunması açısından ciddi bir engel oluşturmaktadır. Gizliliğe ilişkin düzenleme ve uygulamaların bir başka önemli sonucu da yolsuzlukların soruşturulmasının engellenmesidir.¹⁹¹

Yönetimde şeffaflık ve açıklık getirmek, devlet karşısında vatandaş korumak, yönetimin karar ve işlemleri hakkında vatandaşların bilgi sahibi olması amacıyla hazırlanan ve yürürlüğe konan “*Bilgi Edinme Hakkı Kanunu*” ile kamu yönetiminin gizlilik ve dışa kapalılık sorununa çözüm getirmek amaçlanmıştır. Ancak uygulamada kamu bürokrasisinin buna pasif direnç geliştirdiği ve vatandaşların bilgi edinme hakkından etkin bir şekilde faydalanamadığı görülmektedir.

¹⁸⁹ Fikret Adaman ve Ali Çarkoğlu, *Türkiye’de Yerel ve Merkezi Yönetimlerde Hizmetlerden Tatmin, Patronaj İlişkileri ve Reform*, İstanbul: TESEV Yayınları, 2000, s. 45.

¹⁹⁰ M. Akif Çukurçayır ve Esra B. Sipahi, a.g.m., s. 38.

¹⁹¹ Cahit Emre, a.g.e., s. 227.

4.2. YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI

Devletin yeniden yapılandırılması ve rolünün yeniden tanımlanması sürecinde, yönetimi değişime zorlayan faktörlerin büyük etkisi olduğu gibi yönetimde paradigma değişiminin de bu süreçte öneminin göz ardı edilemeyecek kadar büyük olduğu bir gerçektir. Yönetimi değişime zorlayan faktörler, yani yönetimin işleyişindeki başlıca sorun alanlarına ilave olarak yönetimde paradigma değişimi neticesinde ortaya yeni yönetim modelleri çıkmıştır.

Bu tespitler doğrultusunda öncelikle kamu yönetiminde paradigma değişimi konusu üzerinde durulacak; ardından kamu yönetiminde değişim ve dönüşüm süreci doğrultusunda ortaya çıkan yeni yönetim modellerine kısaca değinilecektir.

4.2.1. Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi

Kamu yönetimi alanında da geleneksel yönetim anlayışı, yerini yeni yönetim anlayışına bırakmaktadır. Geleneksel yönetim ile yeni yönetim anlayışının ayrıldığı dört temel nokta bulunmaktadır.¹⁹² Bu noktalara kısaca değinmekte fayda vardır.

Öncelikle yeni yönetim anlayışı, Weberyen bürokrasi modeline dayalı örgütlenmeye karşı çıkmaktadır. Yeni yönetim anlayışı göre, kamunun örgüt yapısı esnek, yumuşak hiyerarşi, dar merkez ve geniş yatay çevre, uygulamacıların yetkilendirildiği âdem-i merkeziyetçi bir yapıdadır.

İkinci olarak geleneksel kamu yönetimi, kamu mal hizmetlerinin üretilmesi ve halka sunulmasında doğrudan rol alma esasına dayanırken;

¹⁹² Bilal Eryılmaz, **Bürokrasi ve Siyaset: Bürokratik Devletten Etkin Yönetime**, ss. 234-237.

yeni yönetim yaklaşımı, devletin faaliyet alanının küçültülmesi, kamu hizmetlerinin üretimi ve yönetimi sorumluluğunu birbirinden ayırarak piyasa mekanizmasından daha çok yararlanmayı ve devletin hakemlik rolünün geliştirilmesini savunmaktadır. Kısaca yeni kamu yönetimi anlayışı, devletin faaliyet alanının daraltılmasını ve daraltılan bu faaliyet alanı içinde kamu kurumlarının “işletmecilik” anlayışı etrafında yeniden yapılandırılmasını ve yönetilmesini önermektedir.

Üçüncü olarak yeni yönetim anlayışı, kamu bürokrasisinin yalnızca bağlı olduğu siyasi iktidara karşı değil, aynı zamanda hizmet sunduğu çevreye (vatandaş-müşteri) karşı da sorumlu olması gerektiğini vurgulamaktadır.

Son olarak yeni kamu yönetimi anlayışı, özel sektörle daha çok işbirliği yapılmasını, özel sektör kuruluşlarında uygulanan yönetim tekniklerinin belirli ölçüde kamu yönetiminde de uygulanabileceğini savunmaktadır. Geleneksel kamu yönetimi anlayışı, işletme yönetimi ile kamu yönetimi arasında kesin çizgilerin olduğunu belirtirken; yeni yönetim anlayışı, bu iki yönetim arasındaki farklılıkların giderek azaldığını, kamunun da hizmetlerde verimlilik ve kalite ile girişimcilik ve işletmecilik ruhuna sahip kavramlara vurgu yapmaktadır.

Aşağıdaki tabloda kamu yönetiminde paradigma değişimi çerçevesinde, geleneksel kamu yönetimi ile yeni kamu yönetimi arasındaki yapısal, faaliyet alanı ve sistem açısından temel farklar görülmektedir.

Tablo 14. Geleneksel Kamu Yönetimi ile Yeni Kamu Yönetiminin Karşılaştırılması

⇨	Geleneksel Yönetim	Yeni Yönetim
Yapı	<ul style="list-style-type: none"> • Weber'in bürokrasi modeline dayalı • Aşırı kuralcı • Katı hiyerarşik • Merkeziyetçi 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar merkez • Geniş ve yatay çevre • Âdem-i merkeziyetçi • Esnek örgüt yapısı • Yumuşak hiyerarşi
Kamunun Faaliyet Alanı	<ul style="list-style-type: none"> • Hizmet devleti • Devlet, yoğun kamusal mal ve hizmet üreticisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimal devlet • Hizmet sorumluluğu ile hizmet sunumu-üretimi ayrılıyor
Sistem	<ul style="list-style-type: none"> • Merkezin birçok kademe tarafından yürüttüğü ayrıntılı gözetim ve denetim • Denetimde mali ve hukuki ilkeler • Bürokrasi ve siyaset merkezli • Hizmetlerde nicelik • Bürokrat yönetici tipi 	<ul style="list-style-type: none"> • Performans hedefleri • Maliyetler • Ekip ve görev anlayışı • Piyasa sisteminin denetimi • Çıktılar • Müşteri-vatandaş merkezli • Kamuya karşı sorumluluk • Hizmetlerde nitelik • İşletmeci-girişimci yönetici tipi

Kaynak: Bilal Eryılmaz, **Kamu Yönetimi**, İstanbul: Erkam Matbaası, 2002, s. 24.

Özetlemek gerekirse, uygarlık alanında yaşanan gelişmeler, kamu sektörü üzerinde yoğunlaşan eleştiriler, ekonomi ve siyaset teorisinde meydana gelen değişiklikler, bireylerin ve sivil toplumun artan önemi ve nihayet özel sektördeki dinamizm, mali krizin de etkisiyle 1980'lerin başında kamu yönetimi alanında önemli bir paradigma değişimini ortaya çıkarmıştır. Bu değişiklik, basit bir reform ya da yönetim tarzında kısmi bir dönüşüm değil; devletin yapısı, faaliyet alanı, toplum, birey ve piyasa ile ilişkileri, hizmet yöntemleri, çalışanların rolleri ve statüleri, kısacası kamu yönetiminin kendi içinde ve çevresiyle ilişkilerinde kapsamlı ve radikal bir yapılanma sürecini ifade etmektedir.¹⁹³

Yeni kamu yönetimi anlayışının ortaya çıkış nedenlerini genel olarak ekonomik, sosyal ve siyasal etkenler başlıkları altında toplamak mümkündür. Söz konusu etkenlerin zemin hazırladığı yeni kamu yönetimi anlayışı yirminci

¹⁹³ Bilal Eryılmaz, "Kamu Yönetiminde Değişim", II. Kamu Yönetimi Forumu Tebliğleri, Ankara, 2004.

yüzyılın egemen bürokrasi anlayışına tepki olarak doğmuş; esnek hiyerarşi ve örgüt yapısıyla dar merkez, geniş-yatay çevre ve yerinden yönetim ilkelerini savunmaktadır.

Yeni kamu yönetiminin temel özelliklerinden birisi de, faaliyet alanı itibarıyla devletin küçültülmesi (downsizing) üzerinde durulmasıdır. Yeni kamu yönetimi anlayışı; hizmetlerde etkinliğe, verimliliğe, piyasa mekanizmasına, müşteri merkezli hizmet anlayışına ve performans hedefleriyle çıktılara vurgu yapmaktadır.

Yeni kamu yönetimi yaklaşımı sorumluluk (accountability) anlayışında da bazı değişiklikler önermektedir. Buna göre kamu yönetiminin geleneksel anlayışta yalnız siyasi iktidara karşı olan sorumluluğu genişletilerek halka karşı sorumluluk ilkesi de benimsenmektedir. Bu anlayışta bürokratlar yalnız kural ve yöntemlere uymakla sorumluluklarını yerine getirmiş sayılmamakta, sonuçtan da sorumlu tutulmaktadırlar.¹⁹⁴

4.2.2. Yeni Kamu Yönetimi Modelleri

Kamu yönetiminde paradigma değişiminin ortaya çıkış nedenleri ve sürecine değindikten sonra günümüzde kamu yönetimi yeni eğilimler ve yeni dönem için yeni yönetim modelleri konusuna kısaca göz atmakta fayda vardır.

21. yüzyılda kamu yönetiminde ortaya çıkan yeni eğilimlerin başında özel sektörde uygulanan yönetim tekniklerinin kamu yönetiminde de uygulanması gelmektedir. İkinci olarak, katı kurallara bağlı olmayan “*Esnek Kamu Yönetimi*” anlayışının benimsenme eğilimi görülmektedir. Diğer bir eğilim, kamu yönetiminin politizasyonunun giderek azalacağı ve kamu

¹⁹⁴ Veysel Bilgiç, “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı”, (Ed.) Asım Balcı ve diğerleri, *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları*, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003, ss. 28-35.

yönetiminin rasyonel esaslara göre işleyen bir yapıya kavuşacağı yönündedir.

Dördüncü olarak katılımcı kamu yönetimi anlayışının benimsenerek, kamu hizmeti sunanların ve yönetilenlerin yönetimin her aşamasında daha çok söz sahibi olacakları bir anlayışın benimsenerek, gerçek anlamda bir yönetime katılmanın gerçekleşeceği eğilimi gelmektedir.

Son olarak, insan kaynakları yönetiminin verilerinden daha çok yararlanılacağı, işe alma, sınıflandırma, ücret, yükselme gibi alanlarda daha akılcı esaslara dayalı bir insan kaynakları politikasının benimseneceği yönünde eğilim hâkimdir.¹⁹⁵

Kamu yönetiminde yeni yönetim tekniklerinin kullanılması, devletin hizmet sunma kapasitesinin etkinleştirilmesinin önemli bir aracı olarak da özellikle 1980'li yıllardan sonra tüm dünyada önem kazanmıştır.¹⁹⁶ Bu süreç dâhilinde başta özel sektör olmak üzere, kamu sektörü ve diğer organizasyonlar tarafında yeni yönetim tekniklerinin kullanımına önem verilmiştir.

Daha önce de belirtildiği üzere, kamu yönetimi anlayışında meydana gelen değişiklikler, gerek kamu yönetimi teorisinde gerekse mevcut kamu örgütlerinin yapı, işleyiş ve kültürlerinde önemli değişimler yaşanmasına neden olmaktadır. Bu değişim süreci sonucunda ortaya çıkan yeni yönetim modellerinin başında *Yeni Kamu İşletmeciliği (New Public Management)* ve *Yönetişim (Governance)* gelmektedir.¹⁹⁷

Yeni bir paradigma olarak da nitelendirilen yeni kamu işletmeciliği ve yönetişim yaklaşımlarını alt başlıklar halinde ele almakta fayda vardır.

¹⁹⁵ Burhan Aykaç, "21. Yüzyılda Kamu Yönetiminde Yeni Eğilimler", **Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt:4, Sayı:2, Güz 2002.

¹⁹⁶ Coşkun Can Aktan, **Değişim Çağında Devlet**, s. 181.

¹⁹⁷ Hamza Ateş, "Modernlik ve Postmodernlik Arasında Kamu Yönetimi", (Ed.) Güngör Erdumlu, **Modernlik ve Modernleşme Sürecinde Türkiye**, Ankara: Babil Yayıncılık, 2004, ss. 90-92.

4.2.2.1 Yeni Kamu İşletmeciliği (New Public Management)

Neo-liberal ideolojinin yükselişi ile kamu yönetimi alanında yeni arayışlar “kamu işletmeciliği” adı altında krize siyasal bir cevap olarak sunulmuştur. Nitekim bu yaklaşımın başlangıçta krizden ilk etkilenen ülkelerde, İngiltere, Yeni Zelanda ve Avustralya’da “reform” programları adı altında uygulama alanı bulduğunu, daha sonra da küresel düzeyde yaygınlık kazandığı görülmektedir. “Kamu yönetimi”nden “kamu işletmeciliği”ne vurgu değişimi, hem işlevsel açıdan hem de kuramsal açıdan önemli bir değişimi getirmiştir. Bu değişimi bir bütün olarak devletin rolünün yeniden tanımlanması olarak ele almak gerekir.¹⁹⁸

Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımında genel vurgu siyasetten yönetime kaymıştır. Sorumluluk ve yetkileri açık olarak tanımlanacak yöneticilere yönetme özgürlüğü sağlanarak, yöneticilerin alacakları tüm kararlarda maliyet bilinci ile davranmaları sağlanacaktır.

Yeni yaklaşıma göre, idari sistemlerin düzenlenmesinde piramit örgüt modeli yerine yatay örgütlere geçilmiştir. Dolayısıyla, geleneksel devlet örgütlenmesi içinde bürokratik yapıların birbirleriyle “kullanan ya da yararlanan öder” ilkesi temelinde ilişki kuracak olan yarı-özerk birimlere ayrılması sonucunda, bağlı oldukları bakanlıklardan ayrı olmakla beraber devletin denetimine bağlı kamu kurumu niteliğindeki kuruluşlar yapılandırılmaya başlamıştır.

Yeni kamu işletmeciliği modeli ile “süreçlere odaklı” bir yönetim anlayışından “sonuçlara odaklanan” bir yönetim anlayışına geçilmiştir. Bunun anlamı, kamu örgütleri ürettikleri mal ve hizmetlere ve bunlardan elde edilen

¹⁹⁸ Selime Güzelsarı, “Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları”, **GETA Tartışma Metinleri Serisi**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Şubat 2004.

verimliliğe göre değerlendirilecektir. Resmi süreç ve kurallara bağlı uygulamaların temel alındığı “idare” (administration) yerine, sonuçlara ulaşılması için kaynakların etkin kullanımına yönelik bir ilginin öne çıkarılması, kamu sektöründe “yönetim”in (management), faaliyet sürecinden üstün olduğu düşüncesine öncelik kazandırmıştır. Kaynakların dağılımında performans ölçümlerinin sonuçları dikkate alınacağından, performans göstergeleri, performansa bağlı ödeme ve kalite geliştirme gibi konular önem kazanarak, performans değerlendirmesi ve verimlilik kriterinin belirlenmesinde niceliksel yöntemlerin kullanılması önerilmektedir.

Yeni kamu işletmeciliği, hizmetlerin esnek sunumuna önem kazandırmıştır. Bu anlamda vatandaş kavramı, bireysel tüketici veya kamu hizmetlerinin saygın “müşterisi” olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, kamu işletmeleri özelleştirme yoluyla esnek, uzmanlaşmış ve özerk birimlere bağlanmıştır.

Yukarıda detaylarına değinilen yeni kamu işletmeciliğinin doğuşunu etkileyen ve gelişimini destekleyen ve birbiriyle yakından ilişkili olan siyasal, ekonomik ve yönetsel eğilimlerin etkisiyle, “minimal devlet” anlayışına yönelim ve kamu sektörünün “entelektüel anlamda özelleştirilmesi” süreci doğmuştur.¹⁹⁹

Yeni kamu işletmeciliği modeline kısaca değindikten sonra, yeni yönetim modellerinden ikincisi olan yönetim yaklaşımı üzerinde de kısaca durulacaktır.

¹⁹⁹ Uğur Ömürgönülşen, “Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği” (Ed.) Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt I, Ankara: Nobel Yayınları, Ekim 2003, ss. 21-22.

4.2.2.2. Yönetişim (Governance)

Kamu yönetimindeki paradigma değişimine uygun olarak ortaya çıkan yeni yönetim modellerinden birisi de yönetişimdir. Yönetişim, siyasal sistemin yönetiminde hükümet ile toplum arasında karşılıklı etkileşim, ortak çalışma ve karar almada paydaş (*stakeholder*) olma koşullarına dayanır. Siyasal sorunları, gündemi oluşturan ve kamuoyunu yakından ilgilendiren hususlarda hükümetin iktidar kullanımı, bu etkileşimin odağında yer alır. Bu bağlamda, siyasal iktidarın sadece bir yönetim olgusu içermediği, iktidar kullanımının belirli bir üslup da içermesi gerektiği görüşü son yıllarda genel kabul görmeye başlamıştır.

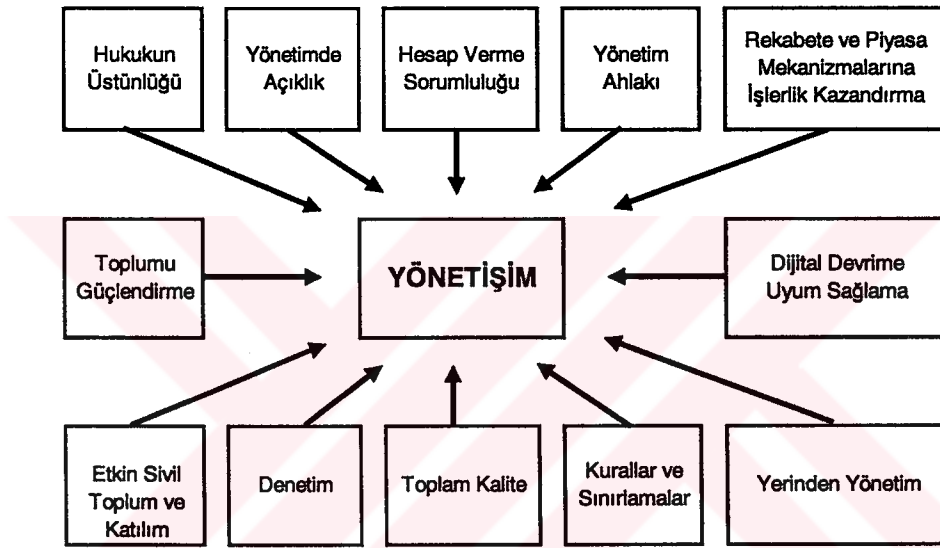
Söz konusu üslubu tanımlamak için, Türkçeye “iyi yönetişim” olarak çevrilen “*good governance*” kavramı gittikçe yaygınlaşan bir kullanım alanı bulmuştur. İyi yönetişim, kamunun yakından ilgilendiği konular hakkında, iktidarın nasıl kullanılması, siyasal kararların neden ve nasıl alınması ve vatandaşların kendi sözlerini kabul ettirebilmeleri için neler yapmaları gerektiğiyle ilgili kurum, süreç ve gelenekleri de göz önüne alarak, sorumlu ve duyarlı bir biçimde güç kullanımı olarak anlaşılmaktadır. Bir başka ifadeyle iyi yönetişim; devlet yönetiminde temsil, katılım ve denetimin, etkin bir sivil toplumun, hukukun üstünlüğünün, yerinden yönetimin, yönetimde açıklık ve hesap verme sorumluluğunun, kalite ve ahlakın, kurallar ve sınırlamaların, rekabet ve piyasa ekonomisi ile uyumlu alternatif hizmet sunum yöntemlerinin ve nihayet dünyada gerçekleşen dijital devrime (yeni temel teknolojilerdeki gelişmelere) uyumun mevcut olduğu bir siyasal ve ekonomik düzeni ifade etmektedir.²⁰⁰

Yeni yönetim modelinden ziyade, devlet ve yönetim felsefesine yeni bir bakış açısı getiren yönetişim yaklaşımı, demokrasi, sivil toplum, etkin yönetim, küreselleşme, yerelleşme, ekonomik kalkınma ve sosyal devlet kavramlarını temel alarak ve bu kavramları bağdaştırarak, ulusal yönetim ve uluslararası ilişkiler için daha kabul edilebilir ve işlevsel bir model ortaya

²⁰⁰ Coşkun Can Aktan, *Değişim Çağında Devlet*, Konya: Çizgi Kitabevi, 2003, ss. 174-181.

koymaktadır. Değişen ve dönüşen toplumsal ve siyasal formlara uygun yeni ilkeler ortaya koymakta, yönetimde ve siyasette önemli açılımlar sağlamaktadır. Bu yeni yaklaşım değişen toplumun beklentilerine karşılık vermekte ve böylece bireyi, toplumu, siyaseti ve yönetimi yeniden tanımlamaktadır.²⁰¹

Şekil 6. Yönetişimin Temel Özellikleri ve Başlıca Unsurları



Kaynak: Coşkun Can Aktan, *Değişim Çağında Devlet*, Konya: Çizgi Kitabevi, 2003, s. 178.

Yukarıdaki şekilde de görüldüğü üzere, yönetişimin birbirini tamamlayan sekiz unsurunu; katılımçılık, hukukun üstünlüğü, şeffaflık, cevap verebilirlik, eşitlik, etkinlik, hesap verebilirlik ve stratejik vizyon şeklinde sıralamak mümkündür.

Sonuç olarak yönetim kavramı; kamu yönetimi, siyaset, devlet ve siyasal iktidarın sınırlandırılması ile özel sektör ve sivil toplum örgütlerini de kapsayacak şekilde geniş bir entelektüel çabanın ürünüdür. İyi yönetim ise, bir anlamda *yeni kamu işletmeciliği* anlayışının gelişmekte olan ülkelere

²⁰¹ M. Akif Çukurçayır, "Çok Boyutlu Bir Kavram Olarak Yönetişim", (Ed.) Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, *Çağdaş Kamu Yönetimi*, Cilt I, Ankara: Nobel Yayınları, Ekim 2003, s. 271.

uyarlanmış şeklidir.²⁰² Dolayısıyla, yeni kamu işletmeciliği ve yönetim modelleri arasında bir etkileşim bulunduğu iddia edilebilir.

Kamu yönetiminde paradigma değişimi ve bu doğrultuda ortaya çıkan yeni yönetim modelleri, yönetimde reform arayışlarını da beraberinde getirmektedir. Bu anlamda kamu yönetimi reformu konusuna değinmekte fayda vardır.

4.3. KAMU YÖNETİMİ REFORMU

Dünya üzerinde kıt olan kaynaklara karşın her geçen gün artan ihtiyaçlar, insanoğlunu yeni arayışlara sevk etmektedir. Daha az maliyetle daha yüksek çıktı elde etmek bu arayışların temel felsefesini oluşturmaktadır. İnsan, ülke ve iktidar unsurlarından meydana gelen devlette de, varlığını teşkil eden insanlara daha iyi hizmet verebilmek ve görevlerini daha etkin bir şekilde yerine getirebilmek amacıyla her dönemde çeşitli reform çalışmaları gündeme gelmiştir. Ancak, bir genellemeye varmak gerekirse yapılan bu reform çalışmaları değişik sebeplerle istenilen sonuca ulaşmamıştır. Bu olumsuz tablonun değişik sebepleri olmakla beraber siyasal iradenin ve bürokrasinin bunda önemli bir pay oluşturduğu gerçektir ve burada asıl üzerinde durulacak konu da budur. Gerek Türkiye’de, gerekse dünyanın birçok ülkesinde değişen koşullar ve gereksinimler karşısında gerçekleştirilen reform çalışmalarında siyasal iradenin ve bürokratik yapının ön plana çıktığı görülmektedir.

Siyasal iktidar ve bürokratik yapı devletin faaliyetlerini yerine getiren organları olup, reform arayışları da bu organların karar ve uygulamalarına yönelik olarak gerçekleştirilmektedir. Mevcut uygulamalarda da görüleceği üzere reformun kapsam alanı hükümetin belirleyeceği politikalardan başlayarak en alt düzeyde bir kamu görevlisinin idari faaliyetine kadar

²⁰² Bilal Eryılmaz, *Kamu Yönetimi*, ss. 28-29.

oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır ve “devlet reformu”, “kamu yönetimi reformu” gibi değişik isimlerle ifade edilmektedir.

Yukarıdaki tespitler ışığında araştırmamızın bu başlığı altında öncelikle kamu yönetimi reformunun kuramsal çerçevesi çizildikten sonra, kısaca reformun temel araçları üzerinde durulacaktır. Ardından Türkiye’de kamu yönetimi alanında yapılan reform çalışmaları hakkında bilgi verilecek ve gündemdeki “Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı”nın genel değerlendirmesi yapılacaktır.

4.3.1. Reformun Kuramsal Çerçevesi

Yönetim reformunu; idari mekanizmanın iyileştirilmesi, hedeflerin gerçekleştirilmesine yardımcı olacak hızlı, ekonomik, verimli ve kaliteli hizmet sunumunu sağlayacak bir organizasyonun kurulması ve bu organizasyon içinde yürütülen faaliyetlerin tümü olarak tanımlamak mümkündür.²⁰³ Bu tamından da anlaşılacağı üzere, kamu reformunun kapsamını iki başlıkta toplamak mümkündür:

- Kamu yönetiminde yapısal ve organizasyonel reform yapılması,
- Kamu yönetiminin işleyişinde, yönetim biçiminde reform yapılması.

1980 sonrası değişik ülkelerde gerçekleştirilen kamu reformlarının kökenleri, teorik açıdan tutarlılığı hakkında tartışmalar olsa da; büyük ölçüde *Yeni Kamu İşletmeciliği* modelinden etkilendikleri üzerinde fikir birliği bulunmaktadır.²⁰⁴ Yeni yönetim modelleri başlığı altında ayrıntılı olarak üzerinde durulduğundan, burada kamu reformlarının teorik arka planında yeni kamu işletmeciliği modelinin bulunduğu tezinden bahsetmekle yetinilecektir.

²⁰³ Nuri Tortop, Eyüp G. İsbir ve Burhan Aykaç, a.g.e., s. 191.

²⁰⁴ Selim Coşkun, “Kamu Reformları: Değişim ve Süreklilik”, (Ed.) Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür, *Çağdaş Kamu Yönetimi*, Cilt II, Ankara: Nobel Yayınları, 2004, s. 133.

Şüphesiz kamu reformlarının teorik arka planının yanı sıra literatürde 1980 sonrası bazı içsel ve dışsal gelişmelerin de, bu reformların yaygınlaşmasında payı olduğu bir gerçektir. Ekonomik krizler, vatandaşların beklentilerinin farklılaşması ve kamu yönetiminin bu beklentiler karşısında yetersizliği, yükselen yeni sağ ideoloji ve bu ideolojilere sahip yönetimlerin devlet ve bürokrasi karşıtı söylem ve uygulamaları yaygınlaştırmasını kolaylaştıran uluslararası yönetim teknikleri ve bu yaklaşımların uluslararası kuruluşlarca desteklenmesi, küreselleşme ve bilgi teknolojileri kamu reformlarının yaygınlaşmasını sağlayan nedenler arasındadır.²⁰⁵

Küresel ekonomik krizler sonucu dünya devletleri, büyüme ve gelişmenin durması, ekonomik durgunluk yaşanması ve “*Refah Devleti*” anlayışının yansımaları olarak transfer harcamalarının bütçeye yükü sorunları ile karşı karşıya kalmışlardır.²⁰⁶ Ülke yönetimlerinin yani kamunun bu sorunlarla mücadelesi, kamu reformlarının hayata geçirilmesi şeklinde gerçekleşmiştir.

Genel olarak ekonomik krizlerin yol açtığı sorunları çözmek için öncelikle kamu harcamalarının azaltılması ve devletin bazı kamu hizmetlerini yerine getirmekten vazgeçmesi gerekmektedir. İkinci olarak vergileri arttırmak yoluyla gelirleri arttırmak yoluna gidilmelidir. Son olarak ise, kamu hizmetlerinin daha az kaynakla, daha verimli ve etkin bir şekilde yerine getirilmesi sağlanmalıdır. Söz konusu sorunların çözümünde bu üç yol, yeni dönemde kamu reformlarına ışık tutmaktadır.²⁰⁷

Değişik ülkelerdeki kamu reformu deneyimleri göz önüne alındığında, kamu yönetiminin iyileştirilmesinde belirli bir sürecin izlendiği ve ancak

²⁰⁵ Selim Coşkun, a.g.m., s. 130.

²⁰⁶ Önder Kutlu, “İdari Reform Transferleri: Ülkelerin Birbirlerinden Kamu Politikaları Transfer Etmeleri ve Öğrenmeleri”, (Ed.) Asım Balcı ve diğerleri, **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları**, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003, ss. 103-104.

²⁰⁷ David Osborne and Ted Gaebler, **Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector**, New York: A Plume Book, 1993.

bütüncül bir yaklaşımdan da vazgeçilmediği ortadadır. Söz konusu reformların hayata geçirilmesinde iki temel yolun izlendiği görülmektedir:²⁰⁸

- Kamu yönetiminin toptan yeniden yapılandırılmasını benimseyen kapsamlı bir süreç,
- Münferit olarak kurumsal iyileşme yaklaşımını benimseyen “ada” çözümlerle yola çıkmak ve bu kurumların zaman içinde sayılarını arttırmak.

Sonuç olarak günümüzde uygulanan kamu yönetimi reformlarının kuramsal çerçevesini, yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının belirlediği ve bu yaklaşım doğrultusunda kamu yönetiminde reform çalışmalarının gündeme geldiğini iddia etmek mümkündür.

4.3.2. Reformun Temel Araçları

Kamu yönetimi reformunun kuramsal çerçevesi hakkında kısa bilginin ardından, özellikle Türk kamu yönetimi açısından yönetimin işleyişinin iyileştirilmesinin yolları ve temel araçları üzerinde durulacaktır.

Yönetimin işleyişinin iyileştirilmesinin yollarını ve temel araçlarını dört başlık altında ele almak mümkündür:²⁰⁹

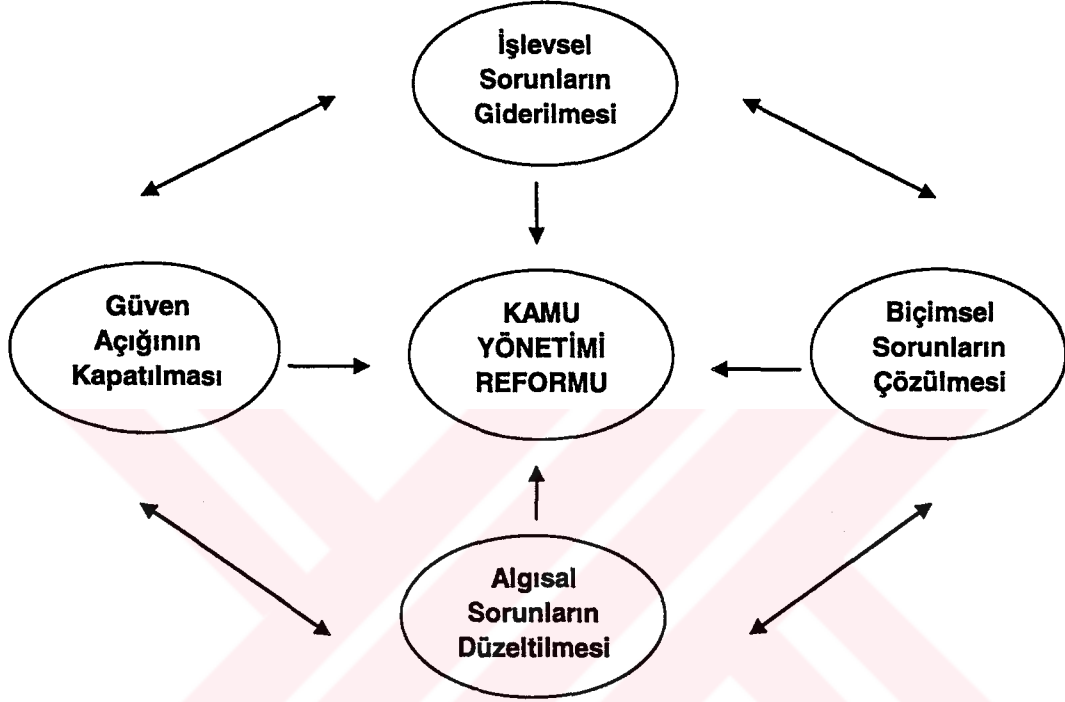
- a) Güven açığının kapatılması,
- b) İşlevsel sorunların giderilmesi,
- c) Biçimsel sorunların çözülmesi,
- d) Algısal sorunların düzeltilmesi.

²⁰⁸ Nevzat Saygılıoğlu ve Selçuk Arı, a.g.e., s. 92.

²⁰⁹ Cahit Emre, a.g.e., ss. 228-243.

Aşağıdaki şekilde de görüldüğü gibi kamu yönetimi reformunun temel araçları arasında karşılıklı etkileşim söz konusudur. Yönetimin işleyişinde güven açığının kapatılması, işlevsel, biçimsel ve algısal sorunların giderilmesi hususunda atılan adımlar, belirli bir sistematik dâhilinde gerçekleşmektedir.

Şekil 7. Kamu Yönetimi Reformunun Temel Araçları



Şimdi bu araçlar tek tek ele alınarak, konuya açıklık getirilmeye çalışılacaktır.

4.3.2.1. Güven Açığının Kapatılması

Bireylerin beklentilerinin karşılanamamasından doğan güven bunalımı, günümüzde devletin asli ve zorunlu fonksiyonlarının yerine getirilememesi sonucunda had safhaya çıkmış durumdadır. Kamu yönetiminde modernleşme arayışlarına neden olan faktörlerin başında gelen güven bunalımı, bireylerin kamusal hizmetlerden memnuniyetsizliğini de beraberinde getirmektedir. Devlete duyulan güven derecesinin azalması

kamusal hizmetlerinin verimliliğini etkilemekte ve performans düşüklüğüne neden olmaktadır.

Günümüzde devlet-birey ilişkisinden kaynaklanan nedenlerle ortaya çıkan güven bunalımının aşılabilmesi için, bireylerin kamu yönetimi alanında söz sahibi olabilmesi, “bilgi”ye erişim hakkının sağlanması, kısacası yönetime katılma hakkının düzenlenmesi yönünde adımlar atılmalıdır.²¹⁰

4.3.2.2. İşlevsel Sorunların Giderilmesi

Yönetimin etkin ve verimli işleyişinin sağlanması için, mevzuat karmaşasına son verilmesinden yeni yönetim tekniklerinden yararlanılmasına, yöneticilerin yönetsel becerilerinin geliştirilmesinden teknolojik araçların etkili kullanımına değin, yönetimin işleyişinde ciddi bir yenileşmenin yapılması gerekmektedir.²¹¹

Türkiye’de kamu kesiminde personel rejimindeki aksaklıkların giderilmesi amacıyla ücret düzenlemelerinin özelliklerine bakıldığında her bir düzenleme, ülkenin karşılaştığı siyasal ve ekonomik dönüşüm ve krizlere denk düşmektedir. 1926-2001 yılları aralığında düzenlenen ve uygulanan ücret sistemleri, özellikleri ve meydana getirdikleri oluşumlar açısından genel bir değerlendirmeye tabi tutulacak olursa, bu düzenlemeleri üç grupta toplamak mümkündür. Bunları; 1926-1965 yılları aralığında kullanılan “barem sistemi dönemi”, 1965-1983 yılları aralığında kullanılan “göstergeli sistem dönemi” ve 1983 sonrası kapsayan “1983-2005 dönemi” olarak adlandırmak mümkündür.²¹²

²¹⁰ Cem Eroğul, **Devlet Yönetimine Katılma Hakkı**, Ankara: İmge Kitabevi Yayınları, 1991, ss. 160-161.

²¹¹ Cahit Emre, a.g.e., s. 229.

²¹² Ali Öztürk, “Kamu Kesiminde Personel ve Ücret Rejimi Arayışları”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 42, Temmuz-Eylül 2001, s. 3.

1949 yılında çıkarılan bir kanun* ile kamu sektöründe verimi arttırmak amacıyla kamu personeline maddi menfaat temini sağlama yoluna gidilmişse de; hedeflenen şekilde uygulamaya geçirilemediği görülmüş ve söz konusu düzenlemelerin büyük kısmı, daha sonra çıkarılan bazı kanunlarla yürürlükten kaldırılmıştır.²¹³

Günümüzde de kamu sektöründe verimliliğin artırılması ve performansa dayalı ücretlendirme konusunda teknik ve yasal çalışmalar yürütülmektedir. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndaki "Verimliliğe Dayalı Ücret Sistemlerine Geçiş Özel İhtisas Komisyonu Raporu'ndaki tanıma göre performansa dayalı ücret, tüm kuruluşlarda kullanılabilen, verimliliği artırıcı tekniklerdendir. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile, çalışanların çalışma isteklerini ve çabalarını artırıcı bir motivasyon artışı sağlanarak, ulaşılacak hizmet/ürün üretim ve verimlilik artışlarından hakça bir pay almaları amaçlanmaktadır.²¹⁴

Kamu personel ve ücret sistemindeki aksaklıkların gidermek, verimliliği arttırmak ve çalışanları teşvik etmek için "performans yönetimi" teknikleri ve araçlarından faydalanılması gerektiği konusunda fikir birliğinin olduğu ve bu konuda da çalışmalarının yürütüldüğü bilinmektedir.²¹⁵

Kamu yönetiminin kişisellikten arındırılarak rasyonel bir ilişkiler düzeninin kurulması, yönetimde etkinlik ve verimliliği sağlayacak tekniklerin uygulanması ve kamu sektörünün çeşitli amaçlarla uyguladığı ekonomik, sosyal ve idari düzenlemelerin azaltılması ve/veya tamamen kaldırılması da

* "Memurin Kanunu'na ek olarak çıkarılan 16 Haziran 1949 tarih ve 5439 sayılı kanun."

²¹³ Cemal Mihçioğlu, "Türk Devlet Teşkilatında Verimi Artırmak Maksadıyla Personele Sağlanan Maddi Menfaatler", **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Cilt: XIV, No: 4.

²¹⁴ Devlet Planlama Teşkilatı, **Verimliliğe Dayalı Ücret Sistemlerine Geçiş Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara: 2000, s. 39.

²¹⁵ Kamu sektöründe performans yönetimi ve performansa dayalı ücretlendirme sistemleri hakkında daha geniş bilgi için bkz. Kamil Ufuk Bilgin, **Kamu Performans Yönetimi: Memur Hak ve Yükümlülüklerinin Performansa Etkisi**, 1. b., Ankara: TODAİE Yayını, Ekim 2004

yönetimin işlevsel sorunlarının çözümünde uygulanan temel araçlar arasındadır.²¹⁶

Bürokratik işlemlerin basitleştirilmesi ve kırtasiyeciliğin azaltılması yönünde birçok çalışma yürütülmüş olup, bu alandaki çalışmalar da kamu yönetiminin işlevsel sorunlarına çözüm bulma amacı taşımaktadır. Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi (TODAİE) bünyesinde bürokratik işlemlerin basitleştirilmesi ve kırtasiyecilikle mücadele etmek için kurulan İdari Danışma Merkezi'nce birçok alanda yürütülen çalışmalar, kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasında bürokratik işlemlerin basitleştirilmesi ve kırtasiyeciliğin azaltılması yönünde yapılan çalışmalardan birisidir.²¹⁷

4.3.2.3. Biçimsel Sorunların Çözülmesi

Kamu yönetiminde yolsuzluğu etkileyen, yaygınlaşmasını sağlayan etmenlerden önemli bir bölümü *değerlere* ilişkindir. Saygın, güvenilir, temiz bir kamu yönetiminin oluşturulması, büyük ölçüde, yolsuzluklara neden olan etmenlerin titizlikle incelenerek ortadan kaldırılmasıyla olanaklıdır.

Yolsuzlukların önlenmesi bakımından önem taşıyan bir başka konu da şeffaf ve denetlenebilir bir yönetim düzeninin kurulabilmesi, denetimin etkinleştirilmesi ve denetim anlayışının gözden geçirilerek, yeni yönetim anlayışına uygun denetim mekanizmalarının hayata geçirilmesi gerekmektedir.²¹⁸

²¹⁶ Coşkun Can Aktan, *Değişim Çağında Devlet*, s. 368.

²¹⁷ Cemal Mıhçıoğlu, *Bir Yönetim Deneyi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1986.

²¹⁸ Cahit Emre, a.g.e., ss. 233-239.

4.3.2.4. Algısal Sorunların Düzeltilmesi

Şeffaf, katılımcı, insan haklarına saygılı bir yönetim düzeninin sağlanması ile kamu yönetimin bireyler açısından algısal sorunlarına çözüm bulunabilir. Daha önce de değinildiği gibi “Bilgi Edinme Hakkı Kanunu” ile kamu hizmetinden yararlananların idarenin denetimine ve karar alma sürecine katılımı yoluyla yönetimde verimliliğin artırılması amaçlanmıştır.

Bu doğrultuda yönetimin karar verme aşamasında ilgililerin görüşlerine başvurması, ilgililerce sunulacak belge ve kanıtları değerlendirmesi, karar verme konumunda olan yöneticilerin kendi çıkarlarını ilgilendirecek herhangi bir konuda karar vermesinin ve verilecek kararları etkilemesinin önlenmesi kamu reformunun temel araçları arasında gösterilebilir.²¹⁹

4.3.3. Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformu Çalışmaları

Kamu yönetiminin iyileştirilmesinin yolları ve temel araçları konusunun üzerine, Türkiye’de yönetim reformu çalışmaları hakkında kısa bir bilgi verilecektir.

Türkiye’de yönetsel reform çalışmaları hemen her dönem gündemde olagelmış, özellikle 1960’lı yılların başından itibaren kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması sürekli gündemde kalmıştır. 1933 yılından planlı döneme kadar yönetimde reform konusunda yapılan araştırmalar daha çok yabancı uzmanlar tarafından gerçekleştirilmiştir.²²⁰ Planlı dönemde kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasına ilişkin yapılan belli başlı çalışmalar şunlardır.²²¹

²¹⁹ Cahit Emre, a.g.e., ss. 240-241.

²²⁰ Nuri Tortop, Eyüp G. İsbir ve Burhan Aykaç, a.g.e., ss. 197-199.

²²¹ Devlet Planlama Teşkilatı, **Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s. 8.

- MEHTAP Projesi (1962)
- İç Düzen Projesi (1967-1971)
- İdarenin Yeniden Düzenlenmesi Raporu (1971)
- Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı (1984)
- KAYA Projesi (1988-1991)
- Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması (VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu-2000)

Türkiye'de kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasını; son yıllarda gerek Türk kamuoyu, gerek Avrupa Birliği, gerekse uluslararası kuruluşlar (IMF, Dünya Bankası, OECD-PUMA), artık ihtiyaçtan öte bir zorunluluk olarak belirlemekte ve bir an önce gerçekleştirilmesini talep etmektedirler. Bu doğrultuda kamu kurum ve kuruluşlarının da yeniden yapılanma ihtiyacını ve gerekliliğini benimsediği ve bu yönde giderek hızlanan çalışmalar yapıldığı gözlenmektedir. Nitekim 2003 yılında ortaya konan Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarı'nı, kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması perspektifinde değerlendirmek mümkündür.²²²

4.3.4. Kamu Yönetimi Temel Kanunu

Geçmişten günümüze Türkiye'de kamu yönetimi alanında reform çalışmaları ile ilgili kısa bilginin ardından, kamu yönetiminin kuruluş ve işleyişine yeni bir yaklaşım getirmesi amaçlanan ve kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasına yönelik ortaya konulan Kamu Yönetimi Temel Kanunu'nun (KYTK) genel değerlendirilmesi yapılacaktır.

Kamu yönetiminde bir paradigma değişimi öngören KYTK, 58. T.C. Hükümeti'nin Acil Eylem Planı'nda belirtilen kamuda etkin ve katılımcı bir yapı ve anlayışın hâkim kılınması, kamu yönetiminde yönetim ilkelerinin

²²² Bilal Eryılmaz, "Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Perspektifi", *Karizma Dergisi*, Sayı:18, Nisan-Mayıs-Haziran 2004.

hayata geçirilmesi ve reform çalışmalarında koordinasyon sağlanması ilkelerinden yola çıkılarak hazırlanmıştır.²²³

Yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde “düzenleyici-denetleyici devlet” mekanizmasının hayata geçirilmesini amaçlayan²²⁴ KYTK’nun hazırlanma amacını üç başlıkta toplamak mümkündür:²²⁵

- Kamuyu yeniden yapılandırma sürecine rehberlik yapacak bir çerçeve oluşturmak,
- Siyasi iktidarın öngördüğü kapsamlı reform başlıklarını sistematik hale getirmek,
- Yeniden yapılan sürecine sistemin bütünü içinde yaklaşmak (merkezi ve yerel yönetimler) ve böylece reform alanları arasında uyum ve sinerji yaratmak.

3 Kasım 2003 günü bir basın toplantısı ile kamuoyuna “resmen” duyurulan KYTK, 9’u geçici olmak üzere toplam 60 maddeden oluşmaktadır. Başta Prof. Dr. Ömer Dinçer olmak üzere 10 uzman tarafından çeşitli sivil toplum örgütleri ve birçok kamu kurum ve kuruluşunun görüşlerinin alınması suretiyle hazırlandığı söylenen tasarı dört kısımdan oluşmaktadır. Tasarının birinci kısmında “*Kamu Yönetiminin Amaç, İlke ve Görevleri*”, ikinci kısmında “*Merkezi İdarenin Teşkilatlanmasına İlişkin Esas ve Usuller*”, üçüncü kısmında da “*Kamu Yönetiminde Denetim*”in esasları düzenlenmiştir. Kanunun son kısmında ise çeşitli ve geçici hükümlere yer verilmiştir.

KYTK ile merkezi idarenin yapılanmasından yerel yönetimlerin güçlendirilmesine, kamu personel sisteminde değişimden teftiş sisteminden vazgeçilmesine kadar birçok alanda reformun hayata geçirilmesi planlanmıştır. Tasarı yasalaşmadan önce kamuoyunda geniş yankı bulmuş,

²²³ Başbakanlık, **Acil Eylem Planı**, Ankara: 58. T.C. Hükümeti, T.C. Başbakanlık, 2002.

²²⁴ Birgül A. Güler, “Kamu Yönetimi Temel Kanunu Üzerine”, **Hukuk ve Adalet**, Sayı: 2, Yıl: 1, Nisan-Haziran 2004.

²²⁵ Ömer Dinçer ve Cevdet Yılmaz, a.g.e., ss. 138-139.

çeşitli kesimlerce eleştirilmiştir. Söz konusu süreçte KYTK'nun değişik ilke ve esasları üzerinde yazılı basında birçok haber çıkmıştır.²²⁶

KYTK'nun amaç ve ilkeleri hakkında akademik çevrelerce de değerlendirmeler yapılmış ve ilgili tarafların yasa tasarısına olabildiğince geniş katılımı sağlanmıştır.²²⁷ Ayrıca söz konusu kanun tasarısının hazırlık aşamasında rol alan Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı'nın (TESEV) katıldığı çeşitli çalıştay ve konferanslarda sunulan görüşleri ve medyada yer alan tartışmaları göz önünde bulundurarak hazırladığı KYTKT hakkındaki görüş ve önerilerinde, şekil ve esas açısından bazı hususlara değinilmektedir.²²⁸ Örneğin, tasarıda önerilen temel ilkelerin bürokrasinin temel içgüdüleriyle çeliştiği, reform tasarımı sürecinde katılımın iyi düzenlenemediği, teftiş kurullarına ne olacağı hususuna açıklık getirilmediği ifade edilmektedir.

Sonuç olarak, hâlihazırda TBMM'nden geçen Kamu Yönetimi Temel Kanunu Cumhurbaşkanı tarafından veto edildiği için "Acil Eylem Planı"nda

²²⁶ "Bürokrasiye ABD Modeli", *Dünden Bugüne Tercüman*, 23 Ocak 2003. – "Devlet Memuru Tarihe Karşıyor", *Dünden Bugüne Tercüman*, 26 Ocak 2003. – Tarhan Erdem, "Kamu Yönetimi ve Anayasamız", *Radikal*, 28 Ekim 2003. – "Vali ne işe yarar?", *Radikal*, 1 Kasım 2003. – "Bürokrasi yerine bireyin üstünlüğü geliyor", *Hürriyet*, 3 Kasım 2003. – Işık Kansu, "KYTKT hakkında yazı dizisi", *Cumhuriyet*, 3-7 Kasım 2003. – M. Ali Kışlalı, "Tartışmanın Fazileti", *Radikal*, 6 Kasım 2003. – Türker Alkan, "Reform meform", *Radikal*, 6 Kasım 2003. – Türker Alkan, "Yerel yönetimler ve demokrasi", *Radikal*, 8 Kasım 2003. – Murat Yetkin, "Müfettişlerden reform uyarısı", *Radikal*, 12 Kasım 2003. – Taha Akyol, "Baykal, milliyetçilik ve kamu yönetimi", *Milliyet*, 13 Kasım 2003. – Işık Kansu, "Anayasal dengeyi bozuyor", *Cumhuriyet*, 13 Aralık 2003. – Işık Kansu, "Rejim Değişikliği", *Cumhuriyet*, 15 Aralık 2003. – Ülkü Azrak, "Kamuda tehlikeli reform", *Radikal*, 12 Ocak 2004. – Yaman Toruner, "Son darbe geliyor", *Milliyet*, 12 Ocak 2004. – Tarhan Erdem, "Tasarının Yararı", *Radikal*, 13 Ocak 2004. – Yakup Kepenek, "Geriye dönük yenilenme?!", *Cumhuriyet*, 19 Ocak 2004. – "Kamu yönetimi reformu", *Hürriyet*, 21 Ocak 2004.

²²⁷ Ahmet Alpay Dikmen, "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı Hakkında Sorular ve Yanıtlar", ss. 35-39; Onur Karahanoğulları, "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısındaki Anayasaya Aykırılıklar", ss. 47-67, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, *Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri: Mülkiye'den Perspektifler*, Cilt I, Tartışma Metinleri, No: 59, Kasım 2003.

Seyhan Erdoğan, "Kamu Personel Rejiminde Uyarlanma", ss. 10-23; Demet Dinler ve Umut Sönmez, "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı", ss. 32-43; Ozan Zengin, "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısında Halk Denetçisi", ss. 44-54; Koray Karasu, "Kamu Örgütlenmesi Boyutuyla Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı", ss. 55-66; Can Umut Çiner, "Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Değişen Yapısı ve Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı", ss. 81-91, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, *Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri: Mülkiye'den Perspektifler*, Cilt II, Tartışma Metinleri, No: 60, Kasım 2003.

²²⁸ www.tesev.org.tr

yer alan ve KYTK ile hayata geçirilmesi hedeflenen reformlar beklemede kalmış durumdadır.²²⁹ Mevcut haliyle KYTK'nun paydaşlara yeterince anlatılamadığı izlenimi uyanmakta, tasarıya karşı olanlara karşı halkın doğrudan desteğini kazanma yolunda bir gündem ve bildirme oluşturulamadığı görülmektedir. KYTK tartışmaları dar bir kapsama sıkışmış durumdadır. Söz konusu kanunla ülkenin bölünüp bölünmeyeceği ya da denetim sisteminde teftiş kurullarının kaldırılması ile yolsuzluklara zemin hazırlanıp hazırlanmayacağı ekseninde tartışılmakta, bunun dışında tartışılması gereken konulara ise çok az değinilmektedir.²³⁰

4.3.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de çok önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Değişen çevre koşullarının ortaya çıkardığı faktörler, sağlık sektöründeki değişimi de tetikleyici rol üstlenmektedir. Bu faktörlerden en önemlileri, tüm dünyayı etkileyen “yaşlı nüfus”, “kronik hastalıklar” ve bu iki faktörün sonucu olarak artan sağlık harcamalarıdır.

Sağlık hizmetlerinin kaliteli, yaygın, sürekli, toplumun beklentilerine ve ihtiyaçlarına uygun olarak sunumu, sağlık hizmet basamakları arasında sevk sisteminin geliştirilmesi, toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi ve sağlık sektöründe görevli kuruluşların yeniden örgütlenmesi de sağlık sektöründe değişimi zorunlu kılan ihtiyaçlar arasında yer almaktadır.

Kamu Yönetimi Temel Kanunu ve kamu yönetiminde paradigma dönüşümü konusundan sonra bu başlık altında 59. Cumhuriyet Hükümeti döneminde Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya koyulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın amacı, temel ilkeleri ve ana unsurları üzerinde durulduktan sonra, uygulamalar ve hedefler açısından değerlendirilecektir.

²²⁹ Hürriyet, 23 Ağustos 2004.

²³⁰ TESEV, Kamu Yönetimi Temel Kanunu Taslağı, TESEV Değerlendirme Raporu, İstanbul: TESEV Yayını, Ocak 2004.

Kuşkusuz değerlendirme yapılırken, kamu yönetimi ve sağlık sektöründe paradigma dönüşümü ekseninden çıkılmayacaktır.

4.3.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı

1990 sonrası sağlık politikaları incelendiğinde ortaya konan stratejilerin, kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerin paralellik arz ettiği görülmektedir. Gerçekten de temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinden sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devrine, hizmet sunumunun iyileştirilmesinden hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasına kadar uzanan geniş bir yelpazede yer alan strateji ve hedefler, sağlık reformlarının ortak noktasını oluşturmaktadır.²³¹ Yine bu görüşü destekler şekilde, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1996 yılında yayınladığı "*Health Care System in Transition: Turkey*" raporunda da sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu, temel sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gibi konulara değinilmiştir.²³²

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve ekonomik sunulması amacı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer aldığı gibi,²³³ 1990 sonrasında hayata geçirilen "Birinci Sağlık Projesi"nde de politik amaç olarak belirlenmiştir.²³⁴ Bu durum, değişik dönemlerde uygulanan sağlık reformları arasında benzerlik bulunduğu tezini doğrulamaktadır. Nitekim, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı seleflerinden ayıran temel farklılığın, kamu yönetimi alanında yaşanan paradigma değişimi ve çağdaş yönetim yaklaşımları olduğunu iddia etmek mümkündür.

²³¹ A. Erdal Sargutan, **Türk Sağlık Politikası: Değerlendirmeler İlkeler Öneriler**, 3.b., Ankara: Sağlık Yayınları, 1996, ss. 78-93.

²³² World Health Organization, **Health Care Systems in Transition: Turkey**, Copenhagen: Regional Office For Europe, 1996, ss. 6-14.

²³³ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara: Aralık 2003, s.24.

²³⁴ B. Serdar Savaş ve diğerleri, **Health Care Systems in Transition: Turkey**, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, Vol.4, No.4, 2002, s. 94.

Sağlık sektöründe yaşanan sorunlar karşısında üretilen politika, strateji ve reformlar 2000'li yıllarda da belirgin bir değişiklik içermemektedir. Dünya Bankası'nın (WB) 2002 yılındaki "*Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar: Türkiye*" raporunda yer alan öneri ve hedefler ile 1990'lı yılların başında gündemde olan kapsamlı sağlık sektörü reformları benzerlik arz etmektedir.²³⁵ Konuya farklı bir açıdan, siyasi görüş ve sağlık politikaları açısından bakıldığında, marjinal görüşler haricinde siyasi partilerin sağlık politikaları arasında belirgin farklılıkların olmadığı görülmektedir. Kasım 2002 genel seçimlerine katılan yirmi bir siyasi partinin programları incelendiğinde, sağlık politikalarında benzerlik göze çarpmaktadır.²³⁶ Temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, aile hekimliğinin uygulamaya geçilmesi, hastanelerin özerkleşmesi, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu siyasi partilerin programlarındaki ortak hedeflerden sadece birkaçıdır. Gerek sağlık reformlarında ve gerekse sağlık politikalarında hedeflerin birbiriyle örtüşmesi, 1990'ların başından itibaren gündemde olan sağlık reformları arasında belirgin bir farklılık bulunmadığı tezini doğrulamaktadır.

Kamunun sağlık sektöründeki rolünü üç ana başlık altında toplamak mümkündür; hizmet sunumu, finansman ve düzenleme.²³⁷ Söz konusu rollere hangi ölçüde ve biçimde başvurulacağı ise sağlık politikalarının ve sağlık reformlarının içeriğini oluşturmaktadır. Dolayısıyla toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet ilkesinin yerine getirilmesi, siyasal sistemlerin ve ülkelerin sağlık konusunda ana hedefleridir. Söz konusu hedeflere erişimin nasıl sağlanacağı hususu ise, sağlık politikaları ve reformlardaki ince ayrıma işaret etmektedir.

Türkiye'de geçmiş dönemlerde uygulanan sağlık reformları ile son dönemde uygulamaya geçilen "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (S.D.P.)

²³⁵ World Bank, *Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar*, Dünya Bankası İnsan Geliştirme Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, Rapor No:24358-TU, Haziran 2002.

²³⁶ Bursa Tabip Odası, "Sağlığa Bakış", *Hekimce Bakış*, Sayı: 53, Ekim-Kasım-Aralık 2002.

²³⁷ Haydar Sur, "Devletin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü", *Hastane Dergisi*, Sayı: 11, Nisan-Mayıs 2001.

arasındaki ilişkiye kısaca değindikten sonra söz konusu Programın amaç ve hedeflerine değinmekte fayda vardır.

S.D.P.'nin amacını sağlık hizmetlerinin organizasyonunda, finansmanında ve sunumunda etkililik, verimlilik ve hakkaniyet ilkelerine göre hareket edilmesi şeklinde ifade etmek mümkündür.²³⁸ S.D.P.'nin amaçları üzerinde kısaca durmak gerekirse; etkililikten kasıt, uygulanacak politikaları sonucunda toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmektedir. Sağlık hizmet sunumunda öncelikli hedef, insanların hastalanmasının önlenmesi, yani koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi olarak belirlenmiştir.

S.D.P.'nin ikinci amacı, sağlık hizmetlerinde verimliliğin esas alınmasıdır. Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarında verimlilik ön planda olmalıdır.

Son olarak, sağlık hizmet sunumunda hakkaniyet ilkesi temel amaç olarak belirlenmiştir. Hakkaniyet ilkesinden kasıt, toplumu oluşturan bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde erişmeleri, hizmetlerin finansmanına mali güçleri nispetinde katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılmasıdır.

S.D.P.'nin temel amaçları incelendiğinde, kamu yönetiminde yeniden yapılanma çalışmalarına paralel olarak sıkça bahsedilen "performans yönetimi" anlayışının²³⁹ sağlık sektörüne yansımaları olduğu görülecektir. S.D.P. çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamalar göz önünde bulundurulduğunda, "performans yönetimi" anlayışının ücretlendirme

²³⁸ Sağlık Bakanlığı, *Turkey Health Report*, Ankara: RSHM Başkanlığı Hifzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Şubat 2004, s. 81.

²³⁹ Muhsin Halis ve Mehmet Tekinkuş, "Kamuda Performans Yönetimi", (Ed.) Asım Balcı ve diğerleri, *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları*, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003, s. 198.

sisteminden istihdam politikalarına, hasta haklarından sağlık hizmetlerinde kaliteye kadar geniş bir alanda yerleşmeye başladığı görülmektedir.²⁴⁰

4.3.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri

Sağlık hizmetlerinin organizasyonunda, finansmanında ve sunumunda performans kriterlerini amaç edinen S.D.P.'nin temel ilkelerini dokuz başlıkta toplamak mümkündür.²⁴¹

- *İnsan merkezlilik:* Bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınmasıdır.
- *Sürdürülebilirlik:* Sistemin ülkenin koşulları ve kaynakları ile uyumlu olarak kendini finanse etmesi ve hizmet sürekliliğinin sağlanmasıdır.
- *Sürekli kalite gelişimi:* Sistemin sürekli kendini değerlendirerek, hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasıdır.
- *Katılımcılık:* İlgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması, ayrıca sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak, uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasıdır.
- *Uzlaşmacılık:* Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışıdır.
- *Gönüllülük:* Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almalarıdır.
- *Güçler ayrılığı:* Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir.

²⁴⁰ Mehmet Demir, "Sağlıkta Performans Yönetimi", **SB Diyalog**, Sayı:2, Mayıs 2004 – Mehmet Demir, Bayram Demir ve Harun Kırılmaz, "Daha Kaliteli Sağlık Hizmetlerine Doğru Kurumsal Performans Ölçümü", **SB Diyalog**, Sayı:10, Nisan 2005.

²⁴¹ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Aralık 2003, s. 25.

- *Desantralizasyon*: Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesidir.
- *Hizmette rekabet*: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp, farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanmasıdır. Böylece sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamının oluşması hedeflenmektedir.

4.3.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Ana Unsurları

S.D.P. sağlık sektörünü bütün boyutları ile kavramak üzere şekillendirilmiş toplam 8 bileşenden oluşmaktadır. Her bileşen bir diğeri ile ilişkilendirilmiş olup, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri ortaya koymaktadır.²⁴² Her ne kadar S.D.P.'nin unsurları sekiz alt başlıkta ele alınmaktaysa da, bu bileşenleri dört ana başlı altında toplamak mümkündür: a) *Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi*, b) *Özerk sağlık işletmelerinin hayata geçirilmesi*, c) *Ulusal düzeyde etkin ilaç ve tıbbi malzeme yönetimi ve d) Sağlık hizmetlerinin finansmanı*.²⁴³ Söz konusu bileşenlere geçmeden önce, S.D.P.'nin dayanaklarına kısaca değinmekte fayda vardır.

Daha önce de belirtildiği üzere, “kamu yönetimi anlayışı”ndaki değişimin sağlık politikalarına yansması olarak tanımlayabileceğimiz S.D.P.'ni bu değişimden bağımsız olarak ele almak ve değerlendirmek doğru değildir. Sağlık sektörünü bütün boyutlarıyla kavramak üzere şekillendirilen S.D.P.'nin sağlık politikaları, stratejileri ve reformlarında bugüne kadar şekillenen kurumsal hafızayı yok saymadan, gerekli yasal düzenlemeleri yaparak, konunun “*yönetim*” ve “*ekonomi*” ayakları göz önünde bulundurarak, hedef ve uygulamalar açısından “*iletişim*” unsurundan yeterince faydalanılması esasları çerçevesinde hazırlandığı ileri sürülmektedir.²⁴⁴

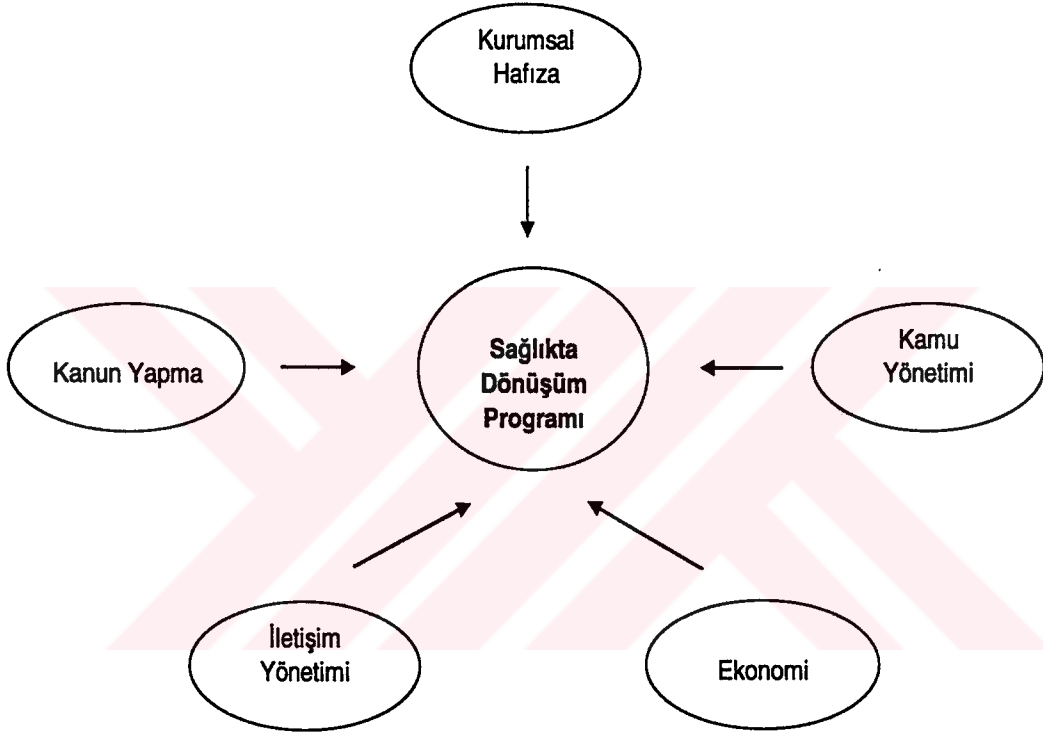
²⁴² Sağlık Bakanlığı, *Turkey Health Report*, Şubat 2004, s.82.

²⁴³ Turizm, Ekonomi, Bilimsel Araştırma Tanıtım Merkezi (düz.), *Türk Sağlık Sisteminin Geleceği Açısından "Sağlıkta Dönüşüm Programı"*, Bolu: Ocak 2004.

²⁴⁴ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Aralık 2003, s. 26.

Aşağıdaki şekilde S.D.P.'nin dayanakları biçimlendirilmeye çalışılmıştır. Burada da görüldüğü üzere, S.D.P.'nin dayanaklarını “kurumsal hafıza”, “yasal düzenleme”, “kamu yönetimi”, “ekonomi” ve “iletişim yönetimi” başlıkları altında toplamak mümkündür.

Şekil 8. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Dayanakları



Bu bilgiler ışığında S.D.P.'nin ana unsurlarını sekiz başlık altında ele alarak, kısaca üzerinde durmakta fayda vardır.²⁴⁵

4.3.5.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Merkezi Yönetim

Sağlık Bakanlığı hem yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken, hem de sağlık hizmetlerini planlaması ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı

²⁴⁵ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Aralık 2003, ss. 26-37.

çerçevesinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Stratejik planlama, insan kaynakları politikası, personel yönetimi, kaynak dağılımı, malzeme yönetimi konularında yeni misyonunun tanımlanması, mali ve yönetsel kontrol ve denetimin taşra teşkilatına aktarılmasına yardımcı olacak şekilde yeniden yapılanması gerekmektedir.

4.3.5.3.2. Genel Sağlık Sigortası

Her vatandaşın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacağı ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacağı bir sigorta modeli oluşturulmalıdır. Hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç vardır.

Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenerek, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmaları sağlanmalıdır. Sağlık sigortası mutlaka diğer sigorta sistemlerinden ayrılmalıdır. Primi yatırma veya sigortasız olma sorununun muhatabı sağlık kuruluşları olmamalı; sigorta kurumu bunu takip etmelidir. Hizmet üretenlere geri ödeme tek elden düzenli ve zamanında yapılmalıdır.

4.3.5.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması

Sağlık sektörünün taraflarını sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamının oluşturulması gereklidir. Bu anlayış kaynakların verimli kullanımına yol açacağı gibi, herkesin kolayca erişebileceği bir hizmet sunumuna fırsat tanıyacaktır.

4.3.5.3.3.1. Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye “tek pencere” sistemi ile yaklaşım başarıyı arttıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde doktor önemli rol oynayacaktır. Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesine imkân sağlayacaktır.

4.3.5.3.3.2. Sevk Zinciri Sisteminin Uygulanması

Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bu hizmet sunumunun kalitesine bağlıdır. Kısaca, hasta memnuniyetini esas alan bir “aile hekimliği uygulaması” sistemin esasını oluşturmaktadır. Bu hedefe yönelik olarak planlama ve teşvik yapılması, birinci basamakta birçok hastanın probleminin çözülmesini sağlayacaktır.

4.3.5.3.3.3. Sağlık Kuruluşlarının Özerk Statüye Kavuşturulması

Kamuya ait hastanelerin tümünün, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlara hizmet verebilmesi hedeflenmektedir. Hastaneler bu hizmeti verirken, hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları açısından denetim altında tutulacaktır.

Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için şu andaki merkeze bağımlı yapısından kurtulması gereklidir. Bu yapının doğal bir sonucu olarak her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olacaktır. Ancak ülke genelinde kaynak dağılımı dengesizliği göz önünde bulundurularak sosyal devlet ilkesi gereği, yetersiz bölgelerdeki sağlık kurumlarının desteklenmesi gerekmektedir.

4.3.5.3.4. İnsan Kaynakları

Sağlık reformlarının başarısı, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde bağlıdır. S.D.P. çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışanların görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. S.D.P. ile sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımının gönüllü politikalarla sağlanması hedeflenmiştir. Bu yaklaşımın sonucu olarak zorunlu hizmet kaldırılmış isteğe bağlı sözleşmeli personel uygulamasına geçilmiştir.

4.3.5.3.5. Eğitim ve Bilim Kurulları

Reformları gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlara ihtiyaç olduğu herkesçe kabul edilen bir gerçektir. İşte bu noktada sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kuruma ihtiyaç vardır.

S.D.P.'nin öncelikli hedefleri arasında Türkiye'ye böyle bir kurumu kazandırmak vardır. Bu amaçla, Cumhuriyetin ilk yılları ile var olan, fakat zamanla sadece yasalarda varlığını sürdüren Hıfzısıhha Okulu'na çağdaş bir anlayışla ve bu ihtiyaçlara cevap verecek tarzda yeniden işlerlik kazandırılmıştır.

Diğer bir husus olarak, tıpta uzmanlık eğitimi müfredat programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetlenmesi gerekmektedir. Eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulacaktır. Bu uygulamalar Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacaktır.

4.3.5.3.6. Kalite ve Akreditasyon

Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve standardı, en az kullanılan sarf malzemesi ile tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir. Sağlık hizmetlerinin kalite ve standardizasyonunun sağlanması, sağlık hizmetinden yararlananların memnuniyetleri ve sağlık hizmet sunucularının performans göstergelerinin oluşturulması açısından değerlidir.

S.D.P. ile sağlık hizmetlerinde standardizasyon belirleme ve kalite artırımına yönelik çalışmalara hız verilerek ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konusunda çalışan kurumlara bilgi, belge ve teknik konularda lojistik destek verilmesi amaçlanmaktadır.

4.3.5.3.7. İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç, malzeme ve tıbbî cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç vardır.

4.3.5.3.7.1. Ulusal İlaç Kurumu

Türkiye’de ilaçlara ve farmasötik ürünlere yapılan harcamalar oransal olarak çok yüksektir. Sosyal güvenlik kurumlarının mevcut politikaları yüzünden nüfusun çok büyük bir bölümü ilaç fiyatlarına karşı duyarsızdır. İlaç fiyat artışlarının da bilimsel bir temeli olmalıdır.

S.D.P. çerçevesinde ilaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere “Ulusal İlaç Kurumu”nun oluşturulması hedeflenmektedir.

4.3.5.3.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu

Tıbbi cihaz ve sarf malzemesi temini daha çok ithalata dayalıdır. Denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referanslar dikkate alınmaktadır. Uluslararası referansların yanında ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesini tanzimi yerli üretime kolaylık sağlayacaktır. Ayrıca kullanılan cihazların periyodik kalibrasyonu, tanı ve tedavi güvenilirliğini ve verimliliğini arttıracaktır.

Tıbbi sarf malzeme ve cihaz konusunda da standardizasyon ve denetim vazgeçilmez öneme sahiptir. Hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici

yetkilere sahip olarak tasarlanmış bir Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulması planlanmaktadır.

4.3.5.3.8. Sağlık Bilgi Sistemi

S.D.P.'nin bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerinde eş güdümlü, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır. Bu sistem, verilerin sağlıklı analizi ile karar vericiler ve sağlık politika yapıcılar için büyük bir destek sağlayacaktır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YAPISAL DÖNÜŞÜM

Kamu sağlık hizmetlerinin tek merkezden koordine edilmesi, hizmet sunumu noktasında sosyal güvence farklılığı sebebiyle ortaya çıkan eşitsizliklerin giderilmesi ve finansman ile hizmet sunumunun birbirinden ayrılması, 1990'lı yılların başında temelleri atılan "Türkiye Sağlık Reformu-Sağlıkta Mega Proje" kapsamında ele alınmış olmasına rağmen aradan geçen süre zarfında gerçekleştirilememiştir.²⁴⁶ Sağlık sektöründe yapısal dönüşüm, 2000'li yılların başına kadar da sağlanamamış ve bahsi geçen hususlar, sağlık sektörünün sorunları olarak mevcudiyetini sürdürmüştür.²⁴⁷

Türkiye'de kamu sağlık sektöründe hizmet sunan taraflar (SB, SSK, üniversiteler, Bakanlıklara bağlı hastaneler) birden fazla olduğu gibi, kamu hastaneleri arasında norm ve standart birliği bulunmadığı bir gerçektir. Bu durum sağlığa ayrılan kaynakların etkili ve verimli kullanımına engel olmaktadır. Kamuya ait hastaneler sosyal güvence değişkenini göz önünde bulundurarak hasta kabul etmektedirler ve bu durum bazı hastanelerde atıl kapasite kullanımına yol açarken, bazı hastanelerde ise yoğun hizmet talebi karşısında yeterli hizmet arzı olmaması sebebiyle aşırı kapasite kullanımıyla sonuçlanmaktadır.

Sağlık sektöründe yapısal dönüşümü gerçekleştirmek üzere, 2003 yılında hayata geçirilen ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sunumu ve finansmanında etkililik, verimlilik ve hakkaniyet ilkelerini esas alan S.D.P.'nin unsurlarından *sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması* ile birlikte *planlayıcı ve denetleyici merkezi yönetim* ve *genel sağlık sigortası* unsurları, tespit edilmiş ve söz konusu unsurlar münferit olarak uygulamaya geçilmiştir.

²⁴⁶ Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Reformu-Sağlıkta Mega Proje**, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1992.

²⁴⁷ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Haziran 2003, ss. 16-19.

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması noktasında, kamu sağlık kuruluşları arasında hizmet sunum birliğinin sağlanması amacıyla öncelikle SB ve SSK arasında sağlık tesislerinin ortak kullanımı gündeme gelmiştir. 2003 yılında 11 ilde pilot uygulama yapılarak ortak kullanım uygulamasının sonuçları, eksiklikleri, aksayan yanları tespit edilmiş ve 2004 yılında da tüm Türkiye’de SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı uygulanmıştır.

Gerçekten de S.D.P.’nin *sağlık kuruluşlarının özerk statüye kavuşturulması* alt unsurunda da belirttiği gibi, kamu hastanelerine özerklik tanınarak değişen yapıya uyum sağlamaları, daha verimli işletmeler haline gelebilmeleri amacıyla öncelikle kamu hastanelerinde hizmet sunumu birliğinin sağlanması ve daha sonra her sağlık kuruluşuna özerklik tanınması hedeflenmiştir.²⁴⁸ Buradan hareketle, SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı uygulamasının, kamu sağlık kuruluşlarına özerklik tanınması hedefinin birinci adımı olduğu tezini öne sürmek mümkündür. SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımında dinamik bir süreç olarak, 2005 yılı başında (19 Şubat 2005) SSK ve kamuya ait bazı sağlık tesislerinin SB’na devredilmesi, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması hususunda kamu sağlık kuruluşlarına özerklik tanınması tezini güçlendirmektedir.

Bu tespitler doğrultusunda araştırmanın beşinci bölümünde sağlık sektöründe yapısal dönüşüme örnek olarak 2003 yılında 11 ilde ve 2004 yılında tüm Türkiye’de uygulanan SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı ve 2005 yılında SSK ve kamuya ait bazı sağlık tesislerinin SB’na devri konusu ele alınacaktır. Öncelikle ortak kullanım uygulaması ve uygulamada karşılaşılan sorunlar üzerinde durulduktan sonra, yazılı basında konu ile ilgili çıkan haberler ve uygulamanın sonuçları değerlendirilecektir.

Araştırmanın başlangıcında SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı konusu üzerinde çalışılırken, 2005 yılı başında SSK ve kamuya ait bazı sağlık tesislerinin SB’na devri gerçekleşmiştir. Araştırma konusunun

²⁴⁸ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Aralık 2003, s. 31.

bütünlüğü çerçevesinde söz konusu devir olayının da araştırmaya dâhil edilmesinin doğru ve faydalı olacağı düşünülmüştür. Bu sebeple beşinci bölümde son olarak SSK sağlık tesislerinin SB'na devri ele alınacaktır.

5.1. SOSYAL SİGORTALAR KURUMU ve SSK HASTANELERİ

Türkiye'de kamu sağlık hizmetleri sunumunda birden fazla taraf bulunduğu ve bu taraflar arasında gerekli koordinasyon sağlanamadığı görüşü, herkesçe kabul edilmektedir. 19 Şubat 2005 tarihine kadar* kamu sağlık hizmeti sunumunun tarafları arasında Sağlık Bakanlığı, SSK, üniversiteler, Bakanlıklar, kamu iktisadi kuruluşları ve belediyeler bulunmaktaydı. Burada SSK sağlık birimlerinin SB'na devrinden önceki durum kısaca özetlenecektir.

Sağlık hizmet sunumunda Sağlık Bakanlığı'ndan sonra ikinci büyük taraf Sosyal Sigortalar Kurumu'dur. Sosyal Sigortalar Kurumu; 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ve 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu'na tabi olan sigortalıların, bu kanunlarda yer alan hükümler çerçevesinde sosyal güvenliklerini sağlamak ve diğer kanunlarla verilen görevleri yerine getirmek üzere; kamu tüzel kişiliğine haiz, idari ve mali özerkliğe sahip, özel hukuk hükümlerine tabi bir kurumdur.

Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne bağlı Merkez teşkilatı taşrada sigorta ve sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır. Dolayısıyla, SSK sağlık hizmeti sunumu yanında, asıl olarak sağlık hizmetlerinin finansmanın ve genel sigortacılık hizmetlerini yürütmektedir.

* 6 Ocak 2005 tarih ve 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun" ile Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri hariç olmak üzere, kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimleri 19 Şubat 2005 tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

2004 yılı sonu itibariyle SSK'na ait 148 hastane, 11 ağız ve diş sağlığı merkezi, 2 hemodiyaliz merkezi, 180 dispanser ve 310 sağlık istasyonu olmak üzere toplam 650 sağlık tesisi bulunmaktadır. Aşağıdaki tabloda statülerine ve branşlarına göre SSK hastanelerinin dağılımı yer almaktadır.

Tablo 15. Statülerine Göre SSK Hastanelerinin Dağılımı

STATÜ	SAYI	YÜZDE (%)
Hizmet Hastanesi	94	63,6
Bölge Hastanesi	25	17
Özel Dal Hastanesi	14	9,5
Eğitim Hastanesi	7	4,7
Eğitim + Özel Dal Hastanesi	6	4
Meslek Hastalıkları Hastanesi	1	0,6
Meslek Hastalıkları + Hizmet Hastanesi	1	0,6
TOPLAM	148	100

Toplam 148 hastanenin branşlara göre dağılımı ise şu şekildedir: 126 genel hastane, 6 doğumevi ve çocuk hastalıkları hastanesi, 3 çocuk hastalıkları hastanesi, 2 doğumevi ve kadın hastalıkları hastanesi, 3 göğüs ve kalp damar hastalıkları hastanesi, 3 fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi, 2 meslek hastalıkları hastanesi, 1 göz hastalıkları hastanesi, 1 ruh sağlığı hastanesi ve 1 ihtisas hastanesi.

2004 yılsonu itibariyle SSK'na ait sağlık birimleri ile ilgili sayısal verilerin ardından 1965–2002 yılları arasında sağlık hizmetleri bakımından toplam nüfus içinde SSK'lı nüfusun yerini göz önüne sermekte fayda vardır. Aşağıdaki tabloda 1965–2002 yılları arasında genel nüfus içinde sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun oranı ve sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigortaların kapsadığı nüfus içinde SSK'lı nüfusun oranı görülmektedir.

1965 yılında genel nüfusun % 20'si sağlık sigortası kapsamında olup, bunun % 60'ını SSK sağlık sigortası kapsamındaki nüfus oluşturmaktadır. 2002 yılına gelindiğinde sağlık sigortası kapsamındaki nüfus oranı % 84'e

çıkılmaktadır. Sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigortaların kapsadığı nüfus içinde SSK'lı toplam nüfusun oranı ise % 54 olarak gerçekleşmiştir ki bu oran 1990'ların başından itibaren belirgin bir biçimde değişiklik göstermemiştir. Diğer bir açıdan, sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigortaların kapsadığı nüfus içinde SSK'lı toplam nüfusun oranı 1965'ten günümüze % 55-60 arasında değişmektedir. Yani ülke genelinde sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun yarısından fazlasını SSK'lı nüfus oluşturmaktadır.

Tablo 16. Sosyal Sigorta Kurumunun Sağlık Hizmetleri Bakımından Kapsadığı Nüfus (1965–2002)

YILLAR	SSK'lı Toplam Nüfus	Sağlık Hizmetleri Bakımından Sosyal Sigortaların Kapsadığı Nüfus	SSK'lı Nüfus Oranı %	Genel Nüfus Toplamı	Sağlık Kapsamında Nüfus Oranı %
1965	3.835.055	6.368.822	0,60	31.391.421	0,20
1970	5.783.854	9.168.825	0,63	35.605.176	0,26
1975	8.236.422	12.766.195	0,65	40.347.719	0,32
1980	10.674.172	16.254.922	0,66	44.736.957	0,36
1985	13.576.258	19.660.882	0,69	50.664.458	0,39
1990	18.287.970	34.337.949	0,53	56.709.000	0,61
1991	19.320.480	35.632.008	0,54	57.818.000	0,62
1992	20.549.835	38.087.565	0,54	58.932.000	0,65
1993	21.920.240	39.664.444	0,55	60.050.000	0,66
1994	23.253.292	41.699.540	0,56	61.174.000	0,68
1995	24.600.596	43.138.171	0,57	62.304.000	0,69
1996	26.140.073	45.409.005	0,58	63.443.000	0,72
1997	28.388.465	48.634.465	0,58	64.584.000	0,75
1998	30.930.531	51.998.293	0,59	65.723.000	0,79
1999	29.205.769	53.608.168	0,54	66.856.000	0,80
2000	30.763.483	56.539.068	0,54	67.975.000	0,83
2001	29.585.409	56.011.524	0,53	69.079.000	0,81
2002	31.493.008	58.789.199	0,54	70.171.000	0,84

• SSK'da isteğe bağlı sigortalılar ile bunların bağımlıları sağlık sigortası kapsamında değildir.
Kaynak: Devlet Planlama Teşkilatı, **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-2003)**, Ankara: Ocak 2004, ss. 154-155.

SSK'ya ait sağlık birimlerinin yatak sayıları, personel sayıları, tıbbi donanım kapasiteleri gibi verileri göz önüne almadan da yukarıdaki iki tabloda ortaya konan veriler değerlendirilerek SSK'nın sağlık hizmetleri açısından yaşadığı temel problemleri ortaya çıkarmak mümkündür. Nitekim hastane sayısı ile sağlık hizmeti sunulan nüfus arasında oransızlık dikkatleri çekmektedir ve bu durum, SSK'nın sağlık hizmeti arzı ile SSK'lı nüfusun sağlık hizmeti talebi arasında dengesizlikle sonuçlanmakla kalmamakta;

mevcut personel ve sağlık tesisleri ile hizmet verdiği kesimin istek ve beklentilerini karşılamaktan uzak bir görüntü çizmesine yol açmaktadır.²⁴⁹

Aşağıdaki tabloda 1990–2004 yılları arasında SSK sağlık tesislerinde muayene edilen SSK mensubu hasta sayıları verilmiştir. Sağlık hizmetleri bakımından SSK'nın kapsadığı nüfus artışına paralel olarak, SSK sağlık tesislerinde muayene edilen hasta sayısı da 1990'da 26 milyon civarında gerçekleşirken, 1995'te 34 milyona, 2000'de 44 milyona ve son olarak ise 2004 yılında 60 milyona ulaşmıştır.

Tablo 17. SSK Sağlık Tesislerinde Muayene Edilen SSK'lı Hasta Sayısı (1990–2004)

YILLAR	HASTA SAYILARI
1990	26.236.186
1991	28.279.062
1992	29.318.060
1993	29.177.828
1994	30.742.619
1995	34.049.624
1996	35.494.202
1997	38.641.399
1998	41.025.023
1999	42.740.434
2000	44.560.228
2001	52.209.167
2002	59.075.998
2003	61.645.998
2004	60.500.743

Kaynak: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, **Aylık İstatistik Bültenleri**, SSK Finansman, Aktüerya ve Planlama Dairesi Başkanlığı.

1995–2005 yılları arasında SSK'nın sağlık giderlerine ilişkin ayrıntılı bilgi aşağıdaki tabloda görülmektedir. Tablonun sağdan ikinci stnnde SSK sağlık tesislerinin giderleri, üçüncü stnda ise dışarıdan satın alınan sağlık hizmeti giderleri yer almaktadır. Sağlık giderlerinde yıllık artış oranı 1996 yılında % 100 civarında seyrederken, 1999 yılından itibaren gözle görülür bir düşüş trendine girmiştir. Dikkati çeken bir husus olarak; SB – SSK sağlık

²⁴⁹ Orhan Canbolat, **İktidar Aynası: Küresel, Siyasi, Bürokratik ve Akademik İktidarlara Dair Tespit ve Yorumlar**, Ankara: Lotus Yayınevi, Kasım 2004, s. 83.

tesislerinin ortak kullanımının Türkiye genelinde uygulandığı 2004 yılında, SSK'nın sağlık giderleri diğer yıllara oranla çok az artış göstermiş ve % 28,6 düzeyinde gerçekleşmiştir.

Tablo 18. SSK Sağlık Giderleri (1995–2005)

YTL

YILLAR	Kurum Sağlık Tesisleri Giderleri	Dışarıdan Satın Alınan Sağlık Hizmeti Giderleri	TOPLAM	Yıllara Göre Artış Oranı %
1995	34.746.800	10.007.700	44.754.500	-
1996	66.029.500	21.907.700	87.937.200	96,5
1997	146.513.700	52.716.600	199.230.300	126,6
1998	295.013.300	111.167.200	406.180.500	103,9
1999	525.626.200	223.073.300	748.699.500	84,3
2000	872.956.200	407.232.600	1.280.188.800	71,0
2001	1.527.662.800	730.294.800	2.257.957.600	76,4
2002	2.532.071.100	1.062.279.000	3.594.350.100	59,2
2003	3.485.630.500	1.495.563.200	4.981.193.700	38,6
2004	3.828.528.000	2.577.000.000	6.405.528.000	28,6
2005	4.371.156.000	4.751.843.000	9.122.999.000	42,4

• 2004 yılı rakamları 12 aylık fiili nakit akım tablosundan alınmıştır.

• 2005 yılı rakamları 5 aylık fiili, 7 aylık tahmini nakit akım tablosundan alınmıştır.

• 19 Şubat 2005 tarihinden itibaren SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devir işlemleri tamamlanmış olup, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulacak bu sistemde SSK tarafından sağlık hizmetlerinin karşılığı ödemeler yapılacaktır.

Kaynak: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, **Aylık İstatistik Bültenleri**, SSK Finansman, Aktüerya ve Planlama Dairesi Başkanlığı.

Aşağıdaki tabloda ise SSK'nın kurum eczanelerinde ve anlaşmalı eczanelerde gerçekleşen ilaç giderleri, yıllara göre artış oranları ve sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin oranı yer almaktadır. Sağlık hizmetleri açısından SSK'nın kapsadığı nüfus, SSK sağlık tesislerinde muayene edilen hasta sayısı ve sağlık giderlerinde artışa paralel olarak, SSK'nın ilaç giderleri de yıllar içinde artış göstermektedir. Bununla birlikte, SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanıldığı 2003 ve 2004 yıllarında SSK'nın ilaç giderleri sırasıyla % 11,9 ve % 17,6'lık yıllık artış ile 1995–2004 yılları arasında en düşük seviyeyi oluşturmuştur. 2005 yılında ortaya çıkan artışı (% 49), SSK mensubu hastaların ilaçlarını serbest eczanelerden almasına olanak veren yasal düzenleme ile açıklamak mümkündür.

Tablo 19. SSK İlaç Giderleri (1995–2005)

YTL

YILLAR	Kurum Eczaneleri	Anlaşmalı Eczaneler	TOPLAM	Yıllara Göre Artış Oranı %	Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı %
1995	-	-	17.141.800	-	38,3
1996	27.439.300	4.594.300	32.033.600	86,9	36,4
1997	60.064.700	11.159.700	71.224.400	122,3	35,7
1998	138.100.000	27.484.500	165.584.000	132,5	40,8
1999	247.198.100	56.818.600	304.016.700	83,6	40,6
2000	445.379.100	127.030.200	572.409.300	88,3	44,7
2001	770.999.400	221.616.200	992.615.600	73,4	44,0
2002	1.553.767.400	324.790.800	1.878.558.200	89,3	52,3
2003	1.662.127.600	439.368.100	2.101.495.700	11,9	42,2
2004	1.921.528.000	550.000.000	2.471.528.000	17,6	38,6
2005	845.079.000	2.837.788.000	3.682.867.000	49,0	40,4

• 2004 yılı rakamları 12 aylık fiili nakit akım tablosundan alınmıştır.

• 2005 yılı rakamları 5 aylık fiili, 7 aylık tahmini nakit akım tablosundan alınmıştır.

• 19 Şubat 2005 tarihinden itibaren SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devir işlemleri tamamlanmış olup, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulacak bu sistemde SSK tarafından sağlık hizmetlerinin karşılığı ödemeler yapılacaktır.

Kaynak: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, **Aylık İstatistik Bültenleri**, SSK Finansman, Aktüerya ve Planlama Dairesi Başkanlığı.

Sağlık hizmetlerinde çok başlılık, aşırı derecede merkezîyetçilik, koordinasyon eksikliği gibi makro boyutta sorunlar, SSK'nın sağlık alanındaki sorunları ile birleştiğinde içinden çıkılmaz bir hal almaktadır. Ülke nüfusunun yaklaşık yarısına yakın kısmını oluşturan SSK'lı nüfusun, talebi karşılamakta yetersiz kalan sağlık tesislerinden sağlık hizmeti almak zorunda kalması sonucunda, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik ortaya çıkmaktadır.²⁵⁰ Özetlemek gerekirse, mevcut sağlık tesisi, personel ve tıbbi donanım ile SSK'nın, sağlık hizmeti sunduğu kesimin talebini karşılamasına imkân bulunmadığı tezini ileri sürmek için yeterince dayanak mevcuttur. Kendi imkânlarıyla karşılayamadığı sağlık hizmeti talebi karşısında "dışarıdan hizmet satın alma" yoluna giden SSK, bu yolla hizmet arzı ve talebi arasındaki dengesizliği kapamaya çalışmaktadır.

²⁵⁰ Sabahattin Aydın ve Harun Kırılmaz, "Artık SSK'lılar da Devlet Hastanelerine Gidebiliyor", **SB Diyalog**, Sayı:1, Nisan 2004, s. 15.

5.2. SAĞLIK BAKANLIĞI – SOSYAL SİGORTALAR KURUMU SAĞLIK TESİSLERİNİN ORTAK KULLANIMI

Kamu sağlık hizmet sunumunda en büyük paya Sağlık Bakanlığı'ndan sonra Sosyal Sigortalar Kurumu sahiptir. Her ne kadar SSK'nın sağlık tesisleri, hizmet sunduğu kesimin taleplerini karşılamakta yetersiz kalsa da; ülke nüfusunun yarısına yakın kısmı, SSK'nın sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Daha önce de bahsedildiği gibi bu durum, SSK kapsamındaki sigortalıların ve bunların bakmakla yükümlü oldukları nüfusun sağlık hizmetlerine erişimde sorunlarla karşılaşmasına yol açmaktadır.

2004 yılsonu itibariyle, sağlık hizmet sunumunda başrol oynayan Sağlık Bakanlığı'na bağlı ise 683 hastane²⁵¹ ve 6042 sağlık ocağı hizmet vermektedir.²⁵² SSK sağlık tesisleri ile SB sağlık tesisleri arasındaki bariz fark göz önüne alındığında, SSK'lıların sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları sorunlar daha açık bir biçimde anlaşılabilir.

Bu genel tespit çerçevesinde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakları etkili, verimli ve ekonomik kullanılmak, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği ve sağlık hizmet sunumunun tek merkezden koordinasyonunu sağlamak amacıyla, 2003 yılı ortasında S.D.P.'nin ana unsurlarından "sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması"nın bir alt unsuru olarak Sağlık Bakanlığı ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımını gündeme gelmiştir.

Ortak kullanım uygulamasına geçilmeden önce yapılan faaliyetlere kısaca değinmekte fayda vardır. Sağlık Bakanlığı ve SSK tarafından ortak yürütülen çalışmalar neticesinde, SB ve SSK'nda merkezi bir komisyonunun oluşturulması ve sağlık tesislerinin ortak kullanımını ile ilgili çalışmaların, bu komisyonlar marifetiyle yürütülmesi kararlaştırılmıştır. Ayrıca her ilde Sağlık

²⁵¹ Sağlık Bakanlığı, *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2004*, Ankara: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2005.

²⁵² Sabahattin Aydın (ed.), *Sağlık 2004*, Ankara: SB APK Kurulu Başkanlığı, 2005, s. 21.

müdürlükleri ve SSK Müdürlükleri bünyesinde de birer komisyon kurularak, ortak kullanım uygulaması ile ilgili işlerin daha sağlıklı ve hızlı yürümesi amaçlanmıştır. İl komisyonlarının SB hastanelerinde SSK irtibat bürosu ve eczanesi kurulmasını, uygulama usul ve esasları ile SSK'lı hastalara verilecek sağlık hizmetlerinin karşılığında "geri ödeme sistemi"nin etkili yürütülmesini sağlamaları amaçlanmıştır.

Yukarıda bahsi geçen ön hazırlıklarla birlikte Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye arasında düzenlenecek bir protokolle, uygulama usul ve esasların belirlenmesi ve geri ödeme sisteminin sağlıklı bir şekilde kurgulanması aşamasına geçilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda ortak kullanım uygulaması ile ilgili hazırlıkları beş ana başlık altına toplamak mümkündür. Aşağıdaki tabloda sağlık ocakları ve hastanelerde ortak kullanım uygulaması ile ilgili yürütülen çalışmalar, SB ve SSK tarafından yürütülen çalışmalar görülmektedir.

Tablo 20. Ortak Kullanım Uygulaması Hazırlık Çalışmaları

I. SAĞLIK OCAKLARI	• Sorumlu yöneticilerin belirlenmesi.
II. HASTANELER	• Sorumlu yöneticilerin belirlenmesi. • SSK irtibat bürolarının kurulması. • SSK eczanelerinin kurulması.
III. PROTOKOL	• Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında protokol imzalanması.
IV. GENELGE	• Uygulama usul ve esaslarının ve geri ödeme sisteminin belirlenmesi. • SB ve SSK tarafından yayınlanacak bir genelge ile uygulamanın duyurulması.
V. ORTAK KOMİSYONLAR	• SB ve SSK'nda merkezi komisyonun kurulması. • İllerde Sağlık Müdürlükleri ve SSK Müdürlükleri bünyesinde komisyonların oluşturulması.

Öncelikle Ankara, İstanbul, İzmir, Yalova, Sivas ve Rize olmak üzere toplam 6 ilde Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında imzalanan bir protokolle, 01 Temmuz 2003

tarihinde SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımına başlanmıştır.²⁵³ Söz konusu protokol, Sağlık Bakanlığı'nın 2003 /76 sayılı genelgesiyle tüm illere duyurulmuş ve *“sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufu, hizmette etkinliği ve verimliliği sağlamak için Bağ-Kur, Emekli Sandığı mensubu, aktif devlet memuru ve yeşil kart sahibi hastaların Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı sağlık tesislerinde, sosyal sigortalar kurumunun sağlık yardımından yararlanmakta olan hastaların ise Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde muayene, tetkik, tahlil ve tedavilerinin sağlanması amacıyla”* hazırlandığı ifade edilmiştir.

Ayrıca protokolde belirtilen uygulama usul ve esaslarına açıklık getirmek için aşığıdaki hususlara vurgu yapılmıştır:

- Protokol ile sevk sistemine uyulması esası getirilmiştir. Hastalar SB ve SSK'na ait tüm birinci basamak sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebileceklerdir.
- SB'na bağlı birinci basamak sağlık tesisleri ile SSK dispanser ve istasyonlarında tanı ve tedavisi tamamlanamayan veya tedavileri mümkün olmayan hastalar ikinci veya üçüncü basamak SSK'na veya SB sağlık tesislerine sevk yapılabilecektir.
- Resmi sevk belgesine hastane ve hekim adı belirtmeksizin sadece ilgili uzmanlık dalının ismi yazılarak belediye mücavir alanları içerisinde yahut en yakın ikinci veya üçüncü basamak sağlık tesislerine sevk yapılabilecektir.
- 1 Ağustos 2003 tarihine kadar yetersiz veya eksik bilgilenmeden dolayı birinci basamak sağlık tesislerinden sevk yaptırmadan gelen hastalar geri çevrilmeden, hastane içerisindeki SSK irtibat bürolarına yönlendirilecektir. İrtibat bürosu, öncelikle hastayı sevk zinciri konusunda uyararak, muayene ve tedavilerinin yapılmasını sağlayacaktır.

²⁵³ Türk Tabipler Birliği, **Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka, Hekimlere ve Sağlık Personeline Ne Getiriyor?**, 2 Baskı, Kocaeli: TTB Kocaeli Tabip Odası, Şubat 2004, s.34.

- SB'na ait yataklı sağlık tesislerinde SSK'na tabi sigortalı ve hak sahibi hastalar için ilaç kullanımında SSK İlaç Talimatına uyulacaktır.
- Uygulamada karşılaşılan sorunlar SB sağlık tesislerinde kurulu bulunan SSK irtibat büroları aracılığıyla çözümlenmeye çalışılacaktır.
- SB ve SSK sağlık tesisleri arasında belirlenen kardeş hastaneler sürekli işbirliği halinde olacaklardır.

01 Temmuz 2003 tarihinde uygulamaya giren SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanım protokolünde dikkati çeken en önemli husus, sevk sistemine uyulması esasının getirilmesi olmuştur. Buna göre, birinci basamağa başvurmayan bir hastanın direkt hastaneye gitmesine imkân bulunmamaktadır. İkinci bir husus ise, SB hastanelerinde tedavi gören SSK'lı hastalar için “SSK İlaç Talimatnamesi”nin kullanılacak olmasıdır.

01 Eylül 2003 tarihinde Ankara, İstanbul, İzmir, Yalova, Sivas ve Rize illerine ilave olarak Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu ve Bingöl illerinde de SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımına başlanmıştır. Böylelikle Türkiye genelinde toplam 11 ilde SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımına geçilmiştir. 2003'ün ikinci yarısında kademeli olarak 11 ilde SSK sağlık güvencesi kapsamında bulunan vatandaşların Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinden faydalanabilmesine olanak sağlayan SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı ile Sağlık Bakanlığı'na ait birinci basamak sağlık tesislerinin etkin kullanımı amaçlanmış, ayrıca SSK hastanelerinde yaşanan hasta yoğunluğunun azaltılması hedeflenmiştir.²⁵⁴

Aşağıdaki tablo, 2003 yılında 11 ilde SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı SSK mensubu hasta sayılarına ilişkin bilgiler içermektedir. I. grupta Ankara, İstanbul, İzmir, Yalova, Sivas ve Rize illerinde 01 Temmuz 2003 – 31 Aralık 2003 tarihleri arasında SB sağlık tesislerine başvuran SSK mensubu hasta sayıları yer almaktadır. II. grupta ise Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu ve Bingöl illerinde 01 Eylül 2003 – 31 Aralık 2003 tarihleri arasında SB sağlık tesislerine başvuran SSK mensubu hasta sayıları verilmektedir.

²⁵⁴ Sabahattin Aydın, Hüseyin Demirel ve Sinan Korukluoğlu, **Sağlık 2003**, s. 29.

Tablo 21. Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımında SSK'lı Hasta Sayıları

İLLER	BİRİNCİ BASAMAK	İKİNCİ BASAMAK			TOPLAM BAŞVURU	
		Sevklı	Sevksiz	Toplam		
I. GRUP*	Ankara	674.758	358.864	20.332	379.196	1.053.954
	İstanbul	958.495	675.000	228.990	903.990	1.862.485
	İzmir	658.868	294.427	57.347	351.774	1.010.642
	Yalova	35.982	11.536	1.974	13.510	49.492
	Sivas	182.338	42.325	3.870	46.195	228.533
	Rize	50.826	20.388	1.852	22.240	73.066
II. GRUP**	Kocaeli	111.964	42.186	2.219	44.405	156.369
	Sakarya	88.329	26.979	11.021	38.000	126.329
	Düzce	46.482	9.634	117	9.751	56.233
	Bolu	57.485	27.186	2.819	30.005	87.490
	Bingöl	4.063	4.585	2.295	6.880	10.943
TOPLAM	2.869.590	1.513.110	332.836	1.845.946	4.715.536	

* Ankara, İstanbul, İzmir, Yalova, Sivas ve Rize illerinde sağlık tesislerinin ortak kullanımı uygulamasına 01 Temmuz 2003 tarihinde başlanmıştır.

** Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu ve Bingöl illerinde sağlık tesislerinin ortak kullanımı uygulamasına 01 Eylül 2003 tarihinde başlanmıştır.

SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımının 11 ilde uygulandığı 2003 yılının ikinci yarısında, söz konusu illerde SB sağlık tesislerine müracaat eden hastaların sosyal güvenlik kurumlarına göre dağılımı ise aşağıdaki tabloda verilmektedir. Gerek I. grupta, gerekse II. grupta yer alan illerde SB sağlık tesislerine başvuran hasta sayıları göz önünde bulundurulduğunda, birinci sırayı SSK mensubu hastaların aldığı ortadadır. Özellikle birinci basamak sağlık tesislerine başvuran hastalarda bu fark, belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumları oldukça yetersiz ve bununla ilintili olarak “birinci basamak kültürü” olmayan SSK mensubu hastaların,²⁵⁵ hasta profili içinde birinci sırayı alması; ortak kullanımın amaçlarından olan “birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması”nın gerçekleştiğini düşündürmektedir.

²⁵⁵ Sabahattin Aydın ve Harun Kırılmaz, “Artık SSK’lılar da Devlet Hastanelerine Gidebiliyor”, **SB Diyalog**, s. 17.

Tablo 22. Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımında Sosyal Güvenlik Kurumlarına Göre Hasta Sayıları

		SSK	BAĞKUR	EMEKLİ SANDIĞI	YEŞİL KART	DİĞER	TOPLAM
I. GRUP İLLER*	1. Basamak	2.561.267	1.846.466	892.342	1.204.072	1.863.693	8.367.840
	2. Basamak	1.716.905	952.220	634.900	644.409	720.546	4.668.980
	Toplam	4.278.172	2.798.686	1.527.242	1.848.481	2.584.239	13.036.820
II. GRUP İLLER**	1. Basamak	308.323	211.851	158.817	71.001	256.842	1.006.834
	2. Basamak	129.041	171.346	140.522	113.177	231.186	785.272
	Toplam	437.364	383.197	299.339	184.178	488.028	1.792.106
GENEL TOPLAM***	1. Basamak	2.869.590	2.058.317	1.051.159	1.275.073	2.120.535	9.374.674
	2. Basamak	1.845.946	1.123.566	775.422	757.586	951.732	5.454.252
	Toplam	4.715.536	3.181.883	1.826.581	2.032.659	3.072.267	14.828.926

* I. Grup İller: Ankara, İstanbul, İzmir, Yalova, Sivas ve Rize.

** II. Grup İller: Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu ve Bingöl.

*** 01 Temmuz - 31 Aralık 2003 tarihleri arasındaki verilerdir.

01 Ocak 2004 tarihinde SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı ülke geneline yaygınlaştırıldı ve böylelikle kamu sağlık sektöründe en büyük paya sahip iki tarafın (Sağlık Bakanlığı ve SSK) sağlık tesisleri Bağ-Kur, Emekli Sandığı mensubu, aktif devlet memuru, Yeşil Kart sahibi ve 2022 sayılı, 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz, Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun uyarınca kendilerine aylık bağlananlar ile SSK'nın sağlık yardımından yararlanan kişilerin SB ve SSK sağlık tesislerinden faydalanması sağlanmıştır.²⁵⁶ Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında düzenlenen yeni protokol ülke genelinde tüm illerde 01 Ocak 2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Söz konu protokolün yürürlüğe girmesiyle 01 Temmuz 2003 tarihli "SB – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü" yürürlükten kalkmıştır. 01 Ocak 2004 tarihinde yürürlüğe giren yeni protokol, 26 Aralık 2003 tarih ve 24104 sayılı genelge ile illere gönderilmiş ve bu doğrultuda gereğinin yapılması istenmiştir.

Bahsi geçen protokolün uygulanmasına ilişkin temel bilgiler ve dikkat edilmesi gereken hususlara değinmekte fayda vardır. Sağlık tesislerinin ortak

²⁵⁶ Medimagazin, 2004'e Damgasını Vuranlar, Sayı: 211, 03 Ocak 2005.

kullanımında karşılaşılan her türlü sorun için illerde “Eşgüdüm Merkezi” oluşturulmuş ve sorunların burada çözülmesi amaçlanmıştır. Buna rağmen çözülemeyen sorunların Sağlık Bakanlığı ve SSK ortak kullanım uygulamasından sorumlu “eş başkanlar” tarafından değerlendirilerek çözümlenmesi kararlaştırılmıştır.

Söz konusu protokolün uygulanmasına ilişkin temel bilgiler ve dikkat edilmesi gereken hususları yedi başlık altında ele almak mümkündür.

5.2.1. Başvuru Süreci

Hastaların SB veya SSK sağlık tesislerine müracaat etmeleri halinde izlenecek süreç özetle şu şekildedir:

Protokol kapsamındaki hastalar SB ve SSK'na ait sağlık tesislerine ayaktan ve/veya yatarak muayene, tetkik, tahlil ve/veya tedavi için doğrudan müracaat edilebilecektir. Özellikle SSK mensubu hastalar için zorunlu tutulan SSK İlaç Talimatnamesinin, SB birinci basamak hekimleri açısından kısıtlayıcı hükümler içermesi sebebiyle, 01 Temmuz – 31 Aralık 2003 tarihleri arasında 11 ile uygulanan ortak kullanım protokolü, 01 Ocak 2004 tarihinde Türkiye geneline yaygınlaştırıldığında “sevk zinciri”nden vazgeçilmiştir.²⁵⁷

SSK mevzuatı gereğince acil haller dışında iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası ve diğer ülkeler ile yapılan Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri kapsamında yer alan yurt dışı sigortası, Protokol kapsamına dâhil edilmemiştir.

Hastaların SB veya SSK sağlık tesislerine müracaat etmeleri halinde; bu Protokolde yer alan belgeler (Ortak Kullanım Protokolü - Madde 8) ve

²⁵⁷ Sabahattin Aydın ve Harun Kırılmaz, “Artık SSK'lılar da Devlet Hastanelerine Gidebiliyor”, **SB Diyalog**, s. 17.

resimli kimlik belgelerini ilgililere göstermek, resimli kimlik belgesi dışındaki diğer belgelerin; suretlerini veya fotokopilerini veya asıllarını gösterdikleri belgelerin tamamının yerine geçmek üzere kontrol eden görevli tarafından tek nüsha olarak "asılları görülmüştür" şeklinde düzenlenerek onaylanmış matbu "onay formları" yeterli olacaktır.

Sağlık tesislerinden sevkle gelen hastalardan sadece sevk belgesi alınacak, bu belgelerin kontrolü esnasında dikkat edilecek hususlara ilişkin düzenlemeler SB ve SSK tarafından yapılacaktır.

SB sağlık tesislerinde; SSK'lı hastaların sigortalılıklarını ve sağlık yardımlarına müstahak olup olmadıklarını ve ibraz edilen sağlık karnesinin geçerliliğini kontrol etmek amacıyla, gerekli olan cihaz ve altyapı SB sağlık tesisi tarafından karşılanmak üzere il merkezlerinde en geç 4 (dört) ay ve diğer yerlerde en geç 6 (altı) ay içerisinde olmak üzere SSK'nın bildireceği şekilde provizyon merkezlerinin kurulacağı kayıt altına alınmıştır.

SB sağlık tesislerinde 506 Sayılı Kanuna tabi olan aktif sigortalının kendisi hariç tüm diğer SSK sağlık yardımlarından yararlandırılanlardan "SSK Poliklinik Muayene Ücreti" tahsil edilecektir. SSK'na ibraz edilecek ödeme belgelerinde bu muayene ücretleri ayrı kalem olarak gösterilecek ve ilgili sağlık tesisine geri ödeme yapılırken "SSK poliklinik ücretleri" düşülerek ödeme yapılacaktır.

Aynı il sınırları içinde bulunması kaydıyla, gerek sağlık kurullarının oluşturulması, gerekse söz konusu ilde herhangi bir uzmanlık dalında boşluk yaşanmaması amacıyla uzman tabiplerin icap nöbetleri ve yıllık izin tarihlerinin belirlenmesi işlemi SB ve SSK hastaneleri baştabiplerinin ortak çalışmaları ile gerçekleştirilecektir.

Protokole dâhil sağlık tesis ve kuruluşlarında koordinasyon ve denetimin sağlanması, sağlık personelinin ve imkânların gerektiğinde bu sağlık kuruluşları arasında aktarılması, ihtiyaç halinde İl Özel İdaresi

kaynaklarından bu sağlık kuruluşlarına (il özel idaresi yetkili organlarının kararları uyarınca) destek sağlanması Protokolün uygulandığı İl Valileri tarafından koordine edilecektir.

Şekil 9. SB Hastanelerinde SSK'lı Hasta Muayene Süreci

AŞAMALAR	İŞLEMLER
1. Provizyon	SSK'lı hastaların sağlık yardımı hak edip etmediğinin kontrolü yapılır.
2. Hasta Kabul	Protokolde yer alan belgeler (md. 8) ve resimli kimlik belgelerini göstermek, resimli kimlik belgelerinin dışındaki diğer belgelerin; suretlerini veya fotokopilerini veya asıllarını gösterdikleri belgelerin tamamının yerine geçmek üzere tek nüsha olarak "asılları görülmüştür" şeklinde matbu "onay formları" düzenlenir.
3. Poliklinik	Hastaların muayenesi yapılır, gerekirse tetkik ve tahlil istemi gerçekleştirilir. Tedavi için gerekli ilaç ve tıbbi malzeme reçeteye yazılır.
4. Bilgi İşlem	Hastanede bakılacak tetkik ve tahliller kayıt altına alınır.
5. Tetkik ve Tahlil	Tetkik, tahlil ve tedavileri sonuçlandırılmayan hastalar için sevk işlemleri uygulanır.
6. Reçete	İlaç ve malzemeler SSK'lı hastalar tarafından kullanılan sağlık karnelerine yazılır.
7. Bilgi İşlem	Hastanede gerçekleştirilen işlemler kayıt altına alınır.
8. SSK İrtibat Bürosu ve İlaç Birimi	Ayaktan sağlık hizmeti alan veya yatarak tedavi gören sigortalı ve hak sahiplerinin tedavileri için yazılmış olan ilaçlar SB hastanesinde açılmış olan SSK ilaç biriminden sağlanacaktır. Burada ilaç bulunmaması durumunda Protokol uyarınca ilaçların temini yoluna gidilir.

Ortak Kullanım Protokolü uyarınca SB hastanelerine muayene olmak için başvuran SSK mensubu hastaları için muayene süreci yukarıdaki şekilde özetlenmeye çalışılmıştır. Şüphesiz her hastanenin bilgi işlem ve otomasyon alt yapısına göre farklılık gösterebilecek bu süreç, genel olarak sekiz aşamadan oluşmaktadır.

5.2.2. Uygulama

SB ve SSK sağlık tesislerinde ortak kullanım uygulamasında dikkati çeken belli başlı hususlar şunlardır:

SSK mensuplarına yazılacak gözlük reçetelerinin göz uzmanı tarafından yazılması ve gözlük camı numaraları organik cam yazılması sınırları içinde ise reçeteyi yazan hekim tarafından tıbbi gerekçe belirtilerek, rakamların el yazısı ile de yazılması gereklidir.

SB sağlık tesislerinde muayene edilen SSK mensuplarının, muayene eden hekim tarafından diş protezi gerekli görülürse bu hastaların SSK sağlık tesisine sevk edilmesi gerekmektedir.

Yirmi güne kadar olan raporların hastalık ödemesine ilişkin mevzuat gereği, 10 gün sonu kontrol ve ikinci muayenede zorunlu görülmesi halinde ikinci bir on günlük rapor ile iki seferde verilmesi ve uygun evrakın tanzim edilmesi gerekmektedir. Ayrıca SSK mensuplarına tanzim edilen raporlar ve işbaşı belgelerinde baştabiplik onayı ve mührü gereklidir.

İrtibat büroları ve ilaç birimlerinin gerekli her türlü alt yapısı (Bilgi işlem ve iletişim dâhil) fizik mekânın ayrılması ve tanzimi sağlık tesisi tarafından; personel temini ise SSK tarafından sağlanır. İrtibat bürolarına teslim edilen fatura tahakkukuna esas evrakın ön inceleme süresi 10 iş gününü geçemez. İrtibat bürosu ile ilaç birimi personeline ve idare işleyişine ilişkin sorunlar kardeş hastane başhekimliklerince çözüme kavuşturulur.

Sevk işlemleri Hasta Sevk Formu ile yapılır. Sevk belgesine hastane ve hekim adı belirtilmeksizin sadece uzmanlık dalının ismi yazılarak en yakın ikinci veya üçüncü basamak sağlık tesislerine sevki yapılır. Sevk edildiği uzmanlık dalı hekiminin uygun görmesi halinde diğer uzmanlık dallarında da hastanın muayene, tetkik, tahlil ve tedavisi sağlanır. İşlemleri

sonuçlandırılmayanlar ilgili kurumların sözleşmeli merkezleri varsa bu merkezlere gönderilir.

SB ve SSK sağlık tesislerinde yatan hastalar için ileri görüntüleme yöntemleri ve ileri laboratuvar tetkik ve tahlillerine ihtiyaç duyulur ve yatışın yapıldığı hastane tarafından yapılamaz veya aynı gün içinde yapılamazsa; söz konusu hastalar, hem tetkik veya tahlili isteyen hem de yapan ilgili dal uzmanınca düzenlenecek sevk işleminin yapılması ve başhekim tarafından onaylanması şartıyla iribat bürosu tarafından anlaşmalı merkezlere sevk edilir

01 Ocak – 31 Aralık 2004 tarihleri arasında Türkiye genelinde ortak kullanım protokolü kapsamında SB sağlık tesislerine başvuran hastalar içinde SSK mensubu hastaların birinci sırayı alması, uygulamanın amaçlarından olan SSK mensubu vatandaşların sağlık hizmetine erişimlerinin sağlanması tezini destekleyici veriler içermektedir. Nitekim aşağıdaki tabloda 2004 yılında SB birinci basamak sağlık tesislerine, yani sağlık ocaklarına başvuran hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı yer almaktadır. Burada da görüldüğü gibi, sağlık ocaklarına başvuran hasta profili içinde 2004 Mart ayından itibaren SSK mensubu hastalar birinci sırayı almaktadır. Ocak ve Şubat 2004 aylarında Türkiye genelinde ortak kullanımın yeni başlamış olması ve vatandaşların uygulama hakkında yeterince bilgi ve fikir sahibi olmadıkları düşünölmektedir. 2004 yılsonunda sağlık ocaklarında muayene edilen toplam 147.588.640 hastanın 39.173.560'ı SK mensubu olup, bu rakam toplam hasta sayısı içinde % 26,5'lik bir oranı temsil etmektedir.

Tablo 23. 2004 Yılı Sağlık Bakanlığı I. Basamak Hasta Sayıları

AYLAR	SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARI						
	SSK	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	Resmi Kurumlar	Yeşil Kart	Diğer	TOPLAM
Ocak	3.214.948	3.340.525	2.158.149	1.790.445	1.073.816	1.372.978	12.950.861
Şubat	2.940.095	2.972.296	1.877.651	1.880.303	1.225.827	1.214.647	12.110.819
Mart	4.153.659	2.623.047	1.394.091	1.851.996	1.230.598	1.244.508	12.497.899
Nisan	2.962.405	2.867.575	1.506.770	2.044.325	1.254.697	1.234.168	11.869.940
Mayıs	3.002.707	2.842.854	1.387.011	2.027.635	1.259.173	1.379.852	11.899.232
Haziran	2.497.549	2.257.440	1.154.399	1.592.269	1.019.074	1.008.570	9.529.301
Temmuz	3.389.493	2.907.553	1.562.349	1.757.123	1.381.432	1.549.573	12.547.523
Ağustos	2.892.035	2.508.108	1.420.684	1.553.264	1.176.668	1.329.315	10.880.074
Eylül	3.046.470	2.844.466	1.427.872	2.019.598	1.329.974	1.494.779	12.163.159
Ekim	4.289.785	3.775.422	1.947.368	2.659.757	1.780.863	1.708.503	16.161.698
Kasım	3.306.129	2.953.971	1.409.345	1.927.378	1.477.781	1.221.672	12.296.276
Aralık	3.478.285	3.008.152	1.498.629	2.175.270	1.374.078	1.147.444	12.681.858
TOPLAM	39.173.560	34.901.409	18.744.318	23.279.363	15.583.981	15.906.009	147.588.640

SB – SSK sağlık tesislerinin Türkiye genelinde Ortak Kullanım Protokolü uyarınca karşılıklı hizmet sunumuna açıldığı 2004 yılında, SB hastanelerine muayene olmak için başvuran hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı ise aşağıdaki tabloda görülmektedir. SB hastanelerine başvuran hasta profili de sağlık ocaklarına başvuran hasta profili ile benzerlik arz etmektedir. Gerçekten de 2004 yılında SB hastanelerinde muayene edilen hastalar sosyal güvencelerine göre gruplandırıldığında, ilk sırayı SSK mensubu hastalar almaktadır. 2004 yılsonunda SB hastanelerinde muayene olan toplam 79.248.549 hastanın 23.692.660'ı SSK mensubudur. Toplam hasta sayısı içinde SSK 'lı hasta sayısı oranı % 30 civarındadır. Bunu % 22 ile Bağ-Kur'lu hastalar, % 15,6 ile aktif devlet memurları, % 13'le yeşil kartlı hastalar ve % 10'la Emekli Sandığı mensubu hastalar takip etmektedir.

Tablo 24. 2004 Yılı Sağlık Bakanlığı II. Basamak Hasta Sayıları

AYLAR	SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARI						
	SSK	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	Resmi Kurumlar	Yeşil Kart	Diğer	TOPLAM
Ocak	1.853.417	1.597.596	685.814	938.406	595.646	616.926	6.287.805
Şubat	1.868.390	1.554.821	795.518	1.098.635	692.247	584.503	6.594.114
Mart	1.721.463	1.294.987	609.300	1.017.485	679.909	591.466	5.914.610
Nisan	1.906.635	1.457.651	683.082	1.114.244	801.570	576.060	6.539.242
Mayıs	1.890.364	1.445.077	637.120	1.046.448	842.613	573.956	6.435.578
Haziran	1.570.332	1.097.511	500.102	829.138	709.749	462.579	5.169.411
Temmuz	2.182.470	1.464.107	728.341	1.024.693	1.006.543	738.680	7.144.834
Ağustos	1.811.658	1.225.586	565.982	844.062	848.523	587.461	5.883.272
Eylül	1.959.366	1.499.061	665.050	1.061.039	996.164	758.701	6.939.381
Ekim	2.762.176	1.943.597	866.011	1.348.661	1.324.577	801.924	9.046.946
Kasım	1.979.603	1.358.307	579.952	943.208	899.200	508.094	6.268.364
Aralık	2.186.786	1.515.877	688.024	1.105.652	1.020.380	508.273	7.024.992
TOPLAM	23.692.660	17.454.178	8.004.296	12.371.671	10.417.121	7.308.623	79.248.549

SB hastanelerinde muayene edilen hasta sayılarının yıllar itibariyle gelişimi göz önünde bulundurulduğunda, 2004 yılında sağlık tesislerinin ortak kullanımının sağlık hizmetlerine erişebilen hasta sayısında ortaya çıkardığı durum daha net olarak görülecektir. Aşağıdaki tabloda SB hastanelerinde 1999 – 2004 yılları arasında muayene olan hasta sayıları verilmiştir. Bu tabloya göre 2004 yılında SB hastanelerine muayene olmak için başvuran hasta sayısı, bir önceki yıla oranla % 14,9 artmış ve 79.248.549 hasta muayene edilmiştir. Kuşkusuz son beş yıl içinde muayene edilen hasta sayısındaki en yüksek artışı, sadece SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı ile açıklamak doğru değildir. Ancak % 14,9'luk artışta, SSK mensubu hastaların doğrudan SB hastanelerine başvurabilmesinin payı oldukça büyüktür.

Tablo 25. Sağlık Bakanlığı II. Basamak Hasta Sayıları

YILLAR	HASTA SAYILARI	ARTIŞ (%)
1999	57.161.341	-
2000	59.389.441	3,9
2001	64.738.234	9,0
2002	66.231.841	2,3
2003	68.957.525	4,1
2004	79.248.549	14,9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2004**, Ankara: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2005.

5.2.3. İlaçların Temini

Sağlık tesislerinde yatarak tedavi gören sigortalı ve hak sahiplerinin ilaçları hastanede açılmış olan SSK ilaç biriminden sağlanacaktır. İlaç biriminin kapalı olduğu saatlerde yatarak tedavi gören hastalara kullanılacak ilaçlar hastanın tedavisinin yapıldığı sağlık tesisi eczanesinden ilk mesai gününe kadar olan miktarı karşılanarak fatura ekinde kullanılan ilaçların listesi ile birlikte ücretlendirilecektir.

Bu tesiste de bulunamaması halinde ilaçlar için hastanın yattığı ilacın acil olduğu reçete düzenleme saati belirtilerek hastane eczanesinde yoktur kaşesi basılarak en yakın SSK eczanesinden buda mümkün değilse SSK tarafından bildirilecek anlaşmalı eczanelerden temin edilir.

Uzun süreli tedavi gerektiren hastalıklar için kullanılacak ilaçlar bu tedavinin "uzun süreli tedavi" olduğunun reçeteyi düzenleyen hekim tarafından reçete üzerinde tedavi süresinin ve ilacın dozunu belirtmesi kaydı ile kurum eczanelerinden temin edilir.

Acil servise başvuran hastalara kullanılan ilaçlar hastanın faturasında veya ekinde ilaçların listesi ve kullanım dozu ile birlikte ücretlendirilir.

5.2.4. Malzemelerin Temini

Bütçe uygulama talimatı Ek 5/a da yer alan "resmi sağlık kurumları tarafından temini zorunlu yatan hastalara reçete edilemeyecek ve faturada gösterilecek tıbbi sarf malzeme listesinde" bahsedildiği üzere ilk 75 kalemi Sağlık Bakanlığı sağlık tesisleri tarafından temin edilerek faturalandırılacaktır. Diğer malzemeler SSK tarafından temin edilecektir. İhtiyaç duyulan iyileştirici nitelikteki sarf malzemeleri Sağlık Bakanlığı sağlık tesisi hekimi tarafından Bütçe Uygulama Talimatında yer verilen esaslara uygun olarak düzenlenen rapor ve malzeme reçetesi, irtibat bürosunda görevli hekim tarafından bağlı olduğu SSK Sağlık tesisine iletilir. Sağlık Bakanlığı sağlık tesisinden bu malzemenin reçete ile talep edilen hastaya kullanıldığına dair kullanan hekim imzalı hastane baştabibi tarafından onaylanmış ve mühürlenmiş "kullanıldı raporu" nun fatura ön incelemesinin yapıldığı irtibat bürosuna teslim edilmesi gerekmektedir.

Hastanın bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumları tarafından temin edilemeyen iyileştirici nitelikteki sarf malzemeleri Sağlık Bakanlığı veya SSK yataklı sağlık tesisi tarafından temin edilecektir.

"Bedeli ödenmeyecek basit sıhhi sarf malzemeleri listesi" başlığı altında ter verilen malzemeler hiçbir şekilde ücretlendirilmeyecek, SSK ilaç birimi ve eczanelerinden istenmeyecek ve hastalara da aldırılmayacaktır.

5.2.5. Ücret Tarifesi

Sağlık Bakanlığı'na veya SSK'na bağlı tüm birinci basamak sağlık tesisleri için; her yıl yayınlanan Bütçe Uygulama Talimatında belirlenen "birinci basamak muayene ücreti" üzerinden, yapılacak tetkik, tahlil, tedavi işlemleri ise aynı talimatta belirlenen indirim oranı (%30) üzerinden uygulanır.

Tedavi ücretleri hariç olmak üzere tüm ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde ayakta ve yatarak yapılacak her türlü muayene tetkik ve tahlil işlemleri için Bütçe Uygulama Talimatında belirtilen ücretler üzerinden %20 indirim uygulanır.

SSK poliklinik muayene ücreti makbuz karşılığında tahsil edilecektir. Bahse konu ücret hastaların ilk müracaat ettiği tesiste alınacak, buradan sevk edildikleri tesiste tekrar alınmayacaktır.

Hastalara ayaktan ve yatarak tedavi ertesi 15 günlük dönemde kontrol muayene ücreti ödenmez. Tedavi ertesi sürecine bakılmaksızın çağrıldığı birinci kontrol için muayene ücreti ödenmez.

Refakatçi bulundurması zorunlu görülenler hariç, yatırılarak tedavi edilen hastalar için SSK tarafından refakatçi ücreti ödenmez.

5.2.6. Faturlandırma İşlemleri

Her hasta adına SB veya SSK sağlık tesisinde yapılan tüm işlemler için kullanılan malzeme ve ilaç ile hizmet hakkında detaylı masraf dökümlerini içeren ayrı ödeme belgeleri tanzim edilecektir.

Bu ödeme belgeleri ile birlikte, eş zamanlı olarak düzenlenmiş;

Hastane için;

1. Epikriz,
2. Sevkle gelen hastalar için sevk kâğıdı,
3. Yatan hastalar için düzenlenmiş olan ilaç kayıt formu,
4. Hastanın sağlık karnesinin okunaklı ve fotoğraflı kısmını gösteren tasdikli fotokopileri veya tasdikli sureti,
5. Vizite kâğıdının aslı,
6. Altı aylık sağlık belgesinin tasdikli fotokopileri, gönderilecektir.

Birinci basamak sağlık tesislerince yapılan işlemlerin faturalamasında aşırı evrak tanziminin ve iş kaybını azaltmak için her hastanın adının, yapılan hizmetlerin ve tahakkuk miktarının liste halinde yer aldığı toplu ödeme belgeleri düzenlenebilir.

Bu ödeme belgeleri ile birlikte eşzamanlı olarak;

1. Hastanın Sağlık Karnesinin okunaklı ve fotoğraflı kısmını gösteren tasdikli fotokopileri veya tasdikli sureti,
2. Vizite kâğıdının aslı,
3. Altı aylık sağlık belgesinin tasdikli fotokopileri, gönderilecektir.

5.2.7. Ödeme Modeli

Sağlık tesisi yetkilisine süresinde (ayın ilk 10 (on) günü içerisinde) teslim edilen faturaların bedeli her türlü ön incelemesi yapılarak, incelemenin tamamlanıp tamamlanmadığına bakılmaksızın teslim tarihinden itibaren 60 (altmış) gün içerisinde defaten ödenir.

İlgili kurumlar tarafından süresi içinde ön incelemesi tamamlanamayan faturaların bedelleri de aynı süre içerisinde ödenir.

Faturaların her türlü incelemesi sağlık tesisine teslimlerinden itibaren 90 (doksan) gün içerisinde tamamlanır ve uzlaşma komisyonunca yersiz veya fazla tahakkuk ettirildiği tespit edilen faturalardaki fazla tahakkuk miktarları bir sonraki ayın ödemesinden mahsup edilir.

Ön inceleme sırasında fazla veya yersiz tahakkuk ettirildiğinden şüphelenilen faturalar hakkında uyuşmazlıklar meydana çıkması halinde; ilgili hastaneler arasında eşit sayıda üyenin katılacağı, başkanlığının dönüşümlü olarak aylık belirlendiği ve oylamada eşitlik halinde başkanın oyunun 2 (iki) oy sayılacağı “uzlaşma komisyonu” marifetiyle 15 (on beş) gün içerisinde uyuşmazlığa ilişkin ödeme belgeleri ve bu belgelerde “ödenmesi uygundur” ibaresinin altında imzası bulunan hekimin görüşü de alınmak suretiyle incelenerek çözüme kavuşturulur. Uzlaşma komisyonu, incelemesini yaptığı ay için yapılması gereken toplam ödeme miktarını belirler.

Fatura inceleme ve uzlaşma çalışmaları, faturaların ilgili sağlık tesisine verildiği tarihten itibaren en geç 105 (yüz beş) gün içerisinde tamamlanır.

Tahakkuk evrakını zamanında düzenlemeyen ve mücbir sebepler dışında ödemeleri zamanında yapmayan yetkililer hakkında kurumlarınca idari, mali ve cezai işlemler yapılır.

5.3. SAĞLIK TESİSLERİNDE ORTAK KULLANIMIN HEDEFLERİ

Türkiye’de gerek ülke genelinde sağlık tesislerinin dengesiz dağılımı, gerekse bu tesisleri arasında kaynakların dağılımı eşit norm ve kurallara tabi olmaksızın işler ve tutarlı bir sağlık politikası uygulamasına imkân vermemektedir. Ülke nüfusunun bu kurumlar içinde bazılarında gidebilme,

bazılarına gidememe gibi bir takım sınırlamalarla yüz yüze kalması sonucunda, kimi hastanelerde talep yoğunluğu sebebiyle hizmet kalitesinden taviz verilmesine, hatta birçok hastanın hizmete erişememesi durumu ortaya çıkmaktadır.

SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı, aslında bu tesislerin tek açtı altından birleştirilmesi anlamına gelmektedir. Olaya bu açıdan bakıldığında, sağlık hizmeti sunumunda rol alan bütün kaynakların hizmet sunumuna seferber edilmesi hedefe ve amacı ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmeti talebi, farklı değişkenlere bağlı olarak hizmete erişimle, sağlığın yitirilmesi arasında seyreden bir çizgi çizmekle birlikte,²⁵⁸ sağlık hizmeti talep eden bireyler açısından konu ele alındığında, sosyal güvenlik kurumu farklılığı sebebiyle hizmet erişimde eşitsizlik, hatta bazı durumlarda hizmete erişememe gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak, sağlık gibi en temel haklardan birisinin elde edilememesinden ortaya çıkan ayrımcılık, doğal olarak vatandaş memnuniyetinin azalmasına yol açmakta, vatandaşların devlete olan güvenini sarsmaktadır.²⁵⁹

Protokolün temel gerekçeleri olarak, atıl kalan Sağlık Bakanlığı hastanelerinin SSK'lılarca da kullanılabilmesi sağlanarak SSK'ya bağlı hastanelerdeki yoğunluğun azaltılacağı, SSK'lı hastaların sağlık hizmetine ulaşmalarının artık daha kolay olacağı, sevk zincirinin işletilebileceği savları öne sürülmektedir. Bu sayede sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşayan SSK'lı hastalar da artık kolay ve çabuk bir şekilde sağlık hizmetine ulaşabileceklerdir. Sevk zincirinin işlemesi ile sağlık hizmetleri rayına oturacaktır.²⁶⁰

Nitekim SB –SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü'nün 1. maddesinde de protokolün amacının sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufunu, hizmette etkinliği ve verimliliği sağlamak olduğu açıkça ifade

²⁵⁸ Sabahattin Aydın, "Sağlık Talebi Bilinci", *SB Diyalog*, Sayı:5, Ağustos 2004, s. 11.

²⁵⁹ Sabahattin Aydın ve Harun Kırılmaz, "Artık SSK'lılar da Devlet Hastanelerine Gidebiliyor", *SB Diyalog*, ss. 14-15.

²⁶⁰ Türk Tabipler Birliği, *Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka, Hekimlere ve Sağlık Personeline Ne Getiriyor?*, ss. 34-37.

edilmiştir. Konuya hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi ilkesi açısından bakıldığında, sağlık hizmeti sunumunda rol alan bütün kaynakların etkili biçimde kullanılması hedefi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca ortak kullanım uygulamasının, SB ve SSK hastanelerinde “hasta ayırımı”nın ortadan kaldırılması hedef ve amacı bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve kullanımının yaygınlaştırılması da hedefler arasındadır.²⁶¹

Bu tespitler doğrultusunda SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımının hedeflerini üç başlık altında toplamak mümkündür:

1. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların etkin, verimli ve ekonomik kullanımını sağlamak.
2. Ülke genelinde sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak.
3. Sağlık hizmet sunumunun tek merkezden koordinasyonunu sağlamak.

5.4. UYGULAMADA KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufunu, hizmette etkinliği ve verimliliği sağlamak için Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensubu, aktif devlet memuru, yeşil kart sahibi hastalar ve 2022 sayılı Kanun uyarınca kendilerine aylık bağlananlar Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı sağlık tesislerinde, Sosyal Sigortalar Kurumunun sağlık yardımlarından yararlanan hastaların ise Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde muayene, tetkik, tahlil ve tedavilerinin sağlanması amacıyla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında 01.01.2004 tarihinde protokol yürürlüğe girmiştir.

Bununla birlikte, uygulamada bazı sorunlarla karşılaşmıştır. Sağlık Bakanlığı'na ait hastanelerde ve SSK Fatura inceleme komisyonlarında

²⁶¹ Sabahattin Aydın ve Harun Kırılmaz, "Artık SSK'lılar da Devlet Hastanelerine Gidebiliyor", **SB Diyalog**, ss. 14-19.

yapılan incelemeler neticesinde ortaya çıkarılan sorunlar, bu başlık altında ele alınmaya çalışılacaktır.

İlk olarak, SB – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü'nün 5. maddesiyle "SB ve SSK'na ait sağlık tesislerine ayaktan ve/veya yatarak muayene, tetkik, tahlil ve/veya tedavi için doğrudan müracaat edilebilecektir" hükmü konarak hastaların hastane ve hekim seçme hakkı güvence altına alınmıştır.

Ancak, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Tedavi Hizmetleri ve Maluliyet Daire Başkanlığı'nın 20.05.2004 tarih, 62607 sayı ve "Ortopedi ve Travmatoloji ve Beyin Cerrahi Birimlerinde Yapılan Ameliyatlar" konulu genel yazısında, "SSK sağlık tesislerinde implant kullanımına ilişkin ameliyatlarda ameliyat endikasyonlarının geniş tutulduğu, özellikle ithal olan pahalı malzemelerin tercih edildiği ve bu nedenlerle SSK'nın maddi kayba uğradığı belirtilerek Beyin Cerrahi ile Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerinde protez ve implant kullanımı gerektiren A grubu kapsamında yer alan ameliyatların SSK Eğitim ve Bölge Hastahaneleri'nde yapılması uygun görülmüştür" ifadesi yer almıştır.

Ayrıca bu ameliyatların SSK Eğitim ve Bölge Hastahanelerinde görev yapan hekimlerin endikasyon açısından uygun görmeleri halinde vakaların Devlet Hastahanelerine gönderilmeleri, SSK Eğitim ve Bölge Hastahaneleri dışında kalan merkezlerde ise gerek SSK gerekse Sağlık Bakanlığı Devlet Hastahanelerinde bu tip A grubu ameliyatların gerçekleştirilemeyeceği ifade edilmiştir.

Buradan hareketle SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Tedavi Hizmetleri ve Maluliyet Daire Başkanlığı'nın 20.05.2004 tarih ve 62607 sayılı genel yazısı, Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü ile çalışmaktadır. Öncelikle, hastanın hastahane ve hekim seçme hakkını elinden alınarak protokole aykırı bir uygulama başlatılmıştır. Beyin

Cerrahi ve Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerinde protez ve implant kullanımını gerektiren A grubu ameliyatlar sadece SSK Eğitim ve Bölge Hastahanelerinde yapılabilecek ya da SSK Eğitim ve Bölge Hastahanelerinin bulunduğu illerde, SSK Eğitim ve Bölge Hastahanelerinde görev yapan hekimlerin endikasyon açısından uygun görmeleri halinde o ildeki Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastahaneleri ve/veya Devlet Hastahanelerinde yapılabilecektir.

Söz konusu genel yazının protokole aykırı yönleri aşağıdaki gibidir:

1. Protez ve Implant kullanımını gerektiren “Nöroşirurji ve Ortopedi ve Travmatoloji” cerrahi branşlarındaki A grubu ameliyatların 20.05.2004 tarihinden itibaren sadece SSK'nın sağlık tesislerinde (Eğitim ve Bölge Hastahanelerinde) yapılmasını öngören madde protokole aykırı düşmektedir. Protokolün 5. maddesinin 3. fıkrasında “Özelliği olan ve yüksek maliyetli iyileştirici sarf malzemeleri (2003 Bütçe Uygulama Talimatı Ek 5/a listesinde yer alan 75-84) SSK hastaları için SSK tarafından temin edilir” hükmü bulunmaktadır. Ancak, bu fıkrada, malzemenin SSK tarafından temin edileceği belirtilirken bu malzemenin kullanılacağı ameliyatların Sağlık Bakanlığı hastahanelerince yapılmasına herhangi bir kısıtlama öngörülmemiştir.
2. Protokolde sevk zincirine uyma zorunluluğu kalktığı ve hasta istediği sağlık kuruluşuna başvurabileceği halde söz konusu “genel yazı” ile adı geçen branşlar için protokol öncesi duruma dönmüştür. Dolayısıyla, adı geçen branşlarda protez ve implant kullanımını gerektiren tedavilerde hastalar zorunlu olarak SSK hastanelerinden faydalanacaktır. Ancak, SSK sağlık tesisinde ilgili branş hekiminin uygun görmesi halinde sevk yapılabilecektir. Bu durum, protokole aykırıdır.

Sarf malzemenin kullanımı gerekçe gösterilerek, SB – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü ile kaldırılan sevk zorunluluğu, bu

uygulama ile dolaylı olarak yeniden oluşturulmak istenmiştir. Söz konusu uygulama sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufunu, hizmette etkililiği ve verimliliği, sağlık hizmetlerine erişimdeki dengesizliklerin giderilmesini, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara eşit şartlarda sunulmasını sağlamak amacıyla hazırlanan ve uygulamaya konulan Protokol'ün mantığına ters düşmektedir.

Bununla birlikte, Ortak Kullanım Protokolü'nün faturalandırma ve ödeme işlemlerini düzenleyen 13. maddesine göre Bütçe Uygulama Talimatında yer alan ücretlerin esas alınması gerekirken; SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün B100THG010012/0314-2 sayılı SSK Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü ve Bursa Sağlık Müdürlüğü'nü yazdığı yazısında "SSK'ca önerilen paket fiyatlara ilişkin, bu fiyatları uygulayacak kurum yönetimince verimlilik ve maliyet etkililiği bakımından gerekli değerlendirmesinin yapılarak, döner sermaye açısından herhangi bir zarar söz konusu olmayacak ise, maliyet hesapları neticesinde uygun görülecek hizmet kalemleri için paket anlaşması yapılmak suretiyle hizmet sunumu için Sağlık Bakanlığı'nca sakınca görülmediği" hususu kayıt altına alınmıştır.

Yukarıdaki hususların yanı sıra, Protokolde faturaların nasıl düzenleneceği ve neleri ihtiva etmesi belirtilmiş olduğu halde, Protokolde bulunmayan yeni şartlar konarak SB hastanelerince düzenlenen faturalar zaman zaman iade edilmiştir.

Bu durumla ilgili olarak SB sağlık tesislerinde SSK'lı hastalara verilen sağlık hizmetlerinin faturalandırılmasında ve bu faturaların tahsilinde sıkıntıların yaşandığı, SB'na bağlı hastaneler tarafından ifade edilmiş ve incelemede bulunan hastahanelerde ise hem hastane yönetimi tarafından dile getirilmiş hem de mevcut durumu gözlemlene imkânı bulunmuştur. Buna göre SB'na bağlı hastanelerde SSK'lı hastalar için düzenlenen faturalar geç ödenmekte, fatura tutarlarının tamamı ödenmemekte ve düzenlenen faturaların akıbeti hakkında sağlıklı bilgilere ulaşılamamaktadır.

Karşılaşılan sorunlar ve yaşanan aksaklıklarla ilgili olarak “kardeş hastahane” olan SSK Ulus Hastanesi ve SSK Ankara Eğitim Hastanesi Fatura İnceleme Komisyon üyeleriyle görüşülmüş ve komisyon çalışmaları yerinde incelenmiştir. Ayrıca, “ödemesi uygun görülmeyen” faturalar da bu süreçte incelendi. İnceleme neticesinde konuya SB hastaneleri açısından bakıldığında;

- SSK Fatura İnceleme Komisyonu tarafından fatura üzerinde gösterilen muayene, ilaç, tetkik ve tahlil vb. işlemlerin teknik açıdan gereklilik incelemesine tabi tutulması,
- Bu gereklilik incelemesi sonucunda kimi tetkik, tahlil ve/veya ilacın gerekli olmadığı kanaati sonucuna varılarak fatura tutarından indirimle gidilmesi,
- Fatura incelemelerinin uzaması sonucu ödemelerin gecikmesi,

sorunlarıyla karşılaşmıştır.

SSK fatura inceleme komisyonlarında SB hastanelerinden gönderilen ayaktan ve yatan hasta faturaları ilgili branş hekimlerince incelenmektedir. Bu incelemeler, faturalarda gösterilen tetkik ve işlemlerin tanıyla uyumluluğunun kontrolü amacıyla yapılmaktadır. Sorun tespit edilmeyen faturaların üzerine “uygundur” ibaresi yazılmaktadır. Uygun görülmeyen faturalar ise “Uygun Değildir” ibaresi konularak beklemeye alınmaktadır; ancak bunu gerekçelendirecek başkaca bir açıklama yazılması yoluna gidilmemektedir. “Uygun Değildir” ibaresi konulan faturaların neden uygun olmadığının gerekçesinin belirtilmiyor oluşu söz konusu uygulamayı (faturayı ödemeyi reddetme) kolaylaştırmaktadır.

İncelemeler sonucunda “ödenmesi uygun değildir” denilen hemen hemen hiçbir faturada neden uygun değildir sorusuna yanıt verecek bir açıklamaya rastlanılmamıştır. Oysaki istenilen tetkik ve tahlillerin, yapılan işlemlerin tanıyla uyumlu olması gerektiği vurgulanıp ilgili sağlık kuruluşundan bir açıklama (epikriz) istenirken aynı duyarlılığın faturayı

ödemeyi reddetme konusunda gösterilmediği, reddetme gerekçelerinin açıklanmadığı görülmüştür.

Bir diğer husus ise, ödemeye esas teşkil etmesi açısından tıbbi kontrolü yapılan faturalar protokolde “faturada ve ekinde bulunması gereken” belgeler bakımından da kontrole tabi tutulmaktadır; ancak kontrolü yapan fatura inceleme birimlerinde 2003 yılına ait çok sayıda fatura bekletildiği görülmüştür. Bunun başlıca sebeplerinin ise, hastahanelerden gönderilen faturaların eklerinde bulunması gereken belgelerin tamamlanmadan gönderilmiş olması, yanı sıra faturalara yansıtılan hizmetlerin eksik veya hatalı yazılmasıdır. Buna ilaveten, “kusurlu” bulunan faturaları gönderen hastahanelerin fatura takibi işlevini yerine getirememesi de sürecin bir başka boyutu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu sorunlarla ilgili olarak SSK Ulus Hastanesi ve SSK Ankara Eğitim Hastanesi Fatura İnceleme Komisyonlarıyla gerçekleştirilen görüşmeler sonucunda, SSK tarafında yaşanan sorunlar dile getirilmiş ve bununla ilgili olarak faturalar incelenmiştir. Söz konusu incelemelerde en önemli sorun olarak SB – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü Madde 13’de düzenlenecek faturalarda bulunması gereken bilgi ve belgelerin eksik düzenlenmesi hususu ortaya çıkmaktadır. Ayaktan tedavisi yapılan hastaların faturalarına tanı yazılmadığı, yatan hastalar için epikriz düzenlenmediği, tanı ile uyumlu tetkik ve tahlil istenmediği, sevk kağıdının aslının bulunmadığı, taşradan gelen çalışan sigortalılara hizmet verildiği ve bununla ilgili olarak fatura düzenlediği komisyon yetkililerince ifade edilmiştir.

Sonuç olarak, yapılan incelemelerde Sağlık Bakanlığı Hastanelerince düzenlenen faturaların bir kısmının Protokoldeki şartları taşımadığı görülmüştür. Bu sebepten dolayı, SSK’lı hastalara ait faturalar Protokoldeki şartlar göz önünde bulundurularak düzenlenme yapılması hususunda azami gayret sarf edilmelidir. SSK Fatura İnceleme Birimlerinde 1 yılı aşkın süredir “sorunlu” olduğu için bekletilen faturaların olduğu düşünüldüğünde, SB hastanelerinin fatura düzenlenmesinde ve takibinde üzerine düşenleri

gereğince yapamadığı kanaatine ulaşılmaktadır. Dolayısıyla, SB hastanelerinin fatura takibini sık aralıklarla ve düzenli yapması; fatura uzlaşma komisyonlarının daha etkili çalışması gerektiği düşünülmektedir.

Bu tespit ve bilgiler doğrultusunda SB – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü'nün uygulanmasında karşılaşılan sorunlar üç başlık altında toplanabilir:

1. Başvuru ve sevk işlemleri,
2. Faturaların düzenlenmesi,
3. Faturaların ödenmesi.

5.5. YAZILI BASINDA SAĞLIK TESİSLERİNİN ORTAK KULLANIMI

Sağlık politika ve stratejilerinin oluşumunda ve hayata geçirilmesinde, sağlık sektörünün olduğu kadar sektörlerarası paylaşımın da payı kuşkusuz çok önemlidir. Türkiye'de sağlık politika ve stratejilerinin belirlenmesinde ve uygulanmasında en büyük rol, Sağlık Bakanlığı'na aittir. Ancak bununla birlikte, DPT, diğer ilgili Bakanlıklar, diğer ilgili kamu ve özel kurum ve kuruluşlar, meslek örgütleri, üniversiteler ve sivil toplum örgütlerinin de bu sürece katılımları ve uygulama sürecinde rolleri bulunmaktadır.

Sağlık politika ve stratejilerinin uygulamaları, kamu hizmeti niteliği taşıması sebebiyle toplumun genelini ilgilendirmektedir. Bu bağlamda, SDP ve SB – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı da uygulama ve sonuçları itibariyle toplumun oldukça geniş bir kesimini ilgilendirmektedir. Kuşkusuz toplumu ilgilendiren konularda basının rolü ve görevi çok büyüktür. Birincil görevi “kamuoyu oluşturmak” ve “kamuoyunu yansıtmak” olan basının kamusal görevleri arasında haber verme, denetim ve eleştiri, kamuoyunu

açıklama ve oluşturma, hedef kitleyi eğitime, halkla yöneticiler arasında bağlantı kurma ve diyalog sağlama yer almaktadır.²⁶²

Buradan hareketle, SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımının kamuoyuna yansımaları hakkında fikir sahibi olmak amacıyla Mayıs 2003 – Ocak 2004 tarihleri arasında yazılı basında konu ile ilgili haber taraması yapılmıştır. Söz konusu dönemde konu ile ilgili, toplam 32 gazetede 102 habere ulaşılmıştır. Bu haberler haberin kaynağı, uygulama türü, haber içeriği, uygulamanın amacı ve sonuçları açısından analize tabi tutulmuştur.

Aşağıdaki tabloda sağlık tesislerinin ortak kullanımı ile ilgili Mayıs 2003 – Ocak 2004 tarihleri arasında gazetelerde çıkan haber sayıları yer almaktadır. Aşağıda da görüldüğü gibi, konu ile ilgili en çok haber Türkiye gazetesinde çıkmıştır. Bunu 11 haber ile Anadolu'da Vakit, 10 haber ile Milli Gazete, 6 haber ile Cumhuriyet ve Yeni Şafak, 5 haber ile Günlük Evrensel ve Zaman gazeteleri takip etmektedir.

Tablo 26. Ortak Kullanım Uygulaması İle İlgili Haber Çıkan Gazeteler

GAZETELER	HABER SAYISI	GAZETELER	HABER SAYISI
Türkiye	15	Radikal	2
Anadoluda Vakit	11	Şok	2
Milli Gazete	10	Y. Özgür Gündem	2
Cumhuriyet	6	Bizim Gazete	1
Yeni Şafak	6	D. B. Tercüman	1
Günlük Evrensel	5	Dünya	1
Zaman	5	Güneş	1
Akşam	3	Hürriyet	1
Dokuz Sütun	3	Hürses	1
Gözcü	3	Milliyet	1
Günboyu	3	Önce Vatan	1
Ortadoğu	3	Takvim	1
Posta	3	Vatan	1
Yeni Mesaj	3	Yeni Asır	1
Finansal Forum	2	Yeni Asya	1
H. ve O. Tercüman	2	Yeni Çağ	1
TOPLAM			102

²⁶² A. Rıdvan Bülbül, *Halkla İlişkiler ve Tanıtım*, 2. b., Ankara: İletişim Kitapları, 2000, s. 155.

Aşağıdaki tabloda ise, 01 Temmuz – 31 Aralık 2003 tarihleri arasında 11 ilde uygulanan sağlık tesislerinin ortak kullanımı ve 01 Ocak 2004 Tarihinden itibaren Türkiye genelinde uygulanan sağlık tesislerinin ortak kullanımı ile ilgili haber sayıları verilmiştir. Buna göre söz konusu dönemde ulaşılan toplam 102 haberden 38'si 01 Temmuz – 31 Aralık 2003 tarihleri arasındaki pilot uygulama ile ilgilidir. 64 haber ise 01 Ocak 2004 tarihinden itibaren Türkiye genelinde uygulanan sağlık tesislerinin ortak kullanımı ile ilgilidir.

Tablo 27. Uygulama Türü Açısından Ortak Kullanım Haberleri

UYGULAMA TÜRÜ	HABER SAYISI
Pilot uygulama	38
Türkiye geneli	64
TOPLAM	102

SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı ile ilgili yazılı basında çıkan haberlerin ulusal ve yerel gazetelere dağılımı ise aşağıdaki tabloda görülmektedir. Toplam 102 haberin 96'sı ulusal gazetelerde çıkarken, 6 haber yerel gazetelerde çıkmıştır.

Tablo 28. Haber Kaynağı Açısından Ortak Kullanım Haberleri

HABER KAYNAĞI	HABER SAYISI
Ulusal Gazete	96
Yerel Gazete	6
TOPLAM	102

Aşağıdaki tabloda sağlık tesislerinin ortak kullanımı ile ilgili haberlerin içeriğine göre dağılımı yer almaktadır. Ortak kullanımla ilgili çıkan haberlerin 56'sı uygulama hakkında bilgi verirken, 44'ü uygulamanın sonuçları hakkında bilgi içermektedir. Toplam 102 haberden 2'si ise hem uygulama, hem de sonuçları hakkında bilgi taşımaktadır.

Tablo 29. Haber İçeriği Açısından Ortak Kullanım Haberleri

HABER İÇERİĞİ	HABER SAYISI
Uygulama hakkında	56
Sonuçları hakkında	44
Uygulama ve sonuçları hakkında	2
TOPLAM	102

SB – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü'nde belirtildiği üzere bu uygulamanın amacı, sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufunu, hizmette etkinliği ve verimliliği sağlamak için Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensubu, aktif devlet memuru ve yeşil kart sahibi hastaların SSK'na bağlı sağlık tesislerinde, SSK'nın sağlık yardımlarından yararlanan hastaların ise SB'na bağlı sağlık tesislerinde muayene, tetkik, tahlil ve tedavilerinin sağlanmasıdır. Her ne kadar söz konusu protokolle SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı amaçlanmışsa da, analize tabi tutulan haberler uygulamanın amacına göre tasnif edildiğinde SB sağlık tesislerinin SSK mensubu hastaların kullanımına açıldığı izlenimi ortaya çıkmaktadır. Aşağıdaki tabloda da görüldüğü gibi konu ile ilgili toplam 102 haberin 83'ü SB sağlık tesislerinin SSK'lı hastaların kullanımına açılması olarak verilmiştir. 19 haber ise protokolün amacına uygun olarak, SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı olarak yansıtılmıştır.

Tablo 30. Uygulamanın Amacı Açısından Ortak Kullanım Haberleri

UYGULAMA AMACI	HABER SAYISI
SB sağlık tesislerinin SSK'lı hastaların kullanımına açılması	83
SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanıma açılması	19
TOPLAM	102

Aşağıdaki tabloda ise söz konusu dönemde ulaşılan haberlerin, ortak kullanım uygulamasının sonuçlarına göre dağılımı yer almaktadır. Toplam 102 haberden 52'si uygulamanın sonuçları hakkında bilgi vermekte olup, 1'i hariç tamamı uygulamanın SB sağlık tesislerinin SSK'lı hastaların kullanımına açılması amacı taşıdığını ifade etmektedir. Uygulamanın

sonuçları hakkında bilgi veren toplam 52 haberin 26'sı uygulama sonucunda SB sağlık tesislerinde hasta yoğunluğunun arttığını, 21'i SSK'lı hastaların ilaca erişimde sıkıntı yaşadıklarını, 2'si uygulama hakkında kamuoyunun ve sağlık çalışanlarının yeterince bilgi sahibi olmadığını, 2'si uygulama sonucunda SSK'nın sağlık harcamalarının arttığını ve 1'i de SSK Fatura İnceleme Komisyonlarının SB sağlık tesislerinden gelen SSK'lı hastalara ait faturaları incelemekte zorlandıkları ifadelerine yer vermiştir.

Tablo 31. Uygulamanın Sonuçları Açısından Ortak Kullanım Haberleri

UYGULAMA SONUÇLARI	HABER SAYISI
Hasta yoğunluğunun artması	26
SSK'lı hastaların ilaca erişimde sıkıntı yaşamaları	21
Uygulama hakkında bilgi eksikliği	2
SSK'nın sağlık harcamalarının artması	2
SSK'nın faturaları incelemekte zorlanması	1
TOPLAM	52

Mayıs 2003 – Ocak 2004 tarihleri arasında ortak kullanımla ilgili ulaşılan haberler değerlendirildiğinde; 01 Temmuz – 31 Aralık 2003 tarihleri arasında 11 ilde uygulanan sağlık tesislerinin ortak kullanımını hakkında bilgi veren toplam 20 haberden 19'u uygulamanın amacını SB sağlık tesislerinin SSK'lı hastaların kullanımına açılması olarak ifade ederken, sadece 1'i uygulamanın amacının SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı olduğunu belirtmiştir.

Yine 2003 yılında 11 ilde uygulanan sağlık tesislerinin ortak kullanımının sonuçları hakkında bilgi veren toplam 18 haberin tamamında, uygulamanın amacı olarak SB sağlık tesislerinin SSK'lı hastaların kullanımına açılması gösterilmiştir. Bu haberlerde uygulamanın sonucu olarak, SB sağlık tesislerinde hasta yoğunluğunun artması (11 haber) ve SSK'lı hastaların ilaca erişimde sıkıntı yaşamaları (7 haber) noktasında birleşilmektedir.

01 Ocak 2004 tarihinden itibaren Türkiye genelinde uygulanan sağlık tesislerinin ortak kullanımını hakkında bilgi veren toplam 36 haberden 19'u uygulamanın amacının SB sağlık tesislerinin SSK'lı hastaların kullanımına açılması noktasında birleşirken, 17 haberde ise SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanıma açılmasının amaçlandığı görüşü ifade edilmiştir.

Türkiye genelinde uygulanan sağlık tesislerinin ortak kullanımının sonuçları hakkında bilgi veren toplam 26 haberin tamamında, uygulamanın amacının SB sağlık tesislerinin SSK'lı hastaların kullanımına açılması olduğu görüşü üzerinde birleşilmektedir. Bu haberlerde uygulamanın sonucu olarak da, SB sağlık tesislerinde hasta yoğunluğunun arttığı (14 haber) ve SSK'lı hastaların ilaca erişimde sıkıntı yaşadıkları (12 haber) tespit edilmiştir.

Sonuç olarak; inceleme ve değerlendirmeye tabi tutulan gazete haberlerine göre gerek 2003 yılında 11 ilde uygulanan sağlık tesislerinin ortak kullanımında, gerekse 2004 yılında Türkiye genelinde uygulanan sağlık tesislerinin ortak kullanımında uygulamanın amacının kamuoyunda SB sağlık tesislerinin SSK'lı hastaların kullanımına açılması olarak algılandığı ortaya çıkmaktadır. Ayrıca sağlık tesislerinin ortak kullanımı sonucunda SB sağlık tesislerinde hasta yoğunluğunun arttığı ve SSK'lı hastaların ilaca erişimde yaşadıkları sıkıntıların devam ettiği noktasında birleşilmektedir.

5.6. SAĞLIK TESİSLERİNİN ORTAK KULLANIMINDA DİNAMİK SÜREÇ: SSK SAĞLIK TESİSLERİNİN SAĞLIK BAKANLIĞI'NA DEVRİ

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin çok başlı olduğu, aşırı derecede merkezîyetçi ve yetkilerin üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahip olduğu söylenegelmektedir. Aynı zamanda kamu sağlık sektöründe birden fazla taraf olduğu ve taraflar arasında etkin bir koordinasyon mekanizmasının mevcut olmadığı da kabul edilen sorunlar arasındadır.

Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK mensubu gibi farklı sosyal güvenlik kapsamı altındaki kesimlerin, sağlık sistemi içinde sadece belirli sağlık tesislerinden hizmet alabiliyor olması, sağlık hizmet sunumundaki verimsizliği daha da arttırmaktadır.²⁶³ Sağlık hizmetlerinin sunumunda farklılıkların tespit edilmesi amacıyla sağlık sigortası kapsamında, kamu kurum ve kuruluşları tarafından sağlık yardımlarının sağlanmasında adalet ve eşitlik ilkelerine uyulup uyulmadığı konusunda yapılan bir araştırmada²⁶⁴ sağlık yardımlarının sağlanmasındaki eşitsizliğe dikkat çekilmektedir. Türkiye’de devletin sağlık yardımlarına ilişkin onlarca mevzuatı bulunmakta ve böylece memurlar ve diğer kamu görevlileri ile sağlık sigortası kapsamındaki sigortalılara, sağlık yardımları çok farklı şekillerde sunulmaktadır.

Bu tespitten hareketle sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların daha etkili ve verimli kullanımını sağlamak, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak ve sağlık hizmet sunumunu tek merkezden koordine etmek amacıyla 01 Temmuz 2003’te 11 ilde ve 01 Ocak 2004’ten itibaren Türkiye genelinde SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımına başlanmıştır. Sağlık hizmet sunumunda yapısal dönüşümü hedefleyen SB – SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü, 1,5 yıl süreyle uygulanmıştır.

Sağlık Bakanlığı’nın S.D.P. çerçevesinde 2004 yılı hedefleri arasında SB – SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımının tamamlanarak kamu sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi ve yürütülmesi bulunmaktadır.²⁶⁵ Nitekim O.K.P.’nin amacı ile SB’nin ortaya koyduğu hedef birbiriyle örtüşmekte, birbirini tamamlamaktadır.

Bu başlık altında öncelikle SB –SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımından sonra, SSK sağlık tesislerinin SB’na devri sürecinde karşılaşılabilecek muhtemel sorunlar ve bu konuda yapılması gerekenlere

²⁶³ Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Aralık 2003, s. 16.

²⁶⁴ Kemal Özsemerci, "Sağlık Yardımlarının Adaletli Sunulması: Tedavi Yönetmeliklerinin Karşılaştırılması", **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 52, Ocak-Mart 2004.

²⁶⁵ Sabahattin Aydın, Hüseyin Demirel ve Sinan Korukluoğlu, **Sağlık 2003**, s. 89.

değınılecektır. Daha sonra 5238 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Aıt Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile SSK sağlık tesislerinin SB’na devri ele alınacaktır. Son olarak ise, söz konusu kanun uyarınca Marmara Bölgesinde 7 ilde (Bolu, Düzce, Sakarya, Kocaeli, Yalova ve Bursa) SSK sağlık tesislerinin SB’na devrinde yapılan çalışmalar hakkında bilgi verilecektır.

5.6.1 Devir Öncesi Hazırlık Çalışmaları

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’ndan sonra sağlık hizmet sunumunda önemli bir yere sahip olan SSK, sağlık hizmet sunumunda ve organizasyonunda farklı usul ve esaslar çerçevesinde faaliyet göstermektedir. SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı’na devri durumunda gerek bu hizmetlerden faydalanan hastalar olsun gerekse kurumda çalışan personel açısından bir takım sorunların ortaya çıkabileceği düşünölmektedir.

Söz konusu nedenlerden dolayı, SSK Ulus Hastanesi ve SSK Ankara Eğitim Hastanesi ziyaret edilerek, adı geçen hastanelerde hizmet sunumu ve yönetim süreçleri dikkate alınarak devir durumunda karşılaşılabilecek sorun alanları tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla, hasta başvuru süreçleri, kayıt-kabul ve taburcu işlemleri, ilaç ve malzeme temini, hasta yatış süreçleri, sağlık sigortacılığı hizmet süreçleri (yurtdışı sigorta, taşra hastası) ve faturalama süreçleri analiz edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca, ulaşılabilen SSK mevzuatı da incelenmiştir.

Bu çalışmalar sonucunda SSK sağlık tesislerinin SB’na devri sürecinde karşılaşılabilecek olası sorun alanları ve ilgili taraflarca yapılması gerekenler belirlenmiştir. Kuşkusuz, burada ortaya konan hususların incelemeye tabi tutulan hastanelerden edinilen izlenimlerle oluşturulmuş olması bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

SSK ve SB sağlık tesisleri arasındaki farklılıklardan ilki muayene sürecinde ortaya çıkmaktadır. SSK hastanelerinde “Randevulu Muayene” sistemi uygulanmaktadır. Bu konuda SB’nca devralınacak SSK hastanelerinde ilk dönemlerde başvurularda yoğunluk yaşanabileceği düşünülerek “randevulu muayene” uygulamasına devam edilmesi; ancak tedrici olarak bu uygulamaya son verilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

Hastanelerde ise bu süreçte, danışma birimi kurulmalı, hastalar danışma biriminden hasta kabul bankolarına yönlendirilmelidir. Hastaların doğrudan başvurabileceği hasta kabul bankoları kurulmalıdır. Bu bankolar başvuru sayısına göre planlanmalı ve düzenlenmelidir. Bu amaçla, bankolarda hizmet verecek personele eğitim verilmelidir. SB’nin değişik hastanelerde başlattığı “hekim seçme özgürlüğü”²⁶⁶ uygulaması kapsamında verimsiz kullanılan kaynaklar etkili bir şekilde sisteme kazandırılması gerekmektedir.

İkinci olarak, SSK Hastaneleri, mevcut durumda faturalama sürecine uygun etkili bir kayıt sistemine sahip değildir. Genellikle, hastalara kullanılan sarf malzemelerin ve ilaçların kayıtları sağlıklı olarak tutulmamaktadır. Bunun yanında, laboratuvar ve görüntüleme ünitelerinde yapılan işlemlerde de sağlıklı bir kayıttan söz edilemez. Örneğin; inceleme yapılan bir hastanede yetkililerden edinilen bilgilere göre, yattığı süre içinde Hepatit testi yapılan hastada bir sonuç negatif iken diğeri pozitif çıkabilmektedir. Dolayısıyla, bir başkası adına defalarca tetkik yapılması durumu mevzu bahistir. Kontrolü mümkün bu hatalar sağlıklı bir kayıt sistemi bulunmayışından ötürü devamlı olabilmektedir. Bunun sonucunda, hastaneler sağlıklı bir planlama yapamaz hale gelmiştir.

Bu hususla ilgili olarak, hastanelerin söz konusu olumsuzlukları en aza indirecek yapılanmayı gerçekleştirme üzere bilgisayar otomasyon sistemi kurulması çalışmalarına başlamaları gerektiği düşünölmüştür. Bunun

²⁶⁶ Suphi Darıcalı, “Hastalara Hekim Seçme Özgürlüğü”, **SB Diyalog**, Sayı: 9, Ocak 2005, s. 25.

öncesinde, tüm birimlerde üretilen ve Bütçe Uygulama Talimatında karşılığı bulunan hizmetlerin, kullanılan malzemelerin yer aldığı tahakkuka esas matbu formlar düzenlenmesi gerekmektedir.

SSK hastaneleri, SB hastanelerinden farklı olarak “döner sermayeli” kuruluşlar kapsamında yer almamaktadır. Mevcut haliyle hastanelerde üretilecek hizmetleri tahakkuk etmek için organizasyon yapısı yeterli değildir. Bu amaçla, verilen hizmetlerin karşılığını kurumlara fatura edebilmek için organizasyonel ve fonksiyonel düzenlemelere gereksinim bulunmaktadır.

SSK hastanelerinde ortak kullanım protokolü çerçevesinde devlet hastanelerinde üretilen hizmetlerin karşılığında SSK'na tahakkuk ettirilen faturalar daha önce tespit edilen “kardeş hastaneye” inceleme amacıyla gönderilmektedir. SSK hastanelerinin SB'na devri durumunda, hastanelerden SSK'lı hastalara tahakkuk ettirilen faturaların inceleme ve ödeme işlemlerini yürütecek bir sistem / organizasyon / yapı oluşturmalıdır. Ayrıca bütün hastaneler hizmet verdikleri SSK'lı hastalara ait faturaları SSK Başkanlığı'na ve / veya ilgili taşra teşkilatına göndermelidir.

SSK hastanelerinde sağlık hizmeti verilmesinin yanı sıra SSK'lı hastaların sigorta hizmetleri yürütülmektedir. Devirden sonra bu işlemlerin aynı kuruluş eliyle yürütülmesine imkân kalmayacaktır. Bu sebeple SSK'lı hastaların sigortacılık işlemlerini yürütmek üzere gerekli düzenlemelere gidilmeli ve bu hizmetlerin hastanelerde yürütülmesi uygulamasına son verilmelidir.

SSK hastanelerindeki hizmet anlayışı Sağlık Bakanlığı hastanelerinden farklılık arz etmektedir. Mevcut durumun devir sürecinde sorun oluşturacağı düşünülmektedir. Bu hususta hastanelerin, SB'nın hizmet anlayışına uygun bir şekilde hizmet sunumu gerçekleştirebilmeleri için gerekli düzenlemeler ve hizmet içi eğitimler yapılmalıdır. Bu amaçla, merkezi düzeyde yönetici eğitimi yapılabileceği gibi yerel düzeyde hem yöneticilere hem de çalışan diğer personele eğitimler verilebilir.

5.6.2. SSK Sağlık Tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na Devrinin Yasal Boyutu ve Gerekçeleri

Bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin SB'na devredilmesiyle ilgili yasal düzenleme, 06 Ocak 2005 tarih ve 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun" ile hayata geçirilmiştir. SSK sağlık tesislerinin de SB'na devrini öngören bu kanun, Resmi Gazete'de 19 Ocak 2005 tarihinde yayımlanmış ve bu tarihten bir ay sonra, 19 Şubat 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

SSK hastanelerinin SB'na devri, kamuoyunun gündemini oldukça fazla meşgul etmiş ve konu ile ilgili kanun tasarısı hakkında dahi tarafların itirazları gündemden inmemiştir. Hatta Kanunun Resmi Gazete'de yayımlanmasından yürürlüğe girmesine kadar geçen süre zarfında, Cumhurbaşkanlığı'nca veto edilmesi ve Anayasa Mahkemesi'nce yürürlüğünün durdurulması ve iptali konuları tartışılmıştır.

SSK sağlık tesislerinin SB'na devri, yürürlükteki mevzuat çerçevesinde incelendiğinde, SSK'nın sağlık tesislerinin bedeli ödenerek SB'na devri Anayasanın temel haklar ve özellikle sağlık kuruluşlarına ilişkin düzenlemelerine aykırılıkların giderilmesi için yerine getirilmesi gereken bir zorunluluk olmakla birlikte, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na göre de kaynaklarda tasarruf ve verimliliği sağlamak amacıyla sağlık kuruluşlarının tek elden planlanıp hizmet sunumunun düzenlenmesi anayasal ve yasal bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.²⁶⁷

²⁶⁷ Fehim Üçışık, "Mevcut Kanunlar Işığında SSK Hastanelerinin Devri", **SB Diyalog**, Sayı: 9, Ocak 2005, ss. 12-13.

Temel amacı sağlık kurum ve kuruluşlarını tek çatı altında toplamak olan 5283 sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması hedeflenmektedir. Sağlık politikalarının ülke genelinde eşit ve dengeli olarak uygulanması, yerel ve kurumsal farklılıkların ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır. Kamuya ait sağlık birimlerinin SB'na devriyle sağlık hizmet sunumunda işlemler açısından standardizasyon sağlanacak ve böylelikle maliyetler daha iyi kontrol edilebilecektir. Kamu sağlık hizmet sunumunun tek çatı altında toplaması ile sağlık yatırımları ve sağlık insangücü planlamaları daha etkin bir şekilde yapılabilecek ve uygulanabilecektir. Ayrıca sağlık birimlerine ait kaynaklar daha verimli olarak kullanılacak, sağlık kurum ve kuruluşlarının kontrol ve denetim mekanizmalarında standardizasyon sağlanacaktır.²⁶⁸

SSK sağlık tesislerinin SB'na devri konusunda atılan adımları genelde sağlık sisteminde, özelde hastane yönetiminde bir model değişikliği olarak tanımlamak mümkündür.²⁶⁹ Kamuoyunun mülkiyet devrine kilitlendiği olay, aslında sağlık sisteminde değişim sürecidir. Kamu sağlık sektörünün tarafları arasındaki farklılıklar esasen, sağlık hizmet sunumu ile finansman modeli tercihinden kaynaklanmaktadır.

SSK sağlık tesislerinin SB'na devrinde "ideolojik" tartışmalar yapılırken, bütçe dinamikleri kendilerine ait olmayan ve daha çok merkezi yönlendirmelerle işleyen SSK ve diğer kamu kurumlarına ait hastaneler, sağlık sistemindeki paradigma değişimine ayak uyduramamakta ve söz konusu değişime direnmektedir.²⁷⁰ Diğer bir ifadeyle, sağlık hizmetleri sunumunda birden fazla taraf olması ve bu taraflar arasında etkili ve verimli hizmet sunumu noktasında koordinasyon eksikliğiyle birlikte, merkezîyetçi bir yapı arzeden SSK, DDY, PTT gibi bazı kamu kurumlarına ait hastaneler sağlık sektöründeki paradigma değişimini yakalayamamışlardır.

²⁶⁸ Mehmet Demir, "SSK'lar Neden Devrediliyor?", **Hekimce Bakış**, Bursa Tabip Odası Yayını, Sayı: 61, Ekim-Kasım-Aralık 2004, s. 41.

²⁶⁹ Sabahattin Aydın, "Bir Devrin Anatomisi", **SB Diyalog**, Sayı: 10, Nisan 2005, s. 9.

²⁷⁰ Sabahattin Aydın, "Bir Devrin Anatomisi", s. 10.

SSK sağlık tesislerinin SB'na devri ile "yönetim" ve "işletim" birlikteliğinin sağlanması hedefine ilave olarak²⁷¹, sağlık hizmet sunumunun sınırlarının net olarak çizilmesi, hastane yöneticileri ile sağlık çalışanlarının görev tanımlarının netleştirilmesi de amaçlanmaktadır.²⁷² Devir öncesi hazırlık çalışmalarında da değinildiği gibi, SSK hastanelerinde sağlık hizmet sunumu yanında sağlık sigortacılığı işlemleri de yürütölmekteydi. SSK sağlık tesislerinin devri ile sağlık hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılması olarak tarif edilen ve bugüne kadar hayata geçirilemeyen olgunun da hayata geçirilmesi hedeflenmiştir.

SB ve SSK hastanelerinin yönetim ve işletim sistemlerindeki farklılıkların giderilmesi ile geri ödeme kuruluşları benzer yapıdaki sağlık kuruluşlarından etkili, verimli ve kaliteli bir hizmet alabilecek ve sağlık kuruluşları arasında ortaya çıkacak rekabet ortamı, kaliteli ve verimli sağlık hizmetini de beraberinde getirecektir.²⁷³ Bu süreçte SSK'nın sistemi zorlayan ayrı İlaç Talimatnamesi'nin de ortadan kaldırılarak Bütçe Uygulama Talimatı çerçevesinde birlik sağlanması faydalı bir adım olacaktır. Nitekim, SSK sağlık tesislerinin SB'na devrinden sonra SSK'lı hastaların serbest eczanelerden ilaç alabilmelerinin yolunun açılmış olmasına rağmen, özellikle uygulamanın başlangıcında SSK mensubu hastaların serbest eczanelerden ilaç alımında sıkıntı yaşadıkları gözlenmiştir.²⁷⁴

Sonuç olarak sağlık kurum ve kuruluşlarının tek çatı altında toplanması olarak özetlenebilecek 5283 sayılı Kanun ile²⁷⁵ mevcut SSK'lı nüfus, SSK hastanelerinin hizmet göstergeleri ve sağlığa ayrılan kıt kaynakların verimli kullanılması noktasında düzenlemelerin tek merkezden yapılması amacı güdülmektedir. Uzun vadede ise genel sağlık sigortasına geçiş için hizmet sunumu ile finansmanın ayrılması hususları, hizmet sunumunun tek çatı altında toplanmasını gerekli kılmaktadır.

²⁷¹ Sabahattin Aydın, "Bir Devrin Anatomisi", s. 10.

²⁷² Sabahattin Aydın, "Bir Devrin Anatomisi", s. 12.

²⁷³ Sabahattin Aydın, "Bir Devrin Anatomisi", s. 13.

²⁷⁴ Harun Kırılmaz, "Bitmeyen Kuyuklar", **SB Diyalog**, Sayı: 10, Nisan 2005, ss. 14-17.

²⁷⁵ Mehmet Demir, "SSK'lar Neden Devrediliyor?", **SB Diyalog**, Sayı: 8, Aralık 2004, s. 7.

5.6.3. Sağlık Bakanlığı'na Devredilen SSK Hastaneleri Hakkında Genel Değerlendirme

5238 sayılı Kanun kapsamında SSK'na ait Bolu'da 1, Düzce'de 1, Sakarya'da 1, Kocaeli'nde 5, Yalova'da 1, Bilecik'te 1 ve Bursa'da 7 hastane SB'na devredilmiştir. Devir çalışmaları kapsamında bölgedeki illerde Sağlık Müdürlükleri ziyaret edilmiş, bir yetkili eşliğinde söz konusu hastanelere gidilmiş ve yerinde incelemelerde bulunulmuştur.

Devir çalışmalarını koordine etmek amacıyla Sağlık Müdürlükleri ile iletişim kanalı oluşturulmuş, her ilden 1 sağlık müdür yardımcısı konu ile ilgili çalışmaları yürütmekle görevlendirilmiş ve kendileriyle düzenli olarak irtibat kurulmuştur.

SSK hastanelerinin SB'na devrinin ilk haftasında hastanelerde adaptasyon sorunu yaşanmışsa da, ilk hafta sona ermeden bu sorunlar süratle aşılmıştır. Özellikle Bursa Şevket Yılmaz Devlet Hastanesi ve İzmit Devlet Hastanesi, devir sürecine en hızlı ve iyi uyum sağlayan hastaneler olarak göze çarpmıştır. Her iki hastane de günlük muayene sayılarını kısa sürede yaklaşık % 50 oranında artırmıştır.

Fiziki, teknik yeterlilik ve insan kaynakları açısından değerlendirildiğinde bazı hastanelerin mevcut haliyle etkili ve verimli sağlık hizmeti sunmasına imkân bulunmadığı düşünülmektedir. Şöyle ki; Kocaeli ili Gölcük ilçesinde SSK'dan devralınan ve Gölcük 82. Yıl Devlet Hastanesi olarak SB bünyesinde hizmet vermeye başlayan hastanenin yataklı servisleri bulunmayıp, daha çok gündüz hastanesi (semt polikliniği) olarak hizmet vermesinin uygun olacağı kanaatine varılmıştır. İlçede bulunan Gölcük Devlet Hastanesi'ne bağlı semt polikliniği olarak hizmetine devam etmesi uygundur.

Yine Kocaeli ili Karamürsel ilçesinde SSK'dan SB'na devredilen Karamürsel Kayacık Devlet Hastanesi de fiziki, teknik ve insan kaynakları yönünde yetersizdir. İlçede inşaatı devam eden hastane hizmet girene kadar, mevcut Karamürsel Devlet Hastanesi ve SSK'dan devralınan Karamürsel Kayacık Devlet Hastanesi'nin birleştirilmesi ve tek çatı altında hizmet sunmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Bursa ili Gemlik ilçesinde hizmet veren Gemlik Sahil Devlet Hastanesi'nin özellikle yataklı servisleri koğuş sisteminde olup, bu durum hasta memnuniyeti açısından son derece elverişsizdir. İlçede ikinci bir devlet hastanesinin olduğu göz önüne alınarak, ilçe düzeyinde bir planlamaya gidilmesi doğru olacaktır. Şöyle ki, SSK'dan SB'na devredilen Gemlik Sahil Devlet Hastanesi'nin kadın doğum ve çocuk hastalıkları alanında hizmet vermesi, Gemlik Devlet Hastanesi'nin ise genel dal hastanesi olarak hizmetine devam etmesi, insan kaynakları ve teknik imkânların değerlendirilerek etkili, verimli ve hakkaniyetli dağılımı hususunda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Bursa ili Karacabey ilçesindeki 80. Yıl Karacabey Devlet Hastanesi, ilçe merkezine yaklaşık 5 km. mesafede bulunmaktadır. Hastane binası fiziki açıdan elverişli durumdadır. Hasta yatışı ve ameliyat yapılmamaktadır. Yataklı servisler ve ameliyathane, hizmet sunumu için elverişli olmakla birlikte, insan kaynakları noktasında yetersizlikler göze çarpmıştır. Bu hastane dışında, ilçe merkezinde bulunan Karacabey Devlet Hastanesi, poliklinikler dışında hizmet sunumu açısından elverişli durumdadır. İlçe düzeyinde iki hastane birlikte değerlendirilerek bir planlama yapılması gerekmektedir. Etkili ve verimli sağlık hizmeti için söz konusu hastanelerin Karacabey Devlet Hastanesi adı altında birleştirilmesi, mevcut 80. Yıl Karacabey Devlet Hastanesi'nin cerrahi branşlarda, mevcut Karacabey Devlet Hastanesi'nin ise dâhili branşlarda hizmet verecek şekilde reorganize edilmesi uygun olacaktır.

Burada bahsedilen hastane örneklerinden yola çıkarak, SB'na devredilen SSK hastanelerinde aşağıdaki hususlara dikkat edilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir:

- İl içinde sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların envanteri çıkarılarak, mevcut sağlık tesisleri arasında etkili, verimli ve hakkaniyetli dağılımının sağlanması hususunda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- SB'na devredilen SSK hastanelerin döner sermayeli işletmeler sistemine uyumlarını sağlamak konusunda kardeş hastanelerin tam ve gönüllük esasına dayalı desteğiyle gerekli çalışmalar yürütülmelidir.
- Devrolan hastanelerin hizmet sunumu ve yönetim faaliyetleri açısından Bakanlığımızın uygulamalarına ve anlayışına uyumlu hale gelmeleri için, merkezi ve yerel düzeyde hizmet içi eğitim, personel görevlendirilmesi, personel değişimi vb. çözümler hayata geçirilmelidir.

GENEL DEĞERLENDİRME ve SONUÇ

Araştırmada sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması ve bu süreçte kamu yönetimindeki paradigma dönüşümünün etkileri tartışılmıştır. Son dönemde kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasına yönelik kapsamlı bir çalışma gündemdeki yerini korumaktadır. Literatür incelendiğinde geçmiş dönemlerde de kamu yönetimi reformlarının sürekli gündemde bulunduğu görülmektedir. Kamu yönetiminin daha etkin işlemesine yönelik olarak hazırlanan bir dizi rapor, proje ve tasarılar benzer sorunlara benzer çözümler önermektedir. Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinin de etkisiyle kamu yönetimi reformu yeniden Türkiye'nin gündeme oturmuştur. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı olarak bilinen kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması çalışmaları ile yeni bir anlayış getirilmeye çalışılmaktadır. Merkezi yönetimin görev ve yetkilerinin yerel yönetimlere devredilmesi ile yerel dinamiklerin yönetimde rol alma fırsatı doğmaktadır.

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması çalışmalarında dikkati çeken hususlardan birisi de, kamu sektöründe çağdaş yönetim modellerinin uygulanmaya çalışılmasıdır. Gerçekten de Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı incelendiğinde, hiyerarşik yönetim anlayışı yerine "yönetişim" yaklaşımının benimsendiği göze çarpmaktadır. Kuşkusuz bu durum, Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı çerçevesinde kamunun yeniden yapılandırılması çalışmalarını, geçmişte ortaya konan kamu yönetimi reformlarından farklı kılan en önemli noktadır.

Günümüzde kamu yönetimi anlayışındaki değişimin, Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı'nın misyon ve vizyonunu etkilediği görülmektedir. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı yapılmak istenenle Sağlık Bakanlığı'nın yeni üstlenmeye çalıştığı misyon ve vizyon benzerlik arz etmektedir. Bu misyon ve vizyon değişimi, dünyada kamu yönetimindeki zihniyet değişimiyle paralel gitmektedir. Geçmişte hâkim olan görüşe göre merkezi otoritenin alabildiğince yetkiyi ve sorumluluğu üzerinde toplamasının; adeta toplumsal

barışı ve düzeni sağlayacağı, kaliteyi ve güveni getireceği gibi bir anlayış hâkimdir. Hâlbuki gelinen noktada bu sorumluluklar ve yetkiler tabana yayılabildiği ölçüde hizmetin benimsenmesi, içselleştirilmesi ve daha yaygın ve etkili bir şekilde sunulması sağlanmaktadır.

Söz konusu değişim trendi içinde Sağlık Bakanlığı da hem misyonunu, hem de vizyonunu tanımlamaya çalışmaktadır. Öncelikle Sağlık Bakanlığı misyonunu tanımlarken, sağlıkla ilgili verilen tüm hizmetleri yapmak kaygısından uzaklaşarak; standartların belirlenmesi, kalitenin denetlenmesi, hatta hizmet vermek isteyen farklı dinamiklerin önünün açılmasında çok aktif bir rol alarak esas misyonunun bu olması gerektiğini düşüncesinden hareket edilmektedir. Bu açıdan Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunma noktasındaki misyonu; hizmetin farklı dinamiklerle, farklı sektörlerle ülkenin bütün kaynakları seferber edilerek sunulmasının önünün açılması, ancak bu sunulan hizmetin merkezinde hizmet birimlerinin değil, hizmet alanların bulunacağı şekilde yeniden dizayn edilmesidir.

Sağlık Bakanlığı kamuda ve sağlıkta paradigma dönüşümüne uygun bir planlama yapabilecek güce erişir ve Türkiye'deki sağlık hizmeti sunumunun makro planda çerçevesini iyi çizebildiği ölçüde geleceğe yönelik sağlık yatırımları, sağlık insangücü ve sağlık eğitimi açısından ciddi olarak projeksiyonlar yapma yeteneğini kazanabilecektir. Bu tablo içinde sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve ülke genelinde koordinasyonunda ciddi söz sahibi olacaktır.

Sağlık Bakanlığı hizmet sunumunun biraz daha dışında kalarak hizmeti denetleyen ve planlayan olabilme misyonunu elde ettiğinde, vizyonu da doğal olarak sadece Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşları değil ülke genelinde sağlık hizmetlerinin denetlenmesi ve makro planlar yapılması ve taraflar arasında koordinasyon sağlanması olacaktır. Daha da ötesi artık dinamik bir şekilde sunduğu hizmetin kalitesini ve maliyetini uluslararası normlarla sürekli kıyaslayabilen ve denetleyebilen bir vizyon da elde edecektir.

58. Cumhuriyet Hükümeti ile sağlık hizmetlerinde de yeni bir dönem başlamıştır ve 59. Cumhuriyet Hükümeti döneminde de bu anlayış sürdürülmektedir. Bu dönemde, sorun çözen bir sağlık sistemi olarak vatandaşlara etkili, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti verilmesi hedeflenmiştir. Bu hedefe ulaşabilmek için Devlet, sivil toplum ve özel sektör işbirliğini esas alan yönetim metodu ile çalışmaların sürdürüleceği ve uygulamada vatandaş memnuniyetinin hedeflendiği ve gelişmiş ülke standartlarının ölçü alındığı ifade edilmektedir.

Buradan hareketle, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kamu yönetimi anlayışındaki değişimden etkilendiğini öne sürmek mümkündür. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda ortaya konulan hedeflere ulaşmak için öncelikle yasal zeminin oluşturulması gerekmektedir. Bu konuda, kamu yönetimi ve sağlıkta yeni paradigma anlayışından filizlenen ve Sağlık Bakanlığı'nın yeni misyon ve vizyonunu tanımlayan Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yasası'nın yürürlüğe girmesi beklenmektedir. Ardından hizmet sunumu ve örgütlenme modeli açısından, Sağlık Bakanlığı'nın yeni döneme hazır hale getirilmesi süreci gelmektedir. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı'nda öngörüldüğü üzere, sağlık kurum ve kuruluşlarının yerel yönetimlere devrinden önce bu birimlerin daha iyi işler hale gelmesi için çalışmalar yürütülmektedir. Yasal düzenlemelerin elverdiği ölçüde, hâlihazırda merkezi yönetime ait olan görev ve yetkiler yerel yönetimlere devredilmiş durumdadır. Örneğin hastane ve eczane ruhsatlandırma işlemleri artık yerel sağlık idareleri tarafından yürütülmektedir.

Aynı zamanda döner sermayeli kuruluşlar olan hastanelerde ise "yerinden yönetim" olgusu daha sağlıklı bir şekilde yürütülmektedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile hastanelerin mali açıdan özerklikleri sağlanmış ve bu sayede personelin motivasyonu sağlanarak sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve verimli sunulması sağlanmıştır. Ayrıca il içinde çalışma düzenini belirleme ve çalışma saatlerini düzenleme yetkileri yerel yönetimlere verilmiştir. Vardiya sisteminin devam edip etmemesi konusunda

yetki ve karar illere bırakılmıştır. Yeni sağlık ocağı açıp açmama, yerlerini belirleme yetkisi yine illere bırakılmıştır. Bilhassa fiziki mekân sıkıntısı çeken sağlık tesislerinin inşaat yapma, yer kiralama ve bu konuda kaynak kullanımı yetkileri kendilerine bırakılmıştır. Yeterli gördürülemeyen ya da kaliteli verdirilemeyen teknolojiye dayalı bir kısım tıbbi hizmetlerin, hizmet alımı yoluyla yani klasik tanımıyla outsourcing yapılarak Bütçe Uygulama Talimatı sınırları içinde verilebilmesinin önü açılmıştır.

Sağlık sektöründe istihdam sorununa çözüm getirmek amacıyla uygulamaya geçilen “sözleşmeli sağlık personeli sistemi” ile çeşitli nedenlerle sağlık personelinin bulunmadığı yerlerde sağlık hizmeti sunumunun yolu açılmıştır. Daha da ötesi “Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması Hakkındaki Kanun”da yer alan bir hükümlerle sağlık hizmetinin bütünüyle satın alınabileceği hükme bağlanmıştır. Bunun için gerekli yönetmelikler çıkarılmış ve neredeyse bütün yetkiler sağlık kurum ve kuruluşlarına bırakılmıştır. Bu uygulama ile sağlık kurum ve kuruluşlarının, ihtiyaçları doğrultusunda sağlık personeli istihdamı sağlayabilmeleri sağlanmıştır. Ancak Danıştay’a konu ile ilgili düzenlemeyi yapan yönetmeliğin iptali için dava açılmış ve dava neticesinde sağlık hizmetlerinin satın alma yoluyla gördürülmesine ilişkin düzenleme iptal edilmiştir. Tüm bu gelişmeler, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın kamu yönetimi anlayışındaki değişimden etkilendiği tezini doğrulamaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın kısa vadeli hedefleri arasında devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırılmaya dönük çalışmalar başlatılması, hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmalarının başlatılması, genel sağlık sigortası sisteminin kurulması, aile hekimliği uygulamasına geçilerek sevk zincirinin oluşturulması, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması ve özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının özendirilmesi yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımından sonra, 2005 yılında SSK bazı kamu kurumlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık

Bakanlığı'na devri ile sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması hedefine büyük ölçüde ulaşılmıştır. Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin tam olarak sağlanması ise, pilot uygulamalardan sonra hayata geçirilecek ve böylelikle mevcut hastaneler birer sağlık işletmeleri haline dönüştürülmüş olacaktır. Yani bu kuruluşların tamamen kendi kendilerini yönetecekleri, ancak denetimlerini Sağlık Bakanlığının yapacağı işletmeler haline gelmeleri sağlanacaktır. Hastaneler yerel dinamiklerden geniş katılımlı bir kesimin yönetiminde söz sahibi olacağı işletmeler haline dönüştürülecektir. Bu süreç başlamıştır ancak pilot uygulamalardan sonra nihai şeklini alacaktır.

Genel sağlık sigortası ile ilgili hazırlıklar büyük ölçüde tamamlanmış ve bu konudaki çalışmalarda son noktaya gelinmiştir. Ancak bununla birlikte, genel sağlık sigortasının ülke nüfusunun tamamını kapsamasının, uzun bir süreç sonunda gerçekleşeceği düşünülmektedir.

Aile hekimliği uygulaması ile hazırlıklar da tamamlanmıştır. Pilot il seçilen Düzce ilinde 2005 yılı sonunda uygulamaya geçilecektir. 2006 yılında uygulamanın genişletilmesi ve 2007 yılında da Türkiye geneline yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Aile hekimliği sistemi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, daha etkili, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır.

Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması konusunda 2003 ve 2004 yıllarında önemli adımlar atılmıştır. Çocuk takipleri, gebe takipleri, yenidoğan resüstasyon programları, demir eksikliği anemisi, fenülketonüri başta olmak üzere çeşitli tarama programları başlatılmıştır. Yine kızamık eliminasyon programı dahilinde 20 milyon çocuğun aşılması hedeflenmektedir. Sağlık ocaklarının il düzeyinde organizasyonu yerel sağlık idarelerine devredilmiştir. Böylelikle, hizmetlerin yerinde planlanıp organize edilmesiyle etkinlik ve verimlilik sağlanmıştır.

Özellikle hastanelere yürürlükteki mevzuat ölçüsünde idari ve mali özerklik sağlanarak, kamu eliyle verilemeyen sağlık hizmetlerinin dışarıdan

satın alınması yoluyla özel sektör de sisteme dâhil edilmiştir. Bu noktada öncelikle hastanelerin döner sermaye gelirlerinden “outsourcing” yöntemiyle hizmet alımı yolunun açılmasıyla, özel yatırımcıların kamu hastaneleri bünyesinde de sağlık hizmetlerine katılımı sağlanmıştır. Böylelikle hem sektöre bir dinamizm kazandırılmış, hem de yatırımlarda verimlilik ve ekonomiklik esasları gözetilmiştir. İkinci olarak, devlet memurları, Emekli Sandığı ve SSK mensuplarının özel sağlık kuruluşlarından hizmet almasının önü açılarak sağlık alanında faaliyet gösteren özel sektöre dinamizm getirilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı geçmişi tamamen silerek yepyeni bir reform iddiası ortaya koymamaktadır. Geçmişin mirasına da sahip çıkarak, yeniden yapılanma anlayışı çerçevesinde sürekli iyileştirmeler yaparak geçmişteki olumlu atılımların ileriye götürülmesi hedeflenmektedir. Bununla birlikte, radikal değişim yapılması gerektiği düşünülen alanlarda da reform düzeyinde bir radikal değişime gitmekten çekinilmediği gözlenmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sadece sağlık sektöründe bir dönüşüm olarak değil de; topyekûn kamunun yeniden yapılanması sürecinde bir paydaş olarak düşünüldüğünde, başarı şansının daha fazla olması, hedeflerine daha kolay ulaşması beklenmektedir.

Sağlık hizmetlerinin desantralize edilmesi üzerinde ciddi olarak düşünülmeleri gerekmektedir. Hizmet sunum noktasında Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatının olup olmaması ve hâlihazırda verilen hizmetlerin yerel yönetimler tarafından yerine getirilmesi, sorunların yerinde görülmesi ve yerinde çözülmesi açısından daha faydalı olacağı ve sağlık hizmetlerine dinamizm kazandıracığı düşünülmektedir. Mevcut uygulamada da özellikle hastanelerin işleyişlerinde olabildiğince bağımsız oldukları, sağlık personeli istihdamı dışında hemen her alanda yetki sahibi oldukları bilinmektedir. Dolayısıyla, Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı yasalaşmamış olsa da, sağlık hizmetleri birçok alanda yerel yönetimler, hatta yerinden yönetimler tarafından yürütülmektedir.

Burada dikkat edilmesi gereken husus tedavi edici hizmetlerden ziyade, koruyucu sağlık hizmetlerinin durumudur. Sağlık Bakanliğı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının yerel yonetimlere devri durumunda; Sağlık Bakanliğı'na bağlı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nin koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verecek şekilde bir yapılanmaya giderek, özellikle çevre sağlığı hizmetleri ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi düşünmektedir.

Genel olarak kamu kurumlarında mevcut "teftiş" yapısı içinde bugüne kadar yerindelik denetimi yapılmaktadır. Mevcut uygulamada verilen hizmetlerde bir hata arama ve bu hataların sorgulanıp ceza verilmesi söz konusudur. Dolayısıyla teftişin bir iş yapması, bir sonuca ulaşması için herhangi bir hizmetin verilmiş olması gerekiyor. Hata bulunması için de bir hizmet verilmiş olması gerekiyor. Eğer herhangi bir hizmet üretilmemişse, hiçbir sorunla da karşılaşılmamaktadır. Dolayısıyla bu durum, adeta hizmetin teşvikine değil, engellenmesi neden olmaktadır. Böyle bir hedef ve kasıt olmasa da, mevcut durum bu sonucu ortaya çıkarmaktadır.

Kamu yönetiminde paradigma dönüşümü ve çağdaş yönetim yaklaşımları çerçevesinde ortaya çıkan "performans denetimi" modeli ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve kaliteli sunumu hedeflenmektedir. Performans denetimi sayesinde sağlığa ayrılan kaynakların etkili ve verimli kullanılması, daha kaliteli sağlık hizmet sunumunda kalitenin artırılması, böylelikle sağlık sisteminin performansının yükseltilmesi amaçlanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesindeki hedeflere yönelik atılan adımlar karşısında, bürokratik yapının engel oluşturduğu görülmüştür. Eczane hastane ruhsatlarının yerel sağlık idarelerine devrinde, hastanelere döner sermaye gelirlerinden harcama yetkisinin genişletilmesinde, performansa dayalı ek ödeme sisteminde ve aile hekimliği uygulaması gibi sağlık sistemine yönelik radikal adımlar karşısında, mevcut bürokratik yapının korumacı tavır geliştirdiği görülmüştür.

Ortaya konan hedeflere ulaşabilmek için bürokratik direncin aşılabilmesi gerektiği noktasından hareketle, mevcut bürokratik yapının dışında, konu ile ilgili uzman personel kadroları ve bilgi kaynaklarından faydalanarak mevcut bürokratik yapı dışında alternatif bir enformasyon ve danışma kaynağı sağlama yoluna gidilmiştir. Böylelikle bürokrasinin bilgi ve güç tekeli kırılarak, yeniden yapılanma çalışmaları karşısındaki direnç etkisiz hale getirilmiştir. Korumacı tavır ve direnç noktalarının aşılıp ortaya konan hedeflere ulaşılmasıyla birlikte, zaman içinde mevcut bürokratik yapının da uzlaşmacı bir tavır içine girdiği ve ortak hareket imkân doğduğu düşünülmektedir.

SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımında hedeflenen tablo Sağlık Bakanlığı ve SSK sağlık tesislerinin aynı kurallarla, standart normlarla işler hale gelmesini temin etmektir. Ortak Kullanım Protokolü ile hedeflenen; sağlık tesislerinin eşit dağılmadığı gerçeği göz önünde bulundurularak vatandaşlar arasında belli hastanelere, belli sağlık tesislerine gitme zorunluluğunu ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği ortadan kaldırmaktır. Ortak Kullanım Protokolünün ana mantığı ve hareket noktası bu olmuştur. Ancak bu uygulama pratikte daha çok SSK hastanelerinden SB hastanelerine SSK mensubu hastaların kayması olarak neticelenmiştir. Bu tablo aslında doğal ve beklenen bir sonuçtur.

Bu durumun en büyük sebebi, SSK'nın sağlık hizmet arzı ile SSK'dan sağlık hizmeti alan kesimin talebi arasında dengesizlik bulunmasıdır. Ülke nüfusunun yaklaşık yarısı SSK'nın sağlık sigortası kapsamında bulunmaktadır. Buna karşın SSK'na ait 150 civarında hastane bulunmaktadır. Diğer tarafta ise nüfusun geri kalan kesimine 700 civarında hastaneyle hizmet verilmektedir. Kısacası sağlık hizmet sunumunda temel eşitsizlik SSK mensuplarının aleyhinedir. Bu sebeple ortak kullanım uygulamasının, SB hastanelerinin SSK mensubu hastaların hizmetine açılması olarak algılanması doğaldır. Şüphesiz zaman içinde hizmet sunum kalitesi, hekimlerin hastalara davranış biçimi ya da hizmet sunumu ile ilgili imkânların

artırılmasıyla ilgili değişkenler, SB hastaneleri ve SSK hastaneleri arasında oluşacak dengeden sonra hasta kaymalarını etkileyen faktörler olacaktır.

SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımında ortaya çıkan sorunların başında, SB hastanelerinde hasta yoğunluğunun artması ve SSK mensubu hastaların ilaca erişimde sıkıntı yaşamaları olmuştur. Ortak kullanımdan önce 2002 yılında SB hastanelerinde muayene edilen hasta sayısı 66 milyon civarında gerçekleşirken, 2003 yılının ikinci yarısında 11 ilde sağlık tesislerinin ortak kullanımına geçilmiş ve yılsonunda SB hastanelerinde muayene edilen hasta sayısı 69 milyona yükselmiştir. Ortak kullanımın Türkiye genelinde uygulandığı 2004 yılsonunda ise SB hastanelerinde 79 milyon hasta muayene edilmiştir. Bu rakamlardan yola çıkarak, 2004 yılında SB hastanelerinde muayene edilen hasta sayısındaki %15'lik artışı; yalnızca ortak kullanım uygulaması sonucunda SB hastanelerinde hasta yoğunluğunun artması şeklinde değerlendirmenin doğru olmayacağı düşünölmektedir.

Dolayısıyla, ortak kullanımla birlikte SB hastanelerinin daha verimli çalıştığı ve hizmet kapasitesinin yükseldiği düşünölmektedir. Her ne kadar ortak kullanımla birlikte SB hastanelerinde aşırı bir hasta yoğunluğu yaşanmadığı düşünölse de, poliklinik hizmetlerine halkın kolay ulaşabilmesini sağlamak, hastane polikliniklerindeki yığılmaların önlemek amacıyla SB hastanelerine bağlı semt polikliniklerinin açılmıştır. Böylelikle ortak kullanımla birlikte artan hasta yoğunluğunun, hizmet kalitesinin olumsuz yönde etkilememesi hedeflenmiştir.

Ortak kullanımla birlikte ortaya çıkan sorunlardan biri de, SSK mensubu hastaların ilaca erişimde sıkıntı yaşamaları olmuştur. SB hastanelerinde yatan hastaların ilaçları tedavisinin göröldüğü hastanelerce karşılanırken, ayaktan tedavi gören hastaların ilaçları ise SB hastanelerinde oluşturulan SSK irtibat büroları ve eczanelerinden verilmeye devam edilmiştir. Burada ilaç bulunmaması durumunda ise, SSK hastanelerinde bulunan eczanelerden ilaç temini yoluna gidilmiştir. Kuşkusuz bu durum,

hasta memnuniyeti ve hizmete erişim açısından son derece olumsuz tabloların ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Ancak söz konusu olumsuzluk, ortak kullanım uygulamasına has bir durum olmayıp, SSK'nın ilaç politikalarından kaynaklanmaktadır. SSK mensubu hastaların serbest eczanelerden ilaç alabilmelerini sağlayan yasal düzenleme hayata geçirilinceye kadar da, hastane bünyelerinde uzayan ilaç kuyrukları gündemdeki yerini korumuştur. SSK mensubu hastaların 2005 yılı başında serbest eczanelerden ilaç alabilmeleri ile bu sorun kısmen aşılsa da, SSK'nın sistemi zorlayan ayrı İlaç Talimatnamesi nedeniyle ilaca erişimde eşitsizlik SSK'lı hastalar aleyhine devam etmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda sağlık sektörünün Sağlık Bakanlığı tarafından tek merkezden koordine edileceği belirtilmekte; Sağlık Bakanlığı'nın sadece politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir yapıya kavuşturulacağı ifade edilmektedir. Buna göre sağlık tesislerinin ortak kullanımını, sağlık sektörünün tek merkezden koordinasyonunun ilk adımı olarak değerlendirmek mümkündür. Burada asıl amaç, SSK hastaneleri ile SB hastanelerinin tek elden yönetilmesinden ziyade, yönetim ve işletim sisteminin standart yapıya kavuşturulmasıdır. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı'nda öngörüldüğü gibi, sağlık tesislerinin yerel yönetimlere devrinden önce işleyiş açısından standart hale getirilmesi gerekmektedir. Sağlık tesislerinin ortak kullanımı uygulaması Türkiye genelinde 1,5 yılını doldurduğunda bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi, sağlık tesislerinin ortak kullanımının sağlık sektörünün tek merkezden koordinasyonunun ilk adımı olduğu tezini doğrulamaktadır.

Sonuç olarak; Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması hedeflenmektedir ve bu süreçte kamu yönetiminde paradigma dönüşümünün etkisi göz ardı edilemez. Sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması noktasında, SB ve SSK sağlık tesislerinin ortak kullanımı ile sağlık hizmetlerinin tek merkezden koordinasyonu kısmen gerçekleşmiştir.

YARARLANILAN YAYINLAR

Adaman, Fikret ve Çarkoğlu, Ali, **Türkiye'de Yerel ve Merkezi Yönetimlerde Hizmetlerden Tatmin, Patronaj İlişkileri ve Reform**, İstanbul: TESEV Yayınları, 2000.

Adaman, Fikret ve diğerleri, **Hanehalkı Gözünden Türkiye'de Yolsuzluğun Nedenleri ve Önlenmesine İlişkin Öneriler**, İstanbul: TESEV Yayınları, 2001.

Akalın, Erdal, "Sağlık Hizmetlerinde Değişim", **Hastane Dergisi**, Sayı: 17, Temmuz-Ağustos 2002.

Akdoğan, Abdurrahman, **Kamu Maliyesi**, 6.b., Ankara: Gazi Kitabevi, Kasım 1997.

Akgüner, Tayfun, **Kamu Personel Yönetimi**, 3.b., İstanbul: Der Yayınları, 1998.

Akpınar, Nihat, "Dönüşüm Türkiye Projesinde e-Sağlık", **SB Diyalog**, Sayı: 7, Kasım 2004.

Aktan, Coşkun Can, "Yeni Değişim Dinamikleri ve Devletin Yeni Rolü", **Türkiye Günlüğü**, Sayı:56, Yaz 1999.

Aktan, Coşkun Can, **Değişim ve Yeni Global Yönetim**, İstanbul: Mess Yayınları, 1997.

Aktan, Coşkun Can, **Değişim Çağında Devlet**, Konya: Çizgi Kitabevi, 2003.

Aktan, Coşkun Can, "Devlet Niçin Yeniden Yapılandırılmalıdır?", **Doğu Batı Dergisi**, Yıl:1, Sayı:1, Kasım-Aralık-Ocak 1997.

Ateş, Hamza, "Modernlik ve Postmodernlik Arasında Kamu Yönetimi", (Ed.) Erdumlu, Güngör; **Modernlik ve Modernleşme Sürecinde Türkiye**, Ankara: Babil Yayıncılık, 2004.

Ateş, Hamza, "Kamu Yönetiminde Güven Problemi ve Halkın Devlete Güveni", (Ed.) Acar, Muhittin ve Özgür, Hüseyin; **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt II, Ankara: Nobel Yayınları, 2004.

Ateş, Hamza ve Çetin, Dilek, "Kamuda Performans Yönetimi ve Performansa Dayalı Bütçe", (Ed.) Acar, Muhittin ve Özgür, Hüseyin; **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt II, Ankara: Nobel Yayınları, 2004.

Ateş, Hamza, "Postbürokratik Kamu Yönetimi", (Ed.) Balcı, Asım ve diğerleri; **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları**, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003.

Ateş, Hamza ve Erdoğan, Nihat, **Çalışan ve Hasta Memnuniyeti Araştırması**, (Basılmamış Rapor, Sağlık Bakanlığı, Nisan 2003).

Ateş, Hamza, "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" (Unpublished PhD thesis, The University of Liverpool, 1999)

Aydın, Sabahattin (ed.), **Sağlık 2004**, Ankara: SB APK Kurulu Başkanlığı Yayını, 2005.

Aydın, Sabahattin ve diğerleri, **Sağlık 2003**, Ankara: SB APK Kurulu Başkanlığı Yayını, 2004.

Aydın, Sabahattin ve Kırılmaz, Harun, "Artık SSK'lılar da Devlet Hastanelerine Gidebiliyor", **SB Diyalog**, Sayı:1, Nisan 2004.

Aydın, Sabahattin, "Hastane 'yönet-me' sistemi ve süper başhekimler", **SB Diyalog**, Sayı: 4, Temmuz 2004.

Aydın, Sabahattin, "Bir Devrin Anatomisi", **SB Diyalog**, Sayı: 10, Nisan 2005.

Aydın, Sabahattin, "Sağlık Talebi Bilinci", **SB Diyalog**, Sayı:5, Ağustos 2004.

Aykaç, Burhan, "21. Yüzyılda Kamu Yönetiminde Yeni Eğilimler", **Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt:4, Sayı:2, Güz 2002.

Balcı, Asım ve Kırılmaz, Harun, "Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği: Sağlık Bakanlığı'nda Döner Sermaye Gelirlerinden Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi", (Ed.) Nohutçu, Ahmet ve Balcı, Asım; **Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması**, İstanbul, Beta Yayıncılık, 2005.

Balcı, Asım, **Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmet Sunumunun Yeniden Yapılandırılması**, İstanbul: Atlas Yayınları, 2005.

Balcı, Asım, "E-Devlet: Kamu Yönetiminde Yeni Perspektifler, Fırsatlar ve Zorluklar", (Ed.) Balcı, Asım ve diğerleri; **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları**, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003.

Balcı, Asım, "Toplam Kalite Yönetimi ve Kamu Yönetimi", (Ed.) Acar, Muhittin ve Özgür, Hüseyin; **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt I, Ankara: Nobel Yayınları, Ekim 2003.

Başbakanlık, T.C., **Acil Eylem Planı**, Ankara: 58. T.C. Hükümeti, T.C. Başbakanlık, 2002.

Başbakanlık, T.C., **Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı**, Ankara: 59. T.C. Hükümeti, T.C. Başbakanlık, 2003.

Başbakanlık, T.C., **Poliklinik Hizmetlerinde Etkinlik (Kamu Yönetiminde Bürokrasinin ve Kırtasiyeciliğin Azaltılması 1)**, Ankara: İdareyi Geliştirme Başkanlığı, Aralık 2004.

Bilgiç, Veysel, "Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı", (Ed.) Balcı, Asım ve diğerleri; **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları**, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003.

Bilgin, Kâmil Ufuk, **Kamu Performans Yönetimi: Memur Hak ve Yükümlülüklerinin Performansa Etkisi**, 1. b., Ankara: TODAİE Yayını, Ekim 2004.

Birn, Anne et. al, "Struggles for National Health Reform in the United States", **American Journal of Public Health**, Vol.93, Issue 1, January 2003.

Brown, Laurie and Barnett, J. Ross, "Is the corporate transformation of hospitals creating a new hybrid health care space?" **Social Science & Medicine**, Vol. 58, Issue 2, January 2004.

Bursa Tabip Odası, "SSK'lar Neden Devrediliyor?", **Hekimce Bakış**, Sayı: 61, Ekim-Kasım-Aralık 2004.

Bursa Tabip Odası, "Sağlığa Bakış", **Hekimce Bakış**, Sayı: 53, Ekim-Kasım-Aralık 2002.

Busse, Reinhard and Riesberg, Annette, **Health Care Systems in Transition: Germany**, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Bülbül, A. Rıdvan, **Halkla İlişkiler ve Tanıtım**, 2. b., Ankara: İletişim Kitapları, 2000.

Cairney, Paul, "New public management and Thatcher healthcare legacy: enough of the theory, what about the implementation?", **British Journal of International Relations**, Vol.4, No.3, October 2002.

Can, Nejla, "Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu", **Yeni Türkiye**, Sayı:40, Sağlık Özel Sayısı II, Temmuz-Ağustos 2001.

Canbolat, Orhan, **İktidar Aynası: Küresel, Siyasi, Bürokratik ve Akademik İktidarlara Dair Tespit ve Yorumlar**, Ankara: Lotus Yayınevi, Kasım 2004.

Clausager, H., **Organization Of Health Services At Districts**, World Health Organization Regional Office For Europe, 1990.

Coşkun, Selim, "Kamu Reformları: Değişim ve Süreklilik", (Ed.) Acar, Muhittin ve Özgür, Hüseyin; **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt II, Ankara: Nobel Yayınları, 2004.

Çelik, Hüseyin ve diğerleri, **Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**, İstanbul: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu, 2003.

Çevik, Hasan Hüseyin, "Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar", (Ed.) Balcı, Asım ve diğerleri; **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları**, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003.

Çilingiroğlu, N., "The need for change: Health reforms in Turkey", **Controlling Costs: Strategic Issues in Health Care Management**, Eds. Davies, H.T.O., Tavakoli, M., Malek, M. and Neilson, A. Ashogate, USA.

Çiner, Can Umut, "Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Değişen Yapısı ve Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı", Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, **Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri: Mülkiye'den Perspektifler**, Cilt II, Tartışma Metinleri, No: 60, Kasım 2003.

Çukurçayır, M. Akif; Sipahi, Esra B., "Yönetişim Yaklaşımı ve Kamu Yönetiminde Kalite", **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 50-51, Temmuz-Aralık 2003.

Dağıstan, Ramazan, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001)

Darıcalı, Suphi, "Hastalara Hekim Seçme Özgürlüğü", **SB Diyalog**, Sayı: 9, Ocak 2005.

Davis, Christopher, "Reforms and performance of the medical systems in the transition States of the former Soviet Union and eastern Europe", **International Social Security Review**, Vol: 54, Issue 2/3, April-September 2001.

Dean, Malcolm, "UK Health Reforms Get Off to a Shaky Start", **The Lancet**, Vol.363, Issue 9419, May 2004.

Değer, Çetin, "Üst Düzey Sağlık Yöneticilerinin Hastane ve Finansman Reformuna İlişkin Bilgi ve Tutum Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma", (Basılmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998)

Demir, Mehmet, "Sağlıkta Performans Yönetimi", **SB Diyalog**, Sayı:2, Mayıs 2004.

Demir, Mehmet, "SSK'lar Neden Devrediliyor?", **SB Diyalog**, Sayı: 8, Aralık 2004.

Demir, Mehmet, "SSK'lar Neden Devrediliyor?", **Hekimce Bakış**, Bursa Tabip Odası Yayını, Sayı: 61, Ekim-Kasım-Aralık 2004.

Demir, Mehmet ve diğerleri, "Daha Kaliteli Sağlık Hizmetlerine Doğru Kurumsal Performans Ölçümü", **SB Diyalog**, Sayı:10, Nisan 2005.

Department of Health, **The NHS Plan: A plan for investment, A plan for reform**, London: Department of Health, July 2000.

Devebakan, Nevzat; Aksaraylı, Mehmet, "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması", **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt:5, Sayı:1, 2003.

Devlet Planlama Teşkilatı, **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950–2003)**, Ankara: Ocak 2004.

Devlet Planlama Teşkilatı, **Kamu Kuruluşları İçin Stratejik Planlama Kılavuzu**, Ankara: Mart 2003.

Devlet Planlama Teşkilatı, **Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara: 2001.

Devlet Planlama Teşkilatı, **Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara: 2000.

Devlet Planlama Teşkilatı, **Verimliliğe Dayalı Ücret Sistemlerine Geçiş Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara: 2000.

Devlet Planlama Teşkilatı, **Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001–2005**, Ankara: 2000.

Dikmen, Ahmet Alpay, "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı Hakkında Sorular ve Yanıtlar", Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, **Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri: Mülkiye'den Perspektifler**, Cilt I, Tartışma Metinleri, No: 59, Kasım 2003.

Dinçer, Ömer ve Yılmaz, Cevdet, **Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim**, Ankara: T.C. Başbakanlık Yayını, Ekim 2003.

Dinler, Demet ve Sönmez, Umut, "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı", Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, **Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri: Mülkiye'den Perspektifler**, Cilt II, Tartışma Metinleri, No: 60, Kasım 2003.

Ekşi, Hülya, "Kamu Yönetiminde Değişim ve Yeni Yönetim Modelleri", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2003)

Elias, Paulo Eduardo M. and Cohn, Amelia, "Health Reform in Brazil", **American Journal of Public Health**, Vol.93, No.1, January 2003.

Emre, Cahit, **Yönetim Bilimi Yazıları**, Ankara: İmaj Yayıncılık, 2003.

Erdoğdu, Seyhan, "Kamu Personel Rejiminde Uyarlanma", Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, **Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri: Mülkiye'den Perspektifler**, Cilt II, Tartışma Metinleri, No: 60, Kasım 2003.

Eren, Erol, **Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi**, 7.b., İstanbul: Beta Yayınları, Eylül 2001.

Ergin; Canan, "Sağlık Personelinin Sağlık Alanındaki Uygulamalarla İlgili Tutumları", **Sağlıkta Strateji**, Ankara: SPGK Yayını, Eylül 1994

Eroğul, Cem, **Devlet Yönetimine Katılma Hakkı**, Ankara: İmge Yayınları, 1991.

Ertekin, Şaban, "1980 Sonrası Dönemde Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansman Sorunu", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000)

Eryılmaz, Bilal, **Bürokrasi ve Siyaset: Bürokratik Devletten Etkin Yönetime**, İstanbul: Alfa Yayınları, Haziran 2002.

Eryılmaz, Bilal, **Kamu Yönetimi**, İstanbul: Erkam Matbaası, 2002.

Eryılmaz, Bilal, "Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Perspektifi", **Karizma Dergisi**, Sayı:18, Nisan-Mayıs-Haziran 2004.

Eryılmaz, Bilal, "Kamu Yönetiminde Değişim", **II. Kamu Yönetimi Forumu Tebliğleri**, Ankara, 2004.

Esmer, Yılmaz, **Hürriyet**, 19 Mayıs 2002.

Etten, Peter W. Van, "Governance Of Teaching Hospitals", **Health Affairs**, Vol.23, Issue 3, May/June 2004.

European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, **Health Care System in Transition: United Kingdom**, Copenhagen: 1999.

European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, **Health Care System in Transition: Germany**, Copenhagen: 2000.

European Commission, **The Economic and Social Committee and The Committee of The Regions on The Health Strategy of The European Community**, Brussels: Communication from The Commission to The Council, The European Parliament, com (2000) 285 final, 16/05/2000.

Firth, Wilson, "Tasking The Dinosaur: Managerialism in the National Health Service", **Critical Quarterly**, Vol.44, Issue 4, Winter 2002.

Flynn, Rob, "Clinical Governance and Governmentality", **Health, Risk & Society**, Vol.4, No.2, 2002.

Freeman, Richard, **The Politics of Health in Europe**, Manchester: Manchester University Press, 2000.

Fukuyama, Francis, **Güven: Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması**, çev. Ahmet Buğdaycı, 2.b., İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Mart 2000.

Gauld, Robin, "Beyond New Zeland's Dual Health Reforms", **Social Policy & Administration**, Vol.33, No.5, December 1999.

Gostin, Lawrence et.al, "The Future of the Public's Health: Vision, Values and Strategies", **Health Affairs**, Vol.23, Issue 4, July/August 2004.

Gu, Edward, "Market Transition and the Transformation of the Health Care System in Urban China", **Policy Studies**, Vol. 22, No. 3/4, 2001.

Gül, Hüseyin ve Özgür, Hüseyin, "Âdemi Merkezîyetçilik ve Merkezi Yönetim-Yerel Yönetim İlişkileri", (Ed.) Acar, Muhittin ve Özgür, Hüseyin; **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt II, Ankara: Nobel Yayınları, 2004.

Gülcü, Hasan ve diğerleri, **Sağlık Sektöründe Veri Zarflama Analizi Yöntemi İle Göreceli Verimlilik Analizi**, 1.b., Ankara: Seçkin Yayıncılık, Eylül 2004.

Güler, Birgül A., "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Üzerine", **Hukuk ve Adalet**, Sayı: 2, Yıl: 1, Nisan-Haziran 2004.

Güler, Mustafa, **Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat**, 3.b., Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayını, Ekim 2001.

Güney, Mümin, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998)

Gürlesel, Can Fuat ve diğerleri, **Devlet Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması**, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayını, 2002.

Gürsel, Hakan, "Kamu Sağlık Sektöründe Çalışanların Özelleştirmeye Geçiş Sürecinde Tutumlarını Belirlemeye ve Olumsuz Tutumları Gidermeye Yönelik Öneriler Getiren Bir Çalışma", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1997)

Güzelgöz, Osman, "Sağlıkta, Sağlıklı Atama Dönemi", **SB Diyalog**, Sayı:4, Temmuz 2004.

Güzelsarı, Selime, "Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları", **GETA Tartışma Metinleri Serisi**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Şubat 2004.

Halis, Muhsin ve Tekinkuş, Mehmet, "Kamuda Performans Yönetimi", (Ed.) Balcı, Asım ve diğerleri; **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları**, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003.

Harding, Nancy and Learmonth, Mark, "Thinking Critically: The Case of Health Policy Research", **Technology Analysis & Strategic Management**, Vol.12, No.3, 2000.

Harris, John, "Scientific Management, Bureau-Professionalism and New Managerialism", **British Journal of Social Work**, 28, 1998.

Hasanoğlu, Mürteza, "Küreselleşmenin Devlet Yönetimine Etkileri", **Sayıştay Dergisi**, Sayı:43, Ekim-Aralık 2001.

Healthcare Commission, **NHS performance ratings 2003/2004**, London: July 2004.

Heper, Metin, **Bürokratik Yönetim Geleneği**, Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi İdari İlimler Fakültesi Yayını, 1974.

Hisar, Kemal Macit, "Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Personelinin Genel Müdürlük Yönetim Sistemi Hakkında Görüş ve Düşünceleri", **Temel Sağlık**, Yıl: 1, Sayı: 2, Nisan-Haziran 2004.

Hobbes, Thomas, **Leviathan**, çev. Semih Lim, 4.b., İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, Şubat 2004.

Hoffer, Eric, **Kesin İnançlılar**, 6.b., çev. Erkil Günur, İstanbul: İm Yayınları, 1995.

Hoffman, Beatrix, "Health Care Reform and Social Movements in the United States", **American Journal of Public Health**, Vol.93, No.1, January 2003.

<http://www.un.org.tr>

Hürriyet, 23 Ağustos 2004.

Hürriyet, 26 Nisan 2005.

Irgit, Selçuk ve Yıldırım, H. H., "Türkiye'de Sağlık Yönetimi Sorunu ve Çözüm Önerileri", **Hastane Dergisi**, Sayı: 18, Eylül-Ekim 2002.

Işık, Hayriye, "Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001)

Jacobs, Alan, "Seeing difference: Market health reform in Europe", **Journal of Health Politics, Policy & Law**, Vol. 28, Issue 1, February 1998.

Jolly, D. and Gerbaud, I., **The Hospital Of Tomorrow**, Geneva: World Health Organization, Strengthening of Health Services, Current Cornerns, 1992.

Kanra, Birand Uygur, "Sağlık Bakanlığı'nda Yönetimin Geliştirilmesi Kapsamında Gerçekleştirilebilecek Yapısal Müdahaleler ve Sağlık Bakanlığı'nın Örgüt Kültürü Üzerine Bir Araştırma", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998)

Karadağ, Cengiz, "Sağlık Sistemlerinde Yeniden Yapılanma", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1999)

Karahanoğulları, Onur, **Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)**, 1.b., Ankara: Turhan Kitabevi, Şubat 2002.

Karahanoğulları, Onur, "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Taslağındaki Anayasaya Aykırılıklar", Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, **Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri: Mülkiye'den Perspektifler**, Cilt I, Tartışma Metinleri, No: 59, Kasım 2003.

Karasu, Koray, "Kamu Örgütlenmesi Boyutuyla Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı", Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, **Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri: Mülkiye'den Perspektifler**, Cilt II, Tartışma Metinleri, No: 60, Kasım 2003.

Karluk, S. Rıdvan, **Türkiye Ekonomisi: Tarihsel Gelişim, Yapısal ve Siyasal Değişim**, 6.b., İstanbul: Beta Yayınları, Nisan 1999.

Kartal, Mehtap ve Mollahaliloğlu, Salih (ed.), **Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999–2000**, Ankara: SB, RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: SB-HM-2004 / 08, 2004.

Kasapoğlu, M. Aytül, **Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar**, 1.b., Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları VI, 1999.

Kemiksizoğlu, Ahmet, "Devlet Hastanelerinin Özelleştirilmesine Karşı İyileştirme Önerileri", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998)

Kerman, Uysal, **Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık**, Ankara: Ankara Tabip Odası Yayını, Haziran 2004.

Kırılmaz, Harun, "Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Sağlık Bakanlığı'nda Bir Uygulama: Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Sistemi", **SB Diyalog**, Sayı:4, Temmuz 2004.

Kırılmaz, Harun, "Modernizmden Postmodernizme Geçiş: Kamu Personel Reformu ve Sözleşmeli Personel Sistemi", **SB Diyalog**, Sayı:7, Kasım 2004.

Kırılmaz, Harun, "Bitmeyen Kuyruklar", **SB Diyalog**, Sayı: 10, Nisan 2005.

Köse, H. Ömer, "Küreselleşme Sürecinde Devletin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü", **Sayıştay Dergisi**, Sayı:49, Nisan-Haziran 2003.

Köse, Seyit, "The Role Of Technological Innovation In Rising Health Care Costs", **Uludağ Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt XXI, Sayı 2, 2002.

Kutlu, Önder, "İdari Reform Transferleri: Ülkelerin Birbirinden Kamu Politikaları Transfer Etmeleri ve Öğrenmeleri", (Ed.) Balcı, Asım ve diğerleri; **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları**, Ankara: Seçkin Yayınları, 2003.

Lewis, Bernard, **Modern Türkiye'nin Doğuşu**, çev. Metin Kıratlı, 7.b., Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları, 1998.

Llewelyn, R. and H. M. C. Macaulay, **Hospital Planning and Administration**, Geneva: World Health Organization, 1966.

Lowe, Alan, "Reform of the New Zealand Health System: Problematization, Mobilization and Change", **Policy Studies**, Vol.22, Issue 3/4, 2001.

Marinker, Marshall (ed.), **Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise**, London: BMJ Books, Mart 2002.

Mayring, Philipp, **Nitel Sosyal Araştırmaya Giriş**, çev. Adnan Gümüş ve M. Sezai Durgun, Adana: Baki Kitabevi, 2000.

Mazgit, İsmail, "Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılması", (Basılmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998)

McGlawn, Elizabeth A., "There is no Perfect Health System", **Health Affairs**, Vol.23, Issue 3, May/June 2004.

McKee, Martin and Healy, Judith (ed.), **Hospitals in a Changing Europe**, Buckingham: Open University Press, 2002.

Medimagazin, "2004'e Damgasını Vuranlar", Sayı: 211, 03 Ocak 2005.

Mihçioğlu, Cemal, "Türk Devlet Teşkilatında Verimi Artırmak Maksudıyla Personele Sağlanan Maddi Menfaatler", **Amme İdaresi Dergisi**, [t.y]

Mihçioğlu, Cemal, **Bir Yönetim Deneyi**, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1986.

Milli Prodüktivite Merkezi, **Verimlilik Raporu 2003**, Ankara: MPM Yayını, 2003.

Miranda, J. Jamie and Yamin, Alicia Ely, "Reproductive Health Without Rights in Peru" **The Lancet**, Vol.363, Issue 9402, January 2004.

Mohan, John, **A National Health Service**, London: St. Martin's Press Ltd. 1995.

Nalinci, A. Nur, **Avrupa Birliği'ne Tam Üyelik Yolunda Başarının Anahtarı: Yeniden Yapılanma**, Ankara: Ümit Yayıncılık, 2000.

Nettleton, Sarah, **The Sociology of Health and Illness**, Cambridge: Polity Press, 1995.

Oberlander, Jonathan, "The US Health Care System: On a road to nowhere?", **Canadian Medical Association Journal**, Vol.167, Issue 2, 2002.

Okunzi, Sam Agatre, "Learning from failed health reform in Uganda", **British Medical Journal**, Vol. 329, 13 November 2004.

Osborne, David and Gaebler, Ted, **Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector**, New York: A Plume Book, 1993.

Otçu, Şükrü, "Türkiye'de Sağlık Sisteminin Aksaklıkları ve Sağlık Reformu", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001)

Ömürgönülşen, Uğur, "Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği", (Ed.) Acar, Muhittin ve Özgür, Hüseyin; **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt I, Ankara: Nobel Yayınları, Ekim 2003.

- Özçatal, E. Özlem, "Genel Sağlık Sigortası: Türkiye'de Uygulanabilirliği", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1999)
- Özen, Yelda, "Health Policy in Turkey", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000)
- Özgür, Hüseyin, "Kamu Örgütlerinde Stratejik Yönetim", (Ed.) Acar, Muhittin ve Özgür, Hüseyin; **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt II, Ankara: Nobel Yayınları, 2004.
- Özkal, İpek, "Sağlık Sektörü Örneğinde Türkiye'de Devletin Küçültülmesi ve Etkenleştirilmesi", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000)
- Özsarı, Haluk, "Sağlık Reformu Sürecinde Hastanecilik Hizmetlerinin Yeri", **Hastane Dergisi**, Sayı: 12, Eylül-Ekim 2001.
- Özsemerci, Kemal, "Sağlık Yardımlarının Adaletli Sunulması: Tedavi Yönetmeliklerinin Karşılaştırılması", **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 52, Ocak-Mart 2004.
- Öztürk, Ali, "Kamu Kesiminde Personel ve Ücret Rejimi Arayışları", **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 42, Temmuz-Eylül 2001.
- Pfaff, Martin and Wassenger, Dietmar, "Germany", **Journal of Health Politics, Policy & Law**, Vol. 25, Issue 5, October 2000.
- Puch, Keith F., **Introduction to Social Research: Quantitative and Qualitative Approaches**, London: Sage Publications, 1998.
- Rico, Ana and Cetani, Teresa, **Health Care Systems in Transition: Finland**, European Observatory on Health Care Systems, 2002.

Rodwin, Victor G., "The Health Care System Under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States", **American Journal of Public Health**, Vol.93, Issue 1, January 2003.

Rosanvallon, Pierre, **Refah Devletinın Krizi**, çev. Burcu Şahinli, Ankara: Dost Kitabevi Yayını, Şubat 2004.

Rosenbaum, Sara, "New Directions for Health Insurance Desing: Implications for Public Health Policy and Practice", **Journal of Law, Medicine & Ethics**, Vol.31, Issue 4, Winter 2003.

Sağlık Bakanlığı, **Herkese Sağlık: Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri**, Ankara: Aralık 2001.

Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Reformu-Sağlıkta Mega Proje**, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1992.

Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Mart 1993.

Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara: Haziran 2003.

Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara: Aralık 2003.

Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı**, Ankara: Bilgi İşlem Daire Başkanlığı Yayını, Ocak 2004.

Sağlık Bakanlığı, **Dünya Sağlık Raporu 1999 (Özet)**, Ankara: Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı Yayını, 1999.

Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri 2002**, Ankara: APK Kurulu Başkanlığı Yayını, Kasım 2003.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998,
Ankara: SPGK Yayını, Ocak 2001.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997,
Ankara: SPGK Yayını, Ocak 2001.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996,
Ankara: SPGK Yayını, [t.y.]

Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Raporu 2004 (Özet), Ankara: RSHM
Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Haziran 2004.

Sağlık Bakanlığı, Turkey Health Report, Ankara: RSHM Başkanlığı
Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Şubat 2004.

**Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl: Mayıs 1999-Mayıs
2002,** [t.y]

Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2004, Ankara:
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2005.

**Saltman, Richard B. and Figueras, Joseph, Avrupa Sağlık Reformu:
Mevcut Stratejilerin Analizi,** Ankara: SB SPGK Yayını, 1998.

Saran, Ulvi, Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma, Ankara: Atlas
Yayıncılık, 2004.

**Sargutan, A. Erdal, Türk Sağlık Politikası: Değerlendirmeler İlkeler
Öneriler, 3.b.,** Ankara: Sağlık Yayınları, 1996.

Sarp, Nilgün ve diğeri, "An Example Of Health Sector Reforms In Turkey: Hospital Decentralization (Health Enterprises)", **Journal of Ankara Medical School**, Vol. 55, No: 1, 2002.

Savaş, B. Serdar et.al, **Health Care Systems in Transition:Turkey**, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, Vol.4, No.4, 2002.

Saygılıoğlu, Nevzat ve Arı, Selçuk, **Etkin Devlet: Kurumsal Bir Tasarı ve Politika Önerisi**, İstanbul: Sabancı Üniversitesi Yayınları, 2002.

Sayıştay, **Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi Hakkında Performans Denetimi Raporu**, Ankara: Mart 2005.

Serin, İlhan, "Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001)

Stevens, Simon, "Reform Strategies for the English NHS", **Health Affairs**, Vol.23, Issue 3, May/June 2004.

Sur, Haydar, "Devletin Sağlık hizmetlerindeki Rolü", **Hastane Dergisi**, Sayı: 11, Nisan-Mayıs 2001.

Şaylan, Gencay, "Liyakatin Çöküşü, Merkezîyetçilik ve Yolsuzluk", **Görüş Dergisi**, Kasım 2002.

Şaylan, Gencay, **Kamu Personel Yönetiminden İnsan Kaynakları Yönetimine Geçiş: Kritik ve Reform Önerileri**, İstanbul: TESEV Yayınları, 2000.

Şimşek, M. Şerif, **Yönetim ve Organizasyon**, 2.b., Konya: Damla Ofset Matbaacılık, Ekim 1996.

Şişli, Zafer, "Ulusal Sağlık Reform Çalışmalarının Gelişmekte Olan Ülkelerdeki Sağlık Sistemleriyle Karşılaştırılması", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2001)

Tanrıtanır, Nuray, **Türkiye ve Avrupa Birliğindeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması**, Ankara: DPT Yayını, 1997.

Tengilimoğlu, Dilaver ve Çermikli, A. Hakan, "Sağlık Kuruluşlarında Rekabetçi Strateji Olarak Firma Birleşmeleri Konusunda Hastane Yöneticilerinin Görüşlerini Tespit Etmeye Yönelik Bir Alan Çalışması", **Hacettepe Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt:20, Sayı:2, Aralık 2002.

Tengilimoğlu, Dilaver, "Hastane Seçiminde Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması", **Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt:3, Sayı:1, Bahar 2001.

TESEV, **Kamu Yönetimi Temel Kanunu Taslağı TESEV Değerlendirme Raporu**, İstanbul: TESEV Yayını, Ocak 2004.

TESEV, **Devlet Reformu Nihai Raporu**, İstanbul: TESEV Yayını, 2000.

Titiz, M. Tınaz (ed.), **Türkiye'de Devlet Denetiminde Reformlar ve Başarılarının Değerlendirilmesi**, İstanbul: TESEV Yayınları, 2000.

Tokat, Mehmet, **Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Nisan 1993.

Topak, Oğuz, "Restructuring of Social Security Systems: The Turkish Case", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1999)

Tortop, Nuri ve diğerleri, **Yönetim Bilimi**, Ankara: Yargı Yayınları, 1993.

Towse, Adrian et.al, "Learning from Thailand's Health Reforms", **British Medical Journal**, Vol.328, Issue 7431, 2004.

Turizm, Ekonomi, Bilimsel Araştırma Tanıtım Merkezi (düz.), **Türk Sağlık Sisteminin Geleceği Açısından "Sağlıkta Dönüşüm Programı"**, Bolu: Ocak 2004.

Türk Tabipler Birliği, **Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka, Hekimlere ve Sağlık Personeline Ne Getiriyor?**, 2 Baskı, Kocaeli: TTB Kocaeli Tabip Odası, Şubat 2004.

Uzun, Turgay ve Uzun, Serap, **Avrupa Birliği Sürecinde Türkiye: Siyasal, Ekonomik ve Toplumsal Dönüşüm, Sorunlar Tartışmalar**, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2004.

Üçer, Ali Rıza ve Oğan, Cihat, "SSK Gerçeği ve Sosyal Güvenlik Reformunun Perde Arkası", **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, Yıl:1, Sayı:3-4, Kasım 2000.

Üçer, Ali Rıza, "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sağlıkta Ne Getiriyor Ne Götürüyor?", **Üniversite ve Toplum Dergisi**, Cilt:3, Sayı:4, Aralık 2003.

Üçışık, Fehim, "Mevcut Kanunlar Işığında SSK Hastanelerinin Devri", **SB Diyalog**, Sayı: 9, Ocak 2005.

Varatharajan, D. et.al, "Assessing the performance of primary health centres under decetralized government in Kerala, India", **Health Policy and Planning**, Volume:19, Number:1, January 2004.

Walby, Sylvia et.al, **Medicine and Nursing: Professions in a Changing Health Service**, London: Sage Publications Ltd., 1994.

World Bank, **World Development Report: Investing in Health**, Oxford: Oxford University Press, 1993.

World Bank, **Staff Appraisal Report: District Health Services Pilot and Demonstration Project**, Washington, DC: 1994.

World Bank, **Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar**, Dünya Bankası İnsan Geliştirme Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, Rapor No:24358-TU, Haziran 2002.

World Health Organization, **Health Care Systems in Transition:Turkey**, Copenhagen: Regional Office For Europe, 1996.

World Health Organization, **How can hospital performance be measured and monitored?**, Regional Office For Europe's Health Evidence Network, August 2003.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H., **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2000.

Yıldırım, Hasan Hüseyin, "Seçmece Hekim: Hastanın Hekimini Seçme Özgürlüğü", **Sağlık ve Siyaset**, Eylül 2004.

Yıldız, Mete, "Elektronik (E)-Devlet Kuram ve Uygulamasına Genel Bir Bakış ve Değerlendirme", (Ed.) Acar, Muhittin ve Özgür, Hüseyin; **Çağdaş Kamu Yönetimi**, Cilt I, Ankara: Nobel Yayınları, Ekim 2003.

Yılmaz, Kutluhan, "Kamu Kuruluşları İçin Stratejik Planlama Uygulaması", **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 50-51, Temmuz-Aralık 2003.

Yılmaz, Osman, **Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler ve Ülke Deneyimleri**, Ankara: DPT Yayını, 2001.

Yılmaz, Süleyman, "Türkiye'de Sağlık Sistemi Sorunları ve Reform Önerileri", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1999)

Yurt, Nihat, "e-Sağlık", **SB Diyalog**, Sayı: 1, Nisan 2004.

Zengin, Ozan, "Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısında Halk Denetçisi", Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, **Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri: Mülkiye'den Perspektifler**, Cilt II, Tartışma Metinleri, No: 60, Kasım 2003.

Zorlu, Erdal, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılanmasında Özelleştirmenin Yeri", (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1996)

ÖZGEÇMİŞ

1978 Konya/Ilgın doğumlu olan Harun KIRILMAZ, ilk ve orta öğrenimini Konya'da tamamladıktan sonra, 1996 yılında yüksek öğrenimine başladı. 2000 yılında Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü'nden mezun oldu.

2001 yılında Kocaeli Sağlık Müdürlüğü'nde meslek hayatına başladı ve bir dönem İl Sağlık Kriz Merkezi Sorumluluğu görevini yürüttü. Bu görevini yürütürken, 2002 yılında Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yönetim Bilimleri yüksek lisans programında öğrenim hayatına devam etti.

2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında meslek hayatını sürdüren Harun KIRILMAZ, bazı sağlık kurum ve kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devri sürecinde Marmara Bölgesi'nde 7 ilin (Bolu, Düzce, Sakarya, Kocaeli, Yalova, Bursa ve Bilecik) Bölge Koordinatörlüğü görevini de yürütmüştür. Sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, hastanelerde performans değerlendirme modelleri, sağlık sektöründe performans dayalı ücretlendirme sistemleri alanlarında çalışmalarına devam etmektedir.