

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
KYL-2013-0001

TÜRK SAĞLIK REFORMLARI KAPSAMINDA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM
PROGRAMININ İNCELENMESİ

HAZIRLAYAN

Burçak ÖNDER

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Halil MUTİOĞLU

AYDIN-2013

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Programı öğrencisi Burçak Önder tarafından hazırlanan Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi başlıklı tez, 16.01.2013 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

	<u>Unvanı</u>	<u>Adı ve Soyadı</u>	<u>Kurumu</u>	<u>İmza</u>
Başkan:	Doç Dr.	Fatma Neval GENÇ	ADÜ	
Üye:	Yrd. Doç. Dr.	Halil MUTİOĞLU	ADÜ	
Üye:	Yrd. Doç. Dr.	Hatice EROL	ADÜ	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun.....sayılı kararıyla..... tarihinde onaylanmıştır.

Doç. Dr. Osman PEKER
Enstitü Müdürü

Bu tezde görsel, işitsel ve yazılı biçimde sunulan tüm bilgi ve sonuçların akademik ve etik kurallara uyularak tarafımdan elde edildiğini, tez içinde yer alan ancak bu çalışmaya özgü olmayan tüm sonuç ve bilgileri tezde kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Adı Soyadı: Burçak ÖNDER

İmza :

YAZAR ADI-SOYADI: BURÇAK ÖNDER
BAŞLIK: TÜRK SAĞLIK REFORMLARI KAPSAMINDA
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ İNCELENMESİ

ÖZET

2002 yılında erken genel seçimler sonucu ülkenin siyasi yapısı yeniden şekillenmiş, Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) tek başına iktidara gelerek göreve başlamış ve sonrasında açıkladığı acil eylem planı ile sağlık sektöründe ciddi değişiklikler yapacağını haberini vermiştir. 58. Hükümet'in Acil Eylem Planı'nın kapsamında 205 faaliyet bulunmaktadır. Bu faaliyetlerin temel başlıkları; kamu reformu, ekonomik dönüşüm programı, demokratikleşme ve hukuk reformu, sosyal politikalaradır.

Özellikle 2003 yılından sonra ivme kazanan, sağlık politikalarında köklü değişiklikler öngören sağlık reformu çalışmaları 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'(SDP) başlığı altında Türkiye gündemindeki yerini almıştır. SDP, Türk idari teşkilatlanmasında merkezi yönetimin yeniden düzenlenerek yetki, görev ve sorumluluklarının günün şartları ile uyumlu hale getirilmesi çabasının sağlık hizmetlerinde nasıl yansması gerektiğini ifade etmektedir.

Araştırmanın problemi ve yanıt aranan soru şudur; Türkiye'de 2003 yılı itibariyle sağlık hizmetlerinde değişimi sağlamak üzere Sağlık Bakanlığı'nın başlatmış olduğu SDP projesi, gerçekten sağlık hizmetlerinde etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmiş midir ve vatandaşa gerekli hizmeti sağlamış mıdır?

Araştırmanın amacı; Türkiye'de sağlık alanında son dönemlerde yapılan yenilikler incelenerek, topluma ne kadar yarar sağladığını, etkinliğini ve verimliliğini incelemektir.

Araştırmanın önemi; 2003'ten itibaren süregelen uygulamaların neyi, nasıl, ne yönde, ne kadar değiştirdiğinin tespit edilmesine çalışılmıştır. Ayrıca, uygulanan sağlık alanındaki yeniliklerin vatandaş açısından yararının ölçümü incelenmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın yöntemi ve veri toplama teknikleri; araştırmada sadece 2003 yılından itibaren sağlıkta yapılan reformlar ve topluma yansımaları ele alınmış olup, o tarihten önceki sağlık reformlarının kısa bir değerlendirilmesi yapılmıştır. Yapılan araştırmada; incelenen konuyla ilgili tezlerden, makalelerden, kitaplardan ve uluslararası finans kuruluşları Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund) (IMF), Dünya Bankası (DB) ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organization For Economic Co-Operation and Development (OECD) gibi örgütlerin raporlarından yararlanılmıştır. Verilerin güncel olmalarına dikkat edilmiştir. Bu yüzden farklı verileri metne aktarırken karşılaştırma yapılmış ve karşılaştırılan verilerden en yaygın olanı araştırmaya dahil edilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kamu Yönetimi Reformları, Sağlık Reformları

ABSTRACT

As a result of the early election in 2002 the political structure of the country has been formed and the Justice and Development Party (AKP) came to the power alone and began to work; after a short while it was announced that they would make serious changes in the health industry clearly through the urgent action plan that was launched. Within the scope of 58th government's Urgent Action Plan there was 205 activities. The main titles of those activities were public reform, economical conversion program, democratization and law reform; and social policies.

Especially the health industry reforms that accelerated after 2003 and foresee fundamental changes which are placed in the Turkey's agenda with the name of 'Conversion in the Health Industry Program'. The Conversion in the Health Industry Program explains how the attempts to rearrange the Turkish Administrative Organization in the central administration and adopted its' authorities, roles and responsibilities with today's conditions, should be reflected to the health services.

The question of the research and the answer that it seeks; The 'Conversion in the Health Industry Program' that the Ministry of Health has started in order to change the health services as from 2003 is really effective on the health service, is it organized efficiently and fairly; and does this system provide the required services to the citizens?

The objective of the study is to analyze how effectual are the changes in the health industry in the last years through examining written articles and papers by asking the question such as how much utility is created for the public, how much useful the applied activities in the health systems, its' efficiency and the deficient sides.

The importance of the study; it is tried to determine what, how, which direction and how much the applications after the year 2003 has changed, what is the trend for the hospitals.

The research method and data collection; in this study only the reforms that were performed in 2003 in the health industry and its' effects on the public is examined and the health reforms before this date were reviewed shortly. In this research from the thesis with the related titles, articles, books, and the report of the international institutions International Monetary Fund (IMF), World Bank (WB), Organization For Economic Co-Operation and Development (OECD) etc. were benefitted.

About the data that is to be updated, the required attention is given for it. Therefore while the different sets of data are being transferred to the article a comparison is done and within the compared data the one which is the most extensive is included in the research.

KEY WORDS: Health of Transformation Program, Public Administration Reforms, Health Care Reforms

ÖNSÖZ

Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalında, ‘Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi’ adını taşıyan bu çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinde oluşan sorunlar ve bu sorunların günümüze birikerek gelmesi sonucu oluşan reform düşünceleri sonucunda Sağlıkta Dönüşüm Programı Sağlık Bakanlığı’nın başlatmış olduğu bir proje olarak uygulamaya konulmuştur. Sağlık sistemimizdeki aksaklıkları düzeltmek amacıyla yapılan bu değişimin, sağlık sektöründe çalışan ve bu sektörden yararlanan tüm vatandaşları ne yönde etkilediği, bu projenin aşamalarının ne kadar yerine getirildiği, verimlilik, hakkaniyet ve etkililik açısından incelenmiştir.

Çalışmamın her aşamasında yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Halil MUTİOĞLU’na teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca bu çalışmayı hazırlayabilmem için gerekli ve yeterli alt yapıyı sunan, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Fatma Neval GENÇ’e, çalışmamın son halini almasında katkılarından dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Hatice EROL’a, Kamu Yönetimi Bölümü Araştırma Görevlisi Murat YILMAZ’a ve bütün bölüm hocalarıma teşekkür ediyorum.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan bu değişimin tüm sağlık çalışanları ve vatandaşlar açısından daha iyi organize edilmiş, hakkaniyet ilkesinden ayrılmayan, aynı zamanda verimlilikten, kaliteden ve haklı rekabetten yoksun olmayan bir yapıda ilerlemesini diliyorum.

Burçak ÖNDER

Aydın, Ocak, 2013

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE KAMU YÖNETİMİ REFORMLARI

1.1.YÖNETİM, KAMU YÖNETİMİ VE REFORM KAVRAMLARI	3
1.1.1.Klasik (Weberyen) Kamu Yönetimi Anlayışı	6
1.1.2. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı	10
1.2.KAMU YÖNETİMİNDE REFORM VE REFORMUN NEDENLERİ	13
1.3.TÜRKİYE’DE KAMU YÖNETİMİ REFORMLARI	16

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE REFORMLARI

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE DEVLETİN ROLÜ	30
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÇEŞİTLERİ	36
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	37
2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	38
2.2.3.Rehabilitasyon Hizmetleri	38
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE FİNANSMAN KAYNAKLARI	39
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	44
2.5. SAĞLIK SİSTEMİNDE REFORM	48
2.5.1. Sağlık Reformlarının Nedenleri ve Amaçları	50

2.5.2. Seçilmiş Ülke Örnekleri ile Sağlık Reformları.....	59
2.5.2.1. İngiltere Sağlık Reformu.....	59
2.5.2.2. Almanya Sağlık Reformu.....	62
2.5.2.3. Küba Sağlık Sistemi.....	66

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN REFORM SÜRECİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	67
3.1. 1920-1938 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI	67
3.2. 1939-1960 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI	69
3.3. 1961-1980 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI	71
3.4. 1981-2002 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI	74
3.5. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI.....	80
3.6. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE DÜNYA BANKASI.....	82
3.7. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ AMAÇLARI	84
3.8. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BİLEŞENLERİ VE UYGULAMASI	96
3.8.1. Sağlık Bakanlığı’nın Yeniden Yapılandırılması.....	97
3.8.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortasının Kurulması ...	99
3.8.3. Hekim Seçme Hakkı	112
3.8.4. Aile Hekimliği Sistemi	116
3.8.5. Hastane Personeline Performansa Göre Ek Ödeme Yapılması ve Tam Gün Yasası.....	122
3.8.6. Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Çalışmaları	129
3.8.7. Bilgi ve Beceri İle Donatılmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü.....	134
3.8.8. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları.....	137
3.8.9. Akılcı İlaç ve İlaç Kullanımı	139
3.8.10. Kamu Yataklı Tedavi Kurumlarına Özerk Yönetim Modeli Geliştirilmesi ve Özel Hastanelerin Teşviki.....	144
3.9. Sağlık Harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Programına Etkileri	148
SONUÇ VE ÖNERİLER	153
KAYNAKÇA	158

TABLULAR LİSTESİ

Tablo: 2.1. Sağlık Hizmetleri Sunumu: Alternatif Yöntemler.....	46
Tablo: 3.1. Sağlık Harcamalarını Kendisi Karşılایanların Oranı.....	108
Tablo: 3.2. Türkiye’de Kayıt Dışı İstihdamın Yapısı.....	110
Tablo: 3.3. Poliklinik Sayılarındaki Değişim.....	115
Tablo: 3.4. Hasta Sayısı Bilgileri.....	115
Tablo: 3.5. Sağlık Harcamaları 2008.....	150
Tablo: 3.6. Cepten Sağlık Harcamalarının Yıllar İçindeki Değişimi.....	150
Tablo: 3.7. SGK Sağlık Harcamalarının Harcama Kalemlerine Göre Dağılımı.....	151

KISALTMALAR LİSTESİ

- AB.....Avrupa Birliği
- ADNKS.....Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
- AHRQ.....Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı-AgencyFor Healthcare
ResearchandQuality
- AH.....Aile Hekimliği
- AÇS.....Anne ve Çocuk Sağlığı
- AİK.....Akılcı İlaç Kullanımı
- AKP.....Adalet ve Kalkınma Partisi
- ASM.....Aile Sağlığı Merkezi
- BAĞ-KUR.....Bağımsız Kurumlar
- BKK.....Resmi Hastalık Sigortaları
- DB.....Dünya Bankası
- DH.....Devlet Hastaneleri
- DPT.....Devlet Planlama Teşkilatı
- DRG.....Yatan Hastaların Geri Ödemesi Tanı Temelli Grup-Diagnosis
Realited Group
- DTÖ.....Dünya Ticaret Örgütü
- DSÖ/WHO.....Dünya Sağlık Örgütü-World HealthOrganization
- EUROSTAT.....Avrupa İstatistik Ofisi
- GATS.....Hizmet Ticareti Genel Antlaşması- The General Agreement on
Trade in Services

GSMH.....	Gayri Safi Milli Hasıla
GSS.....	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH.....	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HKS.....	Hizmet Kalite Standartları
HM-USES.....	Hıfzıssıhha Mektebi-Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi
ILO.....	Uluslararası Çalışma Örgütü-International Labour Organization
IQWIG.....	Kalite ve Verimlilik Enstitüsü
IMF.....	Uluslararası Para Fonu-International Monetary Found
ISO.....	Uluslararası Standartlık Örgütü-International Organization for Standarditation
JCI.....	Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu-Joint Comission International
KİT.....	Kamu İktisadi Teşekkülleri
KHBT.....	Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı
MEHTAP.....	Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi
NICE.....	.Klinik Kusursuzluk İçin Ulusal Enstitü -National Institute for Health and Clinical Excellence
OECD.....	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü-Organization For Economic Co-Operation and Development
ÖFG.....	Özel Finans Girişimi
PAHO.....	Amerika Sağlık Örgütü-Pan American Health Organization
PDEÖS.....	Performansa Göre Ek Ödeme Sistemi
SB.....	Sağlık Bakanlığı

SDP.....	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK.....	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK.....	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT.....	Sağlık Uygulama Tebliği
SYDV.....	Sosyal Yardım ve Dayanışma Vakfı
TBMM.....	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKY.....	Toplam Kalite Yönetimi
TODAİE.....	Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi
TSM.....	Toplum Sağlığı Merkezi
TÜBİTAK.....	Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TTB.....	Türk Tabipler Birliği
TKD.....	Türk Kardiyoloji Derneği
TÜİK.....	Türkiye İstatistik Kurumu
NHS.....	Ulusal Sağlık Hizmeti-National Health System
USS.....	Ulusal Sağlık Sistemi
UNICEF.....	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu-United Nations Children's Found
UNFPA.....	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu-United Nations Population Fund
WB.....	Dünya Bankası -World Bank

GİRİŞ

Ülkelerin en değerli serveti insanlardır ve insanların iktisadi faaliyetlere katılabilmeleri için ilk önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi sonra da eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Ülkelerin kalkınma göstergelerinin başında sağlık düzeyiyle ilgili veriler gelmekte ve sağlık sistemini düzeltmek için verdikleri çabalar sağlık hizmetlerine yapılan değişimlerle mümkün olmaktadır. Çünkü sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerini, verimliliğini, canlılığını ve en önemlisi ülkeye katkı sağlamadaki getirileri açısından birçok faaliyeti kapsamaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulma aşamasından bugüne kadar sağlık ve sağlık sektörü, toplumumuzun gelişiminde çok önemli bir yer edinmektedir. Ülkelerin reform konuları başlığında çoğu zaman sağlık alanının olduğu gözlenmektedir. Bireylerin en temel hakkı olan sağlık hakkının ne kadar önemli olduğu düşünüldüğünde hükümetlerin sağlık alanında gerçekleştirmek istedikleri değişimin gerekçeleri rahatlıkla görülebilmektedir. Toplumların sağlık alanında yaşamış olduğu ciddi sorunların aşılması da sağlık alanında yapılan reformlarla giderilebilir. Ayrıca, sağlık sisteminin iyileştirilmesi, bir ülkenin gelişmesinin önemli göstergelerinden bir tanesidir. Bu durumun farkında olan birçok ülke hükümetleri seçim kampanyalarında sık sık sağlık alanında gerçekleştirecekleri reformlardan bahsederler. Türkiye'de de siyasal partiler hemen hemen her seçim kampanyasında sağlık alanında yapılması muhtemel yeniliklerden bahsedip, insanların en ihtiyaç duyduğu alana yani sağlığa yatırım yapmaktan bahsederler.

Türkiye'de 1980'li yıllardan itibaren sağlık sisteminde değişim ihtiyacının hissedildiği görülmektedir. 1990'lı yıllardan itibaren sağlıkta birçok adım atılmaya çalışıldıysa da yapılan reform çalışmalarının başarılı olduğu söylenemez. 2002 yılı sonu itibariyle de sağlık sisteminde köklü bir değişikliğin habercisi olan SDP başlatılmış ve bugüne kadar yapılan değişiklikler bu çalışmada belirtilmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada, 2003'ten itibaren meydana gelen bu değişimin neyi, nasıl, ne yönde etkilediği, hangi aşamalardan geçildiği, günümüze kadar olan süreye kadar incelenmiştir.

Bu araştırmanın yapılmasındaki amaç ve yanıt aranan soru, sağlık hizmetlerindeki değişimin yeni adı SDP'nin sağlık hizmetlerinde hakkaniyeti,

verimliliği ve etkililiği hangi bileşenlerle gerçekleştirdiği, program hedeflerine ne ölçüde ulaşıldığının gösterilmesidir.

Çalışmanın hazırlanmasında kullanılan bilgi toplama teknikleri, konuyla ilgili başlıklardan elde edilen makaleler, Sağlık Bakanlığı'nın ilerleme raporu ve uluslararası finans kuruluşları raporları ile Sağlık Bakanlığı ve birçok kurumun resmi internet sitelerindeki bilgilerin metne aktarılırken, karşılaştırma yapılması ve en güncel olanı seçilip en yaygın olanının araştırmaya dahil edilmesidir.

Çalışmanın birinci bölümünde; yönetim, kamu yönetimi ve reform kavramlarının birlikte ilişkisi ele alınmış, kamu yönetiminde reformlar ve nedenleri araştırılıp, geleneksel ve yeni kamu yönetimi anlayışı incelenmiş, Türkiye'de yapılan kamu yönetimi reformlarının genel tarihçesi ele alınmıştır.

İkinci bölümde; sağlıkta reform kavramı, sağlık reformlarını zorunlu kılan nedenler ve amaçlar, devletin sağlık sistemindeki genel ve değişen rolü, birkaç ülke örneğiyle incelenmiş, sağlık sisteminin finansmanı ve sağlık hizmetleri çeşitleri hakkında bilgi verilmiştir.

Üçüncü bölümde; 2002 yılından önce, Türkiye'nin sağlık reformlarında geçirdiği dönüşümün tarihsel değişimi kalkınma planlarıyla birlikte ele alınmıştır. 2003 yılında başlatılan SDP'nin sağlık sektörüne getirdiği yenilikler ayrıntılı bir biçimde incelenmiştir.

Araştırmanın sonucunda görülmüştür ki; Türkiye'nin sağlık sektöründeki eksikliklerinin, güçlü yönleriyle tamamlanarak etkili bir sistem ortaya koyulabileceği ve bu dönüşümün daha ileri aşamalara taşınarak insan için en önemli hak olan sağlık hakkının en iyi seviyelere gelinebilmesi mümkün görünmektedir. Sağlık sisteminde yapılan köklü değişiklikler birçok sorunu çözmüştür, fakat yeni sorunların da ortaya çıkmasıyla kaynakların etkin bir şekilde kullanılması gerekliliği ortaya konmuştur. Araştırmanın en açık sonucu ise müşteri memnuniyetinin, hasta haklarının, verimliliğin ve kalitenin artmış olduğu gerçeğidir. Sonuçlar, Yüksek Öğretim Kurulu Tez sayfasından incelenen tezlerden ve Sağlık Bakanlığı'nın oluşturduğu memnuniyet anketlerinden elde edilmiş sonuçlardır.

1. BÖLÜM

TÜRKİYE'DE KAMU YÖNETİMİ REFORMLARI

1.1. YÖNETİM, KAMU YÖNETİMİ VE REFORM KAVRAMLARI

Yönetim, başkalarını sevk ve idare etme faaliyeti ya da sürecidir. Başkaları üzerinde otorite kurma ve başkalarına iş yaptırma bir yönetim faaliyetidir. Örneğin 'Küçük bir devletin yönetimi, büyük bir devletin yönetiminden daha kolaydır' cümlesindeki yönetim kavramı 'Sevk ve idare' anlamındadır. Yönetim belirli bir amacı gerçekleştirmek için yapılan kararlı bir eylem olarak da tanımlanmaktadır. Yönetimi tanımlamaya çalışanlar buna 'işbirliği' ve 'grup' unsurlarını da eklemektedirler. Böylece yönetim, belirli bir amacı veya amaçları gerçekleştirmek için işbirliği içinde yürütülen bir grup faaliyeti olmaktadır (Eryılmaz, 2010:3).

Yönetim kavramının organik ve fonksiyonel iki anlamı vardır. Organik anlamda yönetim, kamu yönetimi karşılığı olarak örgüt ve personeli kapsamına almaktadır. Fonksiyonel anlamda ise, yönetimin çalışmalarını içermekte, kamu ve özel kesimi de içine almaktadır. Yönetimin amacı, kamu hizmetinin gerçekleşmesini üstlenmektir. Bu hizmetleri siyasal iktidarın saptadığı kurallara göre ve kamu yararına uygun olarak savunmak ve izlemek zorundadır. Bu durum, yönetim bilimini yönetim ile siyasal iktidar arasındaki ilişkileri incelemeye götürmektedir (Tortop ve diğerleri, 2007:9). Yönetim, belirli bir amacın gerçekleştirilmesine yönelmiş çeşitli faaliyetler bütününden oluşur. Yönetimdeki amaçlar, plan ve programlarda somutlaşır. Örgütte çalışanların temel görevi, belirlenen bu amaçları gerçekleştirmektir. Bu nedenle yönetim, bütünüyle amaçsal faaliyetlerden meydana gelmektedir (Eryılmaz, 2010:5-6).

Örgüt, bireysel ve örgütsel görevlerin verimli ilişkilere dönüştürülmesi için oluşturulan bir yapıdır. Yönetim ise önderlerin belirlediği amaçları gerçekleştirmek üzere karar verme ve bireyleri yönlendirme ile ilgilidir. Yönetimin niteliğini daha açık bir biçimde anlamak için, onun belli başlı araçları olan önderlik, karar verme, iletişim, planlama gibi öğelerine bakmak gerekir. Bu öğeler, ussal bir eylem olan yönetim sürecini açıklamak için gerekli olduğu kadar, yönetimin vazgeçilmez bir parçası olarak ve bir yapı içinde bir araya getirilmiş olan insanların ve araç-gerecin etkililiğini artırmakta da kullanılır. Ancak insan davranışları her zaman ussal değildir. Örgütler, insan davranışlarının ussal olmayan örneklerini geliştirirken ve kimi zaman bunlar

kurumsallaşırken, bunları kendi amaçlarını güvenceye almak için denetlemek isterler. Örgüt, bu nedenle, durağanlığı değil, devrimselliği temsil eder. Bu devrimselliği sağlayan ise yönetimdir. Yönetim, siyasalar oluşturarak, bireysel ve kümesel çabaları eşgüdümleyerek ve çalışanların moralini koruyarak bu devrimselliği sağlar (Ergun, 2004:5).

Kamu yönetimi ise biri örgüt, öteki etkinlik olmak üzere iki anlamda kullanılır. Dar anlamda yönetim, yalnız yürütme alanındaki kuruluş ve etkinlikleri içerirken; geniş anlamda yönetim, yasama ve yargı alanlarındaki kuruluş ve etkinlikleri de içerir (Gözübüyük, 1971:7).

Kamu yönetimi; kamusal politikaların yürütülebilmesi için gerekli bireysel ve grup çabalarının bir araya getirilmesi olarak da görülebilir. Kamu yönetiminin en belli başlı fonksiyonu, hükümetin günlük işlerinin yürütülmesidir (Ergun, 2004:5). Kamu yönetimi, bütün bir toplumun iç içe girmiş ve çoğu kere de birbirleriyle çelişen sorunları arasında işleyen bir idari mekanizmadır. Toplumlar, hacim ve ilişkilerdeki yoğunluk bakımından genişledikçe devletler de yapı ve işlevleri itibariyle büyümekte; kurumlar uzmanlaşmakta ve farklılaşmaktadır. Buna bağlı olarak, yönetim faaliyetlerini yürüten kamu kurumları da, yapısal görünüm ve işleyiş bakımından daha karmaşık ve teknik hale gelmektedir (Eryılmaz, 2003:6). Kamu yönetiminin amacı, hükümetin ve onun yönettiği toplumla ilişkilerin daha iyi anlaşılabilmesini sağlamak olduğu kadar, toplumsal ihtiyaçlara daha duyarlı kamusal siyasaların oluşturulmasını özendirmek de olmaktadır. Bu amaca hizmet etmek için etkililiğe, verimliliğe ve yönetilenlerin insan olarak ihtiyaçlarını sağlamaya yönelik yönetsel uygulamalara başvurulmaktadır (Ergun,1997:385). Çünkü kamu yönetimi, kendisini çevreleyen toplumun siyasal sisteminin bir alt sistemi niteliğindedir. Toplumun siyasal, sosyal, ekonomik, kültürel alt sistemlerini etkilediği gibi onlardan da etkilenmektedir (Eryılmaz, 2003:32). Her ne kadar kamu yönetiminin sınırları geniş de olsa, sonuçta, siyasal, sosyal ve ekonomik bir alan içerisinde kalmaktadır. Siyasal sistem, yönetim faaliyetlerine ve görevlerine yönelik doğrudan bir etkiye sahiptir. Kamu yönetiminin geleneksel görevleri siyasal kararların gerçekleştirilmesini sınırlarken, aynı zamanda politika yapma alanında diğer görevleri çoğaltmaktadır (Eren, 2002:73).

Kamu yönetimi bu geniş alanda faaliyette bulunurken, karşısında her zaman için kamu hukukunu bulmaktadır. Çünkü kamu yönetimi aslında kamu hukukunun ayrıntılı

ve sistematik uygulanışını içermektedir. Her genel kanunun özel uygulanışı kamu yönetiminin bir tasarrufu kabul edilmektedir. Fakat bu faaliyetleri ayarlayan genel kanunlar, yönetimin dışında ve üstünde yer almaktadır. Hükümet çalışmalarını belirleyen geniş planlar idari sayılmamakta, buna karşılık bu planların ayrıntılı uygulanışının yönetsel bir karaktere sahip olduğu görülmektedir. Bu durum kamu yönetiminin faaliyet alanının sürekli olarak genişlemesine yol açmaktadır (Tortop ve diğerleri, 2007:317).

Devlet, insanlar arasındaki ilişkileri düzenleyen ve bu ilişkilerin normlara uygun olarak yürümesini sağlayan, anlaşmazlıkları çözümleyen, kamusal mal ve hizmetleri üreten en üst egemen meşru gücü temsil etmektedir. Ancak günümüzde devletin kazandığı yeni görünüm, önceki dönemlerle kıyaslanmayacak şekilde farklılık göstermiştir. Her şeyden önce, devletlerin yürüttüğü hizmetler sayı bakımından artmış ve nitelik yönünden de gelişmiştir. Buna bağlı olarak devletlerin örgütsel yapıları büyümüş ve işleyişleri daha karmaşık bir hale gelmiştir. Büyük ölçüde kamu örgütleri, bütün toplumlarda, halkın gündelik ihtiyaçlarının bütünü, şu ya da bu şekilde etkilemektedir. Bu örgütlerde çalışanların sayısı artmış ve kamu bütçeleri büyümüştür. Devletlerin, toplum üzerindeki rolünde büyük bir artış olmuştur (Eryılmaz, 1999:3). Kamu yönetimi de bu bahsettiğimiz değişimlerin tam ortasında yer almaktadır. Sistematik inceleme açısından kamu yönetimi yeni bir bilim dalıdır.

Kamu yönetiminin amacı, kamu hizmetinin gerçekleşmesini üstlenmektir. Bu hizmetleri siyasal iktidarın saptadığı kurallara göre ve kamu yararına uygun olarak savunmak ve izlemek zorundadır. Bu durum, yönetim bilimini yönetim ile siyasal iktidar arasındaki ilişkileri incelemeye götürmektedir (Tortop ve diğerleri, 2007:9).

Kamu yönetiminde reform düşüncesinin geçmişi çok eski tarihlere dayandırılabilmesiyle birlikte temel olarak yönetilenlerin tebedan vatandaş durumuna gelmesi ve kamunun sunduğu hizmet miktarının artmasıyla önem kazandığı söylenebilir (Aykaç, 1991:86).

Reform sözcüğü genellikle aksaklık ve hataları giderme, düzeltme, iyileştirme ve yeni bir biçim verme anlamında kullanılmaktadır. Bazen reforma, mevcudu bir kenara bırakarak tümüyle yeni biçimlere yönelme anlamı da yüklenmektedir (Sürgit, 1972:7).

Kamu yönetimi reformu her şeyden önce kamunun rol ve işlevlerinin yeniden sorgulanması anlamını taşır. Çünkü devletin etkinlik alanının küçültülmesi ya da aksine

yeni hizmetler yüklenerek genişlemesi veya hizmetlerin sunuluş biçiminde değişiklik yapılması kamu yönetimini doğrudan etkiler. Belli bir amaçla girilen planlı ve bilinçli değişim çabalarının birleşimi olan reform kamunun siyasi sistemle ilişkilerinde, istihdam ve ücret politikasında, kaynakların bölünüşünde, çalışanların statülerinde, çalışma yöntemlerinde, davranış ve alışkanlıklarında ve sistemi işleten diğer faktörlerde kapsamlı değişiklikler yapılmasını açıklar (Tutum, 1995:134).

Reforma başlanmadan önce; görevlerin merkezi ve yerel yönetimler arasındaki bölünüşü, hizmetlerin ne kadarının kamu tarafından sunulacağı, denetim ve bütçelemenin şekli kamu yönetiminin değişik alanlarında karşılaşılan sorunların neler olduğu, alınacak önlemlerin uygulanmasına muhtemel direnmenin nerelerden gelebileceği ve bu direncin nasıl kırılacağı (Aykaç, 1991:88) konularında hareket tarzı iyice planlanmalı ve gerekli destekler sağlanmalı, reformu tersine çevirmek isteyen güçlere karşı yeni düzen sürekli koruma ve kontrol altında tutulmalıdır (Titiz, 2012).

Kamu yönetiminin ayrı bir disiplin olarak incelenmeye başlanması çok eskiye dayanmamaktadır. Çok çeşitli gelişmeler kamu yönetiminin gelişiminde ve reformlara katkısında etkili olmuştur. Bu gelişmeler klasik ve yeni kamu yönetimi başlıkları altında incelenecektir.

1.1.1. Klasik (Weberyen) Kamu Yönetimi Anlayışı

Geleneksel yönetim anlayışı siyasal iradenin önderliği ve kontrolü altında hiyerarşik bir bürokrasi modeline dayanmaktadır (Özer, 2005:70). Bunun içindir ki gerek kamu yönetimi alanındaki akademik yazında gerekse bu çalışmada geleneksel kamu yönetimi, Weberyen bürokrasi modeli kavramları birbirinin yerine kullanılmıştır. Çünkü geleneksel yönetim kuramlarından biri olarak kabul edilen bürokratik yönetim yaklaşımı, yönetsel yaklaşım ve bilimsel yaklaşımın benimsediği üretimin ve verimliliğin artırılması temeline dayanan bir özellik göstermektedir ve bürokrasi modelinin dayandığı varsayımlar diğer iki teorinin varsayımlarına uymaktadır (Baransel, 1993:161).

Bürokrasinin bir yönetim biçimi olarak ele alınması Weber'le birlikte başlamıştır (Aykaç, 1997:15). 1864-1920 yılları arasında yaşayan Alman sosyolog Weber eski örgütlerin sanayileşen ve modernleşen batı dünyasında yetersiz kalmaya başladığını ve

onların yerini gerek kamuda gerekse özel kesimde bürokrasi denen büyük çaplı örgütlerin aldığını iddia etmiştir (Can, 1997:38).

Weberyen bürokratik model, bir yönetim için akılcı güçlü, amaçlara ulaştıracak sağlam bir örgüt yapısının kurulması, bu yapıda sadece belirli görevleri yerine getirmekten sorumlu olan kimselerin kendi aralarında uzmanlaşmaları, kişisel arzu, hırs ve ihtiyaçlardan arınmış, objektif ve akılcı bir yönetim kurmaları, göreve getirilecek yöneticilerin bilgilerine, yetenek ve tecrübelerine göre seçimle demokratik olarak görevlendirilmeleri gibi bir takım yararlı kurallar içermektedir. Bu özellikleri ile model bilimsel ve ideal bir niteliğe sahiptir (Özer, 2005:72).

Bürokratik yönetim; kuralcı, şekilci, katı hiyerarşiye ve merkeziyetçiliğe dayanan bir yönetim biçimini ifade etmektedir (Bilgiç, 2003:27). Dar anlamda bürokrasi kar amacı gütmeyen kamu kurumlarını ifade eder. Geniş anlamda bürokrasi ise iş bölümü ve otorite hiyerarşisine dayalı bir yapı ile, belli ilke ve kurallara göre çalışan profesyonel görevlilerin oluşturduğu bir örgüt biçimidir (İZTO, 1993:8).

Bunların yanı sıra süreklilik, kesinlik, gizlilik, birlik, tam bağımlılık, usallık, uzmanlık eğitimi görmüş ve sürekli uygulamalarla yetişmiş, görevlilere verilmiş olması, işlerin nesnel esaslara göre yürütülmesi, kişilere göre farklılık göstermemesi, hesaplanabilir kurallara dayalı olması, akılcı ve yasal bir sistemi temel alması Weberyen modelin diğer özellikleri arasında sayılmaktadır (Aykaç, 1997:36).

Weber'in bürokrasi teorisinde siyasi ve idari konular birbirinden ayrılmıştır. Siyasiler politika ve stratejileri belirler, bürokrasi ise bunları uygular (Bilgiç, 2003:28). Bürokrasi modeline dayalı kamu yönetiminde en önemli güç kaynağı uzmanlıktır. Siyasilerin gereksinim duyduğu teknik uzmanlık bilgisine bürokratlar sahiptirler. Seçimle gelenler belirli süre sonunda değişirken bürokraside çalışanlar sürekli görevde kalırlar, ayrıca çoğu durumda oylama vb. yöntemlere ihtiyaç duymadıklarından daha hızlı karar alabilir dolayısıyla seçilmişlerden daha çok otorite ve yetki kullanabilir, üzerlerinde seçmen baskısı olmadığından daha rahat hareket edebilirler (Eryılmaz, 2003:211-212).

Weber'in kamu yönetimi anlayışının olumlu yönleri olduğu kadar eleştirilen yönleri de vardır. Aradan geçen zaman içinde Weber'in bürokratik yönetim modelinin aksadığı ve modelin işleyişinde bozulmalar olduğu ortaya çıkmıştır.

Yirminci yüzyıl boyunca hakim olan geleneksel kamu yönetimi hiyerarşik, merkeziyetçi, katı ve bürokratikti. Geleneksel kamu yönetimi, Weber'in kavramlaştırdığı bürokrasi modeline göre örgütlenmişti (Eryılmaz, 2010:16). Geleneksel yönetim anlayışının temel özelliklerine baktığımızda Weber'in sistematize ettiği bürokrasi modeline uygun olarak örgütlenmiştir, bu model; devletin doğrudan kamusal mal ve hizmet üretimini kendi örgütleri eliyle yürütmesini savunur, siyasi ve idari konuları birbirinden ayırarak politika ve stratejileri belirleme yetkisinin siyasilere ait olduğunu, kamu yönetimine düşenin ise bunları uygulamak olduğunu savunur ve son olarak profesyonel bir bürokrasi ve çalışanların iş güvenliği esasına dayanarak siyasilerin ve üst düzey bürokratların yönlendirmesine göre işleyen bir nitelik göstermektedir (Bilgiç, 2008:31).

Günümüzde herşeyden önce devletlerin fonksiyonları büyük bir değişime uğramış ve artmış, bu değişimin uzantısı olarak kamu hizmetlerinin yapısı ve hacmi de değişmiş, bürokrasi kavramı Weber'i de aşan bir anlam ve içerik kazanmıştır (Yıldırım, 2005:38).

Bürokrasi olgusunu bir örgüt sorunu olarak ele alan Weber için önemli olan toplumsal işlevlerin rasyonel olarak düzenlenmiş bir örgüt tarafından yerine getirilmesiydi (Öztürk, 1992:125). Ancak bugün gelinen nokta itibariyle bürokratik yönetimin ideal yönetim biçimi olmadığı bürokrasi kuramının Weber'in iddiasının aksine büyük olumsuzlukları barındırdığı anlaşılmıştır. Her şeyden önce çalışanların kurallara sıkı sıkıya bağlı kalmaları, sistemin işleyişine müdahale edememeleri onların değişen şartlara göre hareket etme yeteneklerini sınırlandırmakta, sorumluluk almaktan kaçınmalarına sürekli bir kural bulmaya çalışmalarına neden olmakta ve onları, üstlerine aşırı bağımlı hale getirmektedir (Eryılmaz, 1999:84).

Bürokratik örgütte çalışan bireylerin kararları geciktirme, sorumluluktan kaçma, sorumluluğu yayma gibi davranışları benimsemeleri bu açıdan işlevsizliği meydana getirmektedir.

Yöneticiler ve diğer çalışanlar ya mevzuatın arkasına sığınarak yapılması gereken görevi yapmamak için gerekçe bulup görevi yerine getirmenin sorumluluğundan kaçmakta ya da ileride kendisine sorumluluk getireceğini düşündüğü işlerde tek başına karar verme yetkisine sahip olsa bile üst makamlardan onay alma,

konuyla ilgili bir komisyon kurma, başkalarının da karara katılmalarını sağlama yollarından biriyle sorumluluğu yaymaktadır. Kendini olduğundan daha yetenekli göstererek bulunulan görevde daha uzun süre kalmak veya daha yüksek bir göreve atanmak için en rutin ve basit işlemlerde bile kendisinden onay almasını şart koşup, tüm otoriteyi kendinde toplamaktadır. Karar almayı geciktirerek zaman kazanmaya ve uygun ortam yaratmaya çalışmakta ve ‘astın üste gereğinden fazla bilgi vermesi’, ‘emirlerin tamı tamamına yerine getirilmesi’ biçimlerinde ortaya çıkan bürokratik sabotaj yöntemine başvurarak sorumluluk almaktan kaçınmayı tercih etmektedirler ki bunlar da kırtasiyeciliğe yol açarak bürokratik örgütlerin işleyişinde etkinliği bozmaktadır (Aykaç, 1997:31-34).

Bu nedenledir ki Mises de memur olgusuna şiddetle karşı çıkarak bir memurun ufkunun hiyerarşi kademelerinden, kanun ve nizamlardan öteye geçmeyeceğini, bürokratik sistemin iyi yetişmiş ve yetenekli insanları körelttiğini, ehliyetsiz kişileri layık olmadıkları yere taşıdığını öne sürmektedir (Mises, 2000:44).

Bürokrasi modeline göre örgütlenmiş kamu yönetiminin, idari denetim, yargı denetimi ve kamuoyu denetimine rağmen, dışı kapalı olması ve denetimin sadece kurallara uygunluk açısından yapılması performans ve maliyet unsurlarının ihmal edilmesine yol açmaktadır (Eryılmaz, 1999:84).

Weber, bürokraside çalışanları siyasi tercihleri olmayan, olayları nesnel bir biçimde değerlendiren, taraf tutmayan, uzmanlığı ile ilgili bilgileri siyasi iktidara sunan ve siyasi iktidarın verdiği her emri yasal egemenliğin bir gereği kabul edip uygulayan kişiler olarak nitelendirmiştir. Weber’in bu yaklaşımının gerçeklerle ne ölçüde örtüştüğü tartışmalıdır. Bunun nedeni ise memurların şu ya da bu şekilde bir siyasi eğilimlerinin olmasıdır (Aykaç, 1997:80-81). Hatta siyasal iktidarla idare arasındaki görev ayrımı varsayımı, kamuda uzmanlaşmanın artmasıyla ortadan kalkmış, bürokratlar sadece kararları uygulamanın ötesinde iktidarın ortağı haline gelmiş, geleneksel bağımlılık rolünden uzaklaşarak bağımsızlaşma eğilimine girmişlerdir (Dursun, 1998:21). Meseleye bu açıdan bakıldığında ortaya çıkan durum halkın kendi kaderini belirleyememesinin, güncel bir ifade ile ‘demokrasi açığı’nın nedenini oluşturur. Bunun da ötesinde bürokrasi, yerleşik bürokratik değerlerden farklı uygulamalara karşı da siyasi iktidarla gerginlik hatta çatışma çıkararak, kararların uygulanmasını engellemeye,

saptırmaya veya yozlaştırmaya çalışarak iktidara ortak olmuştur (Arslan ve Yılmaz, 2001:295).

Bürokrasinin, sürekli bir büyüme eğilimi içinde olması nedeniyle, her alanda aşırı büyüyen ve yayılan bir kamu sektörüne yol açmış olması da onun bir başka olumsuz yanıdır (Can, 1997:42).

Bürokrasinin bu olumsuzluklarına karşı kamu yönetimi alanında yeni arayışlara girilmiştir. Bunlardan bir tanesi de yeni kamu yönetimi anlayışıdır.

1.1.2. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı

Günümüzde tüm dünyada hemen hemen her alanda çok yönlü bir dönüşüm yaşanmaktadır (Özer, 2006:59). Bu değişim kendini küreselleşme adıyla daha çok hissettirmektedir. Bu süreçlerin gelişmesi kamu yönetiminin rolü ve fonksiyonlarında da değişime neden olmaktadır. Bu süreçte öne çıkan önemli bir gelişme geleneksel kamu yönetiminin güç kaybetmesidir. Kalite, etkinlik, verimlilik gibi kriterler açısından geleneksel kamu yönetimi geçerliliğini yitirmekte, geleneksel kamu yönetimi sistemlerinin yerini yavaş yavaş yeni kamu yönetimi anlayışı almaktadır (Işık, 2006:8). Bu anlayış ile, süreç, yöntem ve kurallara uygun olarak işleri sevk ve idare etmek demek olan yönetim anlayışından; performans ölçme, sorumluluk alma, kaynakları etkin ve verimli kullanma, hedef, strateji ve öncelikleri belirleme demek olan işletme anlayışına doğru bir kaymanın olduğunu görmekteyiz (Salman, 2008:19).

Dünya’da yaşanan hızlı ve çok yönlü değişim özellikle yönetim anlayışında ve klasik bürokratik yapılarda köklü bir yeniden yapılanmayı gündeme getirmiştir. Yirminci yüzyılın son çeyreğinde hızlanarak belirginleşen ve yaşanmakta olan dönüşüm süreci ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel alt sistemlerle etkileşim içinde genel olarak yönetim ve özelde ise kamu yönetimine ilişkin anlayış ve yapılandırmaları dönüştürmüştür (Ökmen ve Canan, 2009:139). Kamu yönetiminde meydana gelen bu değişim 1980 sonrası dönemde hız kazanmıştır. Weber’in bürokratik örgütlenme modeline dayanan yönetim anlayışı 1980’lere gelinceye kadar geniş bir uygulama alanı bulmuştur (Bilgiç, 2008:98).

Kamu yönetiminde dönüşümü ortaya çıkaran çeşitli nedenler; 1970’lerdeki petrol krizleri ve bunların neden olduğu ekonomik sorunlar ve bütçe açıklarından İkinci Dünya Savaşı’ndan itibaren yükselişe geçen sosyal devlet uygulamaları, vatandaşın

kamu yönetiminden talep ve beklentilerinin yükselmesi ile kamu bürokrasisinin bunları karşılamada yetersiz kalması, kamu hizmetinin kalite, hız, etkinlik ve ihtiyacı karşılaması konusunda şikayetlerin artması, yeni sağ ideolojinin yükselişe geçmesi, özellikle ABD ve İngiltere’de bu ideolojik söylem paralelinde devletin küçültülmesi, bilgi-iletişim teknolojilerinin yaygınlaşması, 1980 sonrası dönemde yaygınlaşan demokratikleşme söylemi, sivil toplum örgütlerinin önem kazanmaya başlaması, desantralizasyon eğilimlerinin artması ve genel olarak küreselleşme olarak özetlenebilir (Genç, 2010:147).

1970’lere kadar uzanan dönemde devletin varlık gayesi tartışma konusu olmuş ve yaklaşık yüz yıldır toplumsal kalkınmada öncü kabul edilen devlet, piyasa temelli mekanizmaların önünü tıkayan, rekabeti ve girişimciliği önleyen, kaynak israfına yol açan bürokratik bir aygıt olarak algılanmaya başlanmıştır (Canpolat ve Cangir, 2010:26). Devletin aşırı şekilde büyümesi, onu sevimli kılmamış, aksine ‘kırtasiyecilik’, ‘verimsizlik’ ve ‘hantallık’ gibi suçlamaların hedefi haline getirmiştir (Eryılmaz, 2010:15). Refah Devleti’nin krizi birçok alanda yeniden yapılanma sürecini ortaya çıkarmıştır. Kriz ve yeniden yapılanma kapitalist ekonomileri değiştirdiği gibi kamu yönetimini de etkilemiş ve değiştirmiştir. Dünya kapitalizminin yaşadığı krize yanıt olarak özelleştirme, liberalizasyon, deregülasyon ve piyasalaştırma süreçleri ön plana çıkmıştır. Tüm bu yaşananlar sonucunda 1980’li yıllarda ‘yeni kamu yönetimi’ anlayışı gündeme gelmiştir. Yeni kamu yönetimi anlayışı bunalımdan kurtulma düşünceleriyle birlikte özellikle 80’li ve 90’lı yıllarda farklı bir yaklaşım olarak benimsenmiştir. Bu yaklaşım, yeni kamu işletmeciliği, değişimi yakalamakta daha başarılı olan özel sektör kuruluşlarına egemen olan değerleri ve uygulanan teknikleri kamu sektörüne taşımak olarak özetlenmektedir (Demirel, 2005:106). Yeni kamu yönetimiyle amaçlanan, devleti asli klasik fonksiyonlarına çekerek daha etkin ve verimli hale getirmek, vatandaşların devlet ve kamu yönetimi karşısındaki konumunu ve yönetime katılma olanaklarını geliştirmektir (Eryılmaz, 2010:15). Yeni kamu yönetimi anlayışı sayesinde bürokratik, etkinlik ve verimlilikten uzak ve hantal olan, yönetilenlerle arasına duvar koyan yönetim anlayışı hızla terk edilerek yerine; şeffaf, hesapverebilir, katılımcılığın, etkinliğin olduğu, hukuka, insan haklarına dayalı, yönetilenlerle yönetim anlayışına dayanan, yeni bir kamu yönetimi anlayışı hedeflenmiştir (Koçak, 2010:116).

Geleneksel kamu yönetimi ‘geniş ölçekli, hiyerarşik örgütlenmiş bürokrasi’ olarak tanımlanırken, yeni kamu işletmeciliği ‘adem-i merkeziyetçilik, yetki devri, rekabet, tercih imkanı, müşteri-merkezcilik ve esneklik’ gibi değerlerle birlikte anılmaktadır (Walsh’tan Aktaran Bayraktar; 1995:4).

Yeni kamu yönetimi anlayışı yirminci yüzyılın egemen bürokrasi (Weberyen anlayış) anlayışına bir tepkidir. Kamu yönetiminde yeni kamu yönetimi yaklaşımı, kamu yönetiminin örgütlenmesinin temel ilkesi olarak görülen bürokrasinin kritiğine dayanan bir bakış açısı olarak görülmektedir (Özer, 2005:127). Yeni kamu yönetimi anlayışı Weber’in bürokrasi modeline dayalı örgütlenme anlayışına karşı çıkar; çünkü Weberyen anlayış artık verimsiz ve etkisiz kalmıştır. Weberyen anlayış, yerini prosedürlerden çok sonuçlara odaklı, tek biçimlilikten çok farklılıklara dayalı, katı yapılardan çok esnek organizasyonlara vurgu yapan yeni bir yaklaşıma bırakmıştır. (Bilgiç, 2008:107). Yeni kamu yönetimi anlayışına göre, kamunun örgüt yapısı, büyük ölçekli değil, optimal büyüklükte, esnek, yumuşak, hiyerarşi, dar ve az elemanlı merkez, geniş yatay çevre ve adem-i merkeziyetçi olmalı ve çalışanlar daha çok yetkilendirilmelidir (Eryılmaz, 2010:23).

Yeni kamu yönetimi anlayışında faaliyet alanı olarak devletin küçültülmesi üzerinde durulmaktadır. Geleneksel kamu yönetimi, kamu mal ve hizmetlerinin üretilmesi ve halka sunulmasında bürokrasinin doğrudan rol alması esasına dayanırken, yeni kamu yönetimi yaklaşımı, devletin faaliyet alanının asgari düzeyde tutulmasını, kamu hizmetlerinin yönetimi ve üretimini birbirinden ayırarak piyasa mekanizmasından daha çok yararlanmayı ve devletin hakemlik rolünün geliştirilmesini önerir (Eryılmaz, 2010:23). Geleneksel kamu yönetiminin eleştirisinden hareket eden yeni kamu işletmeciliği, sınırlandırılmış, hacim ve kullandığı kaynak açısından küçültülmüş bir devletin nasıl yönetilmesi gerektiğinin reçetesini vermektedir (Sezen, 2009:26).

Yeni kamu yönetimi anlayışı sorumluluk anlayışında değişiklikler önerir. Kamu yönetiminin geleneksel anlayışında sorumluluk sadece siyasi liderliğe karşıydı; ancak yeni kamu yönetimi anlayışı yalnız siyasi liderliğe karşı olan sorumluluğu genişleterek halka karşı sorumluluk ilkesini de benimsemektedir (Bilgiç, 2008:37). Yeni yönetim anlayışında yöneticiler, yalnızca kurallara ve prosedürlere uygun davranmakla

sorumluluklarının gereğini yerine getirmiş sayılmamakta, yaptıkları işlerin sonuçlarından da sorumlu tutulmaktadır (Eryılmaz, 2010:24).

Yeni kamu yönetimi anlayışına genel itibariyle baktığımızda, yöneticilerin kendilerine verilen sorumlulukları ve görevleri yerine getirmelerinde daha şeffaf, hesap verebilir nitelikte ve daha verimli, etkin kararlar verebilme yeteneği kazandırdığını ve katı, hiyerarşik, tek düze bir yönetim anlayışından vazgeçilip, daha özgür, esnek bir örgüt yapısına kavuşturulduğunu ve örgütsel anlamda hedeflerin açıkça ortaya konulduğunu görmekteyiz.

1.2.KAMU YÖNETİMİNDE REFORM VE REFORMUN NEDENLERİ

Kamu yönetimi reform kavramı; yönetimin sahip olduğu tüm olanak ve kaynakların yönetimin gerçekleştirmek istediği amaçlar doğrultusunda ussal bir biçimde kullanabilme yollarını inceleyerek çağdaş ve modern düşüncelere paralel yeni bir anlayış getirme çabalarının tümünü kasteder (Acar, Sevinç, 2012:21). Kamu yönetiminde reform ile gerçekleştirilmeye çalışılan daha etkili, daha verimli ve daha hızlı bir kamu yönetimi oluşturmaktır. Reformun amacı yönetimin işlevlerini daha verimli bir şekilde yapmasının ve çağa ayak uydurmasının sağlanmasıdır (Emini, 2009:32).

Yönetimde yeniden yapılanma idarenin yapısında, kuruluşunda yeniden yapılanma ile idarenin işleyiş ve yönetim biçiminin yeniden yapılandırılması olmak üzere temelde iki alanda yapılan düzenlemeleri kapsamaktadır (Coşkun, 2008:49). Kamu yönetiminde reform denilince akla; kamu kurumlarının örgütlenmesinde, kamu kurumları arasındaki görev ve kaynak bölüşümünde, kamu personel yönetiminde, kamusal hizmetlerin yerine getirilişi sırasında ortaya çıkan aksaklık ve eksikliklerin giderilmesine yönelik çalışmaların bütünü gelmektedir (Işık, 2006:1).

Dünyanın birçok ülkesinde kamu yönetimleri yeniden yapılanma süreci içerisinde. Birçoğu reformlarla birlikte kamu yönetimlerini yeniden düzenlemektedir. Yeniden yapılanma çalışmalarının etkinlik, verimlilik, bürokratik formaliteleri azaltma, vatandaş beklentilerini karşılama ve memnuniyetini sağlama gibi temel amaçlara yönelik olarak yapıldığı görülmektedir (Coşkun, 2008:55). Bu sürece en büyük katkı da yeni kamu yönetimi yaklaşımından gelmektedir. Reform söylemlerinin geniş ölçüde, yeni kamu yönetimi işletmeciliğinin öğütlerini içerdiği görülmektedir (Sezen, 2009:25).

Devletin amaçlarında değişim olması ya da mevcut yönetim modelinin ihtiyaçları karşılamasında yetersiz kalması durumlarında ‘kamu yönetimi reformu’ kavramından söz edildiği görölmektedir. Ayrıca değişen ihtiyaçlar ve çeşitlenen toplumsal ihtiyaçlar temelinde de kamu yönetiminde reform çalışmaları yürütüldüğü görölmektedir.

Ancak reformun, siyasal, toplumsal ve kültürel gerekliliklerden çok, ekonomik kalkınma çabalarının bir gereği olarak görölmemesi gerekir. Toplumsal değişimin gereklerine uymayan, zıt düşen reform önlemleri kütüphane raflarında kalmaya mahkumdur (Polatoğlu, 2001:5). Bu nedenle reform, değişimin bütün unsurlarını göz ardı etmeyen geniş kapsamlı bir çalışmaya dayanmalıdır.

Polatoğlu’nun tanımı doğrultusunda kamu yönetimi reformunun 3 açıdan savunulması söz konusu olabilir.

- 1)Devletin amaçlarında değişiklik olması
- 2)Mevcut yönetim modelinin gereksinimleri karşılamasına yetersiz kalması
- 3)Toplumun değişen gereksinimleri ve çeşitlenen sorunlar

Kamu yönetimi reformunda temel amaç, kamu yönetiminde verimin artırılmasıdır. Verimin artırılması için üç amacın gerçekleşmesi gerekir. Bu amaçlar; bir işi yapmak için gereken kaynak kullanımının azaltılması ya da tasarruf, hizmet kalitesini geliştirmek ve personelin çalışma şartlarını geliştirmek olarak üç başlık altında toplanmıştır. Kamu yönetimi reformu, tasarruf, kalite ve personel reformu biçiminde düzenlenmelidir.

Günümüzde kamu yönetiminde reformu zorlayan nedenler geçmişe nazaran bir değişime uğramış; yönetimdeki anlayış değişikliği, sürekli büyüyen bütçe açıkları, geleneksel hesap verme yükümlülüğü süreçlerinin beklentileri karşılayamaması, kamu yönetiminde şeffaflık beklentilerinin artması, değişen yaşam kalıpları, statükoyu sindirmek için kurulan aşırı kontrol ve baskı mekanizmaları, bilişim teknolojisinde kaydedilen ilerlemeler, değişikliklere ayak uydurma güçlükleri, uluslararası rekabetin kızışması, aşırı enflasyonist baskılar, daha çok ve daha kaliteli hizmeti daha ucuza sağlama isteğinin toplumda giderek artması, küreselleşmenin doğurduğu tehlike ve fırsatlar, özel sektörde geliştirilen başarılı yönetim biçimlerinin etkisi, kamu

yönetimlerinin içinde bulunduğu çıkmazdan kurtulabilme umudu, eğitim seviyesinin yükselmesi, yeni ekonomik şartlar ve halkın ekonomik sisteme olan güvenini yitirmesi gibi nedenler kamu yönetiminde reformu gerektiren nedenler arasında gösterilmeye başlanmıştır (Yıldırım, 2004:79).

Bu çerçevede ekonomik ve sosyal gelişmelere bağlı olarak ihtiyaçların da değişip çeşitlenmesi veya yeni sorunların ortaya çıkması mevcut kurumların ve sistemin yeni sorun ve ihtiyaçlara cevap verebilme kapasitesini arttırmayı amaçlayan kamu yönetimi reformunu gündeme getirecektir (Ersoy, 1995:50). Dolayısıyla reform, büyük kısmı itibariyle sistemin tıkanmış olduğu noktasında genel bir mutabakatın olduğu durumda ve sistemin yeniden ve daha verimli çalışmasını mümkün kılmak amacıyla yapılır (Selman, 2004:12).

İdarede reform, idari mekanizmanın iyileştirilmesidir. Ulusal amaçların gerçekleştirilmesine yardımcı olarak süratli, tasarruf sağlayıcı, verimli ve iyi nitelikte hizmet görülmesini sağlayacak bir düzene kavuşturulmasını ve böyle bir düzen içinde iş görmesini sağlayacak çabaların tümüdür (Sürgit, 1972:10). İdari reform ile idarenin yapmakla yükümlü olduğu görevlere uygun biçimde örgütlenmesi araştırılır. Bu görev devamlı ve bitmeyen bir görevdir. İdari reformda zorlama yoktur. Kuvvete, zora başvurarak idarede reform bir kriz halinin işaretidir. Bu ise idari reform kapsamı dışındadır. Mali, ekonomik, sosyal, politik krizler olabilir. Bu krizlere ekonomide tasarruf sağlayarak, devletin görevlerini ve idari örgütleri gözden geçirerek çare bulma idarede reform kapsamına girer (Tortop ve diğerleri, 2007:447).

İdari reform ya da yönetimin yeniden yapılandırılması devletin niteliğinde, işlevlerinde, rolünde, bürokrasi, siyaset ilişkilerinde karar alma süreçlerinde, hem de çevresiyle olan ilişkilerinde önemli değişikliklere neden olmaktadır. Wallis, idari reformu; yönetsel alanla ilgili, organize, kalıcı iyileştirme çalışmaları olarak tanımlamaktadır. Avustralya, İngiltere, Yeni Zelanda kamu yönetimlerinde reform çalışmalarının teorik gelişimini uygulama aşamalarını ve sonuçlarını incelediği geniş makalesinde Masceranhas yönetimin yeniden yapılandırılmasına; siyasal, yönetsel kurumların görevlerinde, hedeflerinde ve örgütsel yapılarında köklü değişiklikler olarak tanımlamıştır. İdari reform kavramı 1945'ten sonra dünyada en ilgi çekici kavramlardan biri olmuştur. Az gelişmiş ülkelere bu süreç 1945-1980 dönemi ve 1980 sonrası dönem

çalışmaları olarak kategorize edilmiş, birinci döneme idari reform yöntemi, ikinci döneme ise yapısal uyarlanma dönemi denilmiştir (Güler, 1996:57)

Dünya'daki reform hareketlerinin özellikleri şunlardır (Tortop ve diğerleri, 2007:454);

- Reform hareketleri toplumsal değişimle yakından ilgilidir,
- Reform planlı, organize değiştirme çabasıdır,
- Reform ilke olarak köktenci değişiklikleri anlatır,
- Reformdan amaç, söz konusu yönetim sistemini daha etkili ve verimli hale getirmektedir,

- İdari reform yönetsel olduğu kadar siyasal içerikli bir değişim olayıdır.

Kamu yönetimi reform çalışmalarında az gelişmişlik sendromu olarak da nitelenen bir haleti ruhiyeden kurtularak yönetim sistemini mevzuatçı bir bakış açısına mahkum etmemek gerekmektedir. Bu bağlamda, yönetimin şikayet edilen her bir noktası için yeni bir yasal düzenlemeye gitme veya konu ile ilgili yeni bir örgüt oluşturma alışkanlığından kurtularak yönetim sisteminin bütününe kapsayan çağdaş, nitelikli, katılımcı, değişime ve gelişmeye açık yeni bir bakış açısına ve yönetim kültürüne ihtiyaç bulunmaktadır (Tortop ve diğerleri, 2007:453).

1.3. TÜRKİYE'DE KAMU YÖNETİMİ REFORMLARI

Türkiye'de kamu yönetimi ve reform düşüncesinin incelendiği bu bölümde öncelikle reform çalışmalarının yoğunlaştığı ve modern anlamda devlet örgütlenmesinin oluştuğu Osmanlı Dönemi reformlarından bahsedildikten sonra Cumhuriyet Dönemi reformlarından bahsedilip son olarak 2002 yılından itibaren gerçekleştirilen kamu yönetimi reformları ele alınacaktır.

Günümüz Cumhuriyet Türkiye'sinin yönetim yapısının temel belirleyicisi olan Osmanlı İmparatorluğu'nda yönetim, tarihsel süreç içerisinde sürekli dönüşüm içinde olmuş ve yönetimde her döneme göre farklı yapılanmalara gidilmiştir (Haktankaçmaz, 2009:74). Erken dönemlerdeki yozlaşmalara karşı örgütler yenilenmiş, adaletnameler yayınlanmış, idarede sürekli yeniden düzenlemeler yapılmıştır (Dursun, 1998:24). Sonraki dönemlerde askeri yenilgilerle birlikte gündeme gelmiş olması nedeniyle ordu, devleti eski ihtişamına kavuşturma amacına yönelik olarak başlatılan batılılaşma ve reform çalışmalarının sürekli adresi olmuştur (Arslan ve Yılmaz, 2001:295).

16. yüzyıldaki duraklama döneminden çıkış çabaları içerisinde II. Mahmut'la başlayan merkezi yönetimi güçlendirme çabaları sonucunda Tanzimat'la birlikte Osmanlı bürokrasisinde de köklü değişikliklere yol açmış, merkeziyetçilik artmış ancak merkezileşmeden doğan güç padişaha değil, reformları gerçekleştirmede öncü olan bürokratlara geçmiştir. Eski kurumların yerine yabancı kaynaklı yenilerinin kurulmasıyla, bürokrasideki mesleki bilgi ve dayanışmanın artması sarayın egemenliğini azaltmış, iktidarın Bab-ı Ali'deki paşalara ve memurlara geçmesine neden olmuştur (Haktankaçmaz, 2009:75).

II. Mahmut döneminde gerçekleştirilen düzenlemelerle önceden memurlar arasında işe dayalı bir ayırım yokken memurlar nazırlıklara göre bölünmüş ve uzmanlaşma başlamıştır. Bu dönemdeki yönetici elit ordudan ve ulemeden değil Avrupa dillerini ve kurumlarını iyi bilen Tercüme Odası'ndan ve Hariciye Nezareti'nden yetişmeye başlamıştır (Arslan ve Yılmaz, 2001:291-294).

19. yüzyıldaki ıslahat hareketleriyle padişahın iktidarının sınırlanması süreci devam etmiş, bu süreçte güçlenen ve siyasi aktör gibi davranan bürokrasi reformları daha iyi hizmet üreterek halkın taleplerine cevap vermek için değil, devleti kurtarmak ve bir ölçüde de dönemin güçlü devletlerinin isteklerini karşılamak amacıyla yapılmıştır (Dursun, 1998:25).

18. yüzyıldan itibaren gerçekleştirilen reformlar bürokrasiyi güçlendirmeye yönelik olduğundan bürokratlar hep reformların öncüsü olmuşlar, II. Abdülhamit Bab-ı Ali'yi bir çeşit iş takipçisi haline getirmeye ve liyakate dayalı memuriyet yerine kişisel sadakate dayalı bir bürokrasi oluşturmaya çalışmış ve bunda büyük ölçüde başarılı olmuşsa da, önceki dönemde oluşmuş bürokratik gelenek değişmemiş, bürokratlar Abdülhamit'e karşı muhalefetin ve genelde reformların öncüsü olma rolünü sürdürmüşlerdir (Durgun, 2004:6-7).

Bu dönemde önemli bir başka dönüm noktası niteliğindeki Gülhane Hattı Humayunu, geleneksel devlet yapısına saygı göstermekle birlikte devlet anlayışında ve yönetim ilkelerinde modern kavramlar getirmekte, pratik amaçlar doğrultusunda idareyi baştan sona yeniden inşa etmeyi hedeflemekteydi (Arslan ve Yılmaz, 2001:290).

Bu dönemin gerek asker gerekse sivil bürokratları sorunları çözmenin ancak topluma hakim olmakla mümkün olabileceğine inanıyor ve bu nedenle bürokrasiyi modernize etmeye ve güçlendirmeye çalışıyorlardı. Bu anlayış Cumhuriyet

bürokrasisinin de temelini oluşturmuş, Cumhuriyet rejimi daha homojen ve modern bir toplum yaratmak amacına dayanan iddialı bir programla ortaya çıkmıştır (Durgun, 2004:7). Bu nedenle bugün Türkiye’de toplumun her katında, her hücresinde hissedilir ve dile getirilir hale gelen devletin topluma yabancılaşmasının nedeni ancak bu dönemi de içerisine alan bir analizle anlaşılabilir (Görmez, 1998:3586).

Kamu görevlileri, Osmanlı’nın son dönemlerinde bile halkın dışında ve ondan kopuk yaşama geleneğinden vazgeçmemişlerdir (Durgun, 2004:5). Reformları gerçekleştiren bu yöneticilerin reformları halka anlatma gibi bir endişeleri olmadığından çabaları hep sınırlı kalmış, aynı zamanda etkileri günümüze dek ulaşan toplumun tepeden düzenlenmesi ve biçimlendirilmesi geleneğinin de öncüsü olmuşlardır (Arslan ve Yılmaz, 2001:296). ‘Halk için halka rağmenlik’ Cumhuriyet Türkiye’sine aktarıldığı gibi bu dönemde de egemen yegane düstur durumundadır (Görmez, 1998:3587).

Yönetimdeki artan bu merkezileşme hizmetlerde aksamalara da yol açmış, hizmetler gecikmeye, işlerin çabuk görülmesini sağlamak için verilen rüşvet artmaya, adam kayırma ve yolsuzluk, bürokrasinin önlenemez hastalıkları haline gelmeye başlamıştır. Bu dönem yöneticilerden Ziya Paşa, taşrada yıkılan bir köprü ya da su bendinin onarımının merkezle yapılan yazışmalar nedeniyle sürüncemede kaldığından yakındığı, yine bahşişin bu dönemde rüşvetin bir çeşidi olarak yaygınlaştığı ve yönetim literatürüne girdiği bilinmektedir (Eryılmaz, 2003:228).

Yapılan reformlara genel itibariyle bakıldığında; erken dönemlerdeki yozlaşmalara karşı örgütler yenilenmiş, yeni fermanlar, layihalar, adaletnameler yayınlanmış, idarede sürekli yeniden düzenlemeler yapılmış ve hemen hemen bütün dönemlerde Türk toplumunu reformdan geçirme isteği Türk yönetim anlayışında büyük yer tutmuştur (Haktankaçmaz, 2009:79). Yapılan çalışmalar daha çok ıslahattan ibarettir. Çünkü ıslahatın getirdiği yeni müesseselerin yanında eski felsefenin hayat görüşünün kurumları da sürmektedir. Hayatı topyekün değiştirmeyen askerlik ve fen gibi bazı idari alanlarla sınırlı, halka inmeyen, yüzeysel olarak kılık kıyafet, büro işlerinin reorganizasyonu biçimindedir (Savcı, 2003:397).

Reformlar özellikle Osmanlı Döneminde, daha iyi hizmet üreterek halkın taleplerine cevap vermek için değil, devleti kurtarmak amacıyla yapılmıştır. Osmanlı’da 16. yüzyıl sonunda karşılaşılan sorunlar nedeniyle hazırlanan risalelerde sorunların kaynağı, düzenin bozulması olarak görülmüş ve çözüm olarak eski düzenin tam olarak

uygulanması gösterilmiştir (Tekeli, 2004). Yenilgilerle birlikte gündeme gelen reformların en temel amacı devletin eski ihtişamına kavuşturulması olmuştur. Osmanlı döneminde girişilen ıslahat hareketlerinin amacı batıyı örnek alarak bir takım yenilikler yapmak ve böylece geri kalışı önlemektir (Şaylan, 2003:417).

1923 yılında kurulan ve 1930'lu yıllarda yeniden biçimlendirilmiş olan Cumhuriyet dönemi yönetim yapısı 19. yüzyıl Osmanlı yönetim yapısının bir devamı, benzeri ve çizilen yolun bir aşamasıdır (Durgun, 2004:4). Buna karşılık Cumhuriyet yönetimi batılılaşma reformlarını hızlandırma ve yerleştirme, ekonomik kalkınmayı devlet eliyle gerçekleştirme noktalarında Osmanlı yönetim sisteminden farklılık arz eder (Eryılmaz, 2003:228).

Cumhuriyet öncesi dönemde Osmanlı bürokrasisinin kazandığı özelliklerin Cumhuriyet'e aynen aktarılmasıyla, 1935'lerden sonraki parti-idare bütünleşmesi sonucu bürokrasi siyasal bir nitelik kazanmış ve bürokrasinin bu dönemdeki yeni bir toplum inşa etme misyonu merkeziyetçi bir idare kurulmasını hem gerekli kılmış hem de kolaylaştırmıştır (Dursun, 1998:25).

Cumhuriyet'ten sonra kurulan yeni yönetim düzeni, İmparatorluk'tan devralınan düzende rasyonel olmaktan çok, dönemin gereksinimlerine cevap vermeyi amaçlayan ve o günün koşullarında zorunlu görülen değişikliklerle ortaya çıkarılmış, aradan geçen zaman içerisindeki sayısız ekleme ve düzeltmelerle tutarlılığını ve etkinliğini önemli ölçüde yitirmiş, bu durumun düzeltilmesi için yapılan çalışmaların rastgele, dağınık ve etkisiz oluşu sorunu daha da derinleştirmiştir (Sürgit, 1972:1).

1923-1946 dönemlerinde, bürokrasi fazla büyümekle birlikte içişleri, dışişleri, savunma, adalet gibi bakanlıkların yanı sıra ekonomiyle de ilgili yeni bakanlıklar kurulmuş ve memur sayısında artış yaşanmıştır.

1950-1960 döneminde siyasal sistemin halk katılımına açılmasıyla bürokrasi ikinci plana itilirken siyasal kurumlar güç kazanmış, devletin ekonomideki rolü azalmamakla birlikte, özel sektör de güçlenmeye başlamıştır (Eryılmaz, 2003:228-229). 1971 askeri müdahalesinden sonra yürütme güçlendirilmekle birlikte temel yapı korunmuş (Dursun, 1998:25), siyasi iktidarların bürokrasiyi kontrol altına almak amacıyla kendi yandaşlarını bürokrasi kademelerine yerleştirmeleriyle bürokrasinin siyasallaşması süreci ve bürokrasideki büyüme eğilimi bu dönemde de devam etmiştir (Eryılmaz, 2003:232-233).

Bu dönemde ilk defa bir siyasi parti devletin küçültülmesiyle birlikte bürokrasi ile mücadeleyi de hedefleri arasına almış, bürokrasinin kırtasiyecilik olarak yorumlandığı bu dönemde özelleştirme uygulamalarıyla devletin küçültülmesine çalışılmış ancak bürokrasinin temel sorununun zihniyet değişikliği olduğu unutulmuş, bürokrasinin teknolojik altyapı bakımından gelişmekle birlikte büyümesinin önüne geçilememiştir (Eryılmaz, 2003:233).

Bu dönemde yerli ve yabancı uzmanlara ve kurumlara hazırlattırılan reformlar aşağıdaki gibi sıralanabilir; (Nohutçu, 2003:12-13):

-1930'lu yıllarda yapılan çalışmalar

-1933 yılında Amerikalı bir uzman grup tarafından hazırlanan, ekonomi ağırlıklı olmakla birlikte yönetsel sorunlara da yer veren 'Türkiye'nin İktisadi Bakımdan Bir Tetkiki' isimli rapor

-1949 yılında İstanbul Üniversitesi öğretim görevlilerinden Fritz Neumark tarafından hazırlanan 'Devlet Dairelerinin ve Müesseselerinin Rasyonel Çalışması' konulu rapor

-1949 Thormburg Raporu

-1951 Martin Cush Raporu

-1951 yılında Dünya Bankası desteği ile James Barker'ın başkanlığında bir kurul tarafından hazırlanan rapor

-1952 Gıyas Akdeniz Raporu

-1952 Gruber Raporu

-1958 yılında TODAİE tarafından 1962 yılında hazırlanan 'Türkiye'de Devlet Personeli Hakkında Rapor'

-1959 Baade Raporu

-1959 Chailloux-Dantel Raporu

-1960 sonrası DPT, TODAİE ve Devlet Personel Başkanlığı öncülüğünde yapılan araştırmalar

-DPT ve TODAİE tarafından 1960 yılında hazırlanan ve 1963 yılında Başbakanlığa sunulan, Türkiye'deki kamu yönetimi sistemi, örgütü ve yapılandırılmasının düzeltilmesi ve personel yönetimi konusunda yoğunlaşan 'Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi' (MEHTAP)

-1963 yılından bu yana bütün kalkınma planlarında yeniden yapılanma konusunda öneriler

-1971 yılında Birinci Nihat Erim Hükümeti zamanında hazırlanan İdari Reform Danışma Kurulu Raporu'

-1972 yılında yapılan 'İdarenin Yeniden Düzenlenmesi: İlkeler ve Öneriler' adlı rapor ile 1980'li yılların başında gerçekleştirilen araştırma ve uygulamalardır. Bu dönemden sonra yapılan reformlara küreselleşmenin de etkisiyle 1980 sonrası dönem ve yeni kamu yönetimi ışığı altında ortaya çıkan Kamu Yönetimi Temel Kanunu (KYTK) Tasarısı başlığı altında aşağıda yer verilmiştir.

Yeni kamu yönetimi Türkiye'deki reformlar üzerinde de çok etkilidir. Özellikle geleneksel yönetim anlayışından yeni kamu yönetimine doğru yaşanan geçişler ve kamu örgütleriyle işletme yönetimlerini birbirine yaklaştıran teorik ve pratik gelişmeler Türkiye'de kamu yönetimi reformunda kendisini göstermiştir. 1980'lerdeki liberal dönemle birlikte reformlar hızlanmıştır. 1980'li yıllardan itibaren dünyadaki özelleştirme, devleti ve kamu sektörünü küçültme şeklindeki yaygın gelişmelerin Türkiye'deki yansıması çok geçmeden etkisini göstermiştir (Işık, 2006:22)

Dışa açılmanın ve kamu yönetiminde reformların önemli nedenlerinden biri de küreselleşme kavramıdır. Küreselleşme olgusu, 1980'lerde belirginleşen liberalleşme politikaları ile başlayan ve 1990'larda küreselleşme yönündeki iç ve dış dinamiklerle beslenen bir süreç olarak, bütün dünyanın olduğu gibi Türkiye'nin de karşı karşıya olduğu bir gerçekliktir (Ökmen ve Canan, 2009:139). Çağımızda yaşanan bu köklü dönüşümlerde başat aktör olan küreselleşme olgusunu, dünyada daha önce görülen büyük dönüşümlerden ayıran temel dinamiği ise, insanların, malların, sermayenin ve en önemlisi bilginin dolaşım hızınının 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren daha önce örneği görülmemiş ölçüde artması oluşturmuştur (Canpolat ve Cangir, 2010:26).

Türkiye'de 1980'li yıllardan itibaren kamu yönetiminde birçok olumsuzluk yaşanmıştır. Uluslararası alanda meydana gelen gelişmeler, kamu kurumlarının hantal

yapıları, karar alma süreçlerindeki yavaşlık, engelleyici bürokratik yapı ve zihniyet, yetki ve sorumluluk dengesinin iyi kurulamamış ve dağıtılamamış olması, Avrupa Birliği'ne girme çabaları, yaşanan ekonomik krizler Türkiye'de kamu yönetiminde reformları ülke gündemine taşımıştır. Kamu yönetimini yeniden yapılanmaya iten dış faktörler bilgi teknolojisindeki gelişmeler, küreselleşme, uluslararası kuruluşların etkisi, iktisat ve siyaset teorisinde yaşanan gelişmeler iken; kamu yönetimini reformlara iten iç faktörler ise; kamu yönetiminin açıkları, kentleşme, ihtiyaçların çeşitlenmesi, kalite talepleri, demokratikleşme ve yerelleşmedir (Işık, 2006:8-21). İdari reform amaçlı yapılan ve halen yapılması öngörülen düzenlemeler, bugünkünden daha iyi yönetilen, demokratik, katılımcı, hesap verebilir, saydam bir yapıyı öngörmektedir (Coşkun, 2008:61). Yeniden yapılanma süreci sonunda 'daha katılımcı, daha saydam, daha hesap verebilir ve insan hak ve özgürlüklerine saygılı' bir kamu yönetimi sistemi ve adil, etkili ve verimli, süratli ve kaliteli kamu hizmeti sunmak hedeflenmektedir (Memişoğlu, 2006:84).

Reformlar kapsamında yapılan çalışmalar bazı benzerliklere dikkat çekmektedir. Kırtasiyeciliğin çok fazla oluşu, aşırı merkeziyetçi bir yapı, hizmetlerin etkin ve verimli yerine getirilememesi, aşırı merkeziyetçi yapıya bağlı olarak ortaya çıkan hiyerarşi, demokrasinin tam anlamıyla geliştirilememesi, sürekli artan kamu açıkları, personel ve personel yönetimiyle ilgili düzenlemelerin yeterli olmayışı, aşırı personel istihdamı ve bu istihdamdan kaynaklanan sorunlar, dünya çapında değişen kamu yönetimi Türkiye'de idarede reformun nedenleri olarak ifade edilmektedir. Kısacası Türkiye'deki kamu yönetiminin sorunlarına baktığımızda niçin reform yapılması gerektiğini anlayabiliriz. Türkiye'de kamu yönetiminin sorunları olarak merkeziyetçiliği, örgütsel büyümeyi, yerel birimlerin güçsüzlüğünü, kırtasiyeciliği, yönetime katılmada eksikliği, gizliliği, kapalılığı, tutuculuk ve kuralcılığı, mevzuat sorunlarını, geleceğe yönelik bakış eksikliğini, koordinasyon yetersizliğini, denetim sorunlarını, yozlaşma ve çürümeyi, yönetimin siyasallaşması ve kayırmacılığı, yolsuzluk ve rüşvet gibi sorunları görürüz (Haktankaçmaz, 2009:132-160).

Türkiye'de reform çalışmasını gerektiren sorunlar özetle şu şekilde sıralanmıştır (Emre, 1991: 244-245):

- Türk kamu yönetiminin en çok aksayan yönü kaynakları etkin kullanmak suretiyle, hizmetleri hızlı, ekonomik ve kaliteli sunmak yerine, çoğu zaman değişen

koşullara cevap vermekten uzak hale gelmiş mevzuatın, amaç ve ruhunu göz önünde tutmaksızın, uygulamaya ve bu yolla kurulu düzenin sürdürülmeye çalışılmasıdır.

Bugünün ihtiyaç ve koşullarına uymayan, eskimiş ve daha çok gelenek ve alışkanlıkları yansıtan mevzuatın katı ve gereksiz ayrıntılara inen kuralları, kamu yönetiminin gelişmelere uymasını güçleştirmekte, hareket serbestisini sınırlamakta, hizmetin yürütülmesine yardımcı olmak yerine engel olmaktadır. Bu düzende, yetersiz hale gelmiş kurallara uyma, çoğu zaman iş görmeye üstün tutulmakta ve yeterli görülmektedir. Biçimsel yöntemlere uyulmaması durumunda ağır yaptırımlar söz konusu iken iş yapmama, hizmeti gereği gibi yerine getirmeme müeyyidesiz kalmaktadır.

Bunların sonucu olarak, yöneticilerde ve personelde, iş görme yerine biçimsel yöntemlere uymak suretiyle içinde bulunulan düzeni sürdürme; inisiyatif kullanarak girişimlerde bulunmak yerine pasif kalma yaygın düşünce ve davranış haline gelmiştir.

- Kamu görevlilerinin kuruluşlar arasında rasyonel biçimde dağıtılmaması, kuruluşların örgüt yapılarının gerçekleştirecekleri amaçlara uygun olmaması ve değişen koşullara uyacak esnekliğe sahip bulunmaması, görev, sorumluluk ve yetki sınırlarının açık bir biçimde belirlenmemesi, yetki devrinden kaçınılması Türk kamu yönetiminde görevlerin gereği gibi yerine getirilmesini engelleyen nedenlerin başında gelmektedir.

Öte yandan iyi düzenlenmemiş merkezden yönetim anlayışı, birçok hizmetin merkezde yapılmasını ve birçok temel kararın üst düzeylerde alınmasını gerektirmekte, bu durum zaman kaybına, tıkanıklara, yerel koşulların dikkate alınmamasına, kontrolün güçleşmesine, kırtasiyeciliğe ve hizmetlerde gecikme ve aksamalara neden olmaktadır.

- İdari usullerin iyi düzenlenmemiş olması, değiştirilmesi güç kalıplar içinde dondurulmak suretiyle esneklikten yoksun bırakılması, bu usullerin düzenlenmesinde hizmetten yararlananların taleplerinin yeterince dikkate alınmaması, hizmetin süratli ve etkin biçimde yerine getirilmesini önemli ölçüde engelleyen yoğun bir kırtasiyeciliğin doğmasına neden olmuştur. Bu durum, vatandaş-devlet ilişkilerini olumsuz biçimde etkilemektedir.

- Halkın hizmetlerle ilgili kararların alınmasına ve uygulanmasına katkısının yetersiz oluşu, Türk kamu yönetimini aslında çok güçlü bir yönetimi geliştirme aracından yoksun bırakmış bulunmaktadır.

- Türkiye’de kamu yönetiminde, yönetimin geliştirilmesi ve desteklenmesi yönünden yöneticilerin en önemli yardımcılarını bütçe, istatistik, organizasyon ve metot, personel ve eğitim birimleri gibi danışma hizmetlerine gereken önemin verilmemiş olması, kamu yönetimi alanındaki gelişmelerin izlenmesini, öğretilmesini ve uygulanmasını güçleştirmekte, modern bir yönetim düzeni kurulmasını engellemektedir.

- Bir yandan yukarıda bir kısmına değinilen faktörlerin sonucu olarak, Türkiye’de kamu yönetimi modern bir yapıya ve etkin bir işleyiş düzenine kavuşturulamamış, öte yandan siyasal, ekonomik ve sosyal koşulların yarattığı ortamın olumsuz yönde gelişmesi, bir ölçüde yönetime güveni sarsan birtakım manevi ve ahlaki zaafaların da yaygınlaşması sonucunu doğurmuştur.

Bu sorunlara rağmen Türkiye’de son yıllarda birçok kamu reformu gerçekleştirilmektedir. Son yıllarda gerçekleştirilen kamu reformlarında yeni kamu yönetimi yaklaşımı esas alınmaktadır. Yeni kamu yönetimi yaklaşımına göre kamu yönetimi şeffaf olmak, düşük maliyetle çalışmak, etkili olmak, katılımcı olmak, insan haklarına saygılı olmak, öngörülebilir olmak ve belirsizliği ve ayrımcılığı azaltacak şekilde hukuka dayanmak zorundadır ve ayrıca bu yaklaşımla hazırlanan kamu yönetimi reformu yeniden yapılanmada daha katılımcı, daha saydam ve insan hak ve özgürlüklerine saygılı bir kamu yönetimi ile kamu hizmetlerinin; adil, etkili ve verimli, süratli ve kaliteli sunumu amaçlanmaktadır (Salman, 2008:3-4).

Türkiye’de 1980 sonrasında yapılan kamu yönetimi reformlarını üç aşamada inceleyebiliriz. Birincisi 1980 yılından sonra başlayan ve 1985 yıllarına kadar devam eden dönemdir. Bu dönemde kamu yönetimi reform çalışmaları devlet tekellerinin ve sübvansiyonların kaldırılması, tasarrufa yönelme, yasal ve yapısal serbestleşme şeklinde açıklanabilir. İkinci aşamada ise; KİT (Kamu İktisadi Teşekkülleri)’lerin özelleştirilmesi ve kamuya yapılan hizmetlerde etkinliğin ve verimliliğin arttırılmasını görebiliriz. Bu aşamada özelleştirilmelere daha fazla ağırlık verilerek, piyasa anlayışı geliştirilmeye çalışılmıştır. Üçüncü aşamaya baktığımızda, 2002’den sonra yapılan reformlar göze çarpar. Bu dönemle beraber kapsamlı ve etkili bir kamu yönetimi reformu oluşturulmaya çalışılmıştır. Yeni kamu yönetimi anlayışı tam da bu dönemde ortaya çıkmıştır. Yeni kamu yönetimi anlayışıyla geleneksel hiyerarşik, katı kamu yönetimi anlayışından vazgeçilerek, daha ılımlı, demokratik, saydamlılık, şeffaflık ve hesap verebilirlik açısından özgürlüklere ve katılımcılığa daha fazla önem veren, sivil

toplum kuruluşlarının ve halkın yönetimde söz sahibi olmasını sağlayan bir yönetim anlayışı benimsenmiştir. Yani üçüncü aşamada yeni kamu yönetimi anlayışının etkilerini daha iyi görebiliyoruz. Kamu yönetiminde performansa dayalı, yerinden yönetime önem verilen bir reform anlayışı ön plana çıkmıştır. 2003 yılında Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu kabul edilmiştir. Bu aşamada kamu yönetimi reform paketinden bahsedilmektedir. Bu reformların amacı; yetki ve görevlerin yeniden paylaşımını sağlamaktır. Aynı zamanda merkezi yönetimin etkisinden kurtularak daha şeffaf, saydam ve etkinlik yönünden daha verimli bir yerel yönetim sistemi benimsenmeye çalışılmıştır. Çünkü sorunların merkezden değil de yerinden halledilmesi daha hızlı ve etkili bir çözüm sağlayacaktır.

Türkiye’de uzun bir zaman diliminden beri reformlar gerçekleştirilmektedir; ancak Türkiye’de kamu yönetiminin, kamu yönetimi alanında yeni kamu işletmeciliği bağlamında gelişmelere ayak uydurabilmesi ve bu doğrultuda toplumun değişen taleplerini zamanında karşılayabilmesi amacıyla 2003 yılı başında Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Hareketi ortaya çıkmıştır. ‘Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun’ Taslağı çerçevesinde kapsamlı bir dönüşümü amaçlayan bu girişim, önceki reform çabalarından esaslı bir biçimde ayrılarak, kamu yönetimi sisteminin, yerinden yönetim, insan haklarına saygı, öngörülebilirlik, hesap verebilirlik, katılım, şeffaflık, kaynakların etkin kullanımı gibi temel değerler üzerinde inşa edilmesini öngörmektedir (Salman, 2008:36).

Yeni kamu yönetimi Türkiye’deki kamu yönetimiyle ilgili güncel reformlarda çok etkilidir. 15/7/2004 tarih ve 5227 Sayılı ‘Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun’ Taslağı, yeni kamu işletmeciliği bağlamında değerlendirilmektedir. 5227 Sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Taslağı, kullandığı temel kavramlar ve savunduğu birçok ilkeyle yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının tipik bir yansımasıdır. Modern kamu yönetimi anlayışını yansıtan katılım, saydamlık, hesap verebilirlik gibi yeni kavramlar, bir yandan Türk Kamu Yönetimindeki çağdaş anlayışa uygun değişimi yansıtırken, aynı zamanda yeni kamu yönetimi anlayışının bazı temel özelliklerini de belirtmektedir (Işık, 2006:74).

Yeni kamu yönetimi anlayışı 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'na, 5302 Sayılı İl Özel İdaresi Kanunu'na ve 5393 Sayılı Belediye Kanunu'na etki etmiştir. 5302 Sayılı Kanun, 5216 Sayılı Kanun ve 5393 Sayılı Kanun, Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun tasarısını tamamlayıcı şekilde hazırlanmıştır. Örneğin 5302 Sayılı Kanunun genel gerekçesinde mahalli idarelerin yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde yeniden düzenlenmesi gerektiği ifade edilmektedir. Yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde yerel yönetimlere daha fazla görev ve sorumluluk verilmesi gündeme gelmektedir. 5302 Sayılı Kanunun genel gerekçesinde dikkati çeken noktalar toplumsal ihtiyaçların ve beklentilerin gün geçtikçe artması ve çeşitlenmesine bağlı olarak toplumsal ihtiyaç ve beklentilerin daha iyi karşılanabilmesi için “yerel nitelikli hizmetlerin sunumunda hizmetlerden yararlananların memnuniyetini artırmak; hukuka uygunluğu, etkinliği ve verimliliği sağlamak için vatandaş taleplerini temel alan bir anlayışı yönetime hâkim kılmak gerekmektedir.” Yine yeni kamu yönetimi anlayışı doğrultusunda, açık, katılımcı, sonuç odaklı, hesap verebilir, saydam, öngörülebilir bir yönetim mekanizmasının oluşturulması gerekmektedir. Genel gerekçede, bir yandan “çağdaş değişim ve gelişmeler”e yeterince cevap verebilmek, diğer yandan mahalli idareler düzeyinde daha fazla katılımı ve dolayısıyla demokrasiyi inşa edebilmek için yerel yönetimlerin yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde yeniden düzenlenmesi öngörülmektedir (Memişoğlu, 2006: 97).

5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu'nun tamamlayıcısı olan Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı 15 Temmuz 2004 tarihinde TBMM'de kabul edilmiştir. Ardından Cumhurbaşkanı A. Necdet Sezer tarafından birçok maddesi tekrar görüşülmek üzere TBMM'ye gönderilmiştir. Sonrasında tasarı yasalaşmadan rafa kalkmıştır. Bu kanun tasarısı dönemin zihniyeti ve AB'nin isteklerinin analizi açısından önemlidir. Her ne kadar tasarı bütün olarak rafa kalkmış olsa da içeriği parça parça yasalaşarak hayatımıza girmektedir. Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı, bu kapsamda yapılan çalışmaların en önemlisi ve dönüşümün ana unsurudur. Bu tasarı ile denetim alanındaki çok başlılık kaldırılarak denetimin sadece iç ve dış denetim olarak ikiye ayrılması öngörülmüştür. Buna paralel olarak da 5018 sayılı Kanununda iç denetim düzenlenmiştir. Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısının yürürlüğe girmesiyle, her Bakanlık teşkilat kanunlarında değişiklik yaparak bünyelerindeki teftiş

kurullarını kaldıracaklar ve denetimi 5018'in öngördüğü şekilde iç denetim şeklinde yeniden örgütleyeceklerdi. Tasarı yasalaşmayınca denetim sisteminde teftiş kurullarının yanında 5018'in öngördüğü üzere bir de iç denetim birimleri oluşturuldu. Ancak, Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı maddeleri yavaş yavaş gündeme gelmektedir (Güler, 2010:357).

KYTK tasarısı Türkiye'de kamu yönetiminde kapsamlı bir değişiklik yapmayı hedeflemiştir ve yeniden yapılanmayı sağlayıcı niteliktedir. Tasarı birçok alanda düzenlemeler içermektedir. Kamu yönetiminin işleyişi için birtakım ilkeler koyulmuştur. Merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasında yetki, görev ve sorumluluk paylaşımını yeniden düzenlemiştir. Ayrıca tasarı, merkezi yönetimi yeniden yapılandırmayı amaçlamıştır. Tasarı metninde kanunun amacı; katılımcı, saydam, hesap verebilir, insan hak ve özgürlüklerini esas alan bir kamu yönetiminin oluşturulması; kamu hizmetlerinin adil, süratli, kaliteli, etkili ve verimli bir şekilde yerine getirilmesi için merkezi idare ile mahalli idarelerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi; merkezi idare teşkilatının yeniden yapılandırılması ve kamu hizmetlerine ilişkin temel ilke ve esasları düzenlemektir (KYTK Tasarısı Madde 1) şeklinde ifade edilmiştir. KYTK'nın temel aldığı bu yeni yönetim anlayışı ve uygulaması (Salman, 2008:43-44);

- Piyasaya saygılıdır ve mümkün olduğu ölçüde piyasa araçlarını kullanır,
- Hukukun güvencesi altında sivil toplum kuruluşlarına geniş bir alan tanır,
- Yerel ve yerinden yapılarını öne çıkarır,
- Stratejik yönetim anlayışı içinde öncelikli alanlara yoğunlaşır, performansa ve kaliteye dayanır,
- Bilgi teknolojilerini yönetimin bütün süreçlerine yayar ve kullanır,
- Mevzuatta kısıaldıktan ve sadelikten yanadır,
- Yatay organizasyon yapısı ve yetki devrini gerektirir,
- Katılımın gelişmesi için gerekli güven ortamı ve mekanizmaları oluşturur,
- Hesap verebilirliği artırır,
- Herkesin bilgi edinme hakkı olduğuna inanır, herşeyin başı olan insan kaynaklarını geliştirmeye ve güçlendirmeye çalışır.

KYTK tasarısının, omurgasını oluşturduğu reform paketi, kamu yönetimi alanında paradigmanın değiştiğini öne sürerek, öncelikle zihniyet dönüşümünün sağlanmasının gerektiğini savunmaktadır. Zihniyet dönüşümü gerçekleşmeden, mevcut kalıplar içerisinde reformun gerçekleştirilmesi mümkün değildir. İkinci olarak reform, kamu yönetimi sorunlarının en büyük nedeni olan merkezîyetçi yapılanmayı hedef almakta ve yerel yönetimlere daha fazla yetki, görev ve kaynak aktarımını öngörmektedir. Buna göre sekiz bakanlığın taşra teşkilatları ve bazı genel müdürlüklerin taşra birimleri kaldırılmakta; bu yetki ve görevler, yerel yönetimlere devredilmektedir. Bu bağlamda İl Özel İdareleri ve belediyelerin hizmet yükü artmaktadır. Yerel yönetimlere bunca yetkinin devredilmesinin üniter yapıyı zedeleyeceği ve yerel yönetimlerin bu hizmetleri yürütemeyecekleri eleştirileri de söz konusudur. Yeterli kaynak devri yapılması durumunda geçici bir bocalama yaşansa da, yerel yönetimler bu yeni rollerini yeterince üstlenebilecek kabiliyete sahiptir (Kartal, 2006:82).

KYTK tasarısı geleneksel anlayıştan bir kopuşu ifade etmektedir. Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı farkını ve kamu yönetimi reformunun yeni bir anlayışla yapıldığını farklı bir dil kullanarak da göstermektedir. Tasarı incelendiğinde geleneksel idare kavramının yerine ‘kamu yönetimi’ kavramının kullanılması bunun açık bir göstergesidir (Canpolat ve Cangir, 2010:37).

KYTK Tasarısı’na göre kamu yönetiminde denetim iki türlü olacaktır. Biri iç denetimdir, diğeri ise dış denetimdir. İç ve dış denetimin performans denetimini kapsadığı görülmektedir. Kamu kurumlarında performans yönetimi, mantık olarak işletme düzeyinde ele alınan performans kavramından içerik olarak farklı değildir (Işık, 2006:81). Tasarıdaki en dikkat çeken noktalardan biri de insanın öneminin vurgulanması, insan kaynakları teriminden bahsedilmesidir.

Kamu yönetimi reformları kapsamında özünde uzun zamandır bilinen piyasa yöntemlerini ve rekabetçi mekanizmaları kamu yönetimi için önermek ve kamu yönetimi için uygulamak yatmaktadır. Yeni kamu yönetimi işletme yönetiminin yöntem ve tekniklerinin kamu yönetimine uygulanabileceğini, uygulanması gerektiğini öngörmektedir (Sezen, 2009:25). 1970’li yılların sonlarından itibaren, batılı ülkelerin

tamamında idari reform olgusunun ciddi şekilde ele alındığı görülmektedir (Tokmak, 2009:120).

Kamu yönetiminde artık reformlar, istenilen ve gerekli bir olgu olarak görülmeye başlamıştır. Gelişmiş ülkelerde kamu yönetimi anlayışında yaşanan dönüşüm süreci, katı, hiyerarşik ve bürokratik kamu yönetimi anlayışı yerine, esnek, çıktılara odaklı, vatandaşın talep ve tercihlerine önem veren, performans kriterlerine göre çalışan ve sonuçlardan dolayı yöneticilerin sorumluluk aldığı yeni kamu yönetimi anlayışının toplumda genel olarak kabul görmesi sonucunu doğurmuştur (Zengin ve Öztaş, 2008:85).

Türkiye’de yapılan ve Osmanlı döneminden bugüne kadar yapılmış idari reformların dışında belki de en önemlisi sağlık alanında yapılan reformlardır. Bu araştırmada incelenmeye çalışılan reform konusu sağlık reformudur. Yapılan tezin ana amacı sağlık alanında Türkiye’de gerçekleşen reformları değerlendirmektir. Bundan sonraki bölümlerde incelenen sağlık reformları, yeni kamu işletmeciliğinin de temellerini esas alan sağlık alanında gerçekleştirilmiş yeniliklerdir.

2. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE REFORMLARI

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE DEVLETİN ROLÜ

Sağlık her şeyin temelidir. Bireyin bebeklik, çocukluk, ergenlik, gençlik dönemlerinden başlayarak orta ve ileri yaşlara ilerlemesinde sağlık her zaman önemlidir. İyi sağlık koşulları olmadan bireyin sağlıklı yaşama başlaması mümkün değildir. Aynı şekilde, bireyin yaşamının her anında sağlıklı olması yaşamdan zevk almasının ve yaşama değerler katabilmesinin olmazsa olmaz koşuludur.

Sağlık, sadece bireysel anlamda değil, müreffeh bir toplum oluşturabilmek için de önem taşır. Günümüzde sağlık hizmetleri, bir ülkenin gelişmişlik seviyesini belirleyen en önemli toplumsal hizmetlerin başında gelir.

Geleneksel olarak sağlık hizmetleri hemen her ülkede ‘kamusal hizmet’ olarak ele alınmış ve devlet tarafından sunulması gereken bir hizmet olarak değerlendirilmiştir. Ancak, içinde yaşadığımız değişim çağında bir çok alanda olduğu gibi devletin sağlık hizmetleri alanındaki rolü ve fonksiyonlarında çok önemli değişiklikler yaşanmaktadır (Aktan, 2004:6).

Çağdaş ülkelerde toplumsal refahın gerçekleşmesi için devlet, savunma, eğitim, sağlık, yargı ve güvenlik gibi konularda doğrudan ve dolaylı olarak bir rol üstlenmektedir. Serbest rekabet koşullarının adil olmadığı ülkelerde genelde eğitim ve sağlık alanlarında devlet daha fazla ön plana çıkmaktadır. Devlet, sağlık alanında da bireylerin en verimli şekilde sağlık hizmetlerini karşılamakla yükümlüdür.

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. maddesinde sağlık hakkına ilişkin olarak ‘her insanın yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve gerekli toplumsal hizmetler de dahil olmak üzere, kendisinin ve ailesinin sağlığını ve refahını sağlayacak uzun bir yaşam düzeyine hakkı olduğu; işsizlik, hastalık, sakatlık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun kaldığı diğer hallerde güvenlik hakkına sahip olduğu’ ifadesi ile sağlık hakkı da temel insan hakları arasında sayılarak, kişinin yaşam bütünlüğünün önemli bir ögesi, uluslararası bir metin ile garanti altına alınmıştır (Çalış, 2006:105).

Sağlık sektörüne tahsis edilen kıt kaynakların, toplumun çeşitli ve sınırsız olan sağlık ihtiyaçları arasında öncelik sırasına göre tahsis edilmesi fonksiyonu devletin sağlık hizmet piyasalarıyla ilgili rolü konusunda ana bir çerçeve sağlamaktadır (Mutlu ve Işık, 2000:27).

Devletlerin sağlık sektörüyle ilgili genel görevleri şöyle sıralanabilir;

-Tam kamusal ve yarı kamusal malları üretmek

-Sağlık hizmetlerinden yeteri kadar yararlanamayan bireylerin taleplerine karşılık vermek amacıyla düzenlemelerde bulunmak (temiz su sağlanması, gönüllü aşılama, temiz çevre sunulması vb.).

-Piyasa başarısızlıklarına karşı önlem almak

-Sağlık hizmeti üretenlerle tüketenlerin arasında oluşan eksik bilgilenmeyi ortadan kaldırmak

-Sağlık giderleri için finansmanı kısmen ya da tamamen karşılamak

Yani sağlık mal ve hizmetleri piyasasında devlet; sağlık hizmeti üreterek, sağlık hizmetleri satın alarak, sağlık göstergelerini kontrol ederek ve izleyerek, sağlık alanında araştırma ve geliştirme yaparak, sağlık sektöründe teknolojik gelişmeyi izleyerek, sağlık piyasalarını düzenleyerek, sağlık hizmetleri ile ilgili tam bilgilenmeyi sağlayarak, sağlık işgücünü geliştirerek, herkesin erişebileceği düzey ve yaygınlıkta sağlık hizmeti sunarak, muhtelif görev ve fonksiyonlar üstlenmektedir (Baker, 2002:73).

Kamu kesiminin üretici rolü ile ilgili açıklamaların ardından düzenleyici rolün kapsamı ile ilgili detaylı açıklamalara inmekte yarar vardır. Devletin düzenleyici rolüne başlıca şu nedenlerle ihtiyaç duyulmaktadır (AHRQ, 2001:1-15):

-Sağlık hizmetlerinin eşitlik ve adalet ilkeleri doğrultusunda bütün yaş oranına ve bütün bölgelere en verimli şekilde ulaştırılması,

-Sağlık sektöründe çalışan bireylerin arasındaki uyumsuzlukları çözüme kavuşturarak maliyetleri minimize etmek,

-Sağlık sektörüne harcanan finansmanların törpülenerek en etkin şekilde kullanılmasını sağlamak,

-İş güvenliğine daha çok önem vererek insanların çalışma ömrünün uzamasını sağlamak,

-Sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmak,

-Sağlık hizmetini yerine getiren kişilerin eğitimini en iyi şekilde sağlamak,

-Sağlık hizmeti sunanlara gerekli fonları bulmak ve sağlamak.

Kısaca devletin sağlık piyasasında yapması gereken rol, hizmet üretmek ve üretilen bu hizmetlere finansman bulmaktır.

Dünyadaki değişim trendleri ve değişim dinamiklerine paralel olarak sağlık hizmetleri alanında da devletin rolü ve fonksiyonlarında önemli değişimler gözlenmektedir. Devletin sağlık alanındaki yeni rolü ve fonksiyonlarını başlıca yedi ana başlık altında ele alabiliriz (Aktan, 2004:11):

Yönlendirme Fonksiyonu: Devlet sağlık hizmetlerini doğrudan değil de dolaylı olarak yönetmektedir. Çünkü doğrudan yönetimin idari ve bürokratik maliyeti yüksek olduğu için bu fonksiyondan yararlanılmaktadır.

Planlama Fonksiyonu: Devletin sağlık alanında stratejik planlar oluşturmasıdır. Sağlık hizmetlerinin üretilmesinden, sağlıklı işgücü ve sağlık elemanı yetiştirilmesine kadar sağlıkla ilgili her planlama bu fonksiyon içinde yer almaktadır.

Denetim Fonksiyonu: Bu konu devletin temel fonksiyonları arasındadır. Devletin sağlık sektöründe görev alan bireyleri ve sağlıkla ilgili yerleri denetlemesidir. Hem kamu hem de özel sektör açısından sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde etkinliğin, erişilebilirliğin, kalitenin ve gerekli koşulların ne kadar sağlandığının denetlenmesidir.

Düzenleme Fonksiyonu: Kamu ve özel sektörde yerine getirilen sağlık hizmetlerinde kurallara ne kadar uyulduğunun kontrol edilmesi ve düzenlenmesi fonksiyonudur.

Hizmet Sunum Fonksiyonu: Devletin koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanması ve diğer sağlık hizmetlerinin özel sektöre bırakılması fonksiyonudur. Bu fonksiyon genellikle gelişmekte olan ülkelerde uygulanmaktadır. Bu uygulamayla amaçlanan, özel sektörün gelişmesi için teşvikinin sağlanmasıdır.

Finansman Fonksiyonu: Koruyucu sağlık hizmetlerinde finansmanı devletin genel bütçeden karşılaması, diğer sağlık hizmetlerinde ise alt gelir grubundakilerin özel kesime yönlendirilmesi ve özel kesimin fon kaynakları bulma açısından desteklenmesidir.

Enformasyon Fonksiyonu: Devletin sağlık hizmetleriyle ilgili halkı her türlü teknolojik araçlarla bilgilendirmesi fonksiyonudur.

Günümüzde devletlerin sağlık sektörü üzerindeki genel rolü sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve finansmanının sağlanması yönündedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini kendi yerine getirmeye çalışırken, diğer sağlık hizmetlerini özel sektöre bırakarak rekabet açısından da özel sektörün gelişmesi sağlanmaktadır. Yine de temel hizmetlerin verilmesi yönünde devletin rolünün devam edeceği açıktır.

1970’li yıllarda yapılan bir araştırmaya göre az gelişmiş ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında sağlık hizmetlerinde görülen farklılığın fazla olduğu görülmüş ve aradaki bu uçurumun azalması için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1977 yılındaki Genel Kurul’unda bazı kararlar alınmıştır (Öztek, 2001:9).

Bu kararları şu şekilde özetleyebiliriz:

1. Sağlık, ekonomik ve sosyal kalkınmanın temel ögesidir.
2. Toplum, sağlık hizmetlerinin planlama ve uygulamasına katılmalıdır.
3. Sağlık hizmetlerinde, sektörlerarası işbirliği temeldir.
4. Sağlık hizmetleri toplumdaki herkese, onların kabul edebilecekleri biçimde sunulmalıdır.
5. Ekip anlayışı içinde, hekim dışı personel kullanımına önem ve öncelik verilmelidir.
6. Hizmetlerin her kademesinde, o ülkeye uygun teknoloji kullanılmalıdır.

Bugün birçok ülke rekabet açısından daha iyi işler yapmak amacıyla kamu sektörünü küçültme yoluna gitmektedir. Devletler, ekonomik yönden yerine getirmek zorunda oldukları bazı görevlerinin yanı sıra sağlık alanında da birçok değişikliğe gitmektedirler. Sağlık alanında ortaya çıkan ilk görev olarak da vatandaşlarının sağlıklarının güvence altında tutulması ve en iyi şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamaktır. DSÖ’nün Kazakistan’ın Başkenti Alma-Ata’da almış olduğu kararlar şu şekilde ifade edilmektedir:

‘Tüm hükümetler geniş çaplı ulusal sağlık sisteminin bir parçası olarak temel sağlığı başlatmak ve yürütmek ve aynı zamanda diğer sektörlerle iş birliği yapmak için gerekli ulusal politika, strateji ve çalışma planlarını yapmalıdırlar. Böyle bir sonuç için politik amaçları kullanmak ve memleketin kaynaklarını harekete geçirmek ve mevcut dış kaynaklarından yeterince yararlanmak gereklidir’(BM Alma-Ata Deklerasyonu 1978 Madde 8).

Bu ilkeyi daha iyi yorumlayabilmek için temel sağlık hizmetlerinin dört yönünü bilmek gerekir (PAHO; 2000:4-8):

- 1-Temel sağlık hizmetleri tüm toplumu ilgilendirir.
- 2-Temel sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde anahtardır.
- 3-Temel sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin ilk basamağıdır.
- 4-Temel sağlık hizmetleri, minimal bakım hizmetlerini içerir

1. Temel sağlık hizmetleri tüm toplumu ilgilendirir.

Temel sağlık hizmetlerinin en önemli özelliği, sağlık hizmetlerinin geneli, bir başka ifadeyle tüm toplumu ilgilendirmesidir. Bu görüşün temelini şu dört ana nokta oluşturur(Aktan, Işık, 2004:32):

Sosyal Eşitlik: Sağlık hizmetlerinden yararlanmak tüm insanların hakkıdır. Sağlık hizmetleri sadece şehir merkezlerinde oturan insanlara ulaştırılması gereken bir hizmet değil, aynı zamanda en ücra köşelerde yaşayan insanların da kullanması gereken bir hizmettir. Çünkü sosyal adalet anlayışı herkesin eşit haklara sahip olduğunu belirtmektedir.

Öz Sorumluluk: Tüm vatandaşlar kendi sağlığıyla ilgilenmeli ve sağlıklarını korumalıdırlar. Çünkü gelişmiş ülke özelliklerine sahip olabilmek sağlıklı bir toplumdur. Bunun için de insanların kendi sağlıklarını en iyi şekilde korumaları, toplumun gelişmesini sağlamak anlamına gelmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Boyutu: Sağlık kavramı, çok geniş bir kavramdır. İnsanların mutluluğu da sağlıklarına bağlı olduğu için diğer sektörlerle mutlaka bir bağlantısı vardır.

Uluslararası Dayanışma: Ülkelerin ekonomik, politik, sosyal ve sağlık durumları birbirlerinden farklı olduğu için, sağlık alanında ileri düzeyde olan ülkelerin geri kalmış ülkelere yardım ve destek vermeleri gerekmektedir.

2. Temel sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde anahtardır.

Ülkede yerine getirilen sağlık hizmetlerinin doğru bir şekilde kurallara uyup uyulmadığının tespiti için kontrol edilmesi gereklidir. Bu kurallar şu şekilde sıralanabilir:

-Toplum sağlık hizmetlerine katılmalıdır.

-Toplum içinde halkın ilk başvuruları için hizmet birimleri kurulmalıdır.

-Sağlık örgütlenmesi içinde kademeli bir hasta sevki sistemi işletilmelidir.

-Hizmetler sürekli olmalıdır.

-Sağlık yönünden tehlike altındakileri belirlemek için evlere ve iş yerlerine kadar uzanan bir sistem oluşturulmalıdır.

-Hizmet modeli kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler biçimde olmalıdır.

-Hizmet modeli o ülkenin toplumuna ve koşullarına uygun olmalıdır.

3. Temel sağlık hizmetleri, temel hizmetlerinin ilk basamağıdır.

Temel sağlık hizmetlerinde ilk basamak sağlık ocaklarıdır. Eğer tedaviler ilk basamakta yeterli olmazsa, hastalar ikinci basamağa (hastaneler) sevk edilirler. Hastanelerin çok kalabalık olmaması ve işlerin aksamaması için ilk basamak sağlık hizmetleri önemli bir yere sahiptir.

4. Temel sağlık hizmetleri minimal bakım hizmetlerini içerir.

Alma-Ata Bildirisinde ‘minimal bakım’ kavramından söz edilmektedir. Sağlıkta minimal hizmet ve bakım şunları içermektedir (Öztek, 2006:2):

-Halkın sağlık eğitimi

-Beslenme durumunun geliştirilmesi

-Temiz su sağlanması

- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması
- Başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama
- Endemik hastalıkların kontrolü
- Sık görülen hastalıklar ve yaralanmaların uygun tedavisi
- Temel ilaçların sağlanması

Bir çok nedenden ve faktörden dolayı insanlar ve devletler, sağlığa daha çok önem vermekte ve sağlık hizmetlerini daha da arttırma yoluna gitmektedirler. Günümüzde devletin temel sağlık hizmetlerini kendisinin finanse etmesi, özel sektörün bu hizmetleri yeteri kadar yerine getirememesi düşüncesiyle devletin elinden sunulması ve finansmanı gerekli bir durum olarak görülmektedir. Yani sağlık mal ve hizmetleri piyasasında devlet; sağlık hizmeti üreterek, sağlık hizmetleri satın almak, sağlık göstergelerini kontrol etmek ve izlemek, sağlık giderleri için finansmanı kısmen ya da tamamen karşılamak durumundadır.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÇEŞİTLERİ

Sağlık hizmetlerinin temel amacı hastalıkları önlemek, kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumaktır, ancak herkesi her hastalıktan korumak mümkün olamaz. Bu durumda ikinci aşama ortaya çıkan hastalıkların tedavisinin sağlanmasıdır. Tedavi hizmetleri sonucunda ise bazı kişiler iyileşirken, bazıları yaşamlarını kaybeder ve bazıları da sakat kalabilirler. Üçüncü aşama ise sakat kalanların başkalarının yardımı olmadan kendi yaşamlarını sürdürebilmelerinin sağlanması ve rehabilite edilmeleridir. Dünya Sağlık Teşkilatı '2000 Yılında Herkese Sağlık Programı' çerçevesinde sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıklar ve hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması için uygun gördüğü iyileştirme önerilerini dört başlık altında toplamıştı (Şimşir, 2009:17):

1. Sağlıkta eşitlik, ülkelerarası ve aynı ülkelerdeki nüfus grupları arasında sağlık göstergelerindeki farklılıkların ortadan kaldırılması,
2. Sağlıklı bir hayat için, insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak yaşama anlam kazandırılması,
3. İnsanların önemli hastalık ya da sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını arttırarak sağlıklı yaşam yıllarının arttırılması,

4. Doğuştan beklenen yaşam süresinin yükseltilerek, yaşam süresinin uzatılmasıdır.

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç ana grupta toplanmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:34).

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Henüz bedenen, ruhen ve sosyal açıdan iyilik halini yitirmemiş kişilere yönelik uygulamalardır. İnsanları hastalıklardan koruma ve sağlığı geliştirme konusunda yapılan hizmetler olup, biri insanın çevresine, diğeri kişiye yönelmiş önlemler olmak üzere iki temel grupta toplanır. Koruyucu hekimlik hizmetleri hastalıklardan koruma yanında erken tanı ve tedavi (ikincil koruma) ve hastalığın nüküs ve komplikasyonlarından korumayı (üçüncül koruma) da kapsar. Birincil koruma, çevreye yönelik olanlar; çevremizde sağlığımızı olumsuz olarak etkileyen biyolojik, fizik ve sosyal etkenleri kaldırma olarak değerlendirilebilir. Kişiye yönelik olarak ise aşılama, dengeli beslenme, kadınlarda aşırı doğurganlığı önleme ve kişilere sağlıklarını nasıl koruyacaklarını öğretmektir. İkincil koruma, erken tanı ve tedavi, hastalık belirtileri ortaya çıkmadan veya önemsemeyecek kadar hafif iken laboratuvar ve röntgen muayeneleriyle hastalığa tanı koymak demektir (Görgün, 2009:70).

Ruhsal sağlığın korunması açısından stres, depresyon gibi sorunların değerlendirilmesi, gürültü, trafik, kişiler arası ilişkiler gibi konularda rehberlik, psikolojik danışma hizmetlerinin verilmesi ve yasaların etkinliğinin artırılması ile çevresel faktörlerin kontrol altına alınması sağlanmalıdır. Sosyal sağlık açısından, yetişkinler, çocuklar, gençler, yaşlılar ve diğer özel toplum kesimlerine yönelik aktivitelerin planlanması gereklidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde yaklaşım, genelde bireyin davranış tarzının düzeltilmesine yönelik olup, sosyal ve ekonomik koşulların düzeltilmesi, sağlık eğitiminin verilmesi ve sağlığını koruyucu davranış tarzının benimsetilmesi gerekmektedir. Hekimler bu hizmeti, hemşire, ebe gibi sağlık personeli ile birlikte yürütürken, beslenme hizmetlerinde ve sağlık eğitimi konularında tarımcı ve eğitimci gibi diğer çalışanlarla da işbirliği yaparlar (Fişek, 1983:3).

2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireyin sağlık durumundaki rahatsızlıkların giderilerek, bireyin iyileşmesinin sağlanması tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamındadır. Bu hizmetlerin gereğine uygun sunulması hem bireylere içsel fayda hem de topluma dışsal fayda sağlar.

Sağlık durumlarında bozuklukları olan bireyler mali yetersizlik, cehalet ya da korku gibi sebeplerle tedavi olmazsalar topluma dışsal negatiflik yayılmış olur. Tedavi hizmetlerinin bazılarının sadece dışsal fayda sağlama özelliği bulunur. Mesela tüm toplumun aşılması koşuluyla tifo, çiçek gibi hastalıkları önlemek için yapılan aşılardan sonuç alınabilir (Kömürlü, 2010:8).

Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların ilk defa hekimle görüştüğü ve sağlık sistemi ile ilk temas ettikleri yerlerdir. Bu yerlere örnekler ise sağlık ocakları, verem savaş dispanseri, aile ve çocuk sağlığı gibi merkezlerdir.

İkinci basamak sağlık hizmetleri denildiğinde ise sağlık ocaklarında tedavisi mümkün olmayan hastaların il ve ilçelerde bulunan küçük ya da orta büyüklükteki hastanelerde tedavi gördükleri yerlerdir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise araştırma ve eğitim hastaneleri tarafından sunulan hizmetleri kapsayan yerlerdir. Bu kurumlarda yoğun bilgi ve teknolojik aletlerle hastaların tedavileri yapılmaya çalışılmaktadır.

Her üç basamaktaki sağlık hizmetlerine bakıldığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin daha fazla olduğu görülür. Birinci basamak sağlık hizmetleri diğer basamaktaki sağlık hizmetlerine göre daha koruyucudur ve daha az karmaşıktır. Daha fazla yatırım ihtiyacı duyulduğu için diğer ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri birinci basamaktaki sağlık hizmetlerine göre daha pahalıdır. Üç sağlık hizmetleri basamağının da eşgüdümle çalışması gerekmektedir. Çünkü birinci basamakta tedavi görebilecek bir hastanın ikinci ve üçüncü basamağa yönlendirilmesi, iş gücünü daha fazla arttırıp verimliliği düşürecektir.

2.2.3.Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ya da kaza sonucu kişilerin yitirdikleri fiziksel ya da ruhsal bozukluklar ve kısıtlıkların ortadan kaldırılmasını amaçlayan hizmetlerdir. Bu şekilde kişi tamamen iyileşmese bile, mevcut halinin daha iyi bir konuma getirilmesi, toplum

içinde uyumlu olarak bu halleriyle yaşamaya alıştırmaları, kendileri ve ailelerinin yaşadıkları acıyı azaltmaya yönelik çalışmalardır. Yataklı ya da yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından bu hizmetler verilmektedir. Rehabilitasyon merkezleri, yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde; ‘organ, sinir, adele ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum ve servisler’ olarak belirtilmektedir (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Sayı:4247, 2005). Doğuştan ya da sonradan ortaya çıkan sakatlıkların düzeltilmesi, hareket kabiliyetinin artırılmasına, işitme, görme özürlülerinin en aza indirilmesine yönelik çalışmalar tıbbi rehabilitasyon kapsamında değerlendirilmektedir. Özürlülerin topluma uyum sağlamalarına yönelik, günlük hayata aktif katılım, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilme, işe uyum, yeni iş bulma gibi çalışmalar da sosyal rehabilitasyon kapsamında yer almaktadır (Görgün, 2009:72).

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE FİNANSMAN KAYNAKLARI

Sağlık finansman sisteminde yeniden yapılanma sürecinde başlıca iki faktörün rol oynadığı söylenebilir: Genel sosyo-ekonomik politikalarda 1980’li yılların başından beri yaşanan değişimler ve toplumun daha geniş bir kesimini sağlık güvencesine kavuşturma yönündeki baskılar (Pauly’den Aktaran Yalçın,Yıldırım, 2001: 1) Finansman sisteminde yeniden yapılanmanın temel yapı taşlarından biri ‘kaynağın’ ne olacağı ile ilgilidir. Kamusal ve özel finansman kaynakları arasındaki denge ile bu iki finansman grubunda yer alan her bir kaynağın diğerlerine oranla ne ölçüde rol oynayacağı bu süreçte en kritik konular arasında yer almaktadır (Tatar, 1996:42).

Sağlık sektörü ile ilgili makro düzeyde finansman, sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağına ve bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde, miktarda, zamanda ve etkili bir biçimde yönlendirilmelerine ilişkin, ilke ve esasları içeren bir kavramdır (DPT, 2001:3).

Mikro düzeyde finansman ise, her düzeydeki sağlık işletmelerinde, sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlaması için ihtiyaç duyulan fonların sağlanması, bu

fonların yatırımlara yönlendirilmesi ve oluşan gelir veya karların dağıtımı ile ilgili bir dizi karar ve işlemi içeren bir fonksiyondur (DPT, 2001:3).

Tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesi için sürdürülebilir kaynak yaratmak temel amaç olmalıdır. Herkese finansal koruma sağlarken adaleti gözetmek, kaynakları verimli bir şekilde kullanmak ve kaynak oluştururken insanların yoksullaşmasını engellemek gibi hedefleri bulunmalıdır (İstanbuluoğlu vd., 2010:89).

Devlet, gerek ekonomik kalkınmayı sağlamak gerekse geleceklerini planlamada istekli ve akılcı davranan sağlıklı insanları yetiştirmek için sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına ve iyileştirilmesine çalışmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, yaygınlaştırılması için sağlık hizmeti veren kurumların harcamalarının artması kaçınılmazdır. Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde yapılan sağlık harcamalarının finansmanı vergilerden, sigorta primlerinden ve doğrudan ödemelerden karşılanmakta ancak finansman kaynakları yeterli olmamaktadır (Orhaner, 2006:3).

Sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu kaynaklar vergi ve sigorta temelli olarak ele alınmaktadır. Bu finansman yöntemlerinden hangilerinin finansal açıdan sürdürülebilirliği (financial sustainability) ve kapsamlı ulaşımı (universal access) daha iyi sağlayabildiği konusunda oldukça yoğun tartışmalar yapılmaktadır. Ancak bu yöntemlerin bir karmasının kullanılması en iyi seçenek olarak görülmektedir (DSÖ, 1999:131). Çoğu gelişmekte olan ülke sağlık hizmetleri finansmanının yetersizliği veya kaynak tahsisinin gerek sektörel bazda ve gerekse de sağlık sektörünün kendi içinde tahsisinde yaşanan problemleri önemsemektedirler. Kaynak ihtiyacı veya kaynakların yetersizliği; artan ihtiyaçların, diğer taraftan da artan nüfusun bir fonksiyonu olmaktadır. Son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan finansman sıkıntılarını ortadan kaldırmak için; çeşitli kurum ve kuruluşlar, sağlık sektörüne ayrılan payların arttırılması, sağlıkta önceliklerin dikkate alınarak kaynak tahsislerinin buna göre yapılması, kaynak açığının belirlenmesi çalışmaları, mevcut kaynakların daha etkili ve verimli tahsisi için çeşitli girişimlerde bulunmuşlardır (Newbrander at al'dan Aktaran, Yalçın ve Yıldırım, 2001:4).

Bir ülkede hangi finansman mekanizmasının kullanılacağı ise o ülkenin ekonomik, tarihsel, teknolojik vs. gibi değişkenlerine bağlı olarak şekillenmektedir.

Gelişmiş batı toplumlarında veya AB ülkelerinde temelde genel vergiler veya sosyal sağlık sigortası ağırlıklı finansman mekanizmalarından birisi kullanılmaktadır. Sağlığın kendine has özelliklerinden, özellikle de kimin ne zaman hastalanacağını belli olmaması ve sağlık problemi ve ihtiyacı ile karşılaşıldığında da çok yüklü miktarlarda giderleri (maliyetleri) gerektirmesi sonucu, sağlık hizmetlerinin finansmanında kolektif sorumluluk zorunluluğunu da beraberinde getirmiştir. Güçlü ekonomilere ve adaletli vergileme sistemine sahip kimi ülkeler sağlık hizmetlerindeki bu kolektif sorumluluğu ‘genel vergiler’ yoluyla karşılamaya çalışırken, kimi ülkeler de bu sorumluluğu ‘zorunlu sosyal sağlık sigortasını’ kurarak primlere yüklemişlerdir. Kısacası sağlığın doğasındaki maliyetlerin yüksekliği ve risk; kolektif sorumluluğu, kolektif sorumluluk da sosyal sigortayı doğurmuştur (Yıldırım, 2005:2).

Sağlık finansmanında, ülke içinde dışsalıkların içselleştirilmesi amacıyla sağlık piyasalarının düzenlenmesinde, vergi ve sübvansiyon vb. araçlar kullanılmaktadır. Finansman araçları ise, genel olarak özel kaynaklar ve kamu kaynakları olarak iki temel grupta toplanabilir. Özel kaynaklar; kar amaçlı kuruluşlar, kar amaçlı olmayan kuruluşlar (hayır kurumları, vakıflar, sivil toplum örgütleri vb.) ve bireylerin ödemelerinden (katkılarından) oluşmaktadır. Burada bireysel katkılar, sağlık hizmetlerinden yararlananların yaptığı ödemeler ile bireysel olarak sağlık hizmetine yapılan bağışlardan oluşmaktadır. Kamu kaynakları ise, ulusal ve uluslararası finansman kaynaklarıdır. Ulusal kaynaklar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin kendi kamusal kaynaklarıdır (bunlar genellikle vergiler ve kamu sigortalarının primlerinden oluşmaktadır). Uluslararası finansman kaynakları ise, uluslararası mali kuruluşlar (Dünya Bankası), gelişmiş ülkelerin ayırdıkları fonlar, uluslararası organizasyonlar (Birleşmiş Milletler) ve örgütlerdir. Bu kuruluşların küresel sağlık malı üretimi için gerçekleştirdikleri faaliyetler yalnızca hizmet üretimine finansman sağlamakla sınırlı değildir. Ayrıca, bilgi üretmek, küresel sağlık konusunda araştırmalar yapmak, istatistikler oluşturmak, geleceğe ilişkin tahminler yapmak ve gelişmekte olan ülkelere tıbbi bilgilerin aktarılması görevleri vardır. Ek olarak, özellikle bulaşıcı hastalık krizleri ile ilgili olarak (ve her krizin niteliğine göre ayrı ayrı) politikalar oluşturmak, finansman, bilgi ve yönetimi sağlamaktadırlar (Earth Summit Aktaran Mutlu, 2006:61).

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları; devlet bütçesi, genel vergi gelirleri, sosyal sigorta, özel kesim ve diğer kaynaklardır.

Kamusal nitelikli sağlık finansman yöntemlerinin doğuşu XIX. yüzyılın sonlarına dayanmaktadır. XIX. yüzyıl sonunda sosyal sigortacılık yöntemi ile başlayan kamusal nitelikli finansmanı, XX. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkan vergilerle finansman izlemiştir (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010:92).

Genel vergi gelirleri günümüzde sağlık hizmetleri finansmanında kollektif sorumluluğun yerine getirilmesi noktasında yaygınlıkla başvuru olan finansman kaynaklarından biridir. Sistem içindeki ağırlığı ülkeden ülkeye, başta politik ve ekonomik rejim farklılıklarına bağlı olmak üzere, değişiklikler göstermektedir. Kollektivist nitelikli politik rejime sahip ülkelerde (sosyalist ülkeler) sistemin doğası gereği genel vergi gelirleri finansmanda başvuru olan neredeyse yegane kaynak niteliğindedir. Bunun dışında kalan ülkelerde ise bu kaynağın sistem finansmanındaki ağırlığını belirleyen en önemli öğelerden biri ise toplumun kollektif sorumluluğu ne ölçüde kamusal yollarla üstlendiğine bağlı olarak Beveridge ve Bismarck'çı yaklaşım tercihidir (Tatar, 1996:45).

Genel vergi gelirleri sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan en temel kaynaklardan biridir. Genel vergi gelirlerinin sağlığa tahsisinde çeşitli faktörler etkili olmakla birlikte politik baskılardan oldukça etkilenmektedir. Bu baskılar zaman zaman sağlık hizmetlerinin sunumunda verimliliği ve eşitliği son derece etkilemektedir (Sorkin'den Aktaran Yalçın ve Yıldırım, 2001:4).

Bismarck'çı yaklaşım, kanuni olarak ilk kez 1883 yılında, Bismarck tarafından Almanya'da uygulanmıştır. Bu uygulama hastalık fonuna üye olma zorunluluğunu ve fonun finansmanının işçi ve işverenlerden alınan zorunlu katkılarla gerçekleştirilmesini gerektirmektedir. Çok kısa bir süre sonra iş kazası ile sakatlık ve yaşlılık sigortalarının da ortaya çıkmasına neden olan zorunlu hastalık sigortası, zaman içinde gelişerek diğer birçok ülkenin sosyal güvenlik sistemine örnek oluşturmuştur (İstanbuluoğlu, 2010:86).

Sigortanın temelinde belirsizlik yatmaktadır. Bireylerin ne zaman hastalanacağı ve hastalandığı zaman da ne kadar para harcanacağı belli olmadığından olası riskleri kollektif bir şekilde karşılamayı amaçlayan sigorta olayı ortaya çıkmıştır (Yıldırım ve Yalçın, 2001:2). Almanya'da ulusal sağlık sigortasının mimarı olan Bismarck'ın modeli gelişen dünyada oldukça uygulama alanı bulmuştur. Uygulanan bu modele göre sağlık sigortasında üzerinde mutabakata varılan oranlarda, maliyetlerin bir kısmını çalışan bir

kısmını işveren üstlenmektedir ve devlet düzenleyici (regülasyon) fonksiyonunu üstlenerek ve bazen de fakirlerin primlerine veya kronik hastalıklar gibi sigorta edilmesi zor kesimlerin primlerine katkıda bulunarak finansmanda katkı sağlar (Maxwell'den Aktaran Yıldırım, 2001:4-5).

Bir diğer finansman kaynağı olan özel kesim kaynakları, bireylerin sağlık harcamalarının finansmanına doğrudan ödemelerle ya da kamu sağlık sigortası dışında kendi iradesiyle özel sağlık sigortası yaptırarak katılabilmelerini sağlar. Bilindiği gibi hastalık insanların yaşamını, gelir düzeyini, iş yaşantısını etkilemektedir. Özellikle gelir seviyesi yüksek olan kişiler muayene, teşhis, tedavi, ilaç, vb. giderlerini doğrudan ödemektedirler. Bununla beraber kamu sağlık sigortası çok sayıda kişiye belli sayıda risklere karşı asgari güvence sağladığından daha fazlasını isteyen kişiler özel sağlık sigortası yaptırmaktadır (Orhaner, 2006:11). Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür (Orhaner, 2000:76).

Sağlık harcamalarının finansman kaynakları arasında yurtiçinde ve yurtdışında yaşayan vatandaşların bağış ve yardımları, uluslararası bazı kuruluşların (Dünya Bankası, UNICEF, vb.) yardım ve kredileri de sayılabilir (Orhaner, 2006:10). Dış yardımların amacına ulaşabilmesi için söz konusu yardımları koordine edecek ve yönlerecek bir aktörü ve düzenlemeleri gerekli kılmaktadır. Dış yardımlar oldukça politik bir konudur. Ancak eğer gereği gibi ele alınıp değerlendirilirse sağlık sektörü için yararlı bir finansman kaynağı olabilir (Mach'ten Aktaran, Yıldırım, 2001:7).

Türkiye'de Kamu sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi ya da bütçeye kaynak oluşturan vergilerdir. Sağlık Bakanlığı başta devlet memuru ve emeklileriyle bunların aile bireylerine ayrıca sağlık güvencesi altında olsun ya da olmasın tüm ülke halkına sağlık hizmeti sunmakta, gelirleri; genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşmaktadır. Genel bütçe içinde payı fazla artış göstermeyen Sağlık Bakanlığı bütçesi son yıllarda bütçe dışı kaynaklardan daha fazla beslenir olmuştur (Orhaner, 2006:7).

Kamu sağlık sigortası ile sosyal sigorta kurumları sigorta kapsamında olan kişilerden, işverenlerden ve devletten sağlık primi adı altında gelir elde etmekte bu gelir

ile sağlık giderlerini karşılamaktadır. Sağlık sigortasından yararlanma koşulları, sağlık yardım turleri, ödenecek prim miktarları ve süresi sosyal sigorta kurumlarının kuruluş kanunlarında belirtilmiştir. Bununla beraber sosyal güvenlik kuruluşları daha önce izledikleri yanlış politika, enflasyon, emeklilik yaşının düşük olması, devlet müdahaleleri ve insan ömrünün uzaması, vb. nedenlerle sigorta ödemelerinde zorlanmaktadır (Orhaner, 2006:11).

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Hizmet sunumunda ise iki temel ayaktan söz edilebilir; aile hekimliği ve özerk sağlık işletmeleri. Aile hekimi aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır:

‘Aile hekimi, kişiyi ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alarak koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan ve kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik, hem ruhsal, hem de sosyal yönleriyle ilgili olan, kişilerin kendi seçtikleri hekimidir. Aile hekimi ile kişi arasında sürekli bir ilişki bulunması ve bu ilişkinin her iki tarafın da isteği doğrultusunda sürdürülmesi esastır. Aile hekimi, kişinin sağlığını emanet ettiği, her türlü sağlık sorununda danışmanlık aldığı, sağlığının korunması ve sorununun giderilmesi için ilk başvurduğu hekimdir’ (Sağlık Bakanlığı, 2004:26). Sağlık hizmetlerinin sunumunda reformun ikinci önemli ayağı sağlık işletmeleridir. Sağlık işletmeleri; gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, verimlilik ve etkililik ilkelerine göre yönetilen, personelini sözleşmeli olarak istihdam eden, fiyatlarını pazarlıkla belirleyip hizmet ve kalite yarışına giren, idari ve mali açıdan özerk kamu tüzel kişiliğine sahip işletmeler olarak tanımlanmaktadır. Buna göre, kamu hastaneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kriterleri karşılamak kaydıyla özerk işletmeler haline dönüştürülecek ve sağlık hizmetlerinin sunumunda hem özel sektör hem de diğer kamu hastaneleri ile rekabet ederek hizmet verecektir (Tatar, 2009:167).

Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi konusunda dünyada yaşanan gelişmelere paralel olarak, çeşitli kuruluşların hazırladıkları raporlarda sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından sunumu ve özellikle hastanelerin idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi konusu gündemden düşmemiştir (Ateş, 2012:540).

Dünyada yasal düzenleme, kurumsal rapor ve uygulama boyutunda yaşanan gelişmelerin ortak yönü hastanelerin idari ve mali açıdan özerkleştirilmesi ve sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim uygulamalarına ağırlık verilmesidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaygın olarak bilinen ve uygulanan iki yöntem bulunmaktadır. Hizmetlerin devlet tarafından sunumu ve hizmetlerin özel sektör tarafından sunumu. Bu iki ana yöntem dışında sağlık hizmetlerinin sunumunda uygulanan diğer yöntemleri şöyle sıralayabiliriz (Aktan ve Işık, 2007:15-18):

- Doğrudan özel sektör tarafından sunumu
- Doğrudan devlet tarafından vergilerle finanse edilerek sunumu
- Devlet tarafından bir fiyat karşılığında sunumu
- Yerel yönetimler tarafından sunumu
- İhale yöntemi
- İmtiyaz yöntemi
- Sübvansiyon yöntemi
- Kupon yöntemi
- Kar amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlar tarafından sunumu
- Yönetim devri yöntemi
- Kiralama yöntemi
- Ortak girişim yöntemi
- Yap-İşlet-Devret yöntemi

Tablo:2.1. Sağlık Hizmetleri Sunumu: Alternatif Yöntemler

	Kamu	Özel
Kamu	<p>1.MERKEZİYETÇİ YÖNTEMİ</p> <p>(Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve merkezi yönetimin organizasyon ve yönetiminde devlet hastanelerinde sunulur)</p> <p>YERELLEŞTİRME YÖNTEMİ</p> <p>(Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve yerel yönetim kuruluşlarının organizasyon ve yönetiminde hizmet arz edilir)</p>	<p>2.İHALE YÖNTEMİ</p> <p>(Devletin özel kesimden sağlık hizmetleri için gerekli tıbbi cihaz satın alımı v.s.)</p> <p>HAVALE (SEVK) YÖNTEMİ</p> <p>(Örneğin hastaların tedavi için özel hastanelere sevk edilmesi ve harcamalarının devlet tarafından karşılanması)</p> <p>KUPON YÖNTEMİ</p> <p>(Örneğin, düşük gelirli kesimlere sağlık kuponu verilmesi ve özel hastanelerin bu kupon karşılığında hizmet sunması)</p> <p>SÜBVANSİYON YÖNTEMİ</p> <p>(Hizmet arz eden özel sağlık kuruluşlarına devlet bütçesinde destek sağlanması)</p>
Özel	<p>3. Kişi cebinden ilave para ödeyerek kamu hastanelerinde daha iyi koşullarda ve ayrıcalıklı özel sağlık hizmeti alabilir. (Örneğin, devlet hastanelerinde ilave bedel ödeyerek özel odalarda kalınması)</p>	<p>4.PIYASA YÖNTEMİ</p> <p>(Kişi cebinden para ödeyerek özel hastanelerden yararlanabilir; kişi özel sigortaya kayıtlı olur ve özel hastane harcamaları özel sigorta tarafından karşılanır)</p>

Kaynak: C.C. Aktan, 'Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yönetim Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması' (Yayınlanmamış Rapor), (Ankara:Nisan-2004:5)

Şekilde sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı, kamu ve özel kesim alternatifleri aynı matris üzerinde gösterilmiştir (Aktan, Işık, 2004:6):

Bir numaralı alanda sağlık hizmetleri tamamen genel bütçeden finanse edilmekte ve kamu sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Bu alanda başlıca iki yöntemden söz edilebilir. İlk yöntemde sağlık hizmetleri merkezi sağlık örgütü tarafından yönetilir ve sunulur. İkinci yöntemde ise hizmetlerin sunumu yerel yönetimlere devredilir.

İki numaralı alanda ise sağlık hizmetleri devlet bütçesinden finanse edilmekle birlikte hizmetlerin arzı özel kesim tarafından gerçekleştirilmektedir. Özel hizmet sunumunda başlıca; ihale, havale, kupon ve sübvansiyon yöntemlerinden yararlanılabilir.

Üç numaralı alanda ise sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmakta, bireyler bu mal ve hizmetleri kendi özel bütçelerinden yapacakları harcamalarla sağlamaktadırlar.

Dört numaralı alanda ise hizmetin finansmanı ve sunumu tamamen özelleştirilmiş durumdadır. Bu durumda devletin sağlık alanında bir rolü ve fonksiyonu bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet birincil aktör olma konumunu korusa da genelde sağlık hizmet sunumunda, özellikle de hastane hizmet sunumunda merkezi yönetimin ağırlığının giderek azaldığını, yerel yönetimlerin bu alanda rollerinin yeniden tanımlandığını söylemek mümkündür. Her ne kadar sağlık hizmetlerinde yerinden yönetimle ilgili ülke deneyimlerinde ülkesel ve bölgesel özelliklerin yanı sıra, küresel eğilim ve değişimlerin çoğu zaman yerel karakteristiklerin ve niteliklerin önüne geçebildiği vurgulanmaktadır (Balcı, 2007:91-92).

Günümüzde sağlık hizmetlerinde devletin oynadığı rol değişmeye başlamıştır. Devletin sağlık hizmetleri alanında oynadığı geleneksel rol, sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanı üzerinde odaklanmaktadır. Geleneksel modelde devlet, sağlık hizmetlerini tek elden yöneterek ya da hizmeti doğrudan üreterek görevini yerine getirmektedir. Devletin rolü ve kamu yönetimi anlayışındaki değişime paralel olarak sağlık hizmetlerinde devletin rolü değişmekte, genel ilkeleri belirleme ağırlık kazanırken, koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmeye devam edilirken,

tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri piyasa ekonomisine bırakılmaktadır (Aktan ve Işık, 2007:8-9).

Sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim uygulamaları, sağlık sektörü reformunun ana konusu olup hizmetin sunulmasında gelişmeleri teşvik etmek, kaynakların ihtiyaçlara göre daha etkin tahsisini, toplumun niceliklerle ilgili karara katılımını sağlamak ve sağlık alanındaki hakkaniyetsizliğin azaltılmasını kolaylaştırmak için etkili bir araç olarak kabul edilmiştir (Saltman ve Figueras, 1998:43).

2.5. SAĞLIK SİSTEMİNDE REFORM

Sağlık hakkı, yaşam hakkının ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlık hakkını; ‘kişinin toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi, toplumun sağladığı imkanlardan faydalanabilmesi’ olarak tanımlayabiliriz.

Sağlık; DSÖ’nün tanımına göre ‘Yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali’dir. Bu tanımdan yola çıkılarak, sağlığı korumak, geliştirmek, hastalananları tedavi etmek ve sakatlananları esenlendirmek amacı ile sunulan hizmetlerin tümü ‘sağlık hizmeti’ olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve esenlendirici (rehabilitasyon) hizmetler olmak üzere üçe ayrılır. Ne yazık ki, sağlık hizmetleri denildiğinde akla ilk gelen ‘tedavi edici hizmetler’ olmakta; asıl üzerinde durulması gereken koruyucu hizmetler arka plana itilmektedir (Pala, 2004:3).

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve bir hak olarak kabul edilmesi aslında rastlantısal değildir. Savaştan sonra yaraların sarılması ve acıların dinmesi için sağlık hizmetlerinde büyük önlemler alınmaya başlanmıştır. Bu da çağdaş hekimlik anlayışının ortaya çıkmasına sebep olmuştur.

Çağdaş hekimlik uygulaması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için alınan önlemlerden meydana gelmektedir. Çağdaş hekimlik, insanların en temel hakkı olan sağlığın ‘herkese, her zaman ve her yerde’ olmasını sağlar (Pala, 2004:3).

Çağdaş hekimlik uygulamaları hem insanların yaşam kalitesini yükseltmesi hem de sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmesi bakımından bireyler ve hükümetler için çok uygun bir yaklaşım olmakla birlikte, sağlıktan büyük paralar kazanan çokuluslu

sermaye açısından uygun bir yaklaşım değildir. Şirketlerin karını azaltır. Bu nedenle özel sektörün baskısı, dünyanın pek çok ülkesinde çağdaş hekimlik uygulamalarının sözde kalmasına; sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak tedavi edici sağlık hizmeti sunulması biçimine dönüşmesine yol açmıştır. Özellikle ilaç, tıbbi malzeme ve yüksek tıp teknolojisinin neredeyse tümüyle çokuluslu şirketlerin tekelinde bulunması, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik uygulamaların önünde büyük bir engel oluşturmaktadır (Pala, 2004:4).

Hastalıkların başlıca sebebi, yoksulluktur. İnsanların temiz ortamlarda yaşayamayışı, iyi bir beslenme imkanlarının ve alışkanlıklarının olmayışı, aşırı kilo, sigara, alkol tüketimi, hareketsiz bir yaşam toplumları hastalığa iten esas nedenlerden birkaçıdır.

Yaygın anlayışın aksine, sağlık hizmetleri, toplumların sağlığını etkileyen etmenler arasında en ön sırada yer almaz. Sağlık hizmetlerine erişememek önemli bir sorun olmakla birlikte, toplumların sağlığını asıl olarak gelir dağılımı ve sosyo-ekonomik eşitsizlikler etkilemektedir. Bir başka deyişle, bir toplumda sağlık hizmetlerinin mükemmel yakın bir biçimde sunulması, toplumun sağlık durumunu sanıldığından daha az olumlu etkiler. 19. yüzyılın sonlarından itibaren dünyadaki ölümler farmakolojik ürünler ve tıbbi teknolojinin gelişiminden çok önce, başta sanitasyon (fiziksel çevre koşullarının sağlığa uygun hale getirilmesi) ve beslenme olmak üzere halk sağlığı alanındaki gelişmelere bağlı olarak dramatik bir biçimde azalmıştır (Pala, 2004:6).

Sağlık sisteminde reform; ‘sağlık politika ve kuruluşlarını değiştirmeye yönelik faaliyetler’ olarak tanımlanmakta, reform sürecinin planlı ve yukarıdan aşağıya doğru bir değişim içeren siyasi bir kavram olduğu belirtilmektedir (DSÖ Raporu, 1998). Sağlık reformu; sağlık sektörünün yaşadığı sorunlar bağlamında eşitlik, verimlilik ve etkinliğin geliştirilmesine yönelik müdahaleler olarak da tanımlanmaktadır. Böylece reform girişiminin en temel ilkeleri; sağlığın herkes için hak olması (herkesin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi), evrensellik (bütün nüfusun kapsanması) ve birlik (herkesin sisteme gücü ölçüsünde katkıda bulunması ancak gereksinimleri ölçüsünde yararlanması) olacaktır. Bir sağlık sistemi reformu; ülkenin sağlık sisteminde ya da onun önemli parçalarında temel değişiklikleri öngören hükümet programı olarak

anlaşılabilir. Değişiklikleri uygulamak bilinçli, pratik ve teorik çalışmaların ürünüdür. Burada hükümet önemli rol oynar. Ancak başarısı hükümet dışındaki ortamın değişik unsurlarının tutumuna da bağlı olacaktır (Belek, 1997:28).

Cassels, sağlık sektörü reformunu, sağlık politikalarını ve kuruluşlarını değiştirmeye yönelik yürürlüğe giren faaliyetler olarak tanımlamaktadır. Politika hedeflerinin tek başına yeniden tanımlanması yeterli değildir. Sağlık sektöründeki kısıtlamaların üstesinden gelmek için mevcut kuruluşlarla, örgütsel yapılarla ve yönetim sistemlerindeki değişikliklerle birlikte bir kurumsal reforma ihtiyaç duyulmaktadır. Böylece, sağlık reformu, ‘önceliklerin belirlenmesi, politikaların geliştirilmesi ve bu politikaların uygulanacağı kurumlarda reform yapılmasını’ kapsamaktadır. Reform sözcüğü genellikle, yukarıdan aşağıya doğru bir süreçte gerçekleşen planlanmış bir değişimi içeren siyasi bir kavram olarak düşünülürken, önemli yapısal ve örgütsel değişimler hükümetin amaçlı müdahaleleri olmadan sık sık meydana gelebilmektedir. Örneğin; yeni teknolojinin kullanımı veya ekonomik darboğaz gibi diğer faktörlerden etkilenmektedir (Saltman ve Figueras, 1998:1-2).

Hemen hemen tüm ülkelerde sağlık reformları ya başlamış, ya önerilmiş ya da tartışılmaktadır (Saltman, Otter, 1995:2). Özellikle Avrupa sağlık reformlarının geldiği nokta; ‘sağlıkta devletin ve piyasanın değişen rolleri, desantralizasyon, tüketicilerin güçlendirilmesi, ve halk sağlığının rolü’ gibi konuların etrafında dğümlenmektedir.

Sağlık reformlarının ana unsurlarını şu şekilde belirtebiliriz; süreç yönünden, küçük çaplı veya evrimsel değişimden ziyade yapısal olması, hedeflerin tek başına yeniden tanımlanmasından ziyade kurumsal değişimi takiben politika hedeflerindeki değişim, rastgele bir değişimden ziyade planlı bir değişim, bir kereye mahsus yapılmış bir değişimden ziyade, sürdürülebilir, uzun dönemli bir değişim, ulusal, bölgesel ve yerel hükümetlerin önderliğinde yukarıdan aşağıya doğru gelişen politik bir süreç. İçerik olarak da benimsenen tedbirlerdeki çeşitlilik, sağlık sistemlerindeki özelliklerin ülkeye has bir biçimde belirlenmesi biçiminde olmaktadır (Yurdadoğ, 2006:160).

2.5.1. Sağlık Reformlarının Nedenleri ve Amaçları

Sağlık reformlarının gerekçelerini temelde; maliyetlerin artışı, toplumun sağlık bakım sistemine ilişkin memnuniyetsizlikleri, medyanın etkisi, nüfusun önemli bir kesiminin sağlık sigortasından yoksun olması, uluslar arası kuruluşların etkisi ve

sürdürülebilir bir kalkınmayı gerçekleştirme gibi konular teşkil etmektedir (Yıldırım, 2004:5).

Dünyada yaşanan teknolojik ilerlemeler, nüfusun yaşlanması, hastalık dokusundaki değişimler, artan toplumsal algı ve beklentiler sonucu sağlık hizmetlerinde maliyetler gittikçe artmaktadır. Artan bu maliyetler, sağlık hizmetlerinin gerek finansmanı ve gerekse sunumunun yeniden şekillenmesinde itici güç olabilmektedir. Bunlara ilaveten politik istikrarsızlık, örgütlenme sorunları, işletme sorunları, finansman sorunları, insan gücü sorunları gibi sorunları da ekleyebiliriz.

Sağlık bakım alanında görülen çeşitli gelişmeler; örneğin çevreci, tüketici ve kadının toplumsal statüsünü güçlendirmeyi amaçlayan çeşitli örgütlenmeler ve bunların beraberinde getirdiği örgütlü toplumla birlikte, sağlık sistemlerinde kalite, verimlilik, eşitlik gibi olgular toplum tarafından sorgulanmaya başlanmıştır. Bu toplumsal bilinçlenme toplumun sağlık bakımına ilişkin memnuniyetsizliklerinin sık sık gündeme gelmesine yol açmıştır.

Politika gündemini belirleyen aktörlerin arasında medya da yer almaktadır. Dolayısıyla gerek basılı ve gerekse görsel medyada yer alan sağlık bakım sistemine ilişkin olumsuzluklar ve medya patronlarının piyasa oryantasyonlu bir sağlık bakım reformundan umdukları rant paylaşım arzuları da reformların gerçekleştirilme girişimlerinde önemli bir etken olmaktadır.

Toplumdaki nüfusun tüm kesimlerinin sigorta kapsamına alınması yönünde tüketicilerden, örgütlü topluluklardan, sosyal devlet anlayışından ileri gelen baskı unsurları da reformların ülke gündemlerine alınmasında rol oynamaktadır.

Son yıllarda, devletin ekonomik faaliyetlerinde, özellikle sunduğu kamu hizmetlerinde, 1980'lerden beri dünya ekonomisini şekillendiren ve liberalleştirme eğilimlerinin artmasıyla hızlanan küreselleşme sürecinin etkisiyle önemli değişim ve dönüşümler yaşanmaktadır. Küreselleşme, sermayenin ulus-devlet ölçeğinden sıyrılıp uluslararası alanda serbestçe dolaşip en yüksek kar getirecek alanlara daha kolay yönelme olanağını elde etmesiyle, kapitalizmin geldiği yeni bir aşamadır (Tokatlıoğlu, 2005:155-156). Başka bir ifadeyle küreselleşme, mal ve hizmetlerin, üretim faktörlerinin, teknolojik birikimin ve finansal kaynakların ülkeler arasında serbestçe

dolaşabildiği ve faktör, mal, hizmet ve finansal piyasalarının giderek bütünleştiği bir süreçtir (Şenses, 2004:13).

Küreselleşme olgusunun ortaya çıkardığı süreç içinde Keynesyen politikaların gözden düşmesiyle birlikte yeni liberal politikalar üstünlük kazanmıştır. Yeni liberalizm; bir yandan ekonominin ve sermayenin küreselleşmesi, yeni dünya düzeniyle bütünleşme ve özelleştirme gibi ekonomik söylemlerle; diğer yandan devletin ve politik alanın geri çekilmesi, serbest piyasa sisteminin tam egemenliğini kurması, sivil toplumculuk ve yerel topluluklara dönüş gibi politik söylemlerle hem ulusal hem de uluslararası alanda başat bir ideoloji haline gelmiştir (Sallan, 2004:1)

Küreselleşme sürecini empoze eden neoliberal politikalar, devleti sermayenin yeni gereksinimleri doğrultusunda yeniden yapılandırmayı hedefleyerek kamu hizmetlerini de yeniden düzenlemektedir. Kamu hizmetlerinin metalaştırılması ve sermayenin değerlendirme alanları olarak işlev kazandırılmasıyla sonuçlanan bu eğilim, kamu hizmetlerinin örgütlenme ilkelerini de köklü bir biçimde değiştirmekte; sonuçta toplumsal yaşamın bütün alanları sermayenin kar maksimizasyonu amacı doğrultusunda yeniden yapılandırılmaktadır (Ataay, 2007:73). Yeni liberalizmin öngördüğü politikalar, 1980 yılından itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir biçimde uygulanmaya başlanmıştır. Bunun sonucu olarak devletler, refah devleti olma hedeflerinden vazgeçmişler ve kamusal hizmet veren uygulamalardan hızla uzaklaşmaya başlamışlardır. Öte yandan, gelişmekte olan ülkelerde uygulanan ithal ikameci kalkınma politikaları yerini ihracata dayalı dışa açık büyüme politikalarına bırakmış ve bu ülkelerdeki koruma duvarları kaldırılmıştır (Müftüoğlu, 2001:265). Küreselleşme politikalarının üç ana ögesi bulunmaktadır. Bunlardan ilki kamu kesiminin daraltılması, ikincisi devletin rolünün yeniden tanımlanması ve sonuncusu da kamu kesiminin etken hale getirilmesidir. Bu hedeflere ulaşmada değişik stratejiler öngörülmektedir. İlk hedefe ulaşmak için kamu giderlerini ve kamu personelinin sayısını azaltmak, özelleştirme ve mali reformları yaymak gerekirken ikinci hedef için hukuki düzenlemelerin azaltılması refah devletinin kurumsallaşmaktan çıkarılması gerekmektedir. Üçüncü hedef için ise özelleştirme, kamuda özel sektörün işletmecilik yöntemlerinin kabulü ve bütçe reformlarının gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Tan, 1988:73).

1970'lerin sonları ile 1980'lerin başlarından beri, dünyanın büyük bir kısmında ekonomik ve politik alanda; ekonominin küreselleşmesi olarak ele alınan benzeri görülmemiş bir duruma tanıklık edilmektedir. Ticarete, yatırımda ve finansmandaki küreselleşme sağlık politikalarını da içerecek şekilde kamu politikalarının oluşturulmasında temel itici güç olmaktadır. Artık devletlerin kendi başlarına ulusal politikalarını belirleme ve biçimlendirme güçleri, uluslararası ekonominin artan rekabeti yoluyla, önemli ölçüde sınırlandırılmaktadır (Yıldırım ve Yalçın, 2001:3). Sağlık hizmetlerinde ticaret potansiyeli son yıllarda artan bir hızla genişlemektedir. Daha verimli ve etkileşim sistemleri ticaretteki coğrafi engelleri azaltmaya yardımcı olmakta, gelirin ve bilginin artması hasta hareketliliğini artırmakta, artan yaşlı nüfus, teknolojinin gelişmesi, hastalık biçimlerinin değişmesi gibi nedenlere dayalı olarak sağlık sistemlerinde artan maliyetler nedeniyle verimliliğin bir amaç olarak görülmesi sonucu devletler, sağlık hizmetlerinde özel kesimin rolünün artırılması gerektiği düşüncesini taşımaktadır. Sağlık hizmetleri alanında dış yatırımların yapılması özellikle gelişmekte olan ülkeler için daha iyi teknolojinin transferi yeni istihdam alanları yaratma vb. gibi avantajları da beraberinde getirmektedir (Yıldırım ve Yalçın, 2001:4). 1980'li yıllarla birlikte devletlerin sağlık hizmetlerindeki rolü azalırken boşalan bu alan özel sektör tarafından doldurulmaya başlanmıştır. Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde özel sektörün sağlık hizmetlerindeki payı giderek artmıştır. Özel sektör tedavi edici hizmetlerin sunumuna yönelirken; koruyucu sağlık hizmetleri yine devletin sorumluluğu altında devam etmiştir. Gelir dağılımının gittikçe bozulduğu bir ortamda, sağlık hizmetlerinin paralı hale getirilmesinin toplumdaki gelir eşitsizliğini daha da arttıracığı yönünde endişeler bulunmaktadır (Tokatlıoğlu, 2005:111).

Küreselleşmenin sağlığın geliştirilmesi konusunda avantajlar sağladığı da belirtilmektedir. Ulusal ve uluslararası düzeydeki sağlık çalışanları birliklerince üstlenilen koordinasyon ve yönlendirme faaliyetleri sayesinde kamu ve politik fikirlerin harekete geçmesini sağlayarak çok uluslu şirketler ve uluslararası ekonomik kuruluşlar üzerinde baskılar oluşturulabilir. Örneğin bu gruplar, gerekli kamu sağlık fonksiyonlarının yerine getirilmesi veya sağlığın promosyonu konusunda baskı yapabilirler. Dünyada yaşanan küreselleşme çerçevesinde kamu politikaları açısından yeni bir döneme girilmiş bulunmaktadır. Bu dönemin özellikleri ise iç ve dış politikaların iç içeleştiği, ulusal ve uluslararası çıkarların çatıştığı, çok taraflı aktörlerce

belirlenen politika stratejilerinin varlığı olarak özetlenebilir. Yeni uluslararası sağlık politikası arenasında aktörlerin sayıları gittikçe artmaktadır (Yıldırım ve Yalçın, 2001:4).

1970’li yıllar sonrasında çoğu ülkenin ulusal, bölgesel ve yerel yönetimleri çok ciddi finansal baskılarla karşı karşıya kalmışlardır. Hemen hemen tüm ülkelerde bütçe açıklarının kapatılması için kamu harcamalarının azaltılması yoluna gidilmiştir. Artan işsizlik ve sosyal yardım harcamaları, yönetim bütçelerini önemli ölçüde zorlamıştır. Dünya’da görülen global özelleştirme ve piyasa argümanlarının ön plana çıkarılması yönündeki baskılar devletlerin kamusal harcama düzeylerini düşürmelerine neden olmuştur. Bu makro ekonomik baskılar kamusal olarak finanse edilen sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılması olgularını da beraberinde getirmiştir (Saltman, Figueras, 1998:39-42). Bu dönemde IMF, DB ve Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), çevre ülkelerin yapısal dönüşümünde belirleyici rol oynamışlardır. Yüksek dış borçlar ve ödemeler dengesindeki yüksek açıklar bu uluslararası mali kuruluşların en önemli kozu olmuştur (Salihoğlu, 2005:151).

Küresel politikalar birçok alanda olduğu gibi bir kamu hizmeti ya da politikası olarak görülen sağlığı da etkilemiştir. Küreselleşmenin sağlık alanına ilk etkisi İkinci Dünya Savaşı sonrasında dünya sağlık politikalarının tek belirleyicisi olan DSÖ’nün işlevlerinin azaltılarak bu alanın IMF, DB ve DTÖ gibi finans kuruluşlarına bırakılması olmuştur. 1970’lerin sonunda, aynı amaçlar doğrultusunda birlikte hareket etmeye başlayan IMF ve DB’nin katkılarıyla neoliberal ekonomi politikaları az gelişmiş ülkelerin büyük bir kısmına hızla yayılmıştır. Dünya Bankası 1980 yılında yapısal uyum ödünçü mekanizmasını yaratarak yapısal uyum kredileri vermeye başlamıştır. Bu borçlardan yararlanmak için gerekli olan uyum programları ulusal devletler tarafından harfiyen uygulanmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda DB’nin IMF’nin programlarına katkısı, korumacılığın azaltılması, sektörel fiyatlar, yatırımlar ve Kamu İktisadi Teşekkülleri’nin (KİT) yönetimi konularında somutlaşmıştır (Sönmez, 1998:347). Bu politikalar, mal ve faktör piyasalarında fiyat müdahalelerinin kaldırılması, dış ticaretin ve finans piyasalarının serbestleştirilmesi, kamu iktisadi kuruluşlarının özelleştirilmesi, doğrudan yabancı yatırımların ve dış finansal akımların serbestleştirilmesi, eğitim ve sağlık başta olmak üzere sosyal hizmet alanlarında özelleşme eğilimlerinin

yaygınlaşması ve işgücü piyasalarının esnekleştirilmesi gibi amaçları ön planda tutarak bu ülkeleri dışa açık serbest piyasa ekonomisi doğrultusunda dönüştürme yolunda etkili olmuştur (Şenses, 2004:17).

DB ve IMF'nin özellikle gelişmekte olan ülkeler için önerdiği ve sosyal alanlarda (örneğin sağlık, eğitim vb.) devletin küçültülmesi, özelleştirme, kullanıcı katkıları vb. gibi politika araçlarına dayalı Yapısal Uyum Programları ve Yapısal Uyum Borçları ağırlıklı olarak 1987 yılında yayınlanan 'Health Financing in Developing Countries: An Agenda For Reform' adlı çalışmasında açıkça ortaya konulmaktadır. Bu çalışmada özellikle arka kapıdan özelleştirme olarak değerlendirilen kullanıcı katkıları gündeme getirilmektedir (Yıldırım, 2004:24). Bu raporlara göre DB gelişmekte olan ülkelere şu değişiklikleri önermektedir (Soyer, 2003:179); sağlık hizmetlerinin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi; bu şekilde, devletin kısıtlı kaynaklarının kırsal yörelere ve koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilmesi ve genel sağlık sigortasına geçilmesidir. Daha sonraları 1993'te yayınladığı 'World Development Report: Investing in Health' adlı çalışmasıyla gelen tepkiler karşısında politika değişikliğine giden ve yoksullar için temel hizmetler paketinin devlet tarafından finanse edilmesini savunan DB, esas olarak özelleştirme sevdasından vazgeçmemiştir (Yıldırım, 2004:24).

1980'lerde artan ama 1990'larla daha görünür hale gelen çevre ülkelerde kamu harcamalarının kısılması ve bu çerçevede sağlık harcamalarına devletin yaptığı payların azaltılmasıyla birlikte ağırlıklı olarak katılımcının katkısı ölçüsünde, kamudan ziyade özel sektörün arz ettiği bir sağlık hizmeti uygulaması ortaya çıkmıştır. Bu dönüşümde en önemli araç; DTÖ'nün düzenlemesini yaptığı hizmet sektöründe gümrük vergilerine ilişkin düzenlemelerin ötesine geçerek kamunun hizmet arz ettiği tüm alanları özellikle de sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler-sigortacılık alanlarını da kapsayacak şekilde 1994 yılında imzalanan Hizmet Ticareti Genel Anlaşması'(GATS)dır (Özen, 2002:183). GATS uluslararası hizmet ticaretine ilişkin temel kavram, kural ve ilkeleri ortaya koyan ilk çok taraflı anlaşmadır. Üye ülkeler, taahhüt listeleriyle hizmet sektörlerinde yabancı hizmet üreticilerine uyguladıkları kısıtlamaları ve hizmet sektöründeki son durumlarını belirtmektedir (Özen, 2002:42-43). GATS'ın kapsadığı on iki temel sektör bulunmaktadır. Bunlar; mesleki hizmetler, müteahhitlik hizmetleri, eğitim hizmetleri,

mali hizmetler, ulaştırma hizmetleri, haberleşme hizmetleri, dağıtım hizmetleri, çevre, sağlık ve sosyal hizmetler, eğence, kùltür ve spor hizmetleri, turizm ve diğer hizmetler sektörüdür (Kutbay, 2002:28). Aynı zamanda sağlık ve sosyal güvenlik gibi kamu hizmetlerinin deregùlasyonu ve özelleştirilmesi GATS çerçevesinde yürütölen müzakerelerin ana temasını oluşturmaktadır (Özen, 2002:183).

Dünya ekonomisinde yaşanan borç krizi, durgunluk ve makroekonomik dengesizlikler gibi olumsuz koşullar sonucunda, gelişmekte olan ÷lkelerde ortaya çıkan şiddetli ödemeler dengesi açıkları, düşük büyüme oranları, artan işsizlik, yüksek enflasyon, dış ticaret açıkları ve ağır dış borç yükü gibi temel makroekonomik ve yapısal sorunlar uluslararası finansal kuruluşlarının bu ÷lkelere yönelişinin temelini oluşturmuştur. Bu kapsamda, IMF uluslararası mali düzenin sağlanmasına yönelik görevleri ile birlikte gelişmekte olan ÷lkelerin sorunlarına öncelik verir bir yapıya dönuşmüştür. IMF'nin fonksiyonlarının yeniden şekillenmesi, 1950'lerin ortalarından itibaren gelişmekte olan ÷lkelere yönelen DB'nin 1980 sonrası politikalarında ve sağladığı kredilerde de yeniden şekilleniişin tetikleyicisi olmuştur. Böylece DB gelişmekte olan ÷lkelere sağladığı uyum kredileri ile geçmişte uyguladığı politikalarda değişiklikler yapmış ve önceden altyapının geliştirilmesine yönelik olarak sağladığı proje kredilerine ek olarak ekonominin bütününe yönelik önlemlerin alınmasını öngören uyum kredilerini hayata geçirmiştir. Bu yeni işlevleriyle bu iki kuruluş gelişmekte olan ÷lkelerde ortaya çıkan finansal krizlere ve ekonomik istikrarsızlıklara, uygulattıkları geniş kapsamlı reform önerilerini içeren uyum programları ile destek vermeye başlamışlardır. Bu programlar, IMF'in stand-by düzenlemeleri ve genişletilmiş fon kolaylıkları yanında DB'nin uyum kredileri ile desteklenmeye başlanmıştır. Bu çerçevede 1980'li yıllardan itibaren, gelişmekte olan ÷lkelerde yaşanan yapısal sorunların çözümlüne yönelik uyum programlarında IMF ve DB, hem birbirlerini tamamlayıcı hem de güçlendirici nitelik taşır hale gelmiştir. En genel şekliyle, IMF bu programların istikrar yönü ile ilgilenirken, DB yapısal uyum yanını üstlenmiştir. IMF programları pek çok ÷lkeyi, sağlık alanındaki kamu harcamalarını azaltması için zorlamaktadır. Bu programlara göre sağlık, ekonomik büyüme için verimli bir alan olarak kabul edilmediğinden bu finansal yükten ve harcamalardan hükümetler sakınmalıdırlar. DB'nin 1998 portföyündeki projelerin yaklaşık yüzde 40'ı ise sağlık ve beslenme ile ilgilidir. IMF'nin gelişmekte olan ÷lkelerdeki sağlık projelerinin büyük

kısımında sağlık hizmetleri için ücretlerin oluşturulması ve yaygınlaştırılması sağlanmıştır. Son yıllarda DSÖ'nde kamu-özel sektör işbirliğini tavsiye ederek özelleştirme eğilimine girmiştir. DSÖ'ne yapılan ulusal hükümet katkılarındaki kesintiler, bu kuruluşu özel sektör ile işbirliğine zorlamıştır (Demircan, 2008:74).

Özetle; sağlık harcamalarının her ülkede hızla artması, teknoloji ve bilginin gelişmesi ile birlikte sağlık sektöründen artan beklentiler, DB'nin özellikle gelişmekte olan ülkelerde artan rolü ve dünyada yaşanan ideolojik değişim çerçevesinde özel sektörün sağlık sektöründeki rolünün yeniden tanımlanması gereği, sağlık sektörü ile ilgili olarak yapılan düzenlemelerin altındaki temel neden olmuştur. Her ülkenin sağlık sisteminin özelliklerine göre ayrıntıda farklılaşmakla birlikte reformların ortak temaları aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Tatar, 2009:157):

- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması,
- Özel sektörün sağlıkta rolünün artırılması
- Sağlık sigortasının kapsamının genişletilmesi
- Politika önceliklerinin belirlenmesi ve kaynak tahsisi sürecinde maliyet etkililik analizinin kullanımı
- Desantralizasyon
- Sağlık sektöründe rekabet olanaklarının genişletilmesi

1990'lı yıllardaki bu gelişmelerin başlangıç noktası ya da gelişmelere yön veren en önemli girişim, DB'nin 1993 yılında yayınladığı Dünya Kalkınma Raporu olmuştur. DB raporunda özellikle gelişmekte olan ülkelere sağlık sistemlerinde iyileştirme yapabilmeleri için aşağıdaki üç yaklaşımı benimsemelerini önermiştir (DB, 1993:187) :

- Yoksulları hedef alan politikaları benimseyerek ve maliyet-etkili sağlık harcamalarına yönelerek sağlığı geliştirecek bir çevre yaratmak,
- Kaynak tahsisinde verimliliği ve teknik verimliliği geliştirerek devletin sağlık harcamalarını iyileştirmek,
- Verimliliği artırmak için, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devletin rolünü azaltarak piyasa mekanizmasının işleyişine daha fazla dayanmak ve rekabeti teşvik etmek.

1990'lı yıllarda, IMF ile birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlık reformlarının gündeme gelmesinde baş aktör olmuştur. Bunun temel nedeni, bu dönemde gelişmekte olan ülkelere devletlerin artan borçlarını kontrol

Dünya Bankası 1990'lı yılların başında, IMF ile birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlık reformlarının gündeme gelmesinde baş aktör olmuştur. Bunun temel nedeni, bu dönemde gelişmekte olan ülkelere devletlerin artan borçlarını kontrol

altına alabilmek için IMF'nin önerdiği Yapısal Uyum Programlarının uygulamaya konmasıdır. Yapısal Uyum Programlarının ana teması, kamu harcamalarının kısılması olmuş, bu da dikkatlerin bu tür harcamaların en yaygın olduğu sosyal sektörler çevrilmesine neden olmuştur. Sağlıkta reform hareketi sadece gelişmekte olan ülkelerle sınırlı kalmamış benzer temalarla gelişmiş ülkelerle de gerçekleşmiştir. Avrupa'daki bir çok ülke hasta tercihini artırma amacıyla, rekabet ve özel hizmet sunucularını geliştirmeye yönelik piyasa ağırlıklı reformları kendi sağlık sistemleri içinde geliştirmeye başlamışlardır. Ancak 1990'ların ortalarına gelindiğinde sağlıkta piyasa mekanizmasının işleyişinde karşılaşılan sorunlar Birleşik Krallık, İsviçre ve Hollanda gibi ülkelerde reformların yeniden gözden geçirilmesi ve yeni kontrol mekanizmalarının uyarlanmasıyla sonuçlanmıştır (Harrison, 2006:195)

Sağlık reformlarının amacı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne ve tıp etiğine dayanan, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı topluma ulaşma olmalıdır. Bu amaca ulaşmak için belirlenecek hedefler; sağlığın gelişmesine destek için sektörlerarası işbirliğini güçlendirme, çevre sağlığını iyileştirme, halkın yaşam biçimini yükseltme, sağlık hizmetlerinin sunumunu planlama şeklinde sıralanabilir (Önal, 2012).

Sağlık reformlarının amaçları genelde; maliyetleri sınırlama, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma ve tüketicileri memnun etme, nüfusun büyük çoğunluğunu sağlık güvencesi kapsamına alma, eşitliği sağlama, daha fazla verimlilik ve mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanımı, sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir kılma şeklinde belirtilmektedir (Şahin, 2000:45).

Maliyetleri sınırlamak: Sağlık sistemlerinde çeşitli nedenlere dayalı olarak ortaya çıkan yüksek maliyetler ve sağlığın GSMH içinde aldığı payların yüksek oranlara ulaşması neticesinde sağlık reformlarında gerek arz yönlü ve gerekse talep yönlü stratejilerin kullanılması yoluyla maliyetlerin sınırlandırılması amaçlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak ve tüketicileri memnun etmek: Sağlık reformlarının amaçlarından birisi de sağlık sisteminin mevcut durumuna ilişkin ortaya çıkan kalite benzeri problemlerin sebep olduğu tüketici memnuniyetsizliklerinin üstesinden gelmektir.

Nüfusun büyük çoğunluğunu sağlık güvencesi kapsamına alma: Herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyacı durumunda toplumdaki kişiler veya gruplar arasında finansal

ödenebilirlik açısından eşitsizliği minimize etme amacı güdülmektedir. Bunun için literatürde çeşitli reform stratejileri bulunmaktadır. Ancak bu stratejilere, çalışmanın amacını aşacağı için burada değinilmeyecektir.

Eşitlik: Sağlık reformlarıyla arzulanan hedeflerden birisi de sağlık hizmetlerinin sunumunda azami olarak eşitlik ilkesinin gerçekleştirilmeye çalışılmasıdır. Eşitlik ilkesi genelde herkesin ihtiyacı ile ilintili olarak ödeme gücüne bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanması olarak ele alınmaktadır.

Daha fazla verimlilik ve mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanımı: Kıt olan kaynakların daha etkin ve rasyonel kullanılması ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılması amaçlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir kılma: Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik noktasındaki bariyerleri minimize etme sağlık reformlarının diğer bir amacıdır.

2.5.2. Seçilmiş Ülke Örnekleri ile Sağlık Reformları

Bu bölümde seçilmiş birkaç ülke örneğinin sağlık alanında yapmış olduğu politikalar incelenecektir.

2.5.2.1. İngiltere Sağlık Reformu

İngiltere, bütçe sağlayıcıları etrafında organize edilmiş komuta kontrol sistemi üzerine temellenen refah yönelimli bir Ulusal Sağlık Sistemi'ni (USS) 1948'de oluşturmakla tanınır. 1991'de reforme edilen bu sistem satın alıcı- sağlayıcı üzerine temellendirilmiş ve bir iç pazar meydana getirilmiştir. Yeni İşçi Partisi hükümetinin seçimi de USS pazarı üzerine temellenen rekabetin ortadan kaldırılmasıyla sonuçlanmıştır. İngiliz sağlık sistemindeki bu reform 1987-88 yılında komuta-kontrol sistemindeki finansal kriz sonucu meydana gelmiştir. İngiltere'deki finansal kriz diğer ülkelerdeki anlamından biraz farklıdır. Diğer ülkelerde finansal kriz denildiğinde, sağlık sektörü için ayrılan bütçenin harcamaların artmasına bağlı olarak aşılması anlaşılırken İngiltere'de finansal krizin sebebi hastaların hizmete ihtiyaç duyduklarında reddedilmeleri anlamına gelen bütçe kontrolüdür (Bevan'dan Aktaran Ersöz, 2010:105).

İngiltere'de reforma giden yolda ilk adım 1987 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 'Promoting Better Health' adlı yayımla başlamıştır. Bu yayında sağlık sisteminin ihtiyaçlarının ve sağlık bakım hizmetlerinin niteliklerinin bir

değerlendirmesi yapılmıştır. Sonrasında hükümet tarafından elde bir program haline getirilerek temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde kullanılmıştır. ‘Acheson Raporu’ ile kamusal sağlık görevinin gelecekteki değişimi açıklanmıştır. Sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde en büyük algısal değişim ‘Working For Patients’ adı verilen 1989’da basılan yayın ile olmuştur. Burada tartışılan medikal teknolojilerinin gelişimi ile sağlık hizmetlerinde toplumsal beklentilerin artmış olması fakat kaynakların aynı oranda artmamasıdır. Bu problemin üstesinden gelinebilmesi için sağlık hizmetleri nasıl yapılandırılmalı ve yönetilmeliydi? İngiltere’deki ulusal sağlık sistemi, gelirine bakılmaksızın herkesin geniş kapsamlı girişine açıldı, sağlık hizmetlerinin başlıca finansman kaynağı ise genel vergilerdi. Working For Patients programı da bunları yeniden tekrarladı fakat sağlık hizmetlerinin niteliğinden niceliğine ve maliyetine kadar ülke içinde farklılıklar olduğunun farkına varıldı. Bunu değiştirmek için sisteme giriş çıkışları kontrol etmekle görevli bir genel pratisyenle takviye edilen iç pazar oluşturuldu ve sağlık sistemi rekabete açıldı (DSÖ, 2000:209-211).

İngiltere’nin sosyal güvenlik sisteminde uyguladığı model halk sigortası modeli olarak isimlendirilmiştir. İlk çıkış noktası İngiltere olan ve Sir William Beveridge ile özdeşleşen söz konusu model, geleneksel sosyal güvenlik kurumlarının sanayileşme sonrası toplumsal kurumların çözümünde yeterli olamayışından hareketle yeni bir sosyal düzenin tesisi amacıyla kurulmuştur (Sözer, 2000:183). Halk sigortası modelinde; 15-65 yaşları arasındaki herkes iş kazası, meslek hastalıkları, hastalık, analık, maluliyet, yaşlılık ve ölüm risklerine karşı prim ödemiştir. Sigorta primleri, işçilerde gelirlerinin yüzdesi üzerinden, bağımsız çalışanlarda ve çalışmayanlarda ise maktu bir tarifeye göre alınmıştır. Primler, her risk için ayrı ayrı alınmayıp tümü için tek bir ödeme yapılmıştır. Edimler, işçilerde ve diğer sigortalılarda maktu olarak belirlenmiştir. İşçiler hariç tüm nüfusa klasik sosyal risklere karşı verilen sosyal güvence, 15 yaşına kadar sağlık risklerine karşı başlamakta, 15 yaşından sonra yaşlılık, sakatlık, dul ve yetim bırakılma riskleriyle devam ederek ölüme kadar sürmektedir. Ulusal sağlık hizmetinin finansmanı vergilerle karşılanarak tüm halkın ücretsiz olarak tıbbi yardımlardan yararlanması sağlanmıştır (Seçginel, 2009:29).

İngiltere sosyal güvenliğe yönelik düzenlemeleri ile diğer kıta Avrupa ülkelerinden ayrılmaktadır. Bu bağlamda sosyal güvenliğin özelleştirilmesi bakımından daha cesur adımlar attığı görülmüştür. İngiltere, 1992 ve 1995’te yaptığı düzenlemelerle

yaşlılık sigortasında üç basamaklı bir yapı oluşturmuştur. Sistemdeki birinci basamak herkes için üniversal bir yaşlılık yardımını öngörmektedir. İkinci basamakta ise, ödenen sosyal sigorta primlerinin karşılığı olan yaşlılık aylığı yer almaktadır. Üçüncü basamakta ise, işletmelere ve sigortalılara tanınan özel emekli aylığı imkanı yer almaktadır. Düzenleme, özel sigortayı teşvik etmek amacıyla, özel sigortaya katılım halinde sosyal sigorta primlerinde indirim uygulanması şeklinde bazı teşvikler içermektedir (Tobb, 1993:39).

Hastaneye gelen hastanın tüm bilgileri ve yapılan işlemler kaydedilmekte, hastalardan hiçbir ücret alınmamakta, ödemeler tek seferde yılda bir kez yapılmaktadır. Zaman içerisinde hastane ve yatak sayıları azaltılmış, özel yatak açılmış ve özel hastaneler kurulmuştur. Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında hastaların ortalama hastanede kalış süresi, 5,0 gibi çok yüksek olmakla birlikte, yatak başına düşen sağlık personeli 3,7 ile çok yüksektir. Hastane dışı çalışan hekim sayısı ise yüzde 25 gibi çok düşük düzeydedir. Sistemin finansı merkezi olarak ve tümüyle genel bütçeden karşılandı. Zamanla bütçeye binen yük arttı ve katkı alınmaya başlandı.1970'lerdeki ekonomik krizin ardından, 1979'da iktidara gelen hükümet, kamu harcamalarını ve devletçiliği tüm sıkıntıların kaynağı olarak gördü ve özelleştirmelere başladı.1983'te sağlıkta "pazar ekonomisi" uygulanmaya başlandı. 1991'de çıkarılan yasayla sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ayrıldı. Finans için genel vergilerin yanı sıra sigortadan ek katkılar alınmaya başlandı. Birbiriyle rekabet halindeki sağlık merkezlerinden hizmet satın alınmaya başlandı. Reçetelerden yazılan ilaç için birim başı katılım payı Nisan 2006'da alınmaya başlandı. Ulusal Sağlık Hizmeti 'nin (USH) harcamalarını denetlemek üzere NICE (Klinik Kusursuzluk İçin Ulusal Enstitü) kuruldu. Sosyal devlet, giderek neo-liberal piyasa devletine dönüştürüldü (Aksakoğlu, Giray, 2006: 335–343).

İngiltere'de çeşitli türde tıbbi yardımlar, iş kazası yardımları, çocuk yardımı için herhangi bir sigorta kaydının bulunmasına gerek yoktur. Bu yardımlar için finansman kaynağı vergilerdir. Her İngiliz vatandaşı USH'nce seçilmiş bir pratisyen hekimin listesine kayıtlıdır. Kişinin bir uzmanca görülmesi veya hastaneye yatırılması gerektiğinde tek yetkili bu hekimdir. Hekimler ücretlerini devletten almaktadır (Orhaner, 2006:12).

İngiltere’de gelir seviyesi iyi kabul edilen bir grup kendi isteği ile (NHS) dışında kalır. Bu grup aşağı yukarı toplumun yüzde 3’ünü oluşturur. Fakat bu grup da vergilerini tam olarak öder. NHS’den yararlansın ya da yararlanmasın herkes NHS’ye katkıda bulunmak zorundadır. Yüksek gelir seviyesindeki grupta bulunanlar kendi istekleri ile özel sigorta şirketlerine sağlık sigortası yaptırabilirler. Hekime muayene olmada sıra beklememe, hastaneye yatışta önceliğe sahip olma gibi çeşitli nedenlerle özel sigortalara ve özel hekimlere olan talebin arttığı İngiltere’de bazı şirketler kendi çalışanları için grup sigortaları yaptırmaktadır (Kılıç ve Bumin, 1993:112).

İngiltere’de sağlık alanında öne çıkan uygulamalardan biri de Özel Finans Girişimi (ÖFG) adı verilen bir mekanizmadır. Bir tür kamu-özel ortaklığı olan ÖFG, kamu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve deregülasyonu düşüncesi sonrasında ortaya çıkmıştır. Sağlık kuruluşları ile ilgili hizmetlerin temin edilmesinde, tasarım, inşaat, işletme ve varlık altyapısının finansmanı konularında, kamu yönetiminden özel bir örgüte otorite transferini içermektedir. ÖFG ile özel şirket ‘imtiyaz sahibi’ projeyi finanse etmekte, bakım ve faaliyetleri için tam sorumluluğa sahip olmaktadır (Memişoğlu, 2011:161; Blanken vd., 2009:123-124).

İngiltere’de sağlık hizmetleri görünüşte yapılmaya stratejik olarak çalışılsa da pazarın baskısı hissedilmektedir. İngiliz sisteminin sağlık politikasına bakıldığında aslında tüketiciden yana olduğu ve serbest pazara dayandığı açıkça görülmektedir.

2.5.2.2. Almanya Sağlık Reformu

Almanya’da 19. yüzyılın son çeyreğinde Bismarck tarafından işçilerin ağır çalışma koşulları dikkate alınarak, mevcut çok sayıda farklı sigorta sandıkları ve bunlar için ödenen primler ve sunulan edimler standartlaştırılarak çalışanların zorunlu olarak sigortalı olmaları sağlanmıştır. Sosyal güvenlik hakkı temelde mesleki faaliyet ölçütüne dayalı bağımlı ya da bağımsız çalışma olgusunun sonucu olduğundan, mesleki bir faaliyette bulunmayanların sosyal sigortaya tabi olması uzun süre mümkün olmamıştır. Sadece çalışanları içine alan sosyal sigorta sistemi zaman içinde işçilerin dışında bağımsız çalışanları, sonra da çalışmayan nüfusu kapsamına alacak şekilde geliştirilmiştir (Seçginel, 2009:30).

Almanya’da mevcut sistemde değişikliğe gidilmek zorunda kalmıştır. Değişikliğe demografik değişmeler, ortalama yaşam süresinin yükselmesi ve doğum oranlarının azalması, toplumun yaşlanıp nüfusun azalması neden olmaktadır.

Almanya ülke içinde yaşadığı bu sıkıntılar yanında uluslararası rekabet yarışı ve ekonomik koşulların uluslararası güçler tarafından belirlenmesi ile de, reform sürecine girmek zorunda kalmıştır. Gerçekleştirilen reformlar işsizlik sigortasından önemli oranlarda edimlerin kısılması anlamına gelmektedir, çünkü daha önceden işsiz kalan işçilere işsizlik parası ve ardından da işsizlik yardımı ödenmekteydi. Yeni düzenlemeye göre 15 ile 65 yaş arasında olan işsizler için temel güvence adı altında edinin sağlanmakta olup, bu edinin miktarı sosyal yardım düzeyinde gerçekleşmektedir. Yararlanma koşulu ise, işsizlik parası almamak veya bu edinimi talep etme hakkına sahip olmamaktır. Yeni düzenlemeye göre, günde en azından üç saat çalışabilecek yeterliliğe sahip olan kişi çalışabilir olarak kabul edilmektedir. İstisnai hallerini ise, çocuk veya aile bireylerinden birinin bakımından sorumlu olması hali oluşturmaktadır (Hekimler, 2005:145-146).

Almanya’da sosyal ağırlıklı bir sağlık sistemi reformu oluşturulmuştur. Almanya’da sosyalleşme kanunları ile gündeme gelmiş olan ‘Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi’ hakimdir. Sistemin finansman kaynağı, esas olarak kazanç esasına dayalı sigorta primleridir. Resmi hastalık sigortalarının sağlık hizmetlerinde özel bir yeri vardır. Bugün sayıları 200’ün üzerinde olan, her biri bağımsız ve büyük çoğunluğu herkesin üye olmasına açık resmi hastalık sigortaları (BKK) geliştirilmiştir. Hastalık halinde sigortalıya kapsamlı koruma sağlar.

Almanya’da artan sağlık harcamalarının ekonomi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla 1993 ve 1994 yıllarında iki yasa çıkarılmıştır. Bu yasalarla hizmetin fiyatına ve hizmet paketinin kapsamına göre maliyet paylaşımı sistemi getirilmiştir. 1997 yılında ise, dış tedavilerinin bir kısmı yararlanım paketi kapsamında çıkarılmış ve maliyet paylaşımı kapsamına dahil edilmiştir. Tüm bunlar cepten yapılan harcamaların artmasına neden olmuştur (Belek, 2009:247).

Almanya’nın son yıllardaki reformları maliyet artışı olduğu için katkı paylarını da artırmaktadır. 2000 yılında gerçekleştirilen reformla sağlık sektöründe çalışanların yükü artırılmış, hizmetlerde kısıtlamalar yapılmıştır. Diğer taraftan 2000 yılında sağlık

sisteminde önemli bir düzenleme gerçekleştirilmiştir. Kabul edilen Zorunlu Sağlık Sigortası Reformu Yasası ile geri ödemelerde yeni bir uygulama getirilmiş ve Tanı Temelli Gruplar isminde yeni bir sisteme geçilmiştir. Yasa ile sistemin ülke geneline yayılması ve rekabetin artırılması amaçlanmıştır (Belek, 2009:253). 2004 yılından itibaren de hastanelerde maliyetlere bir sınırlama getirmek amacıyla vaka başına ödeme gibi mekanizmalar kullanılmaya başlanmıştır (Belek, 2009:251).

Almanya, 2006'da sosyal güvenlik sistemindeki kesintiler ve vergilerle bütçe açığını bu yolla düşüreceğini beyan etmiştir. Almanya sağlık sistemi çok parçalı olduğu için (Hastalık Sandıkları Birliği ve Federal Ortak Komite) ortak bir amaç doğrultusunda hareket etmeyi güçleştirmektedir.

Son olarak Ocak 2009'da yürürlüğe giren sağlık reformu herkesin özel veya resmi bir sağlık sigortasına kaydolması zorunlu tutulmuştur. Herhangi bir sağlık sigortasına kaydolunmaması durumunda ise, ödenmesi gereken primlerin sigortalıya ceza olarak yansıtılması kararlaştırılmıştır (Imap, 2009:1).

Harcamaları azaltmak için yapılan reformlar yanında sağlık sisteminin kalite ve verimliliğini artırmak için de çeşitli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda, tüm hizmet sağlayıcılar için kalite yönetim sistemi kurmak amacıyla, yapısal kalite gerekliliği öngörülmüştür. Ayrıca hekimler için sürekli tıp eğitimi yükümlülüğü getirilmiş, ilaçlar ve işlemlerde sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi için 2004 yılında Kalite ve Verimlilik Enstitüsü (IQWIG) kurulmuştur. Kaliteyi artırma çabaları doğrudan verimliliği arttırmaya yönelik önlemler de alınmıştır. 2004 yılından itibaren jenerik ilaçlar dahil tüm ilaçlar, referans fiyatlara konu olmuştur. 2008 yılından başlayarak IQWIG, ilaç fiyatlarını üzerine yazmak suretiyle ilaçların maliyet etkinliğini sağlamayı amaçlamıştır (Memişoğlu, 2011:178; Busse, 2008:6).

Almanya sağlık sisteminde hastalar ayakta tedavi hizmetlerinde diledikleri hekimi seçmekte özgürdür. Ancak 2004 yılında hastalık fonlarından, üyelerine aile hekimliği modeline kayıt yaptırma seçeneğini önermeleri istenmiştir. Bunun yanında bireyler istedikleri hastaneyi seçme özgürlüğüne de sahiptir. Genel olarak hem kamu hastaneleri hem de özel hastaneler kar amacı gütmemektedir. Son yıllarda özel sektörde kar amaçlı hastaneler de ortaya çıkmıştır. 2004 yılından bu yana, hastaneler de ayakta tedavi bazında bazı hizmetler sunabilmektedir. Yatan hastaların geri ödemesi tanı

temelli grup (DRG) sistemine göre başvuru başına yapılmaktadır. DRG sistemi 2004 yılında tanıtılmıştır ve yeni teknolojileri hesaba katmak, tedavi şekillerindeki değişiklikleri ve hesaplara ilgili maliyetleri dikkate almak için yıllık olarak revize edilmiştir (Memişoğlu, 2011:176, Busse, 2008:6).

Birinci basamak sağlık hizmetleri serbest hekimler (aşı, gebe ve bebek izlemi ve 45 yaş üstü periyodik sağlık kontrolleri de yapmaktalar) tarafından sunulmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri ise, yerel yönetime ve derneklere bağlı hastaneler tarafından verilmektedir. Hekimler sendika, hastaneler federasyon kurmuşlar ve ücretlerini de sigortadan almaktadırlar (Görgün, 2009:98).

Sağlık harcamaları 2003 verilerine göre kişi başı ulusal gelirin yüzde 11'idir. 1992 ile 2003 yılları arasında kamusal kaynaklarda azalma, buna karşın özel kaynaklarda artış olmuştur. Aynı yıllarda cepten ödemelerde biraz artış olmuştur. Hizmet sunumu; ayaktan başvuru özel kazanç yönelimli olan doktorlar, diş hekimleri, eczacılar, fizyoterapistler, psikoterapistler ve diş teknisyenleri şeklindedir. Diğer sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmeleri için sandık hekiminin sevk etmesi gerekir. Aile hekimleri genellikle tek başlarına muayenehanede çalışırlar. Finansmanını kendi yapar, hizmet karşılığını ise, özel sigorta ve hastalar verir, ödemeler hizmet başıdır. Hastalık fonlarında çalışan doktorların ücretleri doktorların federasyonları ve fonlar arasındaki görüşmeler ile belirlenmektedir. Son yıllarda aile hekimleri ve uzmanlara ayrı bir havuzdan ve farklı ödeme cetvelleri üzerinden ödeme yapılmaktadır. Dört yıl süren, hastane ve muayenehanede gerçekleştirilen bir uzmanlık eğitim programı olan aile hekimliği 1994'ten itibaren birinci basamakta çalışacak hekimler için zorunlu hale getirilmiştir. Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerini öncelikle aile hekimi uzmanları, daha sonra da uzmanlık unvanlarını kullanmaksızın diğer dal uzmanları muayenehanelerde vermektedir. Kural olarak acil vakalara mesai saati dışında da bakılmakta ve bu görev aynı bölgedeki diğer aile hekimleri ile paylaşılmaktadır. Almanya'da hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimine en az üç ay boyunca bağlı kalırlar. Gerekli görüldüğünde hasta bir dal uzmanına veya hastaneye sevk edilebilir. 1990'lı yıllardan sonra, hastanelerde çalışan sayısı azalmıştır. Çalışanlar kamu personeli olup, maaş şeklinde ödeme yapılmakta ve kıdemli doktorlar özel olarak da çalışabilmektedirler. Aynı ödeme sistemi gönüllü hastanelerde de işlemektedir. Özel birimlerde ücretler hastalar tarafından ödenmektedir (Öcek, 2008:83-95). Yaşlanan

nüfus, sağlık hizmetlerine harcanan para, doğum oranlarında görünen azalış nedeniyle, Almanya sağlık sisteminin aşırı borçlanma altında olduğunu söyleyebiliriz. Maliyet artışlarını durdurmak için yeni reformlar yapma peşinde oldukları gözlenmektedir.

2.5.2.3. Küba Sağlık Reformu

Küba Anayasası'na göre; sağlık bir ekonomik kar aracı değil, bir insan hakkıdır. Bu yüzden tüm Kübalılar, sağlık hizmetlerinden eşit ölçüde yararlanırlar ve tüm sağlık hizmetleri ücretsizdir. Sağlık hizmetlerinin sağlanması devletin sorumluluğu altındadır.

Küba'da, bütçesine oranla sağlık göstergelerinin gelişmiş kapitalist ülkeler kadar iyi olan bir sağlık sistemi kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra eğitim de parasız olarak sunulduğu Küba'da 1959 Devrimi'nden sonra sağlık göstergelerinde gelişmeler gözlenmiştir. Bu ülkede sağlık hizmetleri devlet tarafından finanse edilir. Ülkeye uygulanan ambargoya karşın sağlığa ayrılan pay azaltılmamıştır. Reçete, ortopedik ortez, tekerlekli sandalye, diş, işitme cihazı, gözlük için çok düşük düzeyde cepten ödeme yapılmaktadır. Ulusal sağlık sistemi 3 düzeyde yapılanmıştır; ulusal, il ve belediyeler. Birinci basamak hizmetleri; "consultario" denilen aile hekimliği merkezlerinde, ikinci basamak; "policlinicos" adı verilen uzmanlaşmış kliniklerde, üçüncü basamak hizmetleri ise hastaneler ve enstitülerde verilmektedir. 1983'te "Aile Hekimliği" sistemine geçilmiştir. Her mahalleye, okula ve fabrikaya bir aile hekimi verilmiştir. Her bir aile hekimi ve hemşiresi yaklaşık 120 aileye hizmet sunmaktadır. Sabahları kliniklerinde poliklinik hizmetleri yaptıktan sonra ev ziyaretlerine çıkarlar. Sevk gerektiren durumlarda uzmanla iletişim kurarak, hastalarla birlikte giderler. Her 15-20 aile hekimi, hemşireleriyle birlikte bir çalışma grubu oluştururlar. (Ünlüoğlu, Paycı 2008; Çağlayan, Erkoç, 2006: 459-469). Planlama, yönetim, düzenleme ve denetleme çalışmaları merkezi ve yerel hükümet organlarının görevidir. Sağlık hizmetlerine, toplum katılımı ileri düzeyde sağlanmıştır. Çocuk felci ve kızamığı yok eden ilk ülkedir. Kişi başına düşen GSMH'sı 3649 Dolar olan Küba, yoksul ancak gelir dağılımı dünyada en eşitlikçi olan ülkedir (Çağlayan, Erkoç, 2006:459-469).

Üçüncü bölümde; sağlık reformları, Türkiye'deki sağlık sorunlarını ve sağlık reformlarının gelişim sürecini de ele alarak, SDP'nin bileşenlerinin kalitesi, etkililiği ve verimliliği, vatandaşa sağladığı yararlar açısından incelenmiştir.

3. BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN REFORM SÜRECİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra, Türkiye'de sağlık politikaları dört bölümde incelenebilir:

Birinci Dönem: 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları

İkinci Dönem: 1939-1960 Dönemi Sağlık Politikaları

Üçüncü Dönem: 1961-1980 Dönemi Sağlık Politikaları

Dördüncü Dönem: 1981-2002 Dönemi Sağlık Politikaları

3.1. 1920-1938 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), 3 Mayıs 1920'de kabul ettiği üç sayılı yasa ile Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti'ni kurarak (Fişek'ten Aktaran Bostan, 2009:17) sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir. Yasanın kabulünden sonra, TBMM Hükümeti'nin ilk Sağlık Bakanı olarak atanan Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş, köklü bir örgüt ve alt yapı ne de gereksinimlere yanıt verecek yasal bir düzenleme vardı. Herşeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcının bu tarih olduğunu söylemek yanlış olmaz (Akdur, 2006:17).

Cumhuriyet'in ilanından sonra sağlık hizmetleri de kurumsallaştırılmaya başlamıştır. Cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanı olan ve bu görevini (Kasım 1924-Mart 1925 arası hariç) yaklaşık 14 yıl sürdüren Dr. Refik Saydam Türkiye'de sağlık sisteminin kurulmasına öncülük etmiş ve sık rastlanan bulaşıcı hastalıklarla mücadele için koruyucu hekimlik uygulamalarını yaygınlaştırma politikasını uygulamıştır (Savaş ve diğerleri, 2002:53).

1925 yılında bir çalışma programı hazırlanmıştır. Bu programda da; devlet sağlık örgütünü genişletmek, hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek, numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak, sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek, sağlıkla ilgili kanunları yapmak, sağlık ve sosyal yardım

örgütünü köye kadar götürmek, merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Mektebini kurmak, çözülmesi gereken sorunlar olarak yer almış ve bu konuda çalışmalar başlatılmıştır. Bulaşıcı hastalıklarla savaş için kurulan örgütler genel bütçeden finanse edilerek, sıtma savaş, trahom ve frenginin yaygın olduğu bölgelerde trahom savaş ve frengi savaş örgütleri kurulmuştur. Hükümet tabiplerinin temel görevi de tifüs, çiçek, tifo, dizanteri gibi hastalıklarla savaş idi. Ayrıca Ankara’da Hıfzıssıhha Enstitüsü kuruldu. Bu şekilde bulaşıcı hastalıklar ile savaş için laboratuvar hizmetleri, aşı ve serum üretilmesi sağlandı. Heybeliada Sanatoryumu ile bazı illerdeki doğum ve çocuk bakım evleri de kurulmuştur. Kamu sağlık hizmetleri illerde Sağlık Müdürlüğü, ilçelerde ise Hükümet Tabiplikleri şeklinde örgütlenmiş, tedavi edici hizmetler, yerel yönetimlerin görevi olarak kabul edilmiştir. Belediyelere hastane işletmesi konusunda eğitici örnek olarak bazı illerde numune hastaneleri kurulmuştur. Yine bu dönemde sonradan sağlık ocaklarına ve sağlık merkezlerine dönüşen birçok ilçe merkezinde Muayene ve Tedavi Evleri açılmıştır. Tıp ve sağlık personeli eğitimine önem verilmiş, tıp öğrencileri için parasız yurtlar açılarak daha sonra onlara mecburi hizmet konulmuştur. (Görgün, 2009:108).

Bu dönem sağlık politikasının belirleyicisi olan Dr. Refik Saydam’a göre; merkezi yönetim bulaşıcı hastalıklara gerekli özeni gösterebilecek şekilde dikey olarak yapılanmalıdır. Yerel yönetimler ise tedavi edici sağlık hizmetlerini yerine getirmeli, hükümetin sorumluluğu yalnızca bu hizmetlerin yönlendirilmesi ve koordinesi noktasında olmalıydı (Savaş ve diğerleri, 2002:14).

Sağlık hizmetlerini köylere kadar, vatandaşın ayağına götürme amacıyla yapılan girişimlerden biri de “Seyyar Tabiplik” tir. Seyyar tabipler, finansmanı il özel idareleri tarafından sağlanmak üzere devlet tarafından tayin edilirdi (Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930). Seyyar tabiplik uygulamasının sıtma, frengi, trahom örgütlerinin kendi içlerinde de ayrıca yer aldığını hatırlatalım. Cumhuriyetin ilk 15 yılında üretilen hizmetleri şöyle özetleyebiliriz (Bağırhan, 2007:33);

—1930 tarihli 1593 sayılı “ Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” bu dönemde çıkan en önemli kanundur. Bu kanunda bulaşıcı hastalıklar, sıtma, verem, trahom ve zührevi hastalıklar ile çevre sağlığı hizmetleri için kişilerin yükümlülükleri ve sağlık teşkilatının

yetkileri belirtilmiştir. Yine aynı dönemde çıkarılan “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun” da hekimlik ve buna bağlı mesleklerin uygulanışını düzenlemektedir.

—İhtiyaç duyulan kanun ve nizamnamelerin çıkarılması

—Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi'nin kurulması (aşı, serum, antijen üretimi, farmasötiklerin kontrolü vb.)

—Tıbbi İçtimai Yardım İşlerinin Organizasyonu

—Ankara, Erzurum, Diyarbakır, Sivas ve İstanbul'da (5 adet) Numune Hastanesinin açılması

—İstanbul, Manisa ve Elazığ'da (3 adet) Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi açılması -İstanbul ve İzmir'de (2 adet) Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastanesinin açılması

—Toplam 9 adet Doğum ve Çocuk Bakımevi açılması

—Toplam 170 adet muayene ve tedavi evi (5 yataklı) açılması

—1937 yılı itibarıyla toplam 2566 yatak kapasitesi olan Hususi Hastanelerin (54 adet) hizmete girmesi.

3.2. 1939-1960 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Bu dönemde en önemli olay, İkinci Dünya Savaşında, Türkiye'nin harbe girmemekle beraber sağlık durumunun bozulmasıdır. Bu dönemde sıtma, epidemik tifus ve çiçek büyük salgınlar yapmıştır. Bir yandan salgınlar, bir yandan da beslenme koşullarının bozulması ölüm oranlarını arttırmıştır (Bostan, 2009:19).

Bu dönemdeki önemli olaylardan biri 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu'nun kurulması ve bu kurumun 1952 yılında kendi kurduğu sağlık birimleri ve hastanelerinde hizmet vermeye başlamasıdır. Böylece, ülkedeki sağlık hizmeti ve sağlık personeli istihdamının sağlıkla ilgili bakanlıkça yerine getirilmesi anlayışının dışına çıkmış oldu (Sargutan, 2006:213). ‘Bu arada hemen her kamu kuruluşu ve tüzel kişilik kendi hizmetini kendi verme yolunu tutmuş, öyle ki 1960 yılı başlarında değişik gruplara sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluş sayısı 40'ı aşmıştı (Özkan, 2001:50). Böylece sağlık hizmetleri sunumunda oluşmaya başlayan parçalı yapı sonraki yıllarda sürekli

tartışılan ‘hizmet sunumunda verimsizlik’ tartışmalarının kaynağını oluşturmuştur (Tatar, 2003:251).

Dr. Saydam Dönemi’nden sonraki ilk önemli girişim; 1946-1950 yılları arasında Bakanlık yapan Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi’ne sunulan ve yürürlüğe sokulan ‘Birinci On Yıllık Sağlık Planı’dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir (Akdur, 2006:21).

‘Behçet Uz Planı’ diye de anılan bu plana göre, ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her 10 köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü. Bu planda, Refik Saydam zamanında genellikle şehirli ve kasabalıya inhisar eden ve köylünün sınırlı ölçüde faydalanabileceği tedavi hizmetlerinin, örgütlenmiş olarak köye götürülmesi öngörülmüştür. Ancak, bu planı Dr. Behçet Uz’dan sonra gelenler uygulayamamışlardır (Bostan, 2009:22).

1949 yılında yapılan bir düzenleme ile verem savaşı için kentlerde "Verem Savaş Dernekleri" kurulmuştur. 1952 yılında "Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü" kurulmuş, Ana ve Çocuk Sağlığı (AÇS) merkezleri, şubeleri ve istasyonları açılmıştır. Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi edici hizmetler, Sağlık Bakanlığınca üstlenilmiş, belediye hastaneleri devletleştirilmiştir (Bostan, 2009:20).

1950’li yıllara damgasını vuran Demokrat Parti döneminde sağlık merkezleri üzerinde odaklanılmıştır. Dr. Uz’un ikinci döneminde de ‘Milli Sağlık Programı’ adlı yeni bir program gündeme gelmiş ancak program yasal bir hüviyet kazanamamıştır (Tatar, 2003:252). Milli Sağlık Planı’nın (1946) maliyet ve süre açısından budanmış bir versiyonu olan 1954 tarihli Milli Sağlık Programı’na göre Sağlık Merkezlerinin ülke çapında yaygınlaştırılması için çok kaynağa ihtiyaç vardır. Bu nedenle programda tüm sağlık hizmetlerinin reformu yerine Sağlık Merkezleri aracılığıyla taşra-kırsal hizmetlerini teşkilatlandırma amaç edinilmiştir (Metin, 2002:56).

3.3. 1961-1980 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Bu dönem 27 Mayıs 1960'ta gerçekleşen Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk askeri darbe deneyimi ile başlamaktadır. Bu dönem, Sağlık Politikası literatürüne *Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme Dönemi* olarak geçmiştir.

1960 yılında planlı kalkınma dönemi başlamış ve 5 Ocak 1961 yılında da Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Milli Birlik Komitesi tarafından kabul edilmiştir. Sağlık hizmetlerinde reform niteliğinde olan bu yasa 1963 yılında yürürlüğe girmiş olup, temel ilkeleri de; eşit, sürekli, entegre, kademeli, öncelikli, katılımlı, ekip, denetlenen, uygun, nüfusa göre hizmet şeklindeydi. Hükümet tabipliklerinin yerine sağlık ocakları sistemine geçilmiştir. Bu yasa ile sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür ve sağlık hizmetlerinin ildeki amiri validir. Sağlık Müdürü, Vali adına hizmeti yürütür. Birinci basamak; evde ve ayakta tedavi hizmetleri ile koruyucu hizmetlerin sunulduğu 'sağlık ocakları'dır. 5-10 bin kişiye birinci basamak sağlık hizmeti veren her sağlık ocağında bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, 2-4 köy ebesi, bir tıbbi sekreter, hizmetli ve şoför bulunacaktır. Ekip anlayışı ile çalışacak olan personel o bölgede ikamet edecek, gerektiğinde gezici hizmet de verecektir. Yine o bölgedeki devlet hastaneleri ve halk sağlığı laboratuvarı tarafından desteklenerek, sevk zinciri kurulacaktır (Görgün, 2009:109).

Bu dönemde Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu, devletin temel görevi ve yapması gereken bir hizmet olarak belirlenmiştir. Bu hizmet, 1961 Anayasası'na göre devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olarak tanınmıştır. Türkiye'de çağdaş hekimlik uygulamaları 1961 Anayasası'nda geçen 224 Sayılı 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi' kanununda belirtilmiştir. Bu kanuna göre;

-Bütün sağlık hizmetlerinin devletin temel görevi olduğu,

-Herkesin sağlık hizmetlerinden en iyi ve verimli bir şekilde yararlanması için birinci basamak sağlık hizmetlerinin en ücra köşelere yaygınlaştırılması gereği,

-Koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesi gerektiği,

-Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi gerektiği ve halkla bütünleşerek bu hizmetleri yerine getirmeyi esas almıştır.

224 sayılı kanunun bazı maddeleri ise şöyle sıralanabilir;

-Sağlık hizmetleri ücretsizdir (Madde 1 ve 14).

-Kamuda çalışan hekimler özel hasta bakamazlar (Madde 3 ve 4).

-Sağlık örgütü il içinde genel yönetimden bağımsız olacaktır (Madde 2).

-Sağlık hizmetleri (Kamu) Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olanlar dışında tek elde toplanacaktır (Madde 8 ve 30).

-Hekimlere ödenecek ücret sözleşme ile saptanacaktır (Madde 24).

-Yansız ve adil bir atama, yer değiştirme ve yükselme yöntemi uygulanacaktır(Madde 24).

-Bir bölgede gerekli altyapı sağlanmadan, malzeme, personel vb. sağlanmadan, o bölgede yasa uygulamasına başlanmayacaktır (Madde 17).

224 sayılı yasa, aslında sağlık açısından önemli gelişmeler sunan bir yasadır. Üniversite hastanelerine verilen araştırma görevi, yasanın sağlık hizmetleri gereksinimini karşılayabileceğini belirtmektedir; fakat yasanın desteklenmeyişi, eleştirilmesi ve önünün kapatılması sebebiyle uygulamada çok fazla yer bulamamıştır.

Hacettepe Üniversitesi ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı işbirliğiyle, 1965 yılında Etimesgut'ta bölge kurulmuş, bunu 1975 yılında Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesi izlemiştir. Türkiye için 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun'un son derece uygun bir model ve uygulanabilir bir yasa olduğu da başta Etimesgut ve Çubuk olmak üzere, aralarında Gemlik ve Narlıdere'nin de bulunduğu Türkiye'nin çeşitli yerlerinde kurulan Eğitim ve Araştırma Bölgeleri'yle kanıtlanmıştır (Pala, 2007:13).

1963-1965 yıllarında başarı ile uygulanan sosyalleştirme, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür. Başarısızlık nedenleri olarak; sağlık yöneticilerinin kanunun gereğine inanmamaları, yeterli doktor ve sağlık personelinin olmaması, mevcut personelin hizmetin gerektiği şekilde eğitim almamış olması, birimler arası işbirliğinin kurulamamış olması, yönetim yetersizliği ve ödeneklerin hiçbir zaman yeterli verilmemiş olması sıralanmaktadır (Metin, 2002:5).

Sağlık alanında ana ilkesini “halkın sağlık seviyesini yükseltmek” olarak belirleyen 1963–1967 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Türkiye’de planlı kalkınma döneminin başlangıcı olarak kabul edilir (DPT, 1963: 406). Bu tarihten sonra sağlık politikalarının ana hatları bu planlar takip edilerek izlenebilir. Sağlık sektörüne yönelik ilk beş yıllık kalkınma planının hedefleri şunlardı (OECD, DB, 2009: 32-33):

- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi
- Sağlık Bakanlığı aracılığıyla halk sağlığı sunulması
- Sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması
- Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi
- Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi
- Özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi
- Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması
- Devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967) kapsamında Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı ilk olarak 1967’de hazırlanmış fakat Bakanlar Kurulu’na sunulamamıştır (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007:100).

1968-1972 yıllarını kapsayan İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı yukarıda belirtilen sağlık hedeflerini tekrar ettikten sonra uygulanacak politikalar kısmında ‘Tek bir sağlık sigortası tatbikatına geçişi kolaylaştırmak amacıyla ve bu tatbikata geçinceye kadar kamu sektörüne ait sağlık tesislerinde (Milli Savunma Bakanlığı özel tesisleri hariç) iyi bir koordinasyon sağlanacağını’ belirtirken kademeli olarak genel sağlık sigortası geçişini de öngörmüştür (DPT, 1968:273-275). Ancak 1971’de TBMM’ne sunulan tasarı kabul edilmemiştir.

1973-1978 yıllarını kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı sağlık politikaları açısından öncekilerin bir tekrarı niteliğindedir. Bu planın da sağlık politikasını belirleyen ilkeler ve tedbirler kısmının birinci maddesi sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimine ayrılmış, sekizinci maddesinde ise genel sağlık sigortasına değinilmiştir (Ersöz, 2010:58).

Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi temel ilkedir. Yataklı tedavi kurumlarında tek elden yönetime ulaşmak için yataklı tedavi tesisleri Üçüncü Plan’ın ilk iki yılı içinde tek bir kurum haline getirilecek, Milli Savunma Bakanlığı’nın özel

nitelikteki ve üniversitelerin eğitim amaçları dışındaki bütün kamu kuruluşlarına bağlı hastaneler bu kuruma devredilecektir (DPT, 1973:824).

Kademeli bir şekilde uygulanmak üzere bir genel sağlık sigortası için gerekli mevzuat hazırlanacaktır. Mevzuatın hazırlanmasında, sigortanın sağlık hizmetinin geliştiği illerde yataklı tedavi kurumlarına talebi artmaması göz önünde tutulacak, sigortanın yaratacağı ek talebin gerektireceği finansmanın yalnız sigorta primlerinden karşılanması esas olacaktır (DPT, 1973: 825).

1979-1983 yıllarını kapsayan Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983) sağlık politikaları alanındaki önceki dönem gelişmelerinin değerlendirilmesi niteliğindeki şu ön kabulde başlamıştır:

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine 1963 yılında başlanmış ve kapsanan il sayısı, 1978 yılında 46'ya yükselmiştir. Ancak sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi, etkin bir istihdam ve ücret politikası, sağlık eğitimi vb. sorunların giderilmesi gibi ön koşulların yerine getirilemeyişi, bu birimlerin işlerliğini engellemekte, hizmetin sınırlı bir biçimde gelişmesine neden olmaktadır (DPT, 1979:460).

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi bütün yurtda uygulanacak şekilde ele alınacaktır (DPT, 1979:465). Bu planı kendinden öncekilerden ayıran en dikkat çekici özelliği ise, ilke ve politikalar başlığı altındaki 'Sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kimselerin sağlık gereksinimleri devlet tarafından karşılanacaktır' maddesidir (Ersöz, 2010:61). Ayrıca, planda % 8 gibi bir büyüme oranı hedeflenmiş iken 1979-1980 yılı için GSYİH'da büyüme oranları sırasıyla -0.4,-1.1 olarak gerçekleşmişti. İşte bu nedenle Dördüncü Beş Yıllık Plan ekonomi yönetiminin aymazlığı açısından tarihi bir nitelik taşımaktadır (Parasız, 2001:307-308).

3.4. 1981-2002 DÖNEMİ SAĞLIK POLİTİKALARI

24 Ocak 1980 kararları ile Türkiye'nin 'Yapısal Uyum Programları' kapsamında DB ve IMF ile olan ilişkilerini farklı boyutlara taşıması ve bununla bağlantılı olarak liberal politikalar ile özelleştirme girişimlerinin hem politika hem de uygulama düzeyinde yoğunluğunun artması tüm sektörleri olduğu gibi sağlık sektörünü de etkilemiştir (Tatar, 2009:11). Bu döneme ait Akdur'un tasviri şöyledir:

'Türkiye'de 1980'den sonraki yılların temel özelliği, sağlık sektörünü, benimsenen bu yeni politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş

olmasıdır. Bu erikle, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Geline nokta bulunan çözüm ise, genel hatları ile; hizmet sunumunda, sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan aile hekimliğinin yerleştirilmesi, devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi zamanla özelleştirilmesidir. Finansmanda ise; genel bir sağlık sigortası üzerine oturtulmuş özel sigortacılık ve cepten ödemedir' (Akdur, 2006:19).

Yeniden yapılan ve halk oylamasıyla 1982'de kabul edilen T.C. Anayasası'nın 56. maddesinde ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu yeniden tanımlanmıştır. Herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu, herkesin beden ve ruh sağlığını korumanın devletin görevi olduğunu, fakat devletin bu görevini kamu ve özel sektör eliyle sağlayabileceğini ve genel sağlık sigortasının kurulabileceğini ifade etmiştir. Sağlık hizmetlerinin özel sektör eliyle verilmesi anayasal bir meşruiyete bu hükümle kavuşmuştur. Devletin tek elden planlayıcı ve denetleyici rolü devam etmektedir. Ayrıca genel sağlık sigortası vurgusu anayasal bir teşvik olarak değerlendirilebilir (Bostan, 2009:22).

Bu dönemde reform gerekçesi olarak ileri sürülen şey, sağlık hizmetlerinin bir sorun olmasıdır ve bunun da nedeni, mevcut sağlık sisteminin bürokratik mekanizmanın verimsizliğine teslim edilmiş olmasıdır. Bu sorun da 'sağlık reformu' ile çözülecektir (Özdemir, 2001:281-282).

Bu dönem, sağlık politikalarında yaşanan proje deneyimleriyle eklemlenmiş bir şekilde; kalkınma planları rehberliğinde incelenerek, "günün şartlarına" uygun politik bakış açısının sağlık politikasına yansımaları görülmeye çalışılacaktır (Ersöz, 2010:67).

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'na göre (1985-1989) sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, etkili sunulması ve genel sağlık sigortasına odaklanılan bu dönemde; "Hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetinden tedricen koruyucu sağlık hizmetlerine yönelinecektir." ilkesi getirilmiştir (DPT, 1985: 150).

Kalkınma planının, dönemin sağlık politikasına temel teşkil edecek olan;

"Sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınacak",

“Hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin inşa edilmesi önlenemez”,

“Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir”(DPT, 1984: 150).

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında ise (1990-1994), “Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak temel ilke” olarak kabul edildiği bu plan döneminde sağlık politikasını daha doğru analiz edebilmek için bu temel ilkeyi bir kenara bırakarak planı incelediğimizde dikkat çeken ilkeler aşağıda belirtilmektedir (DPT, 1990: 286).

- Sağlık hizmetlerinde rasyonellik artırılacak, hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi sağlanacaktır.

- Etkili bir hasta sevk sistemi kurularak hastanelerdeki gereksiz yığılmalar önlenecektir.

- Sağlık alanında sağlık ekonomisi dahil olmak üzere etkin bir insan gücü planlaması yapılacaktır.

1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresi ile sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanma süreci başlatılmış, 1993 yılında yapılan İkinci Ulusal Sağlık Kongresi ile ise Ulusal Sağlık Politikası belirlenmiştir. Ulusal Sağlık Kongreleri sağlık sektörü ile, ilgili herkesin katılımı ve görüşlerini ifade edebilecekleri bir platform oluşturulmuş ve sonuçta da ‘Ulusal Sağlık Politikası’ dokümanı yayınlanmıştır. Bu dokümanda ülkenin sağlık alanında mevcut durumu tespit edilmiş, strateji ve hedefler belirlenmiştir. Günümüzde uygulanmaya çalışılan bu hedefler dört başlık altında toplanabilir (Görgün, 2009:116):

- Sağlık hizmetleri sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Nüfusun tamamını kapsayacak genel sağlık sigortası sisteminin kurulması,
- Hastanelerin, özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi.

Aynı yıl sosyal güvenlik şemsiyesi dışında kalanlar yoksul kişiler için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiş, ancak hastanelerin özertleştirilmesi gerçekleşmemiştir (Görgün, 2009:117)

Türkiye’de sağlık reformu sürecinde yapılanlar şu şekilde özetlenebilir;

1989-1991 DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü
Ana Plan ve Strateji

1991 Birinci Sağlık Projesi (ilk araştırmalar, ön tasarı),

1991 Türkiye Sağlık Reformu Tasarım Çalışmaları,

1992 Birinci Ulusal Sağlık Kongresi,

1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi’nde, Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasının başlatılması konusu yeniden ele alınmış; ama herhangi bir ilerleme kaydedilememiştir. Ancak, aynı yıl, 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun'dan yararlanmak üzere Türk vatandaşlarının aylık gelir ve gider paylarının belirlenmesi ve bunlara tedavi hizmeti verilmesinin başlatılması ile birlikte, sigortasız nüfusun sağlık harcamalarının karşılanmasının artırılması konusunda çok önemli bir gelişme meydana gelmiştir. 1993 yılında Hükümette bir değişiklik olmuş ve ulusal sağlık politikası arka planda kalmıştır ve hayata geçirilememiştir.

1993 Sağlık Reformu ilk yasa taslakları ve İkinci Ulusal Sağlık Kongresi,

1994 Nihai Tasarım, yasa taslaklarında revizyon, hükümet onayı, yasa tasarılarının TBMM’ye sunulması,

1995 TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu’nda görüşmeler, İkinci Sağlık Projesi,

1995 Sağlık Reformu paketinin yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve uygulama takviminde yer alması,

1996 ‘Sağlık Finans Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Sistemleri’ çalışmalarının eşgüdümü,

1996 yasa taslaklarının Maliye, Adalet, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları, Hazine DPT Müsteşarlıkları ve SSK ile görüşülerek mutabakata varılan versiyonlarının oluşturulması,

1996 ‘Sağlık Reformu ve Sağlık Finansmanı Kurumu’ modelinin özel sigorta şirketleri ile görüşülerek tanıtılması ve teknik özellikleri ile kapsam anlamında görüşmeler,

1997 sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik ‘Kişisel Sağlık Sigortası’ oluşturulması ve sağlık sistemindeki alt yapı faaliyetlerinin desteklenmesi ile eş zamanlı ele alınması, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı kuruluş ve işleyiş kanun tasarısı taslağı üzerinde mutabakat metninin hazırlanması

1998 Kişisel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı’nın Bakanlar Kurulu’na sevki, tartışılması, son şeklinin verilmesi, TBMM’de grubu bulunana siyasi partilere tanıtımının başlanması, TBMM Başkanlığı’na sunumu şeklinde gerçekleşmiş, ancak kanun çıkarılamamıştır.

Bu dönemin en göze çarpan özelliği daha önce eşi görülmemiş şekilde okulların kamu sağlığı uzmanları, birkaç kamu kurumu ve diğer bakanlıklar, medikal profesyonellerin temsilcileri, sendikalar, siyasi partiler, özel sektör ve sigorta organizasyonları, ilaç şirketleri, kitle medyası, sağlık politikası yapımı alanında etkin olan Sivil Toplum Kuruluşları ve uluslararası kuruluşların uzmanlarını içeren tüm tarafların katılıma teşvik edilmesidir. Taraflar komite raporları, çeşitli seçenekler, diğer Avrupa ülkelerinin politikaları ve DSÖ’nün tavsiyeleri dikkate alınarak oluşturulan taslak dokümanı, iki gün boyunca, toplanan bu Ulusal Sağlık Kongresi’nde tartışılmışlardır. En büyük itiraz Türk Tabipler Birliği’nden (TTB) gelmiştir. İtirazlarının esası ise sağlık hizmetlerinin finansmanının genel sağlık sigortası üzerine temellendirilmesiydi (Agartan, 2005:6).

Bu dönemde DB’nın finansal desteği ile İkinci Sağlık Projesi uygulanmaya başlanmış, 1994–2001 yıllarını kapsayan bu proje Birinci Sağlık Projesi ile aynı amaçlara sahiptir. Bu projenin uygulanması için Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden 23 il seçilmiştir (Ersöz, 2010:73).

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’na göre (1996-2000) (DPT, 1995:46-48);

Sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşlarının rasyonel planlama yapabilmeleri, etkili hizmet sunumu ve denetimi gerçekleştirebilmeleri için bu kuruluşlarda hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır.

Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılacaktır.

Sağlık hizmetlerinde merkezi idarelerin görev, yetki ve sorumlulukları azaltılacak, il sağlık idarelerinin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenecektir. Hizmetin sunulmasında yerel yönetimlerin rolü artırılacaktır.

Kamusal kaynaklar öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilecektir.

Hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapıları güçlendirilecek.

Hastanelerde maliyet muhasebesi teknikleri kullanılarak bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılacak, gerçek maliyetlere dayalı fiyatlandırmaya gidilecektir. Bu şekilde, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan hastanelerden kamu sübvansiyonu kademeli olarak kaldırılacaktır.

Önceki politika yöneliminden ve stratejilerden hiçbir fark taşımayan bu planın Sağlık Sistemi Avrupa Gözlemci raporuna göre tek farklı yanı; iyimser ifadelere biraz daha fazla yer vermiş olmasıdır” (Agartan, 2005:7). Planda, “devletin sağlık hizmetleri alanındaki görevi tam da DB ve IMF’nin belirttiği üzere, koruyucu hizmetler ve muhtaç durumdaki vatandaşlara destek ile sınırlı tutulmuştur” (Yaşar, 2008:162). Fakat artık bu planda, sağlık politikaları ve ilkelerinin açıklandığı yeni bölüm başlığı Sağlık Reformu’dur. 1994 yılından itibaren yapılan kapsamlı araştırmalar ile ilgili kurum ve kuruluşların görüşleri doğrultusunda sağlık reformu modeli daha da geliştirilerek, ülke reform ve kalkınma planının bir parçası haline getirilmiştir.” Bu dönemde de 1997-2000 yıllarını kapsayan Temel Sağlık Hizmetleri Projesi uygulanmıştır. Bu proje uygulandığı iki ilde: Aile Hekimliği modeli ve etkin bir sevk zincirinin uygulaması pilot sistemini oluşturmak, bu sistemin yurt çapında uygulanabilirliğini sınamak, Sağlık ekonomisi

analizi için kurumsal kapasiteyi geliştirmek amaçlarına odaklanmıştır (Özdemir, 2001: 285-286).

Türkiye’de sağlık sisteminde yaşanan sorunların Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (2001-2005) yer alması ve bu plan çerçevesinde hazırlanan ‘Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu’nda özellikle kırsal ve kentsel yörelere, doğu ve batı bölgesine ilişkin veriler kıyaslamasında standart bir sağlık kalitesinin olmadığı belirtilmekte, sağlık hizmetlerinin eşitlik ve hakkaniyet içinde halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun bir yapıya kavuşturulacağı planda açıkça söylenmektedir (DPT, 2001:4). Sekizinci Plan çerçevesinde, koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre edilerek etkinleştirilmesi, bebek ve çocukların yaşama sağlıklı başlaması, ergen ve gençlerin sağlıklarını koruma, geliştirme bilgi ve becerisine sahip olmaları, kişilerin özürlülden ve hastalıktan uzak, yaşam süresinin ve kalitesinin artırılması, özellikle yaşlıların yaşamsal faaliyetlerini yardıma muhtaç olmadan sürdürebilmeleri ve topluma katkılarının devamının sağlanması hedeflenmiştir (Genç, 2005:2).

3.5. SAğLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık altyapısı ve örgütlenmenin düzenlenmesine yönelik çalışmalar, sağlık politikalarında önemli değişimleri gerektirmektedir. Sağlık politikalarının küresel eğilimlerden etkilenmediğini ileri sürmek gerçekçi olmaz. Ancak, DSÖ, sağlık sistemleri ile ilgili birçok öncelikler öne sürse de, her ülkenin kendi şartları doğrultusunda bir sistem oluşturmasını önermektedir (Akdağ, 2008:9).

2002 yılı genel seçimleri ardından iş başına gelen 58. Hükümet 3 Ocak 2003 tarihinde ‘Acil Eylem Planı’ adı altında öncelikli yapacaklarını açıkladı. Kısa bir süre sonra kurulan ve 58. Hükümetin devamı olan 59. Hükümet Programı’nda bu acil eylem planına sadık kalınarak Kamu Yönetimi Reformu kapsamında; ‘Herkes Sağlık’ başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler içerisinde aşağıdaki ana başlıklar sayılmaktadır (Bostan, 2009:34):

- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması

- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi
- Aile ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi

-Sağlık alanında e- dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi yer almaktadır (58-59. Hükümet Programı)

Hükümet Programında yer alan bu temel hedeflerden yola çıkılarak, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte Türkiye SDP Taslağı hazırlanmıştır (Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, 2003:2).

SDP'nin amaçlarıyla uyumlu olarak 2006 yılında hazırlanan 9. Kalkınma Planı (2006-2011) sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması ve genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulmasını öngörmektedir. Bu eksende yürütülen SDP ulusal politikanın bütünleyici parçasıdır. Bu programın gerçekleşmesi ile sağlık hizmetleri, geleceğin hızla değişen ve dönüşen sağlık önceliklerini karşılayabilecek dinamik bir zemin kazandırmaktadır (Akdağ, 2008:9).

Sağlık Bakanlığı, sağlıkta dönüşümü bir reform olarak nitelendirmemekte, önceki reformlardan yola çıkılarak yapıldığını beyan etmektedir. Aynı zamanda günümüzde reform kavramının yıpratılmış ve anlamından kaymış olduğunu düşünmektedir. SDP tümüyle yeni bir yasa meydana getirmemiş, eskilerden yola çıkarak daha yeni ve etkili bir değişim gerçekleştirmiştir. Örneğin özel hastanelerle ilgili yapılan değişikliklerde, aile hekimliğinde, genel sağlık sigortasında yapılan alt değişikliklerle önceki yasalarla da birlikte hareket edilerek ortak bir düzenleme getirilmiştir.

3.6. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE DÜNYA BANKASI

DB 2002 Türkiye Sağlık Raporu'nda, Türkiye'nin kendi düzeyindeki ülkelere kıyasla sağlık durumunun daha kötü olmasının nedenlerini; 'kaynakların verimli ve eşit bir şekilde tahsis edilememesi, yöneticiler ve sağlık personeli için yeterli teşvik olmaması, sağlık hizmetleri sunumunun parçalı yapıda olması, özel sektörün potansiyelinin tam olarak anlaşılammış olması, su kullanma, eğitim gibi sağlığın güçlü belirleyicilerinin herkese eşit olarak sunulamaması' olarak göstermiştir. Bu tespitlerden sonra DB, Mart 2003 tarihli 'Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar' adlı raporunda Türkiye'nin sağlık sistemi için aşağıdaki önerilerde bulunmuştur (Orhaner, 2006:146).

Zorunlu Evrensel Sosyal Sağlık Sigortası ile İsteğe Bağlı Ek Özel Sigorta: SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı aracılığıyla sunulan farklı sağlık sigortaları, memurlara sağlanan sigorta ve yeşil kart programı tek bir zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi ya da Sağlık Fonu içinde birleştirilmelidir. Sağlık Fonu tercihen, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı altında özerk yapıda ve sosyal güvenlik reformunun bir parçası olmalıdır. SSK ve Bağ-Kur sosyal güvenlik kurumları olarak çalışmaya devam eder; fakat bütün sağlık sigortası primleri Sağlık Fonu'na aktarılır. Benzer şekilde, bütün aktif memurlar ve onların sağlık sigorta primleri doğrudan ödenen aileleri Fon'un üyesi olmalıdır. Emekli Sandığı da bütün sağlık sigorta primlerini Fon'a aktarmalı yeşil kart programı ve ödeyecek durumda olmayanlar adına devletin yatırdığı primler de Fon'a katılmalıdır.

Temel Hizmetler Paketi Geliştirme ve Kamu Sağlık Harcamalarını Hedef Alma: Anne-çocuk ölümlerini ve hastalıklarını azaltmak için sağlık hizmetleri paketinin bir parçası olarak sunulmalıdır. Sağlık personelinin yoksulların yaşadığı yerlerde çalışması için ekstra ücret, daha kısa süreli görev, kıtlık bölgesinde hizmet verdikten sonra görev yerini seçme, uzmanlık programlarına girme gibi, özendirici stratejiler tasarlanmalıdır.

Kamu Hastanelerinin Yeniden Düzenlenmesi ve Daha Geniş Özerklik Sağlanması: Özellikle Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin verimliliğini geliştirmek için idari ve mali özerklikle, sağlık hizmetlerinin üretimi ve yönetimi için gerekli girdilerin temininde özerklik önerilir. İlk aşamada, bütün Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Bakanlık altındaki yarı kamulaşmış yasal ve özerk bir kurum altında birleştirilmeli ve

bu kurum da Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan özerk olmalıdır. İlk aşamada iki bakanlığın da personeli memurluk statülerini koruyacaktır. İkinci aşamada, her tesise ayrı ayrı özerklik verilmelidir. Bu aşamada çalışanlar sözleşmeli olacaktır.

Birleştirme ve Kurumsal Sorumlulukları Yeniden Tanımlama: Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasındaki ilişkiler elden geçirilmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın birincil rol ve sorumluluğu politika formüle etmek ve düzenin gözetimi olmalıdır. Bakanlık, sağlık sektörünün önceliklerinin belirlenmesine, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesine, kurumların akreditasyonuna, uzmanlara lisans verilmesine, sigorta düzenleme ve gözetimine, halk sağlığı işlevine odaklanmalıdır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın sağlık sektöründeki öncelikli rolü de, evrensel sağlık sigortası sisteminin işleyişi ve yönetiminde yol göstericilik ve yönetim olmalıdır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Güçlendirme: Aile hekimliği kavramı ve uygulaması benimsenmelidir. Hastalara tanı, laboratuvar hizmetleri 'tek pencere' sistemiyle tek sunucu tarafından sağlanmalıdır. Aile hekimliği, hekimlerin üyelerin yaklaşmasını, daha kişisel iletişimi getirir ve hekim sağlık eğitimi ile hastalıkların önlenmesinde önemli rol oynar.

SDP'nin başarıya ulaşması için DB ile yürütülen 'Ülke Destek Stratejisi' çerçevesinde program kredilendirilmiştir (Güler, 2004:41). 21 Nisan 2004 tarihinde, SDP'nin birinci aşaması için 60,61 milyon Amerikan Doları kredi biçilmiştir. 20 Mayıs 2004'te onaylanan SDP'nin hedefi yönetişimi, verimliliği, kullanıcı ve sunucu memnuniyetini ve sağlık sisteminin uzun vadeli mali sürdürülebilirliğini geliştirmek şeklinde belirtilmiştir. Proje altı bileşenden oluşmaktadır (Halisçelik, 2008:61):

1.Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sağlayıcısından politika üreticisi ve düzenleyici konuma doğru olan kurumsal dönüşümünün desteklenmesi: Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulması, sağlık hizmetlerinin kalite ve akreditasyonu, SDP İzleme ve Değerlendirme Birimi'nin kurulması bu bileşenin alt bileşenlerini oluşturmaktadır.

2.Mevcut sağlık sigortalarını birleştiren tek bir sağlık sigortası fonunun kurulması ve bunun sigorta kapsamında olmayan 22 milyon kişiye de ulaştırılması

3.Aile hekimliğinin ayakta tedavi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütsel modeli olarak tanıtılması; Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin daha geniş

bir özerklik için uyumu; anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve önlenmesini içeren sağlık programlarının güçlendirilmesi gibi alt bileşenlerden oluşmaktadır.

4.Sağlık ve sosyal güvenlik insan kaynakları politikası ve planlaması, Halk Sağlığı Okulu'nun güçlendirilmesi gibi iki alt bileşeni kapsamaktadır.

5.Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın kurumsal rol ve sorumluluklarıyla aynı çizgide ulusal standartların geliştirilmesi

6.İki bakanlık arasındaki proje koordinasyonunu destekleyecek faaliyetlerdir.

3.7. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ AMAÇLARI

Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlatılmasından önceki sağlık sistemine baktığımızda, sağlık hakkı genellikle SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kapsamında olanlara sunulmuştur. Bu uygulama Bismarck tipi sağlık sistemi olarak anılır. Bu sistemde sosyal haklar istihdamdaki konuma ve kişinin prim katkısına göre düzenlenir. Oysa Türkiye'de kayıtdışı çalışan kesim ve tarım sektörü sistem dışında kalmıştır.

Eski sistem kendi içinde ciddi eşitsizlikler içermekteydi. En iyi hizmet ve en çok sağlık harcaması, Emekli Sandığı mensuplarına yapıldı. Daha sonra Bağ-Kur ve son sırada SSK'lılar yer aldı. Emekli Sandığı mensuplarına yapılan yıllık sağlık harcaması SSK'lıların 4-5 katı olmuştur. Emekli Sandığı mensupları üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilirken SSK'lıların böyle bir imkanı olmamıştır. Sevk zinciri hiçbir zaman işletilmemiştir. Emekli Sandığı mensupları ilaçlarını her eczaneden alabilirken SSK'lıların böyle bir imkanı olmamıştır (Terzi, 2007:34).

Türkiye'de 2002 yılı öncesinde sağlıkla ilgili temel problemler aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Soyer, 2009:179):

- Sağlık finansmanı ve hizmet sunumu yapısı parçalıdır (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, Yeşil Kart, Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversite, kamu kurumları, Belediyeler)
- Halkın bir bölümünün sağlık güvencesi yoktur.
- Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik söz konusudur.

- Sağlık harcamalarının önemli bölümü, hastanelere (birinci basamak ve koruyucu hizmetlere değil) gitmektedir. Bu da sağlık kaynaklarının verimsiz kullanılması anlamına gelmektedir.

- Sevk sistemi çalışmıyor, kayıt dışı ödemeler aşırı düzeydedir.
- Hastaneler verimsiz çalışıyor.
- Sağlık sektöründeki idari düzenlemeler çok parçalı bir yapıdadır.
- Nüfusun çoğunluğu sağlık sigortası kapsamında görünüyor ve birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz olmasına karşın, hizmet sunumunda ciddi sorunlar vardır.

- Birinci basamak sağlık hizmetleri ve kamu sektöründe hizmet kalitesi düşüktür. Dolayısı ile çoğu ayaktan tedavi / bakım başvurusu hastanelere başvuruyor. Diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında özellikle bebekler ve çocuklarla ilgili sağlık göstergeleri oldukça düşüktür.

- Bölgeler arasında sağlık göstergeleri açısından önemli eşitsizlikler söz konusudur. Bu eşitsizlikler kırsal kentsel alanlar arasında ve sosyoekonomik düzeyler arasında da bulunmaktadır.

- Nüfusun önemli bir bölümünün sosyal güvenlik kapsamı dışında kalması ve kapsam dışında kalanların aynı zamanda sosyoekonomik düzeylerinin ve sağlık statülerinin düşük olması önemli bir problemdir.

- Hizmet sunumunun ve finansmanının parçalanmış yapısı verimsizliklere ve gereksiz tekrarlara neden olmaktadır.

- Hem makro hem de mikro düzeyde yönetim kapasitesindeki eksiklikler, hem Sağlık Bakanlığı'nda hem de sağlık kurumlarında yaşanan yönetsel verimsizlikler, hastane yönetimi, sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı gibi alanlarda yetişmiş eleman kapasitesinin artırılmasını gerekli kılmaktadır.

- Kamu ve özel sektör arasında kaynakların ve hastaların düzensiz akışı, kamu kaynaklarının özel sektör amaçları için harcanmasına neden olmaktadır. Ayrıca, özellikle toplumun yoksul kesimlerinde sağlık hizmetlerine erişim için önemli ölçüde informal ödeme yapılmaktadır.

- Sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili önemli problemler bulunmaktadır, nüfusun önemli bir bölümü sağlık güvencesinden yoksundur. Ancak bundan da önemlisi erişim

ile ilgili problemler, sağlık güvencesine sahip nüfus için bile sağlık hizmetlerinde tam bir kapsama sağlayamamakta, eksik sigortalılık olgusunu ortaya çıkarmaktadır.

- Kamu sağlık sistemi içerisinde sevk sisteminin iyi işlememesi özellikle hastane hizmetlerinin gereksiz kullanımına neden olmakta, hastane poliklinikleri, üniversite hastaneleri de dahil olmak üzere çok basit hastalıklar için bile birinci basamak sağlık düzeyi olarak hizmet vermektedir.

- Sağlık insan kaynaklarının bölgeler arasında dengesiz dağılımı, özellikle hekimlerin kentsel alanlarda yoğunlaşması, hizmetlere erişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Hizmet finansmanında bu dönemde benzer bir parçalanmış yapı söz konusu olmuştur. Sağlık hizmetlerinin finansmanında en önemli problem herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan nüfustur. Türkiye’de sağlık güvencesine sahip nüfusun 2000’li yıllarda %80’ler civarında olduğu resmi istatistiklerde belirtilmesine karşın 2003 yılında birbirinden bağımsız olarak yapılan iki araştırmada bu rakamın %67’ler civarında olduğu belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2004:18).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde eksikliğin olduğu kurumsal yetersizliğin temel nedenleri olarak yönetimin aşırı merkeziyetçi yapıda olması, sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumlu kuruluşlar arasında eşgüdümün yetersizliği, nitelikli yönetici yetiştirme programlarının uygulanmaması ve yönetim sürecinde bilgi desteğinden yeterince yararlanılamaması gelmektedir. Ayrıca mevzuat açısından Sağlık Bakanlığı’nın hala bir kuruluş kanununun bulunmaması, Bakanlığın sorumluluk ve işlevlerinin 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’ye göre yerine getirilmesi, yürürlükte olan diğer yasal düzenlemelerin 1930’lu yıllara dayanması, dağınık, yetersiz ve karmaşık durumda bulunması da sorunlar arasında yer almaktadır. Bakanlık özellikle merkez örgütlenmesinde ağırlıklı olarak personel atama ve nakilleri ile uğraşmakta, bu durum da temel işlevlerin yerine getirilmesini engellemektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın, sağlık hizmet sunumu, finansmanı, planlaması ve denetimi de yetersizdir. Mali, kurumsal ve yasal sorunların boyutları sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasının öncelikli olarak gündeme taşınmasına neden olmaktadır. Bu bakımdan sorunları sağlığa ayrılan mali kaynakların düşük olmasından, Sağlık Bakanlığı’nın ülke koşullarına uygun bir yönetim anlayışına göre örgütlenmemesi ve yönetilmemesine kadar geniş bir çerçevede değerlendirmek mümkündür. Benzer biçimde yeniden yapılanma sürecinde

izlenecek yöntem ve politika konusunda farklı kaynaklardan sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasından özelleştirilmesine kadar uzanan bir yelpazede öneriler geliştirilmektedir (Erençin, Yolcu, 2008:118).

Türkiye'deki sağlık durumu, DSÖ tarafından da gelirin eşit olmayan biçimde dağılımı, hızlı kentleşme ve sağlık bakımı sistemindeki yetersizlik nedeniyle 'kötü' olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2003:38). DSÖ'nün tahminlerine göre 2003 yılında doğumda beklenen yaşam ümidi erkeklerde 68, kadınlarda 73 yıldır. Aynı yıl içinde 5 yaşın altındaki çocuklarda ölüm hızı binde 43 olarak tahmin edilmektedir. 2002'de bebek ölüm hızı binde 36'dır. Anne ölüm hızı 2000 yılı için WHO-UNICEF-UNFPA tarafından yüz binde 70 olarak açıklanmaktadır (DSÖ, 2003:57).

Türkiye, sağlık düzeyi bakımından orta gelirli ülkelerin çoğunun gerisindedir. Bütün annelerin üçte ikisinden az bölümü doğum öncesi bakım almakta ve üçte birinden az bölümüne de tam doz tetanos toksin enjeksiyonları verilebilmektedir. Ortalama olarak beş doğumdan sadece ikisinde (%40) doktor hazır bulunmaktadır. En yoksul kesimdeki kadınların sadece % 11,6'sı, buna karşılık en zengin kesimdeki kadınların % 72,3'ü kontrollü doğum yapmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003:21).

Beş yaşın altındaki çocuklarda temel ölüm nedeni enfeksiyon hastalıklarıdır. 25-44 yaş arasındaki erişkinlerde temel ölüm nedenleri kalp hastalıkları ve kazalar, 45-64 yaş arasındakilerde ise kalp hastalıkları ve sigara içmeye bağlı solunum rahatsızlıklarıdır (DSÖ, 2003:47).

Türkiye'de genel olarak on bin kişiye 25 tane hastane yatağı düşmektedir. Ancak bu konuda büyük bir eşitsizlik vardır ve on bin kişiye düşen yatak sayısı 3-60 arasında değişmektedir (DSÖ, 2003:51). Türkiye'de hastane ve yatak sayıları 1980'den günümüze bir yandan artarken, diğer yandan da özel sektörün ağırlığını artıracak biçimde değişim geçirmiştir. Toplam yataklı tedavi kurumu sayısı (Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar dışında) 1980'de 869 iken, bu sayı 2005'te (Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar da içinde olmak üzere) 1198'e çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları, 2011).

Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların yetersizliği, kamunun önemli oranda sağlık hizmetlerinin finansman ve üretiminden çekilmiş olması, kaynakların bölgeler ve hizmet türleri arasında eşitsiz ve istenmeyen biçimde dağıtılmış olması gibi sorunlar, Türkiye'nin siyasal, ekonomik, sosyal sorunlarıyla birleştiğinde ortaya oldukça olumsuz

bir halk sağlığı tablosu çıkmaktadır. Avrupa ülkeleri içinde çocuk ve bebekleri en çok ölen ülke de Türkiye'dir. Komşu ülkeler içinde (Irak dışında) çocuk ve bebekleri en çok ölen ülke de yine Türkiye'dir. Türkiye, gelirini sağlık alanına yatırmadığı için çocukları ve bebekleri ölmektedir. Kişİ başına ulusal geliri Türkiye'den düşük olan 38 ülkenin çocuk ölüm hızı Türkiye'den daha düşüktür. (TTB, 2002:3).

Türkiye'de sağlık sisteminde yaşanan sorunlar birçok çalışmada yerini almış ve araştırmalara konu olmuştur. DPT 2001 yılında 8. Kalkınma Planı çerçevesinde hazırlamış olduğu "Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu" nda özellikle kırsal ve kentsel yörelere, doğu ve batı bölgesine ilişkin veriler kıyaslamasında standart bir sağlık kalitesinin olmadığını belirtmektedir (DPT, 2001: 4). Sağlık alanında yaşanan sorunları belli başlıklar altında toplayan Aktan, mevcut sorunları; mevzuatla ilgili, insan kaynakları yönetimi ile ilgili, yönetim ve örgütlenme ile ilgili, hizmet sunumu ile ilgili, enformasyon ili ilgili ve finansmanla ilgili sorunlar olmak üzere beş ana başlıkta toplayarak ifade etmiştir (Aktan, 2012). Diğer bir çalışmada sağlık sorunlarının nedenleri olarak GSMH içinde sağlığın payının az olması, mevcut personel istihdamındaki hatalar ve sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısı itibari ile aşırı merkeziyetçi olması gibi nedenler gösterilmektedir (Erençin ve Yolcu, 2008: 122).

SDP'den önce Türkiye'de sağlık hizmetleri ile ilgili yasaların hayata geçirilmesinde birbirini izleyen iktidarlar arasında politik uyumsuzluk ve istikrarsızlıklar neticesinde alınmış olan kararların hayata geçirilmesinde aksaklıklar yaşanmıştır. Bunun en güzel örneği de 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası'dır. Geçmiş dönemlerde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için öncelik tanınmamıştır. Sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayrılmadığı için insanlar sahip oldukları imkanlar ölçüsünde sağlık hizmetlerinden değişik düzeylerde yararlanmışlardır (Çalış, 2006:98).

Uzun vadeli, uyumlu ve istikrarlı sağlık politikaları yoktur. Sağlık politikası ile çok sayıda kurum/kuruluş ilgilenmekte olup aralarında bir koordinasyon eksikliği mevcuttur. Politika geliştirilmesine bilimsel destek sağlayacak yeterli bir kuruluş da yoktur. Politika geliştirmek için nitelikli personel eksikliği mevcuttur (Sağlık Bakanlığı, 1997:10).

Bir diğer sorun da örgütlenme sorunudur. Örgütlenme açısından da sorun 'çok sorumluluktur'. Sağlık Bakanlığı ülkedeki sağlık politikalarından sorumlu olması

gerekirken bakanlığın yanı sıra birçok kamu kurumu kendi mensuplarına hizmet veren yataklı ve yataksız kuruluşlarına sahiptir. Bu karmaşık yapı içinde kaynaklar verimli olarak değerlendirilememiş, birçok yörede atıl kapasiteler yaratılmıştır (Çalış, 2006:100).

Araştırmalar bazı sağlık personelinde aşırıya varan doyumsuzluk olduğunu göstermiştir. Bunun nedenleri arasında özlük hakları, ücretlendirme, denetimsizlik, ödüllendirilmeme ve hizmet ortamının yetersizliği gibi faktörler sıralanabilir (Aytekin, 2000:147).

Finansman sorunları açısından ise; sağlık hizmetlerine ayrılmış kaynaklar çok düşüktür ve rasyonel kullanılmamıştır. Sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı cepten yapılan ödemelerdir ve bu ödemeler de özel hekimlik ve ilaçlara harcanmaktadır. Koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetler için yeterince kaynak ayrılmamış ve bu konulara önem verilmemiştir. Kamu sektöründe hizmet sunumu ve finansman sağlama hususları genellikle aynı kuruluş bünyesinde yer almakta, bu da kaynakların verimli ve etkin kullanımı için bir teşvik oluşturmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 1997:11)

Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1999 yılında %6,4 iken 2003 yılında %7,6’ya çıkmış bulunmaktadır. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı (merkezi devlet, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik fonları) %71,6 ve özel sektörün payı %28,4’tür. Toplam sağlık harcaması 1999’da kişi başına 179 ABD Doları, 2003 yılında 257 ABD Dolarıdır. Satın alma gücü paritesine göre bu sayılar sırasıyla 395 ve 526 uluslararası dolardır (DPT, 2007:11).

Özel sağlık harcamalarının dağılımı coğrafi bölgelere göre eşitsizdir. Batıda toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamasının payı %27,56 iken, bu oran doğuda %40,58 ve güneyde %43,81’dir. Toplumun tümünü kapsayan bir sosyal güvenlik sistemi yoktur. Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen hane halkı araştırmasının sonuçlarına göre kentsel alanda nüfusun %34,1’inin, kırsal alanda ise %42’sinin sağlıkla ilgili güvencesi yoktur (Sağlık Bakanlığı, 2006). 2003 yılında sosyal sigorta programları tarafından kapsanan nüfusun toplam nüfusa oranı %86,4 olarak gerçekleşmiştir. Sosyal sigorta kuruluşlarından sağlık karnesi sahibi olup sağlık hizmetlerinden fiilen yararlanan nüfusun toplam nüfusa oranı ise %62,9’dur (DPT, 2007:18).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve harcamaların dağılımına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı gelirleri arasında döner sermaye uygulamalarının giderek daha yüksek bir oranda kendisine yer bulduğu gözlenmektedir (Pala, 2005:29). 1993’te yataklı tedavi kurumlarından elde edilen döner sermaye geliri Sağlık Bakanlığı bütçesinin yalnızca %13,7’sini oluştururken; 2004’te Bakanlık bütçesini aşmış ve bütçeye oranı %100,8 düzeyine çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları, 2011).

Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanındaki sorunları (Orhaner, 2006:10) ise şu şekilde özetliyor:

- Sağlık harcamalarında kamu kesiminin payı %70’in üzerindedir. Özel kesim sağlık harcamalarına, piyasa büyüklüğü, karlılık oranı, sağlık hizmeti arzının birçok unsura bağlı olması, vb. nedenleriyle daha fazla katkıda bulunamamaktadır.
- Devlet gerek doğrudan gerekse dolaylı olarak (sosyal güvenlik kuruluşlarına transfer harcaması yaparak) her yıl daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır.
- T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, vakıf statüsünde ve tamamlayıcı sosyal sigorta sandıkları nüfusun yaklaşık %85,4’üne sağlık yardımı yapmaktadır. Ancak söz konusu kuruluşlar arasında alınan prim oranları ve sağlık yardımları farklı uygulanmaktadır.
- Kamu sağlık sigortasına sahip olan kişiler sağlık hizmetleri arzı yetersiz olduğu için uzun süre muayene, teşhis, tahlil ve tedavi için beklemektedir. Bu durum, kamu sosyal sigorta mensuplarının memnuniyetini engellemektedir.
- Kişi başına gelirin düşük olduğu ülkemizde kişilerin özel sağlık harcamalarının kısıtlı olacağı ve sağlık hizmetlerini devletten bekleyeceği açıktır.
- Özel sağlık sigortasında, sigorta şirketlerinin elinde sağlıklı verilerin olmayışı, uygun tarifenin bulunmasını zorlaştırmakta, uygulanan tarifeler ya sigorta şirketi ya da sigortalı aleyhine olmaktadır. Net risk primini etkileyen yaş, cinsiyet, teminat türü, teminat kullanım maliyeti, iştirak oranı, vb. hakkında sağlıklı veriler ve istatistiki bilgiler yeterli değildir.
- Özel sağlık sigortasına sahip kişiler sınırlı sayıda özel hastane, laboratuvar, hekim, vb. imkanlarından yararlanmakta zorluk çektiği için yine devlet ve üniversite hastanelerine başvurmaktadır. Dolayısıyla özel sağlık sigortasıyla daha

kaliteli sağlık hizmeti bekleyen kişiler yine devlet ve üniversitelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

- Günümüz gelişmiş ülkeleri, tıbbın ve sağlık koşullarının gelişmesi ile doğumda hayat beklentisinin arttığını ve bunun sonucunda iki etkinin ortaya çıkacağını öne sürmektedirler: a) Yaşlılar gençlere göre daha sık tedaviye ihtiyaç duyacaklardır. b) Yaşlı nüfusun artması vergi ödeyenlerin sayısını azaltacak, sağlık harcamalarının finansmanı zorlanacaktır. Gerçekten yaşlanma ile birlikte bağımlı nüfusun ve sağlık giderlerinin artması buna karşın ekonomik büyümenin yavaşlaması, doğum oranının düşmesi, sistemin finansmanını sağlayan çalışan kesimin artışının sınırlı kalması, önemli bir krize neden olmuştur (Yıldırım, 2004:140).

- Sağlık hizmetlerinde teknolojik değişmeye bağlı olarak alınan araç-gereç çok sık değişmekte ve daha fazla gider yapmayı gerektirmektedir. Diğer taraftan ilaç endüstrisinde de çok uluslu şirketlerin ve yabancı firmaların yabancı para üzerinden Türkiye'ye satmış oldukları ilaç hammadde ve nihai ürünler hem özel kesimin hem de kamu kesiminin çok daha fazla gider yapmasına neden olmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık politikalarını yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunan en önemli kamu kurumudur. Sağlık Bakanlığı'nın harcamalarının verilen hizmetin fonksiyonuna göre, yani hangi faaliyet alanına göre ne kadar harcama yapılmış olduğunun bilinmesi de son derece önemlidir. Zira yürütölmüş olan sağlık politikalarının analizi ve de gelecekte izlenecek politikaların daha isabetli oluşabilmesi için bu sınıflama büyük önem taşır. Sağlık Bakanlığı kaynaklarının, döner sermaye gelirleri dahil olmak üzere, çok büyük bir kısmı hastane hizmetlerine ayrılmaktadır. Nitekim, 1992 yılında toplam harcamalara oranı %51 olan hastane harcamaları sürekli artarak 1996 yılında %62, 1998 yılında da %64'e kadar yükselmiştir. Bu yüksek oranlar, sevk zincirinin çalışmadığı Türkiye'de, hastaların her türlü talepleri için pahalı olan hastanelere başvurmak durumunda olduğu gerçeğini yansıtmaktadır. Bu arada, hastane harcamaları içinde "döner sermaye paylarının" da giderek artışının vurgulanması bir diğer gelişmedir. Hastane harcamalarından sonra ikinci sırayı alan, hastane dışı ayakta tedavi harcamalarının oranı ise, 1992 yılında %24 iken, 1993 yılında %27'ye yükselmiş, ancak daha sonraki yıllarda %22 seviyelerine gerilemiştir (TÜBİTAK, 2012).

Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi konusunda dünyada yaşanan gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de bu konu uzun yıllar tartışılmış, başta kalkınma planları olmak üzere çeşitli kuruluşların hazırladıkları raporlarda sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından sunumu ve özellikle hastanelerin idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi konusu gündemden düşmemiştir. Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi için ilk adım 1987 tarihinde çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile atılmış olmakla birlikte Anayasa Mahkemesi’nin bazı hükümlerini iptal etmesi sonucu sağlık işletmesi modeline geçilememiştir (Ateş, 2012:540).

Bu sorunların insanların en önemli serveti olan sağlık ihtiyaçlarının etkili bir şekilde karşılayamaması sonucu sağlık sektöründe SDP kapsamında yenilikler yapılmıştır.

SDP’nın temel ilkelerini dokuz başlıkta sıralayabiliriz (Akdağ, 2008:36);

- İnsan Merkezlilik
- Sürdürülebilirlik
- Sürekli Kalite Gelişimi
- Katılımcılık
- Uzlaşmacılık
- Gönüllülük
- Güçler Ayrılığı
- Desantralizasyon
- Hizmette Rekabet

Bu ilkeler, SDP’nda şu şekilde açıklanmaktadır:

İnsan Merkezlilik: Sistemin planlanması ve hizmetin sunumunda, hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade eder. Sağlığın aile ortamında olduğu gerçeğinden hareketle, birey, aile sağlığı kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.

Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin, ülkemiz koşulları ve kaynaklarıyla uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.

Sürekli Kalite Gelişimi: Sunulan hizmetleri ve elde edilen sonuçları yeterli görmeyerek, daha iyiyi aramak, sistemin hatalarını öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını ifade eder.

Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanmasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı oluşturulmasıdır. Ayrıca sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içerisine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Uzlaşmacılık: Demokratik bir yöntemin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine yöntem, standart ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.

Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayrımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sisteme hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.

Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.

Desantralizasyon: Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılarak, değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.

Hizmette Rekabet: Sağlık hizmeti sunumunu tekel olmaktan çıkarıp, belli standartlara uygun, farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır (Sağlıkta Dönüşüm Konsept Notu, 2003:25).

Sağlık kurumlarının yerine getirmesi gereken iki ana amacı olmalıdır. Bunlar en düşük maliyetle en iyi hizmetin halka sunulmasıdır. Devletler bunun için reformlar

yapmalı ve topluma en yüksek seviyede fayda sağlamalıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları etkililik, verimlilik ve hakkaniyettir.

Etkililik: Halkın sağlık düzeyinin, devlet tarafından yerine getirilecek sağlık politikalarıyla yükseltilmesidir. Doğumda ölen anne ve çocuklarla, ortalama ömrün uzatılması bu politikaların temel göstergelerinden birkaçıdır.

Verimlilik: Devletin en düşük maliyetle, elindeki kaynaklardan en verimli ve daha fazla fayda sağlamak olarak belirtilebilir. Sağlık hizmetlerinde çalışan personel sayısı, tıbbi malzemeler ve ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği bu alanda sayılabilmektedir.

Hakkaniyet: İnsanların sağlık hizmetlerine erişimde herkesin eşit şekilde bu hizmetlere ulaşmasını sağlamaktır. Bu da devletin asli amaçlarından bir tanesidir. Yani kıır-kent, doğu-batı farkı gözetilmeksizin ihtiyacı olan herkese sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde verilmesini sağlamaktır. Ayrıca maddi açıdan yetersiz olanların ihtiyaçlarını karşılamak için devletin onlara sunduğu yardımlar da hakkaniyet alanına girmektedir.

Etkililik, verimlilik ve hakkaniyet açısından SDP'nin ulaştığı sonuçlara göre, Sağlık Bakanlığı ve TÜBİTAK'ın birlikte yaptığı araştırmalar sonucunda şu sonuçların elde edildiği görülmüştür; etkililik açısından Türkiye'de yaşanan bebek ölüm hızındaki düşme, aşıyla korunabilen hastalıklarda, verem ve sıtma gibi hastalıklarda düzenli bir azalış, büyük ölçüde sağlık kurumlarının düzenli çalışmalarına bağlıdır. Düzenli aşılama sistemiyle birlikte birçok hastalığın da ortadan kalkması sağlanmıştır. 2006 yılında anne ölümleri yüz binde 28,5 (Avrupa ortalaması 18), 2011'de yüz binde 18,4, bebek ölümleri ise binde 13'den 2011 yılında binde 10'a gerilemiştir. Bebek Dostu Hastane sayısı 2002'de 141 iken 2008'de 619'a ulaşmıştır. Bebekleri ve gebeleri kansızlıktan korumak amacıyla ücretsiz demir desteği verilmeye başlandı ve 1 milyona yakın gebe ve 5 milyona yakın bebek de bu destekten faydalanmaktadır. Aşılama oranlarına bakıldığında 2002 yılında hedef çocuk nüfusunun aşılama oranları %78 idi. Güneydoğu'da bazı illerde bu oran %50'lerin bile altına inmişti. Bu oranlar günümüzde yurt genelinde %96, Güneydoğu illerinde ise % 80 olarak gerçekleşmiştir. Dünya'da büyük bir tehdit oluşturan HIV virüsü ve AIDS insidansı, diğer gelişmiş Batı ülkelerine oranla Türkiye'de çok daha azdır. Sigara, tütün gibi maddelerin bazı yasal engelleyicilerle önlenmesi, alkol tüketiminin ve uyuşturucunun diğer Batı ülkelerinden

düşük bir oranda seyretmesi yapılan çalışmaların etkililiğini gözler önüne seriyor. Yine Türkiye’de önemli bir halk sağlığı olan tifo, belediyelerle yapılan yakın işbirliği sonucunda 2002 yılına göre tifo vaka sayısı %5’e inmiştir. DSÖ’nün ‘Küresel Tüberküloz Raporu’na göre, DSÖ ülkeleri her yüz bin nüfusa düşen vaka sayısına göre 5 gruba ayırmıştır ve Türkiye ikinci grupta yer alarak vaka sayısını en aza indiren ülkelerden biri olmuştur (TÜBİTAK, 2012).

SDP’nin hedeflerinden biri olan verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak, maliyeti düşürüp aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi olarak tanımlanmıştır. Programda, insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu esas çerçevesinde değerlendirileceği vurgulanarak, ülkemizin bütün sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması yoluyla verimliliğin artırıldığı belirtilmiştir (Akdağ, 2008:70).

SDP kapsamında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin biçimde sunulmasını sağlamak amacıyla 2007 yılında ‘Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı’ni TBMM’ye sunulmuştur. Tasarı, Kamu Yönetimi’nin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı kapsamında gündeme getirilmiştir. Hastanelerin özerkleştirilmesini ve özelleştirilmesini gündeme getiren bu uygulama, Sağlık Bakanlığı’nın kamu sağlık hizmeti sunmaktan arındırılarak politika belirleme, piyasayı kontrol edip düzenleme gibi asli görevlerine kavuşmasını sağlamıştır. Buna göre, Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını ‘kamu tüzel kişiliğine sahip ‘ ve özerk kamu hastane birlikleri çatısı altında yeniden örgütlemektedir. Birlikler Bakanlığın ‘ilgili kuruluşu’ statüsüne indirilmekte ve özel hukuk hükümlerine tabi tutulmaktadır (Ataay, 2007:14-17).

Nüfusun tümüne, hakkaniyete uygun ve eşit sağlık hizmeti sunmak amacıyla Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) Yasası 2006 yılında kabul edilmiş, ancak 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Kamuda sağlık hizmetine erişimde sorunlar yaşayan birçok hasta, sağlıkta tek çatı uygulamasıyla hizmet alma imkanına kavuşmuştur. SSK- Devlet Hastaneleri ayrımının ortadan kalkmasıyla vatandaşlara

tercih imkanının sunulması, primini ödeyen herkesin sağlık hakkından yararlanmaya başlaması hakkaniyet açısından ilerleme gösteren bir gelişme olmuştur.

3.8. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BİLEŞENLERİ VE UYGULAMASI

SDP'nın bileşenleri aşağıda maddeler halinde verilmiştir.

1. Planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı
2. Tüm birimleri tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası
3. Yaygın, ulaşımı kolay ve etkin sağlık hizmet sistemi
4. Bilgi ve yetenek ile bezenmiş, yüksek güdülenme ile çalışan sağlık insan gücü
5. Düzene dayanak oluşturacak eğitim ve bilim kurumları
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
7. İlaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
8. Karar aşamasında etkili bilgiye ulaşım, sağlık bilgi sistemi
9. Daha iyi bir gelecek için sağlığın iyileştirilmesi ve sağlıklı hayat programları
10. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu
11. Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri

9., 10. ve 11. Bileşenler; 22 Temmuz 2007 seçimleri sonrasında eklenmiştir (Kömürlü, 2010:64)

Uygulama sürecinin ilk aşaması olan kavramsallaştırma sürecinde her bileşenle ilgili amaçlar, ilkeler kavramsal olarak ortaya konmuştur. Yasallaştırma süreci ise, bu bileşenlerin her biriyle ilgili yasal sürecin yerine getirilmesi dolayısıyla ilke ve amaçların yasal düzlemde yerini aldığı süreci ifade etmektedir. Pilot uygulama sürecinde tabi olarak tüm bileşenler için gerekirse de aile hekimliği gibi tüm yurtda aynı anda uygulanması zor bileşenlerin kontrollü yerel uygulamalarının sağlanması ve eksikliklerin görülerek revize edilmesi aşamasıdır. Yaygınlaştırma aşamasında ise, pilot uygulamaların Türkiye geneline yayılması ya da pilot uygulama gerektirmeyen bileşenlerin doğrudan uygulamaya geçirilmesi böylece ulusal ölçekte uygulama birliğinin sağlanması aşamasıdır (Ersöz, 2010:85).

3.8.1. Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması

1983 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmü'nde Kararname'ye göre, Sağlık Bakanlığı'nın görevleri şunlardır:

- Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,
- Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,
- Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,
- İlaç, aşı, serum vb. üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek ve gerekirse ithalini sağlamak,
- Bulaşıcı, salgın hastalıklara karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,
- Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığı'na ait olmak üzere Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
- Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldırarak,
- Kanseri, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
- Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelinin yetiştirmek,
- Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak,

Sağlık Bakanlığı tüm bu görevleri yerine getirebilmek için birçok bakanlık ve kurumla işbirliği içindedir. SDP kapsamında yapılacak yapısal değişikliklerle 'Sağlık

Bakanlığı yeniden yapılırken birçok işlev ve sorumluluk alanını' teker teker silmek niyetindedir (Sağlık Bakanlığı, 2007a:20).

Bunu yapmak için de izlenen yöntemler şu şekilde tanımlanmıştır:

-Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği gibi bir uygulama ile tüm kamu hastanelerini özerkleştirmek suretiyle yerleştirecek dolayısıyla bu hastanelerin finansmanını sağlama, sağlık personelinin temin etme ve maaşlarını ödeme, yatırım harcamalarını yapma gibi merkezi bütçe ile ilgili görevlerinin büyük bir bölümünden hem de hastanelerin yönetiminden tamamen kurtulacaktır. Bu uygulamayla Sağlık Bakanlığı'ndan başka, sağlık hizmetleri finansmanını gerçekleştiren diğer kurumlar; Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), özel sigorta şirketleri, kendi kendini finanse eden kurumlar ve uluslararası ajanslar sayılabilir. Sağlık hizmetleri sunumunda yer alan kurumlar ise; Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığı, özel hastaneler, vakıf hastaneleri, özel çalışan pratisyen/uzman hekimler, ayakta tedavi klinikleri, laboratuvarlar ve tanı merkezleri, eczaneler, tıbbi cihaz ve malzeme satıcıları yer alır.

-Yeşil Kart Fonu, SGK'nun kapasitesi hazır olduğunda teslim devredilecektir.

-Aile Hekimliği Sistemi'ne tüm illerde geçildiğinde sağlık ocağı yapılanması ortadan kalkacağından bunların yönetimi bir görev de olmayacaktır.

-Sağlık Müdürlükleri ile imzalanan sözleşmelerle çalışan Aile Hekimliği Sistemi'nin tüm yurttan tam olarak çalışmaya başlaması ve kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi sonucunda, Sağlık Bakanlığı sayıları 300 bine yaklaşan sağlık personellerinin yönetiminden tamamen kurtulacak, kendini bakanlık merkez teşkilatı ile sınırlayacaktır. Ayrıca özerk kamu hastanelerindeki personelin tüm sorumluluğu hastanelerin yönetim kurullarında olacaktır.

-Özel sağlık kuruluşlarının ve eczanelerin ruhsatlandırılması gerekli kapasite sağlandıktan sonra yetki ve sorumluluk devri ile iller düzeyine kaydırılacaktır.

-Ulusal Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu kurularak ilaç endüstrisinin yönetimi ve denetimi Sağlık Bakanlığı'nın görevi olmaktan tamamen çıkarılacaktır.

-Hudut ve sahillerin sağlık denetimi ile ilgili görevi son yasal düzenlemelerle zaten azaltılmış ve yalnızca sahillerin denetimi Sağlık Bakanlığı'na bırakılmış fakat bu görev de bakanlıktan olabildiğince bağımsız götürölmeye çalışılmaktadır.

-Gıda ve çevrenin denetimi ile ilgili görevler zaten ilgili bakanlıklar ve yerel yönetimlere aktarılmış bulunmaktadır.

Yani artık Sağlık Bakanlığı, kürek çekmeyi bırakıp dümenin başına oturmak ve 'stewardship' görevini etkili olarak üstlenmek istiyor (Sağlık Bakanlığı, 2007a:25).

Stewardship kavramı, sözlük anlamı olarak 'bir kişinin himayesine bırakılan bir şeyin sorumlu ve dikkatli idaresini' ifade eder (Ersöz, 2010:88). Sağlık sistemleri bağlamında DSÖ'ne göre bu kavram:

'Sağlık sistemleri bağlamında, toplum sağlığına dokunacak tüm sektörlerdeki politikaları ve eylemleri etkilemeyi içerir. Bu arada, stewardship görevi, stratejik politika yönelimini formüle etme yeteneğini, iyi düzenlemeleri ile onları uygulamak için araçlar sağlamayı ve sağlık sistemleri performansında şeffaflık ve hesap verilebilirliği sağlamaya yönelik gerekli anlayışı temin etmeyi vurgular (DSÖ, 2007).

3.8.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortasının Kurulması

Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi, kendine özgü ciddi yapısal sorunları içerisinde barındırmaktaydı. Bu sorunlar karşısında, sistemin yeniden yapılanma gereksinimi herkes tarafından kabul edilmektedir. Ancak Türkiye'de, sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı sorunlar, refah devleti uygulamalarının sınırlarına ulaşmasından değil, tam tersine Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin çalışma eksenli koruma sağlaması nedeniyle, işgücü piyasalarının yapısal sorunları, istihdam biçimlerinde yaşanan değişimler ve sistemin yönetim anlayışındaki zaaflardan kaynaklı olarak karşımıza çıkmaktadır. Sisteme ilişkin reform tartışmaları, 1990'lı yıllardan itibaren ivme kazanmıştır. Bu sürecin son halkasını, 2006 yılında sosyal güvenlik reformu adı altında yasalaşan ancak, Anayasa Mahkemesi'nce, ilgili reformun açılan dava sonucu önemli sayıda hükmünün iptali sonucunda, yapılan yeni düzenlemeler ile Ekim 2008'de tekrar yürürlüğe giren sosyal güvenlik reformu oluşturmuştur (Gökbayrak, 2010:143).

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu öncesi çok başlı bir sosyal güvenlik örgütlenmesi vardı. Hizmetler üç ayrı sosyal güvenlik kuruluşuyla yürütölmeye

çalışılmış bu da beraberinde birçok sorunu getirmiştir. Reform öncesi Emekli Sandığı kamu kuruluşlarında çalışan memurların emeklilik işlemlerini düzenleyen, Maliye Bakanlığı kapsamında kurulmuş bir sistemdi. Bu sistem sayesinde devlet içinde görev alan tüm çalışanlar sigorta kapsamı altına alınmakta ve devlet dairesinden emekli olduktan sonra da kişiye emekli maaşı ödenmekteydi. Emekli Sandığı sayesinde memurlar hastanelerde ücretsiz işlem yapabilmekte, ilaç alımlarında çok düşük ücretler ödemekteydiler. Emekli Sandığı üzerinden alınan bu hizmetler memuriyet döneminde ve emeklilik döneminde geçerlidir (Özdemir, 2012:20).

506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu 07 Temmuz 1964 tarihinde kabul edilmiş olup bir hizmet akdine dayanarak çalışanları kapsar. Kanun; iş kazaları ile meslek hastalıkları, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde kanunda yazılı şartlarla sosyal sigorta yardımları sağlamayı amaçlar. Bir hizmet akdine dayanarak bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılanlar bu kanuna göre sigortalı sayılırlar. Bu kanunda belirtilen sosyal sigorta yardımlarından sigortalılar ile bunların eş ve çocukları ve sigortalıların ölümlerinde bu kanuna göre hak sahibi olan kimseleri yararlanırlar. Reformdan önce Türkiye'nin en büyük sosyal güvenlik kuruluşu olan SSK, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı bir sosyal güvenlik kurumudur ve ülke nüfusunun yaklaşık % 50'sine sigorta ve sağlık hizmeti sunmuştur. Kurum, Başkan ve Başkana bağlı birimler ile SSK Başkanlığı Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü, SSK Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü ve bunların merkez ve taşra teşkilatından oluşmaktadır. Kurumun temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir. SSK 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu'na devir olmuştur (Sosyal Sigortalar Kurumu, 2007).

1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (BAĞ-KUR) 02 Eylül 1971 tarihinde kabul edilmiş olup kendi namına çalışan esnaf ve sanatkârları kapsam altına alarak bu alandaki sosyal güvenlik boşluğunu doldurmuştur. Reform öncesinde BAĞ-KUR, esnaf, sanatkârlar ve diğer bağımsız çalışanlar ile daha çok devlet ve özel sektörde çalışma fırsatı olmayan kişilerin ilerleyen dönemlerde emekli olabilmelerini amaçlayan bir sistemdi. Bu sistem

kapsamında Emekli Sandığı ve SSK üzerinden prim ödemesi yapılmayan kişilere BAĞ-KUR üzerinden sağlık ve emeklilik hizmeti verilmeye çalışılmakta ve bu kapsamda 15 veya 25 yıllık ödemeler alınmaktaydı. Kuruma bağlı sigortalılar hakkında malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde kanunda yazılı şartlarla sosyal sigorta yardımları sağlanırdı. Kanunla ve kanunların verdiği yetkiye dayanılarak kurulu sosyal güvenlik kuruluşları kapsamı dışında kalan ve herhangi bir işverene hizmet akdi ile bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar sigortalı sayılırlardı (BAĞ-KUR, 1995).

Sosyal güvenlik sisteminde gerçekleştirilmek istenen dönüşümün gerekçeleri, kamuoyunda Beyaz Kitap olarak bilinen raporda, nüfusun yaşlanması; mevcut sistemin yoksulluğa karşı koruma sağlayamaması; sosyal güvenlik kurumlarının finansman açıklarının ekonomi üzerinde yarattığı olumsuz etkiler ve bütün nüfusun koruma altına alınamaması olarak belirtilmektedir. Yapılan düzenlemelerin amacı ise, adil ve kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan ve mali açıdan sürdürülebilir bir sistem yaratma olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu gerekçeler göz önüne alındığında, ortaya konulan düzenlemelerin, tanımlanan sorun alanlarını çözmesi, reformun başarısını belirleyecek temel ölçütler olarak karşımıza çıkmaktadır (Başbakanlık, 2005: 33-49).

Sosyal güvenlik sistemlerinin kaldıramayacağı yük olarak tanımlanan yaşlanma, sosyal güvenlik reformları için temel gerekçeyi oluşturmaktadır. Nüfusun yaşlanması ve bu yaşlanmayı karşılayacak aktif nüfusun doğum oranlarındaki düşme nedeniyle yetersiz kalması sorunu, günümüzde gelişmiş refah devletleri için öncelikli bir sorundur. Türkiye ise, var olan durumda genç bir nüfusa sahiptir ve hızlı yaşlanma gelecekte karşımıza çıkacak bir sorundur (DB, 1994:30). Bu sorunu açık bir şekilde tanımlayan Beyaz Kitap, 65 yaş ve üzeri nüfus ile 0-14 yaş arası nüfusun çalışabilir nüfusa oranını gösteren bağımlılık oranının, 2025 yılına kadar gerileyeceğini, bu yıldan sonra artış eğiliminin başlayarak, 2035 yılından sonra hızlanarak artacağını belirtmektedir. Sistemin uzun dönemde sürdürülebilirliği açısından, gerçekleştirilmeye çalışılan düzenlemelerin, bu sorunu ele alması doğrudur (Başbakanlık, 2005: 35-36).

Sosyal güvenlik reformu dört ana unsurdan oluşmaktadır.

- Birinci unsur; yeni kurumsal yapının oluşturulmasıdır.

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR tek çatı altında birleştirildi. 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilmiş olup SGK'nun kuruluş, teşkilât, görev ve yetkilerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. Kurumun temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir. Yasayla dağılık olan sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında ve tüm nüfusu kapsayacak şekilde örgütlenmesine gidilmiştir. Kanun ile Kuruma görev ve yetki veren diğer kanunların hükümlerini uygulamak üzere; kamu tüzel kişiliğine haiz, idari ve mali açıdan özerk, bu Kanunda hüküm bulunmayan durumlarda özel hukuk hükümlerine tabi SGK kurulmuştur. Kurum, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının ilgili kuruluşudur (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2007).

- İkinci unsur; sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik sigortası sisteminin kurulmasıdır.
- Üçüncü unsur; nüfusun tamamına eşit, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu hedefleyen genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulmasıdır.
- Dördüncü unsur ise, dağılık bir halde yürütülen sosyal yardımların merkezi olarak izlenebildiği, objektif yararlanma ölçütlerine dayalı bir sosyal yardımlar sisteminin oluşturulması ve halen farklı kurum ve kuruluşlarca yürütülmekte olan primsiz ödemelerin toplulaştırılmasıdır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008). Bu amaçla teşkilatlanma içinde Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü oluşturulmuştur.

Bu 'bileşen hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde sağlık hizmeti sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç olduğu tespitlerine' dayanarak SDP'nin hakkaniyet amacına hizmet etmek üzere tasarlanmıştır. Zorunlu genel sağlık sigortasının kapsadığı hizmetleri içeren bir Temel Teminat Paketi oluşturulacak, bu paketin dışında kalan hizmetleri almak isteyenler için özel sigortacılık teşvik edilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003:27-29).

SDP'nin hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir

sigorta modeli oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu yaklaşım sosyal devlet olmanın temel gereksinimlerinden biri olup, 1982 Anayasasının 56. maddesinde de yönlendirici bir hüküm olarak yer almaktadır.

Kamu sağlık sigortalarının SGK şemsiyesi altında toplanmasıyla birlikte, özel hastaneler yönetmeliğinde yıllar itibariyle yapılan birçok değişiklik ve en nihayet GSS'nin yürürlüğe girmesiyle kamu sağlık sigortalıların katılım payı ödeyerek özel hastanelere gitmelerinin önü tamamiyle açılmıştır. Bunun sonucu olarak hastaların hastane seçme hakkı kamu hastaneleriyle sınırlı kalmayarak, SGK ile sözleşmesi olan özel hastaneleri de kapsar hale gelmiştir.

2005 yılında gerçekleştirilen bu entegrasyon SSK hastanelerini de Sağlık Bakanlığı'na bağlanmasını sağladığı için SSK'nın hizmet sunum işlevinden kurtulmasına ve sadece satın almaya odaklanmasına yardımcı olmuştur. Entegrasyonun, esas olarak hastanelere erişimin artması, üretkenlik ve etkinliği arttıran performans yönetim modelinin kabulüyle, tahsis ve teknik verimliliği iyileştirmesi beklenmektedir (OECD, 2009:43-44). 2006'da, Yeşil Kart sahipleri dahil olmak üzere tüm sağlık sigortası sistemlerindeki pozitif ilaç listeleri entegre edilmiştir. 2007 yılında alınan yasal tedbirler, her vatandaşın sosyal güvenlik sistemi bünyesinde yer alması bile birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim sahibi olmasını resmi hale getirmiştir. 2007 yılı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında; SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sağlık sigorta sistemleri bünyesinde yer alan haklar daha fazla uyumlu hale getirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ile birlikte teminat paketlerinin uyumlu hale getirilmesi tamamlanmıştır. Böylece Yeşil Kart sahipleri resmi olarak GSS'ye katılmış, Haziran 2007 SUT'tan beri diğer lehdarların almakta oldukları teminat paketinin aynısını almaya başlamışlardır (OECD, 2008:45). SDP ile birlikte Yeşil Kart'ın hizmet içeriği genişletilerek yatarak tedavi hizmetlerinin ve ilaç masraflarının kamu kaynaklarından karşılanmasına başlandı. Bu uygulamalar toplumun yoksul kesimi için küçümsenemeyecek imkanlar sağlanmıştır (Terzi, 2012).

Ayrıca 26 Haziran 2008'de yayınlanan Başbakanlık genelgesi ile, acil tıbbi müdahale gerektiren her türlü durumda hastanın uygun bir sağlık kuruluşuna ulaştırılması ve getirildiği sağlık kuruluşunda gerekli acil müdahalelerin öncelikli ve ön

şartsız olarak yapılması sağlanmıştır. Özel veya kamu ayrımı yapılmaksızın bütün hastaların nakil ve sevk işlemlerinin 112 komuta kontrol merkezi koordinasyonunda yapılması zorunluluğu getirilerek, hastaların hastane hastane dolaştırılmasına bağlı oluşabilecek zararların önüne geçilmiştir. Acil tıbbi müdahale gerektiren durumlarda, sosyal güvencesi ve ödeme gücü bulunmayan hastalardan ücret alınmaması, hizmet bedellerinin sağlık kuruluşunun bulunduğu sosyal dayanışma ve yardımlaşma vakfından, belediyelerden talep edilmesi, sosyal güvencesi olan hastalardan ise, özel hastaneler tarafından fark ücreti istenmemesi sağlanarak vatandaşların mağduriyeti önlenmiştir (Akdağ, 2008:40).

GSS kapsamındaki kişiler şu şekilde sıralanmaktadır (Seçginel, 2009:59-60; Alp, 2012):

- Sağlık giderleri genel bütçeden karşılanan vatani görevini yapan er ve erbaşlar ile tutuklu ve hükümlüler hariç herkesi kapsamına almaktadır.
- Vatansızlar ve sığınmacılar da sağlık sigortası kapsamındadır.
- Bütün çocuklar, doğar doğmaz GSS kapsamına alınmaktadır. Anne ya da babası prim ödeme ya da diğer yükümlülüklerini yerine getirmese de 18 yaşını tamamlayana kadar bütün çocuklar sağlık yardımlarından yararlanmaya devam edecektir. 18 yaşın üzerindeki erkek çocuklar, lise ve dengi öğrenim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi durumunda ise 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayanlar, ana veya babasının sağlık güvencesinden yararlanmaya devam edecektir. Yani, bu kişilerin her yıl öğrenci belgelerini sosyal güvenlik il müdürlüğü/sosyal güvenlik merkezine göndermesi yeterli olacaktır. 1/10/2008 öncesi bakmakla yükümlü olunan kişi olarak sağlık yardımlarından faydalanan kız çocukları ise 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren de sağlık yardımlarından, daha önce olduğu gibi sigortalı veya evli olmadığı sürece yaş şartı aranmaksızın faydalandırılacaktır.
- Çocukların yanında, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildiri zorunlu bulaşıcı hastalıklar, afet ve savaş ile grev ve lokavt halleri, koruyucu hizmetler ve analık sebebiyle ihtiyaç duyulan hallerde kişiler sağlık hizmetlerinden koşulsuz olarak yararlandırılacaktır.
- Sigortasız tarım işçileri, geçici sözleşmeliler, 4857 sayılı İş Kanununa göre kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışanlar ile ev hizmetlerinde ay içerisinde 30 günden az çalışanların eksik günlerine ait genel sağlık sigortası primlerini 30 güne

tamamlamaları, 1/1/2012 tarihinden itibaren zorunludur. Bu şekilde çalışanlar, gelir testi yaptırmak suretiyle gelir testi sonucuna göre primlerinin devlet veya kendileri tarafından ödenmesi koşuluyla sağlık yardımlarından yararlanacaktır.

- Türkiye’de oturan ve geldikleri ülkeden bir sosyal güvenliği bulunmayan yabancılar, Türkiye’de kesintisiz bir yıllık ikamet süresini dolduran yabancılar, ilgili ülke kapsamında genel sağlık sigortası uygulaması yönünden sigortalı değilse bu sürenin dolduğu tarihten itibaren Kanunun (60/d) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmışlardır. Dolayısıyla bu kişilerin genel sağlık sigortası kapsamında tescil işleminin yapılması için kesintisiz bir yıllık ikamet süresinin dolduğu tarihten itibaren bir ay içinde kendilerine en yakın sosyal güvenlik il müdürlüğü/sosyal güvenlik merkezine başvurmaları gerekmektedir.

- İkamet adresi Türkiye’de olmakla birlikte yurtdışında bulunan türk vatandaşları, kendileri ya da Türkiye’deki yakınları tarafından, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS)’nden ikametgâh adresini yurtdışındaki adresi olarak güncellemeleri halinde, genel sağlık sigortası kapsamında sayılmayacaklardır. Ancak, bu kişilerin Türkiye’de yaşayan bakmakla yükümlü bulunduğu kişiler (eş, çocuk, ana, baba), Kanunun 60/g bendi kapsamında tescil edilecek olup, gelir testi için sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfına müracaat etmeleri sonucu yapılacak gelir testi sonucuna göre işlem yapılacaktır.

- Sigortalılığı bulunan 4/a (işçi), 4/b (esnaf), 4/c (memur) ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık yardımlarının, daha önce olduğu gibi kanun kapsamında karşılanmasına aynen devam edilecektir. Yani; işçi, memur veya esnaf olarak çalışan zorunlu sigortalılar ve emekliler ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler için herhangi bir değişiklik bulunmamaktadır.

- Halihazırda ‘4/a, 4/b, 4/c’ sigortalı olarak çalışanlar, 60 günden fazla prim borcu olup, tecil veya taksitlendirme talebinde bulunmayan 4/b sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu eşi ve eğitimi devam eden 18 yaş üstü çocukları sağlık hizmetlerinden yararlanamıyor. Ancak bu kişilerin bakmakla yükümlü olduğu eş ve 18 yaş üstü çocukları genel sağlık sigortalısı olmak için talepte bulunabiliyorlar. Kendi nam ve hesabına çalışanlardan (4/b) 60 günden fazla prim borcu olanlar da borçlarının tamamının ödenmesi veya 6183 sayılı Kanuna göre 36 aya kadar taksitlendirmesi suretiyle ilk taksitin (peşinatın) ödenmesi halinde, kendileri ve bakmakla yükümlü

olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları mümkün bulunmaktadır. Kendi nam ve hesabına çalışanlar (4/b'liler), bir ve birden fazla işverene bağlı olarak hizmet akdine tabi çalıştığında, Kanunun 53 üncü maddesi gereği (4/b) kapsamında sigortalılıkları sona ereceğinden, (4/a) kapsamında en az 30 gün prim ödemek şartıyla sağlık yardımlarından kendileri ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler faydalandırılacaktır. Ancak prim borcunun ödeme yükümlülüğü devam edecektir.

- Kanuna göre (4/a) kapsamında olan kişiler yurt dışında ise ücretsiz izinli olduğu sürelerde işverenin bildiri üzerine yurt dışında bulunduğu süre içinde bir takvim yılı içinde en fazla bir aylık sürede sağlık yardımından faydalandırılacaktır. Kanuna göre memur (4/c) olanlar ise; bir yıllık ücretsiz izinli olduğu sürelerde genel sağlık sigortalısı sayıldığından sağlık yardımlarından faydalandırılacaktır.

- Kuruma devir alınacakları tarihe kadar 5510 sayılı kanunun geçici 20. maddesi kapsamındaki banka ve sigorta şirketlerinin sandıkları kapsamında bulunanlar ve bunların bakmakla yükümlüleri GSS kapsamındadır.

- 1/1/2012 tarihinden önce yeşil kart sahibi olan ve bu tarihten sonra da vizesi (hak sahipliği) devam edenler, GSS kapsamında sağlık yardımlarından yararlanmaya vize süresi dolana kadar devam edeceklerdir. Vize süresinin dolduğu tarihten itibaren de en geç bir ay içinde gelir testi yapılması için ikametlerinin bulunduğu Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına (SYDV) başvurmaları gerekmektedir. Yapılan gelir testi sonucuna göre aile içinde kişi başına düşen aylık ortalama gelirleri asgari ücretin üçte birinin altında olanlar, yeşil kartlı (Kanunun 60/c-1 alt bendi kapsamında) gibi primi devlet tarafından karşılanarak sağlık hizmetlerinden faydalandırılacaklardır.

- Gelir testi sonucuna göre; aile içinde kişi başına düşen gelirin aylık ortalama tutarının, brüt asgari ücretin üçte birinden az olması halinde sağlık primi devlet tarafından karşılanmakta olup, kendileri ayrıca prim ödemeyecektir. Gelirleri bu şekilde tespit edilenler, 1/1/2012 öncesindeki yeşil kartlılarda olduğu gibi prim ödemeyecekler ve Kanunun (60/c-1) bendi kapsamında sigortalı sayılacaklardır.

- Özel sağlık sigortası kapsamında olanların GSS'ye dahil olma zorunluluğu vardır. Dolayısıyla, Türkiye'de ikamet eden herkes 5510 sayılı Kanunun belirlediği şartlar içerisinde GSS'lisi olmak durumundadır.

- Geçici köy korucuları GSS Kanunu'nun (60/c-9) bendi kapsamında sigortalı sayılacaklar, gelir testine ve vize işlemine tabi olmaksızın geçici köy koruyucusu olarak görevleri devam ettiği sürece, aylık alanlar ise aylıkları devam ettiği sürece GSS'lısı sayılacaklardır.
- GSS'lısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayan stajyer avukatlar, genel sağlık sigortası primleri staj süresince Türkiye Barolar Birliği tarafından karşılanarak sağlık yardımlarından faydalanmaktadır.
- Çifte vatandaşlığı bulunanların, ilgili ülkenin Türkiye ile sosyal güvenlik sözleşmesi bulunması ve vatandaşı oldukları yabancı ülkede çalışmaları durumunda; Türkiye'ye gelirken iki taraflı sosyal güvenlik sözleşmesine göre sağlık yardımlarından faydalandığına ait "formüler" denilen belgeyi, yakınları adına ise ilgili ülkeden yine bunlar için istenilen "formüleri" getirmeleri gerekmektedir. Ancak, çifte vatandaşlığı bulunanların, sözleşmesiz ülkede çalışması ve ikametgâhlarının da yurt dışında bulunması halinde söz konusu kişiler genel sağlık sigortası kapsamına alınmayacaklardır.
- Bazı kişi gruplarına da sağlık hizmeti hiç bir koşul aranmaksızın verilmektedir. Bu kapsamdakiler ise; tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, trafik kazası halleri, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklardır.

Kişilere sunulacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamayacağı ilkesi yasayla güvence altına alınmıştır. SGK için bu hizmet ve hakları sağlamak bir yükümlülük olarak tanımlanmıştır. Toplumun bireyleri arasında; çok kazanan ile az kazanan, sağlıklı olan ile hasta olan, genç ile yaşlı, bekar ile evli, çalışan ile emekli arasında sosyal bir dayanışma ortamı yaratılacaktır.

2011 yılı itibariyle kamu sağlık sisteminden yararlananların oranı % 95,7'ye ulaşmaktadır (SGK, 2010). Oysa TÜİK Yaşam Memnuniyeti Anketleri'ne göre, (2011) halen nüfusun % 11,1'i sağlık harcamalarını kendisi karşılamaktadır. İşsizlik sigortası primi ödememiş işsiz bireylerin, gelir testini geçemezler ise GSS'den yararlanamamaları, işsizlik sigortasından sağlanan sağlık hizmetin süresinin kısalığı, prim borçlusu olanların sağlık hizmetlerinden yararlanamamaları, kayıt dışı istihdam

GSS'nin fiili kapsamını daraltmaktadır (Karadeniz, 2012:82;Yenimahalleli, Uğurluoğlu, 2011:292-293).

Tablo:3.1. Sağlık Harcamalarını Kendisi Karşılayanların Oranı (2007-2011) Kır-Kent (%)

	2007	2008	2009	2010	2011
Kent	15,4	14,79	13,29	10,84	9,97
Kır	19,4	14,99	17,94	13,74	13,68
Genel Ortalama	16,54	14,85	14,71	11,72	11,1

Kaynak: TÜİK, Hane Halkı Yaşam Memnuniyeti Anketi Veri Tabanı, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul>

Kırsal kesimde sağlık harcamalarını kendisi karşılayanların oranı kentlerde yaşayanlara göre daha yüksektir. Özellikle ekonomik krizin yaşandığı 2009 yılında kırsal kesimde söz konusu oranın % 17,94'e yükseldiği görülmektedir. Kırsal kesimde GSS'den yararlanamayanların yüksekliğinin çeşitli nedenleri olabilir. Bunlardan birincisi tarımda var olan kayıt dışı istihdamın yüksekliğidir. İkincisi, çiftçilerin SGK'ya prim borçlusu olmalarından dolayı GSS hizmetlerinden yararlanamaması durumudur. Üçüncü neden ise; kırsal kesimde yoksulluk içinde yaşayan bireylerin primlerinin devlet tarafından karşılandığını bilmemelerine ya da 2011 yılındaki adıyla yeşil karttan haberdar olmamalarına bağlanabilir (Karadeniz, 2012:9)

Bu dönemde hastaların istediği kamu hastanelerini seçme hakkı verilmiş ve tüm vatandaşların ayırım gözetmeden seçtikleri hastanelerde tedavi olabilmelerine imkan tanınmıştır. Hastaların hastaneye gittiklerinde ilk önce emeklilerin sevk zorunluluğu daha sonra da sırasıyla diğer çalışan kesimin ve kamu çalışanlarının sevk zorunluluğu ortadan kaldırılmıştır. Sadece yeşil kartlı olanların sağlık kurumları arasında sevk edilmesi sistemi korunmuştur. Bu şekilde hastane seçme uygulaması büyük ölçüde yerine getirilmiş olmaktadır.

Ancak hastane seçme hakkında iki husus önemle belirtilmelidir:

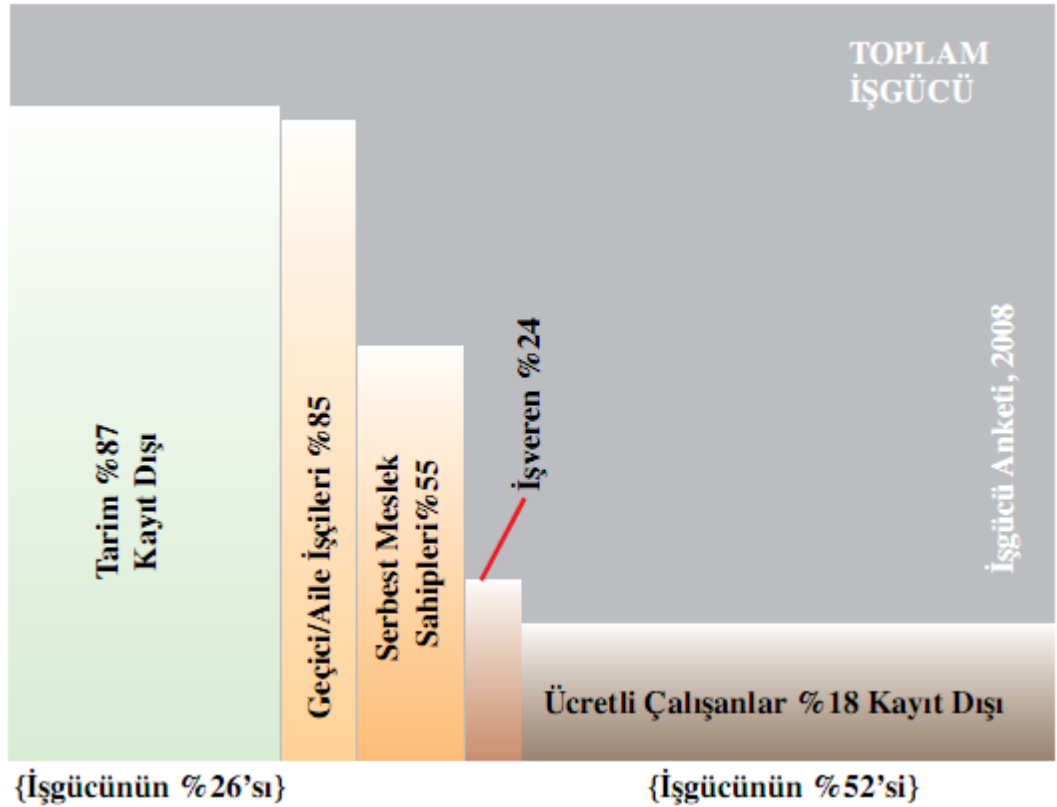
-GSS kapsamında hizmet sunulacak yurttaşlara sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsamını belirleyecek olan temel teminat paketinin içeriği ve kapsamı meselesi

-Diğeri ise genel sağlık sigortasının mali kaynağının temel olarak sigorta primi ödeyen yurttaşların katkısı ile ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından ödenmesi ile sağlanacak gelirlere oluşması nedeniyle kayıt dışı ekonomi meselesidir.

OECD-Dünya Bankası raporuna göre ise Temel Teminat Paketi'nin dar tutulması gerekliliği şu şekilde belirtilmiştir (Pala, 2007:21):

Birçok ülkede temel teminat paketi olmasına rağmen, genelde bütçe kısıtları, katkı ödemeleri ve arz yönlü kısıtların çeşitli birleşimleri, maliyetleri sınırlamaktadır. Türkiye'de en azından fiziki alt yapı, ekipman ve insan kaynakları açısından bu kısıtların bir bölümünü en kısa sürede kaldırmaya çalışan Hükümet sayesinde temel teminat paketi, bazı yönlerden geleceğe ilişkin tıbbi tüketim açısından boş bir çek gibi görünebilir. Ayrıca, vatandaşlar (özellikle de prim ödeyenler) genel sağlık sigortasını kendileri ve Hükümet arasında bir sözleşme gibi gördüğü sürece yetkililer, maliyetleri ne olursa olsun kapsamlı teminatlar sağlaması yönünde artan bir baskıya maruz kalacaktır.

İkinci meselede ise kayıt dışı ekonomiden söz edilmektedir. Yani kayıt dışılığın tespit edilememesinden ve primlerini ödeyemeyen düşük gelirli vatandaşların tespit edilmesinin zor olmasından dolayı primlerin toplanmasında yaşanan mali sıkıntılardır. Türkiye'de geçimini sağlayan insanların çoğunluğunun tarımla uğraştığı göz önüne alınırsa kayıt dışılık burada da önemli bir sorun olarak karşımıza çıkar. Çünkü Türkiye'de tarım kesimi yüksek bir kayıt dışılığa sahiptir. Aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi prim ödeme gücü olmayanların tespitinin ne kadar zor olduğu daha iyi anlaşılmaktadır.

Tablo: 3.2. Türkiye’de Kayıt Dışı İstihdamın Yapısı

Kaynak: Dünya Bankası Yoksulluğu Azaltma ve Ekonomik Yönetim Birimi, Türkiye Ülke Ekonomik Raporu, 2 Mart 2010, s.13

Öncelikle işgücünün %26'sını oluşturan tarım sektörünün %87'si kayıt dışıdır. Geçici ve aile işlerinde çalışanlarda bu oran %85, serbest meslek sahiplerinde %55, işverenler arasında %24 dolayında seyretmektedir. Kayıt dışılığın bu kadar yüksek oranlarda seyrettiği bir ülkede kişilerin gelir düzeyini belirlemek ve prim ödeyip ödemeyeceklerini tespit edebilmek mümkün görünmemektedir. Belirtilen nedenlerden dolayı sistemin katkı paylarına ve diğer cepten yapılacak harcamalara ağırlık vererek sağlık güvencesine sahip vatandaşlara bile yüksek sağlık harcaması yaptırma ihtimalidir (Ersöz, 2010:92).

5510 sayılı GSS Kanunu düşük gelirli esnaf sanatkar, düşük gelirli çiftçiler yevmiyeli çalışanlar, ücretsiz aile çalışanı gibi atipik çalışanı kapsam dışı bırakmaktadır. Sosyal sigortalar kapsamında zorunlu sigortalı olmayan ve prim ödeme alışkanlığı bulunmayanların, GSS primi ödemelerini beklemek gerçekçi olmayacaktır (Karadeniz, 2012:10).

Sağlık hizmetinden prim borcu nedeniyle yararlanamayan kişilerin eskiden olduğu gibi, başkasının üzerine ilaç yazdırma, cepten ödeme yapmak zorunda kalma gibi durumlarda kalması olasılığı yüksektir (Üstündağ, Yoltar, 2007:58). Sağlık hizmetine ulaşamayan hastaların kullandığı bir başka yol acil servis hizmetleridir. 5510 sayılı Kanun'a göre acil servisten yararlanabilmek için hiçbir şart aranmamaktadır. Dolayısıyla prim borcu olan ya da hiç sağlık sigortası olmayan hastalar, sağlık hizmetlerinde en kolay yol olan acil servisleri kullanabilmektedir (Arslanhan, 2010:6).

Türkiye'de, sosyal güvenlik sisteminin artan yoksulluğa karşı koruma sağlayamadığı gerçektir. Ancak bunun nedeni, sosyal güvenlik kurumlarına ve bu kurumların kapsamı içinde koruma sağlanan nüfusa kaynakların aktarılması değildir. Sorun, artan işsizlik ve yoksulluk karşısında, sisteme geniş nüfus kesimlerinin katkı yapacak gelir düzeyine erişememe ve vergilendirme politikalarındaki adaletsizlik sorunudur. Bu noktada, sosyal harcamalara milli gelirden ayrılan paylar, öncelikle düşünülmesi gereken değişkendir. Eurostat 2008 yılına göre, sosyal koruma harcamalarının GSMH oranının AB üye ülkeleri ortalaması % 27,7'dir. Karşılaştırma açısından, Türkiye için bu tanıma uygun resmi bir rakam verme olanağımız bulunmamaktadır. Ancak, yapılan tahminler kapsamında, Türkiye'de sosyal harcamaların GSMH oranının AB ile kıyaslandığında düşük düzeyde kaldığı bilinmektedir (Buğra ve Adar, 2007). Geniş toplum kesimlerine adil bir sosyal koruma sağlayarak, yoksulluğu önlemek amacıyla olan dönüşümün, sosyal güvenlik sisteminin kapsamını genişleterek bu sorunu aşması beklenirdi. Ancak yeni düzenlemeler ile nüfusun sosyal korumaya en fazla gereksinimi olan, ağırlıklı olarak tarım kesiminde çalışan dar gelirliler ve prim ödeme güçlüğü çekenler ile bağımsız çalışanlardan prim ödeme gücü olmayanlar kapsam dışı tutulmakta; son yıllarda sayısı hızla artan a-tipik istihdam biçimleri içinde çalışanların ise sosyal korumaları isteğe bağlı sigortalılığa bırakılmaktadır. Buradaki sorun söz konusu grupların sigortalı olmayı isteyip istememesi değil, mevcut gelir düzeyleri ile sigortanın mantığında yatan karşılığı ödeyecek durumda olmamalarıdır (EUROSTAT, 2008: 238).

Sosyal güvenlik sisteminde yaşanan sorunların analizi, sisteme yönelik yeniden yapılanmanın, sosyal korumanın vatandaşlığa bağlı bir hak temelinde tanımlandığı; sosyal güvenliğin gelişiminde öncelikli unsur olan sendikal örgütlenme sorunlarının

aşıldığı; riskleri tazmin etmekten çok, önleminin ön planda tutulduğu; sosyal sigorta ve sosyal yardımların bir bütün olarak algılandığı; sosyal güvenliğin işsizlikle mücadele ve istihdam politikaları ile desteklendiği; kayıt dışı istihdamın denetim altına alındığı ve sosyal güvenlik sisteminin siyasi popülizm aracı olmayacak şekilde kurgulandığı bir yapı içerisinde söz konusu olabileceğini göstermektedir. Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı sorunların çözümüne yönelik yeniden yapılanma, Türkiye’de toplumsal yapı ve çalışma yaşamının temel sorun alanları ile birlikte, bütünsel olarak değerlendirildiğinde işlevsel olacaktır (Özdemir, 2012:122).

3.8.3. Hekim Seçme Hakkı

Hastaların hasta haklarını ele alan en önemli ve ilk yazılı belge, Dünya Tabipler Birliği’nin 1981 yılında kabul ettiği Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi’dir. ‘Hekim, pratik, etik ve yasal tüm zorlukların bilincinde olarak, her koşulda vicdanının sesini dinleyerek hasta için en iyi olanı yapmalıdır’ denilerek hasta hakları esasları şu şekilde sıralanmıştır (Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2009:3-14):

- Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir. Bu temel kural, hasta açısından çok önemli bir ‘hak’kı ortaya koymaktadır.
- Hasta hiçbir dış etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından bakılabilme hakkına sahiptir. Özgür sözcüğü ‘keyfi’ olma ve davranma anlamında alınmamalıdır. Hekim hiçbir etki altında kalmamalıdır. Siyasi düşüncelerinin etkisi ve baskısı, önyargılarının, kültürünün zorlayıcı ve yönlendirici rolü ya da etkisi söz konusu olmamalıdır. Hasta ya da hekimin dinsel inançları da söz konusu edilmemelidir. Cinsiyet, ekonomik durum da bu ilişkiyi etkilememelidir.
- Hastanın, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkı vardır. Burada ‘kabul’ ve ‘red’ bir koşula bağlanmıştır: ‘Bilgilenmek ve anlamak’
- Hasta, hekimden tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir.
- Her hastanın onurlu bir şekilde ölme hakkı vardır. Bu kural ‘ötenazi’ ile karıştırılmamalıdır.

- Hasta uygun bir dini temsilcinin yardımı da dahil olmak üzere, ruhi ve manevi teselliye kabul veya reddetme hakkına sahiptir.

Bu haklardan kuşkusuz en önemlilerinden biri de hekim seçme hakkıdır ve ulusal ve uluslararası metinlerde şu şekilde yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012b):

‘Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelini ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir’(Amsterdam Bildirgesi 28-30 Mart 1994).

‘Hasta, özel veya devlet sektöründe olmasından bağımsız olarak hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Hasta herhangi bir aşamada diğer bir hekimin görüşünü alma hakkına sahiptir’(Bali Bildirgesi Eylül 1995).

‘Yeterli bilgiye sahip her birey farklı tedavi yöntemleri ve tedaviyi verecek kişiler arasında seçim yapma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, bu tedaviyi uygulayacak çeşitli merkezler (sağlık kurumları) ve doktorlar ile alınan sonuçlar hakkında bilgi vererek bu hakkın kullanılabileceğini temin etmelidirler. Bu hakkın kullanımını kısıtlayan tüm engeller kaldırılmalıdır. Doktoruna güvenmeyen bir kişi başka bir doktor talep edebilir (seçebilir)’(Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Dökümanı Roma, Kasım 2002).

‘Sağlık müesseselerinde tatbik olunan usul ve kaideler mahfuz olmak üzere, hasta; tabibini ve dış tabibini serbestçe seçer’(1960, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Madde 5).

‘Mevzuat ile belirlenmiş usüllere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır’(1998, Hasta Hakları Yönetmeliği, Madde 9).

‘Yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkan sağlanır’(2005, Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliği, Madde 8).

‘Her hastanın sağlık sistemine uygun olması ve yetkili hekimin uygun görmesi halinde, kendisine sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluğu değiştirme hakkı bulunmalıdır’ (Hasta Hakları ve Sorumlulukları TS-12222 Nisan 1997).

‘Hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür’ (Hekimlik Meslek Etiği Yönetmeliği Madde 22).

Görüldüğu gibi ulusal ve uluslararası metinlerde, hekim seçme hakkı açık bir şekilde belirtilmiştir Bu da gösteriyor ki hasta ve hasta yakınları tarafından sağlık hizmetlerinde hekim seçme hakkı kullanılabilir.

Hekimini özgürce seçme hakkı, insana verilen saygıdan, insan onuruna verilen değerden kaynaklanmaktadır. Hizmet için cinsiyet ayrımı hekim için söz konusu değilken, aynı seçim hakkı ve belki de ‘ayrımcılığı isteme hakkı’ hasta için vardır. Benzer şekilde dinsel ya da düşünsel değerler hasta için önemli olabilir ve olanaklı ise bunlara ilişkin tercihler bir seçenek olarak sunulabilmelidir (Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi ,2009:7).

Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde poliklinik hizmetleri, birden çok uzman hekim bulunan hastanelerde, uzman hekimler tarafından nöbetleşe gerçekteştirilmekteydi. Sağlık Bakanlığı 8.9.2004 tarihinde yayınladığı 117 sayılı ‘Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması’ genelgesi ile hastanelerde hastaların hekim seçme hakkının esas olduğunu ve hastaların hekim seçebilmesine imkan verecek her türlü tedbirin alınması gerektiğini ifade etmiştir. Genelgede, hastaların hekim seçebilmesi için, hastanede görev yapan bütün uzman hekimlerin poliklinik yapmasına imkan tanıyacak şekilde oda sayısının arttırılması ve hekimlere tahsis edilmesi istenmiştir (Bostan, 2009:34).

Tablo:3.3. Poliklinik Sayılarındaki Değişim

Yıl	Poliklinik Oda Sayısı	Poliklinik Sayısı	Poliklinik Odası Başına Hasta Sayısı
2002	6.643	110.000.000	16.558
2008	18.807	210.000.000	11.166

Kaynak: Akdağ, 2008

Tabloyu incelediğimizde; poliklinik oda sayısında 3 kata yakın bir artış, poliklinik sayısında ise 2 kat yakın bir artış olduğu görülebilir. Hastaların muayene sayısında bir artış olduğu görülürken, poliklinik odası başına düşen hasta sayısındaki azalma vatandaşların hekim seçme haklarını kullandıklarını göstermektedir.

Yıldaki mesai gün sayısı ortalama 240 alındığında; 2002 yılında her hekim ortalama olarak günde 68 hastaya bakarken, 2008 yılında 46 hastaya baktığı hesaplanmaktadır (Bostan, 2009:35).

Tablo: 3.4. Hasta Sayısal Bilgileri

	2010	2011	% Değişim
Toplam Poliklinik Hasta Sayısı	578.695	648.440	12,05
Poliklinik resmi	559.230	631.897	12,99
Poliklinik ücretli	19.465	16.543	-15,01
	2010	2011	% Değişim
Toplam Klinik Hasta Sayısı	92.180	121.287	31,58
Klinik Resmi	90.862	120.393	32,50
Klinik Ücretli	1.318	894	-32,17

Kaynak: Tıp Fakültesi Hastaneleri 2011 Yılı İstatistikleri

Şekil 3.3’de, Tıp Fakültesi Hastaneleri 2011 İstatistiklerine baktığımızda, poliklinik hasta sayısının yüzdesel artışı gözlenmektedir. Toplam poliklinik hasta sayısında 2010 yılına göre yüzde 12,05 oranında bir artış yaşanırken, toplam klinik hasta sayısında yüzde 31,58 oranında bir artış meydana gelmiştir. Poliklinik resmi hasta sayısında 2010 yılına göre artış yaşanmışken, poliklinik ücretli sayısında yüzde 15’lik

bir düşüş yaşanmıştır. Klinik hasta sayısında da yüzde 32,5'lük bir artışa karşılık, klinik ücretli hasta sayısında yüzde 32,5'lük bir düşüş gözlenmiştir.

3.8.4. Aile Hekimliği Sistemi

Aile hekimi; yaş veya cinsiyeti ne olursa olsun, kişiyi bir bütün olarak incelemek için eğitilmiştir. Akut ve kronik hastalıkların tedavi edilmesine ek olarak, hastalıkların gelişmesini önlemek amacıyla, düzenli sağlık taramalarını gerçekleştirir ve sağlıkla ilgili konularda danışmanlık hizmetini sağlar. Aile hekimi tarafından tespit edilen sağlık sorununun tedavisi, başka bir uzmanlık dalını ilgilendiriyor ve spesifik tedavi gerektiriyorsa, kişinin bu hizmete ulaşmasında koordinasyonun sağlanması da aile hekiminin görevidir.

Aile hekimliği uygulamasının amacını Sağlık Bakanlığı aşağıdaki şekilde belirtmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012a):

- Erken tanı ve tedaviyi sağlamak
- Sağlık ile ilgili tüm konularda ilk değerlendirmeyi yapmak
- Sorumluluğu altındaki kişilerle sürekli ilişki halinde olarak onları izlemek
- Birinci basamakta verilmesi gereken bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak
- Kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedaviyi sağlamak, bu tür hastalığı olan kişileri izlemek
- Bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumun gelişmesine katkı sağlamak

Aile hekimi kişiyi ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alarak koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan ve kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik, hem ruhsal hem de sosyal yönleriyle ilgili olan, kişilerin kendi seçtikleri hekimdir .

İletişim insanlar için önemlidir ve en önemlisi de insanlar hasta olduklarında hekimleriyle ne kadar iyi bir iletişim kurarlarsa tedavi hızları o kadar çabuk olur. Hastalar hekimlerine güven duyarlarsa zaten tüm sorunlarını büyük bir güvenle anlatabilirler. Çünkü tedaviye cevap verip iyileşmenin en önemli adımı aile

hekimleriyle iyi bir iletişim geliştirmektir. Aile hekimliği uygulamasında iki temel unsur olan empati yapma, sabır ve anlayış hekimle hasta arasındaki en önemli unsurlardandır.

SDP'nın bir unsuru olarak aile hekimliğinde; Türkiye'de uygulanması öngörülen aile hekimliği modelinin nasıl olması gerektiği 1989 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen birçok toplantıda ve iç görüşmelerde tartışılmıştır. Bu tartışmalar 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı 'Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun' ile son bulmuştur. Bu kanun ve buna bağlı olarak yayımlanan iki yönetmelik, aile hekimliği modelinin nasıl olacağını tanımlamaktadır. Söz konusu mevzuatta belirtilen ana unsurlar şunlardır (Kömürlü, 2010:78):

1. Sistemin temel birimi 'aile sağlığı merkezi'dir; bu birim bir aile hekimi ile bir aile sağlığı elemanından (hemşire/ebe) oluşmaktadır. Ülkede yaşayan herkes, bir aile hekimini seçecektir; ailedeki her birey farklı bir hekimi seçebilir.

2. Kent merkezinde yaşayanların hekim seçme özgürlükleri olacaktır, fakat kırsal bölgelerde oturanlar hekimlerini seçemeyeceklerdir. İl Sağlık Müdürlüğü, her köyü en yakın ve listesinde yeterli kişi kayıtlı olmayan bir aile hekimine bağlayacak ve köy halkı o hekimden hizmet alacaktır.

3. Bir aile hekimine en çok 4000 kişi kayıt olabilecektir.

4. Kişilerin hekim seçme özgürlüklerine karşılık, hekimlerin de kişi (hasta) seçme özgürlükleri olacaktır. Yani, bir hekim listesine girmek isteyen bir kişiyi kabul etmeme hakkına sahip olacaktır.

5. Aile hekimleri özel statüde çalışanlar olabileceği gibi, kamu (sağlık ocağı) hekimleri de (memur aile hekimi) olabilecektir.

6. Özel statüdeki aile hekimleri, uygun bir yer bulamazlarsa, sağlık ocakları içinde de hizmet verebileceklerdir. Bu durumda hekimler kira ödeyecektir.

7. Aile hekimi olarak çalışmak isteyen pratisyen sağlık ocağı hekimleri bir eğitimden geçirilecek ve bu kişilere 'aile doktoru' denilecektir. Böylece, aile hekimliği uzmanı olanlarla uzman olmayan aile doktorları arasındaki fark belirlenmiş olacaktır.

8. Her ilçede ‘bir toplum sağlığı merkezi’ kurulacaktır. Bu merkez, ‘ilçe sağlık idaresi’ gibi çalışacak, ayrıca çevreye yönelik koruyucu hizmetlerini, merkezi laboratuvar görevini ve bölge dışından gelen hastaların muayenelerini yapacaktır.

9. Aile hekimleri birinci basamak hizmetlerden sorumlu olacaktır. Yalnızca kendi listelerinde kayıtlı bulunan kişilere hizmet vereceklerdir. İlk açıklamalar, aile hekimlerinden sevk edilmeden doğrudan hastanelere başvuran hastaların (aciller hariç) masraflarının sigortalar tarafından karşılanmayacağı biçiminde idi. Daha sonraki açıklamalardan ve uygulamalardan anlaşıldığına göre bu ilkedan vazgeçilmiştir. Aile hekimlerinin sevk etmediğı hastalar da ikinci basamağa doğrudan başvurabileceklerdir. Sevk edilen hasta özel ya da kamu hastanelerinden birine ya da bir uzmana gitmekte serbesttir.

10. Aile hekimlerinin hastalara yapacakları müdahaleler kendi eğitimlerine göre farklı olacaktır. Yani, aile hekimlerinin görevleri standart değildir ve kendi eğitimlerine göre farklılık gösterir. Aile hekimi olarak çalışan bir pratisyen hekim ile aile hekimliğı uzmanı ya da başka dalda uzman olduğu halde aile hekimi olarak çalışmayı tercih eden hekimlerin tıbbi yetkileri farklı olacaktır.

11. Aile hekimleri ecza dolabı çalıştırabilecek, ev ziyaretleri yapacak, kendilerine bağlı olan köylerde mobil hizmet verecektir.

12. İkinci basamak olarak kabul edilen kuruluşlar her türlü hastaneler olabileceğı gibi, tıp merkezi, özel hastane ve özel uzman hekim gibi yerler de olabilecektir. Bu yerlerin standartları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecektir. Bu koşullara uyan yerler il yetkilileri ile sözleşme imzalayacaktır. Standartları bozulan yerlerin sözleşmelerine son verilecektir.

13. Aile hekimlerinin ödemeleri ‘kapitasyon’ modeline uygun olarak yapılacaktır. Kapitasyonun karşılayacağı hizmet paketi içinde olmayan işler için aile hekimlerine iş başına ödeme yapılacaktır.

Maaşlardaki artıştan dolayı aile hekimliğinin maliyeti arttırdığı düşünülüyor. Aile hekimliğı birinci basamakta çalışan sağlık personeli sayısını azaltmış oluyor. Hekimler kendileri isterlerse yanlarında sözleşmeli kişiler çalıştırabiliyorlar. Ama sistem sadece 2 kişinin ücretini veriyor, eleman tasarrufu söz konusudur. Ayrıca cari hizmet ödeneğı diye ortalama 2500 TL civarı her aile hekimine ücret ödeniyor. Kamu

kurumlarını kullanırlarsa aile hekimlerinden kira alınmıyor, şu anda % 95 oranında kamu kurumları kullanılıyor. Hiçbir sağlık kurumunun elektrik, su, ısınma, tamir ve diğer cari giderlerini devlet karşılamıyor. Onları aile hekimleri, hizmet ödeneklerinden kendileri karşılıyor. Uygulamaya geçilen Kilis iline bakıldığında; tüm poliklinikler içinde birinci basamağı kullanma oranının ikinci ve üçüncü basamağa göre yüzde 37-40'larda olduğunu görüyoruz, bu da maliyeti azaltan bir unsur. Ayrıca, aile hekimlerine artık bireyleri emanet ediyorsunuz, yani hekim 3000–3500 kişinin sağlık problemlerinden sorumlu oluyor. Bu durumun ülkenin hastalık yükü üzerine de olumlu etkileri olduğu görülebilir (İTO, 2011).

Aile hekimliği sistemi, SDP'nin görece daha pahalı olan hastane hizmetlerine yapılan sağlık harcamalarını azaltmak için kurulması zorunlu olan sevk zincirinin bekçisi ve böylece sağlık sistemine girişlerin denetleyicisi konumundadır. Eğer aile hekimliği sistemi doğru çalıştırılmaz ise, idari ve mali özerkliğe sahip kamu hastaneleri ya da özel hastanelerin bilançolarındaki karlılık oranları oldukça yükselecektir. Her mali yılı yüksek bütçe açıkları ile tamamlayan SGK'ya bütçeden yüklü miktarlarda transferler yapılmak zorunda kalınmaktadır (Ersöz, 2010:95).

Aile hekimliğinde başarının sırrı, hizmetin bütüncül ve sürekli olmasıdır. Aile hekimliği uygulamasında hizmetin sürekliliğindeki ilk adım aile hekimlerinin ülke genelinde dengeli dağılımını olabildiğince gönüllü olarak sağlamaktır (Kömürlü, 2010:80). Bu dağılım dengeli bir şekilde gerçekleşmediğinde hekimler oldukları yerlerde durmak istemeyecekler, dursalar bile gitme düşüncesinden dolayı işlerini verimli bir şekilde yerine getiremeyeceklerdir.

Hekimine alışmış bir hastanın kendi istemediği halde hekiminin değiştirilmesi, sisteme ters bir durumdur. O yüzden hastaların 8-15 yıl arası bağlı oldukları aile hekimliğinde kalmaları kanunla sağlanmıştır.

Tüm aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı kişileri yaşadıkları mekânda bir kez olsun ziyaret etmesi gerekiyor. Aile hekimi, ilk defa uygulamaya geçilen bölgelerde bu ziyaret ile kayıtlı kişilerin sağlık durumlarının tespitini yapar. Aile hekimi bu ziyaretleri 8 ay içerisinde tamamlamalıdır. Mesai saatleri içerisinde yapılacak olan bu ziyaretlere ait program haftada dört saati geçmemelidir. Aile hekimi gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü olduğu her yerleşim birimine ayda en az bir kere gitmelidir. Aile hekimi gerek

ev ziyareti gerekse gezici sağlık hizmeti vereceği yerleşim birimi için her ay gezi programı hazırlamalıdır. Her ay hazırladığı gezi hizmet programını ve bir önceki aya ait gezi beyanını ayın beşine kadar bağlı olduğu Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ne teslim edecektir. Hazırlanan program Aile Sağlığı Merkezi (ASM) de görünür bir yere asılmalıdır. Gezici sağlık hizmetleri kapsamında hazırlanan gezi programının köy / mahalle muhtarları vasıtasıyla en geç bir önceki haftanın son iş günü ziyaret edilecek bölgeye duyurulması sağlanmalıdır. Gezici sağlık hizmetleri sırasında aile hekimleri sorumlu oldukları yerleşim birimlerindeki kişilere koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri vermeleri esastır. Gebe-loğusa ve bebek tespit / takibi, aşılama, eğitim, danışmanlık, yaşlılara, sosyal hastalığı olanlara, yatalak ve kronik hastalığı olanlara yönelik sağlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir. Bu ziyaretlerin aile sağlığı elemanı görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde aile hekimince uygun görüleni aile sağlığı elemanınca da yapılabilir. Bu durum gezi programı ve beyanında ayrıca bildirilir (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 2005, Sayı:25867).

Aile hekimliği modelinin uygulamalarını, yetkililerin açıklamalarını ve yayımlanan mevzuatı inceleyen birçok uzman ve meslek kuruluşları SDP konusunda görüş açıklamıştır. Genel eğilim olarak Sağlık Bakanlığı ve aile hekimliği uzmanlığı dernekleri programa taraftar, TTB, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, ilgili sendikalar ve birçok niversite ğretim yesi başta olmak üzere konu ile ilgili uzmanlar ve kurumlar karşı görüşlerini belirtmişlerdir. Gerek bilimsel dergilerde ve toplantılarda, gerekse yazılı ve sözlü basında yer alan açıklamalar SDP'nın sakıncalarının ağır bastığı yönündedir. Programın sakıncalarını açıklayan uzmanların ortak görüşleri şu hususlardır (ztek, 2006:3-5):

- Programdaki belirsizlik
- Sağlık sistemi örgütlenmesindeki karmaşa
- Belediyelerin sağlık hizmeti vermesi (sahip olduğu yapısal sorunları, kaynaklar ve insan gücü, sağlık hizmetlerini yürütmeye uygun olmayan belediyelere il özel idarelerine devredilen sağlık kuruluşlarının önemli bir kısmının devredilmesi)
- lke koşullarına uygun olmayan bir model olması
- Denetim ve koordinasyon güçlüğü (modelin karmaşıklığı, kurumların görev sorumluluklarının net olmaması denetimi güçleştirir.)

- Gelişmiş yörelere öncelik (hekimlerin çalışma yeri olarak gelişmiş yöreleri tercih etme olasılıklarının yüksek olması)
- Kırsal kesimi dışlayan sistem (kentlerde yaşayanlar aile hekimlerini seçebilirken, köylerde yaşayanlar il yönetimi tarafından en yakın aile sağlığı merkezlerine bağlanacaklardır.)
 - Tedavi ağırlıklı hizmet
 - Kronik hastalığı olanlar dışlanabilir (listesine hasta kabul etmeme özgürlüğü bulunan hekimlerin, yaşlı, bebek, kronik hastalığı olan, problemlili vakaları listelerine almayı istememe olasılığının yüksek olması)
 - Ulusal programların yürütülmesinin güçleşmesi (Sağlık Bakanlığı kontrolü olmadan il özel idareleri ve bağımsız çalışan aile hekimleri ile uluslararası programların yürütülmesi güçtür.)
 - Sistemin pahalı olması
 - Düzce aile hekimliği pilot uygulamasının olumsuz sonuçlanması

Eleştirilerin diğer bir boyutu da ülkenin sağlık durumunun çok karmaşık bir yapıda olması sebebiyle SDP neticesinde sağlık kuruluşlarının sürekli el değiştirmesiyle sonuçlanacak ve böyle karmaşıklaşan bir yapıda da hizmet vermek güçleşecektir.

SDP kapsamında getirilmek istenen modelin finansal boyutu eleştirilerin bir diğer kaynağıdır. Aile hekimliği modeli pahalı bir sistemdir. Hele, iş başına ödeme sistemi uygulanırsa (ki hem aile hekimlerinin bazı hizmetleri, hem de hastane masrafları bu şekilde karşılanacaktır) ülkemizin kaynakları bu hizmetleri karşılayamaz. Performans değerlendirmesi uygulaması, sağlık hizmetleri için harcanacak giderleri daha da arttıracaktır. Çünkü daha fazla pay alabilmek için hekimlerin para kazandıracak işlere ağırlık verecekleri bir gerçektir. Ayrıca, il özel idareleri istedikleri takdirde, her türlü sağlık kuruluşunu özel sektöre devredebilecektir. Bu uygulama hizmetlerin maliyetini daha da arttıracaktır (Öztek, 2006:5).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 31 Aralık 2010 tarihi itibarıyla, 6 bin 367 aile sağlığı merkezinde 20 bin 185 aile hekimi görev yapmaktadır. Ayrıca 961 toplum sağlığı merkezi kurulmuştur. Bir yandan aile hekimliği uygulamalarının ülke genelinde yaygınlaştırılması çalışmalarına devam edilirken bir yandan da mevzuat düzenlemeleri

ve hizmet kalitesinin arttırılmasına yönelik çalışmalar dinamik olarak sürdürülmüştür (Özdemir, 2012:62).

Dağdeviren ve Aktürk'ün (2004), EUROPEP Ölçeği'ni kullanarak oluşturdukları 81 İl Memnuniyet Çalışması sonuçlarına göre 'Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Sunduğu Hizmetten Ortalama Memnuniyet Oranı yüzde 86 olarak gerçekleşmiştir (Atun, 2008:163).

3.8.5. Hastane Personeline Performansa Göre Ek Ödeme Yapılması ve Tam Gün Yasası

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS), 2005 yılından bu yana, sağlık kurum ve kuruluşlarında verimliliği, kaliteyi, hasta ve çalışan memnuniyetini arttırmayı hedefleyen entegre bir sistem olarak Sağlık Bakanlığı'nca uygulanmaktadır. Sistemin amacı, kurumun hedefleri ile çalışanların bireysel hedeflerini bütünleştirerek çalışanları ortak amaçlar ve hedefler doğrultusunda yönlendirmektir. PDEÖS'nin, personel verimliliğini artırdığı, hastanelerin mevcut kapasitelerini daha verimli kullanmalarını sağladığı, hekimlerin kamuda tam zamanlı çalışma konusunda önceki dönemlere göre daha istekli hale gelmesini sağladığı, hastaların bir üst basamağa sevkinin azaldığı yani hastaların bulunduğu yerde tedavi edilmelerinin sağlandığı, poliklinik oda sayısında belirgin artışların meydana geldiği, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik puan desteği sonucu önceki yıllara göre aşı oranları, gebe ve bebek izleme sayılarında iyileşmeler olduğu, muayene sürecinde hastalara daha fazla vakit ayrıldığı, gereksiz tetkiklerin önüne geçilerek hasta maliyetlerinin düşmesine olumlu etkide bulunduğu gibi önemli gelişmeler olduğu öne sürülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2007b).

PDEÖS'nin temel amacı, kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmektir. SDP başlatıldığı zaman, kamu sektöründeki insan kaynakları krizinin SDP hedeflerine ulaşılmasını engelleyebilecek önemli bir etken olacağı fark edilmiştir. SDP'nin başlatılması aşamasında, nüfus başına düşen sağlık personeli oranı, diğer orta gelirli ülkeler ve OECD ülkelerinden daha düşüktü. Kamudaki doktorların çoğu yarı zamanlı olarak çalışmaktaydı ve doktorlar özel sektörde çalışmayı tercih etmekteydi. Sonuç olarak, devlet hastaneleri aşırı kalabalıktı; doktoru görmek için uzun bekleme süreleri söz konusuydu. Hasta ve hizmet sunucularının sağlık sistemine ilişkin memnuniyetleri düşüktü. PDEÖS bu sorunları

çözebilecek kilit bir müdahale olarak düşünülmüştür. PDEÖS; hizmet kalitesi, verimlilik ve hasta memnuniyetine odaklanmayı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performans yönetimini artırmayı hedefleyen SDP'nin kritik bir bileşenidir (OECD, DB, 2009:41).

PDEÖS'nin 12.05.2006 tarihli ve 26166 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 'Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik'te PDEÖS'nin amacı şu şekilde belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınmak suretiyle, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, **(Değişik ibare:RG-30/7/2010-27657)** eğitim, öğretim, inceleme ve araştırma faaliyetleri ile yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemek, sağlık hizmetlerini iyileştirmek, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmektir (Madde 1).

Bu Yönetmelik, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı hariç olmak üzere Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurları, sözleşmeli personeli, açıktan vekil olarak atanmaları, 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 38'inci maddesine göre Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilen personeli, diğer kamu kurum ve kuruluşlarının kadrolarında bulunan ve haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler için görevlendirilen sağlık personeli ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarının kadrolarında bulunan ve en az bir ay itibarıyla belirli bir süre için görevlendirilen sağlık personelini kapsar (Madde 2).

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hekim ve diğer sağlık personeli proje uygulamaları öncesinde hastane döner sermayesinden mesleği ve görev yaptığı yere göre teorik olarak maaşının %100'ü kadar bir döner sermaye alabilmekteydiler. SDP uygulamaları dahilinde; 4.1.1961 tarih ve 209 sayılı 'Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Rehabilitasyon Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanununda' değişikliğe gidildi. 7.3.2006 tarihli değişiklik yapan kanunla hastanede

çalışan personelin döner sermaye ödeme limitleri artırılmış ve hekimler için ödeme şekli, baktığı hasta ve yaptığı tıbbi uygulamalara bağlanmıştır. Böylece performansa bağlı döner sermaye ödeme şekli geliştirilmiştir (Bostan, 2009:39).

2004'te PDEÖS'nin başlatılması ile birlikte hekim ve diğer personelin gelirlerinde net bir iyileşme yaşanmıştır. PDEÖS başlatılmasından beri bordrolu hekim başına bildirilmiş muayene sayısına bakıldığında, Türkiye'de hem faaliyet hacminde hem de hekim üretkenliğinde büyük artışlar olduğu görülmektedir (OECD, 2009:84).

Türkiye'de son yıllarda uygulana gelen PDEÖS'nin sağlık hizmetleri üzerine olumlu etkilerinin olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Örneğin sağlık hizmetlerine ve çalışanlarına ulaşılabilirlik artmıştır. Poliklinik, servise yatış, ameliyat, tetkik için bekleme süreleri belirgin olarak azalmıştır. Poliklinik hasta sayıları, yatak doluluk oranları ve yatak devir hızları, ameliyat sayıları, tıbbi işlem sayıları artmıştır. Yine kurumlar ve çalışanlar, sağlık hizmetini sunarken maliyet etkinlik kavramını gözetir olmuşlardır. Personel istihdamı, malzeme kullanımı, cihaz istekleri rasyonalize olmuştur. Yıllardır başarısız hizmet ve sarf malzemelerinin kayıt ve dokümantasyonu konusunda çok olumlu bir noktaya ulaşılmış ve kaçaklar neredeyse tümüyle önlenmiştir (Özlü, 2012:1)

Hekimlerin döner sermaye ödemeleri verdikleri sağlık hizmetlerinden topladıkları puanlara bağlanmıştır. Serbest çalışma izni olan hekimlere döner sermaye payı yarı oranda ödenecek şekilde yapılan bu düzenleme hekimlerin tam gün hastanede çalışmalarını teşvik etmiştir. Hastane döner sermaye gelirleri artan hekimler önemli oranda dışarıda açtıkları muayenehanelerini kapatarak sadece devlet hastanesinde çalışmaya başlamışlardır. Bu uygulama sonucu 2003 yılında tam zamanlı devlet hastanelerinde çalışan uzman hekim sayısı %11'iken 2008 yılı itibariyle %73'e ulaşılmıştır (Akdağ, 2008:80).

PDEÖS'nin öne çıkan olumlu yönlerinden biri "Uygulamanın hekimlere maddi açıdan oldukça fayda sağladığı" ifadesidir. Bu ifade hekimlere kıyasla yardımcı sağlık personeli tarafından daha fazla desteklenmiştir. Sağlam'ın (2006) birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaptığı araştırma da PDEÖS'nin çalışanların maddi tatminini olumlu etkilediğini belirtirken, çalışanların %50'si, hekimlerin bu uygulamadan daha fazla faydalandığı görüşünü desteklemiştir. Diğer taraftan, Timur'un (2007) devlet

hastanelerinde hekim ve hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin %54'ünün PDEÖ uygulamasından memnun olmadığı belirtilmiştir. Gazi'nin (2006) hastanelerde uygulanan PDEÖS'nin hastalar ve çalışanlar üzerindeki etkisini incelediği çalışmada da yardımcı sağlık personelinin “ücretler açısından meslek grupları arasında haksızlık yapıldığı” görüşüne daha çok katıldığı tespit edilmiştir. Kennedy (2005), performansa dayalı ödeme modellerinin özellikle hekimlerin çalışma motivasyonuna olumlu katkıda bulunduğu ve sunulan sağlık hizmetlerine verdikleri önemin de arttığını belirtmiştir. Timur (2007) ise, yaptığı çalışmada uygulamanın adil olarak uygulanmadığını düşünenlerin oranının oldukça yüksek (%82) olduğunu belirlemiştir. Gazi'nin (2006) yaptığı çalışmada da uygulamanın meslek grupları arasında haksızlık yapıldığı görüşünü yardımcı sağlık personelinin özellikle vurguladığı görülmektedir. Bu araştırma sonuçları “Doktorlarla diğer sağlık personelinin aldığı ek ödeme arasındaki büyük farklılıklar çalışma şevkini kırmaktadır.” görüşüyle paraleldir (Fettah, Şahin, 2010:193).

PDEÖS'nin öne çıkan olumsuz yönlerinden, “İzinli ve raporlu günler için döner sermaye ödenmemesi, ihtiyaç duyduğu halde izin kullanmamasına neden olmaktadır” görüşünü yardımcı sağlık personeli hekimlerden daha çok desteklemiştir. TTB'nin (2009) hekimlerin gözüyle PDEÖS'yi sorgulayan araştırmasına göre, hekimlerin %73,4'ü sağlık çalışanlarının izin ve dinlenme sürelerinin azaldığını ifade etmiştir. Sağlık Memurları Derneği'nin Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönergeye dair değerlendirmelerinden biri de “Ek ödeme hesabı yapılırken personelin izinli olduğu günler, hastalığı sebebiyle verilen raporları neticesinde görevine gelemediği günler, hastanede yattığı günler değerlendirilmemektedir. Personel alacağı ek ödemenin azalacağını düşünerek kanuni olan iznini kullanamamakta bu da iş verimini düşürmektedir” ifadesidir (TTB, 2009:87).

“Uygulama, artık hastaların hasta olarak değil puan ve dolayısıyla para olarak görülmesine neden olmaktadır” ifadesine yardımcı sağlık personelinin katılımı hekimlerden daha fazladır. TTB'nin (2009) gerçekleştirdiği araştırma sonuçlarına göre; PDEÖS uygulaması hekimlerin dürüst çalışmasını olumsuz etkilemiştir görüşüne katılım oranı %96,7'dir. Buna ek olarak yine aynı çalışmanın sonuçlarından olan performans uygulamasının sağlığı metalaştırdığı ifadesine katılım oranı %70,8 olarak belirlenmiştir. Kavuncubaşı'nın (2006) SDP'nı değerlendirdiği makalede “Hekim

performansının değerlendirilmesinde kullanılan yöntem hizmet kalitesinden daha çok hizmet miktarı üzerinde odaklaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinde rasyonalitenin sağlanması açısından öncelikle kalite hedeflerinin ön planda tutulması, kalite hedeflerinin de verimlilik sağlanarak gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Oysa Sağlık Bakanlığı kalite unsurunu göz ardı ederek, hekim performansını hizmet niceliğine dayandırılan puanlamayla ölçmeyi ve ödüllendirmeyi tercih etmiştir. Bakanlığın bu tercihi, hekimleri ‘tıbbi bakımın’ sadece ‘bak’ kısmıyla ilgilenmeye yönlendirebilir. Hekim performansının nicelik boyutunun ele alınması, tıp ve sağlık alanındaki takım çalışmasını, mesleki dayanışma ruhunu ve hasta hekim ilişkilerini olumsuz yönde etkilemekte; hekimler arasında rekabet ortamı yaratarak tıp mesleğinin etik değerlerinin dejenerasyonuna zemin hazırlamaktadır. Gerçekte hekim performansı, ekip ve sistem boyutunda ele alınıp; kalite ögesini de içeren bir değerlendirme sistemi ile ölçülmelidir” yönündeki görüşleriyle PDEÖS’nin sağlığın etik boyutuna vurgu yapmıştır (Fettah, Şahin, 2010:194).

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurumlarında görev yapan tüm sağlık personeline eğitim çalışmaları, kongre, seminer vb. faaliyetlerde görev almaları halinde performansa dayalı ek ödeme yönünden destek verilmektedir. Böylelikle, personelin mesleğine ilişkin bilgi ve birikiminin artması sağlanmakta, daha nitelikli sağlık personeli ile daha kaliteli sağlık hizmet sunumu için gerekli personel alt yapısı oluşturulmaktadır. Sağlık eğitimi, bir diğer yönüyle de vatandaşın bilgilenmesi ve bilinçlenmesi açısından son derece önemlidir. Yine birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurumlarında görev yapan tüm sağlık personelinin yürüttüğü bilimsel çalışmalara da aynı oranda destek verilmekte, yurt içinde ve yurt dışında bilimsel çalışma ve yayın yapan personele daha yüksek oranda ek ödeme yapılmaktadır. Personele yapılan bilimsel çalışma desteği aynı zamanda sağlığın kalitesine ve niteliğine destek vermek anlamına gelmektedir (Akdağ, 2008:151).

Tam zamanlı çalışma sistemi hekimlerin aynı anda hem kamuda hem de özelde çalışmaması, yani ya kamuda ya da özelde hekimlik yapabilmesi olarak özetlenebilir. Modern tıp fakültelerinin biçimlenmesini sağlayan 1910 yılında yayımlanmış ünlü Flexner Raporu’nda tıp fakültelerinde öğretim görevlilerinin tam gün çalışmasının zorunlu olması gerektiği belirtilmiş ve bu öneri o yıllardan itibaren Dünya’daki pek çok tıp fakültesinde yaygın olarak kabul görmüştür (Terzi, 2007:185). Kısmi zamanlı

çalışma düzeni ise hekimlerin bir yandan kamu hizmeti sunarken, diğer yandan sundukları bu hizmetten tam olarak soyutlanamayan özel mesleki faaliyette bulunma ayrıcalığı olarak tanımlanabilir (Akdağ, 2008:152). Bazı akademisyenler, ikili çalışma düzeninin (yarı zamanlı çalışma), kamu ve kamu hastanesi aleyhine çıkar çatışması yaratmakta olduğunu, kamu ve özel sağlık hizmetlerinin ayrı organize edilmesi gerektiğini ve kamuda çalışan insanlar ile hastalar arasında maddi ilişkiler oluşabileceğini belirterek, tam zamanlı çalışmayı teşvik etmektedir (Terzi, 2007:185).

Buna göre 21 Ocak 2010 tarihinde kabul edilen 5947 sayılı Tam Gün Kanunu'nun 1, 2, 7, 8, 12, 13, 14. maddeleri ile 19. maddesinin a,b,c bentleri, yayımı tarihinden altı ay sonra yani 30 Temmuz 2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 5947 sayılı Tam Gün Yasası'nın dikkat çeken maddeleri şunlardır (Sarıçay ve Bilir, 2010:3):

- Öğretim elemanlarının üniversitelerde devamlı statüde görev yapmaları söz konusudur.
- Öğretim elemanlarının kanunla belirlenen diğer görevleri hariç; yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde ücretli veya ücretsiz, resmi veya özel başka herhangi bir işlem görmeleri veya serbest meslek icra etmeleri yasaklanmıştır.
- Ayrıca, rektör, rektör yardımcısı, dekan ve yüksek okul müdürlerinin ders verme yükümlülüğü yoktur.
- Başhekimler, dekan yardımcısı, enstitü ve yüksek okul müdür yardımcısı ve bölüm başkanları haftada asgari beş saat ders vermeye yükümlüdür.
- Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, kamu kurum ve kuruluşları, SGK ve kamu kurumu ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları, SGK ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan vakıf üniversiteleri, SGK ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları, SGK ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan vakıf üniversiteleri, serbest meslek icrası maddelerinin yalnızca birindeki sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini gerçekleştirebilirler.
- Kanunun aynı maddesine göre; mesleğini serbest olarak icra edenler 'hizmet bedeli hasta tarafından karşılanmak ve SGK'dan talep edilmemek' kaydıyla SGK ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile SGK ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan Vakıf üniversitelerinde çalışabilirler.

- Kanunun aynı maddesine göre ayrıca; Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, yukarıda belirtilen üç ana statüde olan kurumlarda olmak kaydıyla birden fazla kamu kurum ve kuruluşlarında çalışabilirler.
- Tam gün yasası gereğince 30 Temmuz 2010 tarihinden itibaren doktorların ‘Zorunlu Mali Mesuliyet Sigortası’ yaptırımları zorunlu olacaktır. Özel Sağlık Kurumları, istihdam ettikleri doktorların sigorta yaptırımlarından sorumlu tutulacaktır. İdarenin sigorta yaptırmayan kuruluşlara cezai yaptırımlarda bulunması da söz konusu olabilecektir.
- Özel sağlık kurum ve kuruluşlarda çalışanların sigorta primlerinin yarısı kendileri tarafından yarısı ise istihdam edenler tarafından ödenecektir.
- İstihdam edenlerce; ilgili sağlık çalışanı için ödenen sigorta primi hiçbir isim altında ve hiçbir şekilde çalışanın maaş ve sair mali haklarından kesilme, buna ilişkin hüküm içeren sözleşme yapılamaz.
- Zorunlu sigortalara ilişkin teminat tutarlarına ilişkin uygulama, Sağlık Bakanlığı’nın da görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından yürütülecektir.
- Zorunlu sigortalı yaptırmayanlara, mülki idare amirleri tarafından her kişi için beş bin TL idari para cezası verilmesi de söz konusudur.

Sonuç olarak; özel sermayenin ülkemiz kamu sektöründe üstlendiği önemli rol de dikkate alınarak; ülke kaynakları kamu ve özel ayrımı yapılmaksızın bir arada, yaygın, kapsamlı ve birbirini destekleyen şekilde halkımızın kullanımına sunulmalıdır. Özel hastanelere getirilen kadro kısıtlaması yeniden düzenlenmelidir. Şehir merkezlerindeki genel hastaneler için temel branşlarda doktor bulundurulmasına yönelik önlemler alınmalıdır. Yeni açılacak hastaneler için temel branşlar zorunlu olmalı, mevcut sağlık kuruluşları için de alt ve üst yapı yeterliliği ölçüsünde eksiklerini tamamlama imkanı getirilmelidir. Cerrahi birimlerden; Acil Tıp, Anestezi, Genel Cerrahi, Göz, Kadın Doğum, Kulak Burun Boğaz, Ortopedi, Üroloji vb. dahili birimlerden; İç Hastalıkları, Dermatoloji, Pediatri, FTR, Enfeksiyon, Göğüs, Kardiyoloji, Nöroloji, Radyoloji vb. bulunması gerekmektedir. Daha önceden belirli branşlarda hizmet vereceğini belirten belirli hastaneler için branş değişikliği yapılmasına imkan tanınması veya önceden belirlenen branşların bir başka branş ile değiştirilmesine imkan tanınmalıdır. Yeni açılan özel hastanelerin henüz yapılanmasını tamamlamadan kadro kısıtlamasına tabi tutulması kendilerini geliştirme olanaklarını

ortadan kaldırdığı için bu uygulamanın yumuşatılması gerektiği düşünülmektedir (Sarıçay ve Bilir, 2010:10).

3.8.6. Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Çalışmaları

Toplam Kalite Yönetimi (TKY); müşteri tatminine yönelik olarak örgüt içi kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını hedefleyen, çok boyutlu bir yönetim şekli olarak tanımlanabilir (Tütüncü ve Doğan, 2003; Tütüncü ve Doğan, 2004). TKY, müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan bir yönetim biçimidir (Bardakçı, 2006:207).

20. yüzyılın son 30 yılı içinde gelişmiş ülke hastanelerinin fonksiyonel ve fiziksel yapılanmasında önemli değişimler olmuştur. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde olduğu kadar hastalıklardan korunmak için de geliştirilen tıbbi teknoloji, hastane yatakları servislere kabul edilen hastaların yatış sürelerinde azalmaya, yatak devir hızlarında ise artışa sebep olmuştur. Hekimin yakından kontrolüne veya hemşire bakımına gerek duymayan hastalar hastanelere bitişik olarak inşa edilen ‘hostel’lerde bir süre kalarak izlenmekte ve sağlık harcamalarında tasarruf sağlanmaktadır. Hasta tedavi ve bakım fonksiyonlarında meydana gelen bu değişim, hastane yapılanma tasarım ve fonksiyonlarını etkilemekte ve hastalara mümkün olan en kısa süre içerisinde kaliteli bir sağlık hizmeti sunulmasını gerektirmektedir (Yıldırım, 2011:49).

Güvenlik kültürü, ‘bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür’ şeklinde ele alınmaktadır (Tütüncü vd., 2006:291). Bu tanımın ardından, güvenlik kültürünün sadece yöneticinin güvenliğe ilişkin taahhüdü, iletişim stili ve hataları rapor etmeye ilişkin açık kurullarla değil aynı zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları/yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali gibi ile de ilgili olduğu söylenebilir (Andersen’den Aktaran Tütüncü vd., 2006:288).

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunun son yıllarda sıklıkla gündeme gelmesinin belirli sebepleri bulunmaktadır. Bunlar içinde öncelikli üç sebepten söz edilebilir. Sağlık hizmetlerinin bütün dünyada ağırlıkla kamu tarafından sunulan hizmetler olması

nedeniyle bu konuda etkileyici rol oynamaktadır. İkinci olarak, müşterilerin ve diğer paydaşların sağlıkta kalite konusunda talepleri söz konusu olmaktadır. Son olarak da hastane yönetimlerinin inisiyatifleri neticesinde artan bir ilgi gündeme gelmiştir. Devletin sistemde ağırlıklı olarak hizmet sunucusu biçiminde yer alması, kalite çalışmalarına olan ilgisini arttırmıştır. Başlangıçta birçok hükümet maliyetleri üstlenirken, bugün organizasyon, yönetim ve kalite ile ilgilenmekte ve birçok ülkede kalite iyileştirme konularında görev üstlenmektedir (Mutlu, 2009:17). Kurumların kalite belgelendirme isteklerini şu şekilde özetleyebiliriz; belge alma ihtiyaçları, rekabette ileri olma isteği ve süreç geliştirmeyi gerçekten istemeleri.

Akreditasyon ise; optimal seviyede hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenilir bir hasta bakım ortamı sağlanması, hasta ve hizmet verenlerin risklerinin azaltılması prensiplerini taşıyan, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının devamlılığını sağlayıcı bir kuram taahhüdüdür (Tokatlıoğlu, 2005:12).

Sağlık sektöründeki gelişmeler ile son yıllarda en çok önem verilen iki temel konu haline gelen ‘kalite ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi’ için, akreditasyon sistemi önemli bir altyapı sağlamaktadır. Kalite ve hasta güvenliği kavramları birbiri ile son derece ilişkilidir; bir sağlık örgütünün akreditasyon belgesi almasındaki en temel amaç, kaliteli hizmet sunumu ile birlikte hasta güvenliğinin sağlanmış olmasıdır (Esatoğlu, 2005:50).

Türkiye’de de SDP’nin bileşenlerinden biri ‘nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon’ olarak belirlenmiştir (Akdağ, 2008:33). Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık reformları kapsamında, hastanelerde, akreditasyon sistemi kurmak için çalışmalar yürütüldüğü belirtilmektedir. Türkiye’de planlanan akreditasyon sistemi, özellikle hastanelerde sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için uygun bir fırsat olabilir (Esatoğlu, 2005:53).

Sağlık Bakanlığı, hastanelerde kalite ve akreditasyon çalışmalarını güçlendirmek ve teşvik etmek amacıyla kendi merkez teşkilatında şube müdürlüğü düzeyinde bulunan kalite yapılanmasını, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı olarak yeniden yapılandırmıştır. Bu çerçevede ulusal ve uluslararası Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon kuruluşlarıyla ortak çalışmalar yürütülmüştür (Bostan, 2009:39).

Bu birimin değişik zamanlarda hazırladığı ve geliştirdiğı kalite yönergesi, hizmet kalitesi standartları, hasta ve çalışan memnuniyeti anketlerinin bağlı hastanelerde uygulanması devlet hastanelerinde kalite geliştirme ile ilgili çalışmalarını artırılmıştır. Her hastanede kaliteden sorumlu bir başhekim yardımcısının başkanlığında oluşturulan kalite birimleri bakanlıkla koordineli şekilde kalite çalışmalarını yürütmektedir. Hastaneler, kalitelerini bağımsız kalite denetimi yapan kuruluşlar tarafından belgelendirmeye yönelik çalışmalar gerçekleştirmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı yayınladığı ‘Hizmet Kalite Standartları’ doğrultusunda isteyen hastaneleri denetleyerek ‘Hizmet Kalite Belgesi’ vermeyi planlamaktadır (Akdağ, 2008:40).

‘Türkiye’de sunulan sağlık hizmetleri, her geçen gün son teknoloji kullanımı, alt yapı gelişimi, insan gücü kapasitesi ve niteliğı anlamında gelişmiş batı ülkelerini aratmayacak şekilde hatta birçok alanda da örnek olacak şekilde gelişmektedir. Bakanlığımızca 2005 yılında başlatılan sağlık kurumlarında kalite çalışmaları bugün geldiğı nokta itibariyle ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kurumları kapsadığı gibi, bu alanda her türlü rehberliğı de içinde barındırmaktadır. Ayrıca uluslararası arenada da hem kabul görme hem de etkinlik anlamında önemli mesafe kaydedilmiştir. ‘Hizmet Kalite Standartları’ hazırlanırken son 5-6 yılda elde edilen tecrübeler, uluslararası uygulamalar, uzmanlık görüşleri, Bakanlık stratejisi ve hedefleri dikkate alınmıştır. Bu standartlar son iki yıl içinde yoğun tartışmalar ve araştırmalar sonucunda büyük bir emek harcanarak hazırlanmıştır. Saatlerce hatta günlerce üzerinde tartışılan en önemli ve kritik tartışmalardan birisi, standartların kendisinden ziyade bu standartların etkinliğini artıracak, değerlendirmesini kolaylaştıracak ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde ana bir iskelet üzerine oturtulması ve boyutlandırılmasıydı. Bu nedendir ki bu yoğun çalışmalar, tartışmalar ve araştırmalar sonucu ortaya çıkan ‘hizmet kalite standartları boyutlandırma sistematiğı’ bir ilktir. Artık daha sağlam bir temele oturtulmuş bir standart setimiz bulunmaktadır. Bu standartların hazırlanma serüveni ‘HKS Metodolojisi’ başlığı altında daha detaylı olarak yer almaktadır. Kamu özel ve üniversite hastanesi olmak üzere tüm hastanelerimizi kapsayan bu standart seti, sağlık çalışanlarının uygulamalarında onlara doğru işi doğru zamanda ve doğru bir şekilde yapmalarını sağlayacak bir içeriğe sahiptir. Ayrıca her yönetici daha başarılı olmak adına bu standartları uygulama noktasında öncülük etmeli ve birçok konuda rol model olmalıdır (Çinal, 2011:5).

Kaliteli sağlık hizmeti, sağlık işletmeleri ve sağlık personelinin teknik performans, konfor ve insan ilişkileri açısından tatmin edici seviyelerde hizmet sunmasını gerektirir. Kalite standartları, kaliteli hizmet sunumu için, bir hastanenin sahip olması gereken malzeme, insan gcu ve organizasyonu, sahip olduklarıyla karşılaştırması olanağını sağlayan düzenlemelerdir. Akreditasyon adı verilen bu düzenlemeler, International Organization for Standardization (ISO) sertifikalarına benzeyen dolaylı bir kalite kontrol yöntemidir (Sevimli, 2006:59).

Akreditasyon genellikle gönüllüdür. Akreditasyon standartları genelde optimal ve yapılabilir. Akreditasyon, bir kurumun hasta bakım kalitesi sağlaması, güvenli bir evre temin etmesi ve hastalara ve personele yönelik riskleri azaltmak için sürekli olarak çalışması yönünde gözle görülür bir taahhüt sağlamaktadır. Akreditasyon, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında önem kazandırmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2005:122).

Akreditasyonun amaçlarını şöyle sıralayabiliriz (Sevimli, 2006:61);

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına yönelik standartları karşılamada optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Seçilmiş yapı, süreç ve sonuç standartlarını veya kriterlerini karşılayabilmek için sağlık kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenlemek,
- Sağlık hizmetleri işletmelerine, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve ‘en iyi uygulamalar’ konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamaktır.

Akreditasyonun yararları (Sağlık Bakanlığı, 2008);

- İyi hizmet veren kuruluşların resmi olarak tanınmaları,
- Kurumu değerlendirecek bir mekanizmanın yaratılması,
- Faaliyetlerin gelişimi için akreditasyonun hedefi teşkil etmesi,
- Personelin çalıştığı kurumla gurur duymasının sağlanması,

- Personel arasında iletişimin geliştirilmesi,
- Personel katılımının desteklenmesi, personelin işe alınmasında yarar sağlanması,
- İşletme politikalarının belgelendirilmesinin sağlanması gibi yararlar sayılabilir.

Türkiye’de 1987 yılında yayınlanmış olan ISO 9000 standartları, bünyesinde bulunan kalite güvence modelleri (ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003) uyarınca kalite sistem belgelendirme çalışmaları Türkiye’de ilk kez 1990 yılında başlamıştır. 2007 yılı itibariyle 68 kuruluş ISO 9001:2000 belgesi almıştır. Bu kuruluşlar, gerek belgelendirme öncesi hazırlık aşamasında ve gerekse belgelendirme sonrası dönemde sistemi işletme, geliştirme ve devam ettirme amaçları ile para, zaman ve işgücü kaynaklarından önemli harcamalar yapmış ve yapmaktadırlar. Bu piyasa için bir çok danışman şirket kurulmuş ve bunlar, hastanelere ISO sürecinde evrakların hazırlanması, kuruma kalitenin kapsamının çeşitli seminerlerle anlatılması ve neticede belgenin alınması ile ilgili başvuruda işlemlerin tamamlanmasını sağlamaktadırlar. Dokümanları hazırlayan danışman kuruluşların, hazırlanan dokümanların fonksiyonlarını yeterince anlaşılmasını sağlamadığından, kurumda bulunanlar sürece ilave edilmediğinden sistemin denetiminin yapılacağı bir dahaki yılda sağlık kurumları belgeyi elinde tutmakta zorlanmaktadırlar (Etöz, 2008:25).

ISO 9001’e gelinceye kadar standartların sağlık kurumlarına kazandırdıkları şunlar olmuştur (Pakdil, 2012):

Her iş görene göre değişen iş yapma biçimlerinden büyük ölçüde kurtulma fırsatı doğmuş, uzun dönemde tüm hastane genelinde aynı sürecin aynı şekilde ilerlemesi sağlanmıştır. Tüm sağlık kuruluşu/hastane girdilerinin aynı standarda kavuşturulması sağlanmıştır. Hastanede direkt çıktı kalitesini etkileyen tüm süreçlerin belirli göstergeler ve kabul kriterlerine göre izlenmesi sağlanmış, sürekli iyileştirme için gerekli, alt yapı çalışmasının temelleri atılmıştır. Kalite alanında bir hareketlilik yaşanmıştır. ISO 9000 standartlarını belgelenmesi sürecindeki bu hareketlilik nedeniyle sağlık kuruluşları arasında kalite kavramının duyulması, kaliteye olan ilginin artması ve yaygınlaşması sağlanmıştır. Çalışanların kalite felsefesi konusunda bilinçlendirilmesi sağlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon dünyada giderek yaygınlaşıyor. 2010 yılında dünya genelinde 44 örgütün akreditasyon sağladığı biliniyor. JCI (Sağlık

Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu), bugüne kadar 46'sı Türkiye'de olmak üzere 500'ün üzerinde hastaneyi akredite etti. Akredite olan sağlık kuruluşları şu şekilde sıralanabilir (Aydın, 2012:4); Memorial Hastanesi, American Hastanesi, Florence Nightingale Hastaneleri, Acıbadem Sağlık Grubu, Alman Hastanesi, Hisar Intercontinental, Anadolu Sağlık Merkezi, Bayındır Hastanesi, Mesa Hastanesi, Dünya Göz Hastaneleri, Kent Hastanesi, Medline, Cardio Check, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Laboratuvarları, International Hospital... Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi üzerinden önemli araştırmalar ve çalışmalar yürütmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini, geliştirilmesini ve verimliliğinin artırılmasını sağlamak amacıyla çalışanların yetkinliğini artırmaya yönelik eğitimleri planlamakta, uygulamakta, izlemekte, koordinasyonunu ve akreditasyonunu gerçekleştirmektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunan, sağlık için araştırma yapan ve bilgi üreten kamu ve özel sektör kuruluşlarının üretkenlik, etkinlik ve hizmet kalitelerini artırmaları için iş birliğine gitmekte ve gerekli alanlarda destek vererek, Bakanlık kapasitesi ve ülke sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkı sağlamak için araştırmalar yapmaktadır. Bu çalışmaların sonuçlarını tüm paydaşları ile paylaşmaktadır. Bütün bunlar çok önemli katkılardır. Bunların yayılımının sağlanması ve sonuçlarının bütün paydaşlar ile paylaşılması, daha kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumunu beraberinde getirebilecektir (Tütüncü, 2012).

3.8.7. Bilgi ve Beceri İle Donatılmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Sağlık sektöründe çalışanların hizmet kalitesi, insan yetenekleri ve değişen koşullara uyum sağlayabilme esnekliği açısından yeterli olmaları şarttır. Ayrıca etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için yeterli nicelik ve nitelikte sağlık personelinin doğru zamanda ve doğru yerde istihdam edilmesi gerekir. Böylece halka sunulan sağlık hizmetlerinin daha iyi planlanması ve organize edilmesi, var olan eksiklerin giderilmesi ve aksaklıkların hızlı bir şekilde çözülmesi sağlanacaktır. Sağlık Bakanlığı ile bu konudaki diğer paydaş kurum ve kuruluşların bir araya gelerek, Türkiye'nin sağlık alanındaki insan kaynakları kapasitesini ve niteliklerini geliştirmesi ve ilgili konudaki sorunlarına çözüm önerilerinin getirilmesi son derece önemlidir (Kömürlü, 2010:69).

Sağlık insan gücü, ‘kamu ya da özel sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üretilen personelin tamamına verilen addır’(Sağlık Bakanlığı, 2008:9). Sağlık Bakanlığı’na göre; ‘Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi uygun nitelikli ve gerekli insan kaynağının mevcudiyetine bağlıdır’. Bu bakış açısı ile kavramlaştırılan bu bileşen kapsamında (Sağlık Bakanlığı, 2008:11);

- Avrupa Birliği mevzuatı gereği tüm sağlık çalışanlarının görev yetki ve sorumlulukları tanımlanacak,
- Hekimlerin ülke ihtiyaçları doğrultusunda yetiştirilmesi için üniversitelerle işbirliğine gidilecek,
- Hemşirelik eğitimi uluslararası standartlara uygun şekilde üniversite düzeyinde verilecek,
- Hekimler, hem onlara yapılan yatırım amacı dışında kullanılmaması hem de deneyimsiz yöneticilerin sağlık sektöründe olmaması için yönetici olarak istihdam edilemeyecek,
- Kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirerek sözleşmeli personel istihdamı sağlanacak.

Türkiye’de sağlık kurumlarında mevcut insan kaynağı kapasitesinin ve niteliğinin güçlendirilmesi için Sağlık Bakanlığı, ilgili genel müdürlükler dahilinde hizmet içi eğitimler düzenlemektedir. Aile hekimliği hizmet içi eğitimleri söz konusu çalışmalara örnek oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı hizmet içi eğitim hususunda sınırlı ancak gelişmekte olan bir kapasiteye sahiptir (Kömürlü, 2010:70).

Sağlık insan gücü planlaması, stratejik bir yaklaşım içerisinde toplumun sağlıkla ilgili gereksinimleri ve başvuruları göz önüne alınarak sağlık kurumlarının amaçları, hedefleri ve olanakları çerçevesinde, sağlık çalışanlarının yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzgün bir dağılım, doğru bir zamanlama ve tam olarak istihdamı amacıyla yapılan planlamadır. Doğru bir sağlık insan gücü planlamasının sahip olması gereken sekiz bileşen; ‘nicelik’, ‘nitelik’, ‘dağılım’, ‘zamanlama’, ‘istihdam’, ‘gereksinim’, ‘hedef’ ve ‘olanaklar’ kavramlarıdır (Kılıç, 2006:1).

Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde bağlıdır. Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin, Avrupa Birliği’ne uyum süreci de dikkate

alınarak görev yetki ve sorumlulukların tanımlanması sağlanmalıdır. Bu çerçevede uzun yıllardır yetki alanları bir netliğe kavuşturulamamış olan, hastayla bire bir çalışan meslek mensuplarının da görev ve yetkileri tanımlanmalıdır. SDP'nin amaçlarına ulaşabilmesi, etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmakla mümkündür. Hekimlerin işletme yöneticiliğinde istihdam edilmesi, hem hekime yapılan yatırımın amacı dışında kullanılmasını beraberinde getirmekte, hem de deneyimsiz yöneticiler ortaya çıkarmaktadır. Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine önem ve öncelik verilmelidir. SDP sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını teşvik edici gönüllü politikaları da beraberinde getirecektir (Kömürlü, 2010:70-71).

Sağlık insangücünde; sağlık hizmetinin istenen şekilde sunulabilmesini temin için doktor, hemşire ve bu alanda özelleşmiş diğer sağlık profesyonelleri en önemli unsurdur. Bunların görevlerini tam olarak yerine getirebilmeleri için sahip olmaları gereken tıbbi bilgi ve becerileri evrenseldir (Aydın, 2011:5).

Türkiye'de tıp fakülteleri öğrencileri üzerinde yapılan araştırmalara göre, (Eren 1980) öğrencilerin birinci sınıfta iken uzmanlaşma eğilimleri yüzde 16, son sınıfa gelince ise uzmanlaşmayı isteme oranı yüzde 62'ye çıkmaktadır. Öğrencilerin yüzde 76'sı uzmanlaşma isteklerine gerekçe olarak da, pratisyen olarak yetişemediklerini, ülkenin sağlık örgütlenmesinin yetersiz olması nedeniyle başarılı olmayacaklarını öncelikle belirtmektedirler. Nicel yönden hekim gereksinimi, yeni açılan tıp fakültelerinin mezun vermesi ile yakın gelecekte önemli ölçüde karşılanacaktır. Aslında, mevcut hekimlerin ülke genelinde dengeli dağılımı sağlandığında, sayısal yönden yeterli olabilecektir. Aslında hekimler açısından en önemli sorun, nicelik değil, nitelik sorunudur. Ülkenin temel sağlık sorunlarına çözüm bulacak kişiler, öncelikle iyi eğitilmiş pratisyen hekimlerdir. Gelişmiş ülkelerden aynen kopya edilen eğitim programlarında reform yapılarak, hekimler, ülkenin sağlık sorun ve gereksinmelerine göre yetiştirilmelidirler (Pehlivan, Özcan, 2012:128).

Sağlık hizmetleri sunumunda temel unsur, insandır. Daha etkili bir sağlık hizmeti sunabilmek için fiziki mekanlara ve iyi bir donanıma ihtiyaç vardır. Fakat bunlardan çok daha önemlisi bunları kullanacak insan gücüne ihtiyaç vardır. Sağlık insan gücü, kamu ya da özel tüm sağlık kuruluşlarında toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık

hizmetini üreten personeldir. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlık insangücü marifetiyle sunulmaktadır. Topluma bugün ve gelecekte sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirebilecek sağlık çalışanlarının yeterli sayıda, yüksek nitelikte, zamanında ve doğru şekilde istihdam edilmesi, sağlık insangücü planlaması olarak adlandırılmaktadır. Bu insan gücünün çağdaş sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi ve becerilerle donatılmış olarak yetiştirilmesi, üretken bir şekilde değerlendirilmesi ve ülke çapında aldıkları eğitime uygun ve dengeli bir şekilde istihdam edilmesi gerekmektedir (Septioğlu, 2012:3).

Sağlık Bakanlığı'nın insan kaynakları politikalarındaki planlamaları kapsamındaki bir diğer konu ise yerel yönetimlere, sivil toplum örgütlerine ve meslek derneklerine sistemde aktif olarak yer verilmesidir. Desantralize insan kaynakları planlaması ve yönetim yeteneği oluşturulması ve sağlık yöneticilerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımlarının sağlanması amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003:33).

10 Temmuz 2003 tarihinde kabul edilen 5413 sayılı 'Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması' ile ilgili kanun ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere sözleşmeli personel istihdamının yolu açılmıştır. Bu kanun çerçevesinde 15.000 sağlık personeli için kadro alınmış ve 2004 yılı başında hizmete başlamışlardır. Bu sağlık personeli kadroları ile özellikle kırsal kesimde tercih edilmeyen yerleşim birimlerindeki personel sıkıntısının aşılması ve bu sayede hekimi olmayan sağlık ocağı kalmaması hedeflenmiştir. Daha yüksek ücret öngörülerek sağlık personelinin bu bölgede çalışmasının özendirilmesi ve teşvik edilmesi sağlanmıştır (Kömürlü, 2010:72).

3.8.8. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Sağlık Ar-Ge çalışmalarının tek bir elden organize edildiği bir merkezin olması, böylece öncelikli konular zamanında çalışılırken, aynı çalışmaların birbirinden habersiz birden fazla kuruluş tarafından aynı anda yürütülmesinin engellenmesi gerektiği gerçeğinden hareketle, Sağlık Bakanlığı'nda Ar-Ge komisyonu kurulmuştur. Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) ile işbirliğine gidilmiş sağlık

alanındaki başvuruların Bakanlık tarafından incelendikten ve uygun görüldükten sonra dikkate alınması sağlanmıştır (Görgün, 2009:123).

Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarının başında Hıfzıssıhha Eğitim Mektebi gelmektedir. Sektörel analizleri yapabilecek, saha araştırmaları planlayacak, hükümetlere sağlık politikaları konusunda danışmanlık yapacak, ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla teknik işbirliği yürütecek ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir oluşum gerekmektedir. Özellikle sağlık politikası, sağlık işletmesi, sağlık sistemleri, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip eğitimli bireyler gerekmektedir. İşte bunları sağlamak üzere mevcut bulunan Hıfzıssıhha Okulu'nun yeniden yapılandırılması, tüm bu gereksinimleri karşılamak üzere özerk bir yapıya dönüştürülmesi mümkündür. Aynı zamanda Hıfzıssıhha Eğitim Merkezi Cumhuriyetin kuruluşundan 1982 yılına kadar verdiği hizmetlere 2003 yılında yeniden başlamış, özellikle yöneticiler olmak üzere birçok kişiye eğitim vermekte ve yine yayınlarla sağlık sistemine katkıda bulunmaktadır. Yine işgücüne engel olmamak için eğitimlerin, internete dayalı uzaktan eğitim sistemi ile verilmesi hedeflenmiş, bu amaçla oluşturulan Hıfzıssıhha Mektebi-Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi (HM-USES) ile yüzlerce kişi eğitilmiş ve eğitilmektedir (Görgün, 2009:126).

Hıfzıssıhha Okulu sağlık personelinin eğitimi ve Sağlık Bakanlığı'na danışmanlık yapan bir kurum olarak 1928 yılında kurulmuştur. 1957 yılından sonra Okul'un gelişimi, bir halk sağlığı disiplini kurup geliştirme üzerine yoğunlaşmıştır. Bu dönemde halk sağlığı alanında kurslar açılmış, kurslarda başarılı bulunan halk sağlıkçılarının eğitim görmek üzere yurt dışına gönderilmesi sağlanmıştır. Ancak geçen süre içinde Hıfzıssıhha Okulu'nun kendine biçilen misyonu yerine getirmesinin çeşitli nedenlerle olanaklı olmadığı görülmüştür. 1957-1960 yılları arasında Okul'un müdürlüğü görevini üstlenen Nusret Fişek, 1986 yılında kendisi ile yapılan bir röportajda bu durumu, 'Hıfzıssıhha Okulu'nun doğru dürüst çalıştığını hatırlamıyorum' sözleriyle ifade etmiştir. Günümüzde sağlık yönetiminin bir tıp bilimi olarak halk sağlığının gereklerine göre yürütülebilmesi için Hıfzıssıhha Okulu'nun yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Bu amaçla Hıfzıssıhha Okulu aracılığı ile halk sağlığı araştırmalarının yürütülmesi ve sağlık yöneticilerine halk sağlığı formasyonunun kazandırılmasının sağlanması gerekmektedir. Bunun için liyakatlı halk sağlıkçılarının

Hıfzıssıhha Okulu'nda yönetici olarak görevlendirilmesi sağlanmalıdır (Kömürlü, 2010:72).

Tıp eğitimi, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık eğitimi olmaktan çıkarılıp, hekimleri SDP doğrultusunda hizmet vermeye yönlendirecek bilgi ve birikimle donatmayı hedeflemelidir. Tıpta uzmanlık eğitimi, müfredat programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetlenmesi gerekir. 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 yapıya kavuşturulacaktır (Yavuz, 2011:38-39).

3.8.9. Akılcı İlaç ve İlaç Kullanımı

Bitki, hayvan, mineral ve sentetik gibi şeylerden elde edilen ilaçlar çok eskiden beri insanların hastalıklarından kurtulmak için buldukları yöntemlerden biridir. İlaç kullanımında en önemli unsur ise ilaçların akılcı bir biçimde yani hastaya uygun ilacın, dozajın ve zamanın seçilerek kullanılması esastır.

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmeti veren birimlerinde, tıbben istenen etkiyi oluşturmayan ve ekonomik açıdan akılcı olmayan ilaçların kullanımı yaygındır. Akılcı olmayan ilaç kullanımının maliyeti, hem kaynakların sınırlılığı açısından hem de tedavilerin klinik sonuçlarının yetersiz olmasından dolayı çok yüksektir. Akılcı ilaç kullanımı; hastalardan, reçete yazanlardan, reçeteyi hastaya verenlerden, ilaç sağlama sistemlerinden; yönetmeliklerden, yetersiz ilaç bilgisinden ve bütün bu faktörlerin birleşiminden etkilenmektedir. İlaçların uygun kullanımını yaygınlaştırmayı amaçlayan aktiviteleri ve müdahale programlarını sistemli ve sürekli bir şekilde uygulamak gerekmektedir. Ancak bu programları uygulamaya geçirmek kadar önemli olan bir başka unsur da sağlık çalışanlarının ve toplumun akılcı ilaç kullanımı konusunda mevcut durumunun belirlenmesidir (Mollahaliloğlu, 2011:1).

Günümüzde ilaç sanayi, sağlık sektörünün önemli bir unsuru olarak dikkat çekmektedir. Son on yılda ilaç endüstrisi mortalite ve morbidite azalmalarında önemli bir etken olmuştur ve olmaya devam etmektedir. İlaç sektörüne devletin müdahalesi hem sağlık hem de ekonomik politika ile ilgilidir. Sağlık sistemlerinde genellikle kamu

tarafından finanse edilen kaynaklarla hükümetler ilaçları toplum adına satın almaktadırlar (Jacobzone'den Aktaran Tarcan, Top, 2004:1).

Akılcı ilaç kullanımı (rasyonel farmakoterapi) hastaya doğru tanının konması, sorununun dikkatlice tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi, değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış (güvenilir) tedavinin seçilmesi, uygun bir reçete yazılması, hastaya açık bilgiler ve talimatlar vererek tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşım biçimidir. Birçok ülkede DSÖ'nün önderliğinde, 'Akılcı İlaç Kullanımı Programı' başlatılmıştır. Türkiye'de de bu programa benzer uygulamalar T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün yürütücülüğünde gerçekleştirilen İkinci Sağlık Projesi kapsamında başlamıştır. 1994 yılında DSÖ tarafından 'Guide to Good Prescribing' adı altında yayımlanan ve Ocak 2000 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün denetiminde bir komisyon tarafından 'İyi Reçete Yazma Kılavuzu' adıyla Türkçeye çevrilen kaynak genel rasyonel farmakoterapi ilkeleri doğrultusunda akılcı ilaç kullanımını da kapsamaktadır. Bugün değişik illerimizdeki tıp fakültelerinde bu uygulamalar bir staj halinde eğitim programlarına alınmıştır (İskit, 2006:4).

Akılcı ilaç kullanımıyla hedeflenen Eşkazan'a göre (1999:2) 'Akılcı ilaç kullanımı ilkin hastadaki tıbbi sorunun doğru değerlendirilmesi (doğru tanı), sonra o anda varolan ilaçlardan tabloya özgün, etkili ve en az yan etkili olanlarının seçilip, hastanın ve hastalığın özelliklerine göre uygun dozda ve veriş biçimiyle, yeterli süreyle, sonuçları değerlendirilerek ve olayın ekonomik yanını da dikkate alarak uygulanması olarak anlaşılmalıdır.'

Akılcı ilaç kullanımı, öncelikli olarak halkın sağlığını ve toplumun çıkarını gözetir. Bu hususlar göz önünde bulundurulduğunda; öncelikle hastanın probleminin tanımlanması, yani hekim tarafından doğru teşhisin konulması gerekmektedir. Buna paralel olarak, ilaçlı veya ilaçsız, etkili ve güvenilir tedavinin tanımlanması, eğer ilaçla tedavi uygulanacaksa, uygun ilaçların seçimi, her bir ilaç için uygun dozun ve uygulama süresinin belirlenmesi ve uygun reçetenin yazılması basamakları izlenmelidir. Bu aşamada onaylanmış, güncel tanı ve tedavi kılavuzları esas alınmalıdır. Kullanılmakta olan ve en son kullanılan ilaçlar, hastanın alerjik durumları sorgulanmalı ve hasta

tarafından belirtilmeli, ilaçların nasıl, hangi sıklıkta, ne kadar süre kullanılacağı ve hangi koşullarda saklanacağı hastaya tam olarak anlatılmalı ve hasta tarafından eksiksiz olarak uygulanmalı, hasta/hasta yakını ilacın olası yan etkileri, ilacın besin ve ilaç etkileşimleri konusunda bilgilendirilmeli, hamilelik ve emzirme döneminde, çocuklarda, yaşlılarda, böbrek ve karaciğer yetmezliği olan hastalarda, ilaç alerjisi öyküsü olan hastalarda ilaç kullanılması konusunda daha dikkatli olunmalıdır. İlaçlar çocukların göremeyeceği, ulaşamayacağı yerlerde ve ambalajında saklanmalı, ilaç kullanımı yarıda kesilmemeli, hekime danışmadan doz değişikliğine gidilmemeli, kesilmiş veya açılmış ambalajlar satın alınmamalı, son kullanma tarihi geçmiş olan ilaçlar kesinlikle kullanılmamalıdır (Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü, 2012).

Sağlık Bakanlığı akılcı ilaç kullanımıyla ilgili kurumsal yapılanma hazırlıklarına devam etmekte olup, özellikle birinci basamak hekimlerine yönelik tanı ve tedavi rehberleri yayımlamaktadır. Halkı bilinçlendirecek televizyon programlarına başlayan Sağlık Bakanlığı, okullarda çocuklara bilgilendirici seminerler verilmesi ve sağlık derslerinin müfredatına bu konunun konulması için Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği geliştiriyor.

SDP’nda ilaçla ilgili tespitlerin başında ilaç fiyatlarının, tüm tarafların üzerinde mutabakat sağlayacakları bir yöntem geliştirilmesine olan ihtiyaç programda açık şekilde vurgulanmıştır. 2004 tarihli ‘Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar’, ülkemizde bugüne kadar var olan kargaşa ve olumsuzlukları ortadan kaldırmış ve ilaç fiyatlandırılmasına referansa dayalı sistemle şeffaflık getirmiştir. Bu sayede ilaç fiyatlarında önemli derecede ucuzlamalar olmuş ve fiyatlar Avrupa’da mevcut en düşük düzeylere çekilmiştir. Bu uygulamanın başlamasıyla bine yakın üründe % 1 ile % 80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleşmiştir. Referans sistemi sayesinde halen birçok üründe fiyat düşüşleri devam etmektedir. Ayrıca ilaçta % 18 olan KDV oranı % 8’e düşürülerek ilaç fiyatlarında önemli bir düşüş daha sağlanmıştır. Tek alıcı konumundaki kamu sosyal güvenlik kuruluşlarının sektörle görüşerek belli oranlarda indirimlerin sağlanması, ilaç fiyatlarının kamuya maliyetini daha da aşağıya çekmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008:164).

İlaç fiyatlarında sağlanan avantajlar doğrudan halka yansıtılarak, halkın ilaca erişiminin önündeki engeller kaldırılmıştır. Sağlıkta dönüşüm sürecinde, ilaca düşük

fiyatla ve kolayca ulaşabilmek yönünde atılan kararlı adımların sonuçları kamuoyu tarafından yakından gözlenmiştir. Daha önce ilaçlarını sınırlı sayıdaki hastanelerden almak zorunda kalan SSK'lılar diğer vatandaşlar gibi serbest eczanelerden ilaç alma imkanına kavuşturuldu. Yeşil Kart mevzuatındaki değişikliklerle Yeşil Kart sahibi hastaların ayaktan tedavileri kapsam altına alındı ve yine bu vatandaşlarımızın da serbest eczanelerden ilaçlarını almaları sağlandı (Akdağ, 2010:167). 2005 yılında yapılan değişiklikler sonucunda, sunulan sağlık hizmetlerinde önemli iyileşmeler gerçekleşmiş, hastaların ilaca erişimi ciddi oranda artmıştır. Olumlu gelişmeleri şöyle sıralamak mümkündür; 10 milyona yakın yeşil kart sahibi ayakta tedavi ve ilaç erişimine kavuştu, 34 milyon SSK'lı serbest eczanelerden ilaç alabilir oldu. Böylece toplamda 44 milyon kişinin ilaç ve tedavilere erişimi arttı. Kutu bazında ilaç kullanımı 2005 yılında %17, 2006 yılında %13 arttı. Türk ilaç endüstrisinin gönüllü olarak yaptığı indirimler sonucunda kamu ilaç harcamalarında gerçekleşen reel artış 2005 yılında %3, 2006 yılında ise %5 düzeyinde oldu. Kamunun ilaç harcamalarında ciddi bir tasarruf sağlandı. Devlet, hastaların yararına olarak daha çok ilacı TL bazında daha düşük maliyetle temin etti. Bir yandan önemli toplumsal sağlık kazanımları elde edilirken, kamu maliyesi üzerindeki yük düşürüldü (Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği, 2012).

Akılcı ilaç kullanımının toplum tarafından bakış açısını inceleyen Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu araştırmalar neticesinde ortaya çıkan sonuçlar şu şekildedir; Bu araştırmada Türkiye genelinde 12 ayrı ilde (Amasya, Bartın, Bayburt, Bilecik, Bolu, Çankırı, Denizli, Eskişehir, Karabük, Kastamonu, Kırşehir, Gümüşhane), Aile Sağlığı Merkezlerinden (ASM) ve Devlet Hastanelerinden (DS) sağlık hizmeti alan kişilerle görüşülerek, onların Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) konusundaki bilgi düzeylerinin ve tutumlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır (Akdağ vd., 2011:17-25).

Hasta anketinde hekim davranışı hakkında ipucu sunan anket sorularına verilen cevaplar genel olarak değerlendirildiğinde; bu tespitler hastalarının tedavisini düzenleyen bazı hekimlerin hastalarını bilgilendirmede beklenen ölçüde dikkatli davranmadıklarına işaret etmektedir. Katılımcıların beyanları doğrultusunda hastalarını bilgilendirmede beklenen ölçüde dikkatli davranmayan hekimlerin daha çok ikinci basamakta çalışan uzman hekimler olması dikkati çekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011:67).

Türkiye’de sınırlı sayıda ilaç hariç tüm ilaçların reçeteye satılması zorunluluğu bulunmasına karşın birtakım yasal ve yapısal boşluklar hastaların bazı ilaçlarını reçetesiz bir şekilde eczaneden satın alabilmesine imkân tanımaktadır . Bu durum her ne kadar geri ödeme kurumu yoluyla kısmen sınırlandırılabilse de bilhassa fiyatı düşük olan ilaçların hastalar tarafından reçetesiz/kontrolsüz şekilde satın alınmasını önleyememektedir. Sorunun çözümü konuyla ilgili yasal ve yapısal düzenlemelerin daha sıkı tedbirlerle uygulanmasını zorunlu kılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011:72).

Siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar halinde örgütlenmiş, ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normlara uygun kurumların oluşturulması gerekir. 2005 yılı verilerine göre kamu sağlık harcamalarının %38.5’i ilaç harcaması olarak gerçekleşmiştir. Bu nedenle, ilaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, üretimi, tanıtımı, piyasa gözetimi, araştırma-geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda destekleyici olacak bir ‘Ulusal İlaç Kurumu’ yapılandırılmalıdır. Yine bir Tıbbi Cihaz Kurumu yapılandırılması da gereklidir. Bu şekilde, etkili, güvenilir, yüksek standartta bir sağlık hizmeti sunabilmek için gereken, tıbbi cihaz ve aletlerin uygun güvenlik, kalite ve performans standardında olmaları sağlanabilir. Hem Ulusal İlaç Kurumu hem de Tıbbi Cihaz Kurumuna yönelik, her iki kurumun aynı çatı altında ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu adıyla kurulmasını öngören yasa tasarısı taslağı hazırlanarak, TBMM’de görüşülmek üzere 16.02.2007 tarihinde Başbakanlığa gönderilmiştir. Bu yasa tasarısı ile, Türkiye ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu beşeri ve veteriner ilaçlar, ileri tedavi amaçlı ilaçlar, tıbbi cihazlar, kozmetikler ve tıbbi amaçlı özel ürünlerin ruhsatlandırma, izin, bildirim, fiyatlandırma, dağıtım, piyasaya arz, gözetim ve denetimleri konularında düzenleyici, idari ve mali bakımdan özerk yapıda ve Sağlık Bakanlığına bağlı bir kuruluş öngörülmektedir (Görgün, 2009:122-123).

Sağlık Bakanlığı’nın SDP kapsamında ele aldığı Ulusal ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun görevlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihazlar Kurumu, 2012:140-141);

- Görev alanına giren ürünlerin ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması, satışı, ithalatı, ihracatı, piyasaya arzı, dağıtımı, hizmete sunulması, toplatılması ve kullanılması ile ilgili kural ve standartları belirlemek, bu faaliyetleri yürütecek kamu ve

özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere izin vermek, ruhsatlandırmak, denetlemek ve gerektiğinde yaptırım uygulamak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak

- Sağlık beyanı ile satışa sunulacak ürünlerin sağlık beyanlarını inceleyerek bu beyanlara izin vermek, izinsiz veya gerçeğe aykırı sağlık beyanı ile yapılan satışları denetlemek, gerektiğinde durdurma, toplama, toplatma ve imha iş ve işlemlerini yapmak veya yaptırmak, izin ve sağlık beyanları yönünden bunların her türlü reklam ve tanıtımlarını denetlemek ve aykırı olanları durdurmak, piyasaya arz edilen ilaç, tıbbi cihaz ve ürünlerin reklam ve tanıtımının usul ve esaslarını belirlemek ve uygulamasını denetlemek

- Görev alanına giren ilaç, tıbbi cihaz ve ürünlere ilişkin klinik araştırmalarla ilgili düzenlemeleri yapmak, izin vermek ve denetlemek

- Hayati önemi haiz ilaç, tıbbi cihaz ve ürünlerin piyasada sürekli bulunabilmesi için gerekli tedbirleri almak

- Tıbbi cihazlar için onaylanmış kuruluşları belirlemek, lisans, ruhsat veya izin vermek, denetim yapmak ve gerektiğinde yaptırım uygulamak

- Görev alanına giren ilaç, tıbbi cihaz ve ürünlerin piyasa gözetimi ve denetimini yapmak, gerektiğinde toplatmak, imha etmek veya ettirmek, piyasadaki ürünler için güvenlik bildirim yöntemlerini belirlemek, gerekli bildirimleri yapmak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak.

3.8.10. Kamu Yataklı Tedavi Kurumlarına Özerk Yönetim Modeli

Geliştirilmesi ve Özel Hastanelerin Teşviki

SDP'nin bir diğer ayağını kamu hastane birlikleri oluşturmaktadır. 1 Kasım 2007 tarihinden itibaren TBMM Sağlık Komisyonu'nda görüşülmeye başlanan 1/439 Esas numaralı Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, 18 Mart 2010 itibarıyla de TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'ndan geçerek TBMM Genel Kurulu'na gönderilmiştir. Tasarı ile Bakanlar Kurulu tarafından belirlenecek illerde; kaynakların etkin ve verimli kullanılması suretiyle, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin katılımcı, hakkaniyete uygun, halkın ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilen, kaliteli, kolay erişilebilir bir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması amaçlanmıştır (Memişoğlu, 2011:90).

Yasa tasarısının genel gerekçesinde; dünyadaki yönetim anlayışı ve yapısındaki değişim vurgulanmakta, halkın artan ve çeşitlenen taleplerinin de sağlık yönetiminde yeni beklentileri doğurduğu belirtilmektedir (Türkkan, 2011:60).

Birliklerin organlarına baktığımızda yönetim kurulu, sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Yönetim kurulu, il genel meclisi tarafından belirlenen iki üye, vali tarafından belirlenen bir üye ve bakanlık tarafından belirlenen dört üyeden oluşur. Birliğe bağlı hastaneler, hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastanede başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Hastane büyüklükleri göz önüne alınarak yönetim kurulu onayı ile müdürlüklerin sayısı dörde kadar arttırılabilir (Erdem, Yıldızlı, 2011:55).

Hastanelerin sınıflandırılmasında ise kullanılacak yöntem, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının hasta ve çalışan memnuniyeti, sağlık altyapısı, organizasyonu, verimliliği, kalitesi açısından kamu ve özel değerlendirme kuruluşları tarafından yüz üzerinden puanlar verilip, A, B, C, D, E şeklinde sınıflandırılacak ve ağırlık ortalaması C ve üzeri olanlar birliklere dönüştürülecektir.

Birliğin; E sınıfına düşmesi, önceki değerlendirme sonucuna göre iki sınıf birden düşmesi veya D sınıfına düşmesi durumunda eksikliklerin giderilmesi için verilen uygun süre içinde C veya üzeri sınıflara geçememesi gibi durumlarda, Bakanlık tarafından yönetim kurulunun görevine son verilecek ve iki ay içerisinde yeni bir yönetim kurulu oluşturulacaktır (Memişoğlu, 2011:93). Çalışanlar açısından düzenlemede ise, genel sekreterlikte ve hastane yönetiminde çalışan personel, sözleşmeli olarak ve ekip halinde çalışmaları öngörülmüştür.

Birliğin gelirleri ise; her türlü muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil, ameliyat ve benzeri sağlık hizmetleri, karşılığında elde edilen gelirler, üretilip satışa sunulacak ilk madde, malzeme, mamul aşı, serum, protez ve benzerleri karşılığında elde edilecek gelirler, ilaç, insan kanı ve kan ürünleri imali ile sağlık alanında verilecek kurs, seminer, eğitimaraştırma, yayın ve danışmanlıkhizmetlerinden elde edilen gelirler, bağış ve yardımlar, gerektiğinde devletçe yapılacak yardımlardan oluşmaktadır. Giderleri ise; yönetim kurulu üyeleri huzur ücretleri ile birliklere devredilen ve istihdam edilecek personele yapılacak her türlü ödemeleri, her nevi

tüketim maddeleri, tıbbî, cerrahî alet, malzeme, cihazlar, mefruşat ve demirbaş eşya satın alınması, bakım, onarım, inşaat, tıbbî ve fennî, tesisat ile çevre düzenlemesi yaptırılması, tıbbi uzmanlık hizmeti ile avukatlık ve danışmanlık hizmeti satın alınması, taşınır ve taşınmaz satın alınması, ihtiyaç duyulan taşınmazlar üzerinde sınırlı ayni hak tesis edilmesi, kiralanması ve bunlara ilişkin her türlü giderin yapılması, ambulans, cenaze arabası ve hizmet aracı satın alınması ile kiralanması veya hizmet satın alınması yoluyla temini ile bunlara ilişkin sigorta ve diğer giderlerin yapılması olarak sıralanabilir (Erdem, Yıldızlı, 2011:56).

Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı (KHBT) yasalasınmamış olmakla birlikte, 02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastane Birliklerinin kurulması kararlaştırılmıştır. Buna göre, Sağlık Bakanlığı tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilmesi karara bağlanmıştır. Hizmetin büyüklüğü gözönünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilmesi ve bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumunun bırakılmaması öngörülmüştür. Görüldüğü gibi Kamu Hastane Birlikleri oluşturulmasına dair bir tasarı hazırlanmış olmakla birlikte, bu tasarımı yasalastırmak yerine Kamu Hastane Birliklerinin kurulması bir Kanun Hükmünde Kararname ile gerçekleştirilmiştir. Buna göre, 800 adet kamu hastanesinin illerinde kurulacak birlikler aracılığıyla yönetilmesi, hastanelerin kendi giderlerini gelirleri ile karşılaması ve Bakanlıktan daha bağımsız bir şekilde yönetilmesi amaçlanmaktadır (Memişoğlu, 2011:95).

SDP kapsamında devlet memurlarına ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere özel sağlık kurum ve kuruluşlarında tedavi imkanı sağlanmıştır. Hastanelere ve il sağlık müdürlüklerine yetki devredilmesi, hastanelerin ‘işletme’ mantığı ile yönetilerek özzerleştirilmesi uygulamaları 2006 yılı içerisinde geliştirilmiştir (Odabaş, 2007:1). Bu yapılanmada, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kuruluşlarının özerk kurumlar haline getirilmesi esas alınmış, daha sonra da işletme haklarının devredilmesi yoluyla özzerleştirilmelerine olanak sağlanmıştır (Tükel, 2010:1). Bu kararla birlikte tüm hastanelerin sigorta kurumu ile anlaşma yaparak sevk sistemine uygun hizmet verebilir hale gelmeleri öngörülmüştür. Hastaneler, sunulan hizmet karşılığı fiyat uygulama konusunda ise denetim altında olmalıdır. Daha küçük nüfuslu ve sosyo-ekonomik

düzeıı düşük olan bölgelerde ise hizmetin devamı açısından hastaneler desteklenmelidir. Bu bağlamda birinci aşama olarak Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversiteler hariç tüm kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmesine yönelik 6/1/2005 tarih ve 5283 sayılı 'Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun' çıkarılmış, kamu hastanelerinin idari ve mali açıdan özerk kuruluşlar haline gelebilmeleri sağlanmıştır. (Görgün, 2009:125).

Sağlık hizmetleri sunumunda dönüşüm ikinci kademe kamu hastanelerinin özerkleşmesidir. Yani, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin bazıları kendi kendilerini yönetecek bir statüye kavuşacak ve bu hastaneler kendi bütçelerini hazırlayacak, kendi personelini istihdam edecektir. Özerk bir statüye geçmeleri uygun görülmeıecek diğer hastanelerin durumlarının ne olacağı net değildir. Ancak, TBMM'ye sevk edilip daha sonra geri çekilen 'Kamu Yönetimi Çerçeve Kanunu Tasarısı' bu konuda fikir verebilir. Bu tasarıya göre, özerk statü dışında kalan bütün hastaneler ve sağlık kuruluşları il özel idarelerine devredilecektir. İl özel idareleri, isterlerse bu kuruluşları belediyelere, meslek kuruluşlarına ya da özel sektöre devredebilecektir. Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerine hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınması planlanmaktadır. 'Bu özerkleşme aşamasını, özelleştirme aşamasının izleyeceği görülmektedir' (Belek, 1997:44-45).

Özellikle SSK'lı hastaların Sağlık Bakanlığı'na ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan müracaatları mümkün olmamasından dolayı SSK'lı hastaların mağduriyetine sebep veren bu durumun giderilmesi için SSK sağlık yardımından yararlandırılan kimselerin geçerli sağlık belgelerini ibraz etmeleri kaydıyla, Sağlık Bakanlığı'na ait bütün kurum ve kuruluşlardan (veya Sağlık Bakanlığı ile SSK tarafından müştereken belirlenecek Sağlık Bakanlığı hastanelerinden) yararlanabilmelerini sağlayan pilot uygulama altı ilde (Ankara, İstanbul, İzmir, Rize, Sivas, Yalova) başlatılmıştır. Hastane özerkliği sağlık dönüşüm programlarının genel tasarımında kritik bir unsur olmakla birlikte reformun sonucu değildir, fakat hastane sistemini kalite gelişimi ihtiyaçlarına daha etkili ve uyumlu hale getirmek için kaçınılmaz bir yoldur (Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, 2003:72).

Özel hastanelerin teşvik edilmesi, DB değerlendirmelerinde de sıklıkla üzerinde durulan bir sorun olan; sağlık hizmeti sunumunda kamu hastanelerinin verimsizliğine rağmen yüksek maliyetlere neden olması üzerine kurgulanmıştır. SDP kapsamında bulunan çözüm ise, hizmet sunumunun idari ve mali özerklik verilen hastanelere devredilmesi yani yerelleştirilmesidir. Böylece, zaten kıt olan kamusal kaynakların bu alanda kullanılması; bu hastanelerin kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen dolayısıyla sunduğu hizmetleri maliyet odaklı değerlendirebilen sağlık işletmelerine dönüştürülmesi suretiyle önlenmelidir. Bu süreç de kaçınılmaz olarak kamu hizmetlerinin fiyatlandırılmasını gerektirir. İdari ve mali özerkliğe sahip kamu sağlık işletmelerine atfedilen bir diğer fonksiyon ise özel sektörle rekabet edecek şekilde tasarlanmış olmasıdır. Ayrıca 58. Hükümet Programı ile Devletin, ‘herkesin temel sağlık ihtiyacını, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorunda olduğu’ belirtilmiş ve özel hastanelere kamu-özel ortaklığı misyonu yüklenmiştir (58. Hükümet Programı, 2002).

Ayrıca Sağlık İşletmeleri Federasyonu Genel Sekreteri Dr. Şahin; özel hastanelerin sağlık hizmeti sunumunda en az devlet ve üniversite hastaneleri kadar önemli ve çok sayıda insanın bu hizmetten yararlandığını söyleyerek 2003’te sayıları 142 olan özel hastanelerin sayısının 2012’de 500’ün üzerinde olduğunu belirtmiştir. Özel hastanelerde çalışan hekim sayısı 22 bin, personel sayısı da 200 bin civarındadır.

Özel sektör hastanelerin inşası ve gerektiğinde yenilenmesini sağlayarak özerk kamu hastanelerine 49 yıllık bir imtiyazla ortak olarak sonrasında hastanenin tıbbi hizmetleri dışındaki tüm hizmetleri sağlama ve kira geliri elde etme hakkına sahip olabilecektir. Dünya Bankası’nın proje kredileri verilmesi esnasında ortaya koyduğu şartlardan biri olan kamu hizmetlerinin piyasaya açılması şartına önemli bir katkı yapacağı beklenen bu uygulama ile özel sektör, sağlık sektörüne yatırım yapmaya teşvik edilmekte, belki de kamu sektörünün sağlık sektöründen tamamen çekileceği günlere bir hazırlık yapılmaktadır (Ersöz, 2010:93).

3.9. Sağlık Harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Programına Etkileri

Sağlık hizmet sunumuna hem sayısal hem kalite olarak baktığımızda SDP öncesinde kaynakların yeterince etkili, verimli ve rasyonel kullanılmadığı söylenebilir. SDP kaynakların optimum kullanımını sağlayarak etkili, verimli ve hakkaniyetli bir

sağlık sistemi oluşturmuştur. Sağlık hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak daha fazla iyileştirilmesi, hem kaynakları optimum kullanmaya devam etmek hem de sağlık hizmetleri için ayrılan kaynağı artırmakla mümkündür. SDP öncesinde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı OECD ülkeleri arasında toplamda en düşük, kamu harcamalarında sondan üçüncü olan Türkiye, etkili, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunar hale gelmiştir (Akdağ, 2008:172).

Kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı 2007 yılında yeni milli gelir serisine göre % 4.1'dir. Toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı artarak %70'lere ulaşmıştır. Bu artıştaki başat faktör sosyal güvenlik kurumları ve yeşil kart sağlık harcamalarındaki artıştır (Üçer, 2011:14).

Kamu sağlık harcamalarını gerçekleştiren temel kurumlar SSK, Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, üniversiteler ve yerel yönetimlerdir. Kamu sağlık harcamaları daha çok bütçe dışı kaynak kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Bütçe kaynaklarını kullanma oranı ortalama % 40 olup yeşil kart ve memur sağlık harcamaları ayıklandığında bu oran % 20'lere düşmektedir. Oysa ki eğitim sektöründe bütçe kaynaklarını kullanma oranı % 90'ı aşmaktadır. 2007 yılında toplam kamu sağlık harcamalarının % 70'ini Sosyal Güvenlik Kurumu (% 58,5) ve yeşil kart (% 11,5) oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı harcamalarıysa yeşil kart sağlık harcamaları göz ardı edildiğinde kamu sağlık harcamalarının yalnızca % 18'ini oluşturmaktadır (Tepav, 2008:56).

Sağlık Bakanlığı harcamalarının GSYİH'ya oranı 2008 yılında % 1,46'dır. Yeşil kart harcamaları çıkarıldığında bu oran % 0,92'ye düşmektedir. Buna karşın aynı yıl sosyal güvenlik kurumları sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı % 3,9'dur (Emil, 2008:47). Sağlık Bakanlığı bütçesinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı düşmekte, koruyucu sağlık hizmetleri içinde yer alan halk sağlığı harcamaları da reel olarak azalmaktadır. Halk sağlığına ayrılan merkezi bütçe kaynaklarının GSYİH'ya oranı %0,04'e, sağlık harcamaları içindeki payı ise %1,1'lere kadar düşmüştür. Sağlık Bakanlığı tedavi harcamaları başta olmak üzere ödeneğin üzerinde harcarken halk sağlığından tasarruf etmeye çalışmaktadır (Yılmaz, 2007:15).

2008 yılında toplam sağlık harcaması, 57 milyar 740 milyon lira olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamasının % 90,6'sını (52 milyar lira) cari sağlık harcaması oluşturmaktadır. Özel sektör sağlık harcamasının % 64'ü (10 milyar 36 milyon lira) hanehalkları tarafından gerçekleştirilmiştir (TÜİK, 2012).

Tablo:3.5. Sağlık Harcamaları 2008

	000 000								
	Genel Devlet					Özel Sektör			Diğer ¹
	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hanehalkları		
Toplam sağlık harcaması	57 740	42 159	15 948	865	25 346	15 580	10 036	5 545	
Cari sağlık harcaması	52 320	38 033	13 563	422	24 048	14 286	10 036	4 251	
Hastaneler	22 984	20 906	8 163	88	12 655	2 078	1 304	775	
Evde hemşirelik bakımı	2	-	-	-	-	2	-	2	
Ayakta bakım sunanlar	7 762	2 532	2 375	157	-	5 230	3 658	1 572	
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	17 608	13 819	2 380	46	11 393	3 789	3 482	307	
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	395	369	332	37	-	26	-	26	
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	459	-	-	-	-	459	-	459	
Sınıflandırılmayan diğer kategori	3 110	408	313	94	-	2 702	1 593	1 110	
Yatırım	5 420	4 126	2 386	443	1 298	1 294	-	1 294	

(¹) "Diğer" sağlık harcamaları, özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT'ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.
Not: Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları 2008 Sağlık İstatistiği

2008 yılı sağlık harcamaları verilerine göre, toplam sağlık harcamaları genel toplamının, cari sağlık harcamaları genel toplamından fazla olduğu görülmüştür. Cari sağlık harcamalarının içinde en fazla artış gösteren kalemler, hastaneler ve malzeme sunanların harcamalarıdır. Devletin harcamalarının merkezi ve yerel olarak toplamı, özel sektör harcamalarının üzerinde bir artış göstermiştir.

Tablo:3.6. Cepten Sağlık Harcamalarının Yıllar İçindeki Değişimi (ABD Doları)

Yıl	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Milyar dolar	3.77	3.81	2.44	2.57	3.09	4.15	6.03	6.79	8.53	9.76

Kaynak: TÜİK Cepten Sağlık Harcamaları İstatistiği 2011

Cepten sağlık harcamalarının 1999-2008 yıllarındaki toplamı yaklaşık 50 milyar doları geçmektedir. 1999 yılında cepten sağlık harcamaları 3.77 milyar dolar iken, 2008 yılında 9, 76 milyar dolara çıkmıştır (Soyer, 2010).

Kamu sağlık harcamaları, iki önemli kalemden yapılmaktadır; SGK ve Genel Bütçe. Üç sosyal güvenlik kurumunun birleştirilmesinden sonra, SGK, en büyük sağlık harcama kurumu haline gelmiştir. Bu nedenle, SGK sağlık harcamalarını incelemek, kamu sağlık harcamalarının yönü hakkında bize önemli fikir vermektedir. SGK sağlık harcamalarına bakıldığında, iki ana harcama kalemi öne çıkmaktadır: İlaç harcamaları ve tedavi harcamaları. İlaç harcamaları, 2001 yılında SGK sağlık harcamalarının %53.2'sini teşkil ederken, 2008 yılında %42.3'üne gerilemiş, buna karşın tedavi harcamaları aynı dönemde %39.3'den %55.1'e yükselmiştir (Soyer, 2010).

Tablo:3.7. SGK Sağlık Harcamalarının Harcama Kalemlerine Göre Dağılımı 2001-2008 (%)

Yıl	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
İlaç harc.	53.2	56.4	52.7	48.7	51.4	47.4	44.3	42.3
Tıbbi malz.	7.5	6.5	6.4	6.4	7.2	4.6	4.3	2.7
Tedavi harc.	39.3	37.1	40.9	44.9	41.3	48.1	51.4	55.1

Kaynak: (Soyer, 2010)

Tablo 3.6.'da verilen değerler incelendiğinde, ilaç harcamalarının ve tıbbi malzeme harcamalarının 2008 yılında 2001 yılına göre azaldığını, tedavi harcamalarının ise arttığını görmekteyiz. Bu kısa değerlendirmeler ışığında Türkiye sağlık harcamaları ile ilgili şu özetlemeyi yapabiliriz: Son 10 yılda, özellikle de 2003 sonrası toplam sağlık harcamaları artmıştır. Bu artışın bir yönü, kamu sağlık harcamalarının bütçe dışı kaynaklardan özellikle SGK kaynaklarından artmasıdır. Ancak, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı aynı sürede giderek azalmış, buna karşın cepten harcamalar hem oran, hem mutlak olarak yükselmiştir. Üstelik cepten harcamaların ülke dağılımı, oldukça eşitsiz seyretmiştir. Hem kamu, hem cepten sağlık harcamalarının artışı ile oluşan sağlık “parası”, ağırlıklı olarak ilaç ve tedavi harcamalarına yönelmiştir. İlaç harcamalarının 4, tedavi harcamalarının 7 kattan fazla

arttığı bu süreçte, devlet hastaneleri toplam tedavi harcamalarında aslan payını almasına karşın, özel hastaneler en büyük artış kaydeden kurum olmuştur (Soyer, 2010).

Sağlık Bakanlığı'ndan başka, sağlık hizmetleri finansmanını gerçekleştiren diğer kurumlar; Maliye Bakanlığı, SGK, Özel Sigorta Şirketleri, kendi kendini finanse eden kurumlar ve uluslararası ajanslar sayılabilir. Sağlık hizmetleri sunumunda yer alan kurumlar ise; Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığı, özel hastaneler, vakıf hastaneleri, özel çalışan pratisyen/uzman hekimler, ayakta tedavi klinikleri, laboratuvarlar ve tanı merkezleri, eczaneler, tıbbi cihaz ve malzeme satıcıları yer alır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde sağlık sisteminin gelişebilmesi için yapılan reformlar neticesinde köklü bir değişim yakalamayı başarmış olan SDP, sağlık alanında yapılmış olan önceki birçok reformu kapsayarak ve onlardan da yardım alarak oluşturulan bir projedir. Bu proje, sağlık sektöründe bulunan ve hastalar da dahil olmak üzere birçok kurumun ve insanların memnun kalmadığı, sağlıkta meydana gelen aksaklıklar neticesinde ortaya çıkan sorunları ortadan kaldırmak amacıyla, Sağlık Bakanlığı'nın başlatmış olduğu bir sağlık hizmeti reformudur.

SDP'nin etkili ve verimli olarak yürütülmesinin getirdiği bazı sağlık göstergeleri olması gereklidir. Ülkemizde yaşanan bebek ölüm hızındaki düşme, aşıyla korunabilen hastalıklarda, verem ve sıtma gibi hastalıklarda düzenli bir azalış, büyük ölçüde sağlık kurumlarının düzenli çalışmalarına bağlıdır. Düzenli aşılama sistemiyle birlikte birçok hastalığın da ortadan kalkması sağlanmıştır. Dünya'da büyük bir tehdit oluşturan HIV virüsü ve AIDS insidansı, diğer gelişmiş Batı ülkelerine oranla ülkemizde çok daha azdır. Sigara, tütün gibi maddelerin bazı yasal engelleyicilerle önlenmesi, alkol tüketiminin ve uyuşturucunun diğer Batı ülkelerinden düşük bir oranda seyretmesi yapılan çalışmaların etkililiğini ve verimliliğini gözler önüne seriyor.

Bu programın en büyük hedefi olarak, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi ve anne-bebek ölümlerinin azaltılması ile doğuştan beklenen yaşam süresinin uzatılması halkın sağlık düzeyinin yükseldiğini gösteriyor. Uygun kaynak kullanımı ile minimal maliyetle yüksek verimlilik elde edilmesi planlanmıştır. İşte insan kaynaklarının dağılımı, akılcı ilaç kullanımı, malzeme yönetimi, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu doğrultuda gerçekleştirilmesi gerekmekte olup, toplumun sağlık gereksinmelerine ulaşabilmeleri ve hizmetin finansmanına da olanakları ölçüsünde katkıda bulunmuştur.

Türkiye'de 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan SDP'nde anne ve çocuklara özel önem verilmesi öncelikli konular arasında yer almıştır. Bu çerçevede yapılan çalışmalar sonucunda anne ve bebek ölümlerinde önceki yıllara göre çok daha yüksek oranlarda azalmalar sağlanmıştır. Bakanlık verilerine göre 2006 yılında anne ölümleri yüz binde 28,5 (Avrupa ortalaması 18), 2011'de 18,4, bebek ölümleri binde 13 civarına düşürülmüştür. Bebek Dostu Hastane sayısı 2002'de 141 iken 2008'de 619'a

ulaşmıştır. Etkinlik açısından; bebekleri ve gebeleri kansızlıktan korumak amacıyla ücretsiz demir desteği verilmeye başlandı ve 1 milyona yakın gebe ve 5 milyona yakın bebek de bu destekten faydalanmaktadır. Aşılama oranlarına bakıldığında 2002 yılında hedef çocuk nüfusunun aşılama oranları %78 idi. Güneydoğu'da bazı illerimizde bu oran %50'lerin bile altına inmişti. Bu oranlar günümüzde yurt genelinde %96, Güneydoğu illerimizde ise % 80 olarak gerçekleşmiştir. 2002 yılında aşuya ayrılan bütçe 14 milyon lira iken, bu oran 9 yılda 300 milyon liraya ulaşmıştır. Yürütülen çalışmalar sonucunda 2002 yılında onbin olan sıtma vaka sayısı 300'e düşmüştür. Yine ülkemizde önemli bir halk sağlığı olan tifo, belediyelerle yapılan yakın işbirliği sonucunda 2002 yılına göre tifo vaka sayısı %5'e inmiştir. DSÖ'nün 'Küresel Tüberküloz Raporu'na göre DSÖ, ülkeleri her yüzbin nüfusa düşen vaka sayısına göre 5 gruba ayırmıştır ve Türkiye 2. grupta yer alarak vaka sayısını en aza indiren ülkelerden biri olmuştur.

Son 5 yıl içinde hastanelerin tamamı bilgi işlem alt yapısını kurarak bütün hizmetleri kayıt altına almaya başlamıştır. SDP'den sonra Sağlık Bakanlığı'na alınan personel sayısının yıllara göre dağılımına bakıldığında 2002 yılında 256 bin olan personel sayısı 2011 yılı itibariyle 478 bin olmuştur. Ayrıca nitelik ve nicelik açısından sağlık personelinin gelişme göstermesi sebebiyle tıp fakülteleri kontenjanları 4500'den 7500'e çıkartılmıştır. Hıfzıssıhha Eğitim Merkezi'nin yeniden açılmasıyla nitelikli sağlık personeli yetiştirme amacı gerçekleştirilmeye çalışılmıştır.

2008 yılında SDP'nin hayata geçirilen reformu GSS, tüm toplumun sigortalı yapılması ve istediği hastanede muayene olma hakkı verilmesi hakkaniyet açısından bir gelişme göstergesidir. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması, herhangi bir sosyal güvenlik belgesi istenmeksizin her türlü hizmeti alabilmeleri hasta açısından memnuniyet verici bir gelişmedir. Vatandaşa istediği sağlık hizmet sunucusuna gitme, istediği eczaneden ilaç alma imkanının kavuşturulmasıyla birlikte, Sağlık Bakanlığı verilerine göre, yılda hekim başına müracaat sayısı 2002 yılında sadece 3,2 iken, 2010 yılında 7,3'e, 2011 yılında ise 8'e yükselmiştir.

Sağlık hizmetlerindeki yetki ve sorumluluğun, denetiminin ve örgütlenmenin Sağlık Bakanlığı elinde toplanması, hiç bir Batı ülkesinde olmadığı kadar merkezi, bürokratik ve politik bir örgütlenme örneğidir. Ayrıca son dönemlerde bu yetkilerin bir kısmının sivil toplum örgütlerine devredilmesi gerektiğine dair düşünceler ortaya

çıkmiştir ve bu karar da çağdaş sistemlerle uyumlu hale gelmesi gereken bir ülke için umut verici bir başlangıçtır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bazı aksaklıklara rağmen fiziksel alt yapısı ve hizmet ağı yeterli düzeyde mevcuttur. Buna ilaveten eczane ve iletişim ağının da mevcut olduğunu söyleyebiliriz.

Ayrıca Türkiye'nin iletişim ve bilişim sektörlerinde yaşadığı bazı önemli gelişmeler sağlık sistemlerine de verimli bir şekilde yansımıştır. 112 acil hasta taşıma sisteminin kurulması bazı sorunlar olsa da önemli bir gelişme arz etmektedir. Buna ilaveten Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi bazı korucu tıp hizmetlerini üstlenmiştir ve bu da büyük bir öneme sahip olan bir gelişmedir.

Hastane Takip Sistemi'nin kurulmasıyla personelin performans değerlendirmesi ve birinci basamak, aile hekimliği çalışmaları için kaynak oluşturulmuştur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'nin kurulmasıyla halkın dilek, şikayet ve temennileri bu sayede daha gerçekçi ele alınıp SDP'nin etkililik ve verimlilik ilkeleriyle bağdaşarak halka daha iyi hizmet sunması amacını taşımaktadır.

Temel Sağlık İstatistikleri Modülü ile İl Sağlık Müdürlüklerine sahadan bildirilen istatistik bilgilerinin doğruluk ve tutarlılık kontrollerinin yapılması, il sağlık göstergelerinin alınması ve değerlendirilmesi SDP'nin ne kadar etkin olduğunu ve eksikliklerin giderilmesine yönelik bir çalışma olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

SDP ile hasta memnuniyetinin ve haklarının artması, verimliliğin ve kalite standartlarının yükselmesi, tıbbi cihaz ve donanımın artmasıyla ileri teknolojinin kullanılması memnuniyet vericidir. Ayrıca çağdaş sağlık hizmetine yaklaşılması da ülkemizin gelişmesi ve kalkınması açısından son derece önemlidir. Sağlık çalışanları açısından yapılan değişimlerde ise sadece ücret değişikliğine gidilmemeli, onları motive edici ve saygınlıklarını arttırıcı davranışlarda ve sözlerde bulunarak hastane çalışanlarının daha verimli bir şekilde çalışmaları sağlanmalıdır. Özellikle son zamanlarda sağlık personeline hasta yakınları tarafından yapılan kötü muameleler neticesinde, morallerini düzeltici ve saygınlıklarını arttırıcı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Hastane işletmeleri açısından da baktığımızda, sevk zincirinin kısmen de olsa kaldırılmasının, hastanın istediği hastanede muayene olabilesinin, yatan hastaların

tedavi ve tıbbi cihazlarının hastane tarafından karşılanmasının ve performans uygulamasının hakkaniyet ve verimlilik açısından gelişme gösterdiği söylenebilir.

İlaç fiyatlarında yapılan değişikliklerin de avantajları doğrudan vatandaşa yansımıştır. Daha önce ilaçlarını sınırlı sayıdaki hastanelerden alan hastalar, bir kısmı da ilacın bedelini cebinden ödemek zorunda kalanlar eczanelerin herkese açılmasıyla artık istedikleri eczaneden ilaçlarını alabiliyorlar. Tüketilen ilaç sayısına bakıldığında 2010 yılında ilaç kutu sayısı 1 milyar 570 milyon kutu olmuş ve 2002 yılına göre % 25 artmıştır. Aynı dönemde kamunun ilaç harcaması ise 2010 yılı fiyatlarıyla 12 milyar 720 milyon TL'den 15 milyar 400 milyon liraya çıkmış ve sadece % 21 artmıştır. Yapılan bu tasarruf vatandaşın ilaca erişimini kolaylaştırmıştır.

Sağlık personelinin sunduğu sağlık hizmetleri, kurumsal düzeyde performans ölçümünü daha geniş bir şekilde değerlendirmeye almaktadır. Kurumsal düzeyde yapılan performans ölçümleri sağlık hizmetlerinde verimliliği, kaliteyi ve hakkaniyeti arttırmaktadır ve tüm personelin kaliteli hizmet sunmasını sağlamaktadır.

Bu sonuçlardan da anlaşılıyor ki sağlık sisteminde yapılan köklü değişimlerin sorunları büyük ölçüde çözdüğü fakat yeni sorunların da ortaya çıkmasıyla açığın kapatılması gerektiği ve her ne olursa olsun hakkaniyet ölçüsünden hiç bir zaman ayrılmaması gerektiği anlaşılmaktadır. SDP kapsamında yapılacak olan yeni uygulamalar için mevcut kaynaklar göz önünde bulundurulmalı ve hastane çalışanları ve yöneticilerinin de görüşleri alınarak oluşacak bir yapılanma gerçekleştirilmelidir.

Bölgesel kalkınma çalışmalarına hız verilip, çalışmaların süratli bir şekilde devam etmesi gerekmektedir.

Buna ilaveten hastanelerde toplam kalite yönetimi, akreditasyon çalışmaları, ekip yaklaşımı ve hasta güvenliği projenin ruhu haline getirilmelidir.

Sonuç olarak; Sağlık Bakanlığı'nın başlatmış olduğu, SDP ile sağlık hizmeti sisteminin köklü ve hızlı bir şekilde değişimini görmek mümkündür. Hastanelerin tek çatı altında birleşmesi, kalite ve akreditasyona verilen önemin artması, hasta hakları ve verimlilik, etkililik, rekabet, hekim seçme hakkı gibi kavramları ortaya çıkarması bakımından önemli sonuçlar doğurduğu açıktır. Tüm toplumu kucaklayan GSS sistemini uygulamaya başlatmıştır. Sağlık hizmeti veren ve finansmanını sağlayan kurumları ayırarak kamu sağlık sigortalarını bir şemsiye altında toplamıştır.

Unutulmamalıdır ki sağlık sisteminde yapılan bu köklü değişimlerin daha iyi sonuçlar verebilmesi ve bu düzeylerini koruyabilmeleri için sürekli izlenmeleri ve değişen koşullara ayak uydurmaları gerekmektedir. Aksi takdirde uygulamalar olduğu yerde bırakılırsa zaman içinde beklentilere cevap vermemeye ve yozlaşmaya başlayacaktır. Bu yüzden uygulamaların sürekli olarak incelenmesi ve takip edilmesini sağlayacak bir yapılanmaya gidilmesi, ayrıca bu sistemden yararlanan vatandaşların ve bu sisteme emek veren personelin isteklerinin göz ardı edilmemesi önerilir.

SDP'nın destekleyicileri olduğu kadar eleştirenlerin de eleştirilerine yönelik noktalarda çalışmalar yapılabilir.

SDP'nın uygulamalarına tek tek baktığımızda aslında hepsinin de gerekli olduğu ve yerine getirilme aşamasında iyi sonuçlar verildiği kaydedilmiştir. Yeni sorunların çıkması elbette kaçınılmazdır, bu sebeple sorunlara doğru yaklaşılmalı ve yeni sorunların oluşmasına engel olacak çalışmalar yürütülmelidir.

KAYNAKÇA

- ACAR, A., SEVİNÇ, İ., (28.06.2012), *1980 Sonrası Türk Kamu Yönetiminin Merkez Örgütünde Yapılan Reform Çalışmaları*, (http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/articles/2005/13/AACAR-ISEVINC.PDF), s.19-37,
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, (2005), http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=421:a
- AGARTAN, T.I. (2005), *Health Sector Reform in Turkey: old policies new politic*, http://www.cevipof.msh-paris.fr/rencontres/jours/200509-ante/palier/clegg/YR_papers/Agartan.pdf
- AHRQ, A. (2001), *The Role of Government in Transforming Quality*, Critical Issues for a New Administration Conference
- AKDAĞ, R. (2008), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara
- AKDAĞ, R. (2010), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara
- AKDAĞ, R., MOLLAHALİLOĞLU, S., AYAR, B. (2011), *Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı*, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Yayın No:856, Yorum Basın, Ankara, ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/toplumun_akilci_ilac_kullanimina_bakisii.pdf
- AKDUR, R. (2006), *Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum* (Genişletilmiş ve Güncellenmiş İkinci Baskı). ATAUM Araştırma Dizisi No:25. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara. s.1-21.
- AKILCI İLAÇ KULLANIMI ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ (11.11.2012), Akılcı İlaç Kullanımı, www.ieg.gov.tr/Default.aspx?sayfa=akilci_ilac_sb&lang=tr-TR
- AKSAKOĞLU, G. (2003), *Küreselleştirme ve Toplum Sağlığı*, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt: 18, Sayı:3, s:21-60
- AKSAKOĞLU, G, GİRAY, H. (2006), *Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Örgütü'nün Öyküsü*, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt:21, s:1-16
- AKTAN, C.C., İŞİK, K. (2004), *Halk Sağlığı ve Temel Sağlık Hizmetleri Sunumunda Devletin Hizmet Sunma Kapasitenin Artırılması*, s.1-34 <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/halk-saglik.pdf>
- AKTAN, C. C.,(2004), *Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yönetim Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması*, (Yayınlanmamış Rapor), Ankara, Nisan:2004, s:5-10

- AKTAN (26.10.2012), *Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi*, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum> analizi.pdf
- AKTAN, C. C., IŞIK, K. (2007), *Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü*, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Kitapları, İstanbul
- ALP, A. (2012), *Genel Sağlık Sigortası Uygulamasına İlişkin Soru ve Cevaplar*, <http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/19757648.asp>
- ALPER, B. İ. (2006), 'Akılcı İlaç Kullanımı', *Sted*, Cilt:15, Sayı:7, s:4-5
- ALTAY, A. (2005), *Türkiye'de Beşeri Sermayenin Karşılaştırmalı Analizi*, TÜGİAD, Ankara s. 3-5
- ANDERSEN, H. B. (2002), *Assessing Safety Culture: Technical Report R-1459*. Denmark: Riso National Laboratory
- ARAŞTIRMACI İLAÇ FİRMALARI DERNEĞİ (30.12.2012), Sıkça Sorulan Sorular, <http://www.aifd.org.tr/Sektorel-Bilgiler/SSS.aspx#defaultplace>
- ARIKBOĞA, E. (2007), *Dünya'da Kamu Yönetimi Değişirken Türkiye'de Ne Oluyor?*, Çerçeve, Cilt:15, Sayı:44, s:112-116,
- ARISOY, İbrahim (2005), *Türkiye'de Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi (1950-2003)*, Türkiye Ekonomi Kurumu Tartışma Metni, s:15-18
- ARSLAN, S., YILMAZ, A. (2001), *Tanzimat Döneminde Osmanlı Bürokratik Yapı ve Düşüncesinin Değişimi*, C.Ü.İ.B.F. Dergisi, Cilt:2, Sayı:1, s:287-297, <http://www.cumhuriyet.edu.tr/gorsel/dosya/1077200642c.2s1m18.pdf>
- ARSLANHAN, S. (2011), *Muayene Sayısındaki Artış Anlamlı Bir Erişim Artışını mı İfade Ediyor?*, TEPAV Politika Notu, Ankara
- ATAY, E. E. (2004), *SDP Nihai Rapor*, s: 7-15
- ATAAY, F. (2007) *Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması*, De Ki Basım Yayın, Ankara
- ATEŞ, H. (13.10.2012), *Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birlikleri*, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/performans_ve_kalite_uzerine_yazilar/khb.pdf
- ATUN, R. (2008), *Health Systems and the Challenge of Communicable Disease*, Open University Press, England
- AVCI, Y. T. (2005), *Sağlıkta Dönüşüm Programı İle Hedeflenen Nedir?* Sağlık ve Sosyal Hizmetler Sendikası, s:54-56
- AYDIN, S. (2011), *Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri*, (www.saglik.gov.tr/content/files/...2011/.../kalite_gvenlik.pdf)

- AYDIN, B. (30.12.2012), *Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon*, Sağlık Bakanlığı KaliteKoordinatörlüğü, <http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/sunu/bilge.aydin-das-2007-sunu.pdf>
- AYKAÇ, B. (1991), *Yönetimin İyileştirilmesi ve Örgütsel Değişim*, AİD, Cilt:24, Sayı:2, s:16-19
- AYKAÇ, B., (1997), *Kamu Bürokrasisi ve Türk Kamu Personel Yönetiminde Bürokratik Eğilimler*, YÖK Matbaası, Ankara
- AYTEKİN, Y. (2000), *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Özel Sağlık Sigortaları*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- BAĞIRGAN, T. (2007), *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- BAĞ-KUR. (1995), *Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu*. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih: 14.09.1971 Sayı: 13956
- BAŞBAKANLIK (2005), *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma, Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. Ankara. s. 33-49.
- BAHAR, H. İ. (2005), *Sosyoloji*, Sosyoloji Serisi 1, Usak Yayınları, Ankara
- BAKAR, C. (2005), *Türkiye’de Sağlık Reformları*, Toplum ve Hekim Dergisi, Eylül-Ekim Cilt:20 s:5-11
- BAKER, L. (2002), *The Government’s Role in Health Care Delivery*, Pub Med, Ann Health Low, p:7
- BALCI, A. (2007), *Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektörüne Yansımaları*, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/ykytssy.pdf
- BARANSEL, A., (1993), *Çağdaş Yönetim Düşüncesinin Evrimi Klasik ve Neoklasik Yönetim ve Örgüt Teorileri’* Avcıyol Basım Yayın, İstanbul
- BARDAKÇI, A. (2006), *Toplam Kalite Yönetiminde Hedef Müşteri Tahmini Ama Müşteri Kim?*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:8, Sayı:4, s:207-218
- BAYRAKTAR, G. (1995), *Yeni Sağ Düşüncesinin Kamu Yönetimindeki Yansıması Olarak YKY Anlayışı*, KÖK Araştırmalar, Cil:1, Sayı:2, s:4-13
- BAYKARA, T., ÇAYLI, H., ÇELİK, H., TOKAT, M., ÜNALAN, T. (2003), *Türkiye’de İlaçta Veri Koruması ve Uygulanmasının Mali Etkileri*, www.suvak.org.tr/pdf/bilimsel_kurul/pdf, s:1-56
- BELEK, İ. (1997), *Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet*, Toplum ve Hekim Dergisi Eylül-Ekim Cilt:12, Sayı:81, s:26-44
- BELEK, İ. (2009), *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*, Yazılama Yayınevi, 3. Baskı, İstanbul

- BEVAN,G.(2000) *Health Sector Reform in England*,
<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/ResearchNetworks/EHPGSEPTEMBER2000/paper2sep2000.pdf>
- BİBER, A.E. (2010), *İktisadi Büyümede Kurumsal Faktörler ve Kurumsal Değişim*, Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi, İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi Türk Dünyası Kırgız, Akademik Bakış Dergisi, Sayı:19 s:3-24, Ocak, Şubat, Mart, 2010,
- BİLGİÇ, V.(2003), *Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı: Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar*, Ed. Asım Balcı vd., Seçkin Yayınevi, Ankara
- BİLGİÇ, V. K. (2008), *Kamu Yönetiminde Yeni Vizyonlar, Küreselleşme Sürecinde Kamu Hizmetinde Dönüşüm*, Turhan Kitabevi, Ankara, s:93-118
- BLANKEN, A., G. DEWULF and M. B. SPIERING (2009), *The Private Finance Initiative in the English Health Sector*”, in the **Capital Investment For Health Case Studies From Europe** (Ed. B. RECHEL, J. ERSKİNE, B. DOWDESWELL, S. WRİGHT, M. MCKEE), Observatory Studies Series No 18, World Health Organization, p. 123-141,
- BOSTAN, S. (2009), *Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi*, Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon
- BUĞRA, A. , ADAR, S. (2007), *An Analysis of Social Protection Expenditures in Turkey in a Comparative Perspective*, Social Policy Watch, Social Policy Forum.
- BUSSE, R. (2008), *The Health System in Germany*, Eurohealth, Vol 14, No 1, p. 5-6,
- CASTELLS, M. (1997), *Kent, Sınıf, İktidar*, Çev. Asuman Erendil, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara
- CAN, H., (1997), *Yönetim ve Organizasyon*, 4. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara
- CANPOLAT, H., CANGİR, M. (2010), *Değişen Dünya 'da Kamu Yönetimi 'nin Geleceği ve Türkiye 'nin Reform Gündemi: Devletin Daha Fazla Demokratikleşmesi*, Türk İdare Dergisi, Sayı:466, Mart, 2010, s:25-45,
<http://www.tid.gov.tr/Makaleler/466hasancanpolat.pdf>
- COŞKUN, B. (2008), *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar, Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları, Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Üzerine Bir Değerlendirme* , 2. Baskı Seçkin Yayıncılık, Ankara s:47-65,
- ÇAĞLAYAN, Ç., ERKOÇ, M. (2006), *Küba Sağlık Sistemi, Paradoks mu Sosyalizm mi?*, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt:21, s:5-6, Ankara
- ÇALIŞ, S. (2006), *Türkiye 'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul
- ÇALIŞKAN, Z. (1999), *Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman Kaynakları Yönünden Türkiye 'de Uygulanabilirliği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya

- ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI (2005), *Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Ankara. s. 21-23
- ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI (2008), *Sosyal Güvenlik Reformu Kitapçığı*. Ankara
- ÇİNAL, A. (2011), *Hastane Hizmet Kalite Standartları*, Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı
(http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/hizmet_kalite_standartlari_2011/hastane_hks/hkskitap.pdf).
- DAĞDEVİREN, N., Z. AKTÜRK (2004), *An Evaluation of Patient Satisfaction in Turkey with the EUROPEP Instrument*, *Yonsei Medical Journal*, Vol. 45, pp. 23-28. (Dağdeviren, N. ve Z. Aktürk (2004), “EUROPEP Aracıyla Türkiye’de Hasta Memnuniyeti Değerlendirmesi”, *Yonsei Tıp Dergisi*, Cilt 45, s. 23-28.)
- DEMİRCAN, E. (2008), *Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları*, Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF Dergisi, Cilt:13, Sayı:1, s:57-82
- DEMİREL, D. (2005), *‘Kamusal Retorikte Moda Trend: Yeni Kamu Yönetimi*, *Sayıştay Dergisi*, Sayı:58, s:105-135
- Devlet Planlama Teşkilatı (1963), Birinci Beş Kalkınma Planı:1963-1967,
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf>
- Devlet Planlama Teşkilatı (1968), İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1968-1972,
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan2.pdf>
- Devlet Planlama Teşkilatı (1973), Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1973-1977,
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan3.pdf>
- Devlet Planlama Teşkilatı (1979). Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1979-1983
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan4.pdf>
- Devlet Planlama Teşkilatı (1984), *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989*. Yayın No:DPT 1974, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı (1989), *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994*. Yayın No: DPT 2174, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı (1995), *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000*. Karar No: 374, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2001), *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara. s. 3-157.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2007), *Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara. s. 8-20.

- Dirim Tıp Gazetesi (2010), *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri*, Yıl:1985, Sayı:2, s:86-99
- DOĞAN, O., KOCACIK, F. (2006), *Ruh Sağlığı ve Bozukluklarının Sosyolojisi*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Sayı:7, s:109-120
- DURGUN, Ş. (2004), *Türk Kamu Yönetiminde Bürokratik Siyaset*, G.Ü.İ.B.F. Dergisi, <http://www.dergi.iibf.gazi.edu.tr/pubs.aspx?x=4>
- DURSUN, D. (1998), *Siyasal Sistem ve İdare, Türkiye’de Yönetim Geleneği: Kurumlar, Sorunlar ve Yeniden Yapılanma Arayışları*, İlke Yayıncılık, İstanbul
- Dünya Bankası Dokümanı, İnsan Geliştirme Sektörü Birimi, Avrupa ve Orta Asya Bölgesi Rapor No: 24358
- DB(1993),WorldDevelopmentRaport,
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976> License:[CC BY 3.0 Unported](https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)
- DB (1994), *Averting Old Age Crisis: Policies to Protect The Old and Promote Growth*. A World Bank Policy Research Report, Oxford University Press.
- DB (2003), *Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu*. İki Cilt, Rapor No:24358-TU. Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi, Avrupa ve Orta Asya Bölgesi.
- DB (2010), *Türkiye Ülke Ekonomik Raporu Kayıt Dışılık: Nedenler, Sonuçlar, Politikalar*, Dünya Bankası Yoksulluğu Azaltma ve Ekonomik Yönetim Birimi, s:13
- DSÖ RAPORU (1998), *21. Yüzyılda Herkese Sağlık*, WHO Publications, Copenhagen.
- DSÖ (1999), *The Health For All Policy Framework for the WHO European Region*, European Health For All Series, No:6, WHO Regional Office For Europe, Copenhagen
- DSÖ (2003), *Aging and Health, A Health Promotion Approach for Developing Countries*, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. s. 35–60.
- DSÖ(2007), *Stewardship*,http://www.euro.who.int/healthsystems/stewardship/20061004_1
- EARTH SUMMIT (2002), Heinrich Böll Foundation, Johannesburg, <http://www.earthsummit2002.org/es/issues/GPG/gpg.pdf>
- EMİL, F., YILMAZ, H. (2008), *Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Sağlık Harcamalarında Artış*, Tıp Kurumu Raporu
- EMİNİ, F. T. (2009), *Türkiye’de Yerel Yönetimler Reformunun İç ve Dış Dinamikleri*, Yönetim ve Ekonomi, Yıl:2009, Cilt:16, Sayı:2, s:31-48, Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F., Manisa
- EMRE, C. (1991), *Türkiye’de Bürokratik İşlemlerin Basitleştirilmesi Ya da Yazçizciliğin Azaltılması: Genel Bir Değerlendirme*, Ankara Üniversitesi, SBF Dergisi, Cilt:46, Sayı:3-4, s:209-276

- ERDEM, R., YILDIZLI, K. (2011), *Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun Tasarısı Üzerine Değerlendirmeler*, Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, Yıl:14, Sayı: 72, s:52-59
- EREN, N. (1980), *Dünya'da ve Türkiye'de Eğitimlik Eğitimi*, Tabip Odası Yayını, No:3, Ankara
- EREN, N. (2002), *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Hatipoğlu Yayınevi, 2. Baskı, Ankara
- ERENÇİN, A., YOLCU, V. (2008), *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi*, s:118-136
- ERGUN, T. (1997), *Kamu Yönetiminde Yolsuzluklar ve Bürokrasinin Sorumluluğu*, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı:13, s:388-393
- ERGUN, T. (2004), *Kamu Yönetimi, Kuram, Siyasa, Uygulama*, TODAİE, Ankara
- ERSOY, A. (1995), *Sosyal Değişme ve Yeniden Yapılanma Olgusu*, Yeni Türkiye, Sayı:4, s:50-53
- ERSOY, F. (2005), *Aile Hekimliği*, SB Diyalog Dergisi, Sayı: 9 Ocak 2005. s. 19-25
- ERSÖZ, D. (2010), *Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi , Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir
- ERYILMAZ, B. (1999), *Geleneksel Yönetimden Yeni Yönetim Anlayışına*, Liberal Düşünce, Cilt:4, Sayı:15, s:84-88
- ERYILMAZ, B. (2003), *Kamu Yönetimi*, Gözden Geçirilmiş Yeni Baskı, Erkam Matbaası, İstanbul
- ERYILMAZ, B. (2010), *Kamu Yönetimi Düşünceler, Yapılar, Fonksiyonlar*, Üçüncü Baskı, Okutman Yayıncılık, Ankara
- ESATOĞLU, E. (2005), *Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi ve Akreditasyon Sistemi*, SB Diyalog Dergisi, s:42-53
- EŞKAZAN, E. (1999), ' *Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu* ', İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 14 Ocak 1999, İstanbul, s:9-20
- ETÖZ, S. (2008), *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Hizmetleri Akreditasyon*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta
- EUROSTAT (2008), *Eurostat Yearbook 2008*. s.238-255
- FETTAH, K., ŞAHİN, B. (2010), *Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:12, Sayı:2, s:1-25
- FİŞEK, N. (1983), *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara

- GAZİ, A. (2006), *Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara
- GENÇ, F.N. (2010), *Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı*, Türk İdare Dergisi, Sayı:466, s:146-157
- GENÇ, Ö. (2005), *Yataklı Tedavi Kurumları Sektör Araştırması*, Türkiye Kalkınma Bakanlığı Araştırma Müdürlüğü, http://www.kalkinma.com.tr/data/file/raporlar/ESA/SA/2005-SA/SA-05-07-24_Yatakli_Tedavi_Kurumlari_Sektoru.pdf
- GÖKBAYRAK, Ş. (2010), *Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü*, Çalışma ve Toplum Dergisi, sayı:2, s:145-156
- GÖRGÜN, H. (2009), *Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale
- GÖRMEZ, K. (1998), *Türkiye’de Bürokratik Devlet*, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı:23-24, s:3586-3588
- GÖZLER, K. (2005), *İdare Hukuku Dersleri*, 3. Baskı, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa
- GÖZÜBÜYÜK, Ş. (1971), *Türkiye’nin İdari Yapısı*, TODAİE, Ankara
- GÜLER, B. (1996), *Yeni Sağ ve Devletin Gelişimi*, TODAİE Yayınları Ankara
- GÜLER, B. (2004), *Devlet Reformu Sorunu*, KIGEM Vakfı Yayınları Ankara
- GÜLER, B. (2010), *Kamu Yönetimi ve Reform*, Kamu Yönetimi Çalışmaları, 2009-2010 Akademik Yılı, Sayı:09 http://perweb.firat.edu.tr/personel/yayinlar/fua_1624/1624_61541.pdf
- HAKTANKAÇMAZ, M.İ. (2009), *Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı ve Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformu*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- HARRİSON, A. (2006), *Globalization and Poverty*, <http://www.nber.org/papers/w12347.pdf>
- HALİSÇELİK, E. (2008), *Dünya Bankası’nın Yapısı, Faaliyetleri ve Türkiye’de Finansmanı Dünya Bankasınca Sağlanan Kredilerin ve Etkilerinin Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana
- HEKİMLER, A. (2005), *Alman Sosyal Güvenlik Sisteminde Son Reformlar*, Mercek, s:40-48
- HIFZISSİHHA MEKTEBİ MÜDÜRLÜĞÜ (2007), *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, www.hm.saglik.gov.tr
- ILO (1984), *Introduction to Social Security*, 3B, Geneva
- ILO (1993), *Social Security and Social Protection Equality of Opportunity Between Men and Women*, 1.B., Geneva

- IMAP (2009), (Institut für interkulturelle Management-und Politikberatung), AlmanyaBülteni,http://imapinstitut.de/institut.de/fileadmin/user_upload/AB_Broschuere__05_RZ.pdf(22.11.2012).
- İŞİK, G. G. (2006), *1980'den Sonra Türkiye'de Yapılan Kamu Yönetimi Reform Çalışmaları*, , Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya
- İSKİT, A.B. (2006), *Akılci İlaç Kullanımı*, Türkiye Tabipler Birliği Yayınları, Sted,Cilt:15, Sayı:7, s:1-5
- İSTANBULLUOĞLU, H., GÜLEÇ, M., OĞUR, R. (2010), *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri*, Dirim Tıp Gazetesi, Yıl:85, Sayı:2 s:86-99
- İTO (İstanbul Tabip Odası) (2011), *Aile Hekimliği*, <http://www.istabip.org.tr/index.php/arama/Ayr%25C4%25B1ca%252C%2Baile%2Bhekimle.html?ordering=&searchphrase=all>
- İZTO (İzmir Ticaret Odası) (1993), *Personel Alımı ve Verimli Çalıştırılmasına İlişkin Öneriler*, İkinci Baskı, İzmir
- JACOBZONE, S. (2000), *Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals*. OECD, Paris.
- KARADENİZ, O. (2012), *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Genel Sağlık Sigortası: Kapsam ve Mali Sürdürülebilirlik Açısından Bir Değerlendirme*, Sosyal Güvenlik Dünyası, Sayı:82, s:6-17
- KARADENİZ, O.(2011), *Türkiye'de Atipik Çalışan Kadınlar ve Yaygın Sosyal Güvencesizlik*, Çalışma ve Toplum Dergisi, Sayı:2, s:84-127
- KARLUK, R., TONUS, Ö. (2004), *Avrupa Birliği'nin Genişleme Perspektifinde Türkiye'nin Yeri*, Türkiye İktisat Kongresi, s:3-10
- KARTAL, A. (2006), *Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türkiye'ye Yansıması Olarak Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli
- KAVUNCUBAŞI, Ş. (2000), *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayın No:767, s:34-3
- KAVUNCUBAŞI, Ş. (2006), *Sağlıkta Dönüşüm Programının Yapısı ve Sonuçları*, Hastane Dergisi, No 43
- KENNEDY, L. (2005), *How Long Do We Want to Live and at What Cost*, The British Journal of Cardiology, Vol:13, No:3
- KILIÇ, B. (2006), *Türkiye İçin Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları*, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, <http://www.korhek.org/?mno=194>

- KILIÇ, B. ve AKSAKOĞLU, G. (1995), *Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kurumsal Yaklaşımlar*. Toplum ve Hekim Dergisi Özel Sayı, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt: 9, Sayı: 64-65
- KILIÇ, B., BUMİN, Ç. (1993), *İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi*, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt:11, Sayı:71, s:61-78
- KIRILMAZ, H. (2010), *Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi*, 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Birinci Basım, Nisan 2010, Cilt:2, s:30-44
- KIZILÇELİK, S. (1996), *Türkiye'nin Sağlık Sistemi-Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*, Saray Kitabevleri, İzmir
- KIYMET, F.,ŞAHİN, B. (2010), *Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:12, Sayı:2, s:1-25
- KOÇAK, S. Y. (2010), *Kamu Yönetiminde Açıklık İçin Bilgi Edinme Hakkı*, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 23/2010, s:115-125
- KÖMÜRLÜ, Y. G. (2010), *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Aile Hekimliğine Geçiş Süreci*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- KUTBAY, E. (2002), *'Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye'*, Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi, Yıl:3, Sayı:11-12, s:33-35
- MAXWELL, R. (1988), *Financing Health Care: Lessons From Abroad*, British Medical Journal, Vol:296
- MEMİŞOĞLU, D. (2006), *Yeni Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetimler Reformu*,Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta
- MEMİŞOĞLU, D. (2011), *Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri:Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta
- METİN, B. (2002), *Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları* <http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm>
- MİSES, Ludwig, Won (2000), *Bürokrasi*, (Çev. Feridun, Ergin), Liberte Yayınları, Ankara
- MUTLU, A., IŞIK, A.K. (2000), *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları*, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul
- MUTLU, A. (2006), *Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları*, Maliye Dergisi, Sayı:150, Ocak-Haziran, 2006, s:57-60

- MUTLU, S. (2009), *Sağlıkta Akreditasyon Süreci ve İnsan Kaynaklarının Rolü*, Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- MÜFTÜOĞLU, Ö. (2001), ‘*Kapitalizmde Dönüşüm Dinamikleri ve Sendikal Kriz*’, TMMOB Sanayi Kongresi, İstanbul
- MOLLAHALILOĞLU (2011), *Hekimlerin Akılcı Reçeteleme Yaklaşımı*, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara,
www.ekutuphane.tusak.gov.tr/kitap.php?id=205&k
- NEWBRANDER, W. (1994), *Developing Countries, Health Expenditure Information: What Exists and What’s Needed?*, Health Policy and Planning, pp:396
- NOHUTÇU, A. (2003), *Kamu Yönetimi*, 4. Baskı, s:12-13, Savaş Yayınları, Ankara
- ODABAŞ, Ö. (2007), *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2006*, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
<http://www.tedavi.saglik.gov.tr/kutuphane/yilliklar/sabem06722y.pdf>
- OECD (2008), *Declaring Work or Staying Underground: Informal Employment in Seven OECD Countries*, Chapter 2, *OECD Employment Outlook*, OECD, Paris. (OECD (2008), “İş Bildirimi veya Yeraltına Kalma: Yedi OECD Ülkesinde Kayıt Dışı İstihdam”, Bölüm 2, *OECD İstihdam Görüntüsü*, OECD, Paris.
- OECD (2009), *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-en
- OECD-DB, (2009), *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*, Sağlık Bakanlığı, Ankara
- ORHANER, E. (2000), *Türkiye’de Sağlık Sigortası*, Gazi Kitabevi, Ankara
- ORHANER, E. (2006), *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası*, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:1, s:3-11
- ÖCEK, Z. (2008), *Almanya Sağlık Sistemi*, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt:22, Sayı:1
- ÖKMEN, M., CANAN, K. (2009), *Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde Türk Kamu Yönetimi*, Yönetim ve Ekonomi, Cilt:16, Sayı:1, s: 139-171, Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F., Manisa, <http://www.siyasaliletisim.org/pdf/avrupa.pdf>,
- ÖNAL, H. (2012), *Türkiye’de Sağlık Politikaları*, <http://www.pitt.edu/super7/9011-10001/9561/ppt>
- ÖNERTÜRK, P. (1984), *Refah Devletlerinde Sağlık Hizmetleri*, Maliye ve Gümrük Bakanlığı Yayın No:1984, s:187-262, Ankara
- ÖZDEMİR, Y.E. (2001), *Sağlık Reformları-1980 ve 90’lı Yılların Sağlık Politikaları*, Yeni Türkiye Dergisi, Yıl:7, Sayı:39 s:276-294
- ÖZDEMİR, S. (2007), *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*, İTO Yayınları, İstanbul

- ÖZDEMİR, A.R. (2012), *Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis İli Örneği*, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Denizli
- ÖZEN, M. (2002) ‘*GATS ve Sağlık Sektörü*’, Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi, Yıl:3, Sayı:11-12, s:42-45
- ÖZER, M.A. (2005), *Yeni Kamu Yönetimi-Teoriden Uygulamaya*, Platin Yayınları, Birinci Baskı, Ankara
- ÖZER, M. A. (2006), *Yönetişim Üzerine Notlar*, Sayıştay Dergisi, Sayı:63, s:59-89
- ÖZKAN, O. (2001), *Kendinize İyi Bakın*, Yeni Türkiye Dergisi, Yıl:7, Sayı:39, s:46-60
- ÖZLÜ, T. (11.07.2012), *Sağlık Çalışanlarına Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması:Eleştiriler ve Çözüm Önerileri*,www.medimagazin.com.tr/anasayfa/guncel/
- ÖZTEK, Z. (2001), *Küreselleşme ve Yoksulluk: Birleşmiş Milletler (UNDP) ve Göstergeleri Işığında Bir Analiz*, T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü
- ÖZTEK, Z. (2006), *Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği*, Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt:25, Sayı:2, s:1-5
- ÖZTÜRK, N.K. (1992), *Yönetimin Gelişimi ve Bürokrasinin Ortaya Çıkışı*, AİD, Cilt:64, Sayı:397, s:112-130
- PAKDİL, F. (30.12.2012), *ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminin Hastane Sistemleri Açısından Analizi*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:5, Sayı:4
- PALA, K. (2003), *Dünya Bankası'nın Türkiye için Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası*, Toplum ve Hekim Dergisi Mart-Nisan 2003 Cilt:18, s:115-119
- PALA, K. (2004), *Sağlık Hizmetleri İçinde İşyeri Hekimliğinin Yeri*, İşyeri Hekimliği Ders Notları, 8. Basım, Türk Tabipleri Birliği Yayını
- PALA, K. (2005), *Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması*, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt:20, Sayı:1, s:72-74
- PALA, K. (2007), *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?*,
www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf
- PAHO (2000), *National Level Instrument For Measuring Essential Public Health Functions*, Public Health in The Americas Washington DC:PAHO/U.S. Centers For Disease Control and Prevention/Centro Latino Americano de Investigaciones en Sistemas de Salud. May 2000
- PARASIZ, İ. (2001), *Enflasyon-Kriz-Ayarlamalar: Dünya'da ve Türkiye'de Kalkınma Makro Ekonomisi Sorunları*, Ezgi Kitabevi, Bursa
- PAULY, M. (1990),*Financing Health Care*, Quarterly Review Economics and Business, Vol:30,No:4

- PEHLİVAN, E., ÖZCAN, C., (15.05.2012), *Sağlık İnsangücü*, Amme İdaresi Dergisi,s:115-127, yayin.todaie.gov.tr/goster.php?Dosya=MDUzMDU2MDQ4
- POLATOĞLU, A. (2001), *Kamu Yönetimi Genel İlkeler ve Türkiye Uygulaması*, Metu Press, Ankara
- POLATOĞLU, A. (2003), *Kamu Yönetimi-Genel İlkeler ve Türkiye Uygulaması*, İkinci Baskı, ODTÜ Yayıncılık, Ankara
- RESMİ GAZETE (2006), *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik*, Sayı:26166
- SAĞLAM, H. (2006), *Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi ve Sağlık Ocaklarında Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta
- SAĞLIK BAKANLIĞI (1993), *Ulusal Sağlık Politikası*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (1997), *Türkiye Sağlık Sistemi Reformu*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2001), *Herkesin Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri – Sağlık 21*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2003), *Sağlıkta Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2004), *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara. s. 14-29.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2005), *Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu*, Kalite Yönetimi Hizmetleri Şube Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2006), *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003*, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2007a), *Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığı'nın Değişen Rolü*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2007b), *Türkiye'de Sağlığa Bakış*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2008), *Temel Sağlık Hizmetleri Sağlıkta Kalite*, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler_2011/upsem/TSDP.pdf.part
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011), *Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı*, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
- SAĞLIK BAKANLIĞI İSTATİSTİK YILLIKLARI (2011), http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitap.php?id=204&k=toplumun_akilci_ilac_kullanimina_bakisi

- SAĞLIK BAKANLIĞI (17.07.2012a), *Aile Hekimi Kimdir*, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, http://ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=154:aile-hekimlii-uygulamasnda-hasta-hekim-ilikisi-naslrd&catid=56:aile-hekimlii-nedir&Itemid=190
- SAĞLIK BAKANLIĞI (19.07.2012b), *Hekim Seçme Hakkı Nedir?*, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Adana İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Adana Devlet Hastanesi, Adana, http://www.adanadh.saglik.gov.tr/viewpage.php?page_id=39
- SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ KONSEPT NOTU (2003), Sağlık Bakanlığı, PYDB, Ankara
- SAĞLIK HABER PORTALI (12.10.2012), *Sağlık Çalışanlarına Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması*, <http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-saglik-calisanlarina-performansa-dayali-ek-odeme-uygulamasi->
- SALİHOĞLU, S. (2005), *Sosyal Güvenlikte Piyasalaşma Dönemi ve Sendikalar*, Toplum ve Hekim, Cilt:20, Sayı:2, s:151-153
- SALLAN, S., (2004), *Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa*, Etik Yayınları, İstanbul
- SALMAN, N.(2008), *Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Yerel Yönetimlerde Modernizasyon Süreci*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yönetim Bilimleri Programı, Kocaeli
- SALTMAN, R.B., FİGUERAS, J. (1998), *Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara
- SALTMAN, R.B., OTTER, C. (1995), *Implementing Planned Markets in Health Care*, Open University Press
- SARGUTAN, E. (2006), *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları
- SARIÇAY, N., BİLİR, B. (2010), *Tam Gün Yasası ve Özel Hastanelerde Son Durum*, Ar-Ge Bülten, Eylül, 2010, s:7-10
- SAVAŞ, B.S., KARAHAN, Ö., SAKA, R.Ö. (2002), *Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm:Türkiye*, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı
- SAVCI, B. (2003), *Türkiye’de Reform Hareketlerinin Eleştirel Bir Analizi*, Yargı Yayınevi, Ankara
- SEÇGİNEL, F. (2009), *Emeklilik Sistemi ve Sağlık Hizmetleri Açısından Sosyal Güvenlik Reformunun Değerlendirilmesi*, Uludağ Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bursa
- SELMAN, Y. (2004), *Reform Kime Yar Olur*, <http://www.liberal-dt.org.tr/guncel/Diger/ys-reform.htm>
- SEPTİOĞLU, A. S. (17.06.2012), *Sağlık İnsangücü Planlaması*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, (file.toraks.org.tr/.../1502.ppt)

- SEVİMLİ, S. (2006), *Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- SEZEN, S. (2009), *Kamu Yönetimi Reformları: Küresel Bir Düzenleme mi?*, Amme İdaresi Dergisi, Cilt:42, Sayı:1, Mart, s:23-41
- SORKİN, A. (1986), *Financing Health Development Projects: Some Macro-Economic Considerations*, Social Science and Medicine, Vol:22, No:3, pp: 345-349
- SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (2010), *Sigortalı İstatistikleri*, [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri/!/...](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri/!/)
- SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (2007), *Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu*, Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih: 20.05.2006 Sayı: 26173
- SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (2007), *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*, Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih: 16.06.2006 Sayı: 26200
- SOYER, A. (2003), *'Sağlık'ta Dönüşümün Neresindeyiz? Bundan Sonra Bizi Neler Bekliyor?'* Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, Cilt:2, Sayı:4 s:179-182,
- SOYER, A. (2004), *'Türkiye'de Sağlık Sektörünün Temel Sorunları'*, Özgür Üniversitesi Forumu, Sayı:26-27, s:46-62
- SOYER, A. (2010), *Türkiye'de Sağlık Harcamaları Üzerine Birkaç Not*, <http://iyihekimlik.com/category/yazarlar/dr-ata-soyer>
- SÖNMEZ, S. (1998), *Dünya Ekonomisinde Dönüşüm: Sömürgecilikten Küreselleşmeye*, İmge Yayınları, İstanbul
- SÖZER, A.N. (1993), *'Sosyal Sigortalarda Nesiller Arası Sözleşme –Erken Emeklilik ile İlgili Bir Değerlendirme*, Münir Ekonomi 60. Yaş Günü Armağanı, Kamu-İş
- SÖZER A. N. (2000), *Türkiye'de Sosyal Hukuk*, II. Baskı, Barış Yayınları, Fakülteler Kitabevi, İzmir
- SUR, H. (14.06.2012), *Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi*, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>
- SÜRGİT, K. (1972), *Türkiye'de İdari Reform*, TODAİE, Ankara
- ŞAHİN, F. (2008), *Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Sağlık Eğitimi Faaliyetleri*, İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara
- ŞAHİN, F. (2005), *Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Eğitimi*, 1. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı) Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Eğitim Bölümü, Ankara
- ŞAYLAN, G. (2003), *Bir Yapısal Değişim Sorunu Olarak İdari Reform*, Yargı Yayınevi, Ankara

- ŞENSES, F. (2004), '*Neoliberal Küreselleşme Kalkınma İçin Bir Fırsat mı Engel mi?*', Bağlam Yayınları, İstanbul
- ŞİMŞEK, Z. (10.06.2012), *Sağlık Kavramı Sağlığın Belirleyicileri*, www.harran.edu.tr/ogrenci/ders/.../gunumuzde_saglik_sistemleri.ppt
- ŞİMŞİR, İ. (2009), *Kamu Hastanelerinde, Kurumsal Performans Uygulamaları Bağlamında Yönetici ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu
- TAN, T. (1988), '*Kamu Hizmeti, Özelleştirme ve Bürokrasinin Azaltılması Üzerine*', Türk İdare Dergisi, Yıl:60, Sayı: 378, s:73-90
- TARCAN, M., TOP, M. (2004), Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi, Liberal Düşünce Dergisi, Cilt:9, Sayı:35, s:177-200
- TATAR, F. (1996), *Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları*, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt:11, Sayı:72, s:1-45, s:240-278
- TATAR, M. (2003), *Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:6, Sayı:1
- TATAR, M. (2009), *Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye İlişkin Teorik Bir Değerlendirme*, Sağlık Ekonomisi Dergisi, 1, s:8-12
- TBB (1995), *Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği*, Ankara: TBB Yayınları
- TBB (1999), *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Durumu*, Ankara: TBB Yayınları
- TBB (2000), *Türkiye'de Sağlık İstatistikleri*, Ankara: TBB Yayınları
- T.C. Anayasası - İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi - Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, (2008), Adalet Yayınevi, Ankara
- TEKELİ, İ. (2004), *Reform Düşüncesi ile Osmanlı ve Cumhuriyet Dönemi Reformları Üzerine Çözümlemeler*, http://www.tesev.org.tr/projeler/proje_kamu_reform.php
- TEKİN, A. (2007), *Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta
- TENGİLİMOĞLU, D., C. Ç. (2000), *Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumlarında Görülen Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Yıl:2000, Sayı:3, s:12-15
- TEPAV (2008), *Sağlık Harcamaları Sağlıklı mı?*, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, Mali İzleme Raporu, www.tepav.org.tr/tr/haberler/s/390
- TERZİ, C. (2007), *Tam Gün*, www.ttb.org.tr/udek/XIITUEK/sunumlar/cem_terzi.ppt, DEUTF, İzmir
- TERZİ (12.10.2012), Sağlık Piyasalaşırken Hekimler İşçileşiyor, <http://www.hekimedya.org/index.php/yazarlar/dr-cem-terzi/192-salk-piyasalarcken-hekimler-cileiyor.html>

- TIP FAKÜLTESİ HASTANE İSTATİSTİK YILLIKLARI (2011), *Hasta Sayısal Bilgileri*, <http://hastaneler.erciyes.edu.tr/istatistik2011.htm>
- TİMUR, A. (2007), *Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yaklaşımları ve Performansa Dayalı Ücret Sistemi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli
- TİTİZ, M.T. (25.09.2012), *Türkiye’de Reformlar ve Başarılarının Değerlendirilmesi*, TESEV,s:2-17, http://www.tesev.org.tr/projeler/proje_kamu_reform.php,
- TOBB (1993), *Sosyal Güvenlik*, Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu Ankara Dernekleri Eşgüdüm Kurulu, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Aralık 2009, İzmir
- TOKATLIOĞLU, M.Y., (2005), *Küreselleşme ve Kamu Hizmetleri*, Alfa Akademi, İstanbul
- TOKMAK, S. (2009), ‘*Muğla İlindeki Kamu Görevlilerinin Kamu Yönetimi Reformları Hakkındaki Değerlendirmelerine İlişkin Bir Alan Araştırması*, Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Muğla
- TOP, M.(2004), *Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Düzeyler, Dinamikler, Yaklaşımlar ve Uluslararası Deneyim*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, sayı:5, s:102-104
- TOPRAK, Z. (2006), ‘*Yerel Yönetimler*’ Nobel Yayın No:1052, İzmir
- TORGAY, A. (2010), ‘*Sağlık Reformlarının Eğitim Hastanelerinin Performansına Etkileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- TORTOP, N., İŞBİR, E., AYKAÇ B., YAYMAN, H., ÖZER, M.A. (2007) ‘*Yönetim Bilimi*’ Nobel Yayın No:1221, Ankara
- TTB (2005), *Genel Sağlık Sigortası: Türk Tabipleri Birliği Görüşleri*. TTB Yayınları, Ankara. s. 23-33.
- TTB (2001), *Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat*. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara. s. 3-43.
- TTB (2002) *Türkiye’nin Sağlığı, Toplumsal Sağlık Düzeyinin Durumu: Türkiye Bunu Hak Etmiyor*, http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr_saglik/hak_etmiyor.pdf
- TTB (2009), *Hekimlerin Değerlendirilmesi ile Performansa Dayalı Ödeme*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara
- TURGUT, T. (2004), *Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürler Arası Yönleri: Bir Bakış*, Türk Psikiyatri Dergisi, Cilt:15, Sayı:1, s:64-69
- TUTUM, C. (1995), *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma*, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı:4, s:133-145
- TÜBİTAK (02.10.2012), *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı*, www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/.../EK-18.pdf

- TÜKEL, R. (2010), *Sağlıkta Dönüşümde Son Aşamaya Doğru:Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması ve Yeni Finansman Modeli*, Toplum ve Hekim Dergisi, <http://www.rasittukel.com/makaleler.php>
- TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ ARŞİVİ (2009), Hasta, Hasta Yakını ve Hekim İlişkileri, Cilt:37, Sayı:3, www.tkd-online.org/dergi/sh.asp?v=37&i=70&f=3&l=14
- TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU (23.10.2012), *Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun Görevleri*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, http://www.saglik.gov.tr/TR/birimler/ilac_ve_tibbi_cihaz.pdf
- TÜİK (2011), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf
- TÜİK (14.10.2012), *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*, www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=6
- TÜRKKAN, A. (2011), *Kamu Hastane Birlikleri Hakkında Kanun Tasarısı ve Hakkaniyet*, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, Cilt:9, Sayı:1, s:58-65
- TÜTÜNCÜ, Ö., YAĞCI, K., KÜÇÜKUSTA, D. (2006), *Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi*, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 8, Sayı:4, s:291-295
- TÜTÜNCÜ, Ö., DOĞAN, Ö. (2003), *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama*, Azmir: DEU Matbaası
- TÜTÜNCÜ, Ö., DOĞAN, Ö. (2004), *Analysis of the Relationship Between Total Quality Management and EFQM Business Excellence Model and An Implementation in Turkey*, 7th International QMOD Conference: Management Challenge for the New Millennium, Monterrey, Mexico.
- TÜTÜNCÜ, Ö. (30.12.2012), *Sağlık Kurumlarında Akreditasyon*, <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-turkiyede-46-hastane-akredite-oldu-1-11-41666.html>
- UĞURLU, M., AYYILDIZ, O., EĞİCİ, M.T., ÜSTÜ, Y. (2011), *Sağlıkta Performans Değerlendirmesi*, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlıkın Başkenti Dergisi, Sayı:20, ISSN:1397, s:27
- ULAKBİM (11.09.2011), *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi*, uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?cwid=9&vtadi...c...ano
- ÜÇER, A.R. (2011), *Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Sağlık Harcamaları*, Tıp Kurumu, www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciodasiyayinlari/izmir/8.pdf
- ÜNLÜOĞLU, İ., S. Ö. PAYCI (2008), *Dünya'da ve Türkiye'de Aile Hekimliği*, www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-50458/h/ailehekkursnotlari.doc
- ÜSTÜNDAĞ, N., YOLTAR, Ç. (2007), *Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografyası*, İletişim Yayınevi, İstanbul

- YALÇIN, T., YILDIRIM, H. H. (2001), 'Sağlık Hizmetleri Finansmanı', Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayı, No:40, s:1-6
- YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ (2005),
http://www.turksaglikxen.org.tr/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=258
- YAŞAR, G.Y. (2008), *Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler*, Mülkiye Dergisi, 32, s:157-192
- YAVUZ, N. (2011), *Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Isparta
- YENİMAHALLELİ Y., G. (2008), *Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler*, Mülkiye Dergisi, XXXII (Sayı: 260). s. 157-192
- YENİMAHALLELİ Y., UĞURLUOĞLU, E. (2011), *Can Turkey's General Health Insurance System Achieve Universal Coverage?*, 2012 The International Journal of Health Planning and Management, Vol:26, Issue:3, P:282-295
- YILDIRIM, H. H. (1999), *Sağlık Politikası, Reformlar ve Tüketici Davranışları*, Sağlık ve Toplum Dergisi Yıl:9 Sayı:2, Nisan- Haziran
- YILDIRIM, H.H., YALÇIN, T. (2001), *Küreselleşme ve Uluslararası Ticaret: Uluslararası Sağlık Politikasında Değişen Dinamikler*, 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul
- YILDIRIM, H. H, YALÇIN, T. (2001), *Sağlık Hizmetleri Finansmanı*, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayı, No:40, s:2-5
- YILDIRIM, H. H. (2004), *Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:5, Sayı:1, s:63-87, www.saglikyonetimi.com
- YILDIRIM, H.H. (2004), 'En Değerli Sermayen Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme', Hastane Yaşam Dergisi, Yıl:1, Sayı:3-4, s:23-29
- YILDIRIM, İ. (2005), *Kamu Hizmetlerinde Kalite Yönetimi*, Türk İdare Dergisi, Sayı:446, s:17-39
- YILDIRIM, H.H., (2005), *Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı Üzerine Düşünceler-1*, http://www.absaglik.com/GSS_dusunceler.pdf
- YILDIRIM, M. (2009), 'Kamu Yönetiminde Yeni Bir İkilem: Yurttaş Odaklılık Ya da Müşteri Odaklılık', C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt:10, Sayı:1 s:99-115
- YILDIRIM, B. (2011), *Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta
- YILMAZ, H. H. (2007), *İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu*, Tepav Yayını, Ankara

- YOLCU, V. (2006), *Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu
- YURDADOĞ, V. (2006), *Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformu*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara
- ZENGİN, E., ÖZTAŞ, C. (2008), ‘*Kamu Yönetiminde Çağdaş Gelişmeler ve Türkiye*’, Alato Academic Studies, Volume 3, Number:1, s:85-91,
58. Hükümet Programı (2002), *SDP*, <http://www.tbmm.gov.tr/hukümetler/HP58.htm>

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Burçak ÖNDER

Doğum Yeri ve Tarihi : Ağrı 04/07/1984

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Gazi Üniversitesi

Yüksek Lisans Öğrenimi : Adnan Menderes Üniversitesi

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurumlar : İmaj Bilişim A.Ş. Odtü/Teknokent, Vakıfbank
Emeklilik, Nazilli MYO, Aydın MYO,
Doğa Koleji

İletişim

e-posta Adresi : burcak_108@hotmail.com

